

URTICARIA FEBRIL ESQUISTOSSOMOTICA

ALBERTO SERRAVALLE

(Cadeira de Parasitologia - Prof. Cat.
A. L. de Barros Barreto)

Como finalista dêste trabalho modesto, desejamos apenas avivar no espírito dos interessados uma frase da esquistossomose — período agudo — capaz, às vêzes, de dar febre alta, hepatoesplenomegalia, urticária fenômenos intestinais, simulando a febre tifoide, sífilis, paludismo, enfim, as doenças infecciosas de um modo geral.

Quase todos os tratados de Parasitologia ou de Patologia no capítulo correspondente à doença produzida pelo *Sshistosoma mansoni* — Pirajá da Silva (S.M.), referem-se ao período inicial da entidade nosológica, como capaz de dar febre, urticária, transtornos intestinais, aumento de volume do fígado e baço.

À fase de prurido, que se manifesta logo em seguida ao banho de água doce, e que corresponde à penetração da furcocercaria na pela (*cercos* — alusão à sua grande cauda em relação ao restante do corpo), sucede um período de latência que equivale ao “passeio” do parasito pelas dependências do organismo, até, finalmente atingir seu habitáculo preferencial: a veia porta e seus 3 grandes ramos: grande e pequena mesentéricas e esplênica. Sòmente depois desta excursão e quando o helminte torna-se adulto é que se dá a postura, tornando possível o achado coproscópico: ovos nas fezes.

O que ocorre comumente é um silêncio relativo, no particular de sintomas no período de invasão. Uma dor surda no hipocondrio direito, febrícula, diminuição da capacidade de trabalho do infestado, passam desapercibidas ao doente e ao médico. Porém às vezes, surge um caso em que o cortejo sintomático atinge um limiar máximo. O doente apresenta febre mais

cu menos a partir do 15º dia da infestação, hepatomegalia, baço aumentado, tosse sêca e renitente que corresponderia à fase pulmonar do parasito ou à pulmonarite esquistossomótica, sub-icterícia, urticária, eosinofilia, dores sem sede própria, estado geral alquebrantado, deixando o médico com direito a mil conjecturas quando ao diagnóstico provável.

As duas observações resumidas que se sucedem, são um atestado julgado forte da dificuldade de diagnóstico que tivemos, e, por certo, quanto lamentamos não nos houvesse ocorrido na ocasião a eventualidade da bilharziose intestinal em certos casos febris ocorrido em nossa clínica, o que por vezes motivou descontrações diagnósticos e as mais delas sem ousarmos sequer formular um “diagnóstico de probabilidades”.

OBSERVAÇÕES

A primeira observação é de um menino de 10 anos — A.R.S., residente à Av. Fernandes da Cunha 100 — que apareceu com prostração inicial, para em seguida, com aumento progressivo, apresentar febre cotidiana com exacerbação vespertina, tosse sêca renitente, insônia, cefalea, tenesmo intestinal, dor abdominal, anorexia. Ao exame objetivo havia aumento do fígado (4 dedos transversos), baço palpável, gorgulejo na fossa ilíaca direita, discordância esfigmo-termica, língua saburrosa com bordos e ponta limpas.

Procedido um estudo da série branca — hemograma de Schilling — pelo hematologista Roberto Silva, havia: 10.000 leucócitos por mm³; — 10% bastonetes; — 47% segmentados; — 15% eosinófilos; — 0% basófilos; — 19% linfócitos; — 9% monócitos. — Ao exame morfológico: granulações tóxicas em cerca de 50% dos neutrófilos.

Iniciamos o tratamento pelos antibióticos (penicilina, terramicina em seguida), sem melhoria do quadro geral, antes pelo contrário a hepatomegalia e esplenomegalia aumentavam, enquanto a tosse sêca seguia parêlha com agravação dos sintomas. Nesta altura sôbre quase tôda a pele apareceu subitamente uma erupção de placas com forte prurido: a urticária, o que nos fêz pensar em uma manifestação alérgica às drogas usadas. Solicitado novo hemograma desta vez ao colega de consultório Durval Mesquita, temos o seguinte resultado: 12.500 leucócitos por mm³ (aumento em relação às primeiras cifras): — 21% bastonetes (contra 10% do hemograma inicial), — 35,5% segmentados, — 24,5% de eosinófilos, também aumentados em relação ao primeiro, 6% basófilos, — 14,5% linfócitos, — 4,5% monócitos, — além de gra-

nulações tóxicas na totalidade dos neutrófilos. **Negativo** para plasmodios humanos.

