



**Descompensação da síndrome nefrótica em pediatria: um relato de caso
no Hospital Municipal Doutor Munnir Rafful, Volta Redonda, Rio de
Janeiro, Brasil**

Isabela Simões de Araujo Alegre Salles¹; 0000-0003-4573-2611

Ana Laura Cordelier Pinheiro Fonseca; 0000-0001-9870-3182

Luisa Costa Scopacasa; 0000-0003-4663-1812

Cláudia Maria de Castro Silva 0000-0003-3017-7424

1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.

isabelasaasalles@gmail.com

Resumo: A síndrome nefrótica é um distúrbio renal, desencadeado por danos aos glomérulos renais. Estes possibilitam a filtração sanguínea e passagem de proteínas e, quando comprometidos, prejudicam a homeostasia e o pleno funcionamento do corpo humano. Em crianças, é frequente o aparecimento entre 2 e 6 anos de idade, sendo a lesão histológica mínima a mais comum. Caracteriza-se por proteinúria, hipoalbuminemia, edema e hiperlipidemia. O diagnóstico é feito através de análise de amostras de urina, exames de sangue e, muitas vezes, biópsia, sendo necessário manter acompanhamento de perto da evolução da doença. Dessa forma, os autores descrevem um relato de caso de Síndrome Nefrótica Pediátrica descompensada em paciente no Hospital Municipal Doutor Munnir Rafful, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil.

Palavras-chave: síndrome nefrótica. pediatria. sinais e sintomas. injúria renal aguda.



INTRODUÇÃO

A síndrome nefrótica (SN) é uma condição caracterizada por proteinúria, hipoalbuminemia, edema e hiperlipidemia e ocorre pelo aumento da permeabilidade da membrana basal glomerular. Pode ser primária (idiopática) ou secundária, quando causada por alguma outra doença (BRASIL, 2018). A SN idiopática tem duas variantes histológicas principais: como a lesão histológica mínima (LHM) e a glomeruloesclerose segmentar focal (GESF) (FERNANDES, 2018). A SN comporta-se como uma doença crônica que pode levar a internações recorrentes e prolongadas. Na infância, 80% dos casos correspondem à SN primária ou idiopática (SNI) e, o restante, a causas secundárias. É um quadro que ocasiona distúrbios metabólicos graves, afetando o desenvolvimento e crescimento da criança, levando à insuficiência renal e até mesmo, em casos mais graves, à morte (BRASIL, 2018). Esse trabalho objetiva relatar o caso de um paciente portador de Síndrome Nefrótica que necessitou de internação por apresentar sinais e sintomas compatíveis com exacerbação do quadro.

Pré-escolar, 02 anos, masculino, natural e residente de Volta Redonda - RJ, acompanhado de sua mãe, procura o pronto atendimento infantil do Hospital Municipal Doutor Munir Rafful (HMMR) no dia 31/05/2023 com edema periorbitário, abdominal e de bolsa escrotal. Início há 15 dias, com piora no dia anterior. História prévia de Síndrome Nefrótica por Lesão Mínima, diagnosticada em setembro de 2022, em acompanhamento prévio com nefropediatra. Em uso de prednisolona 2mg/kg/dia.

Na ectoscopia, paciente em bom estado geral, ativo, reativo, corado, hidratado, com boa perfusão capilar. Nuca livre, sem sinais meníngeos. Ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular, em dois tempos, com bulhas normofonéticas. Ausculta respiratória com murmúrio vesicular universalmente audível, sem ruídos adventícios e sem esforços respiratórios. Abdome globoso e ascítico,



com sinal de Piparote positivo, sem dor a palpação, massas ou visceromegalias. Circunferência abdominal de 64cm em 31/05/2023 (59 cm em 27/05/2023). Edema em face, bolsa escrotal, com anasarca. Peso 17 kg.

Resultados dos exames laboratoriais na admissão: Proteína: 3,30g/dL; Albumina: 1,50g/dL; Creatinina: 0,50mg/dL; Sódio: 130mmol/L; Fósforo 4,80mg/dL. EAS: Amarelo claro; Ligeiramente turvo; Proteínas: +++/4+. Demais, sem alterações.

