

FORMA TUMORAL DA ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA ENVOLVENDO O INTESTINO DELGADO. APRESENTAÇÃO DE TRÊS CASOS NA INFÂNCIA

ACHILÉA L. BITTENCOURT, JOSÉ B. R. SAPUCAIA, WASHINGTON L. C. DOS SANTOS

Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Martagão Gesteira (Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil).

RESUMO

São apresentados três casos da forma tumoral da Esquistossomose Mansonica, envolvendo o intestino delgado, e ocorrendo na infância, dois apresentando-se clinicamente como tumoração abdominal e um como obstrução intestinal. Em dois casos a lesão localizava-se no íleo e era intramural. No outro caso, situava-se no jejuno e comprometia apenas a serosa. Constatou-se a forma hepatosplênica da esquistossomose em apenas um caso. Os autores enfatizam a raridade da localização da forma tumoral da esquistossomose no intestino delgado e a importância do diagnóstico diferencial com as neoplasias malignas intra-abdominais, na infância.

SUMMARY

Pseudo-tumoral form of Manson's Schistosomiasis in children involving the small bowel. A report of three cases

Three cases of the pseudo-tumoral form of Manson's schistosomiasis in children and involving the small bowel are reported. Two cases had clinical features of intra-abdominal tumor and the other manifested as intestinal obstruction. In two cases the lesion was intramural and localized in the ileum. In the other, the lesion involved only the serosa of the jejunum. The hepatosplenic form of the disease was associated in one case. The authors emphasize the rarity of the pseudo-tumoral form of schistosomiasis in the small bowel and the importance of the differential diagnosis with intra-abdominal malignant neoplasms in childhood.

INTRODUÇÃO

Vários casos têm sido relatados da forma tumoral da esquistossomose mansonica envolvendo o intestino grosso.¹⁻¹⁰ No entanto, manifestações clínicas decorrentes de envolvimento do intestino delgado, na esquistossomose, têm sido referidas com muita raridade.⁶ Encontramos referência a apenas três casos da forma tumoral e a cinco casos com mani-

festações obstrutivas devido a espessamento difuso da parede intestinal (Tabela 1).

A finalidade deste trabalho é registrar mais três casos da forma tumoral da esquistossomose, envolvendo intestino delgado, todos ocorrendo na infância, dois apresentando-se clinicamente como tumoração intra-abdominal e um com quadro clínico de obstrução intestinal.

TABELA 1 Casos da literatura

Autores	Idade	Manifestações clínicas	Achados cirúrgicos	FHE
1. Armbrust (1961) ¹³	42a	Obstrução intestinal	Zona de espessamento da parede do I. delgado	—
2. Jorge et al (1967) ¹⁴	33a	Obstrução intestinal	Zona de espessamento da parede do íleo terminal	+
3. Elmasri e Boulos (1976) ⁶	...	Obstrução intestinal	Zona de espessamento da parede do íleo terminal	...
4. Elmasri e Boulos (1976)	...	Obstrução intestinal	Zona de espessamento da parede do íleo terminal	...
5. Higgins (1978) ¹⁵	78a	Obstrução intestinal	Zona de espessamento da parede do íleo terminal	...
6. Bicalho (1964) ¹⁶	57a	F. tumoral c/ invaginação	Polipo no intestino delgado	—
7. Bicalho (1978) ³	...	F. tumoral	Tumoração da submucosa do intestino delgado	...
8. Coulanges et al (1978) ¹⁷	08	F. tumoral	Tumoração englobando todo o intestino delgado	...

FHE Forma hepatosplênica da esquistossomose.

