



Boletim Epidemiológico

Vigilância em Saúde

26/12/2019

Volume 2, número 2, ano 2019

Nesta edição

- Abordagem da Leishmaniose Tegumentar Americana e Leishmaniose Visceral
- Fluxograma assistencial de pacientes com Leishmanioses
- Série histórica de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana e Leishmaniose Visceral
- Apresentação das Referências Técnicas municipais

Entre em contato
Vigilância em Saúde-(31)
3662-3776

Expediente:
Michelli de Matos
Moreno – Chefe de
Divisão de Vigilância em
Saúde
Rachel Lage Brito –
Técnico em Informação
da Saúde
Hélio Renato Neri –
Técnico em Informação

Abordagem da Leishmaniose Tegumentar Americana e Leishmaniose Visceral

Descrição: Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA): Doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoário, de transmissão vetorial, que acomete pele e mucosas.

Leishmaniose Visceral (LV): Doença crônica e sistêmica, que, quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos.

Contexto epidemiológico: Nas últimas décadas, a LTA, apresentou mudanças no seu comportamento. Inicialmente considerada zoonose de animais silvestres, que acometia ocasionalmente pessoas em contato com florestas, a LTA começou a ocorrer em zonas rurais já praticamente desmatadas e em regiões periurbanas. Ao se analisar a evolução da LTA no Brasil, observa-se uma expansão geográfica, sendo que, no início da década de 1980, foram registrados casos autóctones em 19 Unidades Federadas e, no ano de 2003, foi confirmada autoctonia em todas as Unidades da Federação. A região Norte vem contribuindo com o maior número de casos (cerca de 37,3% do total de casos registrados, no período) e com os coeficientes médios mais elevados (73,3 casos/100.000 hab.), seguida das regiões Centro-Oeste (35,4 casos/100.000 hab.) e Nordeste (18,8 casos/100.000 hab.).

A LV está distribuída em 21 Unidades da Federação, atingindo as cinco regiões brasileiras. Na década de 1990, aproximadamente 90% dos casos notificados de LV ocorreram na região Nordeste. À medida que a doença se expande para as outras regiões, essa situação vem se modificando e, em 2012, a região Nordeste foi responsável por 43,1% dos casos do país. Os dados dos últimos 10 anos revelam a periurbanização e a urbanização da LV. No período de 2003 a 2012, a média anual de casos de LV foi de 3.565 casos e a incidência de 1,9 caso/100.000 hab. No mesmo período, a letalidade média foi de 6,9%, atingindo os maiores percentuais nos anos de 2003 (8,5%) e 2004 (8,2%). A doença é mais frequente em crianças com menos de 10 anos (41,9%) e o sexo masculino é proporcionalmente o mais afetado (62,8%). A razão da maior suscetibilidade em crianças é explicada pelo estado de relativa imaturidade imunológica celular, agravado pela desnutrição, tão comum nas áreas endêmicas, além de uma maior exposição ao vetor no peridomicílio. Por outro lado, o envolvimento do adulto tem repercussão significativa na epidemiologia da LV, pelas formas frustras (oligossintomáticas) ou assintomáticas, além das formas com expressão clínica.

Agentes causadores: As leishmânias (protozoários) são transmitidas ao homem (e também a outras espécies de mamíferos) por insetos vetores ou transmissores, conhecidos como flebotomíneos. No Brasil as 3 principais espécies de leishmanias envolvidas com a LTA são: *Leishmania (Leishmania) amazonensis*,

da Saúde
Thiago Becker – Médico/
Referência Leishmaniose
Clésia Justino de Paula –
Referência Técnica
Leishmaniose
Adriana Toledo –
Referência Farmacêutica

Leishmania (*Viannia*) *guyanensis*, *Leishmanis* (*Viannia*) *brasiliensis*. Já na LV, o agente etiológico é a *Leishmania* (*Leishmania*) *chagasi*. A transmissão acontece quando uma fêmea infectada de flebotomíneo passa o protozoário a uma vítima sem a infecção, enquanto se alimenta de seu sangue. Tais vítimas, além do homem, são vários mamíferos silvestres (como a preguiça, o gambá, roedores, canídeos) e domésticos (cão, cavalo etc). Os flebotomíneos são insetos pequenos, de cor amarelada e pertencem à ordem Díptera. Esses insetos podem ser conhecidos por diferentes nomes de acordo com a sua ocorrência geográfica, como tatuquira, mosquito palha, asa branca, cangalhinha, birigui, anjinho, entre outros.

