

# LEISHMANIOSE MUCO-CUTÂNEA: RELATO DE CASO CLÍNICO

## MUCOCUTANEOUS LEISHMANIASIS: A CASE REPORT

Ana Claudia Amorim GOMES\*  
Emanuel DIAS de Oliveira e Silva\*\*  
Ivo Cavalcante PITA NETO\*\*\*  
Tácio Pinheiro BEZERRA\*\*\*

Recebido em jan/2004  
Aprovado em set/2004

### RESUMO

Leishmaniose mucocutânea é, dentre as variantes da doença tegumentar, uma infecção causada pelo protozoário *Leishmania* (*Viannia*) *braziliensis*, acometendo pele e mucosas com o desenvolvimento de úlceras. Este trabalho tem por objetivo relatar o caso clínico de um paciente, apresentando lesão ulcerada em região de asa do nariz e soalho nasal do lado direito. Em associação havia uma lesão avançada em glândula peniana com infecção secundária. Diante dos achados clínicos, teve-se como diagnóstico provável leishmaniose mucocutânea, o qual foi sugerido pelo exame histopatológico, após biópsia incisional da lesão. Terapêutica medicamentosa específica foi administrada, e o paciente encontra-se com remissão da sintomatologia e em observação.

**Descritores:** Leishmaniose, doença, face.

### ABSTRACT

Mucocutaneous Leishmaniasis is a variant of tegument disease. The infection is caused by the protozoa *Leishmania* (*Viannia*) *brasiliensis* affecting the skin and mucosa with the development of ulcers. The purpose of this study is to report a clinical case of a patient with an ulcer lesion on the right side of the ala and floor of the nose. An associated lesion was observed at the glans penis with secondary infection. On the basis of the clinical examination, the diagnostic hypothesis suggested was mucocutaneous leishmaniasis. A local biopsy with histopathologic findings was compatible with the diagnosis suggested. Specific medication therapy was administered and the patient is currently symptom-free and under observation during the follow-up period.

**Descriptors:** Leishmaniasis, disease, face.

### INTRODUÇÃO

A leishmaniose é uma doença infecto-parasitária que acomete o homem, causada por várias espécies de *Leishmania*. (GONTIJO, CARVALHO, 2003; AMIM, MANISALI, 2000). É uma infecção intracelular causada mais freqüentemente pela *L. (Viannia) braziliensis*, ou mais raramente, pelo *L. panamensis*

ou *L. guianensis*. A transmissão é realizada por um vetor classificado como flebótomo, de gênero *Lutzomyia*. (COSTA et al. 2003).

Ocorre de forma predominante na África, Ásia, América do Sul, Oriente Médio e região mediterrânea (AMIM, MANISALI, 2000; ANTONOVICH et al. 2004).

\* Especialista, Mestra e Doutoranda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial FOP/UPE, Profª. de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - FOP/UPE e Supervisora da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

\*\* Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Coordenador da Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial - FOP/UPE e da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

\*\*\* Residentes em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz.

Segundo a OMS, a leishmaniose ocorre em 88 países. De casos já registrados, 90 % ocorrem em apenas 6 países; Irã, Arábia Saudita, Síria, Afeganistão, Brasil e Peru. (GONTIJO, CARVALHO, 2003; JONES et al. 2004). A incidência no Brasil tem aumentado nos últimos 20 anos. Surtos epidêmicos têm ocorrido nas regiões Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e mais recentemente na Amazônia. O Ministério da Saúde registrou 35.000 novos casos até 1999. (GONTIJO, CARVALHO, 2003). A leishmaniose tegumentar americana, forma mais comum, é uma zoonose amplamente distribuída no território brasileiro. No ano de 2000, foram notificados, na região sudeste, 3.059 casos em humanos. (MADEIRA et al. 2003). De 1985 a 2000, foram registrados 30.251 casos na Amazônia, sendo 17374 (57,4%) procedentes do município de Manaus. Há a incidência de 1000 casos novos em cada ano. (GUERRA et al. 2003).

O ciclo da infecção envolve dois estágios: a fase amastigota ocorre na forma de parasitas presentes em hospedeiros, como humanos, cães e roedores. Os parasitas invadem macrófagos e outras células reticuloendoteliais, multiplicam-se e causam ruptura na membrana celular, liberando-se na corrente sanguínea. Quando o inseto fêmea (flebotomo) se alimenta do sangue de animais infectados, os parasitas em seu organismo se desenvolvem e passam à fase pró-mastigota. O ciclo é completado quando o inseto inocula outro hospedeiro, desenvolvendo a doença. (AMIM, MANISALI, 2000).

