

# LEISHMANIOSE VISCERAL NA PEDIATRIA: UM ESTUDO CLÍNICO

*VISCERAL LEISHMANIASIS IN PEDIATRICS: A CLINICAL STUDY*

*LEISHMANIASIS VISCERAL EN PEDIATRÍA: UN ESTUDIO CLÍNICO*

✉ Conceição Soraya Morais Marques<sup>1</sup>, ✉ Beatriz Lima Ferreira Menezes<sup>2</sup>, ✉ Lilia Torquillo Almeida<sup>3</sup>,  
✉ Maria Clara Ximenes Lima<sup>4</sup>, ✉ Lorena Freitas de França Guimarães<sup>5</sup>, ✉ Auristela Pimentel e Silva Lins<sup>6</sup> e  
✉ Maria Júlia Rodrigues Teixeira de Araújo<sup>7</sup>

## RESUMO

Relatar um caso de Leishmaniose Visceral em uma criança procedente de área endêmica no Nordeste, em Quixeramobim-Ceará. Relato de caso em paciente pediátrico, realizado por coleta de dados, sendo utilizada revisão de prontuário, incluindo as características clínicas, epidemiológicas e a análise dos testes diagnósticos entre outubro e dezembro de 2023, em hospital secundário do Ceará. Paciente masculino, 7 anos, procedente de Quixeramobim-CE, foi admitido apresentando febre intermitente há um mês, hipoatividade, sonolência, aumento de volume abdominal, dor em HCD, tosse seca, perda de peso, hiporexia e náuseas ocasionais. Com hipótese inicial de LV, foi realizado teste rK39, com resultado negativo e mielograma com leishmanias no esfregaço. O quadro clínico do paciente deverá ser considerado, mesmo diante de resultados negativos dos métodos iniciais escolhidos, devendo ser buscados outros exames que auxiliem a confirmar a hipótese diagnóstica inicial ou a descartar diagnósticos diferenciais.

**Descritores:** *Pediatria; Diagnóstico Clínico; Leishmaniose Visceral; Epidemiologia.*

## ABSTRACT

To report a case of Visceral Leishmaniasis in a child from an endemic area in the Northeast, in Quixeramobim-Ceará. Case report on a pediatric patient, carried out by data collection, using medical record review, including clinical and epidemiological characteristics and analysis of diagnostic tests between October and December 2023, in a secondary hospital in Ceará. A 7-year-old male patient from Quixeramobim-CE was admitted with intermittent fever for a month, hypoactivity, drowsiness, increased abdominal volume, HCD pain, dry cough, weight loss, hyporexia and occasional nausea. With the initial hypothesis of VL, an rK39 test was performed, with a negative result and a myelogram with leishmania in the smear. The patient's clinical condition must be considered, even in the face of negative results from the initial methods chosen, and other tests must be sought to help confirm the initial diagnostic hypothesis or rule out differential diagnoses.


**Keywords:** *Pediatrics; Clinical Diagnosis; Visceral Leishmaniasis; Epidemiology.*

## RESUMEN


Reportar un caso de Leishmaniasis Visceral en un niño de una zona endémica del Nordeste, en Quixeramobim-Ceará. Reporte de caso de un paciente pediátrico, realizado mediante recolección de datos, mediante revisión de historias clínicas, incluyendo características clínicas y epidemiológicas y análisis de pruebas diagnósticas entre octubre y diciembre de 2023, en un hospital secundario de Ceará. Paciente masculino de 7 años del Quixeramobim-CE, ingresó con fiebre intermitente de un mes de evolución, hipoactividad, somnolencia, aumento de volumen abdominal, dolor de HCD, tos seca, pérdida de peso, hiporexia y náuseas ocasionales. Con la hipótesis inicial de LV se realizó prueba rK39, con resultado negativo y mielograma con leishmania en frotis. Se debe considerar la condición clínica del paciente, incluso ante resultados negativos de los métodos inicialmente elegidos, y buscar otras pruebas que ayuden a confirmar la hipótesis diagnóstica inicial o descartar diagnósticos diferenciales.

**Descritores:** *Pediatría; Diagnostico Clínico; Leishmaniasis Visceral; Epidemiología.*

<sup>1</sup> Universidade Federal do Cariri, Fortaleza/CE - Brasil. 

