



DERMATOLOGIA TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

Aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose tegumentar americana com acometimento genital ☆,☆☆



Marcelo Rosandiski Lyra ^{a,*}, Alan Bittencourt da Silva ^b,
Cláudia Maria Valete-Rosalino ^a e Maria Inês Fernandes Pimentel ^a

^a Laboratório de Pesquisa Clínica e Vigilância em Leishmanioses, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Curso de Graduação em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil

Recebido em 25 de outubro de 2019; aceito em 8 de dezembro de 2019

Disponível na Internet em 20 de agosto de 2020

PALAVRAS-CHAVE

Infecções do sistema genital;
Leishmania braziliensis;
Leishmaniose cutânea;
Leishmaniose mucocutânea

Resumo As lesões genitais constituem apresentação incomum da leishmaniose tegumentar americana. Condições como leishmaniose cutânea disseminada e infecção por HIV podem estar associadas ao acometimento genital. Nosso objetivo é apresentar cinco casos de leishmaniose tegumentar americana com lesões genitais e discutir aspectos clínicos e epidemiológicos observados em nossa casuística.

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Leishmania* transmitidos pela picada de fêmeas infectadas de insetos flebotomíneos do gênero *Lutzomyia*.^{1,2} Clinicamente, a LTA é dividida em leishmaniose cutânea localizada, leishmaniose cutânea disseminada (LD), leishmaniose cutânea difusa e leishmaniose mucosa.^{1–3} A LD constitui até 2% dos casos de LTA e ocorre provavelmente devido à disseminação linfática ou hemática do parasito a partir do local da picada.¹ Essa forma clínica caracteriza-se pela presença de numerosas lesões cutâneas, dez ou mais, distribuídas em dois ou mais segmentos corporais não contíguos.³ As lesões cutâneas são polimórficas e compostas tipicamente por pápulas

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.12.010>

☆ Como citar este artigo: Lyra MR, Silva AB, Valete-Rosalino CM, Pimentel MIF. Clinical and epidemiological aspects of American cutaneous leishmaniasis with genital involvement. An Bras Dermatol. 2020;95:641–4.

☆☆ Trabalho realizado no Laboratório de Pesquisa Clínica e Vigilância em Leishmanioses, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: marcelolyradermato@hotmail.com (M.R. Lyra).

acneiformes, placas infiltradas ou ulceradas, lesões verrucosas e úlceras com fundo granuloso e bordas elevadas.^{1,3} Lesões verrucosas e vegetantes são raras.³ Sintomas sistêmicos como febre, mialgia, astenia e emagrecimento ocorrem em 50% a 75% dos casos e o acometimento de mucosas, com predomínio na mucosa nasal, é observado em até 53% dos casos de LD.^{3,4}

As lesões genitais constituem uma apresentação incomum da LTA e sugerem disseminação hemática nos pacientes com LD ou inoculação direta do parasito nos pacientes com lesões genitais isoladas que dormem nus ao ar livre ou fazem necessidades fisiológicas em áreas endêmicas de LTA sem instalações sanitárias.⁵⁻⁷ Pacientes portadores de HIV com LTA apresentaram LD e lesões genitais em 60% e 27% dos casos, respectivamente.⁸

Relato dos casos

Descrevemos na [tabela 1](#) cinco pacientes com LTA com lesões genitais atendidos entre 2007 e 2019, que perfazem toda a casuística de LTA com acometimento genital observada em

nossa instituição durante esse período. A média de idade de nossos pacientes foi de 43 anos. Entre aqueles com LD, observou-se um grande número de lesões cutâneas com uma média de 51 lesões. O tempo médio de evolução das lesões genitais até o diagnóstico foi de 5,6 meses. O diagnóstico foi confirmado pelo encontro dos parasitos em um ou mais dos seguintes exames: exame direto (*imprint* ou raspado), exame histopatológico, cultura e/ou reação em cadeia da polimerase (PCR) feitos a partir de biópsias das lesões cutâneas. Todos os pacientes apresentavam acometimento das mucosas das vias aéreas e digestivas superiores (VADS) e foram testados para HIV e sífilis com o intuito de descartar coinfeção. Quatro desses pacientes apresentavam LD e dois eram HIV positivos. A glândula foi a topografia mais acometida ([fig. 1](#)). Quatro pacientes apresentavam úlceras penianas indolores, exceto o paciente número três, que apresentou edema peniano e múltiplas lesões dolorosas no prepúcio, que impossibilitavam a exposição da glândula. Após o tratamento, a retração do prepúcio possibilitou a observação das lesões na glândula ([fig. 2](#)). O paciente número cinco ([fig. 3](#)) apresentou uma ulceração no corpo do pênis e outra na bolsa escrotal.

