

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

PÓSTER SIN DEFENSA

Ibuprofeno como causa de nefritis intersticial, una entidad que no debe pasar desapercibida

Sánchez Calderón A, De Frutos Moneo E, Martínez Martín C, Alegre Viñas M. *Hospital Universitario del Henares. Madrid.*

Introducción y objetivos

La nefritis tubulointersticial aguda es una entidad responsable de daño renal agudo, con baja incidencia en la población pediátrica.

Actualmente la causa más frecuente son los fármacos, pero también puede producirse por infecciones, enfermedades inmunológicas o de origen idiopático.

Varios grupos farmacológicos han sido identificados como agentes responsables, encontrándose los antibióticos y los antiinflamatorios no esteroideos, de uso extendido en la práctica clínica habitual, entre los más frecuentemente implicados

Resumen del caso

Métodos

Paciente masculino de 14 años de edad que acude a Urgencias con fiebre y dolor abdominal de seis días de evolución que se intensifica en las veinticuatro horas previas al ingreso, en tratamiento con ibuprofeno a demanda. No vómitos, ni diarrea.

Antecedentes personales: Apendicectomizado. No historia previa de enfermedad renal.

En la exploración física presentaba dolor a la palpación en ambos flancos, con presencia de puñopercusión renal bilateral positiva, no existían edemas. Sin signos de deshidratación y cifras de tensión arterial en un percentil 90-95.

Resto de exploración normal .

En el momento del ingreso se suspende el tratamiento con ibuprofeno.

Se realiza hemograma compatible con la normalidad, bioquímica con creatinina máxima hasta 2.7 mg/dl y urea hasta 90 mg/dl, índice de proteína/creatinina al ingreso de 2.4 mg/mg, sin alteraciones en el sedimento urinario con ausencia de eosinófilos.

No había datos de uropatía obstructiva, ni existía evidencia de glomerulopatía (estudio de complemento C3 y C4, inmunoglobulinas y ANA normales).

Estudio infeccioso negativo. Ecografía renal: aumento de la ecogenicidad de la cortical renal de forma bilateral, con doppler normal.

Ante la sospecha clínica de nefritis intersticial y el deterioro de la función renal se inicia tratamiento con prednisona 80 mg/kg/día, con normalización de las cifras de urea y creatinina en la primera semana de tratamiento y desaparición de la proteinuria.

Aunque la biopsia renal es la prueba que confirma el diagnóstico, en nuestro paciente no se realizó dada la buena evolución clínica y analítica que experimentó al suprimir de inmediato el agente responsable e instaurar tratamiento cortiideo

Conclusiones

Es importante investigar el tratamiento farmacológico previo en pacientes con insuficiencia renal aguda que no tengan patología renal previa ni muestren signos de deshidratación, y en los que la ecografía del aparato urinario descarte causa obstructiva

El primer paso para el tratamiento es la suspensión del fármaco implicado y ofrecer un tratamiento de soporte adecuado. La administración precoz de corticoides tras la sospecha se relaciona con la resolución precoz de la insuficiencia renal