

## SINTOMATOLOGIA INTESTINAL NA FASE CRÔNICA DA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI

Eleonora L. Peixinho, Sumaia B. André e  
José Carlos Bina

*Com o objetivo de investigar os sintomas intestinais na fase crônica da esquistossomose mansoni, estudamos 102 indivíduos na faixa etária de nove a dezenove anos, dos 144 previamente selecionados entre os moradores autóctones dos distritos de Lagoa Redonda e Menezes, portadores de Schistosoma mansoni. Todos foram submetidos a uma anamnese segmentar com a finalidade de detectar a presença de cinco sintomas intestinais: dor abdominal, diarreia, muco e rajadas de sangue nas fezes e enterorragia. Metade dos pacientes foi medicada com mebendazole e posteriormente com oxamniquine, constituindo-se no grupo caso, enquanto a outra metade, tratada apenas com mebendazole, constituiu-se no grupo controle. Os resultados mostram que a esquistossomose é provavelmente a responsável pelas queixas de muco e/ou rajadas de sangue nas fezes, ocorrendo uma redução dessas queixas, estatisticamente significativa, após a terapêutica específica.*

Palavras-chaves: *Schistosoma mansoni*. Esquistossomose. Fase crônica da esquistossomose. Sintomas intestinais.

As investigações realizadas com o objetivo de determinar os sintomas produzidos pela esquistossomose mansoni, encontraram sempre dificuldades para estabelecer relação de causa e efeito, devido à falta de controle de outros fatores contribuintes, como as associações com outras parasitoses ou condições patológicas.

Sintomatologia bastante diversificada foi descrita por vários autores, porém em trabalhos não controlados adequadamente<sup>1 3 7 8 9 12</sup>. Em 1966 Barbosa<sup>1</sup> em estudos sobre a morbidade da esquistossomose em quatro localidades de Pernambuco, chamou a atenção para a falta de peculiaridade dos sintomas dessa doença. Em 1976, Conceição<sup>3</sup> e Menezes<sup>7</sup>, trabalhando em duas diferentes localidades rurais, não observaram diferenças dos sintomas gastrointestinais entre os pacientes infectados e não infectados, exceto quanto à presença de enterorragia.

O reduzido número de trabalhos visando caracterizar os sintomas clínicos causados por essa parasitose, foi a principal motivação na realização do presente trabalho, que tem por objetivo o estudo da sintomatologia intestinal na fase crônica da esquistossomose mansoni.

### MATERIAL E MÉTODOS

O material para realização do presente trabalho é constituído de parte das populações de Lagoa

Redonda e Menezes, distritos do Município de Sapeaçu-Bahia, localizado na zona fisiográfica do Recôncavo Baiano, distando cerca de 200 Km de Salvador. Nas duas áreas existem coleções hídricas com vegetação aquática onde são encontrados caramujos do gênero *Biomphalaria* – *glabrata* e *straminea*; a população serve-se dessa água para banhos e usos domésticos. A economia da região está fundamentada no cultivo de fumo, mandioca e laranja.

A amostra foi constituída de moradores autóctones dos distritos de Lagoa Redonda e Menezes, portadores de *Schistosoma mansoni*, de ambos os sexos, na faixa etária de nove a dezenove anos, presentes nas duas áreas por ocasião do inquérito. Apesar de se ter planejado incluir todos os indivíduos na faixa etária determinada, isto é, 73 indivíduos do grupo caso e 71 do grupo controle, as dificuldades na localização dos pacientes fizeram com que fossem incluídos todos aqueles que preenchiam os requisitos na área de Menezes, no dia estabelecido para o tratamento, num total de 51 indivíduos, e os primeiros 51 indivíduos encontrados em Lagoa Redonda, distrito em que as habitações são distantes e de difícil acesso.

O diagnóstico das helmintoses foi feito através do exame de fezes qualitativo pelo método da sedimentação espontânea, e a intensidade da infecção pelo *S. mansoni* foi avaliada através de exame de fezes quantitativo pelo método de Kato & Miura, modificado por Katz, Chaves e Pellegrino<sup>4</sup>.

Todos os indivíduos da amostra foram submetidos a uma anamnese e exame físico da região abdominal. A anamnese incluiu a investigação de

Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz (FIOCRUZ).

