

CASO AUTÓCTONE DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR

(RIO GRANDE DO SUL)

DR. OSCAR PEREIRA

Docente de Microbiologia e Assistente das Clínicas Dermatológica e Sifiligráfica.

AO assumirmos a assistência das Clínicas Dermatológica e Sifiligráfica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, de acôrdo com o catedrático e o substituto dessas clínicas, Profs. Ulysses de Nonohay e Carlos Leite, iniciamos as pesquisas parasitológicas e bacteriológicas indispensáveis à elucidação de casos ou à confirmação de suspeitas clínicas.

Por êsse motivo, tivemos oportunidade de em 25 de Setembro do corrente ano, em esfregaços corados pelo método de Giemsa, e retirados dos bordos e da profundidade das lesões apresentadas no lábio superior por um doente recolhido à 23.^a Enfermaria, leito 3, papeleta 9.338, constatar a presença de alguns exemplares de corpos de Leishman (*Leishmania brasiliensis*).

Levamos por essa ocasião ao conhecimento do Prof. Ulysses de Nonohay êsse nosso diagnóstico parasitológico, tendo êle, a 28 do mesmo mês, apresentado o doente à turma da 4.^a série médica, em aula teórica.

Com autorização do diretor da 23.^a Enfermaria, Prof. Carlos Leite, tomamos a responsabilidade do tratamento dêsse paciente.

Mister se faz, antes de entrarmos na descrição do caso clínico e da sua terapêutica, uma resenha dos diversos trabalhos publicados no país relativos a leishmaniose tegumentar.

Como é do conhecimento a leishmaniose existe no Brasil há muitos anos, tendo sido assinalada em diversas zonas do nosso território, com as denominações de úlceras de Baurú, úlcera de Avanhandava, úlcera da Neroeste, botão da Baía, ferida brava e até com a errônea denominação de boubra brasileira.

O saudoso dermatologista Eduardo Ra-

bello, que até bem pouco ocupou a cátedra das "Clínicas Dermatológica e Sifiligráfica" da Universidade do Brasil, dividiu em três fases o estudo do histórico dessa patogenia.

A primeira fase compreende o período prehistórico, terminando em 1885, com a verificação clínica do botão da Baía e a sua filiação ao botão endêmico dos países quentes.

Para Rabello, é a Fray Hypolito Sanchez Rangel de Favas y Quirós que devemos a citação da mais antiga observação de leishmaniose, em regiões do Amazonas no ano de 1827.

A-pesar-de no Perú e no México, graças à arte cerâmica, encontrarmos reproduções de lesões que podem ainda hoje serem diagnosticadas como lesões leishmanióticas, datar de uma época anterior à conquista americana, era precolumbiana, nenhum sinal temos da presença da leishmaniose no Brasil, pois os viajantes que logo após a descoberta estiveram em contacto com os nossos patriotas, nada referem a respeito dessa afecção.

Devemos portanto considerar a citação de Fray Hypolito como a primeira notificação dêsse estado mórbido no Brasil.

A segunda fase vai de 1885, que assinala os estudos iniciais feitos na Baía, até 1909, data em que foi descoberto e descrito, nas úlceras de Baurú, o parasita específico.

Em 1885, Alexandre Cerqueira, identificou, ao botão do Oriente, uma moléstia que êle observara.

Juliano Moreira, em comunicação à Sociedade de Medicina e Cirurgia da Baía no ano de 1895, apresentou estudos e observações clínicas que confirmam os trabalhos de Cerqueira.

Ainda como contribuição da escola baia-

na, nesse mesmo ano, Adeodato de Souza descreve o botão da Baía e identifica ao do Oriente, em sua tese de doutoramento.

Com o aparecimento de uma epidemia de úlceras que dão lugar mais tarde a localizações nas mucosas, na zona da estrada de ferro Noroeste (Estado de São Paulo) movimentaram-se os cientistas paulistas para uma série de estudos sob o ponto de vista brasileiro dessa entidade mórbida.

