

**heaa**

**fbpn**

**fmc**

---

**Serviço e Disciplina de Clínica Médica/HEAA**

**Sessão Clínica - 15/05/2023**

**Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim**

**Orientador: Prof. Luiz Eduardo Castro de Oliveira**

**Relator: Dr Gabriel Maciel de Sales Sardinha**

**Debatedor: Dr<sup>a</sup> Maria Clara Eccard Faria**

---

# CASO CLÍNICO

- ✓ **Identificação:** Masculino, 70 anos, branco, casado, aposentado, residente em São Joao da Barra.
- ✓ **Queixa principal:** Encaminhado por colega gastroenterologista, consulta inicial em maio de 2019 devido a alteração de exame laboratorial
- ✓ **HDA:** Em fevereiro/2019, apresentou quadro de náuseas, pós carnaval, tendo procurado posto de urgência de saúde, sendo medicado e encaminhado para avaliação em regime ambulatorial. Procurou vários médicos ( gastroenterologista, urologista, cardiologista ), que solicitaram exames e fizeram diagnósticos de infecção do trato urinário, gastrite, hérnia hiatal e anemia. Utilizando omepramix, citoneurin, levofloxacina, entre outros. Na ocasião, sentindo-se bem, fazendo restrições dietéticas por orientação e sem queixas importantes.

- ✓ **HPP:** Revisão autorizada de prontuário medico (mudou-se do país) que o acompanhava de 2012-2018. Portador de Síndrome de Gilbert.
- ✓ Meados /2012: Assintomatico, pressão arterial normal, glicemia 103 mg/dl, creat 1,1 mg/dl, **Endoscopia digestiva alta:** com pangastrite , uréase negativo, **Ultrassonografia:** cisto hepático e renal de 1,3 cm.
- ✓ Out/2013: Assintomatico, **Ultrassonografia:** cisto de rim esquerdo 1,7 cm próstata 40 g, pressão arterial normal.
- ✓ Out /nov / 2014: Assintomatico, pressão arterial 120-80 mmhg, em uso de digesan e omeprazol, próstata 54 g, psa 1,62 ng/ml.
- ✓ out/2015: **Ultrassonografia:** cisto de rim esquerdo 2,2 cm, creat 1.
- ✓ maio /2018: **Ultrassonografia:** cisto hepático 1,8 cm e renal 2,8 cm.
- ✓ Nega HAS e DM.
- ✓ Medicamentos em uso: omeprazol 20 mg

- ✓ **História familiar:** cirurgia cardíaca ( irmão )
- ✓ **História social:** etilista social e tabagista moderado até os 40 anos

# Exame Físico

- ✓ Bom estado geral, corado, eupneico AA, acianótico, anictérico, hidratado, apirético, fâneros bem distribuídos
- ✓ CV: ritmo cardíaco regular 2t sem sopros
- ✓ RESP: mv simétrico bilateral sem ra
- ✓ ABDOME: indolor a palpação superficial e profunda, sem megalias ou massas, peristalse presente
- ✓ MMI: presença de varicosidades em membros inferiores, sem edemas periféricos
- ✓ Exame neurológico sem anormalidades

# Exames complementares

## ✓ Março 2019:

Ht 34,6 %, hb 12,1 g/dl, normocítica/normocromica, Creat 3,4 mg/dl

## ✓ Abril 2019:

Creat 2,8 mg/dl, clearance creat 19

EAS: densidade 1015, hb +, nitrito negativo, 15 piócitos por campo e 5 hemácias

CULTURA URINA: negativa

## ✓ Maio 2019:

EAS: densidade 1010, ph 5, 5 piócitos por campo, 2 hemácias

CULTURA URINA: negativa

Discutir hipóteses diagnósticas e  
condutas

# DADOS IMPORTANTES

---

- Anamnese

- ✓ Masculino, 70 anos, branco;
- ✓ Em fevereiro/2019, apresentou quadro de náuseas, pós carnaval;
- ✓ Na ocasião, sentindo-se bem, fazendo restrições dietéticas por orientação e sem queixas importantes;
- ✓ Portador de Síndrome de Gilbert;
- ✓ Uso contínuo de omeprazol 20 mg;



