

Evolução Grave de Vasculite P-ANCA: Um relato de caso

Autores: Camila Simão Teixeira de Andrade¹, Rafael Antunes Moraes², Gabriel Napolitani de Araujo³, Stan Richard Medeiros de Souza⁴, Beatriz Lea Bueno de Camargo Araujo

¹ Médica Residente de Clínica Médica da Faculdade de Medicina do ABC

² Médico Residente de Clínica Médica da Faculdade de Medicina do ABC

³ Médico Residente de Clínica Médica do Hospital do Servidor Estadual de São Paulo

⁴ Médico Reumatologista preceptor da residência da Faculdade de Medicina do ABC

⁵ Médica pela Universidade de Santo Amaro

Introdução: Vasculites são definidas como depósito leucocitário em vasos levando a destruição reativa às estruturas acometidas. Tanto a perda da integridade do vaso causando sangramento, quanto o comprometimento do lúmen podem resultar em necrose. As vasculites podem causar manifestações graves, sendo importante o diagnóstico precoce. **Objetivo:** Relatar a manifestação de uma vasculite visando diagnóstico precoce, além de descrever uma evolução grave de difícil manejo. **Métodos:** Relato de caso cujos dados clínicos foram retirados do prontuário mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. **Relato de Caso:** Paciente 68 anos, masculino, procurou atendimento por aumento de creatinina em exames realizados. Referia episódios de náuseas e vômitos há 1 mês, além de perda ponderal não intencional de 12 kg em 6 meses com redução do débito urinário e hematuria. Histórico de abuso de diclofenaco devido a dor abdominal. Há admissão apresentava-se sarcopênico, descorado, taquipneico, enfisema em tórax, murmúrios vesiculares reduzidos com estertores difusos. Laboratórios na admissão: CR 9,1; UR 145; K 4,7; leucócitos 10,1 mil, sem acidose. Tomografia de tórax com enfisema centrolobular e parasseptal difuso. Indicada terapia de substituição renal por hipervolemia refratária. Dias depois apresentou insuficiência respiratória aguda e rebaixamento do nível de consciência com intubação orotraqueal, sendo iniciadas drogas vasoativas. Solicitada nova tomografia de tórax com pneumotórax à direita, consolidação e broncograma aéreo em lobo médio. Iniciado piperacilina-tazobactam e claritromicina com drenagem do pneumotórax. Levantada a hipótese de Vasculite. Solicitada broncoscopia, observado sangramento ativo em parênquima pulmonar, realizada biópsia transbrônquica, com infiltrado leucocitário. Solicitadas provas reumatológicas: C3 121; PANCA reagente. Progrediu com falhas de extubação, indicada traqueostomia. Teve piora dos padrões infecciosos, cultura de secreção traqueal com acinetobacter multirresistente; além de staphylococcus aureus em ponta de cateter oxacilina resistente. Introduzido vancomicina e meropenem. Discutida pulsoterapia/imunossupressão, entretanto optou-se por iniciar cuidados paliativos, uma vez que mantinha instabilidade. **Conclusão:** O caso demonstrou uma evolução desfavorável de vasculite P-ANCA em paciente com sucessivas intercorrências durante a internação, sendo necessária a pulsoterapia para controle de doença de base que, devido a instabilidade hemodinâmica e infecção vigente, impossibilitou sua realização.

Descritores: Vasculite ; Infecção ; Reumatologia