PARASITOSES INTESTINAIS

**INTRODUÇÃO:**

Na maioria dos casos, a presença do parasita no tubo digestório do hospedeiro se dá de forma equilibrada, sem que ocorram sintomas de doença, O hospedeiro nesses casos é apenas portador. Essa é a situação mais comum porque geralmente há um equilíbrio entre as forças de ação do parasita e as forças de defesa do hospedeiro. Quando a ação do parasita supera as forças de defesa do hospedeiro, então se instala a doença parasitária, que se mostra por meio de manifestações gerais, inespecíficas ou com manifestações mais exuberantes, típicas da enteroparasitose em questão.

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

**FATORES DE RISCO**

Relacionados ao parasita:

* Número de exemplares: nas infestações com numerosos parasitas, ocorre suboclusão intestinal por áscaris, síndrome de má absorção por giardíase, perda de sangue na tricuríase maciça e na ancilostomíase;
* Localização: colangite, pancreatite e apendicite induzidas pela localização do áscaris no colédoco ou no apêndice;
* Virulência: a *Entamoeba histolytica* propriamente dita é a espécie com grande poder de invasão dos tecidos, enquanto a *Entamoeba dispar* é a espécie de *E. histolytica* não invasiva.

Relacionados ao meio ambiente:

* Grau de contaminação do solo, água ou alimentos com ovos, larvas ou cistos de parasitas. A maior contaminação é favorecida por condições climáticas ou geológicas próprias, aglomerados humanos, deficiência de saneamento básico, higiene precária das pessoas e dos alimentos.

Relacionados ao hospedeiro:

* Desnutrição protéico-calórica: favorece formas invasivas na estrongiloidíase e crônicas na criptosporidíase;
* Carências nutricionais específicas
* Imunodeficiência primária, secundária a outras doenças ou ao uso de drogas imunossupressoras: favorece infecções mais graves e crônicas, principalmente pelos protozoários e estrongiloides;
* Maus hábitos: andar descalço (estrongiloidíase, ancilostomíase), geofagia (ascaridíase, tricuríase), comer carnes cruas (teníase, difilobotríase).

**QUADRO CLÍNICO**

1. **PARASITOSES CAUSADAS POR HELMINTOS**

* **ASCARIDÍASE**

**Etiologia:** *Ascaris lumbricoides* (conhecido vulgarmente por “lombriga”).

**Forma de transmissão**: ingestão de ovos presentes no solo (hábito de levar mãos sujas à boca, geofagia,ingestão de água ou vegetais crus contaminados).

**Sinais e sintomas:** Em geral não causa sintomatologia, mas pode manifestar-se por dor abdominal, diarreia, náuseas e anorexia. Quando há grande número de parasitas pode ocorrer quadro de obstrução intestinal. Em virtude do ciclo pulmonar da larva, alguns pacientes apresentam manifestações pulmonares com broncoespamos, hemoptise e pneumonite, caracterizando a Síndrome de Loeffler, que cursa com eosinofilia importante.

**Diagnóstico:** Achado de ovos do parasita no exame parasitológico de fezes (EPF) em 3 amostras. Os melhores métodos para sedimentação de ovos nas fezes são os de Hoffman, Pons e Janner e de Kato-Katz.

Em casos mais graves de Síndrome de Loeffler, a radiografia de tórax pode revelar um infiltrado parenquimatoso grosseiro e esparso. O diagnóstico é confirmado com o achado de larvas no aspirado gástrico ou pelo aparecimento de ovos nas fezes 2 ou 3 meses depois do quadro pulmonar, caso a criança esteja com infestação primária.

**Complicações:** A migração do áscaris pode causar quadros graves como

* Apendicite, por invasão do apêndice cecal;
* Pancreatite hemorrágica, por obstrução da ampola de Vater e ducto pancreático (Wirsung);
* Colestase e colangite, por obstrução da ampola de Vater e da árvore biliar;
* Abscesso hepático, pela subida dos vermes até o interior do parênquima hepático carreando bactérias;
* Asfixia, por obstrução de vias aéreas ou cânula traqueal.

**Tratamento:** é obrigatório mesmo nas infestações com pequeno número de parasitas. As drogas indicadas para tratamento estão listadas na tabela 1, com suas respectivas doses.

