

NEFROPATIA E GRAVIDEZ NEPHROPATHY AND PREGNANCY

Juliana Barroso Zimmermann¹, Tatiana dos Reis Nunes², Hugo Silva Neves³, Mariana Pinto Sirimarco³, Alexander Cangussu Silva², Gustavo Falcão Gama²

RESUMO

Introdução: a doença renal diminui a capacidade reprodutiva das mulheres e a concepção pode levar à progressão da doença renal e a complicações obstétricas relevantes. **Descrição:** caso de paciente com hipertensão arterial secundária à doença renal crônica diagnosticada no pré-natal, sem controle prévio. **Discussão:** o pré-natal em serviço especializado é determinante na evolução dessas gestações. A avaliação da função renal em mulheres hipertensas se faz mandatória no pré-natal.

Descritores: falência renal crônica, complicações na gravidez, cuidado pré-natal, hipertensão.

ABSTRACT

Introduction: Kidney diseases decrease the reproductive capacity of women, and the conception may lead to both progression of the kidney disease, as to important obstetric complications. **Description:** We present the case of a patient with arterial hypertension secondary to chronic kidney disease diagnosed in the prenatal period, without prior control. **Discussion:** Prenatal care in a specialized service is determinant in the evolution of such pregnancies. The evaluation of renal function in hypertensive women is mandatory in prenatal care. **Key-words:** kidney failure, chronic, pregnancy complications, prenatal care, hypertension.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é uma síndrome decorrente da diminuição progressiva e irreversível da função renal, e as causas comuns são a glomerulonefrite crônica, hipertensão arterial grave, *Diabetes mellitus*, pielonefrite, processos renais obstrutivos crônicos, lúpus eritematoso sistêmico e as doenças hereditárias, como a doença dos rins policísticos.¹

A detecção precoce da doença renal e condutas terapêuticas apropriadas podem retardar a progressão da doença, reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos do tratamento. Por isso, a capacitação, a conscientização e vigilância médica são essenciais para o diagnóstico precoce e prevenção das complicações na modificação das comorbidades e no preparo adequado à terapia de substituição renal, quando necessária.¹

A incidência da DRC durante a gravidez é baixa, decorrente de ciclos anovulatórios, amenorreia e hiperprolactinemia, determinados pela uremia. Considerando a evolução insidiosa da doença, algumas pacientes engravidam desconhecendo sua patologia, pois a avaliação renal não faz parte da propedêutica obstétrica.²

A associação entre gravidez e nefropatia é considerada de risco. É sabido que mulheres com nefropatia pré-existente à

gravidez, com função renal preservada ou apenas discretamente alterada e pressão arterial normal ou satisfatoriamente controlada, apresentam boa evolução obstétrica e a gravidez não parece afetar adversamente o curso da doença renal. Por outro lado, nos casos de comprometimento moderado a grave da função renal ou hipertensão arterial associada, o prognóstico é reservado, aumentando a morbidade e mortalidade materna e fetal.^{1,4}

Os autores apresentam o caso de uma paciente portadora de hipertensão arterial crônica secundária à DRC, encaminhada ao Serviço de Gestação de Alto Risco, como portadora de hipertensão arterial primária há nove anos, sem qualquer avaliação da função renal.

RELATO DO CASO

Paciente de 28 anos, G4P2A1, encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco por hipertensão arterial crônica primária, no primeiro trimestre de gravidez, com dez semanas de gestação. Negava patologias prévias, exceto infecções urinárias de repetição na infância. Diagnosticou-se a hipertensão arterial sistêmica aos 19 anos de idade, mas não foi submetida à avaliação da função renal. Nesta época, fazia uso de medicação diurética. Da propedêutica laboratorial prévia, identificaram-se EAS, hemograma e urocultura que estavam dentro da normalidade. Não havia relatos de complicações obstétricas em gestações anteriores e a paciente não se lembrava de quais medicações havia utilizado nos pré-natais anteriores.

Após o diagnóstico da gravidez, a medicação anti-hipertensiva foi substituída, sendo prescrito metildopa na dosagem de 500 mg/dia, aumentada para 750 mg/dia na consulta em nosso serviço. A propedêutica obstétrica e a avaliação da função renal foram realizadas no Hospital Universitário. O clearance de creatinina foi calculado através da coleta urinária de 24 horas, ajustado para a superfície corporal, pelo método Jaffe modificado. A proteinúria foi calculada com amostra de 24 horas através do método vermelho de pirogalol, quantificado por espectrofotometria (Tabela 1).

