

CASE REPORT

**RELATO DE CASO: SUSPEITA DE SÍNDROME
NEFRÓTICA, ABORDAGEM INICIAL EM ATENÇÃO
BÁSICA**

Victor Eduardo Almeida Costa¹, Pablo Henrique Coelho Bringel², Danilo Eduardo Queiroz Frederico³,
José Daniel e Silva Filho⁴ e Virgílio Ribeiro Guedes⁵

RESUMO

O diabetes mellitus e a hipertensão são entidades clínicas silenciosas, mas acarretam lesões a longo prazo acometendo órgãos alvo⁵. O caso clínico em questão trata-se de uma suposta síndrome nefrótica associada a quadro incipiente de nefropatia diabética em uma paciente obesa, diabética descompensada e hipertensa descompensada. O caso em questão foi observado e conduzido na unidade de atendimento primário em serviço conveniado com a Universidade Federal do Tocantins para Módulo de Internato Rural. A elaboração do caso clínico se fez a partir do consentimento livre e esclarecido pela paciente e por meio de análise sistemática do prontuário da mesma, bem como exames realizados no serviço em questão. A terapia empírica foi instituída visando salvaguardar a função renal remanescente⁶. Após propedêutica inicial a paciente foi encaminhada ao serviço terciário para avaliação especializada e instituição de propedêutica específica.

Palavras-chave: síndrome nefrótica, hipertensão, diabetes, atenção primária.

1. Graduando de medicina da Fundação Universidade Federal do Tocantins. Contato: victormed6@gmail.com. Endereço: Quadra 704 Sul, alameda 09, lote 01, Residencial Boulevard, apartamento 202C, Palmas-TO, CEP 77.022-338.

2. Graduando de medicina da Fundação Universidade Federal do Tocantins. Contato: pablobringel@hotmail.com. Endereço: Rua C, Casa 2, Residencial Vinhais, São Luís-MA, CEP 65.071-062.

3. Graduando de medicina da Fundação Universidade Federal do Tocantins.

4. Médico da Unidade de Saúde da Família do município de Fátima-TO e médico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do estado do Tocantins.

5. Mestre em Ciências da Saúde, médico patologista, orientador e professor da Universidade Federal do Tocantins.

CASE REPORT: SUSPECTED NEFROTIC SINDROME, EARLY CARE IN BASIC ATENCION

ABSTRACT

Diabetes mellitus and hypertension are silent clinical entities, but lead to long-term injuries affecting target organs⁵. The clinical case in question it is a supposed nephrotic syndrome associated with incipient picture of diabetic nephropathy in an obese patient, diabetic and hypertensive decompensated . Case in point was observed and conducted in primary care unit in linked service with the Federal University of Tocantins for Rural Internship module . The preparation of the case is made from informed consent by the patient and by systematically analyzing the records of the same, as well as examinations in the service concerned. Empirical therapy was instituted targeting safeguard remanescent renal function⁶. After initial workup the patient was referred to a tertiary center for specialized evaluation and workup specific institution .

Key-words: nephrotic sindrome; hypertension; diabetes; primary care.

INTRODUÇÃO

A síndrome nefrótica é um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam uma patologia renal que cursa caracteristicamente com proteinúria maciça, ou seja, uma proteinúria de 24 horas maior que 3,5g/dia no adulto, o que leva conseqüentemente a uma hipoproteinemia, hipoalbuminemia, edema e hiperlipidemia com lipidúria¹.

A Nefropatia Diabética (ND) é uma importante causa de síndrome nefrótica e, por esse motivo, preconiza-se a realização de rastreio anual de ND através da microalbuminúria de 24 horas para pacientes com Diabetes Mellitus (DM) tipo I com mais de 5 anos de doença ou maiores de 12 anos, assim como para pacientes com DM tipo II, a partir do diagnóstico.

Além disso, para a investigação etiológica dessa síndrome, são necessários os seguintes exames: hemograma, plaquetas, provas de coagulação, creatinina, glicose, exame comum de urina, anti-HIV, HBsAg, anti-HCV, VDRL, complementos (C3 e C4), urina de 24 horas, crioglobulinas, eletroforese de proteínas no sangue e na urina, relação kappa/lambda no sangue e na urina, fator antinuclear, anti-DNAs, radiografia de tórax pósterio-

anterior e perfil, ultrassonografia de rins e vias urinárias e ecocardiograma^{1,4}.

Porém, avaliação etiológica primária dessa síndrome só poderá ser confirmada por meio de biópsia renal. Em geral, a conduta indicada em casos de síndrome nefrótica é a adoção de medidas não farmacológicas, como dieta hipossódica, hipolipídica e hipoprotéica; e farmacológicas, como: uso de corticóide, anti-helmíntico, estatinas e/ou fibratos para provável dislipidemia, e furosemida, em casos de anasarca, além de tratar os fatores de risco⁶.

