

Colite a EBV no pós-transplante imediato

Andreia Carnevale¹, Diogo Domingos¹, Luís Leite Sousa¹, Eunice Cacheira¹, Rita Veríssimo¹, Noélia Lopez¹, Sara Querido¹, Carla Rocha¹, Jorge Dickson¹, Teresa Adragão¹, André Weigert¹

¹Unidade de Transplantação Renal, Serviço de Nefrologia, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E.

Introdução

É conhecido que a imunossupressão no transplante se associa a um maior **risco infeccioso** mas estas mesmas infeções podem-se manifestar de formas menos comuns, destacando-se como exemplo a **colite associada a infeção EBV**.

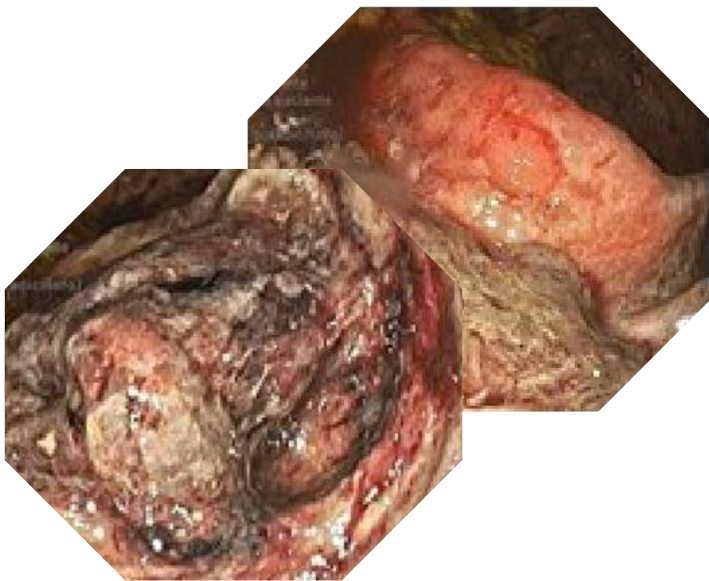


Figura 1. Visualização do cólon ascendente (esquerda) e válvula íleocecal (direita) na colonoscopia.

Abordagem terapêutica

- Substituição de **Valganciclovir** por **Ganciclovir** (28 dias)
- Reintrodução posterior de **Valganciclovir**
- Redução dose de **MMF**
- Suspensão após o diagnóstico e início de **Everolimus**

Evolução

- Ausência de **hematoquézias** e recuperação da **anemia (Hb 8.2g/dL)** após ajuste de ISS e início de antiviral
- Recuperação parcial da **função renal** após 2 meses em diálise (**creatinina 2.56mg/dL**)

História Clínica

Doente do **sexo masculino, 53 anos**, melanodérmico. **DRC de etiologia desconhecida**, transplantado em 2007 com perda de enxerto após 7 anos por rejeição crónica.

Transplante renal (2º em 2023)

- 3 incompatibilidades HLA (A, B e DR) com DSA em DQ (MFI 2600U)
- ISS com **Timoglobulina, Tacrolimus, MMF e Prednisolona**
- Profilaxia com **Nistatina, Sulfametoxazol-Trimetoprim, Valganciclovir**

Evolução pós-transplante:

- Função tardia do enxerto com **NTA moderada (BR realizada em D13 pós-transplante)**
- Queda da **Hb para 6.3g/dL (D27 pós-transplante)** associado a **hematoquézias**

Avaliação inicial:

- **EO:** palidez e desconforto à palpação abdominal direita
- **Análises:**
 - Leucócitos 5500/uL, neutrófilos 93%, PCR 1.50mg/dL
 - Tacrolimus 5.2ng/mL (*infraterapêutico*)

Colonoscopia: "**extensa ulceração sem mucosa viável**, desde a válvula ileocecal até ao ângulo hepático do cólon ascendente"

AngioTC: "edema submucoso nas regiões de cólon previamente descritas, destacando-se os **vasos mesentéricos permeáveis**"

- **Carga viral sérica CMV:** negativa
- **Carga viral sérica EBV:** abaixo do limite de quantificação (<67UI/mL) (*colhido após início da terapêutica*)
- **Biópsia intestino:** **EBER positivo**
- **Serologia pré-TxR:** anti-EBNA IgG negativo, anti-VCA IgG positivo, anti-VCA IgM com resultado duvidoso

Discussão

Este caso ilustra a importância do **risco infeccioso** nestes doentes e o quão **precocemente** e de **forma diversificada** as infeções se podem manifestar, requerendo uma vigilância apertada e suspeita clínica.

A ausência de **tratamento** dirigido para a **infeção EBV** dificulta a sua gestão, não sendo claro o benefício da **terapêutica antiviral** além do ajuste da imunossupressão. Contudo, a melhoria neste caso clínico pode ser um reflexo do seu impacto positivo nestas infeções.