



INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SECUNDÁRIA À DIABETES MELLITUS: UM RELATO DE CASO

André Antongiovanni Sallum¹

Beatriz Maria Lima Ávalos²

Rosina Conceição Graçaplena Dal Maso³

RESUMO

A diabetes mellitus é uma condição que ocorre quando o corpo não sintetiza insulina suficiente ou quando o corpo não consegue utilizar quantidades normais de insulina de forma adequada, hormônio esse que regula a quantidade de glicose no sangue. O elevado nível de glicose no sangue pode causar alterar inúmeros órgãos, sendo o rim um dos principais acometidos. Logo, a nefropatia diabética resulta da longa exposição à glicemia elevada, associada ao mau controle da pressão arterial, dos níveis do colesterol, do hábito de fumar e também de fatores genéticos. A nefropatia diabética pode ser diagnosticada a partir de exames laboratoriais: albuminúria, taxa de filtração glomerular (TFG) e dosagem de creatinina sérica. A Doença Renal Crônica (DRC) associada ao diabetes se instala de maneira gradativa, assintomática, evoluindo com perda de função renal e a necessidade de tratamento com diálise ou transplante. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de Insuficiência Renal Crônica secundária à Diabetes Mellitus que não respondeu ao tratamento conservador e necessitou de diálise como forma de tratamento.

Unitermos: Diabetes Mellitus. Insuficiência Renal Crônica. Hemodiálise.

ABSTRACT

A diabetes mellitus is a condition that occurs when the body is not synthesized enough insulin or when the body can't use normal amounts of insulin properly, a hormone that regulates an amount of glucose in the blood. The sugar system can't be used for use, with the kidney being the main affected. Therefore, diabetic nephropathy results from long exposure to high glycemia, associated with poor blood pressure control, cholesterol levels, smoking, and genetic factors. Diabetic nephropathy can be diagnosed based on laboratory tests: albuminuria, glomerular filtration rate (GFR), and serum creatinine. Chronic Kidney Disease associated with diabetes installs gradually, asymptomatic, evolutionary with loss of renal function and the need for treatment with dialysis or transplantation. The present study aims to report a case of Chronic Renal Failure (CRF) secondary to Diabetes Mellitus that did not respond to conservative treatment and required dialysis as a form of treatment.

Keywords: Diabetes Mellitus. Chronic Renal Insufficiency. Hemodialysis.

¹ Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos

² Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos

³ Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos



INTRODUÇÃO

A crescente prevalência do diabetes no Brasil e no mundo é associada à Hipertensão Arterial, à Doença Cardiovascular e ao envelhecimento populacional, não sendo incomum a ocorrência de Doença Renal Crônica (DRC). (1)

A diabetes mellitus é uma condição que ocorre quando o corpo não sintetiza insulina suficiente ou quando o corpo não consegue utilizar quantidades normais de insulina de forma adequada, hormônio esse que regula a quantidade de glicose no sangue. O elevado nível de açúcar no sangue pode causar alterar inúmeros órgãos, sendo o rim o principal acometido. Logo, a nefropatia diabética resulta da longa exposição à glicemia elevada, associada ao mau controle da pressão arterial, dos níveis do colesterol, do hábito de fumar e também de fatores genéticos. (1)

A diabetes pode danificar os vasos sanguíneos dos rins. O primeiro sinal de problema renal é a presença de albumina na urina. Um teste de urina sensível a uma microquantidade de albumina (microalbuminúria) ajuda a detectar o problema renal em um estágio inicial em pessoas com diabetes. Mais adiante, a função renal pode se reduzir. A função renal é verificada estimando-se a taxa de filtração glomerular (TFG) dos resultados da dosagem de creatinina do sangue. Quando os rins estão afetados, eles não conseguem filtrar o sangue adequadamente e acumulam-se resíduos no sangue. O corpo reterá mais água e sal do que deveria, o que pode resultar em ganho de peso e edema no tornozelo. (2,3)

A diabetes também pode prejudicar os nervos (neuropatia) do corpo. Isso pode levar a dificuldades para o esvaziamento vesical. A pressão resultante da bexiga cheia pode retornar e afetar os rins. Além disso, se a urina ficar retida na bexiga por muito tempo, pode provocar uma infecção do trato urinário. Isso acontece porque as bactérias crescem rapidamente na urina com um alto nível de açúcar. (4)

