

Cláudia Loures de Assis, Guilherme Yokoyama, Vitor Mendes Leite, Débora Raimundo Fonseca, Renato Demarchi Foresto, Hélio Tedesco Silva Júnior, José Medina Pestana
Hospital do Rim - Fundação Oswaldo Ramos
Universidade Federal de São Paulo

INTRODUÇÃO

A infecção por citomegalovírus (CMV) é uma das patologias infecciosas mais frequentes no transplantado renal. A infecção pode manifestar-se como viremia assintomática ou na forma de doença com amplas manifestações clínicas. As formas invasivas como a encefalite, nefrite, retinite e pneumonite geralmente são mais graves e caracterizam-se por evidência de inclusão viral nos tecidos acometidos. Aqui descrevemos um caso de transplantado renal com insuficiência respiratória no contexto da pandemia da COVID-19.

CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino, 29 anos, diabético tipo 1 foi submetido a transplante renal de doador falecido (34 anos, morte por acidente vascular encefálico hemorrágico, creatinina final de 1,34 mg/dl e KDPI de 45%) em março de 2020. Recebeu imunossupressão de indução com Timoglobulina 3mg/Kg e manutenção com Prednisona 0,5mg/Kg, Tacrolimo 0,1 mg/kg e Azatioprina 2mg/kg, esses dois últimos duas vezes ao dia. Sorologia para CMV prévia positiva, IgG > 250UA/mL, sem indicação de vigilância preemptiva. Após dois meses do procedimento, internou por quadro de dispneia aguda grave de evolução há 02 dias. Ao exame físico, taquipneico e saturando 88% em repouso, sem outros achados. Tomografia de tórax evidenciou múltiplas áreas de vidro fosco com predomínio periférico em todos os lobos pulmonares (*figura.1*). Dentro do contexto epidemiológico atual e imagem tomográfica, realizado PCR para SARS-COV-2 que resultou negativo, repetido em 4 dias confirmando resultado negativo. Por piora clínica, realizada broncoscopia com lavado e biópsia. Investigação microbiológica negativa para fungos, bactérias ou micobactérias e biópsia pulmonar com evidência de inclusões citopáticas virais em pneumócitos (*figura.2*). Solicitado PCR para CMV 576.606 UI/mL e imuno-histoquímica confirmou pneumonite por CMV. Realizou tratamento por 39 dias até PCR < 31 UI/ml e evoluiu satisfatoriamente com resolução completa dos sintomas.

