

Imunologia & Doenças Infecciosas e Parasitárias

EDIÇÃO XII

Capítulo 20

MANEJO CLÍNICO E DIRETRIZES RECENTES NA ESTRONGILOIDÍASE: UMA REVISÃO CRÍTICA

RODRIGO HELDWEIN PEREIRA LEÃO¹
GUILHERME CALLEGARI ESCOBAR¹
RAFAEL GOMES DE CARVALHO¹
CÁSSIO DA SILVA MINUZZO¹
FERNANDO KEIZO SEKI DE LIMA¹
VALENTINA GALEAZZI MODESTI²
LEONARDO DAUDT WOLFFENBÜTTEL¹
LEONARDO DIEL MARMITT³
LÍVIA SALABERRY MASSARANI¹
BERNARDO MOLENDIA GODINHO⁴
FRANCISCO TURATTI KREBS¹
HENRIQUE COUTINHO GUARAGNA MARTINS¹
PEDRO HENRIQUE RIBEIRO TEIXEIRA¹
PIETRA DIONISI DE CARVALHO⁵
PEDRO ARTHUR FERNANDES GUGEL¹

¹Discente - Graduando em Medicina na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

²Discente - Graduando em Medicina na Universidade do Vale do Taquari.

³Discente - Graduando em Medicina na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴Discente - Graduando em Medicina na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

⁵Discente - Graduando em Medicina na Universidade Luterana do Brasil.

Palavras-chave: Estrongiloidíase; Revisão Narrativa; Diretrizes Clínicas.

DOI

10.59290/8402689120

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A estrogiloidíase é uma doença causada pelo geohelminto *Strongyloides stercoralis*, que, segundo estimativas, acomete de 300 a 600 milhões de pessoas no mundo (LO *et al.*, 2025). A incerteza dessa estimativa relaciona-se, entre outros fatores, ao fato de que a parasitose é sub-notificada nos serviços de saúde, uma vez que muitos casos são assintomáticos e os métodos diagnósticos de rotina apresentam limitações (YANG *et al.*, 2025). Nesse contexto, em 2021, a estrogiloidíase foi incluída no documento “Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030”, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece metas globais para doenças tropicais negligenciadas em âmbito mundial. A relevância clínica decorre, sobretudo, do risco de hiperinfecção e doença disseminada em pessoas imunodeprimidas, formas graves associadas a elevada letalidade (YANG *et al.*, 2025).

Historicamente, o foco em enfermidades causadas por geohelminthos direcionava-se a outras formas mais prevalentes, como a ascaridíase. O panorama da invisibilidade da estrogiloidíase foi alterado em 2024, quando a OMS publicou a primeira diretriz da OMS especificamente voltada à quimioterapia preventiva para o controle da estrogiloidíase em saúde pública, intitulada “WHO guideline on preventive chemotherapy for public health control of strongyloidiasis” (OMS, 2024). Tal documento tem como principal proposta orientar a implementação de programas contra a estrogiloidíase e ampliar o acesso à ivermectina como intervenção de saúde pública (LO *et al.*, 2025). Todavia, apesar dos esforços para implementar a estratégia nos países endêmicos, persistem dificuldades, principalmente em contextos de

maior vulnerabilidade econômica, como a manutenção de cobertura equitativa em longo prazo e a necessidade de capacitação dos profissionais (LO *et al.*, 2025; SHEMA *et al.*, 2025).

Portanto, a perspectiva do manejo da estrogiloidíase tem recebido maior atenção nos últimos anos, majoritariamente em resposta à nova diretriz de 2024, mas também pela ampliação da produção científica sobre essa temática na década de 2020, o que fundamenta uma análise crítica acerca dos conceitos mais recentes. Nesse sentido, este capítulo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura mais recente (desde 2020 até o presente) sobre a abordagem da estrogiloidíase, discutindo os avanços no conhecimento parasitológico aliados a uma perspectiva fundamentada na nova diretriz da OMS de 2024.

