

LEISH1-4

ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES COM LEISHMANIOSE TEGUMENTAR. Marcilene Paes, Marcus Barros, Lucely Paiva, Mariana Lopes, Briza Rego, Leila Coelho, Jorge Guerra, Marcus Guerra, Luiz Carlos de Lima Ferreira, Jose Ulisses de Souza, Maria Rita Teixeira, Roosevelt Oliveira Edna Ishikawa e Aldina Barral. Gerência de Leishmaniose da FMT/IMT-AM, Departamento de Parasitologia da Universidade do Amazonas, Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas da Universidade do Amazonas, Instituto Evandro Chagas/FUNASA, Belém (PA) e Centro de Pesquisa Gonçalo Muniz, FIOCRUZ (BA). e-mail: marcilene_paes@uol.com.br.

Introdução. As gestantes com LTA, preocupam os infectologistas e dermatologistas no Brasil, pela orientação do Ministério da Saúde+, do não tratamento devido à toxicidade dos Antimoniais Pentavalentes, Anfotericina B e Pentamidina para o feto. Essa prática, gera angústia nas pacientes e no médico, quanto à evolução das lesões *in situ*, possibilidades de metástases para as mucosas da gestante, assim como, a repercussão no feto de uma doença parasitária de evolução crônica, até porque existe relato de transmissão congênita na Leishmaniose Visceral(LV)+. Na região de Manaus, onde ocorreu o estudo, embora a *Leishmania (Viannia) guyanensis* seja a mais prevalente na etiologia das LCs, há sempre perspectiva de metástases para mucosa, porque esta espécie já foi descrita em acometimento nessa localização, além do que *L. (V.) braziliensis* também foi registrada em casos de LCs ao norte do Amazonas. A partir de 1994 acompanhou-se gestantes com LTA na gravidez e no pós-parto, avaliando-se a evolução de suas lesões no período sem tratamento, possíveis lesões mucosas e resposta ao tratamento no pós-parto; também avaliou-se seus recém-natos e crianças para a infecção e clínica da doença.

Pacientes e Métodos. As pacientes foram acompanhadas entre 1994 e 2.000 em grupos: A – as que adquiriram LTA no 1º trimestre de gravidez; B – as que adquiriram no 2º trimestre; C – as que adquiriram no 3º trimestre; D – não grávidas com LTA (controle). A clínica e epidemiologia foram confirmadas pela biópsia e evidência do parasito (ex. direto e histopatológico), seu isolamento em cultura (Schenck deir's e NNN) e "hamster" (Tabela 1) e identificação de espécie em Centro de Referência (IEC); avaliação imunológica pelas Reações de Imunofluorescência Indireta (RIFI), ELISA e de citocinas). Até o parto, fez-se controle mensal das lesões com drogas tópicas e/ou sistêmicas para as infecções intercorrentes e exames pré-natais e de intercorrências. No parto, colheu-se placenta para avaliar leishmânia na cultura e histopatologia. Aos 30 dias do pós-parto, fez-se Intradermorreação de Montenegro (IDRM) e tratamento da leishmaniose, inclusive das cicatrizadas se a IDRM e RIFI fossem reativas. Para a criança foi feito sorologia (RIFI) com um mês e juntamente com a mãe, no controle dos seis e 12 meses.

Resultados e Discussão. Entre 1994 e 2.000, estudou-se 66 grávidas com LC, cuja maioria adquiriu a doença no primeiro trimestre gestacional da primeira gravidez tinha entre 15 a 25 anos, escolaridade elementar e procedia da periferia de Manaus ou do entorno rural imediato à cidade e sua HE, sempre se relacionava ao desmatamento.

As lesões eram 95,7% ulceradas e 4,3% vegetantes, múltiplas e localizadas com maior frequência nas extremidades.

A positividade do diagnóstico parasitológico (Tabela 1) pelo direto preponderou, pois vinham ao serviço nos primeiros 15 a 30 dias de doença .

Tabela 1 – Correlação dos exames diagnósticos.

