

# Leishmaniose tegumentar americana: primeiros casos autóctones notificados no Rio Grande do Sul desde 2001 e revisão da literatura

## *American cutaneous leishmaniasis: the first autochthonous cases reported in Rio Grande do Sul since 2001 and review of the literature*

### RESUMO

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoários do gênero *Leishmania*, que acomete pele e mucosas. O homem é infectado através da picada dos flebotomíneos e na maioria das vezes a doença apresenta-se como uma lesão ulcerada única. A confirmação do caso de LTA é realizada pelo diagnóstico clínico, epidemiológico e laboratorial. Relatamos três casos de LTA autóctones diagnosticados em 2002 e 2003 na cidade de Porto Alegre, RS. Evidenciamos a necessidade de atenção para a detecção de novos casos e o controle ambiental, já que segundo registros do Ministério de Saúde do Brasil, no período de 1997-1999, o Rio Grande do Sul não apresentou caso autóctone de LTA.

UNITERMOS: Leishmaniose, Zoonose, Epidemiologia.

### ABSTRACT

*American Cutaneous Leishmaniasis (ACL) is an infectious, non-contagious disease caused by a genus Leishmania Protozoa, which affects the skin and the mucosae. Man is infected by bites of phlebotomina and the disease presents mostly as a single ulcerated lesion. The confirmation of the case of ACL is performed by clinical, epidemiological and laboratory diagnosis. We report three cases of autochthonous ACL diagnosed in 2002 and 2003 in the city of Porto Alegre. We show the need to watch out for new cases and to perform environmental control, since, according to the records of the Brazilian Ministry of Health, during the 1997-1999 period, Rio Grande do Sul did not present autochthonous cases of ACL.*

KEY WORDS: *Leishmaniasis, Zoonosis, Epidemiology.*

**FERNANDA RAZERA** – Médica residente em Dermatologia no Serviço de Residência em Dermatologia do Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS) da Secretaria Estadual da Saúde/Porto Alegre, RS.

**LUIZ FELIPE DE OLIVEIRA BLANCO** – Médico Dermatologista e Mestrando em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**RENAN RANGEL BONAMIGO** – Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e preceptor da residência em Dermatologia do Ambulatório de Dermatologia Sanitária – Secretaria Estadual da Saúde do RS.

✉ Endereço para correspondência:

**Dra. Fernanda Razera**

Rua Líbano 192/101

Bloco S Sala 514

90540-080 – Porto Alegre, RS – Brasil

✉ ferazera@ibest.com.br

### Relato dos Casos

#### Caso 1

Paciente feminina, 34 anos, consultou em setembro de 2002 por lesão ulcerada, odor fétido e pouca secreção, próximo ao cotovelo esquerdo com dois meses de evolução. Previamente hígida, sem história de trauma e uso de medicamentos. Natural e procedente de Porto Alegre (RS), residente na zona urbana da capital e relatava não ter viajado. O exame dermatológico demonstrou duas lesões ulcerosas, de bordos infiltrados “em moldura” e fundo granuloso grosseiro, localizado no cotovelo esquerdo (Figura 1). Presença de linfonodos palpáveis em região axilar esquerda. Observou-se pequena pápula e eritema no septo nasal. A avaliação laboratorial inicial não demonstrava alterações; marcadores virais, bem como investigação para sífilis, foram negativos. O exame micológico direto, bacteriológico e cultural foi negativo. A radiografia de tórax apresentava-se sem anormalidades. Foi realizada biópsia, cujo exame histopatológico mostrou epiderme com padrão pseudoepiteliomatoso, com infiltrado inflamatório dérmico misto, principalmente por histiócitos e plasmócitos e pre-

## INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoários do gênero *Leishmania*. Esta patologia constitui um problema de saúde pública devido a incidência, ampla distribuição geográfica e presença de seqüelas desfigurantes, destrutivas e incapacitantes (1).

É uma doença endêmica que predomina em regiões tropicais e subtropicais (1). No Brasil, observa-se uma

expansão geográfica, uma vez que casos já foram notificados em todos os estados (2).

A LTA já havia sido notificada como autóctone no início da década de 80, na região noroeste do Rio Grande do Sul. Porém, até 2001, não havia casos autóctones notificados na região metropolitana de Porto Alegre.

