

RELATO DE CASO

CASO FATAL DE BALANTIDÍASE INTESTINAL

Maria da Conceição Pinheiro e Marcus Aurelio de Lima

Caso fatal de balantidíase em mulher desnutrida de 63 anos, criadora de porcos, da zona rural de Uberaba. A doença evoluiu em oito dias com disenteria, náusea e vômitos, culminando em óbito por enterorragia. À necrópsia constatou-se colite ulcerada causada por *B. coli*, facilmente identificado ao exame histológico do intestino grosso.

Palavras-chaves: Balantidíase. Colite. *Balantidium coli*. Síndrome disentérica.

A balantidíase-infecção é pouco diagnosticada no Brasil⁷⁻¹⁴. Em Uberaba não se encontrou um só caso de *Balantidium coli* em três estudos sistematizados realizados nas últimas décadas¹⁻⁸⁻¹⁰. A ocorrência de balantidíase-doença é ainda mais rara^{5,6,15}.

Tendo tido oportunidade de necropsiar um caso fatal de balantidíase, nos pareceu justificada sua publicação.

se: 40 anos de tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doença de Chagas assintomática. Ao exame físico, péssimo estado de nutrição, panículo adiposo e subcutâneo escassos, palidez intensa e desidratação. Evoluiu com enterorragia, sinais de choque hipovolêmico e óbito horas após internação, sem ter havido tempo de se fazer o diagnóstico clínico.

RELATO DO CASO

Mulher, 63 anos, natural e procedente de zona rural de Uberaba, criadora de porcos. Admitida em 17/8/89 no Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, com história de 8 dias de disenteria, dor abdominal, vômitos e perda de peso. Entre os antecedentes pessoais morbidos, destacam-

Necrópsia

Cadáver pesando 34.000 gramas, medindo 155cm; péssimo estado de nutrição e panículo adiposo do subcutâneo escasso. Os achados fundamentais foram vistos no *intestino grosso*. Este, do ceco ao reto, mostrava úlceras redondas ou ovais com bordas elevadas, regulares ou irregulares, diâmetro variando entre 0,1 e 3cm, às vezes superficiais, distribuindo a mucosa e submucosa, outras vezes profundas, chegando à muscular. As úlceras que tinham bases recobertas por material fecal e muco ou sangue eram separadas por mucosa normal ou edemaciada na qual havia pequenas elevações nodulares em "cabeça de alfinete", com pertuito central, de superfície estreita e base alargada, lembrando frasco ou cantil (Figura 1).

Trabalho do Curso de Pós-Graduação em Patologia Humana da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro e do Departamento de Patologia da Universidade Federal do Pará.

Endereço para correspondência: Dr. Marcus Aurelio de Lima. Serviço de Patologia Cirúrgica/FMTM, 38025 Uberaba, MG.

Recebido para publicação em 19/08/91



Figura 1 - Fotografia de segmento do cólon. Notar lesões ulceradas (setas) e elevações nodulares em cabeça de alfinete com perfuro central (cabeça da seta).

O exame histológico do intestino grosso revelou processo inflamatório nas margens (Figura 2)

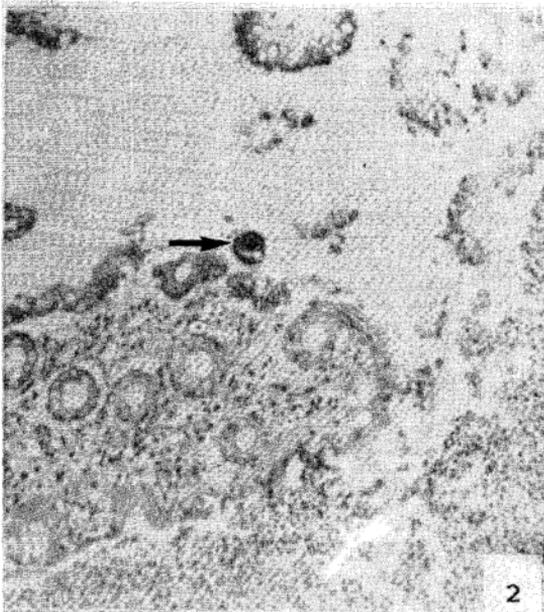


Figura 2 - Corte histológico de intestino grosso mostrando, em margem de úlcera, processo inflamatório; a seta indica *B. coli* HE 100x.

e bases das úlceras com exsudato predominantemente linfoplasmocitário. Nas criptas da mucosa, nas bordas e na base das úlceras, havia freqüentes estruturas arredondadas, ciliadas, contendo um macronúcleo reniforme e um micronúcleo, identificadas como *Balantidium coli* (Figura 3), que mostravam ora evaginação (trofozoíta), ora invaginação ciliar (cisto).



Figura 3 - Detalhe do *B. coli* em fundo de cripta. HE 400x.

O processo inflamatório limitava-se ao intestino grosso e não se associava a outros parasitas. O diagnóstico foi de *colite balantidiana*.