Ex. Direto %		Histo %		Cultura %		"Hamster" %	
(+)	(-)	(+)	Comp	(+)	(-)	(+)	(-)
91	9	37	63	57	43	40	60
100		100		100		100	

A sorologia antes e após o parto não difere dos resultados da literatura para outros pacientes com LC.

A avaliação de citocinas em soro de 23 pacientes, foram 100% negativas. Dentre isolados em cultura de 11 pacientes, 36,3% têm corrida eletroforética para *Leishmania (Viannia) guyanensis* e dentre este grupo, até o último controle (agosto/00) nenhuma paciente queixou ou apresentou lesão em mucosa. Em placentas de 33,3% das pacientes, 100% não tiveram alterações histológicas para LTA.

No pós-parto 70% retornaram. Aceitas e realizadas IDRMs em 47%, das quais 35,2% foram lidas e 100% positivas.

Foram tratadas 41% com lesão ativa ou sororreagentes e, 59% não o receberam por lesão cicatrizada, soro não reagente ou não concordarem com o tratamento. A média de cicatrização espontânea encontrada foi de 31 a 50% das pacientes, mais frequente no terceiro trimestre gestacional e com 5 a 6 meses de doença; 3% tiveram lesões em mucosa nasal ainda com a cutânea ativa na gravidez; 1,5% nasal, no pós-parto quando a cutânea já cicatrizara e não tratara e, em 1,5% na mucosa oral em contiguidade à inoculação primária no lábio.

As três pacientes pertencentes ao grupo controle receberam tratamento específico para LTA e a cicatrização ocorreu mais rápido, entre dois a quatro meses de doença.

No acompanhamento dos bebês foram avaliadas 17 crianças, nenhuma tinha manifestação clínica e em sete as sorologias foram aceitas pelas mães, com resultado 100% não reagentes.

Três pacientes engravidaram novamente, duas tiveram as LCs cicatrizadas durante a sua primeira gestação e possuem sorologia não reagente, e a terceira apresentou cicatrização de sua lesão durante a segunda gestação e possui sorologia reagente, sem queixa mucosa.

Conclusão. Na Leishmaniose cutânea na Amazônia não foi observada transmissão vertical. Em grávidas, altera a qualidade de vida em mulheres agricultoras carentes, mas pode cicatrizar espontaneamente, após tempo de doença de cerca de seis meses ou influências hormonais do terceiro trimestre gestacional. Contudo sem a identificação da etiologia, para a população geral deve ser aconselhado o tratamento pelo risco de metástases mucosas. O tratamento precoce além de encurtar o período de doença ativa, melhorando a qualidade de vida, pode ser fator de prevenção de manifestações mucosas.

Agradecimentos. Aos técnicos da Gerência de Leishmaniose da FMT/IMT-AM, senhores José Ulisses de Souza, Maria Rita Teixeira, Rossevelt Soares de Oliveira e Claudemir Félix da Silva, pelo apoio nas provas laboratoriais e à FUNASA, pela cessão dos antígenos de IDRM e RIFI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barros MLB, Paes MG, Guerra MVF, Coelho LIARC, Guerra JAO, Ferreira A, Albuquerque J. Leishmaniose tegumentar em grávidas atendidas no IMT-AM – período de 1994 a 1997. *In: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, p. 171, 1998.
2. Ministério da Saúde – Controle diagnóstico e tratamento da Leishmaniose Visceral (Calazar) – Normas Técnicas. FUNASA, Brasília, 86p, 1999.
3. Ministério da Saúde – Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana, FUNASA, Brasília, 61p, 2.000.
4. Naiff RD, Talhari S & Barrett TV. Isolation of *Leishmania guyanensis* from lesions of the nasal mucosa. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 83 (4):529-530, 1999.
5. Paes MG, Paiva LC, Oliveira ML, Rego BC, Figueiras RG, Coelho LIARC, Barros MLB, Guerra JAO, Guerra MVF, Barral AM & Ishikawa E. Leishmaniose tegumentar em grávidas: estudo longitudinal *In: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, p. 171, 2.000.