

ESTUDO DE CASO: MIELITE ESQUISTOSSOMÓTICA

Leandro Henrique MOREIRA¹

Luís Fernando SALDANHA²

Maria José Resende Azevedo GRAODZIKI³

Tereza Cristina da SILVA⁴

Virginia VIANA⁵

Sergio Ricardo MAGALHÃES⁶

¹⁻⁵ Acadêmicos de Medicina – UninCor

⁶ Orientador e Professor da disciplina Iniciação Científica do Curso de Medicina – UninCor

Resumo

A esquistossomose, endêmica em 74 países, é doença que afeta cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo. O Brasil, com população estimada em 200 milhões de pessoas, endêmico para a esquistossomose mansônica, possui cerca de 10 milhões de pessoas infectadas e outros 30 milhões expostas à infecção. A mielite esquistossomótica é a forma ectópica mais grave e incapacitante da infecção pelo *Schistosoma mansoni*. O artigo descreve um caso do paciente M.A.C.F. de 38 anos que foi recebido o hospital do IPSEMG apresentando quadro de mielite por esquistossomose e paraplegia de membro inferior. O paciente foi tratado com praziquantel para o tratamento da esquistossomose, além da corticoterapia realizada principalmente com prednisona. A metodologia utilizada para esse trabalho foi a revisão de literatura, com busca de dados em banco de dados. Podemos concluir que a esquistossomose é uma parasitose tropical que deve ter uma atenção das autoridades da saúde afim de evitar quadros mais graves como o caso da mielite esquistossomótica, já que é uma doença que limita o paciente e se não tratada pode levar ao óbito do paciente.

Palavras – chave: Esquistossomose, mielite, corticoterapia.

Abstract

Schistosomiasis is endemic in 74 countries, is a disease that affects about 200 million people worldwide. Brazil, with an estimated population of 200 million people, endemic for schistosomiasis, has about 10 million people infected and another 30 million are exposed to infection. The schistosomal myelitis is the most severe and disabling ectopic infection by *Schistosoma mansoni*. The article describes a case of the patient M.A.C.F. 38 year old who was receiving the hospital IPSEMG showing signs of myelitis and paraplegia due to schistosomiasis of the lower limb. The patient was treated with praziquantel for treatment of schistosomiasis, and corticosteroid mostly performed with prednisone. The methodology used for this study was a literature review with search data in database. We can conclude that schistosomiasis is a parasitic tropical must have an attention of health authorities in order to avoid more severe as the case of schistosomal myelitis, since it is a disease that limits the patient and if left untreated can lead to death of the patient .

Key words: Schistosomiasis, myelitis, steroids.

Introdução

A esquistossomose, endêmica em 74 países, é doença que afeta cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo infectadas pelas espécies *mansoni*, *haematobium*, *japonicum*, *intercalatum* ou *mekongi* e constitui problema de saúde pública em países da América do Sul, América Central, África e Ásia¹.

O Brasil, com população estimada em 200 milhões de pessoas, endêmico para a esquistossomose mansônica, possui cerca de 10 milhões de pessoas infectadas e outros 30 milhões expostas à infecção².

A mielite esquistossomótica é a forma ectópica mais grave e incapacitante da infecção pelo *Schistosoma mansoni*. Sua prevalência em área endêmica tem sido subestimada.

O diagnóstico baseia-se na presença de sintomas neurológicos decorrentes de lesões da medula espinhal em nível torácico baixo e/ou lombar alto, na demonstração da infecção esquistossomótica por técnicas microscópicas ou sorológicas e na exclusão de outras causas de mielite transversa³.

O tratamento precoce, com esquistossomicidas e corticoesteróides, mostra-se eficaz na maioria dos casos e os pacientes não tratados não se recuperam ou morrem⁴.

Não há consenso sobre doses e duração do tratamento, mas estudo recente sugere que

os corticoesteróides devam ser usados por pelo menos seis meses. Como o diagnóstico é presuntivo e o tratamento essencialmente clínico, há que se manter alerta para a presença da doença, aperfeiçoar a propedêutica e, dessa forma, evitar-se a laminectomia rotineira. Com o advento da ressonância magnética da medula espinhal houve grande avanço no diagnóstico da esquistossomose medular. Como consequência, o número de casos de mielopatia esquistossomótica relatados tem aumentado rapidamente⁵.

As formas medulares da esquistossomose, antes consideradas raras⁶, tornam-se cada vez mais frequentes à medida que investigações clínico-laboratoriais são feitas em pacientes com síndromes medulares e radiculares, particularmente nas áreas endêmicas da parasitose. Ela é considerada a causa mais frequente entre as mielopatias não traumáticas e é, provavelmente, subdiagnosticada nas regiões endêmicas pela sua não inclusão no diagnóstico diferencial ou por deficiência de recursos técnicos para o seu diagnóstico⁷.

O objetivo desse artigo é mostrar um caso clínico de um paciente com mielite esquistossomótica e discutir as repercussões clínicas dessa doença que é tão comum no nosso país.

Caso clínico

Paciente M. A. C. F., nascido em 24/08/1972, 38 anos, casado, residente em Lagoa Santa. Admitido no hospital do IPSEMG em 15/02/2011, às vinte horas e vinte minutos, ficando paciente no quarto 504, 5º andar leito 3. Procedência SMU, procedimento pielonefrite, apresentando quadro de mielite por esquistossomose e paraplegia de MI desde dezembro de 2010.

Realizou duas sessões de fitoterapia sendo a última em 10/01/2011. Queixa ter câimbra e dores nos membros inferiores, nega febre ou prostrações. Estava em tratamento de ITU, norfloxacin, em uso de prednisona 60mg e gabapentina. Apresentou hiperglicemia secundária e corticoterapia.

