

Pseudotoxocaríase: relato de caso

Pseudotoxocaríase: a case report

Moyses Eduardo Zajdenweber¹
Remo Turchetti Moraes²
Oswaldo Moura Brasil³

RESUMO

Os autores descrevem um caso no qual o diagnóstico inicial, clínico e laboratorial, era compatível com quadro de toxocaríase ocular. Porém a evolução clínica somada a realização de exame histopatológico revelou diagnóstico diferente, demonstrando a importância do exame histopatológico, principalmente nos quadros em que o diagnóstico é presumido.

Descritores: Toxocaríase/diagnóstico; Infecções oculares parasitárias; Granuloma; Uveíte; Biópsia; Diagnóstico diferencial; Relatos de casos [tipo de publicação]

INTRODUÇÃO

Toxocaríase é o termo clínico utilizado para designar a infecção do hospedeiro humano pelos nematódeos *Toxocara canis* ou *Toxocara cati*^(1,2). Após a disseminação sistêmica, diversos órgãos podem ser alvo de infecção, sendo que o olho é amiúde acometido^(1,3).

A toxocaríase ocular pode ser a causa de uma série de manifestações oculares, variando desde um granuloma posterior a um descolamento total da retina^(2,4). É uma importante causa de uveíte infecciosa no nosso meio⁽⁵⁾, sendo responsável por baixa de acuidade visual secundária a infecção por parasitas em todo mundo⁽⁶⁾.

As manifestações clínicas dependem do grau de parasitismo, intensidade da reação inflamatória e localização das larvas⁽¹⁾.

As manifestações clínicas associadas à toxocaríase são classificadas de acordo com os órgãos afetados e determinarão as duas principais síndromes: a larva migrans visceral, que engloba a afecção de grandes órgãos viscerais; e a larva migrans ocular, na qual os efeitos patológicos no hospedeiro são restritos ao olho e nervo óptico. Embora raro, estas duas formas podem ocorrer simultaneamente num mesmo paciente⁽¹⁾.

A toxocaríase ocular é normalmente unilateral e freqüentemente afeta crianças podendo porém afetar adulto^(2,7).

RELATO DE CASO

A.B.H.S, 7 anos de idade, sexo feminino, natural do RJ, em março de 2001 apresenta queixa de cefaléia e baixa da acuidade visual no olho esquerdo há 4 meses.

No momento da primeira visita apresentava-se em tratamento para puberdade precoce, sem outras alterações do estado geral. Traz sorologia para toxoplasmose (IgM, IgG) negativa e PPD não reator.

Mãe informa que a paciente havia realizado exame oftalmológico há 6 meses e que este era normal. Nesta primeira visita revelou ao exame oftalmológico: acuidade visual de 1,0 no olho direito e de conta dedos a 50 cm no olho esquerdo, biomicroscopia sem alterações em ambos os olhos, pressão intra-ocular de 12 mmHg, fundoscopia do olho direito apresentando defeito de epitélio pigmentário junto à arcada temporal superior e granuloma no

Trabalho realizado no Instituto Brasileiro de Oftalmologia - IBOL - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil.

¹ Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP) - Brasil.

² Mestre em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil.

³ Mestre em Medicina pela UFRJ - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Desembargador Renato Tavares, 30/302 - Rio de Janeiro (RJ)
CEP 22411-060
E-mail: moysesz@uol.com.br

Recebido para publicação em 30.03.2005

Versão revisada recebida em 20.06.2005

Aprovação em 17.10.2005

pólo posterior do olho esquerdo (Figura 1), sem presença de células vítreas.

Nesta ocasião foi feito diagnóstico clínico de toxocaríase ocular e solicitado hemograma, que se mostrou normal, não apresentando eosinofilia, e sorologia para toxocaríase, que revelou IgG positivo e IgM negativo para a doença.

Indagada sobre o contato com animais, a paciente negava a presença de animais em sua casa, porém costumava brincar em tanques de areia em praça e na escola.

