

FIBROSE PERI-INTESTINAL ESQUISTOSSOMÓTICA

ZILTON A. ANDRADE — IVANYR SPEZIA MELO

RESUMO

Uma fibrose peri-intestinal (peri-retal e peri-colônica) formando uma massa endurecida nas paredes laterais e posterior do intestino e causada pela deposição de ovos do *S. mansoni* é descrita em 19 casos necropsiados com esquistossomose avançada e hipertensão portal. Por vezes a fibrose peri-intestinal se estendia pelo retro-peritoneo. Pela consistência dos seus aspectos macro e microscópicos e pela sua frequência a lesão de fibrose peri-intestinal segmentar esquistossomótica é aqui considerada como mais um componente do quadro anatômico da doença.

O presente trabalho descreve uma lesão de espessamento fibroso do tecido adiposo peri-intestinal (peri-retal e peri-colônico), associado com a deposição de grande quantidade de ovos do *Schistosoma mansoni*. A lesão parece ser suficientemente frequente e consistente nos seus aspectos macro e microscópicos para ser considerada como mais uma manifestação da esquistossomose humana. Não é propriamente uma lesão pseudo-neoplásica, pois di-

ficilmente poderia ser confundida com uma neoplasia, pelo menos do ponto de vista clínico. Há a possibilidade da lesão ter sido descrita antes, através do que Lobo⁵ considerou clinicamente como "Corda cólica esquistossomótica". Aqui todavia daremos as suas principais características clínico-patológicas e tentaremos uma interpretação da sua patogenia e significado.

MATERIAL E MÉTODOS

Dos arquivos do Serviço de Anatomia Patológica foram selecionados 19 casos de necropsias nos quais havia a presença de fibrose peri-intestinal nítida associada com esquistossomose avançada (cerca de 15% de todos os casos desta forma da doença). Foram tabulados os dados clínicos referentes a estes casos e revisadas as descrições macroscópicas. Em todos os casos o exame das secções histológicas foi repetido e foram feitas em casos especiais novas técnicas de coloração: hematoxilina e eosina, tricrômico de Masson, reticulina de Gomori e

— Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Prof. Edgard Santos, Universidade Federal da Bahia. Salvador - Bahia

— Trabalho realizado com auxílio do CNPq (Plano Integrado de Esquistossomose) Nº. 10.102/73

