

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

BARCAROL, Leandro Nicola¹; MALHEIROS, Mayara¹; RODRIGUES, Maxuil¹; COSER, Janaina².

Palavras-Chave: Leishmaniose. Epidemiologia. Diagnóstico. Tratamento.

Introdução

Por definição, Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa, mas não contagiosa causada pelo protozoário do gênero *Leishmania*. Sua transmissão é vetorial, com ciclo heteroxênico, acometendo a pele e as mucosas; sendo caracterizada como doença primariamente zoonótica, na qual o homem pode ser envolvido secundariamente e de modo acidental (FUNASA, 2001). Segundo a OMS, a LTA é uma das doenças de maior importância mundial, devido à ampla distribuição geográfica e pelo número de pessoas infectadas anualmente. No Brasil, a incidência desta doença fica somente atrás da malária, no grupo das protozoonoses transmitidas por vetores. No continente americano estende-se desde o sul dos Estados Unidos até o norte da Argentina (MAGALHÃES, 2001).

Relatos de padres missionários e pesquisadores viajantes por volta do século XIX na região amazônica observam indivíduos com feridas ulcerosas nos braços e nas pernas, relacionadas a picadas de insetos e, como consequência, lesões destrutivas na boca e no nariz. No início desse século a região amazônica já era endêmica para esta doença a qual se difundiu para outras regiões brasileiras como Sul e Sudeste, devido aos fluxos migratórios, principalmente aqueles gerados pelo ciclo da borracha. Acredita-se que a doença surgiu na região amazônica e se espalhou pelos países andinos. O foco constatado no Rio de Janeiro ocorreu em 1922, quando mais áreas da cidade foram urbanizadas, posteriormente, com a recuperação da área verde, parece ter havido diminuição dos casos (VALE; FURTADO, 2005).

Dados recolhidos entre 1985 e 1999 mostram ocorrência de 388.155 casos da doença no país, sendo que no último ano da amostra foram verificados os maiores coeficientes nas regiões Norte (92/ 100.000) e Centro-Oeste (50/ 100.000), especialmente nos estados de Mato Grosso, Amapá, Acre, Pará, Amazonas, Tocantins e Roraima, além de Maranhão, na Região Nordeste (BASANO; CAMARGO, 2004).

¹ Acadêmicos do curso de Farmácia – Universidade de Cruz Alta. leandronicolabarcarol@gmail.com

² Biomédica, Docente do Centro de Ciências da Saúde - Universidade de Cruz Alta. janacoser@yahoo.com.br.

Ainda nesse período evidenciava-se um aumento de 10,45 casos por 100.000 habitantes para 18,63 casos por 100.000 habitantes. Diante da magnitude desta doença no Brasil, este trabalho teve como objetivo, realizar uma revisão de literatura dos principais aspectos relacionados ao perfil epidemiológico e clínico da LTA.

Metodologia

Este trabalho resultou de uma revisão bibliográfica, essencialmente de periódicos científicos pesquisados nas seguintes bases de dados: LILACS-BIREME (Base de dados da literatura Latino Americana, em Ciência e Saúde), MEDLINE/Index Medicus (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e PUBMED. A pesquisa usou muitos termos: 1) *Leishmania*; 2) *agente etiológico*; 3) *vetor*; 4) *diagnóstico*; 5) *histórico*; 6) *incidência*. Foram utilizados trabalhos publicados entre os anos 1989 e 2009, além de uma tabela atualizada em 2010 com números de casos entre 1990 e 2009.

Resultados e discussão

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa causada pelo protozoário do gênero *Leishmania*, cuja transmissão é vetorial. As principais espécies do protozoário transmitidas no Brasil são a *Leishmania braziliensis*, *Leishmania amazonensis* e *Leishmania guaynensis*. Após a picada do flebótomo em áreas expostas do corpo, há um período de incubação que pode variar de 18 dias a 4 meses. As principais espécies de flebótomos encontradas no Brasil são *Lutzomyia whitmani* e *Lutzomyia wellcomei*. Depois deste período, o paciente percebe pequena lesão, geralmente papulosa e bem delimitada, a qual evolui para uma úlcera. Geralmente a Leishmaniose cutânea é indolor e raramente são encontradas mais de dez lesões, e, ocasionalmente, pode ser observado um exsudato amarelado, resultante de uma infecção bacteriana associada (GONTIJO; CARVALHO, 2003).

Em alguns pacientes a doença pode evoluir para leishmaniose mucosa devido às metástases hematogênicas, acometendo principalmente as mucosas de vias aéreas superiores (CIMERMAN; CIMERMAN, 1999). Na maioria desses pacientes ocorre obstrução nasal, formação e eliminação de crostas na mucosa nasal. O quadro evolui para destruição das fossas nasais e tecidos vizinhos, como dos lábios, do palato, da língua, da faringe e da laringe, afetando a fala e a deglutição do indivíduo. Nestes casos, os relatos de curas espontâneas são raros e, mesmo quando tais lesões são tratadas, podem deixar seqüelas como retração da pirâmide nasal, perfuração do septo e destruição da úvula. (NETO, et al., 2008).

