

Oxiúros

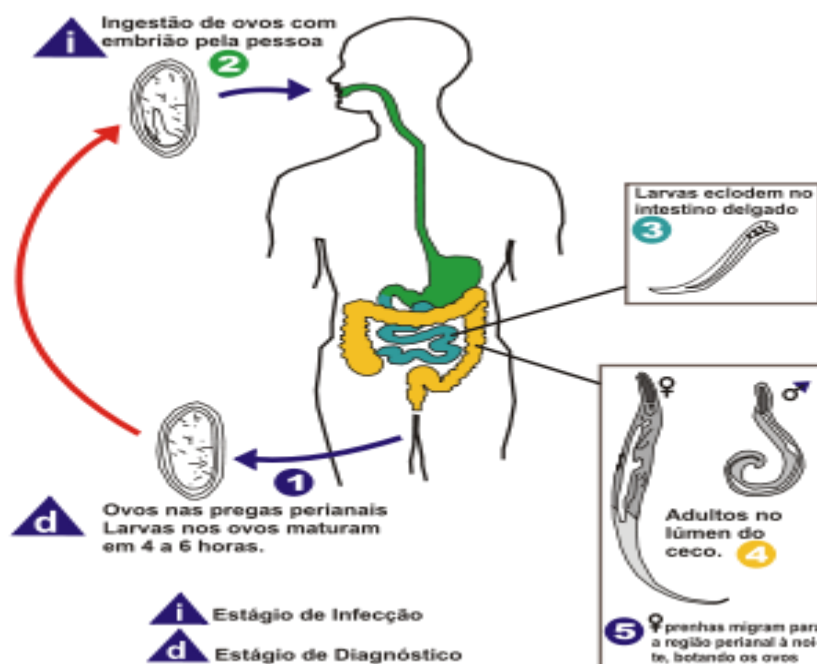
O **Oxiúros** (*Enterobius vermicularis*) é um verme nemátode com menos de 15 mm (machos) ou no máximo 1 cm (fêmeas) de comprimento, e que parasita o intestino dos mamíferos, principalmente primatas, incluindo o homem. É responsável pela oxiuriase.

Enterobíase/Enterobiose ou **Oxiurose/Oxiuriase** é o nome da infecção por oxiúros (*Enterobius vermicularis*), que são vermes nematódeos com menos de 15 mm de comprimento e que parasitam o intestino dos mamíferos, principalmente primatas, incluindo o homem. É a única parasitose que ainda é hoje comum nos países desenvolvidos, atingindo particularmente as crianças.

O Oxiúros é um verme nemátode pequeno e fusiforme. As fêmeas têm cerca de 1 centímetro e cauda longa, enquanto os machos apenas 3 milímetros.

Após deglutição dos ovos, as formas adultas formam-se no intestino. Aí macho e fêmea acasalam, guardando a fêmea os ovos fecundados. O macho morre após a cópula e é expulso junto com as fezes. A fêmea então migra para o cólon distal e para o recto. De noite a fêmea sai do recto passando pelo esfíncter e deposita os ovos na mucosa anal e pele perianal, do lado externo do corpo, voltando depois para dentro. Este processo é extremamente irritante porque o contrário da mucosa do intestino, mucosa anal e a pele são muito sensíveis, de forma consciente, e os movimentos da fêmea são percebidos pelo hóspede como prurido. As fêmeas põem mais de 10.000 ovos (40 micrómetros) que são lavados ou ficam agarrados à roupa interior, caem e misturam-se no pó, ou podem ainda ser levados pelas fezes. É comum em casos de diarreia ou fezes moles, saírem fêmeas adultas também com as fezes, que são visíveis movendo-se à superfície da água da **sanita**

Progressão e Sintomas





Ciclo de vida do *Enterobius vermicularis*.

Os vermes adultos vivem no intestino grosso e, após a cópula, o macho é eliminado. As fêmeas fecundadas não fazem oviposição no intestino e têm seu útero abarrotado com aproximadamente 11.000 ovos. Em um determinado momento o parasita se desprende do ceco e é arrastado para a região anal e perianal, onde se fixa e libera grande quantidade de ovos.

