

TOXOCAROZA INVAZIVĂ
SISTEMICĂ CU MANIFESTĂRI
PSEUDOTUMORALE:
CAPCANE DIAGNOSTICE ȘI NECESITATEA
UNEI ABORDĂRI INTERDISCIPLINARE

CZU: 616.995.132:[616.36+616.24]-07-08

Gheorghe PLĂCINTĂ^{1,2}, Lilia COJUHARI^{1,2}, Lidia PLĂCINTĂ³,
Victor PANTEA¹, Valentin CEBOTARESCU^{1,2}, Elena PANICO²,
Victor CERNAT⁴, Ion HAIDARLI⁵, Maria MORARU²
¹Catedra de boli infecțioase, IP USMF Nicolae Testemițanu,
²IMSP Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Toma Ciorbă,
³Catedra boli infecțioase, tropicale și parazitologie medicală,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
⁴IMSP Institutul Oncologic,
⁵IMSP Institutul de Pneumologie Chiril Draganiuc

[https://doi.org/10.52556/2587-3873.2025.1\(103\).08](https://doi.org/10.52556/2587-3873.2025.1(103).08)

Rezumat

Dificultățile de diagnostic generate de prezentarea clinică polimorfă și lipsa unor semne patognomonice impun o abordare interdisciplinară în evaluarea cazurilor suspecte de parazitoze sistemice. Prezentăm cazul unui pacient adult cu manifestări invazive și multiple formațiuni pseudotumorale hepatice, pulmonare și ganglionare, interpretate inițial drept metastaze de etiologie neprecizată. Evoluția clinică și contextul biologic, caracterizat prin eozinofilie persistentă, au ridicat suspiciunea unei etiologii parazitare, ulterior confirmată prin rezultat morfologic și teste serologice specifice pentru *Toxocara* spp. Diagnosticul de toxocaroză invazivă sistemică a fost stabilit prin integrarea datelor clinice, imagistice, morfologice și imunologice, necesitând cooperarea strânsă între specialiști în boli infecțioase, pneumologie, oncologie, morfopatologie și parazitologie medicală. Particularitatea cazului constă în mimarea unei afecțiuni neoplazice diseminate de către o parazitoză larvară cu evoluție cronică și prezentare atipică. Administrarea tratamentului etiologic a determinat regresia leziunilor imagistice, parametrilor hematologici, confirmând etiologia parazitara. Cazul subliniază importanța includerii toxocarozii în diagnosticul diferențial al leziunilor infiltrative sistemice și necesitatea unei abordări multidisciplinare în cazurile cu evoluție neclară.

Cuvinte-cheie: toxocaroză, manifestări pseudotumorale, abordare interdisciplinară

Summary

Systemic Invasive Toxocariasis Presenting with Pseudotumoral Features: Diagnostic Pitfalls and the Need for an Interdisciplinary Approach

Diagnostic challenges arising from the polymorphic clinical presentation and the absence of pathognomonic signs require an interdisciplinary approach in the evaluation of suspected systemic parasitic infections. We present the case of an adult patient with invasive manifestations and multiple pseudotumoral hepatic, pulmonary, and lymphatic lesions, initially interpreted as metastases of unknown origin. The clinical evolution and biological context, characterized by persistent eosinophilia, raised the suspicion of a parasitic etiology, which was subsequently confirmed through morphological assessment and specific serological testing for *Toxocara* spp. The diagnosis of systemic invasive toxocariasis was established by integrating clinical, imaging, morphological, and immunological data, requiring close collaboration among specialists in infectious diseases, pulmonology, oncology, pathology, and medical parasitology. The peculiarity of this case lies in the mimicry of a disseminated neoplastic disease by a chronic,

larval parasitic infection with an atypical presentation. Etiological treatment led to regression of the imaging lesions and normalization of hematological parameters, confirming the parasitic origin. This case highlights the importance of including toxocariasis in the differential diagnosis of systemic infiltrative lesions and the need for a multidisciplinary approach in cases with unclear evolution.

Keywords: toxocariasis, pseudotumoral manifestations, interdisciplinary approach

Резюме

Системный инвазивный токсокароз с псевдоопухолевыми проявлениями: диагностические ловушки и необходимость междисциплинарного подхода

Диагностические трудности, обусловленные полиморфной клинической картиной и отсутствием патогномоничных признаков, требуют междисциплинарного подхода при оценке подозреваемых случаев системных паразитарных инфекций. Представлен клинический случай взрослого пациента с инвазивными проявлениями и множественными псевдоопухолевыми образованиями в печени, лёгких и лимфатических узлах, первоначально расценёнными как метастазы неустановленного происхождения. Клиническое течение и биологический контекст, характеризующийся стойкой эозинофилией, вызвали подозрение на паразитарную этиологию, которая впоследствии была подтверждена морфологическим исследованием и специфическими серологическими тестами на *Toxocara* spp. Диагноз системного инвазивного токсокароза был установлен на основе интеграции клинических, визуализационных, морфологических и иммунологических данных, что потребовало тесного сотрудничества между специалистами по инфекционным болезням, пульмонологии, онкологии, морфопатологии и медицинской паразитологии. Особенность случая заключается в имитации диссеминированного злокачественного новообразования хронической личиночной паразитарной инфекцией с атипичным клиническим течением. Назначение этиотропного лечения привело к регрессии визуализируемых поражений и гематологических параметров, что подтвердило паразитарную природу заболевания. Этот случай подчёркивает важность включения токсокароза в дифференциальную диагностику системных инфильтративных поражений и необходимость мультидисциплинарного подхода при неясном клиническом течении.

