

TOXOCAROZA PULMONARĂ – PREZENTARE DE CAZ

Pulmonary toxocariasis – case presentation

Dr. Mădălina Baltă¹, Dr. Mara Popescu Hagen², Dr. Emilia Crișan², Dr. Aneta Șerbescu²,
Dr. Cristian Didilescu³

¹Spitalul Județean de Urgență, Slobozia

²Institutul de Pneumologie „M. Nasta”, București

³Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova

REZUMAT

Este prezentat cazul unei paciente de 70 de ani, din mediul rural, nefumătoare, fără expunere la noxe profesionale, fără alergii cunoscute, cu antecedente de hipertensiune arterială și diagnosticată în urmă cu 5 ani cu BPOC, internată pentru dispnee la eforturi mici și de repaus, tuse seacă și scădere ponderală, simptomatologie care a debutat cu o lună înaintea prezentării la spital.

La prima internare în serviciul de pneumologie, datorită imaginii radiologice (opacitate neomogenă, imprecis delimitată, de intensitate submediastinală, ce trimite prelungiri în parenchimul din jur, localizată parahilar stâng), aspectului endobronșic (ventralul superior stâng are lumenul ocupat de material albicios, friabil) și citologiei LBA (metaplazii cu elemente discariotice) se suspicionează o tumoră bronhopulmonară lobară superioară stângă. Bolnava se externează la cerere.

Surprinzător, la controlul clinico-radiologic efectuat după 4 luni pacienta este asimptomatică respirator, iar radiografia pulmonară evidențiază dispariția opacității descrisă la prezentarea anterioară.

Următoarea internare, după alte 2 luni, se face pentru aceeași simptomatologie ca și la internarea anterioară. Radiografia pulmonară ce pune în evidență un infiltrat ulcerat localizat controlateral față de radiografie efectuată în urmă cu 6 luni și citologia LBA cu o eozinofilie de 8,2% sugerează o parazitoză.

Diagnosticul de certitudine se pune prin serologia la *Toxocara canis* (IgG pozitiv = 5,98).

Cuvinte cheie: toxocaroză pulmonară, bronhopulmonară, serviciul de pneumologie

ABSTRACT

The case of a 70-year-old patient is presented, coming from the country side, nonsmoker, without any exposure to professional noxes, without any known allergies, with precedent arterial hypertension and diagnosed 5 years earlier with BPOC, brought in for dyspnea while small effort and rest, hollow cough and weight loss, symptomatology that started one month before presenting to the hospital.

During the first internment in the pneumology service, due to radiological image (nonhomogenous opacity, imprecisely delimited, submediastinal intensity, which sends signs to the surrounding parenchyma, localized left perihilar), the endobronchial aspect (left superior ventral has the lumens occupied by a whitish material, friable) and the LBA cytology (metaplasias with dyskaryotic elements) a left superior lobar bronchopulmonary tumor is suspicioned. The woman is externed at her request.

Surprisingly, at the clinical-radiological control made four months later the patient presents no respiratory symptoms and the pulmonary radiography underlines the disappearance of the described opacity from the anterior presentation.

The next internment, after two months, is made for the same symptomatology as at the anterior internment. The pulmonary radiography which shows an ulcerous infiltrate localized controlateral to the radiography made six months before and LBA cytology with an eosinophily of 8.2% suggests a parasitosis. The final diagnostic is established as *Toxocara canis* serology (IgGpositiv=5.98).

Key words: pulmonary toxocariasis, bronchopulmonary, pneumology service

În ultimii ani, au revenit în practica medicală bolile parazitare – trichineloză, hidatidoză, teniazele,

respectiv cele de import: malaria, schistosomiaze, leishmanioze, filarioze etc., legate de deplasările

Adresa de corespondență:

Dr. Mădălina Baltă, Spitalul Județean de Urgență, Str. Decebal, Nr. 1, Slobozia

oamenilor în zone endemice ale globului (în scop turistic, personal, profesional etc.). O parazitoză frecvent semnalată în țara noastră în ultimii ani, care ridică probleme de diagnostic, terapie și evoluție este toxocaroză. Toxocaroză este o afecțiune parazită determinată de obicei de *Toxocara canis*, dar pot fi incriminați și alți agenți etiologici: *Toxocara cati*, *Beylisascaris spp*, *Gnathostoma spp* etc. (1)

