

TRICOCEFALOSE GRAVE. CONSIDERAÇÕES A PROPÓSITO DE UM CASO

Luiz Scatena *, Francisco Ferriolli F^o ** e Bruno José de Carvalho ***

Os autores apresentam um caso de tricocefalose com enterorragia e prolapso retal. Salientam a raridade desses casos no interior do Estado de São Paulo onde a incidência desse parasitismo é relativamente baixa. Chamam atenção para a pouca importância que se atribui a essa verminose e destacam o problema de se correlacionar grau de parasitismo com contagem de ovos nas fezes. Finalmente comentam as dificuldades ligadas ao tratamento específico da parasitose.

INTRODUÇÃO

O parasitismo intestinal por *Trichocephalus trichiurus* é geralmente relegado a plano secundário dentro da patologia tropical. Todavia quando o número de parasitos é grande surgem problemas sérios com disenteria, enterorragia e, às vezes, prolapso retal. Esses casos aparecem em regiões com altas prevalências como, por exemplo, na Venezuela, onde Arenas e cols. (2) descreveram 186 casos graves. No Brasil, de acordo com Vinha (17), há algumas regiões com altos índices de positividade como Pernambuco, Alagoas e Sergipe onde a frequência de exames de fezes positivos está bem acima de 50% da população examinada; nos Estados do Sul surge o Rio de Janeiro como o de maior prevalência. São Paulo, de acordo com Pereira da Silva (15) tem na capital um índice de positividade alto, em torno de 40% de parasitados; todavia no interior a prevalência é muito baixa, menos de 10%. Em nossa região, em vários inquéritos epidemiológicos realizados pela disciplina de Parasi-

tologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, a prevalência de parasitismo por *T. trichiurus* está entre 10 e 15%.

Em relação ao aparecimento de casos graves de tricocefalose era de se esperar maior número no Nordeste; todavia deles não temos notícias. Vários casos graves estão catalogados por Marques e cols. (14) assistidos no Instituto Fernandes Figueira da Guanabara e por Cunha e cols. (9) que verificaram a presença de 36 crianças com tricocefalose em 58 portadores de enterorragia. De São Paulo conhecemos um caso grave, não publicado, visto por Amaral (1) e o de Arminante e Campos (3). No presente trabalho queremos divulgar nossas observações sobre um caso grave de tricocefalose que tivemos oportunidade de acompanhar e que parece ser o primeiro que se registra no interior do Estado de São Paulo.

RELATO DO CASO

M. S. F., 6 anos, sexo feminino, cor parda, procedente de Cajuru, S.P., registro

* Chefe da Clínica Pediátrica do Instituto Santa Lygia de Ribeirão Preto.

** Professor Assistente Doutor do Departamento de Parasitologia, Microbiologia e Imunologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

*** Assistente da Clínica Pediátrica do Instituto Santa Lygia de Ribeirão Preto.

no Instituto Santa Lydia de Ribeirão Preto nº 22 923.

H.M.A. — Diarréia com fezes sangui-nolentas há 4 meses que se agravou posteriormente com prolapso retal. Perda de apetite e emagrecimento progressivo; apatia e palidez, sem febre. Nega náuseas e vômitos.

Antecedentes pessoais: — nascida com aproximadamente 3 kg, de parto normal no domicílio, assistida por curiosa. Desenvolvimento neuromotor normal. Refere ter sido vacinada apenas contra varíola e poliomielite. Aleitamento exclusivamente materno até ao 6º mês de idade; a partir do 7º mês introduziu papa de vegetal, duas vezes ao dia. Ao fim do primeiro ano foi desmamada e passou a participar da refeição dos adultos que consiste em arroz, feijão, batata e verduras diariamente; carne e ovo uma vez por semana.

Antecedentes familiares: — pais e seis irmãos sadios.

Exame físico: — Estado geral pouco satisfatório. Ativa, hidratada e bem humorada. Pele sem manchas, quente, úmida e elástica. Mucosas com acentuada palidez. Musculatura hipotrófica e normotônica.

Aparelho cardiocirculatório: — frequência cardíaca de 140 batimentos por minuto, sem outras alterações.

Abdome: — plano, normotenso, sem dor à palpação superficial ou profunda. Fígado e baço não palpáveis. Genitais externos e ânus sem anormalidades.

Peso: — 12.400 g; estatura 98 cm; temperatura 37,2°C.

Exames de laboratório: — glóbulos vermelhos: 2.380.000/mm³. Hemoglobina: 3,9g. Hematócrito: 21%. Urina: normal. Fezes: ovos de *Trichocephalus trichiurus*; contagem pelo método de Stoll: 18.500 ovos por grama de fezes.

