

Leishmaníase Cutânea Localizada

J. ARÉLO MANSO, FÁTIMA DIAS, EUGÉNIA NETO

Serviço de Pediatria
Hospital de S. Pedro – Vila Real

Resumo

Os autores apresentam a casuística de Leishmaníase Cutânea Localizada (LCL) do Serviço de Pediatria do H. S. Pedro de Vila Real, (N-25) referente ao período de 7/91 e 6/96.

A forma exclusivamente cutânea, é na bacia hidrográfica do Douro, uma forma de apresentação rara, circunscrita e benigna. Todas as lesões evoluíram para a cura, independentemente do tratamento utilizado (sais de antimônio, crioterapia ou conservador). Não se encontrou qualquer relação com a forma visceral.

Palavras-chave: Leishmaníase Cutânea Localizada; Benigna; Pediatria.

Summary

The authors review the cases of Localised Cutaneous Leishmaniasis registered in Paediatric Service of Hospital S. Pedro Vila Real (N-25) during a five year period between July 1991 and June 1996. Cutaneous Leishmaniasis is among us a rare, circumscribed and benign form of presentation. All lesions resolved independently of the treatment used (antimony salts, cryotherapy or conservative attitude).

No relation was established with the visceral form of presentation.

Key-words: Localised Cutaneous Leishmaniasis; Benign; Paediatrics.

As Leishmanias(L) além da forma visceral(LV) ou Kala-azar (a mais frequente, mas esporádica no nosso País) podem originar lesões muco-cutâneas (LMC) e cutâneas(LC). Estas, também conhecidas por Botão do Oriente podem ser localizadas (LCL) ou difusas(LCD).

Em Portugal as L resultam de uma zoonose com áreas endémicas conhecidas. Têm na *L. infantum* o agente etiológico, no cão o reservatório principal e como vector duas espécies de Phlebotomus: *perniciosus e ariasi*.

A lesão cutânea iniciada com a inoculação da leptomonas, começa por ser uma pápula ou mácula que após algumas semanas de evolução pode ulcerar é geralmente indolor, não pruriginosa, a menos que infecte secundariamente.

O diagnóstico da LCL obtém-se pela identificação microscópica do parasita a partir do raspado (Fig. 1) biópsia ou cultura em meio apropriado corados pela Giemsa ^(1, 2). A serologia não tem a importância diagnóstica que pode ter na forma visceral, já que apenas

alguns doentes apresentam anticorpos anti-leishmania detectáveis pela ELISA, IFA ou qualquer outro método imuno-enzimático. A titulação baixa faz com que o teste cutâneo com a Leishmanina, não tenha interesse diagnóstico, no entanto, pode ser útil nos estudos epidemiológicos por positivar com o evoluir da doença ⁽²⁾.

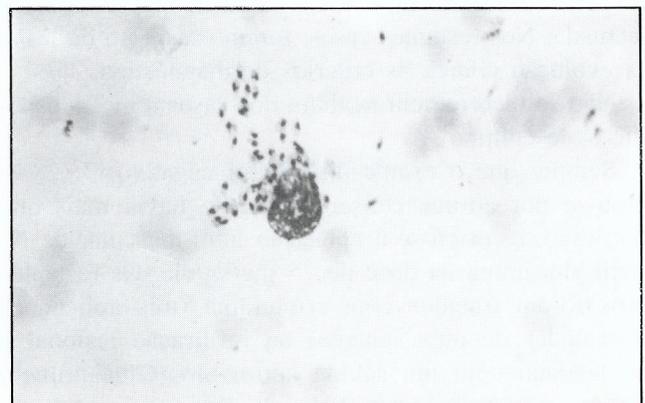


FIG. 1 – Esfregaço de lesão: célula mononucleada com numerosos corpos de Leishmania.

Os objectivos do presente trabalho foram: conhecer a incidência da LCL na nossa região, detectar possível relação entre a LCL e LV, e determinar a forma terapêutica mais adequada aos diversos tipos de apresentação (lesões únicas ou múltiplas).

