

Nocardiose pulmonar em paciente submetido a um transplante renal com desfecho favorável

Carlos Nolleto, Ximene Bartmann, Viviane Calice da Silva, Rodrigo Paludo, 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, Hospital Municipal São José, CEDAP, Joinville/SC

INTRODUÇÃO

Nocardiose é uma infecção localizada, ou disseminada, causada por espécies da família Nocardiaceae, das quais a de maior importância é a *Nocardia asteroides*, mais frequente em pacientes com imunodeficiência com uma taxa de mortalidade que varia de 44 a 85%, a depender do perfil imunológico do hospedeiro.

OBJETIVO

Mostrar a importância do diagnóstico diferencial das doenças granulomatosas pulmonares em pacientes imunodeprimidos. Relatar caso de transplantado renal recente com nocardiose pulmonar evoluindo para sepse grave como diagnóstico diferencial de tuberculose pulmonar com evolução clínica favorável.

RELATO DE CASO

M.J.R. R, 25 anos, masculino, branco, portador de doença renal crônica (DRC) de causa desconhecida, HAS como patologia associada, iniciou hemodiálise em 08/2010, submetido ao transplante renal em 06/2011, doador falecido – PRA 0% /Cross-match negativo, induzido com Basiliximab pré e 4 PO, metilprednisolona 500 mg e imunossupressão inicial micofenolato de sódio (MS) 1440 mg/dia, tacrolimos (FK) 10 mg/dia e prednisona (pred) 60 mg /dia. Boa evolução, alta hospitalar com x dias PO e creatinina de 1,9 mg/dL. Apresentou um mês após tx renal, quadro compatível com meningite bacteriana tratada com ceftriaxona a qual não deixou seqüelas . Em 09/2011

apresentou febre, dispnéia e derrame pleural inicialmente diagnosticado tuberculose pleural através de biopsia (bx) de pleura. O paciente teve piora do quadro infeccioso , hepatite aguda associada e piora da função renal, necessitando de suporte ventilatório, hemodinâmico e renal substitutivo após 10 dias de uso de esquema RHZE (Rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) . Diminuída dose de imunossupressores e revisado todos os exames inclusive bx de pleura e realizado diagnóstico de Nocardiose pleural. Iniciado tratamento com Imipenem e Sulfametoxazol + trimetoprim (SMT-TMP) havendo melhora significativa do quadro clínico com recuperação completa da função renal. Após algumas semanas o paciente apresentou nova piora da função renal optado por realização de Bx renal e diagnosticado rejeição celular aguda. Não realizado tratamento desta devido a vigência da infecção por *Nocardia* com necessidade de 1 ano de tratamento sendo apenas aumentada dose de imunossupressores. Atualmente o paciente encontra-se em bom estado geral e creatinina de 1,9 mg/dL em uso de MS 720 mg/dia, Pred 10 mg/dia e FK 4 mg/dia. Em uso de SMT-TMP 4 cp/dia manutenção até completar 12 meses.

CONCLUSÃO

A suspeita clínica de determinadas patologias infecciosas se mostra cada vez mais importante para o adequado manejo e tratamento dos pacientes transplantados renais visto a importância dos quadro infecciosos neste grupo de pacientes e alta morbimortalidade de alguns destes quadros.

