

AMILOIDOSE AL DE ACOMETIMENTO RENAL COMO ACHADO INCIDENTAL EM INVESTIGAÇÃO DE HIPERTENSÃO RESISTENTE

Nicole Lira Melo Ferreira¹, Thayna Almeida Batista¹, Flora de Souza Brandão dos Reis¹, Gabrielle Christine Rocha Souza¹, Emilio Henrique Melo de Lima²

¹Médico (a) residente de Clínica Médica no Hospital Santo Amaro - Santa Casa da Misericórdia do Recife (PE)

²Médico clínico preceptor de Clínica Médica do Hospital Santo Amaro - Santa Casa da Misericórdia do Recife (PE)

Introdução: Amiloidose de cadeia leve da imunoglobulina (AL) trata-se de uma doença rara em decorrência do depósito de proteínas monoclonais de cadeia leve, com predomínio no sexo masculino e em idosos. Tal patologia apresenta quadro clínico variável e inespecífico, o que comumente gera um diagnóstico tardio e prognóstico reservado. **Objetivos:** Relatar um caso de amiloidose AL de acometimento renal como achado incidental em investigação de hipertensão resistente. **Delineamento e métodos:** Trata-se de um relato de caso, com análise de prontuário médico e revisão integrativa da literatura em artigos indexados pela base de dados MEDLINE, SciELO e LILAC. **Relato de caso:** Paciente, 53 anos, feminina, diabética e hipertensa, admitida em serviço de terapia intensiva devido a quadro de anasarca. Realizou ecocardiograma transtorácica que evidenciava presença de miocárdio espessado de distribuição difusa sugestiva de doença de depósito. Após a otimização clínica, foi encaminhada à enfermaria de clínica médica, onde apresentou picos pressóricos importantes, embora em anti-hipertensivos otimizados, sendo então iniciada investigação de hipertensão resistente. Observou-se microalbuminúria alterada (4416,09 mg/g creatinina), proteinúria de 24 horas de 3,34 g, imunoeletroforese de proteína urinária com presença de banda monoclonal lambda sem correspondência com cadeia pesada igA, igG e igM e eletroforese de proteínas com proteínas totais 5,9; albumina 2,94; alfa 2 globulina 1,08; beta 1 globulina 0,33. Além disso, apresentou ultrassonografia de via urinária com doppler de artéria renal, onde observou-se presença de moderada hidroureteronefrose à direita, sem lesão ou cálculo detectável, sendo posteriormente realizada tomografia de abdomen total sem contraste para maior esclarecimento, que apresentou achado semelhante e sem fator obstrutivo definitivo. Diante disso, foi aventada a hipótese de amiloidose renal, sendo então realizada biópsia de coxim gorduroso com coloração vermelho congo, apresentando-se positiva, e consequentemente confirmando hipótese de amiloidose AL com acometimento renal.

Conclusão: Amiloidose AL é uma doença com manifestações clínicas comumente inespecíficas, que por sua vez, com frequência leva a um diagnóstico tardio e prognóstico sombrio. Diante disso, é importante o conhecimento e reconhecimento de tal patologia de modo a viabilizar um diagnóstico e tratamento precoce e com impacto na sobrevida em decorrência disso.

Descritores: Amiloidose, edema, hipertensão

PROTEINÚRIA 24H 3,34G

ELETROFORESE DE PROTEÍNAS: PROTEÍNAS TOTAIS 5,9 / ALBUMINA 2,94 / ALFA 1 GLOBULINA 0,40 / ALFA 2 GLOBULINA 1,08 / BETA 1 GLOBULINA 0,33 / BETA 2 GLOBULINA 0,28 / GAMA GLOBULINA 0,83 / RELAÇÃO A/C 1,01

COMPLEMENTO C3: 83,0 MG/DL / COMPLEMENTO CH50 > 12,79

usg: Rim direito com dimensões aumentadas e moderada hidroureteronefrose à direita até a porção individualizada do terço médio do ureter homolateral nas proximidades do cruzamento com os vasos ilíacos, onde há redução abrupta do calibre, sem definição do fator obstrutivo com o protocolo de estudo proposto, não sendo caracterizado cálculo denso. A critério clínico, prosseguir investigação com tomografia contrastada, incluindo a fase excretora.

tc: Rim direito com dimensões aumentadas e moderada hidroureteronefrose à direita até a porção individualizada do terço médio do ureter homolateral nas proximidades do cruzamento com os vasos ilíacos, onde há redução abrupta do calibre, sem definição do fator obstrutivo com o protocolo de estudo proposto, não sendo caracterizado cálculo denso. A critério clínico, prosseguir investigação com tomografia contrastada, incluindo a fase excretora.

ECOTT: Presença de miocárdio espessado de distribuição difusa sugestiva de doença de depósito

Fundamentação teórica/Introdução: o(s) marco(s) teórico(s) que deflagrou (aram) a realização do trabalho deverá (ão) ser claramente descrito(s) em uma ou duas frases;

2. **Objetivos:** enunciar claramente o(s) objetivo(s) do trabalho;

3. **Delineamento e Métodos:** indicar o tipo de estudo na sequência indicada: a) relato de caso, b) prospectivo/retrospectivo c) observacional/experimental, caso e controle, ensaio clínico, qualitativo, etc.). Os termos acima devem estar escritos claramente no item 3, do trabalho indicando o tipo de estudo realizado;

4. **Resultados:** deverão ser apresentados com detalhes que possibilitem a interpretação e justifiquem as conclusões. Não será permitida a inserção de tabelas e gráficos no resumo. Ao apresentar resultados de testes estatísticos, apresentar somente os resultados significativos. Em se tratando de trabalho na modalidade **RELATO DE CASO**, no local dos **Resultados**, deverá vir a descrição do caso;

5. **Conclusões/Considerações Finais:** apresentar apenas as conclusões pertinentes aos dados apresentados nos resultados e coerentes com os objetivos propostos.

- SD. NEFRÓTICA DE ETIOLOGIA SEC A AMILOIDOSE RENAL?

- MIOCARDIOPATIA DE DEPÓSITO A/E: AMILOIDOSE CARDÍACA

ADM: 12/08/22

PACIENTE: ANA LUCIA SANTOS DA SILVA

#HD:

1. IC DESCOMPENSADA PERFIL B DIASTOLICA
2. ERISPELA EM MSD
3. HAS DE DIFICIL CONTROLE
4. DM tipo 2

#HDA:

PACIENTE HIPERTENSA, DIABETICA, CARDIOPATA, COM ERISPELA DESDE 2009 FOI SOCORRIDA NO DIA 17/08/2022 COM HISTÓRIA DE EDEMA DISSEMINADO, ANASARCA E PICO PRESSORICO (240X150mmHg). DESSA FORMA FOI LEVADA A UPA ONDE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL IGARASSU ONDE FOI DIAGNOSTICADA COM IC DESCOMPENSADA E CRISE HIPERTENSIVA. FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES ONDE FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL TRICENTENARIO ESTABILIZADA NA UTI, COM USO DE DVA(TRIDIL), COM GRANDE DIFICULDADE DE DESMAME, PACIENTE COM HIPERTENSÃO DE DIFICIL CONTROLE. FEZ USO ANTIBIOTICOTERAPIA COM CEFTRIAXONA (25/7-05/08) E CLINDAMICINA (28/7-05/08), SENDO SUPERADA A ERISPELA NO TRICENTENARIO. CHEGA A ESTE SERVIÇO, EM AR AMBIENTE, HEMODINAMICAMENTE E CLINICAMENTE BEM, COOPERATIVA AO EXAME FÍSICO E RESPONSIVA. COM MELHORA SIGNIFICATIVA DA ERISPELA AINDA POUCO EDEMACIADA, MAS SEM PRESENÇA DE DEMAIS SINAIS FLOGISTICOS. SEM DESCONFORTO RESPIRATORIO. DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTE E FISIOLÓGICAS. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA VO CICLO DE SONO VIGÍLIA PRESERVADOS. ADMITO PACIENTE NESTE SERVIÇO PARA ESTABILIDADE PÓS UTI.

