



Prevalência e fatores associados a enteroparasitoses em pacientes portadores de urticária crônica

Prevalence and factors associated with enteroparasitoses in patients with chronic urticaria

Prevalencia y factores asociados a enteroparasitosis en pacientes con urticaria crónica

Náide Maria Rêgo Silva de Sá¹, Luiz Medeiros Araujo Lima-Filho¹, Esther Bastos Palitot¹, Francisca Inês de Sousa Freitas¹, Raiff de França Vasconcelos¹, Almir da Silva Rodrigues¹, Zulmira Ernestina Pereira Lopes¹, Lidiane Gomes Marinho da Costa¹, Lílian Sousa Pinheiro¹, Caliandra Maria Bezerra Luna Lima¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência e os fatores associados a enteroparasitoses em pacientes portadores de urticária crônica. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, analítico e observacional, com uma amostra de 41 pacientes portadores de urticária crônica, acompanhados em um centro de cuidados hospitalares de uma cidade do estado da Paraíba. Foi utilizado o modelo estatístico peso da evidência para explicar a ocorrência de enteroparasitoses e subsidiar a tomada de decisão. **Resultados:** A prevalência de enteroparasitose foi de 38,7% dos participantes. Os enteroparasitos de maior prevalência foram os enterocomensais, com o protozoário *Endolimax nana* presente em 81,25 % das amostras positivas. As variáveis que apresentaram evidência para explicar a ocorrência de enteroparasitose foram: núcleo familiar, uso de corticoterapia, receber bolsa família, número de cômodos na residência, tratamento de água para consumo e morar em zona rural. **Conclusão:** Os resultados reforçam a importância da pesquisa de infecções parasitárias em pacientes portadores de urticária crônica, principalmente naqueles que vivem em condições precárias de habitação e em uso de corticoterapia, sendo essencial a utilização de métodos adequados para minimizar os resultados falsos negativos.

Palavras-chave: Infecções, Parasitos, Urticária Crônica.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prevalence and factors associated with enteroparasitosis in patients with chronic urticaria. **Methods:** This is a cross-sectional, analytical and observational study, with a sample of 41 patients with chronic urticaria, followed in a hospital care center in a city in the state of Paraíba. The weight of evidence statistical model was used to explain the occurrence of enteroparasitosis and support decision-making. **Results:** The prevalence of enteroparasitosis was 38.7% of participants. The most prevalent enteroparasites were enterocommensal, with the *Endolimax nana* protozoan present in 81.25% of positive samples. The variables that presented evidence to explain the occurrence of enteroparasitosis were: family nucleus, use of corticosteroid therapy, receiving a family grant, number of rooms in the residence, water treatment for consumption and living in a rural area. **Conclusion:** The results reinforce the importance of researching parasitic infections in patients with chronic urticaria, especially those living in precarious housing conditions and using corticosteroid therapy, making it essential to use appropriate methods to minimize false negative results.

Keywords: Infections, Parasites, Chronic Urticaria.

¹ Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la prevalencia y los factores asociados a la enteroparasitosis en pacientes con urticaria crónica. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, analítico y observacional, con una muestra de 41 pacientes con urticaria crónica, seguidos en un centro de atención hospitalaria de una ciudad del estado de Paraíba. Se utilizó el modelo estadístico de peso de la evidencia para explicar la aparición de enteroparasitosis y apoyar la toma de decisiones. **Resultados:** La prevalencia de enteroparasitosis fue del 38,7% de los participantes. Los enteroparásitos más prevalentes fueron los enterocomensales, estando presente el protozoo *Endolimax nana* en el 81,25% de las muestras positivas. Las variables que presentaron evidencia para explicar la aparición de enteroparasitosis fueron: núcleo familiar, uso de corticoterapia, recibir subsidio familiar, número de habitaciones de la residencia, tratamiento del agua para consumo y vivir en zona rural. **Conclusión:** Los resultados refuerzan la importancia de investigar las infecciones parasitarias en pacientes con urticaria crónica, especialmente aquellos que viven en condiciones de vivienda precarias y utilizan terapia con corticosteroides, siendo esencial el uso de métodos adecuados para minimizar los resultados falsos negativos.

Palabras clave: Infecciones, Parásitos, Urticaria Crónica.

