



RELATO DE CASO

ESTRONGILOIDÍASE GÁSTRICA EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE - RELATO DE CASO

GASTRIC STRONGYLOIDIASIS IN IMMUNOCOMPETENT PATIENTS - CASE REPORT

Leonardo Fayad¹
Fangio Ferrari²
Daniel Cury Ogata³
Carolina Perrone Marques⁴
Carla Juliana Ribas⁴

RESUMO

A estromgiloidíase humana é um tipo de helmintose causada por duas espécies de nematoides intestinais pertencentes ao gênero Strongyloides. O acometimento do estômago é raro, especialmente em imunocompetentes, e quando acontece os principais sintomas gastrointestinais incluem diarreia, desconforto abdominal, náusea e anorexia. O exame anatomopatológico a partir de biópsias fornece o diagnóstico definitivo. O objetivo deste trabalho é relatar um caso atípico de estromgiloidíase gástrica em paciente imunocompetente que apresentava quadro de dor abdominal difusa recorrente.

Descritores: Estromgiloidíase. Helmintíase. Dor abdominal.

ABSTRACT

Human strongyloidiasis is a type of helminth caused by two species of intestinal nematodes belonging to the genus Strongyloides. Stomach upset is rare, especially in immunocompetent patients, and when major gastrointestinal symptoms do occur they include diarrhea, abdominal discomfort, nausea, and anorexia. Anatomopathological examination from biopsies provides the definitive diagnosis. The objective of this study was to report an atypical case of gastric strongyloidiasis in an immunocompetent patient with recurrent diffuse abdominal pain.

Keywords: Strongyloidiasis. Helminthiasis. Abdominal pain.

¹Médico gastroenterologista no Hospital Unimed Litoral, Balneário Camboriú, Santa Catarina, Brasil (E-mail: leofayad@yahoo.com.br)

²Médico gastroenterologista e professor titular na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí, Santa Catarina, Brasil (E-mail: fangioferrari@gmail.com)

³Médico patologista e professor doutor titular da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí, Santa Catarina (E-mail: daniel.ogata@hotmail.com)

⁴Acadêmicas do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí, Santa Catarina (E-mail: carolperrone94@gmail.com e carlajribas@gmail.com)



INTRODUÇÃO

A estrogiloidíase humana é um tipo de helmintose causada por duas espécies de nematóides intestinais pertencentes ao gênero *Strongyloides*. A espécie *Strongyloides stercoralis* é a de maior importância clínica para o homem, por ser a mais prevalente e ter uma distribuição mais ampla, com mais de 600 milhões de pessoas infectadas no mundo. É uma doença endêmica nas regiões tropical e sub-tropical, com maior prevalência nos países em desenvolvimento como Ásia, África e América Latina. No Brasil, há variação regional em função da idade, diferenças geográficas e socioeconômicas. Os estados que mais frequentemente diagnosticam são Minas Gerais, Amapá, Goiás e Rondônia^{1,2,3}.

S. stercoralis pode alternar em ciclo parasitário e ciclo de vida livre. Durante o ciclo de vida livre, as larvas rhabditoides podem penetrar ativamente na pele humana e iniciar o ciclo de vida parasitário. No intestino delgado, a larva se desenvolve para a fêmea adulta. As fêmeas do parasita geralmente vivem nas criptas do intestino delgado proximal, são ovovivíparas e por partenogênese liberam ovos larvados que eclodem ainda no intestino, liberando larvas rhabditoides (não infectantes), que saem pelas fezes^{1,2,3}.

Há diversos fatores de risco para estrogiloidíase, incluindo idade avançada, sexo masculino, doença pulmonar crônica subjacente, uso de corticosteróides e antiácidos. A infecção disseminada ou hiperinfecção é comum em imunocomprometidos, como aqueles em tratamento com corticosteróides, infecção pelo HIV e pacientes com órgãos transplantados. Embora *S. stercoralis* possa infectar diversos órgãos na hiperinfecção, o envolvimento do estômago é relativamente raro. Estudos sugerem que os organismos chegam ao estômago por meio de deglutição e consequente expectoração ou migração retrógrada a partir do intestino delgado proximal^{3,4}.

