SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA

Anais Brasileiros de Dermatologia

www.anaisdedermatologia.org.br

CARTA - DERMATOLOGIA TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

Esparganose cutânea autóctone no Brasil: relato de dois casos☆,☆☆

Prezado Editor,

A esparganose é zoonose rara causada pela larva plerocercoide de cestoides do gênero *Spirometra*.[1] Os parasitas adultos habitam o intestino de cães e gatos (hospedeiros definitivos), que eliminam ovos nas fezes.[2] Quando esses ovos eclodem em água doce, liberam coracídios que são posteriormente ingeridos por crustáceos microscópicos do gênero *Cyclops* (primeiro hospedeiro intermediário), levando à formação de larvas procercoides. Peixes, serpentes e anfíbios (segundos hospedeiros intermediários) ingerem os *Cyclops*, resultando no desenvolvimento de larvas plerocercoides, conhecidas como esparganos.[3] Quando cães e gatos se alimentam desses hospedeiros intermediários, os esparganos desenvolvem-se em vermes adultos que habitam o intestino. A infecção humana ocorre principalmente pela ingestão de carne crua de peixes ou anfíbios ou pelo consumo de água contaminada com *Cyclops*.[2] A esparganose é rara no Brasil, com poucos casos relatados anteriormente.[4] Relatam-se aqui dois casos autóctones.

Caso 1

Paciente do sexo masculino, de 34 anos, natural de Gurupi, Tocantins, Brasil, apresentou-se em 2022 com nódulo subcutâneo firme, endurecido e eritematoso, medindo aproximadamente 3 cm, no flanco direito, acompanhado por nódulos menores cobertos por pele de aspecto normal, que haviam surgido 15 dias antes da consulta. O paciente relatou prurido e sensação de calor nas lesões, negando febre. Trinta dias antes do início das lesões, ele havia viajado para a Ilha do Bananal, uma ilha fluvial no estado do Tocantins – caracterizada por clima tropical quente, com verões chuvosos e invernos secos –, onde consumiu peixe de água doce cru proveniente do Lago Preto (11°54′33,2″ S, 50°38′28,4″ O). A ultrassonografia abdominal sugeriu processo inflamatório-infeccioso com espessamento da pele e da parede abdominal. Realizou-se a excisão cirúrgica completa, com a remoção de um parasita medindo aproximadamente 4 cm de comprimento. O exame histopatológico demonstrou paniculite lobular com infiltrado inflamatório misto, incluindo eosinófilos circundando trajeto vazio, desprovido de revestimento epitelial. Foi identificada estrutura larval, delimitada externamente por parede corporal composta por tegumento (estrutura homogênea com espessura de aproximadamente 5 a 15 μm), duas camadas finas de células musculares e células tegumentares. A porção central consistia em estroma frouxo contendo corpúsculos calcários e fibras musculares, sem órgãos internos identificáveis[5–7] (fig. 1). Esses achados permitiram identificar o parasita como *Spirometra* sp. A excisão cirúrgica foi curativa.

Caso 2

Paciente do sexo masculino, de 59 anos, natural de Volta Redonda, RJ, Brasil, desenvolveu, em outubro de 2018, lesão eritematosa serpiginosa na coxa direita, algumas semanas após consumir peixe de água doce cru proveniente do Rio Uatumã, em um local próximo a São Sebastião do Uatumã, Amazonas, Brasil (2°26′23,7″ S, 58°14′39,9″ O) – área caracterizada por clima equatorial quente e úmido, chuvas abundantes durante todo o ano e uma estação seca de curta duração. A lesão apresentou evolução intermitente, com recidivas migratórias. Exames laboratoriais iniciais revelaram eosinofilia leve (7%), que regrediu nos anos subsequentes. Foram realizados múltiplos ciclos de tratamento com albendazol (800 mg/dia por 21 dias), seguindo o esquema recomendado para gnatostomíase. Essas intervenções resultaram em melhora temporária, seguida de recidiva. Em agosto de 2022, a ultrassonografia de partes moles revelou trajeto tortuoso na hipoderme, contendo uma estrutura móvel. Realizou-se a excisão cirúrgica, com a remoção de um parasita de aproximadamente 5 cm de comprimento. O exame histopatológico revelou infiltrado inflamatório misto denso, com presença de eosinófilos, na hipoderme ao redor de um trajeto vazio e desprovido de revestimento epitelial. Identificou-se estrutura larval

DOI referente ao artigo:
https://doi.org/10.1016/j.abd.2026.501430

☆ Como citar este artigo: Cortes-Ferreira AC, Brandão MBB, Pereira-Sousa EV, Pinto MSA, Arbex KMS, Jeunon T. Autochthonous cutaneous sparganosis in Brazil: report of two cases. An Bras Dermatol. 2026;101:501430.