Sinais e sintomas: A diversidade das espécies de leishmânia, associada à capacidade de resposta imunitária de cada indivíduo à infecção, está relacionada com as várias formas clínicas das leishmanioses. As leishmanioses tegumentares causam lesões na pele, mais comumente ulcerações e, em casos mais graves (leishmaniose mucosa), atacam as mucosas do nariz e da boca. Já a leishmaniose visceral, como o próprio nome indica, afeta as vísceras (ou órgãos internos), sobretudo fígado, baço, gânglios linfáticos e medula óssea, podendo levar à morte quando não tratada. Os sintomas incluem febre, emagrecimento, anemia, hepatoesplenomegalia, hemorragias e imunodeficiência. Doenças causadas por bactérias (principalmente as pneumonias) ou manifestações hemorrágicas são as causas mais frequentes de morte nos casos de leishmaniose visceral, especialmente em crianças.

Diagnóstico e tratamento: O diagnóstico parasitológico é feito através da demonstração do parasito por exame direto ou cultivo de material obtido dos tecidos infectados (medula óssea, pele ou mucosas da face) por aspiração, biópsia ou raspado de lesões. Para o diagnóstico, há também métodos imunológicos que avaliam a resposta de células do sistema imunitário e a presença de anticorpos anti-*Leishmania*. Nesta categoria se incluem o teste cutâneo de Montenegro e testes sorológicos (exame de sangue), dos quais os mais utilizados são os ensaios de imunofluorescência indireta (IFI) e o imunoenzimático (ELISA). Nem o teste de Montenegro nem os métodos sorológicos positivos significam doença, mas sim, indicam infecção por *Leishmania*, que pode ser atual ou passada. Há também os métodos moleculares (PCR) que detectam a presença de ácidos nucleicos do parasito. Os elementos clínicos e epidemiológicos também contribuem substancialmente para o diagnóstico. Para todas as formas de leishmaniose, o tratamento de primeira linha no Brasil se faz por meio do antimoniato de meglumina (Glucantime®). Outras drogas, utilizadas como segunda escolha, são a anfotericina B e a pentamidina. Todas essas drogas têm toxicidade considerável. Ver fluxograma I e II deste boletim

Prevenção: Não há vacinas contra as leishmanioses humanas. As medidas mais utilizadas para o combate de enfermidade se baseiam no controle de vetores e dos reservatórios, proteção individual, diagnóstico precoce e tratamento dos doentes, manejo ambiental e educação em saúde. Há vacinas contra leishmaniose visceral canina licenciadas no Brasil e na Europa. O cão doméstico é considerado o reservatório epidemiológico mais importante para a leishmaniose visceral americana, mas o Ministério da Saúde do Brasil não adota a vacinação canina como medida de controle da leishmaniose visceral humana. Devido ao

diminuto tamanho, o encontro de larvas e pupas de flebotômíneos na natureza é tarefa extremamente difícil, por essa razão não há nenhuma medida de controle de vetores que contemple as fases imaturas. As medidas de proteção preconizadas consistem basicamente em diminuir o contato direto entre humanos e flebotômíneos. Nessas situações as orientações são o uso de repelentes, evitar os horários (17h-23h) e ambientes de maior repasto das fêmeas, a utilização de mosquiteiros de tela fina e, dentro do possível, a colocação de telas de proteção nas janelas. Outras medidas importantes são manter limpas as áreas próximas às residências e os abrigos de animais domésticos; realizar podas periódicas nas árvores para que não se criem ambientes sombreados. Além disso, deve-se não acumular lixo orgânico, objetivando evitar a presença de mamíferos comensais próximos às residências, como marsupiais e roedores, que são prováveis fontes de infecção para flebotômíneos.

