

Claudio Abuassi¹
Washington Luiz
Abuassi²

Parasitoses intestinais na adolescência

“Um homem sem vermes é um homem morto.”
M. L. Cavaracoc

HELMINTÍASES

OXIURÍASE OU ENTEROBÍASE

O mundo atual, apesar do grande avanço tecnológico e científico, ainda abriga grande número de doenças parasitárias. As péssimas condições sanitárias de alguns povos, seus hábitos, sua cultura e seu nível de educação podem ser classificados como os grandes responsáveis por esse quadro.

Nas grandes cidades, onde o crescimento acelerado e as migrações internas são responsáveis pelo aparecimento de uma população desempregada, desprovida de qualquer noção de higiene e educação, sem condições adequadas de vida, podemos observar grande disseminação das doenças provocadas por parasitas.

Faz-se necessária uma educação continuada junto aos profissionais de saúde, associada à melhoria das condições sanitárias, para que num futuro próximo consigamos maior controle dessas parasitoses.

Agente etiológico: *Enterobius vermiculares*.

Localização: intestino grosso (reto e ceco).

Transmissão: via direta (ingestão de ovos anal/oral), mas pode acontecer também pela via indireta ou secundária (ovos presentes em alimentos ou poeira são ingeridos ou aspirados).

Quadro clínico: o principal sintoma é o prurido anal predominantemente no período noturno; nas meninas podem aparecer vulvovaginites.

Diagnóstico: clínico; laboratorial (parasitológico [sua positividade não atinge 5%]; swab anal ou método da fita gomada [pela manhã, antes do asseio corporal]).

Tratamento: pamoato de pirvínio; mebendazol; albendazol.

Tabela 1
PRINCIPAIS AGENTES DE INFECÇÕES HELMÍNTICAS⁽⁵⁾

	Mecanismos de infecção	Hábitat	Ciclo pulmonar	Tempo de evolução	Forma evolutiva eliminada
Nematelmintos <i>Enterobius vermicularis</i> <i>Trichocephalus trichiura</i>	Ovos larvados no ambiente Ovos larvados com água e alimentos	Intestino grosso Intestino grosso	Não Não	30 a 60 dias 30 dias	Fêmeas repletas de ovos Ovos
<i>Ascaris lumbricoides</i> <i>Ancylostoma duodenale</i> , <i>Necator americanus</i> <i>Strongiloides stercoralis</i>	Ovos larvados Penetração de larvas pela pele Penetração de larvas pela pele	Intestino delgado Intestino delgado Intestino delgado	Sim Sim Sim	60 dias 45 a 60 dias 45 a 60 dias	Ovos Ovos Larvas rabditóides
Platelmintos <i>Taenia solium</i> e <i>Taenia saginata</i> <i>Hymenolepis nana</i>	Cisticerco na carne (porco ou boi) Ovos	Intestino delgado Intestino delgado	Não Não	90 dias 20 a 30 dias	Proglotes ou ovos Ovos

Fonte: Schechter M, Maragani DV. (Orgs.) Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998; 318-28.

¹Médico do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) e Chefe da pediatria do Hospital Central Aristarcho Pessoa (HCAP).

²Médico pediatra aposentado do Hospital Municipal Jesus.

Medidas gerais: o paciente deve usar calças justas; ter as unhas sempre cortadas; lavar toda a roupa íntima, de cama e de banho com água fervendo; tratar toda a família.

TRICOCEFALÍASE

Agente etiológico: *Trichocephalus trichiura*.

Localização: intestino grosso (colo e ceco) e última porção do íleo.

Transmissão: ingestão de ovos.

Quadro clínico: tanto pode ser assintomático como apresentar manifestações digestivas (cólica, diarreia, enterorragia levando a anemia e prolapso retal).

Diagnóstico: clínico; laboratorial (parasitológico [método quantitativo de Kato-Kats e método qualitativo como Hoffman, Pans e Janer]; hemograma [anemia microcítica e hipocrômica]; retossigmoidoscopia).

Tratamento: mebendazol; albendazol.

ASCARIDÍASE

Agente etiológico: *Ascaris lumbricoides*.