A finalidade deste artigo é chamar atenção para a existência desta patologia em nosso meio, a qual passará a figurar entre o diagnóstico diferencial de outras patologias comumente vistas.



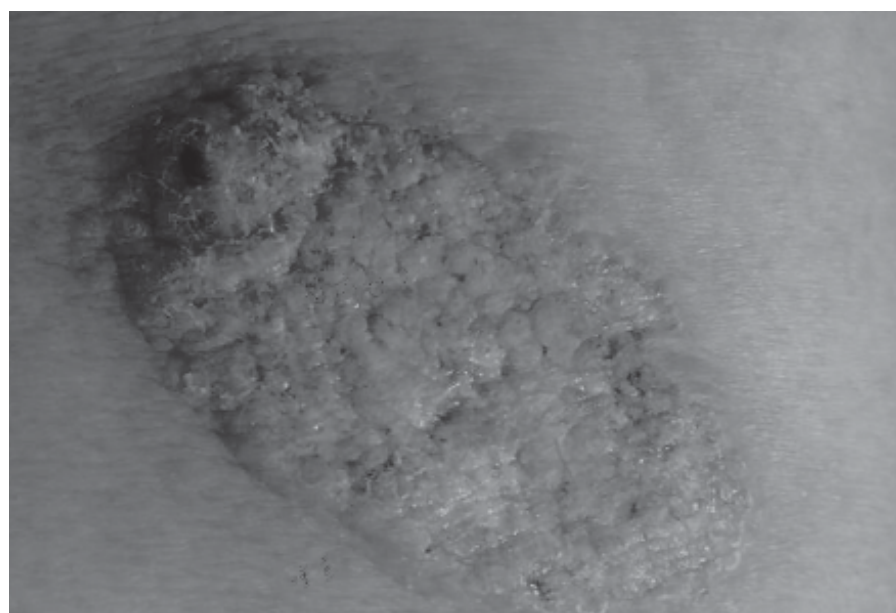
**Figura 1** – Lesões em cotovelos da paciente caso 1. Nota-se lesões ulceradas com bordos bem delimitados, “tipo em moldura”.

sença de microrganismos (amastigotas) intracitoplasmáticos em histiócitos. Reação de Montenegro foi de 15 mm de diâmetro e a imunofluorescência indireta com título de 1:20 (reator fraco). Definido o caso como sendo de leishmaniose mucocutânea, iniciou-se o uso de Antimoniato-N-metil-glucamina. Este foi o primeiro caso notificado às autoridades sanitárias municipais de Leishmaniose mucocutânea autóctone na região metropolitana de Porto Alegre.

### Caso 2

Paciente feminina, branca, 58 anos, natural e procedente de Porto Alegre. Consultou em setembro de 2003 por lesão em dorso com evolução de dois meses. Negava sintomas no local e trauma prévio, sem história de viagens a outras localidades. A paciente era hipertensa em tratamento com hidroclorotiazida e propranolol. Ao exame: lesão em placa, ulcero-vegetante, com borda papulosa (em moldura), eritemato-violácea de quatro cm no maior diâmetro. Assoalho da úlcera de aspecto granular (Figura 2). Presença de lesão púpulo-eritematosa satélite em borda

