

Granuloma Esquistossomótico Gigante do Cólon com Intussuscepção: Relato de Caso

Giant Schistosomal Granuloma of the Colon with Intussusception: Case Report

RODRIGO BRITTO DE CARVALHO¹, HERNÁN AUGUSTO CENTURIÓN SOBRAL²,
JULIANA MAGALHÃES LOPES¹, LILIAM RAMOS TODINOV², GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA³

1 Médicos residentes do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis; 2 Médicos Assistentes do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis; 3 Chefe do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis.

CARVALHO RB; SOBRAL HAC; LOPES JM; TODINOV LR; FORMIGA GJS. Granuloma Esquistossomótico Gigante do Cólon com Intussuscepção: Relato de Caso. *Rev bras Coloproct*, 2008;28(3): 347-349.

RESUMO: A esquistossomose é uma doença parasitária crônica causada por uma espécie de trematódeo, o shistossoma, acometendo 200 milhões de pessoas em todo mundo. No Brasil é provocada pela espécie *Shistosoma mansoni*, cuja apresentação clínica mais comum é a hepato-intestinal, com sintomas como diarreia, tenesmo, náuseas, meteorismo e hepato-esplenomegalia. Relatamos um caso de paciente masculino de 38 anos com quadro de exteriorização de tumor pelo ânus. A colonoscopia demonstrou lesão nodular extra-mucosa em topografia de sigmóide. Submetido a sigmoidectomia, cujo anátomo-patológico mostrou tratar-se de granuloma esquistossomótico gigante, apresentação muito rara da esquistossomose.

Descritores: Esquistossomose, pólipo, intussuscepção, sigmóide, granuloma.

INTRODUÇÃO

A esquistossomose ou bilharziose é uma doença infecciosa granulomatosa causada por helmintos do gênero *Shistosoma*, sendo o *S. mansoni* o agente responsável no Brasil. A primeira citação da doença foi feita por Teodor Bilharz em 1851¹. É uma afecção de grande prevalência, acometendo aproximadamente 200 milhões de pessoas em todo mundo, com outros 400 milhões com risco de serem infectados².

O objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de pólipo esquistossomótico gigante de sigmóide com intussuscepção e exteriorização anal, não sendo encontrado outro relato semelhante na literatura consultada.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 38 anos, natural de Pernambuco, há três meses com prolapso de tumor

anal aos esforços, hematoquezia, puxo e tenesmo. Exame parasitológico de fezes negativo. A colonoscopia evidenciou lesão polipóide extramucosa de 5 cm de diâmetro em sigmóide, que foi biopsiada e o exame histopatológico revelou processo inflamatório inespecífico. CT de abdome demonstrou lesão nodular endo-luminal com densidade de gordura e imagem em casca de cebola sugestiva de intussuscepção (Figura 1).

Devido à impossibilidade de ressecção endoscópica, o paciente foi submetido a sigmoidectomia (Figura 2), cujo anatomopatológico evidenciou granuloma piogênico com ovos de *Shistosoma mansoni* (Figuras 3, 4 e 5). Evoluiu no sétimo pós-operatório com quadro de abdome agudo obstrutivo, sendo submetido a laparotomia exploradora que demonstrou hérnia interna de íleo terminal sem sofrimento vascular, que foi prontamente corrigida.

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo - Brasil.

Recebido em 05/05/2008

Aceito para publicação em 11/06/2008



Figura 1 – CT de pelve com imagem nodular hipodensa na luz do reto.

