

RELATO DE CASO

LARVA MIGRANS VISCERAL: FORMA MISTA DE APRESENTAÇÃO EM ADULTO. ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

L.A. Costa Barra, W. Ferreira dos Santos, P.P. Chieffi, E.A. Bedaque, P.S.
Campos Salles, C.G. Capitão, S. Vianna, R. Hanna e L. Pedretti Júnior

Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, dezoito anos de idade, procedente de Xapuri no Estado do Acre (Brasil), com história de episódios repetidos de meningoencefalites (três num ano), acompanhadas no local de origem. Em nosso serviço, no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, observamos um quadro de poliartralgias, alterações radiológicas e broncoscópicas pulmonares e sinais neurológicos de irritação meníngea e de comprometimento do tronco-encefálico (com tomografia axial de crânio e exames líquóricos normais), acompanhando-se de eosinofilia periférica e títulos sorológicos elevados para Toxocara canis (ELISA). Consubstanciada a hipótese diagnóstica de toxocaríase (larva migrans visceral - LMV), procedeu-se ao tratamento com tiabendazol, ocorrendo remissão clínica e laboratorial completa. Um mês após, ocorreu novo episódio de cefaléia acompanhada por rigidez de nuca (que remitiu em três dias com dexametasona) e, a partir daí, não mais observamos quaisquer alterações clínicas ou laboratoriais em cerca de três anos e meio de acompanhamento ambulatorial.

Palavras-chaves: Larva migrans visceral. Toxocara canis. ELISA. Tiabendazol.

A síndrome da larva migrans visceral foi inicialmente descrita por Beaver e cols em 1952¹. É causada pela migração prolongada das larvas de nematódeos, principalmente as de segundo estágio do *Toxocara canis*, freqüente parasita de cães domésticos.

Comumente, acomete crianças menores de seis anos, provocando quadro de febre, hepatomegalia e eosinofilia^{3,8,13}.

Existem relatos de soroprevalência tanto em zonas rurais^{8,13} quanto nas de alta densidade demográfica — relacionada à criação de animais domésticos — e em faixas etárias mais jovens, freqüentemente abaixo dos quinze anos de idade.

O caso que apresentamos é pouco usual tanto pela faixa etária do paciente quanto pela apresentação clínica — combinação do quadro neurológico, articular e pulmonar.

Instituto de Infectologia Emílio Ribas, Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, São Paulo, SP e Hospital de Base de Rio Branco, Rio Branco, AC.

Endereço para correspondência: Dr. Luiz Alberto Costa Barra. Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Av. Dr. Arnaldo 165, 1º Andar, 01246-090 São Paulo, SP, Brasil. Fax: (011) 280-3954.

Recebido para publicação em 25/04/95.

RELATO DO CASO

Paciente encaminhado pelo Hospital de Base de Rio Branco, AC, com história de internação há um ano em Xapuri, AC, apresentando cefaléia, rigidez de nuca e confusão mental, permanecendo por oito dias, sendo tratado com antimicrobianos.

O segundo episódio aconteceu três meses após, com quadro de cefaléia, febre alta, vômitos e crises convulsivas sendo internado por vinte dias em Rio Branco, AC. Quadro semelhante voltou a apresentar há três meses do encaminhamento para São Paulo, sendo hospitalizado por dois dias, tendo recebido cloranfenicol e apresentado um exantema relacionado ao medicamento.

O último episódio iniciou há um mês da transferência para nosso serviço com relato de cefaléia, febre, vômitos e diplopia e, há quatro dias, dor nos joelhos com irradiação para as pernas e pés, sintomas estes que dificultavam a deambulação, sem sinais inflamatórios locais. Foi relatada, também, parestesia em hemiface esquerda sendo medicada com dexametasona e encaminhado para este Instituto em 29 de outubro de 1991.

Recebemos um paciente do sexo masculino, dezoito anos de idade, com bom desenvolvimento

pôndero-estatural apresentando as seguintes alterações ao exame físico: lesões cutâneas acneiformes com predomínio em face e tronco, artralgia bilateral nos joelhos tanto à deambulação quanto à digitopressão — sem que houvesse sinais inflamatórios ou de derrame articular — e estrabismo convergente à esquerda com paralisia facial periférica homolateral.