No caso de suboclusão intestinal por áscaris, aplica-se o seguinte protocolo:

* Internação
* Jejum
* Sonda nasogástrica (SNG) para descompressão gástrica e administração de medicamentos.
* Hidratação venosa.
* Óleo mineral via sonda 10 a 30 mL a cada 3 horas durante 24 horas ou até que o óleo saia pelo ânus.
* Piperazina 75 mg a 100 mg;kg/dia, durante 5 dias (infelizmente pouco comercializada e indisponível nas farmácias).
* Tratamento cirúrgico quando ocorre oclusão intestinal total, necrose, perfuração ou vólvulo intestinal.

No caso de ascaridíase biliar:

* Hidratação venosa
* Administração de antiespasmódicos, anti-helmínticos e antibióticos.

No caso de abscesso hepático: tratamento cirúrgico.

**Controle de cura:** repetição do EPF um mês após o tratamento. Justifica-se repetir a administração do anti-helmíntico após 30 a 60 dias, já que é possível a presença de larvas e, fase pulmonar por ocasião do primeiro tratamento.

* **ANCILOSTOMÍASE**

**Etiologia:** *Acylostoma duodenale* e *Necator americanos.*

**Forma de transmissão**: penetração de larvas infectantes na pele.

**Sinais e sintomas:** as manifestações em geral são ausentes, mas são possíveis os seguintes sintomas:

* Dermatite larvária: prurido, eritema, edema, erupção papulovesicular durante até 2 semanas; mais frequente com espécie *N. americanus*.
* Pneumonite larvária: menos intessa do que na infecção por áscaris.
* Parasitismo intestinal: na fase aguda, podem ocorrer dor epigástrica, náuseas, vômitos, anorexia ou bulimia, flatulência ou diarreia; na fase crônica anemia hipocrômica e microcítica, anorexia, fraqueza, cefaleia, palpitações, sopro cardíaco, hipoproteinemia e edema por enteropatia perdedora de proteínas.

**Diagnóstico:** Achado de ovos de ancilostomídeos no EPF. Por tratar-se de ovos leves, recomenda-se o uso de técnicas de flutuação, mas os métodos tradicionais podem ser utilizados.

**Complicações:** Anemia ferropriva e enteroparia perdedora de proteínas.

**Tratamento:** As drogas indicadas para tratamento estão listadas na tabela 1, com suas respectivas doses.

**Controle de cura:** exames parasitológicos sucessivos no 7º, 14º e 21º dias após o tratamento.

* **ESTRONGILOIDÍASE**

**Etiologia:** *Strongyloides stercoralis*

**Forma de transmissão**: penetração através da pele de larvas infectantes no estágio terciário presente em solo contaminado. A auto-infecção do hospedeiro pode ocorrer. Também é transmitido pela via fecal-oral, por alimentos e água contaminados, e pelas fezes, por meio de atividade sexual envolvendo relação anal.

**Sinais e sintomas:** no local da penetração larvária pode ser observada uma dermatite com prurido. Os sintomas são variáveis e incluem diarreia, dor epigástrica, náuseas, mal-estar, perda de peso e, quando há envolvimento pulmonar, tosse, estertores e infiltrado pulmonar transitório.

**Diagnóstico:** achado de larvas nas fezes pelo método de Baerman-Moares, ou Rugai modificado. O mesmo método pode ser adotado para o achado de larvas em material de tubagem duodenal, escarro ou lavado broncoalveolar.

**Complicações:** há casos de hiperinfecção muito graves com disseminação para vários órgãos, com reação inflamatória local e formação de granulomas, especialmente em pacientes portadores de imunodepressão.

**Tratamento:** as duas principais drogas indicadas são o tiabendazol por 2 ou 3 dias, e o cambendazol em dose única (Tabela 1). O Albendazol, em dose dobrada e durante 3 dias seguidos, possui eficácia inferior.

Na estrongiloidíase disseminada, aplica-se antibioticoterapia contra Gram-negativos, associada a tiabendazol durante 10 dias ou mais.

* **TRICOCEFALÍASE OU TRICURÍASE**

**Etiologia:** *Trichocephalus trichiurus* ou *Trichuris trichiura*

**Forma de transmissão**: ingestão de ovos encontrados no solo, alimentos e mãos contaminados.

**Sinais e sintomas:** Em geral manifestações leves em infestação com poucos vermes. Na criança com infecção extensa, especialmente desnutrida pode ocorrer a síndrome disentérica associada com diarreia grave com sangue e muco, presença de anemia e retardo do crescimento e desenvolvimento. Prolapso retal ocorre em alguns casos.

