



CAPÍTULO 13

Icterícia obstrutiva intermitente por Fasciolose hepática: tratamento clínico - Relato de caso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9481625010813>

Eduarda Ferretti

Bárbara Fernandes Cardoso

Naimara Ronsoni Rigo

Paula Luza Korsack

PALAVRAS-CHAVE(DeCS/MeSH): Fasciolíase - Zoonose - Saúde pública

RELATO

Paciente de 75 anos, procedente do interior do Rio Grande do Sul, admitido em 09/04/24 em nosso serviço com quadro de dor em abdome superior e icterícia transitória com 02 dias de evolução, bilirrubina total (BT) de 9.14, transaminases > 3x o limite superior da normalidade, gama glutamiltransferase de 840 e fosfatase alcalina de 188. Tomografia (TC) de abdome com contraste da admissão não identifica alterações hepato-biliares. Realiza colangioressonânci a qual identifica fígado de aspecto serpingiforme na periferia posterior do segmento VI/VII. Após confirmação diagnóstica, foi iniciado tratamento com nitazoxanida 500mg de 12/12h por 7 dias. Em 24/04/24 o paciente apresentava-se em melhora clínica e laboratorial, repete a colangioressonânci a qual demonstra sinais de regressão dos sinais de atividade inflamatória focal na periferia do segmento VI do fígado e linha curvilínea residual, sem evidência de cálculos no colédoco. Então, recebe alta hospitalar para seguimento ambulatorial. A fasciolíase é uma zoonose causada pelo trematódeo *F. hepatica*, que possui como hospedeiros intermediários moluscos (*Lymnaea*) e ruminantes como hospedeiros definitivos. Os humanos podem virar hospedeiros

acidentais ao consumir água ou vegetais contaminados com metacercáreas. Por não ser uma doença de notificação compulsória desconhecemos a incidência da doença no país. Uma revisão identificou 66 casos relatados no Brasil no período de 1958 a 2022, com maior incidência nos estados do Sul. Clinicamente, pode ser assintomática, aguda ou crônica. A fase aguda ocorre 6 a 12 semanas após a infecção e cursa com febre, dor abdominal, hepatomegalia e eosinofilia. A fase crônica, ocorre de 6 meses a 10 anos, apresenta sintomas semelhantes. Uma revisão dos achados radiográficos na fasciolíase observou que múltiplas lesões nodulares e ramificadas pequenas (até 25 mm de diâmetro) foram os achados mais comuns; estas ocorrem frequentemente na área subcapsular do parênquima hepático. Na maioria das vezes, parecem hipoecoicas na ultrassonografia, hipodensas na TC e hiperintensas em T2 e hipointensas em T1 na RM. O realce periférico nas imagens pós-contraste é característico. A TC pode demonstrar nódulos hipodensos característicos ou trajetos tortuosos devido à migração do parasita através do fígado. A colangiografia e a CPRE podem demonstrar vermes móveis em forma de folhas nos ductos biliares e na vesícula biliar.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. D. F. do & BUSETTI, E. T. - Fasciolose hepática humana no Brasil. Rev. Inst. Med. trop. São Paulo 21:141-145, 1979.

MACIEL, Marcel Gonçalves et al. **REPORT OF HUMAN FASCIOLIASIS UNDER DIFFERENT CLIMATIC CONDITIONS IN BRAZIL**. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, [S. I.], v. 27, n. 5, p. 2390–2406, 2023. DOI: 10.25110/arqsaude.v27i5.2023-017.

IGREJA, Ricardo P., BARRETO, Magali G. M., SOARES, Marisa da Silveira. **Fasciolíase: relato de dois casos em área rural do Rio de Janeiro**. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/8xBXfrNVyhTMHsHQ5KpCvnm/>. Acesso em 16 jun. 2025.

KEISER, J.; UTZINGER, J. Liver flukes: Fascioliasis. *UpToDate*, Waltham, MA, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/liver-flukes-fascioliasis>. Acesso em: 16 jun. 2025.