

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS SÔBRE UM CASO DE LEISHMANIOSE DO TIPO LINFAGÍTICO-NODULAR ASCENDENTE, SIMULANDO ESPOROTRICOSE

MARIO ARTOM
CARLOS DA S. LACAZ
OSWALDO P. FORATTINI

Dentre as formas anátomo-clínicas da leishmaniose, apresenta real interesse a linfangítica, pelo seu caráter pouco freqüente e por poder ser confundida, no seu aspecto, com outros processos, principalmente a esporotricose.

Em 1916, Escomel (1) apresentou uma classificação das formas clínicas da leishmaniose americana, na qual incluiu a linfangítica como variedade distinta das outras. O quadro clínico descrito por Escomel foi rotulado por Rabello (2) como "modalidade sub-cutânea" pois "as lesões tanto podem seguir o trajeto dos linfáticos, como também o dos vasos venosos".

Apesar de discutida e pouco freqüente, a forma linfangítica da leishmaniose foi objeto de varias publicações, tanto nacionais como estrangeiras, das quais nos dá bôa ideia Josephino Aleixo (3) no Anais da I.^a Reunião Anual dos Dérmato-sifilógrafos brasileiros. Todavia, o comprometimento do sistema linfático, tanto dos vasos como dos gânglios, é fato geralmente aceito pelos autores. Assim é que, Pessoa e Rangel Pestana (4) estudando em 1939 as lesões iniciais na leishmaniose tegumentar americana, descrevem uma lesão constituída unicamente por uma zona eritematosa na porção inferior esquerda do pescoço, estando a rêde ganglionar satélite infiltrada.

O que ainda apresenta certo grau de controversia é o papel dos parasitas no comprometimento do sistema linfático. Montenegro (5), entre outros, atribui êsse fato à infecção piogênica secundária que se estabelece. No entanto, a tendência atual é responsabilizar as leishmanias pelas adenopatias e linfangite observadas (6).

O primeiro caso de leishmaniose linfangítica simulando esporotricose, foi relatado entre nós, por Aguiar Pupo em 1921 (7). Tratava-se de um doente que apresentava ulcerações na perna e coxa esquerda, de fundo granuloso, e dispostas linearmente no trajeto dos linfáticos principais e mais calibrosos. Dois outros casos foram observados por Oliveira Ribeiro em 1937 (8), tratando-se de marido e mulher, com ulceração leishmaniótica típica, respectivamente no antebraço e mão direita e linfangites múltiplas ascendentes, sob a forma de cordões duros e palpáveis, apresentando espaçadamente, nódulos que aderiam à pele. Por fim, Josephino Aleixo (3), em tra-

balho já citado, registra outro caso, em que o exame revelava grande úlcera no antebraço esquerdo e outras três (uma no antebraço e duas no braço) em situação escalonada, e continuando superiormente esta disposição, cinco nódulos inflamatórios dermo-epidérmicos.

Esta nossa comunicação tem o objetivo de relatar mais um caso de leishmaniose linfangítica, simulando a esporotricose pelo seu aspecto anátomo-clínico.