Tabela 1 Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com LTA com acometimento genital

Paciente	1	2	3	4	5
Idade em anos	41	47	65	43	27
HIV	–	–	–	+	+
VDRL	–	–	–	–	–
Número de lesões cutâneas	54	44	55	3	52
Presença de lesões mucosas em VADS	Cavidade nasal, orofaringe	Cavidade nasal, nasofaringe	Cavidade nasal, orofaringe e laringe	Orofaringe, nasofaringe e laringe	Cavidade oral
Tempo de evolução até o diagnóstico	3 meses	4 meses	6 meses	6 meses	9 meses
Residência (Município)	Rio de Janeiro	Saquarema	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Tratamento	Antimoniato de meglumina	Antimoniato de meglumina	Anfotericina B lipossomal	Anfotericina B lipossomal	Antimoniato de meglumina

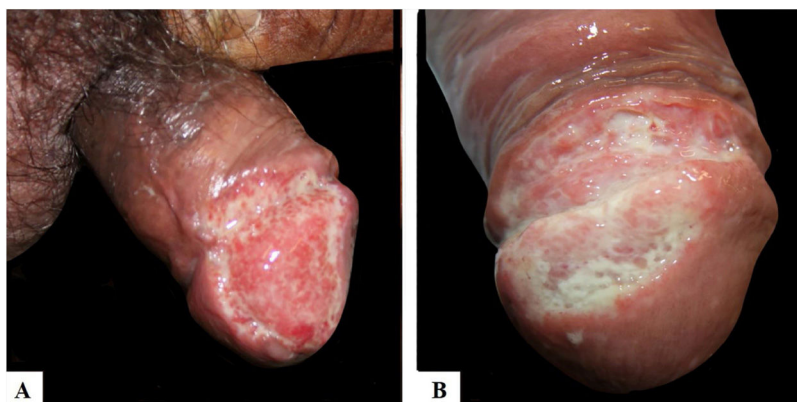


Figura 1 Presença de ulceração indolor na glândula e sulco balanoprepucial dos pacientes número dois (A) e quatro (B).

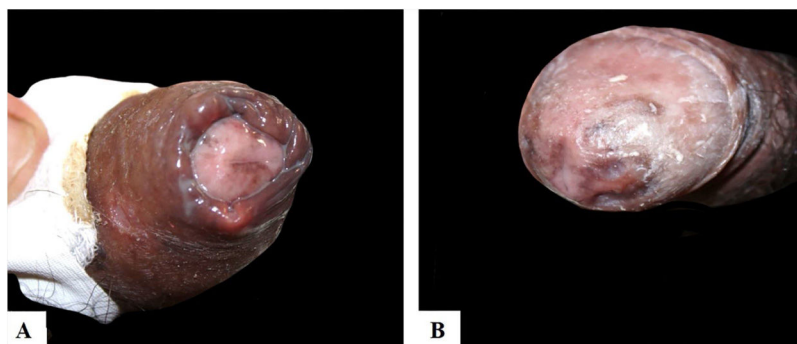


Figura 2 (A) Paciente número três com múltiplas úlceras dolorosas distribuídas no prepúcio e corpo do pênis; (B) presença de cicatrizes hipercrômicas na glândula após tratamento.

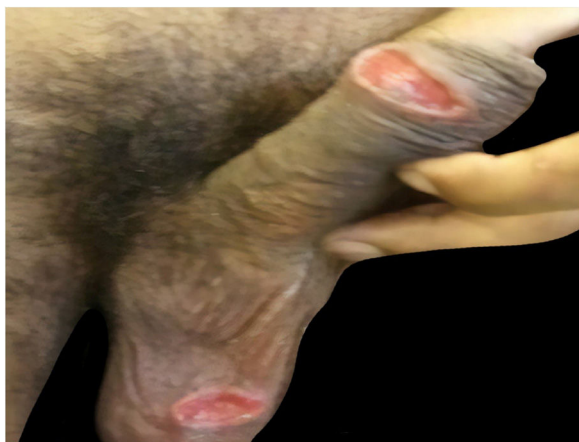


Figura 3 Paciente número cinco com lesões ulceradas indolores na bolsa escrotal e corpo do pênis.