Ключевые слова: токсокароз, псевдоопухолевые проявления, междисциплинарный подход

Introducere

Toxocaroză umană reprezintă o zoolhelmintoză determinată de migrarea speciilor larvare de *Toxocara* prin organismul uman, cauzând o variație de semne clinice și sindroame dependente de tipul organului afectat, printre care pot predomina manifestări cutanate, pulmonare, cerebrale, cardiace, hepatice etc. [1, 7, 8, 16, 19].

Larva migrans viscerală este un sindrom caracterizat cel mai frecvent prin persistența eozinofiliei, febră și hepatomegalie [13]. Parazitozele precum *Toxocara canis*, *Toxocara cati* și *Ascaris suum* sunt cele mai importante specii ce produc larva *migrans* viscerală [3, 4, 15, 17, 20, 23]. Toxocaroză afectează copiii sub 12 ani, care preferă jocurile cu pământul sau nisipul din curte contaminate cu ouă de *Toxocara*, dar se întâlnește și la persoane de alte vârste [1, 18].

Există 4 forme clinice de infecție cu *Toxocara*:

Larva migrans visceralis (LMV) manifestată clinic prin triada clasică: eozinofilie persistentă, febră (80%), hepatomegalie [13]. Este determinată de migrarea larvelor prin organele interne asociată cu o reacție inflamatorie secundară [14, 16, 19, 21].

Larva migrans ocularis – tipică prin migrarea în segmentul posterior al ochiului, de obicei unioocular, cu tablou clinic izolat de afectarea altor organe. Aceasta se manifestă prin: diminuarea acuității vizuale (84%), uveită, endoftalmie (6%), strabism (10%), iridociclită, papilită optică [14, 21].

Toxocaroză oculară (sau atipică, „covert toxocarosis”) reprezintă o formă de prezentare clinică în care pacientul nu dezvoltă un răspuns imun protector eficient în timpul migrării larvare, ceea ce permite o evoluție subclinică, nespecifică sau mascată a bolii. Această particularitate poate conduce la întârzierea diagnosticului și la subestimarea severității infecției [19, 20].

Toxocaroză asimptomatică este caracterizată prin detectarea anticorpilor specifici anti-*Toxocara* (cu sau fără eozinofilie periferică), în absența manifestărilor clinice evidente sau a afectării diferitor organe [22]. În scopul optimizării indicațiilor pentru testarea serologică a toxocarozei, Glickman a propus un sistem de preselecție a pacienților, bazat pe un scor al unor parametri clinici și paraclinici sugestivi pentru infecția cu *Toxocara spp.* Acest algoritm permite identificarea cazurilor cu probabilitate crescută de infecție, facilitând un diagnostic etiologic eficient și direcționat. Fiecare criteriu este cuantificat printr-un scor individual, în funcție de relevanța sa patogenetică și frecvența de asociere în toxocaroză larvară: eozinofilie periferică – 5 puncte; leucocitoză – 4 puncte; viteza de sedimentare a hematiilor (VSH) crescută – 4 puncte; hiperglobulinemie – 3 puncte; hipoalbuminemie – 3 puncte; anemie – 2 puncte; febră recidivantă – 3,5 puncte; manifestări respiratorii

(sindrom pulmonar) – 3,5 puncte; modificări radiologice pulmonare – 2 puncte; tulburări digestive – 4 puncte; manifestări neurologice – 1,5 puncte; leziuni cutanate – 1 punct; limfadenopatie – 1 punct. Un scor total de 12 puncte sau mai mult indică eligibilitatea pacientului pentru testare serologică specifică (ex. ELISA anti-*Toxocara*), susținând suspiciunea de toxocaroză activă sau oculară [9].

Eozinofilia reprezintă un răspuns imun caracteristic, mediat de celulele Th2, declanșat de expunerea gazdei la antigenele de suprafață ale larvelor de *Toxocara spp.* Acest răspuns este de tip granulomatos și se asociază frecvent cu hipergamaglobulinemie și niveluri crescute de imunoglobulină E (IgE).

Intensitatea eozinofiliei este direct proporțională cu gradul invaziei tisulare exercitate de helminți, reflectând severitatea inflamației parazitare sistemice. Eozinofilia marcată în sângele periferic, definită prin valori >3000 eozinofile/mm³, este caracteristică stadiului de migrare tisulară, în special în fazele precoce ale infecțiilor cu nematode intestinale. În această fază, ouăle nu sunt încă eliminate în tractul digestiv și, prin urmare, diagnosticul parazitologic direct nu este posibil. În astfel de situații, eozinofilia devine un marker biologic util pentru susținerea etiologiei parazitare și orientarea investigațiilor clinice [5, 17].

Diagnosticul de certitudine al toxocarozei viscerale cu sindromul de *Larva migrans* se bazează, în mod ideal, pe identificarea directă a larvelor în țesuturile afectate prin examen histologic. Totuși, un rezultat negativ al biopsiei nu exclude prezența infecției, întrucât localizarea parazitărilor poate fi focală sau inaccesibilă.

În practica clinică actuală, diagnosticul este susținut prin metode serologice, în special prin testul imunoenzimatic ELISA, care detectează anticorpii specifici anti-*Toxocara* de tip IgG și, opțional, IgE. Aceste teste prezintă o sensibilitate și specificitate cuprinse între 78% și 98%. În cazuri cu rezultate serologice neconcludente sau în scop confirmator, se pot utiliza tehnici complementare, precum Western Blot, care oferă o acuratețe sporită. Diagnosticul este adesea întărit de semne indirecte de afectare parazitărilor, reflectate în parametrii hematologici și imagistici: eozinofilie persistentă (adesea $>40\%$), leucocitoză, creșterea vitezei de sedimentare a hematiilor (VSH), precum și modificări caracteristice evidențiate prin investigații imagistice specifice [5, 10].