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 15, n. 1, p. 198 - 201, 2013

1. Professora do Depto. Materno Infantil - Disciplina Obstetria, coordenadora do Serviço de Gestação de Alto Risco da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.

2. Residente em Ginecologia e Obstetria - Hospital Universitário - Universidade Federal de Juiz de Fora

3. Acadêmico (a) do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora

Recebido em 27/7/2011. Aceito para publicação em 2/5/2012.

Contato: julianabz@uol.com.br

Tabela 1. Propedêutica laboratorial da paciente estudada

Dados	Média da paciente		
	Primeiro Trimestre	Segundo Trimestre	Terceiro Trimestre
Hg/HTC	10,0/30%	8,0/27%	9,0/30%
GS ABO Rh	A+		
Glicemia de jejum	87	73	70
TS50g		124	
Toxoplasmose IgG/IgM	Imune		
Rubéola IgG/IgM	Imune		
Anti HC V	Negativo		Negativo
Anti-HIV	Negativo		Negativo
VDRL	Negativo	Negativo	Negativo
HbsAg	Negativo		Negativo
EPF	Negativo		
Urina (EAS/cultura)	Positivo	Negativo	Negativo
Ferro sérico	47	42	
Ferritina	53,3	30	128
Na+		142	142
K+		4,4	3,9
TGO/TGP			14/25
Proteínas totais			7,15
Albumina/Globulina			3,4/3,69
Clearance de creatinina (ml/min/1,73m ²)	29,2	35,36	28,0
Mapeamento de retina		Normal	
Proteinúria de 24 horas (g/24 horas)	2,2	1,8	2,5

Identificou-se anemia, inicialmente tratada com ferro oral, na forma de sulfato, na dosagem de 80 mg/dia. A seguir prescreveu-se o ferro endovenoso (sacarato de hidróxido de ferro III; 200 mg de ferro = 10 ml), duas vezes por semana, não havendo efeito anafilático. Induziu-se a maturidade pulmonar fetal (betametasona 12 mg/dia, por dois dias consecutivos, com 31/32 semanas de gestação) e controle pressórico (nifedipina, 20 mg/dia + 2g de metil dopa/dia). A interrupção da gravidez foi realizada por via abdominal (Ig = 33 semanas), após a diminuição da função renal (elevação da creatinina sanguínea, diminuição do clearance de creatinina e aumento da proteinúria) quando comparada com os trimestres anteriores e comprometimento da viabilidade fetal (elevação da relação umbilico-cerebral (U/C) ao *doppler* das artérias umbilical e cerebral média (relação U/C > 1,0).

A RN foi acompanhada em UTI neonatal, recebendo alta após duas semanas. A paciente recebeu alta após 48 horas de internação em boas condições.

O exame ultrassonográfico das vias urinárias foi realizado após o parto e identificou rins aumentados de volume bilateralmente, com múltiplos cistos corticais e com imagens de cálculos múltiplos, provavelmente, coraliformes (rim direito = 15,6 cm x 6,8 cm, rim esquerdo = 16,4 cm x 8,6 cm). A tomografia abdominal foi compatível com o diagnóstico ultrassonográfico (Figura 1).

No momento, a paciente faz controle no Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário. Apresenta creatinina de 2,8 mg/dl; hemoglobina de 11,5 mg/dl e proteinúria de 24 horas de 1,5 g. Apresentou episódio de infecção do trato urinário com resolução ambulatorial. A recém-nascida encontra-se com crescimento e desenvolvimento compatível com a idade.

