

HIDATIDOSE HUMANA

Estudo Clínico-Epidemiológico no Distrito de Évora Durante um Quarto de Século*

J. A. DAVID MORAIS

Consulta de Hidatidologia. Hospital do Espírito Santo. Departamento de Ecologia.
Universidade de Évora. Évora

RESUMO

Introdução: Em trabalhos internacionais, Portugal tem sido incluído entre os países hiperendémicos em hidatidose, mas a nossa prática de clínica hidatidológica, no decurso de três décadas, mostrou-nos que tal critério só é correcto para a Região do Alentejo. **Objectivos:** Contribuir para um melhor conhecimento clínico-epidemiológico do único distrito hiperendémico do País, o distrito de Évora.

Material e Métodos: Análise dos protocolos epidemiológicos e dos processos clínicos de 612 doentes com hidatidose, estudados em 25 anos. Procedeu-se ao apuramento de vários parâmetros e à sua análise estatística, por recurso ao cálculo dos limites de confiança e ao teste do χ^2 .

Resultados: Apurou-se uma maior prevalência da hidatidose no sexo feminino (55,7%) e nos grupos etários médios da vida; uma ocorrência média de 25 casos/ano; era maioritário o grupo de pacientes que possuíam cão (68,5%); a hidatidose era hiperendémica em 11 dos 14 concelhos rurais do distrito, mesoendémica em dois e hipoendémica em um; a incidência média para o distrito de Évora era de 12,2 casos/100 000 habitantes/ano (15,2/100 000 habitantes/ano quando excluídas as freguesias urbanas do concelho de Évora).

Conclusão: O estudo mostrou que o distrito de Évora é maioritariamente hiperendémico, situando-se o seu epicentro no concelho do Alandroal, que apresentava uma das mais elevadas incidências mundiais de hidatidose: 50,1 casos/100 000 habitantes/ano.

*1º Prémio de Comunicações Livres, Dr. António Marcelino. Évora: 12ª Reunião Nacional do Núcleo de Medicina Interna dos Hospitais Distritais, 12 de Novembro de 2005. Prémio melhor Estudo Retrospectivo/Prospectivo, Dr. Fernando Borges. Funchal: Fórum Madeira 2006, 8 a 11 de Março de 2006.

SUMMARY

HUMAN HYDATIDOSIS IN THE DISTRICT OF ÉVORA, PORTUGAL

A Clinical-Epidemiological Study over a Quarter of a Century

Introduction: In international studies, Portugal has been included among the countries hyper endemic in hydatidosis, but this criterion is true only for the Alentejo region.

Objectives: To contribute to the advancement of better clinical-epidemiological knowledge of the only hyperendemic district in the country, the district of Évora.

Material and Methods: Analysis of the clinical epidemiological protocols of 612 patients suffering from hydatidosis, studied over a period of 25 years. Several parameters were selected and a statistical analysis was performed on them, using the calculation of confidence limits and the χ^2 test.

Results: It was discovered that there was a greater prevalence of hydatidosis among females (55.7%) and in the middle age groups; an average occurrence of 25 cases per annum; greater occurrence among patients with dogs (68.5%); hydatidosis was hyperendemic in 11 of the 14 rural counties of the District, mesoendemic in 2 and hypoendemic in 1; the average incidence for the district of Évora was 12.2 cases per 100,000 inhabitants per annum (15.2 cases when the urban parishes of the county of Évora were excluded).

Conclusions: The study showed that the district of Évora is the most hyper endemic of all, the epicenter being the county of Alandroal, which boasted one of the highest incidence of hydatidosis in the world: 50.1 cases per 100,000 inhabitants per annum.

INTRODUÇÃO

À míngua de medidas eficazes e sistematizadas de controlo da equinococose-hidatidose, esta endemia continua a perdurar em vários países do mundo – e esta é também, reconhecidamente, a situação em Portugal. Aliás, não obstante os progressos conseguidos em alguns países na luta contra esta zoonose parasitária, verifica-se, porém, que em algumas regiões ela adquiriu mesmo um carácter reemergente^{1,2}.

Em várias publicações internacionais, o nosso País tem sido considerado hiperendémico no que respeita à equinococose-hidatidose^{3,4}, mas alguns estudos realizados mostraram que esta classificação epidemiológica só é válida para parte da região do Alentejo, a sul do território nacional^{5,6}. Com efeito, a incidência da hidatidose humana foi estimada para a totalidade do território em 2,2 casos por 100 000 habitantes/ano⁵, o que coloca o País, na sua globalidade, entre as regiões hypoendémicas (vide infra).

O presente estudo, baseado na nossa casuística pessoal de um quarto de século num distrito hiperendémico do Alentejo, o distrito de Évora, propõe-se, pois, contribuir para um melhor conhecimento clínico-epidemiológico da hidatidose humana neste distrito.

MATERIAL E MÉTODOS

Neste trabalho, procedemos à análise dos protocolos epidemiológicos que expressamente elaborámos para o estudo da hidatidose e dos respectivos processos clínicos de 612 doentes que, durante um lapso de tempo de 25 anos (1979-2003), estudámos no Hospital do Espírito Santo de Évora, quer em regime de internamento hospitalar quer na Consulta de Hidatidologia. Salientamos, porém, que aqueles 612 doentes não constituem a casuística total do nosso Hospital, uma vez que houve vários doentes que foram operados ou observados por outros médicos e que, prévia ou subsequentemente, não foram referenciados à nossa consulta.