Modificările imagistice asociate larvei migratorii susțin indirect diagnosticul serologic. La CT, leziunile hepatice apar ca zone hipodense, rotunde, cu contur slab definit. Infiltratele pulmonare tranzitorii, observate la radiografia toracică, sunt prezente la aproximativ jumătate dintre pacienții cu pneumonită. Deși utilă în evaluarea eozinofiliei de cauză incertă, examinarea materiilor fecale nu are valoare diagnos-

tică în toxocaroză, fiind relevantă pentru ascaridioză sau alte nematodoze cu localizare a parazitului adult în intestin. Imagistica oferă informații privind extensia afectării tisulare și contribuie la diagnosticul diferențial, fără a preciza etiologia [13].

În cercetări mai recente, au fost dezvoltate teste serologice avansate care utilizează antigene recombinante în format Luminex Bead, bazate pe spectrometrie de masă 2D-gel. Acestea permit detecția unor proteine imunoactive specifice, precum Tc-CTL-1 și Tc-SES-26, eliminând necesitatea izolării directe a larvelor. Această metodă prezintă o sensibilitate ridicată, de aproximativ 99%, și o specificitate de circa 94%, cu un risc semnificativ redus de reacții serologice încrucișate cu alte helmintoze. Cu toate acestea, utilitatea ei este limitată în formele oculare de toxocaroză, unde sensibilitatea scade până la aproximativ 64% [10, 13].

Problematica reacțiilor serologice încrucișate în diagnosticul toxocarozelor rămâne nesoluționată pe deplin. Deși unele studii ce utilizează metoda ELISA nu au evidențiat reacții serologice între antigenele *Toxocara canis* sau *Ascaris suum* și cele provenite de la *Toxocara leonina*, rezultatele sunt divergente, iar lipsa reactivității nu este unanim confirmată [2]. Persistă un risc semnificativ de reactivitate încrucișată cu alte helmintoze, în special cele cauzate de geohelminți, precum *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* și *Strongyloides stercoralis*. De asemenea, au fost raportate reacții serologice încrucișate cu *Fasciola hepatica*, în special prin secreția unor antigene comune de tip excretor-secretor, similare cu cele ale *T. canis* și *A. suum* [6]. În plus, diagnosticul serologic este complicat de afecțiunile neparazitare asociate cu hipereozinofilie, precum atopia și astmul bronșic, care pot genera rezultate fals pozitive prin mecanisme imune nespecifice [12]. Astfel, interpretarea testelor serologice trebuie realizată în context clinic și epidemiologic, în asociere cu markerii hematologici (eozinofilie, IgE totală), date imagistice și eventual teste confirmatorii (ex. Western Blot), pentru a reduce riscul de diagnostic eronat.

Alternativ testelor serologice se impune PCR multiplex utilizat pentru detectarea moleculară a *T. canis*, *T. cati* și *A. suum* în sol. Testul a arătat o amplificare extrem de sensibilă a ADN ascarid și poate distinge aceste 3 specii într-o singură reacție. Conform datelor, PCR-ul poate determina ADN din ficatul de șoareci infectați experimental. Testul a determinat ADN de *T. cati* și *A. suum* la introducerea în ficat a unei larve, iar pentru *T. cati* au fost necesare 2 larve. Tehnica moleculară este o metodă directă, mai sensibilă și mai specifică în identificarea diferiților agenți patogeni, dar temporar nu se aplică [24].

Simptomele caracteristice ale larvei *migrans visceralis* determinată de *Toxocara* cuprind o serie

de sindroame cu caracter polimorf: febril, asteno-vegetativ, anorexic, bronșic, eruptiv etc. Ficatul este un organ frecvent afectat. Splenomegalia se remarcă printr-un număr mai mic de cazuri, la fel se întâlnesc și limfadenopatia regională. Afectarea pulmonară în raport de 32-40% cu modificări radiologice rareori poate fi asociată cu semne de detresă respiratorie [5, 19].

Stabilirea diagnosticului periodic se confruntă cu dificultăți, clinica devine atipică, cu o abilitate perfectă de a mima unele boli cronice sau tumori localizate, metastaze, abcese, determinând erori în stabilirea imediată și întârzierea tratamentului [11].

Tratamentul toxocarozii este controversat privind valoarea terapiei antiparazitare. Pentru inițierea tratamentului, este necesară evaluarea cazului în vederea stabilirii activității parazitare. Tratamentul infecției cu *Toxocara* este complex, etiologic – prin administrarea derivaților de benzimidazole, patogen și simptomatic. În afectarea severă miocardică a sistemului nervos central sau pulmonar, glucocorticoizii pot fi utilizați pentru a reduce complicațiile inflamatorii [5,9].

Conform datelor menționate, toxocaroză la om manifestă o totalitate de variații de sindroame clinice, precum și modificări de laborator, care periodic creează dificultăți în stabilirea rapidă și complexă a diagnosticului. Un diagnostic necesită etape bine definite, implicare multidisciplinară frecventă, lucru determinat atât de polimorfism clinic, reacții serologice încrucișate cât și variabilitatea prezentării imagistice. Diagnosticul formelor de larvă migratorie este adesea suspect și dificil la adulți, din motivul prezentării pe un fundal premorbid. Este necesar de identificat strict atât criteriile de confirmare a diagnosticului, cât și cele de excludere a altor patologii potențial asemănătoare. Utilizarea adecvată a tratamentului confirmă eficiența prin scăderea progresivă a eozinofiliei, regresia manifestărilor clinice și reducerea titrului de anticorpi specifici. Tratamentul este de durată și necesită monitorizare continuă.