Endereço para correspondência: Rua Guadalajara, 430/902 – Morro do Gato – 40000 Salvador-BA – Brasil.

Recebido para publicação em 27/8/84.

cinco sintomas intestinais: diarreia, enterorragia, fezes com muco, fezes com rajadas de sangue e dor abdominal.

O conceito aplicado para diarreia foi a eliminação de fezes amolecidas ou fluidas, independentemente do número de dejeções diárias; enterorragia foi definida como perda sangüinea de coloração rutilante, eliminada através do ânus, sem associação com a matéria fecal; dor abdominal era investigada como presente ou ausente, independentemente de suas características.

O exame físico do abdômen foi realizado com o paciente em decúbito dorsal e a palpação do fígado e do baço obedecia a seguinte metodologia: o tamanho dos órgãos medidos em centímetros, desde que ultrapassassem o rebordo costal sem manobras respiratórias. Quando este evento não ocorria, registrava-se que o órgão era impalpável, palpável à inspiração profunda ou palpável ao nível do rebordo costal. Em relação ao fígado as medidas foram feitas no rebordo costal perpendicular à linha médio-clavicular e no apêndice xifóide, visando individualizar os lobos direito e esquerdo. Todos os pacientes foram examinados pelo mesmo investigador (E.L.P) e os sintomas foram exclusivamente obtidos dos pacientes, não sendo valorizados os dados fornecidos por outros membros da família. As formas clínicas foram classificadas de acordo com Pessoa & Barros, modificada por Barbosa<sup>1</sup>.

A população total das áreas em estudo foi constituída por 492 indivíduos, sendo que 209 pertenciam à área de Menezes e 283 à área de Lagoa Redonda.

Todos os pacientes foram medicados com mebendazole na posologia de 200 mg/dia/três dias, com a finalidade de afastar a participação das outras helmintoses no quadro sintomatológico. Todos os indivíduos da área de Menezes, num total de 51 pessoas foram medicadas posteriormente com oxamniquine, constituindo-se no grupo caso e 51 indivíduos de Lagoa Redonda não receberam o esquistossomicida, constituindo-se no grupo controle. A oxamniquine foi prescrita na posologia de 12,5 mg/kg a 15 mg/kg de peso corporal, nos pacientes com faixa etária igual ou superior aos quinze anos e de 15 mg/kg a 20 mg/kg de peso corporal para aqueles com idade compreendida entre nove a quatorze anos. No prazo mínimo de 45 dias pós-tratamento anti-esquistossomótico, colheu-se os sintomas vigentes. Em relação ao grupo controle, o levantamento dos sintomas foi feito no prazo mínimo de três semanas após o uso do mebendazole.

Os resultados foram analisados pelo teste de qui-quadrado em que a hipótese nula foi testada a um nível de significância de 0,01 para (r-1) (s-1) graus de liberdade.

## RESULTADOS

A prevalência das helmintoses nos dois grupos inicialmente selecionados, pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1 – Prevalência das helmintoses em 73 indivíduos do grupo caso e 71 do grupo controle, na faixa etária de nove a dezenove anos, nas áreas de Menezes e Lagoa Redonda.

Helmintoses	Grupo nº	Caso %	Grupo nº	Controle %
<i>S. mansoni</i>	51	(69,9)	53	(74,6)
Ancilostomídeos	36	(49,3)	34	(47,9)
<i>A. lumbricoídes</i>	44	(60,3)	57	(80,3)
<i>T. trichiuris</i>	22	(30,1)	23	(32,4)

Tabela 2 – Distribuição das formas clínicas da esquistossomose entre os 102 indivíduos examinados nas áreas estudadas – Menezes e Lagoa Redonda.

