

NOTAS

ANGIOSTRONGILOIDOSE ABDOMINAL
(Apresentação de um caso)

MARCIANO ANTONIO ROJAS AYALA
IVANIO F. GUERRA
RENÉ ALFREDO SCHIR
ANTONIO MOTIZUKI

Os autores apresentam um caso de angiostrongiloidose abdominal, numa criança de um ano de idade, do Sudeste do Paraná. Baseados nos dados clínicos e anatomo-patológicos identificam o parasito como Angiostrongylus costaricensis.

Morera (1967) e Céspedes et al (1967) descreveram, pela primeira vez na Costa Rica, uma importante parasitose humana, produzida por um nematódeo metastrongilóide, o *Angiostrongylus costaricensis* (Morera & Céspedes, 1971 a, b; Robles et al, 1968), que parasita os ramos terminais da artéria mesentérica, principalmente a porção íleo-cecal, onde determina inflamação e trombose. Mais tarde casos semelhantes foram relatados em Honduras (Sierra & Morera, 1972) e Venezuela (Morera, 1973).

Presentemente, sabe-se que no Brasil a doença tem sido apenas descrita em três oportunidades: sendo dois no Estado de São Paulo, por Ziliotto et al (1975), por Campos, Marigo & Cabeça (1977) e o terceiro em Brasília por Barbosa et al (1980).

Objeto desta publicação, será a apresentação de um caso autóctone, ocorrido na região do Sudoeste do Estado do Paraná, no intuito de contribuir para traçar a distribuição geográfica do *A. costaricense* e a sua importância em nossa patologia.

RELATO DO CASO

Menina de um ano de idade, natural de São João, Sudoeste do Paraná, agudamente doente, com história de início há 3 dias, com abatimento, palidez, seguida de distensão abdominal e febre, mais tarde vômitos biliosos, irritabilidade fácil e com parada de eliminação de gases e fezes. Ao exame físico, temperatura 38,5°C, criança desnutrida, cabelos ralos e quebradiços e com palidez tóxica, abdome distendido, tenso, doloroso difusamente. Ruídos hidro-aéreos ausentes. Toque retal – ampola vazia. Exames laboratoriais

Trabalho realizado na Policlínica Pato Branco, 85500 Pato Branco, Paraná, Brasil.

Recebido para publicação em 7 de dezembro de 1981 e aceito em 6 de janeiro de 1982.

revelaram: RX simples de abdome: Alças intestinais distendidas, com níveis líquidos. Hemograma — HT 29% — HG 9,80g/100ml — Plaquetas normais. Leucócitos 8.000m^3 (dos quais eosinófilos 11%, linfócitos 57%, monócitos 10%, bastonetes 12% e segmentados 10%), grupo sanguíneo A. Fator RH positivo — Cálcio 4,2mg/L. Exame de fezes negativo.

ACHADO CIRÚRGICO

Líquido sero sanguinolento na cavidade abdominal, alças do intestino delgado dilatadas. Obstrução com necrose do íleo terminal, numa extensão de 10cm da válvula íleo-cecal. Apêndice hiperemiado.

CIRURGIA REALIZADA

Ressecção do segmento ileal necrosado, com anastomose término terminal em dois planos, mais apendicectomia e biópsia ganglionar. Drenagem da cavidade e fechamento por planos.

EVOLUÇÃO

Na evolução, a febre continuou por dois dias e a paciente teve alta melhorada. Um mês após, broncopneumonia com boa resposta ao tratamento. E foi feito de controle um hemograma — HT 34,6% — HG 10,80g/100ml — leucócitos 15%, eosinófilos 3%, neutrófilos 2%, bastonetes 3%.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Macroscopia — um segmento de intestino delgado medindo 7cm de comprimento por 1,8cm de diâmetro, com serosa espessada, por induto branco-amarelado. Na abertura vê-se áreas enegrecidas e friáveis na porção mediana da peça numa extensão de 3cm, nas demais porções a mucosa mostra-se edemaciada e com granulações finais de coloração branco-amarelado de distribuição miliar. O apêndice vermicular mede 2x0,4cm com serosa espessada em áreas, por induto branco-amarelado. Ao corte sua parede edemaciada, de cor rósea. Anexo dois linfonodos medindo o maior 1x0,8cm, de consistência elástica. Ao corte superfície homogênea e de cor róseo brancacento.

