

## CALAZAR NO TOGO — ÁFRICA OCIDENTAL APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Evânio Pires de CAMPOS (1), Antoine Afatsao AMEDOMÉ (2) e Koffi KPODZRO (3)

### RESUMO

Os Autores apresentaram o primeiro caso de Calazar no Togo, país da África Ocidental. Trabalho anterior demonstrou a presença dos vectores que garantem as condições epidemiológicas necessárias para a transmissão dessa doença. Os Autores relataram o caso clínico e os exames complementares respectivamente. Após iniciarem os estudos epidemiológicos sugerem algumas hipóteses do tipo de Calazar descrito.

### INTRODUÇÃO

O Togo é um país da África Ocidental situado ao norte do Equador. Limita-se ao norte pelo Haute-Volta, a leste por Ghana e a oeste por Dahomey. É um país da África Ocidental pertencente a região equatorial.

Em 1973 foi realizado por Abonnenc estudo bioecológico dos Psychodidae, insetos vectores hematófagos, nas regiões de Dahomey e do Togo. Realizou, o Autor, captura de flebotomos nas diversas cidades dos dois países. Concluiu que três espécies poderiam concorrer para a transmissão do Calazar na região, a saber: *P. duboscqi*, *P. clydoi* e *P. schwetzi* 1,2.

Estudos dessa mesma natureza já se realizaram em outros países da África Ocidental, Meridional e do Sul 5,11,12. Alguns casos clínicos de Calazar foram assinalados e descritos em países da África Ocidental 5,12.

Apesar das evidências epidemiológicas propícias encontradas, nenhum caso de Calazar foi descrito nesse país da África Ocidental.

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de Bénin — Togo, África.

(1) Professor Assistente Doutor do Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, Dermatologia e Radiologia da Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu da Universidade Estadual Paulista «Júlio de Mesquita Filho».

(2) Chef de Clinique à l'École de Medicine de Lomé — Université du Bénin — Togo, África

(3) Chef de Service de Anatomie Pathologique à École de Medicine de Lomé — Université du Bénin — Togo, África

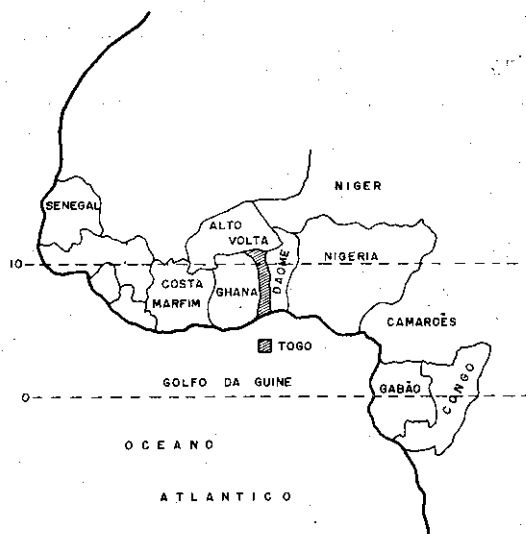


Fig. 1 — África Ocidental, mostrando o Togo, país onde se descreveu o Calazar

### APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

#### IDENTIFICAÇÃO

BIDE — escolar, com 10 anos aproximadamente, do sexo masculino, cor negra, residente

em Saoude (Lama-Kara) ao norte do país. Sempre viveu nesse local desde o nascimento. Foi internado em outubro de 1974, no Hospital de Saoude, apresentando febre cotidiana, com dois picos diários, acompanhada de cefaléia e calafrios intensos. Referia anorexia e emagrecimento.

Em janeiro de 1975, agravou-se o quadro com aparecimento de ascite e edema de membros inferiores. Foi tratado como recaída de paludismo, apesar da gôta espessa ser negativa. A febre permaneceu inalterada e nenhuma melhora, ainda que discreta do estado geral foi observada. Nessa ocasião o hemograma revelou anemia: glóbulos vermelhos = 2.500.000 e leucopenia de 2.500.

Ao exame físico apresenta mal estado geral, anictérico e palidez cutâneo-mucosa.

Subcutâneo — micropoliadenopatia.

Musculatura — hipotrofia.

Ossos — sem deformidades e sem edema inflamatório.

PA = 10,5 x 6,0 mm/Hg P = 120 bat/min.

