

Diminuição da atividade neutrofílica antecedendo à infecção por *Staphylococcus aureus* após transplante intestinal

Wilma Carvalho Neves Forte, Alliny Oliveira Carvalho Galvan, Pedro Salem Molino, Thais Roque, Maria da Conceição Santos de Menezes, Tainá Mosca, Wangles Soler*

Relato do caso: Menina eutrófica de dois anos recebeu transplante de intestino delgado e imunossupressão (tacrolimus, basiliximab e metilprednisolona). Exames do primeiro dia pós-operatório mostraram linfopenia normal e diminuição da ingestão fagocitária por neutrófilos (três ou mais vacúolos fagocíticos entre um número fixo de 200 células): 20% controle; 47% zymosan e soro homólogo; 50% zymosan e soro autólogo, em comparação aos valores mínimos observados em 20 crianças saudáveis não transplantadas da mesma idade (24, 76, 70%). Não houve diferença significativa para quimiotaxia de neutrófilos (54 μ ; 72 μ ; 74 μ) nem para a digestão fagocitária por redução de NBT (9% espontâneo; 18% estimulado com LPS). No segundo PO apresentou febre baixa e no terceiro, dor abdominal e queda do estado geral. Realizada laparotomia exploradora mostrando ascite por *Staphylococcus aureus*. Depois de tratamento específico, evoluiu bem, com regressão da infecção. Após dez dias, os exames mostraram-se normais. **Discussão:** A diminuição transitória da atividade neutrofílica antecedeu a manifestação clínica de infecção por *S. aureus*. No exame da ingestão fagocitária não houve diferença entre o segundo e terceiro ensaios, indicando problema intrínseco ao neutrófilo, responsável pela defesa contra microrganismos catalase-positivos. A diminuição provavelmente foi decorrente do estresse cirúrgico e da imunossupressão. Em cirurgias de grande porte são descritos diminuição de TNF α , o que diminui migração transendotelial de neutrófilos, e aumento de IL-10 plasmática, a qual inibe a fagocitose. Tacrolimus e basiliximab diminuem a ação de IL-2, necessária para ativação de Th1 e síntese de IFN- γ , o qual facilita a fagocitose. **Conclusão:** A diminuição *in vitro* da ingestão fagocitária por neutrófilos antecedeu manifestação de infecção por *S. aureus*. Acreditamos que a avaliação da atividade neutrofílica seja benéfica a pacientes em condições semelhantes para auxiliar diagnóstico e tratamento precoces de infecções.

* Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.



Imunocompetência e imunossupressão: o papel do imunologista no transplante de córnea – Relato de caso

Laise Fazanha Sgarbi, Sérgio Duarte Dortas Junior, Ana Paula da Cruz Neves Lopes, Bárbara Landucci Grion, Alfeu Tavares França, Solange Oliveira Rodrigues Valle*

Paciente feminina, 69a, ex-tabagista, hipertensa e diabética. Na adolescência apresentava conjuntivites de repetição (sic). Aos 20 anos, trauma ocular em ambos os olhos (AO), por espancamento, e desde então com perda visual progressiva. Aos 40 anos, diagnosticados catarata e glaucoma em AO, tratados cirurgicamente. Evoluiu com ceratopatia bolhosa (CB) em AO. Foram realizados cinco transplantes de córnea (2 à direita, 3 à esquerda). Após 6 meses de cada procedimento, apresentou rejeição, com amaurose em AO. A oftalmologia optou por novo transplante de córnea direita associado a imunossupressão, encaminhada à imunologia. Excluídos neoplasias, doenças infectocontagiosas e imunodeficiências. Iniciou prednisona 10 mg/dia, micofenolato de sódio 320 mg e tacrolimo 5 mg, SMX+TMP 2x/dia, 48 horas antes do transplante. Após 90 dias do procedimento, foi suspenso prednisona. Segundo a oftalmologia recuperou 20% da acuidade visual e mantém córnea translúcida. A CB caracteriza-se por edema corneano estromal, com perda da transparência da córnea. Suas causas mais comuns são procedimentos intraoculares e glaucoma refratário, muitas vezes com necessidade de transplante de córnea. A rejeição ao transplante de córnea pode ocorrer em 14 dias a 30 anos. Neste caso, a rejeição se deu por neovascularização da córnea rompendo o privilégio imune ocular, decorrente do aumento de células de Langerhans, citocinas pró-inflamatórias e expressão de antígenos MHC I e II; diminuição da competência microvascular, como consequência da CB, e rejeição aos transplantes prévios, facilitando a apresentação da córnea como antígeno. Para o transplante de córnea, há possibilidade de utilizar córnea compatível pelo sistema ABO e HLA, ou realizar imunossupressão. No Brasil, não há legislação e obrigatoriedade em testar histocompatibilidade de córnea. A terapia de imunossupressão, pode ser feita por via tópica, porém com resultados ruins, preferencialmente opta-se pela via sistêmica, como no caso relatado.

* HUCFF - Universidade Federal do Rio de Janeiro.