



Serviço e Disciplina de Clínica Médica/HEAA

Sessão Clínica - 28/04/2025

Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientador: Dr. Vitor Amorim Almeida

Relator: Dr. Igor Silva Santos

Debatedora: Dr^a Lara Simão Barbosa Lemos

Caso Clínico

Identificação: Paciente do sexo masculino, 49 anos, branco, casado, anilista de sistemas, natural e residente de Niterói.

Queixa principal: “Mal estar”.

HDA: Paciente relata febre vespertina (TAX: 37,7-37,9 C), calafrios, adinamia, sonolência, de início no dia 21/08/24. Nega sintomas respiratórios, dor na região lombar, hiporexia, lesões cutâneas.

Manteve os mesmos sintomas, por 1 semana, foi atendido na emergência e internado; feito diagnóstico de pielonefrite, iniciado antibioticoterapia com ciprofloxacino no dia 29/08/24, posteriormente, no dia 02/09/24, foi feito escalonamento com tazocin.

HPP:

Comorbidades:

No início de agosto foi ao proctologista por doença hemorroidária, foram prescritos diosmin + proctil + prolive por 14 dias.

Internações prévias para correção de ceratocone em 2005; colecistectomia em 2007; usou nimesulida por 5 dias há 7 anos, por lesão em ombro; herniorrafia inguinal em 2022; rinite esporádica.

Nega Alergias.

História familiar: Nega.

História social: Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas.

Exame Físico:

Paciente acordado, lúcido e orientado no tempo e no espaço, normocorado, hidratado, anictérico, acianótico, afebril, eupneico em AA. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, ausência de déficit motor, reflexos normais.

ACV: RCR 2T BNF sem sopros. FC: 84 BPM. PA: 145/90 mmhg
AR: MV presentes, sem ruídos adventícios. SatO2: 99% em ar ambiente.

ABD: flácido, depressível, indolor a palpação superficial e profunda, sem irritação peritoneal, peristalse presente, ausência de massas ou visceromegalias.

MMII: panturrilhas livres, pulsos palpáveis, sem edema.

Exames Complementares:

16/03/23	04/10/23	29/08/24	02/09/24	07/09/24
	HB: 14,6	NA: 147	FEITO ESCALONAMENTO POR TAZOCIN	
	Leucócitos: 6.444	K: 5,4		
	Glicose: 91	Ureia: 103		
	HbA1c: 5,7	LEUCÓCITOS: 10.200		
	Ureia: 34	HB 10,9		
Creatinina: 0,93 mg/dl	Creatinina: 0,94	Creatinina: 3,0	Creatinina: ?	CREATININA: 4,57
		Eosinófilos: 2%		
		Segmentados: 70%		
		Linfócitos: 9%		
		PCR: 77		

Exames Complementares:

EAS (durante a internação): urina turva, piócitos: 12 por/campo, hemácias: 3 por/campo, nitrito negativo, URC negativa.

Urina 24 h (durante a internação): 04/09: Volume: 3600 ml, proteínas: 684 mg/dia.

Sorologias/virologia (durante a internação): VDRL, Anti HIV, Anti HCV, HBsAg, Anti Ro, Anti La, FAN, ANCA, Fator reumatóide negativos.

USG de abdome total (durante a internação): Rins normais, D: 12,8 cm, E: 14,2 cm. Restante sem alterações.

Tomografia de abdome total (durante a internação): Rins com estrias densas perirrenais bilaterais, inespecíficas. Restante sem alterações.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



PONTOS CHAVE

✓ HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

- **FEBRE VESPERTINA** (TAX: 37,7-37,9 C) + CALAFRIOS + ADINAMIA + SONOLÊNCIA
- EXAME FÍSICO INOCENTE
- INÍCIO DOS SINTOMAS: **21/08/2024** → APÓS 1 SEMANA TEVE DIAGNÓSTICO DE PIELONEFRITE → DIA **29/08/2024** INICIOU **CIPROFLOXACINO** → DIA **02/09/2024** ANTIBIÓTICO ESCALONADO PARA **TAZOCIN (PIPERACILINA-TAZOBACTAM)**

✓ HPP:

No início de Agosto foi ao proctologista por doença hemorroidária, foi prescrito DIOSMIN + PROCTIL + PROLIVE por 14 dias.

