

Tx renal – doador falecido em criança portadora de HIV em hemodiálise – relato de Caso

Autores: Silvane Sebben, Ximene Bartmann, Viviane Calice da Silva, Luciane Mônica Deboni, Denise Teresinha Bizzi Guterres, Elviane Basso Moura, Franco Silveira da Motta Kruger, Carlos Alberto Rost, Paulo Eduardo Cicogna, José Aluísio Vieira, Hercílio Alexandre da Luz Filho, Christian Evangelhista Garcia, Jean Guterres, Marcos Alexandre Vieira

Serviço: Fundação Pró-Rim e Hospital Municipal São José, Joinville, SC

INTRODUÇÃO

Atualmente o transplante de órgãos para pacientes infectados pelo HIV pode ser considerado uma opção terapêutica plausível e de ótimos resultados. Após o surgimento de uma terapia antirretroviral efetiva podem ser considerados candidatos a aquele tratamento pacientes em uso regular de antirretrovirais por no mínimo de 3 meses, com CD4 >200/mm³ e carga viral indetectável.

OBJETIVOS

Relatar caso de criança portadora de HIV em tratamento com carga viral e CD4 estáveis em hemodiálise há cerca de 2 anos submetida a tx renal/DC.

MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão do prontuário pré e pós-tx da paciente. Revisão bibliográfica sobre o tema.

RELATO DE CASO

B.L.T.G.O., feminina, 11 anos, portadora de Nefropatia Crônica pelo Vírus HIV, diagnóstico de HIV aos 8 anos de idade e com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) como patologias associadas. Iniciou hemodiálise (HD) em junho/2009. Em Julho/2009

iniciado terapia antirretroviral: Zidovudina, Lamivudina e Efavirenz, mantendo a partir de Setembro/2009 carga viral (CV) indetectável e aumento progressivo do CD4 este em Dezembro/2010 490 células/mm³. Submetida a Tx Renal/DC em setembro/2011, com 10 anos, peso 27,5 kg, HAS descompensada, diurese residual 300ml/dia. PAINEL (PRA) 0%. imunossupressão inicial Micofenolato de sódio (Myfortic) 25mg/kg/dia, Tacrolimus (Prograf) 0,18mg/kg/dia e Prednisona 1mg/kg/dia. Indução com Basiliximab pré-op e 4 PO e Solumedrol 500 mg. Tx sem intercorrências. Boa evolução pós-op com aumento progressivo da diurese e queda imediata da creatinina sérica(Crs). Necessitou de 1 HD pós-op imediato devido hipercalemia. Creatinina sérica de 0,8 mg/dL no 1 PO. Recebeu alta hospitalar no 10 PO em ótimas condições clínicas, Crs 0,5 mg/dL mantendo as mesmas doses dos imunossupressores. Atualmente encontra-se no sétimo mês PO, Crs 0,5 mg/dL níveis normais de glicemia de jejum, colesterol total e triglicerídeos. Clinicamente estável, HAS compensada, sem novas internações pós-tx. Mantém uso de MS 18,5mg/kg/dia, FK 0,20mg/kg/dia (nível sérico 7,8) e pred 0,25mg/kg/dia. O esquema antirretroviral é o mesmo desde o início do tratamento. A CV permanece indetectável e contagem de CD4 de 503/ mm³, mantém acompanhamento com pediatra infectologista.

CONCLUSÕES

O Tx renal é o tratamento de escolha para Doença renal crônica (DRC). Deve-se eleger de forma individual os candidatos potenciais para tal terapia. O pacientes com HIV como doença de base são passíveis de tratamento e possuem critérios para monitorização da evolução doença permitindo assim a realização do tx neste grupo de pacientes de uma forma segura e eficaz.

