

CISTICERCOSE CUTÂNEA, MUSCULAR E CEREBRAL

SKIN, MUSCLE AND BRAIN CYSTICERCOSIS

Mariana Pimenta DISCACCIATI¹

Lara Casseb RUETE²

Gisele BASSO³

Mariana Colombini ZANIBONI³

Maria Leticia CINTRA⁴

Maria José Soares de SALLES⁴

RESUMO

A cisticercose representa a infestação do tecido humano pelas formas císticas intermediárias da *Taenia solium*. É adquirida por auto ou heteroinfestação. O cisticerco aloja-se em numerosos órgãos ou tecidos, sendo os mais comuns a pele, o tecido celular subcutâneo, os músculos, o cérebro e os olhos. A doença adquire importância clínica devido às suas complicações potencialmente letais, a partir do envolvimento de órgãos vitais. Este artigo relata um caso de uma paciente apresentando acometimento cutâneo disseminado com nódulos subcutâneos, calcificações no tecido muscular e calcificações intracranianas. A paciente apenas apresentava manifestações clínicas cutâneas, sem sintomas ou sinais de acometimento do sistema nervoso central.

Unitermos: cisticercose, *Taenia solium*, pele, músculos, cérebro.

ABSTRACT

The cysticercosis represents the human tissue infestation with the lodging of the larval stage of Taenia solium. It is acquired by auto or heteroinfestation. The cysticerci lodge in numerous organs or tissues, most often the skin, subcutaneous cellular tissue, muscles, brain and eyes. The disease acquires clinical importance with lethal potential, due to the involvement of vital organs. This article reports a case of a patient presenting cutaneous disseminated complications with subcutaneous nodules, muscle tissue calcification and brain calcification. The patient presented only cutaneous clinical features, without symptoms or signs of central nervous system complications.

Keywords: cysticercosis, *Taenia solium*, skin, muscles, brain.

INTRODUÇÃO

A Teníase é uma parasitose adquirida pelo homem (único hospedeiro definitivo), através da ingestão de carne de boi (*T. saginata*) ou carne de porco (*T. solium*) contendo o cisticerco. Quando o homem ingere os ovos infestantes da

Taenia solium, seja através de auto-infestação externa (contaminação oral com as próprias fezes) ou interna (refluxo para o estômago do conteúdo intestinal com ovos), ou pela ingestão de alimentos contaminados com ovos da tênia, acaba fazendo o papel de hospedeiro intermediário, assim desenvolvendo a cisticercose. Os ovos são digeridos no

⁽¹⁾ Acadêmica do 6º ano do Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, PUC-Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n., Bloco A, Jd. Ipaussurama, 13059-900, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.P. DISCACCIATI. E-mail: maridiscacciati@zipmail.com.br

⁽²⁾ Residente de Dermatologia, Hospital e Maternidade Celso Pierro, PUC-Campinas.

⁽³⁾ Serviço de Dermatologia, Hospital e Maternidade Celso Pierro, PUC-Campinas.

⁽⁴⁾ Curso de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, PUC-Campinas.

estômago, originando os embriões que, após atravessarem a mucosa gástrica e a corrente sanguínea, vão se alojar no tecido celular subcutâneo, nos músculos, no Sistema Nervoso Central e nos olhos^{8,10,12}. A doença adquire importância clínica devido as suas complicações potencialmente letais a partir do envolvimento de órgãos vitais, constituindo um grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento^{10,14}. No Brasil, a cisticercose é encontrada com elevada frequência nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Goiás¹³.

RELATO DE CASO

E.P.S., 26 anos, feminina, melanodérmica, casada, natural de Araguaatim, TO, procedente de Hortolândia, SP, com história de nódulos no corpo há 4 anos. Ao exame físico apresentava nódulos de 0,5 a 1,5 cm de diâmetro, endurecidos, móveis e indolores à palpação, localizados em face, região cervical, tronco, membros superiores e inferiores. A língua apresentava-se abaulada, com um nódulo translúcido em sua base (Figura 1). Exame de fundo de olho sem alteração. Exames laboratoriais: urina I, proto-parasitológico e líquido normais, e imunologia para cisticercose no líquido negativa. O hemograma revelou leucocitose discreta e eosinofilia. Realizada biópsia excisional de nódulo subcutâneo, cujo exame anatomopatológico demonstrou cavitação envolta por rima de fibrose no tecido celular subcutâneo, cujo conteúdo representa a larva de um céstode morto.

O tegumento do parasita mostra os ductos e vesículas, os núcleos picnóticos e a borda externa microvilosa, possibilitando o diagnóstico de cisticercose cutânea (Figura 2)⁶. Os exames radiológicos revelaram imagens nodulares calcificadas de distribuição difusa em projeção de partes moles nos membros superiores e inferiores, tórax e pelve. A tomografia de abdome e pelve identificou múltiplas imagens hipodensas e de calcificação com limites bem definidos, distribuídas difusamente na musculatura do abdome superior e da pelve, caracterizadas como cisticercose muscular nas fases calcificadas e vesicular (Figura 3).