Microscopia — os cortes feitos ao nível do intestino delgado e apêndice vermicular mostram um denso infiltrado inflamatório, de todas as camadas, constituído principalmente por eosinófilos e em moderada quantidade por linfócitos e plasmócitos; com frequência são vistos granulomas (Fig. 1) secundados por células gigantes multinucleadas, que por vezes contêm no seu interior ovos embrionados ou não. Havia também extensas áreas de necrose, com acentuada congestão vascular, algumas artérias de médio calibre mostravam oclusão total ou parcial de sua luz por trombos, assim como espessamento inflamatório da íntima (Fig. 2), com intensa redução da sua luz. Na luz de uma artéria da submucosa foi visto um verme adulto (Fig. 3). Os cortes dos linfonodos mostravam acentuada hiperplasia dos folículos linfóides e moderado infiltrado de eosinófilos, células plasmáticas e macrófagos.

DISCUSSÃO

No presente caso, a sua ocorrência em criança e por tratar-se de uma condição abdominal aguda (Robles et al, 1968), além do aspecto das lesões observadas à laparoto-

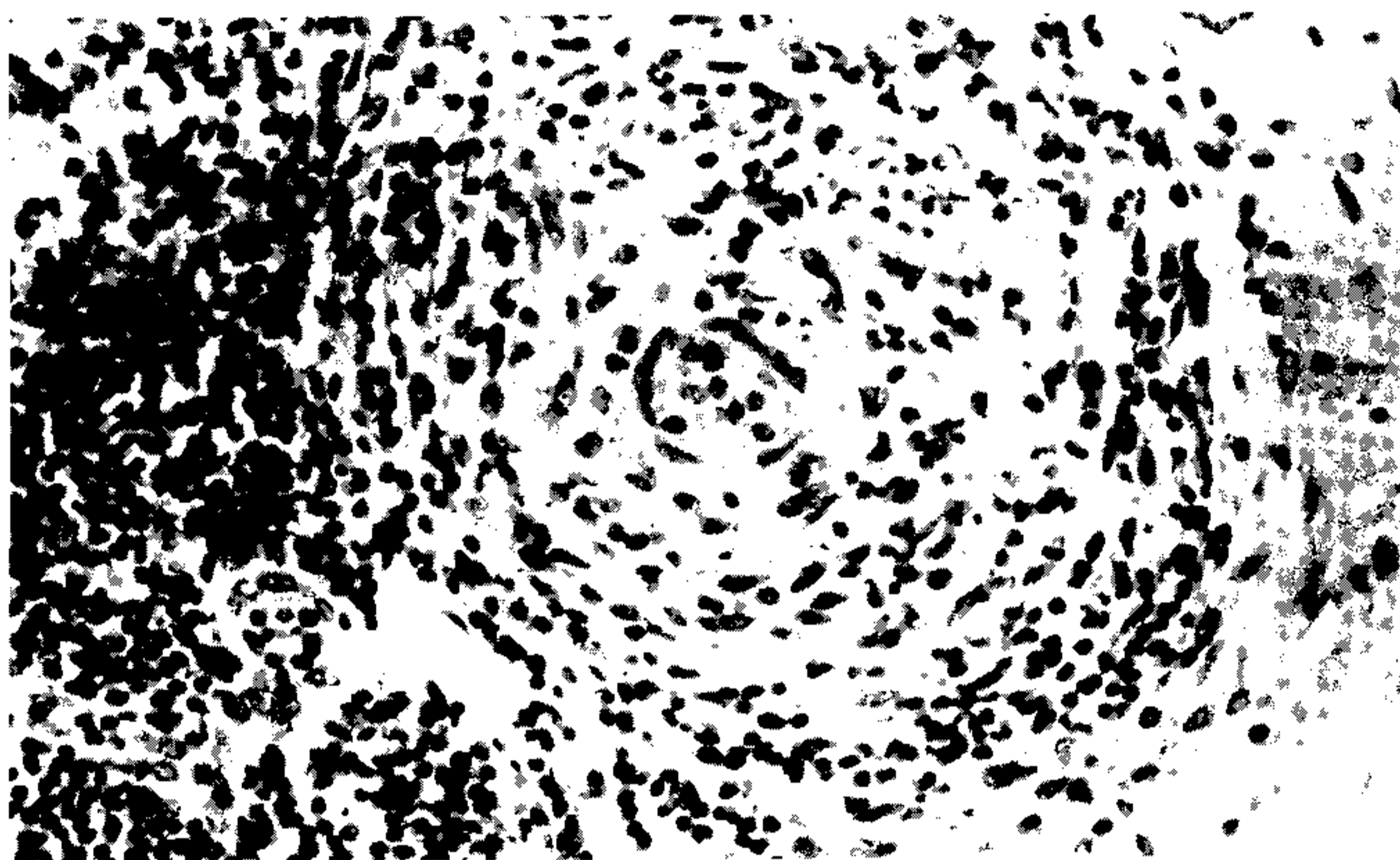


Fig. 1 - Inflamação granulomatosa em torno de ovo em desintegração. HE 150 X.

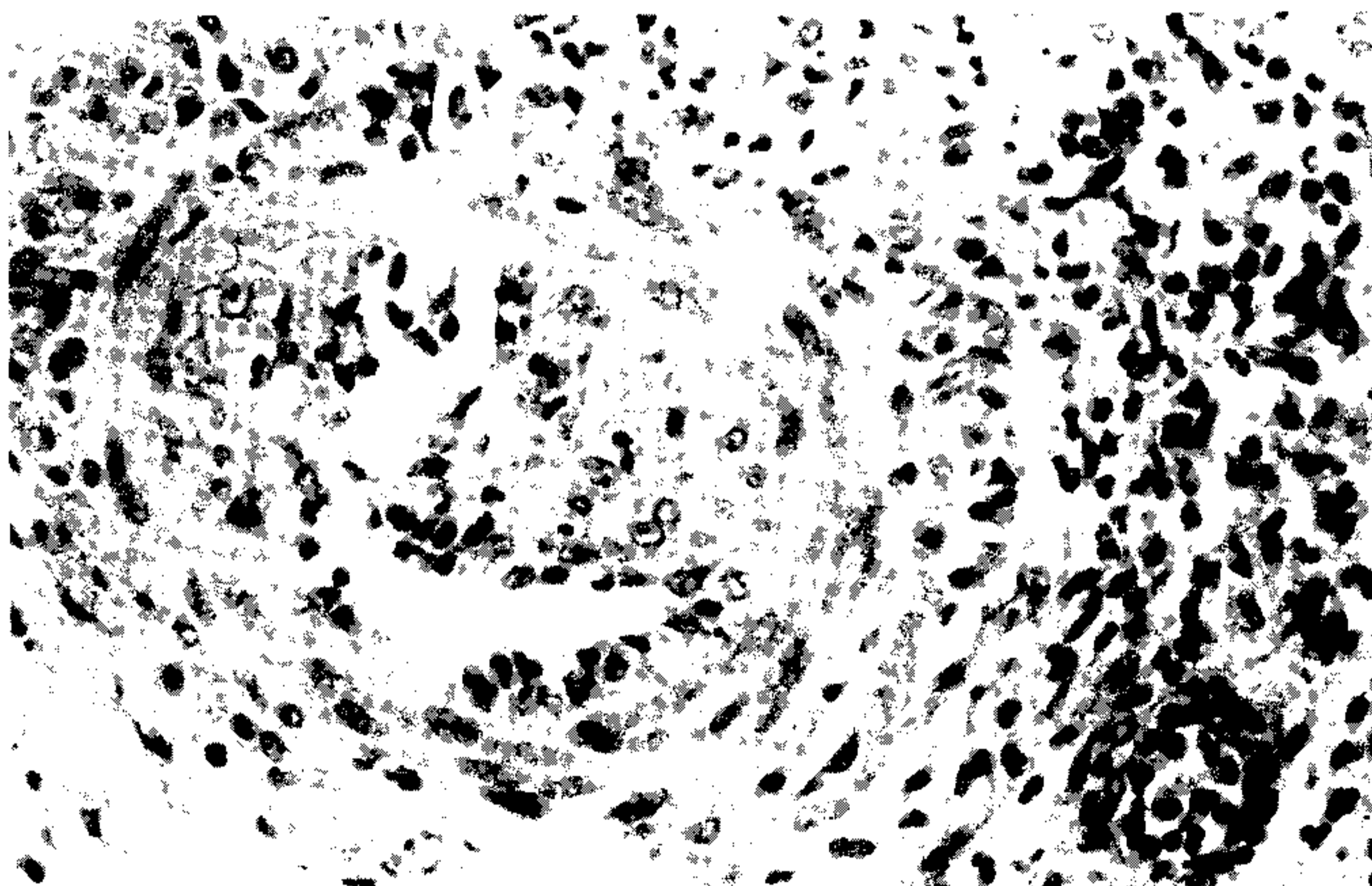


Fig. 2 - Vaso arterial, com intenso espessamento inflamatório da íntima e obstrução parcial da sua luz. HE 400 X.

