

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES –  
UNIPTAN**

**CURSO DE MEDICINA**

**WALLACE SOARES NEVES**

**LEISHMANIOSE VISCERAL E SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS**

**SÃO JOÃO DEL REI, JUNHO DE 2020**

**WALLACE SOARES NEVES**

**LEISHMANIOSE VISCERAL E SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS**

Trabalho de Conclusão do Curso,  
apresentado para obtenção do grau de  
médico no Curso de Medicina do Centro  
Universitário Presidente Tancredo de  
Almeida Neves, UNIPTAN.

**ORIENTADOR: DR. MARIA BERNADETE NEVES**

**SÃO JOÃO DEL REI, JUNHO DE 2020**

**WALLACE SOARES NEVES**

**LEISHMANIOSE VISCERAL E SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
aprovado pela Banca Examinadora para  
obtenção do Grau de médico, no Curso  
de Medicina do Centro Universitário  
Presidente Tancredo de Almeida Neves,  
UNIPTAN, com Linha de Pesquisa  
em.....

São João Del Rei, xx de .....de 2020. (data da defesa)

**BANCA EXAMINADORA**

**DR. MARIA BERNADETE NEVES**

---

Maria Bernadete Neves – Especialista – Orientador

---

Prof. Luiz Eduardo Canton Santos - (UNIPTAN)

---

Prof. Carlos André Dilascio Detomi – Mestre (UNIPTAN)



## 1 INTRODUÇÃO (DO PROJETO)

A leishmaniose visceral (LV) é uma enfermidade tropical negligenciada; considerada juntamente com outras 6 doenças endêmicas que mais atingem a população do mundo. Manifesta uma incidência global de 500.000 novos casos por ano e mais de 50.000 mortes anuais<sup>1,2</sup>.

Apesar das tentativas de contenção da doença pelo Ministério da Saúde, por meio de estratégias, o Brasil aponta crescimento no número de casos de LV no país. Entre 1999 e 2008, o valor médio anual de ocorrências foi de 3379, e a incidência foi de 1,9 casos por 100.000 habitantes. A taxa de letalidade da LV aumentou, em 1999 a taxa era de 3,4%, em 2008 o valor foi para 5,5%, equivalendo ao aumento de 61,8%<sup>1,3 e 4</sup>.

Leishmaniose Visceral ou Calazar uma infecção, não contagiosa, que se manifesta de forma sistêmica. O agente causal é um protozoário do gênero *Leishmania* e transmitida por meio da picada de um mosquito flebotomíneo. Uma série de manifestações clínicas podem ocorrer durante a infecção, tendo uma maior gravidade e fatalidade quando o tratamento não correto ou de forma precoce<sup>5</sup>.

A espécie relacionada aos casos de LV na América latina é a *Leishmania infantum*, sendo na maior parte estando restrita a casos endêmicos focais. Entretanto, identifica-se que a LV surgiu durante epidemias globais, sendo ainda uma infecção oportunista em indivíduos portadores do vírus da imunodeficiência<sup>6</sup>.

Geralmente os indivíduos com LV são assintomáticos ou oligossintomáticos sendo sintomas moderados ou passageiros, identificado por diarreia, tosse seca, adinamia, febrícula, sudorese e hepatoesplenomegalia discreta; com ou sem evolução para a forma clássica da doença. A forma descrita como calazar clássico é caracterizada com manifestações de febre, hepatoesplenomegalia, esplenomegalia pronunciada e volumosa; perda de peso, distensão abdominal; já na forma tardia, pode ocorrer edema e ascite<sup>7,8,9</sup>.

O diagnóstico é feito pelo achado de formas amastigotas em esfregaço de aspirado de medula óssea. Prova sorológicas como ELISA, e imunodeficiência indireta também auxiliam no diagnóstico; outra forma também seria na biologia molecular com a técnica reação em cadeia da polimerase. Contudo, a sensibilidade e a especificidade dos testes são diversificados, sendo o custo e a acessibilidade dificultada na prática médica. Em situações em que o diagnóstico laboratorial não é possível, o tratamento é iniciado fundamentado na história clínica e epidemiológica<sup>3,4,7</sup>.

No Brasil as drogas existentes são muito limitadas. O tratamento é feito, principalmente, com antimoniato de meglumina (sal de antimônio pentavalente) ou anfotericina B (suspensão coloidal ou lipossomal que apresenta baixa toxicidade e alta eficácia)<sup>10,11</sup>.