A tomografia de crânio evidenciou a presença de profusas calcificações nodulares e puntiformes, dispersas em ambos os hemisférios cerebrais, indicativas de seqüela de cisticercose (Figura 4). Como a paciente apresentava apenas a manifestação clínica cutânea, sem sinais ou sintomas neurológicos, a conduta proposta foi a observação clínica, sem introdução de terapêutica medicamentosa específica, visto os elevados riscos de uma reação inflamatória pós-medicamentosa, podendo levar a uma transformação no quadro clínico inicialmente assintomático. A paciente manteve acompanhamento clínico com a Infectologia e a Dermatologia.

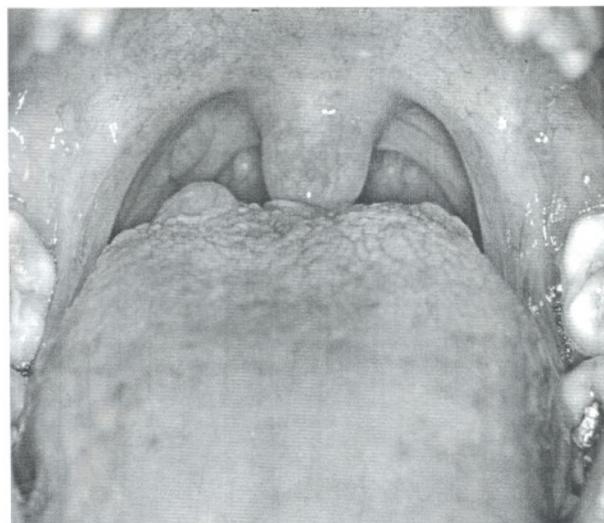


Figura 1. Nódulo de cisticercose em base da língua.



Figura 2. Larva de um céstode morto. (Hematoxilina e Eosina, aumento de 25X do original).

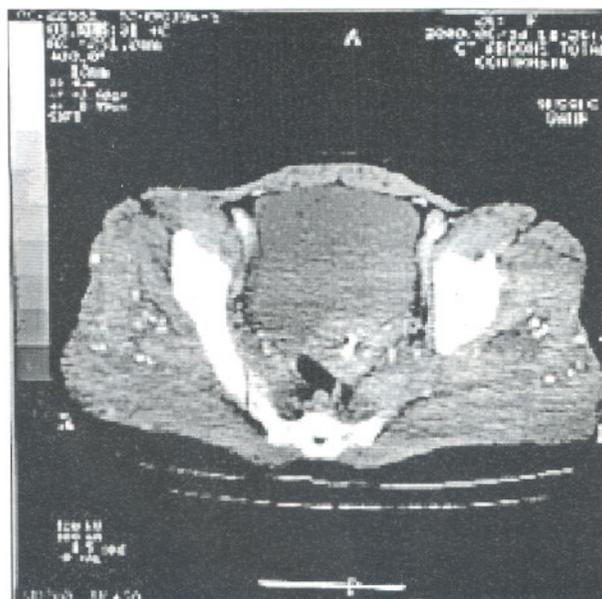


Figura 3. Tomografia computadorizada da pelve com calcificações na musculatura.

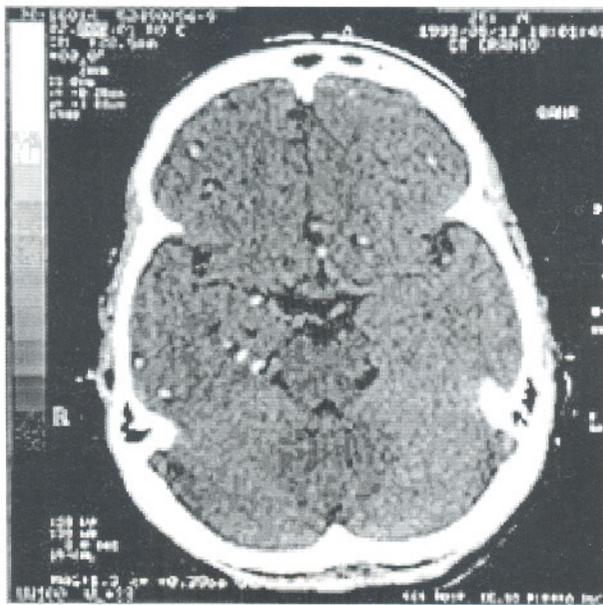


Figura 4. Tomografia computadorizada de crânio com calcificações em hemisférios cerebrais.

DISCUSSÃO

As manifestações clínicas da cisticercose dependem do tipo morfológico (*Cysticercus cellulosae* ou *Cysticercus racemosus*), do número, da localização e da fase de desenvolvimento do parasita, além das reações imunológicas locais e a distância do hospedeiro. Dessa forma, a infestação poderá se apresentar desde a forma assintomática ou com graves sintomas neurológicos, sendo os mais frequentes: crises epiléticas (62,0%), síndrome de hipertensão intracraniana (38,0%), meningite cisticercótica (35,0%), distúrbios psíquicos (11,0%), forma apoplética ou endarterítica (2,8%) e síndrome medular (0,5%). A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) e a tomografia computadorizada são os melhores exames para a confirmação diagnóstica da neurocisticercose^{5,7,13}.