Localização: luz do intestino delgado (duodeno, jejuno e íleo). Eventualmente pode se localizar em colédoco, vesícula biliar, canal de Wirsung, apêndice, etc.

Transmissão: ingestão de ovos.

Quadro clínico: as manifestações clínicas mais comuns são cólicas, náuseas, vômitos, diarreia, anorexia e desconforto abdominal. Durante a fase larval migratória podem ocorrer pneumonite aguda transitória (síndrome de Loeffler) associada a febre e eosinofilia acentuada.

Complicações: oclusão intestinal, peritonite, apendicite, obstrução de vias biliares e pancreatite hemorrágica por obstrução do canal de Wirsung. Os vermes adultos podem ser eliminados pela boca e pelo nariz.

Diagnóstico: clínico; laboratorial: parasitológico de fezes (técnica qualitativa, tais como Hoffman, Pans e Janer, ou técnica quantitativa como Kato-Kats); hemograma (eosinofilia); radiografia simples de abdome: imagens sugestivas de bolo de áscaris.

Tratamento: mebendazol; albendazol; pamoato de pirantel; levamisol.

Tratamento da oclusão intestinal: dieta zero; aspiração gástrica contínua; piperazina introduzida pela sonda gástrica; óleo mineral; hidratação venosa.

ANCILOSTOMÍASE

Agentes etiológicos: *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*.

Localização: intestino delgado.

Transmissão: através das larvas, pela pele.

Quadro clínico: prurido na fase aguda; pneumonite aguda transitória durante a fase larval migratória associada a febre e eosinofilia (síndrome de Loeffler); náuseas, vômitos, diarreia, anorexia ou bulimia e, o que é muito característico, inversão de apetite (geofagia); anemia microcítica e hipocrômica, podendo ser intensa, levando a fadiga, sonolência, edema de membros inferiores e manifestações cardiovasculares (insuficiência cardíaca).

Diagnóstico: clínico; laboratorial: parasitológico (método quantitativo como Kato-Kats e método qualitativo como Hoffman, Pans e Janer); hemograma (anemia microcítica e hipocrômica, eosinofilia).

Tratamento: mebendazol; albendazol; pamoato de pirantel.

ESTRONGILOIDÍASE

Agente etiológico: *Strongyloides stercoralis*.

Localização: intestino delgado.

Transmissão: através das larvas pela pele; em imunodeprimidos, por auto-endoinfecção (migração das larvas através da mucosa intestinal), realizando o ciclo pulmonar, e auto-exoinfecção (migração das larvas da região perianal para os pulmões).

Quadro clínico: prurido cutâneo; sintomas broncopulmonares na dependência da passagem das larvas pela árvore respiratória; desconforto abdominal, diarreia, crises desinteriformes, vômitos, etc.; irritabilidade, astenia, insônia, inapetência e emagrecimento.

Diagnóstico: clínico; laboratorial: parasitológico (técnica de Baerman Moraes); hemograma

(acentuada eosinofilia); radiografia de duodeno, jejuno e eventualmente colo: alterações morfológicas e funcionais que lembram a possibilidade de estrogiloidíase; pesquisa de larvas em líquido duodenal, escarro, urina, etc; biópsia jejunal.

Tratamento: tiabendazol; albendazol e ivermectina.

TENÍASES

Agentes etiológicos: *Taenia solium* (tênia do porco) e *Taenia saginata* (tênia do gado).

Localização: intestino delgado.

Transmissão: ingestão de carnes de porco ou gado mal cozidas ou cruas.

Quadro clínico: tanto pode ser assintomática como apresentar anorexia ou bulimia, náuseas, vômitos, dor do tipo úlcera de estômago, emagrecimento, irritabilidade, cefaléia, astenia ou fadiga.

Diagnóstico: clínico: eliminação de anéis gravídicos expulsos com as fezes; laboratorial: parasitológico (tamisação é o método de escolha; método da fita gomada ou de Graham).

Tratamento: praziquantel; mebendazol; niclosamida.

HIMENOLEPÍASE

Agente etiológico: *Hymenolepis nana*.

Localização: porção terminal do íleo.

Transmissão: ingestão de ovos embrionados, por meio de alimentos.

