

LOMBALGIA DEVIDO A CISTICERCO EM REGIÃO PARAVERTEBRAL: RELATO DE CASO

LOW BACK PAIN DUE TO CYSTICERCOSIS IN PARASPINAL REGION: CASE REPORT

ANTONIO MOREIRA DE MATOS, ARIANE DE SOUZA CORDEIRO, LORRAINE BRANQUINHO FERREIRA, FREDERICO BARRA DE MORAES, PAULO CÉSAR ALVES BORGES FILHO, MARCELO LEMES CRUZ

RESUMO

Na cisticercose humana ele passa a ser o hospedeiro intermediário no ciclo de vida da Taenia solium, onde as oncosferas deixam o intestino para se instalar e liberar o escólex em outras regiões do corpo. A lombalgia devido a cisticercose em região paravertebral é uma condição rara. Relatamos um caso onde o escólex de Taenia solium encontrado no tecido da região paravertebral lombar causando dor.

DESCRITORES: LOMBALGIA. ESCÓLEX DE TAENIA SOLIUM. CISTICERCOSE.

ABSTRACT

Human cysticercosis is a disease where he becomes the intermediate host in the life cycle of Taenia solium, and the oncospheres leave the gut to settle and release the scolex in other parts of the body. Low back pain due to cysticercosis in paraspinal region is a rare condition. We report a case where the scolex of Taenia solium was found in the lumbar paraspinal region tissue causing pain.

KEYWORDS: LOW BACK PAIN. TAENIA SOLIUM SCOLEX. CYSTICERCOSIS.

INTRODUÇÃO

Várias espécies de tênias causam problemas a saúde humana e são responsáveis por perdas econômicas. Na família Taeniidae, a Taenia solium tem o homem como hospedeiro definitivo e obrigatório. A teníase e a cisticercose são duas entidades mórbidas distintas, causadas pela mesma espécie, porém em fase de vida diferentes.

Os cestodas adultos, em geral, pouco dano causam ao hospedeiro definitivo, porém as larvas e que comumente são responsáveis por grandes danos, a depender da localização, número e tamanho das formas. As formas larvárias desenvolvem lesões não só nos hospedeiros intermediários como também nos acidentais (homem).

Um hospedeiro intermediário próprio ingere os ovos que no estômago os embrióforos (casca de ovos) sofrem a ação da pepsina. Já no intestino, as oncosferas sofrem a ação dos sais biliares os ativam e os liberam-se do embrióforo. Após movimentam-se no sentido da vilosidade, onde penetram.

Finalmente estes cisticercos espalham através da parede intestinal e são transportadas pela corrente sanguínea para os

músculos, cérebro e tecidos subcutâneos^{1,2}, nestes locais os cisticercos o que conduz as manifestações clínicas.

A importância do complexo tenias e cisticercose para a saúde pública resultam de que o homem, além de hospedeiro definitivo da tênia, pode se tornar hospedeiro intermediário e abrigar a fase larval. É o que se denomina de cisticercose humana³. Cisticercose humana é altamente prevalente no continente Africano, leste Europeu, México e Ásia^{4,5}.

Lombalgia é uma situação extremamente frequente no mundo todo, com prevalência de 70% em indivíduos acima de 50 anos. As principais causas de lombalgia são as doenças degenerativas como as discopatias e osteoartrites. O objetivo desse trabalho é relatar um caso raro de infecção paravertebral pelo cisticerco causando lombalgia, descrevendo seu diagnóstico e tratamento.

RELATO DE CASO

Paciente de 54 anos do sexo feminino, professora, procedente de Trindade, Goiás. Queixa-se de lombalgia crônica há mais ou menos três meses, sem ter sofrido trauma. Relata ter

passado os últimos dois anos no Tibete, como voluntária ensinando crianças e fazendo serviço social, além disso, refere ter se alimentado de carnes mal preparadas durante esse período.

No exame físico a paciente apresenta boa amplitude de movimento da coluna lombar, sem sinais flogísticos, sem déficit neurológico, Lasègue negativo, no entanto apresenta pequena nodulação de mais ou menos três centímetros em região subcutânea paravertebral, de aspecto borrachoso, dolorido à palpação, não aderido a planos profundos, localizada no nível da transição lombossacra.

