

Estrongiloidíase

Introdução

A estrongiloidíase humana é um tipo de helmintose causada por duas espécies de nematoides intestinais pertencentes ao gênero *Strongyloides*, que são geohelmintos da família Rhabdiasidae. 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. A outra espécie, *Strongyloides fuelleborni*, é encontrada esporadicamente na África e na Nova Guiné.

A infecção do hospedeiro ocorre por meio da penetração de larvas infectantes pelo tegumento, as quais realizam um ciclo cardiopulmonar. A transmissão oral e a auto-infecção também podem ocorrer em alguns casos. A forma adulta parasitária é a fêmea partenogenética que mede de 1,7 a 2,5 mm de comprimento.

Modo de Transmissão

As larvas infectantes (filiarioides), presentes no solo, penetram através da pele e chegam aos pulmões, traqueia e epiglote. Após serem deglutidas atingem o trato digestivo onde se transformam em verme adulto. A fêmea libera os ovos larvados que eclodem ainda no intestino, liberando larvas rabditoides (não infectantes), que saem pelas fezes. No meio externo, as larvas rabditoides podem evoluir para a larva filarioide (forma infectante) ou para adultos de vida livre que ao se acasalarem geram novas formas infectantes.

Outra forma de infecção, é por meio da transmissão fecal-oral, com a ingestão de água ou alimentos contaminados com larvas infectantes. Além disso, é possível ter a autoinfecção externa e interna. A autoinfecção externa ocorre quando as larvas presentes em resíduos de fezes na região anal e perianal penetram no indivíduo pela mucosa retal. Já a autoinfecção interna ocorre no próprio intestino do indivíduo infectado, quando fatores intestinais propiciam a transformação das larvas e permitem a invasão direta da mucosa, e esse fator pode cronificar a doença em vários meses e anos.

O período de incubação entre a penetração através do tegumento e o surgimento de larvas não infectantes nas fezes ocorre no prazo de 14 a 28 dias. Já o tempo para a manifestação dos primeiros sintomas varia de pessoa para pessoa.

Manifestações Clínicas

Essa parasitose intestinal, na grande maioria dos casos, é assintomática ou oligossintomática. As formas sintomáticas podem cursar com manifestações dermatológicas, pulmonares, e/ou intestinais.

As lesões dermatológicas podem ser urticariformes, maculopapulares, serpiginosas ou linear pruriginosa migratória, e são secundárias à penetração das larvas no tegumento. Dentre as alterações pulmonares, é possível ter tosse seca, dispneia ou

broncoespasmo e edema pulmonar (síndrome de Loeffler), que cursa com eosinofilia sanguínea elevada. A sintomatologia intestinal pode ser de média ou grande intensidade, como por exemplo: distensão abdominal, flatulência, dor em cólica ou em queimação em epigástrio, anorexia, náusea, vômitos, diarreia secretora ou esteatorreia, e desnutrição proteico-calórica.

Nos casos de hiperinfecção, pode-se observar quadro grave manifestado por febre, dor abdominal, anorexia, náuseas, vômitos e diarreia, além das manifestações pulmonares já citadas, podendo inclusive em alguns casos cursar com hemoptise e angústia respiratória.

Nos pacientes com imunossupressão, a doença pode atingir altos índices de mortalidade em virtude da disseminação do parasito para múltiplos órgãos e sepse secundária à bactérias intestinais.

Diagnóstico Laboratorial

O diagnóstico dessa helmintose se dá pela identificação das larvas nas amostras fecais. Entretanto, como na maioria dos casos o número de larvas é pequeno e a eliminação delas é baixa e irregular, o diagnóstico da estrogiloidíase por exames parasitológicos torna-se muito limitado.

Dependendo do número de amostras de fezes a sensibilidade do exame parasitológico varia de 30%, 50%, até 100%, respectivamente quando analisadas uma, três ou sete amostras.

As principais técnicas para realização do exame parasitológico são o exame direto utilizando solução salina e lugol, os métodos de concentração de larvas como o Baermann-Moraes e o de sedimentação, a cultura em placa de Agar, e o método de Harada-Mori.

Nos quadros de estrogiloidíase disseminada, é possível encontrar as larvas em fluídos corpóreos, como em lavados broncoalveolares, escarro, fluido cérebro-espinhal e aspirados duodenais.

Diagnóstico diferencial

Dependendo da fase clínica da infecção, as principais doenças que compõem o diagnóstico diferencial são outras parasitoses como a ascaridíase, giardíase e ancilostomíase; ou outras doenças como a pneumonia, urticária, colecistite, pancreatite e eosinofilia pulmonar tropical.

Tratamento

O tratamento pode ser feito com as seguintes drogas:

Tiabendazol, Ivermectina ou Albendazol.

O tiabendazol é a droga mais utilizada no tratamento dessa helmintose e sua eficácia é superior a 90%. Os efeitos colaterais são: sonolência, cefaleia, náuseas, vômitos, diarreia, tonturas e erupções cutâneas que desaparecem com a suspensão do tratamento.

Já a ivermectina tem uma eficácia acima de 80%. Os efeitos colaterais mais frequentes são: diarreia, anorexia e prurido. Recomenda-se o uso da ivermectina para as crianças acima de 5 anos ou peso superior a 15kg.

Pacientes que serão submetidos a tratamento imunossupressor devem ser submetidos à realização de exame parasitológico de fezes ou tratamento prévio visando os parasitas de ciclo pulmonar.

Profilaxia

A estrogiloidíase não é uma parasitose de notificação compulsória. A redução da transmissão pode ser alcançada por meio do tratamento sanitário das fezes e por medidas de proteção individual como o uso de calçados.

Bibliografia

- 1.SUDRÉ,A.P.; MACEDO, H.W.; PERALTA, R.H.S.; PERALTA, J.M. Diagnóstico da Estrogiloidíase Humana: Importância e Técnicas. Revista de Patologia Tropical. Vol.35,n.3,p. 173-184;2006.
- 2.MELO, M.C.B.; KLEM, V.G.Q.; MOTA, J.A.C.; PENNA, F. J. Parasitoses Intestinais Revista Médica de Minas Gerais. Vol.14, (1 Supl. 1),p. S3-S12; 2004.
- 3.ANDRADE, E. C.; LEITE, I.C.G.; RODRIGUES, V. O.; CESCA; M.G. Parasitoses Intestinais: Uma Revisão Sobre Seus Aspectos Sociais. Epidemiológicos, Clínicos e Terapêuticos Revista APS, Juiz de Fora.Vol.13,n. 2, p. 231-240; 2010.
- 4.American Academy of Pediatrics. Varicela-zoster Infections. In: Peter G, editor. Red Book: Report of the Committee on Infections Diseases. XXth ed. Elk Grove Village: Ed American Academy of Pediatrics; 2012.
- 5.Ministério da Saúde. Guia de Bolso de Doenças Infecciosas e Parasitárias 8^a Ed. Distrito Federal; 2010.

6.NEVES, D. P. Parasitologia Humana. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu Rio, 2011.

7. Atlas de Parasitologia Clínica e Doenças Infecciosas Associadas ao Sistema Digestivo. Disponível em:

<<http://www.parasitologiaclinica.ufsc.br/index.php/info/conteudo/doencas/helminthoses/estrongiloidiase/>>. Acesso em: 15 fev. 2014, 16:38.