

---

# Intradermorreação de Montenegro Positiva em três Desportistas, realizada no Instituto Adolfo Lutz Regional de Campinas

Silvia Regina BARALDI, Vânia Martins Fontes DEL GUERCIO, Sérgio Selos MOREIRA  
Instituto Adolfo Lutz – Regional Campinas – Seção Biologia Médica

Milhões de pessoas no mundo são atingidas por malária, esquistossomose, doença de Chagas, dengue, leishmaniose e febre amarela, doenças endêmicas presentes no Brasil e no Estado de São Paulo. Qualquer dessas doenças é um exemplo de complexa interação biológica entre parasitas, vetores e hospedeiros intermediários e definitivos<sup>5</sup>.

A Leishmaniose Tegumentar Americana (L.T.A.) é uma doença infecciosa, não contagiosa causada por protozoários do gênero *Leishmania*, que acomete pele e mucosas; é primariamente uma infecção zoonótica, afetando outros animais que não o homem, o qual pode ser envolvido secundariamente.

O modo de transmissão habitual é através da picada de insetos que pode pertencer a várias espécies de flebotomíneos, de diferentes gêneros (*Psychodopygus*, *Lutzomya*), dependendo da localização geográfica.

A *Leishmania* é um protozoário pertencente a família *Trypanosomatidae* com duas formas principais: uma flagelada ou promastigota, encontrada no tubo digestivo do inseto vetor e em alguns meios de cultura artificiais, e outra aflagelada ou amastigota, como é vista nos tecidos dos hospedeiros vertebrados (homem e outros animais superiores)

A Leishmaniose Tegumentar Americana (L.T.A.), inclui a leishmaniose cutânea (LC) e leishmaniose mucosa (LM).

A LTA, também conhecida como leishmaniose mucocutânea, úlcera de Bauru, ferida brava etc., distribui-se amplamente no continente americano, estendendo-se desde o sul dos Estados Unidos até o norte da Argentina. No Brasil tem sido assinalada em todos os estados, constituindo, portanto, uma das afecções dermatológicas que merece maior atenção, devido à magnitude da doença, assim como pelo risco de ocorrência de deformidades que pode produzir no homem, como também pelo envolvimento psicológico do doente, com reflexos no campo social e econômico, uma vez que, na maioria dos casos pode ser considerada uma doença ocupacional<sup>2</sup>.

O diagnóstico laboratorial da leishmaniose consiste fundamentalmente em 3 grupos de exames:

- Exames parasitológicos: demonstrações diretas do parasito, isolamento em cultivo “in vitro” (meios de cultivo), isolamento em cultivo “in vivo” (inoculações em animais, xenodiagnóstico).

- Testes imunológicos: teste intradérmico, testes sorológicos e detecção de antígenos por sondas de DNA e PCR.

- Exames complementares: exames hematológicos, bioquímicos e histopatológicos.

A avaliação da hipersensibilidade retardada de pacientes com leishmaniose é um método simples e bastante útil no diagnóstico da leishmaniose tegumentar. O clássico teste ou reação de Montenegro descrito há vários anos utiliza um antígeno particulado com parasitos inteiros e macerados, preparados de formas promastigotas de cultivo de leishmania, suspensos em solução estéril, preservados com fenol ou mertiolate. Hoje vários preparados diferentes são utilizados para reação intradérmica na leishmaniose. Os antígenos de *L. amazonensis* ou *L. braziliensis* dão reações positivas em mais de 85% dos pacientes “portadores” de leishmaniose tegumentar nas Américas. Os antígenos de *L. major* e *L. tropica* também exibem taxas elevadas de positividade na leishmaniose tegumentar do Velho Mundo. Os pacientes com envolvimento de mucosa muitas vezes apresentam reações bastante acentuadas com área extensa de hiperemia e no local da enduração pode haver formação de flictena e mesmo necrose. Os extratos antigênicos de promastigotas de *L. chagasi* produzem reações positivas em 95 a 100% dos indivíduos curados de leishmaniose visceral residentes em áreas endêmicas. Contudo, na leishmaniose visceral a resposta de hipersensibilidade retardada a antígenos de leishmania é quase sempre negativa na fase aguda da doença e perdura negativa em média até 12 meses após o tratamento<sup>1</sup>.

