

ASSOCIAÇÃO DE FORMAS GRAVES DE ESTRONGILOIDÍASE E AMEBÍASE INTESTINAL

Edgard CARVALHO FILHO (1), Aristides Cheto QUEIROZ (2) e Heonir ROCHA (3)

RESUMO

De 36 casos consecutivos de estrogiloidíase grave autopsiados no Hospital Prof. Edgard Santos, cinco deles apresentaram, concomitantemente, forma clínica severa de amebíase intestinal. Ambos os parasitas se encontravam, nestes casos, invadindo os tecidos do hospedeiro, particularmente ao nível dos cólons, que exibiam alterações inflamatórias e ulcerativas extensas. Embora a interrelação das parasitoses não tivesse ficado esclarecida, os Autores sugerem que deve ter havido, entre eles, facilitação ou potencialização de efeito patogênico, quer pela queda do estado geral do hospedeiro, quer pela utilização, por parte de um deles, de processos ulcerativos provocados pelo outro, facilitando a invasão tecidual e maior efeito patogênico. Como não foi feito o diagnóstico clínico de amebíase em nenhum dos cinco casos estudados, os Autores sugerem que deve haver preocupação, no manuseio de portadores de formas graves de estrogiloidíase, de se verificar se existe amebíase associada, o que resultará em ampliação do esquema terapêutico nestes casos graves, com alto índice da mortalidade.

INTRODUÇÃO

Estrongiloidíase e Amebíase têm incidência elevada em regiões de clima tropical, locais onde também são descritas, com maior frequência, as complicações decorrentes destas doenças^{2, 4}. Estado nutricional precário, coexistência de neoplasias, tuberculose e uso de drogas imuno-supressoras, têm sido incriminados como propiciadores do desequilíbrio hospedeiro-parasito, constituindo-se, deste modo, fatores agravantes e predisponentes no desenvolvimento de formas graves destas parasitoses, determinando alto índice de mortalidade^{5, 5, 9, 10, 12, 13}.

O presente trabalho visa mostrar as peculiaridades da associação de estrogiloidíase e colite amebiana, sugerindo os prováveis mecanismos que contribuíram para a severidade do quadro clínico de ambas as parasitoses, quando associadas.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram revistos, com detalhes, os achados de autópsias e dados clínicos de cinco dos 36 pacientes que faleceram com diagnóstico de estrogiloidíase grave entre os anos de 1950 a 1972, no Hospital Prof. Edgard Santos, Bahia-Brasil, que apresentavam concomitantemente, forma severa de amebíase intestinal.

Na revisão clínica, foram computados duração de doença, sintomas e sinais, exames de laboratório e evolução. Na revisão anátomo-patológica, foram catalogadas as lesões decorrentes destas parasitoses. No caso de estrogiloidíase foi procedido estudo detalhado de todo o trato gastrointestinal, com descrição das lesões, no intuito de avaliar a intensidade do parasitismo e também o grau de invasão tecidual. Com relação à amebíase, estudo das lesões ulceradas do cólon foi pro-

Trabalho realizado no Hospital Prof. Edgard Santos, Salvador, Bahia, Brasil

- (1) Mestrado em Medicina Interna
- (2) Professor-Assistente, Departamento de Patologia Aplicada
- (3) Professor-Titular, Departamento de Medicina

cedido com a finalidade de demonstrar a invasão tecidual por formas vegetativas deste protozoário. Todos estes pacientes foram submetidos a autopsia completa e as lâminas foram re-estudadas.

RESULTADOS

As principais manifestações clínicas e dados anátomo-patológicos dos doentes incluídos no estudo encontram-se na Tabela I.

Dos cinco pacientes, quatro eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Queixas progressivas relacionadas ao aparelho digestivo, como diarreia, ou obstipação alternada com diarreia, variou de semanas a anos; contudo, o agravamento do quadro foi um dado recente, tendo ocorrido, e todos os casos, num período inferior a duas semanas. Perda de peso, dor abdominal com cólica e vômitos, foram os aspectos mais comuns na anamnese. Não havia antecedentes de contacto com portadores de tuberculose, e nenhum doente fez uso de drogas imuno-supressoras. Uma das mulheres encontrava-se no 9º mês de gravidez quando passou a ter febre e diarreia, ocorrendo agravamento do quadro clínico no puerpério (caso 1). Taquicardia, hipotensão, grau severo de desidratação, roncós e crépitos à ausculta do tórax e dor à palpação abdominal, foram os achados mais constantes no exame físico. Um paciente desenvolveu distensão abdominal com desaparecimento de ruídos hidro-aéreos (caso 4). Edema foi registrado em dois doentes.