O diagnóstico é realizado através da análise do esfregaço do material das lesões, para diferenciar de lesões causadas por outras doenças como sífilis, úlcera tropical, piodermites, neoplasias cutâneas e outras enfermidades que podem gerar lesões muito semelhantes as que provêm da LTA (FUNASA, 2001). A histopatologia permite a observação das formas amastigotas de *Leishmania* e a visualização de outros parasitos, como fungos e bactérias, além de garantir o diagnóstico diferencial com outras doenças tumorais e inflamatórias. O quadro histopatológico da LTA é o infiltrado inflamatório mononuclear misto com formação de granulomas tuberculóides (CIMERMAN; CIMERMAN, 1999).

A Intradermorreação de Montenegro faz parte do diagnóstico imunológico, sendo uma técnica muito utilizada, uma vez que a LTA se caracteriza pelo surgimento de resposta celular imunológica durante a doença e após a cura da infecção, sendo detectada a presença de hipersensibilidade tardia (GONTIJO; CARVALHO, 2003). É realizada utilizando-se antígeno padronizado de *Leishmania* contendo 240µg de nitrogênio total ou 40µg de nitrogênio por mililitro. O grau de resposta é medido 48 ou 78 horas após a injeção intradérmica, uma endureção de 5 mm ou mais em seu maior diâmetro é considerada positiva (CIMERMAN; CIMERMAN, 1999). Dentre os métodos sorológicos, pode ser utilizada, a reação de imunofluorescência indireta (RIFI) (GONTIJO; CARVALHO, 2003).

O medicamento utilizado no Brasil e em outros países de língua não inglesa é o antimonial pentavalente N-metil-glucamina (NMG). Foi recomendado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) tratar pacientes de LC (leishmaniose cutânea) com doses de 20mg Sb⁵⁺ dia (FUNASA, 2001). Entretanto, a droga possui elevada toxicidade, de modo que requer administração parenteral, além disso, em muitos casos, não é efetiva no tratamento (NETO, et al., 2008). Outras drogas podem ser utilizadas, como a anfotericina B clássica, apesar de sua toxicidade e necessidade de ambiente hospitalar para sua administração e a pentamidina que é nefro-cardio-hepato-pancreatotóxica. As principais reações adversas são dor, hipotensão, síncope, náuseas, vômitos, desconforto abdominal, tontura, adinamia, mialgias, cefaléia, hipoglicemia e hiperglicemia (CIMERMAN; CIMERMAN, 1999).

Os efeitos clínicos da LTA com certeza são os maiores obstáculos que as unidades de saúde do país encontram. Entretanto, o que torna mais grave a doença é o despreparo da saúde pública em algumas regiões do Brasil, retardando o diagnóstico precoce e, em maior expectativa talvez, uma erradicação dos casos da enfermidade. Soma-se a isso a inaptidão e a incapacidade técnica dos profissionais da saúde em realizar o esfregaço da lesão, além disso, os métodos alternativos de

diagnósticos, como as técnicas sorológicas e histopatológicas, que poderiam ser mais rápidos, estão ainda em fase experimental ou ainda não são empregados no âmbito da saúde pública.

Desta forma, para reduzir a incidência desta doença, é necessário conhecer a sua epidemiologia, melhorar as metodologias de diagnóstico precoce e de tratamento, bem como estabelecer estratégias de profilaxia eficazes e viáveis para serem implantadas em nível de saúde pública.

Referencias bibliográficas

FUNASA Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 5ª ed. Brasília: Funasa; 2001.

MAGALHÃES, R. S. A Leishmaniose Tegumentar: estudo do 1º foco ocorrido na cidade do Rio de Janeiro. Tese de mestrado. Rio de Janeiro. Fundação Instituto Oswaldo Cruz, 2001. 69p.

MALAFIA, G. Captação de ferro pelos parasitos do gênero *Leishmania*. Rev. Biociências Unita, São Paulo, vol. 14, nº 1, 2008.

VALE, E. C. V., FURTADO, T., Leishmaniose tegumentar no Brasil: revisão histórica da origem, expansão e etiologia. Anais Brasileiros de Dermatologia, 80(4): 421-8, 2005.

BASANO, S. A., CAMARGO, L. M. A. *Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle*. Rev. bras. epidemiol. vol.7 nº. 3 São Paulo Sept 2004.

CIMERMAN, B., CIMERMAN, S. *Parasitologia humana e seus fundamentos gerais*. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

GONTIJO, B, CARVALHO M. L. R. Leishmaniose tegumentar americana. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 36:71-80, 2003.

NETO, F. X. et al. Otorhinolaryngologic Manifestations Relating American Tegumentary Leishmaniasis: Literature Review. Intl. Arch. Otorhinolaryngol., São Paulo, v.12, n.4, p. 531-537, 2008.

PRATA, A., et al. Eficácia da azitromicina no tratamento da leishmaniose cutânea. Rev Soc Bras Med Trop.; 36:65-9, 2003.