



CONGRESSO PAULISTA DE GASTROENTEROLOGIA

Transplante combinado fígado e rim em receptor HIV e ANTI- HCV positivos: um relato de caso

Autores: Adriane Andrade da Costa¹, Iaira Kremer Gamba¹, Luize Kremer Gamba¹, Alice Ferreira da Silva¹, Gabriel Ramos Jabur¹, João Eduardo Leal Nicoluzzi¹

¹Hospital Angelina Caron - Campina Grande do Sul- PR

PALAVRAS-CHAVE

Transplante de fígado. HIV. Hepatite Crônica

INTRODUÇÃO

Historicamente, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi visto como uma contraindicação aos transplantes de órgãos sólidos devido a preocupações com infecções oportunistas relacionadas à imunossupressão e a redução da sobrevida. No entanto, com a evolução das terapias antirretrovirais e os avanços da morbidade e mortalidade associadas ao HIV, os pacientes infectados passaram a ser candidatos aos transplantes.¹

Atualmente, embora ainda não seja uma prática corriqueira em todos os centros, não é incomum que pacientes HIV positivos recebam transplantes de órgãos. Contudo, não foi encontrado, na literatura, nenhum caso de transplante combinado de fígado e rim em paciente HIV e HCV (Hepatite C Vírus) positivos. Neste relato, apresentamos a experiência inicial do Hospital Angelina Caron com transplante hepático e renal simultâneo em receptor com HIV e HCV positivos.

OBJETIVO

Este relato irá apresentar um caso dentro do Hospital Angelina Caron (em Campina Grande do Sul, Paraná) com a experiência inicial de transplante hepático e renal simultâneo em receptor com HIV e HCV positivos.

O CASO

Paciente branca, 49 anos, portadora de infecção pelo HIV, há 13 anos, em tratamento com Terapia Antirretroviral (TARV), e diagnosticada com cirrose hepática por Hepatite C e doença renal crônica atribuída a doença policística renal autossômica dominante há 10 anos, em regime de hemodiálise três vezes por semana. No momento da avaliação, apresentava carga viral indetectável e contagem de células CD4 330 células/mm³ e cura espontânea da hepatite C crônica. Em seu histórico de eventos imunogênicos, havia três gestações e não fora submetida a transplante prévio ou transfusões sanguíneas. A paciente não possui nenhuma alergia, diabetes ou hipertensão. Nega tabagismo e etilismo. A função renal pré-transplante possuía uma taxa de filtração glomerular calculada pela fórmula de CKD-EPI de 6.8 ml/min/1.73 m² e a paciente encontrava-se anúrica. A função hepática pré-transplante possuía MELD sódico (Model for End-Stage Liver Disease) calculado de 21 e a paciente era considerada Child B. Na análise social, a paciente apresentava apoio familiar, boa condição financeira e grau de adesão ao tratamento avaliado em 100%.

A paciente passou 50 dias em lista de espera pelos órgãos e o transplante renal com órgão de doador falecido ocorreu em julho de 2019. Na avaliação pré-transplante, apresentava reatividade contra painel de 0% em classe I e II (single antigen beads) e MICA positivo pelo método Luminex®. Não apresentava anticorpos dirigidos a antígenos HLA do doador. A prova cruzada foi negativa por linfotoxicidade dependente de complemento e por citometria de fluxo. O transplante foi realizado em 7 horas e 25 minutos, com implantação do enxerto hepático realizada pela técnica de "piggyback" e o enxerto renal foi implantado retroperitonealmente, através da incisão de Gibson, utilizando-se stent ureteral "Duplo J". Não houve intercorrências e obteve-se boa perfusão imediata dos enxertos. Não foi necessária a utilização de hemocomponentes alogênicos.

Paciente foi extubada ainda no centro cirúrgico, hemodinamicamente estável e apresentando diurese efetiva (100mL em duas horas). A imunossupressão, iniciada no pós-operatório imediato foi feita com Metilprednisolona 500 mg e Micofenolato sódico (MFS) 720mg duas vezes ao dia, a dose que foi mantida até a alta hospitalar. No primeiro dia de pós-operatório (PO) a dose de Metilprednisolona (MPL) foi escalonada para 250mg, no segundo dia de PO para 125mg e então suspensa. No terceiro dia de PO, foi iniciada a Prednisona 40mg e Tacrolimus 4mg, duas vezes ao dia. Foi reintroduzida a medicação antirretroviral no sétimo dia de PO.

A paciente evoluiu com diurese imediata, manteve níveis elevados ainda de ureia e creatinina, mas com progressiva diminuição durante o internamento, como é possível ver na figura 1. Não houve indicação de suporte dialítico. Foram 15 dias de internamento, sendo 6 dias em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), sem intercorrências.

O acompanhamento ambulatorial foi feito de forma semanal nos dois primeiros meses, quinzenal até o quarto mês e mensal a partir de então.