Foi solicitada ressonância magnética da coluna lombar, que evidenciou pequeno nódulo, de mais ou menos três centímetros de diâmetro localizado em partes moles paravertebrais, sugerindo um lipoma no laudo radiológico. Corte sagital da coluna lombar evidenciando um tumor com hipossinal em T2. Com contraste e supressão de gordura evidenciando um hipersinal ao redor do nódulo indicando um processo inflamatório (figura 1 e 2). Paciente apresentava ainda discopatias degenerativas de L5S1, L4L5, L3L4 com protusão discal, mas sem hérnia de disco.

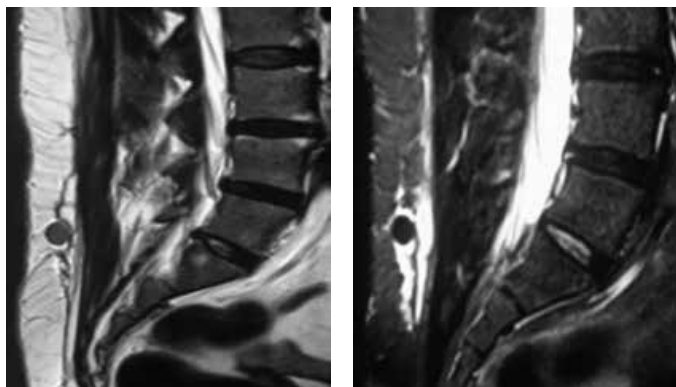


Figura 1- Ressonância Magnética Lombar em T2, corte sagital, evidencia nódulo de mais ou menos três centímetros, mostrando hipossinal (A); com contraste e supressão de gordura, evidenciando hipersinal ao redor do nódulo indicando um processo inflamatório (B).

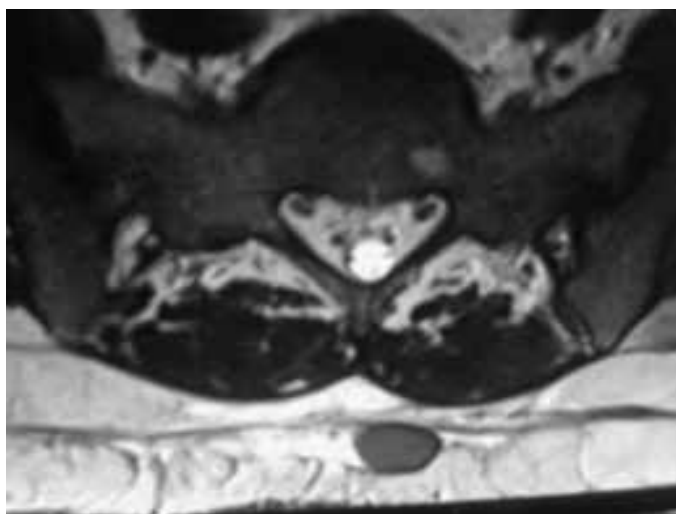


Figura 2- Ressonância Magnética Lombar em T2, corte axial, evidencia nódulo de mais ou menos três centímetros, mostrando hipossinal.

Foi realizada ressecção da nodulação da região subcutânea paravertebral lombar, devido ao seu processo inflamatório. No ato cirúrgico foi observado uma vesícula cheia de líquido ao invés de um lipoma, que foi retirada e enviada para análise patológica. O exame anatomopatológico evidenciou tratar-se de um escólex de *Taenia solium*. Paciente foi então submetida à avaliação craniana e medular através de exames de imagem tomográfica, com evidência de neurocisticercose calcificada no encéfalo (figura 3). Encaminhada ao tratamento com anti-parasitária pelo infectologista, utilizando albendazol. Paciente não mais se queixou de dor lombar.