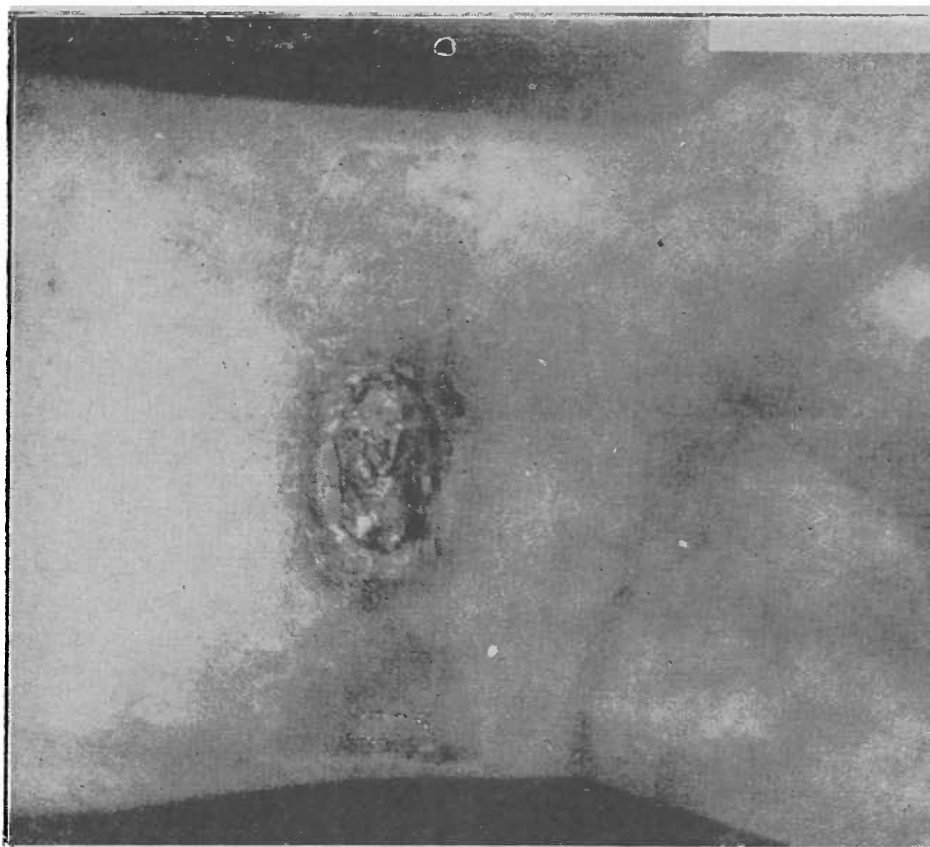
OBSERVAÇÃO

H.S. 35 ancs, sexo masculino, branco, brasileiro, funcionário público, natural e residente em S. Paulo (Capital), examinado a 8-12-1945.

Há 2 meses, refere que esteve durante 25 dias no sertão das margens do rio Paranapanema, nas localidades denominadas Água da Queixada e Água do Centenário. Nesses locais sofreu mordidas de vários mosquitos (Biriguí, Pernilongos, Borrachudos, etc). De regresso a S. Paulo, pousando em Regente Feijó, foi mordido por um mosquito no pé direito, o que o levou a coçar a região, que horas após se apresentou inchada (sic) a tal ponto que lhe impedia a locomoção. Chegando a S. Paulo, consultou um facultativo, que lhe receitou 200.000 U.I. de penicilina e pomada Stopton, para aplicação local, obtendo com isso, melhoras. Por essa ocasião, começou a notar na face anterior do punho esquerdo, pequena ulceração recoberta por uma crosta facilmente removível, que o próprio doente arrancava repetidas vezes. Começou então, a aplicar localmente o Stopton, não obtendo resultado algum. Como a lesão continuasse a aumentar, passou a aplicar Dermothiazamida, também sem resultado. Outros medicamentos de aplicação local foram usados: mercurio-cromo, sulfanilamida em pó, nitrato de prata e "Stopton peritoneal", sem qualquer melhora da lesão. Por essa época, tendo feito um exame bacteriológico do material da ferida, que acusou *Staphylococcus aureus*, tomou 200.000 U.I. de penicilina, o que não causou nenhuma melhora apreciável. Foi por essa ocasião que, procurando o Prof. Mario Artom, este encaminhou-o ao Dr. Carlos da S. Lucas, como sendo um caso suspeito de esporotricose. Tal diagnóstico clínico foi confirmado. A intradermoreação pela esporotriquina foi, contudo, negativa (leitura após 48 horas), assim como a cultura em meio de Sabouraud-glicose. Quando se realizavam tais exames, foi instituída a terapêutica iódica (iodeto de sódio a 10% por via endovenosa e iodeto de potássio por via oral), que se mostrou ineficiente. Praticamos então, uma reação de Montenegro que se mostrou francamente positiva (leitura após 48 horas), bem como a pesquisa direta das leishmanias na lesão (coloração pelo Giemsa). Em vista desses achados, foi estabelecido o diagnóstico de leishmaniose.

EXAME FÍSICO ESPECIAL

Apresenta uma ulceração na face anterior do punho esquerdo (Fig. 1). A úlcera é oval, de fundo escavado, granuloso, com alguma secreção sero-purulenta (cancro primário ou de inoculação). As bordas são salientes e talhadas a pique. Partindo desta ulceração e com caráter ascendente, notamos na face anterior do antebraço, um cordão linfático palpável e apresentando-se nodular de espaço a espaço (linfangite nodular ascendente). Tudo perfeitamente palpável, abaixo da pele. Gânglio epitrocleano aumentado de volume e de consistência dura (tipo sífilóide).