METODOLOGIA

Para discutir as evidências mais relevantes acerca do manejo clínico e das diretrizes recentes para a estrogiloidíase, foi feita uma busca bibliográfica na base de dados PubMed, utilizando termos de busca relacionados ao tema, como “*Strongyloides stercoralis*”, “strongyloidiasis”, “guidelines” e seus correspondentes em português. Foram considerados trabalhos publicados entre 1º de janeiro de 2020 e 21 de maio de 2026. A busca foi realizada em 21 de maio de 2026. Foram priorizados artigos originais, revisões, consensos, diretrizes clínicas e documentos de organizações nacionais e internacionais publicados nos últimos anos, especialmente aqueles que abordavam diagnóstico, tratamento, acompanhamento clínico e recomendações para populações específicas. Foram excluídas revisões sistemáticas e meta-análises.

A seleção dos materiais foi realizada de forma não sistemática, considerando a relevância, atualidade e contribuição das publicações

para a compreensão do tema. Após a leitura dos estudos selecionados, as informações foram organizadas e analisadas de maneira descritiva, permitindo a construção de uma síntese narrativa sobre as principais estratégias de manejo clínico e as recomendações mais recentes para o tratamento da estrogiloidíase.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aspectos Clínicos e Fisiopatologia

O *Strongyloides stercoralis* possui um ciclo biológico heterogêneo singular entre os helmintos transmitidos pelo solo, caracterizado pela alternância entre gerações de vida livre no ambiente e um ciclo parasitário no hospedeiro (LO *et al.*, 2025; YANG *et al.*, 2025). No ambiente externo, as larvas de primeiro estágio (L1), chamadas rabditiformes, são eliminadas nas fezes humanas e, em condições ecológicas favoráveis, passam por mudas sucessivas até darem origem a adultos de vida livre que se reproduzem sexualmente (SHEMA *et al.*, 2025; YANG *et al.*, 2025). Alternativamente, sob determinadas condições ambientais, essas larvas rabditiformes sofrem desenvolvimento direto no solo, evoluindo para larvas de terceiro estágio (L3), conhecidas como filariformes (YANG *et al.*, 2025). A infecção primária inicia-se quando essas formas L3 filariformes penetram ativamente a pele íntegra do hospedeiro humano (YANG *et al.*, 2025).

Uma vez no interior do organismo, as larvas ganham a circulação venosa, migram até os capilares pulmonares, atravessam o espaço alveolar e sobem pela árvore traqueobrônquica até a laringe, onde são deglutidas (YANG *et al.*, 2025). Ao atingirem o intestino delgado, as larvas tornam-se fêmeas adultas parasitas que se reproduzem por partenogênese e produzem ovos na mucosa intestinal (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021; YANG *et al.*, 2025).

Esses ovos eclodem in situ, liberando novas larvas rabditiformes (L1) no lúmen intestinal, que podem ser detectadas pelos métodos coproparasitológicos específicos (SHEMA *et al.*, 2025; YANG *et al.*, 2025). Enquanto a maior parte dessas larvas é excretada junto às fezes, uma fração pode sofrer metamorfose precoce e transformar-se em larvas filariformes infectantes (L3) ainda dentro do trato gastrointestinal (LO *et al.*, 2025; WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021; YANG *et al.*, 2025). Esse processo, denominado autoinfecção, constitui a base fisiopatológica da cronicidade da doença, permitindo que o nematódeo penetre diretamente a mucosa do cólon ou a pele perianal e reinicie o ciclo parasitário no hospedeiro (LO *et al.*, 2025; WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021; YANG *et al.*, 2025). Esse mecanismo único confere ao parasita a capacidade de persistir de forma ativa no organismo humano por décadas sem que haja necessidade de novas exposições externas (LO *et al.*, 2025; WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021).

