

Comprometimento da pálpebra e via lacrimal excretora em portador de leishmaniose cutâneo-mucosa: relato de caso

eyelid and lacrimal excretory system impairment in patients with leishmaniasis: case report

Erika Hoyama¹
 Silvana Artioli Schellini²
 Hamilton Stolff³
 Victor Nakagima⁴
 Eliane Souto⁵

RESUMO

Objetivo: Apresentar um portador de leishmaniose com lesão palpebral e dilatação de via lacrimal excretora. **Relato de caso:** O paciente em questão foi portador de leishmaniose do tipo cutâneo-mucosa, tendo apresentado múltiplas lesões de pele, ectrópio da pálpebra inferior, lesões na mucosa nasal e alterações na drenagem lacrimal. **Discussão:** O acometimento da pálpebra e da via lacrimal raramente ocorre em portadores de leishmaniose. Os autores chamam atenção para o diagnóstico e para a necessidade de se adotar medidas preventivas contra os vetores e a rápida instituição do tratamento.

Descritores: Leishmaniose cutânea/complicações; Pálpebras/patologia; Aparelho lacrimal/patologia; Relato de caso

INTRODUÇÃO

A leishmaniose é uma zoonose causada pelo protozoário flagelado *Leishmania sp* e transmitida pelo mosquito vetor do gênero *Phlebotomus* no Velho Mundo e *Lutzomyia* no Novo Mundo⁽¹⁻²⁾. O ciclo da *Leishmania* (L) envolve 2 estágios: o aflagelado que ocorre no homem ou em outros vertebrados e o flagelado, nos insetos vetores ou nos meios de cultura⁽³⁾. O vetor adquire os parasitas ao ingerir o sangue de hospedeiros infectados e, através de um ciclo vicioso, perpetua a infecção pela contaminação de espécies sãs que se tornam fonte de infecção. Além do homem, outros animais como ratos, cães, raposas e gambás podem ser reservatórios.

Foram relatados cerca de 12 milhões de casos de leishmaniose no mundo, tendo sido apontada como uma das 6 maiores endemias pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1988⁽⁴⁾. É endêmica em áreas tropicais ou de clima quente como na América Central, América do Sul, África, Índia e países do Mediterrâneo⁽⁵⁾.

No Brasil, os primeiros casos foram detectados por volta de 1909, durante a construção da estrada-de-ferro Noroeste do Brasil, na região de Bauru (São Paulo), ficando conhecida como úlcera de Bauru⁽³⁾.

Em 1988 havia cerca de 30.000 brasileiros em tratamento, registrados em 17 estados brasileiros, sendo a maior incidência observada nas regiões norte, nordeste e centro-oeste⁽⁴⁾.

A doença é caracterizada por 3 entidades clínicas distintas: a forma cutânea ou oriental causada pela *L. tropica*, *L. major*, *L. infantum* e *L. aethiopica* no Velho Mundo⁽⁵⁾ e *L. mexicana* no Novo Mundo⁽¹⁾; a forma visceral ou kalazar causada pela *L. donovani* com afinidade específica pelo sistema reticuloendotelial⁽⁶⁾; e a forma muco-cutânea ou leishmaniose americana, causada pela *L. brasiliensis*⁽³⁾.

¹ Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço - residente de 3º ano.

² Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Professor Livre-Docente.

³ Departamento de Dermatologia - Professor Assistente Doutor.

⁴ Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Professor Assistente.

⁵ Departamento de Patologia - Professor Assistente Doutor.

Endereço para correspondência: DEP. OFT/ORL/CCP, Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP Botucatu (SP) CEP 18618-000. E-mail: sartioli@fmb.unesp.br

A pálpebra pode estar envolvida em 2 a 5% dos portadores da forma cutânea⁽⁷⁾ e cerca de 10 a 20% dos casos da forma mucocutânea apresentam lesões oculares⁽⁸⁾.

O objetivo deste é apresentar um portador de leishmaniose cutâneo-mucosa que apresentou lesão palpebral, na mucosa nasal e alteração da drenagem lacrimal.