☆☆ Trabalho realizado na Universidade de Gurupi, Gurupi, TO, Brasil e Investigação em Dermatologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2666-2752/© 2026 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

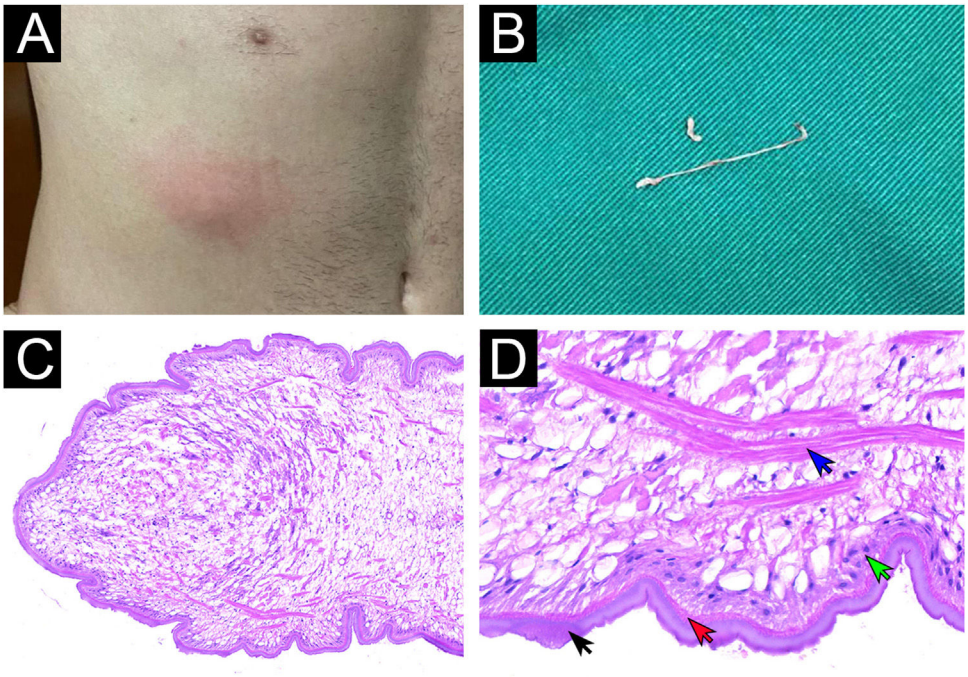

Figura 1 **Esparganose.** (A) Nódulo subcutâneo eritematoso medindo aproximadamente 3 cm no flanco direito. (B) Aspecto macroscópico de uma larva plerocercoide de um cestoide do gênero *Spirometra*, exibindo um verme branco, alongado e achatado. (C–D) Histologia do espargano. A parede corporal é composta por tegumento (seta preta), duas camadas finas de células musculares (seta vermelha) e células tegumentares (seta verde). A porção central consiste em estroma frouxo contendo fibras musculares (seta azul) e corpúsculos calcários (não visíveis nessas imagens), sem órgãos internos identificáveis (Hematoxilina & eosina, 100 × e 400 ×).

