

## CALAZAR EM PERNAMBUCO. RELATO DE DOIS NOVOS CASOS. \*

Donald Huggins \*\*

*O autor descreve dois novos casos de leishmaniose visceral em Pernambuco, Brasil e observados no Instituto de Medicina Tropical da F.M.U.F.Pe. O primeiro faleceu antes de receber o tratamento específico e o segundo curou-se após uma série de tratamento com o antimoniato de N-metil-glucamina.*

### INTRODUÇÃO

A história da leishmaniose visceral em Pernambuco teve início quando Penna (17) observou em seu material constituído por 47.000 cadáveres viscerectomizados um caso positivo e procedente daquele Estado. Figueirêdo (6) relata dois casos bastante suspeitos, sem contudo conseguir evidenciar a presença dos parasitas em material de punção hepática e esplênica. Tavares & Fontes (20) descreveram o caso de uma criança com dois anos, proveniente de Prazeres (Pernambuco) que apresentava febre, anemia acentuada e volumosa esplenomegalia. O diagnóstico foi confirmado pela punção lienal. Nesta mesma época, Albuquerque & col. (1) realizando inquérito epidemiológico sobre a doença de Chagas, verificaram importante foco de leishmaniose visceral no Vale do Cariri (Ceará) e Nôvo Exú (Pernambuco). Entre os cinco casos de Calazar descritos, dois eram procedentes de Nôvo Exú, Pernambuco. Tavares (21) relata nôvo caso de Calazar em criança de quatro anos, originária de Cachoeira de Itaparica (Pernambuco), cujo diagnóstico foi efetuado através

de punção esplênica e medicada com antiomaline e antimonil.

Lucena (7, 8, 9, 10) promoveu o levantamento das áreas atingidas pelo transmissor da parasitose, mencionando as seguintes localidades: Custódia (*P. longipalpis*), Vitória de Santo Antão (*P. intermedius* e *P. whitmani*), Gravatá (*P. whitmani*), Jaboatão (*P. whitmani*), Moreno (*P. whitmani*), Pesqueira (*P. migonei*), Quipapá (*P. intermedius* e *P. migonei*), Igarassú (*P. whitmani*, *P. choti* e *P. longispinus*), Itamaracá (*P. aragãoi*), Paulista (*P. squamiventris* e *P. whitmani*) e Recife (*P. whitmani*, *P. squamiventris*, *P. evandroi* e *P. longipalpis*).

É muito provável, como já salientaram Marques & col. (12) "que a leishmaniose visceral em Pernambuco seja muito mais freqüente do que até hoje se vem admitindo". Entretanto, os casos que surgem nas enfermarias do Hospital das Clínicas da F.M.U.F.Pe. não são publicados, nem citados em Reuniões Científicas ou em Congressos Estaduais.

Afora aqueles casos já referidos, Coutinho & Lira (4) teceram considerações de ordem clínica e hematológica em uma pa-

\* Instituto de Medicina Tropical da F.M.U.F.Pe., Brasil.

Trabalho apresentado no IV Congresso da Soc. Bras. de Medicina Tropical Recife, Brasil, 18 — 21 de fevereiro de 1968.

\*\* Prof. Assistente e Chefe da Seção de Gastroenterologia.

ciente portadora de Calazar e natural da Ilha de Itamaracá (Pernambuco). Meira Lins (13) faz menção a novos casos de leishmaniose visceral, sendo seis autóctones e três procedentes de Estados vizinhos (Paraíba e Piauí). Finalmente, Marques & col. (12) relataram os últimos casos observados em Pernambuco. Tratava-se de adultos do sexo masculino, um procedente de Escada e o outro de Ipojuca, ambos apresentavam esquistossomose mansoni associada. O segundo paciente foi esplenectomizado anteriormente para tratamento da hipertensão porta esquistossomótica. Esse enfermo evoluiu na fase final da doença com icterícia obstrutiva intra-hepática, e que o levou ao diagnóstico errôneo de "cirrose colangioliática" e esquistossomose mansoni, em sessão anátomo-clínica no Hospital das Clínicas da F.M.U.F. Pe, Brasil. Curioso neste caso foi a ausência na punção biópsia do fígado e no mielograma de *Leishmania donovani*, positividade só observada durante o estudo da necropsia (no material hepático).