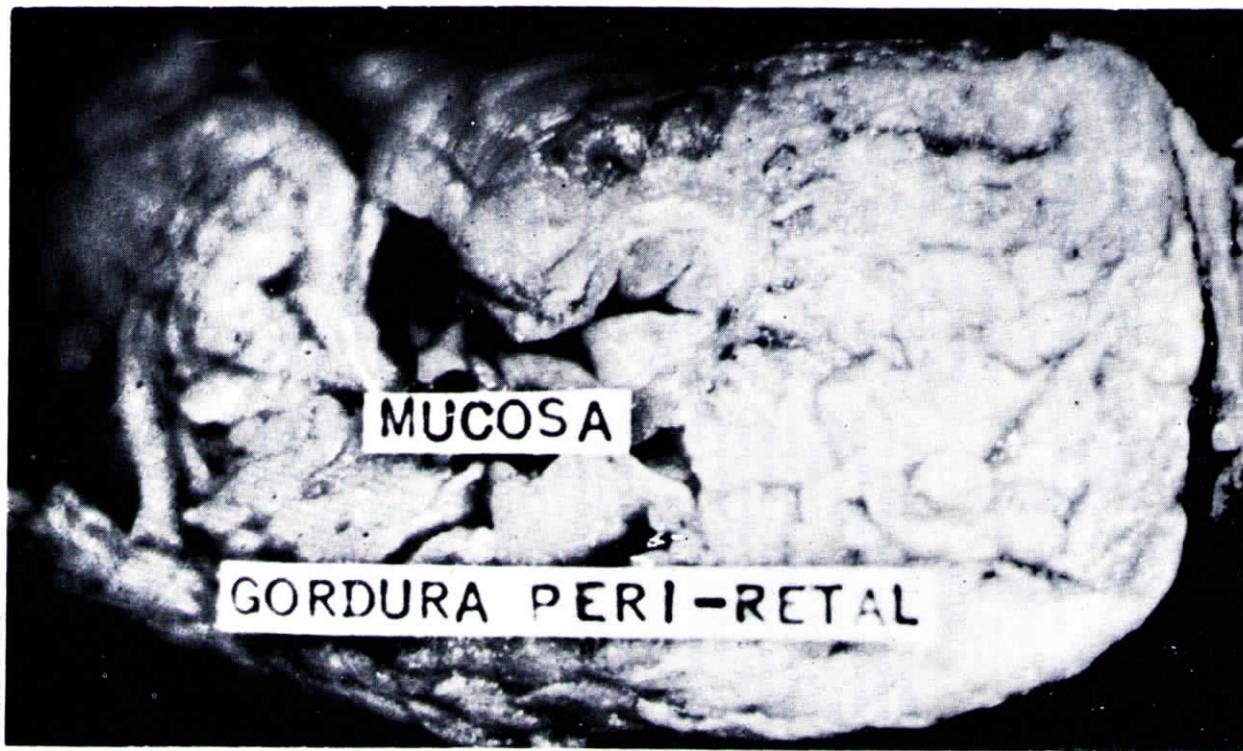


Fig. 1 — Aspecto da secção transversal da parede do reto. Nota-se que a gordura peri-retal é abundante e sulcada por septos fibrosos.

o Weigert-Van Gieson para fibras elásticas e colágenas.

RESULTADOS

A distribuição por sexos e grupos etários referentes aos 19 casos estudados aparece na Tabela 1. A Tabela 2 mostra a distribuição da lesão de acordo com os vários segmentos intestinais.

A lesão em estudo consiste num espessamento fibroso do tecido adiposo situado em torno de porções do grosso intestino, mais comumente no reto. O espessamento não se faz na porção anterior do intestino, a qual se mostra lisa e brilhante, mas sim nas porções laterais e posterior. A área espessada pode variar de 18 x 12 x 9 cms nas maiores dimensões até 7, 5 x 6 x 4 cm. A lesão não tem limites nítidos e muitas vezes contrai firmes aderências com a parede abdominal ou com os tecidos retro-peritoneais. Por vezes o tecido fibroso, ou fibro-adiposo, se estende bem além dos limites peri-intestinais, comprometendo a região retro-peritoneal. Em um caso, o tecido peri-intestinal se estendia e envolvia a trompa e o ovário direitos; em outro caso, o meso-apêndice aparecia envolvido. Em ainda um outro caso, teve-se a impressão que o tecido fibroso peri-intestinal se continuava insensivelmente com uma fibrose retro-peritoneal (sem envolvimento dos uretérios), se estendendo numa fibrose peripancreática e que chegava a atingir as estruturas do hígado hepático.

O que chama inicialmente a atenção para a lesão durante o es-

tudo necroscópico é a sua consistência bem firme, muito mais do que a sua coloração, que pode permanecer amarelada semelhante ao tecido adiposo normal. Isto denota a existência de uma fibrose fina, embora intensa e difusa. Ao ser seccionada, a área endurecida se apresenta como exclusivamente peri-intestinal (Fig. 1).

Microscopicamente, a correlação com a esquistossomose é bem evidente. Há desde lesões relativamente recentes com grande número de ovos viáveis disseminados pelo tecido adiposo e acompanhados por reações granulomatosas extensas, com componente exsudativo de leucócitos polimorfonucleares eosinófilos e presença de necrose periovular, até a substituição de densa fibrose, com alguns ovos calcificados esparsos. Além das reações periovulares, ainda se notam focos de infiltração celular, com predominância linfocitária ou linfo-histocitária, focos de atrofia e de fibroses incipiente envolvendo células adiposas, difusa fibrose septal fina e ramificada, ao lado de largos septos fibrosos e lesões vasculares. Estas últimas aparecem representadas por espessamentos fibrosos focais da íntima (fig. 2), fleboesclerose, além de trombose com organização e re-canalização. Também a presença de vermes acasalados no interior de veias pode ser notada em alguns casos. Estas veias geralmente no mostram alterações. Em um caso, se processou uma intensa reação necrótica exsudativa em torno de um vaso contendo restos de vermes em desintegração. Em nenhum