A gravidade da infecção depende da extensão da doença clínica. Os principais sintomas gastrointestinais incluem diarreia, desconforto abdominal, náusea e anorexia³.

O diagnóstico de estrogiloidíase por exame parasitológico de fezes de rotina é bastante limitado, a saída do parasita nas fezes é baixa, 50% a 70% dos exames são falsos negativos. Embora o teste sorológico ligado ao ensaio imunoenzimático (ELISA) para o diagnóstico de estrogiloidíase seja altamente sensível (atingindo até 90%), o teste não discrimina infecções recentes de antigas e pode ocorrer reação cruzada com outras infecções por helmintos. Desta forma, o exame anatomopatológico a partir de biópsias e material aspirado fornecem o diagnóstico definitivo. Para o diagnóstico de estrogiloidíase não são necessárias colorações especiais. No entanto, dificuldades no diagnóstico podem surgir em infecções mistas com bactérias gram-negativas. O padrão de inflamação, em conjunto com a história clínica, podem sugerir o diagnóstico e assim, iniciar uma pesquisa mais cuidadosa e uma avaliação mais aprofundada através de colorações especiais¹.



Atualmente a terapêutica de escolha para estrogiloidíase é a Ivermectina. Esta medicação é mais bem tolerada, está associada a maior erradicação de larvas do parasita comparado ao Albendazol e possui menos efeitos colaterais que o Tiabendazol ⁵.

MÉTODOS

Para a elaboração deste estudo, foi realizado um relato de caso clínico, a respeito de uma paciente com queixas gastrointestinais atendida em consultório particular, localizado na cidade de Itajaí, no ano de 2015. Os dados foram coletados do seu prontuário. O relato de caso será constituído pela introdução e exposição do caso, contexto e objetivo, bem como a anamnese da doença e uma revisão de literatura sobre o tema. Será relatado o estado do paciente na primeira consulta, assim como medidas diagnósticas e terapêuticas, será relatada a evolução do caso e por fim será elaborada a discussão do trabalho. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em novembro de 2015, sendo aprovado em dezembro de 2015 sob o número 51207115.2.0000.0120 e encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 referente às pesquisas envolvendo seres humanos.

RELATO DE CASO:

E.S.I, 77 anos, sexo feminino, do lar, natural e procedente de Penha-SC, procurou atendimento médico por quadro de dor abdominal difusa há cerca de um ano. Há dois meses teve piora da dor associada a inapetência, mal estar e perda ponderal de 3 kg no período. Negava febre, diarreia, melena, disfagia e icterícia.

Ao exame físico paciente apresentava-se em bom estado geral, referindo apenas desconforto epigástrico à palpação superficial e profunda, porém sem sinais de irritação peritoneal ou presença de visceromegalias.

Paciente hipertensa, com arritmia cardíaca em uso de marca passo e usuária crônica de inibidor de bomba de prótons. Fazia uso de contínuo de Monocordil, Concor, Amiodarona, Xarelto, Digoxina, Pantoprazol e Omeprazol. Negava tabagismo e etilismo.

Exames prévios: 15/09/2015- Hb 10,9/ Ht 33,3%/ VCM 102,5/ plaquetas 271800/ leucócitos 4360/ eosinófilos 0,1% 6 mm³/ basófilos 0,5%; 22 mm³/ VHS 50. Foram analisados cinco parasitológicos de fezes, que não apresentaram alterações. Foi solicitada endoscopia digestiva alta (EDA) a qual, identificou mucosa antral com erosões levemente elevadas, avermelhadas, intercaladas



por edema e pequenas placas pardacentas de tamanhos variados, entremeados por áreas esbranquiçadas, sugestivas de atrofia e que foram biopsiadas (Figura 1). Pesquisa de *H. pylori* negativa.

O histopatológico evidenciou infiltrado eosinofílico moderado associado a presença do helminto *Strongyloides stercoralis* (Figura 2).

Após a detecção do parasita *S. stercoralis* a paciente foi tratada inicialmente com 5 dias de Albendazol e como não houve melhora foi tratada com dose única de Ivermetina 24mg apresentando melhora significativa do quadro.

