SÍNDROME NEFRÓTICA (SN)

* **Conceito:**

Considerada como manifestação comum a uma variedade de processos clínicos, que se caracterizam por aumento da permeabilidade renal a filtração de proteínas. Pode ser primária ou secundária a outras patologias.

Aspectos gerais: tem prevalência de 16 / 100.000 crianças. Acomete mais meninos, entre 2 e 6 anos de idade. Cerca de 90% dos casos na infância são primários, sendo a causa da SN desconhecida, com mínimas alterações morfológicas (Síndrome Nefrótica por Lesões Mínimas).

* **Diagnóstico:**

É clínico-laboratorial:

Edema;

Proteinúria > 50mk/Kg/dia: dosada pela urina de 24h;

Hipoalbuminemia <2,5g%;

Hipercolesterolemia e lipoidúria.

**A suspeita clínica e a avaliação do paciente na Emergência:**

Dados chamativos para nefrose:

Idade, principalmente pré-escolar;

Edema de início insidioso, mole, frio e depressível, mais intenso pela manhã, especialmente periorbitário, chegando a anasarca;

Pressão arterial normal (aferir);

Geralmente, não há colúria ou hematúria macroscópica;

Função renal é normal na grande maioria dos casos;

O EAS demonstra apenas a perda de proteína/cilindros leucocitários;

Exames solicitados ainda na Emergência : HC, albumina sérica, função renal, eletrólitos, EAS.

Prescrição no PS: apenas sintomáticos por VO. Punção venosa somente se estritamente necessário. Iniciar o tratamento de processo infeccioso se for o caso. Atentar para distúrbio eletrolítico, especialmente a hipocalcemia.

NÃO INICIAR A CORTICOTERAPIA NA EMERGÊNCIA!!! O protocolo para imunossupressão deve ser previamente realizado (PPD, RX de tórax, EPF ou anti-helmíntico).

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

Dieta hipossódica;

Peso diário;

Coletar diurese de 24 horas, se possível, para solicitar a proteinúria;

Temperatura de 6/6h.

**Exames solicitados na enfermaria:** VHS, PCR, complemento sérico(na 1ª internação), eletrólitos, glicemia, proteínas total e frações, eletroforese de proteínas, lipidograma completo, TGO, TGP, proteinúria de 24h. Repetir o HC e a função renal caso essas tenham sido alteradas na coleta anterior do PS.

* **Tratamento:**

Dieta: hipossódica durante todo o período de corticóide (CE).

Corticoterapia:

1ª etapa – indução da remissão:

Prednisona ou prednisolona (dose inicial de 2mg/Kg/dia, em dose única matinal – às 8h, durante 4 semanas). Observar a redução do edema a partir dos primeiros 15 dias de tratamento e acompanhar a diminuição da proteinúria com o TASS(teste do ácido sulfossalicílico).

2ª etapa – manutenção da remissão:

Manter a mesma dose anterior, passando para dias alternados, sempre pela manhã, por 4 semanas.

3ª etapa – desmame:

Fazer a redução de 20 a 30% da dose a cada 4 semanas, até a suspensão total do CE. O esquema completo deverá compreender cerca de 4 a 5 meses.

**Diuréticos:** não devem ser usados rotineiramente, apenas em edemas importantes quando, pela estase, possam predispor a infecções respiratórias, de pele ou peritonite.

Hidroclorotiazida (HCT): 2 a 5 mg/Kg/dia, em 2 doses, VO.

Furosemida (FM): 2 a 5 mg/Kg/dia, em 2 ou 3 doses, VO.

Espironolactona: 1 a 5 mg/Kg/dia, em 2 doses, VO.

Em edemas refratários, pode se utilizar 2 duiréticos que agem em diferentes regiões do túbulo, como é o caso da associação de HCT (túbulo distal) + FM (alça).

Albumina a 20%: também não é indicada rotineiramente. A utilização da albumina se dá nos casos de grandes anasarcas, com albumina sérica inferior a 2g%, refratárias ao tratamento preliminar. Geralmente associada a furosemida, na dose de 0,5 a 1g/Kg, IV, sem diluir, em bomba de infusão, correndo em 2h. A furosemida é realizada no meio e ao final da infusão de albumina. Quando indicada, é feita habitualmente por 2 a 4 dias. Devem ser monitorados cálcio, potássio e equilíbrio ácido-básico.

**Imunossupressores:** ciclofosfamida, ciclosporina, micofenolato. Prescritos geralmente após biópsia renal.

Conceitos importantes:

Remissão: 3 dias consecutivos sem proteinúria.

Recidiva: 3 dias consecutivos com proteinúria.

Recidiva frequente (RF): paciente que nos 6 primeiros meses após uma crise tem mais do que 2 recidivas.

Corticossensível (CS): o paciente que entra em remissão entre 4 a 6 semanas da administração de CE.

Corticorresistente (CR): o paciente que não entrar em remissão em 4 a 6 semanas de administração de CE.

Corticodependente (CD): o paciente que recidiva na dependência da dose do CE ou após 14 dias de sua suspensão.

**Evolução:** Geralmente marcada por infecções virais e bacterianas, principalmente pelo pneumococo (VAS e VAIs), ITU, infecções de pele (celulites) e peritonites. O tratamento deve ser instituído prontamente com antibiótico (ATB) adequado. Outras complicações durante a evolução, incluem fenômenos tromboembólicos, hipocalcemia, e, nos casos com mais recidivas, distúrbios relacionados ao crescimento, baixa densidade mineral óssea e dislipidemia. Os pacientes são orientados a fazer o TASS em casa semanalmente e todos devem ser encaminhados ao ambulatório.

**Biópsia renal – indicações:**

SN no primeiro ano de vida

Pacientes CR(s)

Pacientes com RF por tempo prolongado (>18 meses)

Complemento sérico baixo

* **Prognóstico:**

No 1º tratamento com CE, a remissão ocorre em 70% dos casos. Cerca de 60% dos nefróticos têm poucas ou apenas 1 crise, os demais têm recidivas ocasionais ou frequentes (RF ou CD). A introdução de novos medicamentos que proporcionam remissões prolongadas e de ATB(s) de largo espectro reduziu a mortalidade de 35% para 3%. O critério de cura baseia-se num período de 5 anos sem manifestações de SN e portanto, sem necessidade de medicação.

* **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-Alves, JGB; Ferreira, OS. Fernando Figueira: Pediatria: Instituto Materno-Ínfantil de Pernambuco (IMIP). 3.ED. Rio de Janeiro, RJ: MEDSI, 2004.

7-Soeiro, EMD et al. Influence of nephrotic state on the infectious profile in childhood idiopathic nephrotic syndrome. Rev.Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo, 59(5):273-278,2004.

Responsável pela elaboração da rotina: Dra. Dania Lemos Dionízio