<sup>2</sup> Hospital Dr. Geral Waldemar Alcantara, Fortaleza/CE - Brasil. 

<sup>3</sup> Hospital Dr. Geral Waldemar Alcantara, Fortaleza/CE - Brasil. 

<sup>4</sup> Universidade de Fortaleza, Fortaleza/CE - Brasil. 

<sup>5</sup> Hospital Dr. Geral Waldemar Alcantara, Fortaleza/CE - Brasil. 

<sup>6</sup> Hospital Dr. Geral Waldemar Alcantara, Fortaleza/CE - Brasil. 

<sup>7</sup> Hospital Dr. Geral Waldemar Alcantara, Fortaleza/CE - Brasil. 

## INTRODUÇÃO

A leishmaniose visceral (LV) é endêmica em 76 países. Em relação aos casos registrados na América Latina, 90% ocorrem no Brasil, acometendo principalmente a faixa pediátrica, sendo o grupo mais acometido o formado por menores de 10 anos (58%) e o sexo masculino (61%)<sup>1,2</sup>.

Em média, cerca de 3.500 casos são registrados anualmente, sendo o coeficiente de incidência 2 casos/100.000 habitantes, em 2018. Além disso, a doença vem apresentando mudanças importantes no padrão de transmissão, inicialmente predominando em ambientes silvestres e rurais e, mais recentemente, em centros urbanos<sup>1,2</sup>.

A LV apresenta um amplo espectro clínico de gravidade. Na maioria dos casos, caracteriza-se por febre irregular, prolongada, palidez, hepatoesplenomegalia e emagrecimento insidiosos e progressivos, associados ao comprometimento do estado geral<sup>3</sup>.

Já o diagnóstico pode ser realizado por meio de técnicas imunológicas e parasitológicas. Entre elas, o teste rápido imunocromatográfico e a análise do líquor. As classes de drogas utilizadas para o tratamento de leishmaniose visceral no Brasil são restritas. Todavia, nos anos 1980, introduziram a anfotericina B desoxicolato, seguida de formulações lipídicas como a anfotericina B lipossomal. Esta última apresenta alta eficácia e baixa toxicidade<sup>3,4</sup>.

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de leishmaniose visceral em uma criança procedente de área endêmica no Nordeste, em Quixeramobim-Ceará.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de caso, de um paciente admitido em enfermaria pediátrica geral de um hospital secundário da cidade de Fortaleza-CE.

O trabalho ocorreu de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo, dessa maneira, realizada coleta de dados, por meio da revisão de prontuário, incluindo as características clínicas, epidemiológicas e a análise dos testes diagnósticos no período de outubro a dezembro de 2023.

Após a coleta, foi realizada a descrição do relato e estudado o caso, com enfoque na apresentação clínica da doença e nos métodos diagnósticos utilizados durante a investigação da LV do paciente.

Como critério de inclusão, considerou-se ser um caso com resultado de investigação diagnóstica para LV infrequente em paciente pediátrico. Após escrita do manuscrito, o relato foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição de Saúde e aprovado com o número de parecer 6.625.773.

## RESULTADOS

Paciente, sexo masculino, 7 anos, pardo, procedente de Quixeramobim-CE, foi admitido na enfermaria pediátrica de um hospital secundário do Estado do Ceará, apresentando história de febre intermitente há um mês, associada à hipoatividade, sonolência, aumento de volume abdominal, dor abdominal em topografia de hipocôndrio direito, tosse seca, perda de peso, hiporexia e náuseas ocasionais.

Durante anamnese, acompanhante relatou presença de cachorros de rua pela vizinhança e não ter havido contato prévio com familiares ou com pessoas com tuberculose ativa ou em tratamento.

Ao exame físico, a criança apresentava-se emagrecida, hipocorada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril, com linfonomegalia generalizada e sem demais alterações observadas durante avaliação dos aparelhos pulmonar e cardiovascular.

Ao exame do abdome, verificou-se um abdome flácido, semigloboso, ruídos hidroaéreos presentes, timpanismo à percussão, hepatomegalia com borda hepática palpável a 4 cm do rebordo costal direito e esplenomegalia com baço palpável a 3 cm do rebordo costal esquerdo.

