

Pancreatite aguda por áscaris lumbricoides: relato do caso e revisão de literatura

Acute pancreatitis by Ascaris lumbricoides: case report and literature review

Nathália Beck Correa¹, Fernanda Marcante Carlotto¹, Luiza Seganfredo Mainardi²,
Alessandra Morassutti²

Beck NC, Carlotto FM, Mainardi LS, Morassutti A. Pancreatite aguda por áscaris lumbricoides: relato do caso e revisão de literatura / *Acute pancreatitis by ascaris lumbricoides: case report and literature review*. Rev Med (São Paulo). 2021 jul.-ago.;100(4):403-6.

RESUMO: A infecção parasitária pelo *Ascaris lumbricoides* representa um acometimento comum no Brasil e em outras regionalidades subdesenvolvidas. A localização do verme em vesícula biliar é rara e quando há presença de quadro clínico importante, essa hipótese deve ser levantada como diagnóstico diferencial frente a outras doenças da árvore biliar. Relatamos o caso de paciente de 65 anos admitido em emergência devido à pancreatite por etiologia de áscaris em vesícula biliar, o qual, posteriormente, evoluiu para quadro alarmante de disfunção de múltiplos órgãos.

Palavras-chave: *Ascaris lumbricoides*; Pancreatite; Vesícula biliar.

ABSTRACT: Infection by *Ascaris lumbricoides* represents a common involvement in Brasil and in other underdeveloped regionalities. The location of the worm in gallbladder is rare and when there is an important clinical picture, this hypothesis should be raised as a differential diagnosis in relation to other diseases of the gallbladder tree. We report the case of a 65-year-old patient admitted in emergency due to pancreatitis caused by ascaris in gallbladder, which later progressed to an alarming condition of multiple organ dysfunction.

Keywords: *Ascaris lumbricoides*; Pancreatitis; Gallbladder.

INTRODUÇÃO

A parasitose pelo nematódeo *Ascaris lumbricoides* é uma condição muito frequente, porém a presença do verme na vesícula biliar é incomum¹. Encontrado principalmente em regiões endêmicas e pobres em saneamento básico, como em algumas regiões do Brasil, o verme é transmitido através de via fecal-oral². Sua instalação na vesícula biliar pode ser assintomática ou produzir sintomas constitucionais, evoluir a quadro de colecistite, colangite, pancreatite e outras mais temidas complicações^{1,3}. Nota-se a dificuldade de diagnóstico e tratamento precoces, aumentando o risco de agravos em função da instalação e reprodução acentuada do verme no trato biliar. Deste modo, a suspeita de áscaris deve ser

levantada em pacientes residentes em áreas endêmicas que possuam quadro biliar não característico de doença biliar calculosa. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de pancreatite aguda por áscaris em vesícula biliar em um paciente de 65 anos, o qual, posteriormente, evoluiu para quadro alarmante de disfunção de múltiplos órgãos e, concomitantemente, realizar uma revisão de literatura a respeito desse quadro.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 65 anos, hipertenso, obeso mórbido, sem história de etilismo, dá entrada à emergência em função de dor abdominal aguda com início há dois dias, acompanhada de febre (38,3 °C) e episódio único

1. Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, Rio Grande do Sul. ORCID Id: Beck NC - <https://orcid.org/0000-0001-7531-968X>; Carlotto FM - <https://orcid.org/0000-0003-1074-1040>. Email: 175552@upf.br, fncarlotto@gmail.com.

2. Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, Rio Grande do Sul. ORCID Id: Mainardi LS - <https://orcid.org/0000-0001-7054-0705>; Morassutti A - <https://orcid.org/0000-0002-8142-1055>. Email: luizamainardi@gmail.com, almorassutti@gmail.com.

Endereço para correspondência: Fernanda M. Carlotto. Rua Fagundes do Reis, 466, apto 403. Centro - Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

de vômito. Ao exame físico, icterícia (++/++++), dor à palpação em epigástrio e hipocôndrio direito. Solicitados exames laboratoriais, que evidenciaram amilase 1286 U/L, lipase 1147 U/L, discreta alteração de enzimas hepáticas, demais resultados sem alterações. Tomografia computadorizada (TC) do abdome sugeriu pancreatite aguda não-complicada. Ultrassonografia (USG) abdominal evidenciou imagem sugerindo quadro de ascariíase (Figura 1).