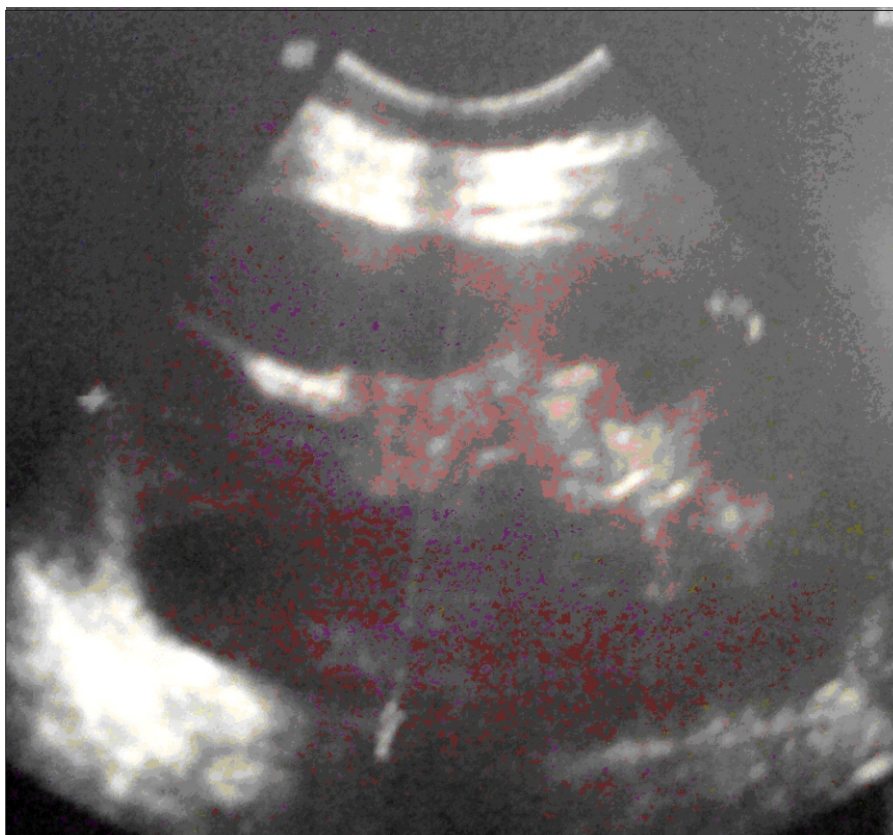


Figura 1. Rins policísticos identificados ao exame ultrassonográfico e cálculos coraliformes.

DISCUSSÃO

A incidência de doença renal durante a gravidez é relativamente baixa, já que a uremia determina ciclos anovulatórios. Entretanto, estudos desta incidência ficam comprometidos, pois a avaliação da função renal não faz parte da propedêutica pré-natal habitual. Além disso, pacientes com doença renal leve muitas vezes não são incluídas nos estudos realizados.

Várias são as diferentes causas para a DRC, as quais possuem seus próprios mecanismos fisiopatológicos, como, por exemplo, glomerulonefrite, nefrite por lúpus eritematoso sistêmico, nefropatia por IgA, doença de rins policísticos, dentre outras.¹⁻⁶

A patologia renal identificada neste caso foi a doença dos rins policísticos com prevalência de 1:300 a 1:1.000 indivíduos, podendo se manifestar em qualquer idade, mas com maior frequência na terceira e quarta décadas de vida. Caracteriza-se por aumento dos rins, com múltiplos cistos que se destacam na superfície renal, distribuídos uniformemente por todo córtex e medula renal. A anemia, infecção do trato urinário (alta ou baixa), hipertensão arterial (secundária à isquemia intrarrenal, pela distorção da arquitetura dos rins, levando à ativação do sistema renina-angiotensina) são eventos comuns.¹⁻⁶

A anemia está associada à deficiência relativa de eritropoetina, deficiência de ferro, de ácido fólico e vitamina B12, perdas sanguíneas, hemólise ou inflamação. Iniciou-se a terapia com ferro oral, seguida pela endovenosa, a partir das dosagens do ferro sérico e ferritina, não sendo necessária a utilização de eritropoetina.⁶⁻⁹ A infecção urinária baixa foi identificada, utilizando-se antibiótico oral com resolução ambulatorial.

A escolha da medicação baseou-se na topografia da

infecção e na existência de gravidez, conforme critérios do FDA (Food and Drug Administration).¹⁰

O tratamento da hipertensão arterial é uma medida efetiva para prolongar a sobrevida renal dos portadores de DRC e quanto maior o grau de proteinúria, maior a necessidade de redução da pressão arterial. A utilização de inibidores da enzima conversora e dos antagonistas da angiotensina II tem um efeito protetor renal independente do seu efeito na pressão arterial, mas está contraindicada na gravidez.¹⁰ O controle da pressão arterial foi realizado com 2 g/dia de metildopa e 20 mg/dia de nifedipina por via oral, mantendo níveis pressóricos satisfatórios.

