

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA - RELATO DE CASO

Rayan Pereira Duvanel¹, Bruna Moreira Nicolí², Vinicius Pedro de Almeida Valentim³

¹Acadêmico de Medicina, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu/MG - FACIG,
rayanduva08@gmail.com

²Acadêmico de Medicina, Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu/MG - FACIG,
bruna_mn@hotmail.com

³Médico, Professor da Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu/MG - FACIG,
vpa.valentim@gmail.com

Resumo-A leishmaniose tegumentar americana é uma doença infecciosa endêmica na saúde pública do país, sua etiologia advém de protozoários parasitas do gênero *Leishmania*, da família *Trypanosomatidae*. A doença é transmitida após a picada das fêmeas do mosquito hematófago, conhecido como flebotomíneo e possui diversas manifestações clínicas, classificadas em cutânea, cutaneomucosa e cutânea difusa, acometendo todas os gêneros e faixas etárias. É uma das doenças infecciosas mais significativas no mundo, sendo uma patologia que acomete apenas pele e mucosas e seu desenvolvimento está extremamente relacionado com o ambiente no qual o doente se insere. O objetivo desse trabalho é relatar o caso clínico de um paciente com leishmaniose, suas possíveis formas de diagnóstico e seu tratamento. Foram elucidadas recomendações quanto aos exames a serem realizados; a clínica, para a redução de diagnósticos falhos; e aumento na efetividade do tratamento.

Palavras-chave: Leishmaniose Tegumentar; *Leishmania*; Saúde Pública; Parasitoses; Flebotomíneos.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A leishmaniose é uma doença infecto-parasitária crônica com etiologia em parasitas do gênero *Leishmania*, apresentando diversas formas clínicas, de acordo com a espécie do protozoário em questão. Apresentam um ciclo heteroxênico e parasitam insetos vetores e animais vertebrados, onde nos mamíferos contraem a forma de amastigota, imóvel em formato redondo que se replica dentro das células do sistema fagocitário. Já nos mosquitos flebotomíneos, os parasitas habitam a luz do trato digestório, onde os amastigotas assumem a forma flagelada (GONTIJO *et al.*, 2003).

As leishmanioses são um grande problema de saúde pública no mundo, em continentes como a América, Ásia, África e Europa. Constitui uma endemia com prioridade para controle elevada, e no Brasil, representa relevante papel nos serviços médicos que são portas de entrada para o sistema de saúde público (COSTA, 2005). A Organização Mundial da Saúde estima que 350 milhões de pessoas estão inseridas ao risco de infecção e que, ao menos 2 milhões de pessoas configuram novos casos todos os anos, ao se traçar um perfil epidemiológico da doença pelo mundo (BRASIL, 2010).

A doença é considerada como uma das seis mais significativas doenças infecciosas pelo mundo, ficando em segundo lugar, justificada a posição pelo elevado coeficiente de detecção e capacidade de produzir diversos sinais e sintomas de alerta, principalmente as lesões ulcerosas. No continente americano essa patologia abrange todo o território, desde o norte do Estados Unidos da América ao extremo sul da Argentina. No Brasil tem sido verificado a presença de endemia, com predomínio de áreas rurais (BRASIL, 2010).

O meio no qual os vetores constituem seu habitat e o desequilíbrio ambiental presente com o desmatamento desenfreado nas florestas, referindo ao Brasil, fez com que os vetores e reservatórios da doença se deslocassem para áreas urbanas e difundissem por todo o território, respeitando as

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma patologia que acomete pele e mucosas. Essas lesões são exclusivamente cutâneas, através da picada do vetor inoculando as promastigotas infectantes no sítio de lesão. Há diferentes gêneros e espécies da *Leishmania* no Brasil. Geralmente corresponde a lesões únicas, sendo que pode haver múltiplas lesões, representando assim uma minoria de casos. As características marcantes das lesões são a borda endurecida, elevada e com tecido granuloso em seu centro (GONTIJO *et al.*, 2003).

É possível que se apresente juntamente da lesão propriamente dita uma adenopatia e linfagite, entre 12 a 30% dos casos, evoluindo para o notável polimorfismo da ferida com formas liquenóide, impetigóide, nodular e lupóide (GONTIJO *et al.*, 2003).