Essa doença pode acometer pele, vísceras ou áreas muco-cutâneas, variando de acordo com áreas geográficas, diferentes espécies de *Leishmania* e resposta do hospedeiro. (AMIM, MANISALI, 2000).

Existem 3 entidades clínicas causadas pela leishmaniose tegumentar, como a variante cutânea, cutânea difusa e muco-cutânea. (AMIM, MANISALI, 2000; ANTONOVICH et al. 2004). A leishmaniose

cutânea é definida por lesões exclusivamente na pele, no ponto de inoculação de parasitas pró-mastigotas. (GONTIJO, CARVALHO, 2003).

O período de incubação é de 10 dias a 3 meses. (GONTIJO, CARVALHO, 2003).

As lesões se manifestam como pápula eritematosa que progride a nódulo. Pode haver à presença de adenopatia com ou sem associação a linfagite. Podem ocorrer possíveis formas impetigóide, liquenóide, tuberculosa ou lupóide, nodular, vegetante ou ectimatóide. (GONTIJO, CARVALHO, 2003). Também pode desenvolver crostas (AMIM, MANISALI, 2000). A ocorrência de linfadenopatia regional geralmente precede o surgimento das ulcerações por 1 a 12 semanas. Na maioria dos casos, a infecção progride, e, após um período de latência clínica de vários meses, surgem lesões cutâneas e /ou mucosas conseqüente à disseminação hematogênica e /ou linfática (GONTIJO, CARVALHO, 2003).

A leishmaniose muco-cutânea é uma variação clínica, mais prevalente na América do Sul, caracterizada por nódulos sintomáticos mais freqüentes em membros inferiores, com posterior ulceração. Ocorre freqüentemente linfagite. Estima-se que 40% dos pacientes desenvolvam lesões secundárias no complexo naso-faríngeo, com evidente obstrução nasal, perfuração de septo e destruição da cartilagem nasal (AMIM, MANISALI, 2000; COSTA et al. 2003; VERONESI, FOCACCIA, 1997).

As manifestações das doenças mucosas incluem acometimento de pilares e úvula com aumento de volume, hiperemia, rugosidades e úlceras superficiais (VERONESI, FOCACCIA, 1997).

A leishmaniose visceral é clinicamente identificada com sinais e sintomas, como febre, tosse, diarreia e esplenomegalia, responsável pela pancitopenia. Pode haver quadro de óbito num período de 2 a 3 anos. (AMIM, MANISALI, 2000). Este tipo de leishmaniose concentra-se no Brasil, mais na Região Nordeste, onde se verificam mais de 90% dos casos

(SILVEIRA et al. 2003).

Cães domésticos desenvolvem a infecção com clínica semelhante à do homem; ciclo se mantém em domicílio e peridomicílio, associado ao ambiente alterado, fortalecendo adaptado de espécies vetores, mais frequentes de gênero *Lutzomia* (MADEIRA et al. 2003).

O período de incubação varia de 2 semanas a vários meses (GONTIJO, CARVALHO, 2003).

De forma sucinta, o diagnóstico é clínico e coadjuvado com outros exames, como o teste de intradesmorreação de Montenegro e a biópsia da lesão em que se procede ao esfregaço direto, podendo-se fazer cultura em hamster ou exame histopatológico propriamente dito, com visualização do protozoário intracelular (AMIM, MANISALI, 2000; VERA et al. 2001; SAMPAIO et al. 2002; PRATA et al. 2003).

O objetivo deste trabalho foi o de relatar um caso clínico de leishmaniose muco-cutânea com ulceração nasal, em que havia uma lesão associada em glândula peniana, discutindo, assim, métodos de diagnósticos e terapêuticos empregados.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, leucoderma natural de Água Preta – PE, compareceu ao serviço de Infectologia, no setor da DIP (Doenças Infecto-Parasitárias) e Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, com queixa de “ferida no nariz e no pênis que não cicatrizava”. Na avaliação da história atual da doença, verificou-se que o paciente portava uma lesão ulcerada em asa direita nasal com comprometimento da mucosa do assoalho nasal, causando obstrução nasal e lesão avançada em glândula peniana com presença de infecção secundária caracterizada por uma miíase, a qual havia se instalado antes da lesão nasal. O paciente relatou um tempo de evolução de 8 meses da lesão nasal, e, há mais tempo, a lesão do

pênis. Apresentava sintomatologia dolorosa na região nasal e peniana, associada também a algúria.

