

## Leishmaniose visceral

Também conhecida por calazar ou kala-azar, é uma doença infecciosa sistêmica causada por um protozoário do gênero *Leishmania*, sendo nas Américas, a espécie *Leishmania chagasi* a responsável pela enfermidade. A transmissão ocorre por um inseto vetor flebotomíneo denominado *Lutzomyia longipalpis*, popularmente conhecido como “mosquito palha”, “cangalhinha” e “birigui”.



Figura 1: Vetor da Leishmaniose visceral *Lutzomyia longipalpis*.

(Imagem disponível em < <http://www.memorias.ioc.fiocruz.br> >)

Devido ao fato de o inseto utilizar matéria orgânica em decomposição para postura dos ovos, quintais com canis, galinheiros e muitas árvores são os locais ideais para criadouro do flebotomíneo vetor. Os reservatórios podem ser raposa, gambá, rato doméstico e cachorro, sendo este o principal elo na cadeia de transmissão.

No Brasil há 90% dos casos de calazar das Américas. É tida como uma das cinco endemias prioritárias para as ações da Organização Mundial de Saúde. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no período de 1994 a 2013, foram confirmados 1.529 casos da doença, sendo que a incidência de casos diminuiu gradativamente em todas as regionais. Em 2013 foram diagnosticados 42 novos casos de Leishmaniose Visceral em Belo Horizonte.

### • Ciclo biológico:

Ao fazer repasto sanguíneo em hospedeiro infectado, as fêmeas dos flebotomíneos ingerem sangue com macrófagos e monócitos parasitados. No intestino médio do inseto, as formas amastigotas são liberadas e após divisão se transformam nas formas promastigotas, infectantes para o homem. A transmissão ocorre quando as fêmeas infectadas se alimentam em invertebrados susceptíveis. A saliva do *Lutzomyia* é inoculada com as formas promastigotas do parasito, que caem na circulação e

migram para os órgãos do sistema retículo endotelial, como fígado, baço, medula óssea e linfonodos, sendo fagocitados pelos macrófagos.

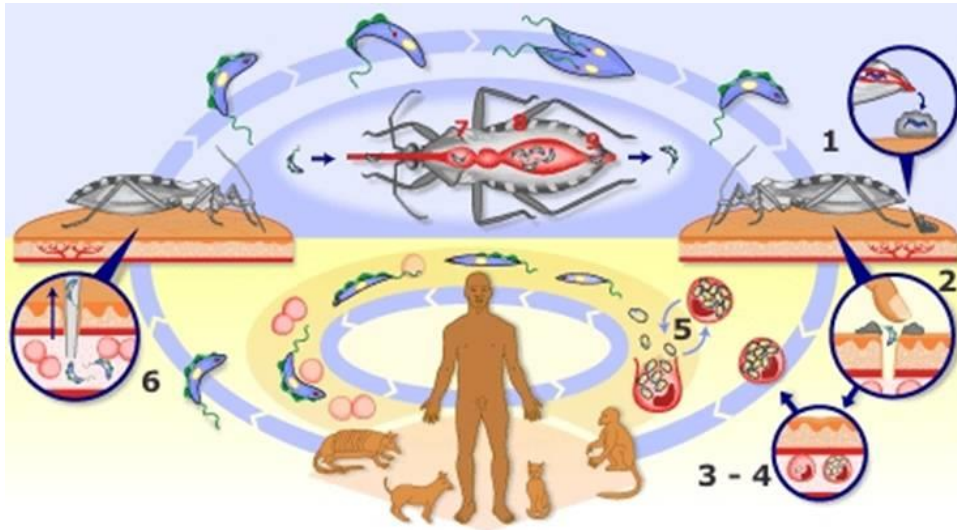


Figura 2: Ciclo de vida da *Leishmania*.

(Imagem disponível em <[http://www.cstr.ufcg.edu.br/grad\\_med\\_vet/mono2010\\_1/mono\\_maurina.pdf](http://www.cstr.ufcg.edu.br/grad_med_vet/mono2010_1/mono_maurina.pdf)>)

#### • Quadro clínico:

O período de incubação varia de 3 a 8 meses. A apresentação clínica da doença varia desde quadros assintomáticos, até formas graves da doença. As formas assintomáticas e oligossintomáticas são as mais comuns, sendo o diagnóstico feito por sorologia positiva para leishmaniose.

As formas oligossintomáticas apresentam quadro clínico inespecífico, semelhante a IVAS, parasitoses intestinais ou gastroenterite. São descritas, febre baixa, inapetência, adinamia, astenia, hepatomegalia discreta, perda de peso e algumas vezes esplenomegalia. Essas formas evoluem para a cura espontânea em 75% dos casos. As formas agudas caracterizam-se por febre elevada, diarreia, tosse e hepatoesplenomegalia discreta. Há hipergamaglobulinemia.

É chamado calazar clássico, quando a doença segue curso subagudo ou crônico, apresentando-se com febre insidiosa sem características marcantes, palidez, emagrecimento, adinamia, hepatoesplenomegalia e atrofia da musculatura abdominal. Na ausência de tratamento, a doença progride com sangramentos devido à plaquetopenia e infecções decorrentes da imunossupressão.

