

SÍNDROME DE LARVA MIGRANS VISCERAL EM ADULTO. APRESENTAÇÃO DE UM CASO*

Carlos Sérgio CHIATTONE**
Pedro Paulo CHIEFFI***
Roberto A. Pinto PAES***

RIALA6/562

CHIATTONE, C.S.; CHIEFFI, P.P. & PAES, R.A.P. — Síndrome de larva migrans visceral em adulto. Apresentação de um caso. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*, 43(1/2):85-88, 1983.

RESUMO: Apresenta-se um caso de síndrome de larva migrans visceral, provavelmente determinado por *Toxocara canis*, em paciente adulta, de sexo feminino, cor branca, procedente do interior de Minas Gerais. Os principais achados clínicos e laboratoriais mostraram hepato e esplenomegalia, ascite, micropolidenoepatia generalizada e lesões pápulo-eritematosas, além de intensa leucocitose com 86% de eosinófilos. O exame anatomopatológico do baço, retirado cirurgicamente, revelou a presença de extensas áreas de necrose e de restos de estrutura larvária. Em biopsia do fígado, realizada a céu aberto, encontraram-se lesões granulomatosas com presença de células gigantes, tipo corpo estranho, além de acentuada eosinofilia.

DESCRIPTORIOS: larva migrans visceral, síndrome; *Toxocara canis*; eosinofilia.

INTRODUÇÃO

A síndrome de larva migrans visceral foi descrita por BEAVER *et alii*¹, em 1952, em crianças que, ao lado de sintomas pulmonares, febre e hepatomegalia, apresentavam índices elevadíssimos de eosinofilia sanguínea.

Os principais agentes etiológicos desta síndrome são larvas de ascarídeos de animais, especialmente *Toxocara canis* e *T. cati*¹⁶. Todavia, quase todos os casos conhecidos têm sido associados à presença de *T. canis*, talvez em consequência de maior abundância de ovos desta espécie no solo de locais freqüentados por seres humanos, principalmente crianças^{2, 3, 4, 9}. Em nosso meio, como em outros países, é freqüente o encontro de cães albergando *T. canis*, além de ovos viáveis deste ascarídeo no solo^{2, 3, 4, 5}.

Habitualmente à infecção humana por larvas de *Toxocara* segue-se cura espontânea ou evolução assintomática¹¹; em certas cir-

cunstâncias, podem ocorrer agravos importantes à saúde, como lesões do sistema nervoso central, lesões oculares, quadro de insuficiência respiratória, miocardite, além de hepatomegalia e eosinofilia elevada^{14, 15, 16}.

Até há pouco tempo, acreditava-se que basicamente as crianças se infectariam com a ingestão de ovos de *T. canis*. Existem, atualmente, evidências de que adultos, quando expostos a altas cargas de ovos infectantes, podem desenvolver infecção^{6, 9, 11}.

No Brasil são muito raros os casos conhecidos de síndrome de larva migrans visceral. Em 1973, PESSÓA¹³ chamava atenção para este fato, afirmando não existir motivo para a ausência desta síndrome parasitária em nosso meio. Anos mais tarde, FERRAZ *et alii*⁸ publicaram o caso de uma criança de 1 ano e 11 meses de idade que apresentava febre, inapetência e discreta hepatomegalia, além de anemia e elevada eosinofilia, representando 86% dos leucócitos existentes. A

* Realizado na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, SP.

** Da Faculdade de Ciências Médicas da SCMSP.

*** Do Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, SP.

realização de biopsia hepática permitiu o encontro de restos larvários no centro de focos de necrose, envolvidos por infiltrado linfoplasmocitário e eosinofílico.

Um ano mais tarde, FARIA & RSTOM⁷ relataram uma série de 13 casos de crianças com suspeita de larva migrans visceral, em virtude de achados clínicos sugestivos e reação de fixação de complemento positiva. Duas destas crianças, submetidas a biopsia hepática, revelaram quadro histológico caracterizado por intenso infiltrado eosinofílico, sem presença de restos parasitários identificáveis.

Ainda em 1981, KOBERLE & ARTIGAS¹⁰ apresentaram dois casos que julgaram tratar-se de larva migrans visceral por *Toxocara*, em pacientes adultos que padeciam de sintomas respiratórios e, à biopsia pulmonar, revelaram processos granulomatosos, com intensa reação leucocitária e manifesta eosinofilia.