Scopul cercetării

Evaluarea integrată a caracteristicilor clinice, paraclinice și evolutive ale toxocarozii larvare cu manifestări invaziv-sistemice – în special hepatice, pulmonare și ganglionare – care pot mima imagistic patologia oncologică metastatică, în vederea îmbunătățirii acurateții diagnostice, reducerii întârzierilor terapeutice și optimizării conduitei clinice.

Materiale și metode

A fost realizat un studiu de caz unic, retrospectiv-prospectiv, care descrie parcursul diagnostic și terapeutic al unei paciente de sex feminin, în vârstă de 61 de ani, lucrătoare medicală într-un spital rural.

Cazul a fost selectat datorită caracterului său complex, cu manifestări clinice polimorfe, investigații multidisciplinare și diagnostic diferențial dificil între patologia oncologică și cea parazitara. Datele au fost colectate prin: interviu medical și anamneză (date personale, factori de risc, antecedente patologice și profesionale); examinare clinică repetată în cadrul medicului de familie, instituțiilor spitalicești raionale și naționale (Institutul de Ftiziopneumologie, Institutul Oncologic, IMSP SCBI „Toma Ciorbă”); rezultate paraclinice și imagistice obținute în perioada septembrie 2024 – iulie 2025; examen histopatologic și serologic efectuate pentru diagnostic diferențial.

Criteriul de includere: pacienta prezentă la consult cu simptomatologie respiratorie persistentă, asociată ulterior cu modificări imagistice sugestive pentru patologie tumorală și reacții imunologice tipice pentru invazie helmintică.

Metodele clinice și paraclinice utilizate au inclus 1. Explorări endoscopice și funcționale: Esofagogastroduodenoscopia (VEGD) pentru evaluarea patologiei digestive; Fibrobronhoscopia (FBS) cu spălătură bronșică pentru aprecierea inflamației și recoltarea secrețiilor; Spirometrie cu test bronhodilatator la salbutamol. 2. Explorări imagistice: Tomografie computerizată spiralată (torace, abdomen, bazin mic); Ultrasonografie abdominală și renală în dinamică; Radiologie convențională atunci când a fost necesară confirmarea leziunilor. 3. Analize de laborator: Hemoleucogramă completă cu formula leucocitară; Probe biochimice hepatice și renale; Teste imunologice: AFP, CEA, CA 19-9, CA 125, RPR; Markeri serologici specifici pentru parazitoze (ELISA pentru *Toxocara canis*, *Ascaris lumbricoides*, IgE total); Examen bacteriologic al sputei cu antibiogramă. 4. Explorări invazive: Laparoscopie diagnostică cu biopsie hepatică și examen histopatologic. 5. Abordare terapeutică: Terapie inițială pentru bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) cu antibiotice (ciprofloxacina) și tratament simptomatic bronholitic; Terapie antiparazitara specifică: Albendazol 400 mg x 2/zi timp de 10 zile, cu repetarea curei după 10 zile, sub monitorizarea funcției hepatice și hematologice; Tratament adjuvant: antihistaminice, hepatoprotectoare, măsuri de control al comorbidităților (diabet zaharat, hipertensiune arterială). 6. Metodologie de monitorizare: Evaluare clinică în dinamică (simptomatologie respiratorie, digestivă și generală); Monitorizare biologică: hemoleucogramă și biochimie hepatică înainte de și după fiecare cură de albendazol; Monitorizare imunologică: determinarea titrelor de anticorpi anti-*Toxocara* și anti-*Ascaris*, precum și IgE total la intervale de 3–4 săptămâni; Monitorizare imagistică: repetarea investigațiilor ecografice și CT pentru evaluarea regresiei leziunilor hepatice și pulmonare.

Studiul a fost realizat cu respectarea principiilor deontologice și confidențialității medicale. Identitatea pacientei a fost protejată prin utilizarea inițialelor. Investigațiile și tratamentele aplicate respectă ghidurile clinice curente pentru diagnosticul și tratamentul toxocarozelor și al comorbidităților asociate.

Prezentarea cazului

Pacienta P.T., cu vârsta de 61 de ani, activează în calitate de infirmieră într-un spital din mediu rural. Antecedente personale tip tuberculoză pulmonară neagră. Anamneza alergologică este neagravată. Suferă concomitent de Diabet zaharat tip II; hipertensiune arterială; Eutiroidie cu noduli tiroidieni.

Se adresează primar la medicul de familie, în septembrie 2024, cu semne de bronșită cronică, pentru care a urmat tratament simptomatic și patogen indicat de medicul de familie. Starea pe parcursul următoarelor luni fără ameliorare, prin urmare, în luna ianuarie 2025 pacienta se adresează repetat. Ținând cont de clinica cu manifestări ale sindromului bronșic (accese de tuse productivă preponderent matinală, disconfort în torace), sindromul dispeptic și asteno-vegetativ (pierdere ponderală, astenie fizică, inapetență, dureri abdominale în epigastru), se indică diverse investigații cu scop de diagnostic.

Rezultate

Primii pași diagnostici au fost inițiați la 10.01.2025 prin efectuarea videoesofagogastroduodenoscopiei (VEGD), care a evidențiat modificări sugestive pentru gastroduodenită eritematoasă, deformare bulbară moderată, incompetență a joncțiunii esogastrice (JEG) și reflux esofagogastrodudenal. În continuare, investigațiile au fost extinse în luna februarie 2025. La 04.02.2025, prin videocolonoscopia (VCS) s-a constatat prezența unui dolicosigmoid, tabloul clinic rămânând neschimbat.