RELATO DO CASO

MBMC, 61 anos, masculino, apicultor, procedência atual de São Roque (São Paulo) e remota Bauru (São Paulo), morador da zona rural. Foi atendido no ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) - UNESP em 1998, referindo feridas com secreção amarelada na pálpebra inferior do olho direito e antebraço esquerdo, há cerca de 7 meses. Há 3 meses, novas feridas em membros superior e inferior, no tórax e na narina. Queixava-se, ainda, de dificuldade respiratória e tosse seca.

Ao exame, lesões pápulo-nodulares com bordas eritematosas, algumas apresentando centro ulcerado, disseminadas pelo corpo, mais concentradas na região dorsal. Na cavidade nasal verificou-se hiperemia da mucosa e lesão granulomatosa na região do septo nasal.

As biópsias das lesões de pele e do septo nasal foram compatíveis com leishmaniose, sendo a pesquisa de leishmania (coloração de Giemsa) positiva. A reação intradérmica de Montenegro mostrou positividade com formação de pápula de 10 x 7 mm. A biópsia por punch da intradermo-reação de Montenegro em antebraço também foi positiva (4+/4+).

Ao exame ocular externo a pálpebra inferior direita encontrava-se espessada, com ausência de cílios e ectrópio de toda a margem palpebral, queratinização e secreção amarelada na conjuntiva tarsal exposta (Figura 1), lagofalmo e ceratite puntata na região da fenda palpebral. Acuidade visual de 1,0 (Tabela de Snellen) em ambos os olhos com a melhor correção

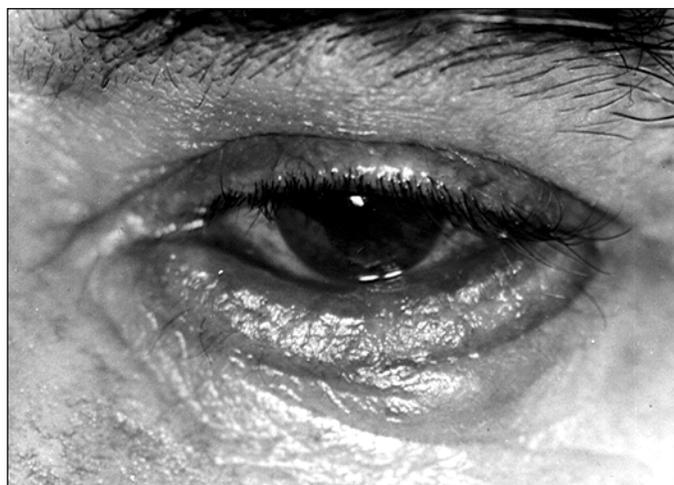


Figura 1 - Pálpebra inferior com ectrópio, perda de cílios e queratinização da conjuntiva bulbar

óptica. Restante do exame oftalmológico dentro da normalidade.

Os testes com corantes para avaliação da excreção lacrimal mostraram: teste de Milder positivo e teste de Jones I negativo bilateralmente. O paciente foi submetido a dacriocistografia (DCG) com contraste oleoso (Lipiodol) que mostrou dilatação bilateral da via lacrimal excretora, sem a presença de obstrução (Figura 2).

O paciente foi tratado com composto antimônio (Glucantime-Rhodia Laboratórios, Anton, França) intramuscular e endovenoso por 20 dias. Após o tratamento o ectrópio se manteve, tendo sido realizada cirurgia para correção, seguindo-se a técnica do "Tarsal strip". O fragmento removido foi enviado para análise, revelando apenas reação inflamatória granulomatosa inespecífica.

Com 1 ano de seguimento o paciente se encontra em bom estado geral e sem queixas.

DISCUSSÃO

O paciente deste relato residiu em região endêmica (Bauru-São Paulo), local onde surgiram os primeiros relatos da doença no Brasil⁽³⁾. No início do século, a leishmaniose era uma zoonose que afetava os homens de maneira acidental quando estes, por motivos profissionais (construção de estradas ou caça), exploravam as florestas⁽²⁾. Tendo a apicultura como profissão, o paciente referiu permanecer várias horas do dia na mata, o que provavelmente tenha facilitado o contato com o mosquito vetor.