✓ EXAMES COMPLEMENTARES:

16/03/23	04/10/23	<u>29/08/24</u> <u>Iniciado</u> <u>Ciprofloxacino</u>	02/09/24 <u>Escalonado para</u> <u>TAZOCIN</u>	07/09/24
	HB: 14,6	NA: 147		
	Leucócitos: 6.444	K: 5,4		
	Glicose: 91	Ureia: 103		
Creatinina: 0,93 mg/dl	Creatinina: 0,94	Creatinina: 3,0	?	Creatinina: 4,57
	Ureia: 34	HB 10,9		
	HbA1c: 5,7	LEUCÓCITOS: 10.200		
		Eosinófilos: 2%		
		Segmentados: 70%		
		Linfócitos: 9%		
		PCR: 77		

✓ **URINA:**

→ EAS: Piúria discreta (12 leucócitos/campo), sem bacteriúria. Hematúria discreta, nitrito negativo.

→ URINA DE 24H: Proteinúria não nefrótica (684mg/dia)

✓ **SOROLOGIAS E AUTOANTICORPOS:** Negativos

✓ **IMAGENS:**

→ USG: NORMAL

→ TC ABDOME TOTAL : Estrias densas perirrenais bilaterais >>> sugere processo inflamatório intersticial

**INÍCIO SÚBITO +
FEBRE VESPERTINA +
ADINAMIA +
AUSÊNCIA DE SINTOMAS
CUTÂNEOS/RESPIRATÓRIO
S/URINÁRIOS +
EXAME FÍSICO INOCENTE**

**HISTÓRIA MEDICAMENTOSA
COM:
DIOSMINA +
ANTI HEMORROIDARIO
TÓPICO +
ANTIBIÓTICOS**

**DIAGNÓSTICO DE
PIELONEFRITE (?)
→ SENDO USADO
CIPROFLOXACINO E
ESCALONADO PARA
TAZOCIN
EAS COM PIÚRIA SEM
BACTERIURIA E NITRITO -**



**IRA KDIGO ESTÁGIO III
Clearance de Creatinina > CKDEPl: 15 mL/min/1.73 m²**

NIA (NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA)

- ✓ Condição inflamatória aguda que afeta o **interstício renal (tecido entre os túbulos renais) e os túbulos renais**. Geralmente é mediada por mecanismos imunológicos e resulta em insuficiência renal aguda (IRA) e **proteinúria leve**.
- ✓ **Etiologia:**
Principal → MEDICAMENTOSA
 - Antibióticos (penicilinas, cefalosporinas, sulfonamidas, ciprofloxacino, piperacilina-tazobactam),
 - AINEs | Diuréticos tiazídicos | IBPs e anticonvulsivantes.

- ✓ Clínica: Febre súbita + sintomas inespecíficos (astenia, fadiga)
- ✓ **Eosinofilia:** embora presente em alguns casos, a eosinofilia não é obrigatória para o diagnóstico.
- ✓ **IRA + PIÚRIA SEM BACTERIÚRIA + PROTEINÚRIA SUBNEFRÓTICA**

✓ **TRATAMENTO:** Remissão do agente causador (geralmente uma droga) e o manejo da insuficiência renal.

1. **Suspensão do fármaco causador**
2. **Tratamento imunossupressor (corticoide): casos mais graves ou refratários a suspensão do fármaco**
3. **Suporte renal: manejo da insuficiência renal, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e, em casos graves, a diálise temporária.**
4. **Monitoramento contínuo da função renal: é fundamental para avaliar a resposta ao tratamento e detectar complicações precocemente**

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- ✓ **PIELONEFRITE** (dor lombar/sinais de ITU/EAS +)
- ✓ **GLOMERULONEFRITE** (hematúria macroscópica + hipertensão+ edema + proteinúria nefrótica + cilindros hemáticos)
- ✓ **DOENÇAS AUTOIMUNES SISTÊMICAS** (Clínica mais exuberante + autoanticorpos/sorologias positivos)

Referências:

- ✓ “Drug-induced acute interstitial nephritis: diagnosis and management” | American Journal of Kidney Diseases
- ✓ “Corticosteroid treatment for acute interstitial nephritis” | The Lancet
- ✓ “Acute interstitial nephritis: update on pathogenesis, diagnosis, and treatment” | Clinical Journal of the American Society of Nephrology (CJASN)