Discussão

Embora as doenças sexualmente transmissíveis sejam as principais causas de úlceras penianas, outras condições, como eritema pigmentar fixo, dermatoses bolhosas autoimunes, psoríase, doença de Behçet, síndrome de Reiter, pioderma gangrenoso, líquen plano e carcinoma espinocelular também podem causar úlceras genitais.⁹ As lesões da LTA estão localizadas geralmente em áreas expostas do corpo e o acometimento genital é raramente observado.⁵⁻¹⁰ As lesões penianas na LTA são usualmente descritas por úlceras indolores com bordas elevadas e evolução insidiosa, porém ulceração necrótica extensa e placas ceratóticas já foram relatadas.^{5-8,10} Apesar do pequeno número de pacientes em nossa casuística, observamos que os seguintes fatores podem estar associados ao acometimento genital: lesões mucosas em VADS (100%), LD (80%), especialmente nos casos com grande número de lesões cutâneas, e infecção por HIV (40%). O agente etiológico mais provável de nossa casuística foi *Leishmania (Viannia) braziliensis*, pois todos os pacientes eram habitantes do estado do Rio de Janeiro sem história de viagem recente.¹

A LTA deve ser considerada no diagnóstico diferencial de lesões genitais crônicas em pacientes residentes ou viajantes provenientes de áreas endêmicas, principalmente quando associadas a lesões mucosas em VADS e lesões

cutâneas múltiplas e polimórficas. Além disso, a presença de lesões genitais pode auxiliar no diagnóstico diferencial de doenças granulomatosas com apresentação clínica similar como a paracoccidioidomicose, histoplasmose e esporotricose disseminada.

Considerações finais

O acometimento genital na LTA ocorre provavelmente por disseminação hemática em pacientes com LD. Portanto, devemos considerar a LTA em pacientes provenientes de áreas endêmicas com úlceras genitais, especialmente na presença de lesões mucosas em VADS e lesões cutâneas múltiplas.

Suporte financeiro

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI).

Contribuição dos autores

Marcelo Rosandiski Lyra: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Alan Bittencourt da Silva: Elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Cláudia Maria Valet-Rosalino: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Maria Inês Fernandes Pimentel: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Agradecimentos

À contribuição dos médicos Andréa d'Ávila Freitas, Marcelo Luiz Carvalho Gonçalves e Mayara Secco Torres da Silva.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. Anversa L, Tiburcio MGS, Rochini-Pereira VB, Ramirez LE. Human leishmaniasis in Brazil: A general review. *Rev Assoc Med Bras.* 2018;64:281–9.
3. Machado GU, Prates FV, Machado PRL. Disseminated leishmaniasis: clinical, pathogenic, and therapeutic aspects. *An Bras Dermatol.* 2019;94:9–16.
4. Rosa MEA, Machado PRL. Disseminated leishmaniasis: clinical, immunological, and therapeutic aspects. *Drug Dev Res.* 2011;72:437–41.
5. Cabello I, Caraballo A, Millán Y. Leishmaniasis in the genital area. *Rev Inst Med Trop São Paulo.* 2002;44:105–7.
6. Schubach A, Cuzzi-Maya T, Gonçalves-Costa CS, Pirmez C, Oliveira-Neto MP. Leishmaniasis of glans penis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 1998;10:226–8.
7. Osório RC, Barbosa D, Martins M, Leal R, Nascimento D, Fernandes E, et al. Tegumentary leishmaniasis (TL) caused by *Leishmania Viannia braziliensis* in genital organs. *Gaz Med Bahia.* 2009;79 Suppl 3:91–4.
8. Lindoso JA, Barbosa RN, Posada-Vergara MP, Duarte MI, Oyafuso LK, Amato VS, et al. Unusual manifestations of tegumentary leishmaniasis in AIDS patients from the New World. *Br J Dermatol.* 2009;160:311–8.
9. Yesilova Y, Turan E, Sürücü HA, Kocarlan S, Tanrikulu O, Eroglu N. Ulcerative penile leishmaniasis in a child. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2014;80:247–9.
10. Gülüm M, Yeşilova Y, Savaş M, Çiftçi H, Yeni E, Zeyrek FY. A case of giant hyperkeratotic cutaneous leishmaniasis in the penis. *Türkiye Parazitolo Derg.* 2013;37:53–4.