A Doença Renal Crônica (DRC) associada ao diabetes se instala de maneira gradativa, assintomática, evoluindo com perda de função renal e a necessidade de tratamento com diálise ou transplante, limitando a qualidade de vida e aumentando o risco de morte prematura. (4,5)

Os sinais tardios fase são caracterizados por aumento dos níveis de creatinina e ureia no sangue e por sinais e sintomas como falta de apetite, fraqueza geral, náuseas, anemia e edema devido à retenção de água no organismo, aumento da pressão arterial, do potássio e acidose metabólica, ou seja, o rim é incapaz de controlar a concentração de vários sais vitais para o corpo, do volume de líquido e de excretar substâncias tóxicas ao nosso organismo. Nesta fase, faz-se necessária a utilização da terapia renal substitutiva, ou seja, a diálise. (5)

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de Insuficiência Renal Crônica secundária à Diabetes Mellitus que não respondeu ao tratamento conservador e necessitou de diálise como forma de tratamento.



CASUÍSTICA

Selecionados os artigos na base de dados PubMed, o relato de caso foi feito a partir de informações obtidas por meio da coleta e análise de dados contidos em prontuário médico, associado experiência profissional de nefrologia.

RELATO DE CASO

J. A. S. M, 68 anos, gênero masculino, branco, diabético, hipertenso, portador de insuficiência cardíaca congestiva (ICC), insuficiência renal crônica (IRC) e realizado procedimento de revascularização do miocárdio há 4 meses.

Deu entrada no Hospital Santa Casa, encaminhado da UPA, apresentando um quadro de dispneia progressiva aos médios esforços, dispneia paroxística noturna (DPN), importante anasarca. Ao exame físico, apresentava regular estado geral, descorado (2+/4+), dispneico, afebril, acianótico e anictérico. Auscultou-se murmúrio vesicular com presença de estertores crepitantes em terço médio do pulmão. Abdômen globoso com edema de parede e edema (3+/4+) em membros inferiores com presença de erisipela em membro inferior esquerdo. Prescrito o uso de Losartana 50mg, 1 cápsula de 12/12 horas, Carvedilol 25mg, 1 cápsula de 12/12 horas, Aspirina prevent 100mg, 1 cápsula após almoço, Atorvastatina 40mg, 1 cápsula a noite, Ácido fólico 5mg, 1 cápsula pela manhã, Sulfato ferroso 40mg, 1 cápsula 2 vezes ao dia e Complexo B, 1 cápsula 2 vezes ao dia.

Após internação, paciente encaminhado à especialidade de Nefrologia onde foi realizado tratamento conservador com altas doses de diuréticos para a IRC não havendo melhora do quadro. Exames laboratoriais apresentaram níveis de Creatinina de 3,37 mg/dL (VR: até 1,3 mg/dL), Glicose de 337 mg/dL (VR: até 200 mg/dL) e Uréia de 120 mg/dL (VR: até 45 mg/dL). Quadro clínico foi avaliado e paciente encaminhado para hemodiálises periódicas.

DISCUSSÃO

O tratamento da nefropatia diabética está fundamentado em três medidas essenciais: controle da glicemia, controle da pressão arterial e bloqueio farmacológico do sistema renina-angiotensina. Com a não responsividade do tratamento convencional para aqueles pacientes que apresentam Doença Renal Crônica (DRC), outras medidas surgem a depender do grau de perda da função renal do paciente, visando o controle de anemia, distúrbios minerais, restrição proteica da dieta, entre outras medidas. (6)

A Terapia Renal Substitutiva (TRS) é o tratamento de escolha em casos de agravo renal crônico onde não há melhora clínica mesmo após os pacientes receberem as medidas terapêuticas citadas acima. A TRS é iniciada quando surgem sinais e sintomas de uremia e/ou quando o RFG encontra-se entre 10 e 15 mL/min. O início da diálise não deve ser feito em caráter de urgência, mas sim de forma programada, sem prejuízo da qualidade de vida do paciente. (6)

Os pacientes diabéticos com DRC têm opções semelhantes às dos pacientes não diabéticos no que concerne à TRS. Para os pacientes diabéticos com DRC, estas opções consistem em hemodiálise, diálise peritoneal, transplante renal e transplante combinado



de pâncreas e rim, exclusivo de pacientes com diabetes, sendo a hemodiálise o tratamento de escolha em países como o Brasil. (7)