ECO NO SERVIÇO DE ORIGEM: HIPERTROFIA CONCENTRIA DO VE, FUNCAO SISTOLICA DO VE PRESERVADA, DISFUNCAO DIASTOLICA DO TIPO 2, DERRAME PERICARDICO DE GRAU DISCRETO, DILATAÇÃO ATRIAL ESQUERDA DE GRAU DISCRETO, INSUFICIENCIA MITRAL DE GRAU DISCRETO.

USG DE VIAS URINARIAS SEM ALTERAÇÃO

#USG DOPPLER MMII 28/7: EDEMA DE PELE E DO TECIDO CELULAR SUBCUTANEO BILATERALMENTE

AUSENCIA DE SINAIS ECOGRAFICOS DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA NOS MEMBROS INFERIORES, NO PRESENTE ESTUDO

ECOTT 15/08

E C O C A R D I O G R A M A T R A N S T O R Á C I C O

Nome:ANA LUCIA SANTOS DA SILVA

Registro:1243481

Data: 15/8/22

Idade: 52 Peso: 67kg Altura: 150 cm Superfície corpórea: 1,62

Dados Clínicos: 0

DDVE: 46 mm (= 52) DDVE/SC: 28,4 Mm/m² (= 31) AO: 31 mm (= 36) Massa do VE: 205,0 g (= 162)

DSVE: 31 mm (= 35) DSVE/SC: 19,1 Mm/m² (= 21) AE: 41 mm (=) Índice de Massa: 126,5 g/m² (= 95)

Fração de Ejeção: 61,0 % (Teichholz) SIV: 12 mm (= 9) Vol AE: 72 ml (=) PVCP: 25,5076923077 mmHg (<12)

E. Relativa: 0,52 (< 0,42) PP: 12 mm (= 9) Vol AE/SC: 44,4 ml/m² (= 34) VD: 39 mm (25 - 41)

Vol AD/SC: 33,9510619603 ml (27) TAPSE: 23 mm (= 17)

Qualidade do Exame: Exame realizado com paciente em ritmo cardíaco regular e janela acústica satisfatória.

Ventrículo Esquerdo: Cavidade de dimensões normais. Paredes com espessura diastólica aumentada em grau discreto. Contratilidade miocárdica global e segmentar preservada. Função sistólica preservada. Disfunção diastólica de grau II (tipo pseudonormal). Presença de miocárdio espessado de distribuição difusa sugestiva de doença de depósito

Átrio Esquerdo: Cavidade com volume aumentado em grau moderado.

Câmaras Direitas: Átrio direito aumentado em grau discreto. Ventrículo direito com dimensões e contratilidade normais (TAPSE = 23 - VN = 17mm).

Aorta: Raiz da aorta (ao nível dos Seios de Valsalva) e demais segmentos da aorta de dimensões normais.

Válvula Aórtica: Trivalvular. Válvulas delgadas, com abertura e mobilidade preservada. Fluxo transvalvar normal. Ausência de refluxos.

Válvula Mitral: Cúspides delgadas, abertura e mobilidade preservada. Fluxo transvalvar normal. Refluxo discreto.

Válvula Tricúspide: Cúspides delgadas, abertura e mobilidade preservada. Fluxo transvalvar normal. Refluxo mínimo (fisiológico). Gradiente VD-AD máximo: 13mmHg.

V. e Artéria Pulmonar: Valva pulmonar com válvulas delgadas, abertura e mobilidade preservada. Fluxo transvalvar normal. Refluxo mínimo (fisiológico). Artéria Pulmonar de dimensões normais.

Pericárdio: Pericárdio com aspecto ecocardiográfico normal. Derrame pericárdico de grau leve.

Situs, Conexões, Septos e Alterações Congênitas: Situs solitus, levocardia.
Conexões AV e VA concordantes.

Observações: Ausência de sinais de Hipertensão Arterial Pulmonar. VCI medindo 2,3cm, com colabamento inspiratório < 50%. PAD estimada em 15mmHg.

Conclusões: - Aumento biatrial. Câmaras ventriculares de dimensões normais.

- Função sistólica biventricular normal.
- Disfunção diastólica do VE de grau II (tipo pseudonormal).
- Hipertrofia concêntrica do VE de grau importante.
- Insuficiência mitral de grau discreto.

Alteração sugestiva de miocardiopatia de depósito.

Derrame pericárdico de grau leve

Avaliação prejudicada por limitações técnicas referentes ao aparelho!

#HD:

1. HAS DE DIFÍCIL CONTROLE - HAS SECUNDÁRIA?
2. IC DESCOMPENSADA PERFIL B DIASTOLICA - SUPERADA
3. ERISPELA DE REPETIÇÃO EM MSD - TRATADA
4. DM tipo 2
5. ICFEP (FE=61%)

#FEZ USO DE:

- Clindamicina D0:28/07/2022 DF:05/08/2022
- Ceftriaxona D0:25/07/2022 DF: 03/08/2022

1. MANTENHO SEM ANTIBIOTICOTERAPIA - ERISPELA JÁ SUPERADA EM TRICENTENÁRIO
2. RESGATO ECO TT
3. SOLICITO HEMOGLOBINA GLICADA
4. SOLICITO FUNÇÃO TIREOIDIANA - PARA INVESTIGAÇÃO DE HAS SECUNDÁRIA
5. SOLICITO RELAÇÃO CREATININA-MICROALBUMINURIA
6. SOLICITO USG DO APARALHO URINARIO (RINS, COM DOPPLER DE ARTERIA RENAL)
7. AGUARDO PERFIL DO FERRO
8. PRESCREVO HIDRALAZINA 50MG DE 8 EM 8H
9. PRESCREVO FUROSEMIDA 40MG VO 2X AO DIA
10. SOLICITO REPETIR SUMARIO DE URINA
11. AGUARDO USG DE ABDOME TOTAL POR AUMENTO DE GGT E FA.
12. VIGILÂNCIA CLINICA

#PENDÊNCIAS:

- AGUARDAR USG DE ABDOME TOTAL POR AUMENTO DE GGT E FA.
- NA ALTA, ENCAMINHAR AO AMBULATÓRIO DE SONO NO HOF
- ADMINISTRAR DEXAMETASONA AMANHÃ AS 23H, E ORIENTAR COLETA DO CORTISOL AS 8H DA QUINTA FEIRA
- NA QUINTA-FEIRA, SOLICITAR METANEFRIAS URINÁRIAS (2 DIAS COM ORIENTAÇÃO DIETÉTICA)

LTRASSONOGRRAFIA DO ABDOME TOTAL E ULTRASSONOGRRAFIA DAS ARTERIAS RENAIIS COM DOPPLER COLORIDO

ANÁLISE:

Fígado em topografia habitual, com forma e contornos normais, dimensões aumentadas (LHD mede 20 cm e LHE mede 13,3 cm), com contornos regulares e ecotextura sólida homogênea. Ausência de sinais de dilatação de vias biliares intra ou extra-hepáticas ou lesões expansivas focais detectáveis ao método.

Veia porta de calibre preservado, medindo 1,0 cm.

Vesícula biliar de topografia usual, distendida, de forma, volume e contornos normais, com paredes finas e regulares. Ausência de imagem ecogênica (cálculo) em seu interior.

Pâncreas apresenta forma, volume e contornos normais nas porções visualizadas.

Baço de forma, volume e contornos normais. Textura acústica homogênea, com diâmetro longitudinal medindo 10 cm.

Aorta e cava de trajeto e calibre preservados, notando-se placas ateromatosas calcificadas na aorta.

Bexiga de forma, volume e contornos normais, sem falhas de enchimento ou imagem de cálculo em seu interior.

Útero em anteversoflexão, medindo 7,4 x 4,0 x 4,7 cm, com volume e contornos normais (volume= 73 cm³). O miométrio é homogêneo pela via abordada.

Ovário direito de forma, volume, contornos e textura acústica normais, medindo 3,7x 2,2 x 1,3 cm (Volume = 5,5 cm³).