**Diagnóstico:** achados de ovos nas fezes, pesquisados pelos métodos de Faust, Lutz ou Kato-Katz. Na tricuríase maciça o diagnóstico é feito pela retossigmoidoscopia, que permite o reconhecimento de inúmeros vermes de 3 a 5 cm de comprimento, fixados a uma mucosa hiperemiada e friável.

**Complicações:** Pesquisas mostram boa recuperação de peso e estatura nas crianças com tricuríase maciça após tratamento específico.

**Tratamento:** O oxipiriquantel é a droga de escolha, com até 90% de eficácia, mas dificilmente encontrada no mercado. Veja opções terapêuticas e dose na tabela 1.

* **ENTEROBÍASE OU OXIURÍASE**

**Etiologia:** *Enterobius vermicularis* ou *Oxiurus vermiculares*

**Forma de transmissão**: Transmissão direta do ânus para a boca, principalmente por crianças e adultos sem cuidados de higiene e doentes mentais. Transmissão indireta também é possível, com a inalação de ovos presentes na poeira e utensílios domésticos. A retroinfecção é menos comum, e consiste na migração de larvas da região anal, por via ascendente, até os cólons e ceco.

**Sinais e sintomas:** sua principal característica é o prurido anal, mais frequente no período noturno, o que causa irritabilidade, sono intranquilo e desassossego. As lesões causadas pelo ato de coçar podem resultar em infecções secundárias em torno do ânus e pontos hemorrágicos. Outros sintomas: dor abdominal, vômitos, tenesmo.

**Diagnóstico:** A tentativa de encontrar ovos de oxiúros em EPF é ocasionalmente infrutífera. O método de swab anal ou fita gomada é eficiente para o diagnóstico.

**Complicações:** Nas meninas, o verme pode migrar para a região genital, podendo ser encontrado na vulva, vagina e até na cavidade peritoneal. Causa intenso prurido vulvar, corrimento e até complicações anexiais. Há hipótese de ocorrer apendicite por enterobíase, mas não é usual e nem mesmo comprovado.

**Tratamento:** há 3 medicamentos que atingem 90 a 100% de eficácia na eliminação deste parasita: mebendazol (inclusive em dose única de 100 mg), albendazol em dose única e pamoato de pirvínio em dose única (tabela 1).

**Controle de cura:** A recidiva é muito frequente, justificando uma boa orientação preventiva, como:

- tratar todos os familiares, especialmente as outras crianças;

- impedir a contaminação dos dedos da criança com ovos (uso de macacão, unhas cortadas);

- lavar o vestuário e roupas de cama;

- repetir o medicamento após 15 a 20 dias.

* **TENÍASE**

**Etiologia:** *Taenia solium* (embrião parasita o porco) e *Taenia saginata* (embrião parasita o gado bovino).

**Forma de transmissão**: ingesta de carne de boi ou de porco mal cozida que contém as larvas.Período de incubação de cerca de três meses da ingestão da larva.

**Sinais e sintomas:** náuseas, perda de peso, diarreia ou obstipação, e dores abdominais.

**Diagnóstico:** achado de proglotes nas fezes, roupas íntimas ou lençóis. Pode-se utilizar o método de Faust ou outros, mas é aconselhado examinar várias amostras de fezes. O teste de swab anal pode ajudar no diagnóstico.

**Complicações:** é raro, mas podem ocorrer suboclusão intestinal, apendicite, colangite ou pancreatite.

**Tratamento:** Niclosamida como 1ª escolha, em dose única (90% de cura), o praziquantel por 4 dias, mebendazol por 4 dias em dose dobrada e a nitazoxanida (tabela 1).

* **HIMENOLEPÍASE**

**Etiologia:** *Hymenolepis nana*, e eventualmente *Hymenolepis diminuta*

**Forma de transmissão**: *H. nana*: ingestão de ovos do meio externo ou por autoinfestação a partir da liberação intraluminal de ovos. *H. diminuta*: ingestão acidental ou por deficientes mentais de artrópodos (pulgas, borboletas, besouros, baratas).

