

### LEISHMANIOSE VISCERAL (CALAZAR): IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO PRECOCE

### VISCERAL LEISHMANIASIS (KALAZAR): THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS

Maria Helena Lopes Cavalcante

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Médica Pediatra do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). Fortaleza, CE.

#### RESUMO

A leishmaniose visceral é um grave problema de saúde pública, sendo uma doença de notificação compulsória com ampla distribuição geográfica, envolvendo as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste. É uma síndrome clínica caracteristicamente espectral, com apresentações que variam de forma assintomáticas até quadro clássico da doença, quando se apresenta com febre, anemia, hepatoesplenomegalia, manifestações hemorrágicas, linfadenomegalia, emagrecimento e taquicardia. A desnutrição é importante, se desenvolve com a progressão da doença e pode incluir edema periférico, queda de cabelo e alterações da pele e unhas. Verifica-se acentuada hipoalbuminemia e hipergamaglobulinemia. O diagnóstico é difícil nos casos oligossintomáticos. O quadro pode ter uma evolução insidiosa ou manifestar-se de forma mais abrupta com sinais de gravidade que podem levar o paciente ao desfecho letal. O diagnóstico pode ser acurado por meios epidemiológico, clínico e laboratorial e o intento maior seria a precocidade. O tratamento é o antimônio pentavalente, N-metil glucamina (glucantime). Seu uso como droga de primeira linha se justifica pela comprovada eficácia terapêutica em nosso meio. A droga de segunda linha é a Anfotericina B (desoxicolato). Na presença de sinais de gravidade passa a ser droga de primeira linha. Se existir insuficiência renal, sinais de sepsis ou comorbidade grave a droga de escolha é Anfotericina Lipossomal.

**Palavras-chave:** Leishmaniose Visceral, Diagnóstico, Tratamento, Criança.

#### ABSTRACT

Visceral leishmaniasis, a serious public health problem of compulsory notification distributed over northern, northeastern, midwestern and southeastern Brazil, is a clinical syndrome with a spectrum ranging from the asymptomatic form to the classic presentation characterized by fever, anemia, hepatosplenomegaly, hemorrhage, lymphadenomegaly, weight loss and tachycardia. An important symptom, malnutrition develops as the disorder progresses and may be associated with peripheral edema, hair loss, skin and nail changes, severe hypoalbuminemia and hypergammaglobulinemia. The condition may develop insidiously or abruptly and, in some cases, results in death. Diagnosis is based on epidemiological, clinical and laboratory findings and should be established as early as possible, but may be difficult if the condition is oligosymptomatic. The first-line treatment is antimony-N-methyl-glutamine (Glucantime®), the efficacy of which has been widely demonstrated in Brazil. The second-line treatment is amphotericin B (deoxycholate). First-line treatment is indicated in severe cases, but liposomal amphotericin is the treatment of choice if kidney failure, signs of sepsis or severe comorbidity is present.

**Key words:** Visceral Leishmaniasis, Diagnostic, Therapy, Child.

A leishmaniose visceral é reconhecida como um grave problema de saúde pública, por ser uma endemia de região tropical e subtropical, se distribuindo na Ásia, Europa, África e nas Américas, atingindo 500.000 casos novos a cada ano no mundo.

No Brasil, a Leishmaniose Visceral Americana (LVA) é doença de notificação compulsória com ampla distribuição geográfica, envolvendo as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste. A notificação do Ministério da Saúde (MS), no período 1994-2002, quantificou 48.455 casos, sendo 66% no Nordeste, especialmente na Bahia, Ceará, Maranhão e Piauí. Aumento considerável evidenciou-se nos anos de 1995 e 2000, configurando certo caráter epidêmico e cíclico a cada cinco anos nas áreas endêmicas. Nos últimos dez anos, a média anual do país foi superior a 3000 casos, com uma incidência de 2 casos/100.000 habitantes, sendo que no Nordeste a prevalência foi de 25 casos/100.000 habitantes. Estudo realizado em Fortaleza-CE no período de 1995-2002 constatou predominância nos anos de 1995 e 2000 reproduzindo o mesmo caráter cíclico epidêmico já mencionado, e o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), hospital de referência terciária em pediatria, deteve 20% dos casos notificados no Estado.

Leishmaniose Visceral é uma síndrome clínica caracteristicamente espectral, com apresentações que variam de forma assintomáticas até quadro

clássico da doença, quando no período de estado, se apresenta com febre, anemia, hepatoesplenomegalia, manifestações hemorrágicas, linfadenomegalia, emagrecimento e taquicardia. A desnutrição é importante, se desenvolve com a progressão da doença e pode incluir edema periférico, queda de cabelo e alterações da pele e unhas. Verifica-se acentuada hipoalbuminemia e hipergamaglobulinemia. O diagnóstico se torna difícil nos casos oligossintomáticos onde o paciente apresenta história de febre associado à tosse persistente, diarreia intermitente por mais de três semanas, adinamia, aumento discreto de fígado ou baço podendo ser confundido com outros processos infecciosos comuns da região. O quadro pode ter uma evolução insidiosa ou manifestar-se de forma mais abrupta com sinais de gravidade que podem levar o paciente ao desfecho letal.