Para além das análises ditas de rotina, o estudo dos doentes contou com os seguintes contributos da sero-imunologia para pesquisa de anticorpos anti-*Echinococcus* (estas análises foram estando disponíveis, sequencialmente, ao longo dos 25 anos da nossa investigação): aglutinação do látex, imunodifusão em gelose com líquido hidático (LH) e areia hidática (AH), imuno-electrodifusão (LH e AH), ELISA, hemaglutinação, imunofluorescência, imuno-electroforese, ELIEDA e immunoblot. Complementarmente, efectuámos os seguintes estudos imagiológicos, seleccionados em função das

localizações dos quistos hidáticos e da problemática clínica em causa: radiografias convencionais, ecografias, colângio-pancreatografias, tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas.

Na análise dos resultados, para os cálculos da população média do distrito de Évora recorreremos às estatísticas oficiais (Recenseamentos Gerais da População) correspondentes ao nosso período de estudo⁷⁻⁹.

Na identificação precisa dos locais de contágio dos doentes – necessária, *verbi gratia*, para a determinação da incidência por concelhos - utilizámos a Carta Militar de Portugal (a mais detalhada que, entre nós, se publicou), na escala de 1/25 000¹⁰.

Para uma melhor avaliação dos parâmetros apurados, quando indicado complementámos a nossa análise estatística com o cálculo dos limites de confiança (LC) a 95% e com o teste do χ^2 .

RESULTADOS

Casos de Hidatidose por Sexos

Dos 612 casos da nossa casuística pessoal, 271 (44,3% - LC: 40,3-48,3) eram do sexo masculino e 341 (55,7% - LC: 51,7-59,7) do sexo feminino.

Casos de Hidatidose por Grupos Etários

A distribuição dos doentes por grupos etários foi a seguinte: 0-9 anos: 20 doentes (3,3%); 10-19 anos: 36 (5,9%); 20-29 anos: 54 (8,8%); 30-39 anos: 81 (13,2%); 40-49 anos: 80 (13,1%); 50-59 anos: 114 (18,6%); 60-69 anos: 136 (22,2%); 70-79 anos: 78 (12,7%); 80-89 anos: 12 (1,9%); 90-99 anos: 1 (0,2%).

O acúmen da ocorrência por grupos etários situou-se, pois, na sexta década da vida (Figura 1), sendo que a terceira, quarta, quinta, sexta e sétima décadas incluíam, conjuntamente, 80% dos pacientes estudados.

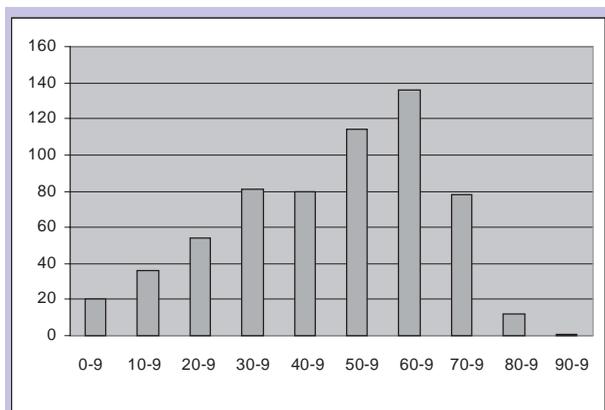


Fig. 1 – Casos de hidatidose por grupos etários

A média etária dos pacientes situou-se em 49 anos, com extremos compreendidos entre 2 e 96 anos de idade.

Casos de Hidatidose Diagnosticados por Anos e Quinquénios

A média de casos de hidatidose para o quartel de século que estudámos cifrou-se em 25 casos/ano, e a média quinquenal em 122 casos: 98 casos (16,0% - LC: 13,2-19,2) no quinquénio 1979-1983; 169 casos (27,6% - LC: 24,1-31,3) no quinquénio 1984-1988; 135 casos (22,1% - LC: 18,8-25,6) no quinquénio 1989-1993; 146 casos (23,9% - LC: 20,5-27,4) no quinquénio 1994-1998; e 64 casos (10,5% - LC: 8,1-13,2) no quinquénio 1999-2003. A variabilidade quinquenal é mostrada na Figura 2.

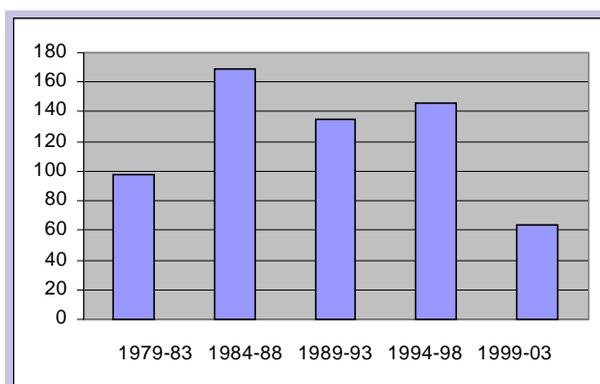


Fig. 2 – Casos de hidatidose por quinquénios

Casos de Hidatidose por Sectores de Actividade

Era relativamente elevada a população não activa no nosso estudo (estudantes, domésticas e reformados): 48,0% (LC: 44,0-52,1) – Quadro I. A população activa representava 52,0% (LC: 47,9-56,0), sendo o sector primário (agricultura) escassamente maioritário, seguido de muito perto pelo sector terciário (serviços).