Ovário esquerdo de forma, volume, contornos e textura acústica normais, medindo 2,5 x 1,7 x 1,4 cm (Volume = 3,3 cm³).

Ausência de líquido livre ou coleções, detectáveis ao método, em cavidade abdominal.

ULTRASSONOGRRAFIA DAS ARTERIAS RENAIIS COM DOPPLER COLORIDO:

Rins tópicos, de forma, volume e contornos normais. Textura acústica do parênquima renal sem anormalidades. Relação parênquima / seio renal conservada. Ausência de massas císticas ou sólidas. Não há coleções líquidas peri-nefréticas. Não evidenciamos imagem compatível com litíase, detectável pelo método. **Moderada hidroureteronefroze direita, notando-se estreitamento abrupto do ureter distal, na região parametrial deste lado, sem lesões ou cálculos detectáveis ao método. Fica a critério do médico assistente prosseguir investigação.**

DIMENSÕES RENAIIS:

- Rim direito mede 12,8 x 7,1 x 5,8 cm. Espessura do parênquima 1,7 cm.
- Rim esquerdo mede 11,6 x 4,8 x 5,4 cm. Espessura do parênquima 2,1 cm.

Ao estudo com dopplerfluxometria das artérias renais foram estudadas as emergências das artérias renais, nas quais se apresentam com fluxo de padrão monofásico e picos sistólicos preservados. Nas artérias intrarrenais foram estudados vasos no terço médio de ambos os rins apresentando IR em torno de 0,7, com tempo de aceleração menor que 0,1 s e índice de aceleração acima de 300 cm/s.

Picos sistólicos:

Aorta - 82 cm/s

Art. Renal a direita - 76 cm/s

Art. Renal a esquerda - 72 cm/s

RD/A - 0,92

RE/A - 0,9

(Relação artéria renal direita/ aorta)

(Relação artéria renal esquerda/ aorta) ,

* Valor normal até 3,5.

#HD:

1. HAS DE DIFÍCIL CONTROLE - HAS SECUNDÁRIA?
2. IC DESCOMPENSADA PERFIL B DIASTOLICA - SUPERADA
3. ERISPELA DE REPETIÇÃO EM MSD - TRATADA
4. DM tipo 2
5. ICFEP (FE=61%)

1. MANTENHO SEM ANTIBIOTICOTERAPIA - ERISPELA JÁ SUPERADA EM TRICENTENÁRIO
2. PRESCREVO HOJE DEXAMETASONA 1MG AS 23H, COM COLETA DE CORTISOL SÉRICO AS 8H --> ENTREGO DEXAMETASONA À PACIENTE E ORIENTO USO ÀS 23H HOJE
3. **SOLICITO TOMOGRAFIA SEM CONTRASTE DE ABDOMEN SUPERIOR E INFERIOR, VISTO DILATAÇÃO MODERADA EM URETER E RIM DIREITO, SEM VISUALIZAÇÃO DE CÁLCULOS OU LESÕES EM ULTRASSONOGRÁFIA.**
5. RESGATO USG ABDOME TOTAL E APARALHO URINÁRIO
6. RESGATO SUMÁRIO DE URINA
7. AGUARDO HEMOGLOBINA GLICADA
8. AGUARDO FUNÇÃO TIREOIDIANA - PARA INVESTIGAÇÃO DE HAS SECUNDÁRIA
9. AGUARDO RELAÇÃO CREATININA-MICROALBUMINURIA
10. AGUARDO PERFIL DO FERRO
11. REFORÇO NECESSIDADE DE ADESÃO ÀS MEDIDAS DIETÉTICAS COMO PREPARO PARA DOSAGEM DE METANEFRINAS URINÁRIAS.
12. VIGILÂNCIA CLÍNICA

- MANTENHO SEM ANTIBIOTICOTERAPIA - ERISPELA JÁ SUPERADA EM TRICENTENÁRIO
- SOLICITO METANEFRINAS URINÁRIAS HOJE
- AGUARDO COLETA DE CORTISOL URINÁRIO EM URINA 24H
- RESGATO HEMOGLOBINA GLICADA E FUNÇÃO TIREOIDIANA - INVESTIGAÇÃO DE HAS SECUNDÁRIA
- SOLICITO ANTI-TPO - JÁ QUE PACIENTE COM HIPOTIREOIDISMO SUBCLÍNICO
- AGUARDO RELAÇÃO CREATININA-MICROALBUMINURIA
- AGUARDO RESULTADO DE CORTISOL SÉRICO APÓS USO DA DEXAMETASONA
- VIGILÂNCIA CLÍNICA

- MANTENHO SEM ANTIBIOTICOTERAPIA - ERISPELA JÁ SUPERADA EM TRICENTENARIO
- SOLICITO SOROLOGIAS VIRAIS, GLICEMIA DE JEJUM, PERFIL LIPIDICO, ALBUMINA, PROTEINURIA DE 24H, LAB
- AGUARDO METANEFRIAS URINÁRIAS
- AGUARDO COLETA DE CORTISOL URINÁRIO EM URINA 24H
- AGUARDO ANTI-TPO - JA QUE PACIENTE COM HIPOTIREOIDISMO SUBCLINICO
- AGUARDO RELAÇÃO CREATININA-MICROALBUMINURIA
- RESGATO RESULTADO DE CORTISOL SÉRICO APÓS USO DA DEXAMETASONA
- VIGILÂNCIA CLINICA

TC DE ABDOMEN TOTAL (18/08/2022):

Fígado com dimensões normais e contornos regulares, exibindo atenuação homogênea do parênquima, sem sinais de lesões focais ou difusas.

Ausência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Baço de topografia, dimensões, contornos e coeficientes de atenuações normais.

Pâncreas de morfologia e contornos anatômicos.

Adrenais de forma e dimensões normais.

Rins de situação e contornos preservados.

Rim direito com dimensões aumentadas e moderada hidroureteronefrose à direita até a porção individualizada do terço médio do ureter homolateral nas proximidades do cruzamento com os vasos ilíacos, onde há redução abrupta do calibre, sem definição do fator obstrutivo com o protocolo de estudo proposto, não sendo caracterizado cálculo denso. A critério clínico, prosseguir investigação com tomografia contrastada, incluindo a fase excretora.

Microcálculo no grupamento caliciano inferior do rim esquerdo, inferior a 0,3 cm, não obstrutivo.

Bexiga repleta, com paredes lisas, sem imagens de cálculos e sem sinais de compressões extrínsecas.

Distribuição habitual das alças intestinais na cavidade abdomino-pélvica.

Veia cava inferior e aorta com diâmetro preservado.

Ateromatose calcificada aortoilíaca.

Não há evidências de linfonodomegalias na cadeia linfonodal do abdome superior, no retroperitônio ou na região pélvica.

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

#HD:

1. HAS DE DIFÍCIL CONTROLE - HAS SECUNDÁRIA?
2. IC DESCOMPENSADA PERFIL B DIASTOLICA - SUPERADA
3. ERISPELA DE REPETIÇÃO EM MSD - TRATADA
4. DM tipo 2
5. ICFEP (FE=61%)
6. HIPOTIREOIDISMO SUBCLÍNICO
7. SD. NEFRÓTICA DE ETIOLOGIA A/E
8. MIOCARDIOPATIA DE DEPÓSITO A/E

CD:

- SOLICITO PARECER OFTALMOLÓGICO PARA DESCARTAR RETINOPATIA DIABÉTICA
- SOLICITO NOVO LAB DE ROTINA
- SOLICITO FAN + ELETROFORESE DE PROTEÍNAS PARA DAR SEGUIMENTO À INVESTIGAÇÃO DE CAUSAS SECUNDÁRIAS DE SD. NEFRÓTICA
- RESGATO SOROLOGIAS QUE FALTAVAM, ANTI HBS < 2,0, ORIENTAR VACINAÇÃO NA ALTA
- RESGATO ANTI-TPO JÁ QUE PCTE COM HIPOTIREOIDISMO SUBCLÍNICO: 36,2 UI/ML
- AVALIAR CURVA DO PESO CORPORAL DIARIAMENTE
- VIGILÂNCIA CLINICA