O objetivo deste estudo é apresentar os obstáculos vivenciados na atenção básica frente a uma suspeita de síndrome nefrótica, evidenciando as dificuldades, faltas, falhas e possibilidades no diagnóstico e condução do caso nestas situações.

RELATO DO CASO

Paciente, 56 anos, sexo feminino, cor branca, natural de Balsas - MA, procedente de Fátima - TO, obesa, portadora de hipertensão arterial sistêmica há aproximadamente 20 anos e diabetes mellitus tipo II há aproximadamente 14 anos, apresentou-se para consulta na Unidade de Saúde da Família em Fátima - TO em agosto

de 2015, com quadro de oligúria, edema de membros inferiores (Figura 1 e 2) e peripalpebral, abdômen com sinal de semicírculo de Skoda e Piparote positivo, sugestivos de ascite grave, dor lombar bilateralmente, pressão arterial(PA) 240:170, glicemia capilar (GC) em jejum acima de 400mg/dl e queixa de urina espumosa.

Negou outros sintomas, comorbidades, infecções recentes de vias aéreas superiores, cirurgias prévias e referia uso contínuo, porém inadequado de Losartana 50 mg ao dia, Anlodipino 10 mg ao dia, Hidroclorotiazida 25 mg ao dia, Metformina 1700 mg ao dia e Glibencamida 15 mg ao dia.

Durante uma revisão de prontuários, observou-se que a PA e glicemia de jejum se mantiveram, em geral, elevadas desde o diagnóstico de hipertensão e diabetes, respectivamente, oscilando ocasionalmente com períodos de controle, sem prejuízo da função renal.

Durante esse tempo, foram utilizados diferentes esquemas de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais, com otimização das doses. Há aproximadamente cinco anos, houve indicação e início do tratamento da diabetes com insulina NPH, porém a

paciente não manteve o tratamento e continuou obtendo níveis glicêmicos alterados.

Nos últimos dois anos, apresentou também quadros repetitivos de infecção de urina recorrente, com dor lombar e aumento progressivo dos níveis de uréia, sem aumento da creatinina.

Diante do quadro, solicitaram-se os seguintes exames (com urgência), com os respectivos resultados:

1. Exame simples de urina: com proteinúria intensa (++++/4+, maior que 500 mg/dl), hematúria (+/4+), piúria e cilindros granulosos;
2. Uréia: 63mg/dl;
3. Creatinina e Clearance de Creatinina: 1,2mg/dl e 50,5 (CKD-EPI)ou 103.3 (Cockcroft) respectivamente; e
4. Lipidograma: com colesterol total de 274mg/dl, sem resultado dos valores das subclasses, devido à falta de reagentes no laboratório de referência.

Além de solicitar exames, foi solicitado que a paciente retornasse o

mais brevemente possível com o resultado dos exames.

Em consulta de retorno, com os resultados laboratoriais citados, foram prescritas as seguintes medicações: Levofloxacino 500mg /dia por sete dias, Prednisona 60mg/dia para uso até avaliação do nefrologista, Furosemida 80mg/dia, Losartana 100mg/dia, Anlodipino 10mg/dia, Espironolactona 25mg/dia, Insulina NPH 0,5 unidades/kg/dia, Sinvastatina 40mg/dia, Omeprazol 20mg/dia, Albendazol 400mg em dose única e mantida Metformina 1700mg/dia até avaliação pelo nefrologista.

Além disso, a paciente foi encaminhada com urgência ao serviço de nefrologia do Hospital Geral de Palmas (HGP) e foram solicitados novos exames laboratoriais e de imagem, para acompanhamento ambulatorial.



Figura 1: Membro inferior direito com edema de ++++/4+, com cacifo positivo em região pré-tibial.



Figura 2: Membro inferior esquerdo, com edema de ++++/4+, com cacifo positivo em região maleolar medial.

DISCUSSÃO

A síndrome nefrótica é um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam uma patologia renal que cursa com proteinúria maciça, edema, hipoalbuminemia e dislipidemia.

A paciente em questão apresentou quadro clínico típico, entretanto não foi possível fechar o diagnóstico síndrome pela impossibilidade de caracterização da proteinúria.

Associado a este quadro, apresentou ainda quadro de emergência hipertensiva² e descontrole glicêmico. O fator que mais chama atenção no caso

são os elevados níveis de pressão arterial apresentados nos últimos anos e principalmente dos últimos meses, chegando a apresentar PA de 280 por 170 mmHg.

Dentre os diagnósticos etiológicos mais prevalentes em pacientes com síndrome nefrótica, encontram-se a Nefropatia Diabética e a Glomeruloesclerose Segmentar e Focal (GESF), que também tem com fator predisponente a diabetes.

A nefropatia diabética fora inferida pelo exame de urina demonstrando proteinúria⁶.