Quadro I – Casos de hidatidose por sectores de actividade

Sectores de Actividade	Casos de Hidatidose	
	nº	%
Não Activos	(294)	(48,0)
Estudantes	50	8,2
Domésticas	80	13,1
Reformados	164	26,8
Activos	(318)	(52,0)
Sector Primário	139	22,7
Sector Secundário	49	8,0
Sector Terciário	130	21,1
Total	612	100,0

Posse de Cães

Dos 612 indivíduos estudados, 419 (68,5% - LC: 64,6-72,1) possuíam cães aquando do diagnóstico ou já os haviam possuído antes, e apenas 193 (31,5% - LC: 27,9-35,4) afirmavam nunca os terem possuído.

Casos de Hidatidose por Distritos e Grandes Regiões do País

Elaborámos os Quadros II e III não com base no local de residência dos doentes, mas sim com base no certo ou provável local de contágio: para tal, tivemos necessidade de fazer detalhadas histórias epidemiológicas de cada paciente, optando pela escolha do local de maior risco de contágio (este particular aspecto era notório em especial em indivíduos que, à data da primeira consulta, viviam em agregados urbanos mas que, em jovens, tinham vivido em meio rural, onde possuíam cães ou tinham contactos frequentes com cães de outrem).

Quadro II – Casos de hidatidose por locais de contágio

Locais de Contágio	Casos de Hidatidose		
	N ^o	%	LC*
Distrito de Évora	537	87,7	84,9-90,2
Outros distritos	74	12,1	9,6-14,9
Estrangeiro	1	0,2	0,0-0,8
Total	612	100,0	—

* LC: limites de confiança a 95%.

Para a análise deste parâmetro começámos por discernir entre pacientes em que os locais de contágio se situavam no distrito em que se integra o nosso Hospital, o distrito de Évora, e indivíduos de outros distritos (Quadro II). Especificamente ao distrito de Évora correspondiam 537 doentes (87,7% - LC: 84,9-90,2), sendo que a outros distritos correspondiam 74 indivíduos (12,1% - LC: 9,6-14,9). Demais, um doente (0,2%) era estrangeiro – natural da Turquia rural, de onde recentemente tinha chegado a Portugal.

No Quadro III mostramos a repartição dos doentes com hidatidose por distritos e regiões do País, mas daí excluimos os indivíduos pertencentes ao distrito de Évora, que a seguir serão objecto de uma análise mais aprofundada. Assim, à Região Norte correspondiam 4,1% dos doentes da nossa casuística; à Região Centro, 6,8%; à Região de Lisboa e Vale do Tejo, 13,5%; à Região do Alentejo (sem o distrito de Évora), 71,6%; e à Região do Algarve, 4,1%.

Quadro III – Casos de hidatidose por regiões do País e distritos de contágio (não inclui o distrito de Évora)

Regiões	Distritos	Casos de Hidatidose	
		N ^o	%
Norte	Bragança	1	4,1
	Vila Real	2	
Centro	Aveiro	1	6,8
	Castelo Branco	2	
	Coimbra	1	
	Viseu	1	
Lisboa e Vale do Tejo	Lisboa	3	13,5
	Santarém	4	
	Setúbal	3	
Alentejo	Beja	23	71,6
	Portalegre	30	
Algarve	Faro	3	4,1
		(3)	
Total		74	100,0

Incidência da Hidatidose no Distrito de Évora, por Concelhos

Por recurso à Carta Militar de Portugal, na escala de 1/25 000¹⁰, localizámos os locais de contágio dos nossos 537 doentes do distrito de Évora; e tivemos necessidade de recorrer a uma carta geográfica tão pormenorizada porque muitos desses locais eram simples propriedades agrícolas (*montes*, na designação regionalista alentejana), difíceis de situar na imensidade do território do Alentejo.

O concelho com maior número absoluto de casos de hidatidose (103 indivíduos) foi o de Évora, mas este dado deverá ser cautelosamente considerado, uma vez que este concelho é o de maior superfície de todo o distrito (quase 10 vezes mais extenso que o concelho mais pequeno, o concelho de Borba).

Assim, para uma interpretação mais correcta da nossa análise, determinámos, quer para o distrito quer para os concelhos, a incidência da hidatidose (aliás, o único parâmetro de ocorrência desta zoonose passível de uma comparação válida com estatísticas hidatidológicas de outros autores). Uma vez que a nossa investigação cobriu um lapso temporal de 25 anos (1979-2003), para a população residente calculámos a média dos três recenseamentos da população efectuados durante aquele lapso de tempo (censos de 1981, 1991 e 2001)⁷⁻⁹ – Quadro IV. A incidência média cifrou-se no distrito em 12,2 casos de hidatidose por 100 000 habitantes/ano; de notar que

Quadro IV – Incidência da hidatidose no distrito de Évora por concelhos

Concelhos	População residente N°	Casos de hidatidose N°	Incidência média por 100 000 habitantes/ano
Alandroal	7 352	92	50,1
Mourão	3 330	23	27,6
Portel	7 647	37	19,4
Redondo	7 905	36	18,2
Arraiolos	8 235	37	18,0
Borba	8 283	36	17,4
Vila Viçosa	8 828	32	14,5
Viana do Alentejo	5 841	19	13,0
Reguengos	11 475	37	12,9
Estremoz	16 402	42	10,2
Évora	53 948	103	7,6
Mora	6 477	12	7,4
Montemor-o-Novo	19 140	28	5,9
Vendas Novas	11 009	3	1,1
Total	175 872	537	12,2

esta incidência média carece, todavia, de uma análise mais detalhada, uma vez que no cômputo geral da população do distrito está incluída também a população da cidade de Évora – vide Discussão.

