

Síndrome Nefrótica em Paciente Pediátrico: Relato de Caso

Nephrotic Syndrome in a Pediatric Patient: Case Report

**Guilherme Magela de Souza
Menezes**

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
guimenezes78@gmail.com

Alice Alves Mendonça

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
aliceamendoca@gmail.com

Bruno Vieira Cury Inácio

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
bruno_inacio@hotmail.com

RESUMO

Síndrome nefrótica (SN) é um conjunto de manifestações clínicas que resulta do aumento de permeabilidade da barreira de ultrafiltração glomerular (BUFG) renal às proteínas. É caracterizada por: proteinúria, hipoalbuminemia, edema e hiperlipidemia. Na faixa etária pediátrica, 80-90% dos casos de SN são primários ou idiopáticos (SNI), com etiopatogenia ainda desconhecida

Palavras-chave: Síndrome Nefrótica; Pediatria; Doença renal

ABSTRACT

Nephrotic syndrome (NS) is a set of clinical manifestations resulting from permeability of the renal glomerular ultrafiltration barrier (BUFG) to proteins. It is characterized by: proteinuria, hypoalbuminemia, edema and hyperlipidemia. In the pediatric age group, 80-90% of NS cases are primary or idiopathic (NIS), with a still unknown etiopathogenesis.

Keywords: Nephrotic Syndrome; Pediatrics; Kidney disease

1 CONTEXTO

O artigo apresenta como objetivo a análise do perfil clínico epidemiológico da síndrome nefrótica em pacientes pediátricos e acompanhamento da evolução do caso, nesse sentido se faz tão importante pela baixa quantidade de artigos sobre o tema. É um paciente que apresenta todos os sinais e sintomas clínicos específicos da doença, sendo um bom relato de caso para uma boa aprendizagem e abordagem sobre a síndrome nefrótica em pacientes pediátricos.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

Paciente pré-escolar masculino, 2 anos e 1 mês, deu entrada no Pronto Socorro Infantil do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (HMMR) no dia 05/09/2022 com história clínica de edema em bolsa escrotal no início do mês passado, evoluindo com edema

periorbitário bilateral e de membros inferiores há cerca de 3 dias associado a aumento do peso, cerca de 1kg e aumento da circunferência abdominal, diante do quadro do paciente foram realizados exames laboratoriais no PSI que evidenciaram hipoalbuminemia e elementos anormais do sedimento (EAS) com presença de proteinúria e paciente apresentava lipidograma feito anteriormente com resultado de hipercolesterolemia, levando a hipótese diagnóstica de Síndrome Nefrótica (SN), pois a mesma é caracterizada por presença de proteinúria, hipoalbuminemia, edema e hiperlipidemia, desta forma o paciente apresentava todos os critérios para se enquadrar nesta doença. No mesmo dia, o paciente foi internado na enfermaria do HMMR para investigação e acompanhamento do quadro de suspeita da patologia renal. Após um dia de internação foi solicitado a relação creatinina/proteína na urina como forma de diagnóstico da Síndrome Nefrótica, pois é um teste indicado para avaliação de lesão aos glomérulos, e exames como ASLO, CH50, C3, C4 e lipidograma novamente. Os resultados foram discutidos entre os residentes e a nefropediatra, e evidenciaram o diagnóstico de SN, obteve proteínas totais e frações com proteína de 3,70, albumina de 1,70; EAS com presença de bactérias e proteínas +++ presentes e creatinina de 0,50 e a conduta mediante a esses resultados foi controle dos sinais vitais, controle da pressão arterial, fazer o balanço hídrico diário e início de corticoide, com prednisolona dose de 2mg/kg/dia. No dia seguinte por não ter apresentado melhora do quadro de anasarca, foi associado a furosemida dose de 0,5mg/kg/dia e foi solicitado proteinúria de 24 horas, proteína e creatinina em urina. Deste modo, após 4 dias de internação, paciente apresentou melhora do quadro de edema, principalmente em região periorbitária, assim, a dose de furosemida foi alterada para 1mg/kg/dia.

Com a evolução e melhora do quadro clínico, paciente foi encaminhado para a nefropediatra para continuação do acompanhamento da Síndrome Nefrótica.

3 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

A resposta dos pacientes ao uso de CE, o tempo para remissão da doença após o início do tratamento e a frequência das recidivas após a terapia inicial são alguns

fatores prognósticos de evolução. Aproximadamente 85% das crianças portadoras de SNI são corticossensíveis (em geral apresentam LHM na BR), e em torno de 80% delas vão apresentar ao menos uma recidiva em 12 meses após a primeira manifestação. Em torno de 40% dos recidivantes serão recidivante-frequentes. Estima-se que, com o passar dos anos, a frequência das recidivas diminua; após 5 anos de do-

ença, 50-70% não apresentarão recidivas; e, após 10 anos, 85% estarão livres de novas descompensações. Considera-se “eventualmente curada” uma criança que permanece 5 anos sem crises e sem medicação (Feltran et al.2021.).