INTRODUÇÃO

As enteroparasitoses são infecções provocadas por organismos que habitam o lúmen intestinal dos seus hospedeiros e vivem uma relação de dependência metabólica, causando-lhes algum tipo de dano (). Podem ser classificadas em protozoonoses, sendo as principais amebíase, giardíase, blastocistose, balantidíase, e em helmintíases, entre as quais se destacam, ancilostomíase, estrogiloidíase, ascaridíase, enterobíase, tricuriíase e teníases (MARTINS MA, et al., 2016; FERREIRA MU, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 1,5 bilhão de pessoas, ou seja, cerca de 24% da população mundial, estão infectadas por geo-helmintos transmitidos pelo solo, principalmente em áreas tropicais e subtropicais, com maior prevalência na África Subsaariana, Américas, China e Leste Asiático. Essas infecções são mais frequentes em comunidades economicamente desfavorecidas devido à falta de saneamento, água tratada, condições precárias de habitação, limitações educacionais e baixo status socioeconômico. Na América Latina, estudos indicam uma prevalência de infecção parasitária de aproximadamente 20% a 30% (WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO, 2019; BISCEGLI TS, et al., 2009). Nos últimos anos, mesmo com os avanços no combate às doenças infecciosas e parasitárias no Brasil, ainda tem se observado uma persistência dessas doenças, principalmente devido aos altos índices de desigualdade social (SIQUEIRA-BATISTA R, et al., 2020).

A urticária crônica espontânea (UCE) é definida como o desenvolvimento recorrente de pápulas transitórias (urticária), angioedema (AE) ou ambos por um período maior que 6 semanas devido a causas conhecidas ou desconhecidas. A prevalência de UCE na população em geral foi estimada em 0,5% a 5%, e em até 90% dos casos a busca das causas subjacentes não é bem-sucedida na prática clínica de rotina. Autoimunidade, intolerância alimentar e infecções, incluindo infecções parasitárias intestinais (IPIs), foram descritas como causas subjacentes de UCE (KOLKHIR P, et al., 2016; ZUBERBIER T, et al., 2018).

O guideline mais recente da EAACI/GA²LEN/EDF/WAO (European Academy of Allergology and Clinical Immunology/Global Allergy and Asthma European Network/European Dermatology Forum/World Allergy Organization) que trata a respeito da urticária considera as infecções parasitárias como possíveis causas subjacentes desse distúrbio (ZUBERBIER T, et al., 2018). Apesar de muitos estudos relacionarem a UCE com as enteroparasitoses, seu papel na patogênese da doença ainda é incerto. Percebe-se com isso que, apesar da relação das infecções parasitárias com a urticária crônica vir sendo discutida há vários anos, ainda existe uma relativa escassez de estudos avaliando a prevalência de infecção parasitária e urticária crônica, em especial nos países subdesenvolvidos, onde essas infecções são endêmicas, como no Brasil. Diante disso, é de grande aplicabilidade o estudo da prevalência e os fatores associados às enteroparasitoses nos pacientes portadores de urticária crônica na nossa população.

Este estudo foi conduzido com o objetivo principal de avaliar a prevalência das enteroparasitoses em pacientes diagnosticados com urticária crônica, bem como identificar e analisar os fatores associados a essa condição.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, analítico e observacional, realizado com uma amostra de 41 pacientes portadores de urticária crônica, acompanhados em um centro de cuidados hospitalares de uma cidade do estado da Paraíba, no período de fevereiro de 2022 a julho de 2022.

Como critérios de inclusão foram considerados: adolescentes, com faixa etária maior ou igual a 12 anos, adultos (maiores de 18 anos) e idosos a partir de 60 anos de idade; com diagnóstico de urticária crônica, de ambos os gêneros, que tenham assinado, após informação adequada, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no caso de adultos e no caso de participantes com faixa etária entre 12 e 18 anos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pais e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para as crianças.

Foram excluídos os pacientes com história de urticária por menos de 6 semanas, e aqueles que não aceitaram participar de alguma etapa da pesquisa, quais sejam não desejaram responder à entrevista ou realizar a coleta de fezes para a análise parasitológica.

A pesquisa consistiu em três etapas, sendo a primeira uma avaliação das condições sociais, econômicas e demográficas dos participantes. Na segunda etapa, os dados clínicos foram coletados a partir de registros feitos pelo médico do serviço em ficha clínica padronizada. E por fim, a terceira etapa consistiu na realização do Exame Parasitológico de Fezes.

