

COLECISTITE CRÔNICA ESQUISTOSSOMÓTICA

Considerações sobre um caso

Osório Miguel PARRA (1), Zulmira Almeida LOPES (2) e William Abrão SAAD (3)

RESUMO

Os Autores apresentam um caso de colecistite crônica esquistossomótica sintomática e revêem a literatura nacional. Discutem a patologia e descrevem suas características radiológicas. Analisam ainda as possíveis vias de acesso dos ovos do *Schistosoma mansoni* à parede vesicular.

INTRODUÇÃO

A esquistossomose mansônica classicamente acomete o tubo digestivo terminal, fígado e, menos comumente, os pulmões. Todavia, na literatura acham-se relatos sobre localizações insólitas dos ovos do *Schistosoma mansoni*, principalmente genitais femininos¹⁶, masculinos^{5, 23}, bexiga¹¹, rim^{2, 12}, cérebro¹⁰, tiróide², miocárdio^{2, 13, 18}, adrenais² e outros órgãos. A localização na vesícula biliar^{1, 2, 4, 17, 19}, também é rara, sobretudo na literatura nacional, onde encontramos referência a apenas 10 casos publicados, sendo 4 de achado necroscópico, sem sintomas específicos, 3 achados em laparotomia por outros motivos e 3 com sintomas atribuíveis a patologia biliar. Pela raridade do evento, a vivência recente de um caso de colecistite crônica esquistossomótica sintomática merece ser apresentado e discutido.

DESCRIÇÃO DO CASO

M.C.L., 27 anos, branca, empregada doméstica, procedente da Bahia. RG. hospitalar 49133. A paciente entrou no Pronto Socorro do H.M.T. com quadro de hemorragia digestiva alta. Recuperada do choque hemor-

rágico, foi transferida para a enfermaria onde, após exploração clínica e laboratorial, diagnosticaram-se varizes esofágicas por hipertensão portal esquistossomótica. Levada à cirurgia em 25-07-74, verificou-se um baço aumentado aproximadamente quatro vezes e fígado também aumentado, nodular. A vesícula foi considerada patológica por apresentar a parede espessada, branca nacarada e opaca. Sem cálculos. Foi simplesmente esplenectomizada por se haver prolongado muito uma tentativa de anastomose esplenorenal. Recebeu alta com discreta dor no hipocôndrio direito. Como a dor tivesse aumentado, foi reinternada em 02-09-74. Sua história clínica apontava nitidamente para uma patologia vesicular. O colestograma oral mostrou a vesícula bem opacificada, piriforme, pequena, porém sem poder de contração (Fig. 1).

Retirados o leite e as gorduras da dieta, desapareceu a sintomatologia dolorosa e a paciente recebeu alta. Duas semanas após, notou icterícia conjuntival, urina escura e acolia fecal, sem dor. Novamente internada, apresentava bilirrubina total de 6,4 mg% com 4,5 mg% de direta e 1,9 mg% de indireta,

Trabalho da Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal do Tatuapé (HMT), São Paulo, Brasil

- (1) Assistente da Clínica Cirúrgica do HMT e Assistente da Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Itajubá
- (2) Médica Encarregada do Serviço de Anatomia Patológica do HMT
- (3) Chefe da Clínica Cirúrgica do HMT e Assistente Doutor da 2ª Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Brasil

