

heaa

fbpn

fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica/HEAA

Sessão Clínica - 27/05/2024

Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Menezes Filho

Relator: R2- Dr. Otávio Defanti Ramos

Debatedor : R1- Dr. Igor Silva Santos

Caso Clínico

-
- ✓ **Identificação:** 44 anos, sexo masculino, pardo, casado, pescador, natural e residente em Campos dos Goytacazes-RJ
 - ✓ **Queixa principal:** “ exame do rim alterado”
 - ✓ **HDA:** Paciente encaminhado para atendimento com a nefrologia devido detecção de alteração na função renal. Refere que há cerca de 2 meses vem apresentando fadiga, edema mais pronunciado em membros inferiores e hipertensão arterial sistêmica de difícil controle, no momento em uso de 4 classes de anti-hipertensivos. Nega hematúria macroscópica. Traz exames laboratoriais que evidenciam piora da função renal (creatinina prévia de 2,8 mg/dL e 2 meses após de 4,2 mg/dL)
-

-
- ✓ **Sintomas referentes a outros aparelhos:** Nega febre. Refere urina espumosa. Nega sintomas respiratórios, gastrointestinais ou cutâneos.
 - ✓ **HPP:** HAS / nega DM.
 - ✓ **Medicações de uso contínuo:** anlodipino 10mg 1x/dia, hidralazina 50mg 3x/dia, losartana 50mg 2x/dia, furosemida 40mg 2x/dia, sinvastatina 20mg 1x/dia.
 - ✓ **Nega cirurgias prévias. Nega internações prévias. Refere alergia a frutos do mar.**
-

-
- ✓ **História familiar:** Mãe falecida devido câncer de vesícula e pai vivo com hipertensão. Nega história familiar de doença renal.
 - ✓ **História social:** Reside em área urbana, em casa com boas condições de saneamento. Ex-etilista, ex-tabagista. Nega uso de drogas ilícitas.
-

✓ Exame Físico:

Regular estado geral, lúcido, orientado, hipocorado +/-4, anictérico, acianótico, afebril, eupneico. Ausência de linfonodos e linfonodomegalias palpáveis em cadeias cervicais, axilares e inguinais.

Exame neurológico sem alterações dignas de nota.

- ACV: RCR, 2T, BNF, sem sopros, PA 160x100 mmHg, FC 88 bpm.

- AR: MV audível bilateralmente, sem ruídos adventícios. FR: 16 irpm.
SpO2: 98%.

- ABD: Flácido, depressível, e indolor a palpação superficial e profunda. Peristalse presente.

- Membros inferiores: edema ++/4, panturrilhas livres, pulsos palpáveis.

Exames Complementares

-- Exames Laboratoriais:

Hemácias: 3,25 milhões/mm³
Hemoglobina: 9,5 g/dL
Hematócrito: 26,5%
VCM: 81,5 fL

HCM: 29,3 pg
CHCM: 35,8 g/dL
Leucócitos: 9.400 /mm³
Eosinófilos: 15
Bastões: 0
Segmentados: 66
Plaquetas: 258.000 /mm³
Reticulocitos: 0,4%

Creatinina: 4,2 mg/dL
Uréia: 164 mg/dL

Bilirrubina Total: 0,3 mg/dL
Bilirrubina Direta: 0,1 mg/dL
Bilirrubina Indireta: 0,2 mg/dL

Triglicerídeos: 151 mg/dl
Colesterol total: 159 mg/dL
HDL: 27 mg/dl
LDL: 102 mg/dL

Proteínas: 6,1 g/dL
Albumina: 3,0 g/dl
Globulinas: 3,1 g/dL
TGO: 15 mg/dL
TGP: 14 mg/dL

Ferro: 13 mcg/dL
Ferritina: 186 ng/mL
Transferrina: 139 mg/dl
IST: 14%

FAN negativo
FR: negativo
Anti DNA dh: negativo

Glicose: 72 mg/dL
Hba1c: 5,0 %

INR 0,99

25(OH) VITD: 26,6 ng/ml
B12: 378 pg/ml

HBSAg negativo
Anti-HBs negativo
Anti-HCV negativo
Anti-HIV negativo
VDRL: negativo

C3: 113 mg/dl (VR: 90-170)
C4: 47 mg/dl (VR 12-36)
Eletroforese de proteínas: ausência de proteína monoclonal.