SEGUIMENTO DO CASO



Evolução

- ✓ **Interna em 29/08/24** com os mesmos sintomas, recebe o diagnóstico de **Pielonefrite e insuficiência renal aguda** (Cr internação = 3,12), inicia tratamento com **Ciprofloxacina**, sem melhora clínica por 3 dias, sendo então trocado por **Tazocin** no dia **01/09/24**.
- ✓ Após início do Tazocin manteve mais 24 horas com febre e evoluiu com melhora do quadro após, manteve ATB até dia **08/09/24**.
- ✓ Mesmo após o término do ATB houve elevação de Creatinina

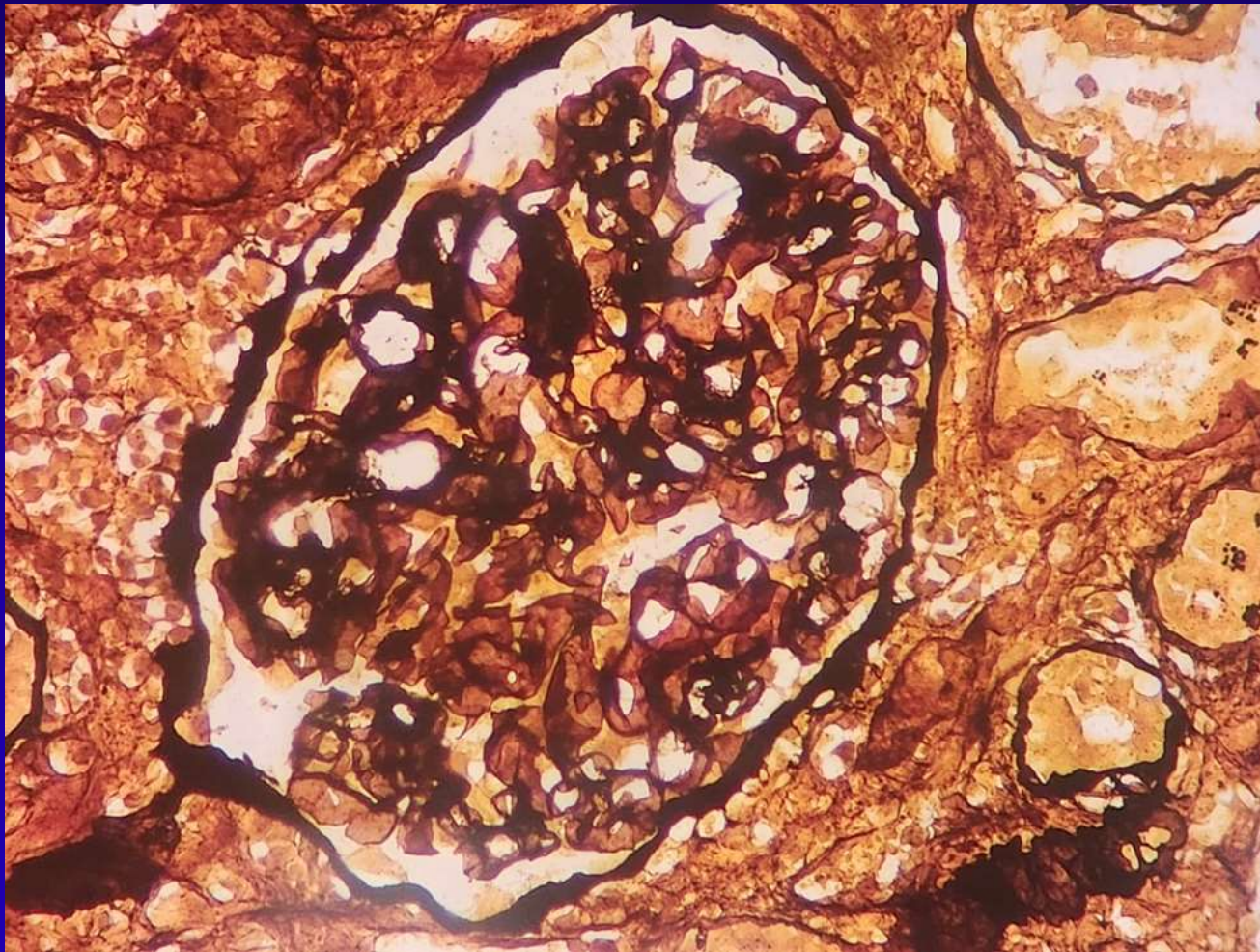
Evolução

- ✓ **Interna em 29/08/24** com os mesmos sintomas, recebe o diagnóstico de **Pielonefrite e insuficiência renal aguda** (Cr internação = 3,12), inicia tratamento com **Ciprofloxacina**, sem melhora clínica por 3 dias, sendo então trocado por **Tazocin** no dia **01/09/24**.
- ✓ Após início do Tazocin manteve mais 24 horas com febre e evoluiu com melhora do quadro após, manteve ATB até dia **08/09/24**.
- ✓ Mesmo após o término do ATB houve elevação de Creatinina

Data	29/08	02/09	07/09	08/09	10/09	11/09	12/09	13/09	14/09
Cr	3,0	?	4,57	?	5,27	5,98	5,53	6,17	5,31
Evento	Cipro	Tazo		Fim ATB		Pred		Iverm	Metil