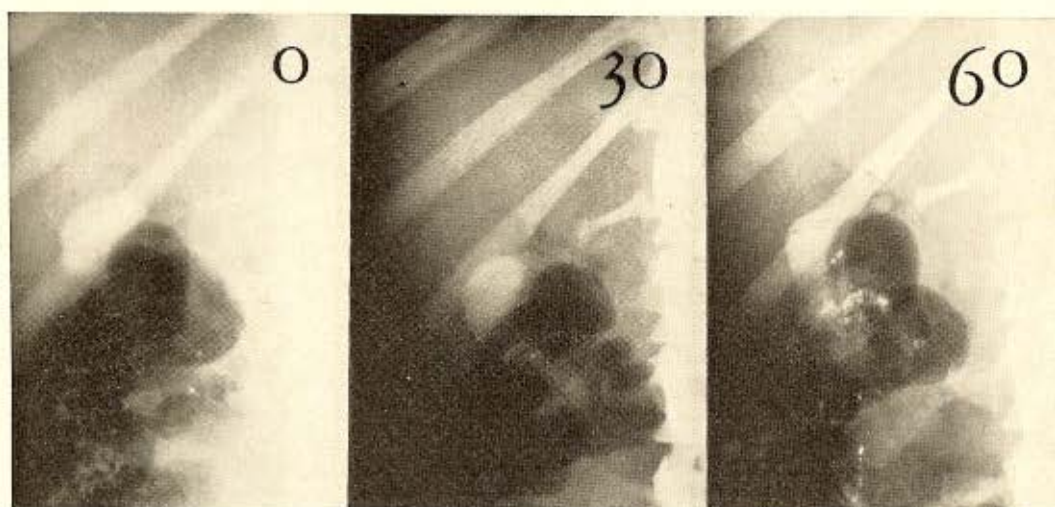


Fig. 1 — Colecistograma. Vesícula pequena e sem poder de contração aos 30 e 60 minutos, após prova de Boyden.

fosfatase alcalina de 14,8 U.B. (normal 2-4), TGO 15 U e TGP 10 U.

Caracterizada uma icterícia obstrutiva, foi reoperada em 14-10-74. A vesícula apresentava o mesmo aspecto branco-opaco, nacarada, parede espessada e murcha. Tamanho dentro dos limites normais. Durante sua exérese, verificou-se a presença de grossa veia cística com aproximadamente 3 mm de diâmetro. Havia intenso processo inflamatório no leito vesicular e em volta do cístico, que não foi identificado por provável oclusão inflamatória. Na possibilidade de uma fistula, drenou-se a cavidade com dreno de Penrose. Não se procedeu à exploração da via biliar por não se visualizar o colédoco, havendo, em sua posição, grandes colaterais varicosas. Aberta a vesícula, verificou-se ausência de cálculos e pequena quantidade de bile concentrada, verde-escura.

Evolução

A icterícia regrediu clinicamente a partir do 3.º dia de pós-operatório. Pelo dreno não saiu bile. Duas semanas depois a bilirrubina estava em 1,2 mg%, com fosfatase alcalina ainda elevada. Posteriormente perdemo-la para seguimento.

Anatomia patológica

Ao exame macroscópico a vesícula biliar media 8,5 x 3 cm nos maiores diâmetros, longitudinal e transversal. A superfície externa em correspondência à face hepática, era esbranquiçada, rugosa, com restos de aderências; a parede media a este nível, 0,7 cm de espessura. Nas demais porções era revestida por serosa lisa, brilhante, de cor róseo-acinzentada. A mucosa, de cor amarelo-esverdeada, exibia aspecto finamente trabeculado.

Para o estudo microscópico foram realizados cortes, em vários níveis compreendendo toda a circunferência do órgão.

Os cortes histológicos correspondentes à face hepática, demonstraram intensa reação inflamatória crônica granulomatosa a ovos de *Schistosoma mansoni*, comprometendo todas as camadas, mas principalmente a muscular e a perimuscular (Fig. 2). O epitélio do revestimento da mucosa estava preservado; lâmina própria exibia moderada exsudação eosinofílica, discreto infiltrado linfomonoplasmocitário, ectasias capilares e raros pseudotubérculos circunscrevendo ovos de *S. mansoni*, com aspectos degenerativos variados. As camadas muscular e perimuscular apresentavam estas mesmas alterações, em maior intensidade, evidenciando-se grande número de pseudotubérculos, contendo ovos de *S. mansoni*.