Creșterea populației câinilor și pisicilor în lume, împreună cu rata înaltă de infecții cu ascarizi a dus la contaminarea largă a solului cu ouă infectante și larve. Studii epidemiologice au implicat prezența câinilor, mai ales pui, în cămine și fenomenul pica drept principal factor de risc pentru boala umană. Obiceiurile de joacă ale copiilor și atracția lor pentru animalele de companie îi expune la un risc de infecție mai mare decât adulții. Oamenii devin infectați cu ascarizi (*Toxocara spp*, *Baylisascaris spp*) prin ingestia ouălor infectante din mediu. Când oamenii ingeră ouă infectante, acestea eclozează și eliberează larvele care pot migra oriunde în organism, o condiție cunoscută sub numele de larva migrans visceralis. Semnele și simptomele ce apar la oameni sunt determinate de țesuturile sau organele afectate în timpul migrării larvelor. Organele afectate de obicei sunt ochii, creierul, ficatul și plămânul, unde infecția poate cauza afectări permanente vizuale, neurologice sau ale altor țesuturi. Ascaridul comun al câinelui (*T. canis*) a fost recunoscut drept cauza de sindrom larva migrans. Ascaridul pisicii (*T. cati*) poate de asemenea cauza boala la om, totuși, datorită în parte obiceiurilor de defecație la pisici, este mai puțin frecvent. (2)

Simptomele apar mai ales în condițiile în care larvele sunt omorâte. Moartea larvelor determină reacții de hipersensibilitate de tip imediat și întârziat cu formare de granuloame la care participă eozinofilele. În aceste cazuri, eozinofilia periferică poate atinge 70-80%. De asemenea se poate înregistra o creștere de IgE.

În 1932 Löffler a descris eozinofilia pulmonară simplă caracterizată printr-un infiltrat pulmonar migrator acompaniat de o creștere a numărului eozinofilelor din sângele periferic și simptome pulmonare minime sau inexistente. Uneori apare pe un teren atopic și se manifestă clinic prin wheezing. Această condiție poate fi consecința unei reacții de hipersensibilizare față de antigenele unor paraziți care tranzitează plămânul în decursul ciclului lor evolutiv în organismul uman(3). Sindromul Löffler este un termen clinic, care poate să apară în diferite situații, inclusiv în larva migrans visceralis (4).

Vom prezenta cazul unei paciente, P.A., 70 de ani, din mediul rural, nefumătoare, fără expunere la

noxe profesionale, fără alergii cunoscute, cu antecedente de hipertensiune arterială tratată cu inhibitori de enzimă de conversie și diagnosticată în urmă cu 5 ani cu bronhopneumopatie cronică obstructivă tratată cu Seretide 50/500 2 pufuri/zi și cu Ventolin la nevoie, care se internează pentru dispnee la eforturi mici și de repaus, febră, tuse seacă și scădere ponderală, simptomatologie care a debutat cu o lună înaintea prezentării la spital.

La internare, starea generală era bună, indicele de masă corporală (BMI) 23, tegumente și mucoase discret palide, nu se palpează adenopatii superficiale, nu se consemnează semne de tromboză venoasă profundă, torace normal conformat, murmur vezicular prezent fiziologic, rare raluri bronșice. SaO₂=97% în aer ambiant, TA=140/70mmHg, AV=74/min. Zgomote cardiace ritmice, fără sufluri supraadăugate, nu se evidențiază edeme gambiere. Nu sunt prezente alte modificări la examenul clinic obiectiv.

Radiografia pulmonară standard la internare evidențiază o opacitate neomogenă, imprecis delimitată, de intensitate submediastinală, localizată hilar și perihilar stâng (Fig. 1).



FIGURA 1

Biologic, pacienta prezintă sindrom anemic ușor cu Hb=11,6g/dl, Ht=33%, eozinofilie sanguină Eo=34%, sindrom inflamator cu VSH=69/113mm la o oră, respectiv 2 ore, dar leucocite în limite normale (8150/mm³). Biochimic, nu se evidențiază sindrom de citoliză hepatică, sindrom de colestază și nici sindrom de retenție azotată.

Probele funcționale ventilatorii efectuate după bronhodilatator autoadministrat relevă o disfuncție ventilatorie mixtă cu reducerea VEMS cu 45,4% (VEMS=1,12l).

Examenul bacteriologic al sputei este negativ pentru *Mycobacterium tuberculosis* atât în microscopie, cât și în cultură.