O Alandroal, com 50,1 casos/100 000 habitantes/ano, foi o concelho que apresentou a maior incidência, e Vendas Novas, com 1,1 casos/100 000 habitantes/ano foi o concelho de incidência mais baixa.

Casos de Hidatidose segundo a Distribuição por Órgãos

A partir da totalidade dos nossos doentes elaborámos o Quadro V, onde se mostram as diversas localizações dos quistos hidáticos por órgãos. Dos 612 pacientes, 571 (93,3% - LC: 91,0-95,1) tinham localizações primárias, sendo que em 41 (6,7% - LC: 4,9-9,0) os quistos tinham localizações secundárias. Das localizações primárias, a maioria dos quistos hidáticos interessava apenas um único órgão (516 doentes), com particular relevância para a localização hepática (458 indivíduos).

Note-se que uma leitura menos avisada do Quadro V poderá, eventualmente, induzir a uma interpretação menos correcta sobre a importância quantitativa dos

Quadro V – Casos de hidatidose segundo as localizações dos quistos hidáticos por órgãos

Localizações por órgãos	Casos de N°	hidatidose %
HIDATIDOSE PRIMÁRIA	(571)	(93,3)
Localizações num só órgão	(516)	(84,3)
Fígado	458	74,8
Pulmão	39	6,4
Rim	6	1,0
Baço	3	0,5
Osso	3	0,5
Músculo	2	0,3
Coração	1	0,2
Mediastino	1	0,2
Mama	1	0,2
Diafragma	1	0,2
Retroperitoneu	1	0,2
Localizações em Vários Órgãos	(55)	(9,0)
Fígado e pulmão	38	6,2
Fígado e rim	3	0,5
Fígado e músculo	3	0,5
Fígado e baço	2	0,3
Fígado e retroperitoneu	1	0,2
Fígado e retro-ocular	1	0,2
Pulmão e baço	1	0,2
Pulmão e coração	1	0,2
Pulmão e osso	1	0,2
Pulmão e músculo	1	0,2
Músculo e osso	1	0,2
Fígado, pulmão e baço	2	0,3
HIDATIDOSE SECUNDÁRIA	(41)	(6,7)
Peritoneu	2	0,3
Peritoneu e fígado	16	2,6
Peritoneu e baço	1	0,2
Peritoneu e pâncreas	1	0,2
Peritoneu, fígado e baço	5	0,8
Peritoneu, fígado e pélvis	6	1,0
Peritoneu, fígado e pulmão	2	0,3
Peritoneu, baço e pélvis	1	0,2
Peritoneu, fígado, baço e pélvis	2	0,3
Peritoneu, fígado, baço e coração	1	0,2
Pélvis e fígado	3	0,2
Pélvis e cérebro	1	0,2
TOTAL	612	100,0

Quadro VI – Localizações totais dos quistos hidáticos por órgãos

Localizações por órgãos	Localizações Primárias		Associadas a localizações Secundárias	Totais	
	Num Só Órgão N°	Mais que um Órgão N°	N°	N°	%
Fígado	458	50	35	543	88,7
Pulmão	39	44	2	85	13,9
Baço	3	5	10	18	2,9
Rim	6	3	-	9	1,5
Músculo	2	5	-	7	1,1
Ossos	3	2	-	5	0,8
Coração	1	1	1	3	0,5
Mediastino	1	-	-	1	0,2
Mama	1	-	-	1	0,2
Diafragma	1	-	-	1	0,2
Pâncreas	-	-	1	1	0,2
Retro-Ocular	-	1	-	1	0,2
Cérebro	-	-	1	1	0,2
Peritoneu	-	-	37	37	6,0
Retroperitoneu	1	1	-	2	0,3
Pélvis	-	-	13	13	2,1

órgãos atingidos. Assim, para uma melhor inteligibilidade desta problemática, elaborámos, complementarmente, o Quadro VI, onde a importância relativa dos órgãos interessados é mais manifesta.

DISCUSSÃO

Casos de Hidatidose por Sexos

A superioridade numérica dos indivíduos do sexo feminino não era estatisticamente significativa ($p > 0,05$), e guarda relação, obviamente, com o facto de as mulheres terem, em termos demográficos, uma esperança de vida superior à dos homens. Acresce que sendo o Alentejo uma região socioeconomicamente deprimida, os homens partem, com uma certa frequência, em demanda de trabalho noutras regiões, em especial na Região da Grande Lisboa; aliás, desta circunstância resultou que, num razoável número de doentes do sexo masculino, eles nos tenham sido enviados por hospitais centrais de Lisboa, para aprofundamento do estudo da hidatidose ou para vigilância subsequente, já depois de ali terem sido previa-

mente operados.