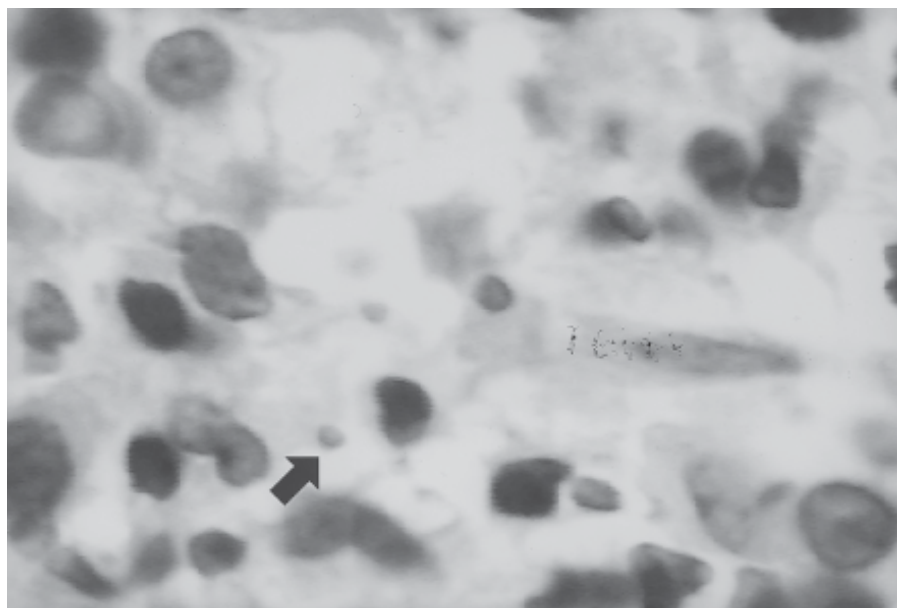
inferior. Realizada biópsia da lesão com envio de material para AP (o qual evidenciou a presença da forma amastigota do protozoário) (Figura 3) e para pesquisa direta e cultural para fungos e micobactérias (ambos negativos), reação de Montenegro (20 mm) (Figura 4), imunofluorescência indireta para *Leishmania* (negativa). Realizou tratamento com Antimoniato-N-metil-glucamina.



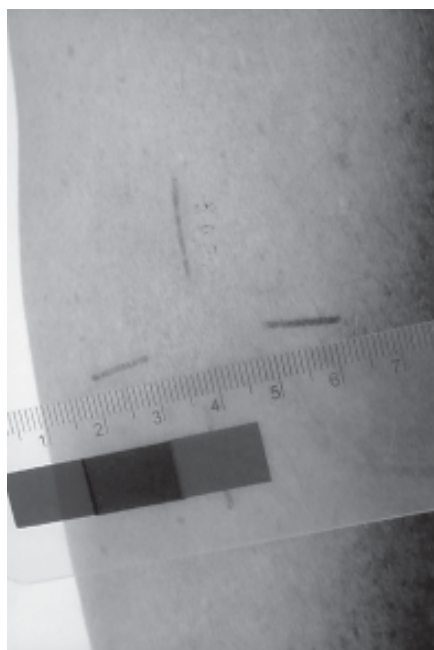
**Figura 2** – Lesão em dorso da paciente caso 2.

### Caso 3

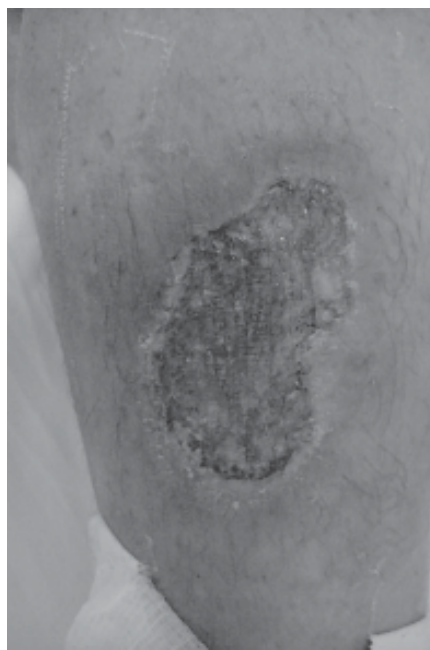
Paciente masculino, branco, 51 anos, procedente de Porto Alegre. Iniciou acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia Sanitária em outubro de 2001 com queixa de lesão ulcerada em perna direita com dois meses de evolução (Figura 5 e 6). Negava outras patologias, uso de medicações. Sem história de viagens para fora do estado do Rio Grande do Sul. Realizado exame anatomopatológico que evidenciou inflamação crônica superficial e profunda com fibrose. Sem evidência de vasculites ou granulomas, com pesquisa de fungos negativa. Sugeriu pioderma gangrenoso (PG). Paciente iniciou então tratamento com diversas medicações indicadas para o tratamento de PG com pouca ou nenhuma resposta, inclusive com surgimento de nova lesão ulcerada em face. Diante da dificuldade terapêutica e por ser morador de área com outros casos de leishmaniose, decidiu-se por realizar reação de Montenegro, que resultou em 14 mm, e imunofluorescência indireta, que era negativa. Iniciado tratamento em 2003 com Antimoniato-N-metil-glucamina com cicatrização completa das ulcerações (Figura 7).