#PENDÊNCIAS:

- NA ALTA, ENCAMINHAR AO AMBULATÓRIO DE SONO NO HOF
- NA ALTA, ORIENTAR VACINAÇÃO HEPATITE B
- ENCAMINHAR PARA UROLOGIA APÓS ALTA PARA AVALIAR HIDROURETONEFROSE DIREITA
- AGUARDO METANEFRIAS URINÁRIAS 19/08
- AGUARDO RESULTADO DE CORTISOL URINÁRIO EM URINA 24H
- AGUARDO PROTEINÚRIA 24H
- AGUARDO PARECER OFTALMOLÓGICO (SOLICITADO 23/08)
- AGUARDO FAN + ELETROFORESE DE PROTEÍNAS PARA DAR SEGUIMENTO À INVESTIGAÇÃO DE CAUSAS SECUNDÁRIAS DE SD. NEFRÓTICA

CD:

- RESGATO LAB DE ROTINA
- SOLICITO PARECER DO NEFRO A FIM DE AVALIAR INDICAÇÃO DE BIÓPSIA RENAL
- AVALIAR CURVA DO PESO CORPORAL DIARIAMENTE
- SOLICITO DOSAGEM DE COMPLEMENTO - C3, C E CH50, EM INVESTIGAÇÃO DE SÍNDROME NEFRÓTICA.
- VIGILÂNCIA CLINICA

LAB (16/08/2022): HB GLICADA 4,9% / T4 9,1 / TSH 4,950 / MICRO ALBUMINÚRIA 4416,09 mg/g creatinina

#PENDÊNCIAS:

- NA ALTA, ENCAMINHAR AO AMBULATÓRIO DE SONO NO HOF
- NA ALTA, ORIENTAR VACINAÇÃO HEPATITE B
- ENCAMINHAR PARA UROLOGIA APÓS ALTA PARA AVALIAR HIDROURETONEFROSE DIREITA
- AGUARDO METANEFRIAS URINÁRIAS 19/08
- AGUARDO RESULTADO DE CORTISOL URINÁRIO EM URINA 24H
- AGUARDO FAN + ELETROFORESE DE PROTEÍNAS PARA DAR SEGUIMENTO À INVESTIGAÇÃO DE CAUSAS SECUNDÁRIAS DE SD. NEFRÓTICA (23/08)
- AGUARDO PARECER DO NEFRO HSCM A FIM DE AVALIAR INDICAÇÃO DE BIÓPSIA RENAL (24/08) - ELE INFORMOU AGUARDAR FUNDOSCOPIA PRÉVIA (REALIZADA EM 26/08)
- AGUARDO DOSAGEM COMPLEMENTO (24/08)

CD:

- DISCUTIR COM A CIRURGIA SOBRE POSSIBILIDADE DE BIÓPSIA DE COXIM ADIPOSEO A FIM DE ESCLARECER HIPÓTESE DE AMILOIDOSE
- RESGATO PARECER OFTALMOLÓGICO: HIALOSE ASTEROIDE EM OD + PRESENÇA DE MICROANEURISMAS, HEMORRAGIAS E EXSUDATOS EM POLO POSTERIOR DE OLHO ESQUERDO >> OLHO DIREITO. ACHADO DE RETINOSCOPIA DIABÉTICA
- RESGATO EXAME DE FATOR REUMATÓIDE PARA COMPLEMENTAR INVESTIGAÇÃO: FR 32
- SOLICITO BIÓPSIA DE COXIM GORDUROSO COM FIXAÇÃO COM VERMELHO DO CONGO (AMILOIDOSE?)
- SOLICITO IMUNOFIXAÇÃO SÉRICA E URINÁRIA (AMILOIDOSE?)
- AVALIAR CURVA DO PESO CORPORAL DIARIAMENTE
- VIGILÂNCIA CLÍNICA

RESGATO EXAME COMPLEMENTO C3: 83,0 MG/DL
 - AGUARDO BIÓPSIA DE COXIM GORDUROSO COM FIXAÇÃO COM VERMELHO DO CONGO (AMILOIDOSE?)

GUARDO BIÓPSIA DE COXIM GORDUROSO COM FIXAÇÃO COM VERMELHO DO CONGO - A SER REALIZADA AMANHÃ ÀS 7H NO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA

NO RETORNO AO AMBULATÓRIO DE CM, AVALIAR ENCAMINHAMENTO PARA NEFROLOGIA DO HC :
 PACIENTE, 52 ANOS, PORTADORA DE HIPERTENSÃO REFRACTÁRIA + DM2 + IC FEP (FE61%) EM INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DE SD. NEFRÓTICA. ORIENTADA POR DRA ALINA A RETORNAR AO SEU AMBULATÓRIO PARA AVALIAÇÃO DE BIÓPSIA RENAL -

31/08/22 - ALTA
 MEDIANTE CLÍNICA ESTÁVEL DA PACIENTE, SEM MEDICAÇÕES DE USO ESTRITAMENTE HOSPITALAR, APENAS AGUARDANDO RESULTADOS PARA DAR SEGUIMENTO ÀS INVESTIGAÇÕES, E APÓS DISCUTIDO COM STAFF, OPTO POR ALTA MÉDICA COM RETORNO AO NOSSO AMBULATÓRIO PARA RESGATE DOS EXAMES PENDENTES E AVALIAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO A NEFROLOGIA DO HC

ADM: 12/12

#HD:

- SD. NEFRÓTICA DE ETIOLOGIA SEC A AMILOIDOSE RENAL?
- MIOCARDIOPATIA DE DEPÓSITO A/E: AMILOIDOSE CARDÍACA
- HAS DE DIFÍCIL CONTROLE - HAS SECUNDÁRIA?
- DM tipo 2
- ICFEP (FE=61%)
- HIPOTIREOIDISMO SUBCLÍNICO
- HÉRNIA DE DISCO

RESUMO DO INTERNAMENTO EM AGOSTO - 2022

PACIENTE HIPERTENSA, DIABÉTICA, ADMITIDA NESSE SERVIÇO NO DIA 12/08/2022 ENCAMINHADA DA UTI DO HOSPITAL TRICENTENÁRIO. NO DIA 17/07/2022, APRESENTOU QUADRO DE EDEMA DISSEMINADA, EM FRANCA ANASARCA, ASSOCIADO A PICO PRESSÓRICO (240X150MMHG), SENDO ATENDIDA EM UPA E ENCAMINHADA PARA EMERGÊNCIA CLÍNICA DO HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES E, POSTERIORMENTE, À UTI DO HOSPITAL TRICENTENÁRIO. DURANTE INTERNAMENTO EM UTI, PACIENTE FEZ USO DE DIURETICOTERAPIA E TRIDIL, COM DIFICULDADE NO DESMAME DO VASODILATADOR VENOSO DEVIDO HIPERTENSÃO. ENCAMINHADA AO HOSPITAL SANTO AMARO APÓS INICIO DE ANTI-HIPERTENSIVOS ORAIS. CHEGOU A ESSE SERVIÇO EM AR AMBIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SEM OUTRAS QUEIXAS. APRESENTAVA DIURESE PRESENTE DURANTE TODO O INTERNAMENTO, SEM ALTERAÇÃO DE FUNÇÃO RENAL.

