



Carta ao Director da revista "MEDICINA INTERNA"

Letter to the Director of the "PORTUGUESE JOURNAL OF INTERNAL MEDICINE"

"Através de uma posição editorial exigente, pretende-se exercer uma função correctora no sentido de melhorar a qualidade da produção científica dos internistas portugueses."

A. J. Barros Veloso¹

No último número da nossa revista "Medicina Interna" dada ao prelo, na secção "Imagens em Medicina", foi publicada a nótula "Quisto pulmonar gigante."² Dado que num tão curto texto se contém várias incorrecções, abordá-las-emos considerando os seguintes aspectos:

• TAXONOMIA

Escrevem os autores: "(...) A hidatidose pulmonar é uma doença parasitária causada pelo crescimento de uma larva de *Taenia Ecchinococcus* [sic] *Granulosus* (...)."²

Nota: de acordo com o que os autores escreveram, e respeitando as regras básicas da Taxonomia e da Sistemática,³ teríamos:

Género: *Taenia*.

Espécie: *Ecchinococcus* [*echinococcus*].

Subespécie: *Granulosus* [*granulosus*].

Ora, na verdade, em Portugal a equinococose-hidatidose é provocada pelo parasita *Echinococcus granulosus* ((Batsch, 1786; Rudolphi 1805), sendo que o primeiro vocábulo respeita, segundo os ditames internacionais taxonómicas, ao género, e o segundo vocábulo à espécie. Assim, o parasita *E. granulosus* não pertence ao género das ténias, embora pertença à família Taeniidae. No género *Taenia* temos, sim, em Portugal, a *Taenia saginata* e a *Taenia solium*. A espécie *Taenia echinococcus* foi, na verdade, proposta por Zeder, em 1803, mas foi subseqüentemente anulada, em 1805.⁴

• EPIDEMIOLOGIA

a) "(...) A hidatidose pulmonar (...) tem como hospedeiro o cão e o **gato**. (...)"²

Nota: esta afirmação é feita na pag. 127 do vol. 21, do nº3 de "Medicina Interna" de 2014, e, se avançarmos para a pag. 140 da mesma revista e número, encontraremos aí a resposta a esta questão, pelo que nos limitamos a transcrever o que então escrevemos sobre esta desinformação epidemiológica:

"(...) Esta asserção só pode resultar de leituras muito desactualizadas e/ou de artigos de "divulgação" sem credibilidade científica. Para os Hidatidologistas, a questão da putativa participação dos gatos no ciclo da equinococose-hidatidose ficou definitivamente encerrada, no início do século passado, com os trabalhos do 'pai' da Hidatidologia moderna, Félix Dévé: "[...] De ces multiples recher-

ches concernant un sujet resté longtemps controversé, on peut donc, aujourd'hui, conclure fermement que **le chat ne constitue nullement un hôte définitif du ténia échinocoque**. Il n'en représente qu'un hôte erratique chez lequel le parasite ne parvient jamais à maturité. Comme nous devons le spécifier en 1927 : 'Le chat ne joue, en pratique, aucun rôle dans le développement de la maladie hydatique.' [...]"⁵ – ênfases do próprio Félix Dévé. Acresce que, neste domínio, a OMS faz 'jurisprudência' (passe o barbarismo), e na sua listagem de hospedeiros definitivos do *Echinococcus* não figura, obviamente, o gato.⁶ (...) "⁷ b) "(...) O homem torna-se hospedeiro intermediário ao ingerir acidentalmente as **larvas** dos parasitas. (...)"²

