



SERVIÇO E DISCIPLINA DE CLÍNICA MÉDICA

SESSÃO CLÍNICA - 30/08/2021

Auditório Honor de Lemos Sobral- HEAA

Orientador: Prof. Sandro Bichara Mendonça

Relator: Dr. Enéas Van Der Maas do Bem Filho (R2)

Debatedor: Dr. Hugo de Freitas Viegas (R1)

Identificação: M.J.S., 26 anos, masculino, branco, solteiro, campeiro (atividade relacionada à agropecuária), natural de Belo Horizonte - MG.

QP: “Ferida na perna”.

HDA: Paciente portador de extensa ferida crônica ulcerada, indolor e não pruriginosa em face posterior distal da perna direita. Há 4 dias iniciou quadro de febre intermitente, sem calafrios. Relata que a lesão teria surgido há cerca de 10 meses, durante suas atividades como campeiro. Refere ainda que a lesão havia sido tratada com injeções locais (4 sessões) e pomadas em sua cidade (Venda Nova, Minas Gerais), sem melhora. Internado para melhor investigação diagnóstica e tratamento.

HPP: Blenorragia; nega alergia medicamentosa; não tomou vacina contra a COVID-19.

HF: Pais hipertensos; história familiar negativa para neoplasias.

HS: Nega etilismo; refere tabagismo (22 anos/maço); reside em área rural.

EXAME FÍSICO:

Bom estado geral, eupneico em AA, normocorado, anictérico, hidratado, afebril ao toque, deambulando. Refere emagrecimento nos últimos 2 meses, sem quantificá-lo.

AR: MVUA S/ RA / FR: 14 irpm / SATO2: 97% AA

ACV: RCR 2T BNF SS / FC: 84 bpm / PA: 140 x 80 mmHg

ABD: Plano, peristalse presente, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal. Traube livre.

Pequena adenomegalia, consistência amolecida, móvel e dolorosa em região inguinal direita.

MMII: Extensa lesão hiperemiada, ulcerada, friável com bordas bem delimitadas e elevadas com fundo limpo granulomatoso em face inferior posterior de MID. Panturrilhas livres, pulsos pediosos presentes.

22/07/2021		Valores de referência
HB / HT	13,2 / 39,5	12,0-17,0 / 37-50 (g/dL / %)
VCM / HCM	81,9 / 31,7	80-100 fl / 28-34 g/dL
LEUCÓCITOS	11.780 (Bast 6% / Neutr 78%)	4.000 - 11.000 mm ³
PLAQUETAS	254.000	140.000 - 400.000 mm ³
UREIA	42	15 - 45 mg/dL
CREATININA	0,9	0,4 - 1,2 mg/dL
TGO	21	5 – 40 U/L
TGP	18	7 – 56 U / L
FA	68	46 – 120 U/L
GGT	33	7 – 50 UI/L
ALBUMINA	3,1	3,5 / 5,5 g/dl
Na	139	135 / 145mEq/L
K	3,9	3,5 / 5,5 mEq/L
Ca	9,8	8,5 / 10,2 mg/dL
PCR	68,4	< 6,0 mg/L
VHS	38	Até 10 mm
Anti-HIV I e II	Não reagente	
VDRL	Não reagente	
HBsAg	Negativo	
Anti-HBc IgG	Reagente	
Anti-HCV	Negativo	

22/07/2021

EAS:

VOL 40 ML

ASPECTO = LIMPIDO

COR = AMARELO CITRINO

PH 6,0

DENSIDADE 1010

PTNAS	Negativo
--------------	-----------------

GLICOSE	Negativo
----------------	-----------------

LEUCÓCITOS	Negativo
-------------------	-----------------

CETONAS	Negativo
----------------	-----------------

NITRITO	Negativo
----------------	-----------------

PIÓCITOS [ATÉ 6/CP]	35 P/C
----------------------------	---------------

HB / HEMACIAS [ATÉ 6/CP]	++
---------------------------------	-----------

BACTÉRIAS	RARAS
------------------	--------------

CILINDROS	AUSENTES
------------------	-----------------



IMAGEM 1



IMAGEM 2

Imagens 1 e 2: lesão na admissão hospitalar.

- **DISCUSSÃO DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS;**
- **SEGUIMENTO CLÍNICO;**
- **REVISÃO LITERÁRIA.**

Hipótesis Diagnósticas?



Diagnóstico Sindrômico

- 26 ANOS / SEXO MASCULINO / TRABALHADOR RURAL / NATURAL DE BH
- HDA: HÁ 10 MESES APARECIMENTO DE FERIDA ULCERADA NA FACE DISTAL POSTERIOR DO MID, COM PIORA PROGRESSIVA DO TAMANHO, CLINICAMENTE NEGLIGENCIADA PELO PACIENTE PREVIAMENTE, COM RELATOS DE TENTATIVA DE TRATAMENTO PRÉVIO COM “INJEÇÕES” NA BORDA DA LESÃO, EVOLUINDO NOS DIAS ATUAIS COM QUADRO DE FEBRE E CALAFRIOS. REFERE, TAMBÉM, EMAGRECIMENTO NÃO QUANTIFICADO NOS ÚLTIMOS 2 MESES.

