

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA : RELATO DE CASO

American Tegumentar Leishmaniosis : a case report

Everton Luís Santos da Rosa*
Moema P. Veloso**
João Batista Cintra***

Recebido em 10/2004
Aprovado em 01/2005

RESUMO

Apresenta-se um caso clínico de Leishmaniose Tegumentar Americana. São discutidos os aspectos clínicos, epidemiológicos, diagnósticos e terapêuticos da leishmaniose tegumentar americana.

Descritores: Leishmaniose cutânea; Diagnóstico; terapêutico.

ABSTRACT

The clinical, epidemiological features, diagnosis and treatment of American tegumentar leishmaniosis are discussed and a case report is presented.

Descriptors: cutaneous leishmaniasis; diagnosis; therapeutics.

LEISHMANIOSE

A leishmaniose tegumentar americana é uma doença de evolução crônica, que acomete pele e mucosas. É causada por protozoários do gênero *Leishmania brasiliensis*, sendo transmitida por insetos (mosquitos) hematófagos conhecidos genericamente como flebotomos (ROUQUAYROL, 1988; TOMMASI, 1989; VERONESI; FOCACCIA; DIETZE, 1990; ROUQUAYROL, 1988).

As leishmanioses patogênicas para o homem pertencem a vários complexos e produzem uma variedade de doenças conhecidas sob designações diversas, como: úlcera de Bauru, Botão da Bahia, no Brasil; Uta no Peru; ucera de los chicleros no México e leishmaniose cutânea difusa. No velho mundo, é conhecido como botão do Oriente. Esta zoonose é própria dos roedores silvestres sendo acidentalmente transmitida ao homem (NEVES, 1983; TOMMASI, 1989).

As primeiras suspeitas sobre a ocorrência da doença

nas Américas foram levantadas em 1885, época em que se registravam, em pacientes no Brasil, úlceras da pele que lembravam a leishmaniose tegumentar do velho mundo. Em 1909, Lindenberg encontrou leishmanias em úlceras cutâneas de pacientes no Estado de São Paulo, enquanto Splendore, em 1911, diagnosticou a forma mucosa da doença (VERONESI; FOCACCIA; DIETZE, 1990).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

As lesões leishmanióticas acometem, de preferência, as partes descobertas do corpo, local das picadas de insetos, apresentando-se, clinicamente como pápulas eritematosas, que evoluem para vesículas e pústulas, subseqüentemente, tornando-se, em seguida crostosas. Após a queda da crosta, surge uma úlcera de bordos altos e infiltrados com fundo de granulações salientes e avermelhados. O seu período de incubação varia de semanas a meses

* Cirurgião Bucomaxilofacial do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

** Médica Patologista do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, Df, Brasil.

*** Especialista em CTBMF do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, Brasil.

(ROUQUAYROL, 1988; WECKX; FILLIZOLLA, 1989).

As lesões mucosas são geralmente secundárias às da pele. Aparecem, geralmente, no nariz. Iniciam como hiperemia do septo nasal, ulcerando posteriormente, levando à sua necrose do mesmo e à deformidade facial.

As lesões da mucosa bucal ocorrem por propagação das lesões da rinofaringe. Acometem mais a região posterior da cavidade bucal, principalmente o palato mole, palato duro, úvula e orofaringe, podendo chegar à faringe. São menos freqüentes as lesões de língua, assoalho de boca, gengiva e lábios (WECKX; FILLIZOLLA, 1989).

As lesões intrabucais aparecem como úlceras pouco dolorosas de bordos delimitados e fundo grosseiramente granuloso, podendo ter aspecto vegetante. Em determinados casos, as lesões da mucosa bucal podem confundir-se com as da paracoccidioidomicose, porém o granulado que aparece nas ulcerações é bem maior e não aparecem os pontos hemorrágicos típicos da estomatite moriforme da micose (TOMMASI, 1989; WECKX; FILLIZOLLA, 1989).