Evolução na enfermaria: — iniciado o tratamento com constipante intestinal, ferro, vitaminas e dieta hiperproteica. Perfução de sangue total no 1º, 2º e 7º dias de internação, 260 ml em cada vez. Após duas semanas de tratamento sem melhora evidente do quadro intestinal, resolveu-se administrar ditiazanina, 25 mg/Kg/dia durante 14 dias. Como resultado da terapêutica sintomática efetuada chegamos, após 1 mês de internação, com razoável

melhora no estado geral, sobretudo da anemia, estando nessa época a Hemoglobina em 9,5%. A sintomatologia intestinal todavia não se modificou e nova contagem de ovos nas fezes revelou 18.000 ovos de *T. trichiurus* por grama, isto é, praticamente a mesma de antes. Passamos então ao hexilresorcinol sob a forma de enema de acordo com Basnuevo e col. (4). Foram feitos 3 enemas em dias alternados e depois disso notamos que as fezes ganharam consistência e diminuiu a enterorragia. Nessa altura a hemoglobina tinha se elevado a 10,6% e nova contagem de ovos nas fezes revelou 3.000 ovos de *T. trichiurus* por grama. Feita uma retrósigmoscopia que mostrou: “flacidez de parede retal; mucosa congesta e sangrando com muita facilidade; vermes esparsos em toda extensão do reto e sigmoide”. Fizemos então mais 2 enemas de hexilresorcinal espaçados de 1 dia. Depois dessa terapêutica houve normalização do trânsito intestinal; as fezes ganharam consistência normal e sem sangue. O exame parasitológico negativamente e a criança teve alta pesando 16.160 g e com dosagem de hemoglobina revelando 10,8g%, após 3 meses de internação.

COMENTÁRIOS

A patogenia da tricocefalose se deve à penetração da mucosa pela parte anterior afilada do verme, liquefação do tecido circundante por meio de um líquido elaborado em suas glândulas esofágicas e subsequente ingestão do mesmo como alimento. Parece haver também sucção de sangue. Com métodos isotópicos Layrisse e cols. (12) avaliaram a perda sanguínea diária devida ao *T. trichiurus* como sendo em média 0,005 ml por verme. Por questões de epidemiologia ou talvez por fenômenos imunitários locais, o número de vermes albergados pelo homem é em geral muito pequeno. Corrêa e Mellone (8) em 28 casos de necrópsia encontraram, na maioria deles, 2 a 5 vermes apenas, sendo a média 8,1 vermes por caso, número que não chega a causar sintomatologia evidente. É preciso lembrar porém que nem sempre é assim e que existe sempre alguns que são parasitados por dezenas ou centenas de helmintos. Baseados apenas em exames de fezes que são qualitativos, não podem os clínicos afastar a hipótese de ser a tricocefalose a respon-

sável pela perturbação intestinal de seus pacientes. Haveria necessidade do conhecimento do número de vermes albergados o que teria que ser relacionado pela quantidade de ovos nas fezes. Todavia existem vários problemas que dificultam a interpretação adequada da questão. Em primeiro lugar teríamos que imaginar um número tal de vermes que, presente no intestino, fosse capaz de desencadear sintomas. Em seguida precisaríamos ter em mente qual seria a quantidade de ovos presentes nas fezes que espelhasse com fidelidade o número de vermes albergados. Segundo Corrêa e Mellone (8) cada verme presente no intestino seria representado pela presença de 200 ovos por grama de fezes. Para Maldonado (13) seriam apenas 120 ovos que representariam cada verme enquanto que para Beaver (5) esse número seria pelo menos 500. Essas determinações tão discrepantes são devidas às influências ponderáveis que sofrem desde as variações próprias das técnicas quantitativas até a quantidade, qualidade e consistência do bolo fecal, não se desprezando a proporção entre machos e fêmeas. Uma saída para esse óbice seria o estabelecimento simples do número de ovos por grama de fezes que pudesse evidenciar parasitismo grave sem a preocupação do número de vermes que os mesmos representassem. De acordo com Biagi (7) os casos graves apresentariam não menos de 5.000 ovos por grama de fezes; para Jung e Beaver (10) seriam necessários 30.000 ovos enquanto que Arenas e cols. (2) sugerem que apenas 2.000 ovos por grama são suficientes para expressar parasitismo grave. Pelos trabalhos de Marques e cols. (14), Cunha e cols. (9) e Bermudes e col. (6) podemos verificar facilmente como a contagem de ovos é pouco precisa na indicação de gravidade do parasitismo. Não há correlação entre intensidade de doença e contagem; além de vários casos graves terem contagem in-

ferior a 2.000 ovos por grama de fezes, registra-se um com enterorragia e prolapso retal em que a técnica quantitativa não revelou a presença de ovos e numerosos vermes foram vistos à retosigmoidoscopia.

