

M. E. S.



D. N. S.

DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA
Diretor Dr. AMILCAR BARCA PELLON

PUBLICAÇÕES AVULSAS

DO

INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES

Recife (Pe)

BRASIL

FILARIOSE (*WUCHERERIA BANCROFTI*) NO GRUPO RESIDENCIAL DO IAPB NO BAIRRO DOS AFOGADOS (RECIFE) (*)

*Rinaldo de Azevedo**James E. Dobbins Jr.*

Os trabalhos sobre *filariose* que estiveram em ordem do dia sob a influência das escolas bahiana e carioca, constituindo quase assunto obrigatório na veneranda *Gazeta Médica da Bahia*, publicação rara nos tempos de hoje, passaram a uma fase de quase absoluto silêncio se não fossem os estudos de Oliveira (1909), Amaral (1916), Figueiredo (1935), Fonseca Filho (1940), Tavares (1945), Causey et al. (1945), Deane (1949), Melo (1949), Aben-Athar (1951) e Figueiredo (1952), não teríamos a registrar trabalhos nacionais.

Não há dúvida que aspectos novos surgem com os estudos sobre *filariose*, mercê da 2ª Guerra Mundial, quando os soldados americanos retornaram à pátria, infestados durante a sua estadia em áreas filarígenas.

A observação de novos quadros clínicos, como aquele citado por Van Der Saar & Hartz (1945) que encontraram um paciente com um tumor ganglionar que apesar de ter apresentado uma histologia típica de Hodgkin, não evoluiu clinicamente de acordo com esse diagnóstico, e mais tarde com novos cortes do bloco, foram identificadas *filárias*.

As perturbações psiconeuróticas referidas por Kenney & Hewitt (1950) são também dignas de apreço, pois se trata de mais uma causa a pesquisar nesse tão complicado problema que é o da restituição da mente insana ao estado de saúde.

Rome & Cols. (1943) referem as influências psicossomáticas decorrentes do ataque à genitália, levando muitas vezes à impotência.

Hafez (1949) observou um caso de tumor do seio com aspecto clínico de carcinoma, cuja biópsia revelou presença de *filárias*, sendo de salientar que a paciente não referiu ter tido linfangites ou qualquer outro sintoma que fizesse suspeitar da parasitose, e além disto o exame de sangue não revelou *microfilárias*.

Regis de Moura (1952) observou em uma operada, no ligamento largo do útero, uma formação linfática varicosa idêntica às encontradas no epididimo de filarióticos. A paciente apresentava *microfilárias* no sangue.

O pulmão também não está livre dos seus ataques, pois a literatura é vasta no tocante ao capítulo da *eosinofilia tropical* e *filariose*. Mauzé (1949) descreve um caso em que houve um quadro clínico semelhante ao da tuberculose, inclusive grandes hemoptises, e que apesar do rigor do exame não foi possível evidenciar o *Mycobacterium tuberculosis* no escarro e sim a *Microfilária* no sangue.

Apesar de o assunto não estar interessando no momento os nossos fisiologistas, cremos que é motivo para se meditar sobre esse aspecto, em que muitas vezes eles se deparam com casos em que todos os sintomas levam ao diagnóstico de *tuberculose*, mas falta o elemento decisivo, que é o agente microbiano responsável.

Os inquéritos levados a efeito por Causey et al. (1945) em Belém e por Deane (1949) em Manaus, mostraram uma grande diferença de incidência, pois enquanto em Belem era de 10.8 %, em Manaus atingiu 2 %, usando-se o método da gôta espessa.

Em Maceió, B. Coqueiro, citado por Parreiras (1952) em um inquérito realizado em 1922, apresenta uma positividade de 46.5 %, o que é deveras alarmante.

Contando com a boa vontade dos associados do Instituto dos Bancários, e mesmo com a colaboração de alguns deles, iniciamos um inquérito no grupo residencial do bairro dos Afogados, examinando toda a população, com exceção de apenas uma família, em face do associado se ter negado ao exame.

Tomamos como método de trabalho o preenchimento, pela manhã, de uma ficha clínica, afim de poupar tempo no ato da colheita, e à noite, entre 22 e 24 horas, procedíamos à colheita do material em 2 gôtas espessas para cada lâmina, aproveitando sempre as primeiras gôtas de sangue.