A qualidade do tratamento possui interferência de diversas formas, dentre elas estão a área geográfica da contração da infecção, evolução de resistência, coinfeção com LV-HIV e a desnutrição. Essas circunstâncias causam o aumento da resistência aos fármacos e a um maior tempo e custo de tratamento<sup>10,12,13</sup>.

No Brasil os maiores casos de LV tem ocorrido na população pediátrica, situação essa preocupante pois é comprovado ser maior o risco para crianças e adolescentes, quanto maior for a ocorrência da doença. Isso ocorre pelo fato da imunidade ser desenvolvida com a idade, fazendo com que a incidência da doença esteja relacionada com vulnerabilidade à infecção e em caso de imunodepressão<sup>7</sup>.

Relatamos um caso de LV em criança, lactente, procedente de área endêmica no Leste de Minas Gerais, Governador Valadares-MG.

## 2 RELATO DE CASO

Aqui, deve estar inserido o suporte teórico-conceitual que embasa o estudo proposto (Pode incluir uma breve seção de justificativa para os objetivos no fim. Essa justificativa pode, também, ser apresentado no final da introdução ou no início da seção de objetivos).

A.C.S.L., Lactente, de 1 ano e 3 meses de idade, brasileira, foi internada no Hospital Municipal de Governador Valadares, em Julho de 2017, referente à progressiva febre irregular e distensão abdominal. Na admissão no pronto socorro, a paciente apresentava febre de 38,1 °C, observada na triagem, porém, na consulta médica, apresentava-se afebril, com pulsação de 130 bpm, e frequência respiratória normal. Outros sintomas, como: constipação há 4 dias, prostração, palidez e anicterícia também foram. No exame físico, não apresentavam alterações respiratórias, nem alterações cardíacas e apresentavam abdome distendido, fígado e baço palpável.

Os exames laboratoriais revelaram uma pancitopenia (Hb 6,1 g/dl leucócitos, global de leucócitos 3.800 u/L e plaquetas 70.000/mm<sup>3</sup>), um aumento da proteína C-reativa 54,8 mg/L, linfócitos normal 51% 1938 mm<sup>3</sup>, hemácia baixa 2,80 milhões/mm<sup>3</sup>, hematócrito baixo 19,1 %, proteínas total baixa 5,2; albumina baixa 2,8 ; Globulina normal 2,4 g/dL, creatinina baixa 0,5 mg/dL, ureia normal 21 mg/dL, TGO aumentada 52 U/L, TGP normal 25 U/L.

O exame ultrassonográfico abdominal total mostrou esplenomegalia (17 cm). Sorologia para leishmaniose reagente, sorologia para HIV não reagente, ambas feitas por meio dos ensaios de imunocromatográficos. Não foi realizado aspirado de medula óssea devido à baixa contagem de plaquetas. A anfotericina B lipossômica foi iniciada na dose de 1,5 mg/kg, do dia 12 de julho ao dia 19 de julho. A contagem de células sanguíneas e as condições clínicas do paciente melhoraram progressivamente com o passar dos dias, após o tratamento.

### **3 OBJETIVOS (DO PROJETO)**

#### **3.1 Objetivo Geral**

É um estudo sobre uma doença tropical, endêmica, prevalente em várias regiões do mundo.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Analisar diagnósticos diferenciais de doenças com os sinais e sintomas de hepatoesplenomegalia, febre, inapetência, hemorragia e emagrecimento.

#### 4 ARTIGO(S)

**[Em formato exigido pela revista, incluindo as referências. Se os artigos forem em outro idioma devem ser apresentados também em português]**

[TÍTULO]

[TÍTULO EM INGLÊS]

[Nome do Aluno],

CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES

[Os demais detalhes deverão seguir o formato da revista]

**A ser enviado a [nome da revista]**

**Caso o aluno não tenha ainda uma revista escolhida para a publicação poderá seguir as instruções aos autores da revista Educação e Saúde: fundamentos e desafios, disponível em:**  
<http://186.194.210.79:8090/revistas/index.php/educacaoesaude/about/submissions>,  
**acessada dia 05/04/2020**

## **Submissão de Artigos**

## 5 DISCUSSÃO

A LV, que é causada por protozoários do gênero *Leishmania*, apresenta alta letalidade caso não seja tratada rapidamente, com a possibilidade de ultrapassar a valor de 90%<sup>14</sup>. A LV apresenta notificação de 500.000 casos em mais de 60 países<sup>15</sup>.