Os primeiros doentes que chegaram à capital do estado bandeirante foi pelo ano de 1907.

No mês de Março de 1909, como tem sucedido várias vezes em ciência, os Profs. Lindembérg, por um lado e Paranhos e Carini, por outro, descrevem a presença do parasita da leishmaniose em doentes portadores de úlceras de Baurú e vindos da mesma procedência.

Em 1910, Carlos Rao faz a mesma descoberta nas úlceras do Amazonas e no mesmo ano A. Matta assinala pela primeira vez a doença no Pará.

Propriamente devíamos dizer que a terceira fase tem início em 1910, pois só nessa época é que foi verificado o parasita em lesões das mucosas que até então eram diferentemente interpretadas e desde aí passaram para o quadro da leishmaniose definitivamente.

Coube ainda à escola paulista por intermédio de Splendore, em doentes da Noroeste, essa verificação.

Segue-se o trabalho de Bueno de Miranda no estudo das complicações para o lado das mucosas.

Em 1910, Pedroso e Dias da Silva cultivaram pela primeira vez a leishmania das úlceras de Baurú, semeando em meio de Nicolle.

Após alguns dias, obtiveram nos meios culturais, parasitas, em diversas fases de evolução, formando no campo microscópico aglomerados em formas de rosáceas.

Merecia propriamente um capítulo à parte a descoberta do tratamento quimioterápico pelo tártaro emético, em 1912, pois não só foi um dos grandes feitos da ciência nacional como imortalizou o gênio inolvidável do jovem cientista brasileiro Gaspar Viana, que tão alto elevou o nome de nossa

Pátria, com os meticolosos trabalhos laboratoriais.

Em 1913, Brumpt e Pedroso atribuíram aos tabanídeos as possibilidades da transmissão da moléstia.

A. Lindenberg, em 1915, propõe o tratamento pelo TRYPOSAFROL e a seguir apresenta um trabalho sobre o tratamento pela TRIXIDINA.

Nesse mesmo ano, Oscar d'Utra e Silva publica um trabalho sobre o tratamento dessa infecção parasitária.

Em 1914, Castro Cerqueira envia à Faculdade de Medicina da Baía uma tese sobre leishmaniose.

Em 1919, Oliveira Santiago, em tese apresentada à Faculdade de Medicina de São Paulo, refere-se ao tratamento pelos antimonialis.

Nesse mesmo ano, Hermeto Tourinho apresenta trabalho inaugural à Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, com duas observações cujos diagnósticos clínico e parasitológico, pertencem aos Profs. Ulysses de Nonohay e Pereira Filho, respectivamente.

Aragão, no Rio de Janeiro, em 1922, produziu a leishmaniose experimental do cão pela inoculação de triturados de "Phlebotomus intermedius" procedentes de um foco de moléstia em Santa Teresa e Silvestre.

A. Lutz, A. Neiva, Pirajá da Silva e Castro Cerqueira, imputam ao "Phlebotomus intermedius" a responsabilidade pela infecção.

Castro Cerqueira e Amarilio Vasconcelos apresentaram um relatório sobre a incidência da leishmaniose no Rio de Janeiro, em 1922.

Em 1923, Eduardo Rabello descreve as diversas formas clínicas da leishmaniose e Mário Otoni de Rezende apresenta uma nota prévia sobre um novo tratamento da leishmaniose nas mucosas.

Em 1924, Aguiar Pupo, assistindo a uma forma grave de leishmaniose, da qual era portadora uma criança, e diante das dificuldades de aplicação das injeções endovenosas de tártaro emético, usou uma série de injeções do Eparseno Poulenc.

Conseguiu, segundo diz Alcântara Madeira, Aguiar Pupo ótimo resultado na prá-

tica, principalmente nos casos que apresentavam lesões da mucosa.

Horácio de Paula Santos entregou, em 1926, à Faculdade de Medicina de São Paulo, para doutoramento, a tese: "Tratamento da leishmaniose da mucosa pelo Eparseno (amino-arseno-fenol-132) de Pomaret — Método Aguiar Pupo."