# DADOS IMPORTANTES

---

- Anamnese

- ✓ 2012 : ULTRASSONOGRAFIA: cisto hepático e renal de 1,3 cm;
- ✓ Out/2013- assintomático, cisto de rim esquerdo 1,7 cm próstata 40 g, pressão arterial normal;
- ✓ Out /nov / em uso de digesan e omeprazol, próstata 54 g, psa 1,62 ng/ml;
- ✓ out/2015- cisto de rim esquerdo 2,2 cm, creat 1 mg/dl;
- ✓ maio /2018- cisto hepático 1,8 cm e renal 2,8 cm.

# DADOS IMPORTANTES

---

- ✓ **EXAMES COMPLEMENTARES**
- ✓ **Março 2019: Ht 34,6 %, hb 12,1 g/dl, normocítica/normocromica, Creat 3,4 mg/dl;**
- ✓ **Abril 2019: Creat 2,8 mg/dl , clearance creat 19;**
- ✓ **EAS: densidade 1015, hb +, nitrito negativo, 15 piócitos por campo e 5 hemácias;**
- ✓ **Mai 2019: EAS: densidade 1010, ph 5, 5 piocitos por campo, 2 hemacias . Cultura negativa ;**
- ✓ **Nega HAS e DM.**

# HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

---



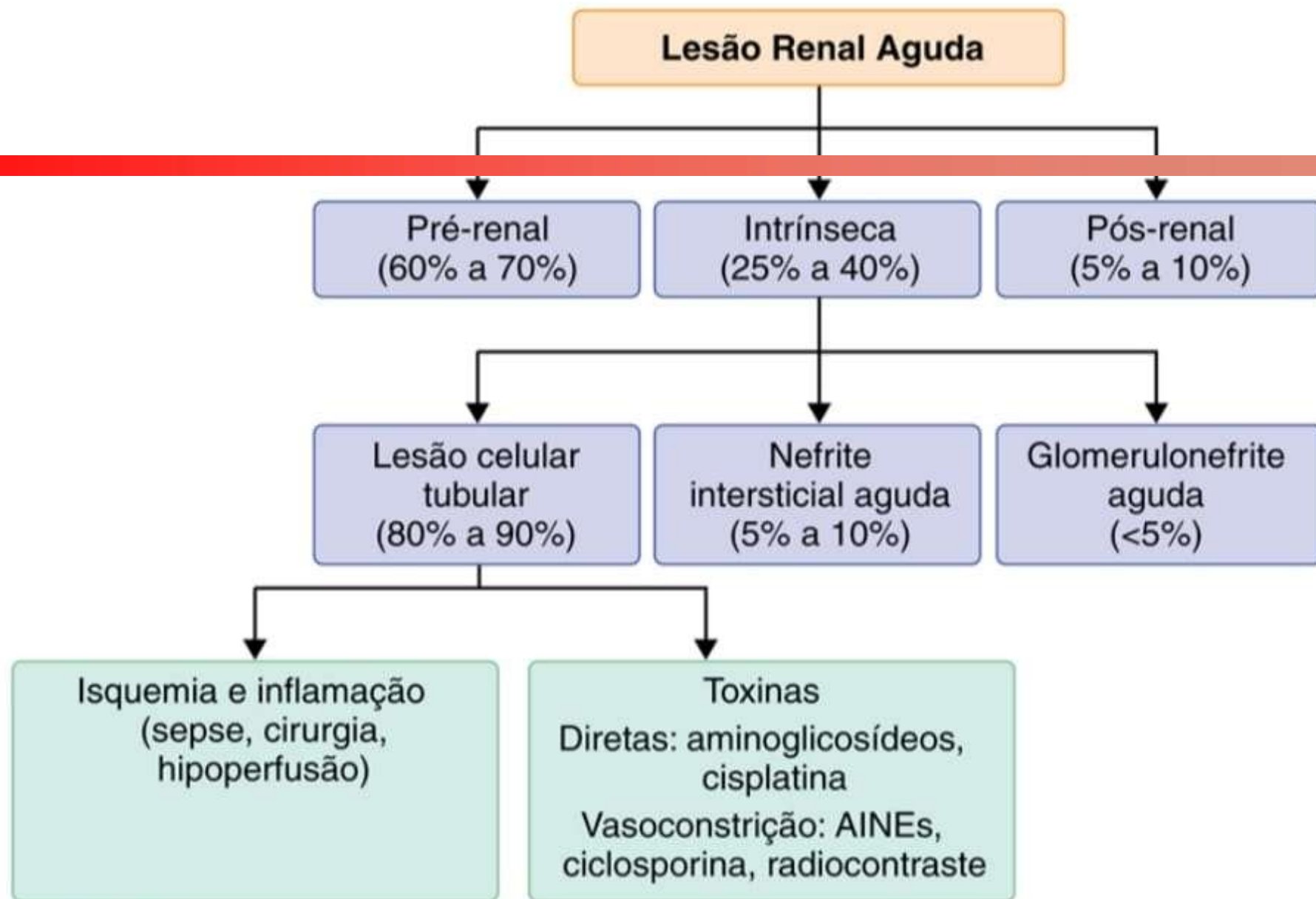
# IRA OU DRC?