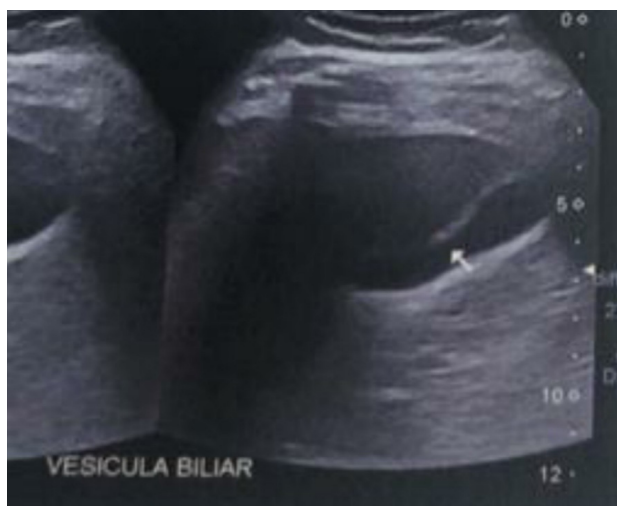


Figura 1: *Ascaris lumbricoides* em vesícula biliar ao exame de ultrassom

Após jejum, analgesia e hidratação, por três dias, houve resolução clínica do quadro de pancreatite. O paciente foi, então, submetido à colecistectomia videolaparoscópica, cinco dias após internação, sem intercorrências e recebendo alta hospitalar no dia seguinte (Figura 2).



Figura 2: Peça de vesícula biliar em cirurgia de videolecistectomia para retirada de *Ascaris lumbricoides*, de aproximadamente 10 cm

Após uma semana, o paciente retornou à emergência com queixa de fraqueza e febrículas. Negou dor abdominal, porém relatou episódios de hematoquezia, sem alterações ao exame físico. Exames laboratoriais mostraram hemoglobina (hb) de 6,9 g/dL, hematócrito 20%, amilase 111 U/L, sem demais alterações. Solicitada TC de abdome, que mantinha sinais de pancreatite, porém indicava surgimento de líquido pararenal à esquerda, adensamento das fâscias retroperitoniais e lesão em lobo esquerdo do fígado. Realizada internação hospitalar do paciente, com antibioticoterapia e solicitada transfusão sanguínea. Paciente evoluiu com melhora dos sintomas e melhora laboratorial do hemograma, porém com piora da função renal (creatinina 3,0 mg/dL e uréia 81 mg/dL), leucograma (leucócitos 20.000/mm³), amilase (234 U/dL). Solicitada colangiorrressonância, a qual paciente não realizou, pois seu peso não foi compatível com o aparelho. Após dez dias, optou-se, então, pela realização de nova TC do abdome, que identificou aumento da lesão hepática, surgimento de coleções peripancreáticas, esplenomegalia e líquido livre na cavidade. Foi solicitada passagem de sonda nasoentérica (SNE), porém paciente broncoaspirou e evoluiu com piora da saturação de oxigênio. Paciente evoluiu com hipotensão e radiografia de tórax confirmou pneumonia aspirativa. Em função da piora clínica, paciente foi sedado, intubado e transferido para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de outra instituição, onde manteve má evolução, sem condições de realizar hemodiálise, evoluindo para óbito quatro dias depois, por provável insuficiência renal e choque séptico de foco pulmonar.

DISCUSSÃO

Ascaris lumbricoides é o maior nematódeo que parasita o intestino humano e é uma das infecções humanas helmínticas mais comuns no mundo^{1,4}. Presente majoritariamente em áreas de ambiente tropical e subtropical¹, principalmente em regionalidades subdesenvolvidas, como Ásia, África e América do Sul, nesta ordem⁴, com pobres recursos e saneamento básico. A transmissão dá-se por via fecal-oral², com a ingestão de ovos de parasitas, presentes em alimentos contaminados com fezes que contêm esses ovos. Na maioria das vezes, o parasita é visto no intestino delgado¹ - de forma que uma das possíveis complicações da ascariíase intestinal inclui o envolvimento hepatobiliar, sendo a invasão das vias biliares pelos vermes justificada por alguns autores como uma tendência desses organismos em penetrar redes murais e pequenos orifícios⁴.