Cita o autor dêsse trabalho 23 observações da clínica oto-rino-laringológica da Policlínica de São Paulo e 5 observações da clínica privada dos Drs. Pupo, Pimenta e Azevedo, em cujos pacientes o tratamento pelo Eparseno, apresentou, afora os inconvenientes dos derivados arseno-benzólicos; segundo as observações de Jeanselmi, na sífilis, os melhores resultados.

Nesse trabalho inaugural propõe Paula Santos que o tratamento pelo Eparseno, em homenagem ao iniciador do seu emprêgo na leishmaniose tegumentar, tenha o nome de "Método de Aguiar Pupo."

J. Montenegro, em 1926, foi quem utilizou, pela primeira vez, para fins de diagnóstico, a reação alérgica, resultante da injeção intradérmica de um extrato de leptomonas da *Leishmania brasiliensis*.

Tem grande valor esta reação pois, apesar-de, na maioria dos casos, os sinais clínicos serem mais que suficientes para estabelecer o diagnóstico da leishmaniose cutânea, em alguns dêsses casos, só o encontro do parasita é que permite, com precisão, firmar o diagnóstico.

No início da moléstia a presença de numerosas leishmanias é regra, decrescendo à medida que a afecção vai entrando no seu período de cronicidade, sendo somente encontrados em uma pequena percentagem dos casos.

O uso do tártaro emético assim como a presença de germes piogênicos dificultam em muito a pesquisa direta.

Em 1927, mais um trabalho inaugural é apresentado à Faculdade de Medicina de São Paulo, com o título "O antimônio no tratamento específico da leishmaniose tegumentar (A contribuição da Medicina Brasileira. O sb. 211 Bayer como medicamento específico da leishmaniose)", de autoria de José Moacyr de Alcântara Madeira.

Descreve 25 observações de doentes pau-

listas, nos quais o preparado de antimônio "sb. 211 Bayer" deu os melhores resultados.

Alcântara Madeira conclue, apresentando diversas vantagens do processo, salientando, especialmente, a sua ação cicatrizante, quer sôbre as lesões cutâneas, como também sôbre as lesões das mucosas, notadamente rebeldes aos efeitos do tártaro emético.

Lindemberg e Alcântara Madeira, na Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina de São Paulo, empregaram com sucesso essa medicação.

Aguiar Pupo, em 1935, preconiza o uso das injeções intramusculares de arsenito de sódio no tratamento da leishmaniose tegumentar.

Cita o autor 8 casos de leishmaniose tegumentar, observados em São Paulo, na sua enfermaria na Santa Casa de Misericórdia e em doentes da clínica particular, curados todos com as injeções de arsenito de sódio, de 2 a 5 miligramas.

A fórmula indicada em seu tratamento é a seguinte:

Ácido arsenioso	{	ã ã
Carbonato de sódio anidro...	}	25 cents.
Cloreto de sódio		2 grs.
Água destilada		250 cc.

dividida em empôlas de 2 a 5 cc. e esterilizada por tindalização.

Nota: 1 cc. corresponde a 1 miligr. de arsenito de sódio sôbre a forma de meta-arsenito de sódio (Na. A S O²).

Aconselha Pupo a aplicar injeções de 2 cc. por via intramuscular, 2 vezes por semana elevando, a seguir, a dose para 5 cc. também 2 injeções semanais.

A cicatrização das úlceras processou-se, integralmente, nos casos tratados por Pupo, no decorrer de 30 a 40 dias.

Esse cientista brasileiro assim se refere, textualmente, ao seu processo:

"Tôda vantagem do método que ora propomos reside no emprêgo de um produto oficial preconizado pelas farmacopéias internacionais, de fácil preparo e que se aplica com as facilidades da via muscular; assim desobrigamos os doentes pobres em sua quase totalidade, dos grandes dispêndios em

especialidades farmacêuticas estrangeiras de alto custo, como sejam os compostos de arsênico e antimônio e atualmente utilizados na cura da leishmaniose; o tártaro emético, que do ponto de vista farmacêutico apresenta as mesmas facilidades, tem o inconveniente da aplicação exclusiva pela via venosa, que restringe sobremodo a sua vulgarização nos meios rurais."