Material e Métodos

Procedeu-se à revisão dos processos clínicos dos doentes que, no período compreendido entre 7/91 e 6/96 (5 anos), foi diagnosticado LCL.

Foram analisados os parâmetros: idade, sexo e residência; número, tipo e localização da lesão, tempo de doença, e relação com a forma visceral; tratamentos prévios, exame directo, tipo de tratamento e evolução.

Resultados

Todas as crianças (25) com idades entre os onze meses e os seis anos residiam na bacia hidrográfica do Douro. Dois terços tinham menos de 3 anos. A incidência foi idêntica em ambos os sexos.

A grande maioria das lesões eram localizadas à face 22 (88%), os três casos restantes situavam-se no couro cabeludo. 18 eram únicas.

Na altura do diagnóstico, 17 (68%) das crianças tinham mais de 3 meses de evolução e nove (36%) eram portadoras da doença há mais de 6 meses.

Um terço dos casos tinha sido submetido, a variados tratamentos tópicos e/ou por via oral (desinfectantes, anti-inflamatórios e anti-microbianos).

Em nenhuma das crianças foi detectado qualquer sinal ou sintoma compatível ou relacionável com a forma de LV, quer na altura do diagnóstico, quer posteriormente (três delas têm vigilância ainda inferior a um ano).

A pesquisa de L pelo exame directo foi positiva em 18 (72%): dezassete raspados e na única biópsia cutânea efectuada. Nos restantes casos, foram o aspecto da lesão e a evolução clínica os critérios de diagnóstico.

Não se recorreu em nenhum dos casos a meios específicos de cultura.

Sempre que o exame directo foi negativo, 7 (28%) optou-se por atitude conservadora. Se havia mais que uma lesão, recorreu-se à aplicação intra-muscular de N-metil-glucamina na dose de 75 mg/kg/dia. Os restantes casos foram tratados com crioterapia (três aplicações intervaladas de uma semana) ou infiltração lesional e peri-lesional com um sal de antimónio (Glucantime®) 300 mg, três doses intervaladas de 3/4 dias.

A evolução favorável em todos os casos ocorreu com a cicatrização indelével da/s lesão/ões. Esta deu-se mais

precocemente nos casos em que se utilizou a crioterapia (n=4) ou o sal de antimónio (n=11) verificando-se em média 4/5 semanas após o início do tratamento. O caso de evolução mais longa (18 meses) registou-se no grupo de abstenção terapêutica.

Discussão

As Leishmaníases integram o grupo das doenças parasitárias major, por terem morbi-mortalidade significativa e serem largamente difundidas a nível mundial.

Apresentam as L a particularidade de ter um ciclo evolutivo com duas formas distintas: – a *amastigota*, corpúsculo arredondado ou oval de 2 a 6 μ que parasita electivamente o sistema retículo-histiocitário do hospedeiro vertebrado; – a *promastigota* (leptomonas) ou flagelada que se encontra nos insectos vectores e nos meios laboratoriais de cultura (N.N.N.).

A Leishmaníase cutânea, ou «Botão do Oriente», deixou de ser uma forma específica, já que a expressão clínica e etiológica se têm vindo a modificar.

A LCL é no espectro das L. a forma de apresentação mais benigna⁽³⁾. A etiologia que começou por ser imputada apenas à L. trópica, é actualmente atribuída a qualquer espécie, e são já identificáveis mais de 30. Destas, a prevalente na nossa região é a *L. infantum*, que origina a forma visceral (Zimoderme MON1) e mais raramente a cutânea (Zimoderme MON24)⁽¹⁾.

O tropismo das Leishmanias não é absoluto, espécies essencialmente dermatópicas podem, se a imunidade do hospedeiro o permitir, disseminar-se assim como alguns dos seus antigénios.

A extensão local leva ao aparecimento de pápulas satélites e indurações subcutâneas contíguas, consubstanciando o quadro da L.C.D., mas tanto esta como as lesões muco-cutâneas, não foram documentadas na nossa casuística.