T = 38°C

#### EXAME FÍSICO ESPECIAL

**Cabeça:** nada digno de nota; **olhos:** conjuntivas pálidas; **orofaringe e ouvidos:** nada digno de nota; **pescoço:** micropoliadenia. **Tireóide** normal à palpação; **tórax:** semiologicamente normal; **pré-córdio:** sopro sistólico do tipo anêmico e hiperfonese no foco pulmonar.

**Abdome — Inspeção:** globoso e assimétrico à esquerda. Umbigo desviado e "caído", parede fina e translúcida. **Palpação profunda** — hepatomegalia de bordas finas, superfície irregular, consistência normal, móveis à respiração, discretamente dolorosa a 14 cm do rebordo costal direito (IV ou V) dolorosa, com boceadura à altura da região umbelical. Superfície endurecida e irregular. Ascite presente.

Degrau gástrico e alças intestinais: nada digno de nota; **Giordano:** negativo; **ruidos hidroaéreos:** presentes e normais.

**Membros — Inferiores:** hipotrofia muscular. **Superiores:** palidez do leito ingueal e hipotrofia muscular.

**Sistema nervoso central, marcha, motricidade, sensibilidade e coordenação:** nada digno de nota.

Em 9 de maio de 1975, o mesmo, após ter sido examinado no Hospital de Lama-Kara, foi transferido para o Centro Universitário Hospitalar (C.H.U.) da Faculdade de Medicina de Lomé — Togo. O principal objetivo foi a confirmação diagnóstica de Calazar, que pensamos baseados em: Febre com dupla elevação diária; anemia e emagrecimento; esplenomegalia com crescimento vertical, bocejada (sobre) atingindo a fossa ilíaca esquerda e passando para a fossa ilíaca direita; leucopenia e velocidade de hemossedimentação elevada à primeira hora; gôta espessa negativa; piora do quadro clínico apesar da terapêutica específica para Paludismo.

Como diagnóstico diferencial sugerimos: Esquistossomose hepatoesplênica associada à Febre Tifóide; Paludismo crônico; Brucelose; Reticuloendoteliose.



Fig. 2 — Calazar — Nota-se edema generalizado com ascite, palidez palmar e hepatoesplenomegalia

#### EXAMES COMPLEMENTARES

A gôta espessa corada pelo método de Giemsa mostrou leishmânias intraglobular.



A punção biópsia hepática revelou inúmeras leishmânias e a external leishmânias intra e extra celulares.

A reação formol-gel foi positiva e a eletroforese obedeceu ao padrão do Calazar, hipalbuminemia e elevação de gamaglobulina. A hemocultura foi negativa.

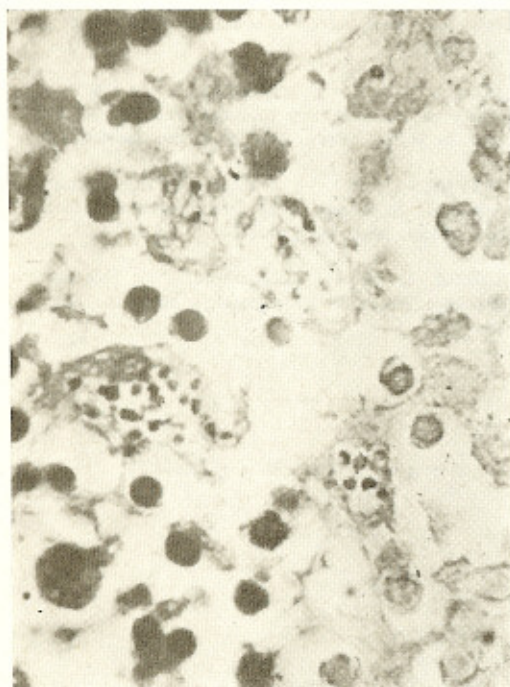


Fig. 3 — Calazar — Presença de leishmânias na medula óssea

O hemograma revelou — glóbulos brancos: 7.000; glóbulos vermelhos: 2.240.000; velocidade de hemossedimentação: 146-50 na primeira hora. Forma leucocitária — neutrófilos: 72%; eosinófilos: 1%; basófilos: 0%; linfócitos: 27%; monócitos: 0%.

O teste de Emmel foi negativo. Uréia: 30 mg%; Tempo de protrombina: 100%; Parasitológico: ovos de ancilostomídeos.

Eletroforese de proteínas mostrou: Albumina: 24,6%; Alfa<sub>1</sub>: 6,1%; Alfa<sub>2</sub>: 9,2%; Beta: 4,8%; Gama: 55,3%.