E *vermicularis* é o parasita de maior poder de infecção, pois seus ovos necessitam de apenas seis horas para se tornar infectantes.

Ao serem ingeridos, os ovos sofrem a acção do suco gástrico e duodenal, libertando as larvas que se dirigem ao ceco, onde se fixam e evoluem até o estágio adulto. A duração do ciclo é em média de 30 a 50 dias.

O sintoma característico da enterobíase é o prurido anal, que se exacerba no período noturno devido à movimentação do parasita pelo calor do leito, produzindo um quadro de irritabilidade e insónia.

Em relação às manifestações digestivas, a maioria dos pacientes apresenta náuseas, vômitos, dores abdominais em cólica, tenesmo e, mais raramente, evacuações sanguinolentas.

Nas mulheres, o verme pode migrar da região anal para a genital, ocasionando prurido vulvar, corrimento vaginal, eventualmente infecção do trato urinário, e até excitação sexual. Apesar da sintomatologia, não se verifica eosinofilia periférica e os níveis de IgE em patamares dentro da normalidade, com excepção de estudo de infecção massiva promovendo uma alta elevação de IgE sanguínea e contagem de eosinófilos.

Existem relatos de localização ectópica da patologia levando a quadros de apendicites, salpingites, granulomas peritoneais e perianais, doença inflamatória pélvica.

Diagnóstico e Tratamento

O método de escolha utilizado para o diagnóstico da enterobíase difere em relação às outras verminoses em geral. As técnicas habituais de demonstração de ovos de helmintos não apresentam positividade superior a 5% dos casos, uma vez que as fêmeas não fazem oviposição no intestino.

Como eleição emprega-se a técnica dos "swabs anais", também denominada de método da fita de celofane adesiva e transparente, ou da fita gomada, reportada por Graham. A outra técnica não habitual descrita na literatura é chamada de vaselina-parafina (VASPAR). Adopta-se como padrão da colheita do material o horário no período matutino, antes de o paciente defecar ou tomar um banho. Caso não seja possível tal procedimento, poderia se optar pela colecta após o paciente ter se deitado. Com estas técnicas, aumenta-se sensivelmente a positividade do achado dos ovos de *E. vermicularis* e, se realizado em dias consecutivos, com no mínimo três colectas, segundo consenso de expertos da Federação Latino-Americana de Parasitologia (FLAP).

O tratamento de escolha é o pamoato de pirantel na dose de 10 mg/kg em dose única, não ultrapassando 1g, por via oral, preferencialmente em jejum. Apresenta uma eficácia em torno de 80 a 100% de cura, com poucos efeitos adversos, tais como: cefaleia, tonturas e distúrbios gastrointestinais leves. Sugere-se na maioria dos casos a repetição do tratamento, aumentando assim a taxa de cura deste nematódeo intestinal.

Como terapia alternativa à participação dos benzi-midazólicos de uso em humanos, mebendazol e albendazol em dose única e repetição em 2 semanas. O mebendazol é administrado por via oral, 100 mg, independente da idade do paciente, apresentando eficácia de 90 a 100% de cura, com raros efeitos colaterais. O albendazol é receitado na dose de 400 mg, também independente da idade, e proporcionando taxa de cura também perto dos 100%. Náuseas, vômitos, diarreia, secura na boca e prurido cutâneo podem surgir após a ingestão, porém é raro o seu acometimento.

Prevenção

A higiene permite reduzir a probabilidade de contaminação, assim como a limpeza frequente dos quartos das crianças e sobretudo em zonas em que se acumula o pó como debaixo da mobília e por cima das portas. É preferível limpar com pano molhado de modo a não levantar pó que depois é inalado ao varrer. As roupas das crianças devem ser trocadas frequentemente, e as suas unhas cortadas de modo a não reter ovos se coçarem. Outro grande cuidado deve ser o banho diário e o lavar as mãos antes de qualquer refeição para evitar a reinfecção. Todos os materiais infectados ou em contacto com o corpo do doente (pijamas, roupa de cama, roupas íntimas) deve ser lavado com água morna (superior a 55 graus Celsius, por alguns segundos, é suficiente) e sabão diariamente. O uso da *lixívia* diluída em água (à razão de 1 parte para 3 de água) também serve para desinfetar brinquedos e roupas.

