

CC-001 - PSEUDOOCCLUSÃO INTESTINAL POR HERPESVIRUS 6 HUMANO EM DOENTE TRANSPLANTADO RENAL

Sofia Saraiva¹; Carolina Simões²; Mariana Verdelho Machado²; Carlos Freitas²; Cilénia Baldaia²; Ana Valente²; Tiago Marques³; Carla Santos³; Sara Gonçalves⁴; Rui Tato Marinho²

1 - Serviço de Gastrenterologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E.; 2 - Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria. Clínica Universitária de Gastrenterologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 3 - Serviço de Infeciologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria. Clínica Universitária de Gastrenterologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 4 - Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria. Clínica Universitária de Gastrenterologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Descrição do caso clínico:

Mulher de 64 anos, transplantada renal um mês antes, por doença renal secundária a amiloidose de etiologia não esclarecida, é internada por quadro de dor, distensão abdominal e diarreia aquosa intermitente. Apresentava-se hemodinamicamente estável, apirética e com defesa à palpação abdominal. Analiticamente, sem elevação dos parâmetros inflamatórios, LDH 400U/L, GGT 200U/L, FA 245U/L e níveis tóxicos de tacrolimus (20,4ng/ml). Angio-TC abdominal: distensão não obstrutiva do íleon terminal e cólon até ao esplénico, artéria mesentérica permeável. Toxina de *Clostridium difficile* positiva, com melhoria parcial e transitória após terapêutica dirigida.

Biopsias duodenais excluíram infeção por CMV, VHS-1 e -2, *Strongyloides*, ou substância amilóide. Colonoscopia: ulcerações na válvula ileocecal secundárias a terapêutica com resina permutadora de iões (documentando-se cristais de kayexalato).

Verifica-se deterioração clínica com persistência da distensão abdominal, associada a gastroparesia/pseudo-oclusão intestinal e necessidade de colocação de sonda naso-jejunal. Associa-se quadro de mioclonias generalizadas, agitação psicomotora, alucinações visuais e febre, complicado de pneumonia de aspiração. Admitiu-se encefalite viral vs. toxicidade a tacrolimus. Contudo, não se verificou melhoria com substituição de tacrolimus por ciclosporina. Pesquisa de Herpesvirus 6 humano (HHV-6) positiva no LCR, no tubo digestivo e no sangue confirmando o diagnóstico de doença disseminada a HHV6 com encefalite e enterocolite. Assim foi medicada com ganciclovir com monitorização da virémia do HHV6.

Seis semanas após o início do ganciclovir a doente tem alta sob valganciclovir oral com resolução do quadro gastro-intestinal, neurológico e normalização das provas hepáticas.

Motivação:

Apesar da reativação do HHV-6 ser comum em doentes imunodeprimidos, apenas 1% desenvolve infeção clinicamente significativa. A pseudo-oclusão intestinal é uma manifestação extremamente rara. Apresentamos uma doente imunodeprimida com infeção por HHV-6 com envolvimento cerebral, hepático e do tubo digestivo apresentando-se como pseudo-oclusão intestinal. Verificou-se melhoria clínica temporalmente associada a diminuição da virémia, após terapêutica com ganciclovir.