Casos de Hidatidose por Grupos Etários

Conforme se mostrou na Figura 1, os diagnósticos de hidatidose verificaram-se maioritariamente em idades relativamente avançadas. Ora, sendo claro - pelos respectivos inquéritos epidemiológicos - que a maioria dos contágios teria ocorrido quando os indivíduos eram jovens, tal facto encontra explicação quer no facto de a doença se manter por longos anos assintomática, quer no facto de só praticamente na última década os médicos de Clínica Geral terem passado a dispor da possibilidade de efectuar estudos imagiológicos mais diferenciados (ecografias e Tomografias Axiais Computarizadas) dos seus pacientes. Com efeito, um número significativo de diagnósticos de hidatidose ocorreu como simples achados imagiológicos, quando os doentes foram estudados por sintomatologias não directamente imputáveis à hidatidose.

Casos de Hidatidose Diagnosticados por Quinquénios

Na Figura 2 é notória a menor expressão dos casos de hidatidose nos primeiro e último quinquénios estudados. Do ponto de vista da análise de resultados, é manifesto para nós que tal não se teria devido a uma variabilidade real na incidência da hidatidose humana na região alentejana. Quanto ao subdiagnóstico no primeiro quinquénio, lembre-se a escassez de meios de diagnóstico (serológicos e imagiológicos) de que então se dispunha para o estudo da hidatidose. Quanto ao último quinquénio, a sua explicação é de uma outra ordem: tendo os principais cirurgiões que connosco colaboravam sido aposentados ou transferidos para outros hospitais, sucedeu que os novos cirurgiões do nosso Hospital entenderam muitas vezes serem eles próprios a seguir os doentes com hidatidose nas suas consultas, não os referenciando à Consulta de Hidatidologia, como antes era norma; outrossim, como é sabido, o Hospital Distrital de Elvas passou também a operar doentes da área hiperendémica do nosso distrito, pelo que este novo circuito de referência deverá ser tido em conta na análise da incidência da hidatidose nos distritos em causa (Évora e Portalegre).

Casos de Hidatidose por Sectores de Actividade

Em relação a este item, fazemos notar que tão-só 27 indivíduos (4,4%) eram pastores efectivos – profissão de risco - aquando do diagnóstico de hidatidose. Todavia, salientaremos que no Alentejo a grande maioria das crianças ajudava os pais no pastoreio de ga-

dos enquanto estudantes (em especial nos períodos de férias), bem como muitos adolescentes pastavam gados transitoriamente (como *ajudas*) antes de se tornarem trabalhadores rurais. Assim, o número de indivíduos expostos ao contágio da parasitose correspondia, na verdade, à grande maioria dos jovens rurícolas do sexo masculino.

Outro aspecto que ressalta da análise do Quadro I é o elevado número de indivíduos reformados da nossa casuística. Com efeito, o Alentejo rural é uma região em decréscimo populacional evidente (c. f. os censos oficiais da população), sendo que os jovens partem para as vilas e cidades e apenas os idosos permanecem ainda agarrados ao seu torrão natal. Do ponto de vista epidemiológico, interessará enfatizar que a grande maioria dos reformados pertencera ao sector primário quando eram activos, sector esse onde o risco de exposição ao contágio da hidatidose era, obviamente, maior.

Posse de Cães

Em relação aos indivíduos que negavam a posse de cães, importará referir que, em meio rural alentejano, todos os indivíduos estão potencialmente expostos, uma vez que quando o doente não possui cães praticamente todos os seus vizinhos os possuem. Outrossim, será de referir que mesmo nas vilas e cidades transtaganas o problema tem contornos semelhantes⁵.

As diferenças entre possuidores e não possuidores de cães eram estatisticamente muito significativas ($p < 0,01$).

Casos de Hidatidose por Grandes Regiões do País

Entendemos que o Quadro III traduz a situação da importância relativa da hidatidose humana no País, sendo que, grosso modo, poderemos considerar as Regiões do Norte, do Centro e do Algarve como hipoendémicas, a Região de Lisboa e Vale do Tejo como mesoendémica e a Região do Alentejo como hiperendémica (obviamente que a Região do Alentejo apresenta particularismos regionais na incidência⁶, que explicaremos a seguir a propósito do distrito de Évora).

Incidência da Hidatidose no Distrito de Évora

Como visto supra, a incidência média para a totalidade do distrito de Évora situou-se em 12,2 casos/100 000 habitantes/ano (Quadro IV). Todavia, esta incidência carece de uma ressalva importante: como já antes dito, este índice reporta-se à totalidade dos ha-

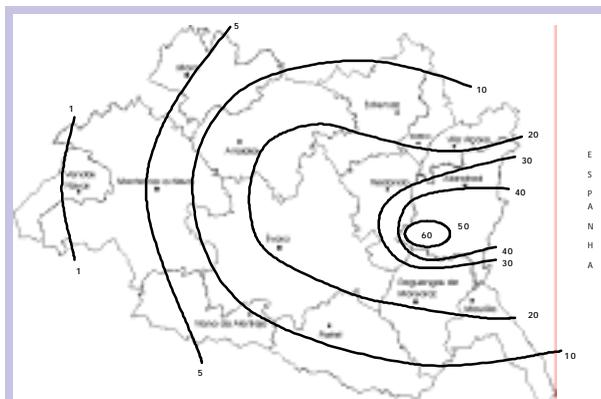


Fig. 3 – Incidência da hidatidose no distrito de Évora: curvas iso-hidáticas

bitantes do distrito, isto é, inclui também a população do maior centro urbano, a cidade de Évora. Assim, se excluirmos do concelho de Évora as freguesias urbanas (conservando, porém, as freguesias rurais, epidemiologicamente semelhantes às demais freguesias do mundo rurícola alentejano), teremos para o Alentejo rural uma população de 133 103 habitantes (que não 175 872 habitantes) e um quantitativo de 506 casos de hidatidose, o que nos conduz a uma incidência média de 15,2/100 000 habitantes/ano, incidência esta um pouco superior à inicialmente calculada (12,2/100 000 habitantes/ano).

