

Síndrome da Larva Migrante Visceral em Criança com 23 Meses

J. SILVA PEREIRA, FÁTIMA PINTO, RESENDE MARTINS

Serviço de Pediatria — Hospital Distrital de Vila do Conde

Resumo

Num doente de 23 meses de idade, com antecedentes de crises de broncospasmo e mau estado geral, foi encontrada hipereosinofilia. O estudo subsequente conduziu ao diagnóstico de infecção por *Toxocara canis*.

Palavras-chave: Criança, infecção, *toxocara canis*.

Summary

Hypereosinophilie was found in a 23 months child with preceding bronchospasm crisis and general malaise. After several steps the *toxocara canis* diagnosis was made.

Key-words: Child, infection, *toxocara canis*.

Introdução

A larva migrante visceral é um helminta, nemátodo tecidular, podendo ser de 3 tipos: *Toxocara canis*, *Toxocara cati* e *Toxocara leonina* ^(1, 2).

Os vermes adultos do *Toxocara* residem nas vias gastrointestinais de cães e gatos, os quais eliminam grandes quantidades de ovos nas fezes. A ingestão de ovos e/ou larvas pelo homem é seguida da penetração das larvas nas vias gastrointestinais e sua migração para o fígado, pulmão e eventualmente para o sistema nervoso central, olho, rim e coração ^(1, 2, 3).

A larva migrante visceral é mais comum em crianças de 1 a 4 anos de idade, particularmente naqueles que têm perversão do apetite e contacto íntimo com cães e/ou gatos. A toxocaríase ocular é rara e ocorre mais frequentemente em crianças mais velhas ^(1, 4).

O diagnóstico baseia-se nas manifestações clínicas e nos testes serológicos ^(1, 4, 5).

Caso clínico

J.S.A. de 23 meses de idade, sexo feminino, natural e residente em Rio Mau (Vila do Conde).

Motivo de internamento: Crise asmática moderada.

Antecedentes pessoais: Criança saudável até aos 18 meses; iniciando a partir dessa altura perda de peso e episódios frequentes de tosse, pieira e dificuldade respiratória geralmente sem febre, e que cediam após terapêutica com salbutamol aerossol e, eventualmente, terapêutica corticóide EV e/ou Per Os.

Hábitos de geofagia. Anorexia. Calendário vacinal actualizado, mas sem controlos tuberculínicos. A criança não tem, segundo os pais, por hábito brincar com cães ou gatos.

Antecedentes familiares: Pais jovens, saudáveis (pai desempregado e mãe empregada têxtil) e sem mais filhos. Avó e tia materna com asma brônquica. Agregado familiar composto pelo casal, criança e avós maternos. Casa com luz, sem água canalizada e sem saneamento básico. Sem animais domésticos.

História da doença: Crise de broncospasmo com evolução de quatro dias, medicada com broncodilatador e corticóide por via oral sem melhoria significativa. Sem febre.

Exame objectivo: criança pálida, hidratada, deficiente estado nutricional, com sinais moderados de dificuldade respiratória, sem cianose e sem febre. AP – sibilância bilateral. Raros roncós. Expiração prolongada. Abdómen mole e depressível, sem pontos dolorosos, fígado palpável 3 cm abaixo do rebordo costal, baço não palpável. Pequenos gânglios indolores e de consistência elástica, nas cadeias cervicais, submandibulares e inguinais. Restante exame físico normal. Parâmetros antropométricos no percentil 5 – 10.

Exames complementares de diagnóstico: radiografia pulmonar com ligeiro reforço da trama brônquica, sem imagens de condensação. Hemograma: Hgb-9.4; VG-31.6; VGM-69.3; CHGM-30; leucócitos-12.600 (L 21%; N 23%; Eosinófilos 51%); Proteína C reactiva negativa.

Para além da anemia hipocrómica e microcítica, deparamos com hepereosinofilia, pondo-se de imediato as seguintes hipóteses diagnósticas: anemia microcítica hipocrómica, asma brônquica e parasitose intestinal.

A criança é internada com terapêutica EV (aminofilina 6 mg/kg/dose, 3x/dia e prednisolona 2 mg/kg/dia) e nebulização com salbutamol.

Outros exames subsidiários: ferro 40 ug/dl; transferrina 5.5 g/l (N 2-4); ferritina 8 ng/ml (N 10-130); TGO, TGP, creatinina, ureia e proteinograma normais. IgM, IgA e IgG normais; IgE > 4.000 U/ml. Urina tipo II normal. Parasitológico de fezes (3 amostras) negativo. Mantoux com 2 unidades negativa.

Ao 3.^o dia de internamento surge franca melhoria clínica, passando a terapêutica apenas a nebulização com salbutamol, prednisolona Per Os, associando-se ferro oral (6 mg/kg/dia). É pedido estudo serológico para toxocara e fasciola hepática que revelou: Presença de anticorpos específicos para o antígeno da *toxocara canis* – 1/160 hemaglutinação passiva; 1/650 ELISA. Ausência de anticorpos específicos para a fasciola.