Formas Clínicas	Nº	%
Intestinal	60	58,9
Hepatointestinal	38	37,2
Hepatoesplênica	4	3,9
Total	102	100,0

A frequência das formas clínicas da esquistossomose é mostrada na Tabela 2, onde se observa que apenas quatro indivíduos apresentavam a forma hepatoesplênica da doença, três dos quais pertencentes ao grupo caso. Os sintomas intestinais nos grupos caso e controle são analisados na Tabela 3, antes e depois da terapêutica com o mebendazole. A análise dos resultados constatou em ambos os grupos, diferenças estatisticamente significantes a nível de 0,01 em relação à dor abdominal e diarreia. Os demais sintomas estudados não apresentaram diferenças significantes. A Tabela 4 apresenta os sintomas intestinais entre os dois grupos, 45 dias depois que o grupo caso foi tratado especificamente com oxamniquine. A análise estatística demonstra melhora significativa das manifestações de diarreia, e de presença de muco e sangue nas fezes.

Tabela 3 – Distribuição dos sintomas intestinais nos grupos caso e controle antes e depois da terapêutica com o mebendazole.

Sintomas	Grupo		Caso		Grupo		Controle	
	Antes N <sup>o</sup>	%	Depois N <sup>o</sup>	%	Antes N <sup>o</sup>	%	Depois N <sup>o</sup>	%
Dor abdominal	33	(64,7)	13	(25,5)	31	(60,8)	13	(25,5)
Diarréia	38	(74,5)	25	(49,0)	31	(60,8)	15	(29,4)
Fezes com muco	30	(58,8)	24	(47,0)	30	(58,8)	24	(47,0)
Fezes com sangue	28	(54,9)	24	(47,0)	29	(56,9)	24	(47,0)
Enterorragia	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(1,9)	0	(0,0)

$X^2_1 = 15,838$ ;  $p < 0,01$  (dor abdominal)

$X^2_1 = 7,015$ ;  $p < 0,01$  (diarréia)

Tabela 4 – Distribuição dos sintomas intestinais entre o grupo caso – tratado com oxamniquine – e o grupo controle.

Sintomas	Grupo		Caso		Grupo		Controle	
	N <sup>o</sup>	%						
Dor abdominal	7	(13,7)	13	(25,5)	13	(25,5)	13	(25,5)
Diarréia	7	(13,7)	15	(29,4)	15	(29,4)	15	(29,4)
Fezes com muco	6	(11,8)	24	(47,0)	24	(47,0)	24	(47,0)
Fezes com sangue	7	(13,7)	24	(47,0)	24	(47,0)	24	(47,0)
Enterorragia	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)

$X^2_1 = 14,735$ ;  $p \leq 0,01$  (diarréia)

$X^2_1 = 15,300$ ;  $p < 0,01$  (presença de muco nas fezes)

$X^2_1 = 13,393$ ;  $p < 0,01$  (presença de estrias sangüíneas nas fezes)

## DISCUSSÃO

Os conhecimentos sobre os sintomas intestinais na fase crônica da esquistossomose mansoni são escassos e geralmente extraídos de amostras não isentas de outras condições patológicas que podem interferir no quadro sintomático<sup>1 3 7 8 9 12</sup>.

A metodologia utilizada no presente estudo limitou-se a pesquisar cinco sintomas intestinais, desprezando-se a existência de sintomas digestivos altos tais como pirose, eructações, vômitos, náuseas e empachamento pós-prandial, visto que seria indispensável descartar a participação da estrogiloidíase e outras manifestações localizadas a nível de esôfago e estômago, além da dificuldade na coleta desses sintomas, face ao precário grau das informações obtidas dos pacientes.

A população total das duas áreas estudadas apresenta alta prevalência de helmintos, fato este comum em toda região do Recôncavo Baiano. A prevalência da esquistossomose nos indivíduos da faixa etária determinada, inicialmente selecionados, medida por um único exame de fezes, foi bastante elevada e se equivaliam entre si (Tabela 1).

As áreas estudadas não apresentavam indivíduos intensamente parasitados, uma vez que somente cerca de 25% da população total eliminava mais de 500 ovos por grama de fezes. A quase totalidade dos indivíduos apresentava a forma intestinal ou hepatointestinal da esquistossomose, pois apenas quatro pacientes apresentavam a forma hepatoesplênica da doença – três no grupo caso e um no controle. Estes achados estão de acordo com a conclusão de outros

autores, quando admitem que a gravidade da doença seria função da alta carga parasitária<sup>2 5 10 11 13</sup>.

