



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO  
Departamento de Clínica Médica



REUNIÃO CLÍNICA

ANO: 2024

Número: 05

**Data:** 12/04/2024 **Local:** Sala 640 – Departamento de Clínica Médica

**Horário:** 7h30 **Modalidade:** Discussão de Caso Clínico

**Relatores:** Profa. Dra. Fernanda Fernandes Souza  
Dr. Guilherme Massote Fontanini  
Dr. Juarez Roberto de Oliveira Vasconcelos

**Lesão renal aguda e cirrose: Quando pensar em Síndrome Hepatorrenal?.**

**# Identificação:**

Sexo masculino, 47 anos, solteiro, natural de Ivaiporã/PR, procedente de Jardinópolis/SP, trabalha com coleta de recicláveis. Caso Novo na gastroenterologia em 11/01/2024, sendo internado no mesmo dia.

**# História da Moléstia Atual:**

Paciente comparece à primeira consulta em 11/01/2024, desacompanhado, orientado no tempo e espaço, sonolento e com fala alentecida. Relata que iniciou acompanhamento médico em 2004 após surgimento de lesões cutâneas disseminadas, sendo diagnosticado na época com SIDA. Informa que, desde então, vem fazendo uso correto da terapia antirretroviral (TARV), tendo apresentado algumas doenças infecciosas diagnosticadas e tratadas entre 2018 e 2019, a saber: sífilis latente, herpes zoster e tuberculose pleuropulmonar.

Paciente faz uso abusivo de álcool desde os 15 anos de idade, consumindo cerca de 500 mL de cachaça por dia. Relata que em 2018 já apresentava alterações flutuantes das transaminases e Gama GT, além de evidência de esteatose hepática em ultrassonografia de abdome.

Em 2023 começou a perceber aumento do volume abdominal e icterícia, sendo internado em dezembro/23 em serviço externo por ascite volumosa com realização de paracenteses de alívio. Segundo informações de relatório médico, apresentou piora da função renal com melhora após expansão volêmica com albumina.

Após a alta, retornou para domicílio, onde mora sozinho, sem auxílio de familiares, com eventual ajuda de vizinha. Desde então vem apresentando episódios de desorientação e delírios visuais e auditivos, principalmente no período noturno. Referia ainda um episódio de hematêmese no dia anterior e evacuações com fezes enegrecidas.

Foi internado no mesmo dia (11/01/2024), realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou sinais de sangramento recente de etiologia péptica e permaneceu internado até 15/01/2024 quando evadiu do hospital. Na internação, apresentava creatinina sérica 1,41 mg/dL com redução para 1,09 mg/dL (provável basal) após suporte transfusional.

Em 09/02/2024 paciente foi transferido da unidade de pronto atendimento de Jardinópolis para a enfermaria de Gastroenterologia no HC/Campus devido a episódios de perda de consciência relacionados a uso abusivo de álcool. Paciente foi admitido com creatinina sérica 1,48 mg/dL com piora progressiva durante a nova internação.

**# Antecedentes Pessoais:**

1) Infecção por HIV (diagnóstico em 2004)

- CD4 (dez/2023): 952 // Carga viral (dez/2023): INDETECTÁVEL
- TARV atual: Dolutegravir, lamivudina, tenofovir (desde fev/2021). Prévias: zidovudina, lamivudina e efavirenz (fev/2004 a fev/2021).
- 2) Neuralgia pós herpética
- 3) Sífilis latente
- 4) Queimadura em mãos com sequelas motoras e perda de tecido
- 5) Tuberculose pleuropulmonar tratada (nov/2018 a maio/2019)

#### # Hábitos:

- Etilismo ativo: consumo de 500 mL de cachaça por dia desde os 15 anos de idade, o que corresponde a cerca de 150 gramas de álcool por dia.
- Ex-tabagista: 40 a 60 anos.maço (2 a 3 maços por dia dos 18 aos 38 anos).
- Drogadição: uso prévio de crack, cocaína e cannabis (relata ter cessado uso em fevereiro de 2021).

#### # Exame físico:

Regular estado geral, hidratado, hipocorado (+/4+), icterico (+/4+), acianótico, afebril, desnutrido.

Alerta, orientado em tempo e espaço, fala alentecida. Flapping ausente.

Dados vitais: PA 90x50 mmHg / FC 85 bpm / FR 19 irpm / SpO2 95% / Tax 37°C

ACV: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, sopro sistólico (3+/6+) em foco aórtico.

AR: Murmúrio vesicular reduzido em bases, ausência de ruídos adventícios.

Abdome globoso, ascite tensa, indolor à palpação. Circulação colateral visível. Fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito em linha hemiclavicular, bordas rombas, consistência endurecida. Baço não palpável, espaço de Traube ocupado.

Extremidades bem perfundidas, sem edemas.