Durante a internação houve intensificação da artralgia com irradiação para o ombro direito. Em nenhum momento surgiram sinais inflamatórios nestas ou quaisquer outras articulações e, apesar das dores muito acentuadas em determinados momentos, ocorreu completa remissão do quadro com o uso de anti-inflamatórios não hormonais (AAS e diclofenaco).

Em relação ao quadro cutâneo, observou-se uma foliculite relacionada ao uso da dexametasona utilizada na internação anterior, havendo remissão completa das lesões sem terapia específica.

As alterações neurológicas observadas em nosso serviço (estrabismo convergente à esquerda e paralisia facial periférica) foram relacionadas a alterações vasculares (vasculites dos VI e VII pares cranianos) visto que, tanto na tomografia axial computadorizada de crânio quanto nos controles líquóricos realizados em nosso serviço, não foram detectadas anormalidades. Tais alterações remeteram completamente durante a hospitalização.

Os achados em exames subsidiários mais significativos foram: a) hemogramas com leucocitose e acentuada eosinofilia — que chegou a 73%; b) sorologias para *Toxocara canis* (ELISA) com títulos elevados — até 1/640. Sorologias para cisticercose, criptococose, paracoccidiodomicose, lues, HIV, hepatite B e provas de atividade reumática mostraram-se negativas (Tabelas 1 e 2); c) radiografia de tórax em posição pósterio-anterior com discreto infiltrado reticular difuso; d) broncoscopias: a primeira revelou hiperemia em árvore brônquica bilateralmente com anátomo-patológico da biópsia transbrônquica apresentando uma congestão pulmonar e, à citologia do lavado bronco-alveolar, um processo inflamatório inespecífico. Na segunda, constatou-se uma discreta hiperemia de traquéia e bronco-fonte direito (não houve sinais ou sintomas relacionados a estas alterações pulmonares).

Nesta internação ocorreu remissão completa de todos os sinais e sintomas. Entretanto, dada a persistência dos altos títulos sorológicos para *Toxocara canis*, decidimos pela terapêutica específica.

Foi utilizado tiabendazol na dose diária de 3,0g, divididos em três doses de 1,0g por 11 dias (de 22/05/92 a 02/06/92). Durante o tratamento ocorreu discreta intolerância gastro-intestinal (náuseas) e tonturas que cessaram ao término da medicação.

Foi dada alta médica ao paciente em 04/06/92 e encaminhado para seguimento ambulatorial. O primeiro controle hematológico, realizado em 09/06/92, mostrou queda da leucocitose para níveis da normalidade e, pela primeira vez desde a internação, a contagem de eosinófilos mostrava-se dentro da faixa normal (Tabela 1).

Em 16/08/92, o paciente retornou ao nosso serviço com queixa de cefaléia holocraniana intensa há cinco dias apresentando ao exame físico rigidez de nuca como único dado anormal. Foram realizados exame quimiocitológico do líquido céfalo-raquidiano e tomografia axial computadorizada de crânio, ambos sem anormalidades. O hemograma mostrava discreta leucocitose sem eosinofilia. A sorologia para *Toxocara canis* apresentava título inferior aos encontrados na internação anterior (1/160 nesta oportunidade). Foi medicado com dexametasona apresentando remissão completa da sintomatologia após três dias de tratamento. Recebeu alta em 11/09/92 com um título considerado não reagente (1/80) e em acompanhamento ambulatorial até o momento (fevereiro/96), não apresentou quaisquer alterações clínicas ou laboratoriais.

Conforme citamos no início, o caso que apresentamos mostra-se infrequente na literatura - um paciente de dezoito anos com história de episódios repetidos de meningoencefalite, durante um ano, encaminhado para elucidação diagnóstica, apresentando alterações de pares cranianos, poliartralgia migratória, um quadro cutâneo de etiologia medicamentosa, além de um pneumopatia observada nos exames radiológicos e broncoscópicos sem repercussões clínicas.

