

**NOTA TÉCNICA 7182****IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO**

**CÂMARA/VARA:**3 UJ da Fazenda Pública

**COMARCA:** Belo Horizonte

**I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:**

**IDADE:** 69 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Micofenolato de Mofetila

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** N03

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** glomerulopatia crônica

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG- 41608

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2025.0007182

**II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

Solicita parecer sobre o pedido formulado na inicial, em 5 (cinco) dias.

Paciente com insuficiência renal em piora progressiva, C1cr 19, associada a anemia, Hb<10 e proteína monoclonal (<1,5). RM corpo total sem lesão osteolítica. Propedêutica de medula externa com <10% plasmócitos aberrantes. FLC normal. Bx subcutâneo sem depósito amiloide. Bx renal com glomerulonefrite por C3.

Também possui HAS e é ex-tabagista.  
=> Usa: Olmesartana 40 mg MID | Furosemida 40 mg MID.

Propedêutica realizada:

- \* Propedêutica medular 10/2023
- BMO (10/10/23): Fragmentos de tecido ósseo apresentando trabéculas maduras, esfaceladas, com células inflamatórias. Ausência de infiltrado plasmocitário atípico.
- IHQ: BMO com escassa celularidade. Poucos plasmócitos (CD 138+) intersticiais isolados e formando pequenos agrupamentos pericapilares POLICLONAIS para cadeias leves de Ig + Kappa e Lambda. Não há critérios diagnósticos definitivos para infiltração medular por MM.
- Miograma (17/10/23): Análise da medula prejudicada por contaminação com sangue periférico, hipocelular com 5% de plasmócitos.
- IFT: Observado 0,51% de plasmócitos com clonalidade Kappa e fenótipo aberrante na presente amostra.
- \* EFPs PM: 1,24g/dL EFPu: PM 247mg/24h
- \* CRAB: Disfunção renal: Cr:2,4 (C1Cr25), Ca:4,59. RM torax sem lesões líticas
- 01/24 FLC:17,4
- \* Bx subcutâneo 05/03/24: Cortes histológicos seriados mostram pele e subcutâneo sem alterações com significado patológico. Realizada coloração especial pelo vermelho congo para pesquisa de substância amiloide que resultou negativa.
- RM corpo total 22/06/24: MO normal, espondilodiscopatia degenerativa cervical, torácica e lombar. Artropatia coxofemoral D com efusão líquida articular.
- \* Propedêutica medular 24/07/24:
- Mielo: Medula óssea normocelular com 3,6% de plasmócitos, alguns atípicos. Sugere-se correlacionar com aspectos clínicos, biópsia de medula óssea e outros achados laboratoriais.
- BMO não representativa
- \* Bx renal (instituto nefropatologia) 22/08/24: Glomerulopatia com C3 dominante, principalmente pós-infecciosa.

18/01/24 Hb:10,3 GL:5440 n:3074 PlaQ:1670000 EFPu:1170mg/24h (sendo 500mg de Albumina) EFPs: PM1,08 IFXs: IgG/lambda FLC:17,4 Ca:4,4 CaT:7,9 Cr:2,69 Ur:90  
- 10/05/24: GL 5130 (2970S, 1678L, 359M, 113EO) / HB 9,8\* / HT 29,3% / PLQ 177000 / U 108 / CAI 4,5 / CAT 9,1 / CR 3,52 (C1Cr 13,7) / EFPur total 922mg/24h - alfa2 (202,84) e beta (192,70) // EFPSE PM 1,18 em beta  
- 26/07/24: GL 4680 (2616S, 1619L, 304M, 112EO) / HB 9,1 / HT 26,2% / PLQ 148000 / EFPse PM 1,1 em beta / EFPur total 2030 / Cai 4,6 / CaT 8,2 / Cr 2,63 / U 92 /

Com isso, solicito avaliação nefrológica - sem critérios de discrasia de células plasmáticas por ora.

### **III- CONSIDERAÇÕES E RESPOSTAS:**

A nefropatia por IgA é definida pela presença de depósitos imunes de IgA mesangial dominante ou codominante, frequentemente acompanhados por C3 e IgG em associação com uma glomerulonefrite proliferativa mesangial de gravidade variável. A etiologia desta glomerulonefrite comum permanece desconhecida. O quadro clínico é altamente variável. Pacientes geralmente se apresentam com episódios recorrentes de hematúria visível (que geralmente ocorrem após infecção do trato respiratório superior ou gastroenterite) ou hematúria invisível assintomática com ou sem proteinúria. Menos comumente, pacientes podem se apresentar com doença renal crônica estabelecida, síndrome nefrótica, hipertensão maligna ou glomerulonefrite rapidamente progressiva.

O micofenolato de mofetila (MMF) é um inibidor da purino-sintetase, que inibe a síntese de linfócitos T e B. Trata-se de um agente imunomodulador.

Sua utilização em glomerulopatias é relativamente recente. Na SN dependente de corticosteroide (SND) e na SN de recidivas frequentes, o MMF tem sido empregado em associação com doses decrescentes de prednisona, por 12-24 meses. Vem sendo indicado em caso de reações adversas à ciclosporina, como nefrotoxicidade, hipertricose ou hiperplasia gengival, julgadas deletérias à adesão terapêutica de pacientes sensíveis à ciclosporina. Dados I sugerem que o MMF pode prolongar o tempo de remissão em crianças com SNI; no entanto, na maioria dos casos, ocorrem recidivas após a interrupção do tratamento em pacientes dependentes de corticosteroide. O MMF tenha demonstrado menor incidência de efeitos adversos.

O Medicamento está disponível no SUS, mas não no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Síndrome Nefrótica Primária em Adultos.

Fármacos utilizados no tratamento da Síndrome Nefrótica Primária em Adulto

- ✓ Prednisona: comprimidos de 5 e 20 mg.
- ✓ Ciclosporina: cápsulas de 10, 25, 50 e 100 mg.
- ✓ Ciclofosfamida: drágeas de 50 mg.
- ✓ Ciclofosfamida: solução injetável 50 mg.
- ✓ Enalapril: comprimidos de 5, 10 e 20 mg.
- ✓ Captopril: comprimidos de 25mg.
- ✓ Losartana potássica: comprimidos de 50 mg.
- ✓ Hidroclorotiazida: comprimidos de 12,5 e 25 mg.
- ✓ Espironolactona: comprimido de 25 e 100mg.
- ✓ Furosemida: comprimidos de 40mg e solução injetável de 10mg/ml.

- ✓ Albumina humana: solução injetável de 0,2 g/mL (20%) – uso hospitalar. Nota: As posologias desses fármacos, e de outros utilizados no tratamento de pacientes com síndrome nefrótica primária em adultos, estão especificadas a seguir, nos respectivos tópicos

#### **IV – CONCLUSÕES:**

- ✓ O medicamento solicitado está bem indicado para doença informada e para o caso em tela
- ✓ O medicamento está disponível no SUS, mas não para a doença informada

#### **V – REFERÊNCIAS:**

- ✓ PORTARIA CONJUNTA Nº 8, DE 14 DE ABRIL DE 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Síndrome Nefrótica Primária em Adultos.
- ✓ Barratt J, Feehally J. Primary IgA nephropathy: new insights into pathogenesis. Semin Nephrol. 2011 Jul;31(4):349-60
- ✓ Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerulonephritis Work Group. KDIGO clinical practice guideline for glomerulonephritis. Kidney Int Suppl. 2012 Jun;2(2):139-274.

#### **VI – DATA:** 14/02/2025

NATJUS – TJMG