GLOMERULONEFRITE DIFUSA AGUDA (GNDA)

* **Conceito:**

Processo inflamatório, de origem imunológica, que acomete todos os glomérulos de ambos os rins. Na infância, o principal antígeno desencadeante, é oriundo de cepas nefritogênicas do Estretococo beta-hemolítico do grupo A.

* **Aspectos gerais**:

É a mais comum das glomerulopatias, mas sua real incidência é desconhecida, sendo as más condições higiênico-sanitárias e a coabitação importantes fatores predisponentes. É rara antes dos 2 anos, alcançando maior incidência na idade escolar, com pico ao redor dos 7 anos. Acomete mais meninos, na proporção de 2:1.

A estreptococcia (de VAS ou de pele) ocorre 2 a 3 semanas antes do quadro clínico da GNDA se instalar, chamado Período de Latência. É nessa fase que os imunocomplexos são formados e depositados na membrana basal dos glomérulos, ativando o Complemento pela via Alternativa. Devido a esse processo inflamatório, ocorre diminuição do ritmo de filtração glomerular, com reabsorção de sódio ao nível dos túbulos preservada, resultando na expansão do volume extracelular e aumento da pressão hidrostática, levando ao edema e hipertensão volume-dependente.

* **Diagnóstico Clínico-laboratorial:**

Atentar para a história clínica (processo infeccioso prévio, de orofaringe ou de pele).

Tríade clássica: edema – hipertensão – hematúria

Edema: de caráter agudo (2 a 4 dias), não costuma ser muito intenso, especialmente periorbitário matinal.

**Hipertensão:**

Cerca de 90% dos pacientes apresentam hipertensão moderada, que pode ser agravada pela ingestão de alimentos com alto teor de sódio. A PA deve ser verificada com o paciente tranquilo, sentado ou deitado, com manguito adequado para a idade (deve cobrir 2/3 do braço). Os níveis tensionais devem ser analisados de acordo com a idade da criança (ver em tabelas específicas).

**Hematúria**:

Macroscópica ocorre em 2/3 dos pacientes, referida como “água de carne” ou “coca-cola”. Habitualmente, esse sinal vem associado à redução do volume urinário.

**Exames solicitados ainda na Emergência:**

HC, uréia, creatinina, EAS. Outros exames poderão ser necessários de acordo com cada caso, como por exemplo, RX de tórax e eletrólitos.

**Prescrição na Emergência:** para os casos que não apresentam complicações

* Dieta hipossódica
* Penicilina benzatina : DU, verificar a dose.
* Peso diário
* Aferir volume de diurese em 24 horas
* PA de 6/6h

**Atentar para os sinais de complicação já na entrada do paciente na Emergência:**

Congestão cardiocirculatória (12%): dispnéia, taquidispnéia, esforço respiratório, estertoração à ausculta pulmonar.

Encefalopatia hipertensiva (4%): cefaléia importante, náuseas, vômitos, distúrbios visuais, agitação, sonolência, convulsão, coma.

Insuficiência renal aguda (1%): oligoanúria intensa, com retenção de escórias nitrogenadas (aumento de uréia e creatinina) e distúrbios eletrolíticos, tendendo à elevação de potássio.

**Exames solicitados na enfermaria:**

HC, VHS, PCR, ASLO, Complemento sérico, função renal e eletrólitos (repetir caso a aferição anterior tenha sido alterada). Repetir o EAS caso mantenha-se a suspeita clínica de nefrite e o primeiro exame tenha sido normal.

**Biópsia renal – indicações:**

* Oligoanúria > 48 – 72 horas
* Hematúria macroscópica > 4 semanas
* Hipertensão arterial > 4 semanas
* Uréia plasmática elevada > 4 semanas
* Associação com Síndrome Nefrótica de duração > 4 semanas
* Complemento sérico baixo > 8 semanas
* **Tratamento:**

**Repouso:**

Relativo, por 7 a 14 dias.

**Dieta:**

Hipossódica, por 7 a 14 dias. Restrição protéica / potássio somente nos casos de insuficiência renal.

**Erradicação do foco estreptocócico**:

A droga de escolha é a penicilina benzatina, em dose única, por via IM. Em crianças com até 25Kg, a dose é de 600.000U. Nas crianças com peso maior, 1.200.000U.

Anti-hipertensivos e diuréticos : indicados apenas nos casos de hipertensão arterial sintomática e na persistência de níveis tensionais diastólicos elevados (igual ou maior que o p95), mesmo na ausência de sintomas, em 2 ou + aferições. Nesses casos, deve-se associar o anti-hipertensivo ao diurético, em dose única, com reavaliação clínica subsequente e aferindo adequadamente a PA, ou deixar prescrito de horário, caso os níveis tensionais permaneçam elevados.

**Anlodipino:**  0,1 a 0,6 mg/Kg/dia, em 1 ou 2 doses, máximo de 20mg/dia.

**Nifedipina:** Rápido efeito hipotensor, na dose de 0,25 a 0,5 mg/Kg, via sublingual, podendo repetir a dose 4 a 6 horas depois, se necessário.

**Furosemida :** 1 ampola (40 mg) IV, para > 2 anos e meia ampola para < 2 anos. Na emergência hipertensiva, pode ser utilizado até a dose de 4 a 5 mg/Kg.

**Hidralazina:** Potente hipotensor, utilizado na dose de 0,25 a 0,5 mg/Kg, podendo ser repetida a cada 4 a 6 horas, se necessário (geralmente na encefalopatia hipertensiva).

**Evolução:**

Na regressão dos sintomas da GNDA, ocorre inicialmente a diminuição do edema, em média, 7 a 15 dias após o início da doença, acompanhado por uma crise de diurese, seguindo-se a normalização dos níveis tensionais, geralmente 2 a 3 dias após o desaparecimento do edema.

**Prognóstico:**

Totalmente favorável. Todos os pacientes devem ser encaminhados ao ambulatório, para acompanhar a normalização do complemento sérico com 8 semanas e o desaparecimento da hematúria microscópica.

* **Referências bibliográficas:**

1-Toporovski Julio (coord.). Nefrologia Pediátrica.2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

2-Andrade, MC.; Carvalhaes JT. Nefrologia para Pediatras.1.ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

3-Lopez, FA.; Júnior DC. Tratado de Pediatria. SBP.1ed. São Paulo: Manole, 2007.

4-Behrman, RE,; Souza, E.(Trad). Nelson Tratado de Pediatria. 17.ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2005.

5-Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento de Pediatria. Pediatria Clínica. Petrópolis, RJ Epub, 2006.

6-Hahn, RG, MD, et al. Evolution of Postestreptococcal Ilness, American Family Physician, University of Southern California, v.71, 2005.

Responsável pela elaboração da rotina: Dra. Dania Lemos Dionízio