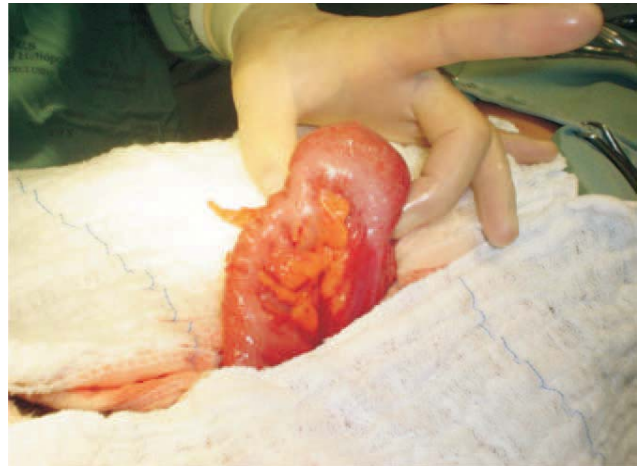
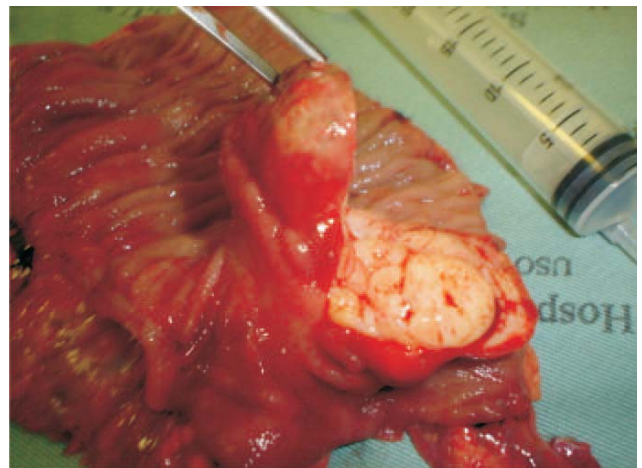


Figura 2 – Aspecto da lesão no intra-operatório.



Figuras 3 e 4 – Aspecto macroscópico após abertura da peça e da lesão.

O paciente foi submetido a tratamento complementar com praziquantel (40 mg/kg), recebendo alta ambulatorial após seis meses de acompanhamento.

DISCUSSÃO

A esquistossomose acomete aproximadamente 8% da população brasileira, sendo endêmica em certas regiões como o Nordeste, onde atinge até 20% dos habitantes¹.

Tem manifestação clínica variada, com duas fases evolutivas distintas: inicial ou aguda e crônica. A fase aguda conhecida como febre de Katayama, surge de um a dois meses após a infecção, com febre alta, mialgias, astenia, cefaléia e tosse seca. A fase crônica acomete principalmente o aparelho digestivo, com dispepsia, surtos diarréicos (em alguns casos

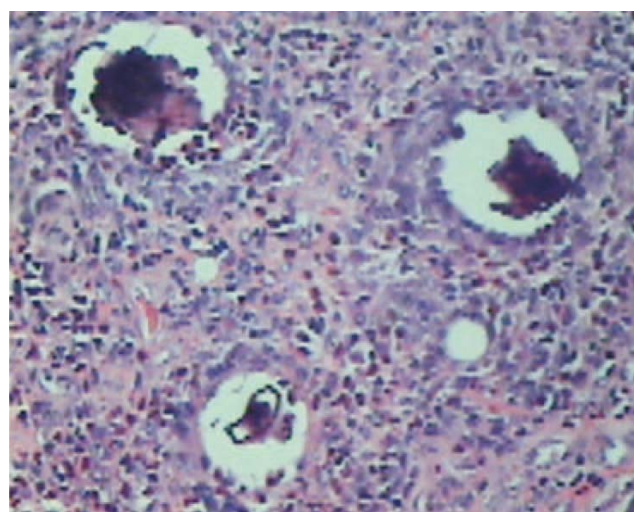


Figura 5 - Anatomopatológico: granuloma esquistossomótico (HE/100X).

sanguinolentos), meteorismo, tenesmo, hepatoesplenomegalia, e por fim sinais de hipertensão portal³.

O diagnóstico é baseado no quadro clínico e na epidemiologia, e confirmado por exames laboratoriais que demonstram ovos do parasito nas fezes ou em biópsias¹⁻⁵.

Exames endoscópicos como retossigmoidoscopia ou colonoscopia podem auxiliar no diagnóstico, evidenciando hiperemia, ulcerações, friabilidade da mucosa e pólipos inflamatórios. Sanguino *et al* descrevem alterações vasculares características: interrupção súbita do vaso rodeado por petéquias com aspecto de “mordida de pulga” ou anel⁶.