Diante deste fato se faz necessário o diagnóstico precoce como também o reconhecimento dos fatores de gravidade que justifiquem transferir o paciente para hospital de maior complexidade onde existam condições de identificar complicações associadas à doença e terapêutica mais eficaz.

O diagnóstico pode ser acurado por meios epidemiológico, clínico e laboratorial e o intento maior seria a precocidade. Aqui lembramos à clínica já mencionada, a importância da epidemiologia e, se não disponível o diagnóstico parasitológico, o uso de sorologia como o rK39 de comprovada sensibilidade e especificidade (Quadro 1).

#### Quadro 1: Diagnóstico precoce de LVA.

Sinais de alerta	Sinais de gravidade	Laboratório
Criança com idade entre 6m e 1a	Idade inferior a 6 meses	Leucócitos <1000mm <sup>3</sup>
Quadro infeccioso suspeito	Icterícia	Plaqueta <50000mm <sup>3</sup>
Casos de recidiva de LV	Fenômenos hemorrágicos	Creatinina 2x> normal
Edema localizado	Edema generalizado	TP <70%
Diarreia	Sinais de toxemia	Bilirrubina aumentada
Vômito	Desnutrição grave	TGO, TGP >5 vezes
Febre há mais de 60 dias	Co-morbidade	Albumina <2,5g/dl

Hospitalizar todos os pacientes com sinais de alerta, gravidade ou que apresente alterações laboratoriais significativas.

O tratamento preconizado pela Organização Mundial de Saúde para LV é o antimônio pentavalente, N-metil glucamina (glucantime). Seu uso como droga de primeira linha se justifica pela comprovada eficácia terapêutica em nosso meio.

A droga de segunda linha é a Anfotericina B (desoxicolato). Na presença de sinais de gravidade passa a ser droga de primeira linha. Se existir insuficiência renal, sinais de sepsis ou comorbidade grave a droga de escolha é Anfotericina Lipossomal. Ambas têm efeitos similares em relação à cura da leishmaniose visceral, diferindo no tocante

as reações adversas que são mais comuns na anfotericina B convencional e principalmente no tempo de permanência hospitalar que diminui consideravelmente nas infusões lipídicas. Vale lembrar que os pacientes graves não dispõem de tempo para uso de droga que requer terapêutica prolongada.