Diagnóstico Sindrômico

- **HPP: SEM COMORBIDADES RELEVANTES**
- **HF: HISTÓRIA FAMILIAR NEGATIVA PARA NEOPLASIAS**
- **HS: TABAGISMO (22 ANOS/MAÇO) / RESIDENTE DE ÁREA RURAL**
- **EXAME FÍSICO:**
 - **ABD E MMII: ADENOMEGALIA AMOLECIDA, MÓVEL E DOLOROSA EM REGIÃO INGUINAL DIREITA + LESÃO ULCERADA E MID COM BORDAS ELEVADAS, FUNDO LIMPO E GRANULOMATOSO, INDOLOR E NÃO PRURIGINOSA.**
- **LABORATÓRIO: LEUCOCITOSE DISCRETA COM DESVIO E PREDOMÍNIO DE PMN / MARCADORES INFLAMATÓRIOS ELEVADOS / SOROLOGIAS VIRAIS NEGATIVAS / CONTATO PRÉVIO COM HBV, SEM DOENÇA ATIVA**

Lesão



Diagnóstico Sindrômico

**SÍNDROMES
INFECTOPARASITÁRIAS**

**SÍNDROME
CONSUMPTIVA**

CARCINOMA BASOCELULAR ULCERADO

(NEOPLASIA DE PELE CAUSADA PELA TRANSFORMAÇÃO MALIGNA DE CELULAS BASALOIDES)

PONTOS A FAVOR

- NEOPLASIA DE PELE NÃO MELANÔMICA MAIS COMUM
- LESÃO TÍPICA CARACTERIZA-SE COMO UMA PAPULA COM TRANSFORMAÇÃO ULCERATIVA DE PROGRESSÃO LENTA
- FATOR DE RISCO: EXPOSIÇÃO A RAIOS UV
- COSTUMA CURSAR COM SÍNDROME PARANEOPLASIA (EX: EMAGRECIMENTO)

PONTOS CONTRA

- A LESÃO COSTUMA ACOMETER INDIVÍDUOS DOS 55 – 75 ANOS
- COSTUMA APRESENTAR TELANGIECTASIAS ARBORIFORMES VISÍVEIS AO EXAME
- A LESÃO COSTUMA SER DE TAMANHO PEQUENO A MODERADO
- NÃO CURSA COM FEBRE



ECTIMA GANGRENOSO

(PIODERMITE CARACTERIZADA POR INFECÇÃO BACTERIANA PROFUNDA, SE ESTENDENDO ATÉ A DERME/SUBCUTÂNEO. CONSIDERADA UMA FORMA ULCERADA DO IMPETIGO NÃO BOLHOSO)

PONTOS A FAVOR

- LESÃO DE PROGRESSÃO ULCERATIVA
- LESÃO TÍPICA COSTUMA APRESENTAR BORDAS COM BORDAS ESPESSAS
- LUGAR DE ACOMETIMENTO MAIS COMUM SÃO OS MEMBROS INFERIORES
- PODE CURSAR COM LINFONODOMEGALIA REGIONAL

PONTOS CONTRA

- A LESÃO TÍPICA PRIMÁRIA, SE CARACTERIZA POR PÚSTULAS DE GRAUS VARIADOS
- A BORDA DA LESÃO TÍPICA COSTUMA SER CROSTOSA/HEMORRÁGICA
- É UMA LESÃO DE FORMAÇÃO AGUDA



ESPOROTRICOSE CUTÂNEA LOCALIZADA

(INFECÇÃO CAUSADA PELO FUNGO *SPOROTHRIX SCHENCKII*)

PONTOS A FAVOR

- SUA FORMA TUBERCULOIDE, APRESENTA LESÃO COM BORDAS ELEVADAS
- AS LESÕES NÃO CAUSAM PRURIDO
- TIPICAMENTE POUCO DOLOROSA



PONTOS CONTRA

- AS LESÕES TÍPICAS SÃO EM ASPECTO DE NÓDULOS AVERMELHADOS COBERTOS POR CROSTAS, QUE PODEM APRESENTAR MÚLTIPLAS ÚLCERAS ACNEIFORMES
- A FORMA CUTÂNEA LOCALIZADA NÃO APRESENTA DISSEMINAÇÃO LINFÁTICA
- MAIOR INCIDÊNCIA NO RJ, LITORAL DE SP E RS



LEISHMANIOSE CUTÂNEA ISOLADA

(INFECÇÃO CAUSADA PELOS PROTOZOÁRIOS DO GÊNERO *LEISHMANIA*)

PONTOS A FAVOR

- TIPICAMENTE, APRESENTA LESÃO NODULAR COM PROGRESSÃO ULCERATIVA EM MESES
- A LESÃO É TIPICAMENTE **INDOLOR**
- TIPICAMENTE, A ÚLCERA APRESENTA **BORDAS ELEVADAS E ENDURECIDAS**
- LESÕES **PODEM SER ÚNICAS** OU MÚLTIPLAS
- APRESENTA DISSEMINAÇÃO LINFÁTICA, PODENDO CAUSAR **LINFONODOMEGALIA** DA CADEIA MAIS PRÓXIMA
- PODE SER DIAGNOSTICADA POR BIÓPSIA DA LESÃO (TIPICAMENTE DAS BORDAS)
- BH É UMA DAS **REGIÕES ENDÊMICA** PARA LEISHMANIOSE
- A COMPLICAÇÃO MAIS FREQUENTE É A INFECÇÃO BACTERIANA SECUNDÁRIA.