Quadro clínico: a maioria dos pacientes é assintomática. Os principais sintomas são cólicas abdominais, náuseas, vômitos, anorexia, emagrecimento, diarreia, crises epileptiformes e fenômenos alérgicos (urticária, prurido anal e eosinofilia).

Diagnóstico: laboratorial: parasitológico de fezes, pela técnica qualitativa de Hoffman, Pons e Janer e quantitativa de Kato-Kats.

Tratamento: praziquantel; niclosamida.

Tabela 2
DROGAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO DAS HELMINTÍASES INTESTINAIS⁽⁵⁾

Droga	Mecanismo de ação	Indicações	Contra-indicações
Albendazol	Impede a absorção de glicose pelo parasita	Ascaridíase, tricuriíase, ancilostomíase, oxiuríase, estrogiloidíase e teníase	Não estão ainda bem definidas
Cambendazol	Inibe a enzima fumarato redutase	Estrogiloidíase	Gravidez
Levamisol	Bloqueio da enzima fumarato redutase e neuromuscular	Ascaridíase	Gravidez
Mebendazol	Inibe a captação de glicose e de aminoácidos	Ascaridíase, tricuriíase, oxiuríase, ancilostomíase e teníase	Gravidez
Pamoato de pirvínio	Bloqueio da captação de glicose nos vermes anaeróbios e da cadeia respiratória nos aeróbios	Enterobíase	Gravidez
Piperazina	Bloqueio neuromuscular hiperpolarizante	Ascaridíase	Epilepsia e insuficiência renal
Pamoato de pirantel	Bloqueio neuromuscular despolarizante, inibe a colinesterase	Ascaridíase, enterobíase e ancilostomíase	Gravidez, hepatopatias e lactentes
Praziquantel	Inibição do fluxo iônico nas membranas celulares do parasito	Teníase e himenolepíases	Gravidez e crianças menores de 4 anos
Tetramizol	Bloqueio da enzima fumarato redutase e bloqueio neuromuscular despolarizante	Ascaridíase	Gravidez
Tiabendazol	Bloqueio da enzima fumarato redutase	Estrogiloidíase	Doenças renais e hepáticas, gravidez

Fonte: Schechter M, Maragani DV. (Orgs.) Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998; 318-28.

> PROTOZOOSSES

GIARDÍASE

Agente etiológico: *Giardia lamblia*.

Localização: duodeno e porções altas do jejuno.

Transmissão: ingestão de cistos, contidos em alimentos e água contaminados.

Quadro clínico: grande parte dos pacientes é assintomática. Os principais sintomas são diarreia aguda ou crônica com fezes esteatorréicas, flatulência, cólicas, náuseas e vômitos.

Diagnóstico laboratorial: parasitológico – a) fezes formadas (pesquisa de cistos): método direto a fresco ou corado pelo lugol, método de Faust *et al.*; b) fezes diarréicas (pesquisa de trofozoíto): método direto a fresco ou corado com lugol ou hematoxilina férrica; aspirado duodenal; biópsia duodenojejunal.

Tratamento: furazolidona; metronidazol; tinidazol; secnidazol; albendazol.

AMEBIÁSE

Agente etiológico: *Entamoeba histolytica*.

Localização: colo.

Transmissão: através de alimentos e água contaminados e por via fecal/oral.

Quadro clínico: formas assintomáticas; formas sintomáticas: a) intestinal (colite amebiana disenterica e colite não-disenterica); b) extra-intestinal (abscessos hepático, pulmonar, cerebral, esplênico e genital).

Diagnóstico: parasitológico; retossigmoidoscopia; pesquisa de parasitas nos tecidos e exsudatos; ultra-sonografia e tomografia nas formas hepáticas.

Tratamento: metronidazol; tinidazol.

> REFERÊNCIAS

1. Marcondes E et al. *Pediatria básica*. Tomo II. 9 ed. São Paulo: Sarvier. 2003.
2. Farhat CK et al. *Infectologia pediátrica*. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu. 1999.
3. American Academy of Pediatrics. 2003 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 26 ed. AAP. 2003.
4. Huggins D et al. Parasitoses intestinais no período infantil. *Pediatria Moderna* 2000; 36(10): 641-72.
5. Schechter M, Maragoni DV. (Orgs.) *Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998; 318-28.