

---

## CISTICERCOSE EM LÍNGUA:

---

### RELATO DE CASO

---

---

---

*Edson Santos Ferreira Filho<sup>1</sup>, Felipe Melo Nogueira<sup>1</sup>, Carlos Henrique Rabelo Arnaud<sup>2</sup>, Adolfo Batista de Sousa Moreira<sup>3</sup>, Lianna Martha Soares Mendes<sup>4</sup>, Edinaldo Gonçalves de Miranda<sup>2e3</sup> e Adriano Pádua Reis<sup>2e3</sup>*

#### RESUMO

A cisticercose é uma doença causada pelo parasitismo da larva da tênia do porco (*Cysticercus cellulosae*) em tecidos humanos. É mais comum no cérebro, tecido subcutâneo, músculos e olhos. Relatamos aqui uma apresentação rara desta doença na margem lateral esquerda da língua, com diagnóstico histopatológico em biópsia excisional e retirada total da lesão. A criança acometida tinha 7 anos de idade, era do sexo masculino e previamente hígida.

DESCRITORES: Cisticercose; doenças da língua; *Taenia solium*.

#### ABSTRACT

Tongue cysticercosis: Case report

Cysticercosis is a parasitic disease caused by the larva (*Cysticercus cellulosae*) of pork tapeworm. It is more common in the brain, subcutaneous tissue, muscles and eyes. We report a rare presentation of this disease, affecting a previously healthy 7-year-old boy, in left lateral margin of the tongue, which was histopathologically diagnosed and surgically treated.

KEYWORDS: Cysticercosis; tongue diseases; *Taenia solium*.

- 
- 1 Universidade Federal do Piauí (UFPI)
  - 2 Hospital Infantil Lucídio Portella
  - 3 Universidade Estadual do Piauí
  - 4 Universidade Federal do Piauí

Endereço para correspondência: Edson Santos Ferreira Filho, Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Piauí, Av. Frei Serafim, 2280, CEP: 64000-020 Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: esfilho@hotmail.com

Recebido para publicação em: 15/4/2013. Revisto em: 22/9/2013. Aceito em: 29/9/2013.

## INTRODUÇÃO

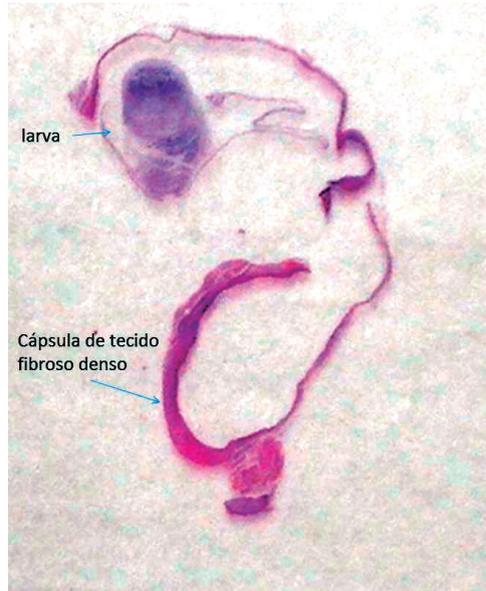
A cisticercose é uma infecção parasitária causada pelo estágio larval da *Taenia solium* e constitui um importante problema de saúde pública por ser uma das helmintíases mais comuns no mundo (2). No homem, os sítios mais comumente afetados são os músculos esqueléticos, o tecido subcutâneo e o cérebro. O envolvimento do sistema nervoso central causa sintomas graves e pode ser fatal. Embora o envolvimento oral seja comum em suínos, é raro em humanos (8).

Relatamos aqui uma apresentação rara desta doença acometendo a língua de uma criança previamente hígida, do sexo masculino, com diagnóstico histopatológico e êxito terapêutico após excisão cirúrgica.