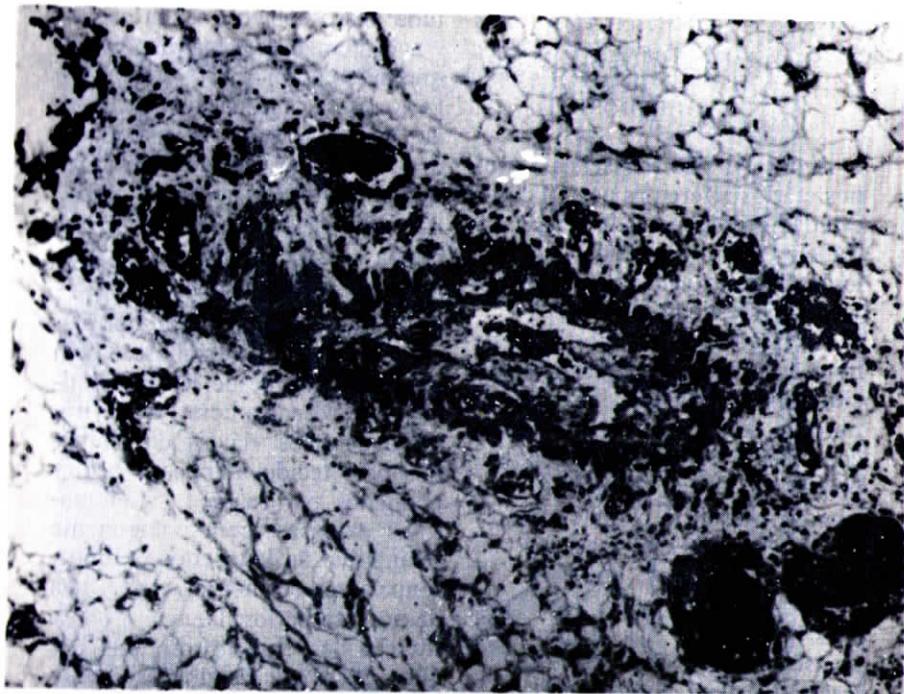


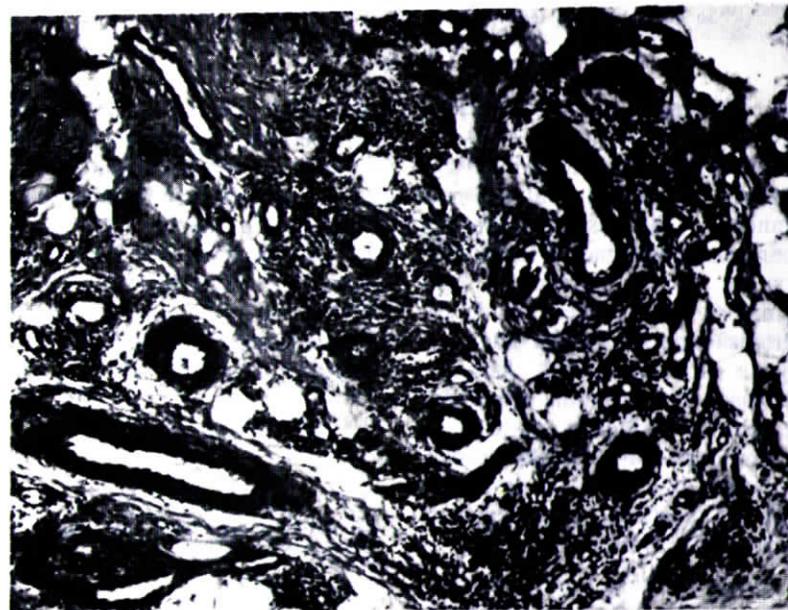
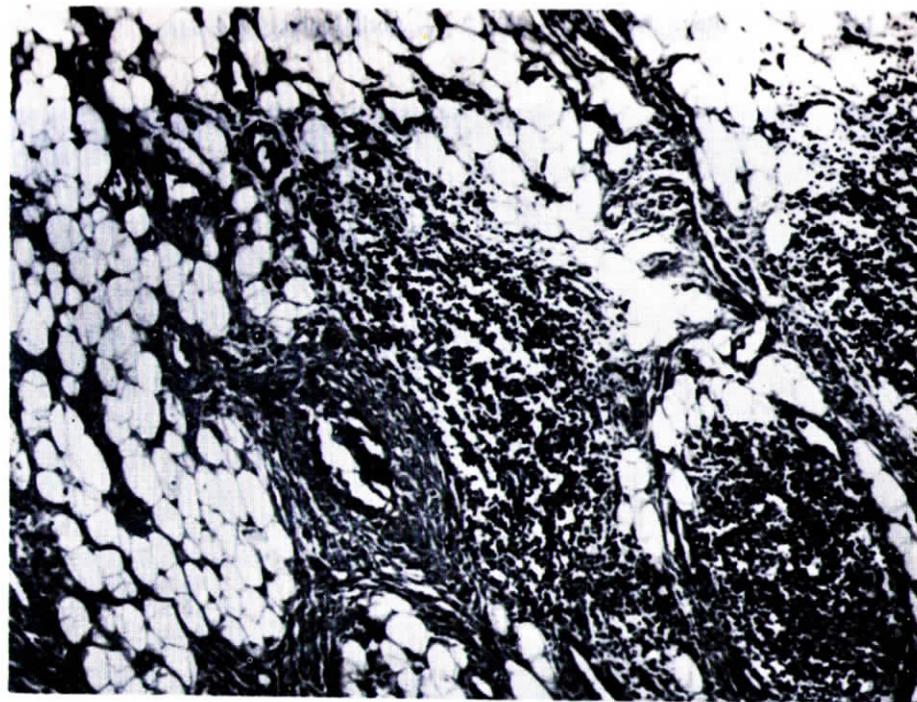
Fig. 2 — Veia do tecido adiposo peri-colônico exibindo espessamentos fibrosos focais da íntima H. & E. 120X.

caso foi possível se detectar evidência de “necrose de gordura”, não existindo liquefação do tecido adiposo associada com focos de calcificação e reação gigante-celular. Há geralmente um processo inflamatório crônico inespecífico, com células linfo-histiocitárias e plasmócitos infiltrando os septos fibrosos. Este processo era por vezes bem intenso (fig. 3) podendo ocorrer acúmulos focais de linfócitos, que simulam estrutura linfóide. O tecido lesado aparece geralmente bem vascularizado,

mas as artérias e arteríolas se mostram com estrutura conservada. A trama reticular se mostra com muitos focos de espessamento, havendo áreas de colapso, com as fibrilas apresentando características de transição com as fibras pré-colágenas e colágenas. Nas lesões mais antigas, com áreas de densa fibrose e hialinização e focos de infiltração linfocitária substituindo quase todo o tecido adiposo, surge uma proeminente vascularização (fig. 4), com muitos vasos de paredes espessa-

Fig. 3 — Densos infiltrados linfocitários e septos fibrosos no tecido adiposo peri-colônico H. & E. 120X.

Fig. 4 — Densa fibrose, infiltração mononuclear e rica vascularização nos tecidos peri-intestinais. Tricrômico de Masson. 120X.



