

Abstract Nº PO-SAB-80

GLOMERULONEFRITE PÓS ESTREPTOCÓCICA E DÉFICIT ISOLADO DE IGM - CAUSA OU ACASO?

Maria Do Mar Menezes (1); Inês Aires (1); Joaquim Calado (1); Francisco Ribeiro (1); Mário Góis (1); Helena Viana (1); Francisca Fontes (3); Catarina Martins (2); Luis Borrego (2); Fernando Nolasco (1);

(1) - Hospital Curry Cabral - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Serviço de Nefrologia, Lisboa, Portugal;

(2) - Nova Medical School - Universidade de Lisboa, Laboratório de Imunologia, Lisboa, Portugal;

(3) - Hospital Curry Cabral - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Unidade de Doenças Auto-Imunes, Lisboa, Portugal;

A glomerulonefrite pós- estreptocócica (GNPS) tem uma baixa incidência nos adultos. No entanto tem vindo a crescer nos idosos com diabetes, sobretudo nos países desenvolvidos.

Apresentamos o caso clínico de um homem de 62 anos com história de Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensão arterial, cardiopatia isquémica e doença renal crónica (creatininemia - Pcr 1,2mg/dL). Internado por quadro com 9 dias de evolução com rinorreia, odinofagia, náuseas e cansaço a esforços que evoluiu com dispneia, oligúria e edema periférico. Referência a neto com escarlatina. Ao exame objectivo: dispneico, hipertenso e com sinais de sobrecarga pulmonar e periférica. Analiticamente: anemia (Hb 11,g/dl) lesão renal aguda (Pcr 5,12mg/dL, Pureia 241mg/dL) e hematóproteínúria. A ecografia renal mostrava rins com normal diferenciação, espessura cortical e contornos, mas hiperecogenicidade do córtex.

Durante o internamento no S. Nefrologia destacam-se os achados de proteinúria de 9 gr /24h; hipoalbuminemia (25,9g/L); Proteína C reactiva 62mg/L, Velocidade sedimentação 74mm/h; HbA1C 12,6%; hiperuricemia (11,3mg/dL); Electroforese proteínas séricas com IgG aumentado 18,4g/L e supressão da IgM <0,19g/L, C3 diminuído 0,26g/L e C4 normal; o título de anti estreptolisina O era elevado 4680 U/mL e o estudo imunológico complementar foi negativo (ANA; ANCA proteinase 3 e mieloperoxidase, anticorpo anti MBG; anticorpo do rPLA2) As hemoculturas, urocultura e serologias virais foram também negativas.

Assumiu-se o diagnóstico de glomerulonefrite pós-estreptocócica e foi medicado com Penicilina.

Ao 8º dia por agravamento da retenção azotada e oligoanúria foi induzida diálise. Ao 9ºdia de internamento inicia pulsos de metilprednisolona seguidos de prednisolona oral. A biópsia renal revelou " Glomerulonefrite proliferativa endocapilar, depósitos de IgG e C3 na parede capilar, padrão duplo contornos e fibrose intersticial, necrose tubular aguda, espessamento da parede, expansão mensangial e hialinose arteriolar.

Após um mês mantinha-se dependente de diálise com C3 diminuído e IgM suprimida que foi então estudada. A IgA secretória estava presente e o doseamento das suclasses IgG estava normal. Imunofenotipagem com linfopenia B relativa, linfocitose T relativa e linfopenia NK.

Teve alta e iniciou desmame de corticoides. Após três meses a situação mantinha-se inalterada. Ao fim de 5 meses houve normalização de C3 e recuperação da função renal (creatinina 1,6mg/dL, saindo de diálise), mantendo o deficit IgM.

O deficit isolado de IgM é uma doença rara associado sobretudo a infeções recorrentes. Neste caso, a apresentação atípica da GNPS com a diminuição tardia de C3 e a recuperação já inesperada da função renal levanta a questão: terá sido a causa ou mero acaso?.