A telerradiografia do tórax praticada pelo companheiro de trabalho W. Britto, nada evidenciou de anormal, inclusive para a silhueta central do tórax. À ovoidoscopia via-se ovos de *Ascáris* (+++) e negatividade para cistos ou formas trofozoitas de protozoários patogênicos (*Mesquita*). — A eosinofilia poderia ser atribuída à helmintose existente (*Ascarirose*). Em verdade, o aumento de eosinófilos devido à helmintose é mais intenso, segundo alguns autores, nas parasitoses devidos àquêles que preferencialmente habitam os tecidos. Ou ainda, a eosinofilia poderia correr por conta da suposta manifestação alérgica à penicilina.

Foi então que pensamos na esquistossomose. — Contou-nos sua progenitora que jamais se banhara seu filho em rio, a não ser há 20 dias, quando no rio Jaguaripe dera um mergulho. Este rio banha os quintais das casas da cidade vizinha de Nazaré, onde o índice de infestação da população alcança 50% para o S.M.

Nesta altura já tínhamos ao nosso lado os dedicados colegas Audiface e Leocadio, que acudiram pressurosos ao nosso apêlo, no sentido de esclarecermos o diagnóstico.

Como via de regra, os ovos de S.M. só aparecem nas fezes a partir do trigésimo sétimo dia da infestação, foi feita uma intradermorreação base de antígenos de cercarias de S.M., prova essa que resultou negativa nos primeiros 15 minutos (tempo de leitura), para 12 horas após no ponto da injeção, notar-se vermelhidão acentuada, pseudopodos e prurido intenso, tendo-se desta sorte uma reação positiva intensa, tardia (Dr. Lopes do Inst. de S. Pública). Está assente que as reações tardias não são consideradas positivas; i. é. significativas; porém a intensidade da reação foi de tal ordem e considerando não haver sido ainda estudada conveniente a intradermo nos casos agudos, opinamos pela "positividade" da prova. — Dias depois tivemos a comprovação parasitológica pelo aparecimento de ovos S.M. perfeitamente viáveis nas fezes.

Instituiu-se o chamado tratamento rápido pelo tártaro emético em solução recente (13 mg por quilo de peso). Lamentável é que não tenhamos recorrido a prova da eosinofilia provocada, ou prova de Mainzer, na qual os eosinófilos aumentam quando se aplica a terapêutica específica. Esta prova tem valor, quando não se consegue achar ovos nas fezes ou pela biópsia (método de Ottolino e Atêncio), e com intradermo positiva. Seriam os casos em que haveria infestação apenas de exemplares machos e desta unilateralidade sexual, tem-se obtido comprovação experimental em animais.

Com a terapêutica a febre desapareceu em lise, o fígado e baço diminuíram de tamanho, os fenômenos intestinais cederam, a tosse des-

vaneceu-se e o apetite foi voltando progressivamente. A urticária já se havia atenuado ha dias, antes mesmo da medicação pelo antimônio. Devemos assinalar que os ovos desapareceram das fezes para surgirem 3 meses depois; o tratamento rápido falhou. Aliás, Alves e Blair, após estudos na Rodésia do Sul onde submeteram a essa modalidade de tratamento 5.455 doentes com intradermo reação positiva para o S. M. ou Schistosoma haematobium, concluíram “não haver a morte total dos parasitos, sobretudo dos machos, mas uma interrupção no processo de postura capaz de impedir a infestação de novos moluscos pelo menos”. Ao seu método intensivo, chamaram cura de saúde pública.

Atualmente nosso doente está sob o tratamento clássico, por injeções intravenosas de tártaro emétrico, num total de 72 cg., com intervalos.