## AGUDA

- ✓ AUMENTO DE CR  $\geq$  0,3 EM 48 H;
- ✓ AUMENTO  $\geq$  1,5 X EM RELAÇÃO AO BASAL EM 7 DIAS;
- ✓ DÉBITO URINÁRIO  $\leq$  A 0,5 ML/ KG/ H

## CRÔNICA

- ✓ POR MAIS DE 3 MESES:
- ✓ DIMINUIÇÃO DE TFG  $<$  60ML / MIN OU
- ✓ ALBUMINÚRIA  $\geq$  30 MG ( POR DIA OU POR G DE CR ) / BIÓPSIA

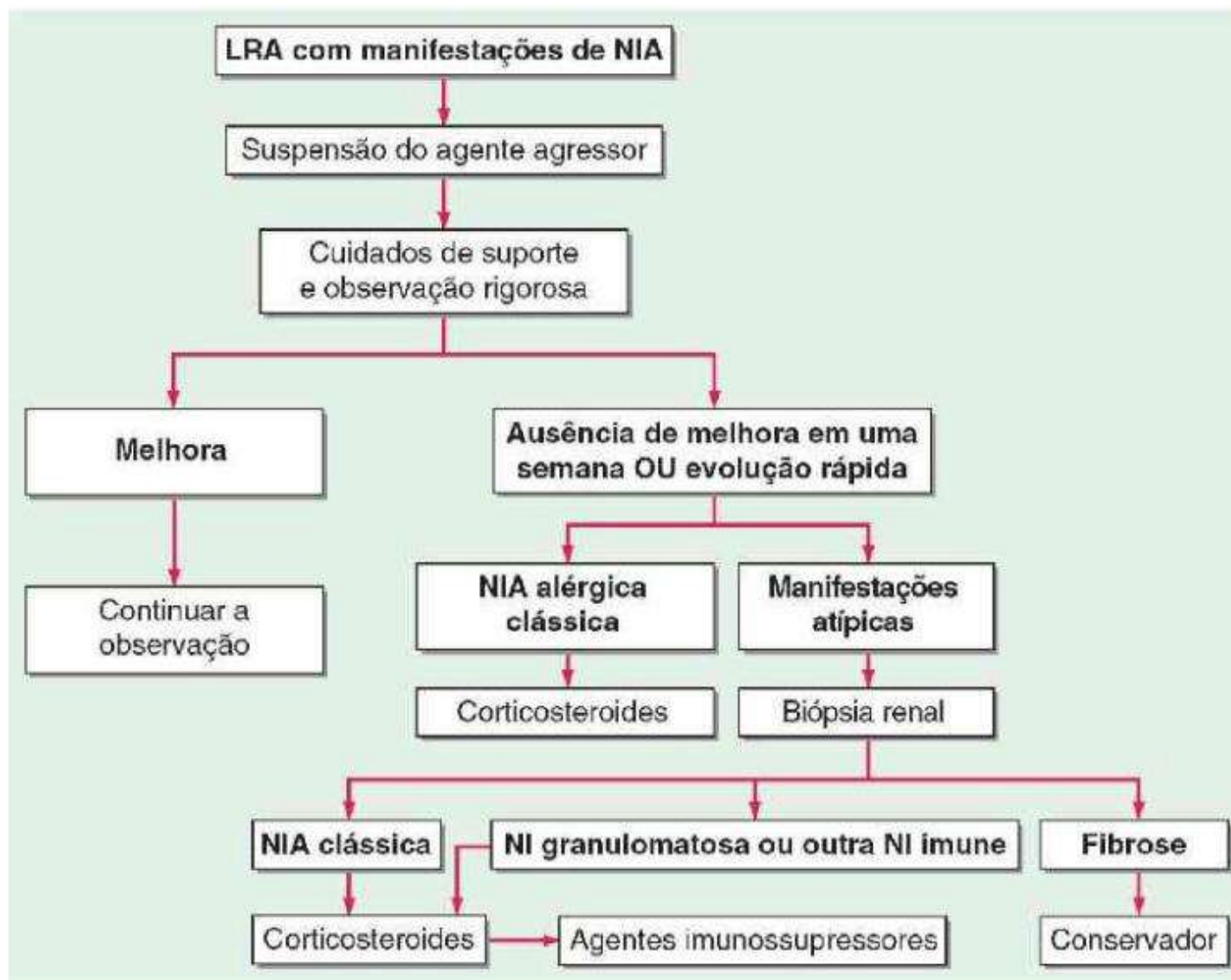


**FIGURA 120-1** Principais categorias da lesão renal aguda.  
AINEs = anti-inflamatórios não esteroides.

# NEFRITE INTESTICIAL AGUDA ASSOCIADA AO OMEPRAZOL

---

- ✓ Paciente em uso de omeprazol 20 mg / dia;
- ✓ Os pacientes raramente apresentam a tríade clássica de reações de hipersensibilidade (febre, erupções cutâneas e eosinofilia), diferenciando-se da NIA induzida por outros medicamentos;
- ✓ EAS: Piúria estéril + hematúria;
- ✓ Poucos desses pacientes retornam às concentrações basais de creatinina sérica (Cr), mantendo-se levemente aumentadas.



**FIGURA 310-1** Algoritmo para o tratamento da nefrite intersticial aguda alérgica ou outra nefrite intersticial aguda (NIA) imunomediada. LRA, lesão renal aguda; NI, nefrite intersticial. Ver no texto sobre os agentes imunossupressores utilizados para NIA refratária ou recidivante. (Modificada de S Reddy, DJ Salant: *Ren Fail* 20:829, 1998.)