IMAGENS

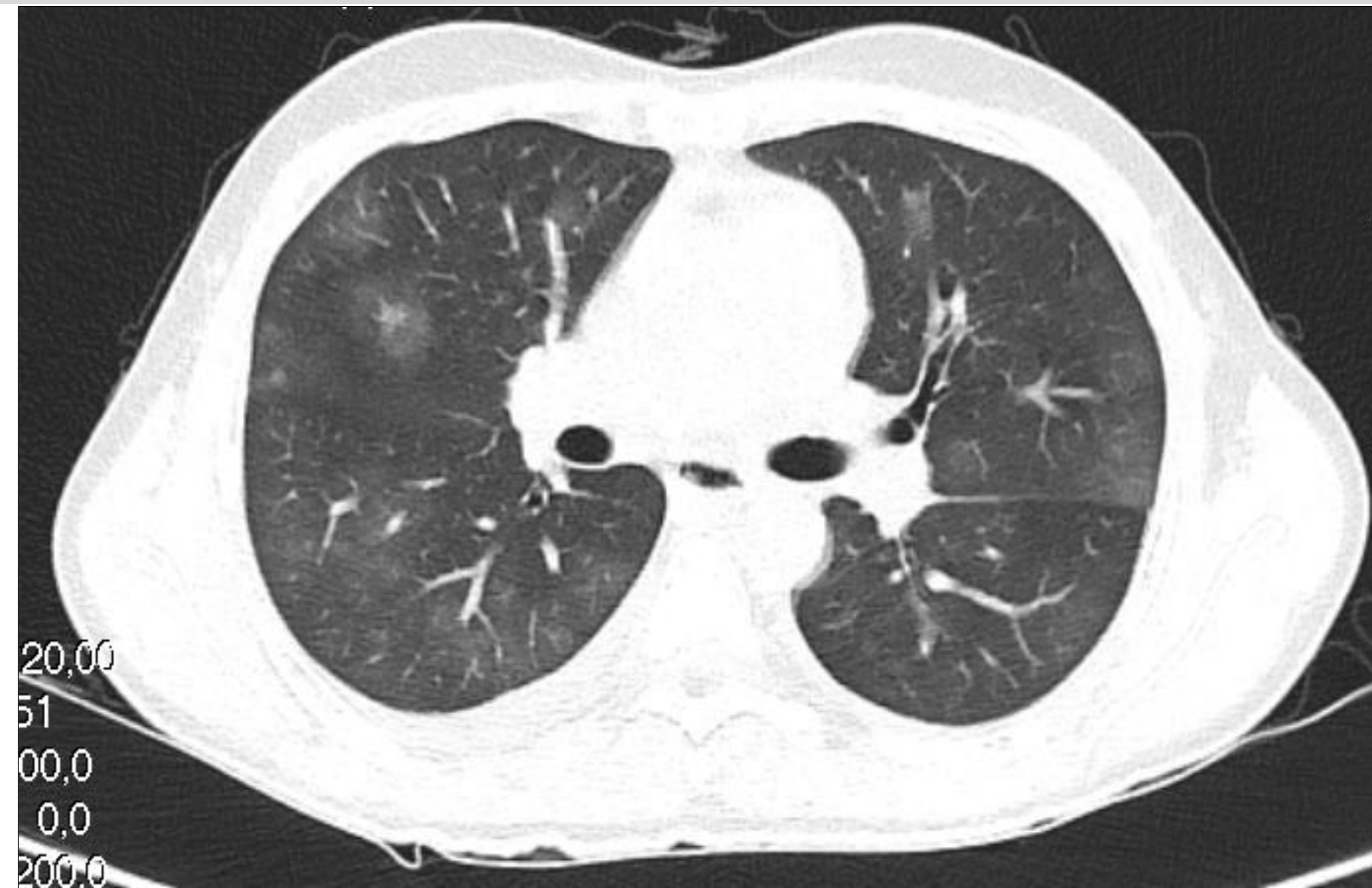


Figura 1. Tomografia de tórax com acometimento em vidro fosco com predomínio periférico.

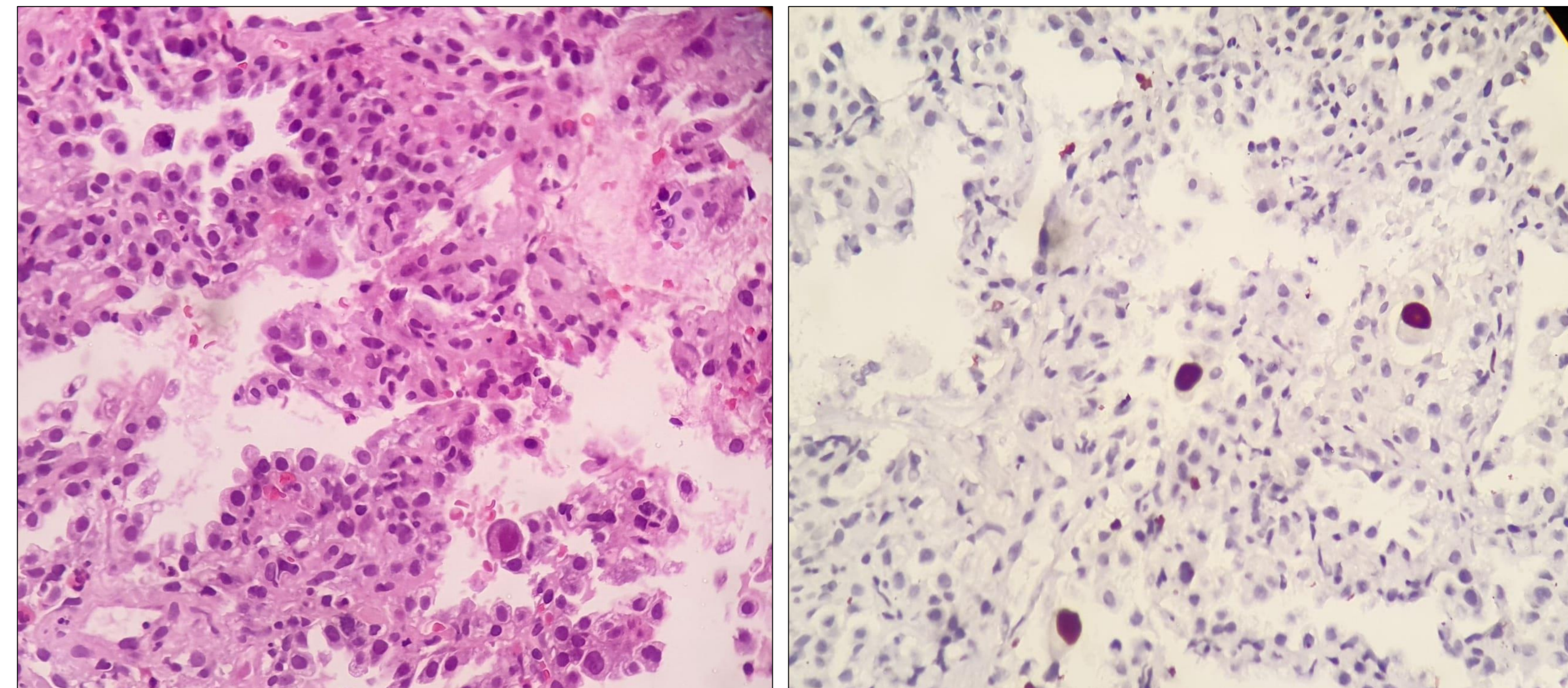


Figura 2. Anatomo-patológico e imunohistoquímica evidenciando acometimento por citomegalovírus.

CONCLUSÃO

O relato de caso acima descrito evidencia a importância dos diagnósticos diferenciais das síndromes respiratórias agudas em meio a pandemia de SARS-COV-2. O CMV ganha especial destaque nos pacientes imunossuprimidos, especialmente devido gravidade da doença invasiva pulmonar. No caso descrito, o paciente não realizava vigilância preemptiva, pois já apresentava sorologia para CMV IgG positiva, além do uso de azatioprina, não preenchendo, portanto, os critérios protocolares de vigilância preemptiva da nossa instituição.