

IMAGENS EM HEMATOLOGIA/IMAGES IN HEMATOLOGY

Varicela hemorrágica após transplante de medula óssea Hemorrhagic varicella after bone marrow transplant

Lilian Piron-Ruiz¹
Fernando Góngora-Rúbio¹
Renata Z. Rodrigues²
Ana P. Gallo¹
Milton A. Ruiz¹

¹Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP. FUNFARME, CINTRANS – FAMERP.

²Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Goiás.

Os pacientes submetidos ao transplante de medula óssea (TMO) apresentam um elevado risco de infecção pelo Vírus da Varicela Zoster (VVZ).^{1,2} As complicações mais frequentes do VVZ presentes em 68% dos casos nos pacientes transplantados são as neuralgias pós-herpéticas e as neuropatias periféricas, lesões cutâneas em 41% dos casos e o envolvimento cutâneo disseminado observados em 17% dos pacientes.² A incidência cumulativa da infecção viral é de 13 % após 12 meses do procedimento, e de 38% após o vigésimo oitavo mês do TMO.¹ A suspensão ou a profilaxia com antivirais está relacionada com o aparecimento da in-



Correspondência para: Milton Arthur Ruiz
Unidade de TMO – Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP, Brasil
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5544
15090-000 – São José do Rio Preto-SP – Brasil

fecção ou com o retardo do aparecimento da infecção nos pacientes sorologicamente positivos, mas após 28 meses do procedimento a descrição dos casos de infecção pelo VVZ não costuma ser observada.^{1,2} Formas inusitadas ou acometimentos viscerais são consideradas formas graves da moléstia, estando descritos quadros abdominais sem o comprometimento cutâneo nos pacientes após o TMO.^{3,4}

Apresentamos o caso de um paciente procedente de Goiânia, 27 anos, sexo masculino, portador de Leucemia Mielóide Crônica, submetido a TMO/MO, de irmão HLA idêntico, aos três meses após o diagnóstico em fase crônica, sem incompatibilidade do grupo ABO e RH. Utilizou como tratamento de sua doença de base prévio ao TMO unicamente Hidroxiúrea. Regime de condicionamento com busulfano 16 mg/kg e ciclofosfamida 140 mg/kg, profilaxia de Doença Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH) com metotrexato 16 mg/m² (dia 1) e de 10mg/m² (3, 6, 11) e ciclosporina a partir do dia anterior ao procedimento. Concomitante realizou profilaxias ao *P. carinii*, antibacterianas, virais e parasitárias previamente e durante o período de internação, que foi de vinte dias. Utilizou aciclovir 1600 mg/dia até o dia 90 do TMO. Apresentou DECH agudo grau II pele e fígado controlado com ciclosporina associado a prednisona. No dia + 126, desenvolveu quadro típico de varicela em sua forma hemorrágica.

Nas imagens apresentamos quadro com lesões polimórficas no tronco (Figura 1) e braço (Figura 2) com predominância de lesões crostosas e eritematosas, algumas vesículas e lesões hemorrágicas. Não apresentou durante o período comprometimento de órgãos internos. Foi submetido a tratamento com aciclovir 500 mg/m² EV e permaneceu internado durante 21 dias com recuperação total das lesões.

Referências Bibliográficas

1. Steer CB, Szer J, Sasadeusz J et al. Varicella-zoster infection after allogeneic bone marrow transplantation: incidence, risk factors, and prevention with low-dose acyclovir and ganciclovir. *Bone Marrow Transplant* 2000; 25(6):657-664.
2. Koc Y, Miller KB, Schenkein DP et al. Varicella Zoster virus infection following allogeneic bone marrow transplantation: frequency, risk factors and clinical outcome. *Biol Blood Marrow Transplant* 2000;6(1): 44-49.
3. Ladriere M, Bibes B, Rabaud C et al. Varicella Zoster virus infection after bone marrow transplant: a unusual presentation and importance of prevention. *Presse Med* 2001;30(23):1.151-1.154.
4. Yagi T, Karasuno T, Hasekawa T et al. Acute abdomen without cutaneous signs of varicella – zoster virus infection as late complications of allogeneic bone marrow transplantation: importance of empiric therapy with acyclovir. *Bone Marrow Transplant* 2000;25(9): 1.003-1.005.

Recebido: 14/04/03

Aceito: 20/04/03