O período de incubação da LCL no Velho Mundo é muito variável (duas semanas a alguns meses) podendo atingir os três anos^(2,4). As manifestações clínicas dependem da virulência da espécie em causa, bem como da imunidade geneticamente determinada do hospedeiro.

O aspecto inicial é o de uma pequena pápula inflamatória, cujas dimensões podem variar de 0,5 a vários centímetros (nódulo).

As lesões na maioria dos casos são únicas, localizadas às zonas expostas, geralmente bem circunscritas, arredondadas, ovulares ou mais raramente de contornos irregulares (geográficos).

A apresentação mais frequente é o nódulo eritematoso, assintomático, com pequena ulceração central e crostas superficiais aderentes (nódulo vulcânico)⁽³⁾. Nas Fig.

(2-4) estão representados as formas de apresentação da LCL mais frequentes na nossa região, e a Fig. (5) evidencia o aspecto cicatricial final.



FIG. 2 - Duas lesões eritemato-papulosas com erosão central.



FIG. 3 - Lesão eritemato crostosa

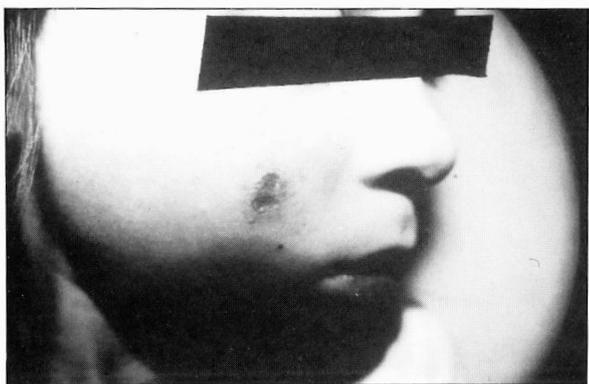


FIG. 4 - Lesão eritemato-papulosa ulcerada.

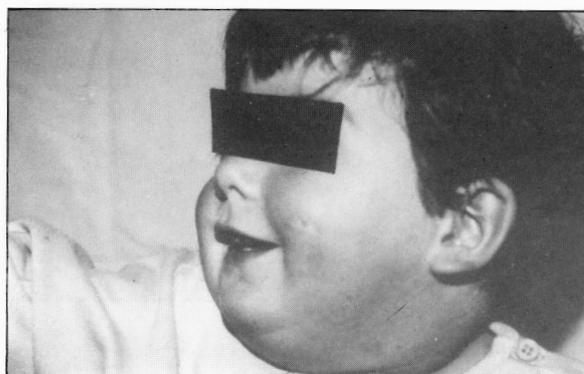


FIG. 5 - Lesão hipopigmentada com ligeira depressão central.

A morfologia da L.C.L. e a respectiva evolução natural são em muitos casos suficientemente distintas para fazer evocar o diagnóstico ^(2, 5). À fase inicial de crescimento da lesão, segue-se um período de aparente inatividade, após o que se dá a fase de resolução. A cicatrização espontânea ocorre geralmente entre os 3 e os 12 meses, não sendo contudo raras evoluções mais prolongadas, conforme pudemos constatar (18 meses).

O diagnóstico diferencial da LCL implica por vezes a necessidade de excluir a infecção cutânea, fúngica, sífilis, tuberculose, lúpus ⁽²⁾.

O aspecto histopatológico clássico da L.C.L. é um granuloma epidermo-dérmico do tipo histio-linfo-plasmocitário, com algumas células gigantes do tipo Langhans que podem conter parasitas ^(6, 7) (Fig. 6). A persistência da ulceração central do nódulo ou papula está ligada à predominância da acção local dos linfócitos do tipo Th_2 . A ulceração é patologicamente caracterizada pela necrose focal dos macrófagos.

A resposta ao teste de hipersensibilidade retardada com Leishmanina, se praticado na fase de cicatrização, será positiva e a resposta celular põe em evidência os CD_4 do tipo TH_1 ⁽⁸⁾.

