**Leishmania Tegumentar Americana**

**Denise Aparecida Moreira Gollner Lopes1**

1 – Farmacêutica Bioquímica, Pós graduando em Análises Clínicas – Unic

 Sinop Aeroporto.

E-mail: gollnerlopes@gmail.com

**RESUMO:** A Leishmaniose Tegumentar Americana é considerada um grande problema de saúde pública, representa uma doença com importante aspecto clínico e diversidade epidemiológica. A transmissão da doença vem sendo descrita em vários municípios de todas as unidades federadas. A importância desta doença reside não somente na sua alta incidência e ampla distribuição, mas também por ser uma das afecções dermatológicas que merecem atenção, devido a sua magnitude, assim pelo grande risco de deformidades que pode produzir no paciente, e também pelo envolvimento psicológico, reflexos no campo social e econômico, por ser considerada em sua maioria um a doença ocupacional. Este artigo apresenta aspectos da fisiopatogenia, do diagnóstico clínico e laboratorial, do tratamento e da vigilância e controle.

 Palavra-chave: Leishmaniose Tegumentar Americana – diagnóstico- tratamento – controle

**INTRODUÇÃO**

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma doença infecciosa não contagiosa, causada por protozoário do gênero Leishmania, de transmissão vetorial, que acomete pele e mucosa (Brasil 2007). Também conhecida leishmaniose muco cutânea, úlcera de Bauru, ferida brava.

O modo de transmissão é através da picada de inseto, que pode pertencer a várias espécies de flebotomíneos de diferentes gêneros dependendo da localização geográfica. Na há transmissão pessoa a pessoa (Brasil, 2009).

No Brasil já foram identificadas sete espécies, sendo seis do subgênero *Viannia* e uma do subgênero *Leishmania.* As três principais espécies são: Leishmania Vianna, Leishmania Viannia guyanensis e Leishmania Viannia amazonensis e, mais recentemente, as espécies Leishmania Viannia lainsoni, Leishmania Viannia naiffi, Leishmania Viannia lindenberg e Leishmania Viannia shawi forma identificadas em estados das regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2007).

A Leishmania é um parasita intracelular obrigatório das células do sistema fagocítico mononuclear, com duas formas principais: uma flagelada ou promastigota, encontrada no tubo digestivo do inseto vetor, e outra aflagelada ou amastigota, observada nos tecidos dos hospedeiros vertebrados. O período de incubação da doença no homem é, em média, de dois a três meses, podendo variar de duas semanas a dois anos (Brasil, 2007).

**Conforme Brasil (2007) as formas clínicas da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)** **no Brasil (BACHURT, T) são:**

**1- Forma Cutânea:**

* Várias espécies de Leishmania envolvida;
* Lesões primárias localizadas no local da picada do flebotomídeo, podendo ocorrer outras lesões no entorno;
* Formação inicial de um histiocitoma;
* Úlcera leismaniótica típica com bordas elevadas e fundo granuloso;
* Parasitas abundantes no início da infecção e escassos nas úlceras crônicas;
* Linfodenopatia.

**2- Formas Mucocutânea:**

* Espécies envolvidas: *Leishmania Viannia brasilienses;*
* Lesão secundária que atinge a mucosa nasal e da orofaringe;
* Propagação pela via hematogênica;
* Pode ocorrer na vigência da lesão primaria ou muito tempo após a “resolução” desta;

**3- Forma Cutânea Difusa:**

* Lesões múltiplas não ulceradas contendo grande número de amastigota;
* Não responde ao tratamento e nem o Teste de Montenegro;
* Curso crônico e progressivo

**Diagnóstico clínico da Leishmania Tegumentar Americana (LTA)**

Segundo Brasil (2007), o diagnóstico da LTA é realizado com bases em parâmetros clínicos e epidemiológico. O diagnóstico clínico é complexo, pois devem ser descartadas outras doenças, tais como: sífilis, hanseníase, tuberculose, micobacterioses típicas, paracoccidioidomicose, histoplasmose, lobomicose, esporotricose, cromoblastomicose, piodermites, rinoscleroma, granuloma facial de linha média, sarcoidose, lúpus eritematoso discoide, psoríase, infiltrado linfocítico de Jessner, vasculites, úlceras de estase venosa, úlceras decorrentes da anemia falciforme, picadas de insetos, granuloma por corpos estranhos, ceratoacantoma, carcinoma basocelular, histiocitoma, linfoma cutâneo, outros tumores.