No estado de Minas Gerais, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), apresenta anualmente por volta de 445 casos confirmados de LV, levantamento este feito entre 2001 a 2010<sup>16</sup>. Ocorre principalmente nas crianças menores de 10 anos de idade, pelo fato de possuírem uma imunidade mais imatura, sendo a desnutrição uma das causas mais comuns na queda da imunidade<sup>17</sup>. Situação essa, que pode ter ocorrido, pelo provável baixo nível socioeconômico da mãe da lactente, pela mesma ser procedente de uma cidade do interior do estado.

Primariamente a LV era majoritariamente rural, porém, com a urbanização de modo desordenado, desmatamento, causou uma redução no alimento do mosquito transmissor, o que acabou por englobar o homem e o cão no ciclo da doença como forma de se alimentar, sendo o cão o principal reservatório da doença<sup>18,19</sup>.

A doença geralmente cursa com febre prolongada, esplenomegalia, perda ponderal, hepatoesplenomegalia e pancitopenia<sup>20</sup>. No caso relatado, a paciente não apresentava hepatomegalia e a febre era intermitente, o que diferia dos sintomas comuns, estando os outros sintomas citados anteriormente presentes. Entretanto, outras doenças podem apresentar os sinais e sintomas semelhantes ao da LV, como por exemplo, esquistossomose mansoni, Chagas agudo, malária e leucemia linfóide aguda. Dessa forma, conhecer os diagnósticos diferenciais é de grande importância para se diagnosticar com maior rapidez a doença, o que reduziria a mortalidade e sua seqüela. Porém, vale ressaltar que a maior parte das pessoas que possuem a LV são assintomáticas ou apresentarão a doença de uma forma mais subclínica e na menor parte dos casos uma forma grave da doença<sup>21</sup>.

Atualmente, o diagnóstico pode ser feito por sorologia (ELISA, IMUNOFLUORESCÊNCIA INDIRETA), da parasitologia, que busca investigar o parasita por meio de biópsias dos tecidos do indivíduo e por meio do teste rápido<sup>22</sup>. No relato de caso citado, o exame laboratorial, ultrassonografia abdominal total e

sorologia, feito por meio do teste rápido, também chamado de teste imunocromatográfico, foram sugestivos para leishmaniose visceral por terem resultados comuns nas pessoas com LV<sup>23</sup>. Não foi realizado aspirado de medula óssea devido à baixa contagem de plaquetas. Todavia, vale reiterar que essas formas de diagnósticos são de custos elevados e de baixa precisão, o que acaba quase não estando disponíveis, com exceção do teste rápido que possui menor custo, fácil aplicação até pelos menos experientes, maior disponibilidade nas Unidades de saúde<sup>24</sup>.

O tratamento de primeira linha atualmente proposto pela Organização Mundial da Saúde é feito com o antimônio pentavalente, N-metil glucamina (Glucantime), por ser comprovadamente eficaz. Em situações que o mesmo não obtiver efeito ou em casos graves, é instituído o uso da Anfotericina B, pois pacientes graves talvez não possuem tempo para tratamentos prolongados. O Glucantime deve ser administrado na dose 20mg/kg/dia de 20 a 40 dias e a Anfotericina B, quando em crianças, deve ser administrado 15 a 25mg/kg/dia em dias alternados<sup>17</sup>. No relato citado, foi administrado 1,5 mg/kg de anfotericina B durante 7 dias. Com o passar dos dias de tratamento a paciente obteve melhora progressiva. Os sinais de gravidade são: 6 meses, icterícia, fenômenos hemorrágicos, edema generalizado, sinais de toxemia, desnutrição grave e comorbidade, e no relato a paciente apresentou apenas a icterícia<sup>23</sup>.

## REFERÊNCIAS

(Título da seção em maiúsculo, em negrito, alinhado à esquerda, letra 12, deixar dois espaços de 1,5 entrelinhas para iniciar a digitação).

