

Leishmaniose visceral em adolescente gestante

Maria L. Vieira¹

Ronaldo R. Jacobina²

Neci M. Soares³

Resumo

A leishmaniose visceral (LV) é uma doença típica dos países subdesenvolvidos. Atualmente, encontra-se entre as seis endemias consideradas prioritárias no mundo. A cidade de Jacobina, no Estado da Bahia, Brasil, é uma área de elevada endemicidade e, nos últimos anos, vem aumentando o número de casos principalmente na periferia da cidade, atingindo inclusive gestantes. No presente trabalho, é relatado um caso clínico de uma gestante adolescente de 15 anos, portadora de leishmaniose visceral, que não foi tratada durante a gestação, e a criança foi a óbito com dois meses, pesando 1,8 Kg, sem confirmação da transmissão congênita.

Palavras-chave: Leishmaniose visceral; gestação; adolescência.

INTRODUÇÃO

A leishmaniose visceral (LV), conhecida também como calazar, é uma doença típica de países subdesenvolvidos. No Brasil, constitui um grave problema de saúde pública, devido à sua elevada incidência, principalmente em crianças na faixa etária abaixo de cinco anos. O Brasil está entre os cinco países com maior número de casos identificados no mundo, com concentração na região Nordeste, nos estados da Bahia, Ceará, Maranhão e Piauí^{1,2}, onde as condições socioeconômicas (precariedade das habitações, saneamento, pobreza e fome) favorecem a expansão da doença. A endemia tem aumentado sua magnitude nos últimos anos, devido a alguns fatores, como o aumento da prevalência de infecção canina, a elevação do número de casos humanos em áreas endêmicas

e a formação de novos focos em zonas periurbanas e urbanas de grandes cidades, inclusive de algumas capitais brasileiras (São Luís, Campo Grande)^{3,4}. Esse processo de domiciliação do vetor em áreas urbanas deve-se a fatores como a presença de animais domésticos, o acúmulo de lixo na área peridomiciliar e arborização de quintais.⁴

A Bahia apresenta uma das maiores incidências de LV no Nordeste, com cerca de 500 a 600 notificações por ano, a maioria delas na região do semi-árido.⁵ Vale ressaltar que também foram registrados casos na região metropolitana de Salvador, a capital do Estado. Esses casos ocorrem principalmente devido às migrações populacionais, pelo grande número de turistas que visitam as áreas endêmicas, a presen-

¹ Especialista em Diagnóstico Laboratorial. Farmacêutico do Laboratório Regional do Estado - 16ª Dires - Jacobina, BA.

² Professor Associado da Faculdade de Medicina da Bahia - Universidade Federal da Bahia; Doutor em Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ-RJ).

³ Professora Adjunta da Faculdade de Farmácia - UFBA; Doutora em Biologia Celular e Molecular (FIOCRUZ-RJ)

Correspondência para / Correspondence to:

Rua Santa Rita de Cássia, 167/1001- Graça.
40150-010 Salvador - BA - Brasil.

E-mail: neci@ufba.br

ça de vetores e de animais domésticos e silvestres infectados pelo parasito.⁵

O quadro clínico varia, desde a forma assintomática até a clássica, com evolução crônica e progressiva que pode afetar vários órgãos: baço, fígado, medula óssea, linfonodos e pele.^{1,6} Na forma clássica da doença, os pacientes apresentam febre irregular, anemia, hepatoesplenomegalia, manifestações hemorrágicas (epistaxe e gengivorragia), fraqueza geral e perda de peso, podendo evoluir para morte quando não tratados.^{1,7,8} Para se obter o diagnóstico de certeza é necessário o encontro do parasito em tecidos de medula, baço, fígado ou linfonodos. Isso exige procedimentos invasivos e profissionais treinados para a identificação microscópica de formas amastigotas do parasito. Testes imunológicos também são realizados de rotina para confirmar o diagnóstico clínico, como a reação de imunofluorescência direta e o ELISA.