Fig. 2 — Aspectos microscópicos da face hepática, demonstrando espessamento fibroso, reação inflamatória crônica, com presença de pseudo-tubérculos esquistossomóticos. H.E., 20 X

soni, com miracídio com alterações degenerativas em grau variado, ou representados por fragmentos do envoltório quitinoso, por vezes parcialmente calcificados. O componente celular inflamatório era predominantemente eosinofílico, sendo os granulomas de localização perivascular e intravascular. Em algumas vênulas foram encontrados ovos com miracídio, sem qualquer reação inflamatória (Fig. 3). Chamava ainda a atenção a presença de grande número de ramos venosos intensamente dilatados, com paredes delgadas, sem evidência de vermes ou ovos de *S. mansoni* na luz. Em áreas focais verificava-se a presença de células gigantes de tipo corpo estranho circunscrevendo ou englobando fragmentos de envoltório de ovos. Havia moderada fibrose intersticial na camada muscular; a perimuscular exibia intenso espessamento fibroso, com grande número de vasos neoformados.

Os cortes histológicos correspondentes à face livre, demonstraram reação inflamatória crônica não específica, representada por discreto a moderado infiltrado linfomonoplasmocitário, exsudação eosinofílica e discreta fibrose intersticial ao nível da muscular e subserosa (Fig. 4). A pesquisa de ovos de *S. mansoni* nestes fragmentos resultou negativa.

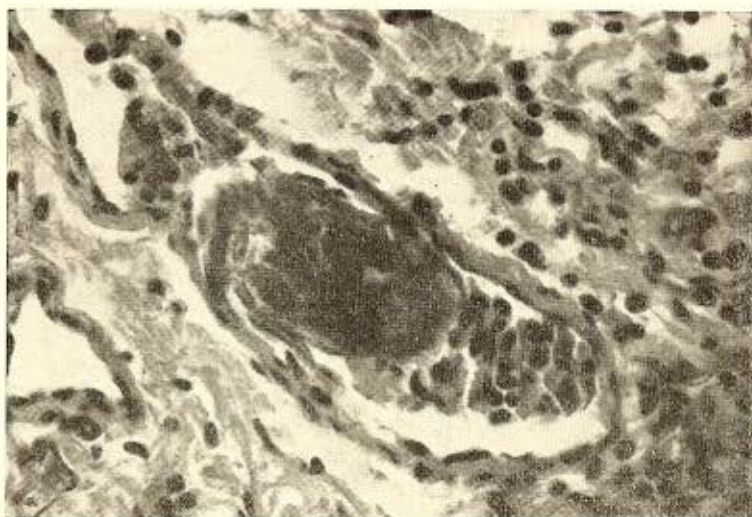


Fig. 3 — Vênula dilatada, da camada perimuscular exibindo em sua luz o ovo de *Schistosoma mansoni* com miracídio. H.E., 345 X



Fig. 4 — Aspectos microscópicos da face livre, demonstrando discreta reação inflamatória crônica não específica e vênulas dilatadas. H.E., 20 X

COMENTÁRIOS

O primeiro relato da localização vesicular de ovos de *Schistosoma mansoni* talvez se deva a BRANDÃO FILHO³, em 1922. Tratava-se de mulher com "tumor" no quadrante superior direito do abdôme, do qual não foi possível, durante a operação, reconhecer a natureza, nem deduzir se se localizava no fígado ou na vesícula biliar. Sua etiologia bilharziana foi determinada pelo exame microscópico de um fragmento tumoral retirado durante a intervenção, do qual o próprio Autor não conseguiu relatório, desconhecendo-se, pois, o órgão de origem.

Na literatura nacional, SARMENTO & GLASNER¹⁹, em 1943, relatam o caso de mulher com 26 anos e sem sintomatologia biliar, em quem, durante a correção cirúrgica de uma diástase de retos abdominais, verificaram a existência de uma vesícula hidrópica de parede fina com granulomas esquistossomóticos ao exame microscópico. ARMBRUST², em 1949, apresentava dois casos, achados de autópsia, sem sintomatologia específica de vias biliares, onde salienta a espessura da parede vesicular, 8 e 12 mm, principalmente à custa da subserosa. RODRIGUES DA SILVA¹⁷, também, em 1949, apresenta o caso de indivíduo