PONTOS CONTRA

- A FORMA CUTÂNEA ISOLADA NÃO COSTUMA EVOLUIR COM FEBRE
- A FORMA CUTÂNEA ISOLADA, NÃO COSTUMA CAUSAR EMAGRECIMENTO



PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

LEISHMANIOSE CUTÂNEA (COM POSSÍVEL INFECÇÃO BACTERIANA SECUNDÁRIA ASSOCIADA)

CONDUTAS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

- (PADÃO OURO) – Observação de amastigotas em material obtido por esfregaço e/ou imprint de fragmentos de tecido do paciente obtidos por biópsia (obtida, tipicamente, da borda da lesão)
- Testes imunológicos (intradermorreação de Montenegro, sorologia por imunofluorescência ou Ensaio Imuno Enzimático (ELISA)
- Teste Moleculares: PCR para espécies do gênero Leishmania

PROPOSTA TERAPEUTICA:

- Antimoniato de meglumina (Sb+5): 20 mg/kg por 20 dias
- Outras: Anfotericina B lipossomal / Pentamidina / Paromomicina Tópica ...

SEGUIMENTO CLÍNICO

DIAGNÓSTICO E CONDUTAS ADOTADAS

- Visando melhor esclarecimento foi solicitado parecer ao Serviço Social hospitalar que levantou dados importantes com familiares em Minas Gerais;
- Documentos médicos atestavam diagnóstico de **Leishmaniose Tegumentar** em Junho/2020;
- Tratado parcialmente com Glucantime (5 aplicações perilesionais), descontinuado por falta do medicamento na rede SUS local.

SEGUIMENTO CLÍNICO

- Solicitado parecer à Dermatologia – opinião clínica e realização de biópsia necessária para notificação (SINAN) à SES/RJ e liberação do medicamento Glucantime (Antimoniato de Meglumina 5 ml / 1,5g) para a SMS local.

PARECER:
Paciente apresentando lesão ulcerada na mão com 1 ano de evolução. Refere ter sido submetido à raspado na região de 2020 com diagnóstico de Leishmaniose cutânea. Foi tratado com Sulfatrazol de Intravenosa de glucantime de 15/15 dias numa total de 16 dias sem melhora.
Ao exame: lesão ulcerada, fundo branco limpo, extremamente firme na região posterior da mão.
Realizei biópsia com muita dificuldade técnica, para esclarecimento diagnóstico.
Após iniciar tratamento com glucantime EV até o resultado do exame.

SEGUIMENTO CLÍNICO

- Tratamento inicialmente realizado com **Anfotericina B** (10ml / 50 mg; 1,5 mg/Kg / IV em BI / 2h / 3x por semana) durante 30 dias. Registro de sinais vitais do paciente 30/30'.
- Aguardando a liberação do Glucantime.

SEGUIMENTO CLÍNICO

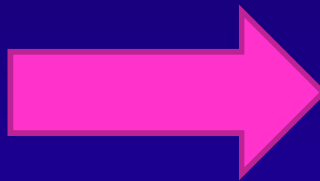


IMAGEM 3

Imagem 3: lesão após 2 semanas com Anfotericina B.

SEGUIMENTO CLÍNICO

- Medicação liberada pela SES/RJ para SMS local e iniciado Glucantime em 12/08/21;
- Antimoniato de Meglumina (Glucantime = 5ml / 1500 mg) ; 15 / 20 mg/kg, IV [P = 64 kg] = 1280 mg (1300 mg) / dia, IV em BI.

SEGUIMENTO CLÍNICO



IMAGEM 4

Imagem 4: após 10 dias de tratamento com Glucantime IV (sequencial ao tratamento com Anfotericina B) – boa tolerância pelo paciente; boa resposta clinica parcial.

LEISHMANIOSE

INTRODUÇÃO

- Infecção crônica, não contagiosa, causada por diversas espécies de **protozoários** do gênero ***Leishmania***;
- É transmitida de animais para o homem através de **flebotomíneos infectados** (mosquito palha ou birigui);
- Problema de saúde pública global (OMS);
- No mundo, anualmente, são estimados cerca de 2 milhões de novos casos com doença cutânea ou mucocutânea;
- Duas formas: **Tegumentar** (cutânea) com lesões na pele e/ou mucosas e **Visceral** (calazar) quadro sistêmico acometendo principalmente o fígado, baço e medula óssea.

