LEISHMANIOSE VISCERAL

* **Diagnóstico Clínico:**

Fatores de risco: Infecção sistêmica causada pelo *Leishmania chagasi*. Classicamente os fatores de risco estão associados a áreas endêmicas, rurais e a adultos jovens do gênero masculino. Todavia, há significativa expansão em áreas urbanas e na faixa etária pediátrica, com quase 50% dos casos. Áreas endêmicas próximas ao DF: toda região centro-oeste, Bahia, Piauí, oeste de Minas Gerais.

O parasita tem seus reservatórios em cães, raposas e marsupiais. O vetor é o mosquito flebotomínio do genero *Lutzomyia*. Período de incubação de 1 a 6 meses.

Sinais e sintomas frequentes: Fase aguda inicial (< 4 semanas) - leve hepatoesplenomegalia febril, palidez e adinamia leves. Geralmente confundido com quadra sistêmico inespecífico e tratado com antibióticos, sem sucesso.

Fase de estado (até 2 meses) - persistência da febre, evolução da hepatoesplenomegalia com agravamento do estado geral e da palidez. Surge comprometimento hepático, emagrecimento significativo, diarreia. Quase sempre o baço tem aumento mais pronunciado que o fígado

Fase final - febre, evolução do quadro sistêmico, desnutrição, insuficiência hepática, sangramentos, óbito por infecção secundária.

* **Diagnóstico Laboratorial:**

A epidemiologia e o quadro clínico típico podem excluir a necessidade de exames diagnósticos complementares. O diagnóstico pode ser feito com o teste sorológico (IFI ou ELISA), considerado positivo com títulos > 1:80 (1:40 é duvidoso). O teste rápido (rK39) tem alta sensibilidade e especificidade e fica pronto em minutos. O padrão ouro é a identificação dos parasitos no aspirado de medula óssea ou no baço.

As seguintes alterações laboratoriais são típicas da doença e sua importância aumenta conforme a doença progride: anemia, pancitopenia (em especial a plaquetopenia), inversão da relação albumina globulina, elevações de transaminases, DHL, bilirrubinas.

* **Critérios de Internação:**

Todas as crianças devem ser internadas para tratamento parenteral e acompanhamento clínico e laboratorial. Não praticamos tratamento ambulatorial, como se faz em alguns casos com adultos oligossintomáticos.

* **Complicações Mais Frequentes:**

Infecções secundárias, sepse, hemorragias, insuficiência hepática.

TRATAMENTO: a primeira escolha é o antimoniato de n-metil glucamina (Glucantime) na dose de 0,25 ml/kg/dia, em dose única, por 20 a 30 dias. Devem ser monitorados os exames referentes às funções hepática, renal e o ECG, já que a medicação pode causar elevação do intervalo QTc.

Casos de falha ou intolerância ao primeiro esquema devem ser tratados com anfotericina B lipossomal na dose de 3 a 5 mg/kg/dia, em dose única, por 10 a 21 dias. A anfotericina também está indicada como primeira opção quando o paciente chega em estado bem grave, pois não se deve arriscar uma eventual falha do tratamento com o glucantime.

* **Critérios de Alta:**

O tratamento deve ser realizado com sucesso de forma completa e a criança apresentar resolução clínica. A redução do volume do baço para menos de 50% do tamanho inicial é um bom parâmetro de melhora.

* **Prognóstico e Orientações para o Seguimento:**

São raros os casos de recorrência. Convém acompanhamento ambulatorial até que a criança retome seu crescimento e desenvolvimento normais.

* **Referências:**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância

Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Cavalcante MHL, Leishmaniose visceral (calazar): importância do reconhecimento precoce, Rev. Saúde Criança Adolesc. 2011; 3 (2):24-28.

Responsáveis pela elaboração da rotina: Dr. Iúri Leão de Almeida e Dr. Marco Antônio Alves Cunha