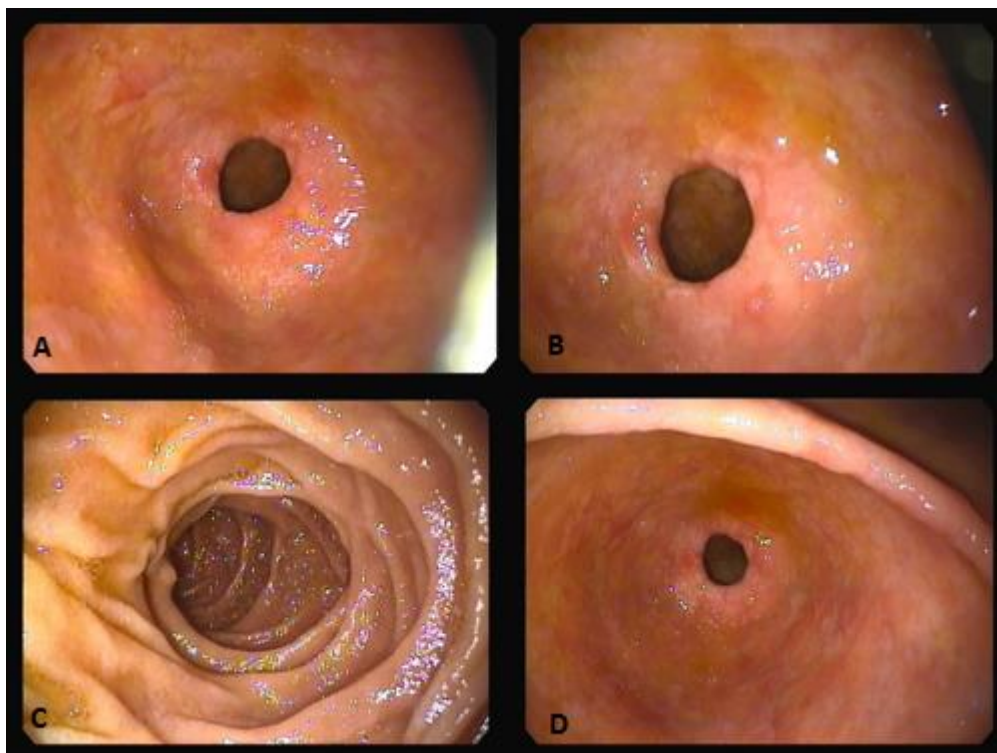


Figura 1. A - Antro piloro - edema placas arredondadas medindo entre 2 e 5 mm, de coloração pardacenta, levemente elevadas - compatível com metaplasia intestinal. B- Antro piloro - edema. C- Segunda porção duodenal - normal. D- Antro piloro - placas e edema de mucosa.