**Sinais e sintomas:** em geral assintomática, pelo pequeno número de parasitas. Em crianças com grande contaminação, desnutridas ou imunodeficientes, a autoinfestção se acelere e assim se dá a hiperinfestação. Podem surgir sintomas gerais como cólicas abdominais e diarreia crônica.

**Diagnóstico:** achado de ovos no EPF, por meio de técnicas de concentração de ovos.

**Tratamento:** Praziquantel dose única (taxa de cura > 95%). Niclosamida também é efetiva, porém deve ser administrada em 5 doses (tabela 1).

**Controle de cura:** a autoinfestação promove a recidiva da parasitose, o que justifica repetir o tratamento após 20 a 30 dias.

* **DIFILOBOTRÍASE**

**Etiologia:** *Dyphyllobothrium latum*

**Forma de transmissão**: hábito de ingerir peixe defumado ou cru (sushi, sashimi, ceviche).

**Sinais e sintomas:** A maioria dos indivíduos parasitados não apresenta sintomas. As manifestações podem incluir diarreia recorrente, dor ou desconforto abdominal, perda de peso, e ouros sintomas inespecíficos como fraqueza, emagrecimento e vertigem. Quando a infecção persiste por mais de 3 a 4 anos, pode haver anemia megloblástica, uma vez que os parasitas infestam o intestino delgado e são consumidores de vitamina B12. Quando em grande número, chegam a desencadear o quadro completo de anemia perniciosa.

**Diagnóstico:** identificação de ovos ou proglotes nas fezes.

**Complicações:** raramente podem provocar obstrução intestinal (infecções maciças).

**Tratamento:** Niclosamida ou praziquantel (tabela 1), associado à suplementação de vitamina B12 e ácido fólico.

* **ESQUISTOSSOMOSE**

**Etiologia:** *Schistosoma mansoni*

**Forma de transmissão**: contato com cercárias em águas infectadas, denominadas “lagoas de coceira”.

**Sinais e sintomas:** A fase aguda pode ser assintomática ou apresentar-se como dermatite urticariforme com erupção papular, eritema, edema e prurido até 5 dias após a exposição. Cerca de 3 a 7 semanas depois pode evoluir para a forma de esquistossomose aguda ou febre de Katayama, caracterizada por febre, anorexia, dor abdominal e cefaleia. Esses sintomas podem ser acompanhados por diarreia, náuseas ou vômitos, tosse seca e hepatomegalia. Nessa fase o hemograma pode revelar intensa eosinofilia. Após 6 meses de infecção, a doença pode evoluir para a fase crônica, segundo as seguintes formas clínicas:

- Intestinal: diarreia de repetição, com dor ou desconforto abdominal

- Hepatointestinal: diarreia, hepatomegalia

- Hepatoesplênica compensada: hepatoesplenomegalia, hipertensão portal com formação de varizes esofageanas

- Hepatoesplênica descompensada: uma das formas mais graves, com fígado muito aumentado ou já retraído pela fibrose; esplenomegalia, ascite, varizes de esôfago, hematêmese, anemia, desnutrição e hiperesplenismo.

**Diagnóstico:** Pelo quadro clínico-epidemiológico, e parasitológico de fezes pelo método de Kato-Katz.

**Tratamento:** utilizar o Praziquantel como a droga de escolha. Outra opção é o Oxamniquine (tabela 1).

1. **PARASITOSES CAUSADAS POR PROTOZOÁRIOS**

* **AMEBÍASE**

**Etiologia:** *Entamoeba histolytica*

**Forma de transmissão**: água contaminada e via fecal-oral (homem-homem) por cistos amebianos maduros. Os portadores assintomáticos que manipulam alimentos são importantes fontes de disseminação. Período de incubação varia de 2 a 4 semanas.

**Sinais e sintomas:** quadro clínico pode ser leve a moderado, caracterizado por desconforto abdominal até a presença de diarreia aguda intensa, com sangue e/ou muco, acompanhada de febre e calafrios. Nos casos graves, as formas trofozoítas se disseminam por meio da corrente sanguínea, podendo causar abscesso no fígado, nos pulmões ou no cérebro.

**Diagnóstico:** identificação dos trofozoítos ou cistos nas fezes, em aspirados, raspados ou biópsias obtidas por endoscopia ou colonoscopia. A USG e a TC são úteis no diagnóstico de abscesso amebiano.

