

Marina de Almeida Abritta Hanauer, Mariana Sabbagh do Amaral, Rafael Marques da Silva, Luciane Mônica Deboni, Camilla Mendes de Oliveira

## INTRODUÇÃO

O uso da terapia antirretroviral combinada determinou um novo curso para a doença. O controle da replicação do HIV, e a consequente melhora da imunidade dos pacientes, fez com que a Aids ganhasse contornos de doença crônica, aumentando não só a expectativa de vida, mas também as comorbidades relacionadas a ela.

Na prática clínica, a prevalência de doença renal crônica em pacientes infectados pelo HIV vem aumentando progressivamente, seja como complicação da própria doença ou consequência de efeitos colaterais relacionados a terapia antirretroviral, tendo impacto significativo na evolução de pacientes soropositivos.

Estima-se que 17% dos paciente infectados tenham DRC, tendo como fatores de risco a idade avançada, infecção avançada, carga viral elevada, CD4 baixo, raça negra, uso de antirretrovirais.

## PATOGÊNESE

### A infecção pelo HIV está associada a variadas formas de acometimento renal:

- **Nefropatia do HIV (e demais glomerulopatias associadas):** provocadas pela ação direta de antígenos virais na membrana das células mesangiais e endoteliais glomerulares. A forma clássica de acometimento glomerular pelo vírus HIV é a GESF colapsante, sendo responsável por 60-70% das glomerulopatias nesta população, entretanto, glomerulonefrite membranoproliferativa, glomerulonefrite membranosa e glomerulonefrite por IgA também têm sido descritas.

Comumente as glomerulopatias estão relacionadas a fases avançadas da doença, cd4 baixo, carga viral elevada e estão associadas a proteinúria nefrótica e disfunção renal de início abrupto.

O tratamento consiste no controle da doença de base através da TARV. Corticoterapia e uso de BRA e IECA também podem ser cogitados.

- **Nefrotoxicidade por medicamentos e procedimentos:** a principal droga relacionada é o tenofovir, cujo acúmulo na célula tubular produz toxicidade direta, levando a síndrome de Fanconi.

Os inibidores de protease, como atazanavir e lopinavir apresentam baixa solubilidade urinária, podendo levar a precipitação de cristais e obstrução tubular. Ritonavir pode provocar nefrite intersticial aguda.

Não se pode esquecer ainda das drogas utilizadas para tratamento de infecções oportunistas, como aminoglicosídeos, anfotericina b, pentamidinas, sulfadiazina, que podem levar a NTA.

- **Doença renal aguda ou crônica ocasionada ou agravada por comorbidades:** As lesões agudas podem estar relacionadas a normalmente relacionadas a hipovolemia e/ou sepse, resultantes principalmente, do quadro clínico de imunossupressão grave dos pacientes. Quadros de diarreia, síndrome consumptiva e infecções oportunistas geralmente são encontrados.

Já a doença renal crônica agravada pelas comorbidades estão associadas a obesidade, tabagismo, HAS, DM, dislipidemia, idade avançada, co-infecção com outros vírus.

## CONCLUSÃO

Com o aumento da sobrevida dos portadores de HIV, além do aumento da incidência da infecção em pessoas acima de 50 anos, cresce também o número de pacientes portadores de doença renal crônica.

Em virtude do risco elevado de DRC nesta população, recomenda-se que todos os pacientes sejam submetidos à avaliação de função renal mediante a estimativa do clearance de creatinina e de exame do sedimento urinário na abordagem inicial da infecção pelo HIV.

Pacientes com risco elevado de doença renal proteinúrica devem ser reavaliados pelo menos anualmente. Ressalta-se que pacientes em uso de TARV devem ser reavaliados em intervalos menores (3-6 meses). Pacientes com proteinúria superior a 1+ na análise do sedimento por fita e/ou redução do clearance de creatinina (< 60 mL/min) devem ser avaliados pelo nefrologista para complementação da avaliação com quantificação da proteinúria, ultrassonografia do aparelho urinário e biópsia renal se indicada.

### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Saude, M. Da. (2014). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Dtr2001.Saude.Gov.Br.
2. Atta, M. G. (2010). Diagnosis and Natural History of HIV-Associated Nephropathy. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 17(1), 52–58. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2009.08.005>
3. Pinto Neto, L. F. S., Braga, A. C., Rocha, J. A., Vieira, N. F. R., & Miranda, A. E. (2011). Fatores de risco associados a alterações renais em pacientes infectados por HIV-1. *Revista Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 44(1), 30–34. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822011000100008>
4. Andy I. Choi, MD, MAS, University of California San Francisco, S. F. G. H., & Rudolph A. Rodriguez, MD, VA Puget Sound Healthcare System, U. of W. (2008). Renal Manifestations of HIV. Retrieved from <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-04-01-10>
5. Shamu, T., Wellington, M., Pascoe, M., Gwanzura, L., & Ndhlovu, C. E. (2015). Incidence of Nephropathy in HIV Infected Patients Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy at Newlands Clinic: A Retrospective Study. *World Journal of AIDS*, 5(June), 113–123. <https://doi.org/10.4236/wja.2015.52014>