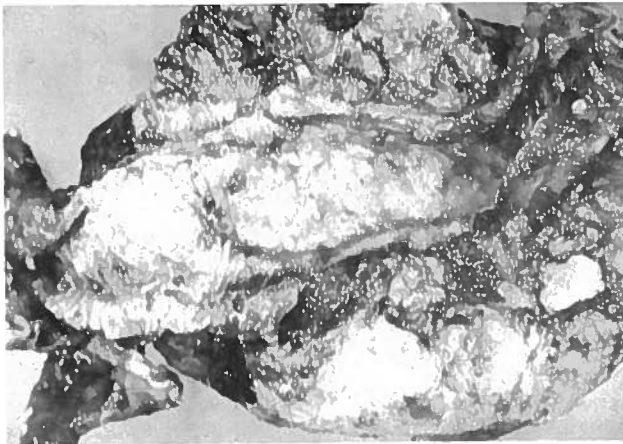


Figura 1: CASO 1 — Tumoração de íleo já seccionada. Superfície de corte de aspecto lobulado. Luz intestinal reduzida.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

CASO 1 — R.C.C.B., 13 anos, sexo masculino, natural de Salvador (Bahia). História de tumoração abdominal há seis meses. Exame físico mostrou paciente com bom estado geral e com tumoração indolor e elástica na região hipogástrica. Não foram observadas outras alterações ao exame físico. Houve suspeita de neoplasia intra-abdominal e o paciente foi submetido à laparotomia exploradora, tendo sido encontrada tumoração envolvendo íleo. **RELATÓRIO ANÁTOMO-PATOLÓGICO-Macroscopia** — Segmento de íleo com 21 cm de extensão mostrando tumoração com $11 \times 7 \times 5$ cm que compromete a parede intestinal numa extensão de 11 cm, firme, esbranquiçada de superfície nodular, que diminui a luz intestinal, sem causar oclusão (Fig. 1). A mucosa intestinal nesta área está íntegra mas com o pregueamento defeito. A lesão é resistente ao corte e exibe superfície lobulada e branco-amarelada. A 3 cm deste tumor, nota-se, aderente à serosa intestinal, tumoração menor, com $2,5 \times 1,5$ cm. Observa-se, ainda, formação pediculada com $1,5 \times 1$ cm presa ao mesentério. **Microscopia** — Toda a parede intestinal, exceção feita à mucosa e muscular mucosa, está substituída por tecido conjuntivo fibroso com numerosos granulomas com ovos calcificados (Fig. 2 e 3). Raros ovos de *Schistosoma mansoni* são viáveis.

CASO II — J.E.S., 10 anos, sexo masculino, natural de Rio Real (Bahia), internado devido a aumento de volume do abdomen. Apresentava estado geral regular e mucosas hipocrômicas. Abdomen globoso. Fígado a 3 cm do rebordo costal direito e a 8 cm abaixo do apêndice xifoide, com bordo fino; baço a 6 cm do rebordo. Presença de circulação colateral. À palpação abdominal, notava-se, também, tumoração de bordos imprecisos, no mesogástrico. Não foram vistas outras alterações ao exame clínico. Leucograma mostrou linfocitose e monocitose. Eritrograma revelou anemia hipocrômica. Exame de fezes mostrou apenas *Trichiuris trichiura*. A pesquisa de sangue oculto nas fezes foi positiva. Proteínas totais — 4,9 g %, albumina 3,6 g %, globulina 1,3 g %, T.G.O. — 50 URF/ml; TGP-48 URF/ml. Houve suspeita de neoplasia intra-abdominal e foi indicada cirurgia que mostrou tumoração à qual estavam aderentes ansas jejunais formando uma massa que aderiu ao peritônio e fígado. Constatou-se, também, que a superfície hepática era nodular. Procedeu-se à ressecção da tumoração com o segmento de jejuno aderente à mesma e à biópsia hepática.