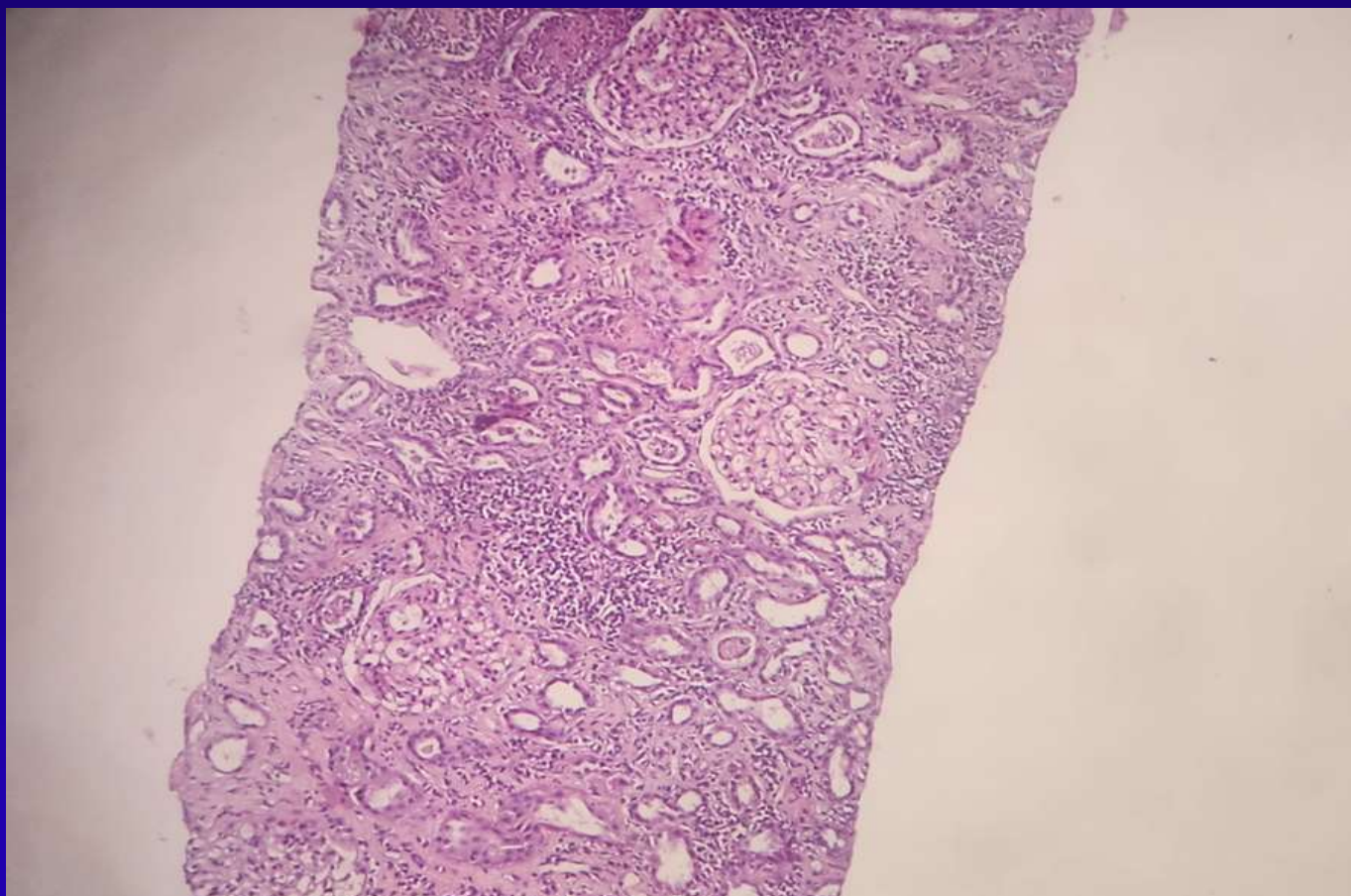
Biópsia

✓ Glomérulos preservados.



