

# APLASIA ERITROIDE PURA NO TRANSPLANTE RENAL

## Um Caso Clínico de Infecção por Parvovírus B19

Diogo Domingos<sup>1</sup>, Andreia Carnevale<sup>1</sup>, Luís Sousa<sup>1</sup>, Eunice Cacheira<sup>1</sup>, Rita Veríssimo<sup>1</sup>, Noélia Lopez<sup>1</sup>, Sara Querido<sup>1</sup>, Carla Rocha<sup>1</sup>, Jorge Dickson<sup>1</sup>, André Weigert<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Transplantação Renal, Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

XXIV SIMPÓSIO DE DOENÇAS RENAIS  
Infecção e Doença Renal: Uma Relação Bidirecional

Mulher de 40 anos, auxiliar de ação educativa numa escola primária, com doença renal crónica por nefropatia IgM e hipertensão arterial, submetida a **transplante renal de dador vivo há 9 anos**, e a cumprir imunossupressão de manutenção com **tacrolimus**, **everolimus** e **prednisolona**. Recorreu à consulta de Nefrologia por queixas de cansaço para pequenos esforços com cerca de um mês de evolução.

### História Clínica

Negava anorexia, dispneia ou ortopneia.  
Negava perdas hemáticas perceptíveis.

### Exame Objetivo

Apirética e hemodinamicamente estável.  
**Pele e mucosas pálidas**, hidratadas.  
Auscultação cardiopulmonar sem alterações  
Abdómen livre, indolor, sem defesa. Sem dor ou defesa à palpação do enxerto. Sem massas ou organomegalias.  
Membros inferiores sem edema ou sinais de TVP.

### Meios Complementares de Diagnóstico

**Hemoglobina 5,6 g/dL** (12,6 g/dL 10 semanas antes)

**Hematócrito 15,7%**

**Volume Globular Médio 78 fL**

**Hemoglobina Globular Média 28 pg**

Leucócitos 6 400/mcL

Plaquetas 415 000/mcL

Ureia 52 mg/dL, **Creatinina 1,72 mg/dL**

LDH 218 U/L

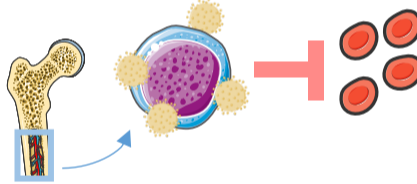
Proteína C Reativa 0,14 mg/dL

A doente foi internada para estudo etiológico da anemia. Durante a marcha diagnóstica, apurou-se redução acentuada da contagem de **reticulócitos (0,04%)**, ausência de sinais de hemólise (LDH e haptoglobina normais; teste de Coombs indireto negativo; G6PD normal), esplenomegália, ou alterações à observação do esfregaço de sangue periférico.

O proteinograma, o estudo do metabolismo do ferro, do ácido fólico e da vitamina B12 também não estavam alterados.

Observação ginecológica sem evidência de perdas hemáticas, e os estudos endoscópicos não revelaram alterações macroscópicas.

Perante anemia hipoproliferativa em doente imunossuprimida, foi realizada pesquisa de **Parvovírus B19** no sangue periférico, cujo resultado de carga viral foi de **1 000 000 UI/mL**, e título dos anticorpos **IgM de 13,00** e **IgG de >46**, respetivamente.



O parvovírus B19 é um pequeno vírus de DNA que infeta os precursores eritróides na medula óssea causando supressão permanente ou transitória da eritropoiese

Foi estabelecido o diagnóstico de **aplasia eritroide pura secundária a infecção por Parvovírus B19**.

Foi instituída terapêutica de suporte transfusional múltiplo e administrou-se imunoglobulina humana intravenosa inespecífica (IVIG).



5 UCE



IVIG 2g/kg

Após a terapêutica com imunoglobulina registou-se boa evolução clínica: ao D7 pós-IVIG apresentava Hb 7,7g/dL, ao D12 Hb de 10,3 g/dL e ao D25 Hb de 10,8 g/dL, sem necessidade de novas transfusões.

Nos doentes imunocomprometidos, como o apresentado neste caso clínico, a anemia secundária a infecção por parvovírus B19, que pode ocorrer por primoinfecção ou por reativação de infecção latente, tem um caráter indolente e podem passar vários meses até resolução da virémia e recuperação da eritropoiese. Apesar da ausência de terapêutica dirigida, o IVIG tem indicação na infeção sintomática, e o foscarnet está reservado para os casos refratários.

A anemia é um diagnóstico de internamento frequente nos doentes transplantados, e este caso sublinha a importância de considerar a infecção por PB19 como causa possível de anemia persistente, uma vez que o tratamento disponível com IVIG pode conduzir à aceleração da recuperação da eritropoiese e à correção da anemia.

### Bibliografia

- Craboli, Y. *et al.* (2012) 'Intravenous immunoglobulin therapy for pure red cell aplasia related to human parvovirus B19 infection: A retrospective study of 10 patients and review of the literature', *Clinical Infectious Diseases*, 56(7), pp. 968–977. doi:10.1093/cid/cis1046.
- Eid, A.J. and Ardura, M.I. (2019) 'Human parvovirus B19 in solid organ transplantation: Guidelines from the American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice', *Clinical Transplantation*, 33(9). doi:10.1111/ctr.13535.
- Kerr, J.R. *et al.* (1995) 'Persistent parvovirus B19 infection', *The Lancet*, 345(8957), p. 1118. doi:10.1016/s0140-6736(95)90850-1.
- Koduri, P.R. *et al.* (1999) 'Chronic pure red cell aplasia caused by Parvovirus B19 in AIDS: Use of intravenous immunoglobulin? a report of eight patients', *American Journal of Hematology*, 61(1), pp. 16–20. doi:10.1002/(sici)1096-8652(199905)61:1<16::aid-ajh4>3.0.co;2-y.
- ROGO, L.D. *et al.* (2014) 'Human parvovirus B19: A review', *Acta virologica*, 58(03), pp. 199–213. doi:10.4149/av\_2014\_03\_199.
- Yu, Y. *et al.* (2021) 'Foscarnet therapy for pure red cell aplasia related to human parvovirus B19 infection in kidney transplant recipients: A preliminary exploration', *Infection and Drug Resistance*, Volume 14, pp. 2911–2923. doi:10.2147/idr.s321936.