É relatado ainda que foi atendido no posto de saúde de sua cidade, onde foram administradas Penicilinas e Tetraciclina, sem resolução. Uso também de Glucantime, nome comercial do antimonial pentavalente, embora que não tenha completado a terapia.

Ao exame físico, o paciente apresentava-se com Estado Geral Regular (EGR), consciente, orientado, eufórico, afebril, hidratado, acianótico e deambulando. Na revisão dos sistemas, não foram encontradas alterações cardio-pulmonares. No exame abdominal não foram observadas vísceras palpáveis, sem evidência de visceromegalias, ou dores às palpações, afastando a hipótese de associação com a forma visceral da leishmaniose, em que o aspecto da lesão fornecia a hipótese diagnóstica.

Durante o exame loco-regional da face, observou-se lesão ulcerada, com bordas elevadas e eritematosas, na região de asa do nariz com assoalho nasal do lado direito, com presença de conteúdo granulomatoso e purulento e a presença de crostas, além do comprometimento da cartilagem alar, sem alterações no septo. Havia aumento e eritema dos tecidos moles circunvizinhos, como dorso nasal, asa do nariz, região naso-geniana e lábio superior do lado direito, com características de celulite (figura 1).



**Figura 01: Aspecto clínico da lesão facial.**

Na inspeção intrabucal, não se evidenciaram

alterações semiológicas. No exame peniano, segundo avaliação conjunta com infectologista e urologista, havia lesão avançada em região de glândula, com ulcerações, aumento de volume com aspecto desfigurante, supuração e presença de larvas (Figura 2).



**Figura 02: Aspecto clínico da lesão peniana.**

Em exame tomográfico computadorizado (o qual não consiste um protocolo habitual para este tipo de lesão, embora o paciente já havia realizado atendimentos anteriores), em cortes axiais e coronais com janela para tecido mole, não foi observado aspecto infiltrativo, mantendo a preservação do tecido ósseo subjacente, assim como fossas nasais e seio maxilar. Diante dos achados clínicos, sugeriu-se Leishmaniose muco-cutânea, com sítio de inoculação em pênis e manifestação muco-cutânea em região nasal. Foi iniciada administração medicamentosa de anfotericina B na dosagem de 1mg/Kg/dia, com dose diária de 50 mg por via endovenosa. Simultaneamente foi realizada uma biópsia incisional da lesão nasal para avaliação histopatológica (figura 3 e 4).



**Figura 03: Aspecto transoperatório da biópsia incisional em mucosa nasal.**



**Figura 04: Fragmento patológico biopsiado.**

Com 7 dias de pós-operatório e medicação, pode-se observar diminuição do aumento de volume facial, diminuição do eritema e melhora na condição ulcerante (Figura 5).



**Figura 05: Quadro clínico após sete dias de medicação e pós-operatório.**

O laudo histopatológico não foi conclusivo, apenas sugestivo da leishmaniose, sem observação dos parasitas diretamente. Não foram realizados mais exames complementares devido à satisfatória resposta terapêutica da medicação administrada, sendo isso importante na confirmação do diagnóstico. No decorrer do 30º dia, o paciente já apresentava cicatrização completa da lesão nasal (Figura 6), e simultaneamente da lesão peniana (Figura 7), sempre acompanhada pela infectologia e urologia, confirmada a hipótese de serem lesões causadas pela leishmaniose, devido ao aspecto mutilante e cicatrização desfigurante que a doença provoca.



**Figura 06: Quadro clínico após trinta dias de medicação.**



**Figura 07: Aspecto cicatricial peniano, em remissão semelhante à lesão nasal.**

## DISCUSSÃO

O diagnóstico da leishmaniose cutânea pode ser dificultado, especialmente se ocorrer de maneira crônica ou o paciente não proceder de regiões

endêmicas (ANTONOVICH et al. 2004).

Geralmente ocorre em pacientes residentes em áreas endêmicas (GONTIJO, CARVALHO, 2003).

O diagnóstico pode ser dificultado, principalmente se o paciente não reside em áreas endêmicas e também pela vasta possibilidade de diagnósticos diferenciais (VERONESI, FOCACCIA, 1997). No caso apresentado, o paciente procedia e residia em uma região endêmica no interior do Estado de Pernambuco, fornecendo-nos aspecto importante que guiou a hipótese diagnóstica para a leishmaniose.