Quadro de choque foi verificado por ocasião da admissão em quatro pacientes (casos 1, 2, 3, 5) que evoluíram para morte dentro de 24 horas, apesar de hidratação e cuidados intensivos. O maior período de permanência hospitalar (15 dias) foi verificado no caso 4, que chegou a receber tratamento com Thiabendazol na dose de 1,5 g por dois dias. Nesta ocasião, desenvolveu hipertermia (39°C) e morreu em choque, tendo um leucograma revelado leucocitose com desvio para a esquerda (I = 22.700, S = 60%, B = 12%, E = 7%, L = 14%, M = 7%).

Os achados macroscópicos do intestino delgado, mostravam hiperemia, congestão,

edema e ulceração da mucosa. No intestino grosso além de congestão, edema e hemorragia, estavam presentes lesões ulcerativas da mucosa. O parasitismo intestinal ao nível do delgado era do tipo superficial com larvas, ovos e vermes adultos, sempre associados a reação inflamatória mononuclear de grau moderado. Apenas dois casos apresentaram parasitismo de penetração nesta área. No intestino grosso, o parasitismo era do tipo de penetração com intensidade variável, de moderada a intensa, com larvas íntegras ou degeneradas, mostrando reação granulomatosa em torno das larvas. Estas alterações foram vistas desde a mucosa até a serosa. Além da presença nos intestinos, larvas foram também detectadas em outros sítios do organismo, como esôfago, estômago, pulmão, gânglios mesentéricos e no tecido adiposo e córion da pelve renal. O diagnóstico de estrombiloidíase foi feito através de exame parasitológico de fezes que revelou larvas de *Strongyloides stercoralis* à simples observação microscópica direta, em todos os casos. O diagnóstico da forma grave de amebíase foi realizado "pos-mortem" em todos os casos, pelo encontro de ulcerações no intestino compatíveis com as determinadas por este protozoário, e pela ocorrência de invasão tecidual atingindo desde a mucosa à submucosa por trofozoítos de *E. histolytica*. Na Fig. 1 pode-se ver a concomitância de larva de *S. stercoralis* e trofozoítos de *E. histolytica* invadindo a submucosa do cólon de um destes casos (caso 5). A invasão por trofozoítos foi intensa, como se pode observar na Fig. 2. No único exame de fezes realizado em cada um destes casos, em dois constatou-se a presença de ameba (casos 2 e 3). *Tricocephalus trichiurus* (nos casos 1 e 2); *Ascaris lumbricoides* (caso 3) e *Ascaris lumbricoides* e *A. duodenale* (caso 5) foram as outras parasitoses detectadas nestes pacientes.

DISCUSSÃO

Associação de parasitoses intestinais em regiões de clima tropical e em locais onde as condições sanitárias são precárias é muito freqüente^{6,9}. Entretanto, agravamento de uma parasitose pela existência de outra, ou outras associadas, só tem sido relatado de modo esporádico, e, às vezes, não convincente¹¹.

TABELA I
Principais dados clínicos e anátomo-patológicos em 5 pacientes portadores de formas graves de estromboloidiase e amebiase associadas

Casos	Idade	Sexo	Início de sintomas digestivos	Manifestações clínicas					Achados anátomo-patológicos				
				Vômito	Distensão abdominal	Diarréia		Edema	Choque	Delgado	Ulceração	Grosso	
						Nº de dejeções (dia)	Sangue nas fezes (macroscópico)					Invasão tecidual	<i>S. stercoralis</i>
1	34	F	3 m	Não	Não	10	Não	Não	Sim	++	++	+	+
2	25	F	2 a	Sim	Não	4	Não	Sim	Sim	+	++	+	++
3	64	F	12 a	Não	Não	4	Não	Não	Sim	++	++	+	++
4 (*)	16	M	15 d	Sim	Sim	8	Não	Não	Sim	+	(**)	+	+
5	17	F	15 d	Sim	Não	4	Não	Sim	Sim	++	++	+	+

(*) Recebeu tratamento com Thiabendazol

(**) Erosões com necrose superficial do epitélio, e inflamação com reação granulomatosa na submucosa e adventícia do cólon.