Având în vedere simptomele caracteristice sindromului bronșic, pacienta a fost examinată la 06.02.2025 în cadrul IMSP de la domiciliu. Prin fibrobronhoscopia (FBS) cu spălătură intrapulmonară (SIP) s-au observat secreții purulente bilaterale pe un fond de mucoasă difuză hiperemiantă, cu aspect de endobronșită purulentă. Consultul de specialitate efectuat la Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” a inclus spirometria cu probă la salbutamol, rezultatul fiind negativ, în concordanță cu valorile de referință pentru vârstă. Examenul bacteriologic al sputei (12.02.2025) a identificat doi germeni potențial patogeni: *Streptococcus beta-hemolitic grup C* (10^5 UFC/mL) și *Klebsiella pneumoniae* (10^5 UFC/mL), ambii sensibili la fluorochinolone și cefalosporine. Pe baza acestor date, s-a stabilit diagnosticul de bronhopneumopatie obstructivă cronică (BPOC), pentru care s-a instituit tratament

etiotrop cu ciprofloxacina timp de 10 zile, asociat cu terapie simptomatică bronholică și expectorantă (ambroxol, aspecton). Evoluția clinică ulterioară a fost marcată de o ameliorare ușoară.

În paralel, pacienta a efectuat investigații repetate la IMSP din localitatea de trai, rezultatele fiind prezentate în tabelele 1 și 2. Valorile obținute în lunile iunie și iulie reflectă evoluția sub tratament antilarvaric, inițiat de medicul infecționist.

Ținând cont de depistarea, la tomografia computerizată (28.01.2025), a unor noduli diseminați la nivel pulmonar și hepatic, suspectați ca metastaze, pacienta a fost investigată la Institutul Oncologic între 17.03–20.03.2025, cu suspiciune de tumoră malignă secundară hepatică și pulmonară. Analizele de laborator din timpul spitalizării au arătat leucocitoză ($16,54 \times 10^9/L$), eozinofilie marcată (50%) și VSH crescut (57 mm/h). Markerii tumorali (AFP 2,41 ng/mL; CA 6,81 U/mL; CA 19-9: 1,31 U/mL; CEA 1,31 ng/mL) nu au prezentat modificări semnificative. RPR a fost negativ. Probele biochimice au fost în limite normale, cu excepția glicemiei și a unor abateri: ALAT 30,9 U/L, ASAT 42,1 U/L, albumină 37,5 g/L, proteina totală 93,9 g/L, creatinină 101,24 $\mu\text{mol/L}$, glucoză 9,3 mmol/L, fosfatază alcalină 340,4 U/L, magneziu 0,66 mmol/L, potasiu 6,38 mmol/L, bilirubină totală 13,9 $\mu\text{mol/L}$ (directă 5,3 $\mu\text{mol/L}$). La 18.03.2025 a fost efectuată laparoscopia diagnostică cu biopsie hepatică intraoperatorie. Rezultatul histopatologic al probelor (16.05.2025) a arătat fragmente de parenchim hepatic cu focare de necroză fibrinoidă, distrofie grasă (30%), infiltrat inflamator limfocitar-eozinofilic și fibroză portocentrală, concluzia fiind ciroză hepatică incompletă și suspiciune de elemente parazitare.

În aprilie 2025, s-a repetat CT-ul spiralat toraco-abdomino-pelvin cu contrast (imagini 1 și 2), care a evidențiat: hepatomegalie moderată, contur hepatic neregulat, formațiuni hipovasculare cu margini imprecise în segmentele S2, S4b, S5, S6, S7, S8, adenopatii paragastrale și hilare (0,4–1,0 cm), dilatarea venei porte (1,6 cm). Concluzia imagistică a fost de formațiuni micronodulare diseminate pulmonare (suspecte de metastaze), modificări hepatice cu distrofie și leziuni hipovasculare suspecte, adenopatie paragastrală și hilară. Bilanțul oncologic din 30.04.2025 a arătat, comparativ cu cel din 28.01.2025, creșterea numărului de formațiuni nodulare pulmonare.

Având în vedere lipsa unor dovezi histomorfologice clare pentru etiologie oncologică, pacienta a fost direcționată la Centrul Consultativ de Parazitologie Medicală, IMSP SCBI „Toma Ciorbă”, unde, la 22.05.2025, testele serologice au evidențiat: anticorpi anti-*Toxocara canis* pozitivi (1,355; cut-off <0,384), anti-*Ascaris lumbricoides*

IgG pozitivi (1,638; cut-off <0,306) și IgE total 1163 UI/mL (VN 0–200). Pe baza acestor rezultate s-a stabilit diagnosticul de toxocaroză larvară (sindrom larva migrans viscerală hepatică și pulmonară), asociată cu fibroză hepatică de etiologie incertă și patologii preexistente. A fost instituit tratament cu albendazol 400 mg de două ori pe zi, 10 zile, cu repetare după 10 zile, asociat cu antihistaminice și hepatoprotectoare, sub monitorizare biochimică și hematologică.

După prima cură, ecografia abdominală a arătat reducerea hepatomegaliei (ficat LD: 127 mm; LS: 68 mm), cu modificări difuze de tip hepatită cronică, dilatare portală (VP 12 mm), pancreatită cronică lipoatrofică și pielonefrită cronică bilaterală fără afectarea urodinamicii. Deși imagistic s-au observat modificări favorabile, parametrii biologici au arătat persistența eozinofiliei și a VSH crescut, confirmate la 05.06.2025 (Tabelul 1). La 02.07.2025, după 20 de zile de tratament, s-a constatat scăderea leucocitelor ($8,9 \times 10^9/L$) și a eozinofilelor (20%), însă VSH a rămas crescut (Tabelele 1 și 2). Serologia a indicat titru încă ridicat de anticorpi anti-*Ascaris lumbricoides* IgG = 0,503 (în ușoară scădere) și anti-*Toxocara canis* IgG = 1,728 (în creștere ușoară), concomitent cu o creștere a IgE total (1708 UI/mL).