O prognóstico e a evolução da gestante dependem do estágio de comprometimento renal no momento da concepção. Uma observação inquietante é a constatação de que um número significativo de pacientes com DRC perde função renal de maneira insidiosa e assintomática e desconhecem sua doença renal. Assim, torna-se importante definir quais pacientes devem ser rastreados em algum momento.

As evidências atuais sugerem que pacientes com diabetes, hipertensão arterial, maiores de 50 anos, fumantes, parentes de pacientes com DRC ou transplantados renais e determinados grupos étnicos (negros, índios americanos, hispânicos e nativos australianos) devem ter sua função renal mensurada.⁶⁻⁹ Entretanto, a paciente veio encaminhada com diagnóstico de hipertensão arterial primária, sem avaliação laboratorial prévia, mesmo com o histórico de infecções urinárias de repetição na infância, hipertensão diagnosticada aos 19 anos de idade e doença renal na família.

A inclusão da paciente no Serviço de Alto Risco permitiu a avaliação da função renal e posterior diagnóstico de DRC, já que esta avaliação faz parte da propedêutica pré-natal, em nosso serviço. O diagnóstico realizado possibilitou o acompanhamento com equipe multidisciplinar (Cardiologia, Nefrologia, Nutrição), visando o controle clínico (hipertensão arterial, anemia, hiperlipidemia, diabetes, proteinúria), pois essas medidas são capazes de diminuir a perda da função renal.^{4,6}

As complicações maternas incluem a pré-eclâmpsia e eclâmpsia, anemia e aumento dos índices de cesariana. As complicações fetais estão associadas ao crescimento intrauterino restrito (CIR), prematuridade e baixo índice de Apgar ao nascimento.^{5,6} Embora o controle rigoroso da pressão arterial não tenha evitado a antecipação do parto, a recém-nascida não apresentou *déficit* de crescimento, alteração no índice de Apgar ou alteração do crescimento e desenvolvimento pós-natal até o momento.

Apesar de as gestantes portadoras de DRC apresentarem maior risco de morbidade, muitas gestações terão evolução favorável, já que o desfecho adverso está relacionado à presença de hipertensão mal controlada e ao grau de insuficiência renal. Por isso, o pré-natal em serviço especializado é determinante na evolução dessas gestações. Acredita-se que a avaliação da função renal em mulheres hipertensas deva ser obrigatória no pré-natal, objetivando a redução da morbiletalidade materno e fetal.

REFERÊNCIAS

1. Sanders C, Lucas M. Renal disease in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009; 3(28):593-600.
2. Podymow T, August P, Akbari A. Management of renal disease in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2010; 37(2):195-210.
3. McSharry C. Chronic kidney disease: early CKD increases the risk of adverse outcomes in pregnancy. *Nat Rev Nephrol.* 2010; 6(7):385.
4. Moraes CE, Cerolli CF, Silva VS, Franco, RJS, Habermann F, Matsubara BB et al. Preditores de Insuficiência renal crônica em pacientes de centro de referência em hipertensão arterial. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 55(3):257-62.
5. Piccoli GB, Attini R, Vasario E, Conijn A, Biolcati M, D'Amico F et al. Pregnancy and chronic kidney disease: a challenge in all CKD stages. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010; 5(5):844-55.
6. Merino JL, Espejo B, Ferreira P, Bueno B, Paraíso V. Pregnancy and advanced chronic kidney disease. *Nefrologia.* 2010; 30(3):376-8.
7. Trevisan G, Ramos JG, Matins CS, Barros EJ. Pregnancy in patients with chronic renal insufficiency at Hospital das Clínicas of Porto Alegre, Brazil. *Renal Failure.* 2004; 1(26):29-34.
8. Jones DC, Hayslett JP. Outcome of pregnancy in women with moderate or severe renal insufficiency. *New Engl J Med.* 1996; 4(335):226-32.
9. Bastos MG, Carmo WB, Abrita RR, Almeida EC, Mafra D, Costa DMN et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. *J Bras Nefrol.* 2004; 23(4):202-13.
10. Carmo TA. Medicamentos e gravidez. *Saúde Rev.* 2003; 5(10):55-61.