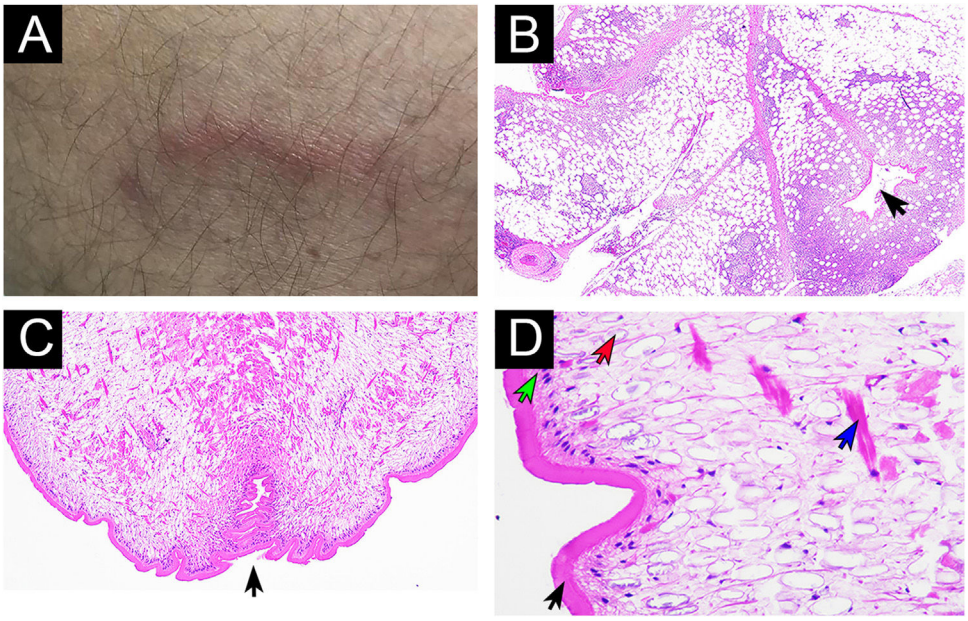

Figura 2 **Esparganose.** (A) Lesão eritematosa serpiginosa na face medial da coxa direita. (B) Histopatologia revelando paniculite lobular com infiltrado inflamatório misto denso circundando um trajeto (seta preta) desprovido de revestimento epitelial (Hematoxilina & eosina, 20 ×). (C) Corte histológico da porção anterior do verme mostrando o botrio (seta preta; Hematoxilina & eosina, 100 ×). (D) Visualização em grande aumento do espargano. O tegumento (seta preta) e as células tegumentares (seta verde) são observados na parede do corpo, enquanto corpúsculos calcários (seta vermelha) e fibras musculares (seta azul) estão presentes na porção central do verme. Nota-se a ausência de órgãos internos (Hematoxilina & eosina, 400 ×).

associada, com características típicas de *Spirometra* sp.[5–7] (fig. 2). A excisão cirúrgica foi curativa.

A esparganose cutânea manifesta-se geralmente como nódulos subcutâneos que podem ser assintomáticos ou dolorosos à palpação e, ocasionalmente, migratórios.[8] Podem ocorrer também lesões eritematosas serpiginosas.[9] O acometimento extracutâneo é menos comum e decorre da migração tecidual ou, raramente, da disseminação hematogênica.[8] As formas ocular e neurológica são as clinicamente mais significantes em virtude da morbimortalidade associada.[8,10] Outros locais relatados incluem pulmões, pleura, cavidade abdominal e trato urogenital.[10] No Caso 2, transcorreram quase quatro anos entre o início dos sintomas e a excisão cirúrgica curativa. O paciente negou enfaticamente qualquer exposição adicional após o surgimento da primeira lesão em 2018, incluindo a ingestão de água não tratada ou de peixes de água doce crus. Essa evolução prolongada é biologicamente plausível, uma vez que as larvas (esparganos) podem permanecer viáveis no organismo humano por até 20 a 30 anos.[3,7,9,11] O diagnóstico diferencial inclui paniculite, lipomas, cistos e abscessos, bem como outras infecções parasitárias, como a gnatostomíase, que também tem sido relatada como autóctone no Brasil.[12] Esparganose e gnatostomíase compartilham características epidemiológicas comuns relacionadas à exposição a água doce e à ingestão de hospedeiros intermediários crus ou mal cozidos. Clinicamente, ambas as condições podem apresentar lesões subcutâneas migratórias, embora esse padrão seja mais típico da gnatostomíase, enquanto a esparganose se manifesta mais frequentemente como um nódulo fixo. Histopatologicamente, o *gnathostoma* é nematódeo menor com órgãos internos identificáveis, ao passo que o espargano é uma larva de cestoide maior, desprovida de trato intestinal e contendo corpúsculos calcários.[5–7,13] O histórico de consumo de peixe de água doce cru é fundamental para a suspeita clínica, dada a forte associação entre hábitos alimentares e o risco de infecção.[1,8] A variabilidade clínica e a raridade da doença contribuem para o subdiagnóstico, especialmente em regiões não endêmicas, ressaltando a importância de manter alto índice de suspeita em pacientes com histórico epidemiológico compatível.[1,8] O diagnóstico é estabelecido inicialmente por meio da identificação morfológica macroscópica e microscópica do parasita em nível de gênero.[2,7] No entanto, a identificação definitiva em nível de espécie requer métodos moleculares.[14] A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha; é eficaz e definitiva, visto que a terapia anti-helmíntica tem demonstrado eficácia limitada.[1]

Estes casos visam aumentar a conscientização de dermatologistas e dermatopatologistas sobre a esparganose, zoonose rara e possivelmente subdiagnosticada no Brasil. O presente relato destaca sua apresentação clínica, achados histopatológicos, identificação parasitológica, contexto epidemiológico e manejo terapêutico.

ORCID ID

Ana Carolina Cortes Ferreira: 0009-0005-5784-3476
Emyle Vitoria Pereira Sousa: 0009-0001-2996-8168
Mariana Serdeira Arbex Pinto: 0000-0001-9217-0100
Kátia Maria Serdeira Arbex: 0009-0003-8978-7283

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Ana Carolina Cortes Ferreira: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado 1; concepção e planejamento do estudo; revisão crítica do manuscrito.