Estabelecido o diagnóstico de Calazar foi prescrito o tratamento clássico com Gliconato de antimônio sódico na dose de 20 mg/dia pe-

la via intramuscular e aumento progressivo até 60 mg/dia, em 12 aplicações.

Repetiu-se o tratamento em setembro de 1975 e em julho de 1976, com o mesmo esquema posológico.

Verificou-se após o tratamento a seguinte evolução: Apirexia após 8 dias de Glucantime; ganho de peso; bom apetite e melhora do estado geral; regressão da hepatoesplenomegalia: hepatomegalia: 14 para 9 cm; esplenomegalia: 18 para 14 cm; desaparecimento da hepatoesplenomegalia após a repetição do tratamento.

### COMENTÁRIOS

A apresentação e a descrição do primeiro caso de Calazar no Togo — África Ocidental, sugere: procurar as condições epidemiológicas favoráveis e adequadas para se poder avaliar a extensão do problema na região; a seguir, determinar o diagnóstico epidemiológico definitivo pela captura de animais com a finalidade de descobrir os reservatórios. Essa fase foi por nós iniciada e encontra-se em desenvolvimento, porém ainda não temos os resultados definitivos; o caso clínico relatado, possui as mesmas características clínicas do encontrado no Brasil. Difere de outras formas de Calazar, como, por exemplo, o da Índia e o da China Oriental que têm no homem, aparentemente, o único reservatório.

Observou-se também cura clínica e terapêutica pelo emprego do Gliconato.

### SUMMARY

#### Kala-Azar in Togo — West African. Presentation of a clinic case

The Authors report the first confirmed case of Kala-Azar in Togo, a West African country.

Previous work referred the presence of the vector *Psychodidae* and established the necessary epidemiologic condition to the transmission of this disease.

After starting the epidemiologic studies, they suggest some hypotheses about the referred type of this Kala-Azar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABONNENC, E.; DYEMKOUMA, A. & HAMON, J. — Sur la présence de *Phlebotomus* (*Phlebotomus*) *orientalis* Parrot, 1936, dans la République du Niger. *Bull. Soc. Path. Exot.* 57: 158-64, 1964.
2. ABONNENC, E. & LAUVIERE, M. — Répartition des phlebotomus de l'Ouest Africain (*Diptera Psychodidae*). *Bull. Inst. Français d'Afr. Noire, Ser. A* 21: 204-26, 1959.
3. ALENCAR, J. E. de & CUNHA, R.V. — Inquéritos sobre Calazar no Ceará. Novos resultados. *Rev. Brasil. Malariol. Doenças Trop.* 15: 391-403, 1963.
4. ALENCAR, J. E. de — Aspectos clínicos de Calazar Americano. *Rev. Brasil. Malariol. Doenças Trop.* 15: 19-44, 1959.
5. BELLON, J. — Un cas de Kala-Azar au Tchad ou Tchad (Ouaddai). *Arch. Inst. Pasteur (Algérie)* 30: 377-381, 1952.
6. DEANE, M. P. & DEANE, L.M. — Observações sobre a transmissão de Leishmaniose visceral no Ceará. *Hospital (Rio)* 48: 95-118, 1955.
7. DEANE, L. M. & DEANE, M.P. — Observações preliminares sobre a importância comparativa do homem, do cão e da raposa (*Lycalopex Vetusis*) como reservatório de *Leishmania donovani*, em área endêmica de Calazar no Ceará. *Hospital (Rio)* 48: 79-98, 1955.
8. HOOGSTRAAL, H. & HEYNEMAN, D. — Leishmaniasis in the Sudan Republic. *Amer. J. Trop. Med. & Hyg.* 18: 1087-1210, 1969.
9. LARIVIERE, M.; OVENUM, C. & ABONNENC, E. — A propos d'un cas de Leishmaniose cutané au Senegal. Discussion sur la transmission possible par *Phlebotomus duboseqi* (Pombandi). *Bull. Soc. Med. Afr. Noire Lang. (France)* 6: 431-436, 1961.
10. NAPIER, L. E. & KRISHANAN, K. V. — A theory of the aetiology and epidemiology of Kala-Azar in India. *Trop. Dis. Bull.* 29: 495-503, 1932.
11. NINTER, D. N. — Studies on the vector of Kala-Azar in Kenya. III Distributional evidence. *Ann. Trop. Med. & Parasit.* 57: 19-23, 1963.
12. ROHRS, L. C. — Leishmaniasis in the Sudan Republic. *Amer. J. Trop. Med. & Hyg.* 18: 265-271, 1964.

Recebido para publicação em 5/12/1977.