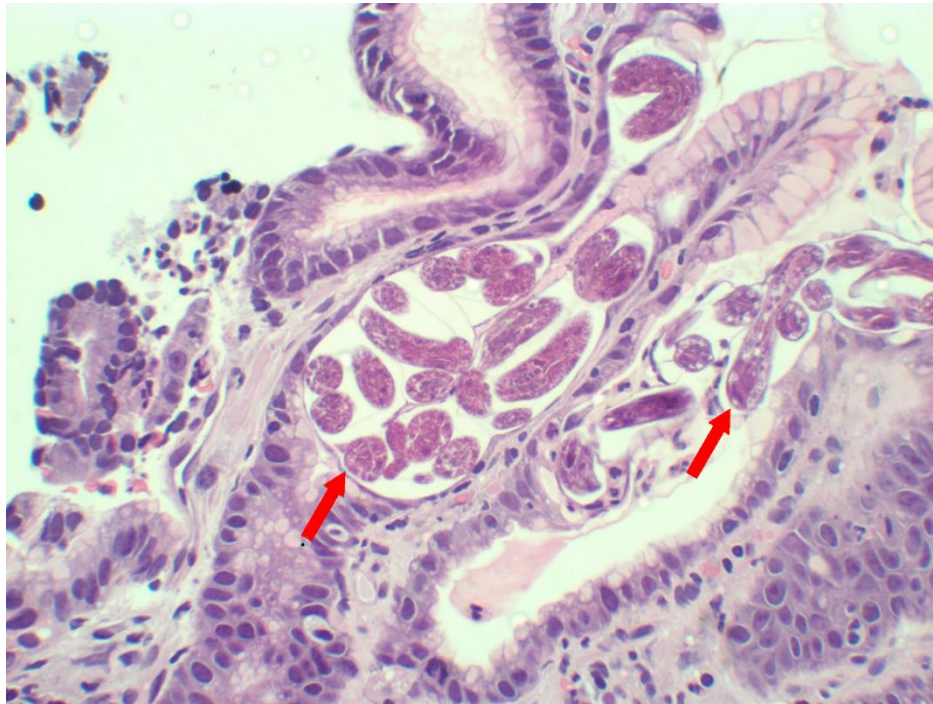


Figura 2. Observam-se larvas rabditoides (setas), permeando epitélio da mucosa gástrica.

DISCUSSÃO

A estrogiloidíase apresenta sintomas gastrointestinais inespecíficos como diarreia, desconforto abdominal, náusea e anorexia. O exame parasitológico de fezes (EPF) possui baixa sensibilidade, representado em nosso caso, visto que a paciente apresentou cinco exames negativos. Somente através da endoscopia digestiva alta foi possível visualizar erosões em mucosa, intercalado por edema e áreas esbranquiçadas, sugestivo de atrofia, onde foi realizado biópsia para análise da mucosa gástrica, que evidenciou infiltrado eosinofílico moderado associado à presença de larvas rabditoides, fase evolutiva do helminto *Strongyloides stercoralis*. A biópsia seguida do estudo anatomopatológico foi essencial para conclusão do diagnóstico. Passo importante para conduta e tratamento, visando a cura e prevenção de complicações, como a hiperinfecção. Quando disseminada, a estrogiloidíase pode infectar ainda fígado, coração, pulmão, nódulos linfáticos, sistema nervoso central e pele. Porém é incomum em imunocompetentes.

Ivermectina é atualmente o tratamento de escolha para *S. stercoralis*. Em casos simples uma única dose resulta em taxa de cura de 85% a 94%, quando dois cursos diários consecutivos são



administrados, o índice de cura chega a 100%. Neste caso foi administrado 24 mg em dose única de Ivermectina, alcançando a cura total da paciente.

O diagnóstico precoce da infecção pelo parasita *S. stercoralis* em pacientes de risco é de suma importância, visto que a taxa de mortalidade associada a hiperinfecção ou disseminação sistêmica é alta. O reconhecimento de fatores de risco incluindo idade avançada, sexo masculino, doença pulmonar crônica subjacente, uso de corticoesteróides e antiácidos pode aumentar a detecção de casos solicitando EPF e EDA. Também ressalta a importância do pedido de biópsia para confirmação diagnóstica. Portanto, a estrogiloidíase deve ser incluída no diagnóstico diferencial de sintomas gastrointestinais inespecíficos de pacientes imunocompetentes.

REFERÊNCIAS

1. AL-SAJEE, Dhuha; AL-HAMDANI, Aisha. A Case of Gastric and Duodenal Strongyloidiasis. Sultan Qaboos University Medical Journal, Sultan, v. 10, p.262-265, 9 jan. 2010. Mensal.
2. BUONFRATE, D., MENA, M., ANGHEBEN, A., REQUENA-MENDEZ, A., MUÑOZ, J., GOBBI, F., BISOFFI, Z. (2015). Prevalence of strongyloidiasis in Latin America: A systematic review of the literature. *Epidemiology and Infection*, 143(3), 452-460. doi:10.1017/S0950268814001563
3. KIM, Jin et al. A case of gastric strongyloidiasis in a Korean patient. *The Korean Journal Of Parasitology*, Seoul, v. 20, n. 1, p.63-67, mar. 2003. Mensal.
4. SUKEEPAISARNJAROEN, Wattana; SAWANYAWISUTH, Kittisak. Gastroscopic findings of Strongyloidiasis causing unresolved upper gastrointestinal bleeding. *Tropical Gastroenterology*, Khon Kaen, v. 35, n. 4, p.260-261, 2014.
5. LUNA, Olívia Barberi et al. Estrogiloidíase Disseminada: Diagnóstico e Tratamento. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 19, n. 4, p.463-468, dez. 2007.