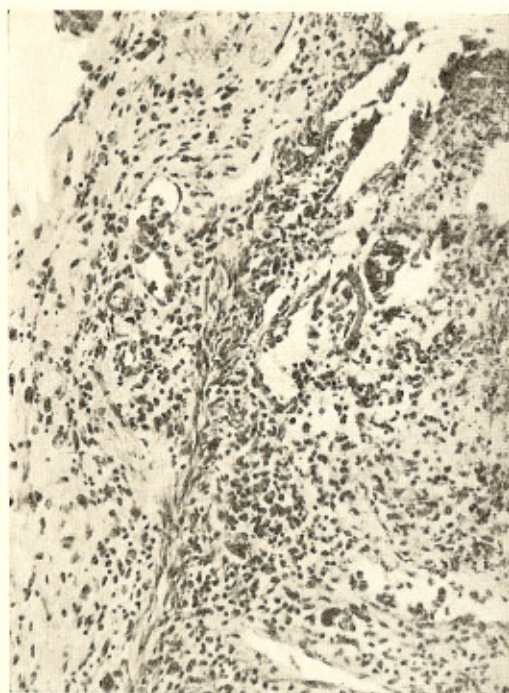


Fig. 1 — Invasão tecidual, ao nível do cólon, por larvas de *S. stercoralis* e *E. histolytica*. Note-se além disso, edema intersticial e reação inflamatória predominantemente de células mononucleares (Caso 5). (Hematoxilina eosina, 160 X)

Nosso estudo demonstra que a ocorrência de estrombiloidíase e amebíase, no mesmo hospedeiro, pode levar ao surgimento de formas graves de ambas as parasitoses, com elevado índice de letalidade.

Nenhum dos casos incluídos neste estudo apresentava história progressiva de má nutrição, estava em uso de drogas imuno-supressoras, ou era portador de doença consuntiva, comprovadamente causas de aumento da susceptibilidade do hospedeiro para desenvolver formas graves de certas parasitoses^{3, 5, 9, 10, 12, 13}. Apenas um dos pacientes (caso 2) evidenciou tuberculose pulmonar à necropsia.

O diagnóstico clínico de amebíase não foi realizado em nenhum dos casos, apesar da gravidade da parasitose. Este fato, aliás, não é surpreendente, porque já tem sido relatado, mesmo em se tratando de formas fatais de amebíase^{8, 14}. A impressão clínica nos pacientes deste estudo, foi a de um quadro exclusivamente decorrente de estrombiloidíase

grave. Pela ausência de acompanhamento anterior, não podemos assegurar a data de início da sintomatologia das parasitoses, e qual a que primeiro se manifestou. Todavia, a história de diarreia alternada com obstipação intestinal (caso 3), e o informe do início da doença durante a gravidez, com piora no puerpério (caso 1)⁷, sugeriu que, nestes pacientes, talvez a amebíase tivesse se instalado anteriormente, ou, pelo menos, que ela tenha sido responsável pela sintomatologia inicial.

O mecanismo pelo qual se desenvolveu forma grave destas parasitoses poderia estar na dependência da queda do estado geral produzida pela helmintíase ou protozoose, criando clima de maior susceptibilidade para o hospedeiro, favorecendo, assim, a severidade de uma delas. Todavia, a hipótese de que alterações patológicas produzidas por uma podem favorecer a disseminação da outra, é bastante plausível, levando-se em conta que as ulcerações amebianas no cólon poderiam ter facilitado uma maior penetração de larvas filariformes do *Strongyloides stercoralis*

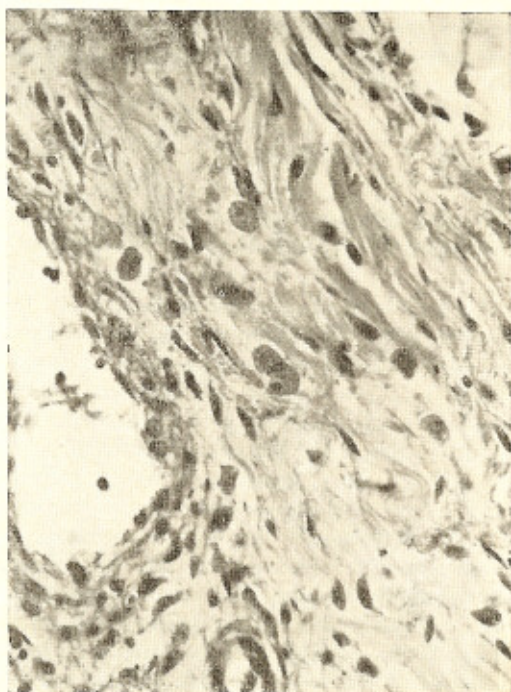


Fig. 2 — Presença de numerosos trofozoítos de *E. histolytica* na submucosa do cólon, de um paciente com forma grave de estrombiloidíase. (Hematoxilina eosina, 400 X)

acelerando, assim, a auto-endo-infestação. Em contrapartida, a presença de estrogiloidíase, provocando ulcerações ao nível do intestino delgado e cólon, e aumentando o peristaltismo intestinal, poderia favorecer a presença de maior número de trofozoitos de *E. histolytica* no intestino grosso, facilitando a penetração tecidual deste protozoário, em áreas já previamente lesadas. É de interesse ressaltar o encontro dos dois parasitos com grau variado de invasão tecidual nos processos ulcerativos do intestino (Fig. 1).

