

A FEBRE COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DA TOXOPLASMOSE ADQUIRIDA, FORMA LINFOGLANDULAR *

Vicente Amato Neto **, Yvone Khairallah de Oliveira e Silva ***
e Sélia Reiko Konichi ***

Analysaram os autores aspectos relativos à febre em casuística constituída por 100 pacientes, de ambos os sexos e diversas idades, acometidos de toxoplasmose adquirida, forma linfoglandular. Paralelamente, outras manifestações clínicas da doença foram consideradas.

Como fatos fundamentais apuraram que hipertermia não faz parte, de maneira constante, da configuração clínica da citada modalidade da protozoose. Ela esteve ausente em pelo menos 27% dos indivíduos computados no estudo e, quando notada, persistiu em geral durante período não superior a um mês e menos do que algumas outras queixas, tendo comumente demonstrado predomínio vespertinos.

A constatação referente à fase de permanência das elevações térmicas encerra significado prático, sobretudo na tentativa de elucidação de processo morbido qualificado como febre de origem indeterminada, pois deve limitar, muitas vezes, interpretações não coerentes com o fato verificado.

INTRODUÇÃO

A importância médica da toxoplasmose é atualmente indiscutível. Depois da fase na qual vários pesquisadores anteviram o expressivo significado dessa protozoose em termos práticos e recomendaram que ela fosse encarada como bastante digna de atenção, muitos acometimentos devidos ao *Toxoplasma gondii* puderam ser categoricamente reconhecidos e, para tanto, contribuiu de forma decisiva a disponibilidade, em múltiplos ambientes, de provas sorológicas efetivas e eficientes.

Com o passar do tempo, as implicações clínicas da parasitose em apreço tornaram-se melhor conhecidas, se bem que, acreditamos, ainda seja necessário coletar in-

formações a respeito, para que configuração das repercussões orgânicas dela dependentes fique estabelecida em caráter mais definitivo.

Agora, sabemos que a meningoencefalite, erupção cutânea, lesões oculares, miocardite, miosite, hepatite, pneumonia intersticial e provável comprometimento reumático ocorrem, isolada ou associadamente, no decurso da modalidade adquirida da infecção, que começou a ser melhor analisada depois de bem identificado o tipo congênito. Essa variedade que não depende obrigatoriamente da participação materna é formada também pelas evoluções oligo ou assintomáticas e pelo conjunto, comumente identificado, de manifestações mononucleose "simile", represen-

* Trabalho do Serviço de Doenças Transmissíveis, do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", de São Paulo (Diretor: Prof. Vicente Amato Neto).

** Diretor do Serviço de Doenças Transmissíveis.

*** Médica do Serviço de Doenças Transmissíveis.

tado pela agressão qualificada como linfoglândular e composta, em especial, por enfiamento de gânglios e linfocitose com células atípicas, ao lado por vezes de diversos sintomas e sinais.

É lógico que se torne imprescindível, no momento e futuramente, coletar detalhes sobre as maneiras segundo as quais o processo mórbido tem lugar, sobretudo para facilitar os reconhecimentos etiológicos, concedendo a eles segurança, como ainda para evitar confusões, já que elevados teores de anticorpos chegam a ser detectados no soro, até mesmo persistentemente, gerando oportunidades para interpretações inadequadas em face ao citado decurso inaparente.

Como a febre é queixa preocupante e destacada relativamente às afecções que a motivam, levando em conta a conveniência de ordem científica anteriormente referida, julgamos útil e oportuno apurar fatos a ela pertinentes e notados à observação de pessoas com toxoplasmose adquirida, abordando paralelamente outros elementos coletados nessa apreciação e valiosos, sem dúvida, em tarefas assistenciais rotineiras.

MATERIAL E MÉTODOS

Analisamos os prontuários de 100 indivíduos atendidos no Serviço de Doenças Transmissíveis, do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", de São Paulo. A avaliação, retrospectiva e independente de terapêuticas específicas instituídas, não teve base na consulta e fichas previamente elaboradas. Os doentes procuraram o Ambulatório da instituição e nele estiveram posteriormente internados, em face a intuítos quase sempre de ordens predominantemente científicas, de agosto de 1964 a janeiro de 1969.

O diagnóstico da toxoplasmose decorreu de indubitável mudança dos resultados de exames sorológicos e, mais precisamente, do teste de Sabin-Feldman e da reação de imunofluorescência indireta, praticados conforme indicou Camargo (2) e que de negativos passaram a positivos, atingindo números aceitos como taxativos. Encontrou apoio, identicamente, em valores iguais ou superiores a 1/4.000 e 1/8.000, respectivamente, quanto às duas provas em questão, excluídas anormalidades quase

que com certeza não atribuíveis à entidade em foco.