DURANTE INTERNAMENTO NESSE SERVIÇO, PACIENTE AINDA APRESENTOU PICOS HIPERTENSIVOS, PORÉM SEM QUEIXAS. APÓS OTIMIZAÇÃO DE DROGAS ANTI-HIPERTENSIVAS, PA MANTEVE-SE ESTÁVEL. CHEGOU EM USO DE METOPROLOL 200MG/DIA, ESPIRONOLATONA 25MG/DIA, HIDRALAZINA 150MG/DIA, ENALAPRIL 40MG/DIA, ANLODIPINO 10MG/DIA, ISOSSORBIDA 60MG/DIA E CLONIDINA 0,6MG/DIA. VISTO HIPERTENSÃO REFRAATÁRIA, INICIOU-SE INVESTIGAÇÃO PARA HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA. PACIENTE NEGA HEMATÚRIA, HISTÓRIA DE CEFALIA E OUTROS SINTOMAS. COMO PACIENTE NÃO APRESENTAVA NENHUM SINTOMA CARDINAL QUE CONDUZISSE A INVESTIGAÇÃO, FORAM INVESTIGADOS HIPERCORTISOLISMO, DISTÚRBIOS DE TIREOIDE, FEOCROMOCITOMA E DOENÇA RENAL. A DOSAGEM DE CORTISOL APÓS SUPRESSÃO COM DEXAMETASONA VEIO DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE. A RELAÇÃO MICRO-ALBUMINÚRIA-CREATININA VEIO COM 4.416,09MG/G CREATININA, PORÉM FUNÇÃO RENAL MANTEVE-SE INALTERADA DURANTE TODO O INTERNAMENTO. PARA INVESTIGAÇÃO DE ANASARCA, FOI REALIZADO **ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO, QUE EVIDENCIOU DSFUNÇÃO DIASTÓLICA TIPO II, ALÉM DE AUMENTO BIATRIAL DE CÂMARAS CARDÍACAS E SINAIS SUGESTIVOS DE DOENÇA DE DEPÓSITO (EM ANEXO).**

EM INVESTIGAÇÃO DE SECUNDARISMOS DE SÍNDROME NEFRÓTICA, APRESENTOU SOROLOGIAS NEGATIVAS PARA HEPATITE C, B, HIV E SÍFILIS. APRESENTA TAMBÉM HIPOALBUMINEMIA E DISLIPIDEMIA. AGUARDA RESULTADO DE FAN, COMPLEMENTO E ELETROFORESE DE PROTEÍNAS.

DE HISTÓRIA PRÉVIA, PACIENTE RELATA SER HIPERTENSA DESDE OS 39 ANOS, E DIABÉTICA (HB1AC 4,5%), ALÉM DE APRESENTAR ERISPELA DE REPETIÇÃO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO DESDE 2009. NEGA OUTRAS COMORBIDADES.

MEDICAÇÕES EM USO:

- METFORMINA 1G 12/12H
- ISOSSORBIDA 20MG 8/8H
- ANLODIPINO 10MG/DIA
- CLONIDINA 0,200G 8/8H
- HCTZ 25MG/DIA

- HIDRALAZINA 50MG 8/8H
- ENALAPRIL 20MG 12/12H
- METOPROLOL 100MG 12/12H
- SINVASTATINA 40MG/DIA
- FUROSEMIDA 40MG 12/12H

HDA:

PACIENTE RETORNA REFERINDO DISPNEIA (JÁ EM ACOMPANHAMENTO COM CARDIOLOGISTA) + DISPNEIA AOS MÉDIOS ESFORÇOS, NÃO CONSEGUINDO MAIS REALIZAR ATIVIDADES DOMÉSTICOS E PERSISTÊNCIA DE EDEMA EM MMII. ALÉM DISSO REFERE QUE NÃO APRESENTOU DESDE ENTÃO ANASARCA. REFERE QUE COMO POSSUI HÉRNIA DE DISCO, APRESENTA ALGUNS EPISÓDIOS ALGICOS, SENDO NECESSÁRIO MEDICAÇÃO ENDOVENOSA, E NESTE CONTEXTO APRESENTA PICOS PRESSÓRICOS.

EVOLUÇÃO: ENCONTRO PACIENTE SENTADA EM LEITO DE ENFERMARIA CLÍNICA, CONSCIENTE E ORIENTADA, EUPNEICA. NO MOMENTO, SEM QUEIXAS. REFERE PERSISTÊNCIA DE EDEMA EM MEMBROS INFERIORES. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES E FISIOLÓGICAS.

AO EXAME: REG, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, CORADA, HIDRATADA, AFEBRIL AO TOQUE, ANICTÉRICA, ACIANÓTICA

SINAIS VITAIS: PA 160X70MMHG / FC 88 BPM/ SATO2 97% A.A.

- AR: MV PRESENTE EM AHT, SEM RA
- ACV: RCR EM 2T, BCNF, S/S
- ABD: SEMIGLOBOSO, RHA+, FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL E INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, PALPO MASSA A NÍVEL DE CICATRIZ UMBILICAL (ÚTERO?).
- EXT: TEC < 5S, PULSOS AMPLOS, EDEMA DE MMII - SIMÉTRICO COM CACIFO (+3/4+), PANTURRILHAS LIVRES

EXAMES INTERNOS:

USG DE RINS E VIAS URINÁRIAS (14/12):

ANÁLISE:

Rins tópicos, de forma e contornos normais, com dimensões aumentadas e aumento difuso da ecogenicidade do parênquima, com redução da diferenciação da relação parênquima/seio renal, inferindo nefropatia parenquimatosa.

Ausência de massas císticas ou sólidas, coleções líquidas peri-nefréticas ou imagem compatível com litíase, detectável pelo método.

Presença de moderada dilatação do sistema pielocaliciano bilateral, com diâmetro ântero-posteriore da pelve renal medindo 2,1 cm em ambos os lados; nota-se também dilatação ureteral, com calibres de até 1,1 cm à direita e 0,5 cm à esquerda no segmento médio.

DIMENSÕES RENAIIS:

Rim direito mede: 15,3 x 7,3 cm. Espessura do parênquima 1,3 cm.

Rim esquerdo mede: 14,3 x 7,5 cm. Espessura do parênquima 1,6 cm.

Bexiga bem distendida com paredes levemente espessada de forma difusa - espessura de 0,5 cm; não há falhas de enchimento ou imagem de cálculo em seu interior.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Moderada hidroureteronefrose e nefropatia parenquimatosa bilateralmente.
- Espessamento parietal vesical, achado que pode estar relacionado a processo infeccioso.

LAB (13/12/22): HB 6,4 HT 19,8 / LEUCO 8500 70%SEG 21% LT / PLAQ 294000/ UR 182 / CR 2,9 TGO 17 / TGP 23/ INR 1 / NA 135 / K 3,7 / CÁLCIO 7,1 / BT 0,2 BD 0,1/ GGT 210/ FA 138/ ALBUMINA 3,6 / TG 201/ LDL 82/ HDL 21 /CT 143

EXAMES DO INTERNAMENTO ANTERIOR:

(12/08/2022): TEMPO DE COAGULAÇÃO 06MIN 30 SEG / GLICOSE 106 / GGT 285 / FOSFATASE ALCALINA 118 / NA 139 / K 4,3 / CL 99 / RESERVA ALCALINA 27,30 / UREIA 38 / HB 10 / LEUCO 8200 / PLAQ 480000 / CR 1 / TGO 31 / TGP 18 / TTPA 1 / INR 1

SU (12/8): PROTEINA AUSENTE / HB AUSENTE / CORPOS CETONICOS AUSENTES / BILIRRUBINA AUSENTE / UROBILINOGENIO AUSENTE / NITRITO NEGATIVO / CELULAS EPITELIAIS RARAS / PIOCITOS 1

A 2 POR CAMPO 400X +

LAB (15/08): FE: 52,2/ FERRITINA: 268,7/ CAP DE LIG DO FERRO: 182/ SAT DE TRANSFERRINA: 29%

SU DE URINA (16/08/2022): PROTEINAS AUSENTES // HB AUSENTE // GLICOSE AUSENTE // BILIRRUBINA NEGATIVO / NITRITO NEGATIVO // UROBILINOGENIO NORMAL // CELULAS EPITELIAIS RARAS // PIOCITO 12 A 13 P CAMPO 400X // MUCO RAROS

LAB (16/08/2022): HB GLICADA 4,9% / T4 9,1 / TSH 4,950 / MICRO ALBUMINÚRIA 4416,09 mg/g creatinina