O paciente evoluiu com um quadro de leishmaniose disseminada anérgica, caracterizada pela anergia específica ao antígeno de Montenegro, ausência de envolvimento visceral e lesões cutâneas disseminadas, com localização principal das lesões na face e no antebraço. As picadas do inseto vetor geralmente se localizam nas áreas descobertas do corpo, sendo por isso a face, a região mais afetada⁽⁹⁾.



Figura 2 - Exame dacriocistográfico mostrando via lacrimal excretora contrastada e dilatada

Entretanto, apenas 2 a 5% das lesões cutâneo-faciais estão restritas às pálpebras, uma vez que os movimentos palpebrais previnem a picada do inseto⁽¹⁰⁾.

As manifestações oculares da leishmaniose são raras. Há relatos de lesões cutâneo-palpebrais com infecção infreqüente da conjuntiva por microrganismos secundários, ceratite ulcerativa por inoculação direta a partir das mãos contaminadas e hemorragias retinianas⁽⁶⁾. As alterações fundoscópicas são mais freqüentes na forma visceral, devido a disseminação hematogênica, embora já tenha sido observado trombose de veia central da retina em portador de leishmaniose cutânea⁽¹¹⁾. É possível também encontrar iridociclite não granulomatosa, tendo sido confirmada a etiologia da uveíte pelo isolamento de *Leishmania* do humor aquoso⁽¹²⁾ e do humor vítreo⁽¹³⁾.

As lesões mucosas quase sempre se iniciam pela mucosa nasal, através do aparecimento de inflamação, edema e ulceração. A cartilagem nasal é invadida e destruída, podendo ocorrer as deformidades conhecidas como “nariz em tapir”, “nariz de camelo” ou “bico de papagaio”. Pode haver envolvimento da fossa nasal, faringe, palato mole, assoalho da boca, trato respiratório e laringe, causando dificuldade para alimentação, respiração e deglutição⁽³⁾.

Os granulomas ulcerativos que ocorrem na cavidade nasal podem afetar por contigüidade as pálpebras, a conjuntiva e o ducto nasolacrimal⁽⁶⁾. O caso relatado apresentava lesão granulomatosa na cavidade nasal, compatível histopatologicamente com leishmaniose e, provavelmente, causadora da dificuldade respiratória e do retardo de drenagem das lágrimas (Teste de Milder e Teste de Jones tipo I alterados bilateralmente, apesar do ectrópio da pálpebra inferior localizar-se apenas à direita). À DCG verificou-se passagem do corante por todo o trajeto até a cavidade nasal, porém com dilatação do ducto nasolacrimal.

Lesões nasais mais intensas ou com evolução menos favorável, poderiam ter propiciado o desenvolvimento de dacriocistite, como observado por outros⁽⁸⁾.

Após o tratamento com compostos antimoniais houve resolução das lesões da pele, restando como seqüela o ectrópio, o espessamento da borda palpebral e a perda dos cílios. Oliveira Neto et al.⁽²⁾ relataram, dentre cinco casos, um paciente com ulceração na pálpebra inferior esquerda com persistência de discreto ectrópio após o tratamento específico e Balddini-Caramelli et al.⁽⁸⁾ observaram entrópio palpebral.

O exame histopatológico do fragmento de pálpebra removido por ocasião da correção cirúrgica do ectrópio não demonstrou a presença do parasita, o que não descarta o diagnóstico⁽³⁾; sendo importante ressaltar que a cirurgia foi realizada na fase de remissão da doença.

Apesar dos esforços para erradicar os animais portadores e os mosquitos vetores de doenças infecciosas, o parasitismo de cães ainda chega a 41,6% de animais examinados em busca aleatória⁽¹⁴⁾.