Com exame neurológico normal, é observada por oftalmologia, não apresentando alterações oculares.

Faz terapêutica com tiabendazol 25 mg/kg dia e durante 5 dias. Ao 16.^o dia de internamento, estando clinicamente bem e já sem hepatomegalia, repete hemograma (sobreponível ao da entrada), tendo alta passando para a Consulta Externa.

Durante mais quatro meses mantém ainda alguns episódios ligeiros de broncospasmo, mas melhora do estado geral, aumenta de peso, passando para o canal de percentil 25 – 50.

Repete hemograma (Hgb-13.9; leucócitos 11.000 com 18% de eosinófilos); IgE total 1250 e serologia para *toxocara canis* que foi negativa.

Atualmente com três anos de idade, está bem não apresentando qualquer tipo de alteração nos exames analíticos.

Discussão

O achado fortuito de eosinofilia considerável, como alteração relevante nos exames complementares preliminares, aliado às condições sociais, fez-nos pensar na possibilidade de estarmos perante uma parasitose menos habitual, uma vez que os exames parasitológicos de fezes eram negativos.

Com efeito, numa criança com acentuada eosinofilia e exames parasitológicos de fezes negativos, deve realizar-se estudo serológico para toxocara⁽³⁾.

A toxocaríase é uma parasitose com sintomatologia inespecífica, causando geralmente anorexia, febre, tosse, dispneia e mal estar geral. Os achados mais frequentes são: hepatomegalia (65-87%), sibilância (40-50%), exantema papular ou urticariforme (20%) e adenopatias (8%)^(1, 2, 5).

O seu diagnóstico, uma vez suspeitado pela clínica, é apoiado na existência de um grande aumento de eosinófilos e de IgE total no sangue periférico, e confirmado pela presença de anticorpos para o parasita^(3, 6, 7).

A febre é um dos sintomas mais frequentemente encontrado (80%), não surgindo contudo no caso presente. De igual modo as alterações cutâneas, a leucocitose e a hipergamaglobulinemia não foram observadas nesta criança.

A toxocaríase ocular geralmente associada a formas graves e presente sobretudo em crianças mais velhas, também não se verificou.

A biópsia hepática e de outros órgãos em geral não está indicada, uma vez que os dados clínicos e laboratoriais são suficientes para o diagnóstico⁽³⁾.

A evolução habitualmente faz-se para a cura; no entanto, a localização de granulomas em determinados órgãos (cérebro, coração), pode determinar evoluções menos favoráveis e, por vezes, fatais. A terapêutica de escolha é o tiabendazol 20-50 mg/kg durante 5 a 7 dias^(1, 2, 8).

Chama-se a atenção deste caso por 2 motivos particulares;

1.^o – O n.^o de crises asmáticas desta criança teria sido menor se o diagnóstico tivesse ocorrido mais cedo.

2.^o – Esta parasitose não é tão rara como possa parecer, calculando-se que cerca de 4% das crianças que brincam em parques públicos têm testes positivos para o toxocara⁽⁵⁾. Na verdade, 90% dos cães com menos de 2 anos de idade albergam o toxocara canis, podendo explir 15.000 ovos por grama de fezes. Os ovos são altamente resistentes à dessecação, podendo sobreviver meses ou anos nos solos, e como são muito pegajosos, aderem facilmente aos objectos e brinquedos das crianças⁽⁸⁾.

O controlo deste tipo de parasitose, tal como nas outras, reside essencialmente nas medidas profiláticas, que vão desde a lavagem das mãos após o contacto com cães e gatos; da evicção das áreas onde esses animais defecam; e da administração periódica de vermífugos aos cães, especialmente aqueles com idade inferior a 6 meses^(1, 4, 8).

BIBLIOGRAFIA

1. Richard E. Bahrman et al. Larva migrans visceral in: Nelson Tratado de Pediatria. 13.^a Ed. Guanabara. 1991: 721-2.
2. Bermúdez RH. Infection caused by intestinal helminths in: Current Therapy in infectious disease II. London. CV Mosby Company. 1986: 193-9.
3. William E. Hathaway and col. Visceral larva migrans, in: Current Pediatric Diagnosis and Treatment Appleton and Langue. 1993: 1079.
4. Vieira RA. Toxocara canis: a sua importância em Saúde Pública. *Rev Port Doenças Infecc* 1978; 3: 233-45.
5. Marrison. Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill Book Company. 1980. 901-2.
6. Marmor M et al. Toxocara canis infection of children: Epidemiologic and Neuropsychologic findings. *Am J Pub Health* 1987; 77: 554-9.
7. Fattah D. et al. Toxocara canis: Interaction of human blood eosinophilus with the infective larvae. *Exp Parasitol* 1986; 61: 421-31.
8. Startwell e Maxcy-Rosenau. Medicina Preventiva e Saúde Pública. I vol. 2.^a Ed. Fundação Calouste Gulbenkian. 1965; 875-9.

Correspondência: J. Silva Pereira
Hospital Distrital de Vila do Conde
Serviço de Pediatria
4480 Vila do Conde