

Neuroesquistossomose

Glória Maria de Almeida Tedrus¹
Maura Aparecida Viana²
Lineu Corrêa Fonseca³
Carla Andrea Rodrigues Araujo⁴

RESUMO

*O comprometimento neurológico é uma complicação não muito freqüente da esquistossomose. O envolvimento das porções inferiores da medula e da cauda equina é o mais comum. São relatados dois casos em que os pacientes apresentaram instalação subaguda de paraparesia com sorologia positiva para esquistossomose no líquido cefalorraqueano. Tratamento foi efetuado com corticosteróides e oxaminiquine. **Unitermos:** esquistossomose mansônica, sistema nervoso central, paraparesia tropical espástica, corticosteróides, oxaminiquine.*

INTRODUÇÃO

São raros os relatos na literatura nacional de formas ectópicas de esquistossomose mansônica, principalmente com envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC), embora exista no nosso meio alta incidência da forma intestinal. Cada vez mais se acumulam evidências mostrando que esta neuroparasitose é pouco diagnosticada^{3,5,6,8,9}.

São relatados dois casos de pacientes atendidos no serviço de Neurologia Clínica do Hospital e Maternidade Celso Pierro-PUCCAMP com quadro de esquistossomose medular.

OBSERVAÇÃO

RMS, 29 anos, masculino, RH 31860288.1, natural de Pompéia, SP, procedente de Campinas, lavrador, procurou o serviço de Neurologia Clínica do Hospital e

Maternidade Celso Pierro em 06/07/93 apresentando dificuldade para urinar, retenção fecal e dor lombar há cinco dias, assim como déficit motor e parestesias em membros inferiores há três dias.

Antecedentes pessoais: fez uso de drogas não lícitas endovenosas. Nega etilismo e tabagismo.

Exame físico: tatuagens em vários locais do tórax e membros superiores.

Exame neurológico: força muscular diminuída (grau I/II), com predomínio distal e de modo assimétrica nos membros inferiores; arreflexia patelar bilateral; tônus muscular diminuído em membros inferiores; arreflexia patelar bilateral; reflexos superficiais cutâneo abdominais inferiores ausentes; cutâneo plantar indiferente bilateralmente; hipoestesia tátil e dolorosa simétrica com nível em T12-L1 e palestésica diminuída até o nível do joelho. Perda de controle esfíncteriano vesical e anal, com retenção urinária e fecal.

Exames complementares: sorologia para sífilis, HIV, citomegalovírus e toxoplasmose negativas no sangue; ultrassom abdominal mostrando hepatoesplenomegalia. Líquido cefalorraqueano (LCR) com pleocitose elevada, linfomonocitária e hiperproteínoorraquia. Sorologias para cisticercose, toxoplasmose e sífilis negativas no LCR; sorologia para esquistossomose positiva no LCR e no soro.

(1) Professora Assistente do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

(2) Médica Neurologista do Hospital e Maternidade Celso Pierro-PUCCAMP.

(3) Professor Titular do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCCAMP.

(4) Médica Residente de Neurologia Clínica do Hospital e Maternidade Celso Pierro-PUCCAMP.

Após diagnóstico foi utilizada Oxaminiquine 1g em dose única e Prednisona 50mg/dia por 20 dias. Houve melhora discreta do quadro neurológico. O paciente compareceu irregularmente aos controles ambulatoriais.

JFC, 42 anos, masculino, solteiro, natural de Cajueiros, Al, procedente de Hortolândia, RH 434100234, iniciou tratamento no Serviço de Neurologia Clínica do HMCP queixando-se de que há dois anos apresentou quadro inicialmente de dor na região glútea esquerda, evoluindo progressivamente com perda da força muscular e parestesias em membros inferiores. Houve também comprometimento de esfínteres vesical e anal e impotência sexual.

Antecedentes pessoais: cirurgia para varizes de esôfago e esplenectomia há 15 anos.

Exame físico: fígado palpável a 2cm do rebordo costal, cicatriz de aproximadamente 15cm no hipocôndrio esquerdo.

Exame neurológico: sinal de Romberg positivo, força muscular diminuída (grau IV) em membros inferiores com reflexos profundos exaltados; sensibilidade tátil e dolorosa diminuída em membros inferiores com nível em T10; cinética, postural e vibratória diminuídas em membros inferiores. Perda do controle esfínteriano anal e vesical.

Exames complementares: LCR com hiperproteínoorraquia discreta e sorologias para toxoplasmose, cisticercose, citomegalovírus e VDRL negativas. Imunologia para esquistossomose positiva no LCR. Tomografia computadorizada de coluna lombar normal.

Após o diagnóstico de esquistossomose medular foi iniciado o tratamento com Oxaminiquine e Prednisona, havendo melhora parcial da sintomatologia.