As amostras de fezes foram coletadas pelo paciente em domicílio e a análise foi realizada no Laboratório de Parasitologia do Departamento de Ciências Farmacêuticas (DCF) de uma instituição de ensino superior por meio de três métodos: Hoffman, Pons e Janer (HPJ), Willis e Baermann-Moraes.

Na análise dos dados foi realizada inicialmente uma análise descritiva das variáveis demográficas, clínicas e laboratoriais, baseada em frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas e medidas de posição e dispersão para variáveis quantitativas. Para identificar quais variáveis explicam melhor o fato do participante estar parasitado, foi utilizado um modelo estatístico WoE (peso de evidência).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba - CEP/CCM e seguiu os termos da Resolução CNS Nº 466, de 12 - Ministério da Saúde, e, Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 - Ministério da Saúde. Possui número do processo 5.012.645 e CAAE 51263221.2.0000.8069.

RESULTADOS

Convidamos 65 pacientes com urticária crônica atendidos em centro hospitalar na Paraíba, dos quais 58 concordaram em participar, assinaram o TCLE/TALE e forneceram dados sociodemográficos por meio de entrevistas. 44 pacientes enviaram amostras fecais, mas 3 foram descartadas devido a atrasos na análise causados pela falta de água no laboratório.

Os resultados apresentados estão divididos em duas etapas. Na primeira etapa foi realizada uma análise descritiva em relação aos dados obtidos e na segunda etapa foi utilizado o WoE, na construção de um modelo estatístico para a tomada de decisão.

Um total de 41 pacientes com urticária crônica foram incluídos no estudo. Os participantes tinham entre 12 e 76 anos, com média de idade de 40,59 anos (desvio padrão de 16,5 anos). A maioria era do gênero feminino 31/41 (75,6%), numa proporção 3:1 em relação ao masculino, conforme observado na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Características clínicas e demográficas dos participantes com urticária crônica (n=41).

Características Gerais	N	%
Sexo		
Masculino	31	75,6
Feminino	10	24,4
Presença de angioedema		
Sim	22	53,7
Não	19	46,3
Tratamento		
Anti-histamínico isolado	21	51,2
Anti-H1 + Omalizumabe	9	22
Omalizumabe isolado	3	7,3
Corticoide oral isolado	1	2,4
Corticoide oral + Anti-H1	5	12,2
Ciclosporina	0	0
Nenhum	2	4,9
Total	41	100

Fonte: Sá NMRS, et al., 2024.

Além do diagnóstico de urticária crônica espontânea em todos os casos, 9/41 (21,9%) dos participantes apresentavam urticária crônica induzida associada. Outras características clínicas também podem ser observadas na **Tabela 1**.

A presença de angioedema foi descrita em 22/41 (53,6%) dos casos, em nenhum deles de forma isolada. Entre as comorbidades ou doenças associadas, as mais frequentes foram as doenças alérgicas (rinite e/ou asma) 12/41 (29,2%), seguida de Hipertensão arterial sistêmica 8/41 (29,2%), Diabetes Mellitus 8/41 (29,2%), dislipidemia 5/41 (12,1%) e desordens gastrointestinais (Gastrite e Doença do Refluxo gastroesofágico) 4/41 (9,7%).

Em relação ao uso de medicamentos para o tratamento de urticária crônica, a maioria dos casos receberam anti-histamínico isolado 21/41 (51,2%), seguido da associação de anti-H1 + omalizumabe em 9/41 (22%) e anti-H1 + corticoide oral em 5/41 (12,2%). O omalizumabe isolado foi usado por 3/41 dos participantes (7,3%) e o corticoide oral isolado por 1/41 (2,4%). Nenhum participante foi tratado com ciclosporina, e dois não estavam em uso de nenhum medicamento (**Tabela 1**).

Na avaliação parasitológica, os resultados revelaram um total de 16/41 (39%) pacientes com exame positivo e 25/41 (61%) pacientes com exame parasitológico de fezes negativo, conforme **Tabela 2**. De acordo com a **Tabela 3** das 16 amostras positivas, 12,5 % eram positivas para helmintos e 87,5 % eram positivas para protozoários.

Tabela 2 – Resultados dos exames parasitológicos de fezes dos pacientes com urticária crônica (n=41).