Sessenta e quatro componentes da caística eram do sexo masculino e 36 do feminino; no que concerne às idades, expressas em anos, verificamos a seguinte distribuição: 33, 26 e 16, até 10, 20 e 30; 26 superiores a 30. Aumento de volume de gânglios linfáticos compunha sempre a situação clínica, fornecendo uniformidade ao agrupamento que decidimos retratar em particular quanto à hipertermia.

Os períodos de tempo decorridos entre o início da tentativa de definição etiológica e a deliberação final variaram segundo os empenhos dos médicos e dos doentes, de insistências ligadas às situações particulares e de disponibilidades de recursos laboratoriais, como é fácil compreender; entretanto, acreditamos ser judicioso especificá-los: indeterminado — 13; de até 2, 45 e 60 dias — 41, 31 e 6; de dois a quatro meses — 9.

A ida ao Hospital com o interesse de obter assistência sucedeu em épocas inconstantes após o início dos distúrbios, estando adiante anotadas as fases que se passaram: desconhecida ou estabelecida sem segurança — 17; de até 10, 20 e 30 dias — 45, 13 e 4; superior a um mês — 21.

Quando a investigação etiológica estava em andamento, identificamos enfermidades associadas, que inclusive haviam sucedido pouco antes do começo das implicações de natureza toxoplasmótica ou surgiram paralelamente a elas. Detalhadamente, reconhecemos as em prosseguimento anotadas, com os números de pessoas correspondentes: cisto ovariano à esquerda — 1; doença difusa do tecido conectivo, não definida, — 1; febre paratifóide — 1; febre reumática — 1; hepatite por vírus A — 1; linfoma — 1; sarampo — 5; septicemia estafilocócica — 1; síndrome miastênica — 1; rubéola — 1; tuberculose pulmonar — 1.

RESULTADOS

Nos Quadros I, II, III, IV, V e VI registramos os dados referentes à febre e a importantes sinais e sintomas que compuseram o quadro clínico nas 100 pessoas consideradas.

Como complementação do que os Quadros I, II, III, IV, V e VI estão mostrando, é necessário referir que a febre mais

QUADRO I

A febre como manifestação clínica da toxoplasmose adquirida, forma linfoglândular: análise global

Febre	Números de pacientes
Presente	61
Ausente	27
Presença desconhecida ou duvidosa	12
Total	100

QUADRO III

A febre como manifestação clínica da toxoplasmose adquirida, forma linfoglândular: fases de existência após a internação hospitalar

Fases de existência da febre (em dias)	Números de pacientes
Até 10	6
Até 20	5
Até 30	4
Superior a 30	4
Ausente	81
Total	100

QUADRO II

A febre como manifestação clínica da toxoplasmose adquirida, forma linfoglândular: fases de existência antes da internação hospitalar

Fases de existência da febre (em dias)	Números de pacientes
Até 10	32
Até 20	15
Até 30	4
Superior a 30	9
Ausente	27
Presença desconhecida ou duvidosa	13
Total	100

QUADRO IV

A febre como manifestação clínica da toxoplasmose adquirida, forma linfoglândular: fases que decorreram entre o início da anormalidade e a realização do diagnóstico

Duração das fases (em dias)	Números de pacientes
Até 15	5
Até 45	37
Até 75	17
Até 120	9
Indeterminada	32
Total	100

comumente esteve associada a predomínio vespertino, o exantema em geral foi máculo-papular, a esplenomegalia e a hepatomegalia quase sempre não ultrapassaram um e dois centímetros, respectivamente, dos rebordos costais, sendo menos habituais aumentos pouco maiores. Houve diagnóstico de coroidite no que diz respeito a dois doentes e congestão e dor oculares chamaram a atenção a propósito de igual quantidade de outros constituintes do grupo estudado.

DISCUSSÃO

As explicações, inclusive numéricas, antes expostas, permitem, acreditamos, consignar os comentários a seguir especificados.

1) A febre não compõe sistematicamente a configuração clínica da toxoplasmose adquirida, forma linfoglandular, que pode ser encarada como freqüente entre as demais modalidades conhecidas da protozoose. Esteve ausente em pelo menos 27% dos pacientes e essa taxa é apreciável, mesmo diante da imperfeição da pesquisa retrospectiva que empreendemos.

2) O período de existência da hipertermia em geral não é superior a um mês e essa constatação precisa ficar enfatizada. Por vezes, à tentativa de esclarecimento da natureza de determinada doença, envolta em dificuldades especiais, caracterizando situação reputada como febre de origem indeterminada, a hipótese de que infecção pelo *Toxoplasma gondii* figure como responsável surge em cena. A afirmação que registramos limita, porém, as concepções dessa ordem.

3) Duas circunstâncias tornaram-se patententes: o nítido predomínio de elevações térmicas previamente às interações hospitalares, concretizadas muitas vezes quando estavam suplantado estádios mais iniciais e justificadas pelas intenções já apontadas, e a demora sensível, esclarecida no Quadro IV, para definição segura da etiologia. Fatores múltiplos devem, a respeito, ter influído, tais como impressões subjetivas, escassa disponibilidade de efetivos recursos laboratoriais, remota cogitação do diagnóstico e lentidão para surgir "viragem" sorológica, como Amato Neto (1) já salientou em publicação anterior.

