

ESQUISTOSSOMOSE



Parte 2

curso • Parasitologia

• INTRODUÇÃO

A Esquistossomose ou “doença do caramujo” ou “barriga d’água” ou “xistose” é causada pelos vermes platelmintos trematódeos sanguíneos do gênero Schistosoma. Esses agentes possuem a seguinte classificação científica: Reino – Animalia, Filo – Platyhelminthes, Classe – Trematoda, Ordem – Strigeiformes, Família – Schistosomatidae, Gênero – Schistosoma e Espécie – Schistosoma sp.

Sendo a principal espécie envolvida nos casos reportados na América Latina – incluindo o Brasil – Schistosoma mansoni, que tem como principal característica da doença o acometimento hepático e esplênico.

• QUADRO CLÍNICO

O período de transmissibilidade da doença é de 6 a 10 anos, num indivíduo sem tratamento. O período de incubação é de 2 a 6 semanas. As manifestações clínicas vão depender da resposta do hospedeiro à invasão, ao desenvolvimento e à oviposição do verme. Podemos dividir em fase inicial (formas assintomática e sintomática) e fase tardia (formas crônicas).

Na maior parte dos casos, a esquistossomose será assintomática na sua fase inicial ou aguda. A fase inicial já começa com o desenvolvimento da Dermatite Cercariana no local da penetração das cercarias, devido à resposta de hipersensibilidade provocada pela presença de cercarias mortas. Ocorre um quadro de urticária com exsudato papulo-eritematoso, com intenso prurido, edema e rubor local. Essa dermatite tem duração de 3 a 5 dias após o contato com as cercarias, podendo durar mais tempo.

Quadro sintomático pode ocorrer nessa fase inicial, podendo passar despercebido ou sendo oligossintomático, raramente fatal e autolimitado, de 30 a 40



dias após a infecção. São comuns sintomas gerais como febre, diarreia, náuseas, vômitos e tosse seca de início abrupto. Após 3 a 7 semanas da exposição, pode haver a forma toxêmica ou Febre de Katayama, caracterizada por: febre, anorexia, dor abdominal, cefaleia, mialgia, calafrio entre outros sintomas. Além desses quadros, pode ocorrer a Pneumonite intersticial eosinofílica (devido à passagem dos esquistossômulos nos pulmões), gerando tosse seca, broncoespasmo e desconforto respiratório.

Depois de 6 meses da infecção, entra-se na fase tardia da doença e há risco do desenvolvimento das formas crônicas, sobretudo em pessoas residentes em áreas endêmicas: **i) hepatointestinal; ii) hepática; iii) hepatoesplênica.**

- i) Hepatointestinal:** queixas variáveis e inespecíficas, como astenia, tonturas, cefaleia, entre outras. Os sintomas digestivos predominam, com sensação de plenitude, dor epigástrica, hiporexia, com surtos diarreicos (diarreia mucosanguinolenta) intercalando com constipação. Hepatomegalia, com fígado palpável, de consistência aumentada, superfície irregular e hipertrofia do lobo esquerdo – porém, com função hepática preservada. Por definição, o baço não é palpável. A hepatomegalia ocorre devido à impactação dos ovos no espaço pré-sinusoidal, levando à formação de granulomas e fibrose, dificultando o fluxo da circulação portal.
- ii) Hepática:** sintomas semelhantes aos apresentados na forma hepatointestinal, porém não encontramos a prevalência da sintomatologia digestiva. Apenas o fígado é acometido, com o desenvolvimento da hepatomegalia e função hepática preservada.
- iii) Hepatoesplência**
Compensada: presença de hipertensão portal intra-hepática pré-sinusoidal, esplenomegalia e varizes esofagianas (formação de circulação colateral).
Pa-cientes apresentam sinais e sintomas inespecíficos, como dor



abdominal, alterações das funções intestinais, sensação de peso ou desconforto no hipo-côndrio esquerdo (pelo crescimento do baço), sendo a ascite um evento mais tardio.

Descompensada: hemorragia digestiva (hematêse ou melena) associada de declínio acentuado da função hepática. Quando associada a fatores secundários, como alcoolismo e hepatite viral, se desenvolve inclusive, uma forma complicada.