O paciente trazia consigo exames laboratoriais realizados no município de origem, os quais demonstravam um hemograma com bicitopenia (hemoglobina - 10,1; plaquetas - 127.000; e leucócitos - 6.900) e sumário de urina sem alterações.

No ato da admissão, foi prescrito albendazol e ceftriaxona e foram solicitados exames complementares, os quais evidenciaram raio-x de tórax com padrão intersticial reticulonodular, função hepática, enzimas hepáticas, canaliculares e pancreáticas, função renal, LDH, bilirrubinas, eletrólitos, ácido úrico e lactato normais, PCR ultrasensível 3,11.

Em novo hemograma demonstrou hemoglobina - 9,4, leucócitos - 5.700 e plaquetas - 173.000. Além de sorologias para CMV e EBV com IgG reagente e IgM não reagente; Toxoplasmose e anti-HIV com IgG e IgM não reagentes; anti-hbs não reagente; anti-hcv não reagente; anti-hva IgG e IgM não reagentes; herpes simples 1 e 2 IgG e IgM reagentes e rK39 não reagente.

Devido não ter sido observada ou relatada a presença de lesões vesiculares em qualquer região do corpo do paciente durante exame físico, considerou-se resultado falso-positivo, não sendo iniciado aciclovir. Durante internamento, o paciente apresentou picos febris diários mesmo após 72 horas em uso de antibiótico, manteve hiporexia, hipotatividade, relato de tosse seca e dor em HCD.

Assim, foram solicitados ECG e ECOTT normais, US de abdome com esplenomegalia com ecotextura heterogênea difusamente, pesquisa de BAAR em lavado gástrico, sendo todas as três amostras negativas, perfil do ferro (ferritina 935 ng/ml, IST 28%, TIBC 191 mcg/dl, ferro sérico 54 mcg/dl), lipidograma (CT 137 mg/dl, HDL 181 mg/dl, LDL 84 mg/dl, TGL 175 mg/dl) e fibrinogênio 438 mg/dl, eletrólitos normais e mielograma, o qual evidenciou presença de leishmanias no esfregaço, confirmando o diagnóstico de calazar.

Dessa maneira, foi preenchida a notificação, prescrito Anfotericina B Lipossomal, considerando ser um paciente de risco por desnutrição (peso no escore-Z 2,7), então, com comorbidade que compromete sistema imunológico.

Ademais, foram solicitados exames laboratoriais de controle iniciais à terapêutica e suspensa ceftriaxona. Após início do tratamento, a criança evoluiu com melhora do estado geral, mantendo-se afebril e apresentando redução do baço.

Diante da necessidade de continuar a investigação diagnóstica de leishmaniose visceral por meio do mielograma, percebeu-se alguma dificuldade para realização desse exame, tendo em vista não ser realizado no hospital secundário, no qual a criança estava

internada. Logo, como estratégia para solucionar esta situação, utilizou-se da parceria com o hospital infantil de referência do estado do Ceará para que o mielograma fosse realizado.

## DISCUSSÃO

A leishmaniose visceral é uma doença tropical negligenciada, a qual constitui um problema de saúde pública mundial, considerada pela Organização Mundial de Saúde como uma das cinco doenças infecto-parasitárias endêmicas de maior relevância<sup>5,6</sup>. O Brasil apresenta 95% da leishmaniose visceral registrada na América Latina, estando em franco crescimento em magnitude e em expansão<sup>7</sup>.

A LV é uma doença parasitária que apresenta alta letalidade, ultrapassando a taxa de 90%, quando a terapêutica medicamentosa não é instituída. Tal patologia é causada por espécies de protozoários intracelulares do gênero *Leishmania* e possui manifestações clínicas variadas<sup>8-11</sup>.

A doença pode apresenta-se por meio de formas assintomáticas ou de quadros clássicos como febre, hepatoesplenomegalia, anemia, linfonodomegalias, hemorragias, perda ponderal e tosse seca, sendo este último sintoma menos frequente e confundidor, pois aumenta as possibilidades de diagnósticos diferenciais, como a tuberculose, sendo uma das hipóteses aventadas na elucidação diagnóstica do paciente deste trabalho, após o resultado negativo do K39<sup>8-11</sup>.