**Figura 3** – Exame histopatológico. Seta indicando presença de forma amastigota da *Leishmania sp.*



**Figura 4** – Intradermoreação de Montenegro com 20 mm de diâmetro.



**Figura 5** – Lesão inicial em perna do paciente caso 3.

## DISCUSSÃO

As leishmanioses são doenças infecto-parasitárias que acometem o homem, sendo que apresentam diferentes formas clínicas dependendo do parasita envolvido em sua etiologia e da relação do hospedeiro com o mesmo

(1,2). A leishmaniose tegumentar americana (LTA) compreende as formas cutânea e mucosa da patologia (3).

Diversas espécies dos protozoários *Leishmania* já foram identificadas como agentes etiológicos da LTA (1). Estes protozoários possuem um ciclo de vida digenético, vivendo alternada-

mente em hospedeiros vertebrado e insetos vetores, estes responsáveis pela transmissão da *Leishmania* de um mamífero para o outro (1). Todas as espécies do gênero são transmitidas pela picada de fêmeas infectadas de dípteros da família Phlebotominae, pertencentes ao gênero *Lutzomyia* (no Novo Mundo) e *Phlebotomus* (no Velho mundo) (1,3,4). Os flebótomos são frequentemente encontrados em ambientes úmidos, escuros, onde têm muitas plantas, ocasionalmente próximo de casas e são pouco antropofílicos (2,5,6,7).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, esta doença é endêmica em regiões tropicais e subtropicais de 88 países (1,8,9). Do total de casos já registrados, 90% ocorreram em apenas 6 países: Irã, Arábia Saudita, Síria, Afeganistão, Brasil e Peru (1). Nas Américas, ocorre do sul dos Estados Unidos da América ao norte da Argentina, sendo o foco sul-americano mais importante, acometendo todos os países, com exceção do Chile e Uruguai (1).

A incidência de leishmaniose no Brasil tem aumentado nos últimos 20 anos em praticamente todos os estados. No período de 1985 a 2001, a LTA no Brasil vêm apresentando coeficientes de detecção que oscilam entre 10,45 a 21,23 por 100.000 habitantes. Na análise da evolução da LTA no Brasil, observa-se uma expansão geográfica, sendo que no início da década de 80 foram registrados casos em 19 unidades federadas e nos últimos anos todas as unidades federadas registraram casos autóctones da doença (2,7,10,11). As regiões do país que apresentam o maior número de casos de LTA são o Norte e o Nordeste. De acordo com a Fundação Nacional de Saúde do Brasil, no período de 1997-1999, o Rio Grande do Sul não apresentou registro de LTA autóctone (3).

A leishmaniose constitui problema de saúde pública: sua importância reside na alta incidência, ampla distribuição geográfica e na possibilidade de determinar lesões desfigurantes, destrutivas e incapacitantes (1).



**Figura 6** – Lesão em face de paciente do caso 3.

Até o momento, foram identificadas, no Brasil, seis espécies de *Leishmania* pertencentes aos subgêneros *Leishmania* e *Viannia*. A principal é *Leishmania* (*Viannia*) *braziliensis*, encontrada em todas as zonas endêmicas do país e associada à presença de animais domésticos. As outras são a *Leishmania* (*Viannia*) *guyanensis*, *Leishmania* (*Viannia*) *naiffi*, *Leishmania* (*Viannia*) *shawi*, *Leishmania* (*Viannia*) *lainsoni* e *Leishmania* (*Leishmania*) *amazonensis* (estas espécies predominam na região norte do Brasil) (1).

Os reservatórios primários do parasita são os animais silvestres. Porém, os animais que convivem diretamente com o homem, como o cão e o cavalo, servem, secundariamente, como reservatórios (3,4,5). Atualmente no Brasil existem dois padrões epidemiológicos distintos: surtos epidêmicos em áreas de colonização recente, associados à derrubada de matas e aberturas de estradas. Nesse caso, trata-se de uma zoonose de animais silvestres, atingindo pessoas que entram em contato com esses focos (2,3). E o segundo padrão identificável é a leishmaniose de regiões de colonização antiga, já sem

desmatamentos, relacionada ao processo migratório, ocupação de encostas e aglomerados semi-urbanizados na periferia de centros urbanos. Neste caso, cães, eqüinos e roedores parecem representar papel importante como reservatórios do parasita (2). A infecção animal é, habitualmente, inaparente, sendo encontrados parasitas na pele e nas vísceras (2).