Fazendo uma revisão de 200 casos de distúrbio intestinal, Khandaker e cols (11) referem ter encontrado 49 parasitados pelo *T. trichiurus* sendo que em 23 essa foi a única explicação encontrada. Pedem maior atenção dos clínicos para essa parasitose que, com maior frequência do que se imagina, é capaz de por si mesma causar transtornos no aparelho digestivo. Maldonado (13) salienta que muitas vezes os pacientes, sobretudo crianças, passam vários meses com diarreia tratadas inadequadamente e só vêm a se recuperar quando eliminados os tricocéfalos.

Parece que contribui muito para o des-caso dado a essa verminose a falta de uma terapêutica eficaz e destituída de toxidade. O iodeto de ditiazanina recomendado como medicamento de eleição é sabidamente muito tóxico para as mucosas gástrica e intestinal sendo a sua ingestão, acompanhada freqüentemente de náuseas, vômitos e diarreia. Em casos de diarreia o emprego de medicamento com essas características parece pouco indicado. Outra alternativa seria o emprego do hexilresorcinol, droga já em desuso, sob a forma de enema de retenção. Em nosso caso relutamos em usar a ditiazanina e quando o fizemos pouco resultado obtivemos. O enema com hexilresorcinol foi a solução encontrada e mesmo assim teve que ser feito cinco vezes. Ultimamente temos empregado o Mebendazole, droga que tem se mostrado muito eficaz contra *Trichocephalus trichiurus* e destituída de efeitos colaterais. Esperamos que ela seja a solução para um adequado tratamento dessa verminose, contribuindo assim para uma menor incidência do parasito e desaparecimento dos casos graves como o aqui relatado.

SUMMARY

One case of severe Trichocephalosis with diarrhea, loss of blood in stools and prolapse of the rectum is presented. Discussion is made about difficulties in diagnosis and treatment.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARAL, A. D. F. — Informação pessoal.
2. ARENAS, J. V.; BRASS, K. & TOCUYO, H. R. — Tricocefalosis. Estudio clinico-patologico. GEN 20: 177-189, 1965.
3. ARMINANTE, J. e CAMPOS, E. P. — Apendicite aguda perforativa por perfuração de *Trichocephalus trichiurus*. Rev. Inst. Ad. Lutz 28: 77-81, 1968.
4. BASNUEVO, J. G.; COWLEY, O.; RABASSA, E. B.; ACHKAR, R. e MADURO, F. — Cien casos de tricocefalosis curados con los enemas de hexilresorcinol (Santokin). Rev. Kuba Med. Trop. Parasit., 7: 105-108, 1951.
5. BEAVER, P. C. in Pessoa, S. B.
6. BERMUDEZ, J. A.; PORTILLO, F. E.; & ÚRDANETA, A. B. — Imagem endoscópica en la tricocefalosis infantil. G.E.N. 22: 67-72, 1967.
7. BIAGI Fº, F. — Cuadro clínico de la tricocefalosis. Bol. Med. Hosp. Inf. Mex., 19: 467-470, 1962.
8. CORRÊA, M. A. e MELLONE, O. — Estudo sobre a postura do *Trichuris trichiura*. Folha Médica, Rio, págs. 1 a 8, 1938.
9. CUNHA, A. G.; GUIZZO, B. L.; CORTES, L. M. e SOUZA LEITE, C. — Enterorragia na criança. Análise de 58 casos. J. Ped. 34: 53-56, 1969.
10. JUNG, R. C. & BEAVER, P. C. — Clinical observations on *Trichocephalus trichiurus* infection in children. Pediatrics 8: 548-557, 1951.
11. KHANDAKER, R. K.; KABIR, A. M. F. & HOQUE, A. — Incidence and contribution of *Trichuris trichiura* infestation in gastro-intestinal disorders. J. Trop. Med. Hyg. 71: 176-177, 1968.
12. LAYRISSE, M.; APARCEDO, L.; MARTINEZ-TORRES, C. & ROCHE, M. — Blood loss due to infection with *Trichuris trichiura*. Am. J. Trop. Med. Hyg. 16: 613-619, 1967.
13. MALDONADO, J. F. — Helminthiasis del hombre en America. Edit. Científico-Médica, Barcelona, 1965.
14. MARQUES, A. N.; SNITKOWSKY, N. e SOBRAL, M. T. C. — As complicações da tricuriase em pediatria. Tricuriase retal. J. Ped. 33: 201-205, 1968.
16. PEREIRA DA SILVA, W. — Parasitoses intestinais no Estado de São Paulo. Hospital, 74: 589-605, 1968.
16. PESSOA, S. B. — Parasitologia Médica, Guanabara — Koogan, 8ª ed., 1972.
17. VINHA, C. — Incidência de ancilostomídeos, ascáris e trichiúris no Brasil. Rev. Bras. Mal. Doenças Trop., 21: 549-558, 1969.