

SÔBRE UM CASO DE HIDATIDOSE HUMANA AUTÓCTONE EM MINAS GERAIS

Edmundo CHAPADEIRO (1), Edison Reis LOPES (2) e Paulo Miguel de MESQUITA (2)

RESUMO

Os autores descrevem um caso de hidatidose humana localizada exclusivamente no coração, autóctone de Minas Gerais, associada a provável cardiopatia chagásica crônica. Chamam a atenção para o fato de que a doença se apresentou nessa localização sob a forma de cistos múltiplos e que, apesar desse fato, parecia primitivamente cardíaca.

INTRODUÇÃO

A ocorrência da hidatidose humana nos Estados do Brasil, à exceção do Rio Grande do Sul, é rara. Neste Estado, local onde se admite ser a entidade autóctone⁴, foram descritos, até agora, várias centenas de casos^{2, 3}. Nos demais Estados da União onde a doença tem sido encontrada (Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Bahia, etc.), os portadores da hidatidose ou eram provenientes do Rio Grande do Sul ou de países estrangeiros.

Em Minas Gerais, ao que nos parece, os poucos casos diagnosticados, mas não publicados, não eram autóctones.

A publicação do presente caso justifica-se pelas seguintes razões: 1) localização rara e exclusiva da doença, acometendo somente o coração; 2) associação com provável cardiopatia chagásica crônica; 3) por tratar-se de um caso comprovadamente autóctone de Minas Gerais.

Cumpre salientar que a observação constituiu achado casual de necrópsia, em paciente que faleceu em conseqüência de tétano.

RELATO DO CASO

P.A.S., masculino, prêto, lavrador, brasileiro, natural de Frutal, Minas Gerais.

Tratando-se de paciente portador de tétano, internado pouco tempo antes da morte, não foi possível exame clínico do mesmo. A necrópsia foi realizada em 19 de março de 1963.

NECRÓPSIA

Cadáver com idade aparente de 70 anos, longilíneo, medindo 1,70 m. Péssimo estado de nutrição; panículo adiposo subcutâneo escasso. Tórax em tonel; abdôme discretamente distendido. Linfonodos superficiais com volume, forma e consistência normais. Amputação recente do membro superior esquerdo entre o terço superior e médio do braço.

Os achados fundamentais foram vistos no sistema circulatório:

Pericárdio dilatado contendo cerca de 50 ml de líquido amarelo-claro, límpido e transparente. *Coração* aumentado de volume e de peso (450 g), alongado, cuja ponta e face esternal são constituídas exclusivamente pelo ventrículo esquerdo. Na parede do ventrículo esquerdo, observam-se duas elevações medindo cerca de 1,5 cm de diâmetro cada: uma ao longo da margem esquerda em correspondência com o terço médio; outra, na face anterior na união do terço superior com

Departamento de Patologia (Prof. E. Chapadeiro da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba.

(1) Professor.

(2) Assistentes.

o terço médio. *Epicárdio* liso, fino, transparente e brilhante em quase toda sua extensão. Ao longo dos ramos da coronária descendente, contudo, o pericárdio mostra pequenos espessamentos esbranquiçados, brilhantes, atingindo os maiores o tamanho da cabeça de um alfinete, dispostos em rosário. *Cavidades cardíacas* fortemente dilatadas, contendo abundantes coágulos cruóricos. Foramens átrio-ventriculares bastante dilatados. Válvulas de aspecto normal. *Endocárdio* liso, brilhante e transparente em toda sua extensão. *Miocárdio* de cor vermelho-castanha, fôcco, bastante úmido. A espessura do ventrículo esquerdo no terço médio é de 2 cm e do ventrículo direito é de 0,5 cm.



Fig. 1 — Cisto na parede do ventrículo esquerda hipertrofiado. Observar o aspecto granuloso do fundo do cisto (areia hidática).

Ao corte, as elevações mencionadas são constituídas por dois cistos medindo cerca de 1,5 cm de diâmetro cada, na intimidade do músculo cardíaco, cujas paredes são perfeitamente delimitadas e separáveis do miocárdio (Fig. 1). Estes cistos são constituídos por capa gelatinosa, contendo no seu interior líquido claro, transparente e numerosas formações esféricas, minúsculas, de cor branco-amarelada. Coronárias de aspecto normal. Seio coronário e seus tributários intensamente dilatados contendo abundante quantidade de sangue. Aorta de calibre, consistência e trajeto normais. Na íntima existem pequenas placas de cor amarela, esparsas, ao longo de toda a aorta especialmente na porção torácica, em torno dos orifícios de saída das artérias intercostais.

O exame microscópico do coração revelou:

Epicárdio visceral: Hipotrofia de tecido gorduroso sub-epicárdico; em algumas áreas apresenta-se espessado devido a neoformação conjuntiva sob a forma de pequenas placas ao longo das coronárias; infiltração leucocitária, predominantemente linfocitária em focos.

Miocárdio: Os cistos mencionados microscópicamente têm a estrutura de cisto hidático unilocular. O miocárdio em torno apresenta o mesmo aspecto histológico das demais porções do órgão.

Endocárdio: histologicamente normal.