#### RELATO DOS CASOS

Obs. I — J.S.B., 9 anos, masculino, branco, pernambucano (Camocim), internado no dia 6 de abril de 1965 e faleceu no dia 17 do mesmo mês. Informou a genitora do paciente que o mesmo gozava saúde quando, há cerca de 20 meses, foi acometido súbitamente por febre contínua, irregular, acompanhada de sudorese e calafrios; fezes líquidas com várias evacuações nas 24 horas; palidez, emagrecimento, anorexia, astenia, edema frio, mole, indolor, ao nível da fáce e tornozelos, epistaxes de pequena intensidade, empachamento pós-prandial e vômitos. Fêz tratamento à base de antibióticos, antimaláricos (difosfato de cloroquina) e antianêmicos sem obter melhora. Exame físico (fig. 1): estado geral precário, caquético, mucosas descoradas (+++), icterícia, temperatura axilar: 39,4° C e micropoliadenopatia bilateral, generalizada; frequência respiratória com 42 inc. por min., estertores subcrepitantes em ambas as bases; frequência cardíaca com 140 bat. por min., sopro sistólico pancardiaco e PA-100x60. Ascite moderada e hepatesplenomegalia (fígado 7 cm abaixo do apêndice xifoide, mole, discretamente doloroso e com superfície lisa. Baço: 14 cm abaixo da RCE na

LHC). Exames de laboratório — proteína total: 10,8 g%; albumina: 1,3 g%; globulina: 9,5 g%; bilirrubina total: 3,0 mg%; bilirrubina indireta: 0,5 mg%; bilirrubina conjugada: 2,5 mg%; floculação do timol: 4 +; turvação do timol: 37 ud; Kunkel: 50 ud; fosfatase alcalina: 11, 7 ud Bodanski; hemocultura, pesquisa de hematozoários e reação de Widal: negativas; eritrócitos: 2.000.000/mm<sup>3</sup>; hemoglobina: 6,4 g%; hematocrito: 19%; leucócitos: 1.000/mm<sup>3</sup> e plaquetas: 40.000/mm<sup>3</sup>. Tempo de sangria e de coagulação: normais; o paciente foi medicado com vitaminas, antipiréticos, soluto glicosado a 5% e antibióticos, falecendo no 11.º dia de hospitalização.

LAUDO DA NECROPSIA — Fígado (microscopia): Espaço porta infiltrado por células linfoplasmocitárias; focos de necrose hepatocelular e de esteatose. Células de Kupffer hipertrofiadas e parasitadas por *Leishmania donovani* (fig. 2). Gânglios linfáticos: Arquitetura histológica alterada e presença de leishmânias livres (raras) ou fagocitadas por macrófagos. Médula óssea; Hiperplasia medular e numerosas leishmânias livres ou fagocitadas por células reticulares. Baço: Cápsula espessada, hiperplasia intensa das reticulares e leishmânias fagocitadas por células reticulares.

Conclusão: Leishmaniose visceral.

Obs. 2 — P.P.S., 25 anos, masculino, prêto, trabalhador rural, pernambucano (São José do Egito), internado com queixas de epistaxes de pequena intensidade, dor abdominal difusa do tipo cólica, fezes pastosas com cinco evacuações por dia, com presença de muco e "estrias de sangue", anorexia e emagrecimento de 5 kg. Estado geral e de nutrição regulares (fig. 3), mucosas descoradas (+++), temperatura axilar: 36°C; microadenopatia bilateral generalizada, sopro sistólico pancardiaco, P.A. — 140x90 e hepatesplenomegalia Fígado: 10 cm abaixo da RCD ao nível da LHC e 15 cm abaixo do apêndice xifoide. Baço: 10 cm abaixo da RCE ao nível da LHC (fig. 3). Proteína total: 10,9 g%; albumina: 2,0 g%; globulinas: 8,9 g%; turvação do timol: 27 ud; Kunkel: 42 ud; bilirrubina total: 0,60 mg%; eletroforese das proteínas — albumina: 26%; alfa<sub>1</sub> globulina: 0,7%; alfa<sub>2</sub> globulina: 1,9%; beta globulina: 5,6%; gama-globulina: 65,6%. Eritrocitos, 2 600.000/mm<sup>3</sup>;