Na: 134 mEq/l
K: 6,2 mEq/l
Ca: 8,9 mg/dL
Fosforo: 7,1 mg/dL
Mg: 2,4 mg/dL

PTH: 25 pg/ml
LDH: 239 U/L

✓ **USG de rins e vias urinárias:** rins tópicos, com forma, contornos e ecogecidade normais.

✓ **EAS:**

Volume.....:	50 mL
Densidade.....:	1020
Cor.....:	Amarelo citrino
pH.....:	5,0
Proteína.....:	+
Glicose.....:	Negativa
Hemoglobina.....:	+
Urobilinogênio.....:	Normal
Bilirrubinas.....:	Negativa
Corpos Cetônicos.....:	Negativos
Nitrito.....:	Negativo
Hemácias.....:	30 por campo
Leucócitos.....:	7 por campo
Muco.....:	Ausente
Células.....:	+
Cilindros.....:	Ausentes
Granulações.....:	Ausentes
Cristais.....:	Ausentes
Bactérias.....:	+
<u>Trichomonas</u>:	Ausentes
Leveduras.....:	Ausentes

-- Discutir hipóteses diagnósticas e condutas --

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

EDEMA DE MMII + HAS +
ALT. DA FUNÇÃO RENAL +
+ HEMATÚRIA

SÍNDROME
NEFRÍTICA

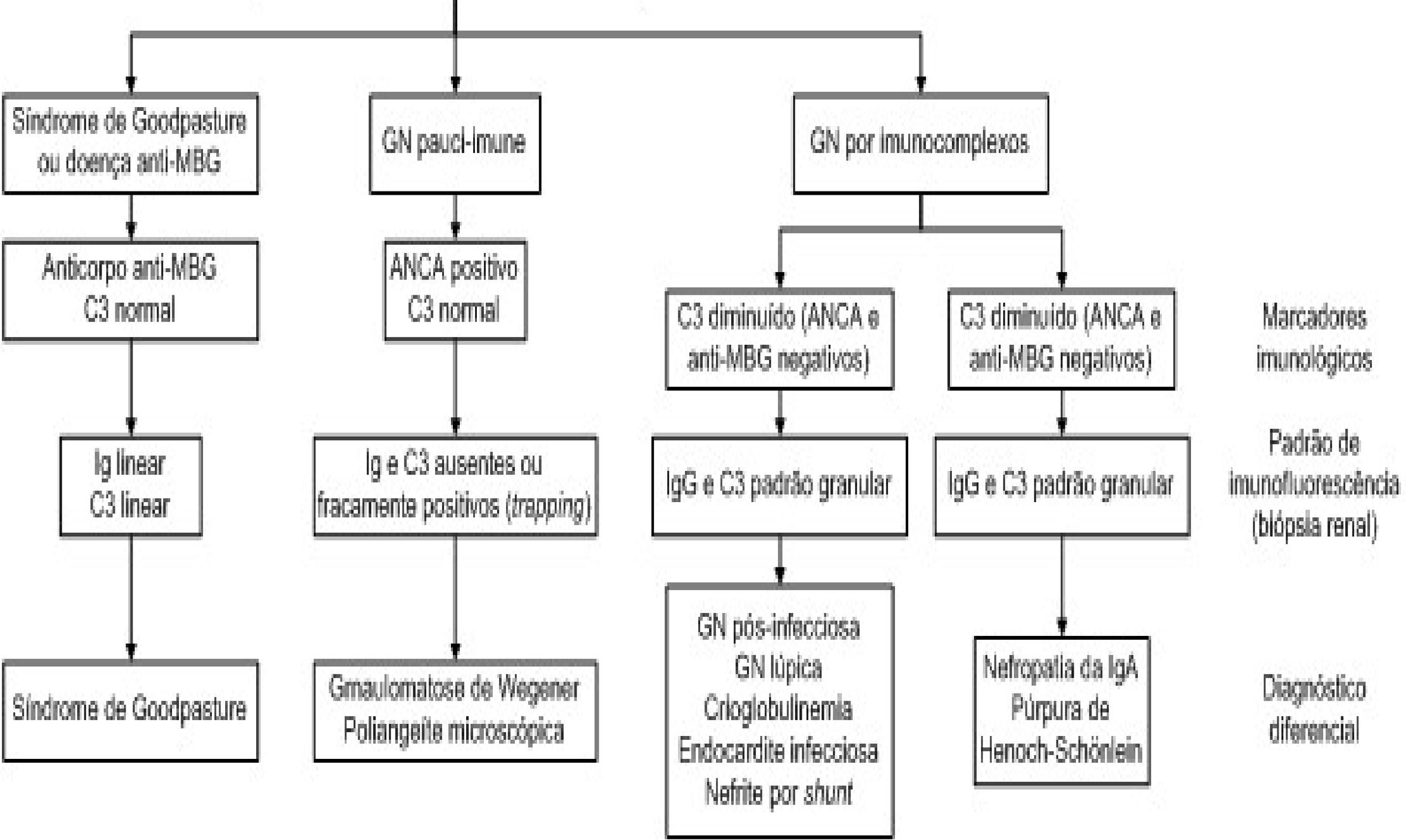
SÍNDROME NEFRÍTICA

GNRP

GNPE

NEFROPATIA POR
IGA

Glomerulonefrite rapidamente progressiva



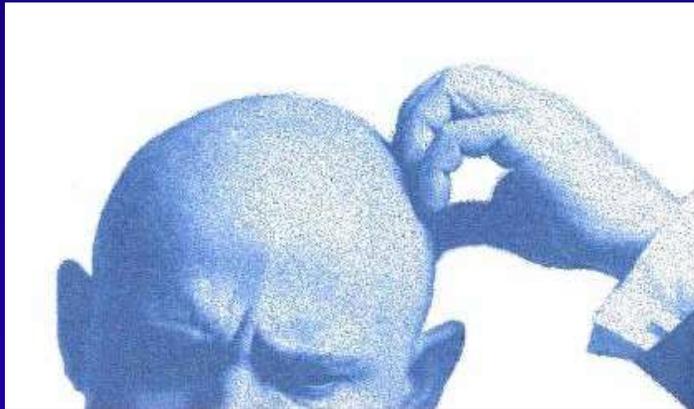
EXAMES E CONDUTAS QUE AJUDARIAM NO SEGUIMENTO:

- ANCA;
- Proteinúria de 24 horas;
- Anti-MBG;
- Cultura de urina;
- Doppler de artérias renais;
- Exame de imagem (TC de tórax);
- Biópsia renal;
- Suspensão do anlodipino;
- Quelante de fósforo;
- Otimização dos anti-hipertensivos.

REFERÊNCIAS

- ✓ APPEL GERALD, KAPLAN A ANDRE, **Overview of the classification and treatment of rapidly progressive (crescentic) glomerulonephritis**, **Archives of Clinical**, set. 2022.
- ✓ RADHAKRISHNAN JAI, **glomerular disease: evaluation and differential diagnosis in adults**, jul. 2022.