Realizada internação hospitalar, iniciou-se a reposição de albumina 1g/kg/dia, furosemida 0,5mg/kg 12/12h e manteve prednisolona 2mg/kg/dia, conforme usual.

Após 4 dias de internação, o paciente evoluiu com diminuição do edema e consequente perda de peso, 13,2 kg, e circunferência abdominal de 50cm. Exames laboratoriais: Proteína: 3,60g/dL; Albumina: 2,00g/dL; Creatinina: 0,50mg/dL; Sódio: 131mmol/L; Fósforo 6,00mg/dL. EAS: Amarelo claro; Límpido; Proteínas: ++/4+.

Como a resposta ao tratamento instituído foi positiva, o paciente recebeu alta hospitalar, após 4 dias de seguimento, e foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial com a nefropediatra para vigilância e manejo do caso.

METODOLOGIA

Este relato de caso contou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte da responsável do protagonista do caso, e encontra-se 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 30457714.10000.5237.

Além disso, foi realizada uma revisão bibliográfica buscando artigos publicados nas bases de dados Pubmed, Scielo e MEDLINE, utilizando os seguintes



descritores: Síndrome Nefrótica, Pediatria, Sinais e sintomas, Injúria Renal Aguda.

DISCUSSÃO

A síndrome nefrótica (SN) é um conjunto de glomerulopatias caracterizada por proteinúria maciça (igual ou acima de 50mg/kg/dia em urina de 24 horas ou relação proteína creatinina -RPC- acima de 2mg/mg), hipoalbuminemia (albumina sérica menor que 2,5g/dl), hiperlipidemia e edema (ZÚÑIGA, 2020). Tal patologia ocorre pela deterioração e aumento da permeabilidade da membrana basal glomerular, com perda de proteínas pela urina, provocando uma série de alterações, supracitadas, que constituem as características clínicas e laboratoriais (ZÚÑIGA, 2020).

Em crianças, a SN é uma condição rara, sua incidência pode variar de acordo com a região geográfica e a etnia da população estudada, com média de 2-7 novos casos por 100.000 crianças. Quanto à prevalência, aproximadamente 16 casos ocorrem a cada ano para cada 100.000 crianças.

A nefropatia por lesões mínimas é a causa mais comum na faixa etária infantil correspondendo a cerca de 75% dos casos. Ocorre principalmente em crianças entre 2 e 6 anos de idade e é mais comum em meninos do que em meninas (BRASIL, 2018). Pode ser dividida em primária 90% dos casos antes dos 10 anos), como principal distúrbio renal a doença de lesão mínima; e secundária, com principais causas diabetes mellitus, lúpus eritematoso sistêmico, infecções virais, glomerulonefrite e medicamentos nefrotóxicos como os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).

O quadro clínico é caracterizado por uma série de sinais e sintomas, podendo variar em gravidade e duração. O edema é um sintoma comum e inicialmente mais prevalente, e ocorre devido à retenção de fluídos. Geralmente começa ao redor dos olhos e pode ocorrer anasarca, com ascite, derrame pleural ou pericárdico. (GARCIA, 2014). Devido essa retenção de líquidos, pode ocorrer ganho de peso significativo em um curto período. A proteinúria, sintoma



clássico, é caracterizada pela presença de proteínas na urina, levando a consequente diminuição dos níveis de albumina no sangue (hipoalbuminemia). Frequentemente há aumento dos níveis de lipídios no sangue, como colesterol e triglicerídeos. Por fim, a perda de proteínas e os desequilíbrios metabólicos associados à síndrome nefrótica podem levar à fadiga e fraqueza em crianças afetadas (BRASIL, 2018) (ZÚÑIGA, 2020).