A recuperação está associada a um elevado nível de resistência à reinfeção por *Leishmania* homóloga ⁽²⁾.

Algumas lesões podem permanecer parcialmente cicatrizadas por longos períodos, não contendo formas amastigotas mas sim antigénios leishmânicos, pelo que não respondem à terapêutica específica, mas à instilação intralesional de esteróides ⁽³⁾. Sempre que possível deve-se proceder à tipagem da espécie em causa. A *L. zimmermanii* MON 24, está identificada com a principal causadora da forma cutânea na região sudoeste do mediterrâneo.

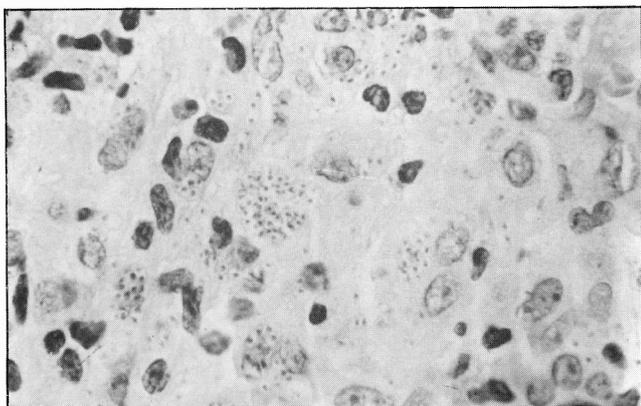


FIG. 6 – Infiltrado de linfócitos e histiócitos repletos de corpos de Leishmania, obtido por biópsia do couro cabeludo.

Conclusões

- Deve-se suspeitar de LCL nos portadores de uma lesão de tipo inflamatória crônica que residam ou tenham visitado uma zona endêmica.
- As formas de LCL na nossa região são raras, benignas, e circunscritas a zonas expostas da pele.
- A evolução natural é para a cura, com cicatrização indelével. Esta, no entanto, é obtida mais precocemente em 4/5 semanas tanto com a crioterapia como com os sais de antimônio intra-lesional (lesão única) ou via sistêmica (lesões múltiplas).

- O tratamento conservador parece-nos ser o mais aconselhado para lesões pequenas e únicas.
- Não se encontrou qualquer relação com a forma visceral.

BIBLIOGRAFIA

1. Rook, Wilkinson et Ebling. Leishmaniasis In: Textbook of Dermatology, 1992: 1251-64 /Blackwell Scientific Publications).
2. Pearson R.D., Sousa, A.Q. Leishmania Species: Visceral, Cutaneous, and Mucosal Leishmaniasis in: Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 1992: 2428-2442 (Saunders).
3. Kubba R. Cutaneous leishmaniasis: newer aspects, Symposium Leishmaniasis – Dermatology progress and Perspectives, *The proceedings of 18th World Congress of Dermatology*, 1993: 399-401 (W.H.C. Burgdorf and S.I. Katz).
4. Smith PAJ. Long incubation period in Leishmaniasis. *Br Med J* 1995; 2: 1143.
5. Kubba, R., Al-Gindan, El-Hassan, Clinical diagnosis of cutaneous leishmaniasis (oriental sore). *J Am Acad Dermatol* 16, 1183-6.
6. Dedet JP. Leishmanioses tégumentaires. *Revue Praticien* 1995; (9) 312: 51-54.
7. Dedet JP. Leishmania et Leishmanioses: clinique et thérapeutique. *Encycl Méd Chir; Maladies infectieuses*, 1995.
8. Barral – Netto M, Machado P, Barral A. Human cutaneous leishmaniasis: recent advances in physiopathology and treatment. *Eur J Dermatol* 1995; 5: 104-13.

Correspondência: J. Arêlo Manso
 H. S. Pedro. Vila Real
 5000 Vila Real
 Telef.: (059) 34 10 41
 Fax: (059) 34 13 69