A presente comunicação tem por objetivo relatar um caso de síndrome de larva migrans visceral, provavelmente por *T. canis*, em paciente adulto, comprovado por exame anatomopatológico do fígado e baço.

DESCRIÇÃO DO CASO

História da moléstia atual

Paciente de sexo feminino, cor branca, 40 anos, casada, natural e procedente de Presidente Bernardes, Estado de Minas Gerais. Relata início da sintomatologia com infecção no olho direito (*sic*), tendo tomado Benzetacil, sob orientação médica. Após 15 dias, apresentou quadro de alergia (*sic*), caracterizado por formação de pequenos caroços pruriginosos e avermelhados, disseminados pelo tronco e membros. Nos dois meses seguintes, este quadro repetiu-se por várias vezes. Refere melhora com medicamento recomendado por farmacêutico, até começar a apresentar, concomitantemente, aumento do volume abdominal, engrossamento das pernas e vômitos pós-alimentares. Procurou novamente médico, tendo tomado corticosteróides, entre outros medicamentos, obtendo aumento do volume urinário e melhora da sintomatologia por cerca de 30 dias. Dois meses após, o quadro havia novamente se agravado, com aumento do volume abdominal e emagrecimento pronunciado, ocasião em que procurou a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Interrogatório sobre aparelhos

Aparelho respiratório: quadro gripal (*sic*) com tosse e expectoração amarelada, acompanhada de febre, cerca de 30 dias antes do acometimento dermatológico.

Aparelho gastrointestinal: empachamento pós-prandial; vômitos pós-alimentares; nega icterícia ou eliminação de vermes.

Exame físico

Os aspectos mais relevantes do exame físico foram o encontro de mucosas descoradas, fígado

e baço palpáveis, além de ascite, edema de membros inferiores e lesões cutâneas pápulo-eritematosas disseminadas, formando em algumas áreas agrupamentos de contornos serpiginosos com diâmetro de 2,0 a 3,0 cm. Notou-se também micropoliadenopatia generalizada.

O fígado apresentava-se a 10 cm do rebordo costal direito, com consistência endurecida, indolor e superfície irregular. O baço era palpado a 10 cm do rebordo costal esquerdo, mostrando consistência dura.

Exames laboratoriais

Hemograma: no momento da internação, a paciente apresentava anemia hipocrômica normocítica; o leucograma mostrava-se bastante alterado, com 71.000 leucócitos, 86% dos quais eram eosinófilos.

VHS: 104 mm/1.^a hora.

Exame parasitológico de fezes: 5 exames sucessivos revelaram ovos de *Taenia* sp. e de *Ancylostomidae* e larvas de *Strongyloides stercoralis*. Provas de função hepática: bilirrubinas totais, 1,3; bilirrubina direta, 1,0; bilirrubina indireta, 0,3; TGO e TGP, normais; DHL, 430; colinesterase, 1,04; TP, 74%, 14 seg.

Imunofluorescência indireta para esquistossomose: negativa.

Mielograma: acentuada eosinofilia, com elementos maduros.

Eletroforese de proteínas: PT, 6,2; A, 1,55; alfa 1, 0,19; alfa 2, 0,76; beta, 1,48; gama, 2,24.

Imunoeletroforese: IgG, muito elevada; IgM, muito elevada; IgA, elevada.

Pesquisa de auto-anticorpos, negativa.

RX do tórax e esqueleto, normais.

Mapeamento hepático: hepatomegalia, com zonas irregulares hipocaptantes.

Biopsia de gânglio cervical: hiperplasia reacional, com eosinofilia.

Biopsia hepática percutânea: parênquima com aspecto normal.

Biopsia da lesão cutânea: processo inflamatório inespecífico, com eosinofilia.

Biopsia retal: negativa para ovos de *S. mansoni*.

Exame do líquido ascítico: cor amarelo-citrino; glicose, 102 mg%; mucoproteínas, 3,0; DHL, 220; proteínas totais, 3,0; albumina, 0,8; globulinas, 2,2.

Citologia: presença de leucócitos em grande quantidade, com 86% de eosinófilos.

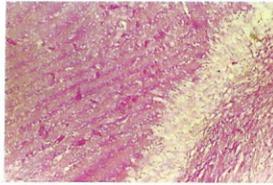
Evolução

Submetida a esquema diurético, a paciente apresentou regressão dos edemas dos membros inferiores, persistindo o mesmo quadro hematológico. Por não se chegar a diagnóstico conclusivo, foi submetida a laparotomia exploradora para esplenectomia e biopsia hepática dirigida.