EPIDEMIOLOGIA

A protozoose já foi diagnosticada em todo o território nacional, especialmente em São Paulo, Paraná, Minas Gerais e Pernambuco. Ultimamente em virtude da migração para o oeste, a cada dia novos surtos eclodem na região Centro-Oeste. Tem sido assinalada mais recentemente a ocorrência de surtos epidêmicos no estado do Rio de Janeiro.

A doença atinge o homem em qualquer idade, desde a 1ª infância à senilidade. Ambos os sexos são acometidos, havendo ligeira prevalência do sexo masculino, em virtude da maior exposição ao contágio a que estão sujeitos. Há relatos de casos acometendo crianças (NEVES, 1983; ROUQUAYROL, 1988).

ETIOLOGIA

Os agentes da leishmaniose tegumentar americana completam o seu ciclo biológico envolvendo obrigatoriamente mamíferos considerados hospedeiro definitivos. Cita-se contágio após inoculação e inalação.

Os insetos hematófagos da subfamília phlebotominae são os hospedeiros intermediários. O homem é considerado hospedeiro acidental, sem importância da perturbação do ciclo, a não ser nos casos de transmissão inter-humana através do inseto, nas épocas de surtos epidêmicos.

São considerados reservatórios naturais: roedores silvestres, preguiças, marsupiais e canídeos, incluindo cães domésticos (BENENSON; 1983; LONARDONI et al, 1993; ROUQUAYROL, 1988; TOMMASI, 1989).

DIAGNÓSTICO

É feito através de confirmação laboratorial. Citam-se como métodos diagnósticos: (NEVES, 1983; TOMMASI, 1989; WECKX; FILLIZOLLA, 1989).

- 1- Biópsia.
- 2- Intradermoreação de Montenegro.
- 3- Exame por raspagem das lesões.
- 4- Cultura em meio NNN – realizado através de aspiração de lesões profundas.
- 5- Imunoflorescência – apresenta grande sensibilidade. É usada no controle de cura.
- 6- ELISA.

1- Biópsia: nota-se proliferação histiocitária com infiltrado linfoplasmocitário e glanulomas tuberculóides, com os macrófagos contendo corpúsculos de Donovan (WECKX; FILLIZOLLA, 1989).

2- Intradermoreação de Montenegro: é o exame de maior utilidade. Injeção intradérmica de antígeno. Avalia-se o resultado após 48 a 72 horas. Nos casos positivos surgem pápulas com

extensão de aproximadamente 5,0 mm que podem persistir por várias semanas. Seu índice de positividade varia de 85% a 97% (VERONESI; FOCACCIA; DIETZE, 1990).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Citam-se carcinoma basocelular, hanseníase tuberculóide, cronicose e, em certos locais, a paracoccidiomicose (VERONESI; FOCACCIA; DIETZE, 1990; TOMMASI, 1989).

TRATAMENTO

A primeira medicação utilizada para o tratamento foi tratamento duplo de sódio e antimônio em 1912. Aos poucos, os antimoniais tri-valentes foram sendo substituídos pelos pentavalentes, considerados atualmente a medicação de escolha (pentostan e glucantime). No Brasil, utiliza-se o antimoniato de n-metil glucamina-glucantime e a anfotericina B. Pode-se complementar o tratamento com a imunoterapia e atualmente a termoterapia, que é uma alternativa nos casos em que o uso das drogas é contra-indicado (KOAKE et al., 1993; LUGO et al., 1989; TOMMASI, 1989; VERONESI; FOCACCIA; DIETZE, 1990).

MÉTODOS DE CONTROLE

- Eliminar reservatório canino doméstico.
- Tratamento dos pacientes infectados.
- Interromper o ciclo biológico do parasita através da eliminação de seu hospedeiro intermediário (mosquito) (BENENSON, 1983; ROUQUAYROL, 1988).

RELATO DE CASO

- Nome: D. L. O.
- Idade: 73 anos.
- Sexo: masculino.
- Cor: melanoderma.
- Procedência: Poté – MG.
- Profissão: trabalhador rural.

