



RESPOSTA AO USO DE MILTEFOSINE NA LEISHMANIOSE CUTANEA DIFUSA (LCD) CAUSADA POR *Leishmania amazonenses* NO ESTADO DO MARANHÃO

JACKSON MAURICIO LOPES COSTA^{2,3}, EUDES ALVES SIMÕES NETO¹, ANA NILCE ELKOURY⁴, ANA CLEIDE MINEU COSTA³; DOMINGOS CARVALHO SODRÉ³, MONIQUE PINHEIRO MAIA SILVA³; ANA CRISTINA RODRIGUES SALDANHA¹, WELLINGTON OLIVEIRA BARRETO³, MARIA DAS GRAÇAS LIRIO LEITE³

1.UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2.INSTITUTO DE PESQUISA GONÇALO MONIZ/IPGM/FIOCRUZ, 3.SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, 4.ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS)

INTRODUÇÃO

A leishmaniose cutânea difusa (LCD) nas Américas tem apresentação clínica similar à descrita no Velho Mundo, porém com maior frequência de casos comparado ao Continente Africano. Os casos descritos nas Américas são causados por *Leishmania amazonenses*, acreditando-se que esta forma clínica esteja associada a uma resposta imune inadequada do hospedeiro à espécie de *Leishmania envolvida na doença. É considerada até o presente momento de difícil cura.* Vários medicamentos já foram utilizados, tais como: antimoniato-N-metilglucamina; pentamidinas; anfotericina B; anfotericina B lipossomal; sulfato de aminosidina; sulfato de gabromicina; antimoniato-N-metilglucamina + interferon gama e mais recentemente a miltefosine^{1,2}.

OBJETIVOS

Pretende-se neste estudo avaliar a resposta clínica evolutiva de pacientes com LCD no estado do Maranhão, após o uso de Miltefosine nos anos de 2017/2018.

MATERIAL e MÉTODOS

Avaliou-se 05 pacientes com LCD após uso da medicação Miltefosine na dose de 2mg/kg/dia/V.O/28 dias em 2 series com intervalos de 6 meses entre as series, obedecendo os critérios de Convit³ para o diagnóstico clínico laboratorial da doença. Utilizou-se o prontuário considerado padrão do Ministério da Saúde (MS), o qual foi usado desde o início dos estudos da LCD/MA. A partir dos dados coletados destacou-se aspectos clínico-evolutivos, laboratorial e terapêutico.



(Paciente antes tratamento com Miltefosine)
ES, 39 anos, com LCD há 30 anos de evolução (Apresenta lesões em tubérculos, Nódulo verrucoides em face).



(Paciente após 12 meses /tratamento com Miltefosine)
ES, 40 anos, com LCD há 31 anos de evolução. (Apresenta lesões Involuídas/cicatrizadas)

RESULTADOS

Observou-se que 4(80%) pacientes tinham >20 anos e 4(80%) do gênero masculino. O predomínio das lesões ocorreu em extremidades MMSS/MMII (100% dos casos), com polimorfismo lesional (placas infiltradas, tubérculos, lesões em saca-bocado). O menor tempo da(s) lesões inicial(ais) ao diagnóstico de LCD foi de 2 anos (1/20% casos), o maior de 4 anos (4/80%) casos, em 100% dos casos o diagnóstico não foi realizado na 1ª consulta. Todos os pacientes apresentaram IDRMM (-). A histopatologia caracterizou-se por atrofia epidérmica, faixa de Unna e difusa infiltração de macrófagos vacuolizados e parasitados. O parasita incriminado foi a *Leishmania amazonenses*. Como efeitos adversos ao uso de Miltefosine observou-se náuseas e vômitos nos casos tratados. Nestes casos, a doença teve início na primeira infância, acometeu ambos os gêneros, com IDRMM negativo, polimorfismo lesional variável, refratariedade a todos esquemas terapêuticos, porém, com involução inicial e recidiva posterior. Após 14 meses de evolução do início do tratamento com a Miltefosine, todos os pacientes apresentaram lesões totalmente involuídas. As figuras 1,2,3,4 mostram detalhes do tratamento com Miltefosine antes e após o tratamento



(Paciente antes tratamento com Miltefosine)
LS, 18 anos, com LCD há 9 anos de evolução (Apresenta lesões em placas Infiltradas (saca bocado) nos MMII.



(Paciente após 12 meses de tratamento com Miltefosine)
LS, 19 anos, com LCD há 10 anos de evolução (Apresenta lesões involuídas/Cicatrizadas nos MMII.

CONCLUSÃO

A involução das lesões na LCD, além de frequentemente necessitar de mais de um tipo de terapêutica, a possibilidade do uso de Miltefosine nos pacientes com LCD, traz uma nova perspectiva, importante quanto à possibilidade de cura dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. SALDANHA, ACR, COSTA, AAU, GAMA, MEA, ELKOURY, AN, BARRAL, A, BEZERRIL, ACR, COSTA, JML. Cura clínica na leishmaniose cutânea difusa no Brasil. *Gazeta Médica da Bahia*. 79 (Supl 3), 52-61, 2009. 2. COSTA, JML. Diffuse cutaneous leishmaniasis (DCL) in the state of Maranhão – Brazil: therapeutic evaluation and correlation of immunological profile between patients and their families. Doctoral Thesis. Summary. (In Portuguese/English). *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 31:89-93, 1998. 3. BARRAL, A, COSTA, JML, BITTENCOURT, AL, BARRAL-NETTO, M, CARVALHO, EM. 66:609-610, 1972. Polar and subpolar diffuse cutaneous leishmaniasis in Brazil. Clinical and immunopathologic aspects. *International Journal of Dermatology*. 33:474-479, 1995. 4. CONVIT, J, PINARDI, ME, RODON AJ. Diffuse cutaneous leishmaniasis: a disease due to an immunological defect. of the host. *Transactions of Royal Society of Tropical Medicine*. 66:609-610, 1972.