Quanto à segunda observação é a de um estudante de medicina — I.C.M. — e nos foi fornecida sob o rótulo de auto-observação. Contamos êle estar viajando, quando devido a um acidente no veículo que o transportava teve que atravessar um correço, o que fez invadindo as águas as suas botas de cano curto e somente após longa caminhada lhe foi possível livrar-se das vestes molhadas. — Vinte e sete dias mais tarde apresentava febrícula à tarde com remissão matinal. Foi por êle procedido ovohelminthoscopia nas fezes (amostra de todo o volume fecal) encontrando ovos viáveis de S.M.; anteriormente jamais tivera fezes positivas para o S.M. — Houve um período de apirexia, seguido de hipertermia franca (39%), urticária, eosinofilia (16%), insônia, irritabilidade, anorexia. Acrescidos a estes sinais e sintomas, somaram-se dores intensas sob forma de pontadas no hemitórax direito e esputo sanguinolento. À radiografia do tórax haviam imagens de condensação do tipo pneumônico na região infra-clavicular direita.

Há em verdade, nesta segunda observação, possibilidades flagrantes de estarmos diante de um caso de outra enfermidade que não a esquistossomose.

Assim consideremos: 1º — A precocidade no aparecimento nas fezes dos ovos do trematódeo (de trema=buraco, alusão às ventosas encontradas na porção anterior do Schistosoma e que servem de órgãos fixadores), apenas 27 dias. Este tempo é julgado curto por Pons, 1937, corroborado por Craig e Faust; para êles a expulsão inicial só aparece nas fezes trinta e sete a quarenta e quatro dias após a infestação, acompanhada da disenteria clássica dos tratadistas. Para Brumpt o período de incubação é de 1 a 3 meses.

2º — A ausência de fenômenos intestinais (tenesmo, disenteria), que sendo a regra não é referido pelo nosso observado. — Pons em Pôrto Rico nunca encontrou um tipo exclusivamente hepatoesplênico sem comprometimento intestinal. (A nossa primeira observação coin-

cide com esta última asertiva). O S. M. tem um tropismo especial pelo sistema porta, fácil de comprovar, mas difícil de explicar (Brumpt).

3º — A falta de hepatoesplenomegalia (esquistossomose visceral) no período toxêmico (fase aguda), para qual chama atenção Girges (1934) no Egito e admitida por certos patologistas atuais; aqui há quem admita a ausência de formas intestinais; à essa modalidade atribue-se a toxemia produzida especialmente pelos machos do S. Mansoni.

4º — A eosinofilia pode estar presente em um grande numero de doenças. Ela é devida à várias causas sendo a mais aceita: uma função específica dos eosinófilos que faria a reação tissular alérgica (colaboração fermentativa) V. Shilling.

Pode haver aumento dos eosinófilos: a) transtornos alérgicos (urticária e outras manifestções alérgicas), b) dermatoses, c) infestações parasitárias, especialmente aquelas que invadem os tecidos; na esquistomonose pode atingir até 76% (Lawton). d) enfermidades do sistema hematopoiético (leucemia mieloide crônica, enfermidade de Hogdkin, e) depois de aplicações radioterápica e nos profissionais de raios Roentgen, f) Síndrome de Loeffler, g) certos venenos, h) anomalia familiar, i) eosinofilia tropical, j) síndrome geral de adaptação.

5º — A imagem de condensação no pulmão direito, acompanhada de eosinofilia, bem que poderia ser a síndrome de Loeffler, i. é. a infiltração transitória do pulmão de causa desconhecida.

6º — A urticária poderia correr por conta dos quimioterápicos usados (sulfas) e dos antibióticos, ou ainda de reações alérgicas inespecíficas.

7º — As pneumonias dariam um quadro semelhante àquele descrito pelo nosso "para-doutor"; assinalamos não se ter tentado isolar os germes da pneumonia no escarro.

8º — Por fim, trata-se de um estudante de medicina; em doentes não leigos, há inegavelmente uma tendência àqueles diagnósticos mais ao seu sabor ou pendor. Além do mais, nosso acadêmico é estudioso acirrado das helmintoses. Frequenta certa instituição, onde os assuntos são realmente cuidados com rigor e de maneira escorreita. Houve de sua parte certa indução para o diagnóstico de esquistossomose, antes pelo seu interesse pelo assunto que por desejo doloso.

