

CALAZAR NO TOGO — ÁFRICA OCIDENTAL APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Evanil Pires de CAMPOS (1), Antoine Afatsao AMEDOMÉ (2) e Koffi KPODZRO (3)

R E S U M O

Os Autores apresentaram o primeiro caso de Calazar no Togo, país da África Ocidental. Trabalho anterior demonstrou a presença dos vectores que garantem as condições epidemiológicas necessárias para a transmissão dessa doença. Os Autores relataram o caso clínico e os exames complementares respectivamente. Após iniciarem os estudos epidemiológicos sugerem algumas hipóteses do tipo de Calazar descrito.

I N T R O D U Ç Ã O

O Togo é um país da África Ocidental situado ao norte do Equador. Limita-se ao norte pelo Haute-Volta, a leste por Ghana e a oeste por Dahomey. É um país da África Ocidental pertencente a região equatorial.

Em 1973 foi realizado por Abonnenc estudo bioecológico dos Psychodidae, insetos vectores hematófagos, nas regiões de Dahomey e do Togo. Realizou, o Autor, captura de flebotomos nas diversas cidades dos dois países. Concluiu que três espécies poderiam concorrer para a transmissão do Calazar na região, a saber: *P. duboscqi*, *P. clydoi* e *P. schwetzi*^{1,2}.

Estudos dessa mesma natureza já se realizaram em outros países da África Ocidental, Meridional e do Sul^{5,11,12}. Alguns casos clínicos de Calazar foram assinalados e descritos em países da África Ocidental^{5,12}.

Apesar das evidências epidemiológicas propícias encontradas, nenhum caso de Calazar foi descrito nesse país da África Ocidental.

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de Bénin — Togo, África.

(1) Professor Assistente Doutor do Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, Dermatologia e Radiologia da Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu da Universidade Estadual Paulista «Júlio de Mesquita Filho».

(2) Chef de Clinique à l'École de Medicine de Lomé — Université du Bénin — Togo, África

(3) Chef de Service de Anatomie Pathologique à École de Medicine de Lomé — Université du Bénin — Togo, África

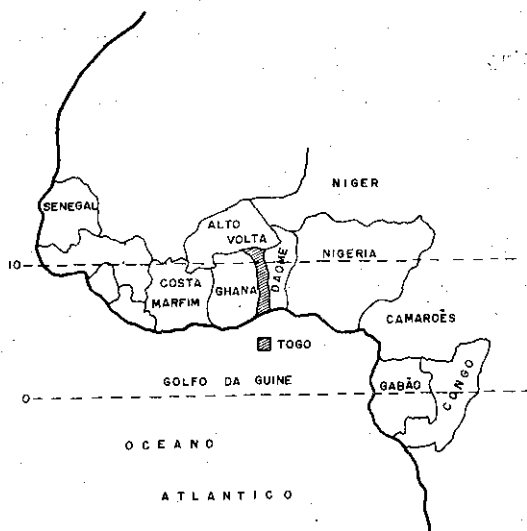


Fig. 1 — África Ocidental, mostrando o Togo, país onde se descreveu o Calazar

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

IDENTIFICAÇÃO

BIDE — escolar, com 10 anos aproximadamente, do sexo masculino, cor negra, residente

em Saoude (Lama-Kara) ao norte do país. Sempre viveu nesse local desde o nascimento. Foi internado em outubro de 1974, no Hospital de Saoude, apresentando febre cotidiana, com dois picos diários, acompanhada de cefaléia e calafrios intensos. Referia anorexia e emagrecimento.

Em janeiro de 1975, agravou-se o quadro com aparecimento de ascite e edema de membros inferiores. Foi tratado como recaída de paludismo, apesar da gôta espessa ser negativa. A febre permaneceu inalterada e nenhuma melhora, ainda que discreta do estado geral foi observada. Nessa ocasião o hemograma revelou anemia: glóbulos vermelhos = 2.500.000 e leucopenia de 2.500.

Ao exame físico apresenta mal estado geral, anictérico e palidez cutâneo-mucosa.

Subcutâneo — micropoliadenopatia.

Musculatura — hipotrofia.

Ossos — sem deformidades e sem edema inflamatório.

PA = 10,5 x 6,0 mm/Hg P = 120 bat/min.

T = 38°C

EXAME FÍSICO ESPECIAL

Cabeça: nada digno de nota; **olhos:** conjuntivas pálidas; **orofaringe e ouvidos:** nada digno de nota; **pescoço:** micropoliadenia. **Tireóide** normal à palpação; **tórax:** semiologicamente normal; **pré-córdio:** sôpro sistólico do tipo anêmico e hiperfonese no foco pulmonar.