Outro grande fator que pode ter contribuído para o quadro apresentado é o intervalo prolongado entre o diagnóstico, por volta dos 30 anos, e início do tratamento anti-hipertensivo, aos 37 anos. Além disso, a paciente, mesmo em uso de medicações, não apresentou níveis pressóricos dentro da meta planejada: até 130 por 80 mmHg, o que parece ser uma consequência do uso inadequado das medicações ou uma hipertensão refratária que ainda não foi diagnosticada^{2,3}.

Ainda é possível observar, na história clínica, uma falha na condução do caso que pode ter contribuído com sua evolução: a paciente não foi submetida ao rastreamento de nefropatia

e retinopatia diabética no momento do diagnóstico, assim como não fora submetida ao rastreamento anual⁵. Tal falha pode inclusive representar a dificuldade de se realizar alguns exames pelo SUS fora do município.

O diagnóstico não pode ser realizado a nível primário por falta de estrutura do laboratório municipal, entretanto, frente a um quadro clínico bem sugestivo, associado a fatores de risco com importante correlação epidemiológica, foi realizado uma abordagem voltada para a provável nefropatia diabética, visando salvaguardar a função renal remanescente (tratamento nefroprotetor)⁶. O exame de urina aliado à clínica foi o parâmetro definidor do quadro da paciente por revelar a presença de cilindros celulares, hematúria e proteinúria^{1,4}. Os exames complementares que fazem parte do protocolo para investigação das glomerulopatias não fora solicitado completamente devido à impossibilidade de conseguir os mesmos no serviço em questão.

Por esse motivo, a paciente fora avaliada e manejada quanto ao quadro agudo em serviço de atenção primária e logo foi encaminhada para serviço de atenção terciária, para investigação de

glomerulopatias através dos exames complementares apropriados e para realização da biópsia.

A terapêutica teve como objetivo o tratamento para síndrome nefrótica, conseqüente a provável Nefropatia Diabética e GESF, sendo indicadas medidas não farmacológicas, como a redução do sódio alimentar, redução de alimentos ricos em lipídeos, redução do consumo excessivo de proteína⁶ e redução de alimentos com elevado índice glicêmico³; além de uso das seguintes medicações e doses diárias: prednisona 60mg, losartana 100mg, furosemida 80mg, espironolactona 25mg, anlodipino 10mg, insulina NPH 0,5UI por quilo, metformina 1700mg, sinvastatina 40mg, Omeprazol 20mg e albendazol 400mg em dose única. Por outro lado, critica-se a conduta pelo fato de que a prednisona poderia ter sido empregada em sua dose máxima de 80mg por dia⁴, a furosemida e espironolactona deveriam ter sido usadas na proporção de 40mg para 100mg, respectivamente, e a metformina deveria ter sido suspensa⁶.

Após estabilização inicial a paciente foi encaminhada ao serviço de atenção terciária com objetivo de avaliação global, mas prioritária pelo serviço de nefrologia, com solicitação

dos exames para investigação das glomerulopatias, tais como: hemograma, plaquetas, provas de coagulação, creatinina, glicose, exame comum de urina, anti-HIV, HBsAg, anti-HCV, VDRL, complementos (C3 e C4), urina de 24 horas, crioglobulinas, eletroforese de proteínas no sangue e na urina, relação kappa/lambda no sangue e na urina, fator antinuclear e anti-DNAs¹.

Os exames de imagem a serem solicitados prioritariamente são: radiografia de tórax pósterio-anterior e perfil além de ultrassonografia de rins e vias urinárias e ecocardiograma⁴. A avaliação etiológica primária deverá ser realizada por meio de biópsia renal no serviço terciário em questão.

Os critérios de resposta ao tratamento não foram avaliados, visto que a paciente não retornou até o momento para reavaliação e contra referência. A paciente deverá seguir em acompanhamento no serviço de atenção primária com objetivo de manutenção do tratamento preconizado pelo serviço de nefrologia, avaliação das seqüelas em órgãos alvo⁵ e otimização do tratamento para hipertensão arterial e diabetes tipo II.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VERONESE, FV; MORALES, DD; BARROS, EJG; MORALES, JV. Síndrome nefrótica primária em adultos. Artigo de revisão. Rev HCPA 2010;30(2):131-139.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. ArqBrasCardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
3. BASTOS, MG; OLIVEIRA, DCQ; KIRSZTAJN, GM. Doença renal crônica no paciente idoso. Artigo de revisão. Rev HCPA 2011;32(1):52-65.
4. RODRIGUES, CE; TITAN, S; WORONIK, V. Síndrome nefrótica. 2012. Acesso em 10/2015: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2472/sindrome_nefrotica.htm.
5. TSCHIEDEL, B. Complicações crônicas do diabetes. JBM. Setembro/Outubro, 2014. Vol. 102, Nº 5.
6. BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN, Rachel; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. **Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável.** Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010 .