- QP: ardência no nariz e hipersecreção nasal.
- HDA: relata evolução de aproximadamente 60 dias. No momento do exame, relatou lesão assintomática.
- HBD: paciente edêntulo. Relata que 28 anos antes foi picado por um inseto e dias após notou a saída de larvas do nariz. Algum tempo depois, notou o selamento nasal – Fig. 01.



Fig. 01 - Aspecto Clínico

- Impressão: paciente em médio estado geral, lúcido e orientado, hidratado e eupnéico, febril normotenso, hipocorado ++/4+, com perfusão capilar periférica normal. Ausência de linfadenopatia cervical associada.
- Exame loco-regional: ulcerações bucais de aspecto moriforme localizado em região de processo alveolar, mucosa palatina, estendendo-se até o lábio superior – Fig. 02.



Fig. 02 - Características Estomatológicas

- Diagnóstico: biópsia da mucosa bucal e intradermoreação de Montenegro – Fig. 03.



Fig. 03 - Intradermoreação de Montenegro

- Terapêutica: à base de glucantime na dosagem de 5,0 mg diários, em dias alternados até comprovação de cura em exame laboratorial – Fig. 05.



Fig. 04 - Aspecto histopatológico

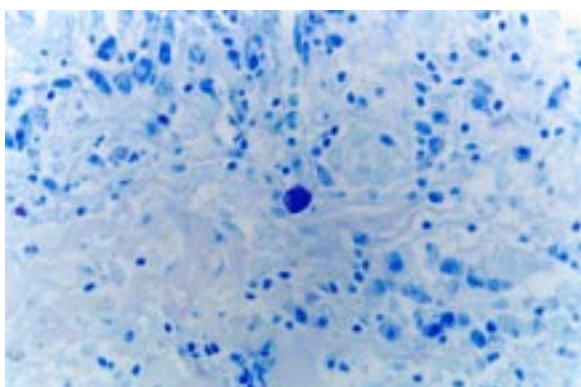


Fig. 05 - Aspecto clínico após 45 dias de quimioterapia.

CONCLUSÃO

A leishmaniose tegumentar americana é causada por protozoários do gênero *Leishmania* *brasiliensis*, sendo transmitida por insetos hematófagos conhecidos por flebótomos. Esta zoonose é própria de roedores silvestres, que acidentalmente é transmitida ao homem. No homem, acomete inicialmente a pele e mucosas.

As formas de tratamento incluem o antimoniato de n-metil glucamina-glucantime, a anfotericina B, imunoterapia e termoterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENENSON, A.S. **Controle das doenças transmissíveis no homem**. 13. ed. Genebra: OMS, 1983.

KOAKE, L.F.F et al. Morte após uso de antimônio pentavalente em leishmaniose tegumentar americana. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 378-379, 1993.

LONARDONI, M.V.C. et al. Nota sobre leishmaniose canina no noroeste do estado do Paraná. **Revista de saúde pública Sul do Brasil**, v. 27, n. 5, p. 378-379, 1993.

LUGO, A.J.R.; et al. Uso de la termoterapia em leishmaniasis. **Medicina Privada**, Caracas, v. 5, n. 2, p. 33-35, 1989.

NEVES, J. **Diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 1983.

NORONHA, C.V.; et al. Leishmaniose tegumentar e trabalho agrícola na região cacauieira da Bahia. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 10, n. ¼, p. 30 a 45, jan./dez. 1989.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R.; DIETZE, R. **Doenças infecciosas e parasitárias**. 8. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 1990.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1988.

TOMMASI, A.F. **Diagnóstico em patologia bucal**, 2. ed. São Paulo: Pancast, 1989.

WECKX, L.L.M.; FILLIZOLLA, V.V.D. Manifestações orais das doenças específicas. **Acta-Awho**, São Paulo, v. 8, n. 3, set./dez., p. 88-90, 1989.