Ao exame físico apresenta escala de Glasgow 15, pupilas isocóricas, calmo e alegre, comunica com a família de forma normal, não há lesões na pele, anictérico, corado turgor preservado, perfusão adequada, BNRNF normal tendo PA=120 X 80mmHG, FC 65 bpm, FR17 irpm, boa ingestão hídrica, dieta VO, RHA presentes, timpanismo presente, visceromegalias ausentes, exame intestinal mostra que há fezes presentes, porém há dias não evacua. Paciente ainda queixa-se de parestesia.

O paciente foi tratado no hospital com praziquantel para o tratamento da esquistossomose, além da corticoterapia realizada principalmente com prednisona

Discussão

A mielite esquistossomótica atinge as camadas mais pobres das populações que vivem sob precárias condições de higiene, habitação e educação e expostas ao hospedeiro em regiões endêmicas. Os mais expostos são homens em plena fase produtiva da vida.

O paciente pertencente a este estudo se enquadra dentro do perfil de idade em que mais ocorre a doença. O grau de imunidade natural e adquirida, assim com o grau de infestação, pode explicar a baixa incidência da mielite esquistossomótica em comparação à população de esquistossomóticos existentes em nosso país, como também a multiplicidade de formas clínicas, diferentes tipos de evolução e de respostas ao tratamento⁸.

O paciente faz uso de corticoterapia para tratamento da doença. A ação do corticosteróide no tratamento de mielite esquistossomótica é essencial e insubstituível no que se refere à melhora clínico-laboratorial. Sua ação anti-inflamatória é conhecida e útil no bloqueio rápido e eficaz dos fenômenos imunológicos que ocorrem na mielite esquistossomótica devendo ser usados o mais precocemente possível⁹.

Para o tratamento da esquistossomose foi feito o uso de praziquantel. O praziquantel é um anti-helmíntico antiparasitário de amplo espectro, contra numerosas espécies

de cestódeos e trematódeos e usado principalmente para tratar a esquistossomose.

Uma das repercussões encontradas na mielite esquistossomótica nesse paciente é a paraplegia de membro inferior. Isso deve ser provocado porque os ovos e vermes podem deslocar-se através do fluxo venoso retrógrado pelo plexo venoso vertebral epidural de Batson, avalvular, que conecta o sistema venoso portal e a veia cava às veias do canal espinhal. Dessa forma, os ovos atingem o SNC através da oviposição local ou por embolização¹⁰. A maior incidência de mielopatia na região lombosacra explica-se, provavelmente, por esse mecanismo de migração.

As manifestações clínicas do paciente do estudo como infecção do trato urinário, parestesia são achados comuns da doença e podem surgir de forma aguda ou subaguda, com piora progressiva e acumulativa de sinais e sintomas. Ocasionalmente, essa evolução pode ser lenta e ocorrer ao longo

de meses e anos¹¹. Alguns autores sugerem que o aumento da pressão intra-abdominal por esforço físico ou trauma possa desencadear a mielite esquistossomótica¹².

Conclusão

A esquistossomose é uma parasitose tropical e por isso chamamos a atenção através deste estudo da necessidade de maiores investimentos em pesquisa e maior abordagem preventiva dessa doença por parte das nossas autoridades, visando diminuir o número de pacientes acometidos por quadros mais graves dessa doença como é o caso da mielite esquistossomótica já que é uma doença que limita o paciente e se não tratada pode levar ao óbito do paciente.

Referencias

- 1 - APJ, Peregrino et al. **Esquistossomose medular: análise de 80 casos**. São Paulo: Arquivo Neuropsiquiatria, 2002.
- 2 - CEGET-CNRS/OMS **Atlas de la repartition mundial des schistosomiasés** Geneva: WHO, 1987.
- 3- Houpis J, et al. **Acute schistosomiasis with transverse myelitis in American students returning from Kenya**. Morbidity and Mortality Weekly Report 33: 445-447, 1984.
- 4- Haribhai HC, et al. **Spinal cord schistosomiasis: a clinical, laboratory and radiologic study, with a note on therapeutic aspects**. Brain 114: 709-726, 1991.
- 5- ACR, Galvão. **Mielopatias Esquistossomóticas: Aspectos Clínicos e Laboratoriais**. Tese, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1983.
- 6- Perpétuo FOL, et al. **Esquistossomose medular**. Revista Associação Médica Minas Gerais 1973, 24:173-178.

7- AS, França et al. **Mielopatias** : aspectos diagnósticos. Arquivo Neuropsiquiatria. Cap.38, 360-366, 1980.

8- AJP, Peregrino et al. **Meningiomielorradiculite por Schistosoma mansoni**: protocolo de investigação e registro de 21 casos. Arquivo Neuropsiquiatria. Cap.46,49-60, 1988,

9- EO, Domingo, et al. **The inhibition of granuloma formation around schistosoma mansoni eggs**: immunosuppressive drugs. Cap16, 284-292, 1967.

10- GN, Budzilovich et al. **Pathogenesis and latency of spinal Cord schistosomiasis**. Archives of Pathology. Cap 77, 383-388, 1964.

11- HC, Haribhai et al. **Spinal cord schistosomiasis**: a clinical, laboratory and radiologic study, with a note on therapeutic aspects. Brain 114: 709-726, 1991.

12- J, Joubert et al. **Schistosomiasis of the spinal cord** – underdiagnosed in South Africa? South African Medical Journal 77: 297-299, 1990.