

# Lembram-se da Glomerulonefrite Pós-estreptocócica?

— Almeida Nunes\* —

*O objetivo desta rubrica é apresentar um caso cujo interesse seja eminentemente de índole prática, que possa ajudar na clínica do dia a dia. Não tanto pela sua raridade, mas mais por algo de singularidade que deva ser enfatizado. Não se pretende um caso académico mas bem antes, pelo suposto da denominação, um "flash" clínico. É ainda uma forma singela, mas sentida, de reeditar este conceito, havido no serviço de Medicina do Hospital de Santa Marta, em Lisboa, ao tempo do Dr. Carlos George, seu inesquecível Diretor Clínico à época.*



Dr. Almeida Nunes

O caso que vamos relatar, surge como pertinente por duas razões:

- Uma, pelo simples facto de, actualmente, no Mundo Ocidental esta entidade nosológica ser cada vez menos frequente, esporádica mesmo, o que leva, quando surge, a um eventual sub-diagnóstico por parte do clínico menos alertado para tal patologia, outrora bem mais presente;
- A outra, por ter este caso uma concomitância de outra comorbilidade imune que confundiu inicialmente o diagnóstico.

## ▶ CASO CLÍNICO

Homem jovem de 16 anos, caucasiano, vem à consulta, acompanhado da mãe, com queixas de cansaço geral intenso, anorexia, dores mus-

culares, com maior incidência nos membros inferiores, e lombalgia à direita.

À observação, estava ansioso, pele e mucosas normalmente coradas, escleróticas anictéricas. Auscultação cardiopulmonar sem alterações, exceptuando taquicardia moderada. Pressão arterial elevada (145/90 mm Hg) após 3 medições, intervaladas no tempo.

Ligeiro edema palpebral bilateral, edema discreto da região tibio-társica (bilateralmente). Abdómen sem alterações aparentes, sem hepatomegália, ficando a dúvida de discreta esplenomegália. Murphy renal positivo à direita. Não se percebiam adenomegalias nos locais de eleição. Orofaringe sem alterações aparentes. Havia história recente de odinofagia e febre à volta de 38° C, tendo sido medicado com a associação amoxicilina + ácido clavulânico durante uma semana, tratamento que iniciou alguns dias após prescrição médica e apenas durante cinco dias.

Passada a odinofagia e a febre, inicia quadro das já referidas mialgias, anorexia e astenia importante.

Traz exames complementares que revelam Hgb e leucograma normais, VS elevada, PCR alta, à volta de 15, 412 mg/dl. Plaquetas normais, ureia = 78mg/dl, creatinina = 1,7 mg/dl. Transaminases normais, CK elevado, cerca de 3 vezes o valor normal. Urina II: densidade 1.014; hematuria microscópica +++; proteinúria = 0,9 gr/L.

Ecografia abdominal e renal sem alterações,

nomeadamente, no que respeita ao rim direito, onde não havia qualquer massa ou evidência de litíase. Perante esta história, o doente fora enviado à nossa consulta com a presunção diagnóstica de rabdomiólise.

Foi aconselhado repouso, hidratação cuidada, retoma de antibiótico (desta feita, claritromicina em dose não elevada, 500 mg/2xdia) e vigilância da PA.

A nossa presunção diagnóstica, perante o antecedente há duas semanas de orofaringite, alteração da função renal com hematuria e proteinúria moderada, com alteração da retenção azotada e HTA, foi no sentido de eventual glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica (GAPE), ficando por esclarecer o aumento do CK.

Pedimos novas análises das quais salientamos:

- Pesquisa de estreptococo beta hemolítico do grupo A na orofaringe, que foi negativa;
- TASO = 1.144 !!!;
- Redução da VS e da PCR, embora ainda elevadas;
- Redução da creatinina e da ureia;
- Albuminemia normal;
- Ionograma plasmático normal;
- Mantinha-se a hematuria microscópica e proteinúria de 0,78gr/24h;
- Depuração da creatinina normal;
- Valores da mioglobina e da mioglobinúria normais;
- CKMM um pouco elevado;
- C3 diminuído; C4 normal e CH50 diminuído;
- AMA positivo;

(continua na página 24...)

\* Especialista em Medicina Interna. Ex-Assistente Graduado do Hospital de Santa Marta, Lisboa. CLIMI, Lisboa.

(...continuado da página 18)

– Ac Anti DNA: negativo.