Avaliação da resposta terapêutica: **POSITIVA**

**FEBRE:** regressão nos primeiros 7 dias de tratamento

**PESO:** aumento progressivo

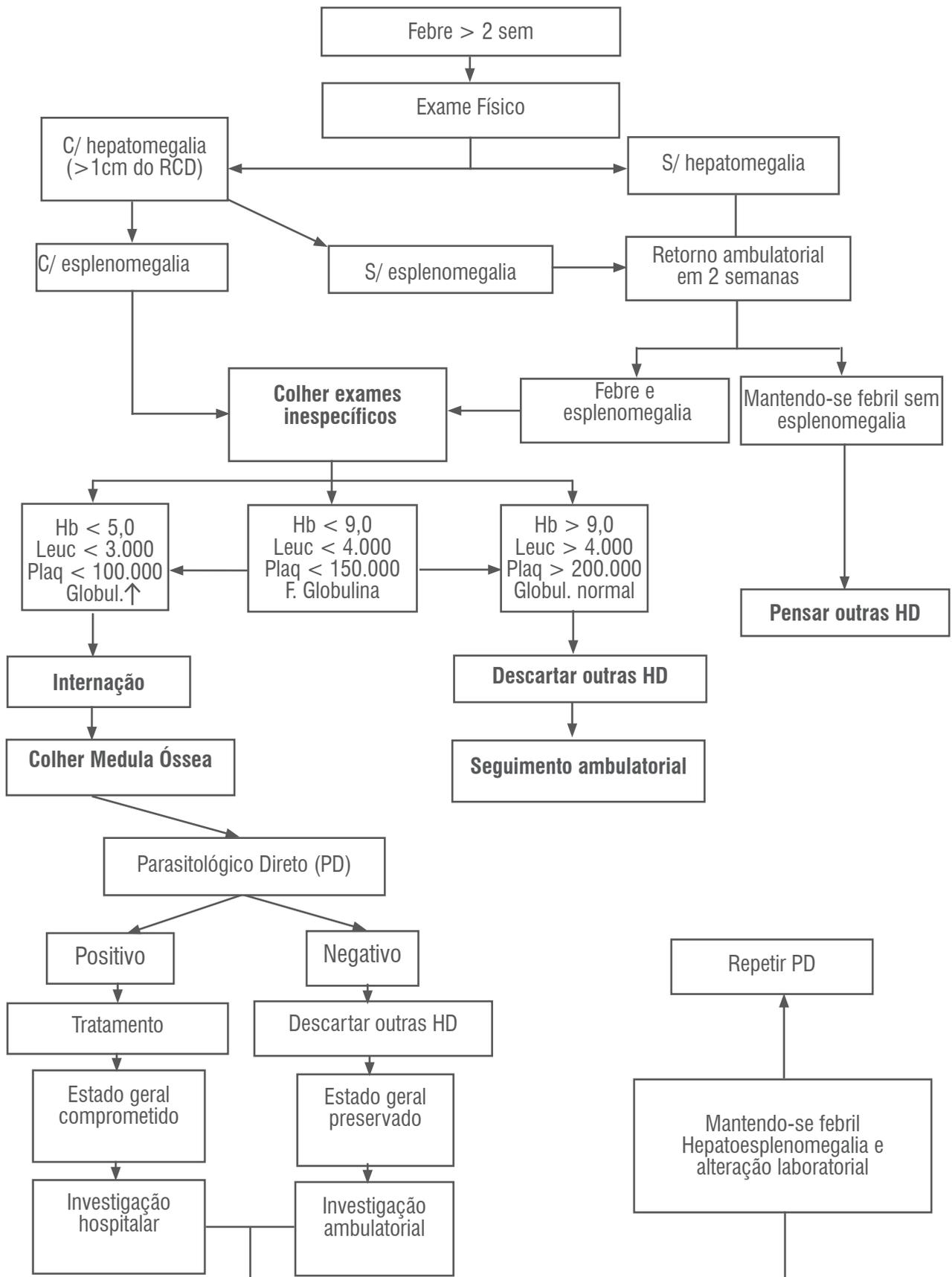
**BAÇO:** diminuição em 50%

**ESTADO GERAL** melhora até o final do tratamento.



**ALTA-SEGMENTO** AMBULATORIAL POR NO MÍNIMO 6 MESES, QUANDO DEVE OCORRER REGRESSÃO DE TODOS OS SINTOMAS

## Fluxograma de investigação clínica de caso humano de Calazar



## REFERÊNCIAS

1. Badaró RJS. Desenvolvimento e utilização de um antígeno específico de *Leishmania Chagasi* (rk39) no diagnóstico da leishmaniose visceral [tese doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina; 1996.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. [Internet] Brasília: Ministério de Saúde, 2003. 120p.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral de Vigilância Epidemiológica. Leishmaniose Visceral Grave: normas e condutas. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Boelaert M, Rijal S, Regmi S, Singh R, Karki B, Jacquet D, et al. A comparative study of the effectiveness of diagnostic test for visceral leishmaniasis. *Am J. Trop Méd Hyg.* 2004; 70 (1): 72-7.
5. Pastorino AC. Leishmaniose visceral. In: *Pediatria básica*. São Paulo: Sarvier; 2003. t. 2, cap. 7, p. 283-287.
6. Pastorino AC, Jacob CMA, Oselka GW, Sampaio MMS. Visceral leishmaniasis: clinical and laboratorial aspects. *J Pediatr.* 2002; 78 (2):120-7.
7. Santos MA, Marques RC, Farias CA, Vasconcelos DM, Stewart JM, Costa DL, Costa CHN. Predictors of an unsatisfactory response to pentavalent in the treatment of American visceral leishmaniasis. *Rev Soc Bras Trop.* 2002; 35: 629-39.
8. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, Centro de Vigilância Epidemiológico “*Prof Alexandre Vranjac*”, Superintendência de Controle de Endemias, Instituto Adolfo Lutz, Coordenação do Programa Estado de DST/AIDS, Instituto Pasteur. II Informe Técnico: Leishmaniose Visceral Americana, ago 2003.
9. Silva JN. Estudo do teste rápido imunoenzimático através do antígeno recombinante rk 39 para diagnóstico de leishmaniose visceral americana. *Correlação Clínico-Terapêutica [Dissertação]*. Fortaleza; 2003. 90 p.
10. Sundar S, Mehte H, Suresh AV, Singh SP, Rai M, Murray HW. Anfotericin B treatment for India visceral leishmaniasis: conventional versus lipid formulations. *Clinical Infectious Diseases.* 2004;38: 377-83.

---

**Conflito de Interesse:** Não declarado

**Submetido:** 10/01/11

**Aprovado:** 25/01/11

---

**CORRESPONDÊNCIA:**

**Maria Helena Lopes Cavalcante**

**E-mail:** cavalcante.helena@gmail.com