Resultado do parasitológico de fezes	N	%
Negativo	25	61
Positivo	16	39
Total	40	100

Fonte: Sá NMRS, et al., 2024.

Tabela 3 – Distribuição das amostras parasitadas de acordo com a classificação do parasito (n=16).

Variáveis	N	%
Helmintos	2	12,5
Protozoários	14	87,5
Total	16	100

Fonte: Sá NMRS, et al., 2024.

As espécies de parasitas mais frequentes encontradas nas amostras de fezes foram *Giardia lamblia* (12,5%) e Ancylostomidae (12,5%). Uma amostra foi positiva para *S. stercoralis* (6,25%). Entre os enterocomensais, o protozoário *Endolimax nana* esteve presente em (81,25 %) das amostras positivas, seguido de *Entamoeba coli* com (25%), conforme **Tabela 4**.

Tabela 4 – Presença de enteroparasitas e enterocomensais nas amostras de exames de fezes positivas dos participantes com urticária crônica (n=16).

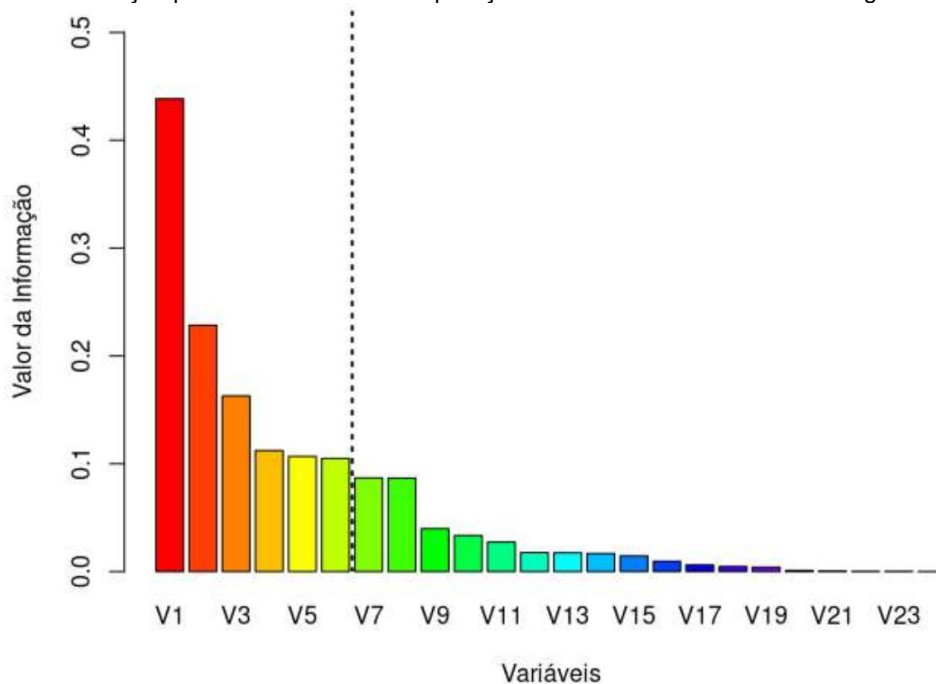
Variável	N	%
Helmintos		
<i>Ancylostomidae</i>	2	8,7
<i>Strongyloides stercoralis</i>	1	4,35
Protozoários		
<i>Endolimax nana</i>	13	56,5
<i>Entamoeba coli</i>	4	17,4
<i>Iodamoeba butschili</i>	1	4,35
<i>Giardia lamblia</i>	2	8,7
Total	23	100

Fonte: Sá NMRS, et al., 2024.

A partir do modelo WoE, as variáveis que apresentaram associação com o desfecho “Exame Parasitológico de Fezes positivo” foram incluídas no modelo, a fim de se estimar o peso de evidência de modo independente para cada uma das variáveis. Esta medida foi ajustada para cada variável de modo a identificar o grau de força de cada variável na explicação do desfecho.