Em indivíduos com o sistema imune hígido, a estrogiloidíase crônica cursa de forma assintomática em uma elevada proporção de indivíduos infectados, o que historicamente contribuiu para que a doença fosse subestimada pelos programas globais de saúde pública (LO *et al.*, 2025; WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021). Esse curso subclínico pode refletir o equilíbrio dinâmico estabelecido entre a resposta imunológica celular do hospedeiro e a carga parasitária (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021; YANG *et al.*, 2025). No entanto, quando as manifestações clínicas emergem, elas podem ser agrupadas em três eixos principais: cutâneas, gastrointestinais e pulmonares (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021; YANG *et al.*, 2025):

Manifestações cutâneas: o sinal dermatológico característico e altamente sugestivo da infecção crônica é a larva currens (YANG *et*

al., 2025). Trata-se de uma erupção cutânea linear, serpiginosa e intensamente pruriginosa provocada pela migração subcutânea acelerada da larva filariforme (YANG *et al.*, 2025). Adicionalmente, reações alérgicas sistêmicas, como quadros de urticária crônica ou recorrente e lesões maculopapulares, são descritas como reflexo da resposta imune do hospedeiro à circulação das larvas (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021; YANG *et al.*, 2025).

Manifestações gastrointestinais: relacionam-se à presença das fêmeas adultas e à inflamação da mucosa intestinal (YANG *et al.*, 2025). Os sintomas clínicos mimetizam distúrbios dispépticos ou inflamatórios funcionais, incluindo dor abdominal crônica (geralmente localizada na região epigástrica), episódios intermitentes de diarreia, náuseas, vômitos e anorexia (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021; YANG *et al.*, 2025). Em longo prazo, a inflamação intestinal crônica e a má-absorção secundária podem contribuir para desnutrição crônica em populações de áreas endêmicas (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021).

Manifestações pulmonares: resultam do trânsito característico das larvas através do parênquima pulmonar (YANG *et al.*, 2025). Esse trânsito larval pode desencadear sintomas respiratórios semelhantes aos da asma brônquica, como tosse seca ou produtiva, dispneia, sibilos e episódios transitórios de infiltração pulmonar inflamatória por vezes acompanhada de eosinofilia periférica (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021; YANG *et al.*, 2025).

Síndrome de hiperinfecção e disseminação: a quebra da homeostase imunológica do hospedeiro rompe o controle regulatório sobre o ciclo de autoinfecção, desencadeando um pro-

cesso de multiplicação acelerada e descontrolada do parasita (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021; YANG *et al.*, 2025). Clinicamente, diferenciam-se duas entidades de extrema gravidade: a síndrome de hiperinfecção — na qual ocorre o aumento exponencial da carga parasitária restrita aos órgãos do ciclo biológico habitual (trato gastrointestinal e pulmões) — e a esrongiloidíase disseminada, caracterizada pelo rompimento das barreiras teciduais e migração das larvas para órgãos fora do ciclo comum do nematódeo, incluindo o sistema nervoso central e rins (LO *et al.*, 2025; WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021; YANG *et al.*, 2025).

A fisiopatologia dessas complicações está estreitamente relacionada à supressão da imunidade celular, sendo que um dos principais fatores desencadeantes reconhecidos na prática clínica é a terapia sistêmica com corticosteroides (JENKS *et al.*, 2022; WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021; YANG *et al.*, 2025). Os glicocorticoides deprimem a resposta inflamatória protetora e podem favorecer o aumento da carga parasitária e a transformação de larvas em formas filariformes infectantes (YANG *et al.*, 2025). Outros fatores de risco críticos incluem a coinfecção pelo vírus HTLV-1, neoplasias hematológicas e transplantes de órgãos sólidos ou de medula óssea (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021; YANG *et al.*, 2025).

Um aspecto clínico relevante evidenciado na literatura recente foi a ocorrência de casos de hiperinfecção no contexto da pandemia de COVID-19 (JENKS *et al.*, 2022; YANG *et al.*, 2025). Pacientes provenientes de áreas endêmicas ou populações migrantes vulneráveis que foram hospitalizados com infecções graves por SARS-CoV-2 e submetidos a protocolos de uso terapêutico de dexametasona sistêmica, sem triagem ou profilaxia prévia para parasitoses ocul-

tas, foram descritos com evolução para a síndrome de hiperinfecção por *S. stercoralis* (JENKS *et al.*, 2022; YANG *et al.*, 2025).