**Diagnóstico laboratorial**

Para Brasil (2007) o diagnóstico laboratorial é feito através do achado parasitológico feito por meio de exame direto (em lamina) ou indireto (isolamento em cultura). O exame direto é o método de primeira escolha, por ser mais rápido de menos custo e de fácil execução. Escarificação das bordas da lesão ulcerada mais recente, sem secreção purulenta, ou na superfície da lesão não ulcerada, utlilizando-se de um estilete descartável ou lâmina de bisturi estéril. O sucesso do achado do parasita, na sua forma amastigota, é inversamente proporcional ao tempo de evolução cutânea (lesão antiga), lesões contaminadas, não só com infecções secundárias, como também por remédios caseiros (pomadas, solução de baterias, alcatrão, etc.). Recomenda-se a coleta do material após assepsia local com água e sabão e se possível com água destilada ou soro fisiológico. Se o paciente tiver outras lesões eleger a mais recente.

O esfregaço deve ser feito em lamina de ponta fosca (facilita a identificação do paciente), desengordurada e seca. Em cada lamina fazer três esfregaços com movimento circular, evitando sobreposição de material. Fixar com álcool metílico e corar com solução do corante de GIEMSA. A observação ao microscópio em objetiva de imersão visualizar formas amastigotas, isoladas ou intracelulares.

Exames imunológicos Teste de Intradérmico (Intradermoreação de Montenegro ou Leishmanina), fundamenta-se na visualização da resposta da hipersensibilidade celular retardada. Persiste positiva após o tratamento, ou cicatrização da lesão cutânea tratada ou espontaneamente. Pode ser negativa nas primeiras quatro a seis semanas após o surgimento da lesão.

Testes sorológicos detectam anticorpos anti-Leishmania circulantes no soro dos pacientes com títulos geralmente baixos.

O método de PCR é um método que vem sendo amplamente utilizado para fins de pesquisa.

**Aspectos epidemiológicos**

No período de 1988 a 2009 segundo Brasil (2009), o Brasil apresentou média anual de 26.021 casos registrados e coeficiente de detecção médio de 14,1 casos por 100.000 habitantes. Ao longo desse período observou-se uma tendência no crescimento da endemia, registrando os coeficientes mais elevados nos anos 1994 e 1995, quando atingiram níveis de 22,83 e 22,94 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

Segundo a Agência de Notícias da Fiocruz, a incidência das leishmanioses tegumentares é cíclica, podendo haver um número alto de registros em um ano, baixo no outro e alto novamente no seguinte. Na última década, o registro de casos confirmados tem variado entre 30 mil e 40 mil por ano, no Brasil. Os ciclos no número de ocorrências explicam-se por fatores sociais e climáticos. Por exemplo, tais registros podem ser influenciados, de um lado, pelo desmatamento ou período de seca, por outro por algum processo o de ocupação desordenada. Enfim, cada região apresentará características próprias, o que colabora para que os padrões de transmissão das leishmanioses tegumentares sejam de definição complexa. Ainda assim, tais padrões podem ser descritos em três linhas gerais: a transmissão florestal, a rural e urbana.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.472 de agosto de 2010, Anexo I, todo caso de LTA á de notificação obrigatória às autoridades locais de saúde. Deve-se realizar a investigação epidemiológica em 48 horas após a notificação, avaliando a necessidade de adoção de medidas de controle pertinentes. A investigação deverá ser encerrada até 180 dias após a notificação. A unidade de saúde notificadora deve utilizar a ficha de notificação/investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan encaminhando-a para ser processada, conforme fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde.

**Tratamento**

O Ministério da Saúde Brasil (2009) recomenda a droga de primeira escolha é a antimonial pentavalente. O esquema é padronizado pela Organização Mundial de Saúde recomenda que a dose deste antimonial seja calculada em MG/SB+5 /Kg/ dia.