LAB (17/08/2022): NA 138 / K 3,9 / UREIA 45 / HB 9,9 / LEUCO 9400 / PLAQ 371000 / CR 0,7 / FERRO SERICO 52,2 / FERRITINA 268,7 / CAPACIDADE T LIGAÇÃO DO FERRO 182 / SAT TRANSFERRINA 29%/ SU PROTEINA AUSENTE / HB AUSENTE / BILIRRUBINA AUSENTE / UROBILINOGENIO NORMAL / NITRITO NEGATIVO / CELULAS EPITELIAIS RARAS / PIOCITOS 12 A 13 P CAMPO 400X / FILAMENTO DE MUCO RAROS / CR URINÁRIA 40,92

LAB (18/08): CORTISOL BASAL: 7,6

LAB (19/08): TG: 269/ CT: 350/ HDL: 35/ LDL: 261/ VLDL: 53,8 / METANEFRIAS URINÁRIAS CREAT 0,31 G/L // METANEFRIAS 158 MICROGRAMAS/G // NORMETANEFRIAS 213 MICROGRAMAS/G // TOTAL 371 MICROGRAMAS/G

LAB (19/08): LDL: 222/ HDL: 52/ CT: 333/ TG: 296/ GLIC: 104/ NA: 138/ K: 3,8/ ALB: 2,7/ UR: 58/ HB: 9,6/ HT: 29,3/ LEUCO: 7.300/ PLAQ: 303.000/ CR: 1,0/ TGO: 12/ TGP: 10/ HBSAG: NR/ ANTI HCV: NR/ PCR: 6/ VDRL: NR/

LAB (20/08): ANTI-TPO 36,2 UI/ML // PROTEINÚRIA 24H 3,34G

LAB 21/08: GLICOSE 104 / TRIGLICERIDEOS 296 / COLESTEROL TOTAL 333 / C HDL 52 / C LDL 222 / NA 138 / K 3,8 / ALBUMINA 2,7 / HB 9,6 / HT 29,3 / LEUCO 7300 / SEG 65 / EOS 2 / LT 27 / MONO 6 / PLQ 303000 / UR 58 / CR 1,0 / TGO 12 / TGP 10 / PCR 6 /HBSAG NR / ANTI HCV NR / VDRL NR / ANTI HIV NR / ANTI HBS NR < 2,0 / ANTI HBC TOTAL NR

LAB 23/08: NA 134 / K 4,8 / CL 95 / UR 84 / CR 0,9 / PCR 6 / HB 9,8 / HT 28,4 / LEUCO 9100 / SEG 61 / EOS 2 / LT 31 / MONO 6 / PLQ 408000 / FAN NR (NÚCLEO, NUCLÉOLO, CITOPLASMA, APARELHO MITÓTICO E PLACA METAFÁSICA CROMOSSÔMICA) / ELETROFORESE DE PROTEÍNAS: PROTEÍNAS TOTAIS 5,9 / ALBUMINA 2,94 / ALFA 1 GLOBULINA 0,40 / ALFA 2 GLOBULINA 1,08 / BETA 1 GLOBULINA 0,33 / BETA 2 GLOBULINA 0,28 / GAMA GLOBULINA 0,83 / RELAÇÃO A/G 1,01

LAB 24/08: COMPLEMENTO C3: 83,0 MG/DL / COMPLEMENTO CH50 > 12,79

LAB 25/08: FATOR REUMATOIDE 32

LAB 28/08: NA 135 / K 3,5 / CL 99 / UR 103 / CR 1,6 / HB 8,9 / HT 25,8 / LEUCO 9000 / SEG 66 / EOS 2 / BAS 1 / LT 26 / MONO 5 / PLQ 329000 / PCR < 6

LAB 29/08: NA 132 / K 4.8 / UR 127 / CR 1,3

(30/08/2022): **IMUNOELETROFORESE DE PROTEINA URINÁRIA - PRESENÇA DE BANDA MONOCLONAL LAMBDA SEM CORRESPONDÊNCIA COM CADEIA PESADA IGA, IGG E IGM.**

EXAMES DE IMAGEM

ECO NO SERVIÇO DE ORIGEM: HIPERTROFIA CONCENTRIA DO VE, FUNCAO SISTOLICA DO VE PRESERVADA, DISFUNCAO DIASTOLICA DO TIPO 2, DERRAME PERICARDICO DE GRAU DISCRETO, DILATAÇÃO ATRIAL ESQUERDA DE GRAU DISCRETO, INSUFICIENCIA MITRAL DE GRAU DISCRETO.

USG DE VIAS URINARIAS SEM ALTERAÇÃO

#USG DOPPLER MMII 28/7: EDEMA DE PELE E DO TECIDO CELULAR SUBCUTANEO BILATERALMENTE

AUSENCIA DE SINAIS ECOGRAFICOS DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA NOS MEMBROS INFERIORES, NO PRESENTE ESTUDO

ECO TT INTERNO 15/08: DDVE: 46 mm (= 52) DDVE/SC: 28,4 Mm/m² (= 31) AO: 31 mm (= 36) Massa do VE: 205,0 g (= 162) DSVE: 31 mm (= 35) DSVE/SC: 19,1 Mm/m² (= 21) AE: 41 mm (=) Índice de Massa: 126,5 g/m² (= 95) Fração de Ejeção: 61,0 % (Teichholz) SIV: 12 mm (= 9) Vol AE: 72 ml (=) PVCP: 25,5076923077 mmHg (<12)

E. Relativa: 0,52 (< 0,42) PP: 12 mm (= 9) Vol AE/SC: 44,4 ml/m² (= 34) VD: 39 mm (25 - 41) Vol AD/SC: 33,9510619603 ml (27) TAPSE: 23mm(= 17)

Qualidade do Exame: Exame realizado com paciente em ritmo cardíaco regular e janela acústica satisfatória.

Ventrículo Esquerdo: Cavidade de dimensões normais. Paredes com espessura diastólica aumentada em grau discreto. Contratilidade miocárdica global e segmentar preservada. Função sistólica preservada. Disfunção diastólica de grau II (tipo pseudonormal). Presença de miocárdio espessado de distribuição difusa sugestiva de doença de depósito

Atrio Esquerdo: Cavidade com volume aumentado em grau moderado.

Câmaras Direitas: Átrio direito aumentado em grau discreto. Ventrículo direito com dimensões e contratilidade normais (TAPSE = 23 - VN = 17mm).

Aorta: Raiz da aorta (ao nível dos Seios de Valsalva) e demais segmentos da aorta de dimensões normais. Válvula Aórtica: Trivalvular. Válvulas delgadas, com abertura e mobilidade preservada. Fluxo transvalvar normal. Ausência de refluxos.

Válvula Mitral: Cúspides delgadas, abertura e mobilidade preservada. Fluxo transvalvar normal. Refluxo discreto.

Válvula Tricúspide: Cúspides delgadas, abertura e mobilidade preservada. Fluxo transvalvar normal. Refluxo mínimo (fisiológico). Gradiente VD-AD máximo: 13mmHg. V. e Artéria Pulmonar: Valva pulmonar com válvulas delgadas, abertura e mobilidade preservada. Fluxo transvalvar normal. Refluxo mínimo (fisiológico). Artéria Pulmonar de dimensões normais. Pericárdio: Pericárdio com aspecto ecocardiográfico normal. Derrame pericárdico de grau leve. Situs, Conexões, Septos e Alterações Congênitas: Situs solitus, levocardia. Conexões AV e VA concordantes.

Observações: Ausência de sinais de Hipertensão Arterial Pulmonar. VCI medindo 2,3cm, com colabamento inspiratório < 50%. PAD estimada em 15mmHg.

Conclusões: Aumento biatrial. Câmaras ventriculares de dimensões normais / Função sistólica biventricular normal / Disfunção diastólica do VE de grau II (tipo pseudonormal) / Hipertrofia concêntrica do VE de grau importante / Insuficiência mitral de grau discreto / Alteração sugestiva de miocardiopatia de depósito / Derrame pericárdico de grau leve / Avaliação prejudicada por limitações técnicas referentes ao aparelho!