SEGUIMENTO DO CASO



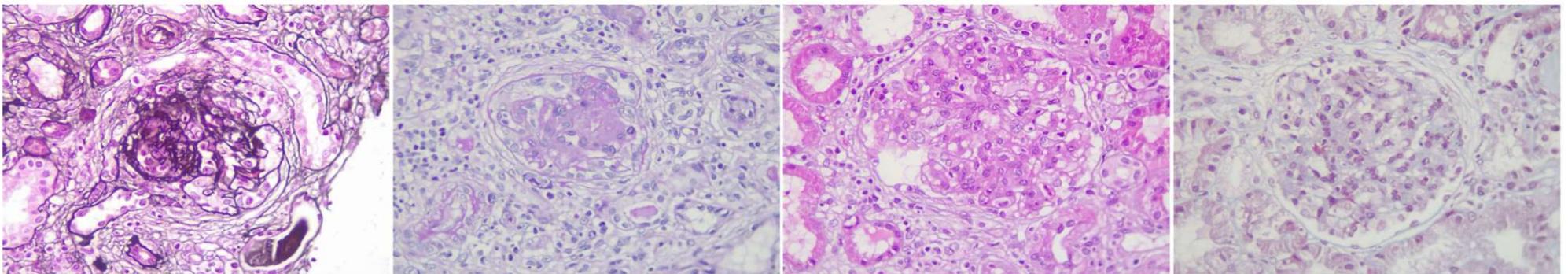
SEGUIMENTO

- 26/07/2023: Internação hospitalar.
- Realizado Biópsia Renal

HISTOPATOLÓGICO

COMPARTIMENTO GLOMERULAR:

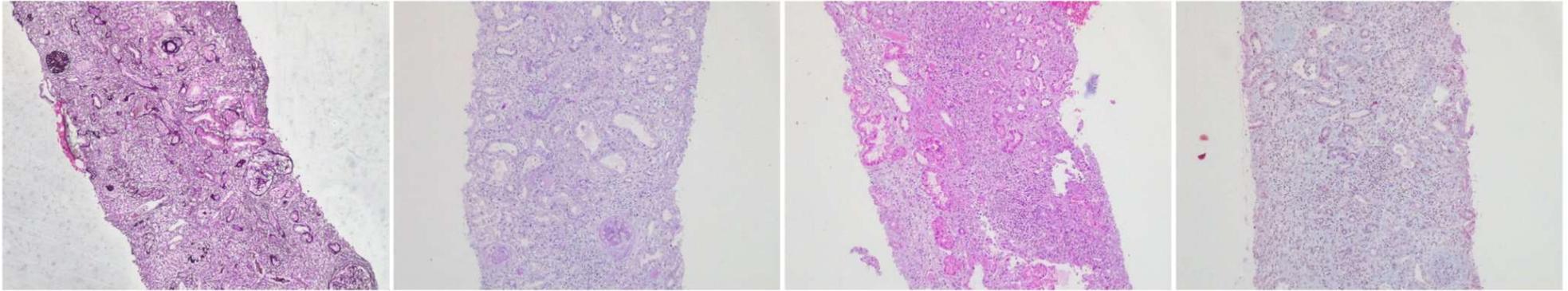
A matriz e celularidade mesangiais são habituais nos glomérulos preservados. A membrana basal glomerular apresenta focos de ruptura, não se identificando corrugação, buracos, espículas ou divisão. Nos espaços de Bowman, foram observadas formações de crescentes celulares, fibrocelulares e fibrosos. Não foram observados adesões capsulares fibrosas, depósitos de fibrina ou necrose. Ainda, não se identificam esclerosantes segmentares, hialinose, fibrina ou proliferação endocapilar dos tufo glomerulares.