Com a freqüência cada vez maior de intercâmbio entre os vários estados e países é de extrema importância o conhecimento da doença e suas várias formas para que medidas de prevenção contra os vetores e o tratamento específico contra o parasita sejam instituídos com rapidez, evitando a ocorrência de epidemias e complicações oculares irreversíveis.

SUMMARY

Purpose: To report a patient with leishmaniasis with eyelid lesion and dilated lacrimal excretory system. **Case report:** This patient had mucocutaneous leishmaniasis with multiple skin lesions, ectropium of the inferior eyelid and alterations in the lacrimal excretory system. **Discussion:** Even though the eyelid and lacrimal ducts are infrequently affected in patients with leishmaniasis, the authors emphasized the necessity of preventing measures against the vector and early treatment.

Keywords: Leishmaniasis; cutaneous/complications; Eyelids/pathology; Lacrimal apparatus/pathology; Case report

REFERÊNCIAS

1. Chu FC, Rodrigues MM, Cogan DG, Neva FA. Leishmaniasis affecting the eyelids. *Arch Ophthalmol* 1983;101:84-91.
2. Oliveira Neto MP, Martins VJ, Mattos MS, Pirmez C, Brahin LR, Benchamol E. South American cutaneous leishmaniasis of the eyelids: report of five cases in Rio de Janeiro State, Brazil. *Ophthalmology* 2000;107:169-72.
3. Roizenblatt J. Interstitial keratitis caused by american (mucocutaneous) Leishmaniasis. *Am J Ophthalmol* 1979;87:175-9.
4. National Health Foundation. Epidemiologic Vigilance Guide: 5.16. American Cutaneous Leishmaniasis; 5.17. Visceral Leishmaniasis. [on line] 4th ed. Brasília, 1996. Disponível em: URL: <http://www.funasa.gov.br/pub/gve/gve0516A.htm>.
5. O'Neill DP, Deutsch J, Carmichael AJ, Taylor R. Eyelid leishmaniasis in a patient with neurogenic ptosis. *Br J Ophthalmol* 1991;75:506-7.
6. Abboud IA, Ragab HA, Hanna LS. Experimental ocular leishmaniasis. *Br J Ophthalmol* 1970;54:256-62.
7. Pestre A. Manifestations oculaire de la leishmaniose cutanée (bouton d'orient). *Algérie Med* 1955;59:589-97.
8. Baldini-Caramelli C, Matayoshi S, Goldbaum M, Honda M, Kara-José N. Leishmaniose cutâneo-mucosa: acometimento óculo-palpebral [abstract]. *Arq Bras Oftalmol* 1996;59:379.
9. Grevelink SA, Lerner EA. Leishmaniasis. *J Am Acad Dermatol* 1996;34(2 pt 2):257-72.
10. Morgan G. Case of cutaneous leishmaniasis of the lid. *Br J Ophthalmol* 1965;49:542-6.
11. Amaro MH, Amaro JH, Dias F, Kataoka M, Sales A, Barja J. Trombose da veia central da retina e leishmaniose cutânea. *Rev Bras Oftal* 1997;56:363-6.
12. Oréfice F, Pinheiro SRAA, Ferrari TCA, Guedes ACM, Genaro O, Marra MA, Silveira IL. Leishmaniose cutânea disseminada – iridociclite bilateral não granulomatosa: isolamento de *Leishmania* no humor aquoso. *Arq Bras Oftalmol* 1990;53:77-9.
13. Oréfice JL, Oréfice F, Lasmar EP, Gontijo CM. Uveíte difusa bilateral causada por *Leishmania brasiliensis* [abstract]. *Arq Bras Oftalmol* 1997;60:395. [Apresentado no 29^o Congresso Brasileiro de Oftalmologia; 1997 Set 3-6; Goiânia, GO].
14. Dias DV, Costa CA, Toledo VPCP, Bamberia E, Genaro O, Michalic MSM, Costa RT, Mayrink W, Oréfice F. Leishmaniose visceral canina- estudo parasitológico e histopatológico em olhos de cães. *Rev Bras Oftalmol* 1999;58:331-7.