Histologicamente, caracteriza-se por granuloma não caseoso, com ovo do *shistosoma* central^{7,8}. Santana *et al* relataram um caso de granuloma esquistossomótico gigante mimetizando tumor de sigmóide com sintomas obstrutivos⁹. No nosso caso a esquistossomose manifestou-se como um tumor polipóide gigante com intussuscepção e

exteriorização pelo ânus, fato não descrito na literatura consultada.

Intussuscepção é mais freqüentemente causada por tumores malignos, pólipos adenomatosos e lipomas, ocorrendo raramente em adultos. Pode ocorrer de forma oculta com sintomas inespecíficos como dor abdominal, náuseas e vômitos ou exteriorizar-se pelo ânus¹⁰.

O tratamento da esquistossomose é medicamentoso, com alta eficácia e baixa toxicidade. As drogas utilizadas são oxaminiquine (15mg/kg), agindo nas formas adultas, impedindo a oviposição e praziquantel (40 mg/kg), sendo eficaz tanto na fase aguda como na crônica¹⁻³.

Grande parte das intussuscepções é tratada cirurgicamente, pois geralmente se associam a neoplasia¹⁰, justificando a laparotomia com sigmoidectomia no nosso paciente, sendo o diagnóstico apenas dado pelo anatomopatológico.

Agradecimento especial ao Serviço de Anatomia-Patológica do Hospital Heliópolis

ABSTRACT: Shistosomiasis is a chronic parasitic illness caused by *Shistosoma Mansoni*, responsible for 200 million cases all over the world. The most common presentation is hepatic-intestinal form with symptoms as diarrhea, tenesmus, hepatomegaly, abdominal pain and nausea. We report a case of a male patient, 38 years with anal polyp prolapse, confirmed by colonoscopy, located in the sigmoid. The patient was submitted to sigmoidectomy, which through a histological study of the surgical specimen a giant shistosomal granuloma of the colon was evidenced. The aim of this report is to describe a rare and atypical manifestation of a case of shistosomosis.

Key words: Shistosomiasis, polyp, sigmoid, intussusception, granuloma.

REFERÊNCIAS

1. Motta LP, et al. Esquistossomose Mansonii-Estado Atual. JMB.1994; 66(3): 113-99.
2. Mutapi F, Mduluzi T, et al. Immuno-epidemiology of human *Shistosoma haematobium*infection: preferential IgG3 antibody responsiveness to a recombinant antigen dependent on age and parasite burden. BMC Infectious Diseases. 2006; 6:96.
3. Vidal MAN, Torres Neto JR, Santana NMB, Salviano SKM, Déda RG. Esquistossomose Retal – Aspectos Clínicos e Endoscópicos. Rev bras Coloproct. 2001; 21(2): 70-71.
4. Reis RJN, Ferreira AL, Ferreira JJ, Salazar HC. Esquistossomose mansonii: Diagnóstico pela biópsia retal e parasitológico em 100 casos selecionados. Rev bras Coloproct. 1984;4(2):99-101.
5. Rabello ALT et al. Dot-DYE-Imunoassay for the diagnosis of shistosomiasis mansonii. Mem Int Oswaldo Cruz. 1992; 87(2):187-190.
6. Sanguino J, Peixe R et al. Shistosomiasis and vascular alterations of colonic mucosa. Hepato-Gastroenterol. 1993;40:184-187.
7. Robbins P et al. Patologia funcional. Ed. Guanabara-Koogan. Riode Janeiro.1998: 1047
8. Silva LM et al. Significance of Shistosomal Granuloma Modulation. Mem Int Oswaldo Cruz.2000;95(3):352-361.
9. Santana HJ, Lima CA. Pseudotumor esquistossomótico de cólon - relato de um caso. Rev bras Coloproct.1985; 5(1):17-21.
10. Ki-Jae P, Hong-Jo C, Sung-Heun K. Sigmoidorectal intussusception of adenoma of sigmoid colon treated by laparoscopic anterior resection after sponge-on-the-stick-assisted manual reduction. World J Gastroenterol. 2006;12(1):146-149.

Endereço para correspondência:

GALDINO JOSÉ SÍTONIO FORMIGA
Hospital Heliópolis – Serviço de Coloproctologia
Rua Cônego Xavier, 276 – Vila Heliópolis
04231-030 – São Paulo-SP
Tel: (11) 2274-7600 (Ramal 244)