

TIPURI DE MANIFESTĂRI ALERGICE CUTANEO-MUCOASE IN TRICHINELOZA UMANA

asist. univ. dr. *Delia Costache*, asist.univ. dr. *Cristea Costache*
Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Braşov

Abstract:

There is no characteristic manifestations of the onset of disease, which hampers diagnosis of trichinosis than focused solely on clinical criteria.

A proper medical history, with an epidemiological investigation based and prepared properly, can provide some data on the occurrence of clinical symptoms in individuals who consumed the same food, pointing to a form of trichinellosis diagnosis with an atypical evolution. These clinical manifestations are found impaired eye, along with allergic manifestations in the form of polymorphous rash with episodic evolution, which often bring problems of differential diagnosis.

Being a condition in which a pathogen is an important component of allergic factor, land host that way it reacts to allergens, can print the form and evolution of the disease.

Key-words: trichinosis, allergens, rash, eye.

Introducere

În ultimele decenii s-au înregistrat progrese importante în ceea ce priveşte diagnosticul, terapia şi profilaxia parazitozelor.

Formele clinice de evoluţie ale trichinelozei pot varia de la manifestări asimptomatice sau subclinice, până la forme severe de boală, cu prognostic rezervat.

Debutul bolii poate fi brusc sau insidios. Apariţia cefaleei de intensitate variabilă, starea de astenie marcată, ameţelile, ca şi durerile globilor oculari, edemele palpebrale şi de asemenea erupţiile cutanate, la indivizii care au consumat acelaşi aliment, poate conduce la precizarea etiologiei bolii.

Apariţia simptomelor fără perioadă prodromală este mai des găsită la bolnavii care fac o formă severă de trichineloză. Nu este nici un semn clinic subiectiv, patognomonic pentru debutul bolii, ceea ce îngreunează precizarea diagnosticului precoce. Doar datele epidemiologice ne pot atrage atenţia asupra infestaţiei cauzate de acest parazit.

În perioada de stare simptomele se traduc mai intens şi mai pregnant într-o reacţie alergică şi anume: edeme, erupţii cutanate, prurit, mialgii, manifestări vasculare, uneori de tip encefalopat.

Edemul se localizează frecvent la pleoape, ulterior se extinde la toată faţa („boala capetelor umflate”), apoi la membrele inferioare. Este semnificativ edemul palpebral sau periorbital, edemul buzelor, edemul cervico-facial.

Edemul în trichineloză are în general un caracter fugace, uneori este persistent, alb, inodor, uneori pruriginos, deseori se observă o congestie conjunctivală, mai rar conjunctivită echimotică, fotofobie, lăcrimare, anizocorie, tulburări de acomodare, hemoragii retiniene.

Manifestările eruptive sunt polimorfe, cu evoluţie episodică, sunt variabil însoţite de prurit. Ele sunt localizate în ordinea frecvenţei pe faţă, trunchi, membre. Pot fi urticariene, scarlatiniforme, morbiliforme, rozeoliforme şi mai rar peteşiale. Bolnavii de trichineloză au un facies, uneori palid, palid-cianotic, rareori prezintă herpes labial. Modificările tegumentare coexistă frecvent cu un enantem faringean, hiperemic sau hemoragic. În această perioadă se dezvoltă sindromul mialgic şi artralgic. La baza acestui simptom stă, miozita parazitara, cu necrobioza fibrelor musculare. Izolarea parazitului prin închistare se face treptat, trecând prin faza de formare a unei mase granulare. Închistarea durează aproximativ 7 săptămâni. [5, 10, 14, 18].

Afectarea muşchilor orbitali poate duce la diplopie şi strabism. Embrionii de *Trichinella Spiralis* pătrund în orice ţesut, unde se distrug, sensibilizează organismul şi condiţionează ulterioara reacţie alergică. [1, 17].

Pătrunderea larvelor în torentul sangvin şi apoi organotropismul spre musculatura striată activă funcţional sunt urmate de instalarea edemelor faciale, palpebrale sau ale extremităţilor, cu mialgii intense şi febră 38-39°C, creând o veritabilă triadă simptomatică şi o

fizionomie caracteristică, de unde denumirea de „boala capetelor umflate”. [6, 7, 12].