RELATÓRIO ANÁTOMO PATOLÓGICO - Macroscopia — Segmento de jejuno que mostra na serosa, a 9 cm de uma das margens de ressecção, tumoração de consistência firme com $7 \times 5 \times 4$ cm a cuja superfície estão aderentes ansas jejunais. Dissecando-se a peça observa-se que o intestino tem 68 cm de extensão. A tumoração mostra, aos cortes, tecido esbranquiçado e lobulado. Na vizinhança do tumor, a serosa intestinal mostra-se espessada e de aspecto granuloso. Anexo, recebeu-se segmento de tecido hepático, de superfície nodular. **Microscopia** — Secções do tumor mostram extensa fibrose onde se vêem focos de infiltrado inflamatório crônico e raras reacções granulomatosas centradas por ovos de *S. mansoni*. Este tecido substitui também a serosa do intestino (Fig. 4). Na submucosa vê-se um verme adulto em degeneração tendo, em torno, extensa necrose. Tanto nas demais camadas do intestino da zona lesada, como em outras áreas, vêem-se, esparsamente, ovos de *S. mansoni* envolvidos por reacções granulomatosas. Secções de fígado exibem quadro de fibrose de Symmers.

CASO III — M.C.O., 14 anos, sexo feminino, natural de Salvador (Bahia), foi internada com história de 15 dias de dor abdominal, vômitos e diarreia. Ao exame físico constatou-se estado geral regular, com anemia e abdomen globoso e indolor à palpação. Ausência de hepatoesplenomegalia. Hemograma revelou anemia hipocrômica e moderada leucocitose com neutrofilia e eosinofilia. A reacção de Widal foi negativa. Evoluiu com obstipação intestinal, acentuação da distensão abdominal e vômitos. Foi feito diagnóstico de obstrução intestinal e realizada laparotomia exploradora. À cirurgia, constatou-se tumoração no íleo terminal, a 20 cm da válvula íleo-cecal, com total obstrução da luz e com dilatação do íleo, a montante. Foi feita ressecção da tumoração. Não foram vistas outras alterações à inspecção da cavidade abdominal. **RELATÓRIO ANÁTOMO-PATOLÓGICO - Macroscopia** — Segmento de intestino delgado com 19 cm de extensão apresentando a 5 cm da margem de ressecção proximal tumoração firme com 5×4 cm, encapsulada e leitosa que envolve toda a circunferência intestinal numa extensão de 5 cm, obstruindo totalmente o lumen (Fig. 5). A superfície de corte da lesão exibe tecido firme, fibroso e leitoso com áreas amareladas. Há acentuada dilatação do segmento intestinal proximal que tem 5 cm de diâmetro e que exibe serosa finamente granulosa. O segmento intestinal distal tem apenas 2 cm de diâmetro. **Microscopia**



Figura 2: CASO 1 — Sub-mucosa e muscular do íleo extensamente substituídas por granulomas esquistossomóticos. (HE x 10).

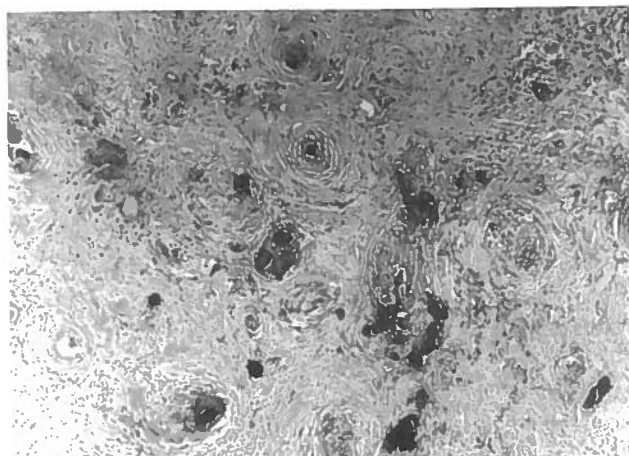


Figura 3: CASO 1 — Maior aumento da figura anterior mostrando ovos calcificados de *S. mansoni*. (HE×20).

— Secções da lesão mostram densa fibrose, focos de infiltrado inflamatório crónico e raros granulomas com ovos de *S. mansoni*. A fibrose substitue a serosa, muscular e submucosa e causa acentuada atrofia na mucosa. Secções dos segmentos proximal e distal do intestino mostram numerosos granulomas com ovos de *S. mansoni*.