# COMO CONDUZIRIA?

- ✓ **SUSPENDER OMEPRAZOL;**
- ✓ **TOMOGRAFIA COM CONTRASE (CLASSICAR O CISTO RENAL - CLASSIFICAÇÃO DE BOSNIAK) OU USG DO RIM COM CONTRASTE MICROBOLHAS;**
- ✓ **USG DE RINS VIAS URINÁRIAS;**
- ✓ **GASOMETRIA ARTERIAL, UR, CR ELETRÓLITOS ( CA, K , FÓSFORO, CÁLCIO, ALBUMINA ), PTH , RELAÇÃO CR / ALBUMINA URINÁRIA;**



## **ULTRASSONOGRRAFIA DO RIM COM CONTRASTE MICROBOLHAS**

Técnica: Exame realizado com equipamento dinâmico-convexo multifrequencial evidenciou:

### **Nefrectomia direita.**

**Rim esquerdo** tópico, com forma bem definida, contornos regulares e dimensões normais.

Diâmetro bipolar: 118 mm (normal 90 a 130 mm).

Córtex com ecogenicidade homogênea habitual e pirâmides renais com padrão ecográfico preservado. Diferenciação cortico-medular preservada.

Cálculo calicinal no terço inferior medindo 7 mm.

Presença de imagem nodular no terço médio, parcialmente exofítica, de aspecto cístico, apresentando espessamento parietal maior que 4 mm, contendo finos septos, medindo 32 x 28 x 20 mm. Ao estudo com contraste microbolhas observa-se realce parietal do contraste da fase arterial, sem realce septal, compatível com cisto Bosniak IV (CEUS US).

Ausência de dilatação do sistema pielocalicinal.

Espessura do parênquima: 14 mm

**Bexiga** repleta, com paredes finas e regulares, com conteúdo anecóico.

Não evidenciamos divertículos ou projeções sólidas intraluminais.

Ureteres terminais de calibres normais, sem dilatações.

**Próstata** de volume aumentado, de contornos regulares e textura do parênquima homogênea. Medida prostática: 43 x 43 x 40 mm (TxLxAP), com peso estimado em 40 gramas (normal até 30 gramas).

### **Conclusão:**

Imagem nodular no terço médio do rim esquerdo, parcialmente exofítica, de aspecto cístico, apresentando espessamento parietal maior que 4 mm e finos septos, que ao estudo com contraste microbolhas mostra realce parietal do contraste da fase arterial, sem realce septal, compatível com cisto Bosniak IV (CEUS US).

Cálculo calicinal no terço inferior.

Nefrectomia direita.

Aumento do volume prostático.

# REFERÊNCIAS

---

- ✓ JAMESON, J. L. et al. Medicina interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre: AMGH, 2020. 2 v.
- ✓ GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. Cecil Medicina Interna. 24. ed. SaundersElsevier, 2012. 2 v.

# Condução do caso

- ✓ **Nefrite intersticial aguda induzida por omeprazol ( Diagnóstico por presunção )**
- ✓ **Paciente conduzido de forma conservadora com melhora clinica com retirada do medicamento**
- ✓ **Em seguimento mantendo estabilidade clinica**

# Nefrite intersticial aguda

- ✓ **Causa de insuficiência renal aguda ( presença de um infiltrado inflamatório a nível intersticial ).**
- ✓ **Etiologias: doenças, medicamentos e toxinas**
- ✓ **Formas: Aguda x Crônica ( anemia, has, acidose metabólica )**

# Clínica e laboratório

## ✓ Clínica:

Insuficiência renal oligúrica, dor lombar, febre e rash cutâneo

## ✓ Laboratório:

Elevação ureia e creatinina, hematúria não dismórfica, piúria, eosinofilia + eosinofilúria ( aumento Ige )

# Diagnóstico e tratamento

## Diagnóstico:

Biopsia renal

## Tratamento

Retirada do fator agressor

Refratário: corticoide

# Nefrite intersticial aguda induzida por omeprazol

- ✓ Primeiro caso induzido por omeprazol foi descrito em 1992.
- ✓ 2004 novos relatos de casos, outros (IBP).

# REFERÊNCIAS

- ✓ <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1994/1/Nefrite%20intersticial%20aguda%20associada%20ao%20omeprazol.pdf>
- ✓ Ministerio da saude