USG ABDOME TOTAL: Fígado em topografia habitual, com forma e contornos normais, dimensões aumentadas (LHD mede 20 cm e LHE mede 13,3 cm), com contornos regulares e ecotextura sólida homogênea. Ausência de sinais de dilatação de vias biliares intra ou extra-hepáticas ou lesões expansivas focais detectáveis ao método; Veia porta de calibre preservado, medindo 1,0 cm; Vesícula biliar de topografia usual, distendida, de forma, volume e contornos normais, com paredes finas e regulares. Ausência de imagem ecogênica (cálculo) em seu interior. Pâncreas apresenta forma, volume e contornos normais nas porções visualizadas. Baço de forma, volume e contornos normais. Textura acústica homogênea, com diâmetro longitudinal medindo 10 cm. Aorta e cava de trajeto e calibre preservados, notando-se placas ateromatosas calcificadas na aorta. Bexiga de forma, volume e contornos normais, sem falhas de enchimento ou imagem de cálculo em seu

interior. Útero em anteversoflexão, medindo 7,4 x 4,0 x 4,7 cm, com volume e contornos normais (volume= 73 cm³). O miométrio é homogêneo pela via abordada. Ovário direito de forma, volume, contornos e textura acústica normais, medindo 3,7x 2,2 x 1,3 cm (Volume = 5,5 cm³). Ovário esquerdo de forma, volume, contornos e textura acústica normais, medindo 2,5 x 1,7 x 1,4 cm (Volume = 3,3 cm³). Ausência de líquido livre ou coleções, detectáveis ao método, em cavidade abdominal.

ULTRASSONOGRRAFIA DAS ARTERIAS RENAIIS COM DOPPLER COLORIDO:

Rins tópicos, de forma, volume e contornos normais. Textura acústica do parênquima renal sem anormalidades. Relação parênquima / seio renal conservada. Ausência de massas císticas ou sólidas. Não há coleções líquidas peri-nefréticas. Não evidenciamos imagem compatível com litíase, detectável pelo método. Moderada hidroureteronefrose direita, notando-se estreitamento abrupto do ureter distal, na região parametrial deste lado, sem lesões ou cálculos detectáveis ao método. Fica a critério do médico assistente prosseguir investigação.

DIMENSÕES RENAIIS:

- Rim direito mede 12,8 x 7,1 x 5,8 cm. Espessura do parênquima 1,7 cm.

- Rim esquerdo mede 11,6 x 4,8 x 5,4 cm. Espessura do parênquima 2,1 cm.

Ao estudo com dopplerfluxometria das artérias renais foram estudadas as emergências das artérias renais, nas quais se apresentam com fluxo de padrão monofásico e picos sistólicos preservados. Nas artérias intrarrenais foram estudados vasos no terço médio de ambos os rins apresentando IR em torno de 0,7, com tempo de aceleração menor que 0,1 s e índice de aceleração acima de 300 cm/s.

Picos sistólicos: Aorta - 82 cm/s // Art. Renal a direita - 76 cm/s // Art. Renal a esquerda - 72 cm/s // RD/A - 0,92 // RE/A - 0,9 (Relação artéria renal direita/ aorta)

TC DE ABDOMEN TOTAL (18/08/2022):

Fígado com dimensões normais e contornos regulares, exibindo atenuação homogênea do parênquima, sem sinais de lesões focais ou difusas.

Ausência de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Baço de topografia, dimensões, contornos e coeficientes de atenuações normais.

Pâncreas de morfologia e contornos anatômicos.

Adrenais de forma e dimensões normais.

Rins de situação e contornos preservados.

Rim direito com dimensões aumentadas e moderada hidroureteronefrose à direita até a porção individualizada do terço médio do ureter homolateral nas proximidades do cruzamento com os vasos ilíacos, onde há redução abrupta do calibre, sem definição do fator obstrutivo com o protocolo de estudo proposto, não sendo caracterizado cálculo denso. A critério clínico, prosseguir investigação com tomografia contrastada, incluindo a fase excretora.

Microcálculo no grupamento caliciano inferior do rim esquerdo, inferior a 0,3 cm, não obstrutivo.

Bexiga repleta, com paredes lisas, sem imagens de cálculos e sem sinais de compressões extrínsecas.

Distribuição habitual das alças intestinais na cavidade abdomino-pélvica.

Veia cava inferior e aorta com diâmetro preservado.

Ateromatose calcificada aortoilíaca.

Não há evidências de linfonodomegalias na cadeia linfonodal do abdome superior, no retroperitônio ou na região pélvica.

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

PARECER OFTALMOLÓGICO 26/08:

HIALOSE ASTEROIDE EM OD + PRESENÇA DE MICROANEURISMAS, HEMORRAGIAS E EXSUDATOS EM POLO POSTERIOR DE OLHO ESQUERDO >> OLHO DIREITO.
ACHADO DE RETINOSCOPIA DIABÉTICA

#PENDÊNCIAS:

- AGUARDO DOSAGEM COMPLEMENTO C4 (24/08)
- AGUARDO POLISSONOGRAMA (AGENDADA 20/12/22)
- ENCAMINHAR AO AMBULATÓRIO DE CM, AVALIAR ENCAMINHAMENTO PARA NEFROLOGIA DO HC : PACIENTE, 52 ANOS, PORTADORA DE HIPERTENSÃO REFRACTÁRIA + DM2 + IC FEP (FE61%) EM INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DE SD. NEFRÓTICA. ORIENTADA POR DRA ALINA A RETORNAR AO SEU AMBULATÓRIO PARA AVALIAÇÃO DE BIÓPSIA RENAL

CONDUTA:

- RESGATO RESULTADO DE USG DE RINS E VIAS URINÁRIAS --> MODERADA HIDRONEFROSE BILATERAL.
- SOLICITO TC DE ABDOME SEM CONTRASTE PARA MELHOR AVALIAÇÃO DE DILATAÇÃO, TENDO EM VISTA DISFUNÇÃO RENAL (UR:182 E CR: 2,9)..
- SOLICITO USG TV, VISTO MASSA PALPÁVEL AO EXAME FÍSICO.
- SUSPENDO METFORMINA, DEVIDO PIORA DE FUNÇÃO RENAL
- OPTO POR NÃO TRANFUNDIR PACIENTE NO MOMENTO, APESAR DE HB 6,5 (ANEMIA DE DOENÇA CRÔNICA?)
- MANTENHO ANTI-HIPERTENSIVOS.

LAB (16/08/2022): HB GLICADA 4,9% / T4 9,1 / TSH 4,950 / MICRO ALBUMINÚRIA 4416,09 mg/g creatinina

LAB (18/08): CORTISOL BASAL: 7,6

LAB (19/08): TG: 269/ CT: 350/ HDL: 35/ LDL: 261/ VLDL: 53,8 / METANEFRIAS URINÁRIAS CREAT 0,31 G/L // METANEFRIAS 158 MICROGRAMAS/G // NORMETANEFRIAS 213 MICROGRAMAS/G // TOTAL 371 MICROGRAMAS/G

LAB (20/08): **ANTI-TPO 36,2 UI/ML // PROTEINÚRIA 24H 3,34G**

LAB 24/08: COMPLEMENTO C3: 83,0 MG/DL / COMPLEMENTO CH50 > 12,79

LAB 25/08: FATOR REUMATOIDE 32

(30/08/2022): IMUNOELETOFORESE DE PROTEINA URINÁRIA - PRESENÇA DE BANDA MONOCLONAL LAMBDA SEM CORRESPONDÊNCIA COM CADEIA PESADA IGA, IGG E IGM. .

- AGUARDO TC DE ABDOME SEM CONTRASTE (PRESENÇA DE DISFUNÇÃO RENAL) PARA MELHOR AVALIAÇÃO DE DILATAÇÃO.
- AGUARDO USG TV, VISTO MASSA PALPÁVEL AO EXAME FÍSICO.
- INICIO TRATAMENTO PARA VULVOVAGINITE ---> METRONIDAZOL 2G EM DOSE ÚNICA; AZITROMICINA 1G DOSE ÚNICA; FLUCONAZOL 150MG; METRONIDAZOL TÓPICO POR 07 DIAS; CEFTRIAXONA IM DOSE ÚNICA.
- OPTO POR PASSAR SONDA VESICAL DE DEMORA VISTO QUE PACIENTE QUEIXANDO-SE DE JATO URINÁRIO DESCONTÍNUO E SENSAÇÃO DE ESVAZIAMENTO INCOMPLETO (BEXIGOMA?).
- DEVIDO À MANUTENÇÃO DE PICOS PRESSÓRICOS OTIMIZO ANTI-HIPERTENSIVOS ---> ANLODIPINO 10MG/DIA E ISOSSORBIDA 60MG/DIA.