As manifestações clínicas seguem um amplo espectro de formas, sendo separadas em três principais: cutânea, cutaneomucosa e cutânea difusa. No paciente em questão a forma apresentada foi a cutânea, se caracterizando pelo aparecimento de duas lesões nos membros inferiores na derme com ulceração (NEVES, 2011).

Segundo levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 1990 a 2008, o Brasil apresentou em média 27.608 casos de leishmaniose tegumentar americana notificados por ano, destacando a endêmica região norte e a intensa expansão demográfica que contribuiu para a disseminação desta patologia (SILVA-NUNES *et al.*, 2013).

A relação da leishmaniose com o ambiente no qual o doente está inserido é de suma importância para a elucidação da etiologia patológica, sendo que o vetor está presente em seu habitat silvestre e o homem imerso a este. A interação do vetor e o homem para com o meio ambiente é um fator importante na aquisição da infecção (COSTA, 2005).

O objetivo desse trabalho é apresentar o caso clínico de LTA, expondo suas características e dificuldades diagnósticas no primeiro contato, sobre suas manifestações clínicas, com as possíveis formas de elucidação do caso e as relações entre fatores demográficos e sócio-culturais, que são determinantes na construção de um bom tratamento e prognóstico.

2 RELATO

E.G.C., 61 anos, morador de São Pedro do Avaí, distrito de Manhuaçu MG, nascido na mesma cidade, casado, três filhos. Produtor rural com lavouras de café, possui contato com agrotóxicos, tabagista (60 anos-maço) e etilista (afirma que faz ingestão de álcool com grande frequência e quantidade ao longo da semana). Paciente etilista apresenta caso de cirrose crônica, que se apresenta em difícil tratamento por não conseguir controlar seu vício com o álcool. Relata também já ter sido diagnosticado e tratado para com a esquistossomose, além de possuir úlcera gástrica. Nega patologias crônicas prévias, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus. Possui histórico familiar de mãe com hipertensão arterial sistêmica e pai com hiperplasia prostática benigna, negando ter conhecimento sobre possíveis acometimentos e comorbidades de seus três irmãos homens.

O paciente relata que foi picado por um mosquito em membro inferior direito na sua residência sem saber informar a data precisa, com estimativa de meses e sentiu muito prurido. Informou que depois da picada começou a sentir sua perna dolorida, com grande prurido no local, teve febre. Procurou a Estratégia em Saúde da Família (ESF) do distrito em que reside para consulta diante dos sintomas apresentados. No ESF, foi medicado sintomaticamente e liberado para o seu domicílio. Após três semanas apresentou lesões cutâneas ulcerosas em ambos membros inferiores, onde procurou novamente o ESF e foi encaminhado a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Manhuaçu.

Na UPA queixou dor intensa nos membros inferiores, em queimação, com maior dor na região das feridas cutâneas, relatando grande prurido e notória lesão cutânea expansiva. Ectoscopia constatou grande suspeita para a leishmaniose, devido ao contorno da lesão ser endurecido e bem delimitado, sendo encaminhado para o serviço de Infectologia do Hospital César Leite em Manhuaçu. Na avaliação parasitológica do doente, foram feitas raspagens das lesões, onde amostras de amastigotas puderam ser identificadas. Em avaliação de exames laboratoriais constatou proteína C reativa elevada. O teste sorológico aplicado foi o de Montenegro, com resultado positivo. Após resultado positivo da sorologia para LTA a medicação foi implementada com antimoniais pentavalentes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leishmaniose tegumentar no Brasil possui uma grande variedade de agentes etiológicos, vetores e reservatórios ocorrendo na grande variedade de apresentações clínicas e diferentes formas

de transmissão. As ações da saúde pública no país concentram no diagnóstico precoce e formas adequadas de tratamento. (BRASIL, 2010).

A doença constitui uma afecção dermatológica que resulta em lesões ulcerativas, onde o diagnóstico aliado ao acompanhamento clínico resultam em grande valia ao prognóstico. Os surtos frequentemente podem ser associados ao desmatamento, invasão de habitat silvestre e regiões com características propícias ao vetor. No caso relatado neste artigo, citamos a atividade na agricultura em lavoura de café juntamente com a idade e o sexo masculino para evidenciar o traçado epidemiológico proposto nos artigos que foram base para esse relato de caso (NEVES, 2011).