Abdome — Inspeção: globoso e assimétrico à esquerda. Umbigo desviado e "caído", parede fina e translúcida. **Palpação profunda** — hepatomegalia de bordas finas, superfície irregular, consistência normal, móveis à respiração, discretamente dolorosa a 14 cm do rebordo costal direito (IV ou V) dolorosa, com boceadura à altura da região umbelical. Superfície endurecida e irregular. Ascite presente.

Degrau gástrico e alças intestinais: nada digno de nota; **Giordano:** negativo; **ruidos hidroaéreos:** presentes e normais.

Membros — Inferiores: hipotrofia muscular. **Superiores:** palidez do leito ingueal e hipotrofia muscular.

Sistema nervoso central, marcha, motricidade, sensibilidade e coordenação: nada digno de nota.

Em 9 de maio de 1975, o mesmo, após ter sido examinado no Hospital de Lama-Kara, foi transferido para o Centro Universitário Hospitalar (C.H.U.) da Faculdade de Medicina de Lomé — Togo. O principal objetivo foi a confirmação diagnóstica de Calazar, que pensamos baseados em: Febre com dupla elevação diária; anemia e emagrecimento; esplenomegalia com crescimento vertical, bocejada (sobre) atingindo a fossa ilíaca esquerda e passando para a fossa ilíaca direita; leucopenia e velocidade de hemossedimentação elevada à primeira hora; gôta espessa negativa; plora do quadro clínico apesar da terapêutica específica para Paludismo.

Como diagnóstico diferencial sugerimos: Esquistossomose hepatoesplênica associada à Febre Tifóide; Paludismo crônico; Brucelose; Reticuloendoteliose.



Fig. 2 — Calazar — Nota-se edema generalizado com ascite, palidez palmar e hepatoesplenomegalia

EXAMES COMPLEMENTARES

A gôta espessa corada pelo método de Giemsa mostrou leishmânias intraglobular.

A punção biópsia hepática revelou inúmeras leishmânias e a external leishmânias intra e extra celulares.

A reação formol-gel foi positiva e a eletroforese obedeceu ao padrão do Calazar, hipalbuminemia e elevação de gamaglobulina. A hemocultura foi negativa.

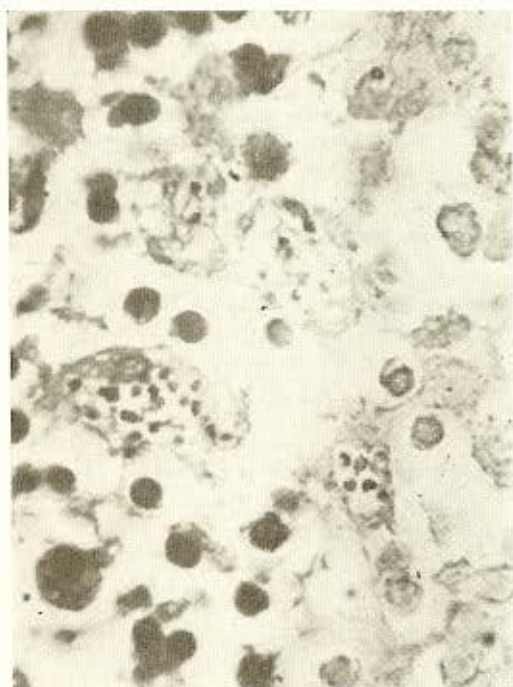


Fig. 3 — Calazar — Presença de leishmânias na medula óssea

O hemograma revelou — glóbulos brancos: 7.000; glóbulos vermelhos: 2.240.000; velocidade de hemossedimentação: 146-50 na primeira hora. Forma leucocitária — neutrófilos: 72%; eosinófilos: 1%; basófilos: 0%; linfócitos: 27%; monócitos: 0%.

O teste de Emmel foi negativo. Uréia: 30 mg%; Tempo de protrombina: 100%; Parasitológico: ovos de ancilostomídeos.

Eletroforese de proteínas mostrou: Albumina: 24,6%; Alfa₁: 6,1%; Alfa₂: 9,2%; Beta: 4,8%; Gama: 55,3%.

Estabelecido o diagnóstico de Calazar foi prescrito o tratamento clássico com Gliconato de antimônio sódico na dose de 20 mg/dia pe-

la via intramuscular e aumento progressivo até 60 mg/dia, em 12 aplicações.