Paciente retorna 15 meses depois com queixa de “algo flutuando” no seu olho esquerdo, quando observamos ao exame oftalmológico: acuidade visual de 1,0 no olho direito e de conta dedos a 50 cm no olho esquerdo, biomicroscopia sem alterações em ambos os olhos, e no olho esquerdo, presença de “massa” livre na cavidade vítrea, além de buraco macular. Realizamos então ultra-sonografia, angiografias e tomografia de coerência óptica (OCT) (Figuras 2, 3 e 4).

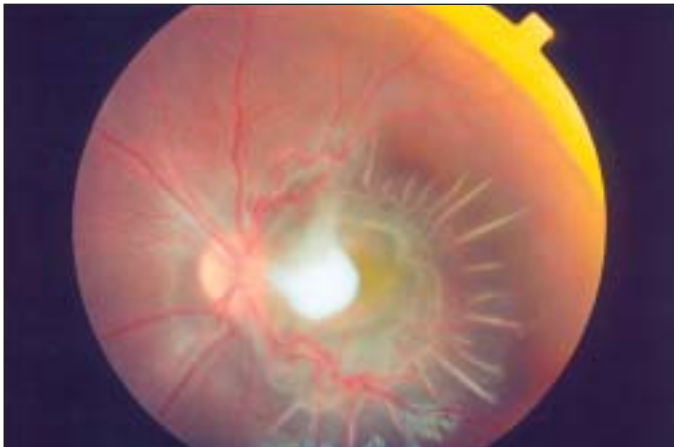


Figura 1 - Granuloma de pólo posterior

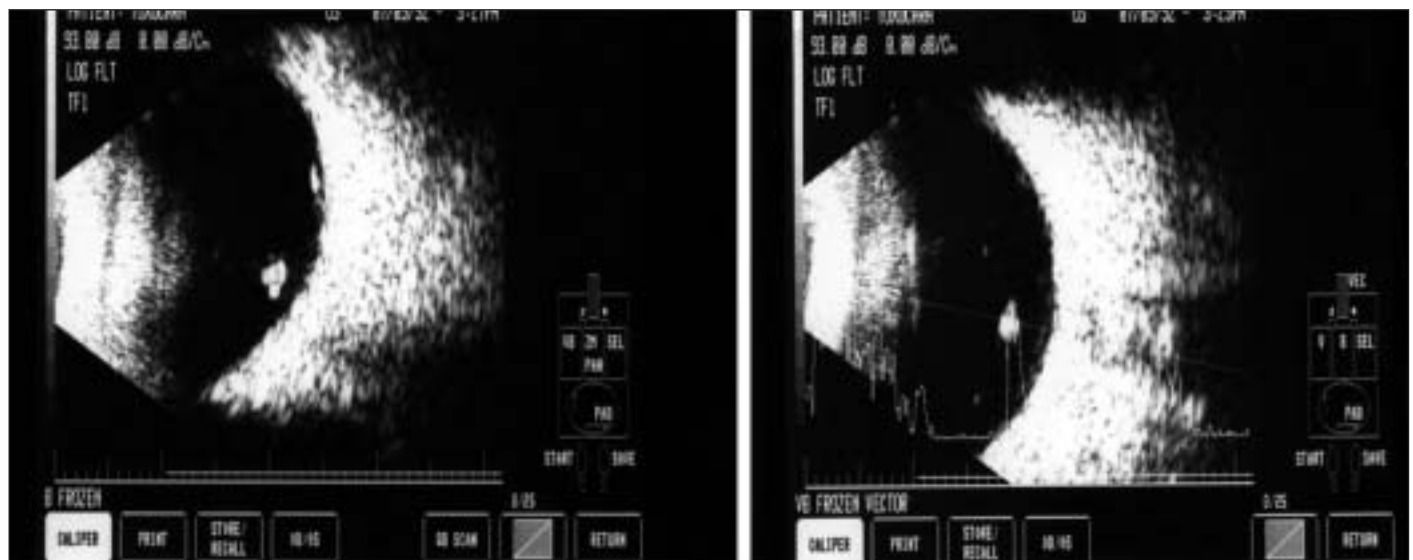


Figura 2 - Ultra-sonografia mostrando presença de eco vítreo de alta refletividade, com mobilidade, na cavidade vítrea

Diante do quadro foi indicada cirurgia de vitrectomia via pars plana para tratamento do buraco macular e biópsia da massa livre no vítreo para confirmação diagnóstica.

