

Laylla Luiza Ferreira Ázara¹, Lívia Racquel Ferreira Ázara², Marina Maciel Géa², João Pedro Pereira Barcelos¹, Amanda Arantes Borges¹, Janaína Chaves³

1. Acadêmica de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas Belo Horizonte

2. Médica Generalista - Atuando como Médica de Família e Comunidade

3. Médica Pediatra - Professora de Pediatria da Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas Belo Horizonte

INTRODUÇÃO

A Leishmaniose visceral (LV) é uma doença infectocontagiosa causada pelo protozoário do gênero *Leishmania*, prevalecendo no Brasil a espécie *Leishmania Infantum*. O principal vetor no Brasil é o mosquito fêmea do gênero *Lutzomyia longipalpis*, sendo o cão doméstico o reservatório mais importante e o homem o hospedeiro final.

RELATO DE CASO

Sexo masculino, 5 anos, com febre e hiporexia durante 02 dias. Ausência de linfonodomegalia e icterícia. Diagnosticado e tratado como dengue, após hemograma com plaqueta e leucopenia. Iniciado tratamento ambulatorial e orientado retorno. Ao exame físico apresentou hepatomegalia de 4 cm e esplenomegalia de 5 cm. Solicitados novos exames por hipótese de hepatoesplenomegalia febril. Exames com plaquetopenia de 120.000, anemia, leucopenia sem blastocitose, PCR aumentado. Mantido tratamento ambulatorial devido quadro clínico estável e bom estado geral. Teste rápido de leishmaniose positivo, teste rápido de dengue negativo. Internado e iniciado tratamento com Glucantime. Permaneceu internado durante 16 dias, terminando o tratamento em ambulatório. Alta com critérios de cura.

DISCUSSÃO

A LV é caracterizada por febre baixa intermitente e prolongada, hepatoesplenomegalia discreta, palidez de mucosas, tosse e diarreia. Em fases avançadas o paciente evolui para caquexia, disfunção hepática e hepatoesplenomegalia acentuada. As complicações incluem desnutrição, edema, fenômenos hemorrágicos cutâneos e/ou digestivos e infecções bacterianas como pneumonia.

O diagnóstico é realizado através da clínica, epidemiologia e exames laboratoriais, como o histopatológico, isolamento in vitro do parasito, detecção de DNA e testes sorológicos como o ELISA. O tratamento na infância consiste no uso do antimonial pentavalente parenteral 20 mg/kg/dia por no no mínimo 20 dias.

Em geral, deve-se manter monitorização cardíaca com eletrocardiograma, devido possíveis arritmias, assim como exames de função hepática. Para crianças menores de um ano, ou imunodeprimidos, a opção mais segura é a anfotericina b lipossomal por 7 dias.



Figura 2: Ciclo da Leishmaniose

CONCLUSÃO

Em um contexto de área endêmica, com quadro clínico de hepatoesplenomegalia deve ser sempre suspeitada a hipótese de LV. A maior susceptibilidade em crianças pode ser explicada pela relativa imaturidade do sistema imune, que quando associada à desnutrição, problema comum de áreas endêmicas, se agrava. Quando não tratada, a LV pode ser fatal, portanto o diagnóstico precoce, assim como o tratamento e medidas de controle do vetor e reservatório são de extrema importância para reduzir a morbimortalidade da LV.

BIBLIOGRAFIA

1. Diagnosis and Treatment of Leishmaniasis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society of Tropical Medicine and Hygiene (ASTMH) (2016).
2. Andrade TM, Carvalho EM, Rocha H. Bacterial infections in patients with visceral leishmaniasis. J Infect Dis 1990; 162:1354.
3. Sundar S, Rai M. Laboratory diagnosis of visceral leishmaniasis. Clin Diagn Lab Immunol 2002; 9:951.
4. Rey LC, Martins CV, Ribeiro HB, Lima AA. American visceral leishmaniasis (kala-azar) in hospitalized children from an endemic area. J Pediatr (Rio J) 2005; 81:73.