De uma maneira ou de outra, o assunto se reveste de grande importância, por mostrar que associação de parasitoses pode contribuir para o aparecimento de formas severas, e que o erro em não detectar o agente coadjuvante ou associado, incorre em grande prejuízo para o doente.

Deve haver cuidadosa busca de *E. histolytica* nas fazes de pacientes com quadro clínico sugestivo de estrogiloidíase grave. É óbvio que o diagnóstico de amebíase, nestes casos, resultará em imediata ampliação do plano terapêutico, nesta situação clínica de grande gravidade e de elevado índice de mortalidade, a despeito do tratamento específico da estrogiloidíase.

SUMMARY

The association of severe clinical forms of strongyloidiasis and intestinal amoebiasis

From a total of 36 consecutive cases of fatal strongyloidiasis autopsied at Hospital Prof. Edgard Santos, 5 of them presented concomitantly a severe form of intestinal amoebiasis. In all of those later cases there was tissue invasion by parasites, particularly at the colon, where extensive areas of inflammation and multiple ulcerations could be detected. Eventhough the interrelationship of those parasitic infections was not determined, the Authors suggest that the pathogenetic effect of one may have exacerbated the other, either by interfering with the general or local defenses of the host. The ulcerations produced by one of those agents may have facilitated the tissue invasion by the other. In none of those 5 cases studied amoebiasis was diagnosed clinically, despite its severity. The

general suggestion is made that in every case of severe strongyloidiasis, concomittant amoebiasis should be searched for, because of its relative frequent association and because, if diagnosed, there should be an immediate broadening of the therapeutic approach, in an attempt to reduce the high mortality recorded in those cases.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABIONE, A.A.; LEWIS, E.A. & McFARLANE, H. — Clinical evaluation of serum immunoglobulins in amoebiasis. *Immunology* 23:937-946, 1972.
2. CHEN, W.J.; CHEN, K. & LIN, M. — Colon perforation in amoebiasis. *Arch. Surg.* 103:676-680, 1971.
3. CRUZ, T.; REBOUCAS, G. & ROCHA, H. — Fatal strongyloidiasis in patients receiving corticosteroid. *New Engl. J. Med.* 275:1093-1096, 1966.
4. DIAS, G.L. — Fatal infection by *Strongyloides stercoralis*. *Gastroenterology* 38:255-258, 1960.
5. EISERT, J.; HANIBAL, J. & SANDERS, S.L. — Fatal amoebiasis complicating corticosteroid management of *Penphigus vulgaris*. *New Engl. J. Med.* 261:843-845, 1959.
6. FARIA, J.A.S. — Prevalência de helmintos em escolares de 7-14 anos na cidade do Salvador. *Rev. Soc. Brasil. Med. Trop.* 6: 261-164, 1972.
7. HOMER, R.S.; McNALL, E.G.; OURA, M. & GOLINO, M. — Natural resistance to infectious disease in pregnancy. Possible relationship to serum properdin concentration. *Amer. J. Obst. Gyn.* 81:29-41, 1961.
8. JUDY, L.K. — Amoebiasis presenting as an acute abdomen. *Amer. J. Surg.* 127:275-279, 1974.
9. LEWIS, E.A. & ANTIA, A.V. — Amoebic colitis: review of 295 cases. *Trans. Roy. Soc. Med. Hyg.* 63:633-638, 1969.
10. MODY, V.R. — Corticosteroids in latent amoebiasis. *Brit. Med. J.* 2:1399, 1959.
11. PETERSON, T.; STENSTROM & KYRONSEPPA, H. — Disseminated lung opacities and cavitation associated with *Strongyloides stercoralis* and *Schistosoma mansoni* infection. *Amer. J. Trop. Med. Hyg.* 23:163-168, 1974.

12. PITTMAN, F.E.; EL-HASHIMI, W.K. & PITTMAN, J.C. — Studies of human amoebiasis. Clinical and laboratory findings in eight cases of acute amoebic colitis. *Gastroenterology* 64:927-929, 1973.
13. WALLACE, A.R. & BILL, N. — Strongyloidiasis and malignant lymphoma. Opportunistic infection by a nematode. *J.A.M.A.* 195:685-687, 1966.
14. WRULBE, L.D.; DUCKWORTH, J.K.; DUKE, D.D. & ROTHSCHILD, J.A. — Toxic dilatation of the colon in a case of amoebiasis. *New Engl. J. Med.* 275:296-298, 1966.

Recebido para publicação em 28/1/1975.