* * *

Nos dois casos expostos, concluímos: o 1º deles é um caso típico de esquistossomose em período toxêmico — fase aguda. Aí ficou patente ser o S.M. o responsável pelo quadro grave, agudo, a ponto de em ocasiões temermos pela vida do nosso

pequeno enfermo. Realmente em tôda a doença aguda ou sub-aguda com sensibilidade e aumento do fígado, esplenomagalia, fenômenos intestinais, urticária, eosinofilia, num individuo com possibilidades de infestação recente, deve-se pensar na doença de Manson. Esses sintomas cardiais, orientarão o médico para um diagnóstico preciso e uma terapêutica segura — a emética — apesar de tôda a toxemia que o doente apresenta.

Julgamos conveniente em tôda a eventualidade, estarmos de sôbre-aviso e alertarmos nosso colegas visinhos da hipotese de bilharziose intestinal em casos que simulem febre tífica, paludismo, ou de uma pretensa hepatite infecciosa. Esta hilmin-tose tem aumentado extraordinariamente: no Egito dos 14 milhões e meio de habitantes, 10 milhões sofrem das duas esquistossomoses; no Brasil, infelizmente, calcula-se de 1 milhão o numero de doentes devido ao S.M.; os parasitologistas renomados chamam à atenção das nossas autoridades sanitárias para êste grave problema de saúde pública (C. Pinto, H. Maciel, Faust).

No 2º caso não se deve pensar em urticária febril esquistossomótica. Tratava-se de uma pneumonia lobar, com reação urticariana na pele graças aos antibióticos usados. No muito uma coincidência entre o aparecimento dos ovos de S. M. nas fezes e um estado febril agudo ocasionado pela pneumopatia. Houve uma associação mórbida porém na 2ª observação a helmin-tose evoluiu de maneira silenciosa, sem maiores sintomas como soe acontecer em muitas oportunidades.

BIBLIOGRAFIA

- Armbrust — Esquistossomose da vesicula biliar, O Hospital, 1947.
Barreto, A. L. de Barros — Notas das aulas de Parasitologia. 1946 a 1952.
Brumpt — *Precis de Parasitologie* — Manson et ôte, 1949.
Craig e Faust — *Paratitologia Clínica* — Ed. Guanabara, 1947.
Lobo, Renato Marques — *Determinações cardíacas da Esquistossomose mansonica* — Tese para catedrático, 1947.
Lopes, Domingos M. — *A eosinofilia provocada no diagnóstico da esquistossomose* — O Hospital — 29 - 807 — Maio, 1946.

- Maciel, Heraldo — Helminthos e Helminthoses do homem no Brasil — Rio de Janeiro, 1936.
- Manson — Bahr Philip — Doenças tropicais — Ed. Guanabara, 1943.
- Olivieri, Durval Pessôa — Exame de fezes, retosigmoidoscopia e biópsia do reto na schistosomose mansoni. — Abril, 1948.
- Pessôa, Samuel B. — Parasitologia Médica — Renascença, 1946.
- Pinto Cesar e Almenda — Schistosomiasis mansoni no Brasil — Monografias do Inst. Oswaldo Cruz — Janeiro, 1948.
- Pinto Pedro — Dicionário de termos médicos, 1944.
- Silva, J. Rodrigues da e col. — Os testes intradérmicos e outras reações biológicas no diagnóstico da esquistossomose mansoni — Med. Cirg. e Farm. 161 — Setembro, 1949.
- Silva, J. Rodrigues da e col. — A bópsia retal no diagnóstico e no controle de eficiência terapêutica da esquistossomose de Manson — O Hospital — 32 - 219 — Agosto 1947.
- Silva, J. Rodrigues da — Novos aspectos terapêuticos da Esquistossomiase Mansoni — Vida Médica 6 — Dezembro, 1948.
- Schilling, Victor — El cuadro hemático — Labor, 1947.
- Serravalle, Alberto — Helminthoses — Indices de infestações — Arquivos da Universidade da Bahia — 1948.
- Wintrobe, Maxwell — Hematologia Clínica, 1948.