**Esquema terapêutico preconizado para as diversas formas clínicas de LTA, segundo OMS e Ministério da Saúde.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Forma clínica | DOSE | Tempos de duração mínimo |
| Leishmaniose Cutânea | 10 – 20 mg / Sb+5 / Kg /dia(recomenda-se 15mg/Sb+5 /Kg /dia) | 20 dias |
| Leishmaniose Difusa | 20 mg / Sb+5 /Kg /dia | 20 dias |
| Leishmaniose Mucosa | 20 mg / Sb +5 / Kg /dia | 30 dias |

**Dose de Antimoniato de N- Metilglucamina utilizadas no tratamento de lesões cutânea e mucosas - segundo OMS e Ministério da Saúde.**

|  |
| --- |
| Apresentação = frascos com 5 ml, contendo 81 mg/Sb +5 por ml Exemplos para cálculos das doses:  |
| **Adultos com 60 Kg**10 mg Sb +5 /Kg / dia10 X 60 = 600 mg Sb +5 / dia ÷ 81 = 7,4 ml ou aproximadamente uma ampola e meia |
| 15 mg Sb +5 /Kg / dia15 X 60 = 900 mg Sb +5 / dia ÷ 81 = 11,1 ml ou aproximadamente duas ampolas |
| 20 mg Sb +5 /Kg / dia20 X 60 =1.200 mg Sb +5 / dia ÷ 81 = 14,8 ml ou aproximadamente três ampolas |
| **Crianças com 10 Kg**15 mg Sb +5 /Kg / dia15 X 60 = 150 mg Sb +5 / dia ÷ 81 = 1,8 ml ou aproximadamente um terço da ampola  |
| **Dose máxima diária:**Adultos: 3 ampolas ou 1.215 mg Sb +5 / diaCrianças até 12 anos: metade da dose máxima de adultos (uma ampola e meia) |

O tratamento conforme BACHUART, T (s/d) tem várias inconveniências: via de administração (intramuscular ou endovenosa), levando ao desconforto do paciente, altos índices de abandono (causa falha terapêutica, resistência do parasita, tratamento prolongado) e severos efeitos colaterais: toxicidade cardíaca, arritmias, trombocitopenia, alterações das enzimas hepáticas, artralgia, dentre outros.

Medicamento de segunda escolha Anfotericina B e Pentamidinas. Inconveniências: efeito colateral, via de administração – IM e EV, altos custos.

**Medidas preventivas**

Para evitar os riscos de transmissão, algumas medidas preventivas de ambientes individuais ou coletivos devem ser estimuladas, tais como Brasil (2009):

* Uso de repelentes, quando exposto a ambientes onde os vetores, habitualmente, possam ser encontrados;
* Evitar a exposição nos horários de atividades do vetor (crepúsculo e noite); em área de ocorrência de *L umbratilis*, evitar a exposição durante o dia e a noite;
* Uso de mosquiteiros de malha fina (tamanho da Malha 1,2 a 1,5 e denier 40 a 100), bem como a telagem de portas e janelas;
* Manejo ambiental por meio de limpeza de quintais, a fim de alterar as condições do meio que propiciem o estabelecimento de criadouros para as formas imaturas do vetor;
* Poda de arvores, de modo a aumentar a isolação, a fim de diminuir o sombreamento do solo e evitar as condições favoráveis (temperaturas e umidade) ao desenvolvimento de larvas de flebotomíneos;
* Destino adequado do lixo orgânico, a fim de impedir à aproximação de mamíferos comensais, como marsupiais e roedores, prováveis fontes de infecção para flebotomíneos;
* Limpeza periódica dos abrigos de animais domésticos;
* Manutenção de animais domésticos distantes do intradomicilio durante a noite, de modo a reduzir a atração dos flebotomídeo para esse ambiente;
* Em área de potencial transmissão, sugere-se uma faixa de segurança de 400 a 500 metros entre as residências e a mata. Entretanto, uma faixa dessa natureza terá que ser planejada para evitar erosão e outros problemas ambientais.

**Referencias Bibliográficas:**

1. Agencia de Notícias Fiocruz – www.fiocruz.br/ccs. Acesso 03 de Junho de 2012.
2. BACHUR, T. Palestra on line - www.portalfarmacia.com.br. CRF – MS.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. Secretaria de Vigilância em Saúde – 7ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana*. 2. Ed. Atual. – Brasília: Editora do ministério da saúde, 2007.
5. Portaria nº 2.472, de 31 de Agosto de 2010.