O envolvimento do sistema nervoso na LMV têm sido relatado em literatura^{6 10 16 17} apresentando este caso. No entanto, algumas nuances interessantes: início com quadro meningoencefálico de repetição seguido por

Tabela 1 - Hemogramas: leucocitose e acentuada eosinofilia.

Data	Hb	Leuc	Bast %	Seg %	Eos %	Bas %	Linf %	Mon %	Plaqu
21/11/91	15,2	23300	1	12	73	0	12	2	-
22/11/91	14,3	23200	2	20	57	1	16	4	-
24/11/91	14,5	23200	2	26	58	0	10	2	350000
02/12/91	14,1	20600	1	22	59	1	15	2	-
07/01/92	14,5	16700	2	15	57	0	19	6	295000
14/01/92	12,3	7500	4	62	11	1	17	5	303000
26/03/92	15,0	15200	2	23	47	0	26	2	245000
22/05/92*	15,7	14700	1	38	41	0	18	2	376000
09/06/92	14,2	7200	2	55	5	0	29	9	368000
20/08/92	16,1	14900	4	79	0	0	15	2	-
01/06/93	14,4	6400	5	54	2	0	36	2	230000

*Início do tratamento.

Tabela 2 - Sorologias: títulos elevados (ELISA) para *Toxocara canis*.

Data	Sorologia			
	Toxocaríase (ELISA):			
26/03/92	1/640			
04/05/92	1/640			
16/08/92	1/160 (pós-tratamento)			
24/08/92	1/80			
20/08/93	1/80			
	Cisticercose:	Criptococose:		
29/10/91	HA: 1/32 IFI: 1/40	látex: negativo		
	Paracoccidíoides:			
07/11/91	FC: negativo	IEC: negativo		
	Lues:	FR:		FAN:
20/11/91	VDRL: negativo	látex: negativo		negativo
	Anti-HIV (ELISA):	Hepatite B:		Anti-DNA:
29/01/92	negativo	HbsAg e Anti-HbsAg: negativos		negativo

ELISA = teste imunoenzimático; HA = hemaglutinação passiva; IFI = imunofluorescência; FC = fixação de complemento; IEC = contraimunoelectroforese; FR = fator reumatóide; FAN = fatores antinucleares.

paralisia de pares cranianos (VI e VII) com remissão espontânea, sugerindo uma vasculite de sistema nervoso. Outros quadros relatados como o articular^{8 12} bem como o pulmonar^{2 3 8 14 15} se mostraram presentes neste paciente sendo que, na associação com os dados laboratoriais (elevada eosinofilia com altos títulos sorológicos para *Toxocara canis*) nos leva a crer numa síndrome auto-imune disseminada, num indivíduo adulto — uma forma de apresentação mista relacionada ao parasitismo pela LMV.

Mesmo com as referências de formas mistas de apresentação^{4 6}, a exuberância dos quadros neurológico e articular associada à intensa eosinofilia num mesmo indivíduo, sugerem um quadro ainda mais atípico do que os usualmente encontrados nestes casos.

SUMMARY

We relate a case of an 18-year-old man, resident of Xapuri (State of Acre, Brazil), with a history of repeated episodes of meningoencephalitis (three in one year), each one was examined by a local doctor.

In our service (Emílio Ribas Institute of Infectology) we observed a patient with polyjoint aches, radiological and broncoscopic pulmonary alterations (without clinical features), meningeal and brain stem manifestations — with normal brain computed tomography and cerebrospinal fluid. Blood eosinophils and serological Toxocara canis test (ELISA) were greatly increased. With the hypothesis of Toxocaríase (Visceral Larva Migrans) we administered Thiabendazole that brought complete clinical and laboratorial remission. In spite of a new episode of headache with meningeal manifestation approximately one month later (treated with dexamethasone resulting in a full remission after three days) we have not found other manifestations in approximately three and a half years of ambulatory care.