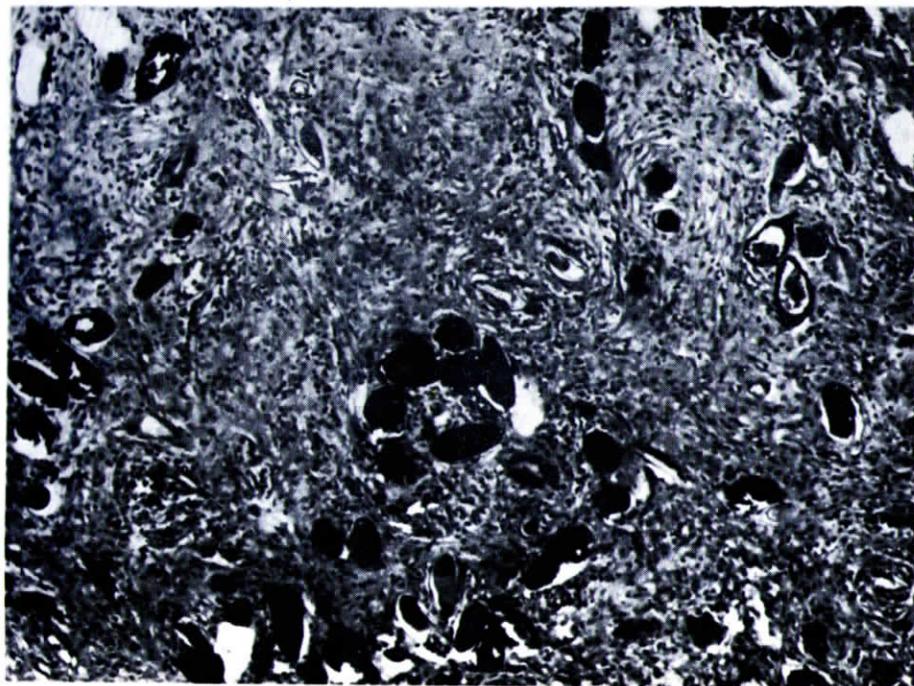


Fig. 5 — Presença de vários ovos calcificados do *S. mansoni* no seio de denso tecido fibroso que substituiu o tecido adiposo pericolônico. H. & E. 150X.

das, fibrosadas e com dilatação da luz.

Todos os casos aqui incluídos estavam associados com a forma avançada da esquistossomose, aparecendo no fígado a lesão clássica de fibrose peri-portal tipo Symmers, com evidências de hipertensão portal (varizes de esôfago e esplenomegalia). Em cinco casos havia ainda alterações de arterite pulmonar esquistossomótica com **cor-pulmonale** crônico, sendo que em dois destes foi também registrado a presença de glomerulo-nefrite crônica.

Havia um caso com alterações cardíacas da fibrose endomiocár-

dica. Em apenas um único caso as alterações hepáticas não eram aquelas da esquistossomose avançada e sim da cirrose hepática de tipo multilobular ou pós-necrótica. Neste caso, as lesões peri-intestinais mostravam uma considerável concentração de ovos do *S. mansoni*, muitos calcificados e outros viáveis (fig. 5).

COMENTÁRIOS

O espessamento fibroso peri-intestinal parece ser uma manifestação relativamente frequente na esquistossomose avançada. Tal espessamento é seguramente resul-

tante da deposição de grande quantidade de ovos do *S. mansoni* no tecido adiposo peri-intestinal. Daí resultam reações granulomatosas que evoluem para o estado cicatricial. Há também lesões vasculares obstrutivas associadas, que por mecanismo isquêmico podem por sua vez determinar lesões, que aparentemente evoluem para a fibrose septal. Há ainda em alguns casos grandes acúmulos de linfócitos e inflamação crônica difusa inespecífica que sugerem a participação de fatores mais complexos, talvez com base imunológica. A hidrólise da gordura (“necrose de gor-

dura”) que teoricamente deveria ter um papel saliente durante a substituição fibrosa inflamatória do tecido adiposo, não foi histologicamente evidente no presente material.

A grande concentração de ovos nos tecidos peri-intestinais, bem como a documentação de vermes adultos nas veias destes tecidos, indicam a existência de uma postura local. Kloetzel⁴ sugere que quando há destruição de muitos vasos na mucosa intestinal pela deposição ovular, criam-se conexões vasculares anômalas que podem resultar num desvio do sangue, e conseqüentemente dos ver-

TABELA 1

Distribuição por grupos etários e sexos em 19 casos com fibrose peri-intestinal esquistossomótica observada em necrópsias.

SEXOS	Grupos Etários (Anos)						TOTAL
	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	+60	
MASCULINO	2	5	0	1	3	1	12
FEMININO	4	0	2	0	1	0	7
TOTAL	6	5	2	1	4	1	19

Paciente mais jovem: 12 anos

Paciente mais idoso: 70 anos.