A transmissão é derivada da picada de insetos do gênero *Lutzomyia* que são de natureza hematófaga, chamados pelo país de "mosquito-palha", "birigui" e "tatuquira". Ao pousar sobre a pele, o mosquito, ao realizar o seu repasto sanguíneo, pica o tecido de forma despercebida, depositando formas promastigotas metacíclicas da região anterior do trato digestório do inseto. Esse fato é evidenciado no acometimento do paciente, sem saber ao certo o local e a precisão do horário do fato. Infere-se que a dificuldade em reconhecer a picada do mosquito seja agravada pelo período de incubação do agente etiológico no organismo, variando de 2 a 12 semanas em média (NEVES, 2011) (SILVEIRA, 1997).

A leishmaniose tegumentar americana acomete todas as faixas etárias e gêneros, contudo, de acordo com o perfil epidemiológico traçado pelo Ministério da Saúde em 2004, prevalece o sexo masculino com 74% de acometimento e em crianças maiores de 10 anos com 90% de acometimento.

Tabela I - Epidemiologia da leishmaniose tegumentar americana em 2004 (2001-2003) no Brasil (BRASIL, 2010).

Circuito	TX. Detecção	Casos	% masc.	% fem.	% < 10 anos
1 (MA)	45,39	370,32	27,20	5,68	3,59
2 (MA)	162,35	301,42	23,25	1,72	1,72
3 (PA)	197,54	25,28	85,34	5,21	4,89
4 (PA/TO/MA)	295,03	551,84	19,52	1,68	0,48
5 (MG)	135,00	181,32	55,99	13,92	7,12
6 (MG)	3,17	304,75	65,49	9,86	4,93
7 (MG/ES)	0,03	236,04	59,06	13,77	9,78
8 (RJ/SP)	2,64	395,74	57,94	13,10	9,13
9 (SP)	1,13	165,02	10,87	9,78	9,78
10 (PR)	9,29	240,45	64,79	14,08	5,63
11 (PR)	26,95	187,83	81,88	8,05	10,07
12 (RO/AC/AM)	831,40	83,14	67,83	22,55	5,94
13 (AM/RR)	98,72	177,53	72,74	18,00	6,34
14 (PA/AP)	196,23	62,24	79,44	12,32	5,59
15 (PA)	179,69	17,97	78,37	15,38	5,29
16 (PA)	188,71	86,03	80,24	8,78	5,79
17 (RO/AM/MT)	217,70	64,92	88,31	4,28	3,72
18 (RR)	27,25	109,02	87,10	8,06	6,45
19 (PA/MT)	293,10	49,10	89,86	2,88	6,51
20 (DF/GO)	2,74	245,44	71,43	9,52	1,59
21 (CE/PI)	35,31	341,02	54,37	14,88	6,31
22 (CE/PE)	38,88	381,12	49,76	16,10	9,27
23 (PB/PE/AL)	32,27	408,19	62,11	22,63	5,79
24 (BA)	64,77	323,76	60,79	13,43	5,52

Fonte: Ministério da Saúde.

O diagnóstico depende da avaliação do quadro clínico de sinais e sintomas feita com uma anamnese completa, juntamente com a confirmação realizada por exames complementares. A presença das lesões bem delimitadas com ulceração e tecido de granulação ao centro evidenciam a forma cutânea da leishmaniose tegumentar americana. Os exames laboratoriais são iniciados na pesquisa do parasito com esfregaços para análise. A partir do fragmento é realizada pesquisa histopatológica e cultura (NEVES, 2011).

A confirmação diagnóstica provém na maioria das vezes de esfregaço no local das lesões pela coloração de Giemsa para a pesquisa de parasitas. A coleta do material para estudo consiste na escarificação em bordas da lesão no local da ferida na pele do paciente. Essa forma é denominada direta. A clínica e o aspecto da lesão contribuem significativamente para caracterizar a doença (BASANO, CAMARGO, 2004).

O paciente foi submetido ao teste de Montenegro, sendo um exame de forma indireta utilizado no Brasil, constituindo um exame complementar de grande valia diagnóstica. Ao paciente é inoculado uma pequena quantidade de antígeno na derme, aguardando uma reação inflamatória no

local, característica do portador parasitário no tamanho e forma (paciente). O paciente tratado pode apresentar resultado positivo por apresentar memória imunológica permanecida por muitos anos (NEVES, 2011).

Como diagnósticos diferenciais devemos citar as principais formas de patologias cutâneas, sendo: esporotricose, úlceras traumáticas, úlceras de estase, cromomicose e paracoccidiodomicose (LOPES, 2016).

