Desafio clínico: sedimentando o básico

Maria Helena Lopes Cavalcante
Editora da seção

Apresentação de um caso clínico, com perguntas-chave sobre a sua condução.

O QUE A MÃE QUER SABER: SERÁ QUE MEU FILHO TEM A MESMA DOENÇA QUE EU?

Maria Helena Lopes Cavalcante

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Médica Assistente da Enfermaria e Coordenadora do Internato de Pediatria do Hospital Infantil Albert Sabin.

HISTÓRIA

A.W.L, 5 anos, sexo masculino, procedente de Maracanaú.
Paciente com história de ferimento no pé há 20 dias que evoluiu com edema local e febre. Há 15 dias apresentou urina escura (cor de coca-cola) acompanhada de diminuição do volume urinário e edema de membros inferiores (MMII), face e abdome. Foi internado em um hospital secundário onde fez uso de furosemida, melhorando do edema. Realizou os seguintes exames de controle com os respectivos resultados: sumário de urina (SU) com proteinúria e hematúria; proteínas totais de 5,5 mg/dl, albumina de 3,32 mg/dl; creatinina de 1,2 mg/dl. Com estes resultados foi encaminhado ao Hospital Infantil Albert Sabin com hipótese de Síndrome Nefrótica.

Antecedentes pessoais: nada relevante.
Antecedentes familiares: mãe com Insuficiência Renal Crônica, fazendo diálise e tio diabético.
Dieta: hipoproteica.

EXAME FÍSICO

Peso: 15 kg; Estatura: 100 cm; PA: 110x86 mmHg.
Temp: 36,5 ^{o}C.
Estado geral regular, eupneico, afebril ativo e cooperativo. Orofaringe com discreta hiperemia.
Ausculta cárdio pulmonar: nada digno de nota (ndn).
Abdome: sem megalias.
Extremidades: edema discreto de MMII sem cacifo.

QUAIS OS PONTOS CHAVES?

Idade de 5 anos, sexo masculino, procedente de Maracanaú, ferida no pé, febre inicial, edema, diminuição do volume urinário, urina escura, PA limítrofe, hematúria, proteinúria, creatinina de 1,2 mg/dl e albumina (Alb) de 3,32 mg/dl.

QUAIS OS DIAGNÓSTICOS SINDRÔMICOS?

1. Insuficiência renal - O clearance de creatinina é de 42, o que significa Insuficiência renal moderada.
2. Edema

E OS DIAGNÓSTICOS ETIOLÓGICOS MAIS COMUNS?

1. Glomerulonefrite Difusa Aguda (GNDA);
2. Glomerulopatia de outra etiologia (mãe é renal crônica);
3. Nefropatia por IgA (período de latência muito curto);
4. Síndrome nefrótica, poderá ser? Provavelmen-

te não, pois o edema é sem cacifo, a albumina > de 2,5 mg/dl e a proteinúria não foi quantificada.

COMO FIRMAR O DIAGNÓSTICO ATRAVÉS DE EXAMES SUBSIDIÁRIOS BÁSICOS?

Hemograma completo (HC), velocidade de hemosedimentção (VHS), sumário de urina (SU), raios-X (RX) de tórax PA e Perfil, complemento (C3), uréia, creatinina e potássio, principalmente pela IRA, são exames subsidiários básicos.

Resultados dessa paciente:
Hemograma: Ht (27,3%), Hb (9,1 g/dl), HbCM (25,5%), VCM (76,5mm^3),
Leuc.(10.500cels / mm^3), Seg. (54%), Bast. (3%), Eos. (1%), Linf. (37%), Mon. (5%), Plaq. (397.000 / mm^3).
VHS: 35 mm^3
RX tórax: normal
SU: dens: (1020), pH: 5, leucócitos (+), nitritos (neg.), proteínas (+++ - 500mg), Eritrócitos (+++), cilindros (granulosos), piócitos (6 / c) e glicose (neg).
Presença de numerosas hemácias na sua maioria mal preservadas.
Uréia:148 mg/dl;
Creatinina: 1,2 mg/dl
Potássio (K): 6,13 mEq/l
C3: 36 (Baixo)

E AGORA?

Estamos ante esses resultados dos exames e precisamos analisar a fim de se chegar a alguma conclusão. Então, pode-se afirmar que a criança tem:

1. Insuficiência Renal (uréia, creatinina e potássio elevados - diagnóstico emergencial);
2. GNDA (edema, PA limítrofe, SU com hematúria, piúria, cilindrúria, proteinúria e hemácias mal preservadas associado ao consumo de complemento).