Diagnóstico anátomo-patológico (macro e microscópico):

Miocardite crônica provavelmente chagásica. Intensa hipertrofia do miocárdio, especialmente do ventrículo esquerdo. Miocardose. Intensa dilatação das cavidades cardíacas e dos foramens átrio-ventriculares com consecutiva insuficiência funcional da mitral e da tri-cúspide. Antiga epicardite crônica produtiva ao longo das coronárias (chamada epicardite moniliforme).

Hidatidose (dois cistos na parede do ventrículo esquerdo, um ao longo da margem esquerda em correspondência com o terço médio e outro, na face anterior, na união do terço médio com o terço superior, medindo 1,5 cm de diâmetro cada).

Fígado cardíaco de 2.º grau (pêso 1.800 g); degeneração albuminóide gordurosa em rim pélvico hipoplásico, à direita (75 g) e em rim com hipertrofia vicariante à esquerda (pêso 200 g). Edema e congestão dos pulmões (pulmão direito 360 g e pulmão esquerdo 420 g). Hiperemia passiva dos vasos esplâncnicos e encefálicos. Hidroencefalo externo e interno moderados (pêso do encefalo 1.200 g).

Broncopneumonia em pequenos focos disseminados, bi-lateralmente.

Chamado tumor infeccioso agudo do baço (esplenomegalia relativa aguda; pêso do órgão 150 gramas).

Enfisema pulmonar alveolar substancial crônico bolhoso.

Arteriosclerose com formação de placas ateromáticas, em parte calcificadas e em parte fibrosadas na aorta (especialmente na porção torácica), nas silvianas e na basilar.

Amputação cirúrgica, recentíssima, do membro superior esquerdo, ao nível da união do terço médio com o inferior do úmero.

Caquexia.

COMENTÁRIOS

O caso de hidatidose humana ora em estudo, associada a provável cardiopatia chagásica crônica, parece, fora de dúvida, autóctone de Minas Gerais. De acordo com o

que pudemos comprovar, por informações colhidas entre conhecidos e parentes do portador, êste sempre residiu no Triângulo Mineiro, nunca se tendo afastado dali. Desde a idade de 12 anos, trabalhava em fazendas locais, onde existe criação de carneiros, que na sua grande maioria, há vários anos, foram introduzidos na região, provenientes, em parte, de local ignorado e, em parte, da Bahia. Nestas mesmas fazendas são encontrados cães que vivem em promiscuidade com os homens e os rebanhos.

Outro aspecto importante no caso em estudo é a localização cardíaca exclusiva dos cistos, pois que o exame minucioso do cadáver não demonstrou a presença daqueles em qualquer outro órgão. Êste fato parece ser de grande importância, por duas razões: em primeiro lugar, porque, como se sabe, a localização cardíaca constitui cerca de 2% dentre as localizações nos vários órgãos; em segundo lugar, porque a localização referida, tanto quanto nos foi possível observar, parece-nos primitiva. Êste achado, portanto, vem de encontro à opinião de BOURGEON¹, segundo o qual na presença de cistos múltiplos trata-se de hidatidose secundária. Ao que nos parece, essa opinião carece de fundamento, pois que não se pode excluir a possibilidade de que em um mesmo órgão, no caso o coração, possam instalar-se simultaneamente porém de modo excepcional, dois embriões, como ocorre, por exemplo, na cisticercose. Como se admite, o embrião hexacanto ou oncosfera pode chegar ao coração através da circulação sanguínea ou linfática. No primeiro caso, geralmente, é retido no fígado; todavia pode ultrapassar a barreira hepática, cair na veia cava inferior e chegar através do ventrículo direito aos pulmões e, seguindo o trajeto das veias pulmonares, atingir o ventrículo esquerdo. No segundo caso, atinge a veia cava superior e daí o coração. Êstes trajetos complexos provávelmente explicam porque é rara a localização cardíaca da hidatidose e, por-

tanto, mais difícil ainda a presença de cistos múltiplos no coração. Não se pode ainda desprezar a possibilidade de mais de uma infestação para explicar o mesmo fato.

SUMMARY

An autochthonous case of human echinococcosis in Minas Gerais, Brazil.

The authors describe a case of human echinococcosis affecting only the heart, in Minas Gerais, associated with a probable chronic chagasic cardiopathy. The disease was found in the heart under the form of multiple cysts and despite this fact, it seemed primitively cardiac.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Prof. Dr. Álvaro Lopes Cançado, Catedrático de Ortopedia, pelas informações que tão gentilmente nos prestou e, sobretudo, pela sua participação no levantamento da vida progressa do paciente.

REFERENCIAS

1. BOURGEON, R. — Les kydatiques cardiopercardiques. *Arch. Internac. Hidatid.* 11:59-66, 1950.
2. MACHADO, J. H. — Epidemiologia e estatística da hidatidose no Rio Grande do Sul. Comunicação ao XIV Congresso Brasileiro de Higiene, Niterói, Rio de Janeiro.
3. MORAES, L. L. de — *Hidatidose; contribuição a epidemiologia e profilaxia no Rio Grande do Sul*. Santa Maria, Rio Grande do Sul, 1961 (Tese, Faculdade de Farmácia de Santa Maria).
4. PESSÓA, S. B. — *Endemias Parasitárias da Zona Rural Brasileira*, São Paulo, Proclenx, 1963.

Recebido para publicação em 13 fevereiro 1964.