O período de incubação é, em média, de dois meses (variando de 2 semanas a 24 meses). A leishmaniose pode caracterizar-se por lesões exclusivamente na pele (1), as quais iniciam no ponto de inoculação do parasita, geralmente como pápula eritematosa que evolui para nódulo (1). Com o desenvolvimento da doença, percebe-se o polimorfismo das lesões (lesões impetigóides, liquenóides, tuberculosa ou lupóide, nodular, vegetante e ectimatóide) (1,2). Ulcerações com bordas elevadas, endurecidas e fundo com tecido de granulação grosseira são apresentações frequentes da LTA, considerada a forma clássica da lesão com borda em moldura (1,2,3,4). São, em geral, indolores (3), predomina em áreas corporais expostas e se instala em pacientes provenientes de áreas endêmicas ou que estiveram recentemente (1).

Na apresentação cutânea as lesões podem caracterizar a forma localizada (única ou múltipla), a forma disseminada (numerosas em várias áreas do corpo) e a forma difusa (rara) (3,4). Na forma difusa, forma menos comum de apresentação, as lesões são papulosas ou nodulares, deformantes e muito graves, distribuindo-se amplamente na superfície corporal, podendo assemelhar-se à hanseníase Virchowiana (3,4). Representa o pólo anérgico da LTA (1). As lesões não cicatrizam espontaneamente e são rebeldes ao tratamento medicamentoso. O diagnóstico diferencial é feito com a forma disseminada da LTA, que se caracteriza por múltiplas lesões ulceradas, distribuídas por diferentes partes do tegumento. Porém apresenta imunidade celular preservada (intradermorreação de Montenegro positiva) e responde ao tratamento habitual (1).

Os casos clínicos descritos neste trabalho bem representam a riqueza de achados clínicos e variabilidade topográfica possíveis de serem encontradas na Leishmaniose.

O primeiro caso se destaca pela clássica infiltração “em moldura” e pela presença, nem sempre tão evidente, dos amastigotas à histopatologia. O caso 2 apresentava lesão no dorso, localização incomum, possuía também visualização de amastigotas à histopatologia e uma forte reação de Montenegro, sendo a imunofluorescência negativa. Já o terceiro paciente possuía uma longa história de tratamento para pioderma gangrenoso. Esta é uma doença dermatológica que realmente pode ser incluída como importante no diagnóstico diferencial da Leishmaniose, pois frequentemente ocasiona ulcerações nos membros inferiores, tal qual a protozoonose.

O Ministério da Saúde do Brasil considera que a confirmação dos casos clinicamente suspeitos de Leishmaniose deverão preencher no mínimo um dos critérios a seguir:

I) residência, procedência ou deslocamento em área com confirmação de transmissão e encontro do parasita nos exames parasitológicos direto (material da lesão corado pelo Giemsa ou Leshman é o padrão-ouro) ou indireto (histopatologia demonstrando o parasita em até 65% dos casos);

II) residência, procedência ou deslocamento em área com confirmação de transmissão e intradermorreação de Montenegro positiva (reação de hipersensibilidade tardia, leitura realizada entre 48-72 horas, com resultado considerado positivo se área endurecida maior ou igual a 5mm).

III) residência, procedência ou deslocamento em área com confirmação de transmissão sem acesso a métodos diagnósticos. Nas formas mucosas considerar a presença de cicatrizes cutâneas como critério complementar para confirmação do diagnóstico (3).

Ressalta-se que a imunofluorescência indireta no soro apresenta resultados variáveis devido à baixa antigenicidade do parasita ou aos baixos níveis

de anticorpos circulantes. É comumente negativa em infecções recentes (1-6 meses de evolução) (1).

O diagnóstico precoce é essencial para que a resposta terapêutica seja mais efetiva e sejam evitadas as seqüelas deformantes e/ou funcionais (3,4). Os casos apresentados possuíam característica clínicas e critérios parasitológicos (histopatologia) e/ou imunológicos (reação de Montenegro) necessários para o diagnóstico.