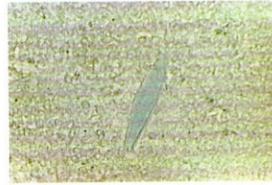
O exame anatomopatológico revelou o seguinte resultado:

Baço: media 16 x 12 x 4 cm e pesava 410 gramas. Ao exame histológico, extensas áreas de necrose acidófila, circundadas por proliferação histiocitária em paliçada, granulomatosa (fig. 1). Em meio à massa de necrose, observaram-se restos de estrutura larvária (fig. 2).

Fígado: estrutura alterada por processo inflamatório portal, caracterizado por proliferação conjuntiva fibrosa, infiltrado linfoplasmocitário e granulomas com células gigantes, tipo corpo estranho, além de acentuada eosinofilia. Presença de discreta colestase (figs. 3 e 4).



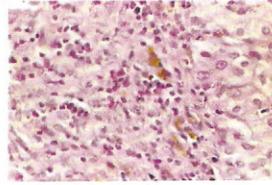
1



2



3



4

FIGURA 1 — Foco necrótico esplênico, circundado por reação histiocitária granulomatosa, com diversos fragmentos larvários. H.E. 190x.

FIGURA 2 — Aproximação do mesmo campo da figura anterior, mostrando resto larvário H.E. 480 x.

FIGURA 3 — Biopsia hepática, onde se podem observar focos inflamatórios alargando espaços-porta. H.E. 190x.

FIGURA 4 — Aproximação ao nível de um dos espaços-porta visto na figura anterior, mostrando colestase e infiltrado linfoplasmocitário com eosinófilos. H.E. 480 x.

COMENTÁRIOS

Hipereosinofilia pode ser encontrada em quantidade apreciável de doenças, sendo mais freqüentemente associada a processos de etiologia alérgica ou parasitária. Tem sido também relacionada à leucemia eosinofílica, que é uma rara variante da leucemia mielóide crônica.

Com relação à eosinofilia de origem parasitária os principais agentes são helmintos, sendo necessária a ocorrência de invasão tecidual, não bastando a simples localização do parasita na luz intestinal. Triquinose, estrogiloidíase, esquistossomose, filariose e toxocaríase são as helmintoses que podem atingir o ser humano e mais comumente determinar a presença de altos índices de eosinofilia sanguínea e/ou tecidual.

No presente caso os aspectos clínicos, epidemiológicos e anatomopatológicos afastam a possibilidade de se tratar de triquinose ou filariose. A ausência de células granulocíticas eosinofílicas imaturas no mielograma torna pouco provável o diagnóstico de doença mielo-

proliferativa. Os exames laboratoriais e anatomopatológicos não mostraram qualquer evidência de infecção esquistossomótica, nem presença de larvas de *S. stercoralis* nos tecidos. Os achados anatomopatológicos, entretanto, são compatíveis com o diagnóstico de larva migrans visceral por *Toxocara*, conforme mostra a Figura 2.

Os aspectos clínicos e a persistente hipereosinofilia presentes na paciente em questão também são muito sugestivos de síndrome de larva migrans visceral. EHRHARD & KERNBAUM⁶ revisando o quadro clínico de 350 casos humanos de infecção por *Toxocara canis*, encontraram hepatomegalia em 74%, sintomas respiratórios em 66%, esplenomegalia em 33%, além de quadro cutâneo, representado por eritemas fugazes com presença de nódulos subcutâneos em 24% dos pacientes. Aspecto semelhante é assinalado por GLICKMAN & SCHANTZ⁹.

É interessante ressaltar que a síndrome de larva migrans visceral em adultos, embora não seja a ocorrência mais comum, foi assinalada em 17% dos casos estudados por EHRHARD & KERNBAUM⁶, tendo sido relatada também por outros autores^{9, 10, 11}.

RIALA6/562

CHIATTONE, C.S.; CHIEFFI, P.P. & PAES, R.A.P. — Visceral larva migrans in adult patient. Report of a case. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*, 43(1/2):85-88, 1983.