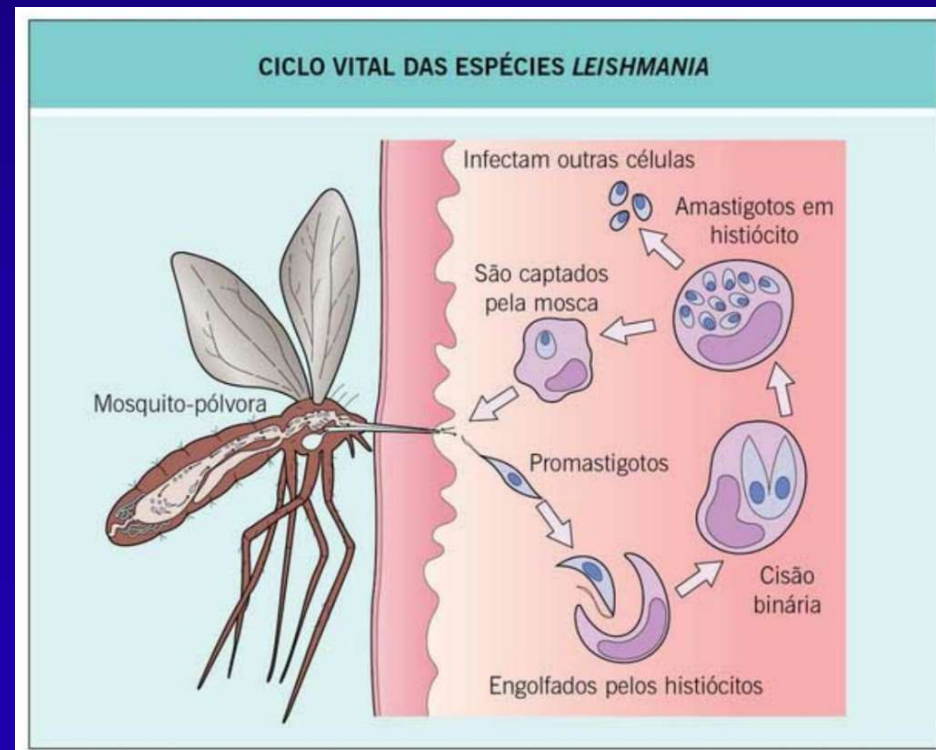
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

INTRODUÇÃO

- No Brasil (principais): *L. (Viannia) braziliensis**, *L. (Viannia) guyanensis* e *L. (Leishmania) amazonenses*;
- *L. (Viannia) braziliensis*: lesões cutâneas e mucosas (úlceras de bauru);
- Os animais silvestres são os principais reservatórios (roedores, tamanduás e preguiças).

PATOGÊNESE DA LEISHMANIOSE

- Flebotomíneos → animais infectados → formas amastigotas → tubo digestivo → evolução para formas promastigotas → inoculação no homem → interiorizados por macrófagos → transformação em formas amastigotas → multiplicação por divisão binária → infectam outras células.



LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

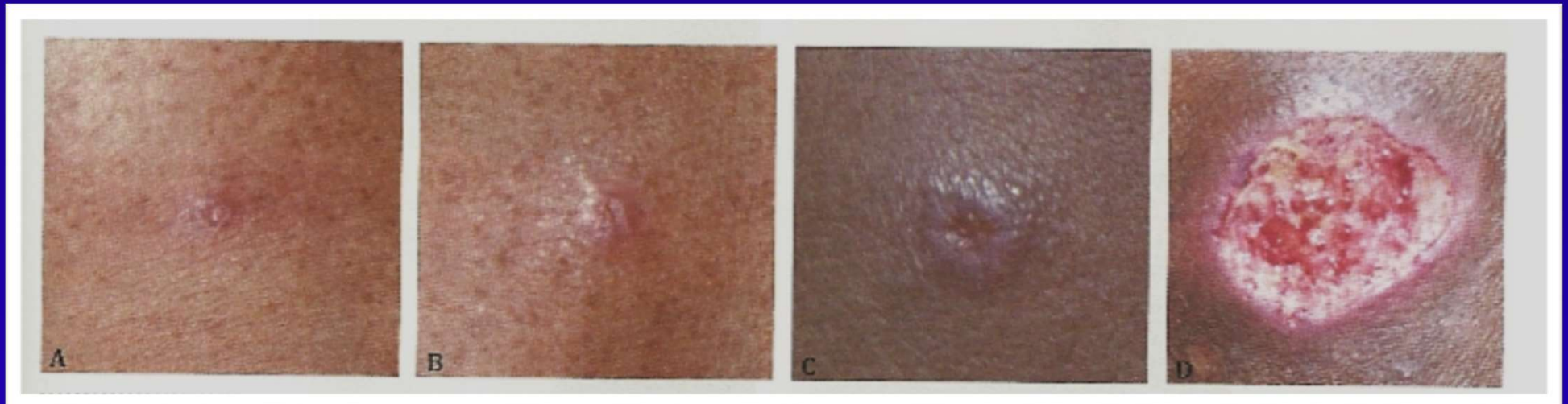
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

- Lesões na pele e/ou mucosas;
- As lesões podem ser única, múltiplas, disseminadas ou difusas;
- Apresentam-se como úlceras com bordas elevadas, infiltradas e fundo granuloso, geralmente indolores;
- Atentar para adenopatia regional e linfangite;
- A lesão pode evoluir para cicatrização espontânea ou dar origem a placas vegetantes verrucosas;
- As lesões mucosas podem aparecer precocemente, mas geralmente surgem 1 ou 2 anos após o início da infecção (principalmente hematogênica).