Usamos o processo da gôta espessa, por nos parecer mais vantajoso pela rapidez da colheita e melhor aceitação pela população.

Examinamos 450 pessoas de ambos os sexos e das mais variadas idades, conforme vemos no quadro abaixo, encontrando uma totalidade de 44 casos positivos, dando assim um percentual de 9.7 .

Grupos de idade	Total casos posit. %		SEXO						
			Masculinos casos posit. %			Femininos casos posit. %			
1 a 4	78	1	1.2	40	1	2.5	38	—	—
5 a 9	93	5	5.4	44	3	5.8	49	2	4.1
10 a 14	57	8	14.0	29	4	13.7	28	4	14.0
15 a 19	42	7	16.6	14	3	21.4	28	4	14.0
20 a 29	71	7	9.8	17	2	11.7	54	5	9.1
30 a 39	71	8	11.2	37	4	10.8	34	4	11.7
40 a 49	18	2	11.2	12	1	8.3	6	1	16.6
50 a ..	20	6	30.0	9	3	33.3	11	3	27.2
TOTAIS	450	44	9.7	202	21	10.3	248	23	9.2

A análise estatística da diferença de incidência por sexo revelou que em 69 % ou mais dos casos seria provavelmente igual ou maior que a encontrada na experiência, podendo ser menor nos 31 % restantes, tudo por simples flutuação de amostras.

Os testes usados foram de *qui ao quadrado* e o da *diferença de proporções*, com as probabilidades da curva normal. Com a probabilidade de diferença causal só deve começar a ser desprezível quando se torne igual ou menor que 1 %, podemos concluir que, no exemplo analisado, ela carece de importância.

Analisando a variação da incidência segundo os grupos etários obtivemos o valor de 19.7 para *qui ao quadrado* com os 7 graus de liberdade equivalentes ao número de grupos menos 1. Sua probabilidade foi de 0.006, aproximada ao milésimo. Portanto em 1000 conjuntos semelhantes provavelmente haveria apenas 6, em que as diferenças dos grupos etários, quanto ao risco de apresentar *microfilárias*, seriam iguais ou maiores que as observadas, por motivo de flutuações de amostras. Nos 994 restantes tais diferenças resultariam de outras causas suficientemente fortes para fazerem variar a incidência, consoante as estratificações etárias dos conjuntos. Foi a adolescência que constatámos ser a idade mais freqüentemente atingida por aquela manifestação da doença, vindo logo a seguir a escolaridade. Portanto o maior tributo pago pelo nome às *filárias* localizou-se dos 10 aos 20 anos de idade, como se pode

ver no quadro apresentado, onde o grupo dos 50 anos a mais abrange até octogenários.

Dos 44 casos positivos, encontramos com sinais clínicos 17 (38.63 %) e 27 sem sintomas (61.36 %) percebendo-se desde logo uma grande maioria de pacientes assintomáticos, fato aliás concorde com os inquéritos realizados em S. Kitts, Guiana Inglesa, Barbados, Trinidad, Dominica e S. Vicente, citados por Oliveira (1909).

A manifestação clínica mais freqüente foi a crise erisipelatóide, ora com formação de placa, ora consistindo apenas em mal-estar geral, febre, calafrios e dor no local atingido, merecendo por isto o epíteto de erisipela branca, afim de diferenciar da vermelha, pois nesta há formação de placa eritematosa.

Em 11 doentes foram encontrados tais sintomas, dando assim uma incidência de 25 %.

A orquiepididimite foi encontrada 4 vezes num total de 20 pacientes (20 %).

Registramos dois casos de adenite inguinal, sendo entre nós mais freqüente que a epitrocleana.

Apesar da elefância da perna ser, entre nós, um sintoma encontrado, achamos apenas 7 dentre os 450 examinados, e somente em um foi possível encontrar *microfilárias* no sangue, precisando no entanto para ser afastada a hipótese de *Filariose* nos restantes, a realização de vários exames subsidiários, pois também há outros fatores que condicionam estados elefantiásicos.

Durante o nosso inquérito encontramos uma paciente com um processo elefantiásico congênito, aliás na residência de uma associada onde havia um caso positivo. Conseguimos uma fotografia da mesma quando tinha 5 anos de idade e apesar de um foto comum que foi tirado como lembrança de família, podemos perceber a anomalia.