Outrossim, se ao concelho de Évora retirarmos as freguesias urbanas (onde a hidatidose também existe, mas apresenta um quadro epidemiológico próprio)⁵, quedar-nos-emos para as freguesias rurais deste concelho com uma população de 11 179 indivíduos, a que correspondem 72 casos de hidatidose, o que permite calcular a sua incidência em 25,8/100 000 habitantes/ano, e não 7,6/100 000 habitantes/ano (Quadro IV), isto é, afinal as freguesias rurais do concelho de Évora integram-se numa zona hiperendémica e não mesoendémica (vide infra).

Como é sabido, a classificação de zona hiperendémica define-se a partir de uma incidência de 10 casos/100 000 habitantes/ano¹¹. Assim, teremos para o distrito de Évora que 11 concelhos correspondem ao critério de hiperendemicidade: Alandroal, Mourão, Portel, Redondo, Arraiolos, Borba, Vila Viçosa, Viana do Alentejo, Reguengos de Monsaraz, Estremoz e Évora (freguesias rurais - vide supra). Outrossim, segundo critério que nós próprios adoptámos, consideramos como zona mesoendémica aquela em que a incidência se situa entre 5 e 10 casos/100 000 habitantes/ano, e como zona hipoendémica aquela em que a incidência é inferior a 5/100 000 habitantes/ano. Teremos, pois, para o nosso es-

tudo que os concelhos de Mora e Montemor-o-Novo são mesoendémicos e que tão-só o concelho de Vendas Novas é hipoendémico. Para uma maior inteligibilidade do exposto, elaborámos a carta isoendémica da hidatidose no distrito de Évora (Figura. 3).

Ressalta pois, da observação daquela carta iso-hidática:

- a maior parte do distrito é hiperendémico (mais de 2/3), isto é, toda a região leste e a região central;
- a região oeste é mesoendémica, mas esbate-se para hipoendémica já no limite do distrito;
- a incidência no concelho do Alandroal (que confina com a *paisaje amarillo* ou *cinturón o paso de oveja*^{12,13} que, transversalmente, atravessa a Espanha e é de grande endemicidade) situa-se entre as mais elevadas do mundo (50,1/100 000 habitantes/ano);
- é, conseqüentemente, no concelho do Alandroal que se situa o epicentro da hidatidose no distrito; calculámos, ainda, separadamente a incidência para a freguesia de Santiago Maior, já conhecida pela sua elevada incidência hidática^{5,6}. Com uma população média de 2 772 habitantes, interessavam-lhe 42 casos de hidatidose, o que se traduz numa incidência média de 60,6/100 000 habitantes/ano.

Casos de Hidatidose Segundo a Distribuição por Órgãos

Como é bem manifesto no Quadro VI, o fígado foi o órgão que mais vezes apareceu atingido por quistos hidáticos (88,7% dos casos).

Dado que as localizações pulmonares interessam na



Fig. 4 – Hidatidose hepática múltipla grave



Fig. 5 – Hidatidose múltipla hepática e esplênica

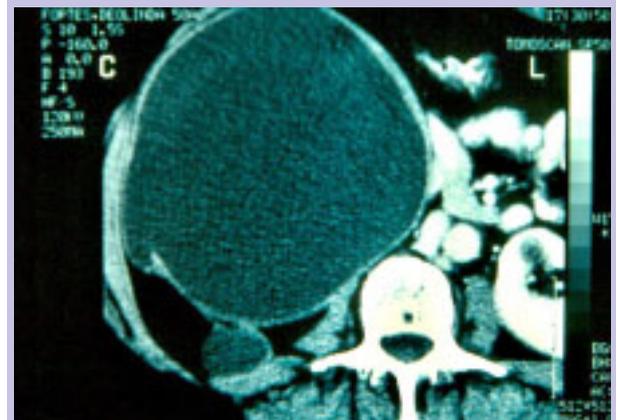


Fig. 6 – Quisto hidático gigante do rim direito



Fig. 7 – Hidatidose óssea da extremidade proximal da tibia

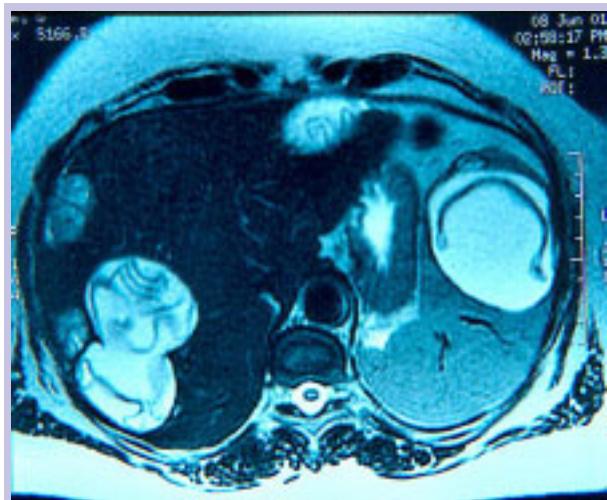


Fig. 8 – Hidatidose hepática múltipla (15 quistos) e esplênica (2 quistos) após terapêutica com Albendazol: organização dos quistos mais pequenos e desprendimento das membranas germinativas nos maiores