## RELATO DE CASO

O paciente, com 7 anos de idade, sexo masculino, pardo, procedente da zona rural de Altos-PI, procurou o serviço médico com queixa de “bolinha na língua”. A mãe referia o aparecimento, há três anos, de lesão cística na região inferior esquerda da língua, isocromática em relação aos tecidos adjacentes, de crescimento progressivo, que migrou gradualmente para a região superior esquerda, sem dor ou outros sinais flogísticos, sem repercussões sobre a fonação ou deglutição, mas implicando discreto incômodo durante a mastigação de alimentos de consistência sólida. Negava quaisquer outras queixas nem mesmo crises convulsivas ou outras manifestações neurológicas. A criança nasceu de parto vaginal de mãe primigesta, sem intercorrências gravídico-puerperais. Morava em casa de taipa, coberta de palha, chão de “terra batida”, com banheiro externo. Foi relatada geofagia até os 4 anos de idade na forma autorresolutiva. Havia história familiar de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, além de caso único de helmintíase icterogênica em uma prima. Quanto à história alimentar, foi relatado aleitamento materno até 2 anos, exclusivo até 6 meses de idade; fazia cerca de seis refeições por dia, com ingestão frequente de frutas de cultivo local, mas pouco consumo de vegetais folhosos. O exame físico revelou um paciente em bom estado geral, eutrófico, normocorado, anictérico, afebril, eupneico. O exame da boca evidenciou lesão exofítica, com dimensões aproximadas de 2,0 x 1,0 cm na margem lateral esquerda da língua. Aventada a hipótese diagnóstica de papiloma de língua, procedemos à excisão cirúrgica da lesão, sendo o material enviado para estudo histopatológico. No contexto da macroscopia, observamos formação cística de tecido medindo 1,5 x 1,0 x 0,9 cm, exibindo superfície externa pardacenta e lisa e superfície de corte com cavidade cística unilocular, contendo líquido e formação sólida brancacenta. Vistos com os recursos da microscopia, os cortes histológicos eram constituídos por vesícula arredondada, de parede fina, contendo escólex invaginado. A impressão diagnóstica foi de Cisticercose (*Taenia solium*) em língua com ausência de malignidade (Figuras 1 a 4). Estabelecido o diagnóstico, ampliamos a

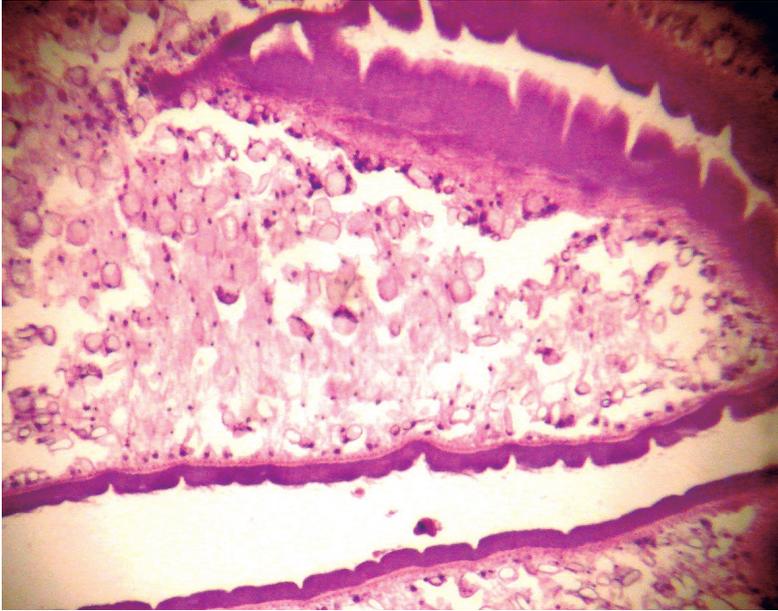
investigação propedêutica solicitando sorologias para HIV, hepatites B e C, VDRL, todas negativas, e tomografia de crânio, com resultado dentro da normalidade. O seguimento pós-operatório se deu sem intercorrências.