HISTOPATOLÓGICO

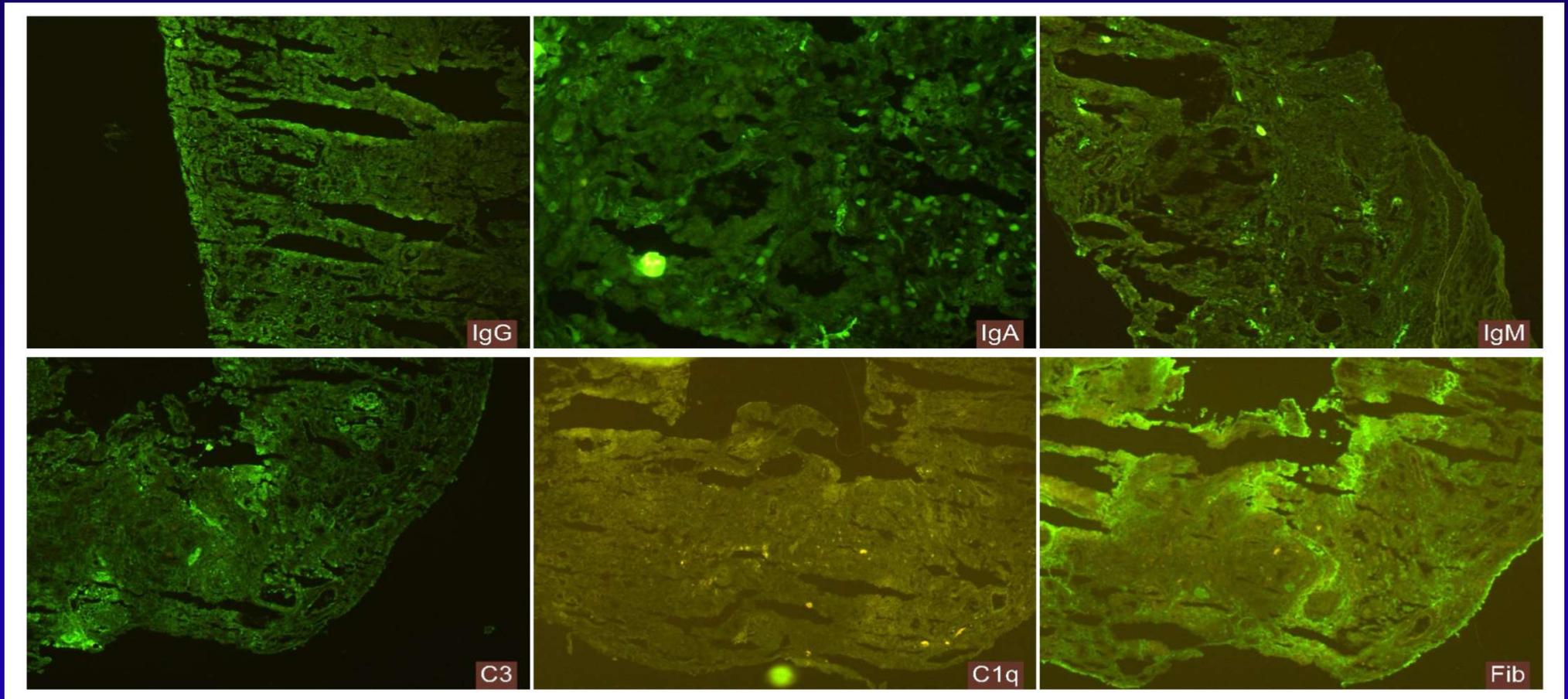
COMPARTIMENTO TÚBULO-INTERSTICIAL:

O espaço intersticial mostra-se alargado por acentuada fibrose (60-70%) e proporcional atrofia tubular. Presença de moderado infiltrado inflamatório granulomononuclear intersticial, contendo poucos plasmócitos e raríssimos eosinófilos. Coexiste moderado edema. Não foram observados cristais ou depósitos amorfos nos múltiplos cortes examinados.