Persistența acestor modificări imunologice și răspunsul terapeutic incomplet impun reevaluarea multidisciplinară a cazului.

Discuții

Cazul evidențiază dificultățile majore ale diagnosticului diferențial între metastazele neoplazice și infecțiile helmintice diseminate. Aspectele imagistice și clinice inițiale au fost sugestive pentru o patologie tumorală, însă asocierea cu eozinofilie marcată și absența markerilor tumorali a ridicat suspiciunea unei etiologii parazitare.

Literatura de specialitate descrie cazuri similare în care toxocaroză larvarică viscerală poate mima procese neoplazice hepatice și pulmonare, determinând explorări invazive inutile dacă nu este inclusă în diagnosticul diferențial [7,11,16].

În acest caz, abordarea multidisciplinară (medic de familie, pneumolog, oncolog, morfopatolog, infecționist, parazitolog) a fost esențială pentru stabilirea diagnosticului corect. Particularitatea o reprezintă suprapunerea comorbidităților (diabet, HTA, noduli tiroidieni) și prezența fibrozei hepatice, care au complicat interpretarea investigațiilor.

În cazul prezentat, după o primă cură de albendazol se constată o ameliorare clinică și regresie parțială imagistică, dar persistența eozinofiliei și creșterea IgE total (1708 UI/mL), împreună cu menținerea unor titre serologice ridicate anti-*Toxocara*, sugerează fie rezistența larvară, fie migrația lentă a

Tabelul 1.

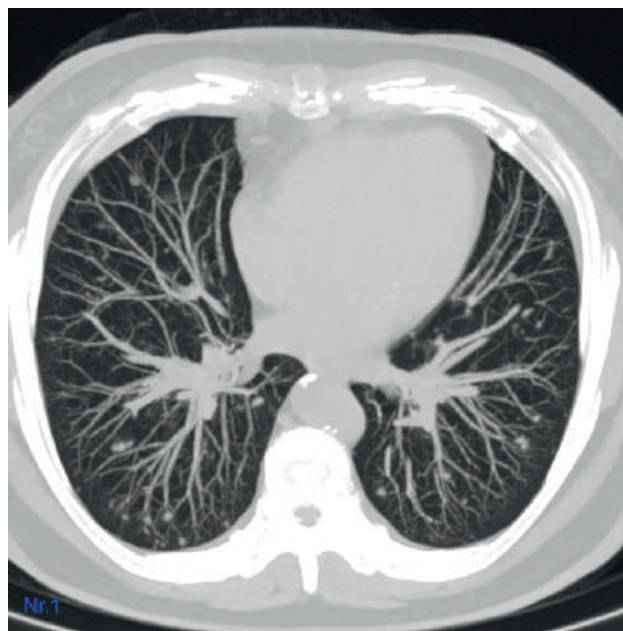
Hemoleucograma pacientei

Indicatori	06.03.25	16.04.25	05.06.25	02.07.25	Interval de referință
Leucocite x10 ⁹ /L	12,3	11,4	11,9	8,9	4,8-10,8
Eritrocite x 10 ¹² /L	4,37	3,72	4,09	4,3	4,2-6,1
Hemoglobină g/L	130	115,2	124	132	120-180
Trombocite x10 ⁹ /L	232		255	232	130-400
Neutrofile % x10 ³ /μL	21,4		27,1	32	40-74
	2,64		3,22		1,9-8
Limfocite %x10 ³ /μL	28,7		21,2	40	19-48
	3,53		2,52		0,9-5,2
Monocite %	3,2		3,9	5	3,4-9
Eozinofile % x10 ³ /μL	43,5		45,5	20	0-7
	5,25		5,42	2,25	0-0,8
Bazofile %	1,3		0,9	1	0-1,5
VSH mm/h	50	45	49	43	<15

Tabelul 2.

Testele biochimice și de hemostază

Indicatori	16.04.25	05.06.25	02.07.25	Interval de referință
Indice protrombinic %	78			70-100
Fibrinogen g/l	3,11			2-4
INR	1,26			2-3,5
Proteina totală g/l	59,9		88	62-80
Bilirubina totală mmol/l	12,8	10,17	15	0-17
Bilirubina conjugată mmol/l	5,2	3,49	4	0-5
Bilirubina liberă mmol/l	7,6		11	≤15
Glucoza mmol/l	12,27	9,62	11,3	3,89-5,84
ALAT un/l	14,8	20,5	23	0-49
ASAT un/l	32,2	19,5	20	0-46
GGTP un/l	80,2		55	5-45
Colesterol total mmol/l	5,72	6,17	5,7	3,87-6,71
Ureea mmol/l	6,7	6,55	6,1	2,5-8,3
Creatinina mmol/l	114,5	80,33	58	53-115
Amilaza un/l		73	62	0-86