O tratamento é feito com a prescrição de antimoniais pentavalentes, com eficácia comprovada e amplamente utilizados nos serviços hospitalares. O paciente apresentou boa resposta ao tratamento. É importante o acompanhamento clínico durante o tratamento tendo em vista efeitos colaterais da droga em questão como mialgias, náusea, vômito, cefaléia, prolongamento do intervalo QT e inversão da onda T no eletrocardiograma. Nos dias atuais, a droga mais utilizada é o antimonial Glucantime® (antimoniato de N-metilglucamina). (NEVES, 2011).

Os antimoniais atuam no mecanismo de produção de energia das formas amastigotas da leishmaniose, se tratando de glicólise e betaoxidação. A posologia recomendada pelo Ministério da Saúde no tratamento da leishmaniose tegumentar americana em lesões cutâneas é por via intramuscular ou intravenosa, com 15 mg/kg/dia, durante 20 dias. O tratamento no caso em questão foi feito de forma correta e a doença regrediu com melhora significativa das lesões e provas laboratoriais (LOPES, 2016).

O controle dessa doença é baseado em cinco aspectos diferentes: vacinas, medidas educativas, vigilância epidemiológica, medidas administrativas e medidas de atuação na cadeia de transmissão. Em conjunto com tais medidas, é importante capacitar os profissionais da área da saúde. Além disso, para a proteção individual é necessário a instalação de telas e mosquiteiros nas janelas para evitar a entrada dos mosquitos, uso de repelente e roupas apropriadas que escondam o corpo para diminuir o contato do mosquito com a pele, em áreas de risco e aumentar o saneamento básico e a melhoria das condições habitacionais (BASANO, CAMARGO, 2004).

4 CONCLUSÃO

É de extrema importância a associação dos achados clínicos, exemplo a lesão em questão cutânea com a etiologia do problema. Flebotomíneos representam um grupo de insetos responsáveis pela transmissão da patologia, do gênero *Lutzomyia* na América. É evidente uma dificuldade existente na atenção primária para com o infectado, onde várias unidades não estão preparadas para realizar exames e o diagnóstico precoce fica comprometido a avaliações mais criteriosas. A vigilância epidemiológica associada aos métodos educativos com a população se tornam ferramentas de grande valia para controle. Ao relatar sobre lesões cutâneas devemos excluir úlceras, neoplasias, dermatites, tuberculose e hanseníase. Os exames laboratoriais imunológicos acrescentam eficácia para o diagnóstico e elucidam diagnósticos diferenciais, contribuindo assim, para um melhor prognóstico. Ressalta-se a importância de se entender melhor acerca dessa patologia endêmica que é a leishmaniose, pois ela representa em um cenário brasileiro, grande problema de saúde pública.

5 REFERÊNCIAS

BASANO, Sergio de Almeida; CAMARGO, Luís Marcelo Aranha. Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 328-337, set. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2004000300010>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 180 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Acesso em 02 de junho de 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar_americana.pdf>

COSTA, J.M.L. **Epidemiology of the Leishmaniasis in Brazil**: Gaz. méd. Bahia 2005; 75:1(Jan-Jun):3-17. Acesso em 05 de julho de 2017. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/346/335>>

GONTIJO, B et al. **American cutaneous leishmaniasis**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 36(1):71-80, jan-fev, 2003. Acesso em 01 de junho de 2017. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/rsbmt/v36n1/15310.pdf>>

LOPES, Antônio Carlos. **Tratado de clínica médica**, volume 2 / Antônio Carlos Lopes. 3. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

NEVES, David Pereira. **Parasitologia humana**. David Pereira Neves. 12. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

SILVA-NUNES, Mônica da et al. **Características epidemiológicas da leishmaniose tegumentar americana na fronteira amazônica: estudo retrospectivo em Assis Brasil, Acre**. RevPatolTrop Vol. 42 (2): 187-200. abr.-jun. 2013. Acesso em 02 de junho de 2017. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-696198>>

SILVEIRA FT, Lainson R, Brito AC, Oliveira MRF, Paes MG, Souza AAA, Silva BM. **Leishmaniose Tegumentar Americana**. In: Leão RNQ. *Doenças Infecciosas e Parasitárias: Enfoque Amazônico*. Belém: Editora CEJUP; 1997.