No nosso serviço o Teste Intradérmico de Montenegro utiliza suspensão ultrassonada de leishmanias em salina fluoretada e fenicada e deve ser considerada positiva se, após 72 horas de inoculação de 0,2 ml de antígeno produzir uma enduração maior ou igual 5 mm, que pode permanecer por 4 a 5 dias ou mais. Apresenta uma po-

---

sitividade de 96% após 35 a 40 dias de evolução. Pode ser negativa em lesões recentes. A leishmaniose alérgica do indivíduo por muitos anos, assim, em face de uma reação positiva, uma anamnese pregressa deve ser feita para esclarecer a natureza da lesão atual.

Na área de Parasitoses Sistêmicas do Instituto Adolfo Lutz Regional Campinas a Intradermorreação de Montenegro é realizada semanalmente de rotina aproximadamente a cerca de 20 anos. Foram atendidos em 19/04/02, 26/04/02 e 03/05/02 três pacientes cujos testes intradérmicos apresentaram positividade de 10, 12 e 08 mm de endurecimento respectivamente. Durante a entrevista observou-se a coincidência dos prováveis locais de infecção, assim como, da atividade profissional a que pertenciam. Os três eram desportistas e em dezembro de 2001 participaram de uma mesma prova de competição. Integravam esta comitiva 60 equipes com 4 integrantes cada e cerca de 80 pessoas pertenciam a Comissão Organizadora. Os participantes eram provenientes de vários estados do Brasil e do exterior. A prova constou de um circuito de 500 km ao redor de Santarém (Pará). Os três pacientes relataram que o local provável de infecção foi a região de Santarém. Assim sendo, salienta-se a relativa facilidade de um indivíduo infectar-se, já que dos três pacientes que procuraram nosso serviço todos apresentaram o Teste de Montenegro positivo.

Segundo International Travel and Health, o risco de infecção para visitantes é geralmente baixo, porém, em áreas rurais e de florestas em países endêmicos, isto se torna um agravante. Prevenções gerais podem reduzir expressivamente o risco de exposição à agentes infecciosos e deveria sempre ser observado por visitantes a qualquer

destino onde exista um significativo risco de exposição. Precauções como evitar picadas de inseto, particularmente após o pôr do sol e também fazer uso de repelentes e de rede de proteção para camas (popularmente conhecida como mosquiteiro) são medidas cautelares importantes.<sup>3,4</sup>

Diante da importância dos dados descritos acima, notificamos prontamente às Vigilâncias competentes estadual e federal e ao órgão de turismo promotor do evento, no intuito de agilizar as ações pertinentes aos referidos órgãos.

## REFERÊNCIAS

1. Badaró, R.; Reed, S.G. Leishmaniose. In: Ferreira, A. W.; Ávila, S. L. M. **Diagnóstico Laboratorial das Principais Doenças Infecciosas e Auto Imunes**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A; 1.996, p.150-156
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana**. Brasília 2.000
3. WHO. Infectious diseases of potential risk for travelers – International travel and health [[http://www.who.int/ith/chapter05\\_01.html](http://www.who.int/ith/chapter05_01.html)]. 08 de maio de 2.004
4. WHO. Leishmaniasis (including espundia or oriental sore, and kala-azar) International travel and health [[http://www.who.int/ith/chapter\\_05\\_06.html](http://www.who.int/ith/chapter_05_06.html)]. 08 de maio de 2.004
5. Pesquisa e pesquisadores da Sucen – Sucen 2.000-2.001 [[http://www.sucen.sp.gov.br/pesquisa/texto\\_ta\\_pesquisa.htm](http://www.sucen.sp.gov.br/pesquisa/texto_ta_pesquisa.htm)]. 08 de maio de 2.004