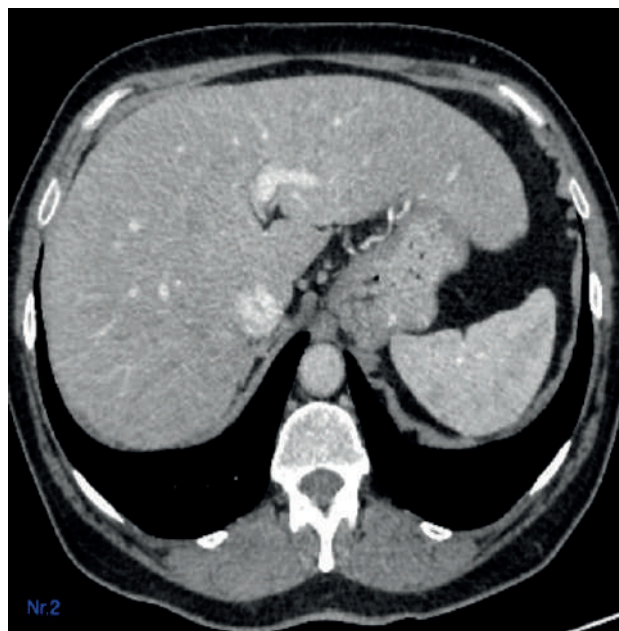


Imaginea 1. Reprezentarea CT pulmonar, în incidența axială

larvelor încapsulate. În literatura de specialitate este documentată această problemă: seropozitivitatea și hipereozinofilia pot persista luni sau chiar ani după tratament, fără să indice neapărat infecție activă, ci doar un răspuns imun prelungit [25].

Pentru formele severe sau cronice, ghidurile recomandă cure repetate de albendazol (2–3 cicluri a câte 10–14 zile, separate la 2–4 săptămâni) sau chiar tratamente prelungite (4–6 săptămâni) în caz de afectare viscerală extinsă [7,16]. Date recente arată că răspunsul clinic este mai rapid decât cel serologic, ceea ce justifică urmărirea pacienților pe termen lung și ajustarea terapiei în funcție de persistența simptomelor și a markerilor biologici [16, 26].

Trebuie subliniat faptul că există încă numeroase controverse privind alegerea markerilor de eficacitate terapeutică. Astfel, eozinofilia tinde să se normalizeze relativ rapid, însă poate persista în formele complicate, reflectând o activitate inflamatorie reziduală. Nivelurile serice de IgE total rămân crescute pe o perioadă îndelungată, ceea ce confirmă sensibilitatea acestui marker, dar în același timp limitează specificitatea acestuia. În ceea ce privește serologia prin ELISA, titrurile anticorpilor scad lent, o diminuare semnificativă fiind observată, de regulă, abia după 6–12 luni; menținerea unui titru pozitiv nu semnifică neapărat eșec terapeutic, ci poate reflecta persistența memoriei imunologice. În fine, investigațiile imagistice (CT, ultrasonografie) furnizează parametri obiectivi ai regresiei leziunilor, însă în unele cazuri pot evidenția modificări structurale reziduale, precum fibroză hepatică persistentă, care nu trebuie confundate cu semne de activitate parazitară.



Imaginea 2. Reprezentarea CT hepatic, în incidența axială

Concluzii

Complexitatea diagnosticului. Cazul prezentat subliniază dificultatea diferențierii între patologia oncologică și cea parazitară, în contextul unui tablou clinic și imagistic sugestiv pentru metastaze.

Asocierea dintre eozinofilia marcată, IgE total crescut și titrurile serologice pozitive pentru *Toxocara canis* și *Ascaris lumbricoides* a constituit elementul-cheie în orientarea diagnosticului către etiologia parazitară.

Importanța abordării multidisciplinare. Implicarea concertată a specialiștilor în pneumologie, oncologie, morfopatologie, boli infecțioase, gastroenterologie și parazitologie a permis stabilirea diagnosticului corect și evitarea unei erori terapeutice majore.

Evoluția sub tratament antiparazitar. Terapia cu albendazol a determinat ameliorarea clinică și paraclinică, deși persistența modificărilor imunologice indică necesitatea unei monitorizări îndelungate și a evaluării periodice a răspunsului terapeutic.

Prezentul caz demonstrează importanța menținerii unui diagnostic diferențial larg la pacienții cu leziuni nodulare hepatice și pulmonare, mai ales în zonele endemice pentru helmintoze, pentru a preveni confuziile cu patologia oncologică și a institui precoce tratamentul adecvat.

Lista abrevierilor utilizate:

ADN – acid dezoxiribonucleic

Ag – antigen

BPCO – bronhopneumopatie obstructivă cronică

CT – tomografie computerizată

FBS – fibrobronhoscopie
 FIB – Fine-needle aspiration biopsy (biopsie prin puncție fină)
 LB – lobul drept
 LS – lobul stâng
 PCR – reacția de polimerizare în lanț
 USG – ultrasonografie
 VCS – videocolonoscopie complexă
 VEGD – videoesofagogastroduodenoscopie
 VL – vena lienală
 VP – vena portă

Declarație de conflict de interese

Autorii declară lipsa conflictului de interese.

