

## ASCARIDÍASE VESICULAR

\* José Antônio Carlos O. David Morano

\*\* João Francisco Bruno L. T. Morano

*Os autores apresentam um caso de ascaridíase vesicular diagnosticada durante o ato cirúrgico. Em nosso meio, o estudo desta afecção torna-se de muito interessante no diagnóstico diferencial das colecistopatias, embora na revisão feita sobre casos semelhantes publicados na literatura médica, poucos casos tenham sido encontrados.*

*The authors present a case of vesicular ascariasis diagnosed during the surgical act. The study of such pathology is very interesting in our environment because of differential diagnosis with other diseases of gall bladder, other wise, in the bibliographic research performed, few cases were mentioned in medical literature.*

### INTRODUÇÃO

O maior problema que envolve esta afecção é a dificuldade de estabelecer-se um diagnóstico pré-operatório de certeza. Durante o tempo em que se tem freqüentado as clínicas cirúrgicas de nossa região, nota-se a quase unanimidade dos colegas que militam na área cirúrgica, em afirmar que já teriam encontrado alguns casos dessa natureza, porém todos diagnosticados intra operatóriamente. Sem dúvida, é uma complicação da ascaridíase, já bastante discutida por autores famosos, inclusive sendo ao ovo de ascaris atribuída a

origem dos cálculos biliares, pois no núcleo de alguns cálculos, lá foram encontrados (CURTI, 1964). Os autores que exploraram este assunto afirmam que os ascaris chegam às vias biliares, através de formas intestinais jovens e adultas que migram para as vias biliares, através do esfíncter de Oddi (Yang e Loubé, 1946). Não poderia deixar de ser registrada aqui uma outra teoria de que os vermes chegam às vias biliares sob a forma larvária provenientes do sistema porta. Não se encontrou na literatura qualquer estudo sobre fatores que poderiam atrair ou facilitar a vida e crescimento destes vermes nas vias biliares.

\* Médico-Especialista em Cirurgia Geral — Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Professor Titular da Disciplina de Morfologia Humana da Universidade de Fortaleza. Professor Adjunto do Departamento de Morfologia da Universidade Federal do Ceará.

\*\* Médico-Cirurgião Geral. Professor Colaborador da Disciplina Socorros Urgentes da Universidade de Fortaleza.



## DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS

A presença do *áscaris* nas vias biliares causa alterações mecânicas e alérgicas, além de infecciosas, pois carrega junto bactérias que as vezes causam sérios danos a esta região do corpo humano.

Mas, existe um fator muito importante o grau de infestação, que sem dúvida influirá no quadro clínico. Este é constituído principalmente pelo aparecimento de dor, vômito, febre e às vezes, icterícia. A dor geralmente é um cólica, de intensidade variável, intermitente, localizada na porção superior do abdome mais à direita, irradiando-se para o ombro D ou transfixante para o dorso. Esta dor seria causada pela passagem do verme através do esfíncter de Oddi, assim como pela sua migração dentro dos canais biliares. A sua movimentação na vesícula biliar traria todos os sintomas semelhantes ao de uma colecistite aguda ou colecistopatia calcúlosa. A icterícia não é característica da ascariíase vesicular, aparecendo concomitantemente a uma colangite ou obstrução biliar por cálculos. Em nosso meio há uma grande dificuldade em estabelecer-se um diagnóstico de certeza desta afecção e por isto muitos casos não são relatados, pois sendo uma infestação endêmica há de pensar-se que muitos casos passam despercebidos pelos métodos comuns de diagnóstico. As radiografias e as ecografias, que são muito usadas em nosso meio podem dar resultado falso negativo e por isto, não podem ser indicadas como métodos complementares de diagnóstico com métodos complementares de diagnóstico com confiabilidade satisfatória. Outros exames tais como o exame de fezes que apresenta indicativo de ovos de *áscaris*, servem apenas para levantar uma forte suspeita mas nunca será definitivo pois a ascariíase intestinal pode ou não estar associada a uma ascariíase vesicular.