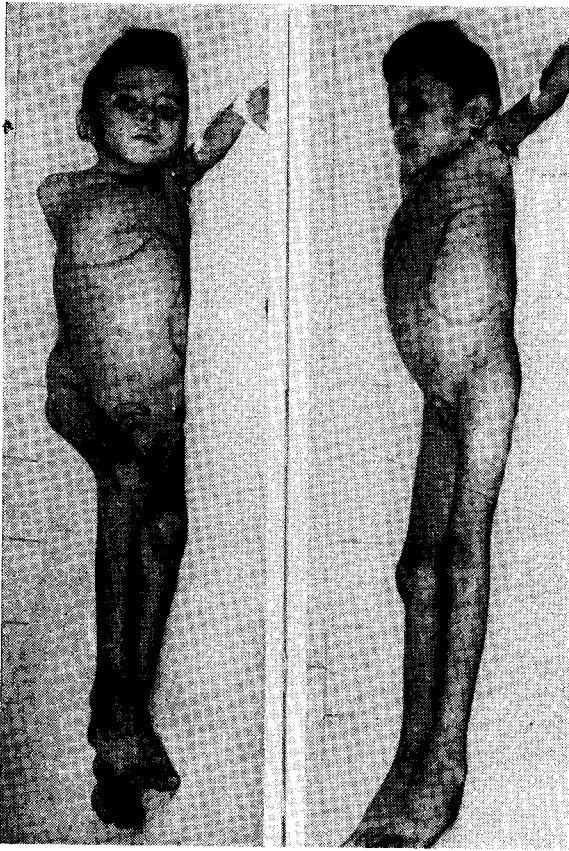


Fig. 1 — Caso J. S. B., aspecto geral do paciente notando-se o estado caquético e a volumosa hepatesplenomegalia.



Fig. 2 — Caso P. P. S., esfregaço de medula óssea (punção esternal) com presença de *Leishmania donovani*. Giemsa, 1000 X.

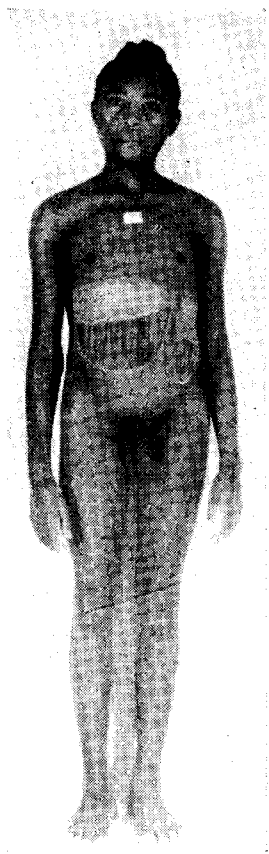


Fig. 3 — P. P. S., verificar o regular estado de nutrição do paciente e a volumosa hepatoesplenomegalia.

hemoglobina: 6,0 g%; leucocitos: ..... 2.400/mm<sup>3</sup>; tempo de protrombina: 16 seg = 63%; mielograma: médula hipoceular com presença de leishmânias (fig. 4); mielograma, punção biópsia hepática e punção esplênica negativas para leishmânias após o tratamento específico. O paciente durante o período de internamento (80 dias) apresentou febre apenas no 2.º, 23.º, 24.º, 25.º, 26.º e 27.º dias de hospitalização e foi medicado a base de anti-helmínticos (tetracloroetileno), vitaminas, amebicida, sulfato ferroso e antimoniato de N-metil-glucamina (total: 200 ml). Não houve relato de manifestações colaterais e o enfermo recuperou o apetite, houve regressão da hepatoesplenomegalia, anemia, do quadro hematológico e da alteração protéica (elevação da albumina para 50% e queda da hipergamaglobulinemia

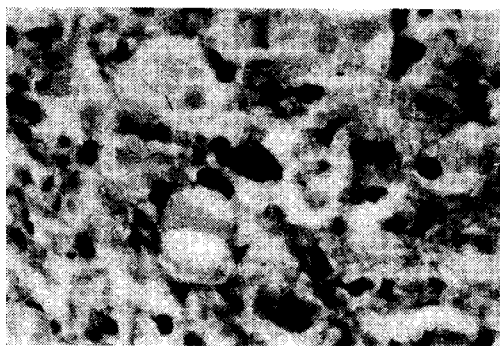


Fig. 4 — Caso J. S. B., corte histológico do fígado mostrando uma célula de Kupffer parasitada por *Leishmania donovani* e a esteatose focal. H. E., 1000 X.

para 31,5% (fig. 5) e obteve alta hospitalar curado clínica e laboratorialmente.