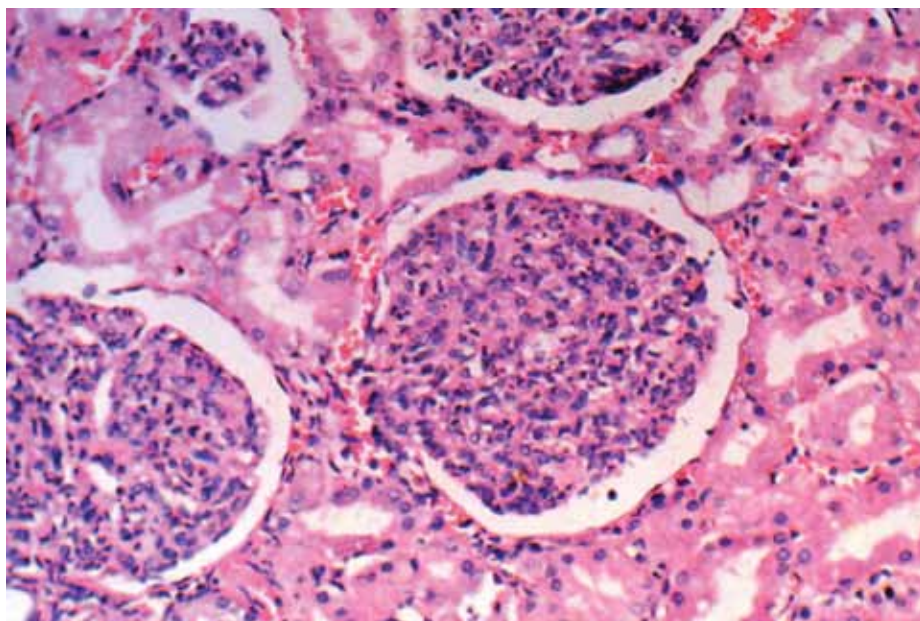
A evolução foi favorável, com normalização da função renal e da pressão arterial, ao cabo de duas a três semanas. Os níveis de CK também normalizaram.

## DISCUSSÃO FINAL

A glomerulonefrite pós-estreptocócica, hoje esporádica, tem o seu pico de incidência em crianças entre os 4 e os 14 anos de idade, mas em cerca de 10% dos casos pode surgir depois dos 40 anos. Tem como origem a infecção da orofaringe ou da pele (piodermite) pelo estreptococo tipo M. O período de incubação anda à volta de 2 a 3 semanas. A evolução para a cura é habitual, não sendo necessária a evidência clínica da biópsia renal.

Tratando-se de uma glomerulonefrite proliferativa endocapilar, a histologia revela hiperatividade celular das células endoteliais do mesângio, com infiltrados glomerulares de leucócitos polimorfomonucleares e depósitos sub-endoteliais de IgG, IgM, C3 e C4 (Figura 1). É uma situação mediada pelo complemento, com baixa habitual do C3 e do CH50. A recidiva não é habitual, mesmo com novas infecções da naso-faringe.

Este caso é clássico, mas com CKMM elevado, o que torna provável um diagnóstico de miosite associada. A literatura revela alguns casos, embora raros, desta associação de miosite com glomerulonefrite (Quadro I). ▲



**FIGURA 1** - Imagem histológica (não do caso exposto, uma vez que não foi feita biópsia renal) de um caso de glomerulonefrite pós-estreptocócica.

### QUADRO I - Referências sobre a associação de miosite com glomerulonefrite.

- Dalakas MC, Hohnfeld R. Polymyositis and dermatomyositis. *Lancet* 2003; 362:971-82.
- Yazici Y, Kagen L. Clinical presentation of the idiopathic inflammatory myopathies. *Rheum Dis Clin North Am* 2002; 28:823-32.
- Dalakas MC. Polymyositis, dermatomyositis and inclusion-body myositis. *N Eng J Med* 1991; 325:1498.
- Yen TH, Lai PC, Chen CC, Hsueh S, Huang JY. Renal involvement in patients with polymyositis and dermatomyositis. *Int J Clin Pract* 2005; 59:188-93.
- Stefanidis I, Giannopoulou M, Liakopoulos V, Dovas S, Karasavidou F, Zachou K *et al*. A case of membranous nephropathy associated with Sjögren syndrome, polymyositis and autoimmune hepatitis. *Clin Nephrol* 2008; 70:245-50.
- Robert WJ, William PA. Renal disorders associated with systemic sclerosis, rheumatoid arthritis, sjogrens syndrome and polymyositis-dermatomyositis. In: Schrier RW (ed.). *Diseases of the kidney and urinary tract*. 8 ed. Lippincott, Williams and Wilkins: Philadelphia 2007. p. 1713-4.
- Doria A, Sabadini E, Sinico RA. Non SLE connective tissue diseases: general aspects and kidney. *G Ital Nefrol* 2005; 22:11-20.