Os casos de leishmaniose visceral reportados durante a gestação são raros. O primeiro caso foi descrito em 1926 por Low e Cooke⁹, na África. Em seguida, outros casos foram descritos e, em alguns deles, a transmissão congênita foi confirmada.^{2,10,11} No Brasil, apesar da elevada prevalência da doença, o número de casos em gestantes não é elevado. Caldas e colaboradores² afirmam que, até 2001, apenas quatro casos tinham sido relatados, três deles na região nordeste e um na região norte, que foi o primeiro caso descrito no país, em 1993. O caso estudado pelos autores citados era de uma adolescente de 17 anos. Pelo menos mais dois casos foram descritos posteriormente, uma mulher de 19 anos, natural de Pombal (PB), procedente de Carfanaum (BA)¹², e outra de 18 anos, natural e procedente de Campo Grande (MS).¹³

O presente trabalho relata o caso de uma gestante adolescente – a mais jovem dos casos relatados no Brasil – com leishmaniose visceral, residente em Jacobina (BA), com 15 anos, que vive em condições de extrema pobreza. A garantia da confidencialidade do caso foi assumida pelos autores, e a responsável pela menor

assinou o termo de consentimento pós-informação.

RELATO DO CASO

A.S.S., 15 anos, casada, no 7º mês de gestação, em sua terceira gravidez, residente em um casebre, no bairro Vila Feliz, Jacobina, Bahia, Brasil, popularmente conhecido como *Vila da Miséria*, vive sem nenhuma condição sanitária e sem renda fixa.

A paciente compareceu no 7º mês de gestação ao ambulatório de um Centro de Saúde do município de Jacobina, para acompanhamento do pré-natal, com um resultado de teste de gravidez positivo, relatando queixas de febre, fraqueza, perda excessiva de peso, histórico de desmaio, tosse, episódios de outras infecções intercorrentes. Ao exame físico, a paciente apresentava estado geral comprometido, com sinais de anemia e hepatoesplenomegalia. Para investigação do quadro clínico, a paciente foi internada no hospital filantrópico do município e realizou os exames complementares, que mostraram os seguintes resultados: no leucograma, 1500 leucócitos, sendo 57% de linfócitos, 37% de neutrófilos e 6% de monócitos; na série vermelha, 3.000.000 de hemácias/mm, hemoglobina de 8,0 g/dL, hematócrito de 22,7%, plaquetas de 143.000 e hemossedimentação de 127 mm. A análise bioquímica de proteínas totais deu 7,8g/dL com globulinas de 2,5 g/dL e albuminas de 5,3 g/dL e a pesquisa de anticorpos anti-*Leishmania*, pelo formol gel, positiva. A ultra-sonografia abdominal confirmou a hepatoesplenomegalia.

Com os resultados obtidos, a paciente permaneceu internada, e o diagnóstico de leishmaniose visceral foi confirmado pelo encontro das formas amastigotas de *Leishmania* no aspirado de medula óssea. Três dias depois do internamento, a paciente evadiu do hospital, temendo os procedimentos médicos. A.S.S. foi procurada pela Vigilância Epidemiológica, que a sensibilizou para realizar o tratamento, sendo então encaminhada para uma unidade hospita-

lar estadual, em Salvador, devido a seu estado debilitado e à inexistência de uma unidade de terapia intensiva no município. Após consulta médica na emergência do hospital estatal, não houve comunicação com o nível central do sistema de saúde, e a adolescente foi simplesmente reencaminhada de volta à cidade de origem, no mesmo dia, com aconselhamento de seguir as orientações médicas iniciais. Após esse episódio, a paciente recolheu-se nas áreas de mata, próximas à sua residência, recusando-se receber qualquer profissional de saúde da vigilância epidemiológica. Após dois meses, com nove meses de gestação, A.S.S teve uma criança do sexo masculino que pesava 1,8 Kg, que foi a óbito dois meses depois, sem se confirmar a causa da morte. Após o parto, a paciente se submeteu ao tratamento para a leishmaniose, quando ficou internada no hospital local de Jacobina (BA), dando início à terapia com o **antimonial pentavalente Sb⁺** (Glucantime 20 mg/ Kg, intravenoso, diariamente), por sete dias, prosseguindo com o tratamento ambulatorial por mais vinte dias, o que possibilitou a sua cura clínica.