DISCUSSÃO

Manifestações neurológicas podem existir nas três espécies de *schistosoma* que parasitam o homem. No Brasil existe somente a *S. mansônica*^{2,3,6,8,9}.

No envolvimento do SNC pelo *S. mansoni* o comprometimento medular parece ser o mais comum. As lesões medulares envolvem preferencialmente as porções mais inferiores da medula como o cone medular e a cauda equina e menos frequentemente o segmento medular dorso-lombar.

O mecanismo exato de como os ovos do *S. mansoni* atingem o SNC ainda não está bem esclarecido. A dimensão intra-raquiana poderia se fazer através de anastomoses entre os sistemas porta e plexo vertebral de Batson, facilitada pelo aumento da pressão abdominal ou pela hipertensão portal, frequentemente presente nos pacientes com essa parasitose intestinal⁶.

O quadro neurológico deve-se a ocorrência da reação inflamatória de natureza imunoalérgica, que acomete os vasos medulares levando a fenômenos isquêmicos ou por compressão medular por formações granulomatosas nas meninges ou no próprio tecido nervoso^{1,3,7,9}.

O diagnóstico é clínico, fundamentado nos antecedentes pessoais, exame neurológico e na sorologia no LCR.

O LCR descrito por LIVRAMENTO et al.⁵ apresenta os seguintes elementos principais: aumento discreto da celularidade, eosinofílorraquia, aumento da concentração protéica, com aumento do teor de gama e a presença de anticorpos específicos à *S. mansoni*. A sorologia é fundamental para a confirmação diagnóstica, uma vez que os outros achados são inespecíficos, sendo encontrados em outras infecções do SNC^{3,5,9}.

Os achados de neuroimagem (tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética) são inespecíficos.

O tratamento é feito com drogas anti-inflamatórias (Dexametasona) e o tratamento etiológico com Oxaminiquine ou Praziquantel^{3,4,9}.

O grau de recuperação do indivíduo e o prognóstico dependem da precocidade do diagnóstico e da rapidez no início do tratamento⁴.

Há necessidade de estudo sistematizado da sorologia para esquistossomose no LCR, em todos os casos de doenças medulares, em que não haja esclarecimento diagnóstico etiológico.

SUMMARY

Central nervous system schistosomiasis

The neurological complication is not very frequent in schistosomiasis. The involvement of inferior portions of spinal cord and cauda equina is the most common one. Two cases in which patients presented subacute paraparesis with positive sorology to schistosomiasis in cerebrospinal fluid are reported in this paper.

Keywords: *schistosomiasis mansoni, central nervous system, paraparesis.*

Agradecimento

Os autores gostariam de expressar seus agradecimentos aos professores J.A. Livramento e A. Spina-Franca pela realização das sorologias de esquistossomose no LCR e no soro desses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALEMAN, C.L. Localization ectopica aparentemente asintomática de huevos de schistosoma mansoni en el encefalo. *Archivos del Hospital Vargas*, Caracas, v.8, n.3/4, p.71-84, 1966.
2. ANDRADE, A.S.F., QUEIROZ, A.C. Meningorradiculite esquistossomótica. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v.49, n.1, p.80-82, 1991.
3. FERREIRA, M.S., COSTA-CRUZ, J.M., GOMES, M.A. Esquistossomose do Sistema Nervoso Central: relato de um caso. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v.48, n.3, p.371-375, 1990.
4. FOSTER, R. A review of clinical experience with oxaminiquine. *Transactions of Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, London, v.81, p.55-59, 1987.
5. LIVRAMENTO, J.A., MACHADO, L.R., CAETANO DA SILVA, L., SPINA-FRACA, A. Síndrome do líquido cefalorraqueano na neuroesquistossomose. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v.43, n.4, p.372-377, 1985.
6. MATTOSINHO-FRANCA, L.C, MELARAGNO, R.F., TENUTO, R.A. Comprometimento cerebral na esquistossomose mansônica. *Revista Paulista de Medicina*, São Paulo, v.67, p.223-230, 1965.
7. PITTELLA, J.E.H. Vascular changes in cerebral schistosomiasis mansoni: a histopathological study of fifteen cases. *American Journal of Medicine and Hygiene*, v.34, n.5, p.898-902, 1985.
8. _____, LANA-PEIXOTO, M.A. Brain involvement in hepatosplenic schistosomiasis mansoni. *Brain*, Oxford, v.104, p.621-632, 1981.
9. SCRIMGEOUR, E.M., GAJDUSEK, D.C. Involvement of central nervous system in schistosoma mansoni and s. haematobium infection: a review. *Brain*, Oxford, v. 108, p.1023-1038, 1985.

Recebido para publicação em 26 de março e aceito em 29 de abril de 1996.