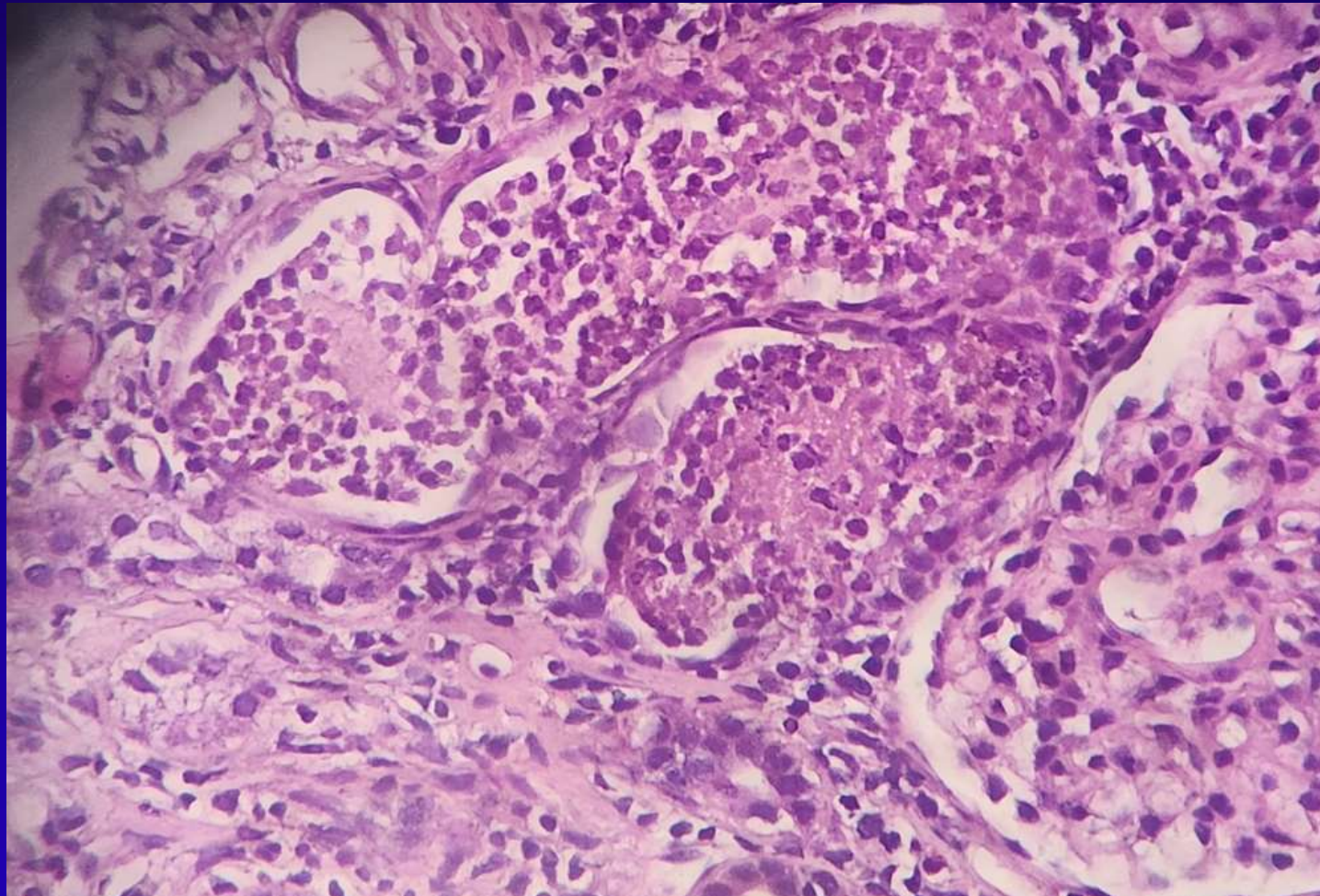
Biópsia

- ✓ Presença difusa de moderado a acentuado infiltrado inflamatório intersticial predominantemente linfocitário, com alguns plasmócitos de permeio. Fibrose intersticial e atrofia tubular de forma distribuída pelo parênquima e acompanhando a inflamação, em cerca de 60% da amostra.



Biópsia

- ✓ Necrose tubular aguda, com formação de cilindros celulares e hemáticos.



Biópsia

- ✓ Biópsia renal 27/09/24:
- ✓ Foram realizados cortes seriados, corados por hematoxilina e eosina, ácido periódico de Schiff, tricrômico de Masson e prata metenamina. A biópsia consiste em 02 fragmentos corticais, contendo **15 glomérulos**, **01** deles **globalmente esclerótico**.
- ✓ Chama atenção a presença **difusa de moderado a acentuado infiltrado inflamatório intersticial predominantemente linfocitário, com alguns plasmócitos** de permeio. Não foram observados neutrófilos ou eosinófilos significativos. Há também frequente **necrose tubular aguda, com formação de cilindros celulares e hemáticos**. Presença de **fibrose intersticial e atrofia tubular de forma distribuída pelo parênquima e acompanhando a inflamação, em cerca de 60% da amostra**. Nos **glomérulos**, a matriz mesangial encontra-se **preservada** e a celularidade mesangial mantida. O espaço de Bowman não apresenta adesões, crescentes ou necrose. Não foi observada esclerose segmentar, hialinose, necrose ou proliferação endocapilar nos tufo glomerulares. **Arteríolas sem alterações**. Artérias interlobulares e de grande/médio calibre não representadas.