DISCUSSÃO

No Brasil, o registro de casos de leishmaniose visceral em gestante é escasso, principalmente em função das sub-notificações, mesmo em áreas endêmicas. Uma paciente com apenas 15 anos e numa terceira gestação, portadora de leishmaniose visceral, convivendo com cães e seus dois filhos, menores de três anos, em um casebre de poucos metros, em condições precárias de sobrevivência, sem nenhum conhecimento dos riscos da doença, retrata visivelmente as condições socioeconômicas de setores da população em situação de exclusão social na região.

Segundo a equipe médica, a opção pelo não tratamento da gestante se deu pelo fato de não haver um suporte hospitalar adequado na cidade de Jacobina, para monitorar eventuais efeitos colaterais das drogas utilizadas. As drogas de primeira escolha para tratamento da

leishmaniose visceral são os antimoniais pentavalentes, sendo o principal representante o N-metil glucamina.^{14,15} No entanto, o seu uso em gestantes ainda é controverso, devido à escassez de informações sobre sua aplicação, principalmente sobre os efeitos mutagênicos e teratogênicos para o feto.¹⁰ Por outro lado, alguns autores consideram sem repercussão os efeitos tóxicos do antimonial pentavalente e indicam o uso para gestantes, assegurando que não causa danos graves ao recém-nascido, principalmente depois do primeiro trimestre.^{2,8} A medicação de escolha para LV durante a gestação é a anfotericina B. Muitas gestantes têm sido tratadas com sucesso, com evidencia de cura clínica e ausência de parasitos ao exame parasitológico.^{2,9,10} O tratamento da gestante é de fundamental importância para evitar a mortalidade materno-fetal e uma possível transmissão congênita da doença.^{2,16} Meinecke e colaboradores¹⁷ relatam um caso de transmissão congênita de leishmaniose visceral em uma paciente assintomática, residente em área não endêmica, que tinha estado em áreas endêmicas de leishmaniose no princípio da gestação. Apesar de haver poucos relatos de tratamentos em gestantes, no Brasil, estudos apontam para o uso dos medicamentos nesse período. A escolha da droga a ser utilizada e o monitoramento dos possíveis eventos adversos, que podem ocorrer, são fundamentais para o sucesso do tratamento, devido aos riscos de mortalidade materna e fetal por falta de conduta terapêutica adequada.⁶

Com a análise do caso A.S.S., demonstra-se a carência de informações da população exposta ao risco de contrair leishmaniose na região e suas conseqüências e riscos para a vida humana. Até então, os dois filhos da paciente não apresentaram positividade, pela pesquisa de anticorpos para **Leishmania**, através do ELISA, o que não elimina a possibilidade de estarem infectados e com a imunidade humoral suprimida para a produção de anticorpos específicos anti-**Leishmania**. Segundo o serviço de vigilância epidemiológica local, o acompanhamento clínico e laboratorial da paciente e dos seus filhos está sendo realizado semestralmente.

Do ponto de vista bioético, o respeito ao princípio hipocrático da não maleficência não foi garantido, pois não se fez, na cidade de Jacobina, o tratamento da adolescente por falta de suporte hospitalar adequado, bem como o princípio da beneficência, o do encaminhamento adequado de internação em serviços de referências. Essa paciente era de alto risco, pelo fato de ser uma adolescente grávida e, mais ainda, por estar acometida de uma parasitose grave (leishmaniose visceral), quadro clínico que estava pondo em risco a gestante e o feto. A não garantia do atendimento adequado nos níveis de maior complexidade do sistema de saúde feriu também o princípio da justiça. Enfim, esse caso ilustra uma assistência que não atende às exigências bioéticas no cuidado à pessoa humana e não cumpre os princípios doutrinários e as diretrizes previstas na Constituição Federal de 1988 e suas leis derivadas da Saúde (Leis 8080 e 8142/90).

Do ponto de vista da saúde pública, ficam evidentes alguns problemas da assistência à saúde, sobretudo de pessoas em situação de exclusão social. O sistema de referência e contra-referência, fundamental para garantir uma rede hierarquizada e descentralizada, não funcionou, pois, sendo a *paciente de alto risco* (gravidez em adolescente acometida de leishmaniose visceral), era um imperativo a consulta à central de regulação das internações, ou mesmo ao setor de vigilância epidemiológica do nível central, para um encaminhamento adequado. A adolescente, não sendo tratada, correu o risco de uma possível mortalidade materno-fetal, como também a possibilidade de ocorrência de uma transmissão congênita da doença. Segundo a agente comunitária de saúde, a criança faleceu em casa, de desnutrição grave, sem que sua causa de morte fosse devidamente investigada, uma vez que não estava sendo adequadamente acompanhada.