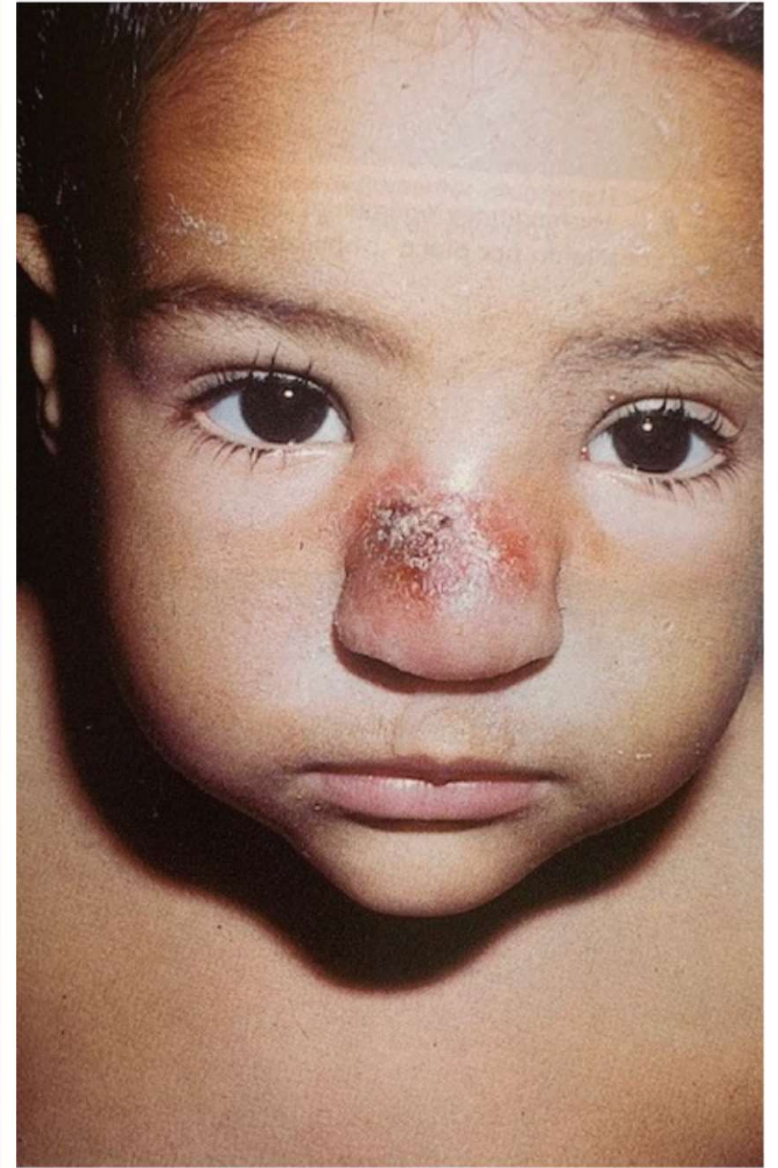
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

EVOLUÇÃO DA LESÃO CUTÂNEA

- Lesão eritemato-papulosa → lesão pápulo-ulcerada → lesão ulcerada pequena → úlcera leishmaniótica típica.
- Em um mesmo doente podem ocorrer várias fases evolutivas.