Se suspicionează diagnosticul de neoplasm bronhopulmonar lob superior stâng și se continuă investigațiile.

Bronhoscopic, laringele are dinamică prezentă, dar ventralul superior stâng are lumenul ocupat de material albicios, friabil; edem congestiv de mucoasă la nivelul culmenului. Până la acest nivel, mucoasa bronșică are aspect normal. Se efectuează lavaj bronșic al teritoriului incriminat și se recoltează secreții pentru citologie și examen micobacteriologic.

Citologia lichidului de lavaj arată numeroase epitelii bronșice alterate, rare macrofage și eozinofile, frecvente neutrofile, floră microbiană, rare metaplazii cu elemente discariotice.

Tomografia computerizată toracică este dificil de interpretat, pacienta fiind necooperantă și majoritatea imaginilor prezentând artefacte respiratorii. Este prezentă o zonă de condensare localizată în segmentele anterior al culmenului și superior al lingulei cu contururi difuze, neregulate și atelectazie asociată teritoriului afectat. Imagini de adenopatii prevasculare și hilare superior stângi. Imagine nodulară solidă localizată subpleural în teritoriul posterobazal drept, neinterpretabilă din cauza artefactelor imagistice. Abdomen: ficat, splină, pancreas, rinichi, glande suprarenale de aspect CT normal. Pe secțiunile efectuate nu se vizualizează leziuni osteolitice sau osteocondensante. CT cerebral are aspect normal.

Diagnosticul diferențial se face cu pneumonia comunitară lob superior stâng, tuberculoza pulmonară secundară cazeoasă lob superior stâng (exclusă de examenul bacteriologic al sputei), pneumonia eozinofilică.

Întrucât nu a putut fi exclus un proces de condensare având etiologie infecțioasă se instituie tratament cu antibiotice (chinolonă în asociere cu o cefalosporină de generația a III-a), antiinflamatorii nonsteroidiene, mucomodulator, combinații bronhodilatator β 2mimetic și corticosteroid inhalator, protector gastric cu evoluție favorabilă clinic.

Pacienta este necooperantă și părăsește spitalul fără aviz medical, fără a accepta continuarea investigațiilor într-un serviciu de boli infecțioase parazitare, recomandate din cauza procentului mare de eozinofile din lichidul de LBA.

Diagnosticul la externare este pneumonie comunitară lob superior stâng, în observație neoplasm bronhopulmonar lob superior stâng.

La controlul efectuat după 2 luni prin ambulatorul teritorial de specialitate Slobozia, pacienta este asimptomatică respirator, radiografia pulmonară evidențiază dispariția opacității descrise la prezentarea anterioară (Fig. 2), iar probele funcționale ventilatorii arată debite și volume în limite normale. A continuat tratamentul la domiciliu cu Seretide

50/500. Se recomandă examen coproparazitologic și dozarea anticorpilor anti *Toxocara canis* și *cati*.



FIGURA 2

Pacienta se reinternează după alte 4 luni pentru o simptomatologie similară internării anterioare: dispnee de repaus, polipnee, tuse neproductivă frecventă, cu debut acut cu aproximativ o săptămână înaintea prezentării la medic, la care s-au asociat pruritul cutanat și conjunctivita la nivelul ochiului drept. De această dată, radiografia pulmonară semnalează o opacitate imprecis delimitată, de intensitate submediastinală, neomogenă printr-o zonă de hipertransparență, localizată suprahilar dreapta (Fig. 3).

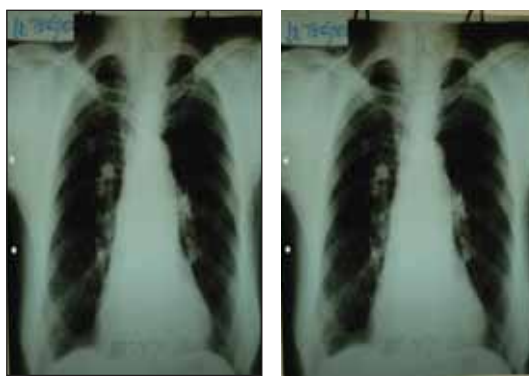


FIGURA 3

Biologic: fără anemie, eozinofilie sanguină $Eo=37\%$, sindrom inflamator: $VSH=35/68mm$, fibrinogen= $827mg/dl$, fără leucocitoză. Biochimic, absența sindromului de citoliză hepatică, a sindromului de colestază și a sindromului de retenție azotată.