A profilaxia de doenças oportunistas foi realizada a partir do protocolo padrão do serviço. A Paciente utilizou Sulfametoxazol +Trimetoprim 400/80 mg via oral, uma vez ao dia, por seis meses para prevenção de Pneumocystis jiroveci, Nistatina 100.000UI por 21 dias para profilaxia de Candida spp e Ivermectina 200µg/Kg/dia, via oral, uma vez ao dia, por dois dias para profilaxia de Strongyloides stercoralis.

Durante o acompanhamento dos seis primeiros meses, a paciente apresentou boa evolução clínica e laboratorial, sem intercorrências ou necessidades de internamentos, os PCR para HIV e HEP C mantiveram-se indetectáveis. Não foi registrada acometimento por nenhuma doença oportunista e a medicação antirretroviral não precisou de ajuste após o transplante.

DISCUSSÃO

Roland et al. demonstrou sobrevida aceitável a curto prazo e nenhum risco aumentado de infecção pelo HIV após transplante hepático em receptores HIV positivos.² Por outro lado, os resultados em receptores de transplante de fígado infectados pelo HIV com hepatite C são geralmente piores do que aqueles sem o vírus C. Estudos demonstram uma taxa acelerada de fibrose hepática e a taxa de complicações da cirrose são maiores em comparação com pacientes infectados pelo HCV sem HIV.^{3,4} A Hepatite C é considerada, então, uma indicação complexa para o transplante hepático em pacientes infectados pelo HIV.⁵ A coinfeção HCV/HIV também tem grande influência no enxerto renal. Há evidências de que receptores de transplante renal infectados pelo HCV têm risco significativamente maior de proteinúria e nefropatia crônica do enxerto.⁶

A doença renal frequentemente coexiste com a hepática terminal, situação que torna o manejo dos pacientes ainda mais complexo, pois a presença de lesão renal pode afetar fortemente o prognóstico antes e depois do transplante hepático. A recuperação da função renal é difícil de ser prevista após transplante de fígado e as indicações para o transplante combinado ainda são bastantes discutidas.^{7,8} No entanto, foi relatado que, pelo menos, 20% dos pacientes submetidos ao transplante hepático demonstram algum grau de comprometimento renal e, dentre eles, 2% seriam beneficiados por um transplante combinado fígado-rim.⁹

CONCLUSÃO

Conclui-se que o transplante combinado de fígado e rim pode ser considerada uma terapia aceitável e segura em receptores HIV positivos com cirrose ocasionada por Hepatite C quando cuidadosamente selecionados. O seguimento da paciente deve ser rigorosamente acompanhado para identificar possíveis particularidades desse caso a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Roland ME, Barin B, Carlson L, Frassetto LA, Terrault NA, Hirose R, Freise CE, Benet LZ, Ascher NL, Roberts JP, Murphy B, Keller MJ, Olthoff KM, Blumberg EA, Brayman KL, Bartlett ST, Davis CE, McCune JM, Breidt BM, Stablein DM, Stock PG. HIV-infected liver and kidney transplant recipients: 1- and 3-year outcomes. *Am J Transplant*. 2008; 8:355–65. [PubMed: 18093266]
2. Weber R, Sabin CA, Friis-Moller N, Reiss P, El-Sadr WM, Kirk O, Dabis F, Law MG, Pradier C, De Wit S, Akerlund B, Calvo G, Monforte A, Rickenbach M, Ledergerber B, Phillips AN, Lundgren JD. Liver-related deaths in persons infected with the human immunodeficiency virus: the D:A:D study. *Arch Intern Med*. 2006; 166:1632–41.
3. de Vera ME, Dvorchik I, Tom K, Egtesad B, Thai N, Shakil O, Marcos A, Demetris A, Jain A, Fung JJ, Ragni MV. Survival of Liver Transplant Patients Coinfected with HIV and HCV Is Adversely Impacted by Recurrent Hepatitis C. *Am J Transplant*. 2006; 6:2983–2993.
4. Vennarecci G, Ettorre GM, Antonini M, Santoro R, Perracchio L, Visco G, Santoro E. Liver transplantation in HIV-positive patients. *Transplant Proc*. 2007; 39:1936–8. [PubMed: 17692658]
5. Terrault NA, Roland ME, Schiano T, Dove L, Wong MT, Poordad F, et al. Outcomes of Liver Transplantation in HCV-HIV Coinfected Recipients. *Liver Transpl*. 2012;18(6):716–26.
6. Trullas JC, Cofan F, Tuset M, Ricart MJ, Brunet M, Cervera C, et al. Renal transplantation in HIV-infected patients: 2010 update. *Kidney Int* 2011;79:825-42.
7. Wadei HM, Lee DD, Croome KP, Mai ML, Golan E, Brotman R, et al. Early allograft dysfunction after liver transplantation is associated with shortand long-term kidney function impairment. *Am J Transplant* 2016;16: 850–859. doi: 10.1111/ajt.13527.
8. Hussain SM, Sureshkumar KK. Refining the Role of Simultaneous Liver Kidney Transplantation. *J Clin Transl Hepatol* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 10];6(3):289–95. Available from: <http://www.jcthn.com>
9. Chopra A, Cantarovich M, Bain VG. Simultaneous liver and kidney transplants: optimizing use of this double resource. *Trans-plantation* 2011;91:1305-1309.



OBRIGADO