clínica maioritariamente os indivíduos mais jovens, a sua relativamente baixa ocorrência no nosso estudo (13,9%) poderá indiciar um decréscimo de contágio da hidatidose no Alentejo – recorde-se, como antes dito, a pouca importância da doença hidática nos grupos etários das crianças e adolescentes. Com efeito, estando o Alentejo a perder a sua vocação de região votada à pastorícia extensiva (as explorações pecuárias passaram a ser parqueadas e os pastores tradicionais, secundados pelos respectivos cães de gado, vão-se tornando raros; as populações locais estão, ultimamente, a transitar do sector primário para o sector terciário – vide Quadro I -; atribuem-se subsídios comunitários para que as terras permaneçam em pousio, com o subsequente desemprego ou êxodo das populações rurais, etc.), compreender-se-á então que, neste contexto, a exposição das gentes a um possível contágio pelo *Echinococcus granulosus* seja cada vez menor. Não terão sido, pois, a *Campanha de Luta Contra a Equinococose-Hidatidose*, - que se iniciou em 1986 e logo se esgotou em 1990^{14,15} - ou as medidas desgarradas que depois se adoptaram que estão a conduzir a uma menor incidência da parasitose, mas antes sim as transformações socioeconómicas que estão a ocorrer na região transtagana. Aliás, o desinteresse a que sucessivos governos nacionais têm votado a problemática da equinococose-hidatidose é por demais conhecido, em especial pela Sociedade Portuguesa de Hidatidologia, que tem solicitado às entidades responsáveis medidas concretas no combate a esta zoonose parasitária.

Todavia, não obstante esta tendência para uma progressiva diminuição da incidência de hidatidose em Por-

tugal, interessará ter presente que entre nós¹⁶ (aliás, à semelhança do que se passa na vizinha Espanha)¹⁷ prevalece a estirpe mais patogénica do *E. granulosus* – a estirpe ovina comum, genótipo 1 ou G1^{18,19} -, pelo que continuam a verificar-se formas muito graves da doença hidática (Figuras 4, 5, 6, 7 e 8)²⁰⁻²⁹. Assim, a presença em ser (re)posta em marcha uma campanha de luta contra a equinococose-hidatidose, que envolva simultaneamente os dois ministérios mais directamente implicados, o Ministério da Agricultura e o Ministério da Saúde - o que não aconteceu na campanha de 1986-1990^{14,15} - é uma necessidade óbvia e bem sentida por todos os profissionais que, no nosso País, trabalham em Hidatidologia.

CONCLUSÕES

O nosso estudo mostrou – como, aliás, já havíamos enfatizado em trabalhos anteriores^{5,6} - a grande acuidade da hidatidose humana no sul de Portugal. Assim, mostrámos que o distrito de Évora é maioritariamente hiperendémico, situando-se o seu epicentro no concelho do Alandroal que apresenta uma das mais elevadas incidências mundiais de hidatidose: 50,1 casos/100 000 habitantes/ano.

A conclusão final é óbvia: não importa apenas introduzir melhorias no tratamento desta doença (o que, aliás, tem acontecido quer no domínio da terapêutica cirúrgica quer no domínio da terapêutica médica)^{23,24}, impõe-se, também, tomar medidas de efectivo combate à parasitose em questão, organizando campanhas de luta contra esta zoonose endémica, em conformidade com as recomendações internacionais da OMS³⁰ e à semelhança do que tem sido feito em outros países de elevada endemicidade hidática.

AGRADECIMENTOS

O autor agradece a Palmira Rombert e Amélia Grácio, Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa, Maria de Lourdes Sampaio Silva, Instituto Nacional de Saúde do Porto e Helena Ângelo, Instituto Nacional de Saúde de Lisboa, pelo o excelente apoio para a realização deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. DEUTZ A, FUCHS K, AUER H et al: Echinococcosis – An emerging disease in farmers. N Eng J Med 2000;343:738-9
2. CRAIG P, PAWLOWSKI Z eds.: Cestode Zoonoses: Echinococcosis and Cysticercosis: An Emergent and Global Problem. Amsterdam: IOS Press 2002;341: (NATO Science Series)