Edemul se localizează inițial la pleoape, ulterior se extinde la toată fața, apoi la membrele inferioare. Este semnificativ edemul palpebral sau periorbital, edemul buzelor, edemul cervico-facial; Busilă V.T. și colaboratorii uneori au observat un discret edem faringean (6,06%). [2]. Edemele lipsesc foarte rar și sunt mai degrabă fugace, decât persistente [12]. Localizate palpebral sau facial fiind albe, moi, cu godeu persistent, pot mima cu ușurință fie o glomerulonefrita, fie un edem Quinque, fie un aspect de edem cărbunos. Localizate distal sau la nivelul extremităților, mimează cu ușurință o decompensare cardiacă, renală, hepatică, metabolică, mai ales la persoanele cu boli cronice asociate.

Material și metodă

Am efectuat un studiu retrospectiv pe un număr de 327 de pacienți internați cu trichineloză în Spitalul de Boli Infecțioase Brașov în ultimii 10 ani.

Am corelat topografia localizării edemelor de la nivel palpebral, facial, gambier și de la nivelul membrului superior cu formele clinice de trichineloză și am urmărit manifestările alergice generale și eruptive cutaneo-mucoase prezente la aceștia, comparativ cu cele descrise în literatura de specialitate.

Rezultate și discuții

Din totalul de 327 de pacienți cu trichineloză luați în studiu, 255 de bolnavi (77,9%) au prezentat edeme la internare. După cum se observă în diagrama nr. 1 în formele severe și medio-severe s-au înregistrat procentele cele mai ridicate de pacienți care prezentau edeme.

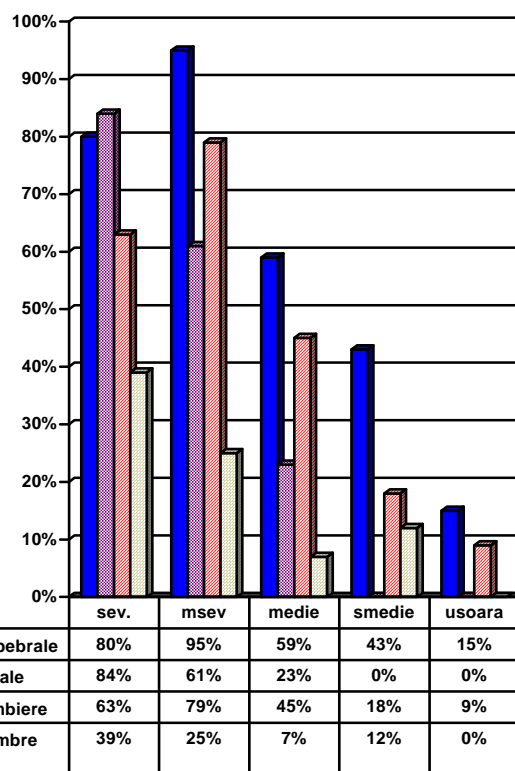


Diagrama nr. 1 - Repartiția edemelor pe forme clinice de trichineloză

În forma severă edemele faciale dețin procentul cel mai ridicat, 84% din cazuri, fiind urmate de edemele palpebrale, cu 80%, de edemele gambiere, cu 63% și de edemele membrului superior, cu 39% din cazuri.

În forma medio-severă domină ca și pondere edemele palpebrale la un procent de 95% din pacienți și gambiere la 79% din cazuri.

În forma medie, ca și în forma medio-severă, s-au înregistrat mai frecvent edeme la nivel palpebral (59%) și la nivel gambier (45%). În faza de convalescență doar 13% din pacienți au mai prezentat edeme, semnalate doar la pacienți cu forme severe și medio-severe de trichineloză în antecedente.

Afectarea oculară în trichineloză poate îmbrăca aspectul de: congestie conjunctivală oculopalpebrală, conjunctivită echimotică, fotofobie, lăcrimare, anizocorie, tulburări de acomodare, chemozis conjunctival, eventuale hemoragii retiniene sau infiltrații episclerale. La copii aceste semne clinice pot mima tusea convulsivă. Confuzii diagnostice mai pot fi făcute cu dermatomiozita, cu celulita feței, cu edeme

alergice sau traumatice, cu reacția locală post înțepătură de insecte. [8, 11, 15, 19].

Am înregistrat un procent de 66% pacienți cu trichineloză care prezentau afectare oculară. Cel mai frecvent pacienții prezentau congestie oculopalpebrală în toate formele clinice de boală. Chemozis conjunctival au prezentat în procentul cel mai mare, 39%, pacienții cu forme severe, medio-severe și medii de trichineloză. Harms G. și colab. înregistrează un procent de 4 ori mai mic, 9% de pacienți cu chemozis conjunctival și 55% cu conjunctivită. [13].

Un singur caz de trichineloză cu formă severă și cu diabet zaharat tip 1 asociat a prezentat în studiul meu la examenul fundului de ochi hemoragie retiniană.