Alguns fatores relacionam-se à pior prognóstico, como idade menor que um ano ou maior que 45 e presença de comorbidades, como HIV.

- **Diagnóstico:**

O diagnóstico é feito com base no quadro clínico e epidemiológico. As alterações laboratoriais encontradas são pancitopenia com anemia normocítica e normocrômica, leucopenia, trombocitopenia e ausência de eosinófilos no sangue periférico. A inversão albumina/globulina é característica. Também podem ser encontradas outras alterações inespecíficas, como elevação das aminotransferases hepáticas e bilirrubinas e diminuição da atividade de protrombina.

O diagnóstico parasitológico é o padrão ouro para a leishmaniose visceral, sendo feito através do encontro de formas amastigotas do parasita na medula, no aspirado esplênico ou em qualquer outro órgão do sistema retículo endotelial.

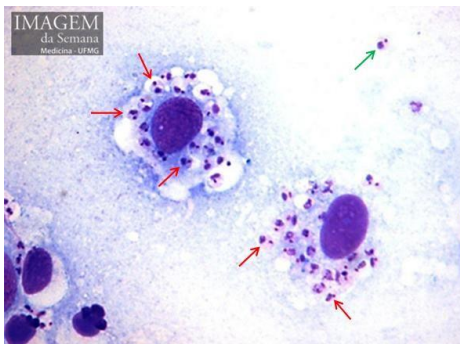


Figura 3. Amastigotas em aspirado de medula.

(Imagem disponível em <http://www.medicina.ufmg.br/imagemdasemana/index.php?caso=110>)

O diagnóstico sorológico baseia-se na presença de resposta humoral específica, sendo encontrados anticorpos antileishmânia com títulos elevados em pacientes imunocompetentes com calazar. Pode ser feito também o diagnóstico molecular através do PCR.

Deve ser feito diagnóstico diferencial com outras doenças que apresente febre e hepatoesplenomegalia ou pancitopenia, como esquistossomose mansoni, malária, mononucleose infecciosa, toxoplasmose, doença de chagas aguda, leucemias e artrite reumatoide de início sistêmico.

### • Tratamento:

O tratamento inclui cuidados gerais, como uso de analgésicos e antitérmicos, hemotransfusões e antibioticoterapia. A medicação de escolha é o antimoniato de N-metil glucamina, apresentado em ampolas de 5 ml contendo 81 mg de antimônio pentavalente por ml. A dose recomendada é de 20mg/kg/dia de 20 a 40 dias consecutivos, por via intramuscular ou intravenosa. Trata-se de uma droga cardiotoxica, hepatotóxica e nefrotóxica. É contraindicada em gestantes, cardiopatas, pacientes com insuficiência renal e em uso de beta bloqueadores.

Outra droga utilizada é a anfotericina B, podendo ser o desoxicolato ou a anfotericina lipossomal. Para o desoxicolato de anfotericina B posologia recomendada é de 1mg/kg/dia por via intravenosa durante 20 dias consecutivos. Seus efeitos colaterais incluem febre, calafrios, cefaleia, hipotensão, artralgia, mialgia e vômitos, pode ocorrer flebite e comprometimento renal temporário. A anfotericina B lipossomal é mais bem tolerada e a posologia indicada é de 5mg/kg/dia durante 7 dias por via intravenosa.

Os critérios de cura são clínicos e devem ser observados: curva térmica normal, redução da hepatoesplenomegalia e melhora dos parâmetros hematológicos. A cura é completa com negatificação do parasitismo.

### • Profilaxia:

Proteção contra o vetor transmissor através do uso de repelentes, bem como por meio do controle químico. Além disso, a vacinação e do diagnóstico dos cães infectados, interrompendo a cadeia de transmissão.

### Referências:

1. NEVES, D. P. **Parasitologia Humana**. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu Rio, 2011
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de
3. Vigilância Epidemiológica. Manual de Controle da Leishmaniose Visceral. Série A.
4. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006, 120 p.
5. Pediatria Ambulatorial. Leão, E; Correa, EC; Viana, MB; Mota, JAC. 4ª Ed. 2005 COOPMED.
6. <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=25376&chPlc=25376&&pIdPlc=&app=salanoticias> Acesso em 11/11/2014.

7. <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=95512&chPlc=95512&&pIdPlc=&app=salanoticias> Acesso em 11/11/2014.

Imagens:

8. Vetor da Leishmaniose Visceral. Disponível em; <<http://www.memorias.ioc.fiocruz.br> > Acesso em 11/11/2014
9. Ciclo de vida da Leishmania. Disponível em; <[http://www.cstr.ufcg.edu.br/grad\\_med\\_vet/mono2010\\_1/mono\\_maurina.pdf](http://www.cstr.ufcg.edu.br/grad_med_vet/mono2010_1/mono_maurina.pdf)> Acesso em 11/11/2014
10. Amastigotas em aspirado de medula. Disponível em <<http://www.medicina.ufmg.br/imagendasemana/index.php?caso=110>> Acesso em 11/11/2014