de 19 anos com antecedentes epidemiológicos de esquistossomose e clínica de patologia biliar. No colecistograma, cálculo radiopaco. Feita a colecistectomia, a vesícula biliar apresentava volume, coloração e consistência normais, com cálculo muriforme no seu interior. No anátomo-patológico havia numerosos granulomas contendo ovos de *Schistosoma mansoni* na espessura da parede e mesmo na luz das glândulas da vesícula, em vias de eliminação para a cavidade do órgão. Em 1959, CHAVES⁴ relata um caso achado em autópsia sem sintomas atribuíveis à via biliar. A vesícula apresentava-se com capacidade volumétrica diminuída à custa de severo espessamento fibroso de sua parede (2 cm). Em seu interior coletavam-se 2,5 ml de líquido verde escuro, bastante denso, sem cálculos. O estudo microscópico evidenciou grande número de ovos de *S. mansoni* principalmente na subserosa e serosa, muitos no interior de vênulas. Ainda em lúmens venosos dilatados, encontrou vermes adultos acasalados. O Autor faz ainda revisão de 532 vesículas examinadas no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital das Clínicas de Salvador-Bahia, tendo encontrado 4 casos (0,8%) com lesões esquistossomóticas. Só dois apresentavam sin-

tomatologia biliar, nenhum com cálculos, mas com espessamento da parede variando de 3 a 20 mm, principalmente por contribuição da serosa e subserosa. BRAGA e SILVA & ALMEIDA², em 1966, a propósito da localização em tiróide dos ovos do *S. mansoni*, descrevem também, em um de seus casos autopsiados, o acometimento vesicular, sem que o paciente relatasse sintomas atribuíveis a colecistopatia. NOBREGA & ALMEIDA¹⁵ apresentam um caso com sintomatologia típica de colecistite e recuperação de um ovo de *S. mansoni* na bile, o que classificam de colecistite esquistossomótica, porém sem confirmação histopatológica, quer cirúrgica, quer em autopsia.

A dúvida sobre a possibilidade da colecistite esquistossomótica poder se manifestar como entidade clínica, não constituindo apenas uma localização fortuíta dos ovos do helminto^{4, 22}, parece dissipar-se com o presente caso, pela riqueza sintomatológica onde se encontram dois grandes sintomas da patologia biliar: dor e icterícia obstrutiva. Na ausência de cálculos, nos pareceu, durante o ato cirúrgico, ser a icterícia devida a uma papilite, reflexo da inflamação vesicular²¹. Este fato, aliado ao grande risco de dissecação do colédoco pelas varizes que o envolviam, e na ausência de um cístico para cateterizar, nos fizeram empreender somente a colecistectomia sem exploração da via biliar. De fato, a partir do 3.º dia de pós-operatório, a icterícia regrediu clinicamente e na segunda semana as bilirrubinas tendiam à normalidade. É interessante ainda assinalar o fato do cístico estar obstruído, com a vesícula murcha e a bile extremamente concentrada, traduzindo processo de reabsorção ativa com possibilidade de evolução para vesícula hidrópica, aspecto encontrado por SARMENTO & GLASNER¹⁹.

Não existem elementos para afirmar ou infirmar que a esquistossomose vesicular pre-disponha à colelitíase¹. Contrariamente à maioria das colecistites litiásicas, onde a agressão caminha de dentro para fora, na esquistossomótica o comprometimento maior é nas camadas externas, sendo na maioria das vezes poupada a mucosa. A contraprova de tal fato é a manutenção da capacidade absorptiva e provavelmente do equilíbrio micelar da

bile, enquanto a função motora se deteriora. Tais fatos podem contribuir para que a colelitíase não seja um evento proeminente nas vesículas esquistossomóticas. Todavia, a presença de ovos na bile^{15, 20}, inclusive sua eliminação da parede para a luz do órgão¹⁷ são fatos que, associados a alterações maiores da parede vesicular, poderão eventualmente levar à formação de concreções. GAUTRELET⁶ encontrou ovos de bilhárzia servindo de núcleo a cálculos biliares.