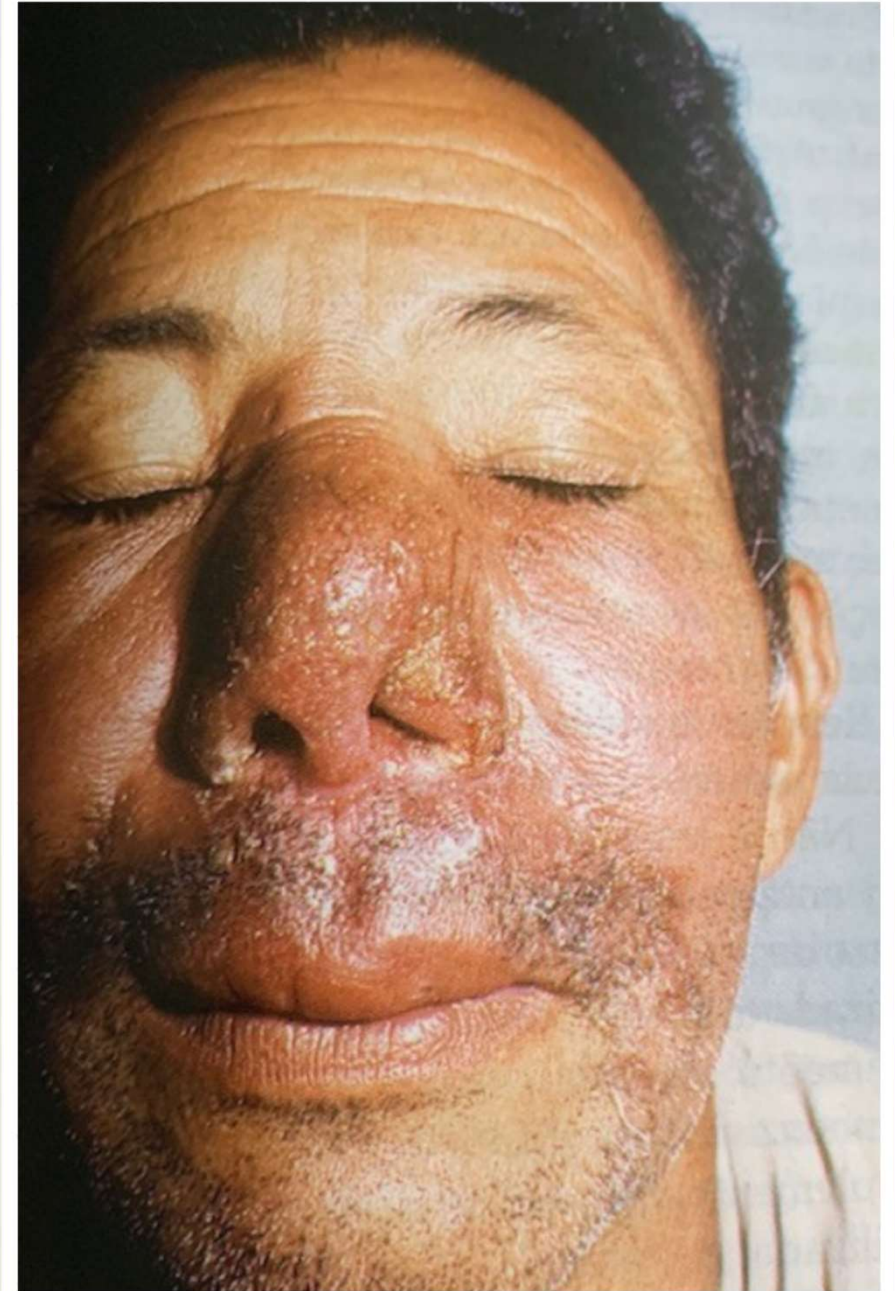
LESÕES INICIAIS



ÚLCERAS TÍPICAS



LESÕES MUCOSAS

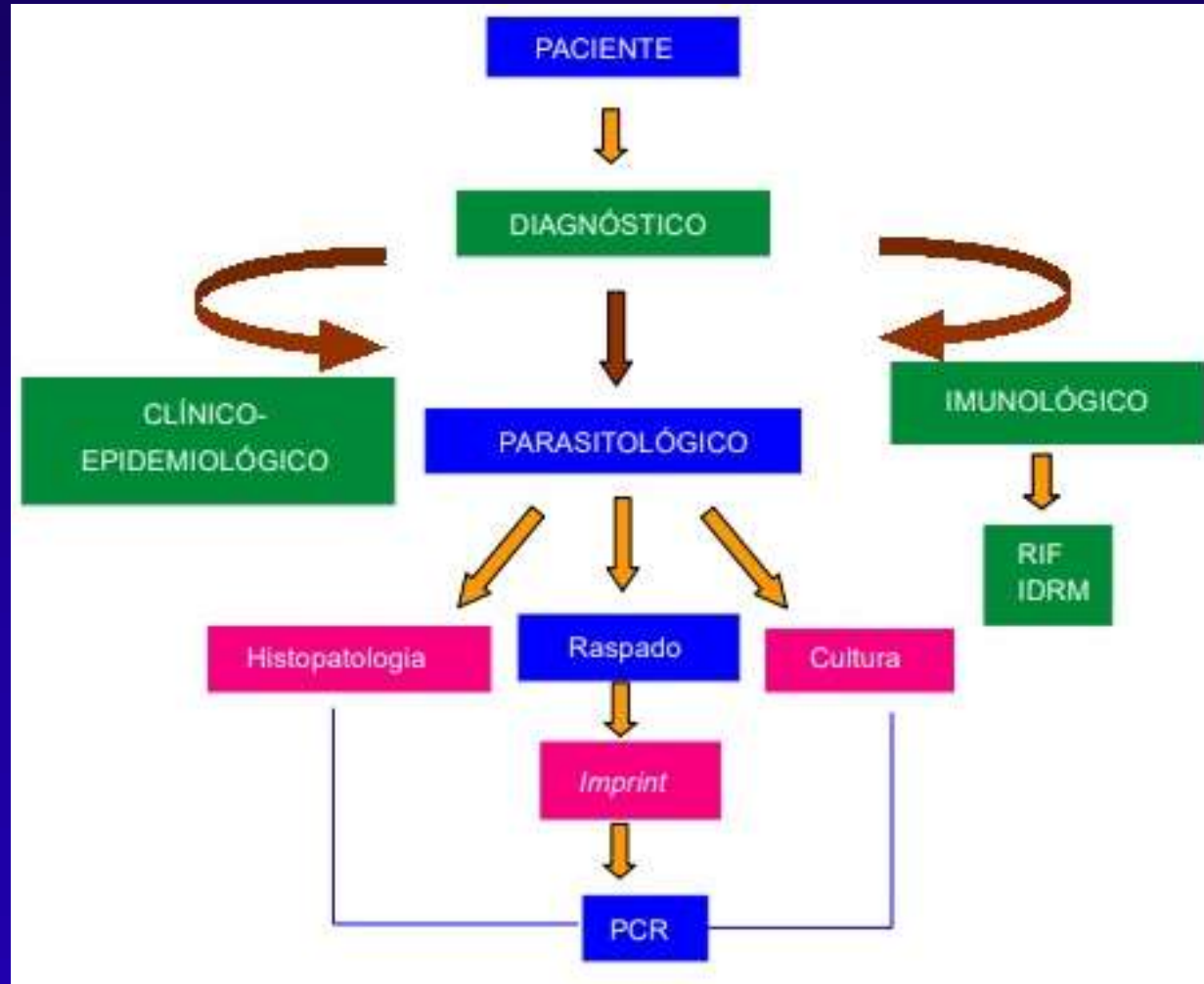


LESÃO CRÔNICA



LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

DIAGNÓSTICO



REAÇÃO DE MONTENEGRO



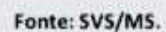
FIGURA 83.5 Forma ulcerativa da leishmaniose cutânea.