COMENTÁRIOS

Segundo Raso e Coelho¹¹ as formas tumorais da esquistossomose intestinal podem ser classificadas em:

1. *intraluminais* (poliposas), quando há envolvimento localizado da submucosa. 2. *intramurais*, com acentuado espessamento segmentar da parede, levando a estenose do intestino. 3. *subserosas*, que crescem para fora do intestino e podem atingir grandes proporções.

Em dois dos casos apresentados, havia tumoração palpável, com suspeita clínica de neoplasia intra-abdominal. No primeiro caso, a lesão apesar de ser intra-mural deixava a luz intestinal parcialmente livre. Neste mesmo caso, encontrou-se lesão localizada exclusivamente na serosa. No caso II

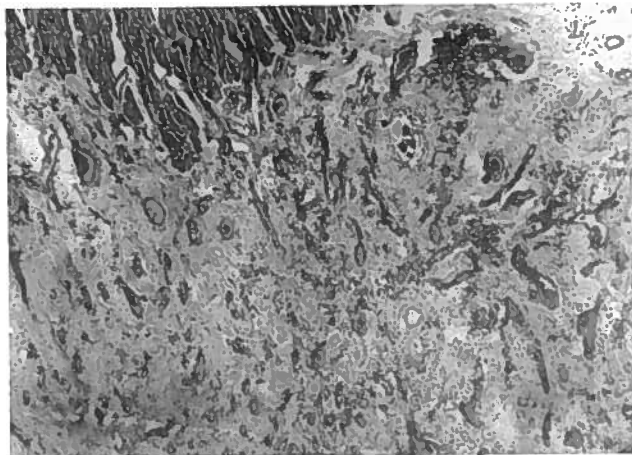


Figura 4: CASO 2 — Serosa do jejunum acentuadamente espessada à custa de fibrose. (HE×20).

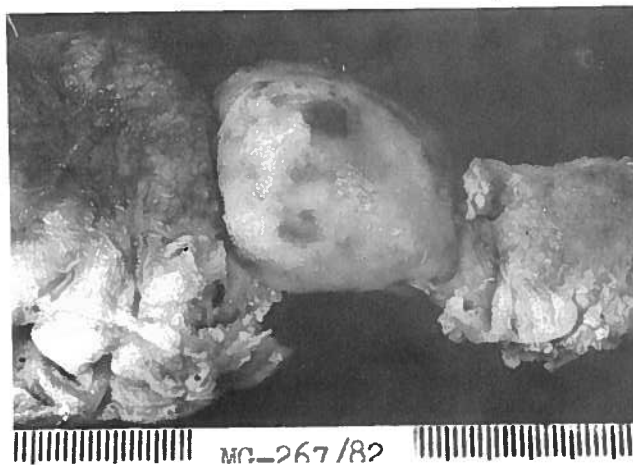


Figura 5: CASO 3 — Lesão tumoral que envolvia toda a circunferência do intestino e obstruía a luz.

a lesão comprometia apenas a serosa. No terceiro paciente, que teve manifestação clínica de obstrução intestinal, à cirurgia constatou-se tumoração intra-mural que causava total oclusão da luz intestinal.

Do ponto de vista histológico, nos casos II e III a lesão era constituída quase exclusivamente por neoformação conjuntiva hiperplástica, sendo raro o achado de ovos, os quais estavam ausentes em muitos cortes. Em tais casos, o diagnóstico de esquistossomose pode passar despercebido ao patologista que desconhece esta variante histológica da esquistossomose pseudo-tumoral.

Habitualmente, na esquistossomose mansônica, a oviposição ocorre ao nível do cólon descendente, sigmóide e recto e, por isso, as lesões tumorais da esquistossomose localizam-se principalmente nessas áreas. Sabe-se, contudo, que em pacientes com a forma hepatosplênica da doença os vermes podem deslocar-se para o intestino delgado.¹² No entanto, em dois casos de forma tumoral da esquistossomose da literatura e em dois dos nossos pacientes, não se observou a forma hepatosplênica da esquistossomose, o que mostra não ser necessária a hipertensão portal para o desenvolvimento da forma tumoral da esquistossomose, no intestino delgado.