Infestação por oxiúros

A infestação por oxiúros é uma doença durante a qual o verme Enterobius vermicularis cresce e se reproduz dentro do intestino.

O parasita mais frequente entre as crianças que vivem em climas temperados é o Oxiúros e pelo menos 20 % de todas as crianças e 90 % das crianças que frequentam infantários ou outras instituições têm-no.

Causas

A infestação normalmente ocorre em duas fases. Os ovos, primeiro, são transferidos da área que rodeia o ânus (perianal) para as peças de vestuário, para a roupa da cama ou para os brinquedos. Depois, são transferidos, muitas vezes pelos dedos, para boca de outra criança, que os engole. Os ovos também podem ser inalados procedentes do ar e depois engolidos. As crianças podem tornar a ser infectadas com a passagem dos ovos da zona circundante do ânus para a boca.

Os oxiúros maturam na parte inferior do intestino entre 2 e 6 semanas. O verme fêmea move-se para a área perianal, normalmente à noite, para depositar os ovos dentro das pregas cutâneas do ânus da criança. Os ovos são depositados junto a uma substância pegajosa e gelatinosa. Esta substância e os movimentos do Oxiúros mãe provocam a intensa comichão (prurido) local.

Os ovos podem sobreviver fora do corpo até 3 semanas à temperatura ambiente normal. No entanto, no ânus podem abrir-se rapidamente e as jovens lombrigas podem retroceder novamente para o recto e chegar ao intestino inferior.

Sintomas

A maioria das crianças com oxiúros não tem sintomas. Algumas crianças, no entanto, têm comichão à volta do ânus e coçam-se continuamente. A pele que rodeia o ânus pode estar irritada. Nas meninas, a infecção por oxiúros pode provocar comichão vaginal e irritação. A dor abdominal, a insónia, as convulsões e outras consequências não comprovadas têm sido erradamente atribuídas à infecção por oxiúros. Em casos excepcionais, pode ser provocada apendicite devido ao facto de os vermes bloquearem o apêndice.

Diagnóstico

O diagnóstico da infecção por oxiúros faz-se a partir da identificação dos vermes. O melhor resultado obtém-se ao examinar o ânus da criança ao fim de uma ou duas horas a coçar-se durante a noite. Os vermes são brancos e têm pêlos finos, mas movem-se e são visíveis à vista desarmada. Os ovos ou os vermes podem ser recolhidos batendo suavemente sobre as pregas cutâneas que rodeiam o ânus com o lado adesivo de uma fita transparente de manhã cedo, antes de a criança acordar. Depois dobra-se a fita de forma que a amostra fique dentro e leva-se ao médico. Os ovos e os vermes que se encontrarem colados à fita podem ser

identificados ao microscópio.

Prognóstico e tratamento

Normalmente, não se requer tratamento. O parasita não costuma provocar dano e é muito frequente em crianças. No entanto, a maioria dos pais preocupa-se muito com a ideia de uma infecção por vermes e geralmente querem livrar os seus filhos dos mesmos. Uma única dose de mebendazol ou pirantel cura aproximadamente 90 % dos casos. Todos os membros da família devem tomar o medicamento porque a reinfecção pode passar de um membro da família para outro. Pode-se aliviar a comichão com cremes ou unguentos aplicando-os directamente sobre a área perianal duas ou três vezes por dia.

Apesar da terapia com medicamentos, a reinfecção é frequente depois do tratamento porque continuam a ser excretados ovos pelas fezes até uma semana depois do tratamento. As peças de vestuário, a roupa da cama e os brinquedos devem ser frequentemente lavados à máquina para eliminar qualquer ovo que contenham.