TC DE ABDOME SEM CONTRASTE(15/12):

Fígado de volume normal, contornos regulares, com densidade homogênea.

Vias biliares sem sinais evidentes de dilatação.

Vesícula biliar contraída no momento do exame, presumivelmente por jejum inadequado.

Baço de volume e densidade usuais.

Pâncreas com morfologia e volume normais, sem sinais de calcificações parenquimatosas patológicas.

Adrenais de densidade e volume normais.

Rins em topografia usual, de volume levemente aumentado, de contornos regulares, apresentando leve/moderada dilatação do sistema pielocalicinal bilateral, bem como dos ureteres correspondentes (calibre máximo do terço proximal ureteral direito: 1,3 cm). Não flagramos no estudo desencadeantes obstrutivos. A não utilização do contraste iodado endovenoso é fator limitante (hidroureteronefrose bilateral).

Não se observa litíase renal.

Bexiga de capacidade normal, contornos regulares e sem cálculos em seu interior.

Placas de ateroma calcificadas na aorta abdominal e ramos principais – ateromatose.

Veia cava inferior com calibre anatômico.

Miométrio uterino levemente heterogêneo, a ser correlacionado com estudo específico de imagem (ecografia pélvica a princípio).

Não há alterações apreciáveis pela metodologia nas regiões anexiais.

Alças intestinais de trajetos e calibres preservados, sem sinais objetivos de obstruções.

Planos gordurosos pélvicos de aspecto habitual.

Densificação da tela subcutânea abdominal e dorsal, inferindo edema. Averiguar no exame físico.

Alterações degenerativas da coluna lombar, sem lesões inequívocas com características agressivas.

Não há evidência de líquido livre digno de nota na cavidade abdominal.

Nos poucos cortes tomográficos obtidos do tórax, observam-se focos consolidativos/nódulos sólidos pulmonares nos campos inferiores. Realizar estudo de TC do tórax para melhor avaliação.

USG DE RINS E VIAS URINÁRIAS (14/12):

ANÁLISE:

Rins tópicos, de forma e contornos normais, com dimensões aumentadas e aumento difuso da ecogenicidade do parênquima, com redução da diferenciação da relação parênquima/seio renal, inferindo nefropatia parenquimatosa.

Ausência de massas císticas ou sólidas, coleções líquidas peri-nefréticas ou imagem compatível com litíase, detectável pelo método.

Presença de moderada dilatação do sistema pielocaliciano bilateral, com diâmetro ântero-posteriore da pelve renal medindo 2,1 cm em ambos os lados; nota-se também dilatação ureteral, com calibres de até 1,1 cm à direita e 0,5 cm à esquerda no segmento médio.

DIMENSÕES RENAIIS:

Rim direito mede: 15,3 x 7,3 cm. Espessura do parênquima 1,3 cm.

Rim esquerdo mede: 14,3 x 7,5 cm. Espessura do parênquima 1,6 cm.

Bexiga bem distendida com paredes levemente espessada de forma difusa - espessura de 0,5 cm; não há falhas de enchimento ou imagem de cálculo em seu interior.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Moderada hidroureteronefrose e nefropatia parenquimatosa bilateralmente.
- Espessamento parietal vesical, achado que pode estar relacionado a processo infeccioso.

- RESGATO TC DE ABDOME S/ CONTRASTE.

- SOLICITO TC DE ABDOME COM CONTRASTE E DE TÓRAX S/CONTRASTE (NÓDULOS VISUALIZADOS EM TC DE ABDOME S/ CONTRASTE).

- AGUARDO USG TV, VISTO MASSA PALPÁVEL AO EXAME FÍSICO.

#PENDÊNCIAS:

- AGUARDO DOSAGEM COMPLEMENTO C4 (24/08)

- AGUARDO POLISSONOGRRAFIA (AGENDADA 20/12/22)

- ENCAMINHAR AO AMBULATÓRIO DE CM, AVALIAR ENCAMINHAMENTO PARA NEFROLOGIA DO HC : PACIENTE, 52 ANOS, PORTADORA DE HIPERTENSÃO REFRACTÁRIA + DM2 + IC FEP (FE61%) EM INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DE SD. NEFRÓTICA. ORIENTADA POR DRA ALINA A RETORNAR AO SEU AMBULATÓRIO PARA AVALIAÇÃO DE BIÓPSIA RENAL

19/12/22

TC DE TORAX

Múltiplos nódulos pulmonares de contornos irregulares muitos deles apresentando discreto halo em vidro fosco, com distribuição difusa nos pulmões, sem sinais de escavação ou calcificação, o maior medindo 2,8 cm no segmento anterior do lobo superior direito. Considerar infecção (especialmente fúngica), tendo como diagnósticos diferenciais principais vasculite e processo neoplásico.

Sinais de enfisema centrolobular nos lobos superiores.

Mediastino centrado, sem evidências de linfonomegalias.

Traquéia e brônquios fontes com configuração preservada.

Índice cardiotorácico aumentado.

Pequeno derrame pericárdico.

Aorta torácica e artérias pulmonares de calibre preservado.

Ateromatose da aorta e de coronárias.

Ausência de derrame pleural.

Espondilose dorsal.

#HD:

- MODERADA DILATAÇÃO DO SISTEMA PIELOCALICIANO E URETERAL BILATERAL A/E
- SD. NEFRÓTICA DE ETIOLOGIA SEC A AMILOIDOSE RENAL?
- MIOCARDIOPATIA DE DEPÓSITO A/E: AMILOIDOSE CARDÍACA
- HAS DE DIFÍCIL CONTROLE - HAS SECUNDÁRIA?
- DM tipo 2
- ICFEP (FE=61%)
- HIPOTIREOIDISMO SUBCLÍNICO
- HÉRNIA DE DISCO

19/12

Exame limitado tecnicamente em virtude de acentuada interposição gasosa de alças intestinais.

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com transdutor endocavitário multifrequencial.

ANÁLISE:

Útero em médio-verso-flexão, medindo 6,6 x 3,7 x 4,1 cm em seus maiores diâmetros, (volume= 52,4 cm³), de forma e volume normais, contornos regulares e com ecotextura miometrial finamente heterogênea, contudo sem nódulos dominantes.

"Eco" endometrial homogêneo medindo 0,4 cm.

Ovários não individualizados neste exame. Não há massas ou coleções em suas projeções.

Bexiga pouco repleta; com presença de sonda de foley em seu interior.

Fundo de saco posterior livre.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Útero de volume normal, apresentando fina alteração textural miometrial difusa.

"Eco" endometrial de espessura normal.

Ovários não visibilizados por provável atrofia fisiológica.

Bexiga pouco repleta; com presença de sonda de foley em seu interior.

- SOLICITO PARECER DA NEFROLOGIA.
- SUSPENDO REALIZAÇÃO DE TC DE ABDOME COM CONTRASTE

EM TEMPO, DEVIDO À DISFUNÇÃO RENAL PERSISTENTE E DILATAÇÃO PIELOCALICIAL E URETERAL BILATERAL, OPTO POR SOLICITAR SENHA DE URGÊNCIA PARA SERVIÇO DE UROLOGIA (HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS).

ALTA 30/12

COMO PACIENTE COM MELHORA IMPORTANTE DA DOR APÓS PASSAGEM DE SVD, ALÉM DE APRESENTAR EXAMES QUE DESCARTAM COLELITÍASE, PROCEDO ALTA HOSPITALAR.

- ORIENTO CONTINUAR SEGUIMENTO AMBULATORIAL NO HC ONDE JÁ É VINCULADA (AMILOIDOSE RENAL?)