A etiologia da colecistopatia geralmente só é estabelecida pelo patologista. Porém a análise acurada do colecistograma mostra algumas características que podem levantar suspeitas, em presença de antecedente epidemiológicos ou patológicos em outros setores do organismo. A imagem radiológica será piriforme e pequena, dependendo da espessura da parede. Sua capacidade contrátil será tanto menor quanto maior o comprometimento parietal. Porém suas funções de absorção e concentração estarão conservadas, pois, conforme vimos, a mucosa é geralmente poupada. É claro que a obstrução cística ou o caráter hidrópico se traduzirão por colecistograma negativo.

Várias têm sido as teorias propostas para explicar as vias de chegada dos ovos à parede da vesícula. O acometimento pulmonar inclui, além da hipertensão, fístulas arteriovenosas através das quais ovos, e mesmo vermes adultos, podem atingir a circulação sistêmica^{10, 13, 18}, explicando as localizações insólitas já apontadas, sobretudo aquelas fora da área portal e cavidade pélvica como rim, adrenal, miocárdio, tiróide e cérebro. Para as primeiras, o mecanismo parece ser uma deposição de ovos "*in loco*" por vermes extraviados e que ganham, através de anastomoses pelvicas, as áreas venosas dos genitais e bexiga¹⁶. Porém a grande quantidade de ovos e seu relacionamento apenas com vênulas torna difícil aceitar esta via de propagação.

No presente caso chamava a atenção a localização dos ovos e granulomas apenas na face hepática da vesícula, bem como vênulas bastante dilatadas, o que não se verificou na face livre. Por outro lado, sabemos que a drenagem venosa vesicular se faz em 100% dos casos através de veias diretas da vesícula

para o ramo direito intra-hepático da porta (veias de Sappey) e em apenas 8% existe também uma veia cística drenando para a porta extra hepática¹⁴. Em pacientes cirróticos com hipertensão portal, este parece ser também o aspecto habitual de drenagem. HABIGHORST & col.⁷, usando técnica radiológica, descrevem este padrão venoso com veias dilatadas e tortuosas na vesícula, como se vê nas congestões venosas, e o mesmo quadro é descrito histologicamente por HALVORSEN & MYKING⁸ em um paciente com hemo-colecisto e cirrose hepática. A falta de uma veia cística, portanto, parece explicar por que o acometimento vesicular não é freqüente mesmo com ascensão maciça de ovos para o fígado.

As veias de Sappey já haviam sido sugeridas como eventual ponto de entrada dos ovos na vesícula¹⁹. Porém também aqui algum fator adicional parece ser necessário para que os ovos para lá se desloquem, dada a infreqüência de tal localização. Este fator, em nosso caso, pode ter sido uma inversão no fluxo venoso, devida à hipertensão intra-hepática, com saída pela veia cística, funcionando a parede vesicular como um "filtro". Caminho inverso foi descrito por MYKING & HALVORSEN¹⁴ em um caso de trombose da veia porta, onde as veias císticas e de Sappey funcionavam como um "bypass" para a parte trombosada.

Já demonstrada a presença de vermes adultos nas vênulas da vesícula^{4,9}, poderemos admitir ainda a ovooposição "in loco"⁴ como uma explicação plausível, quer através da veia cística ou das veias de Sappey, apesar de não se terem achado os vermes nas amostras submetidas a exame histológico.

SUMMARY

Chronic cholecystitis due to Schistosomiasis Comments on a case

The Authors report on a case of symptomatic chronic cholecystitis due to schistosomiasis and review Brazilian literature on the subject. Pathological aspects are discussed and a description is made of the roentgeno-