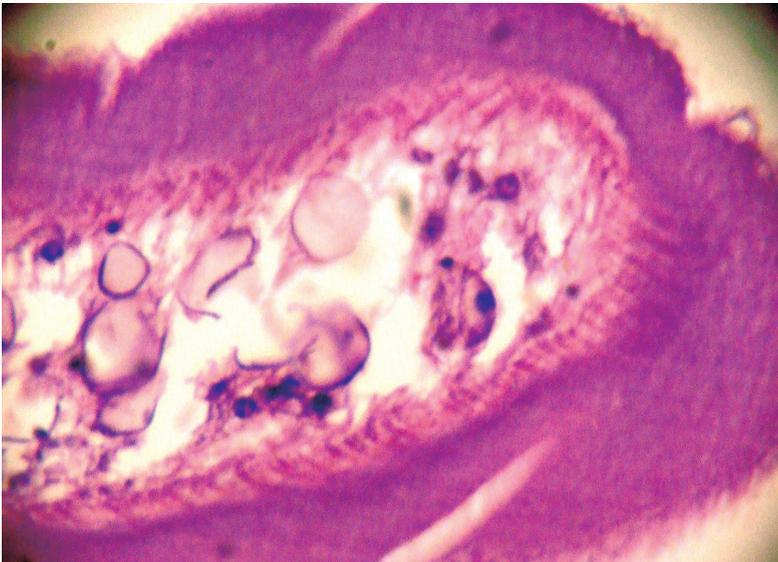
*Figura 1.* Fotografia da lâmina a olho nu: Larva envolta por cápsula de tecido fibroso denso.



*Figura 2.* Fotomicrografia 04x10: Pregas do colo da larva.



*Figura 3.* Fotomicrografia 10x10: Membrana da larva com microvilos na parte externa.



*Figura 4.* Fotomicrografia 40x40: Membrana da larva com microvilos na parte externa.

## DISCUSSÃO

Embora a cavidade bucal seja um local raro para a incidência de cisticercose, a mucosa oral, os lábios, a gengiva e a língua podem ser afetados por lesões solitárias ou múltiplas (2). A cisticercose lingual é afecção rara e usualmente não considerada no diagnóstico diferencial de uma tumefação isolada em língua, portanto representa um dilema diagnóstico para os clínicos (8).

*Taenia solium* é um cestóide hermafrodita que habita o intestino delgado humano de indivíduos que ingeriram carne de porco crua ou mal cozida infectada com as suas larvas viáveis (cisticercos). O escólex da larva se evagina do cisto dentro do intestino delgado e se prende à parede do intestino. Depois de três meses, a tênia adulta está formada, com numerosas proglotes, que são destacadas da extremidade distal do verme e eliminadas com as fezes. Cada proglote contém 50.000 a 60.000 ovos férteis, que podem permanecer viáveis por muito tempo na água, no solo e na vegetação. A cisticercose se desenvolve quando os ovos são ingeridos por seres humanos e suínos (hospedeiros intermediários), e as oncosferas (embriões), libertadas pela ação do ácido gástrico e dos fluidos intestinais, atravessam ativamente a parede intestinal e entram na corrente sanguínea e se encistam nos tecidos e órgãos, onde formam vesículas larvais ou cisticercos (denominados *Cysticercus cellulosae*). Nos seres humanos, essa parasitose, potencialmente fatal, ocorre principalmente como resultado da ingestão de alimentos contaminados ou de água potável contaminada, mas também pode se desenvolver por contaminação fecal-oral em portadores do parasito (3). O caso aqui relatado refere-se a uma criança proveniente da zona rural, que morava em casa de taipa, coberta de palha, chão arenoso e banheiro externo à casa. Tal ambiente constitui um panorama nitidamente propício ao desenvolvimento de helmintíases, de modo geral, e possibilita à criança a ingestão dos ovos da tênia por causa da higiene precária e do contato – direto ou indireto – com suínos e seus dejetos.