Na **Figura 1**, podemos verificar o valor de informação para cada variável, sendo V1 (número de habitantes na casa), V2 (uso de corticoide oral), V3 (bolsa família), V4 (números de cômodos na casa), V5 (tratamento da água), V6 (localidade zona rural ou urbana), V7 (escolaridade), V8 (uso de omalizumabe), V9 (lazer), V10 (saneamento básico), V11 (trabalho), V12 (origem interior ou capital), V13 (renda familiar), V14 (alfabetizado), V15 (angioedema), V16 (higienização das mãos), V17 (raça), V18 (coleta de lixo), V19 (local das fezes), V20 (estuda), V21 (gênero), V22 (anti-histamínico), V23 (antiparasitário) e V24 (animais domésticos).

Figura 1 - Valor de informação para cada variável na explicação do desfecho “Exame Parasitológico de Fezes positivo”.



Fonte: Sá NMRS, et al., 2024.

Conforme a **Figura 1**, das 24 variáveis incluídas no modelo, a maioria apresentou valor de informação (IV) $<0,02$, que indica valor não preditivo; sendo elas V12, V13, V14, V15, V16, V17, V18, V19, V20, V21, V22, V23, V24. Observamos que as variáveis V7, V8, V9, V10, V11 apresentaram valor de informação (IV) entre 0,02 e 0,1 que indica fraca evidência na explicação do desfecho “Exame Parasitológico de Fezes positivo”.

Dado o exposto, foi verificada evidência de que as seguintes variáveis são importantes para explicar a ocorrência de enteroparasitose em pacientes com urticária crônica: núcleo familiar (V1), uso de corticoide oral (V2), receber bolsa família (V3), número de cômodos na residência (V4), tratamento de água para consumo (V5), local de origem, zona urbana ou rural (V6).

De acordo com a **Figura 1**, as variáveis V2, V3, V4, V5 apresentaram valor de informação (IV) entre 0,1 e 0,3 indicando forte evidência na explicação do desfecho “Exame Parasitológico de Fezes positivo” e a variável V1 apresentou valor de informação (IV) $\geq 0,3$, indicando muito forte evidência.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, os participantes tinham uma faixa etária entre 12 e 76 anos, com média de idade de 40,59 anos (DP 16,5+/-). A maioria era do gênero feminino (75,6%), numa proporção 3:1 em relação ao masculino. Todos os participantes do estudo tinham diagnóstico de urticária crônica espontânea. Destes, 21,9% também apresentavam urticária crônica induzida associada. Em um estudo publicado recentemente, Sedó-Mejia G, et al. (2021) avaliaram 160 pacientes portadores de urticária crônica em um hospital de nível terciário de atenção do Sistema de Seguridade Social da Costa Rica. 80,6% eram do gênero feminino, com média de idade de 41,2 +/- 15,5 anos e faixa etária entre 13 e 78 anos. Além do diagnóstico de UCE, 17,5% dos pacientes apresentavam urticária crônica induzida associada.

Entre as comorbidades ou doenças associadas, as mais frequentes foram as doenças alérgicas (rinite e/ou asma) (29,2%), seguida de Hipertensão arterial sistêmica (29,2%), Diabetes Mellitus (29,2%), dislipidemia (12,1%) e distúrbios gastrointestinais (Gastrite e Doença do Refluxo gastroesofágico) (9,75%). De maneira semelhante, Agondi RC, et al. (2022), realizaram um estudo para avaliar a associação entre UCE e a ocorrência de múltiplas comorbidades em 173 pacientes no Centro terciário UCARE em São Paulo. As comorbidades mais frequentes descritas foram as doenças respiratórias (Rinite e/ou asma) em 47,4%, seguido de HAS em 31,2% e dislipidemia em 22% dos pacientes. O estudo coparasitológico foi positivo em 39,02% dos casos. A presença de infecções parasitárias associadas a urticária crônica foi avaliada em outros estudos epidemiológicos (YILMAZ EA, et al., 2017; VEZIR S, et al., 2019; SEDÓ-MEJIA G, et al., 2021), com a taxa de prevalência variando de acordo com a população e a região geográfica.

Dilek AR, et al. (2012) analisaram amostras de fezes e dosaram níveis séricos de IgE de 49 participantes com diagnóstico de UC e 36 participantes saudáveis. Os resultados revelaram uma prevalência de 38,8% de protozoários nos participantes com UC e em 11,1% dos participantes saudáveis. Observou-se ainda um aumento de quatro vezes nos níveis séricos totais de IgE no grupo positivo para protozoários quando comparados com o grupo negativo.