O diagnóstico diferencial das úlceras cutâneas pode revelar úlceras traumáticas, úlceras de estase, úlcera tropical de membros inferiores por anemia falciforme, piodermites, paracoccidiodomicose, neoplasias, sífilis e tuberculose cutânea. Já o diagnóstico diferencial das manifestações mucosas pode revelar paracoccidiodomicose, hanseníase virchowiana, rinoscleroma, boubá, sífilis terciária, granuloma médio facial e neoplasias. (GONTIJO, CARVALHO, 2003; COSTA et al. 2003).

O exame de PCR (Reação de Polimerase em Cadeia) permite amplificar em escala exponencial seqüência de DNA, identificando, assim mesmo, pequenas quantidades de DNA de leishmaniose, com especificidade de 95% e sensibilidade de 98% para diagnóstico da doença. (GONTIJO, CARVALHO, 2003).

É importante que o Cirurgião Bucomaxilofacial seja capaz de reconhecer as lesões cutâneas causadas pela leishmaniose e estar ciente do tratamento apropriado. (AMIM, MANISALI, 2000).

Sua importância reside não só na sua alta incidência, mas também na possibilidade de assumir formas que podem determinar lesões destrutivas desfigurantes e também incapacitante, com importante repercussão psico-social. (GONTIJO, CARVALHO, 2003). As lesões que são curadas lentamente, após meses ou anos, algumas vezes, levam a cicatrizes desfigurantes (AMIM, MANISALI, 2000). Os antimoniais pentavalentes continuam

sendo a droga de escolha no tratamento. A anfotericina B encontra indicação nos casos mais graves ou nos indivíduos que não respondem ao tratamento com antimoniais. (GONTIJO, CARVALHO, 2003). Como foi relatado, a escolha da anfotericina B baseou-se numa história de uso de antimonial pentavalente sem sucesso (Glucantime) e nos aspectos clínicos bastante sugestivos da leishmaniose.

A anfotericina B é altamente eficaz, no entanto apresenta alta toxicidade. A forma lipossomal age especificamente sobre células-alvo (macrófagos), sendo incorporada ao meio intracelular e assim reduzindo efeitos colaterais, inclusive em pacientes sem resposta terapêutica aos antimoniais pentavalentes. Uso limitado pelo alto custo e administração endovenosa. (DE PAULA et al. 2003).

O tratamento local de pequenas lesões pode não ser necessário. Lesões maiores podem ser tratadas com excisão cirúrgica, curetagem ou crioterapia (AMIM, MANISALI, 2000; COSTA et al. 2003). No caso apresentado, não foi realizada nenhuma terapia local devida à rapidez e alta efetividade da terapêutica medicamentosa administrada.

## CONCLUSÃO

Concluimos a importância da atuação multidisciplinar para a conclusão de diagnóstico e planejamento da terapêutica empregada. É de fundamental importância também o diagnóstico dessas lesões para se evitar em cicatrizações desfigurantes e/ ou mutilantes e a distinção desta lesão dentre um variado número de diagnósticos diferenciais.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - VERONESI R., FOCACCIA R. Tratado de Infectologia. v.2 Atheneu, São Paulo, 1997.
- 2 - ANTONOVICH D.D. et al., Cutaneous Leishmaniasis: A diagnostic challenge. J Am Acad Dermatol. P

103, march 2004.

- 3 - AMIM & MANISALE. Cutaneous leishmaniasis affecting the face: Report of a case. J Oral Maxillofac Surg. 58: 1066-1069. 2000.
- 4 - JONES J. M., Cutaneous leishmaniasis in children – a case series. J Am Acad Dermatol. P 45, march 2004.
- 5 - COSTA JR. J. W., Mucocutaneous leishmaniasis in a US Citizen. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod; 96:573-7.2003
- 6 - ZOLER M. L. New Treatments Improve Cutaneous Leishmaniasis Healing. Skin & Allergy News. v. 35. n.2. 2004. SAMPAIO R. N. R., et al., Leishmaniose tegumentar americana associada à AIDS: relato de quatro casos. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 35(6): 651-654, nov-dez, 2002.
- 7 - VERA L. A., et al., Avaliação da influência da Infecção bacteriana secundária na evolução da leishmaniose cutânea em Corte de Pedra Branca, Bahia. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 34(3): 233-237. Mai-jun, 2001
- 8 - GUERRA J. A. O., et al., Aspectos clínicos e diagnósticos da leishmaniose tegumentar americana em militares expostos à infecção na Amazônia. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 36(5): 587-590, set-out, 2003.
- 9 - GONTIJO B., CARVALHO M. L. R. Leishmaniose Tegumentar Americana. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 36(1) 71-80. jan-fev. 2003.