O tratamento da cisticercose também varia na dependência dos fatores como: tipo morfológico, número, localização e fase de desenvolvimento dos cistos infestantes, além da presença ou não de sintomas neurológicos. As infestações inativas intraparenquimatosas do sistema nervoso central devem ser tratadas apenas com medicações sintomáticas, e se necessário anti-convulsivantes^{1,15}. Já os pacientes sintomáticos neurológicos, apresentando cistos viáveis, múltiplos, no parênquima encefálico e positividade nas provas imunológicas para cisticercose no LCR, poderão receber a terapêutica medicamentosa, sendo as mais eficazes o albendazol ou o praziquantel^{4,7}. Porém, ainda não se tem um consenso em relação a validade da terapêutica farmacológica, havendo dúvidas quanto ao risco-benefício da mesma a longo prazo⁴. Além disso, o tratamento sempre deverá ser individualizado, na medida em que o

rompimento dos cistos infestantes após o uso da medicação, poderá desencadear uma intensa reação inflamatória no tecido nervoso adjacente, deflagrando um importante quadro clínico neurológico. Neste relato de caso, a paciente apresenta exuberante disseminação dos cistos, com grande número de cistos infestantes calcificados no parênquima cerebral, entretanto sem sintomatologia clínica, ressaltando a importância da reação imune individual de cada hospedeiro. Neste caso, a terapêutica primordial é sintomática. Em relação aos cistos presentes no tecido celular subcutâneo e na língua, a exérese cirúrgica não é necessária do ponto de vista clínico e funcional, tendo apenas indicação estética^{5,11}.

Uma vez que a terapêutica da cisticercose ainda se apresenta como um grande desafio, a principal medida no seu combate é prevenção do binômio teníase-cisticercose, englobando medidas a longo prazo (saneamento ambiental, educação sanitária, controle da carne suína) e a curto prazo (tratamento da teníase). Por outro lado, o ciclo também pode ser controlado a partir da eliminação da infestação da cisticercose no porco, a partir da vacinação de porcos contra a *Taenia solium*, a qual vem sendo produzida, ainda em fase experimental^{3,9}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALE JR, J.F. Cysticercosis. *Curr Treat Options Neurol*, New York, v.2, n.4, p.355-360, 2000.
2. CESP, M., PERINI, D., DONADINI, A. Cisticercosi cutânea musculare e cerebrale. *G Ital Dermatol Venereol*, v.124, p.45-47, 1989.
3. FLISSER, A., LIGHTTOWLERS, M.W. Vaccination against *Taenia solium* cysticercosis. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v.96, n.3, p.353-356, 2001.
4. HERRERA, L.A. *et al.* Chemotherapy of Cisticercosis. Review about its pharmacokinetics and toxicology. *Gac Med Mex*, México, v.136, n.5, p.477-489, 2000.
5. KETTANI, S. *et al.* A cyst may be hidden by another: cutaneous cysticercoses. *Ann Pathol*, Paris, v.14, n.1, p.45-46, 1994.
6. LEVER, W.F., SCHAUMBURG-LEVER, G. *Histologia da pele*. São Paulo : Manole, 1991. p.218.
7. LIMA, J.G.C., FARHAT, C.K., BRAGA, F.M. Neurocisticercose. In: PRADO, F.C., RAMOS, J.A., VALLE, J.R. *Atualização terapêutica*. São Paulo : Artes Médicas, 1999. p.824-826.
8. LUCCHINA, L.C., WILSON, M.E. Cisticercosis and other helminthic infections. In: FREEDBERG, I.M. *et al.* *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. [s.l.] : International Edition, 1999. p.2625-2627.

9. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Epidemiología y control de la teniasis/cisticercosis en America Latina*. Versión 3.0. 1994.
10. PEDRO, R.J., RAMOS, M.C., BRANCHINI, M.L.M. Parasitoses intestinais (I): aspectos clínicos. In: AMATO NETO, V., BALDY, J.L.S. *Doenças transmissíveis*. São Paulo : Sarvier, 1991. p.676-678.
11. RAINER, S., WOLF JR, J.E. Subcutaneous cysticercosis. *Arch Dermatol*, Chicago, v.114, p.107-108, 1978.
12. REY, L. Cestóides parasitos do homen. In: REY, L. *Parasitologia*. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1991. p.417-424.
13. TAKAYANAGUI, O.M. *Neurocisticercose: evolução clínico-laboratorial de 151 casos*. São Paulo, 1987. Tese (Doutorado em Neurologia) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.
14. VIANNA, L.G., MACEDO, V., COSTA, J.M. Cisticercose músculo-cutânea e visceral-doença rara? *Rev Inst Med Trop São Paulo*, São Paulo, v.33, n.2, p.129-136, 1991.
15. WHITE JR, A.C. Neurocysticercosis: updates on epidemiology, pathogenesis, diagnosis and management. *Annu Rev Med*. v.51, Palo Alto, p.187-206, 2000.

Recebido para publicação em 14 de maio e aceito em 5 de outubro de 2001.