Manifestările alergice pot apare concretizate sub forma unor erupții generalizate sau localizate la față, membre sau trunchi.

Manifestările eruptive sunt polimorfe, cu evoluție episodică, sunt variabil însoțite de prurit. Ele sunt localizate în ordinea frecvenței: pe față, trunchi, membre. Pot fi urticariene, scarlatiforme, morbiliforme, rozeoliforme (simulând erupția lenticulară din febra tifoidă) și mult mai rar peteșiare. Bolnavii de trichineloză au un facies uneori palid, palid-cianotic, rareori prezintă herpes labial. Modificările tegumentare coexistă frecvent cu un enantem faringean hiperemic sau hemoragic. Acestea domină rar tabloul clinic, ele însoțind adeseori complicații (cardiovasculare, neurologice) îmbrăcând aspect urticarian sau peteșial, rar rubeoliform sau scarlatiniform. [3].

În studiul meu 18% din pacienți au prezentat erupție cu aspect urticarian, majoritatea cazurilor, 79%, fiind forme clinice medii de trichineloză. Erupția a fost episodică și localizată mai frecvent pe față și pe membre.

Ungureanu Anca și colab. în studiul său înregistrează un procent de 29% de cazuri cu erupții tegumentare.

În două forme severe de boală am observat hemoragii punctiforme subunghiale. [4, 11]. Formele de trichineloză care evoluează cu diverse *manifestări cutanate* (urticarii, prurit) aduc în discuție probleme de diagnostic diferențial cu erupții alergice medicamentoase,

exanteme infecțioase din boli eruptive, dar și boli hematologice ca boala HODGKIN, leucemia mieloidă acută, micozisul fungoid și de asemenea hepatopatii cronice asociate cu exanteme.

În studiul nostru 10 cazuri au fost trimise către Spitalul de boli infecțioase Brașov cu diagnostic de alegodermie, 7 cazuri fiind copii.

WATI G. și colab. vorbește despre multe cazuri cu trichineloză ce au fost etichetate la internare ca: boala serului, alergii medicamentoase sau boli de sânge. [16]. Alteori erupțiile sunt date de poliparazitismul organismului examinat, prin infestări concomitente cu: *Giardia Lamblia*, *Ascaris Lumbricoides*, *Strongyloides Stercoralis* Sau *Enterobius Vermicularis*. [8, 9, 19].

În lotul de studiu, la un număr de 38 de pacienți s-a evidențiat la MFOP seriat infestări cu *Giardia Lamblia* sau *Enterobius Vermicularis*; dintre acești pacienți, doar 4 au prezentat erupții urticariene. Semnele clinice în perioada de stare sunt foarte variate. În general acestea sunt în raport cu gradul de reactivitate al individului. Fiind vorba de o afecțiune în a cărei patogenie o componentă importantă o are factorul alergic, terenul gazdei, felul în care acesta reacționează la alergene, poate imprima forma și evoluția bolii. Indivizii hiperergici fac forme mai grave de boală. Stabilirea unui diagnostic de probabilitate în trichineloză doar pe triada: febră + mialgii + edeme la un pacient cu o eozinofilie crescută și cu un context epidemio-epizootologic de trichineloză, poate fi luat în considerare doar în formele tipice de evoluție a bolii.

Manifestările atipice necesită o analiză mai atentă, o evaluare paraclinică bazată pe date specifice sero-imunologice și pe examene directe, precum biopsia musculară care stabilesc diagnosticul de certitudine, înlăturând cele mai multe din erorile, ce fac dificilă precizarea diagnosticului de trichineloză.

Manifestări generale pe forme clinice în trichineloză umană sunt redate în următorul tabel:

Criterii severitate		Forme medii și ușoare	
Clinic	Paraclinic	Clinic	Paraclinic
<ul style="list-style-type: none"> ▪ triada: hiperpirexie + edeme faciale + mialgii ▪ edeme faciale, palpebrale, gambiere + mialgii ▪ congestie oculo-palpebrală +/- chemozis conjunctival ▪ ■ hemoragie retiniană sau conjunctivală ▪ ■ hemoragii subunghiale, artralгии 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ curbă febrilă în platou ▪ hiperpirexie ▪ vârstă > 45 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ edeme ale membrilor superioare și inferioare, discrete ▪ congestie minimă oculară ▪ erupții cutanate + transpirații + mialgii difuze ▪ atralgii ușoare și moderate 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ afebrilități și/sau subfebrilități ▪ vârstă < 45 ani

Tabel nr.1 -

Concluzii

Edeme:

- 77,9% din bolnavii luați în studiu au prezentat edeme la internare în forma severă
- Edemele faciale dețin procentul cel mai ridicat, 84%, fiind urmate de edemele palpebrale, 80%, edemele gambiere, 63% și edemele membrilor superioare cu 39%.
- În formele medio-severe predomină tot edemele palpebrale cu 95% procente, alături de cele gambiere cu 79%.
- În convalescență doar 13% din pacienți mai prezentau edeme, semnalate numai la pacienți cu forme severe și medio-severe de trichineloză în anamneză.

