



ESTRONGILOIDÍASE DISSEMINADA EM PACIENTE COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: UM RELATO DE CASO

SPECHT; Bruna Mallmann¹, ZIANI; Caroline Lenz², DONADEL; Laura Werlang³, MENDRY; Ana Victória Zambonetti⁴, MURADÁS; Gabriel⁵, WEISS; Jordana Carolina⁶, GRESPAN; Letícia⁷, MATTOS; Veridiane Martins de⁸, SEHNEM; Marie Louise Herberts⁹, KRUMEL*; Candice Franke¹⁰

RESUMO

INTRODUÇÃO: A estrogiloidíase é uma infecção causada pelo *Strongyloides stercoralis*, que é capaz de completar seu ciclo de vida inteiramente no hospedeiro humano. Assim, a infecção crônica assintomática pode se manter por décadas e, em casos de imunossupressão, pode ocorrer infecção disseminada. Tal patologia é endêmica em regiões tropicais e subtropicais, apresentando prevalência variável. **OBJETIVO:** Atualizar o conhecimento do quadro clínico de estrogiloidíase em concomitância com doença inflamatória intestinal (DII). **DESCRIÇÃO DO CASO:** A.B.F, masculino, 58 anos, ex-tabagista e ex-etilista, interna para tratamento de DII severa, refratária ao uso de imunossupressores orais. Apresentava diarreia intermitente, desnutrição e anemia. Colonoscopias prévias recentes concluindo retocolite inflamatória severa com possível lesão vegetante associada e DII com diverticulose de cólon sigmóide, respectivamente. Em uso de azatioprina, sulfato ferroso, prednisona, mesalazina, sertralina e infliximabe. Na internação: exame parasitológico de fezes (EPF) confirmando estrogiloidíase. Inicia-se ciprofloxacino por uma semana, metronidazol por 3 semanas e albendazol e ivermectina por 4 dias. Após 3 semanas, diagnóstico de meningite bacteriana, introduzindo-se ampicilina por 3 dias e ceftriaxona, mantida por duas semanas. Cabe ressaltar que como diagnóstico diferencial da estrogiloidíase disseminada tem-se meningite meningocócica, assim como Síndrome de Loeffler e Eosinofilia pulmonar filarial tropical. Esses últimos, porém, descartados pela ausência de sintomas respiratórios. Paciente recebe alta hospitalar com orientações e medicações: prednisona, ivermectina e buspirona. Após um mês, procura atendimento ambulatorial queixando-se de dor periumbilical há 3 dias, em pontada, com enterorragia e sensação de evacuação incompleta. Ao exame físico: mucosas hipocoradas, taquicárdico e taquipneico, com provável quadro contínuo de DII com estrogiloidíase. Retorno em uma semana com laboratoriais demonstrando anemia ferropriva importante e EPF 3 amostras negativas. Paciente interna para administração de ferro intravenoso e tratamento intra-hospitalar. Não apresentava novos episódios de sangramento, mas queixava-se de astenia e, por vezes, hematoquezia. Retomado ivermectina. Introduzidos ciprofloxacino e metronidazol. Suspende-se ciprofloxacino por reações cutâneas. Inicia-se ceftriaxona e dexametasona. Melhora das lesões cutâneas. Novos EPFs negativos. Alta hospitalar com plano de retorno em 30 dias. No momento: em tratamento domiciliar com metronidazol, prednisona e mesalazina, aguardando reavaliação. **DISCUSSÃO:** A estrogiloidíase, na maioria dos casos, é assintomática ou associada a queixas inespecíficas. Na infecção aguda pode ocorrer irritação cutânea no local de penetração do parasita, edema

¹ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), brunaspecht@hotmail.com

² Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), carolinez@mx2.unisc.br

³ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), lauradonadel@mx2.unisc.br

⁴ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Anavictoria@mx2.unisc.br

⁵ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), gabrielmuradas@mx2.unisc.br

⁶ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), jordana@mx2.unisc.br

⁷ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), leticiagrespan@hotmail.com

⁸ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), veridianem@mx2.unisc.br

⁹ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), marieseahnem@mx2.unisc.br

¹⁰ Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), candicek@mx2.unisc.br

localizado ou urticária, assim como sintomas gastrointestinais. O estágio crônico inclui sintomas gastrointestinais, respiratórios e manifestações dermatológicas. Em casos de imunossupressão, pode ocorrer infecção disseminada, apresentando dor abdominal, diarreia, constipação, anorexia, náuseas e vômitos. Inflamação, sangramento, febre, ulceração, obstrução de delgado, lesões petequiais e purpúricas generalizadas podem estar presentes. No caso observado, nota-se muitos desses sintomas, evidenciando quadro grave, com desnutrição importante, hematoquezia e rash cutâneo. No entanto, há o fator confundidor da DII. Fatores de risco para doença disseminada incluem alcoolismo, corticoterapia e desnutrição - também relatados no caso. O tratamento é terapia anti-helmíntica, com ivermectina sendo a abordagem inicial da infecção não complicada. Para estrogiloidíase disseminada, recomenda-se ivermectina e antibioticoterapia empírica englobando bactérias gram-negativas - a duração dessa terapia é incerta, incentivando-se mantê-la até que os sintomas estejam cessados e o EPF seja negativo por pelo menos duas semanas. Isso confirma a terapêutica adequada ao paciente descrito. Como limitação deste relato, destaca-se que alguns pacientes não respondem adequadamente às medicações, o que pode ter dificultado o manejo ideal. **CONCLUSÃO:** A estrogiloidíase tem clínica variável, podendo se manter crônica assintomática por anos ou apresentar manifestações clínicas severas. Assim, além da história e exame físico, considerar diagnósticos prévios e diferenciais, estado de saúde geral e exames laboratoriais como os citados é fundamental para adequado diagnóstico e posterior tratamento dessa afecção.

PALAVRAS-CHAVE: Estrogiloidíase, Doenças Inflamatórias Intestinais, Strongyloides stercoralis, Diagnóstico, Terapêutica