

- Sílvia Alencar Marques
- Alessandra Martins Bales
- Fernanda Baldo Gomes
- Paula Sian Lopes
- Maria Regina Cavariani Silveira
- Hamilton Ometto Stolf

# Leishmaniose tegumentar americana: apresentação clínica pseudolinfomatosa

**L**eishmaniose tegumentar americana (LTA) é enfermidade primariamente zoonótica, causada por parasitas do gênero *Leishmania* e transmitida ao homem por insetos vetores (flebotomíneos) da família *Psychodidae*, subfamília *Phlebotaminae*, e no Estado de São Paulo principalmente por espécies pertencentes ao gênero *Lutzomyia*.<sup>1,2</sup> O primeiro relato indiscutível de leishmaniose cutânea no Brasil deve-se a Adolpho Lindenberg (1909)<sup>3</sup> que, na Santa Casa de São Paulo, descreveu o encontro de parasitas em úlceras cutâneas de pacientes envolvidos na construção da Estrada de Ferro Noroeste, região onde grassava epidemia da enfermidade, então denominada úlcera de Bauru. Em 1911, Gaspar Vianna<sup>apud</sup> 4 propôs a denominação de *Leishmania braziliensis* ao agente, hoje *Leishmania (Viannia) braziliensis*, correspondendo a uma das diferentes espécies que causam a LTA no Brasil e a mais prevalente no Estado de São Paulo.<sup>5-7</sup>

Os reservatórios conhecidos da *Leishmania* spp. são múltiplos: roedores, canídeos, marsupias, ungulados, edentados, eqüinos e muare. <sup>8,9</sup> Os vetores, no Estado de São Paulo, conhecidos como mosquito-palha ou birigüi, são menores que os pernilongos comuns, muito pilosos, de coloração clara, e reconhecidos por manterem as asas eretas e entreabertas quando pousam. Atacam no período noturno, e unicamente as fêmeas são hematófagas. O flebotomíneo, ao picar o hospedeiro reservatório, se infecta com a forma amastigota do parasita que, no tubo digestivo do inseto, passa à forma promastigota, infectante e que prolifera. A fêmea, fortemente parasitada, ao voltar a picar, regurgita e infecta agora o novo hospedeiro, o homem, eventualmente.<sup>10</sup> Dentre as várias espécies de vetores do gênero *Lutzomyia*, a *L. intermedia* (antropofílica) distribui-se por vastas áreas e apresenta capacidade de adaptação às condições ecológicas atuais do Estado de São Paulo.<sup>2,10</sup>

O paciente infectado desenvolverá lesão no local do inóculo, com tempo de incubação em torno de

um a três meses. A lesão inicial é predominantemente pápulo-nodular, evoluindo, habitualmente, para úlcera típica, de contorno regular, borda ativa, infiltrada, fundo secretante grosseiramente granuloso e de dimensões variadas, usualmente indolores. A lesão tende a evoluir para cicatrização espontânea em período de 12 meses, mas isto não significa necessariamente cura, e o comprometimento secundário das mucosas ocorre em 15% a 20% dos casos não-tratados.<sup>6</sup> Dados do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde de São Paulo registra 6.449 casos acumulados, notificados nos últimos nove anos (1998-2006) para todo Estado.<sup>11</sup> Em recente estudo de série de casos do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual de São Paulo (FMB-Unesp), compreendendo o período de 1996 a 2006, foram diagnosticados 76 casos da forma cutânea (dados não publicados). Desta casuística, observou-se paciente com forma incomum da LTA, de padrão tumoral e pseudolinfomatosa, não diagnosticada nos serviços de saúde da região de origem, e cuja apresentação clínica motiva o presente relato.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 38 anos, lavrador e procedente de Itaip, São Paulo. Referia aparecimento da lesão há seis meses, subsequente a trauma local. Era etilista e tabagista, negando outras comorbidades. A lesão evoluiu lentamente até atingir o aspecto atual. Procurou atenção médica e foi medicado com antibióticos tópicos e sistêmicos, sem melhora. Ao exame dermatológico, apresentava lesão de aspecto tumoral, com área central de aspecto vegetante-verrucoso e limites pouco nítidos, infiltrativo, de 15 cm no maior diâmetro, localizada na região frontal e periorbicular esquerda. A mesma lesão progredia para região malar, bilateralmente, mantendo aspecto infiltrativo e coloração eritemato-acastanhada (*Figuras 1 e 2*). Inicial-

mente as hipóteses diagnósticas foram de linfoma cutâneo, leishmaniose, paracoccidiodomicose e esporotricose.

A investigação oftalmológica afastou acometimento ocular, a investigação laboratorial mostrou hemograma e exames bioquímicos normais e exames sorológicos antívirus da imunodeficiência humana (HIV), vírus da hepatite B (VHB) e vírus da hepatite C (VHC), negativos. A reação intradérmica de Montenegro foi positiva, 10 x 10 mm.