A prevalência de sintomas intestinais nos grupos caso e controle foram similares antes do tratamento com o mebendazole e a resposta de ambos os grupos ao tratamento das helmintoses intestinais foi a mesma. Assim, dor abdominal e diarreia diminuíram significativamente, permanecendo inalterado os sintomas de muco e sangue nas fezes. Entretanto, quando o grupo caso foi submetido à terapêutica anti-esquistossomótica, houve redução significativa no tocante aos episódios diarreicos e principalmente quanto à presença de muco e sangue nas fezes (Tabelas 3 e 4).

O valor da enterorragia como manifestação causada pelo *S. mansoni*, não pôde ser avaliado por ser de ocorrência praticamente nula. Embora discordantes dos trabalhos de Conceição<sup>3</sup> e Menezes<sup>7</sup>, julgamos que provavelmente os nossos resultados decorram do pequeno número de indivíduos intensamente parasitados.

Os resultados do presente trabalho sugerem que o sintoma dor abdominal decorra provavelmente da participação de outras helmintoses; os episódios diarreicos podem ser atribuídos tanto ao *S. mansoni* como às outras helmintoses; a presença de muco e sangue nas fezes entretanto, é bastante sugestiva do parasitismo pelo *S. mansoni*. Embora amebíase intestinal não tenha sido descartada no presente estudo, a resposta à terapêutica pela oxamniquine sugere que os sintomas dependiam da presença do *S. mansoni*.

#### SUMMARY

*A total of 102 autochthonous patients from the districts of Lagoa Redonda and Menezes (Sapeçu, Bahia), with ages ranging from nine to 19 years, were evaluated for intestinal symptoms related to the chronic phase of schistosomiasis mansoni, with emphasis on the following complaints: abdominal pain, diarrhea, mucus and blood in the stools. One half of the sample (case group) was treated with mebendazole followed by oxamniquine; the other half (control group) received only mebendazole. The results showed that schistosomiasis is probably responsible for the appearance of mucus and/or blood in the stools, since a statistically significant reduction of such manifestations was achieved with specific treatment.*

**Key words:** *Schistosoma mansoni*. Schistosomiasis. Chronic phase of schistosomiasis. Intestinal manifestations.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbosa FS. Morbidade da esquistossomose. Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais: 3-159, 1966.
2. Cheever AW. A quantitative post-mortem study of Schistosomiasis mansoni in man. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 17:38-60, 1968.
3. Conceição MJ. Morbidade da esquistossomose mansônica em uma comunidade rural de Minas Gerais. Tese de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1976.
4. Katz N, Chaves A, Pellegrino J. A simple device for quantitative stool thick-smear technique in schistosomiasis mansoni. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo 14:397-400, 1972.
5. Kloetzel K. Splenomegaly in schistosomiasis mansoni. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 11:472-476, 1972.
6. Lutz A. O *Schistosoma* e a *schistosomatose* segundo observações feitas no Brasil. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz 11:121-150, 1919.
7. Menezes AP. Esquistossomose mansônica no município de Riachuelo, Sergipe. (Estudo clínico, epidemiológico e laboratorial). Tese de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1976.
8. Neves J, Cunha AS. Esquistossomose mansoni. In: Neves J. (ed.) Diagnóstico e tratamento das doenças Infecciosas e Parasitárias. Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro, p. 758-789, 1978.
9. Neves J, Santiago JM, Rattón JLA. Quadro clínico. In: Cunha AS (ed.) Esquistossomose Mansoni. Savier/Editora da Universidade de São Paulo, p. 131-191, 1970.
10. Pessoa SB, Amorim JP. Contribuição para a história natural da esquistossomose mansônica no nordeste brasileiro e sugestões para a sua profilaxia. Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais 9:5-18, 1957.
11. Pessoa SB, Coutinho JO. A esquistossomose mansoni como doença do trabalho. O Hospital 43:429-436, 1953.
12. Prata A. Esquistossomose Mansoni. In: Veronesi R. (ed.) Doenças Infecciosas e Parasitárias. (7ª ed.) Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro, p. 884-904, 1982.
13. Prata A., Bina JC. Development of the hepatosplenic form of schistosomiasis. A study of 20 patients observed during a 5 years period. Gazeta Médica da Bahia: 68: 49-60, 1968.