Para realçar, ainda, o seu método de tratamento, diz Pupo que os acidentados de arsenismo podem ser afastados pela observação clínica, evitando-se fenômenos agudos decorrentes do emprêgo dos arsenicais orgânicos, em doses maciças, como sejam as crises nitritóides, a apoplexia serosa, a eritrodermia descamativa e a atrofia amarela aguda do fígado.

Em 1939, a Comissão de Estudos da Leishmaniose Tegumentar, criada pelo Departamento Estadual de Saúde de São Paulo, realizou diversos trabalhos que podem ser divididos nos 3 itens seguintes:

1.º — estudos epidemiológicos; 2.º — estudos sobre a patogenia; 3.º — estudos sobre a transmissão.

Nesses trabalhos contribuíram os pesquisadores Bruno Pestana, Samuel Pessoa, Aniceto Corrêa, Francisco Vilela, Francia Martins, Ayrosa Galvão, J. Coutinho, Mauro Pereira Barreto que, ainda no presente, continuam a efetivar estudos especializados da leishmaniose no estado de São Paulo.

Em 1942, César Pinto em sua "Sinópsese das doenças parasitárias do homem" diz que Santayana Mascarenhas constatou casos de leishmaniose, neste Estado, nas proximidades de Santa Catarina.

Algumas palavras devem ser ditas sobre as vias de propagação da leishmaniose. J. Montenegro, em sua monografia "Inoculabilidade da leishmania", considera no que diz respeito à implantação da leishmania nas mucosas, 4 hipóteses:

1.º — a implantação se faz pela ferroadada do vector na junção mucocutânea;

2.º — por metastases, seguindo a via sanguínea;

3.º — por metastases, seguindo a via linfática;

4.º — pelo contacto dos dedos contaminados.

Montenegro é de opinião que a grande maioria dessas implantações se faz pela autoinoculação da mucosa nasal.

O Dr. Hartung, em sua tese inaugural apresentada à Faculdade de Medicina de São Paulo, assinala que é sempre na mucosa do sépto cartilaginosa, o local do nariz, em que a leishmaniose se assesta.

Diz mais que em um grande número de vezes, este ponto inicial corresponde à altura da extremidade anterior do corneto inferior.

E' esse o ponto que corresponde mais ou menos ao atingido pela unha do dedo tão comumente inserido no nariz para remoção de crosta.

Klotz informa que as lesões leishmanióticas das mucosas começam em camadas profundas e só depois atingem a superfície.

Diversos autores descrevem linfangites, as quais se apresentam sob a forma de cordões duros e algumas vezes dolorosos o que faz crer em uma invasão, pela via linfática.

Lindenberg por sua vez, relata 3 casos, em que o sistema venoso do antebraço era acompanhado por pequenos nódulos muito duros, do tamanho de um grão de milho, e que levaram este cientista a admitir que eram flebites de origem leishmaniótica, pois essas flebites cederam, completamente, à ação curativa do tártaro emético.

Acreditando-se que essas lesões fôsse produzidas pelas leishmanias temos, evidentemente, que admitir a invasão metastática pela via sanguínea.

Do exposto, conclue-se que o organismo atingido de leishmaniose sofre um processo de generalização, seja pela via sanguínea ou pela via linfática, dando, em consequência, as graves lesões da mucosa.

Considerando, ainda, que o período de invasão varia entre 3 semanas e alguns meses e mesmo anos, tempo mais que suficiente para cicatrização traumática, não devemos nos surpreender que o processo leishmaniótico evolua do fundo para a superfí-

cie, como acontece nas lesões produzidas por autoinoculação cutânea.

Quanto ao diagnóstico diferencial deverá êle ser feito com a sífilis, blastomicose, cromomicose, lepra tuberosa e tuberculose.