O exame histopatológico do material biopsiado revelou severa proliferação fibroglial, membrana epiretiniana, epitélio pigmentário da retina hipertrófico e hiperplástico, muito poucas células inflamatórias representadas por linfócitos, discretos macrófagos e ausência de eosinófilos, demonstrando quadro de proliferação fibroglial. Não foi observada necrose (Figura 5).

Tratando-se de indivíduo imunocompetente, a ausência de reação inflamatória mais proeminente e a presença dos achados já descritos, descarta-se a possibilidade de toxocaríase, assim como de outros agentes infecciosos.

DISCUSSÃO

A toxocaríase ocular é uma importante causa de uveíte infecciosa no nosso meio, sendo freqüente o acometimento unilateral e em crianças^(4-5,8). Embora diversas formas clínicas tenham sido descritas, como retinocoroidite posterior e periférica, descolamento disciforme macular, endoftalmite e papilite, não existe uma apresentação que possa ser considerada patognomônica da doença^(2,6,8-9). O mais freqüente na nossa prática clínica é o diagnóstico presuntivo baseado na história clínica e epidemiológica, nas características da lesão e em testes sorológicos.

Mostramos uma criança apresentando baixa visual unilateral acentuada causada por um granuloma sub-retiniano posterior, e com exames laboratoriais compatíveis com o diagnóstico, inicialmente dado, de toxocaríase ocular presumida.

A evolução inesperada do caso, além de nos ter levado ao correto diagnóstico, nos atenta para a dificuldade do diagnóstico de certeza da larva migrans ocular.

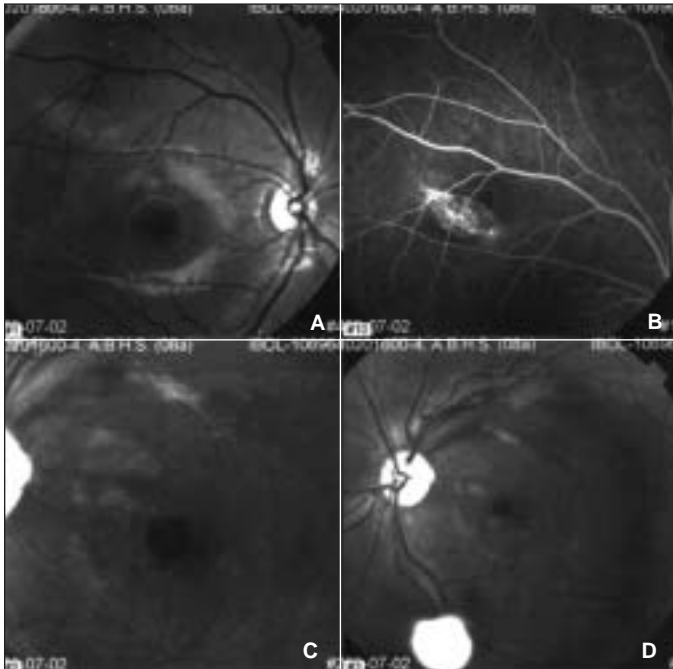


Figura 3 - A: Olho direito; B: Defeito de epitélio pigmentário junto à arcada temporal superior no OD; C: Buraco macular; D: Buraco macular + granuloma livre na cavidade vítrea

Os autores ressaltam ainda a importância da realização de exame histopatológico. Pois como em muitos casos o diagnóstico em pacientes com uveíte é apenas presumido, como neste relato, a possibilidade de confirmação etiológica deve ser explorada e valorizada.

ABSTRACT

The Authors describe a case where the initial diagnosis, clinical and laboratorial, was compatible with ocular toxocaríasis. Therefore the follow-up added to a histopathologic examination disclosed a different diagnosis, proving the importance of the histopathologic examination, mainly in presumable diagnostics.