Visceral leishmaniasis in pregnant adolescent

Abstract

The visceral leishmaniasis (VL) is a typical disease of the underdeveloped countries and is among the six endemic diseases considered priority in the world. The city of Jacobina in the State of Bahia, Brazil is a high endemic area. An increasing number of cases in the last years have been occurring mainly in the periphery of the city. In this report, we described a case of VL in a pregnant woman, 15 year old that was not treated during the gestation and the child died with two months, weighing 1.8 Kg without confirmation of the congenital transmission.

Keywords: Visceral leishmaniasis – Pregnancy – Adolescence

REFERÊNCIAS

- 1 FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE (Brasil). ***Doenças infecciosas e parasitárias***: guia de bolso. Brasília, DF, 1999.
- 2 CALDAS, A.J. et al. Visceral leishmaniosis in pregnancy: a case report. ***Acta Trop.***, Amsterdam, v.88, p.39-43, 2003.
- 3 ARIAS, J.R.; MONTEIRO, P.S.; ZICKER, F. The reemergence of visceral leishmaniasis in Brazil. ***Emerg. Infect. Dis.***, Atlanta, v.2, p.145-146, 1996.
- 4 MORENO, E.C. et al. Risk factors for ***Leishmania chagasi*** infection in an urban area of Minas Gerais State. ***R. Soc. Bras. Med. Trop.***, Rio de Janeiro, v.38, p.456-463, 2005.
- 5 CUNHA, S. et al. Visceral leishmaniasis in a new ecological niche near a major

- metropolitan area of Brazil. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, London, v.89, n.2, p.155-158, 1995.
- 6 FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE (Brasil). *Controle, diagnóstico e tratamento de leishmaniose visceral (calazar)*. Brasília, DF, 1996.
- 7 FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE (Brasil). *Guia de vigilância epidemiológica*. 5.ed. Brasília, DF, 2002.
- 8 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Control of leishmaniasis*. Geneva, 1990. (Technical Report Series, n.793)
- 9 LOW, G.C.; COOKE, W.E. A congenital infection of kala-azar. *Lancet*, London, v.2, p.1209-1211, 1926.
- 10 FIGUEIRÓ-FILHO, E.A. et al. Visceral leishmaniasis (kala-azar) and pregnancy. *Infect. Dis. Obstetr. Gynecol.*, Cairo, v.12, n.1, p.31-40, 2004.
- 11 LÉONARD, A.; GERBER, G.B. Mutagenicity, carcinogenicity and teratogenicity of antimony compounds. *Mutat. Res.*, Amsterdam, v.366, n.1, p.1-8, 1996.
- 12 FIGUEIRÓ-FILHO, E.A. et al. Leishmaniose visceral e gestação: relato de caso. *R. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro*, v.27, p.92-97, 2005.
- 13 SILVEIRA, B.P. et al. Parto prematuro após uso de antimonial pentavalente: relato de um caso. *R. Soc. Bras. Med. Trop.*, Rio de Janeiro, v.36, p.523-525, 2003.
- 14 PAUMGARTTEN, F.J.; CHAHOUD, I. Embryotoxicity of meglumine antimoniate in the rat. *Reprod. Toxicol.*, Elmsford, v.15, p.327-331, 2001.
- 15 WINSHIP, K.A. Toxicity of antimony and its compounds. *Adverse Drug React. Acute Poisoning Rev.*, Oxford, v.6, n.2, p.67-90, 1987.
- 16 KUMAR, A.; MITTAL, M.; PRASAD, S. Treatment of leishmaniasis in pregnancy. *Int. J. Gynaecol. Obstetr.*, Limerick, v.72, n.2, p.189-190, 2001.
- 17 MEINECKE, C.K. Congenital transmission of visceral leishmaniasis (kala-azar) from an asymptomatic mother to her child. *Pediatrics, Elk Grove Village*, v.104, n.5, p.e65, 1999.

Recebido em / *Received*: 10/10/2007
Aceito em / *Accepted*: 30/11/2007