Repetiu-se o tratamento em setembro de 1975 e em julho de 1976, com o mesmo esquema posológico.

Verificou-se após o tratamento a seguinte evolução: Apirexia após 8 dias de Glucantime; ganho de peso; bom apetite e melhora do estado geral; regressão da hepatoesplenomegalia; hepatomegalia: 14 para 9 cm; esplenomegalia: 18 para 14 cm; desaparecimento da hepatoesplenomegalia após a repetição do tratamento.

COMENTÁRIOS

A apresentação e a descrição do primeiro caso de Calazar no Togo — África Ocidental, sugere: procurar as condições epidemiológicas favoráveis e adequadas para se poder avaliar a extensão do problema na região; a seguir, determinar o diagnóstico epidemiológico definitivo pela captura de animais com a finalidade de descobrir os reservatórios. Essa fase foi por nós iniciada e encontra-se em desenvolvimento, porém ainda não temos os resultados definitivos; o caso clínico relatado, possui as mesmas características clínicas do encontrado no Brasil. Difere de outras formas de Calazar, como, por exemplo, o da Índia e o da China Oriental que têm no homem, aparentemente, o único reservatório.

Observou-se também cura clínica e terapêutica pelo emprego do Gliconato.

SUMMARY

Kala-Azar in Togo — West African. Presentation of a clinic case

The Authors report the first confirmed case of Kala-Azar in Togo, a West African country.

Previous work referred the presence of the vector *Psychodidae* and established the necessary epidemiologic condition to the transmission of this disease.

After starting the epidemiologic studies, they suggest some hypotheses about the referred type of this Kala-Azar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABONNENC, E.; DYEMKOUA, A. & HAMON, J. — Sur la présence de *Phlebotomus* (*Phlebotomus*) *orientalis* Parrot, 1936, dans la République du Niger. *Bull. Soc. Path. Exot.* 57: 158-64, 1964.
2. ABONNENC, E. & LAUVIERE, M. — Repartition des phlebotomus de l'Ouest African (*Dipteria Psychodidae*). *Bull. Inst. Français d'Afr. Noire, Ser. A* 21: 204-26, 1959.
3. ALENCAR, J. E. de & CUNHA, R.V. — Inquéritos sobre Calazar no Ceará. Novos resultados. *Rev. Brasil. Malariol. Doenças Trop.* 15: 391-403, 1963.
4. ALENCAR, J. E. de — Aspectos clínicos de Calazar Americano. *Rev. Brasil. Malariol. Doenças Trop.* 15: 19-44, 1959.
5. BELLON, J. — Un cas de Kala-Azar au Tchad ou Tchad (Ouaddai). *Arch. Inst. Pasteur (Algérie)* 30: 377-381, 1952.
6. DEANE, M. P. & DEANE, L.M. — Observações sobre a transmissão de Leishmaniose visceral no Ceará. *Hospital (Rio)* 48: 95-118, 1955.
7. DEANE, L. M. & DEANE, M.P. — Observações preliminares sobre a importância comparativa do homem, do cão e da raposa (*Lycalopex Vetusis*) como reservatório de *Leishmania donovani*, em área endêmica de Calazar no Ceará. *Hospital (Rio)* 48: 79-98, 1955.
8. HOOGSTRAAL, H. & HEYNEMAN, D. — Leishmaniasis in the Sudan Republic. *Amer. J. Trop. Med. & Hyg.* 18: 1087-1210, 1969.
9. LARIVIERE, M.; OVENUM, C. & ABONNENC, E. — A propos d'un cas de Leishmaniose cutané au Senegal. Discussion sur la transmission possible par *Phlebotomus duboscqi* (Pombandi). *Bull. Soc. Med. Afr. Noire Lang. (France)* 6: 431-436, 1961.
10. NAPIER, L. E. & KRISHANAN, K. V. — A theory of the aetiology and epidemiology of Kala-Azar in India. *Trop. Dis. Bull.* 29: 495-503, 1932.
11. NINTER, D. N. — Studies on the vector of Kala-Azar in Kenya. III Distributional evidence. *Ann. Trop. Med. & Parasit.* 57: 19-23, 1963.
12. ROHRS, L. C. — Leishmaniasis in the Sudan Republic. *Amer. J. Trop. Med. & Hyg.* 13: 265-271, 1964.

Recebido para publicação em 5/12/1977.