A cisticercose infecta mais frequentemente os músculos esqueléticos, o tecido subcutâneo, o cérebro e o tecido ocular (8). Na boca, os locais mais acometidos são a língua, a mucosa labial ou bucal e o assoalho da boca (13). Na língua, há ampla distribuição entre as porções dorsal, ventral, lateral e anterior, com predomínio no dorso (3). Em nosso levantamento bibliográfico, houve predomínio de lesões nas porções dorsal (30%) e lateral (30%) da língua, em relação às porções anterior (20%) e ventral (20%) (2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15). No caso descrito, a lesão se manifestava na região lateral esquerda da língua, conferindo alguma peculiaridade no que diz respeito à localização da lesão.

Epidemiologicamente, não há descrição de predomínio por faixa etária ou gênero. Na casuística de nosso levantamento bibliográfico, encontramos 21 pacientes diagnosticados com cisticercose em língua, dentre os quais 10 do sexo feminino e 11 do sexo masculino; com idade média de  $36,2 \pm 17,4$  anos, variando de 10 a 67 anos; havendo três casos com mais de uma lesão na própria língua (1, 2,

3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15). O paciente aqui relatado era do sexo masculino e tinha 7 anos de idade no momento do diagnóstico, mas a lesão foi notada aos 4 anos de idade: é o caso de paciente com cisticercose em língua mais jovem em nossa revisão de literatura.

Do ponto de vista clínico, a queixa mais comum dos pacientes é o inchaço. A dor não é uma característica frequente, a menos que haja infecção secundária. A maioria das apresentações orais se dá na forma de edemas moles, indolores e bem circunscritos, que podem mimetizar lesões flutuantes como mucocelos (13). Nos casos relatados, a maioria era, à exceção do inchaço na língua, assintomática (3, 15, 12, 11, 9, 6); apenas dois pacientes referiam dor local importante (10), um terceiro relatou sialorreia e sangramento gengival ao escovar os dentes (2) e outro, desconforto durante a alimentação (8). No caso ora relatado, a única queixa era um discreto incômodo durante a mastigação de alimentos de consistência sólida, porém sem dor ou outros sinais flogísticos e sem repercussões sobre a fonação ou deglutição.

Clinicamente, os diagnósticos diferenciais dependem do local envolvido e incluem cistos de retenção, lipomas, fibromas, neurofibromas e mucocelos (13). Outros autores afirmam que devem estar incluídas as hipóteses de fibroma, granuloma piogênico, mioblastoma de células granulares ou rabdomioma, mas não lipoma ou hemangioma (4). Há ainda quem tenha suspeitado de lipoma, cisto, tumor de células granulares ou rânula (15). Em relação ao paciente do presente relato, a hipótese diagnóstica pré-operatória era de papiloma de língua, uma neoplasia benigna de origem epitelial.

O diagnóstico é confirmado pelo exame macroscópico do cisto, que evidencia a presença do escólex. O exame do escólex esmagado entre lâmina e lamínula revela os acúleos típicos da larva. Radiografias do crânio e dos tecidos moles podem revelar cisticercos calcificados. Pode ocorrer eosinofilia em fase invasiva (8). A ultrassonografia não é amplamente utilizada no diagnóstico; no entanto, com o advento da ecografia de alta resolução, ela pode ser usada livremente para o diagnóstico de cisticercose muscular (15). O diagnóstico pré-operatório pode ser feito ainda por meio de citologia aspirativa por agulha fina (4). Exames sorológicos podem ser utilizados (ELISA, principalmente), mas têm sensibilidade e especificidade limitadas. No entanto, a excisão cirúrgica seguida por análise histopatológica é um meio geralmente empregado de diagnóstico e tratamento (2). No presente caso, a citologia aspirativa por agulha fina não foi utilizada, mesmo porque o nódulo foi provisoriamente diagnosticado como papiloma, cuja excisão cirúrgica foi programada. Por meio de microscopia foi visualizada vesícula arredondada, de parede fina, contendo escólex invaginado, portanto estabelecemos o diagnóstico definitivo de cisticercose.