Keywords: Toxocaríasis/diagnosis; Eye infections, parasitic; Granuloma; Uveitis; Biopsy; Diagnosis, differential

REFERÊNCIAS

1. Despommier D. Toxocaríasis: clinical aspects, epidemiology, medical ecology, and molecular aspects. *Clin Microbiol Rev.* 2003;16(2):265-72. Review.
2. Shields JA. Ocular toxocaríasis. A review. *Surv Ophthalmol.* 1984;28(5):361-81.

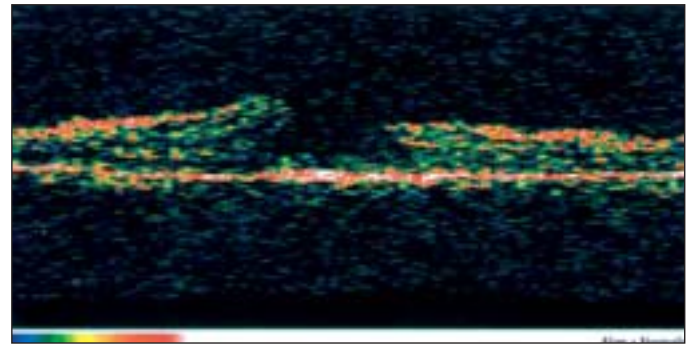


Figura 4 - OCT mostrando buraco macular

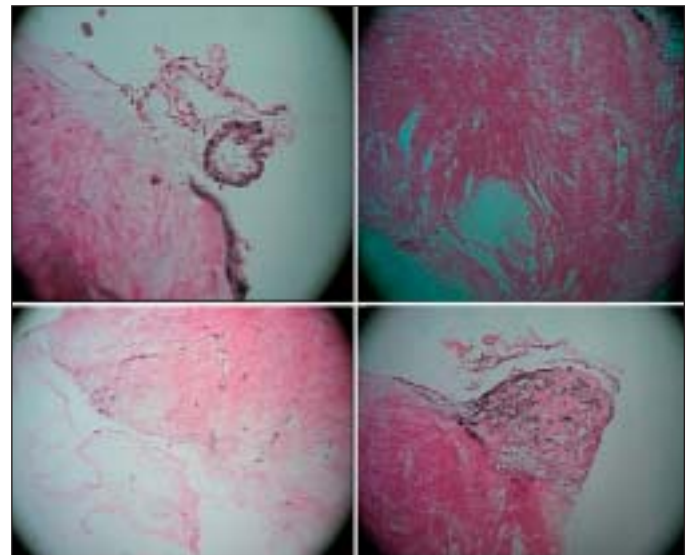


Figura 5 - Exame histopatológico revelando proliferação fibroglial (hematoxilina-eosina, 40x aumento)

3. Overgaauw PA. Aspects of *Toxocara* epidemiology: human toxocaríasis. *Crit Rev Microbiol.* 1997;23(3):215-31. Review.
4. Gillespie SH, Dinning WJ, Voller A, Crowcroft NS. The spectrum of ocular toxocaríasis. *Eye.* 1993;7(Pt 3):415-8.
5. Gouveia EB, Yamamoto JH, Abdalla M, Hirata CE, Kubo P, Olivales E. Causas das uveítes em serviço terciário em São Paulo, Brasil. *Arq Bras Oftalmol.* 2004;67(1):139-45.
6. Molk R. Ocular toxocaríasis: a review of the literature. *Ann Ophthalmol.* 1983; 15(3):216-9, 222-7, 230-1. Review.
7. Abreu MPQ, Abreu GB. Toxocaríase ocular. *Arq Inst Penido Burnier.* 1986;28 (2):80-6.
8. Oréfica F, Boratto LM, Silva HF. Presumível toxocaríase ocular: revisão de 30 casos (1978-1989); relato de dois casos atípicos. *Rev Bras Oftalmol.* 1991;50 (2):31-7.
9. Lacerda RR. Toxocaríase de 36 casos: estudo seqüencial. *Rev Bras Oftalmol.* 1995;54(3):7-20.