**Complicações:** Granulomas no intestino, abscesso hepático, pulmonar ou cerebral, empiema, pericardite e colite com perfuração.

**Tratamento:** O tratamento das formas intestinais pode ser feito com secnidazol, metronidazol, tinidazol e nitazoxanida. Para as formas graves (amebíase intestinal intensa e amebíase extraintestinal) a primeira escolha é o metronidazol (tabela 2). No tratamento do abscesso hepático pode ser necessário a aspiração ou drenagem cirúrgica aberta.

* **BALANTIDÍASE**

**Etiologia:** *Balantidium coli*

**Forma de transmissão**: ingestão de alimentos ou água contaminados com cistos.

**Sinais e sintomas:** A maioria dos casos é assintomática. As manifestações, quando presentes, incluem diarreia persistente, ocasionalmente disenteria, dor abdominal e perda de peso. A doença pode ser mais grave em pessoas com imunodeficiência.

**Diagnóstico:** detecção de trofozoítos nas fezes ou em tecido coletado durante endoscopia.

**Tratamento:** a droga de escolha é a tetraciclina, e para criança menor de 8 anos indica-se metronidazol (tabela 2).

* **GIARDÍASE**

**Etiologia:** *Giardia lamblia*

**Forma de transmissão**: via fecal-oral, especialmente por água contaminada.

**Sinais e sintomas:** a maioria é assintomática. Os pacientes podem apresentar diarreia aguda ou crônica, leve a grave, acompanhada por desconforto abdominal, cólicas, distensão abdominal, náuseas, vômitos e fadiga. O protozoário pode causar atapetamento da mucosa duodenal, atrofia vilositária em graus variados no intestino delgado, com má absorção de açúcares, gorduras e vitaminas A, D, E, K, B12, ácido fólico e ferro.

**Diagnóstico:** achado de cistos no EPF, através do método de Faust, ou de trofozoítos quando as fezes são líquidas. Recomenda-se o exame de pelo menos 3 amostras de fezes, coletadas a intervalos de 3 a 4 dias.

**Complicações:** Nos casos de diarreia crônica esteatorreica, desnutrição proteico-energética, parada de crescimento, má absorção secundária de lactose, enteropatia perdedora de proteínas, edema, hipoproteinemia, deficiência de ferro, zinco, vitamina B12, ácido fólico, vitaminas A e E.

**Tratamento:** Os derivados nitroimidazólicos são as melhores opções para eliminação dessa infecção (tabela 2).

* **CRIPTOSPORIDIOSE**

**Etiologia:** *Cryptosporidium* sp

**Forma de transmissão**: ingestão de água ou alimentos contaminados com os oocistos. Apesar de ser um microrganismo oportunista, provoca também infecção em pessoas imunocompetentes.

**Sinais e sintomas:** Assintomática na maioria dos infectados imunocompetentes. Pode ocorrer quadro de diarreia aguda aquosa, volumosa e autolimitada, com 3 a 12 dias de duração, quando os mecanismos imunológicos estão intactos. Nas pessoas imunodeprimidas por AIDS, neoplasias, hipogamaglobulinemia ou uso crônico de corticosteroides, ocorre diarreia grave, prolongada e recidivante. Essa diarreia pode cursar com síndrome de má absorção e grande perda de peso.

**Diagnóstico:** identificação de oocistos nas fezes, pelos métodos de coloração de Ziehl-Neelsen e da carbolfuccina de Kinyoun. A biópsia de mucosa de intestino delgado, corada com hematoxilina-eosina, permite boa visualização destes protozoários, geralmente na borda em escova dos enterócitos.

**Complicações:** Colecistite, colangite, estenose de colédoco distal, hepatite ou pancreatite.

**Tratamento:** Medidas de suporte geral e reidratação são suficientes para os portadores de diarreia autolimitada. Em casos graves e para os pacientes imunodeprimidos deve-se indicar o tratamento medicamentoso (tabela 2).

* **ISOSPORÍASE**

**Etiologia:** *Isospora belli*

**Forma de transmissão**: ingestão de oocistos na água e alimentos contaminados.

**Sinais e sintomas:** na maioria das fezes a infecção é assintomática ou provoca diarreia autolimitada. Em portadores de imunodeficiência do quadro é mais grave e arrastado, cursando com síndrome de má absorção. Pode determinar adentite mesentérica, invasão do baço e fígado e colecistite acalculosa.