A Múltiplas úlceras nas extremidades inferiores em um trabalhador rural. **B** Úlcera em expansão na perna, assim como um teste de Montenegro positivo. Esse tipo de lesão poderia ser erroneamente diagnosticado como um pioderma gangrenoso. A, Cortesia de Omar P Sangüeza, MD.

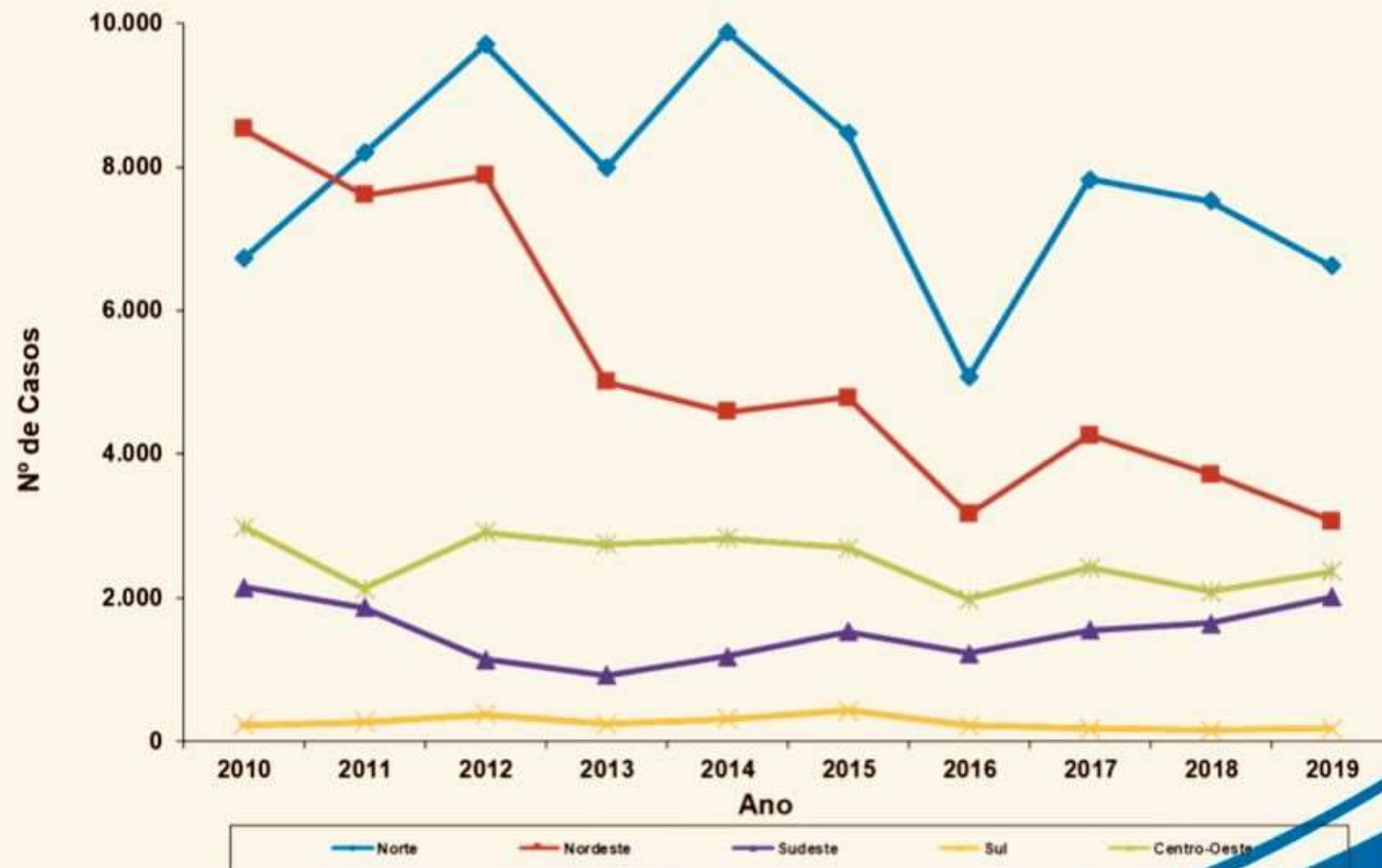
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

TRATAMENTO

- A droga de primeira escolha para tratamento de lesões cutâneas e/ou mucosas é o antimoniato de N-metilglucamina (**Glucantime**). Efeitos adversos possíveis: intolerância alimentar; hepatotoxicidade; cardiotoxicidade (arritmias, insuficiência cardíaca).
- Anfotericina B Lipossomal (intolerância ao Glucantime);
- Pentamidina (alternativa).