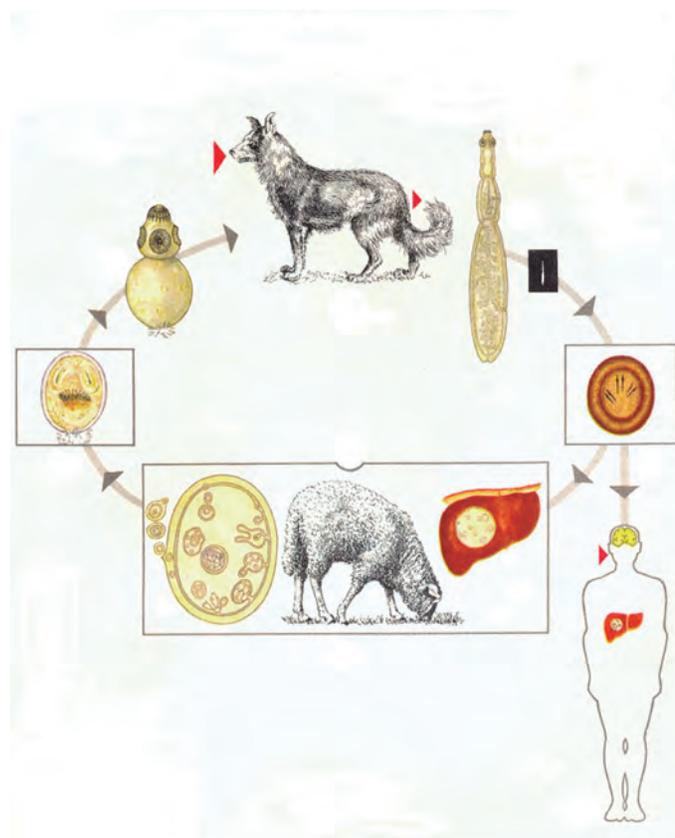


Figura 1

Ciclo evolutivo do *Echinococcus granulosus*



Nota: Lembremos, sumariamente, o ciclo evolutivo do *E. granulosus* (face ao desconhecimento de vários internistas sobre as bases epidemiológicas da Hidatidologia,⁷ com reincidências nas mesmas incorrecções,⁸ será pedagógico reproduzir aqui a Fig. 1). Os canídeos (hospedeiros definitivos) albergam o verme adulto no intestino; vários herbívoros (hospedeiros intermediários) e o homem (hospedeiro vicariante) desenvolvem a forma **larvar** do parasita, isto é, o **quistó hidático**, que se localiza em diferentes órgãos, com preferência pelo fígado (cerca de 75%) e pulmão (cerca de 15%). Os hospedeiros definitivos infectam-se, pois, pela ingestão de quistos hidáticos férteis, e os hospedeiros intermediários e vicariantes pela ingestão de ovos libertados pelos canídeos.⁴ Ora, não consta que, nas suas ementas, os portugueses já estejam a consumir quistos hidáticos – “(...) as **larvas** dos parasitas.² (...)”

• CLÍNICA

Uma vez que a doente em causa não foi operada e não teria ocorrido vómica,⁹ não se dispõe de um diagnóstico definitivo (anatomopatológico) que confirme estar-se em presença de um quisto **hidático**. Nestes casos, a hipótese de diagnóstico de hidatidose baseia-se em:

Análise laboratoriais, sensíveis e específicas.

Nota: o trabalho é completamente omissivo sobre este imprescindível meio auxiliar de diagnóstico.

b) Imagiologia: “(...) A presença de um volumoso quisto pulmonar, foi confirmada por Tomografia Computorizada Torácica, que mostrou quisto hidático (...)”²

Nota: no caso específico da hidatidose, a imagiologia assume carácter patognomónico quando: ¹ – evidencia a existência de vesículas filhas no interior do quisto; ² – mostra descolamento da membrana germinativa (“sinal do nenúfar”). Note-se que no homem só muito excepcionalmente os quistos hidáticos do pulmão são férteis (contrariamente aos do fígado), pelo que aqueles sinais patognomónicos raríssimamente são observados.

Ora, não só o trabalho em apreço não insere o relatório da TAC como, **pelos imagens apresentadas**, não se vislumbra que aqueles sinais imagiológicos estejam presentes.

Em suma: trata-se do caso clínico de um “Quisto Pulmonar Gigante”² (o título do trabalho está correcto, a interpretação do texto é que não), comprovado imagiologicamente, que se prestaria a uma discussão interessante sobre os diagnósticos diferenciais – etiológicos – dos quistos do pulmão. ■

J. A. David de Moraes

Bibliografia

1. Barros Veloso AJ. Aniversário. Med Int. 2014; 21: 3.
2. Moura D, Santos J, Banza MJ, Fernandes C. Quisto pulmonar gigante. Med Int. 2014; 21: 127.
3. Mateus A. Fundamentos de Zoologia Sistemática. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1989.
4. David de Moraes JA. A Hidatidologia em Portugal (série “Manuais Universitários”). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1998.
5. Félix Dévé. L'Échinococcose Primitive (Maladie hydatique), deuxième partie. Paris: Masson et Cie; 1949. p.241-3.

6. FAO/UNEP/WHO. Guidelines for Surveillance, Prevention and Control of Echinococcosis/Hydatidosis. Geneva: World Health Organization; 1981: 9.
7. David de Moraes JA. Carta ao Director da revista “Medicina Interna”. Med Int. 2014; 21: 140.
8. Oliveira E, Manuel P, Alexandre J, Henriques P. Quisto hidático do fígado. Med Int. 2014; 21: 46.
9. Ramos, Lucas, Ventura, Riscado M. Hidatidose manifestada por quadro de supuração pulmonar. Med Int. 1995; 2: 24-25.

Resposta do Autor

Author Answer

Exmo Director da revista de Medicina Interna,

Entendo que os editoriais abrangem desde críticas a artigos originais ou revisões de temas com interesse, permitindo veicular opiniões e que a leitura de um artigo deve ser eminentemente crítica. Julgo ser impossível, perante tão distinto Especialista não aceitar as críticas referidas e agradecer humildemente pela correcção prestada. No entanto a submissão do trabalho em questão, foi no sentido de dar ênfase às imagens apresentadas, dada a dimensão do quisto pulmonar e a adaptação clínica às dimensões do mesmo. Reconheço que por inexperiência talvez devesse ter descrito mais pormenorizadamente as alterações imagiológicas ou os métodos diagnósticos em questão, bem como socorrer-me de bibliografia mais actualizada, mas a apresentação de um breve texto limitou essas tarefas.

Esta questão vem portanto reforçar de particular importância o ensino de parasitologia na formação do médico internista e a necessidade de dotar os médicos de maior experiência nesta área.

Cumprimentos,
Diana Moura