**Diagnóstico:** EPF, com as colorações especiais de Ziehl-Neelsen ou de Kinyoun modificados.

**Tratamento:** o tratamento permite ótimos resultados com sulfametoxazol-trimetoprim por 10 dias, seguido de mais 20 dias com dose única diária profilática (tabela 2).

* **MICROSPORÍASE**

**Etiologia:** o grupo causador desta doença é representado por cerca de 14 microrganismos, e os mais descritos são: *Encephalitozoon intestinalis*, *Enterocystozoon bieneusi*, *Anncaliia*, *Pleistophora*, *Trachipleistophora* e *Nosema* spp

**Forma de transmissão**: via feca-oral, com destaque para água contaminada, por meio da ingestão de esporos, que são disseminados para os tecidos como o fígado e rins.

**Sinais e sintomas:** diarreia, infecção da córnea, colecistite, hepatite, nefrite e peritonite, podendo evoluir para formas graves em pacientes com imunodepressão.

**Diagnóstico:** microscopia e coloração pelo método tricrômico em fezes ou outras secreções humanas.

**Tratamento:** em geral melhora os sintomas, mas nem sempre erradica os microrganismos. As drogas indicadas são albendazol e fumagilina, porém o *E. bieneusi* não responde a albendazol.

* **BLASTOCISTOSE**

**Etiologia:** *Blastocystis hominis*

**Forma de transmissão**: via fecal-oral por alimentos e água contaminados.

**Sinais e sintomas:** em imunodeprimidos pode causar doença tanto do intestino delgado como do intestino grosso. As manifestações clínicas envolvem desde sintomas gastrointestinais inespecíficos até um quadro de diarreia aguda e eventualmente crônica.

**Diagnóstico:** identificação de cistos nas fezes.

**Tratamento:** metronidazol, iodoquinol e nitazoxanida têm sido as opções mais empregadas nos casos que não são autolimitados.

* **CICLOSPORÍASE**

**Etiologia:** *Cyclospora cayetanensis*

**Forma de transmissão**: via fecal-oral por alimentos e água contaminados.

**Sinais e sintomas:** ocasiona processo inflamatório e atrofia vilositária no intestino delgado. Os sintomas de diarreia e má absorção intestinal podem ser graves nos imunodeprimidos, e por outro lado, leves e autolimitados ou ausentes em pessoas imunocompetentes.

**Diagnóstico:** detecção de oocistos nas fezes por microscopia óptica ou coloração de Ziehl-Neelsen ou da carbolfuccina de Kinyoun.

**Tratamento:** Sulfametoxazol-trimetoprim por 7 dias é considerado a droga de escolha.

**TRATAMENTO**

Tabela 1. Tratamento das parasitoses causadas por helmintos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Etiologia | Tratamento de escolha | Outras opções |
| Ascaridíase | Albendazol 10mg/kg, dose única ou Mebendazol 100 mg 2x/dia, 3 dias | Levamisol (dose única)  Crianças < 8 anos: 40 mg  Crianças > 8 anos: 80 mg |
| Ancilostomíase | Mebendazol 100 mg 2x/dia, 3 dias | Albendazol dose única (2 comprimidos de 200 mg ou 10ml de suspensão oral. 5ml=200mg) |
| Estrongiloidíase | Tiabendazol  25mg/kg, 5 a 7 dias ou 50mg/kg, 2x/dia, 2 dias  ou  Cambendazol 5 mg/kg, dose única  ou  Albendazol 400 mg, 2x/dia, 2 dias | Para pacientes imunodeprimidos ou com doença disseminada recomenda-se a associação: ivermectina 200 mcg/kg/dia, 2 dias + albendazol 400 mg, 2 dias, durante 7 dias |
| Tricocefalíase ou Tricuríase | Albendazol:  Quadro leve: 400 mg/dia, dose única  Quadro moderado/grave: 400 mg/dia, durante 3 dias | Mebendazol 100 mg, 2x/dia, por 3 dias |
| Enterobíase ou Oxiuríase | Pamoato de pirvínio: 10 mg/kg dose única  Recomenda-se repetir o tratamento após 2 semanas | Mebendazol 100mg, dose única  Albendazol 400 mg, dose única |
| Teníase | Niclosamida, dose única  <35 kg: 1g (em jejum)  >35kg: 2g | Praziquantel 20mg/kg, 1x/dia, 4 dias  Mebendazol 200 mg, 2x/dia, 4 dias  Nitazoxanida 7,5mg/kg, 2x/dia, 3 dias |
| Himenoleplíase | Praziquantel 20mg/kg, dose única | Niclosamida, 1x/dia, 5 dias  <35 kg: 1g  >35kg: 2g |
| Difilobotríase | Praziquantel 10 a 20 mg/kg, dose única | Niclosamida, dose única  <35 kg: 1g  >35kg: 2g |
| Esquistossomose | Praziquantel  Crianças ≥ 2 anos: 60 mg/kg, dose única  Adultos: 50 mg/kg, dose única | Oxamniquine  Crianças > 2 anos: 20 mg/kg, dose única  Adultos: 15 mg/kg, dose única |