Mariana Bezerra Benevides Brandão: Obtenção, análise e interpretação dos dados; elaboração e redação do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.

Emyle Vitória Pereira Sousa: Obtenção, análise e interpretação de dados.

Mariana Serdeira Arbex Pinto: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado 2.

Kátia Maria Serdeira Arbex: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica do caso estudado 2.

Thiago Jeunon de Sousa Vargas: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados 1 e 2; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito.

Disponibilidade de dados de pesquisa

Não se aplica.

Conflito de interesses

Nenhum.

Editor

Neusa Yuriko Sakai Valente

Referências

1. Beltrán MF, Somocursio Peralta J, Coras Álvarez N, Alfaro Lossio D, Cahua Serrano R, Tarqui Terrones K, et al. Ocular infestation by plerocercoid of Spirometra mansonoides: first report in Peru. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32:391–4.
2. Centers for Disease Control and Prevention (US). Sparganosis [Internet]. Atlanta (GA): Center for Disease Control and Prevention; [revisado em 30 dez. 2017; acesso em 11 abr. 2026]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/dpdx/sparganosis/index.html>.
3. Kozubsky LE. Esparganosis. In: Kozubsky LE, Costas ME, editors. Parasitología humana para bioquímicos. Parasitosis hísticas y hemáticas. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata; 2023. p. 26–9.
4. Gomes AHS, Cacciacarro EN, Mangini ACS, Dias RMDS, Lapola SR, César NPA, et al. Esparganose humana, relato de um novo caso no estado de São Paulo. Rev Inst Adolfo Lutz. 1996;56:13–5.
5. Sparks AK, Neafie RC, Connor DH. Sparganosis. In: Binford CH, Connor DH, editors. Pathology of tropical and extraordinary diseases. Washington (DC): Armed Forces Institute of Pathology; 1976. p. 534–8.

6. Johnson G, Gardner J, Fukai T, Goto K. Cutaneous sparganosis: a rare parasitic infection. J Cutan Pathol. 2015;42:159–63.
7. Alvarez P, Melgarejo C, Beltran G, Santos R, Ferrer K, Elescano I, et al. Four case reports of cutaneous sparganosis from Peruvian Amazon. Am J Dermatopathol. 2022;44:510–4.
8. Pérez POC, Crespo PPG, Arbolay COL, Machín MMO, Copello DL. Cerebral sparganosis: a case report. SVOA Neurol. 2022;3:61–5.
9. Bracaglia G, Ranno S, Mancinelli L, Santoro M, Cerroni L, Massone C, et al. A waterborne zoonotic helminthiasis in an Italian diver: a case report of a cutaneous Sparganum infection and a review of European cases. Pathog Glob Health. 2015;109:383–6.
10. Guderian R, Roldan J, Guevara A, Chico M. Esparganosis humana en el Ecuador: informe de un caso en la provincia de Esmeraldas. Rev Soc Bras Med Trop. 1990;23:115–6.
11. Hwang JM, Hwang DS, Kang C, Lee JW. Subcutaneous sparganosis mimicking soft tissue tumor: a case report. Int Med Case Rep J. 2019;12:47–50.
12. Vargas TJ, Kahler S, Dib C, Cavaliere MB, Jeunon-Sousa MA. Autochthonous gnathostomiasis, Brazil. Emerg Infect Dis. 2012;18:2087–9.
13. Bravo F, Gontijo B. Gnathostomiasis: an emerging infectious disease relevant to all dermatologists. An Bras Dermatol. 2018;93:172–80.
14. Muigg V, Ruf MT, Schwarzkopf S, Huang S, Denisjuk N, Stürmann A, et al. Case report: human subcutaneous sparganosis in a Thai migrant. Am J Trop Med Hyg. 2019;101.

Ana Carolina Cortes Ferreira[a],
Mariana Bezerra Benevides Brandão [a],
Emyle Vitoria Pereira Sousa[a],
Mariana Serdeira Arbex Pinto[b],
Kátia Maria Serdeira Arbex[c]
e Thiago Jeunon de Sousa Vargas [d,*]

[a] *Serviço de Dermatologia, Universidade de Gurupi, Gurupi, TO, Brasil*
[b] *Serviço de Clínica Médica, Hospital do Servidor Público Estadual, Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil*
[c] *Departamento de Gastroenterologia, Clínica Gastrovale, Volta Redonda, RJ, Brasil*
[d] *Serviço de Dermatopatologia, Investigação em Dermatologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

[*] Autor para correspondência.
E-mail: thiago.jeunon@investigacaoemdermatologia.com.br (T. Jeunon de Sousa Vargas).

Recebido em 14 de março de 2026; aceito em 25 de abril de 2026