Achamos que em zonas endémicas a forma tumoral da esquistossomose do intestino delgado deve ser considerada no diagnóstico diferencial clínico e cirúrgico com as neoplasias malignas intra-abdominais, da infância. Um diagnóstico correcto intra-operatório, com exame de congelação, conduz a um tratamento cirúrgico mais económico, evitando ressecções amplas e desnecessárias.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDRADE, Z.A.; RODRIGUES, G.: Manifestações pseudo-neoplásicas da esquistossomose intestinal. *Arq. Bras. Med.* 1954; 44: 437.
2. BANDEIRA, V.E.; CARVALHO, A.R.L.: Ocorrência de Pseudo-neoplasias de etiologia esquistossomótica, *III Reunião Biental da Soc. Brasil. de Patologistas*, Recife; Julho de 1960.
3. BICALHO, S.A.: A forma tumoral da esquistossomose mansoni. *Rev. Ass. Med. Brasil.* 1978; 24: 31.
4. CARREÑO, M.P.; DIEZ, A.: Las Neoformações Bilharzianas do Intestino grosso. *G. E. N.* 1955; 10: 603.

5. CELLI, B.B.: Lesiones anatomopatológicas de la Bilharziosis en colon y recto. *G. E. N.* 1955; 10: 519.
6. ELMASRI, S.H.; BOULOS, P.B.: Bilharzial granuloma of the gastro-intestinal tract. *Br. J. Surg.* 1976; 63: 887.
7. FERREIRA, L.C.: Colopatia Esquistossomótica Pseudo-Carcinomatosa. Apresentação de 2 casos. *Arq. Oncol.* 1961; 4: 165.
8. LEHMAN, J.S.; FARID, Z.; BASSILY, S.; KENT, D.C.: Colonic calcification and polyposis in Schistosomiasis, *Radiology.* 1971; 98: 379.
9. SOBRINHO, J.; KELSCH, F.O.: Aspectos tumorais da esquistossomose do colon. *Rev. Bras. Radiol.* 1959; 2: 1.
10. ZEITUNE, J.M.R.: Forma pseudoneoplásica da esquistossomose mansoni. Apresentação de um caso autóctone do Norte do Paraná. *Anais do X Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Curitiba, Brasil, 1974.
11. RASO, H.M.P.; COELHO, R.B.: Cap. 18 Em *Patologia Bologliolo*, L. Ed. 2.^a Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1976.
12. CHEEVER, A.W.: A quantitative postmortem study of schistosomiasis in man. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 1968; 17: 38.
13. ARMBRUST, A.F.; ROSENBERG, D.; PRÓSPERO, J.D.; KLINGER, N.: Granuloma esquistossomótico do intestino delgado. *An. Paul. Med. Cir.* 1961; 82: 195.
14. JORGE, P.A.R.; CARVALHAL, S.S.; MODESTO, N.; ATRA, E.: Obstrução intestinal por granuloma esquistossomótico. *Rev. Ass. Med. Brasil.* 1967; 13: 167.
15. HIGGINS, D.: Estenose esquistossomótica do intestino delgado. (A propósito de um caso). *G. E. N.* 1978; 32: 287.
16. BICALHO, S.A.; SOUZA, R.P.: Polipo esquistossomótico do intestino delgado, *Hospital.* 1964; 66: 425.
17. COULANGES, P.; ANDRIAMIADANA, P.R.; RAKOTONIRINA-RANDRIAMBELOMA, P.J.; ANDRIAMIANDEI, A.: Manifestations pseudo tumorales de la bilharziose a *Schistosoma mansoni* observées a Madagascar. A propos de 93 observations, *Bull. Soc. Path. Exot.* 1978; 71: 279.

Pedido de separatas: Achiléa Bittencourt
Serviço de Anatomia Patológica
Hospital Martagão Gesteira
Rua José Duarte, 114 Tororó
40.000 Salvador - Bahia
Brasil