No nosso estudo, o número de parasitados por helminto foi baixo (12,5%), condizente com os resultados encontrados por Kolkhir P, et al. (2016) que evidenciaram uma prevalência de 0 a 75% de infecções parasitárias em indivíduos com urticária crônica, sendo mais frequentemente diagnosticados com protozoários.

As espécies de parasitas que causam doenças mais frequentes encontradas nas amostras de fezes foram *Giardia lamblia* (12,5%) e *Ancylostomidae* (12,5%). Em um participante, foi detectado larvas de *S. stercoralis*, associado ao uso de corticoide oral. A *Giardia intestinalis* é um enteroparasita que causa diarreia aguda ou crônica, podendo raramente se apresentar com manifestações cutâneas como urticária, eczema e prurido. Durante a infecção por *Giardia* e outros enteroparasitas, a produção de IgE é ativada pelo sistema imune, com degranulação de mastócito e eosinofilia. A ativação do mecanismo imune Th2 pelo hospedeiro, é considerada a causa da urticária e outras doenças alérgicas (OZKAYA DY, et al., 2022).

Os ancilostomídeos têm uma ampla distribuição geográfica e alta prevalência, principalmente em áreas rurais (BRAZ AS, et al., 2015). Os primeiros sintomas da ancilostomose incluem erupções papulovesiculares pruriginosas e vermelhas. Os sintomas subsequentes resultam da migração larval inicial e podem incluir tosse, inflamação na garganta e febre, ou a presença do parasita nos pulmões, causando febre temporária de 2 a 4 semanas após a infecção. Durante a migração no sistema respiratório, podem ocorrer sintomas como coriza, faringite, laringite, sensação de obstrução na garganta, dor ao falar e deglutir. A migração no trato gastrointestinal pode causar dor epigástrica, diminuição do apetite, indigestão, cólicas, náuseas, vômitos, flatulência e diarreia, com casos mais graves envolvendo ulceração intestinal e colecistite (NEVES DP, 2016).

O *Strongyloides stercoralis* constitui um nematódeo intestinal encontrado mundialmente em solos úmidos contaminados por fezes humanas. As regiões rurais em países tropicais e subtropicais são conhecidas por terem uma alta prevalência deste organismo. Apesar de a doença ser endêmica em várias regiões do mundo, suas taxas de infecção nos diversos países são muito heterogêneas, acreditando-se que sejam subnotificadas (BRAZ AS, et al., 2015; VASQUEZ-RIOS G, et al., 2019).

No nosso estudo, o uso do método de Baerman-Moraes facilitou o achado das larvas de *S. stercoralis*, ressaltando a importância do emprego de métodos parasitológicos específicos para o diagnóstico desse parasita. Além disso, a presença do parasita na amostra de fezes do participante em uso de corticoide oral, reforça a importante associação desse parasita com o uso de drogas imunossupressoras, devendo a infecção por esse parasita ser sempre investigada e tratada, mesmo nos casos assintomáticos. Como retrata Zubrinichi C, et al. (2019), a estrogiloidíase disseminada se caracteriza como um quadro grave, podendo levar à morte, estando presente no cenário de imunossupressão, mesmo com cursos relativamente curtos de corticosteroide oral.

Importante enfatizar que tanto os ancilostomídeos, quanto o *S. stercoralis* apresentam ciclo pulmonar, podendo causar sintomas como tosse, coriza, falta de ar, chiado; e, muitas vezes, mimetizando quadros como rinite e asma. Nesse estudo a elevada prevalência de comorbidades alérgicas (29,2%), descrita anteriormente, nos faz questionar se na verdade não se trata de um indicador negligenciado da presença desses parasitas, erroneamente atribuído ao diagnóstico de alergias respiratórias. Entre os enterocomensais, o protozoário *Endolimax nana* esteve presente em 81,25 % das amostras positivas, seguido de *Entamoeba coli* com 25%. Os resultados deste estudo, divergem com Yilmaz EA. et al. (2016) que descreveram o *Blastocystis hominis* como o parasita mais comum em pacientes com urticária crônica.