J. T., de 26 anos, brasileiro (município de Encantado), casado, trabalhador rural, baixou à 23.^a enfermaria da Santa Casa de

4 anos, enquanto as ulcerações do nariz e lábios existiam há 2 anos e 3 meses.

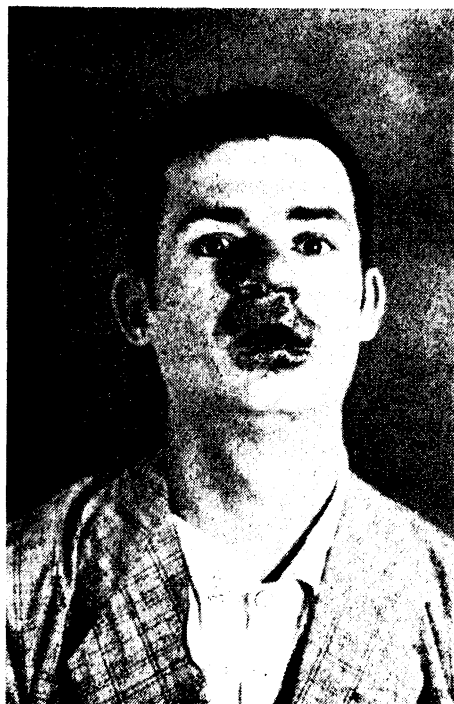
Recorda-se de ter sentido picadas de insetos nas partes descobertas do corpo, quando empregava a sua atividade na derrubada de matas para abertura de estradas no interior do município de Encantado.

Nega antecedentes venéreos.

Descrição das lesões: — Apresenta hipertrofia do lóbulo nasal, achatamento do subtabique e elefantiasis do lábio superior que o afasta grandemente do lábio inferior.



fot. n.º 1



fot. n.º 2

Misericórdia de Porto Alegre, leito n.º 3, papeleta 9338, a 6 de Agosto do corrente ano, apresentando lesões úlcero-crostosas cutâneas, atingindo igualmente suas mucosas labial e bucal, com seu estado geral comprometido.

Em interrogatório que fizemos do doente, em 25 de Setembro (data do nosso primeiro exame) nos relata o enfermo que as úlceras existentes no pé direito datavam de

O lóbulo nasal aumentado de volume e apresentando uma coloração avermelhada, está coberto em grande parte por uma lesão úlcero-crostosa, crosta amarelo-pardacenta que o reveste todo e descansa sobre o lábio superior.

Esta ulceração está rodeada de um círculo erimatoso, mais edematoso que infiltrativo, de uma coloração rósea.

Retirada extensa crosta regularmente aderida, constatámos a presença de uma ul-

eração superficial, de bordos pouco nítidos e de fundo granuloso, coberto por serosidade purulenta.

O lábio superior como o inferior estão muito aumentados de volume e apresentam ulcerações diversas.

A palpação não revela a infiltração que se poderia esperar, sendo a consistência edematosa dura.

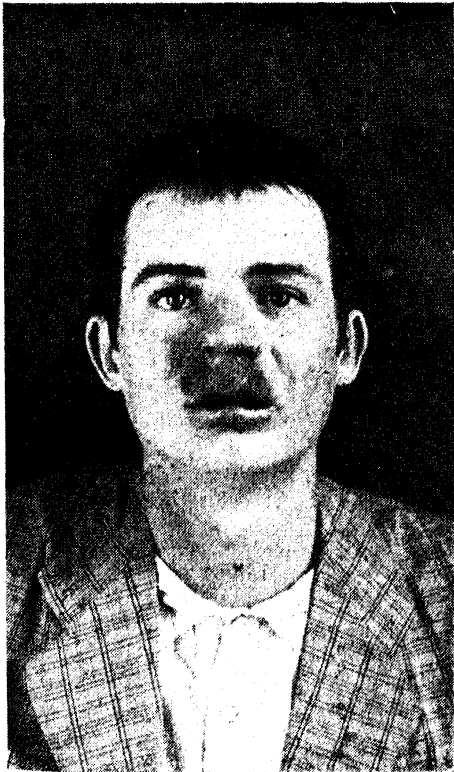
A semimucosa dos lábios se apresenta extensamente erodada em sua totalidade, co-

tos externos; as lesões da mucosa bucal chamam desde o primeiro momento a nossa atenção, constituindo uma das bases mais sólidas do diagnóstico clínico.