mia, com localização das mesmas no território da artéria mesentérica superior, principalmente na porção do íleo terminal. assim como lesões necróticas observadas na macrosco-

pia, com pontilhados branco-amarelados na mucosa, e à microscopia a presença de granulomas em torno de ovos embrionados ou não, com denso infiltrado eosinofílico e as alterações vasculares de endarterite e trombose e a localização intra-arterial do verme, nos leva a admitir como agente etiológico o *Angiostrongylus costaricensis*.



Fig. 3 – Observa-se o corte transversal do verme adulto, na luz de uma artéria da submucosa do intestino delgado.

Caso como este serve de alerta aos clínicos da região para a possibilidade da existência desta parasitose, a qual deve ser considerada no diagnóstico diferencial de abdome agudo, sobretudo em se tratando de criança.

SUMMARY

The authors present a case of abdominal angiostrongyloidiasis which occurred in an one year old child from south west Paraná, Brazil. Based upon clinic and anatomopathologic data, the etiological agent was identified as *Angiostrongylus costaricensis*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, H.; RAICK, A. N.; MAGALHÃES, A. V. & OTERO, P. M. F., 1980. Angiostrongilose abdominal. *Rev. Assoc. Méd. Bras.*, 26 :178-180.
- CAMPOS, R.; MARIGO, C. & CABEÇA, M., 1977. Terceiro caso brasileiro de parasitismo humano por *Moreastrongylus costaricensis*. (MORERA & CÉSPEDES, 1971. In: Anais XIII Congresso da Soc. Bras. Med. Tropical & II Congresso da Soc. Bras. de Parasitologia, Brasília. p. 186.
- CÉSPEDES, R.; SALAS, J.; MEKBEL, S.; TROPER, L.; MULLNER, R. & MORERA, P., 1967. Granulomas entéricos y linfáticos con intensa eosinofilia tisular producidos por un estrongiloideo (*Strongylata*). *Acta Méd. Cost.*, 10 :235-255.

- MORERA, P., 1967. Granulomas entéricos y linfáticos producidos por un estromgiloideo (Strongylata; RAILLIET & HENRY, 1913). II. Aspecto parasitológico (nota prévia). *Acta Méd. Cost.*, 10 :257-265.
- MORERA, P., 1973. Life history and redescription of *Angiostrongylus costaricensis*. (MORERA & CÉSPEDES, 1971). *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 22 :613-621.
- MORERA, P. & CÉSPEDES, R., 1971a. *Angiostrongylus costaricensis*. N. Sp. (Nematoda: Metastrongyloidea). A new Lungworm-occurring in man in Costa Rica. *Rev. Biol. Trop.*, 18 :173-185.
- MORERA, P. & CÉSPEDES, R., 1971b. Angiostrongilosis abdominal. Una nueva parasitosis humana. *Acta Méd. Cost.*, 14 :159-173.
- ROBLES, S.; LORIA, R.; LOBO, F.; ROBLES, A.; VALLE, S. & CORDERO, C., 1968. Granuloma eosinofílico parasitario intestinal. *Rev. Med. Hosp. Niños*, 3 :67-80.
- SIERRA, E. & MORERA, P., 1972. Angiostrongilosis abdominal. Primer caso humano encontrado en Honduras (Hospital Evangélico de Siguatepeque). *Acta. Méd. Cost.*, 14 :95-99.
- ZILLIOTTO JR., A.; KUNZLE, J.E.; FERNANDES, L.A.R.; PRATES-CAMPOS, J.C. & BRITTO-COSTA, R., 1975. Angiostrongilíase: apresentação de um provável caso. *Rev. Inst. Méd. trop. S. Paulo*, 17 :312-318.