Vezi S, et al. (2019) avaliou a frequência de parasitas em 76 crianças e 38 adultos com diagnóstico de urticária crônica e compararam com grupos controle saudáveis. No grupo de pacientes pediátricos, 18,4% (n = 14) das amostras de fezes foram positivas para *Blastocystis sp.*, 2,6% (n = 2), *Dientamoeba fragilis* e 1,3% (n = 1), *Giardia duodenalis*. No grupo de pacientes adultos, *Blastocystis sp.* foi detectado em 18,4% (n = 7) das amostras de fezes. A terapia antiparasitária levou à melhora substancial nos sintomas de urticária em 57,1% dos pacientes pediátricos e 60% dos pacientes adultos.

E. nana é um protozoário comensal que parasita o cólon humano, com uma prevalência global estimada em 13,4% em indivíduos saudáveis, abrangendo cerca de 950 milhões de pessoas. Essa alta estimativa em indivíduos saudáveis é notadamente influenciada por dois estudos da África, onde a prevalência do parasita superou os 80%. Uma revisão identificou a maioria dos portadores de *E. nana* na África e na América do Sul, regiões que incluem vários países em desenvolvimento (POULSEN CS, et al., 2016).

Embora estudos anteriores tenham associado infecções parasitárias à urticária crônica, nossa pesquisa revelou divergências nas taxas de prevalência e nos tipos de parasitas identificados. Essas discrepâncias podem ser atribuídas às variações nas condições climáticas e nas características da população em que cada pesquisa foi conduzida. O modelo de decisão WoE utilizado no nosso estudo, define que os fatores de risco mais associados com o desfecho "Exame parasitológico de fezes positivo" em pacientes com urticária crônica são em ordem decrescente: ambiente familiar com muitas pessoas (IV 0,438), uso de corticoide oral (IV 0,228), não receber o bolsa família (IV 0,163), residências com mais de 4 cômodos (IV 0,112), não realizar tratamento da água antes do consumo (IV 0,107) e residir em zona rural (0,106).

O WoE revelou uma forte correlação entre o tamanho do núcleo familiar e o risco de infecção por parasitas. Isso ocorre porque as parasitoses podem ser transmitidas por meio do contato interpessoal, como mãos ou alimentos contaminados. Famílias mais numerosas que compartilham a mesma residência têm maior probabilidade de entrar em contato com pessoas parasitadas, o que aumenta seu risco de infecção. No estudo, a maioria dos participantes tinha famílias com 4 ou mais pessoas. O maior número de cômodos no domicílio também apresentou relação com o desfecho “Exame parasitológico de fezes positivo”, devendo-se possivelmente ao fato desta variável está diretamente relacionada aos domicílios com maior número de habitantes. A falta de tratamento de água aumenta o risco de contaminação por parasitas transmitidos pela água. Resultados semelhantes foram encontrados por Dias LR, et al. (2017), indicando que o consumo de água tratada reduz em cerca de 66% a probabilidade de um exame parasitológico positivo em comparação com o consumo de água da torneira, tornando o tratamento de água um fator protetor contra enteroparasitoses.

Além das variáveis socioeconômicas, o uso de corticoide oral mostrou uma forte associação com resultados positivos no exame parasitológico de fezes, o que é de grande importância devido ao risco de Síndrome da Hiperinfecção por *S. stercoralis* em pacientes submetidos a terapia imunossupressora, como o uso de corticoide oral. Essa síndrome pode levar a uma doença grave e disfunção de múltiplos órgãos devido à disseminação massiva do parasita, representando uma causa obscura de desconforto respiratório em indivíduos com asma, com elevadas taxas de mortalidade se o diagnóstico for tardio (VASQUEZ-RIOS G, et al., 2019).

A imunossupressão, como ação dos corticosteroides, pode reduzir a inflamação local, prejudicando a contenção de parasitas intestinais, aumentando larvas na circulação, levando à hiperinfecção e alta morbidade e mortalidade em pacientes imunocomprometidos (BRAZ AS, et al., 2015). Diante desta afirmativa, o achado, no presente estudo, de um participante em uso de corticoide oral, com amostra positiva para *S. stercoralis*, detectado através de realização de método específico para pesquisa de larvas, reforça a importância da investigação de enteroparasitoses nessa população, evitando, com isso, atrasos no diagnóstico e a evolução para formas graves e fatais.