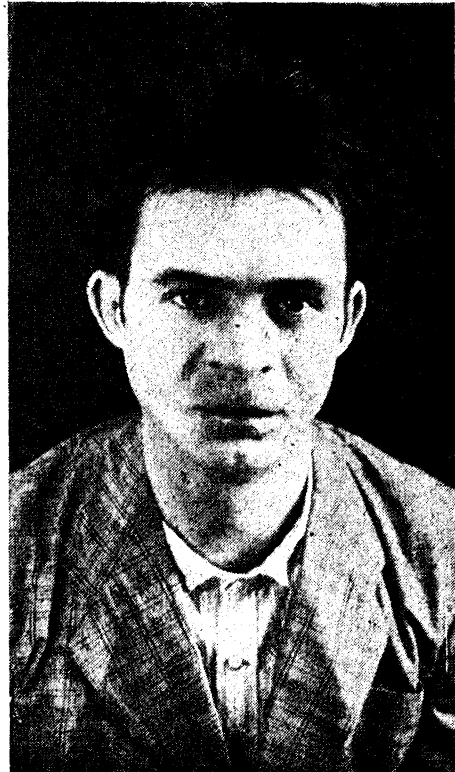
Tôda a mucosa bucal se encontra afetada, desde a semimucosa dos lábios até o faringe visível, sem respeitar nem a língua nem o tecto bucal.

A mucosa nasal está igualmente atingida, existe coriza e grossas crostas.

As lesões bucais apareceram, segundo diz



fol. n.º 3



fol. n.º 4

berta de crostas amarelas que se prolongam, ao nível da mucosa, em forma de exsudato difteróide e purulento.

O calcâneo apresenta duas úlceras de pequeno tamanho, assim como unha está localizada na região plantar de igual dimensão e característica (fol. n.º 5).

Os gânglios regionais se encontram discretamente infartados, pouco sensíveis. Porém as lesões apresentadas pelo nosso enfermo não se limitam somente aos tegumen-

o enfermo, meses depois das suas lesões cutâneas.

A úvula está deformada.

Um exame clínico completo nada revela de particular importância.

Iniciado o tratamento pelo tártaro emético, injeções com intervalo de 48 horas, de 5 cc. a 1%, o paciente apresentou 20 dias após a medicação, sensíveis melhoras, conforme pode-se observar pela fotografia n.º 2, tolerando bem a terapêutica seguida.



fot. n.º 5

Aumentada a dose para 10 cc. na mesma diluição, continuaram-se a acentuar as melhoras, conforme pode-se observar pela fotografia n.º 3, permanecendo ainda bem a tolerância pelo tártaro emético.

Para não abusar dessa terapêutica resolvemos passar daí por diante a empregar o método Aguiar Pupo, injeções intramusculares de arsenico de sódio, com boa tolerância.

O paciente está quase inteiramente curado da leishmaniose, conforme pode-se observar pela fotografia n.º 4.

Seguiremos dentro em breve, graças a alta visão de Bonifácio Paranhos da Costa, diretor geral do Departamento Estadual de Saúde, que nos colocou a disposição o transporte, para o interior do município de Encantado, a-fim-de realizar o despistamento de novos casos, assim como verificarmos qual a variedade de flebotomos existente no local e a provavel presença de animais infetados na região.

Em próxima comunicação daremos os dados colhidos nessas pesquisas.

Dêste modo, na medida do possível, e seguindo a orientação didática hodierna, estamos certo de haver cumprido o nosso dever de assistente da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.