Afectarea oculară:

- Afectarea oculară am înregistrat-o la 66% din pacienți.
- În toate formele clinice de boală am semnalat congestie oculo-palpebrală; însă chemozis conjunctival au prezentat 39% din pacienți cu forme clinice severe, medio-severe și medii de trichineloză.
- Un singur caz cu formă clinică severă și diabet tip I a prezentat hemoragie retiniană.

Manifestări alergice:

- Erupții cutanate am constatat la 18% din pacienți; 79% din cazuri, aparținând formelor clinice medii de trichineloză.
- Eruptia a fost episodică și localizată frecvent pe față și membre.
- Două cazuri severe de boală au prezentat hemoragii subunghiale.

Bibliografie

- [1] Bruschi F., Pozio E., Watanabe N., et al., 1999 Anaphylactic response to parasite antigens: IgE and IgG1 independently induce death in Trichinella-infected mice, Int. Arch. Allergy and Immunol, 119, p: 291-296
- [2] Bușilă V., Vasilescu I. - Clinica și terapia trichinelozei umane, Microbiol. Parazitol. Epidemiol., 1965, 3, p:245-256
- [3] Capo V., Despommier D.D. - Clinical aspects a infection with Trichinella spiralis, Clin. Microbiol. Rew., 2000, 9, p:47-54.
- [4] Clinton M.- Trichinosis, eMed. J., 2001, 2(8), S1-11, p:32-89
- [5] Costanzi E., Beccari T., Della Fazio M.A et al. - Exosaminidase in Trichinella spiralis is a single protein with a and b-subunits catalytic activities, Cell. Mol. Biol, 1997, 43, p:835-840.
- [6] Cristea E., Cristea Gh., Cristea D. - Considerații clinice și terapeutice în trichineloză la om, Rev. Rom. de Parazitol., 2000, 10(1), p:80
- [7] Cristea Gh. - Trichineloză la animale și riscul îmbolnăvirii omului, 1998, Ed. Ceres Buc., p:9-17
- [8] Dick T.A., Pozio E. - Trichinella spiralis and Trichinelosis, Parasitic Diseases of Wild Mammals, Ed. Iowa State University Press, 2001, p:380-396
- [9] Diez M., Palacido A., Fernandez A. - Brote de trichinosis en niños: seguimiento clínico durante 5 años, Bd. Pediatr, 1999, 39, p:51-55

- [10] Dupouy-Camet J. - Trichinelloses, Encycl. Med. Chir -Elsevier, Paris, chp. Maladies infectieuses, 1998, 8(10), p:11
- [11] Garcia L.S. - Trichinellosis, Diagnostic Medical Parasitology 4th, Ed. ASM Press, Washington D.C, 2001, p:113
- [12] Gherman I., Airinei R. - Doua boli parazitare grave: Trichineloză și chistul hidatic. Ed. ALL. Buc, 1994, p:9-32, 46-79
- [13] Gould Se, - Clinical manifestations. Trichinosis in Man and Animals, Ed. Gould SE Charles C Thomas, Springfield, 1970, p:269
- [14] Kociecka W. - Trichinellosis: human disease, diagnosis and treatment, Vet. Parasitol, 2000, 93(3/4), p:365-383
- [15] Mikic D., Morinkovic V. - Clinico-laboratory characteristics and treatment of patients with trichinosis, Vojnosanit Prege, 1996, 53(6), p:91-183
- [16] Mohammed J. Z. - Infectious Myositis, eMed. J, 2001 2(12), sect. 2-6, p:13-21
- [17] Morakote N. - Trichinosis, Trop. Med. Parasitol, 1992, 43, p:167-169
- [18] Murrell K.D., Bruschi F. - Clinical Trichinellosis, Prag. Clin. Parasitol., 1994, 4, p:117-150
- [19] Radulescu S., Meyer E.A. - Trichineloză Parazitologie Medicală, Ed. ALL, Buc., 1994., p:171, 191, 273-274.