No entanto, estamos diante de uma proteinúria significativa e precisamos excluir se existe um quadro nefrótico ou apenas uma proteinuria maciça – achado pouco frequente na GNDA. Não esquecer que a mãe é renal crônica e esse quadro pode representar a abertura de uma glomerulopatia de outra etiologia.

O QUE FAZER?

1. Existe Síndrome nefrótica (SN)? Esta se caracteriza pela definição: edema, hipoalbuminemia (Alb<2,5 mg/dl), proteinúria (>50mg/Kg/d) e aumento de colesterol.
2. Se existe SN não deverá ser por lesão mínima, pois não ocorre consumo de C3. Neste caso, a fim de descartar ou confirmar SN, precisamos de alguns exames básicos: proteinograma, colesterol e proteinúria de 24 horas.

Resultado dos exames:
Proteínas totais: 5,4 mg/dl; Alb: 2,9 mg/dl (>2,5 mg/dl), Globulinas: 2,5 mg/dl
Colesterol: 185 (< 238)
Proteinúria de 24 horas: 1684 mg/dl (>50mg/Kg/dia)

ENTÃO?

Encontramos apenas uma proteinúria maciça nos exames acima, portanto, os novos exames afastam a possibilidade de SN.

QUAL O DIAGNÓSTICO QUE TEMOS?

Estamos diante de um paciente com GNDA com uma complicação rara (IRA com hiperpotassemia) associada a outro dado incomum, que poderá ser Proteinúria Nefrótica ou uma Glomerulopatia?

E AGORA, DOUTOR?

Como você vai conduzir o seu paciente que é filho de uma renal crônica e espera ansiosa pelo seu prognóstico?

Alguns critérios deverão ser levados em conta na GNDA, que poderá apresentar:

1. IRA com oligoanúria, mas não deverá permanecer por mais de 72 h;

2. Proteinúria maciça, hematúria macroscópica e uréia elevada, não superior a 4 semanas;
3. Complemento deverá normalizar acima de 8 semanas.

Se tudo isso regularizar no período mencionado acima, podemos afirmar para os familiares que o paciente evoluirá para recuperação completa.

QUAL A CONDUTA?

1. Tratar a IRA, visando a hiperpotassemia e ver o tempo de resolução.
2. Acompanhar semanalmente com SU e observar a involução da proteinúria e hematúria.
3. Dosar complemento com 8 semanas ou mais.

Resultados:
Paciente fez restrição protéica, uso de resina de troca por 72h e medidas de suporte, tendo resultado satisfatório e com os seguintes exames normais: uréia: 17 mg/dl; creatinina: 0,5 mg/dl e potássio: 4,54 mEq/l. Não mais apresentou hipertensão.

SU uma semana depois: dens. (1020), pH (5), leucócitos (+), nitritos (neg.), proteínas (++), eritrócitos (+++), cilindros (granulosos), piócitos (6/c). Presença de hemácias na sua maioria mal preservadas.

SU duas semanas depois: dens: (1020), pH (5), leucócitos (+), nitritos (neg.), proteínas (+) Eritrócitos (++l), cilindros (granulosos), piócitos (6 / c). Presença de hemácias na sua maioria mal preservadas.

No seguimento ambulatorial houve desaparecimento da proteinúria e o complemento se normalizou.

QUAL O MAIOR ENSINAMENTO DO CASO?

No paciente pediátrico a síndrome nefrítica mais comum é a GNDA, e devemos estar alertas para as apresentações incomuns, antes de tomar medidas invasivas como biópsia renal precoce, para decidir terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Pernetta, C. Edema. Diagnóstico Diferencial em Pediatria. 3ª. Edição. São Paulo. SARVIER, 1985. p. 305-307.
2. Murahovschl, J. Gomerulonefrite Difusa Aguda Pediatria: Diagnóstico+ Tratamento. 6ª. Edição. SARVIER 2003. Seção XIII, cap 4 p.492-494.
3. Koch, V.H. Gomerulonefrite Aguda Pós-estrptococica. In; Escobar, A. M; Grisi, S. Prática Pediátrica. São Paulo: Atheneu, 2000. cap.95.p.765-768
4. Schvartsman, B.G.S; Ramos, M.P.Glomerulopatias. In:Marcondes, E;Vaz, F.A. C; Ramos,J.LA; Okay,Y. Pediatria Básica. São Paulo: Sarvier; 2003. Tomo 3, p.340-362.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Maria Helena Lopes Cavalcante
E-mail: cavalcante.helena@gmail.com