

# **RABDOMIÓLISE E LESÃO RENAL AGUDA DESENCADEADAS POR SÍNDROME DO ESMAGAMENTO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO: UM RELATO DE CASO**

## **Autores:**

*Flávio Rezende Valle<sup>1</sup>; Heitor Luiz Gomes<sup>2</sup>; Bárbara Martins Faria<sup>1</sup>; Marcos Otávio Rezende Valle<sup>3</sup>*

*1 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Uberlândia*

*2 - Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia*

*3 - Discente do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso*

**Palavras-Chave:** Síndrome do Esmagamento, Rabdomiólise, Lesão Renal Aguda, Reposição Volêmica.

## **1. Introdução:**

O esmagamento causa trauma tecidual e lesão por isquemia-reperfusão. Particularmente, pode ocorrer rabdomiólise, na qual a mionecrose libera constituintes intracelulares para a circulação. Dentre esses, o pigmento heme deposita-se nos túbulos renais levando a Lesão Renal Aguda (LRA).

## **2. Objetivos:**

Descrever a apresentação clínica e a evolução da rabdomiólise na síndrome do esmagamento e elucidar o manejo correto em prevenção à LRA.

## **3. Delineamento e métodos:**

O trabalho trata-se de um relato de caso, produzido a partir de consulta ao prontuário, aos profissionais que conduziram o caso e à literatura médica.

## **4. Relato de Caso:**

A.R.S. 33 anos, masculino, é trazido quatro horas e meia após um acidente em que ficou preso às ferragens por duas horas com esmagamento de membros inferiores e superior direito. No transporte, recebeu 1L de Solução Ringer Lactato (SRL) e analgesia. Na admissão apresentava dor, redução da força, oligúria e laboratorialmente: CPK 19374U/L; Creatinina 2,13mg/dL; Ph urinário: 6.

Foi iniciada soroterapia de manutenção 2500mL e teste de estresse com diuréticos. Após 16h, sem débito urinário adequado, foram interrompidas tais medidas e indicada a hemodiálise (HD). Realizou 9 sessões até o 18º dia de internação.

A creatinina ascendeu de 2,13 a 10,75 até o 10º dia e decresceu de 10,75 a 1,41 até o 29º dia. A taxa de filtração glomerular normal foi recuperada antes de 2 meses. A CPK atingiu o seu pico 19374 U/L após 5h e retomou a normalidade em 14 dias.

## **5. Conclusão:**

Clinicamente, a rabdomiólise caracteriza-se por mialgias, fraqueza e urina escura, porém a tríade ocorre em apenas 1-10% dos pacientes, o que justifica a ausência da alteração urinária no caso. A CPK correlaciona-se com a gravidade da mionecrose, e concentrações >5.000 U/L identificam pacientes com rabdomiólise que correm risco de LRA. O paciente foi admitido com LRA já estabelecida: débito urinário <0,5ml/kg/hora por 6h, bem como o aumento da creatinina  $\geq$  a 0,3mg/dl em 48h. Além disso, a sobrecarga de líquidos refratária à terapia diurética define o início da HD. Todavia, o prognóstico é favorável, pois muitos recuperam a função renal normal ou quase normal. Em síntese, entende-se que o paciente recebeu uma ressuscitação volêmica pré-hospitalar inadequada, sendo responsável pelo desfecho observado. Na literatura, é contraindicada a SRL e preconizado o uso de soro isotônico 1L/h (ou 15 a 20ml/kg/h), com início antes do desencarceramento, para possibilitar maior perfusão renal e maior fluxo urinário, antes que o pigmento heme seja liberado na circulação.