Além disso, a migração de larvas através da parede intestinal pode favorecer a translocação de bactérias da microbiota entérica para a circulação sistêmica (JENKS *et al.*, 2022; YANG *et al.*, 2025). Esse evento pode resultar em complicações infecciosas secundárias graves, como choque séptico bacteriano recorrente e meningite bacteriana purulenta (JENKS *et al.*, 2022; YANG *et al.*, 2025). Diante desse cenário de colapso multiorgânico, as taxas de letalidade associadas à hiperinfecção e à disseminação permanecem alarmantes, reforçando a importância da avaliação de risco, da triagem e do tratamento antes da imunossupressão (LO *et al.*, 2025; WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021).

A strongiloidíase no contexto gestacional constitui uma lacuna científica histórica, sendo considerada uma das vertentes mais subestudadas e negligenciadas na saúde pública (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021). Durante a gravidez, ocorrem modificações endócrinas e imunológicas fisiológicas destinadas a garantir a tolerância imunológica ao feto (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021). Embora a ocorrência de episódios de hiperinfecção fulminante seja um fenômeno raro na gestação, a infecção crônica subclínica pode estar associada a repercussões negativas para o binômio mãe-filho (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021).

A presença crônica do parasita na mucosa intestinal pode comprometer os processos normais de digestão e absorção de nutrientes vitais, afetando diretamente o estado nutricional sistêmico (YANG *et al.*, 2025). Como consequência dessa espoliação crônica e da enteropatia inflamatória, a gestante pode apresentar maior risco para o desenvolvimento de anemia ferropriva gestacional crônica e quadros de desnutrição proteico-calórica (WIKMAN-JORGENSEN *et*

al., 2021). Adicionalmente, quando esse quadro é agravado por falhas estruturais nos determinantes sociais de saúde e no acompanhamento pré-natal, o diagnóstico oportuno pode ser retardado (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021).

Essas disfunções metabólicas maternas podem repercutir sobre o desenvolvimento fetal, tendo sido associadas à ocorrência de restrição de crescimento intrauterino (RCIU), baixo peso ao nascer e distúrbios do desenvolvimento neonatal (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021). Em cenários extremos onde ocorre a evolução para a síndrome de hiperinfecção, o prognóstico torna-se sombrio, com risco de abortamento e óbito materno (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021).

O manejo da strongiloidíase na gestante é ainda mais complexo devido às limitações terapêuticas existentes: a ivermectina, fármaco de escolha para o tratamento e controle populacional da infecção, carece de evidências clínicas robustas de segurança pré-natal em larga escala (LO *et al.*, 2025; WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021). Esse fato limita a inclusão rotineira desse subgrupo em programas de administração em massa e ressalta a urgência de estratégias de rastreamento pré-concepcional e vigilância na atenção básica (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021).

Abordagem Diagnóstica e Triagem

Estabelecer um padrão de referência diagnóstico para a strongiloidíase tem sido um desafio por muitos anos, principalmente devido à baixa sensibilidade parasitológica dos exames laboratoriais comumente aplicados a contextos de outros helmintos, como a microscopia de fezes (Método de Kato-Katz) (LO *et al.*, 2025; SHEMA *et al.*, 2025). No caso da identificação do *Strongyloides stercoralis*, são preferíveis técnicas específicas para o helminto, como o

método de Baermann e a cultura em placa de ágar (APC); contudo, esses procedimentos requerem uma capacitação prévia dos profissionais, pois a diferenciação das larvas de *Strongyloides* em relação às de outros nematódeos exige treinamento específico (SHEMA *et al.*, 2025). Além disso, em estudos de campo, o método Baermann apresentou limitações operacionais nesse contexto, por ser trabalhoso e gerar quantidade relevante de resíduos plásticos (TAMAROZZI *et al.*, 2023).