#### DISCUSSÃO

A icterícia na leishmaniose visceral é um fenômeno raro (5) surgindo apenas naqueles casos com intenso parasitismo hepático e degeneração nos hepatocitos. Alencar (3) admite que a icterícia seja uma manifestação comum no período de estado da doença, como sinal de uma hepatite leishmaniótica. Prata (18) considera a icterícia decorrente de uma insuficiência da função hepática para o metabolismo da billirrubina, enquanto que Neves (15, 16) a relaciona à hiper-hemólise. Marques & col. (12) admitem a icterícia no Calazar decorrente de uma colestase intra-hepática, devido à fibrose intersticial, à hiperplasia da célula de Kupffer ou à proliferação dos ductos biliares, como admite Rodrigues da Silva (19). Frequentemente, os fenômenos hemorrágicos são benignos, porém, em certas ocasiões são graves, levando o doente ao êxito letal. Prata (18) verificou, em sua casuística, gengivorragias em um caso e epistaxes em 14 pacientes. Citou um enfermo que faleceu em consequência de epistaxe incontrolável e Neves (15) referiu um paciente com a forma subaguda de Calazar com fenômenos hemorrágicos dominantes (epistaxes incoercíveis). Os fenômenos hemorrágicos apresentados pelo primeiro paciente, estavam ligados à acentuada trombocitopenia.

A febre é o sintoma mais constante e característico do Calazar; irregular, com duas ou três elevações diárias, sendo difícil estabelecer um padrão nesta parasitose. Apesar de ser um sintoma bastante freqüente, pode faltar em alguns doentes. Alencar & Aragão (2) relataram um enfermo dos seus 174 casos que não apresentou febre. Most & Lavietes (14) citaram um paciente no qual não puderam verificar quadro febril, apesar da hospitaliza-

ção bastante longa (60 dias) Manson-Bahr & Meisch (11) observaram apirexia em 9 doentes e Marques & col. (12) verificaram um paciente que evoluiu sem elevação térmica.

O nosso segundo enfermo evoluiu sem febre durante a fase que antecedeu o seu internamento e mesmo na vigência de sua hospitalização, observando-se febre apenas em seis dias.

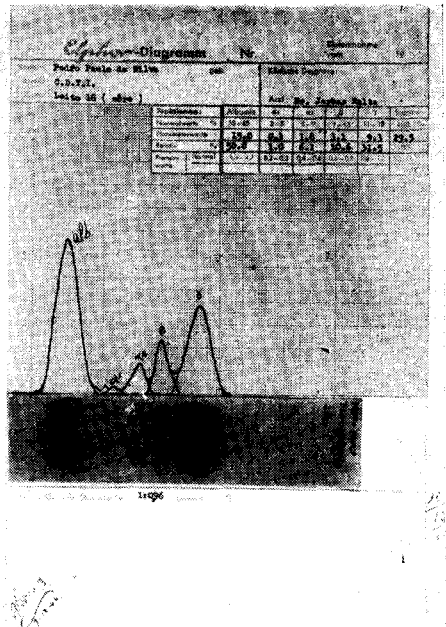
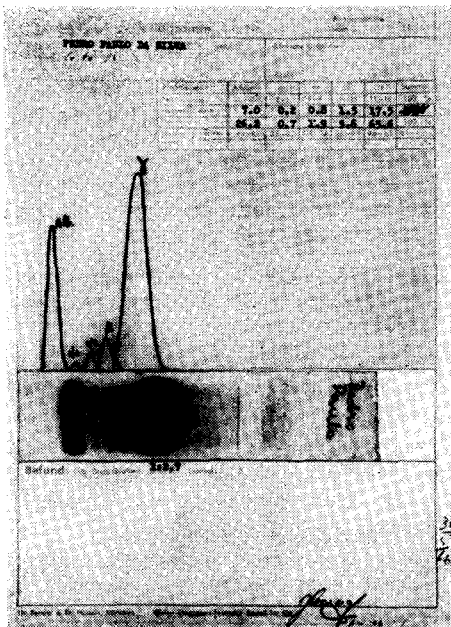


Fig. 5 — P.P.S., eletroforese das proteínas do soro antes e após o tratamento específico com glucantime. Observar a elevação da taxa de albumina e a queda da hipergamaglobulinemia depois da terapêutica.