CONCLUSÃO

Em conclusão, a UC é uma condição que afeta profundamente a vida dos pacientes, abrangendo desde desconforto físico até alterações de humor que interferem em suas relações interpessoais e atividades diárias, incluindo trabalho e escola. As causas subjacentes e os gatilhos das exacerbações da UC, incluindo infecções, continuam sendo um desafio médico, contribuindo para a ansiedade dos pacientes, restrições alimentares desnecessárias e dificuldades no controle da doença. Além disso, o manejo da UC implica em custos substanciais para o sistema de saúde, com visitas médicas frequentes, exames muitas vezes desnecessários e terapias de longo prazo, algumas dispendiosas. Embora as diretrizes atuais não recomendem rotineiramente a pesquisa para parasitoses intestinais, em países endêmicos como o Brasil, essa avaliação deve ser considerada, especialmente em pacientes em uso de corticoides orais e em condições precárias de habitação, com a devida atenção aos métodos de detecção. Portanto, é essencial que médicos, profissionais de saúde e gestores estejam cientes da prevalência das enteroparasitoses e dos fatores associados em pacientes com UC, a fim de identificar e gerenciar adequadamente essa condição, implementar políticas públicas específicas e, assim, reduzir o impacto na qualidade de vida dos pacientes e o ônus econômico para a sociedade.

REFERÊNCIAS

1. AGONDI RC, et al. Multiple comorbidities in patients with long-lasting chronic spontaneous urticaria. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2023; 98(1): 93-96.
2. YILMAZ EA, et al. Parasitic Infections in Children with Chronic Spontaneous Urticaria. *International Archives of Allergy and Immunology*, 2016; 171(2): 130-135.

3. YILMAZ EA, et al. The persistence of chronic spontaneous urticaria in childhood is associated with the urticaria activity score. *Allergy and Asthma Proceedings*, 2017; 38(2): 136-135.
4. BISCEGLI TS, et al. Estado nutricional e prevalência de enteroparasitoses em crianças matriculadas em creche. *Revista Paulista de Pediatria*, 2009; 27(3): 289-295.
5. BRAZ AS, et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Reumatologia sobre diagnóstico e tratamento das parasitoses intestinais em pacientes com doenças reumáticas autoimunes. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 2015; 55(4): 368-380.
6. DIAS LR, et al. Estudo coproparasitológico e epidemiológico de crianças e manipuladores de alimentos durante 3 anos em uma creche da Paraíba. *Rev de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 2017; 7(2): 8.
7. DILEK AR, et al. The role of protozoa in the etiology of chronic urticaria. *Dermatologica Sinica*, 2012; 30(3):90-92.
8. FERREIRA MU. *Parasitologia Contemporânea*. 2. ed. Rio de Janeiro: [s.n.].
9. KOLKHIR P, et al. Chronic spontaneous urticaria and internal parasites—a systematic review. *Allergy*, 2015; 71(3): 308-322.
10. MARTINS MA, et al. *Clínica médica: alergia e imunologia clínica, doenças da pele, doenças infecciosas e parasitárias*. 2. ed. Barueri, SP: 7.
11. NEVES DP. *Parasitologia Humana*. 13. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.
12. POULSEN CS e STENSVOLD CR. Systematic review on *Endolimax nana*: A less well studied intestinal ameba. *Tropical Parasitology*, 2016; 6(1): 8-29.
13. SEDÓ-MEJÍA G, et al. Perfil clínico de los pacientes con urticaria crónica en un hospital de tercer nivel de atención del sistema de seguridad social de Costa Rica. *Revista Alergia México*, 2021; 68(4): 225-232.
14. SIQUEIRA-BATISTA R, et al. *Parasitologia - Fundamentos e Prática Clínica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.
15. VASQUEZ-RIOS G, et al. Strongyloides stercoralis infection after the use of emergency corticosteroids: a case report on hyperinfection syndrome. *Journal of Medical Case Reports*, 2019; 13(1).
16. VEZIR S, et al. Evaluation of intestinal parasites in patients with chronic spontaneous urticaria in a territory hospital in Turkey. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 2019; 13(10): 927-932.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO. Soil-transmitted helminth infections. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections>. Acessado em: 12 de dezembro de 2023.
18. OZKAYA DY, et al. An atypical urticaria case caused by *Giardia intestinalis*. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 2022; 16(11): 1781-1783.
19. ZUBERBIER T, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*, 2018; 73(7): 1393-1414.
20. ZUBRINICH C, et al. Strongyloides infection as a reversible cause of chronic urticaria. *Journal of Asthma and Allergy*, 2019; 12: 67-69.