Spirometria evidențiază o disfuncție ventilatorie obstructivă cu reducerea VEMS cu 42% , cu răspuns bronhodilatator.

Bronhoscopic, aspect bronșitic moderat, fără elemente proliferative sau active în zonele explorabile endoscopic și secreții mucopurulente groase, aderente, dopuri în dorsalul superior drept. Se practică bronhoaspirație, aspirat bronșic pentru

citologie, BK (BAAR negativ) și floră banală după bronhoscopie. Citologia LBA: mucus abundent, rară floră microbiană, rare mulaje cu numeroase eozinofile (8,2%), rare placarde metaplaziate cu elemente discariotice.

Diagnosticul diferențial în această etapă se realizează cu Sindromul Loffler, caracterizat clinic prin simptomatologie caracteristică astmului asociată cu infiltrate pulmonare radiologice fugace și hipereozinofilie.

Investigațiile parazitologice efectuate: examenul coproparazitologic cu absența ouălor de paraziți intestinali; serologia pentru *T. canis* IgG pozitivă (5,98), în creștere comparativ cu determinarea anterioară efectuată în ambulator (IgM negativ, IgG pozitiv = 1,482), sugerând toxocaroză, iar determinarea Ac anti-*Aspergillus* cu rezultat negativ a exclus suspiciunea de aspergiloză bronhopulmonară alergică, conducând la diagnosticul la externare: Toxocaroză pulmonară. Sindromul larva migrans forma majoră.

Se instituie tratament cu Albendazol 800mg/zi timp de 3 săptămâni și se recomandă reevaluare parazitologică după 1 lună, când aspectele clinice, radiologice, funcționale și biologice sunt normale.

După 12 luni de la stabilirea diagnosticului pacienta se prezintă din nou în ambulatorul de specialitate Slobozia, simptomatică respirator, iar radiografia pulmonară (Fig. 4) arată opacitate neomogenă subclaviculară dreaptă, cu margini imprecis delimitate, de intensitate submediastinală, cu Ac anti-toxocara canis IgG pozitivi – se reia tratamentul cu Albendazol 800 mg/zi timp de 3 săptămâni.



FIGURA 4

DISCUȚII ȘI CONCLUZII

Cazul de față se încadrează între acelea ale căror debut nu prezintă particularități sau să sugereze o anumită entitate clinică. Mai mult, un parțial caracter silențios al exprimării clinice orientează la început spre o etiologie bacilară sau chiar neoplazică. Investigarea cazului duce la reconsiderarea opțiunii diagnostice ca urmare a datelor care se referă la eozinofilie și a celor oferite de lavajul bronhioloalveolar. Cu deosebire investigațiile din urmă devin, în condițiile cazului de față, salutare. Desigur că examenul bacteriologic pentru BK precum și aspectele endoscopice au simplificat argumentele pentru excluderea tuberculozei și a neoplasmului pulmonar polarizând atenția spre alte dileme diagnostice. În final, completarea investigațiilor în profilul imunologic și parazitologic au putut preciza diagnosticul.

Măștile debutului în bolile parazitare pot întârzia diagnosticul, cu implicații imprecizabile pentru sănătate. Numai o investigație complexă clinică și paraclinică poate evita tergiversări diagnostice, formule de compromis cu tratamente inadecvate, insuficient de fundamentate de rezultatele investigațiilor.

Accesibilitatea și adresabilitatea la investigarea bacteriologică, bronhologică (inclusiv lavaj bronhioloalveolar) constituie o etapă obligatorie pentru eliminarea unor diagnostice la care practicianul este tentat să se oprească. Din fericire, în cazul de față, bolnava a beneficiat de investigații pneumologice performante.

BIBLIOGRAFIE

1. N. Nicolescu, D. Stanescu, E. Nicoara, T. Moisiu, V. Lazureanu, V. Musta, R. Laza – Aspecte clinico-evolutive în toxocaroză (prezentare de caz)
2. Guidelines for Veterinarians Prevention of Zoonotic Transmission of Ascarids and Hookworms of Dogs and Cats. <http://www.cdc.gov>
3. Simona Rădulescu – Parazitoze ale aparatului respirator - Pneumologia, Ed. Carol Davila, București, 2008
4. Carmen-Michaela Cretu – Toxocara Spp și toxocaroză umană – Ed. Carol Davila, București, 2002.