EVOLUÇÃO — TRATAMENTO

Diagnóstico clínico de esporotricose na sua forma clássica, linfático-nodular ascendente. Reação de esporotriquina negativa após 48 horas. Cultura em meio de Sabouraud, negativa. Por fim, a terapêutica iódica instituída foi ineficiente.

Diante disso, procedeu-se a uma reação de Montenegro, que após 48 horas se mostrou fortemente positiva. A pesquisa direta de leishmânias também foi positiva (coloração pelo método de Giemsa).

Diagnóstico definitivo, fornecido pelo Laboratório: Leishmaniose.

Procedeu-se ao tratamento pelo Eparseno, via endovenosa. Na 7.^a injeção, a úlcera estava cicatrizada, tendo desaparecido a linfangite e a adenopatia.

INTERESSE DO CASO APRESENTADO E CONCLUSÕES

Podemos, pois, observar neste caso, a presença do assim chamado “cancro de inoculação” ou “cancro espúndico” (Escomel (9)) que seria, quase sempre, uma fase evolutiva de lesão papulosa (6).

Embora não tenha sido possível demonstrar, a rigor, a presença do chamado “complexo primário leishmaniótico”, por não ter o doente se submetido à punção das vias linfáticas, verificamos que a linfangite, assim como a adenopatia, responderam somente ao tratamento arsenical, falando a favor, pois, de uma causa leishmaniótica e não bacteriana. Outro fato que vem apoiar esta hipótese, é que tal linfangite e adenopatia não foi afetada pelo tratamento sulfamídico e penicilínico anteriormente experimentado pelo doente.

Aproveitamos a ocasião para ressaltar o valor demonstrado pela esporotriquina, que não é mais do que uma suspensão homogênea de 4 amostras de *Sporotrichum Schenki*, em solução fisiológica, aquecida a 56°C. durante 2 horas, mertiolisada a 1:20.000 e controlada pela cultura.

Propomos portanto que, em casos de ulcerações acompanhadas de linfangite e adenopatia, seja feita, ao lado da pesquisa do *Sporotrichum* e da reação da esporotriquina, sistematicamente a pesquisa das leishmânias e a reação de Montenegro.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ESCOMEL, E. (1916). — Contribution à l'étude de la Leishmaniose Américane (Laveran et Nattan-Larrier). Formes et variétés cliniques. Bull. Soc. Path. Exot., **9**: 215.
- (2) RABELLO, Eduardo (1925). — Contribuições ao estudo da leishmaniose tegumentar no Brasil. II. Fórmias clinicas. An. Brasil. Dermat. Sifil., **1** : 1.
- (3) ALEIXO, Josephino (1945). — Leishmaniose tegumentar americana linfagítica. Anais da I.^a Reunião Anual dos dermatos-sifilógrafos brasileiros. pag. 115.
- (4) PESSÔA, Samuel B. e PESTANA, B. Rangel (1939). — Lesões iniciais na leishmaniose tegumentar americana. Acta Médica, **4**: 267.
- (5) MONTENEGRO, J. (1942). — Anátomo-patologia da leishmaniose cutânea (úlceras de Baurú). Bol. Soc. Med. Cir. S. Paulo, **6**: 132.
- (6) PESSÔA, Samuel B. e BARRETO, Mauro Pereira (1944). — Sobre as lesões iniciais na leishmaniose tegumentar americana. Anais da I.^a Reunião anual dos dermatos-sifilógrafos brasileiros, pag. 27.
- (7) PUPO, João de Aguiar (1921). — Duas formas raras de leishmaniose tegumentar: linfangite leishmaniótica simulando a esporotricose: leishmaniose maligna numa criança de 3 anos. Bol. Soc. Med. Cir. São Paulo, **4**: 97.
- (8) OLIVEIRA RIBEIRO, Domingos (1937). — Cancro leishmaniótico, linfangite nodular ascendente e adenopatia. Dois casos apresentados à secção de Dermatologia da Assoc. Paul. de Med., S. Paulo. 1937.
- (9) ESCOMEL, E. (1911). — La espundia. Bu. Soc. Path. Exot. **4**: 489.