DISCUSSÃO

Paciente desnutrida que vivia em precárias condições sanitárias, em zona rural, onde ocorre, com freqüência, a balantidiose⁶. Em decorrência de sua profissão, era obrigada a contatos constantes com porcos, hospedeiros normais do *B. coli*^{23,11} e é provável que tenha

se contaminado pela ingestão acidental de fezes de animal contaminado.

Os sintomas e sinais que a balantidíase produz, e que a nossa paciente apresentou, são indistinguíveis daqueles produzidos por outras enterocolites parasitárias, muito mais freqüentes em nosso meio, como a amebíase por exemplo. Isto, associado a pouca freqüência da balantidíase, leva os clínicos a não pensar em etiologia balantidiana nas síndromes disentéricas (SD).

Do ponto de vista anatomopatológico, a lesão mais importante apresentada pela doente era uma colite ulcerada que, como se sabe, pode ter etiologia variada¹³. Entre os agentes capazes de produzir quadro morfológico similar ao observado no cólon de nossa paciente, ressalta a *E. histolytica*. Entretanto, não observamos nas lesões intestinais, trofozoítas desse parasita mas sim estruturas caracterizadas com *B. coli*, as quais encontravam-se na intimidade do processo inflamatório do cólon.

Ao contrário do que relata a literatura, que refere ser a balantidíase em geral, doença de evolução favorável¹², em nossa paciente a colite levou rapidamente ao óbito, demonstrando a necessidade do diagnóstico clínico, o mais precoce possível. Acresce, ainda, que outros fatores parecem importantes no desenvolvimento da balantidíase, dentre os quais o estado de nutrição do hospedeiro² o qual, na nossa paciente, era precário. O índice de letalidade nos casos agudos não tratados, é de cerca de 20%⁷ e com antibioticoterapia há casos que evoluem para o óbito^{4,8}.

O êxito letal pode ocorrer por peritonite secundária à perfuração do intestino ou por abscesso ganglionar mesentérico^{6,7}. Ao choque séptico tem também se atribuído a responsabilidade pelo óbito^{4,8}. No caso relatado, a colite balantidiana, através da SD, levou ao choque hipovolêmico e este à morte, possibilidade já relatada².

SUMMARY

A fatal case of a 63-year old pig-raising country woman with an eight-day course of nausea, vomiting,

dysentery with intestinal bleeding the latter being the direct cause of death. The autopsy showed ulcerative colitis due to *B. coli*, which was easily observed on histological examination of the large bowel.

Key-words: Balantidiasis. Colitis. *Balantidium coli*. Dysentery.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso MT. Incidência de protozooses e helmintoses intestinais em crianças no Triângulo Mineiro. O Hospital 2:935-940, 1967.
2. Areán VM, Koppisch E. Balantidiasis. A review and report of cases. American Journal of Pathology 32:1089-1115, 1956.
3. Biagi F. Unusual isolates from clinical material *Balantidium coli*. Annals New York Academy Sciences 174:1023-1026, 1970.
4. Castro J, Vasquez-Iglesias JL, Sarnal-Monreal F. Dysentery caused by *Balantidium coli*. Report of two cases. Endoscopy 15:272-274, 1983.
5. Campos R, Gomes E. Balantidíase. In: Veronesi R (ed) Doenças Infecciosas e Parasitárias. 8ª edição. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro p.796-797, 1991.
6. Céspedes R, Morera P. Balantidiosis. Revista de Biología Tropical 3:161-170, 1955.
7. Coutinho E. Balantidíose. Tratado de clínica das doenças infecciosas e parasitárias. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro p.400-402, 1951.
8. Currie AR. Human balantidiasis: a case report. South African Journal of Surgery 28:23-25, 1990.
9. Faleiro S, Mesquita P. Parasitoses do Triângulo Mineiro: Uberaba, Revista Brasileira de Medicina 16:270-272, 1959.
10. Franciscan JU, Prata A. Resultados preliminares sobre inquérito coprológico escolar em Uberaba. In: Resumos do XXIV Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Manaus p.99, 1988.
11. Lus RG, Ibañez NT, Busquetes MAV. Um caso de balantidiosis estudiado en Zaragoza. La Medicina Tropical 42:99-104, 1966.
12. Neafie RG. Balantidiosis. In: Binford CH, Connor DH (ed) Pathology of tropical and extraordinary diseases. Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC p.325-327, 1976.

13. Raso P, Brasileiro Filho G. Esôfago. Estômago. Intestino. Peritônio. Mesentério. Retroperitônio. In: Lopes E, Chapadeiro E, Raso P, Tafuri WL (ed), Bogliolo Patologia, 4a. edição, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro p.517-529, 1987.
- 14 Vallada EP. *Balantidium coli* em Itapetininga. Comunicação de 12 casos. O Hospital 72:821-824, 1967.
- 15 Woody NC, Woody HB. Balantidiasis in infancy. The Journal of Pediatrics 56:485-489, 1960.