O antimonial pentavalente (Antimoniato de N-metil-glucamina), via parenteral, é a droga de primeira escolha. É indicado para o tratamento de todas as formas de leishmaniose tegumentar, embora as formas mucosa e mucocutânea apresentem respostas mais lentas e maior possibilidades de

recidiva (3,4,9,12). Há restrições para o tratamento de pacientes acima dos 50 anos, portadores de cardio, hepato e nefropatias (3). Exames (hemograma, função hepática e renal, eletrocardiograma) devem ser realizados anteriormente ao início do tratamento e, após, semanalmente (3).

As drogas de segunda escolha são a Anfotericina B e a Pentamidina. Utilizados como preconizados pela OMS (3). O critério de cura é clínico. Recomenda-se o acompanhamento mensal do paciente por 3 meses consecutivos após o término do tratamento e deve haver reepitelização das lesões ulceradas, com regressão total da infiltração e eritema (1,3). Após estes 3 meses, o paciente deve ser acompanhado bimensalmente até completar 12 meses do fim do tratamento (1,3).

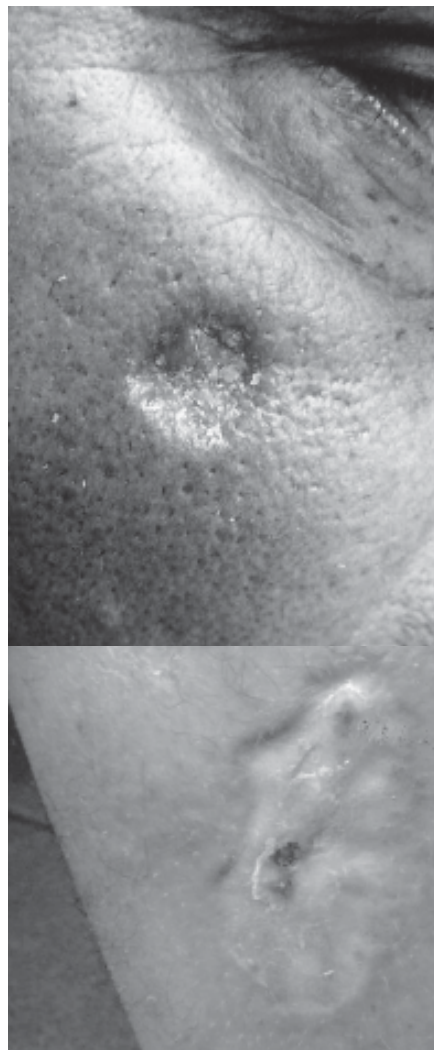
No período estudado, o primeiro caso autóctone confirmado de leishmaniose na região metropolitana de Porto Alegre notificado foi o caso 1. Porém, o caso 3 é o autóctone confirmado com lesões mais antigas diagnosticado até o momento. Os três casos foram tratados com antimoniato de n-metil glucamina (Glucantime®), sem intercorrências e com cicatrização completa das lesões.

Além destes três casos acompanhados pelo Ambulatório de Dermatologia Sanitária, já foram notificados, até o momento, oito casos autóctones na cidade de Porto Alegre. Todos os casos freqüentavam ou residiam nas imediações da mata nativa nos bairros Lomba do Pinheiro, Belém Velho, Restinga e Aberta Morros (13) (Figura 8).



- Belém Velho
- Vila Nova
- ★ Restinga
- ⊙ Aberta Morros

**Figura 8** – Mapa da cidade de Porto Alegre, RS, demonstrando bairros que já possuem casos autóctones confirmados de Leishmaniose Tegu.



**Figura 7** – Lesões em face e perna, caso 3, após 20 dias de tratamento.

Nestes locais, desde dezembro de 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre está realizando capturas noturnas para identificação dos flebótomos. As espécies capturadas, na região, foram *Lutzomyia neivai*, *Lutzomyia migonei*, *Lutzomyia pessoai*, *Lutzomyia lanei* e *Lutzomyia fisheri*. Pela acentuada antropofilia, quantidade de exemplares e distribuição coincidente com a da doença, *L. neivai* é considerada a principal suspeita de ser o vetor na região de Porto Alegre (14).