Bibliografie

1. ABEDI B., AKBARI M. The global prevalence of *Toxocara* spp. in pediatrics: a systematic review and meta-analysis. In: *Clinical and Experimental Pediatr*, 2021; 64(11):575-581. doi: 10.3345/cep.2020.01039
2. CUÉLLAR C., FENOY S., GUILLEN L. Cross-reactions of sera from *Toxascaris leonina* and *Ascaris suum* infected mice with *Toxocara canis*, *Toxascaris leonina* and *Ascaris suum* antigens. In: *International Journal for Parasitology*, 1995; 25(6): 731-739. doi: 10.1016/0020-7519(94)00187-s.
3. DOLD C., HOLLAND C. *Ascaris* and ascariasis. In: *Microbes and infection*, 2011; 13(7):632-637. doi: 10.1016/j.micinf.2010.09.012.
4. LELES D., GARDNER S., REINHARD K. et al. Are *Ascaris lumbricoides* and *Ascaris suum* a single species? In: *Parasites & Vectors*, 2012; 5:42. doi: 10.1186/1756-3305-5-42.
5. KASPER D., FAUCI A. et al. *Harrison's Infectious diseases*, 3rd ed., 2017:1124-1153.
6. DEPARTMENT OF HELMINTHOLOGY, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, 420/6 Ratchawithi Road, Bangkok 10400, Thailand. Diagnostic Trends of Human Toxocariasis In: *The Journal of tropical medicine and parasitology*, 2010; 33:44-52.
7. DESPOMMIER D. Toxocariasis: Clinical Aspects, Epidemiology, Medical Ecology, and Molecular Aspects. In: *Clinical Microbiology Reviews* 2003; 16(2): 265-272. doi: 10.1128/CMR.16.2.265-272.2003.
8. SCHWARTZ E. Tropical diseases in travelers. In: *Emerging infectious diseases*, 2009; 15(11):1881. doi: 10.3201/eid1511.091287.
9. COLOFIȚCHI A., LUNGUV., GHEORGHİȚĂ S., PLĂCINTĂ GH. Toxocaroză. Chișinău, 2013, 20 p.
10. ANDERSON J., RASCOE L. et al. Development of a Luminex Bead Based Assay for Diagnosis of Toxocariasis Using Recombinant Antigens Tc-CTL-1 and Tc-TES-26. In: *PLoS Negl Trop Dis*, 2015; 9(10): e0004168. doi: 10.1371/journal.pntd.0004168
11. RAFFRAY L., BAIL B. Hepatic Visceral Larva Migrants Presenting as a Pseudotumor/ In: *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2013; 11(6):e42. doi: 10.1016/j.cgh.2013.01.030.
12. SALAZAR-GARCÉS L., JARAMILLO-HERNÁNDEZ D. et al. Systematic review and meta-analysis of the association of infection with *Toxocara canis* with atopy and asthma. In: *Rev Inv Vet Perú*, 2024; 35(2): e27847
13. MANDELL G., BENNETT J., DOLIN R. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases 7th edition, 2010:3617-3618.
14. PALMER S., LORD SOULSBY E., DAVID IAN H. Oxford Textbook of Zoonoses, 2005:758-770.
15. NEJSUN P., PARKER D. JR. et al. Ascariasis is a Zoonosis in Denmark. In: *Journal of clinical microbiology*, 2005; Mar 43(3):1142-8. doi: 10.1128/JCM.43.3.1142-1148.2005.
16. PLĂCINTĂ Gh. Caz clinic de toxocaroză larvarică cu evoluție îndelungată (9 ani), cu manifestări de afectare sistemică, inclusiv pulmonară (suspectat tbc-multiple focare mici în pulmoni). În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2013; 3(48):75-78. ISSN 1729-8687.
17. PLĂCINTĂ Gh. Larva S2 a genului *Toxocara* la gazda naturală și accidentală. În: *Curierul Medical*, 2006; 6(294):24-26. ISSN 0130-1535.
18. PLĂCINTĂ Gh. Monoinvasion with *Toxocara canis* in children. In: *The Moldovan medical Journal*, June 2018; 61(2):17-20. ISSN 2357-6373 (Print), ISSN 2537-6381 (Online).
19. PLĂCINTĂ Gh. Toxocaroză – problemă actuală a serviciului medical și sanitar public. Chișinău. Editura: Tipografia Sirius, 2017; 240 p. ISBN 978-9975-57-244-6.
20. PLĂCINTĂ Gh., PAVELIUC P., BUJOR T. Toxocaroză larvară gravă – prezentare de caz. În: *Curierul Medical*, 2013; 1(56):76-80. ISSN 0130-1535. 43.
21. RICHARD L. GUERRANT, M, DAVID H. WALKER, M., WELLER P. *Tropical Infectious Diseases* 3rd edition. Saunders, 2011; p. 1209-1214. ISBN :9780702039355.
22. SHUAI W., HAORAN L.I. et al. *Toxocara* infection: seroprevalence and associated risk factors among primary school children in central China. In: *Parasite journal*, 2020;20:30. doi: 10.1051/parasite/2020028.
23. XINGQUAN Z., STEFANO D'AMELIO et al. Assessing sequence variation in the internal transcribed spacers of ribosomal DNA within and among members of the *Contraecaecum osculatum* complex (Nematoda: Ascaridoidea: Anisakidae). In: *Parasitology Research*, 2000; 86(8):677-683.
24. ZHENZHEN W., MIHO S. et al. Development of nested multiplex polymerase chain reaction (PCR) assay for the detection of *Toxocara canis*, *Toxocara cati* and *Ascaris suum* contamination in meat and organ meats. In: *Parasitology International*, 2018; 67(5):622-626.
25. J. Fillaux J.F. Magnaval. Laboratory diagnosis of human toxocariasis. In *Veterinary Parasitology*, vol 193, 2013, p.327-336. <https://doi.org/10.1016/j.vet-par.2012.12.028>
26. Huw Smith, Celia Holland, Mervyn Taylor et al. How common is human toxocariasis? Towards standardizing our knowledge. In *Trends in Parasitology*. Volume 25, Issue 4p.182-188, 2009

Autor corespondent:

Gheorghe Plăcintă,

conferențiar universitar, șef catedră,

Catedra de boli infecțioase,

IP USMF Nicolae Testemițanu

din Republica Moldova,

tel.: + 37322205348,

e-mail: gheorghe.placinta@usmf.md