Um dos pacientes referiu cólicas intestinais que terminavam com expulsão de líquido esbranquiçado, fato que não nos foi possível verificar "de visu", o que entretanto não é fora de propósito, pois os autores clássicos citam este sintoma, e Tavares (1945) já se ocupou do assunto entre nós.

Foram visitadas 68 residências e em 24 delas encontramos casos positivos (35.29 %) e quanto ao número de cada um delas variou da seguinte maneira: em uma encontramos 6 casos; em duas, 4; em uma, 3; em sete, 2 e em treze apenas 1.

A idade mais baixa em que conseguimos positividade, foi numa criança de 4 anos e tivemos apenas um caso, parecendo que apesar da infestação se dar nos primeiros anos de vida, é necessário um período longo até que se torne uma reprodução mais intensa, mercê de reinfestações, dando margem a que se encontrem *microfilárias* no sangue.

Nos nossos casos não conseguimos anotar a presença de *Mansonella ozzardi*.

RESUME

Une étude sur la *Filariose* a été réalisée en un groupe d'habitations du quartier d'Afogados (Recife).

9.7 % des personnes examinées, présentaient la *microfilaire de Bancrofti*.

Les recherches ont été faites entre 22 et 24 heures. La méthode des gouttes épaisses a été employée.

On n'y a pas trouvé la *Mansonella ozzardi*.

AGRADECIMENTOS

Queremos expressar os nossos agradecimentos ao dr. Gervásio Melquíades da Silva pela análise estatística que teve a gentileza de realizar.

BIBLIOGRAFIA

- ABEN-ATHAR, J. — 1951 — Do mecanismo produtor de elefantíase na *Filariose*. *Rev. Bras. Med.* 8 (2): 89-94.
- AMARAL, A. — 1916 — A bancroftose e a cirurgia. Tese. Salvador.
- CAUSEY, O.R. et al. — 1945 — Studies on the incidence and transmissions of filaria, *Wuchereria bancrofti*, in Belém, Brasil. *Am. Jour. of Med.* 41 (2): 143-149.
- DEANE, M.P. — 1949 — Sobre a incidência de filárias humanas em Manaus, Est. do Amazonas. *Rev. SESP* 2(3): 849-858.
- FIGUEIREDO, A. — 1935 — Algumas considerações em torno da Bancroftose. *Jour. Med. Pernambuco XXXI* (4): 53-67.
- FIGUEIREDO, A. — 1952 — O diagnóstico da Bancroftose. *O Hospital XLII* (4): 523-528.
- FONSECA FILHO, O. — 1940 — Simaruba amara paraenses (marupasinho ou marupá mirim) na filariose. *Rev. Med. Cir. Bras.* 43:
- HAFEZ, A.H. — 1949 — Localized mass of the Breast simulating carcinoma. *Jour. Roy. Egypt. Med. Ass.* 32: 429-431.
- KENNEY, M. & HEWITT, R. — 1950 — Psychoneurotic disturbances in filariasis, and their relief by removal of adult worms or treatment with Hetrazan. *Am. Jour. Trop. Med.* 30 (6): 895-899.

MAUZE, J. — 1949 — Filariose et tuberculose pulmonaire. **Bull. Path. Exot.** 1-2: 25-28.

MELO, G.B. — 1949 — Filariose. Tese. Belém.

OLIVEIRA, A.S.G. de — 1909 — Sôbre o índice endêmico de filariose latente na Bahia. Tese. Salvador.

PARREIRAS, D. — 1952 — Manual de doenças tropicais e infectuosas. Ed. Capitólio. Rio.

REGIS DE MOURA — 1952 — Comunicação pessoal.

ROME & COLS. — 1943 — The psychosomatic manifestations of filariasis. **J.A.M.A.** 123: 944-946.

FAVARES, L. — 1945 — Notas sôbre a cólica filariótica. **Rev. Med. Panamericana** 1 (4): 327-333.

VAN DER SAAR, A. & HARTZ, H. — 1945 — The syndrome tropical eosinophilia and microfilaria. **Am. Jour. Trop. Med.** 25 (1): 83.