1. Maciel DB, SILVA TAM, GOMES LI, et al. Infection with *Leishmania (Leishmania) infantum* of 0 to 18-month-old children living in a visceral leishmaniasis-endemic area in Brazil. *Am J Trop Med Hyg.* 2014;91(2):329-35. doi: 10.4269/ajtmh.13-0418.
2. Alvar J, Velez ID, Bern C, Herrero M, Desjeux P, Cano J, Jannin J, den Boer M. Team WHOLC Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. *PLoS ONE.* 2012;7:e35671. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0035671>.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília; 2009. p.1-816.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. Brasília; 2006. p.1-122.
5. Boelaert M, Verdonck K, Menten J, et al. Rapid tests for the diagnosis of visceral leishmaniasis in patients with suspected disease. *Cochrane Database Systematic Rev.* 2014;(6):1-119. doi: 10.1002/14651858.CD009135.pub2.
6. Boelaert M, Criel B, Leeuwenburg J, Van Damme W, Le Ray D, Van der Stuyft P. Visceral leishmaniasis control: a public health perspective. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2000;94(5):465-71.
7. Queiroz MJA, Alves JGB, Correia JB. Leishmaniose visceral: características clínico-epidemiológicas em crianças de área endêmica. *J Pediatría.*2004;80(2)141-6.
8. Badaró R, Jones TC, Lourenço B. A prospective study of visceral leishmaniasis in an endemic area of Brazil. *J Infect Dis.* 1986;154:639-49.
9. Alves JGB. Calazar. In: Figueira F, Ferreira OS, Alves JGB. *Pediatria - Instituto Materno infantil de Pernambuco.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1996. p.320-27.
10. Monge-Maillo B, López-Vélez R. Therapeutic options for visceral leishmaniasis. *Drugs.* 2013;73(17):1863-88. doi:10.1007/s40265-013-0133-0.
11. Alvar J, Croft S, Olliaro P. Chemotherapy in the treatment and control of leishmaniasis. *Adv Parasitol.* 2006;61:223- 74. [http://dx.doi.org/10.1016/S0065-308X\(05\)61006-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0065-308X(05)61006-8).

12. Croft SL, Sundar S, Fairlamb AH. Drug resistance in leishmaniasis. *Clin Microbiol Rev.* 2006;19:111-26. doi: 10.1128/CMR.19.1.111-126.2006.
13. Alvar J, Aparicio P, Aseffa A, et al. The relationship between leishmaniasis and AIDS: the second 10 years. *Clin Microbiol Rev.* 2008;21:334-59. doi: 10.1128/CMR.00061-07.
14. World Health Organization. Control of the leishmaniasis. Geneva; 2010. (WHO Technical Report Series, 949). Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44412/1/WHO\\_TRS\\_949\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44412/1/WHO_TRS_949_eng.pdf).
15. Fu Q, Li S-Z, Wu W-P, et al. Endemic characteristics of infantile visceral leishmaniasis in the People's Republic of China. *Parasites Vectors.* 2013;6:143. doi: 10.1186/17563305-6-143.
16. Oliveira EM, Pimenta AM. Perfil epidemiológico das pessoas portadoras de leishmaniose visceral no município de Paracatu - MG no período de 2007 a 2010. *Rev Min Enferm.* 2014;18(2):365-70. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140028>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral. 1ª edição; 2014.
18. Monteiro ÉM, Silva JCF, Costa RT, Costa DC, Barata RA, Paula EV, et al. Leishmaniose visceral: estudo de flebotomíneos e infecção canina em Montes Claros, Minas Gerais. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2005;38(2):147-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822005000200004>.
19. Costa CHN, Tapety CMM, Werneck GL. Controle da leishmaniose visceral em meio urbano: estudo de intervenção randomizado fatorial. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2007;40(4):415-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S003786822007000400009>.
20. Guerin PJ, Olliaro P, Sundar S, Boelaert M, Croft SL, Desjeux P, Wasunna MK, Bryceson AD. Visceral leishmaniasis: current status of control, diagnosis, and treatment, and a proposed research and development agenda. *Lancet Infect Dis.* 2002;2(8):494-501. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(02\)00347-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(02)00347-X).
21. Faleiro RJ, Kumar R, Hafner LM, Engwerda CR. Immune Regulation during Chronic Visceral Leishmaniasis. Melby PC, ed. *PLoS Neglect Trop Dis.* 2014;8(7):e2914. doi: 10.1371/journal.pntd.0002914.
22. Boelaert M, Verdonck K, Menten J, et al. Rapid tests for the diagnosis of visceral leishmaniasis in patients with suspected disease. *Cochrane Database Systematic Rev.* 2014;(6):1-119. doi: 10.1002/14651858.CD009135.pub2.
23. Werneck, GL. Expansão geográfica da Leishmaniose Visceral no Brasil. *Caderno de Saúde Pública.* 2010; 26(4): 644-645.

24. Coelho Junior LG, Wanderley AP, Lemes MS, Leite BCSR, Cabrobó BKV, Machado GB, Monteiro MLGR. Leishmaniose visceral infantil: relato de caso / Infantile visceral leishmaniasis: case report. Rev Med (São Paulo). 2016 jul.-set.;95(3):133-7. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v.95i3p133-137>

## **Normas Gerais de Apresentação**

**ANEXOS**

- a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa [se houver]
- b. Questionários / Formulários [opcionais]
- c. Detalhes metodológicos adicionais [opcional]
- d. Outros documentos relevantes