

RABDOMIÓLISE E INJÚRIA RENAL AGUDA INDUZIDAS POR USO DE ESTATINA E FIBRATO: UM RELATO DE CASO

Bárbara Citelis Silva Vargas¹, Bianca Moreira Belido¹, Rafael Gardone Guimarães²

¹Acadêmicas de Medicina da Faculdade de Medicina de Campos

²Médico nefrologista e professor do componente curricular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Campos

INTRODUÇÃO: As dislipidemias aumentam o risco cardiovascular e têm as estatinas como tratamento inicial, pois são responsáveis pela redução da morbimortalidade; mas a terapia combinada apresenta-se como uma nova opção em alguns casos. Nesse contexto, a possibilidade de interação medicamentosa e de efeitos adversos pode evoluir para uma complicação grave, a rabdomiólise.

OBJETIVOS: Relatar o caso de um paciente com rabdomiólise, após associação de estatina mais fibrato, que evoluiu com injúria renal aguda grave em um hospital urbano.

DELINEAMENTO E MÉTODOS: Estudo de relato de caso com base na revisão do prontuário e da literatura.

RELATO DE CASO: P.R.M.B., masculino, 69 anos, hipertenso e portador de aneurisma de aorta abdominal. Em uso regular de anlodipino, losartana, hidroclorotiazida, furosemda, ácido acetilsalicílico, sinvastatina, ciprofibrato e pantoprazol. Admitido no hospital com anúria, lombalgia e edema de membros inferiores (MMII). Exames laboratoriais demonstraram creatinina 4,4 mg/dL, sendo o valor basal 2,2 mg/dL. A ultrassonografia abdominal total constatou rim direito de tamanho reduzido, contornos regulares e textura do parênquima apresentando discreta diminuição da diferenciação córtico-medular e rim esquerdo sem alterações. A internação, portanto, foi indicada. Durante a hospitalização, novos exames revelaram anemia leve, PCR 9,4 mg/dL, ureia 194 mg/dL, creatinina 6,6 mg/dL, CPK 3700 U/L, LDH 951 U/L, sódio e potássio normais, cálcio 4,63 mg/dL, PTH 316,4 pg/mL, aldolase 4,9 U/L, FAN, C-ANCA, P-ANCA, C3 e C4 negativos. O EAS exibia leve hematúria, sem dismorfismo, com seis hemácias por campo. Diante do quadro, foram suspensos estatina e fibrato e iniciado tratamento para rabdomiólise. Após dois dias, evoluiu com redução do edema, mas ainda com câimbras e espasmos musculares em MMSS e MMII. Ao final de oito dias, estabilidade clínica, diurese satisfatória e melhora dos exames: creatinina 1,5 mg/dL; ureia 60 mg/dL; CPK 200 U/L, progrediu com alta hospitalar e seguimento ambulatorial.

CONCLUSÕES: Embora rara, a rabdomiólise pode ser fatal. Identificar fatores de risco que predisponham ao desenvolvimento de toxicidade muscular antes do início do tratamento com as estatinas, sobretudo em associação com os fibratos, é importante na prevenção dessas complicações. O Adult Treatment Panel (ATP III) recomenda a dosagem basal da CPK de rotina em todos os indivíduos e a titulação individual da dose medicamentosa.

PALAVRAS-CHAVE: rabdomiólise; estatinas; fibratos.