TABELA 2

Localização do espessamento fibro adiposo em 19 casos de fibrose peri-intestinal esquistossomótica

Segmento Intestinal	Nº. Vêzes
Cecum	8
Colon Ascendente	3
Colon Descendente	6
Sigmóide	9
Reto	11

mes, da mucosa e sub mucosa para a subserosa intestinal. Esta idéia é compatível com os achados em vários casos das chamadas lesões pseudo-neoplásicas intestinais da esquistossomose (1; 2; 5) em que, além do espessamento peri-intestinal, há estenose ou projeções polipóides da mucosa ou submucosa. Nos casos do presente estudo, a mucosa, bem como as várias outras camadas intestinais, se mostram relativamente poupadas pelas lesões parasitárias. Daí resulta que, embora uma massa palpável e dura possa ser encontrada no abdomen ("corda cólica") não há distúrbios do trânsito intestinal, como acontece nas formas pseudo-neoplásicas clássicas. Parece que a existência de hipertensão portal é um fator importante para desviar os vermes e os ovos do *S. mansoni* para os tecidos peri-intestinais. O denso parasitismo também parece ser importante, a julgar pela maioria absoluta dos nossos casos. Todavia, em um deles, em que a condição básica era uma cirrose hepática, o parasitismo pelo *S. mansoni* não parecia ser muito intenso, embora houvesse uma grande concentração local peri-intestinal de ovos do parasito.

Em alguns de nossos casos, a fibrose peri-retal se estendia de maneira difusa pelo retro-peritoneo. Este comprometimento fibroso retro-peritoneal já foi devidamente registrado na esquistossomose, entre outros por Bicalho², Bogliolo³, Koppish⁵ e Pons⁶. A lesão deve ao nosso ver ser entendida com a mesma significa-

ção do espessamento peri-colônico.

A importância da fibrose peri-intestinal que ora descrevemos nos parece basicamente anatômica e deve ser catalogada como mais um aspecto da anatomia patológica da esquistossomose avançada. Todavia, quando uma massa endurecida foi palpada clinicamente no trajeto do colon, num esquistossomótico sem manifestações oclusivas intestinais, a possibilidade desta lesão deve ser levada em conta. Durante o ato cirúrgico a lesão peri-intestinal poderá também ser encontrada e reconhecida. Além de oferecer considerável dificuldade para a dissecação, uma vez que há densas aderências fibrosas com a parede abdominal, tal lesão não deve causar maiores preocupações, uma vez que não comprometendo as camadas e a luz intestinais, deve exibir um componente funcional mínimo ou nulo.

SUMMARY

Peri-intestinal fibrosis involving segments of the colon or rectum and sometimes extending to retro-peritoneal tissues, presenting as a hard mass in the lateral and posterior aspects of the gut, and caused by local heavy deposition of *Schistosoma mansoni* ova is described in 19 necropsies performed on subjects with advanced schistosomiasis with portal hypertension. Since the morphological appearance of the lesion was well defined in every case and its incidence was frequent, this schistosomal segmental peri-intestinal fibrosis is herein described as a new component of the pathological picture of advanced schistosomiasis.

REFERÊNCIAS

- 1 — ANDRADE, Z.A. & RODRIGUES, G. — Manifestações pseudo-neoplásicas da esquistossomose intestinal. Arq. Bras. Med. 44: 437-444, 1954.
- 2 — BICALHO, S.A. — Sobre as neoformações conjuntivo-hiperplásticas, pseudo-tumorais, na esquistossomose mansoni. G.E.N. 19: 257-271, 1965.
- 3 — BOGLIOLO, L. — Patologia. Rev. Bras. Malariol. & Doen. Trop. 11: 359-424, 1959.
- 4 — KLOETZEL, K. — Tissue reactions to *Schistosoma mansoni* ova. III — Micro-circulation in the intestine of infected mice, as studied by injection of contrast material. Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo 13: 51-56, 1971.
- 5 — LOBO, R. — Do colo sigmóide da esquistossomose de Manson — Pirajá da Silva. Publ. Méd. 18: 1-3, 1974.
- 6 — KOPPISH, E. — Estudios sobre la esquistossomiasis de Manson in Puerto Rico. VI — Anatomia patologica observada entre la población puertorriqueña. Puerto Rico J. Publ. Health & Trop. Med. 16: 456-500, 1941.