Tabela 2. Tratamento das parasitoses causadas por protozoários.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Etiologia | Tratamento de escolha | Outras opções |
| Amebíase | *Forma intestinal*  Secnidazol 30 mg/kg/dia, dose única  (dose máxima 2g/dia)  Evitar uso no 1º trimestre de gestação e durante amamentação  *Formas graves intestinais ou extraintestinais (abscesso hepático)*  Metronidazol 50mg/kg/dia, 8/8h, 10 dias | Metronidazol 35 mg/kg/dia, 8/8h, 5 dias  ou  Tinidazol 50 mg/kg/dia, após refeição, 2 dias  ou  Nitazoxanida 7,5mg/kg, 2x/dia, 3 dias  Tinidazol 50 mg/kg/dia, após refeição, 3 dias |
| Balantidíase | Crianças < 8 anos  Metronidazol 35 a 50 mg/kg/dia, 8/8h, 5 dias  Crianças > 8 anos  Tetraciclina 40 mg/kg/dia, 6/6h, 10 dias |  |
| Giardíase | Secnidazol 30 mg/kg/dia, após refeição, dose única  ou  Metronidazol 15 mg/kg/dia, 8/8h, 5 a 7 dias | Nitazoxanida 7,5mg/kg, 2x/dia, 3 dias  ou  Tinidazol 50 mg/kg/dia, dose única |
| Criptosporidiose | *Crianças Imunocompetentes*  Nitazoxanida  Criança 1 a 3 anos: 100 mg, 12/12h, 3 dias  Criança 4 a 11 anos: 200 mg. 12/12h, 3 dias  Criança > 12 anos: 500 mg, 12/12h, 3 dias | *Para crianças com HIV/aids e outras imunodeficiências*  Nitazoxanida (conforme esquema apresentado) + Azitromicina 10 mg/kg no 1º dia e 5 mg/kg do 2º ao 10º dia |
| Isosporíase | Sulfametoxazol-trimetoprim  SMX 25 mg/kg, TMP 5 mg/kg, 12/12h, 10 dias |  |
| Microsporíase | *E. intestinalis:* Albendazol 15 mg/kg/dia, 12/12h, 21 dias  *E. bieneusi:* Fumagilina 20 mg, 8/8h, 14 dias | A dose de fumagilina é a indicada para adultos. Efeitos adversos: neutropenia e plaquetopenia. |
| Blastocistose | Metronidazol 35 a 50 mg/kg/dia, 8/8h, 5 dias | Iodoquinol 30 a 40 mg/kg/dia, 8/8h, 20 dias  Nitazoxanida 7,5mg/kg, 2x/dia, 3 dias |
| Ciclosporíase | Sulfametoxazol-trimetoprim  SMX 25 mg/kg, TMP 5 mg/kg, 12/12h, 10 dias | Nitazoxanida 7,5mg/kg, 2x/dia, 3 dias |

**REFERÊNCIAS:**

1. Marques HHS, Sakane PT e Baldacci ER.Infectologia/Coleção Pediatria Instituto da Criança Hospital das Clínicas). Barueri, SP: Manole, 2011.

2. Carvalho E, Ferreira CT, Silva LR. Gastroenterologia e nutrição em pediatria. Barueri, SP: Manole, 2012.

Responsável pela elaboração da rotina: Dra. Ana Luiza Melo dos Santos