4 DISCUSSÃO

A grande maioria dos casos de SN apresenta mecanismos etiofisiopatogênicos relacionados com fatores genéticos, disfunção podocitária (podocidopatia), disfunção imunológica ou a presença de fatores circulantes (Bandoli et al., 2018).

A membrana de filtração glomerular é composta pelo endotélio fenestrado, membrana basal glomerular e pelos podócitos, bem como, esses últimos citados contém processos distais unidos entre eles para permitir o trânsito de água e pequenos solutos do plasma e restringir a passagem de albumina e proteínas plasmáticas aniônicas³. A proteinúria, nesse caso, se deve ao dano estrutural (inflamação, deposição de imunocomplexos ou proteínas paraneoplásicas, apoptose\ necrose de célula epitelial, com o uso de drogas) e à perda da continuidade da membrana da parede capilar (Canto, et al. 2018).

5 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1- Sobre as manifestações clínicas e tratamento da síndrome nefrótica (SN), assinale a opção correta:

A) Considere a seguinte situação: uma criança com proteinúria, hipoalbuminemia e anasarca, apetite preservado e com diagnóstico de SN. Nessa situação, não há risco de desnutrição, pois a deficiência proteica ocorre pelo aumento das perdas e não pela diminuição da ingestão.

B) Segundo algumas literaturas, é recomendado que pacientes com SN devem receber dietas com restrições severas de proteínas (menos que 0,5 g/kg peso corporal por dia de proteína de alto valor biológico) para reduzir a proteinúria, mesmo que isto provoque diminuição nos níveis de albumina sérica.

C) Uma característica importante da SN é a hiperlipidemia, determinada por concentrações plasmáticas aumentadas de lipídios potencialmente aterogênicos, tais como LDL e VLDL colesterol e, à medida que a doença progride, também ocorre hipertrigliceridemia e concentrações reduzidas de HDL colesterol.

D) A deficiência de vitamina D é uma manifestação comum da SN, cuja causa é a redução da exposição ao sol, em função do repouso que se impõe no tratamento dessa situação clínica.

E) Não se usa dieta hipossódica para pacientes com SN, uma vez que o edema é controlado apenas com a terapêutica medicamentosa, composta de corticosteroides, imunossupressores, anti-hipertensivos e diuréticos.

R: Letra A - Considere a seguinte situação: uma criança com proteinúria, hipoalbuminemia e anasarca, apetite preservado e com diagnóstico de SN. Nessa situação, não há risco de desnutrição, pois a deficiência proteica ocorre pelo aumento das perdas e não pela diminuição da ingestão.

2- Pré-escolar de três anos, em uso de corticosteróide para tratamento de síndrome nefrótica, apresenta febre baixa, queda do estado geral e queixa de dor abdominal.

A conduta imediata é:

- A) Iniciar antibioticoterapia
- B) prescrever ciclofosfamida
- C) realizar paracentese diagnóstica
- D) indicar laparotomia exploradora

Resposta correta letra: A

3- Qual o tratamento completo e adequado para a síndrome nefrótica?

R: O tratamento inespecífico engloba a restrição hidrossalina na fase aguda da descompensação clínica, repouso relativo e diurético. A droga de escolha para o tratamento da SN idiopática na infância é o corticosteroide. Na Unifesp, o esquema realizado é a prednisona, na dose de 2 mg/kg/dia, em dose única pela manhã (dose máxima de 60 mg/dia, eventualmente 80 mg/dia), por 4 semanas.

REFERÊNCIAS

PEDIATRIA, Sociedade Brasileira D. Tratado de pediatria (volume 2). Editora Manole, 2021. E-book. ISBN 9786555767483. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555767483/>. Acesso em: 03 nov 2022.

RIYUZO, M. C. et al. Severe primary nephrotic syndrome in children: description of clinical aspects and of the renal histological patterns of six cases. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 42, n. 5, p. 393-400, 1 out. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpm/a/XrbqpmFhv64pQ8GQMrbK4wJ/?lang=pt>. Acesso em: 03 nov. 2022.

CANSINO, J. et al. relato de caso: diagnóstico de síndrome nefrótica em lactente associado à quadro infeccioso. *SRPVRG - Sociedade Regional de Pediatria do Vale do Rio Grande.*. Disponível em: <https://srped.com.br/arquivos/trabalho62.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2022.

MORAIS, Mauro Batista D.; CAMPOS, Sandra de O.; HILÁRIO, Maria Odete E. *Pediatria: Diagnóstico e Tratamento*. Editora Manole, 2013. E-book. ISBN 9788520447598. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520447598/>. Acesso em: 08 nov. 2022.

MELLO, C. L. B. et al. UM ASPECTO FISIOPATOLÓGICO DA SÍNDROME

NEFRÓTICA. *Cadernos da Medicina - UNIFESO*, v. 1, n. 1, 26 abr. 2018.