A ocorrência em vesícula biliar evidencia-se como um acometimento raro, presente em apenas 2,1% dos casos acometidos por essa patologia^{1,5,6}, isso ocorre devido a anatomia intrínseca do aparelho biliar ser um forte determinante à migração dos vermes em virtude da tortuosidade e angulação do ducto cístico^{1,5,7}.

A ascariíase normalmente acomete mais crianças⁴. O acometimento em gestantes aumenta em virtude de o nível hormonal influenciar o esfíncter de Oddi, facilitando a entrada do verme ao conduto biliar³.

Quanto ao quadro clínico, a ascariíase normalmente não produz sintomas⁸. Quando sintomática, a infecção pelo *áscaris* pode variar entre manifestações abdominais e pulmonares, estas com aparecimento precoce de tosse e sibilos pulmonares⁴. A fase tardia, cujas manifestações iniciam de seis a oito semanas após a ingestão dos ovos, são, em sua maioria, intestinais, com desconforto abdominal, anorexia, náuseas, vômitos e diarreia⁴.

O envolvimento hepatobiliar pelo verme pode causar obstrução de ducto cístico, dilatação de vesícula biliar, cólica biliar, estenoses biliares, colecistite acalculosa, colangite, náuseas, icterícia obstrutiva, abscessos hepáticos e perfuração do ducto biliar^{1,3}. As complicações a nível biliar podem simular quadro de colangite ou colecistite aguda se houver obstrução de via biliar principal ou ducto cístico, respectivamente. Também podem ocasionar quadro de pancreatite aguda, como no caso aqui relatado, devido a obstrução a nível de papila de Vater e/ou ducto pancreático principal^{1,3}. Apesar de prognóstico benigno, a parasitose pode se associar a outras complicações, como obstrução intestinal por bolo de verme, apendicite aguda, granulomas peritoneais, vôlvo e intussuscepção de intestino delgado⁹. O exame laboratorial não demonstra importantes especificidades, porém pode evidenciar eosinofilia, indicando suspeita de infecção helmíntica⁹.

A modalidade de escolha para o diagnóstico de ascariíase de vesícula biliar tem foco na ultrassonografia, podendo-se identificar a movimentação dos vermes vivos e seu trajeto errático^{1,3,5}. O verme apresenta conformação longilínea, linear e tubular, de estrutura hiperecogênica. Consegue-se visualizar ainda, em alguns casos, espessamento da parede da vesícula, ausência de sombra acústica e um “sinal em alvo”¹⁰. Além disso, frente à suspeita de invasão da árvore biliar ou ducto pancreático pelo parasita, pode-se investigar através da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE),

pois, além de diagnóstica, pode ser terapêutica¹⁰. No entanto, esse método é mais caro e invasivo. O hospital onde o paciente ficou internado não dispunha de CPRE, o que poderia ter diagnosticado e tratado uma possível obstrução de ducto pancreático por verme de menor tamanho. Também não possuía setor intermediário ou UTI, aonde o paciente poderia ter iniciado tratamento intensivo.

O tratamento da parasitose por *Ascaris lumbricoides* consiste em terapêutica conservadora ou anti-helmíntica. Tratando-se da via biliar, a terapia medicamentosa possui reduzida excreção a nível biliar, logo possui limitado uso^{3,11}. O manejo inicial com abordagem conservadora é uma opção, desde que não haja complicações. Contudo, em alguns casos, necessita-se de remoção endoscópica ou cirúrgica do verme. Dentre as indicações para a abordagem invasiva, incluem-se: falha do tratamento conservador, presença de verme preso na árvore biliar, verme associado a cálculo⁹.

Apesar de o paciente apresentar-se assintomático e com normalidade do exame físico e laboratorial, a utilização da colangiografia transoperatória, durante a colecistectomia videolaparoscópica, poderia evidenciar presença de outros vermes na via biliar.