Nesse sentido, testes baseados na sorologia e detecção de imunoglobulinas específicas tornaram-se alvos de estudos na última década, uma vez que possuem sensibilidade frequentemente elevada, porém variável conforme o ensaio e o contexto (LO *et al.*, 2025; TE LINDE *et al.*, 2025). Embora a demonstração de larvas nas fezes confirme infecção ativa, a sorologia é útil pela maior simplicidade e reprodutibilidade em contextos de triagem (YANG *et al.*, 2025; WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021). O teste sorológico de IgG para *S. stercoralis* tem papel fundamental na triagem dessa infecção, especialmente em situações de pessoas provenientes de países endêmicos ou pacientes candidatos a terapias de imunossupressão, os quais têm maior risco de desenvolver as formas mais graves da doença (TE LINDE *et al.*, 2025; JENKS *et al.*, 2022). Contudo, mesmo que a sorologia apresente uma alta sensibilidade para detecção do helminto, sua especificidade pode ser reduzida, o que acarreta reatividade cruzada com outras espécies, além de não definir com clareza se os anticorpos indicam uma infecção ativa ou passada (LO *et al.*, 2025; YANG *et al.*, 2025). Vale ressaltar que, em casos de imunossupressão grave, a detecção de imunoglobulinas pode ser prejudicada pela menor produção de anticorpos, o que reduz o desempenho do exame e aumenta o risco de resultados falsos-negativos nesse grupo de pacientes (TE LINDE *et al.*,

2025). Estudos de campo recentes avaliaram a qualidade e aplicabilidade de testes sorológicos rápidos para estrogiloidíase (RDT e SsRapid), que apresentaram desempenho e facilidade de uso variáveis em comparação aos testes ELISA (TAMAROZZI *et al.*, 2023; CIMINO *et al.*, 2026; SHEMA *et al.*, 2025).

Outra forma de testagem de grande enfoque nos estudos revisados é o teste molecular (PCR). Esse método, diferentemente dos testes sorológicos, pode apresentar alta especificidade, embora sua sensibilidade varie conforme a técnica e o processamento da amostra, sendo útil no diagnóstico de formas assintomáticas ou leves da doença (YANG *et al.*, 2025; TAMAROZZI *et al.*, 2023). Todavia, sua aplicabilidade mostrou-se dificultada em razão tanto do seu alto custo, o que desfavorece seu uso em países endêmicos de menor recurso, quanto da heterogeneidade de técnicas para extração do DNA, que interferem diretamente na eficiência do teste (LO *et al.*, 2025; TAMAROZZI *et al.*, 2023).

A discussão quanto à triagem de populações especiais mostrou-se presente nos estudos analisados e na diretriz publicada, com enfoque em pacientes imunocomprometidos (ou candidatos à imunossupressão), gestantes e crianças.

Nessa perspectiva, o grupo de pessoas imunocomprometidas está sujeito a maior risco, por apresentarem suscetibilidade à Síndrome de Hiperinfeção e à disseminação sistêmica, condições de alta taxa de letalidade (TE LINDE *et al.*, 2025; LO *et al.*, 2025). Recomenda-se avaliar e rastrear pessoas com risco epidemiológico antes da imunossupressão, a fim de detectar infecção crônica antes do tratamento (TE LINDE *et al.*, 2025). O diagnóstico nessa população é dificultado pela baixa sensibilidade de testes sorológicos e pela ausência de marcadores clínicos consistentes, como a eosinofilia periférica. Um dos estudos (TE LINDE *et al.*, 2025)

avaliou a frequência de eosinofilia periférica em pacientes imunossuprimidos soropositivos para estrogiloidíase, em que apenas 41,2% apresentaram esse padrão. Além disso, pacientes usuários de corticosteroides por outras enfermidades, como o manejo de dexametasona para COVID-19, também fazem parte desse grupo de risco, ainda mais pelo fato de os sintomas respiratórios causados pelo *S. stercoralis* se confundirem com manifestações virais comuns, camuflando a doença (JENKS *et al.*, 2022).

Por sua vez, o contexto das gestantes é agravado pela pouca pesquisa dedicada aos efeitos da doença a esse grupo, e uma revisão tenha relatado sensibilidade de cerca de 61,3% para testes sorológicos em um estudo específico dessa população, ressaltando a necessidade de novos protocolos e estudos específicos (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021). Além disso, a nova diretriz da OMS, de 2024, exclui gestantes e mulheres na primeira semana de lactação da administração em massa de ivermectina, devido à insuficiência de dados de segurança, reforçando a necessidade de estudos adicionais. Devido a essas limitações, a decisão terapêutica, sobretudo no primeiro trimestre, deve ser individualizada, devendo-se priorizar o rastreamento e o tratamento de mulheres em idade fértil antes do início da gestação (WIKMAN-JORGENSEN *et al.*, 2021).