O exame anatomopatológico de biópsias, tanto da lesão frontal quanto da lesão infiltrada malar, definiu o diagnóstico ao revelar a presença de hiperplasia pseudoepteliomatosa da epiderme, principalmente no fragmento oriundo da lesão frontal, associada à presença de processo inflamatório crônico granulomatoso denso ocupando toda a espessura da derme e, permitir a visualização de formas parasitárias amastigotas no interior de macrófagos de ambos os fragmentos. A coloração para fungos resultou negativa. O exame otorrinolaringológico não revelou a presença de lesão mucosa.

O diagnóstico final foi de leishmaniose tegumentar americana, com aspecto tumoral inusitado e de difícil diagnóstico clínico. O paciente foi tratado com antimoniato de meglumina (Glucantime®), na dose de 15 mg/kg/dia por 30 dias, com completa remissão do quadro e lesão cicatricial, residual, de aspecto vitiligóide como seqüela inestética local.

## DISCUSSÃO

A leishmaniose tegumentar americana persiste como problema de saúde pública no Estado de São Paulo, a julgar pelos dados do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde do Estado, que registraram o total de 6.449 notificações no período de 1998 a 2006, com maior número de notificações no ano de 2003 (1.147 casos) e redução para 505 casos notificados para todo o Estado no ano de 2006.<sup>11</sup> Na até então (2006) designada Divisão Regional de Saúde de Botucatu, São Paulo, (DIR-XI), o total de casos no período (1998-2006) correspondeu a 539 casos, sendo que os municípios de Botucatu e Piraju registraram o maior número acumulado de notificações, 98 e 69 casos, respectivamente.<sup>11</sup> Os dados relativos ao município de Botucatu destoam daqueles efetivamente atendidos no Hospital das Clínicas da FMB-Unesp, hospital de referência para a região, e podem significar contabilização como autóctones de casos ali diagnosticados, mas na realidade oriundos de outras cidades ou regiões, e erroneamente consignados no sistema como pertencentes ao município de Botucatu. Dos 76 casos registrados no Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, entre 1997 e 2006, os pacientes com lesões na face corresponderam a 32,3% da amostra e as lesões de padrão infiltrativo estavam presentes em 11,2% deles. Destaca-se que lesão no segmento cefálico de padrão infiltrativo não é rara, embora os profissionais da saúde associem a suspeita de leishmaniose classicamente à lesão

ulcerada. Ainda incomum no presente relato é a intensidade do quadro, fator adicional na indução ao erro ou no atraso na formulação diagnóstica correta e propiciando morbidade e seqüela além do esperado. A exuberância clínica do caso, a presença de formas parasitárias no tecido, passados já seis meses da provável inoculação, sugerem duas possibilidades: maior suscetibilidade individual, agravada pelo grau de consumo de álcool assumido pelo paciente, ou virulência do agente, provável *L. (Viannia) braziliensis*, dada a experiência prévia do serviço na identificação do agente em outros casos oriundos da área de origem do caso relatado,<sup>4,9</sup> ou ambos associada e sinergisticamente. A adequada resposta mostrou a efetividade do Glucantime® como terapêutica viável e prática como tratamento ambulatorial, ainda que associada a efeitos indesejáveis, como mialgia, artralgia e cefaléia, referidos por muitos dos pacientes.



**Figura 1.** Lesão infiltrada de leishmaniose tegumentar americana, com centro de aspecto vegetante-verrucoso.



**Figura 2.** Detalhe da lesão com destaque para a invasão da região palpebral pelo processo infeccioso.

## CONCLUSÃO

Em conclusão, é da maior importância estarem os profissionais e serviços de saúde conscientes de que a leishmaniose tegumentar americana é ainda endêmica no Estado de São Paulo, podendo se apresentar com padrão clínico-histopatológico pseudotumoral e que, entre os vetores, o *Lutzomyia intermedia* apresenta adaptação ecológica às condições de flora hoje prevalentes no Estado e ao ambiente peridomiciliar rural.

**Silvio Alencar Marques.** Professor livre-docente, Departamento de Dermatologia e Radioterapia, Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp).

**Alessandra Martins Bales.** Acadêmica de Medicina, Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp).

**Fernanda Baldo Gomes.** Acadêmica de Medicina, Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp).

**Paula Sian Lopes.** Residente de Dermatologia, Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp).

**Maria Regina Cavariani Silvares.** Professora assistente, Departamento de Dermatologia e Radioterapia, Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp).

**Hamilton Ometto Stolf.** Professor assistente doutor, Departamento de Dermatologia e Radioterapia, Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp).