3. MATOSSIAN RM, RICKARD MD, SMYTH JD: Hydatidosis: a global problem of increasing importance. *Bulletin of the World Health Organization* 1977;55:499-507
4. McMANUS DP, ZHANG W, LI J et al: Echinococcosis. *Lancet* 2003;362:1295-304
5. DAVID DE MORAIS JA: A Hidatidologia em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 1998
6. DAVID DE MORAIS JA: Estudo epidemiológico da Equinococose-Hidatidose no distrito de Évora: problemática metodológica. *Rev Port Doenç Infec* 1997;20(3):137-45
7. Instituto Nacional de Estatística: XII Recenseamento Geral da População. Lisboa. Censos 1981
8. Instituto Nacional de Estatística: XIII Recenseamento Geral da População. Lisboa. Censos 1991
9. Instituto Nacional de Estatística: XIV Recenseamento Geral da População. Lisboa. Censos 2001
10. Serviço Cartográfico do Exército: Carta Militar de Portugal. Escala 1/25 000;1942,1944,1965,1968,1973,1975:394,395,398,408-412,421-427,435-441,445-452,456-463,469-474, 478-483,489-493,500,501,503
11. BOWLES J, McMANUS DP: Molecular characterisation of Echinococcus. *Archivos de la Hidatidosis (XV Extraordinary Congress for the Celebration of the 50 Years of A.I.H., Rome)* 1991; 30:55-63
12. BERCHI FJ, CANO I, DÍAZ L et al: Hidatidosis en la infancia: nuestros planteamientos actuales. Ponencias. Madrid: XIII Congreso Internacional de Hidatidologia 1985:222-6
13. QUEIZAN DE LA FUENTE A: Hidatidosis hepática en la infancia. Ponencias. Madrid: XIII Congreso Internacional de Hidatidologia 1985:233-7
14. MAS: Apoio à República Portuguesa na Luta Contra a Equinococose-Hidatidose. Estudo de Viabilidade (elaborado por ordem da Sociedade Alemã de Cooperação Técnica). Berlim: Management Assistance Service, Deutsche Gesellschaft für Wirtschaftliche Projektorganisation 1983 (policopiado)
15. GOUVEIA DA VEIGA S: Relatório das acções desenvolvidas (em 1989). Lisboa: Direcção Geral de Pecuária, Programa de Luta contra a Equinococose-Hidatidose 1990 (policopiado)
16. MATTIUCCI S, DAVID DE MORAIS JA, ARRU E et al: Genetic homogeneity within Echinococcus granulosus from sheep and cattle of portuguese and italian origin. *Archivos de la Hidatidosis (XV Extraordinary Congress for the Celebration of the 50 years of AIH, Rome)* 1991;30:875-878
17. MWAMBETE KD, PONCE-GORDO F, CUESTA-BANDERA C: Genetic identification and host range of the Spanish strains of Echinococcus granulosus. *Acta Trop* 2004;91:87-93
18. ECKERT J, THOMPSON RC: Intraspecific variation of Echinococcus granulosus and related species with emphasis on their infectivity to humans. *Acta Trop* 1997;64(1-2):19-34
19. OBWALLER A, SCHNEIDER R, WALOCHNIK J et al: Echinococcus granulosus strain differentiation based on sequence heterogeneity in mitochondrial genes of cytochrome c oxidase-1 and NADH dehydrogenase-1. *Parasitol* 2004;128(Pt 5):569-75
20. DAVID DE MORAIS JA, PRATAS ML, PRATAS AS: Quisto hidático intra-abdominal associado a úlcera duodenal: a propósito de um caso que evoluiu para a perfuração. *Rev Port Doenç Infec* 1980;3(3):233-42
21. DAVID DE MORAIS JA: Hidatidose hepática e síndrome de Budd-Chiari: caso clínico. In: Vários. Hidatidologia, Libro V. Córdoba: Asociación Española de Hidatidologia 1988:99-102
22. DAVID DE MORAIS JA, SOARES DE AZEVEDO JM: Nova abordagem terapêutica da Hidatidose óssea: a propósito de um caso de quisto hidático da tibia. In: Vários. Hidatidologia, Libro VI. Merida: Asociación Española de Hidatidologia 1990:393-401
23. DAVID DE MORAIS JA: Chemotherapy of Hidatid disease with albendazole. First clinical trial carried out in Portugal. *Archivos de la Hidatidosis (Roma)* 1991;30:1207-11
24. DAVID DE MORAIS JA: Hidatidose hepática e síndrome de Budd-Chiari. A propósito de um caso clínico tratado com Mebendazol. *Rev Port Doenç Infec* 1997;20(1):63-7
25. DAVID DE MORAIS JA, HEITOR DA FONSECA, CORREIA J: Abscessos piogénicos do fígado versus quistos hidáticos supurados. *Rev Port Doenç Infec* 1997;20(3):181-5
26. DAVID DE MORAIS JA, DIAZ-GONÇALVES M, VALADAS E: Quisto hidático do pâncreas: uma localização excepcional da hidatidose. *Rev Port Doenç Infec* 1998;21:114-9
27. DAVID DE MORAIS JA: Hidatidose *universal* subsequente a traumatismo do abdómen. *Rev Port Doenç Infec* 1999;22: 47-51
28. DAVID DE MORAIS JA: Hidatidose esplénica: 20 anos de experiência epidémico-clínica. *Rev Port Doenç Infec* 2000;23:167-74
29. DAVID DE MORAIS JA: Hidatidose abdominal secundária a acidentes traumáticos: a nossa experiência de 20 anos em área endémica. *Rev Port Doenç Infec (2ª série)* 2002;1(1):6-15
30. ECKERT J, GEMMEL MA, SOULSBY E JL, eds: Guidelines for Surveillance, Prevention and Control of Echinococcosis/Hydatidosis. Geneva: FAO/UNEP/WHO 1981;VPH 81.28