

A IMPORTÂNCIA DA ECOGRAFIA ABDOMINAL EM REUMATOLOGIA!

Anabela Barcelos*, Filomena Freitas**

O quisto hidático é causado pela forma larvar da ténia *Echinococcus granulosus* que atinge accidentalmente o homem através da ingestão de alimentos e água contaminados¹.

Esta zoonose é endémica em várias regiões do mundo, nomeadamente na mediterrânica, na qual se inclui Portugal Continental. Em várias publicações internacionais, o nosso País tem sido considerado hiperendémico no que respeita à equinococose-hidatidose² mas alguns estudos realizados mostraram que esta classificação epidemiológica só é válida para a região do Alentejo³⁻⁵.

Os quistos podem desenvolver-se em qualquer órgão do corpo humano, localizando-se preferencialmente no fígado (50-75%) e no pulmão (15-25%)⁶.

Neste trabalho será abordado apenas o quisto hidático do fígado.

A maioria dos quistos hidáticos do fígado são assintomáticos, descobertos acidentalmente aquando da realização de uma ecografia abdominal por outro motivo não relacionado com a doença. Contudo, num doente com dor localizada ao hipocô-

drio direito, queixas dispépticas e eventualmente icterícia, proveniente de zonas endémicas ou que tenha contacto com cães e gado bovino, este diagnóstico deve ser equacionado⁷.

O diagnóstico baseia-se na história epidemiológica, em testes imunológicos e exames imagiológicos (ecografia ou TAC)^{8,9}. O tratamento de eleição consiste na ressecção cirúrgica.

Os autores apresentam o caso de uma doente com Artrite Reumatóide com quisto hidático do fígado diagnosticado por ecografia abdominal realizada antes da introdução de metotrexato.

M.L.F.A.E. de 59 anos de idade, trabalhadora fabril, natural e residente em Aveiro, enviada à consulta de Reumatologia por poliartrite simétrica e aditiva envolvendo os punhos, pequenas articulações das mãos, joelhos e pés com cerca de um ano de evolução. Negava queixas sistémicas associadas, nomeadamente dores abdominais, alterações cutâneas, gastrointestinais ou urinárias. O estudo analítico apresentava elevação dos parâmetros de fase aguda (velocidade de sedimentação e proteína C reactiva), não se verificando outras alterações, nomeadamente da função hepática.



Figura 1. Ecografia abdominal - formação expansiva de conteúdo líquido no lobo direito do fígado com micro-sepção endoluminal.

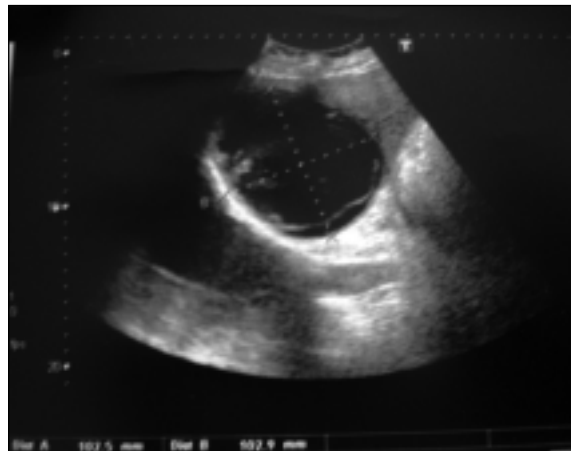


Figura 2. Ecografia abdominal - formação expansiva de conteúdo líquido no lobo direito do fígado com alguns ecos em suspensão.

*Serviço de Reumatologia, Hospital Infante D. Pedro, E.P.E – Aveiro

**Serviço de Infecçiology, Hospital Infante D. Pedro, E.P.E – Aveiro

Foi estabelecido o diagnóstico de Artrite Reumatóide e antes de iniciar o tratamento com metotrexato foram solicitados outros exames complementares, entre os quais a ecografia abdominal.

A ecografia abdominal revelou «...volumosa formação expansiva de conteúdo líquido com 122,8 mm de maior eixo no lobo direito do fígado, nos segmentos V e VI. Apresenta paredes regulares embora ligeiramente espessadas sobretudo a nível da vertente interna, com imagem de micro septação endoluminal, e ainda alguns ecos em suspensão» (Figuras 1 e 2).

A doente foi orientada para a consulta de Infecciologia onde foi diagnosticado quisto hidático do fígado. A evolução clínica foi favorável tendo sido submetida a intervenção cirúrgica e efectuado terapêutica com albendazol que teve que suspender por toxicidade hepática.

Este caso evidencia a importância da ecografia abdominal, antes da introdução de terapêutica imunossupressora, nos doentes com Artrite Reumatóide, mesmo sem sintomas e/ou alterações laboratoriais sugestivas de doença hepática.

Correspondência para

Anabela Barcelos
Serviço de Reumatologia
Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. – Aveiro
Av. Artur Ravara
3814-501 Aveiro
E-mail: anabela.barcelos@hdaveiro.min-saude.pt

Referências

1. Deutz A, Fuchs K, Auer H et al. Echinococcosis – An emerging disease in farmers. *N Eng J Med* 2000; 343: 738-739.
2. Morais J. The issue concerning diffusion of Echinococcosis/Hidatidosis in Portugal: the role of transhumance. *Archivos Internacionales de la Hidatidosis* 1997;XXXII:9-21.
3. David de Morais JA. A Hidatidologia em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 1998.
4. David de Morais JA. Estudo epidemiológico da Equinocose-Hidatidose no distrito de Évora: problemática metodológica. *Rev Port Doenç Infec* 1997;20:137-145.
5. David de Morais JA. Hidatidose Humana. Estudo Clínico-Epidemiológico no Distrito de Évora durante um Quarto de Século. *Acta Med Port* 2007; 20: 1-10.
6. Gomes NH, Renck DV, Cunha DE et al. Hidatidose do esterno e musculatura peitoral. *J Pneumol* 2001; 27: 223-226.
7. Menezes da Silva A, Caldeira J, Nunes JL. P.A.I.R. – Alternativa terapêutica do quisto hidático do fígado. *J Port Gastrenterol* 2001;8:113-120.
8. Perdomo R, Carbó A, Alvarez C, Monti J. Asymptomatic hepatic cystic echinococcosis (hydatidosis) diagnosed by ultrasonography. *Echinomed* 1995; 19: 2-3.
9. Caremani M, Benci A, Maestrini R et al. Abdominal cyst hydatid disease (CHD): classification of sonographic appearance and response to treatment. *J Clin Ultrasound* 1996; 24: 491-500.