

Abstract Nº PO-SAB-67

GLOMERULOSCLEROSE SEGMENTAR FOCAL E SARCOIDOSE: COINCIDÊNCIA OU ASSOCIAÇÃO?

Carolina Ferreira (1); Ana Rodrigues (1); Luisa Costa (1); Andreia Silva (1); Rosa Miguel (1); Tiago Barra (1); Carla Lima (1); Jesus Garrido (1); Sérgio Lemos (1);

(1) - Centro Hospitalar Tondela Viseu, Serviço de Nefrologia, Viseu, Portugal;

INTRODUÇÃO: São várias as doenças glomerulares que podem cursar com síndrome nefrótica. Entre as mais frequentes no adulto encontram-se a doença de lesões mínimas, a glomeruloesclerose segmentar focal (GESF) e a nefropatia membranosa. Por outro lado, em 30% dos casos, é manifestação de uma doença sistémica de que são exemplo a diabetes mellitus e o lúpus eritematoso sistémico.

CASO CLÍNICO: Homem de 52 anos, trabalhador da construção civil. Recorreu ao Serviço de Urgência por queixas de cansaço, dispneia de esforço e tosse seca, com um mês de evolução. Simultaneamente, desenvolveu edema dos membros inferiores, edema palpebral matinal e urina espumosa. Negava hematuria macroscópica. À admissão apresentava-se normotenso, apirético e analiticamente com creatinina sérica (sCr) 1,0mg/dl, ureia 46mg/dl, albumina 2,6g/dl e tira-teste urinária com proteínas e sangue. O Rx tórax mostrava infiltrado algodinoso bilateral. Perante a suspeita de doença sistémica com atingimento renal e pulmonar, foi realizada TC tórax que mostrou reforço do interstício sugestivo de fibrose e algumas adenomegalias mediastínicas, sem sinais de hemorragia alveolar. Foi internado para realização de estudo adicional, do qual se destacou proteinúria 6,56g/24h, sedimento urinário com eritrocitúria ligeira (31/ul) sem leucocitúria, complemento C3 e C4 normal, ANA negativo, imunoglobulinas normais, enzima conversora da angiotensina 25,9U/L, electroforese de proteínas séricas sem pico M, colesterol total 286mg/dl. A broncofibroscopia excluiu hemorragia alveolar, sendo compatível com silicose pulmonar. Perante a síndrome nefrótica, foi realizada biópsia renal compatível com GESF variante *tip lesion*, com túbulo-interstício preservado. Foi assumido o diagnóstico de GESF primária e iniciada PDN 1mg/Kg/dia, verificando-se remissão parcial da proteinúria ao fim de 1 mês de tratamento e completa ao fim de 2 meses de tratamento. Após desmame completo da corticoterapia, apresentou recidiva da proteinúria na faixa subnefrótica, acompanhada da mesma clínica respiratória identificada à apresentação. Na suspeita de GESF corticodependente, foi reiniciada PDN 20mg/dia, verificando-se nova resolução rápida da clínica respiratória e da proteinúria. Simultaneamente manteve seguimento em consulta de Pneumologia, tendo realizado TC tórax seriadas e posteriormente imunofenotipagem do lavado broncoalveolar e biópsias endobrônquicas, que permitiram chegar ao diagnóstico de sarcoidose pulmonar. Foi realizada redução progressiva da corticoterapia, mantendo-se assintomático e sem recidiva de proteinúria, sob PDN 5mg id.

CONCLUSÃO: O envolvimento renal na sarcoidose afeta cerca de 20% dos doentes. A manifestação mais comum é a hipercalemia/hipercalcúria, seguida de nefrite intersticial granulomatosa e mais raramente atingimento glomerular, sendo a glomerulonefrite membranosa o diagnóstico histológico mais frequente. No presente caso foi diagnosticada uma GESF variante *tip lesion* e posteriormente uma sarcoidose pulmonar. Revendo o caso *à posteriori* verifica-se a presença de clínica respiratória desde a apresentação da síndrome nefrótica, pelo que se coloca a hipótese de estarmos perante um caso de GESF variante *tip lesion* secundária a uma sarcoidose.