ABSTRACT: Visceral larva migrans probably due to *Toxocara canis* larvae was diagnosed in a white, 40-year old peasant woman from Minas Gerais state, Brazil. Enlargment of the liver, spleen, and lymph nodes, ascitis, skin lesions, and high levels of blood eosinophils were the main clinical and laboratory findings. Histologic examination of the surgically-removed spleen showed large foci of necrosis and the presence of parasitic structures which were classified as nematode larvae resembling *Toxocara* larvae. Granulomatous lesions surrounded by giant cells and high numbers of eosinophils were the main findings in a liver biopsy.

DESCRIPTORS: larva migrans, visceral; *Toxocara canis*; eosinophilia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BEAVER, P.C.; SNYDER, C.H.; CARREIRA, G.M.; DENT, J.H. & LAFFERTY, J.W. — Chronic eosinophilia due to visceral larva migrans. Report of three cases. *Pediatrics*, 9:7-19, 1952.
2. BORG, O.A. & WOODRUFF, A.W. — Prevalence of infective ova of *Toxocara* species in public places. *Brit. med. J.*, 4: 470-2, 1973.
3. CHIEFFI, P.P. & MÜLLER, E.E. — Prevalência de parasitismo por *Toxocara canis* em cães e presença de ovos de *Toxocara* sp. no solo de localidades públicas da zona urbana do município de Londrina, Estado do Paraná, Brasil. *Rev. Saúde pública*, 10:367-72, 1976.
4. CHIEFFI, P.P. & MÜLLER, E.E. — Estudo da variação mensal na contaminação do solo por ovos de *Toxocara* sp. (Nematoda, Ascaroidea), na zona urbana do município de Londrina, Estado do Paraná, Brasil. *Rev. Inst. Adolfo Lutz*, 38: 13-6, 1978.
5. CHIEFFI, P.P.; VIOTTI, N.M.A.; MÜLLER, E.E. & MORETTI, I.G. — Estudo sobre a prevalência de enteroparasitas em cães da zona urbana do município de Londrina, Estado do Paraná, Brasil. *Científica*, Jaboticabal, 4:64-7, 1976.
6. EHRHARD, T. & KERNBAUM, S. — *Toxocara canis* et toxocarose humaine. *Bull. Inst. Pasteur*, 77:225-87, 1979.
7. FARIA, R. & RSTOM, F.M. — Larva migrans visceralis (síndrome de Löefler por *Toxocara canis*). *Pediatr. mod.*, 16:190-6, 1981.
8. FERRAZ, C.N.; KERBAUY, J.; FARHAT, C.K.; CLARO, J.T. & SILVA, M.P. — Eosinofilia relacionada à larva migrans visceral. *Rev. Ass. méd. bras.*, 26:253-4, 1980.
9. GLICKMAN, L.T. & SCHANTZ, P.M. — Epidemiology and pathogenesis of zoonotic toxocarosis. *Epidemiol. Reviews*, Baltimore, 3:230-50, 1981.
10. KÖBERLE, F. & ARTIGAS, P.T. — Considerações em torno de dois casos de "larva migrans" visceral. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PARASITOLOGIA, 6.º, Belo Horizonte, 1981. p. 128. [Resumos]
11. MATSUMARA, K. & ENDO, R. — Seroepidemiological study on toxocaral infection in man by enzyme-linked immunosorbent assay. *J. Hyg.*, 90:61-5, 1983.
12. NEAFIE, R.C. & CONNOR, D.H. — Visceral larva migrans. In: BINFORD, C.H. & CONNOR, D.H., ed. — *Pathology of tropical and extraordinary diseases*. Washington, Armed Forces Institute of Pathology, 1976. v. 2.
13. PESSÔA, S.B. — Comentários sobre algumas helmintoses humanas pouco conhecidas ou ainda não assinaladas no Brasil. *Rev. Pat. trop.*, 2:159-69, 1973.
14. VARGO, T.A.; SINGER, D.B.; GILLETTE, P.C. & FERNBACH, D.J. — Myocarditis due to visceral larva migrans. *J. Pediatr.*, Rio de J., 90:322-3, 1977.
15. WANG, C.; HUONG, C.Y.; CHAN, P.H.; PRESTON, P. & CHAN, P.Y. — Transverse myelitis associated with larva migrans: finding of larva in cerebrospinal fluid. *Lancet*, 1(8321):423, 1983.
16. WOODUFF, A.W. — Toxocarosis. *Brit. med. J.*, 3:663-9, 1970.

Recebido para publicação em 3 de junho de 1983.