



Transplante de Pulmão

Susanna Tawata Tamachiro
nºUSP 9820105

m.c.

Masculino

48 anos

Fumante

HIV Positivo - 38 anos

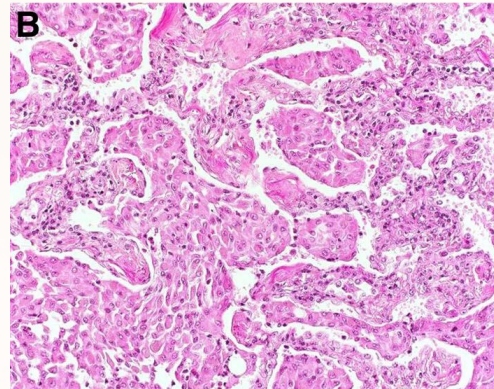
Sem informações do histórico
social e familiar

Pneumonia Intersticial
Descamativa (DIP), provocada
pelo fumo

Dispnéia e tosse não produtiva

Exame de imagem: opacidades em
“vidro despolido”

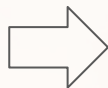
Biopsia: infiltrado de macrófagos



m.c.

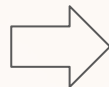
DIP pode ser tratada com corticóides e interrupção do fumo

Dispneia e piora da
função pulmonar
progressivas



Prescrito: prednisona
e micofenolato
mofetil (MMF)

Função pulmonar continuou piorando



Apontam a necessidade do
transplante

Capacidade vital forçada (CVF): 50%
Difusão pulmonar do Monóxido de
carbono (DLCO): 50%

OBS: HIV+ pode ser critério
de contra-indicação

2L de oxigênio nasal em descanso



Desfecho desejado e desafio do caso

Realizar o transplante e terapia adequada,
sem comprometer o controle do HIV

Preparo para o transplante

Parou de fumar 20 meses antes do transplante

Inicial

- Cobicistat
- Tenofovir
- Elvitegravir
- Emtricitabina

Otimizada

- Abacavir
- Dolutegravir
- Lamivudina

PCDT Brasil

- Tenofovir
- Dolutegravir
- Lamivudina

Interação farmacocinética entre Cobicistat e Tacrolimo
Cobicistat (não utilizado no Brasil): inibidor da CYP3A4
Tacrolimo é metabolizado pela CYP3A4.

Medicamentos

Indução da Imunossupressão

Basiliximab (Anticorpo monoclonal)

- 20 mg IV no dia do transplante
- 20 mg IV no dia 4 pós operatório

Metilprednisolona

- 500 mg IV na indução anestésica
- 500 mg na reperfusão

MMF (micofenolato de mofetila)

1 g pre-transplante

Manutenção e Profilaxia de Infecções

Prednisona 15 mg/dia

MMF 1 g 2x/dia

Tacrolimo, dosado em 10-12 ng/mL.

HAART

Valganciclovir 900 mg/dia

Trimetoprima-sulfametoxazol

160-800 mg/dia

Azitromicina 250 mg/dia

Desfecho Clínico - pós operatório

Dia 3: Deixou a UTI. CD4: 120 cells/ μ L

Dia 18: Alta hospitalar. CD4: 630 cells/ μ L

Mês 3: biópsia mostrou rejeição celular leve A1.

Não houve sinais de rejeição nas biópsias posteriores (1 mês depois)

Mês 6: Valganciclovir descontinuado. Sem DNA de Citomegalovirus no sangue.

Prednisona reduzida para 10mg/dia

Mês 10: Tacrolimo reduzido para 8-10 ng/mL

Mês 11: teve infecção por enterovirus/rinovirus com perda de função significativa. Tratado com uma dose de imunoglobulina 0,5g/kg, Metilprednisolona 3x/dia, seguido de Prednisona 60mg/dia, reduzidos gradualmente até 10mg/dia após melhora

Mês 14: Prednisona reduzida para 5mg/dia

Mês 24: Função pulmonar normal, sem dispneia, oxigenação normal. CD4: 940 cells/ μ L.

Carga viral indetectável



Pérola Clínica/Reflexão

A farmacoterapia relacionada ao transplante
deve ser harmonizada com as demais
condições e medicamentos utilizados

Referências

Ong, S., Levy, R.D., Yee, J. et al. Successful lung transplantation in an HIV seropositive patient with desquamative interstitial pneumonia: a case report. BMC Pulm Med 18, 162 (2018).

<https://doi.org/10.1186/s12890-018-0727-0>

Sousa,V., Carvalho, L.DIP (pneumonia intersticial descamativa): como quadro do pulmão do tabaco - apresentação de um caso, Portugal, Pulmonology Journal. 2004.

<https://www.journalpulmonology.org/en-pdf-S087321590405010X>

Camargo, PCLB., Teixeira, RHOB, Carraro RM, Campos, SV; Junior, JEA; Costa, AN; et al. Transplante pulmonar: abordagem geral sobre seus principais aspectos.. J Bras Pneumol. 2015;41(6):547-553

https://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=2464

Ministério da Saúde. Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Manejo Da Infecção Pelo Hiv Em Adultos. Brasil, 2018

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>

CAMARGO, Priscila Cilene León Bueno de et al . Citocinas no líquido pleural após transplante pulmonar como marcadores de rejeição aguda. J. bras. pneumol., São Paulo , v. 40, n. 4, p. 425-428, Aug. 2014 .

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132014000400425&lng=en&nrm=iso.