

*Abstract Nº PO-SEX-05*

**HEMÓLISE INTRAVASCULAR E LESÃO RENAL AGUDA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Catarina Isabel Ribeiro ( 1 ); Sónia Sousa ( 1 ); Clara Santos ( 1 ); Nuno Coelho ( 2 ); Evelise Pinto ( 2 ); Diogo Silveira ( 2 ); Alexandra Canedo ( 2 ); João Carlos Fernandes ( 1 );

( 1 ) - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia - Espinho, Nefrologia, Vila Nova de Gaia, Portugal;

( 2 ) - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia - Espinho, Cirurgia Vasculuar, Vila Nova de Gaia, Portugal;

**INTRODUÇÃO:**

A hemólise intravascular (HI) é a forma menos comum de lise eritrocitária e pode resultar da lesão endotelial secundária a trauma mecânico ou da destruição direta da membrana celular.

A presença de elevada quantidade de pigmento heme não proteico é nefrotóxica, podendo ser causa de vasoconstrição arteriolar, dano ou obstrução das células tubulares. A incidência de lesão renal aguda (LRA) secundária à HI é variável e surge sobretudo em contextos multifatoriais.

**CASO CLÍNICO:**

Homem de 29 anos de idade. Sem antecedentes médicos de relevo, com função renal (FR) prévia normal. Sem medicação diária.

Admitido no internamento de Cirurgia Vasculuar em março 2018 por trombose venosa profunda, com atingimento da veia ilíaca esquerda. Portador de síndrome de Cockett. Submetido a trombectomia aspirativa com Angiojet® e angioplastia com stenting venoso. Iniciou hipocoagulação com enoxaparina em dose terapêutica.

No primeiro dia pós-procedimento constatada Scr 4,40mg/dl e episódio isolado de hematúria macroscópica. Ao exame objetivo apresentava-se pálido, ligeiramente icterico, com pele e mucosas desidratadas. Normotenso e apirético. Diurese preservada. Do restante estudo: anemia (9,7g/dl), hiperbilirrubinemia indireta (2,09mg/dl), LDH 1715U/L e haptoglobina <10mg/dl. CK 293U/L e mioglobina 105ng/ml. Fósforo 5,5mg/dl, restantes iões bem. Sem trombocitopenia. Transaminases normais. Imunologia (ANA, ANCA, anti-MBG, anti-cardiolipina, anti-beta2-glicoproteína e complemento) sem alterações. Serologias víricas negativas. Combur com Hb > 1mg/dl, Upt/Ucr 1.24 e sedimento urinário com discreta leuco-eritrocitúria. Ecografia renal mostrava rins de dimensões normais, com morfologia globosa, aumento franco da ecogenicidade cortical e da diferenciação cortico-medular, sem obstrução. Assumido tratar-se de uma LRA não oligúrica por necrose tubular aguda isquémica e tóxica, secundária a depleção de volume e HI com toxicidade pelo pigmento heme não proteico. Intensificado aporte volémico, sem melhoria. Evoluiu com períodos de oligúria transitória, agravamento sustentado da FR (Scr máxima 15,58mg/dl) e necessidade de técnica dialítica. Após 4 sessões de hemodiálise, verificada recuperação parcial da função renal e após 7 meses completa normalização (Scr 0,95mg/dl).

**DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:**

O presente caso descreve uma LRA multifatorial com importante componente iatrogénico, na qual a HI decorrente do procedimento vascular coexistiu com um estado de depleção de volume e administração de contraste. Sempre que possível, e com vista a prevenir a lesão renal, estas intervenções deverão realizar-se após otimização clínica do doente, nomeadamente a nível tensional e volémico.

A par da embolia pulmonar, a HI é uma das mais temíveis complicações da trombectomia mecânica. É a segunda principal causa de nefropatia por pigmentos, sendo o restauro volémico fator chave para a sua prevenção. Em geral, e tal como neste caso, o prognóstico é favorável, com > 80% dos doentes a evoluírem com recuperação da FR.