



CAMPINAS - SP
08 A 11
DE OUTUBRO
2021



16º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
CLÍNICA MÉDICA 2021

EVENTO
HÍBRIDO
PRESENCIAL E VIRTUAL

6º Congresso Internacional de
Medicina de Urgência e Emergência

RELATO DE CASO: Desafio diagnóstico de um quadro de vasculite de pequenos vasos em idosa em investigação anemia

Brenda Cavalcanti Costa Barros¹; Janielma Soares Laudelino¹; José Ednis Barbosa de Oliveira¹; Sasha Rodrigues de Vasconcellos Costa²; Raquel Fernandes Vanderlei Vasco^{1,3}.

1.Hospital Memorial Arthur Ramos; 2.Hospital Universitário Professor Alberto Antunes; 3.Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL
Email: brendaccb2@gmail.com

Introdução

Vasculite é uma inflamação da parede dos vasos sanguíneos e pode ser reconhecida como uma doença auto-imune. Pode variar em gravidade desde doença auto-limitada de um único órgão até doença grave com risco de morte. Essa condição representa desafio para o médico, incluindo classificação, diagnóstico, exames laboratoriais pertinentes, tratamento e seguimento adequado.

Objetivos

Relatar um caso de vasculite de pequenos vasos em uma paciente com queixa inicial de anemia.

Descrição de caso

Paciente do sexo feminino, 73 anos, pré-diabética, hipertensa e dislipidêmica, há 3 meses com quadro de anemia leve normocítica/normocrômica associado a astenia, perda de peso e hematúria microscópica sem disfunção renal (creatinina 0,65mg/dl). Procurou atendimento hospitalar devido a piora dos sintomas e parestesias em mãos e pés. Identificada anemia grave (Hb 6,2) com necessidade transfusional e optado por internação para investigação.

Inicialmente foi constatado presença de sangue oculto nas fezes, sem sinais de hemólise e eletroforese de proteínas com distorção em região de gamaglobulinas. Realizado rastreio para neoplasias com endoscopia digestiva alta e colonoscopia, ambas sem alterações, marcadores tumorais negativos, tomografias de tórax e abdome sem alterações significativas. A investigação hematológica descartou mieloma múltiplo (Mielograma com 6% de plasmócitos e Biópsia medular sem critérios de Neoplasia Plasmocitária). A investigação neurológica identificou uma polineuropatia sensitiva axonal grave através da eletroneuromiografia sem etiologia definida (Vitamina B12 normal, Liquor normal, RNM de coluna e crânio sem alterações que justifiquem).

Durante internamento, evoluiu com febre, lesão renal (Creatinina oscilando entre 1,8 a 2,2mg/dl), mantendo hematúria e proteinúria 24h de 828mg. Realizado rastreio de glomerulopatia: infeccioso (HIV, Hepatite B e C, VDRL, COVID, Urocultura, Hemoculturas - negativos), provas inflamatórias elevadas (ferritina 801ng/ml, VHS 140mm, PCR 110mg/l, D-dímero 6680 ng/ml), complemento normal e presença de anticorpos (ANCA P 1:80 e FAN 1:80) sugestivo de componente auto-imune. Mediante tais alterações foi levantada a hipótese de vasculite e indicada biópsia renal, que demonstrou uma **Glomerulonefrite Crescêntica Pauci imune** – em fase proliferativa/esclerosante, como demonstrado nas **figuras 1 e 2**.

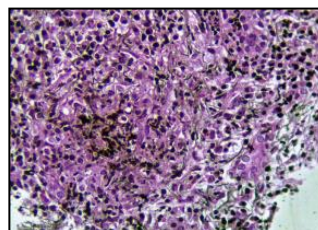


Figura 1. Microscopia Óptica mostrando glomerulo com crescente celular e pontos de ruptura da membrana basal glomerular

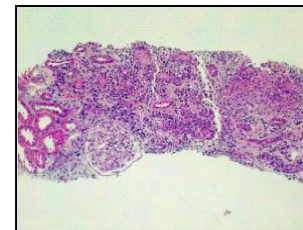


Figura 2. Microscopia Óptica mostrando região intersticial com áreas fibrosadas

Quanto a imunofluorescência, o resultado mostrou positividade para IgG (++/3+), C3 (+/3+), fibrinogênio, kappa e lambda todos ++/3+. Para IgA, IgM e C1q foi encontrado resultado negativo.

Paciente iniciou tratamento imunossupressor com Pulso de Metilprednisolona (total 1,5g) seguido de prednisona 1mg/kg via oral e Pulsos mensais de Ciclofosfamida. Evolui após 40 dias de tratamento com melhora da anemia (Hb 9,7→11,3g/dl) e creatinina (1,77 → 1,33mg/dl), sumário de urina normal e redução da proteinúria 286mg/24h e do VHS (10mm), mantém queixas neurológicas.

Considerações Finais

Trata-se de um caso de uma paciente idosa em investigação inicial de anemia grave e sintomas constitucionais, na qual foi evidenciada um acometimento sistêmico (renal e neurológico) e presença de provas inflamatórias elevadas, excluídas causas neoplásicas e infecciosas, direcionando a investigação para quadro de **Vasculite Sistêmica**, confirmada por biópsia renal e presença de auto anticorpos, finalizando o diagnóstico como **Vasculite de pequenos vasos ANCA associada**, sendo a mais relacionada ao quadro da paciente a Poliangeite Microscópica. Iniciou tratamento imunossupressor com corticoide e ciclofosfamida, em melhora da anemia e de função renal.

Referências Bibliográficas

BRANDT, Hebert Roberto Clivati et al. **Small vessel cutaneous vasculitis: subtypes and treatment - Part II.** Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 82, n. 6, p.499-511, dez. 2007.

CHAUDHRY, Rafia; BILAL, Anum; AUSTIN, Adam; MEHTA, Swati; SALMA N, Loay; FOULKE, Llewellyn; FEUSTEL, Paul; ZUCKERMAN, Roman; ASIF, Arif. **Vasculite associada a ANCA: experiência de um centro de referência de atendimento terciário.** *Braz. J. Nephrol.*, v. 41, n. 1, p. 55-64, mar. 2019.

HERRERA AÑAZCO, Percy; VELÁSQUEZ CASTILLO, Percy; PACHECO-MENDOZA, Jasmel; VALENZUELA-RODRIGUEZ, Germán; ASATO-HIGA, Carmen. **ANCA-Positive pauci-immune crescentic glomerulonephritis in a patient with systemic lupus erythematosus.** *Braz. J. Nephrol.*, v. 39, n. 4, p. 454-457, Dec. 2017.