## INFORMAÇÕES

Local onde foi produzido o manuscrito: Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp).

### Endereço para correspondência:

Silvio Alencar Marques  
Rua Costa Leite, 515  
Botucatu (SP) — CEP 18600-010  
Tel. (14) 3882-4922 — Cel. (14) 9671-0241  
E-mail: smarques@fmb.unesp.br

Fonte de fomento: nenhuma

Conflito de interesse: nenhum.

## REFERÊNCIAS

1. de Camargo-Neves VL; Brasil MT. Leishmaniose Tegumentar Americana no estado de São Paulo: situação epidemiológica 2001-2002. [American leishmaniasis in the state of São Paulo: epidemiological status in 2001-2002]. Rev Soc Bras Med Trop. 2003;36(Suppl 2):30-5.
2. Superintendência de controle de endemias (SUCEN). Leishmaniose tegumentar americana. Listagem de espécies de flebotomíneos capturados em focos de transmissão de leishmaniose tegumentar americana (LTA) por município e localidade. Disponível em: [http://www.sucen.sp.gov.br/doencas/leish\\_teg/texto\\_leish\\_tegum\\_pro2.htm](http://www.sucen.sp.gov.br/doencas/leish_teg/texto_leish_tegum_pro2.htm). Acessado em 2007 [24 ago].
3. Lindenberg A. A úlcera de Bauru e o seu micróbico. Comunicação preventiva. Revista Médica de S. Paulo. 1909;12:116-120.
4. Falqueto A. Sessa PA. Leishmaniose tegumentar americana. In: Veronesi R, Focaccia R, editores. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 1221-33.
5. Stolf HO, Marques SA, Marques MEA, Yoshida ELA, Dillon NL. Surto de leishmaniose tegumentar americana em Itaporanga, São Paulo (Brasil). [Outbreak of American cutaneous leishmaniasis in Itaporanga, São Paulo (Brazil)]. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 1993;35(5):437-42.
6. Vale ECS, Furtado T. Leishmaniose tegumentar no Brasil: revisão histórica da origem, expansão e etiologia. [Tegumentary leishmaniasis in Brazil: a historical review related to the origin, expansion and etiology]. An Bras Dermatol. 2005;80(4):421-8.
7. Garcia FCB, Santos SSR, Chociaj MF, Medeiros ACR, Roselino AMF. Métodos subsidiários para o diagnóstico da leishmaniose tegumentar americana (LTA): comparação dos resultados do sequenciamento de DNA e da PCR-RFLP para determinação da espécie de leishmania em amostras cutâneo-mucosas. [Subsidiary methods for the diagnosis of American tegumentar leishmaniasis (ATL): comparison of sequencing of DNA and PCR-RFLP for identification of leishmania species in skin samples]. An Bras Dermatol. 2005;80(Supl 3):S339-44. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/abd/v80s3/3v80a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abd/v80s3/3v80a13.pdf). Acessado em 2007 [24 ago].
8. Yoshida ELA, Correa FMA, Marques SA, et al. Human, canine and equine (*Equus caballus*) leishmaniasis due to *Leishmania braziliensis* (= *L. braziliensis braziliensis*), in the south-west region of São Paulo state, Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz. 1990;85(1):133-4.
9. Grimaldi G Jr, Momen H, Naiff RD, McMahon-Pratt D, Barrett TV. Characterization and classification of leishmanial parasites from humans, wild mammals, and sand flies in the Amazon region of Brazil. Am J Trop Med Hyg. 1991;44(6):645-61.
10. Rey L. Leishmania e leishmanioses: os parasitos. In: Rey L, ed. Parasitologia. Parasitas e doenças parasitárias do homem nas Américas e na África. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. p. 182-92.
11. CVE — Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Leishmaniose tegumentar americana. Leishmaniose tegumentar no Estado de São Paulo. Casos notificados por regional de residência e ano da notificação — 1993 a 2006. Disponível em: [http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/zoo/lta\\_reg.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/zoo/lta_reg.htm). Acessado em 2007 [24 ago].

Data de entrada: 19/7/2007

Data da última modificação: 10/10/2007

Data de aceitação: 11/10/2007

## RESUMO DIDÁTICO

- Leishmaniose tegumentar americana é enfermidade ainda endêmica no Estado de São Paulo.
- Há adaptação de vetores às atuais condições ecológicas do Estado, mesmo após a substituição de florestas primárias.
- As lesões cutâneas surgem no local do inóculo e manifestam-se classicamente por úlceras de bordas elevadas.
- Lesões de padrão infiltrativo na leishmaniose tegumentar americana não são raras, mas são pouco descritas ou enfatizadas.
- O diagnóstico de certeza da leishmaniose tegumentar americana requer a combinação de elementos clínicos, epidemiológicos, histológicos e imunológicos.