Key-words: Visceral larva migrans. *Toxocara canis*. ELISA. Thiabendazole.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Dra. Maria Cristina Brandão Di Giacomo, Dr^a Luiza Keiko Oyafuso, Dr. Marcos Montani Casero, Dr^a Augusta Kiyomi

Takeda, Dr^a Mirtes Ueda, e as Sr^{as}. Marilda Rosa Alves Antônio, Neusa Satomi Sato, Regina Nardini e Carmem Silva de Melo pela colaboração prestada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beaver PC, Snyder CH, Carrera GM, Dent J, Lasserty J. Chronic eosinophilia due to visceral larva migrans. Report of three cases. Pediatrics 9:7, 1952.
2. Campos DM, Souza MN, Zacariotti ETP, Nardini R, Campos MLL, Barbosa AP, Gebrin MCE, Lima FML. larva migrans visceral: Relato de três casos. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 23:117-120, 1990.
3. Chieffi PP, Ueda M, Camargo ED, Souza AMC, Guedes MLS, Gerbi LJ, Spir M, Moreira AS. Visceral larva migrans: A soropidemiological survey in five municipalities of São Paulo State, Brazil. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo 32:204-210, 1990.
4. Ehrhard T, Kernbaum S. *Toxocara canis* et toxocarose humaine. Bulletin de L'Institut Pasteur 77:225-287, 1979.
5. Fenoy S, Cuellar C, Guillen JL. Persistence of Immune Response in Human Toxocariasis as measured by ELISA. International Journal for Parasitology 22:1037-1038, 1992.
6. Fortenberry JD, Kenney RD, Younger J. Visceral Larva Migrans producing static encephalopathy in an infant. The Pediatric Infectious Disease Journal 10:403-406, 1991.
7. Gillespie SH, Biowell D, Voller A, Robertson BD, Maizels RM. Diagnosis of Human Toxocariasis by antigen capture enzyme linked immunosorbent assay. Journal of Clinical Pathology 46:551-554, 1993.
8. Glickman IT, Magnaval JF, Domanski L, Shofer Sf, Lauria SS, Gottstein B, Brochier B. Visceral Larva migrans in French Adults: a new disease syndrome? American Journal of Epidemiology 125:1019-1034, 1987.
9. Glickman IT, Magnaval JF. Zoonotic round worm infections. Infectious Disease Clinics of North America 7:717-732, 1993.
10. Hill IR, Denham DA, Scholtz CL. *Toxocara canis* larvae in the brain of a british child. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 79:351-354, 1995.
11. Jacob CMA, Pastorino AC, Peres BA, Mello EO, Okay Y, Oselka GW. Clinical and laboratorial features of Visceral Toxocariasis in infancy. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo 36:19-26, 1994.
12. Le Luyer B, Menager V, Aldebert C, Le Roux P, Briquet MT, Boulioche J. Arthropathies inflammatoires revelatrices d'une Larva Migrans a *Toxocara canis* - Annales de Pediatrie (Paris) 37:445-448, 1990.
13. Nash, TE. Visceral Larva Migrans and other unusual helminth infection. In: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE (eds) Principle and Practice of Infections Diseases. 3rd edition, Churchill Livingstone, New York, p. 2157-2161, 1990.
14. Ponder D, Marshall GS, Rabalais GP, Wood BP. Radiological case of the month. The American Journal of Diseases of Children 145:699-700, 1991.
15. Riog J, Romeu J, Riera C, Texido A, Domingo C, Morera J. Acute eosinophilic pneumonia due to Toxocariasis with bronchoalveolar lavage findings. Chest 102:294-296, 1992.
16. Russeger L, Schmutzhard E. Spinal toxocaral abscess. Lancet 2:398, 1989.
17. Sellal F, Piccard F, Mutschler V, Marescaux C, Collaro M, Magnaval JF. Myelitis caused by *Toxocara canis* (Larva Migrans). Revue Neurologique, 148:53-55, 1992.
18. Taylor MRH, Keane CT, O'Connor P, Girdwood RWA, Smith H. Clinical features of covert Toxocariasis. Scandinavian Journal of Infectious Diseases., 19:693-696, 1987.