CONCLUSÃO

Em conclusão, a ascariíase envolvendo o sistema hepatobiliar é uma entidade clínica rara. Seu diagnóstico é difícil, visto que é necessária sua suspeição clínica. Essa patologia deve ser considerada, especialmente em pacientes história de icterícia e dor abdominal superior com fator de risco de exposição ao patógeno e sem causa elucidada. Embora seja condição relativamente benigna e não complicada, normalmente com resolução espontânea, existem casos complicados e que podem vir a ser fatais e, por isso é imperativo que seja suspeitada, reconhecida e tratada precocemente. O manejo inicial com abordagem conservadora é uma opção. Contudo, após individualizado o caso, pode ser necessária a remoção endoscópica ou cirúrgica do verme.

Participação dos autores: *Nathalia Beck Corrêa*: revisão de literatura e escrita do artigo; *Fernanda Marcante Carlotto*: estruturação do artigo e escrita do artigo; *Luiza Segnanfredo Mainardi*: revisão de leitura e revisão do artigo; *Alessandra Morassutti*: revisão do artigo.

REFERÊNCIAS

- 1 Khanduri S, Parashari UC, Agrawal D, Bhadury S. Ascariasis of gallbladder: a rare case report and a review of the literature. *Trop Doct*. 2014;44(1):50-2. doi: 10.1177/0049475513512637.
- 2 Sarihan H, Gürkök S, Sari A. Biliary ascariasis. A case report. *Turk J Pediatr*. 1995;37(4):399-402.
- 3 Mosawi SH, Dalimi A, Charkhi MA, Baarae O, Darman A, Mosavi M, Wali Baryal M, Stanikzai H. Gallbladder perforation due to *Ascaris lumbricoides* in a pregnant woman and 6 Year old girl from Afghanistan: case report. *Iran J Parasitol*. 2019;14(3):477-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6815860/>.
- 4 Loreille O, Bouchet F. Evolution of ascariasis in humans and pigs: a multi-disciplinary approach. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2003;98(Suppl. 1):39-46. <https://doi.org/10.1590/S0074-02762003000900008>.
- 5 Wani I. Gallbladder ascariasis. *Turk J Gastroenterol*. 2011;22(2):178-82. doi: 10.4318/tjg.2011.0187.
- 6 Gönen KA, Mete R. A rare case of ascariasis in the gallbladder,

- choledochus and pancreatic duct. Turk J Gastroenterol. 2010;21(4):454-7. doi: 10.4318/tjg.2010.0137.
- 7 Rahman MM, Islam MS, Hussain MF. Live worm in gallbladder: a case report. Mymensingh Med J. 2013;22(4):833-5. PMID: 24292319.
- 8 Alhamid A, Aljarad Z, Ghazal A, Mouakeh A, Tarabishi AS, Joudeh M, et al. Successful elimination of gallbladder Ascariasis by conservative therapy, followed by cholecystectomy due to developing cholecystitis. Case Rep Gastrointest Med. 2018;5831257:1-4. <https://doi.org/10.1002/jcu.1870200904>.
- 9 Ismaili-Jaha V, Toro H, Spahiu L, Azemi M, Hoxha-Kamberi T, Avdiu M, Spahiu-Konjusha S, Jaha L. Gallbladder ascariasis in Kosovo - focus on ultrasound and conservative therapy: a case series. J Med Case Rep. 2018;12(1):8. doi: 10.1186/s13256-017-1536-4.
- 10 Yılmaz S, Akıcı M, Şimşek M, Okur N, Erşen O, Tuncer AA. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography for biliary system parasites. Turk J Surg. 2018;34(4):306-10. doi: 10.5152/turkjsurg.2017.3808.
- 11 Misra MK, Singh S, Bhagat TS. Successful elimination of Ascaris lumbricoides from the gallbladder by conservative medical therapy. Indian J Surg. 2013;75(1):379-81. doi: 10.1007/s12262-012-0527-3.

Submetido: 29.02.2020

Aceito: 16.02.2021