Fluxogramas: Seguem-se abaixo os fluxogramas para abordagem da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e Leishmaniose Visceral (LV) no município de Pedro Leopoldo, descrevendo as ações a serem tomadas diante dos casos suspeitos, as diretrizes terapêuticas para condução dos casos e as medidas administrativas a serem tomadas quanto à notificação dos órgãos competentes.

Série histórica de Leishmanioses no município de Pedro Leopoldo-MG

Em Pedro Leopoldo podemos observar o número de casos de LV e LTA nas tabelas 1 e 2:

Tabela 1: Série Histórica de número de Casos Confirmados e Descartados de LV em Pedro Leopoldo. 2010-2019*

LEISHMANIOSE VISCERAL 2010-2019

Class. Final	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
Confirmado	1	1	0	0	1	2	1	1	0	1
Descartado	2	4	1	3	4	5	1	4	2	3

Fonte: SINAN

* Dados Parciais referentes a 2019, sujeitos à alterações.

Tabela 2: Série Histórica de número de Casos Confirmados e Descartados de LTA em Pedro Leopoldo. 2010-2019*

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA 2010-2019

Class.	2010	2011	2012	2013	2016	2017	2018	2019	Total
Confirmado	3	4	2	1	2	6	7	9	34
Descartado	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN

*Dados Parciais referentes a 2019, sujeitos à alterações.

Vale ressaltar que tanto a LV como a LTA são doenças muitas vezes negligenciadas e apresentam sub notificações de casos. É importante então, a constante sensibilização da rede assistencial para a devida suspeição dos casos, notificação e correto manejo dos pacientes.

Referências Técnicas Municipais

O médico Dr. Thiago Silva Becker e a enfermeira Clésia Justino de Paula são as referências Municipais em LTA. Os mesmos foram devidamente capacitados por profissionais do ambulatório de leishmanioses do Centro de Pesquisa René Rachou, instituição esta, referência no atendimento e acompanhamento de pacientes com este agravo.

As referências municipais estarão aptas a realização de diagnóstico, acompanhamento do tratamento e evolução dos pacientes, além de manterem ampla possibilidade de discussão de casos com toda rede assistencial do município.

Com isto o paciente poderá ter todo o apoio desde o diagnóstico até a sua alta no próprio município sem a necessidade de deslocamento para Belo Horizonte.

Vale ressaltar que embora os casos de LV sejam mais concentrados em ambientes hospitalares, as referências municipais também podem oferecer apoio técnico para acompanhamento e discussão de casos.

Referências

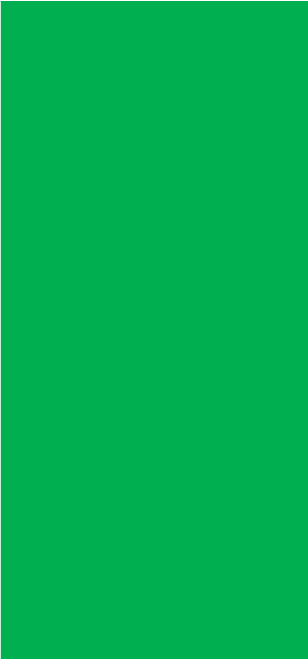
World Health Organization. Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases: First WHO report on neglected tropical diseases. [Acessado em nov. 2010]. Disponível em http://www.who.int/neglected_diseases/2010report/NTD_2010report_embargoed.pdf.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento da co-infecção Leishmania-HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [Monografia na internet] Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_leish_hiv.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Leishmaniose visceral grave: normas e condutas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Monografia na internet] Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_lv_grave_nc.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Atlas de Leishmaniose Tegumentar Americana:



diagnósticos clínicos e diferenciais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Monografia na internet] Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atlas_lta.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana. 2^a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. [Monografia na internet] Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2_lta_2ed.pdf

Kassi M, et al. Marring leishmaniasis: the stigmatization and the impact of cutaneous leishmaniasis in Pakistan and Afghanistan. São Francisco (USA): PLoS Neglected Tropical Diseases, 2008; 2(10): e259.

Hotez PJ. Stigma: The Stealth Weapon of the NTD. São Francisco (USA): PLoS Neglected Tropical Diseases, 2008; 2(4): e230.