O tratamento depende dos sintomas e da acessibilidade da lesão. Neurocisticercose e cistos múltiplos são tratados com drogas como praziquantel e albendazol. O tratamento de escolha na lesão solitária acessível é a excisão cirúrgica (8). Cisticercos orais são geralmente fáceis de remover e o prognóstico é bom. Em

todos os casos, a excisão cirúrgica simples parece ser suficiente para assegurar a remoção completa das lesões sem complicações pós-operatórias. Em contraste com a gravidade da doença em sítios ocular, cerebral ou cardíaco, lesões orais são geralmente bem toleradas. No entanto, é importante conduzir uma avaliação pormenorizada em cada caso para excluir a presença do parasito em outros locais (3). Diante disso, foi realizada uma tomografia de crânio na criança, sem achados anormais; ademais, não houve achado sorológico de comorbidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cisticercose em cavidade oral é infrequente e seu diagnóstico clínico é difícil. É importante considerá-la no diagnóstico diferencial de lesões nodulares solitárias na boca. A cisticercose ainda é, sobretudo nos países subdesenvolvidos, um problema de saúde pública. O relato de um caso atípico de cisticercose corrobora a ideia de que a grande variedade de apresentações representa um número ainda maior de casos da doença.

## REFERÊNCIAS

1. Agrawal R. Soft tissue cysticercosis: study of 21 cases. *J Clin Diagn Res* 10: 1669-1671, 2012.
2. Alves APNN, Nogueira TNAG, Teixeira MJ, Costa FWG, Sousa FB. Tapeworm infection in the tongue. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 53: 299-300, 2011.
3. Delgado-Azañero WA, Mosqueda-Taylor A, Carlos-Bregni R, Del Muro-Delgado R, Díaz-Franco MA, Contreras-Vidaurre E. Oral cysticercosis: a collaborative study of 16 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod?* 103: 528-533, 2007.
4. Deshmukh A, Avadhani A, Tupkari J, Sardar M. Cysticercosis of the upper lip. *J Oral Maxillofac Pathol* 15: 219-222, 2011.
5. Elias FM, Martins MT, Foronda R, Jorge WA, Araújo NS. Oral cysticercosis: case report and review of the literature. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 47: 95-98, 2005.
6. Gupta DS, Goyal AK, Tandon PN, Jurel SK, Srivastava S, Dangi UR, Singh S, Jain R. Plathelminthes in tongue—a rare case and review. *J Oral Maxillofac Surg* 70: 2605-2609, 2012.
7. Gupta SC, Gupta SC. Cysticercosis of the tongue. *Ear, Nose & Throat Journal* 74: 177-178, 1995.
8. Kinger A, Kawatra M, Chaudhary TS. Case of Lingual Cysticercosis and Review of Literature. *J Lab Physicians* 4: 56-58, 2012.
9. Meher R, Gupta B, Aggarwal S, Passey JC. Cysticercosis of tongue - A case report. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 58: 185-187, 2006.
10. Paiva L, Mion D, Carréri C, Murakami M. Cisticercose lingual humana. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 33: 79-84, 1965.
11. Pandey SC, Pandey SD. Lingual cysticercosis. *Indian J Plast Surg* 38: 160-161, 2005.
12. Roth B, Gocht A, Metternich FU. Cysticercosis as a rare cause of a tumor of the tongue. *Laryngorhinootologie* 82: 564-567, 2003.
13. Sathe NU, Acharya RG, Patil M, Bhatia A, Chiplunkar D. An unusual case of labial cysticercosis with a natural history. *Natl J Maxillofac Surg* 2: 100-102, 2011.
14. Sharma AK, Misra RS, Mukherjee A, Ramesh V, Jain RK. Oral cysticercosis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 15: 349-351, 1986.
15. Sidhu R, Nada R, Palta A, Mohan H, Suri S. Maxillofacial cysticercosis: uncommon appearance of a common disease. *J Ultrasound Med* 21: 199-202, 2002.