As crianças são um grupo de extrema importância para as políticas de saúde pública, pois a estrogiloidíase crônica nesta faixa etária pode estar associada à desnutrição e ao retardo no crescimento (YANG *et al.*, 2025). A nova diretriz da OMS, de 2024, utiliza as crianças em idade escolar (geralmente de 5 a 14 anos) como a população sentinela para o mapeamento da prevalência que determina a necessidade de intervenção em toda a comunidade. Além disso, a

diretriz pontua que o controle da estrogiloidíase deve ser integrado a outros programas de helmintíases transmitidas pelo solo, articulando a distribuição dos medicamentos já utilizados no tratamento de outros parasitas.

Adicionalmente, é de suma importância salientar o papel da triagem de pessoas com infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas tipo 1 (HTLV-1) em áreas endêmicas, uma vez que essa condição altera a resposta imune do tipo 2, importante na defesa contra helmintos (YANG *et al.*, 2025; OMS, 2024). A coinfeção por *S. stercoralis* também tem sido associada a alterações no curso clínico da infecção pelo HTLV-1; contudo, a afirmação de que reduza diretamente o tempo para o desenvolvimento de leucemia exige evidência específica adicional (YANG *et al.*, 2025).

Manejo Terapêutico e Estratégias de Saúde Pública

O tratamento individual da estrogiloidíase crônica baseia-se primordialmente no uso da ivermectina oral, considerada o fármaco de escolha devido à sua alta eficácia e perfil de segurança favorável (LO *et al.*, 2025; OMS, 2024). A dose padrão recomendada é de 200 µg/kg em dose única, que demonstrou ser não inferior a regimes de doses múltiplas para casos de infecção crônica não complicada (LO *et al.*, 2025; OMS, 2024). A ivermectina atua ligando-se aos canais de cloreto ativados por glutamato do helminto, resultando em paralisia e morte do verme (LO *et al.*, 2025; OMS, 2024). Embora o albendazol (400 mg duas vezes ao dia por sete dias) seja uma alternativa, sua eficácia é, em geral, inferior à da ivermectina (YANG *et al.*, 2025; OMS, 2024). Em cenários de síndrome de hiperinfecção, o manejo é mais complexo, exigindo administração diária e prolongada de ivermectina até que as amostras de fezes ou escarro permaneçam negativas por pelo menos duas semanas (YANG *et al.*, 2025).

No âmbito da saúde pública, a principal estratégia recomendada pela OMS (2024) para o controle da doença em áreas endêmicas é a administração em massa de medicamentos (MDA) com ivermectina (LO *et al.*, 2025; OMS, 2024). Diferentemente de outras helmintíases transmitidas pelo solo, a estratégia para o *S. stercoralis* prioriza o tratamento de toda a comunidade em vez de focar apenas em crianças em idade escolar. Essa decisão fundamenta-se na evidência de que a prevalência da estrogiloidíase tende a aumentar com a idade, e os adultos apresentam maior risco de desenvolver formas graves da doença devido à maior probabilidade de condições imunossupressoras (LO *et al.*, 2025; OMS, 2024). Modelagens matemáticas indicam que a MDA comunitária é mais custo-efetiva do que programas escolares isolados para reduzir a carga global e reduzir a transmissão.

A implementação da MDA é recomendada anualmente quando a prevalência, medida pelos métodos de Baermann ou cultura em placa de ágar, for $\geq 5\%$ em inquérito escolar ou $\geq 10\%$ em inquérito comunitário (LO *et al.*, 2025; OMS, 2024). O programa deve ser mantido por um período mínimo de cinco anos antes de uma nova avaliação de vigilância (LO *et al.*, 2025; OMS, 2024). Atualmente, a indicação de tratamento inclui pessoas com 5 anos ou mais, observadas as exclusões e precauções previstas na diretriz. Por questões de segurança regulatória e falta de dados robustos, permanecem excluídas da MDA as gestantes, mulheres na primeira semana de lactação e crianças com menos de 15 kg. Em regiões onde a coinfeção por *Loa loa* é endêmica, a MDA com ivermectina deve ser evitada ou aplicada com extrema cautela devido ao risco de encefalopatia grave (LO *et al.*, 2025; OMS, 2024).