Um esquema de hemodiálise ideal consiste em três seções semanais de diálise, cada uma com duração de 3,5 a 4,5 h, conforme determinado pelas respostas clínica e de bioquímica sanguínea do indivíduo, durante a qual o fluxo sanguíneo extracorpóreo é mantido em 300 a 500 ml/min. A sobrevida e reabilitação dos pacientes diabéticos sob hemodiálise de manutenção mostram-se claramente inferiores às dos pacientes não diabéticos, principalmente devido à doença vascular grave preexistente. A calcificação vascular periférica nas artérias de médio calibre, somada à aterosclerose dos vasos de pequeno calibre, pode representar um desafio para o cirurgião vascular que procura construir um acesso vascular no paciente diabético. Embora o acesso vascular preferido seja uma fístula arteriovenosa, a doença vascular preexistente limita sua utilidade no paciente diabético, cuja taxa de insucesso da fístula primária é de 30 a 40%. Um acesso vascular alternativo menos desejável, porém necessário, pode ser construído utilizando um enxerto de politetrafluoro-etileno (PTFE), cuja meia-vida é de mais de 1 ano. (6,7)

O controle glicêmico dos pacientes diabéticos submetidos à diálise é difícil. A escolha da dose adequada de insulina é mais complexa devido à gastroparesia não reconhecida, que desconecta a absorção do alimento ingerido da administração da insulina em determinados horários, e, além disso, a redução do catabolismo renal da insulina resulta em prolongada ação da insulina exógena. Essa combinação provoca uma regulação errática da glicose, complicada por frequentes episódios de hipoglicemia, constituindo uma complicação potencialmente grave. O controle da glicemia deve permanecer uma prioridade no paciente diabético tratado com diálise, visto que pode retardar complicações adicionais da doença microvascular. A sobrevida durante o tratamento a longo prazo da DRC no diabetes tem sido ligada à qualidade obtida do controle glicêmico. (7)

Embora a sobrevida dos pacientes diabéticos sob diálise tenha melhorado durante esta última década, tanto a morbidade quanto a mortalidade permanecem significativamente mais altas do que as dos pacientes sem diabetes. Tal realidade é atribuída principalmente à progressão das condições comórbidas. A doença cardiovascular, as infecções e a suspensão da diálise constituem as principais causas de mortalidade em pacientes com diabetes e DRC. (6,7)

REFERÊNCIAS :

1. Murissi M, Coester A, Gross JL. Nefropatia Diabetica no Diabetes Mellitus tipo 2: Fatores de risco e prevenção. Rev Bras Endocrinol Metab. Volume 47. Número 3. 2003; 207-23.
2. Krolewskias L. The natural history of diabetic nephropathy in type 1 diabetes and the role of hypertension. Ann Intern Med. 1989; 795-98.
3. Orchard T, Dorman JS. Prevalence of complications in IDDM by sex, duration. Pittsburg Epidemiology of Diabetes Complications Study II. 1990; 1116-24.



4. Pinto FM, Anção MS, Ferreira SRG. Contribuição da nefropatia diabética para a insuficiência renal crônica na Grande São Paulo. J Bras Nefrol. 2007; 263-89.
5. Wild S, Roglic C, Grren A. Global prevalence of diabetes. Diabetes Care. 2004; 1047-56.
6. Titan, S. Princípios Básicos de Nefrologia. ArtMed. 2013; 122-36.
7. Lerma EV, Berns JS, Nissenson AR. Diagnóstico e Tratamento: Nefrologia e Hipertensão. AMGH. 2011; 490-502.

André Antongiovanni Sallum

Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos

Beatriz Maria Lima Ávalos

Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos

Rosina Conceição Graçaplena Dal Maso

Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Metropolitana de Santos

Artigo recebido em 10/07/2018

Aceito para publicação em 20/10/2018

Para citar este trabalho:

SALLUM, André Antongiovanni; ÁVALOS, Beatriz Lima Ávalos; DAL MASO, Rosina Conceição Graçaplena. **INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SECUNDÁRIA À DIABETES MELLITUS: UM RELATO DE CASO. Revista Higei@. Vol 2. Número 3. UNIMES. Disponível em:**

<http://periodicos.unimesvirtual.com.br/index.php/higeia/index>