

Avaliação do diagnóstico laboratorial da giardíase em São José do Rio Preto, SP e região

Rosa Maria ZINI; Júlio César da Silva RODRIGUES; Ivete A. Z. Castanheira de ALMEIDA
Instituto Adolfo Lutz – Laboratório Regional de São José do Rio Preto - SP

A giardíase é uma infecção causada pela *Giardia lamblia*, protozoário flagelado que tem como habitat preferencial o duodeno. É um parasita cosmopolita que afeta ambos os sexos, sendo mais comum em crianças. Os cistos são as formas infectantes responsáveis pela disseminação da doença, a qual está associada a vários fatores como: ingestão de água ou alimentos crus contaminados, contato direto pessoa a pessoa, principalmente em creches e asilos, homossexualismo masculino, veiculação por moscas e baratas, entre outros. A maioria das pessoas infectadas é assintomática, mas algumas podem apresentar sintomas como diarreia aguda ou crônica, dores abdominais, flatulência, náuseas, vômitos e perda de peso¹.

O intervalo entre a infecção e o aparecimento dos sintomas, geralmente, é de duas semanas, mas pode demorar vários meses. O diagnóstico laboratorial é feito pela visualização de cistos ou trofozoítos nas fezes, sendo que devem ser feitas três coletas de fezes com intervalo de dois a três dias, pois na fase aguda da giardíase a eliminação de cistos é menor e o resultado pode ser falso negativo. A prevenção se faz pela higiene pessoal e dos alimentos, pelo saneamento básico e pela fervura ou filtração da água, considerada o principal veículo de transmissão deste parasito, pois a cloração da mesma não inativa os cistos.

A giardíase é mais freqüente em países em desenvolvimento e em locais onde o saneamento básico é

precário, sendo a prevalência no Brasil de 4% a 30%¹. Na América do Norte giardíase é a causa mais freqüente de diarreia não bacteriana, onde nos Estados Unidos a incidência desta infecção é estimada em 2% da população².

A giardíase ocorre tanto em indivíduos imunocompetentes como em imunodeprimidos, nestes com importante expressão clínica, apesar do registro de prevalências semelhantes entre grupos populacionais de pacientes HIV positivos e negativos³.

Fatores imunológicos do hospedeiro podem ter importância na determinação do curso da infecção. Pacientes com hipogamaglobulinemia e imunodeficiências variadas geralmente apresentam maior predisposição e manifestações clínicas prolongadas, com baixa resposta terapêutica. Possivelmente, a resposta imune celular atua na produção de IgA secretória anti-giardíase através dos linfócitos T auxiliares (CD4)⁴.

O objetivo deste estudo foi avaliar a ocorrência de giardíase em São José do Rio Preto, SP e região, no período de fevereiro de 2000 a maio de 2005. Foram recuperados e analisados os resultados dos exames coproparasitológicos dos livros de registro do Laboratório de Parasitologia do Instituto Adolfo Lutz de São José do Rio Preto considerando-se duas finalidades distintas de investigação laboratorial, a de elucidação de surtos de diarreia na comunidade e de acompanhamento ambulatorial de indivíduos portadores do vírus HIV.

Tabela 1. Positividade para *Giardia lamblia*, de acordo com o ano e a procedência das amostras

Ano	Nº de indivíduos		Nº de amostras positivas			
	SAE	Unidades de saúde dos municípios	SAE		Unidades de saúde dos municípios	
			Nº.	%	Nº.	%
fev/2000	38	31	2	5,3	1	3,2
2001	28	671	3	10,7	39	5,8
2002	41	140	2	4,9	13	9,3
2003	31	395	1	3,2	10	2,5
2004	28	315	3	10,7	10	3,2
mai/2005	10	121	-	-	6	4,9
Total	176	1673	11	6,3	79	4,7

No período, foram encaminhadas ao IAL de São José do Rio Preto, 1673 amostras de fezes de indivíduos com diarreia para investigação de surto provenientes de 17 municípios, incluindo São José do Rio Preto e 257 amostras de 176 pacientes, imunodeprimidos, portadores do vírus HIV, do Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids da Secretaria de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto - SAE, para o diagnóstico de enteroparasitoses.

Para detecção de cistos de *G. lamblia* foi empregado o método de sedimentação espontânea (Hoffman, Pons e Janer)^{1,5}.

Foi diagnosticado um total de 90 (4,7%) casos de giardíase. Na elucidação de surtos de diarreia ocorreram 79 (4,7%) casos, com picos de positividade em 2001 e 2002 de 5,8% e 9,3%, respectivamente (Tabela 1). A faixa etária mais acometida foi a de até 10 anos com 58 (73,4%) casos, sendo que destes, 86,2% eram de crianças até 5 anos. Entre os pacientes imunocomprometidos houve 11 (6,3%) casos de giardíase, sendo 63,9% na faixa etária entre 20 e 30 anos.

Os resultados desta avaliação mostram a ocorrência de giardíase na região, com positivities semelhantes entre dois grupos populacionais com possível diferença de imunidade, ou seja, o de portadores do vírus HIV comprovados e o de indivíduos apresentando o mesmo agravo.

Quanto à distribuição dos casos entre as faixas etárias, foi coincidente com dados da literatura referentes à região de São José do Rio Preto⁶.

Os resultados mostram a frequência de *G. lamblia* apenas como possível causador de surto de diarreia, considerando que eram amostras direcionadas pela vigilância epidemiológica após investigação dos casos. Os demais exames para detecção de vírus e bactérias foram negativos.

A detecção de cistos de *G. lamblia* nas amostras provenientes de suspeitas de surto de diarreia pode evidenciar o protozoário como agente causador, porém maiores investigações se fazem necessárias, visto sua elevada distribuição na população.

REFERÊNCIAS

1. Neves PN, Melo ALM, Genaro O, Linardi PM. Parasitologia Humana. 10ª ed. São Paulo: Atheneu; 2002.
11. Disponível em www.cfsan.fda.gov/~mow/chap22.html. Acesso em 11/fevereiro/2009.
12. Cimerman S, Cimerman B, Lewi DS. Avaliação da relação entre parasitoses intestinais e fatores de risco para o HIV em pacientes com AIDS. Rev Soc bras Med trop. 1999;32(2): 181-5.
13. Motta EFA, Silva GA. Diarreia por parasitas. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2002; 2(2):117-127.
14. Ash LR, Orihel TC. Atlas of Human Parasitology. 4ª ed. Chicago: ASCP PRESS; 1997.
15. Machado RC, Marcari EL, Cristante SFV, Carareto CMA. Giardíase e helmintíases em crianças de creches e escolas de 1º e 2º graus (públicas e privadas) da cidade de Mirassol (SP, Brasil). Rev bras Med trop. 1999;32(6):697-704.