HISTOPATOLÓGICO

MICROSCOPIA DE IMUNOFLUORESCENCIA



**GLOMERULONEFRITE CRESCÊNTE, EM FASE
PROLIFERATIVA/ESCLEROSANTE, PROVAVELMENTE
DA FORMA PAUCI-IMUNE (TIPO III)**

SEGUIMENTO:

- ✓ 16/08/23: Internação hospitalar pós resultado de biópsia.
- ✓ **Tomografia de Tórax:** Pequenas opacidades nodulares centrolobulares com aspecto de árvore em brotamento com discretas opacidades em vidro fosco adjacentes, localizadas no segmento posterior do lobo superior do pulmão direito, devendo ser considerada a possibilidade de bronquiolite ou infecção micobacteriana em atividade. Nódulo difusamente calcificado no segmento basal anterior do lobo inferior do pulmão direito, que associado a pequenos linfonodos peri-hilares calcificados, configuram complexo de Ranke.
- ✓ **p-ANCA: Não reagente / c-ANCA: Não reagente**

SEGUIMENTO:

- ✓ Pesquisa de TB latente e profilaxia para Estrongiloidíase.
- ✓ Pulsoterapia com Metilprednisolona 3 dias
- ✓ Seguimento com Prednisona 1mg/kg/dia.
- ✓ 23/08/23: Alta com encaminhamento para realização de Ciclofosfamida.

- ✓ Seguimento ambulatorial.

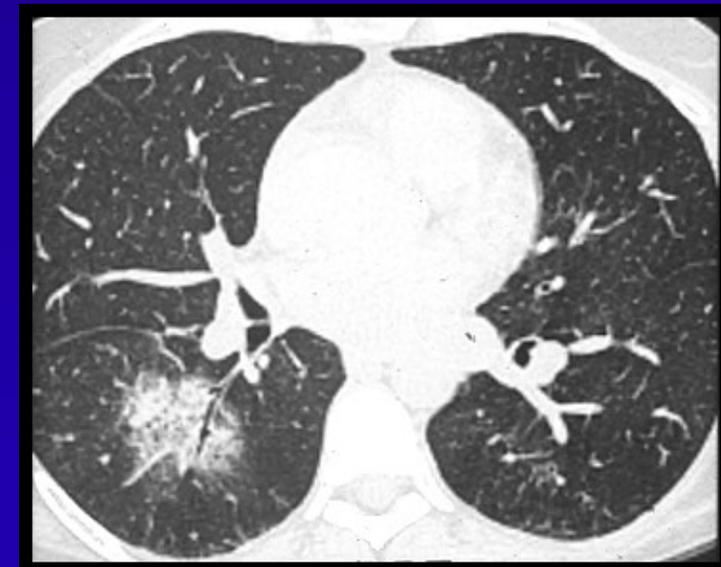
GLOMERULONEFRITE CRESCÊNTE

- ✓ Ocorre mais comumente em adultos.
- ✓ Perda progressiva da função renal durante um período de tempo curto (dias, semanas ou alguns meses)
- ✓ Biópsias com mais de 50% de crescentes, ou para biópsias com 10 a 50% de crescentes.

- ✓ **Classificação:**
- ✓ – **Tipo I**, com doença por anticorpo anti-MBG (ex.: síndrome de Goodpasture)
- **Tipo II**, com deposição de imunocomplexos (ex.: Lúpus eritematoso sistêmico e GNPE)
- **Tipo III**, sem depósitos imunes nem anticorpos anti-MBG, denominado pauci-imune.

GLOMERULONEFRITE CRESCÊNTE

- ✓ Grande parte dos pacientes com vasculite renal limitada são ANCA positivos e podem apresentar ou desenvolver sintomas sistêmicos de granulomatose com poliangeíte (granulomatose de Wegener) ou poliangeíte microscópica
- ✓ Inicialmente são sintomas inespecíficos (febre, mal-estar, anorexia, perda de peso, mialgias e artralgias)
- ✓ Semanas a meses sem evidência de acometimento de órgão específico.
- ✓ Sinusite, otite média, úlceras orais e/ou nasais, tosse, dispneia, hemoptise ou dor pleurítica.
glomerulonefrite rapidamente progressiva.
púrpura envolvendo membros inferiores.
vasculite retiniana, uveíte.