Biópsia

✓ **IMUNOFLUORESCÊNCIA:** vários fragmentos corticomedulares com 07 glomérulos. Anticorpo Resultado
Padrão IgG Negativo IgA Negativo IgM Negativo C3
Negativo C1q Negativo Kappa Negativo Lambda Negativo.

Pós alta

- ✓ Exames pós alta: **24/09/24**: Hb: 11,5, VM e RDW N, L: 15810 (0% eosinófilos, bastões: 1%) , plq: 183000, Glico: 81, Ur: 127, Cr: 2,74, Alb: 4,0, LDL: 56, HDL, 132, TG: 102, C3: 119 N, C4: 26 N,
 - ✓ Urina: Microalbuminuria: 41 mg/g, RPC: 0,35 g/g, pesquisa de hemácias dismórficas: Negativos
 - ✓ EAS: PTN +, glico +, Ph: 6,0, Densidade: 1,016
-

- ✓ Ex Labs: **01/11/24**: Hb: 11,9, VCM: 87, L: 11590 (Eosinofilos: 0 / Segm: 79%), Plqt: 159000, Glicose: 76, Ur: 68, Cr: 1,41, HDL: 75, LDL: 135, TG: 99,
- ✓ · EAS: PTN +, ph: 6,5, Densid: 1,018, RAC: 40 mg/g

Pós alta

- ✓ **Ex Labs 11/01/2025:** Hb: 12,5, L: 10290, eosinófilos: 205, Plqt: 1790000, glico: 94, Ur: 52, Cr: 1,17, HDL: 51, LDL: 165, TG: 143,
 - ✓ · RAC: 17 mg/g, RPC: 140 mg/g, EAS: ptn +
-

- ✓ **Ex Labs 15/03/25:** Hb: 13,0, L: 6953, PLq: 195000, Glico: 101, Ur: 39, Cr: 1,21, Alb: 4,5, HDL: 34, LDL: 167, TG: 149, Na: 142, K: 4,1,
- ✓ · Microalbuminuria: 44 mg/g, EAS: PTN: +.