O diagnóstico é baseado em critérios clínicos e laboratoriais, entre eles: presença de edema; proteinúria acima de 50 mg/kg/dia ou RPC acima de 2 mg/mg; hipoalbuminemia: albumina sérica abaixo de 2,5 g/dL; e hiperlipidemia: colesterol total igual ou acima de 240 mg/dL ou triglicerídeos igual ou acima 200 mg/dL. Causas secundárias devem ser afastadas, logo, os exames sorológicos para doenças infecciosas e o fator antinuclear (FAN) devem ser negativos, além de excluir o uso de medicamentos nefrotóxicos (BRASIL, 2018). A biópsia renal como forma de diagnóstico está indicada nos seguintes casos: pacientes com hematúria macroscópica, hipertensão sustentada ou complemento sérico diminuído; síndrome nefrótica corticorresistente (SNCR); < de 1 ano de idade, nos quais predomina a incidência de síndrome nefrótica congênita; > de 8 anos, quando a possibilidade de doença lesão mínima é menor (BRASIL, 2018).

Uma vez excluídas as causas secundárias, o tratamento da síndrome nefrótica primária tem como objetivo controlar os sintomas, reduzir a perda de proteína na urina, prevenir complicações e preservar a função renal (ZÚÑIGA, 2020). O medicamento padrão para o tratamento é a prednisona oral. A dose aceita para crianças é de 2mg/kg/dia. Sugere-se que seja administrada diariamente, em dose única diária, até que a proteinúria permaneça ausente por 3 dias consecutivos (RPC < 0.3). Após, é recomendado ajustar a dose para 40 mg/m² ou 1,5 mg/kg, a cada 48hrs, mantida por 30 dias e reduzida gradualmente por 6 - 8 semanas (BRASIL 2018).

Em casos graves de crise, pode ser necessário hospitalizar a criança para tratamento intensivo com corticosteroides em altas doses, como pulsoterapia com metilprednisolona intravenosa. Ademais, pode-se usar os inibidores do



Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA), uma vez que esses têm um papel na mediação da proteinúria e são renoprotetores (BRASIL, 2018) (FERNANDES, 2018). Por fim, a reposição de albumina pode desempenhar um papel importante na regulação da pressão osmótica, manutenção do volume plasmático e transporte de substâncias. Seu uso é recomendado em casos de crises ou em situações em que há uma diminuição acentuada dos níveis de albumina no sangue. O tratamento é a curto prazo e visa resolver a descompensação aguda do paciente (FERNANDES, 2018).

CONCLUSÕES

A descompensação do paciente com Síndrome Nefrótica geralmente é caracterizada de forma abrupta e de rápida evolução, sendo imprescindível o correto manejo e regular acompanhamento com especialista da área. Por conseguinte, os casos de SN comumente possuem uma resposta positiva ao uso de corticoides, como o exemplo supracitado, com significativo prognóstico renal. A identificação precoce do quadro é de grande importância, assim como a relação médico, família e paciente quanto a compreensão e esclarecimento do início, progressão e comprometimento da doença.

REFERÊNCIAS

FERNANDES, Paulo. **Síndrome Nefrótica Pediátrica**. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/1378534/tcc-pablo-santiago.pdf>

GARCÍA, RENATA LUSTOSA. **Perfil dos pacientes pediátricos portadores de síndrome nefrótica** HSPM - SP. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-10145>.

Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Síndrome Nefrótica Primária em Crianças e Adolescentes**. 2018. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/pcdt/arquivos/2018/pcdt_sindromenefro



ticaprimaria_criancasadolescentes.pdf

TRAUTMANN, Agnes *et al.* **Recomendações de prática clínica da Associação Internacional de Nefrologia Pediátrica (IPNA) para o diagnóstico e manejo de crianças com síndrome nefrótica corticorresistente.** 2020. Disponível em: <https://theipna.org/wp-content/uploads/2020/07/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-clinicas-praticas-da-Associac%CC%A7a%CC%83o-Internacional-de-Nefrologia-Pedia%CC%81trica-2020-1.pdf>

ZÚÑIGA, Vivian Abarca *et al.* **Síndrome nefrótico en pediatría.** Revista médica sinergia, v. 5, n. 3, p. e392-e392, 2020.