Para otimizar recursos e aumentar a adesão, os programas de controle da estrogiloidíase

devem ser integrados a outras iniciativas de doenças tropicais negligenciadas, como os programas de eliminação da oncocercose, filariose linfática e sarna, que já utilizam a ivermectina em larga escala (LO *et al.*, 2025; OMS, 2024). A coadministração de ivermectina com albendazol em campanhas de MDA também potencializa a redução de outros parasitas, como o *Trichuris trichiura*. Por fim, as intervenções medicamentosas devem ser complementadas por estratégias de Água, Saneamento e Higiene (WASH), que são fundamentais para prevenir a reinfecção e reduzir a reinfecção e a transmissão ambiental a longo prazo (YANG *et al.*, 2025; OMS, 2024).

CONCLUSÃO

A análise da literatura recente indica que a estrogiloidíase vive um momento de transição crucial, impulsionado pelas novas diretrizes da OMS de 2024, cujo principal desafio atual reside na transposição dessas recomendações para a realidade prática e socioeconômica de países endêmicos. No âmbito diagnóstico, observa-se o avanço de ferramentas sorológicas e testes rápidos, como ensaios de IgG e IgG4, cujo desempenho depende do teste e do contexto epidemiológico para o rastreamento populacional em áreas com recursos limitados. Contudo, o desafio diagnóstico no paciente imunossuprimido permanece como um ponto de atenção crítico, visto que este grupo vulnerável apresenta maior risco de falsos-negativos devido à baixa produção de anticorpos, demandando uma abordagem combinada. Em suma, esta revisão reitera a urgência da implementação de protocolos de triagem precoce orientados pelo risco epidemiológico antes de terapias imunossupressoras para mitigar taxas de mortalidade da síndrome de hiperinfecção, estimulando a integração dessas evidências na rotina clínica para combater a parasitose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CIMINO R. *et al.* Diagnostic performance of a Strongyloides IgG4 Rapid Test in detecting human *Strongyloides stercoralis* infection. *Parasites & Vectors*, v. 19, art. 31, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13071-025-07154-7>.

JENKS N. P.; DRISCOLL B.; LOCKE T. Strongyloidiasis Hyperinfection Syndrome in COVID-19 Positive Migrants Treated with Corticosteroids. *Journal of Immigrant and Minority Health*, v. 24, n. 6, p. 1431–1434, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01386-w>.

LO N. C. *et al.* Review of the WHO guideline on preventive chemotherapy for public health control of strongyloidiasis. *The Lancet Infectious Diseases*, v. 25, n. 3, p. e146–e152, 2025. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(24\)00595-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00595-4).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO guideline on preventive chemotherapy for public health control of strongyloidiasis. Geneva: World Health Organization, 2024. ISBN: 978-92-4-009402-4.

SHEMA E. *et al.* Integration of diagnostics for *Strongyloides stercoralis* into the soil-transmitted helminths control programme in Rwanda. *Nature Communications*, v. 16, art. 8600, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41467-025-63715-5>.

TAMAROZZI F. *et al.* Accuracy, acceptability, and feasibility of diagnostic tests for the screening of *Strongyloides stercoralis* in the field (ESTRELLA): a cross-sectional study in Ecuador. *The Lancet Global Health*, v. 11, n. 5, p. e740–e748, 2023. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00108-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00108-0).

TE LINDE E. *et al.* Diagnostic Yield of *Strongyloides stercoralis* Screening in Immunocompromised Patients and Those with Anticipated Immunocompromise in a Dutch Tertiary Hospital: A Retrospective Cohort Study. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 113, n. 4, p. 827–832, 2025. DOI: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.24-0803>.

WIKMAN-JORGENSEN P.; REQUENA-MÉNDEZ A.; LLENAS-GARCÍA J. A Review on Strongyloidiasis in Pregnant Women. *Research and Reports in Tropical Medicine*, v. 12, p. 219–225, 2021. DOI: <https://doi.org/10.2147/RRTM.S282268>.

YANG R. *et al.* Human *Strongyloides stercoralis* infection. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, v. 58, n. 2, p. 164–179, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2024.07.010>.