O Ceará é um estado considerado endêmico para esta doença e nele foi observado, em levantamento entre os anos de 2007 e 2022, 6.926 casos humanos confirmados, com uma média de 433 casos ao ano, sendo a maioria autóctone (86,7%)<sup>12</sup>.

Os anos de 2007 e 2009 tiveram os valores mais elevados, 7,6 e 7,5 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Os coeficientes de incidência apresentaram um declínio da incidência dos casos de forma mais expressiva no ano de 2012 (4,4 casos por 100.000 habitantes) e nos últimos três anos, passando de 3,4 (2019) para 1,8 casos por 100.000 habitantes em 2022<sup>12</sup>.

O acometimento de pacientes pediátricos pelo calazar é um fato importante de ser destacado nessa patologia, uma vez que a faixa etária de 0 a 9 anos representa 31,39% dos casos de LV no Ceará entre os anos de 2011 e 2018<sup>13</sup>. E quanto mais jovem for a criança, maiores os riscos, tendo em vista que a imunidade se desenvolve com a idade, deixando-a mais suscetível à infecção e às suas complicações pela imunidade ainda não completamente desenvolvida<sup>14</sup>.

O diagnóstico laboratorial de LV inclui o achado da *Leishmania* por microscopia direta ou cultura em amostras clínicas, detecção de antígeno ou anticorpos específicos e do DNA do parasito<sup>15</sup>.

O diagnóstico definitivo de LV requer a constatação do parasita a partir de um aspirado medular, em órgãos como o baço, a medula óssea ou o linfonodo. Porém, como este é um procedimento invasivo e com potenciais complicações, não é largamente utilizado, a não ser em hospitais especializados, referências para doenças tropicais negligenciadas. Logo, o diagnóstico de calazar fundamenta-se principalmente em testes sorológicos rk39-ICT<sup>15</sup>.

O teste rápido rK39-ICT não depende de pessoal e de laboratório altamente qualificados e os resultados podem ser lidos dentro de minutos a poucas horas, se tornando uma ferramenta de grande importância para elucidação dos casos e mostrando-se com alta sensibilidade e especificidade para a investigação de LV<sup>16,17</sup>. No entanto, por vezes, diante de um caso suspeito, o rK39 poderá ser negativo, como foi observado no paciente deste relato.

Ao considerar a epidemiologia e o quadro clínico fortemente sugestivos para calazar, existe a necessidade de mais de uma metodologia diferente para a confirmação do resultado<sup>18</sup>. E a investigação para LV deverá ser mantida, optando-se pela realização do mielograma, uma vez que a microscopia é o padrão-ouro devido à sua elevada especificidade, sendo observadas as formas amastigotas em esfregaços da amostra analisada<sup>19</sup>.

## CONCLUSÃO

Durante a investigação diagnóstica de LV, o quadro clínico do paciente deverá ser fortemente considerado, mesmo diante de resultados negativos dos métodos iniciais escolhidos, devendo, dessa maneira, ser buscados outros exames que nos auxiliem a confirmar a hipótese diagnóstica inicial ou a descartar diagnósticos diferenciais.

Mesmo com a limitação de algumas metodologias para diagnosticar LV em hospitais da rede pública, é válido persistir nos exames ditos padrão-ouro, buscando soluções que envolvam parcerias com a rede pública ou privada. Tais parcerias mostraram-se como potencialidades para o estudo apresentado, tendo em vista terem contribuído com o diagnóstico precoce e, então, com o início da terapêutica adequada.

Destarte, ressalta-se que em caso de suspeita de LV, o paciente deverá ser encaminhado ao hospital da rede pública do Estado do Ceará, Hospital São José de Doenças Infecciosas.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Situação Epidemiológica da Leishmaniose Visceral. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/leishmaniose-visceral/situacao-epidemiologica-da-leishmaniose-visceral>.
2. Ministério da Saúde. Manual Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral. 1. ed, 5ª reimpressão. Ministério da Saúde: Brasília-DF; 2014. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_controle\\_leishmaniose\\_visceral\\_1edicao.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral_1edicao.pdf).
3. Ministério da Saúde. Leishmaniose Visceral. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/leishmaniose-visceral>.
4. Lemos EM, Carvalho SFG, Dietze RC R. Avaliação do teste rápido utilizando o antígeno recombinante K39 no diagnóstico da leishmaniose visceral no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2003 [citado 2022-11-11];36:36–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/qhjVDm8mp9qXGQ4zp9CkSds/?lang=pt>.

5. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica; Guia de Vigilância em Saúde. 2. ed; 2017. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_volume\\_2.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_volume_2.pdf).
6. Vasconcelos JM, Gomes CG, Sousa A, Teixeira AB, Lima JM. American integumentary leishmaniasis: epidemiological profile, diagnosis and treatment. *Braz J Clin Analyses*. 2018;50(3):221-7.
7. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia Manual de Vigilância em Saúde. 1. ed.; 2016. 25 p. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_1ed\\_atual.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf).
8. World Health Organization (WHO) [Internet]. Control of the leishmaniasis WHO TRS n° 949. [citado 2023-12-26]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-TRS-949>.
9. Guerin PJ, Olliaro P, Sundar S, Boelaert M, Croft SL, Desjeux P, Wasunna MK, Bryceson ADM. Visceral leishmaniasis: current status of control, diagnosis, and treatment, and a proposed research and development agenda. *The Lancet Infectious Diseases*. 2002;2(8):494–501. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(02\)00347-x](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(02)00347-x).
10. Fu Q, Li SZ, Wu WP, Hou YY, Zhang S, Feng Y, Zhang LP, Tang LH. Endemic characteristics of infantile visceral leishmaniasis in the People's Republic of China. *Parasites & Vectors*. 2013;6(1). <https://doi.org/10.1186/1756-3305-6-143>.
11. Barbosa IR, Costa Í do CC. Aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose visceral em menores de 15 anos no estado do Rio Grande do Norte, Brasil. *Scientia Med*. 2013;23(1):5. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2013.1.12970>.
12. Leishmaniose Visceral. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim-Epidemiologico-Leishmaniose-Visceral-23-11-2022.pdf>.
13. da Silva Paz J, Pinheiro AQC, Ribeiro RL, Ferreira JLM, da Silva LP. Epidemiologia da leishmaniose visceral no Ceará entre 2011 e 2018. *Cadernos ESP*. 2021;15(1):23–32. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/450>.
14. Rey LC, Martins CV, Ribeiro HB, Lima AAM. American visceral leishmaniasis (kala-azar) in hospitalized children from an endemic area. *J Pediatría*. 2005;81(1):73–8. <https://doi.org/10.2223/jped.1286>.
15. Elmahallawy EK, Sampedro Martinez A, Rodriguez-Granger J, Hoyos-Mallecot Y, Agil A, Navarro Mari JM, Gutierrez Fernandez J. Diagnosis of leishmaniasis. *J Infec Develop Count*. 2014;8(8):961–72. Disponível em: <https://doi.org/10.3855/jidc.4310>.
16. Cunningham J, Hasker E, Das P, El Safi S, Goto H, Mondal D, Mbuchi M, Mukhtar M, Rabello A, Rijal S, Sundar S, Wasunn M, Adams E, Menten J, Peeling R, Boelaert M. WHO/TDR Visceral Leishmaniasis Laboratory Network. A global comparative evaluation of commercial immunochromatographic rapid diagnostic tests for visceral leishmaniasis. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2012;55(10):1312–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/cis716>.
17. World Health Organization (WHO). Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis. WHO technical report series. 2010:22–6.
18. Farias RC de, Santos JP dos, Nascimento EF do, Mendes JR, Sousa RFV de, Cardoso DRF, et al. Estudo comparativo entre metodologias para o diagnóstico da leishmaniose visceral humana: uma revisão integrativa/comparative study methodologies for the diagnosis of human visceral leishmaniasis: an integrative review. *Braz J Develop*. 2020;6(9):71398–409. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n9-547>.
19. Fonseca AM. Diagnóstico da Leishmaniose Visceral utilizando proteínas de *Leishmania infantum* com função desconhecida; 2013.