Complicações encontradas: infecções secundárias, esquistossomose neurológica (mielite transversa), sangramentos, glomerulopatias (glomerulonefrite membrano-proliferativa), insuficiência hepática, hipertensão (cor pulmonale – insuficiência do coração direito).

• DIAGNÓSTICO

Baseia-se na detecção do parasita por métodos diretos e indiretos, por meio da análise laboratorial guiada pelos dados clínico-epidemiológicos.

São utilizados exames diretos para detecção do ovo nas fezes ou tecidos (Método de Kato-katz: quantitativo; Técnica de Lutz ou Hoffman, Pons, Janer: qualitativo; Biópsia retal, hepática e de outros sítios) e de antígenos circulantes do *Schistosoma mansoni* (ELISA de captura, com anticorpos monoclonais). Bem como exames indiretos ou inespecíficos, como: i) Hemograma (Eosinofilia na fase aguda; Pan-citopenia na fase crônica); Tomografia Computadorizada para detecção da hepatoe-splenomegalia; Endoscopia Digestiva Alta para visualização de varizes esofágicas e estomacais; Ultrassonografia com doppler para constatação de hipertensão portal; Ressonância magnética da coluna para detecção de mielite transversa; entre outros.



A retossigmoidoscopia pode ser utilizada para a visualização dos vermes adultos e assim, fazer o diagnóstico diferencial com doenças inflamatórias intestinais.

• TRATAMENTO

Como 1ª opção: Praziquantel 600mg (dose única: 60mg/kg para crianças e 50mg/kg para adultos, após uma refeição), tendo efeito sobre todas as espécies de Schistosoma. Como efeitos colaterais: gosto metálico na boca, diarreia, astenia, ce-faleia, tonturas.

Como 2ª opção: Oximniquina 250mg ou 50mg/mL (dose única: 20mg/kg para crianças e 15mg/kg para adultos, após 1h de uma refeição), possuindo ação somente sobre o Schistosoma mansoni.

Contra-indicações ao uso de Praziquantel e Oxamniquina: Gestaçã, Amamentaçã (só se deve amamentar após 72h do uso do antiparasitário), crianças menores de 2 anos (Praziquantel é contraindicado em menores de 4 anos), insuficiên-cia hepática grave, insuficiênci renal ou qualquer situaçã de Descompensaçã clínic.

Para a **Forma Grave Aguda**: Prednisona (1ª semana: 1mg/kg/dia; 2ª semana: 0,5mg/kg/dia; 3ª semana: 0,25mg/kg/dia). O paciente receberá o antiparasitário de 24 a 48h depois do corticoide, tendo a Oxamniquina seu efeito potencializado corti-coide e o Praziquantel diminuído.

Para a **Dermatite Cercariana**: Hidroxizina, 25mg, via oral, 8/8 horas. Caso infecçã secundária: associar Cefalexina, 1g, via endovenosa, 6/6 horas.



Para as **Varizes de Esôfago**: Propanolol, 20mg, via ora, 12/12 horas e Omeprazol, 40mg, via oral, 12/12 horas.

Para a **Ascite**: Espironolactona, 100mg, via oral, 1 vez ao dia e/ou Furosemi-da, 40mg, via ora, 1 ou 2 vezes ao dia.

Para **Hemorragias e Hiperesplenismo com repercussão**: tratamento cirúrgico.

Para **Hipertensão Portal**: Transplante Hepático (pacientes Child B e C, com predomínio de ascite e encefalopatia).

• VIGILÂNCIA E PROFILAXIA

A vigilância possui como objetivos as reduções: das formas graves e óbitos, prevalência da infecção e expansão geográfica.

É de **notificação compulsória** em áreas não endêmicas e em casos graves nas áreas endêmicas.

As **medidas de controle** são em torno do portador (identificação e tratamento), do hospedeiro intermediário (pesquisa da presença nas coleções hídricas, sua infecção pelo *Schistosoma mansoni* e eliminação de foco de importância epidemiológica) e nas condições de transmissão (educação em saúde com orientações sobre a doença e sua forma de transmissão, destacando que não se deve entrar em contato com águas que tenham a presença do caramujo transmissor – mobilização comunitária, saneamento domiciliar e ambiental nos focos da doença).

