

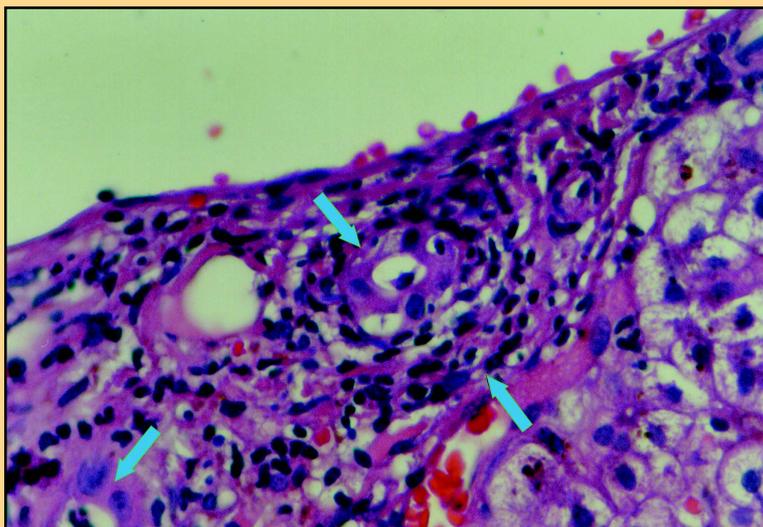
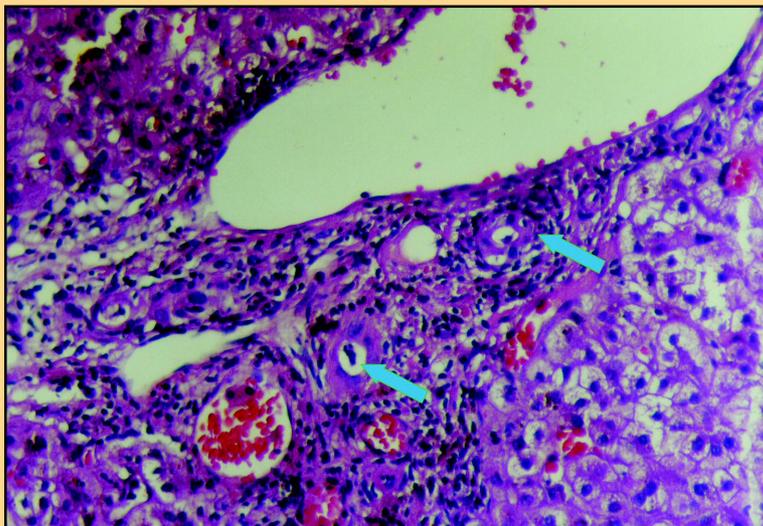
Imagens em Hematologia Clínica

Doença do Enxerto versus Hospedeiro Hepática

Hepatic Graft versus Host Disease

Paulo A. Zola¹

Dalisio Santi Neto²



Colangite linfocítica não destrutiva. Ducto biliar exibindo degeneração e atrofia epitelial, circundados por infiltrado inflamatório com predomínio linfocítico, com focos de agressão ao epitélio biliar do endotélio do ramo venoso portal. O epitélio ductal está edemaciado, com linfócitos intra-epiteliais circundados por um vacúolo, além de células inflamatórias intra-luminais.

As fotos se referem a biópsia hepática de paciente portador de LMC, pós TMO alogênico no D+ 420, com DEVH crônica.

Hospital de Base de São José do Rio Preto

Endereço para correspondência: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416. S. José do Rio Preto. SP. Cep.: 15090-000.
Tel.: (17) 227-2755

Doença do Enxerto versus Hospedeiro Hepática

Hepatic Graft versus Host Disease

Paulo A. Zola¹

Dalisio Santi Neto²

Doença na qual os linfócitos T do doador reconhecem como estranhos os antígenos do receptor. Para que isto aconteça, algumas condições são necessárias:

a) O implante deve conter células imunocomponentes;

b) O receptor deve ter aloantígenos que diferem do doador, ou reconhecer autoantígenos de forma inadequada.

c) O receptor deve ser incapaz de produzir resposta imune contra o enxerto.

Tipos de Doença Enxerto versus Hospedeiro

Alogênica: Aguda e Crônica

A DEVH aguda tem início aproximadamente no 19º dia após Transplante, podendo afetar três órgãos básicos: pele, fígado e intestino. Não é infrequente a DEVH tardia podendo ocorrer mesmo depois D+100.

Na pele observa-se eritema maculopapuloso em região palmar, plantar, orelhas, face, pescoço, tronco e flancos. Nas fases mais avançadas observam-se descamação cutânea, formação de bolhas, e necrose epidérmica.

No fígado ocorre colestase e como consequência, a elevação da bilirrubina e da fosfatase alcalina plasmática.

O quadro histológico da forma aguda da DEVH é caracterizado por infiltrado linfocítico e/ou misto nos espaços porta, com agressão ao epitélio biliar causando degeneração e necrose celular epitelial, lesão característica da doença enxerto versus hospedeiro, da forma aguda. Estes achados histológicos são encontrados mais comumente entre os dias 35 a 90 pós transplante. No lóbulo encontram-se muitos corpos acidofílicos, variando com a idade da lesão.

A DEVH aguda pode ser seguida pela forma crônica da doença e nessa condição ocorrem

ductopenia, fibrose biliar e colestase.

As alterações gastrointestinais são manifestadas por anorexia, náuseas, vômitos, intolerância alimentar, diarreia, dor em cólica e enterorragia.

Os fatores de riscos mais comuns que aumentam a possibilidade de DEVH são:

- incompatibilidade doador / receptor (HLA)
- alo sensibilização do doador
- idade do paciente e do doador
- sexo oposto, doador / receptor
- quantidade de linfócitos T do inóculo

A DEVH crônica geralmente tem início depois do dia +100, porém, empregam-se os critérios clínicos para o diagnóstico, uma vez que a DEVH crônica pode ocorrer mesmo antes do D+100.

Ela é caracterizada clinicamente por lesões:

Cutâneas: semelhantes ao líquen plano, esclerodermia, eritrodermia, hiperqueratose e descamação cutânea.

Mucosas: candidíase, herpes, lesões tipo líquen plano, e Síndrome Seco.

Hepática: colestase, e excepcionalmente evolução para cirrose.

Ocular: Síndrome Seco, conjuntivite.

Gastrointestinal: diarreia, má absorção intestinal, disfagia.

Pulmonares: bronquiolites obliterantes, infecções pulmonares frequentemente associadas ao déficit de IgA.

Neuromuscular: miastenia gravis, polimiosites, dores musculares e cãibras musculares.

Referência Bibliográfica:

Carreras E., Brunet S., Rovira M., Sierra J., Urbano-Ispizua. Á., **Manual de Trasplante Hemopoyético** 1998, Ediciones Antares – Espanã.

1 - Médico Hematologista e Hemoterapeuta do HB de S.J.R.Preto

2 - Médico Patologista do HB de S.J.R.Preto