QUADRO V

A febre como manifestação clínica da toxoplasmose adquirida, forma linfoglandular: fases de duração das diferentes queixas

Duração das fases (em dias)	Números de pacientes
Até 10	7
Até 20	17
Até 30	14
Até 40	3
Superior a 40	31
Ausente	2
Indeterminada	26
Total	100

QUADRO VI

A febre como manifestação clínica da toxoplasmose adquirida, forma linfoglandular: outros importantes sinais e sintomas presentes

Sinais e sintomas	Números de pacientes
Cefaléia	36
Dor de garganta	15
Dores generalizadas	31
Erupção cutânea	13
Esplenomegalia	50
Hepatomegalia	70
Número total de pacientes ...	100

4) A persistência de outras queixas comumente suplantou a da febre e o Quadro V documenta esse fato, valorizável em trabalhos assistenciais rotineiros.

5) Cefaléia, dores de garganta generalizadas, erupção cutânea, esplenomegalia e hepatomegalia em muitas oportunidades acompanharam a anormalidade da temperatura corporal e sobremodo os dois últimos sinais citados delinearam não raramente o tipo linfoglandular da doença. Assim, é lícito rememorar que esses sintomas e alterações semiológicas fazem parte, de forma razoavelmente habitual, de um conjunto de dados que têm a capacidade de conduzir à suspeita de que toxoplasmose adquirida, linfoglandular, deve estar em foco, em deliberações diagnósticas.

6) Talvez investigações prospectivas proporcionem ensinamentos mais aceitáveis e valiosos do que estes que agora anotamos. Entretanto, cremos que, modestamente, coletamos informes orientadores, em terreno que estava necessitando de abordagem na pior das hipóteses preliminares.

Piquet & cols. (4), com fundamento em 30 observações, ficaram convencidos de que

elevações anormais da temperatura corporal não fazem parte do panorama clínico que a toxoplasmose adquirida, de tipo linfoglandular, pode compor. Não endossamos essa opinião e a discordância serve para documentar a validade da intenção que nos conduziu à feitura desta avaliação.

7) Os males prévios, associados e paralelos, antes indicados, talvez tenham exercido influências e alterado a total veracidade de nossas deduções, mas nunca de forma global e taxativa, pois recorremos a quantidade de pacientes razoavelmente grande e capaz de atenuar nitidamente essas participações a respeito das conclusões que estabelecemos.

Nesta oportunidade, entretanto, rememoramos o "oportunismo" do *Toxoplasma gondii*, as confusões provocadas por erupções cutâneas que tornam-se notadas em virtude da participação do protozoário ou são atribuíveis a doenças exantemáticas e, por fim, acontecimento que médicos vêm notando em tarefas rotineiras, sem convicção para afirmação categórica e há pouco, porém, enfatizado por Guimarães & cols. (3) e consubstanciado na possibilidade de modalidade sintomática da parasitose surgir logo após moléstia diversa, como o sarampo, entre outras.

SUMMARY

In this paper the authors analyze several aspects related to fever in 100 patients, of both sexes and different ages, bearers of acquired toxoplasmosis, lymphadenopathic form. Simultaneously, other clinical manifestations of the disease were considered as well.

As basic finding the authors observed that fever was not at all a constant sign in the clinical picture of the said form of the disease. It was absent in at least 27% of the studied patients; when present, it lasted in general for a period of time not longer than one month and less than some other symptoms. Usually, fever was higher in the afternoon.

The facts above are of practical importance, and should be taken into account whenever a discussion on differential diagnosis of fever of unknown origin is under consideration.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMATO NETO, V. — Comentários sobre o comportamento da reação de Sabin-Feldman em relação ao diagnóstico e controle de cura da toxoplasmose. *Rev. Soc. Brasil. Med. Trop.*, 1: 231-241, 1967.
2. CAMARGO, M. E. — Estudo comparativo das reações de Sabin-Feldman e de imunofluorescência indireta, para a toxoplasmose, em 1.000 soros humanos. Comportamento anômalo de alguns soros. Tese. Fac. Med. Univ. São Paulo, 1965.
3. GUIMARÃES, J. X., KUSCHNAROFF, T. M., SILVA, L. G. A. & PESSÔA, M. C. — Surto de toxoplasmose-doença na vigência de doença infecciosa aguda. Apresentado no IX Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, realizado em Fortaleza, Estado do Ceará, de 4 a 7 de fevereiro de 1973.
4. PIGUET, H., CHRISTOL, D., BILSKI-PASQUIER, G. & BOUSSER, J. — La toxoplasmose ganglionnaire acquise de l'adulte (Analyse de 30 observations et revue de la littérature). *Sem. Hôp. Paris*, 42: 1251-1261, 1966.