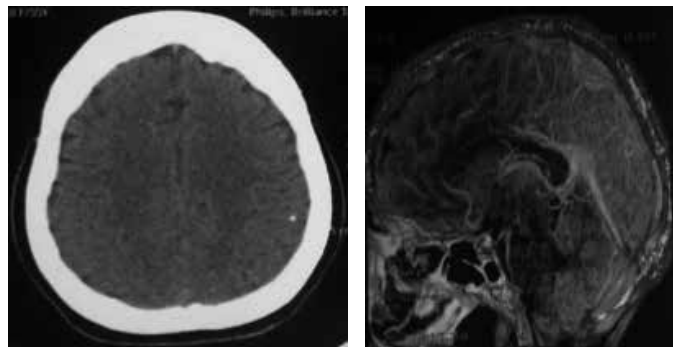


Figura 3 – Tomografia do crânio em corte axial, evidenciando calcificação do encéfalo (A), e corte sagital tridimensional com contraste (B).

DISCUSSÃO

De acordo com relatos da paciente, a mesma passou um período como voluntária no Tibete, uma região de grande prevalência de cisticercose humana^{4,5}, onde provavelmente adquiriu a doença. A cisticercose intramuscular solitária, sem o envolvimento do sistema nervoso central é uma entidade rara, e o envolvimento muscular geralmente permanece assintomático⁵. Como foi percebido no caso relatado a paciente apresentou lombalgia na região paravertebral, além disso, houve envolvimento do sistema nervoso central, com a calcificação no encéfalo sem clínica.

Embora a cisticercose intramuscular se manifestar geralmente assintomática, a detecção dessas lesões pode levar a um diagnóstico precoce e evitar danos irreversíveis⁵. O diagnóstico de cisticercose é feito através de biópsia cirúrgica e por exclusão de outras doenças. O diagnóstico diferencial da cisticercose muscular inclui lipomas, cistos epidermóides, tumores de células granulares, neuroma, neurofibromas, pseudoganglioma, sarcoma, mixoma, piomiosite ou linfadenite⁵. Perante o exame físico e de imagem acreditava-se que o tumor se tratava de um lipoma, no entanto, durante a ressecção cirúrgica e realização do exame anatomo-patológico diagnosticado escólex de *Taenia solium*.

A ressonância magnética pode detectar um cisto ativo, onde as lesões da cisticercose são de hipersinal, com bordas bem de-

finidas e um nódulo excêntrico com hipossinal dentro do cisto representando o escólex⁶⁻⁸. No tipo intra-muscular da cisticercose, existem três diferentes manifestações clínicas descritas: 1) miálgica; 2) pseudo-tumoral, nodular ou pseudo-abscesso; 3) e um tipo raro denominado pseudohipertrófica⁸⁻¹⁰.

O tratamento mais indicado para cisticercose é a ressecção cirúrgica, sempre que possível, do escólex de tênia e a utilização de medicamentos da classe dos antiparasitários, sendo os mais comumente utilizados o albendazol e o praziquantel⁶.

BIBLIOGRAFIA

1. REY, L. As bases da parasitologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. pp. 349.
2. Baily GG. Cysticercosis. In: Cook GC, Zumla A, editor. Manson's Tropical Disease. 21. London: Saunders; 2003. pp. 1584–95.
3. REY, L. Parasitologia - parasitos e doenças parasitárias do homem nas Américas e África. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. pp. 731.
4. Bothale KA, Mahore SD, Maimoon SA. A rare case of disseminated cysticercosis. *Trop Parasitol*. 2012; 2(2): 138–41.
5. Ramraje S, Bhatia V, Goel A. Solitary intramuscular cysticercosis - A report of two cases. *Australas Med J*. 2011; 4(1): 58–60.
6. Bhalla A, Sood A, Sachdev A, Varma V. Disseminated cysticercosis: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep*. 2008; 2: 137.
7. Banu A, Veena N. A rare case of disseminated cysticercosis: Case report and review of literature. *Indian J Med Microbiol*. 2011; 29(2): 180–3.
8. Asrani A, Morani A. Primary sonographic diagnosis of disseminated muscular cysticercosis. *J Ultrasound Med*. 2004; 23(9): 1245–8.
9. Bandyopadhyay D, Sen S. Disseminated cysticercosis with huge muscle hypertrophy. *Indian J Dermatol*. 2009; 54(1): 49–51.
10. Singal R, Mittal A, Gupta S, Gupta R, Sahu P, Gupta A. Intramuscular cysticercosis diagnosed on ultrasonography in thigh: A rare case report. *N Am J Med Sci*. 2010; 2(3): 162–4.