## CASO CLÍNICO

M.A.P.; sexo feminino, de cor branca, 35 anos, casada, múltipara, doméstica, brasileira.

**QUEIXA PRINCIPAL:** Dor abdominal e vômitos.

**HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:** Paciente há alguns dias vem apresentando dor intensa no hipocôndrio direito com irradiação para as costas, associado com vômitos, pico febril e calafrios. Procurou serviço de emergência, onde foi atendida várias vezes, sempre retornando a mesma sintomatologia horas após.

Foi então internada e tratada com hidratação e antiespasmódicos. Não apresentava história de icterícia.

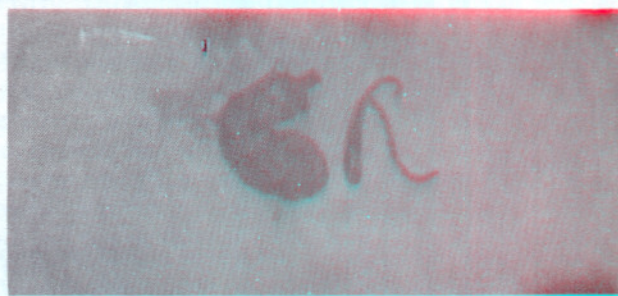
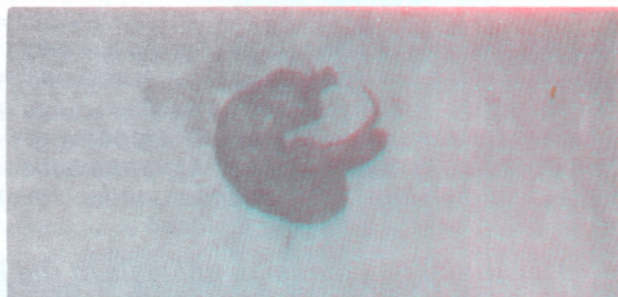
**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS** — Apenas viroses próprias da infância comuns ao nosso meio.

**EXAME FÍSICO** — Aspecto geral bom, brevílnea. Pulso — 80 bpm; PA — 130 x 80 mmHg. Esculta pulmonar — dentro da normalidade. Esculta cardíaca — ritmo regular Fc 80 bpm, ausência alterações outras. **ABDOME** — discreta-

mente distendido. À palpação superficial a paciente apresentava dor intensa no hipocôndrio direito, notando-se contração reflexa de músculos da parede abdominal. Membros superiores e inferiores sem alterações.

- Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral
- Incisão subcostal D.
- Diérese da parede por planos com abertura da cavidade peritoneal.
- Inventário da cavidade: Fígado de aspecto normal com vesícula totalmente coberta por aderências de epiploon maior, o qual após haver sido descolado demonstrou estar a vesícula aumentada de tamanho e de coloração esbranquiçada. Foi efetuada a dissecação do pedículo hepático, com individualização da artéria e ducto cístico, além da visualização do cólecoco que apresentava diâmetro normal. Realizada a laqueadura e secção da artéria cística e ducto cístico com descolamento da vesícula do leito hepático.

**CIRURGIA** — Em 05 de agosto de 1982, realizada no Hospital do Sindicato dos Arrumadores de Fortaleza:



Ao ser aberta a vesícula, foi encontrado um *áscaris* adulto morto; vesícula com paredes espessadas, com sinais inflamatórios, sem cálculos (vide fotos).

- Revisão da hemostasia.
- Aposição do dreno de Penrose na loja hepática
- Síntese da parede por planos.

O pós operatório transcorreu sem complicações, com regressão total da sintomatologia com posterior alta no dia 10 de agosto 1982.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. CONSONI, R. — 1958 — *Ascariíase das vias biliares*, Rev. Med., 4(1): 54 - 57.
02. VERONESI, R. 1982 — *Doenças Infecciosas e Parasitárias* 860 - 861, Ed. Guanabara Koogan.