GLOMERULONEFRITE CRESCÊNTE

Clínica

- ✓ Semelhante a síndrome nefrítica, exceto pela oligúria e azotemia mais pronunciadas.
- ✓ Hematúria, dismorfismo eritrocitário, cilindros hemáticos no sedimento urinário, proteinúria subnefrótica.
- ✓ Aumento da creatinina sérica que ocorre ao longo de dias ou semanas.

GLOMERULONEFRITE CRESCÊNTE

Diagnóstico:

- Dosagem p-ANCA / c-ANCA, anticorpo anti-MBG, FAN, Fator reumatóide, anti DNA-dh, dosagem do complemento.
- Biópsia renal

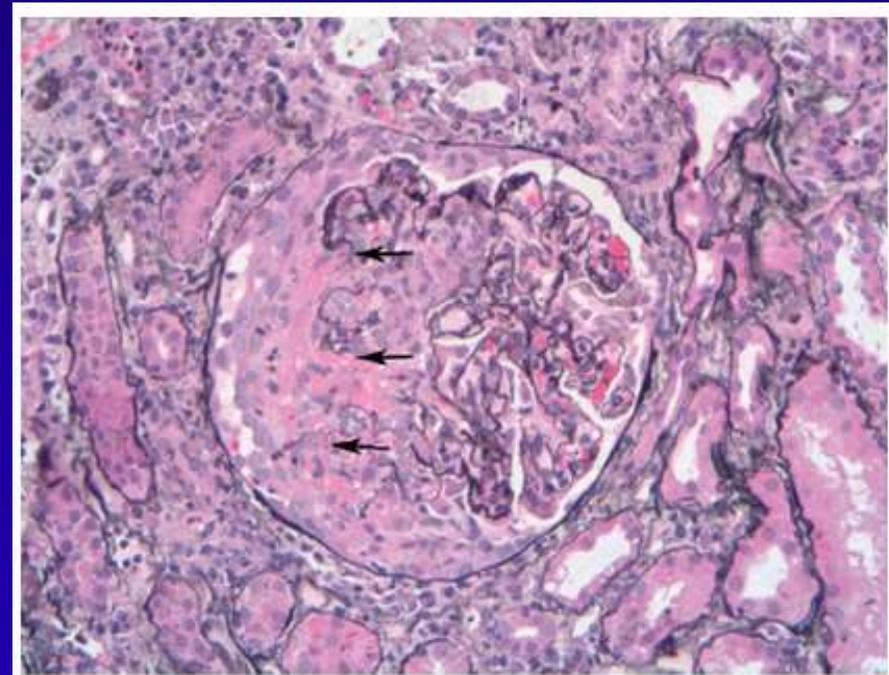


Figura 4: Glomerulonefrite com crescentes. Áreas de necrose com ruptura das alças capilares nas setas.
Fonte: Robbins Patologia Básica.

GLOMERULONEFRITE CRESCÊNTE

Tratamento:

- ✓ Corticoterapia - pulsoterapia com metilprednisolona venosa, prednisona oral
- ✓ Ciclofosfamida
- ✓ Azatioprina, metotrexato e micofenolato
- ✓ Imunobiológico (rituximabe)
- ✓ Plasmaférese

- ✓ Objetivo: alcançar a remissão a longo prazo.

REFERÊNCIAS

- ✓ Nachman PH, Hogan SL, Jennette JC, Falk RJ. Treatment response and relapse in antineutrophil cytoplasmic autoantibody-associated microscopic polyangiitis and glomerulonephritis. *J Am Soc Nephrol* 1996; 7:33.
- ✓ Couser WG. Rapidly progressive glomerulonephritis: classification, pathogenetic mechanisms, and therapy. *Am J Kidney Dis* 1988; 11:449.