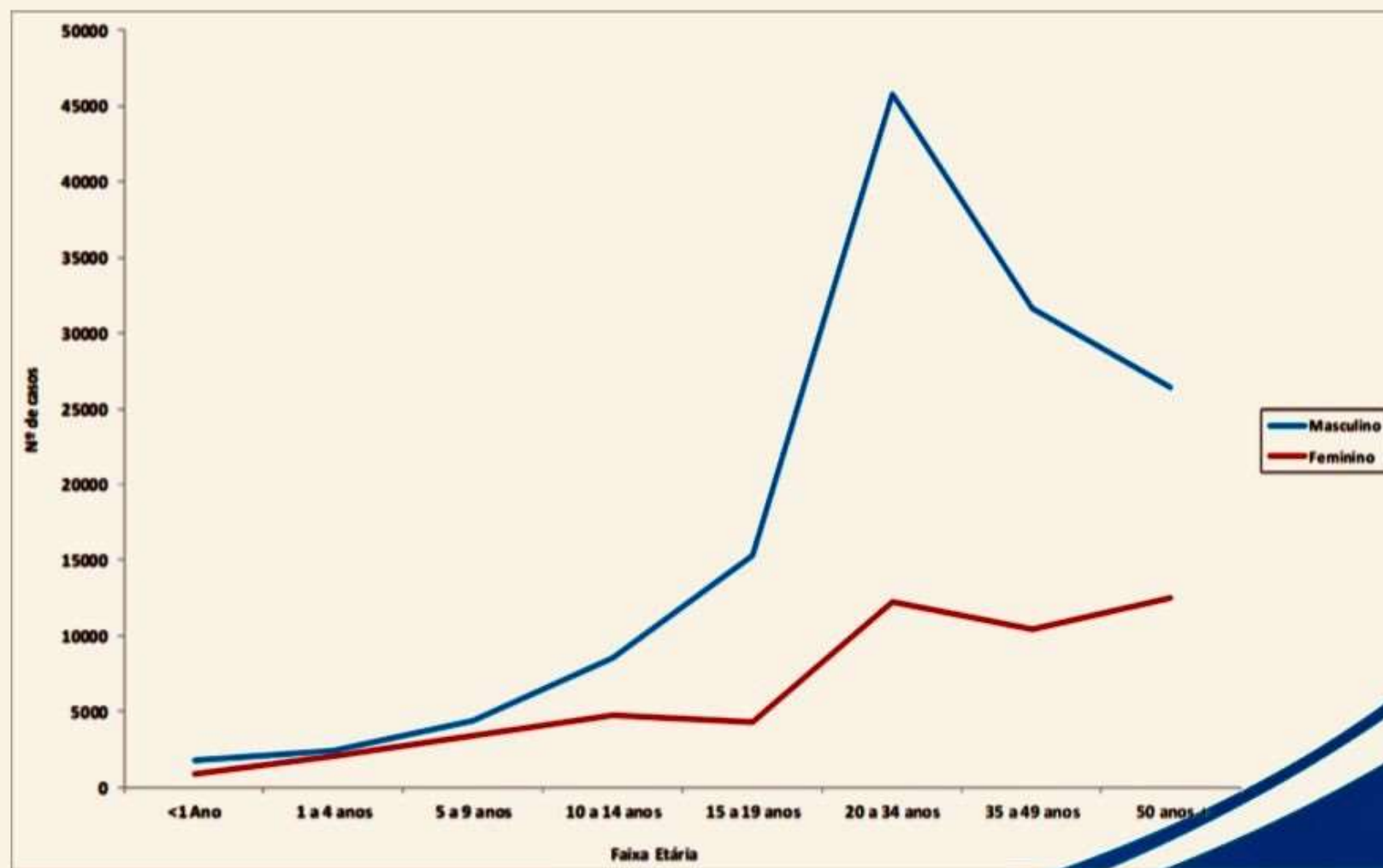


Casos de leishmaniose tegumentar por região. Brasil. 2010 a 2019



Fonte: SVS/MS.

Casos de leishmaniose tegumentar segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2010 a 2019



Fonte: SVS/MS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- **Forte impacto epidemiológico;**
- **Problema de saúde pública;**
- Ausência de diagnóstico / diagnose tardia → aumento da morbidade e de sequelas → limitações funcionais → diminuição e/ou perda da qualidade de vida.
- Limitações: adversidade do sistema público de saúde / acesso à informações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **AZULAY**, R. D. DERMATOLOGIA, 7. ED. RIO DE JANEIRO: GUANABARA KOOGAN, 2017. FIGUEIREDO, I. B.
- **BELDA JUNIOR**, W. DI CHIAICCHIO, N.; CRIADO, P. R. TRATADO DE DERMATOLOGIA 2ª EDIÇÃO. SÃO PAULO ATHENEU, 2014.
- DERMATOLOGY. JEAN L. **BOLOGNIA**. JOSEPH L. JORIZZO. JULIE V. SCHAFFER. 3º EDIÇÃO. 2012. EDITORA ELSEVIER.
- MANUAL DE DERMATOLOGIA CLÍNICA DE **SAMPAIO E RIVITTI**. EVANDRO A RIVITTI. SEBASTIÃO A P. SAMPAIO. 1º EDIÇÃO. 2014. EDITORA ARTES MÉDICAS.
- MANUAL DE VIGILÂNCIA DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. BRASÍLIA : MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017.
- TRATADO DE DERMATOLOGIA. THOMAS B. **FITZPATRICK**. 7ª EDIÇÃO. 2010. EDITORA REVINTER.