S U M M A R Y

The Author presented two new cases of Kala-Azar in Pernambuco, Brazil. The first case died before receiving specific treatment, and the second patient received treatment with N-methyl-glucamine antimonate. After reviewing the literature published on Kala-Azar in Pernambuco, the Author found abnormalities in the symptomatology of the patients. The first case showed jaundice besides the regular symptoms of the disease, and the second case had no fever despite presenting other symptoms of Kala-Azar.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBUQUERQUE, A.F.R., BRITO, S. & MORAIS, M.O. — Importante foco de mal de Chagas e de leishmaniose visceral americana no Vale do Cariri (Estados do Ceará e Pernambuco). Hospital (Rio), 21: 61-69, 1942.
2. ALENCAR, J.E. & ARAGÃO, T.C. — Leishmaniose visceral no Ceará. Sintomas observados em 174 casos. I — Diagnóstico clínico. XII Congresso Bras. Hig., Belém (Pará), 9-15 de janeiro de 1955.

3. ALENCAR, J.E. — Aspectos clínicos do Calazar americano. Rev. Bras. Malar. D. Trop., 11: 19-44, 1959.
4. COUTINHO, A. & LIRA, A. — Leishmaniose visceral em Pernambuco. Considerações clínicas e hematológicas sôbre um nôvo caso. Rev. Bras. Med., 11: 89-97, 1954.
5. DEANE, L.M. & VERONESI, R. — Leishmaniose visceral. In Veronesi, R. (Editor) — Doenças Infecciosas e Parasitárias, 2.º Edição, Rio, Guanabara-Koogan, 1962.
6. FIGUEIRÊDO, A. — Leishmaniose visceral no Brasil. J. Med. Pernambuco, 32: 50-56, 1963.
7. LUCENA, D.T. — Flebôtomos de Pernambuco. I — *P. whitmani* e *P. intermedius* na zona da mata e *P. longipalpis* no agreste do Estado de Pernambuco. An. Soc. Biol. Pernambuco, 9: 27-36, 1949.
8. LUCENA, D.T. — Flebôtomos no Nordeste. Contribuição para o reconhecimento de sua distribuição geográfica. Bol. S.A.I.C., 17: 186-191, 1950.
9. LUCENA, D.T. — Flebôtomos no Nordeste. Morfologia de algumas espécies e sua distribuição geográfica. Pap. Av. Depart.º Zoologia (Sec. Agr. S. Paulo), II: 89-107, 1953.
10. LUCENA, D.T. — Flebôtomos do Nordeste. Encontro de *P. choti*, *P. aragãoi* e *P. longipalpis* em Pernambuco. Rev. Bras. Biol., 24: 185-192, 1964.
11. MANSON-BAHR, P.E.C. & HEISCH, R.B. — Studies in leishmaniasis in East Africa. III — Clinical features and treatment. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg. 50: 465-471, 1956.
12. MARQUES, R.J., LUCENA, D.T. & SARAIVA, R. — Leishmaniose visceral em Pernambuco. A propósito de dois casos clínicos em adultos. J. Brasil. Med., 11: 139-153, 1966.
13. MEIRA LINS, F. — Leishmaniose visceral infantil em Pernambuco. Aspectos clínicos, hematológicos e eletroforéticos. An. Fac. Med. Univ. Recife, 18: 215-239, 1958.
14. MOST, H. & LAVIETES, P.H. — Kalazar in American military personnel. Report of 30 cases. Medicine, 26: .. 221-284, 1947.
15. NEVES, J. — Formas clínicas do Calazar. Hospital (Rio), 61: 595-612, 1962.
16. NEVES, J. — Tratamento da Leishmaniose visceral americana pelo antimoniato de N-metil-gluamina. (Subsídios para o conceito de cura). Tese Fac. Med. da Univ. Minas Gerais, 1963.
17. PENNA, H.A. — Leishmaniose visceral no Brasil. Brasil Med., 48: 949-950, 1934.
18. PRATA, A. — Quadro clínico e laboratorial do Calazar. Tese Fac. Med. Univ. da Bahia, 1957.
19. RODRIGUES DA SILVA, J. — Leishmaniose visceral (Calazar). Tese Fac. Nac. Med. Rio de Janeiro, 1957.
20. TAVARES, A. & FONTE, J. — Sôbre o primeiro caso de leishmaniose visceral com verificação parasitológica em Pernambuco. Lab. Clin., 22: .... 133-135, 1942.
21. TAVARES, A. — Leishmaniose visceral com diagnóstico positivo "in vivo" em Pernambuco. Imp. Med., 20: .. 53-55, 1945.