graphic characteristics. An analysis is made of the possible modes of access of the *Schistosoma mansoni* eggs to the vesicular wall.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARMBRUST, A.F. — Esquistossomose da vesícula biliar. *Hospital* (Rio) 35:467-489, 1949.
2. BRAGA E SILVA, M.L. & ALMEIDA, M.R. — Localização de ovos e granulomas esquistossomóticos na tireóide; considerações sobre três casos. *Anais Fac. Med. Univ. Fed. Pernambuco* 26/27:91-97, 1966/67.
3. BRANDÃO FILHO, A. — *Clínica Cirúrgica*. Rio de Janeiro, Editora Científica Dobici e C., 1922, 1: pp. 130-135.
4. CHAVES, E. — Colecistite granulomatosa esquistossomótica. *Arq. Brasil. Med.* 49:185-192, 1959.
5. CHAVES, E. & FIGUEIREDO, J.N. — Schistosomiasis of the scrotum. *Rev. Inst. Med. trop. São Paulo* 7:343-345, 1965.
6. GAUTRELET — Citado por MAKAR (9).
7. HABIGHORST, L.V.; ALBERS, P. & ZEITLER, E. — citados por MYKING e HALVORSEN (14).
8. HALVORSEN, J.F. & MYKING, A.O. — Haemocholecyst with rupture of the gallbladder and haemoperitoneum in a patient with gallstones and portal cirrhosis of the liver. *Acta Chir. Scand.* 137:486-490, 1971.
9. MAKAR, N. — Bilharziasis of the gallbladder. *J. Egyptian M.A.* 22:512-524, 1939.
10. MATTOSINHO FRANÇA, L.C.; MELARAGNO FILHO, R. & TENUTO, R.A. — Comprometimento cerebral na esquistossomose mansônica. *Rev. Paul. Med.* 67:223-230, 1965.
11. MEIRA, J.A. — Esquistossomose mansoni com localização vesical. *Seára Med.* 3:45-61, 1944.
12. MENEZES, H. — Localização renal de ovos de *Schistosoma mansoni* (descrição de um caso). *Anais Fac. Med. Univ. Recife* 15:57-59, 1955.
13. MONTEIRO DE BARROS, O.; GIANNONI, F.G.; MARIGO, C. & FRIZZO, F.J. — "Cor pulmonale" e miocardite esquistossomóticas. *Arq. Hosp. Santa Casa São Paulo* 2: 1-40, 1956.

14. MYKING, O.A. & HALVORSEN, J.F. — The arterial supply and venous drainage of the gall-bladder. *Acta Chir. Scand.* 137:659-664, 1971.
15. NOBREGA, H. & ALMEIDA, M. — Nota sobre a colecistite esquistossomótica e a intubação duodenal. *Anais Fac. Med. Paraíba* 1: 172-178, 1956.
16. PIVA, N. — *Esquistossomose do aparelho genital feminino*. [Tese] — Faculdade de Med. Bahia, 1960.
17. RODRIGUES DA SILVA, J. — Estudo clínico da esquistossomose mansônica. *Rev. Serv. Esp. Saúde Pública* 3:165-168, 1949.
18. SANTIAGO, J.M.; RATTON, J.L.; CHUSTER, M.; OLIVEIRA, C.R.; TAFURI, W.L. & ALVARENGA, R.J. — Miocardite granulomatosa esquistossomótica associada a cor pulmonale crônico e anastomoses pulmonares artério-venosas. *Rev. Inst. Med. trop. São Paulo* 9:56-61, 1967.
19. SARMENTO, A. & GLASNER, J. — Esquistossomose de Manson com localização vesicular. *J. Med. Pernambuco* 39:223-227, 1943.
20. SETTE, H. & TEIXEIRA, E. — A presença do ovo do esquistosomo de mansonii na bile. *Rev. Brasil. Gastroenter.* 4:955-960, 1952.
21. SPERANZA, V. & PATRASS, N. — Le papilliti primitive. *Minerva Med.* 63:5325-5336, 1972.
22. TAVARES, A.S. — Aspectos anatomo-clínicos da schistosomose. *Brasil Med.* 49:823-835, 1935.
23. TONELLI, E. & NEVES, J. — Epididimite esquistossomótica com manifestações clínicas. *Rev. Soc. Brasil. Med. Trop.* 3:16, 1969.

Recebido para publicação em 22/1/1975.