Este relato de caso chama a atenção para uma doença praticamente inexistente em nosso meio, e que agora figura entre os diagnósticos diferenciais de outras doenças cutâneas, como úlcera varicosa, úlcera arterial, tuberculose, esporotricose, hanseníase, carcinomas e pioderma gangrenoso.

**AGRADECIMENTOS**

À dra. Francine Batista Costa pela colaboração prestada ao artigo. À Sônia Thiesen, médica veterinária, responsável na secretaria municipal de saúde de Porto Alegre pela notificação e dispensação de medicamentos para leishmaniose, pela disponibilidade em fornecer informações quando solicitadas.

**R**EFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS

- GONTIJO B, CARVALHO MLR. Leishmaniose Tegumentar Americana. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 36(1):71-80, jan-fev,2003.
- TALHARI S, TALHARI AC, FERREIRA LCL, NAIFF R. Leishmaniose Cutaneomucosa. In: Talhari S e Neves RG. Dermatologia Tropical. Ed Futur, São Paulo, 1997.
- Ministério da Saúde / FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), 2000. Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana. Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia, FUNASA, MS.
- OLIVEIRA-NETO MP, MATTOS MS, PEREZ MA, DA-CRUZ AM, FERNANDES O, MOREIRA J, GONÇALVES-COSTA SC, BRAHIN LR, MENEZES CR, PIRMEZ C. American tegumentary leishmaniasis (ATL) in Rio de Janeiro State, Brazil: main clinical and epidemiologic characteristics. Int J Dermat 39:506-514, 2000.
- LANÚS EC, SALOMÓN OD. Phlebotominae fauna in the Province of Tucumán, Argentina. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo 44(1):23-27, 2002.
- BARBOSA GMS, MARZOCHI MCA, MASSARD CL, LIMA GPS, CONFORTEM. Aspectos epidemiológicos da leishmaniose tegumentar americana em cães, no Município de Paraty, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Caderno de Saúde Pública 15(3):641-646, 1999.
- NEVES VLFC, GOMES AC, ANTUNES JLF. Correlação da presença de espécies de flebotomíneos (Díptera: Psychodidae) com registros de casos da leishmaniose tegumentar americana no Estado de São Paulo, Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 35(4):299-306, 2002.
- SCHUBACH A, MARZOCHI MCA, CUZZI-MAYA T, OLIVEIRA AV, ARAUJO ML, OLIVEIRA ALC, PACHECO RS, MOMEN H, CONCEIÇÃO-SILVA F, COUTINHO SG, MARZOCHI KBF. Cutaneous scars in american tegumentary leishmaniasis patients: a site of leishmania (viannia) braziliensis persistence and viability eleven years after antimonial therapy and clinical cure. American Journal Tropical Medicine and Hygiene 58(6):824-827, 1998.
- MOREIRA RCR, REBÊLO JMM, GAMA MEA, COSTA JML. Nível de conhecimentos sobre leishmaniose tegumentar americana (LTA) e uso de terapias alternativas por populações de uma área endêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. Caderno de Saúde Pública 18(1):187-195, 2002.
- SANTOS EGOB, MARZOCHI MCA, CONCEIÇÃO NF, BRITO CMM, PACHECO RS. Epidemiological survey on canine population with the use of immunoleish skin test in endemic áreas of human american cutaneous leishmaniasis in the state of Rio de Janeiro, Brazil. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo 40(1):41-47, 1998.
- MARZOCHI KBF, MARZOCHI MCA, SILVA AF, GRATIVOL N, DUARTE R, CONFORT EM, MODABBER F. Phase 1 study of an inactivated vaccine against american tegumentary leishmaniasis in normal volunteers in Brazil. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz 93(2):205-212, 1998.
- Alerta sobre transmissão autóctone de leishmaniose cutâneomucosa no município de Porto Alegre. Boletim Epidemiológico. Equipe de controle epidemiológico – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Número 17, Ano V, Novembro de 2002.
- THIESEN SV, BRITO MRV. Leishmaniose Tegumentar Americana em Porto Alegre. Boletim Epidemiológico. Equipe de controle epidemiológico – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Número 21, Ano V, Novembro de 2003.
- GONÇALVES RD. Identificação da Fauna de Flebotomíneos em Função de Casos Autóctones de LTA. Boletim Epidemiológico. Equipe de controle epidemiológico – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Número 21, Ano V, Novembro de 2003.