

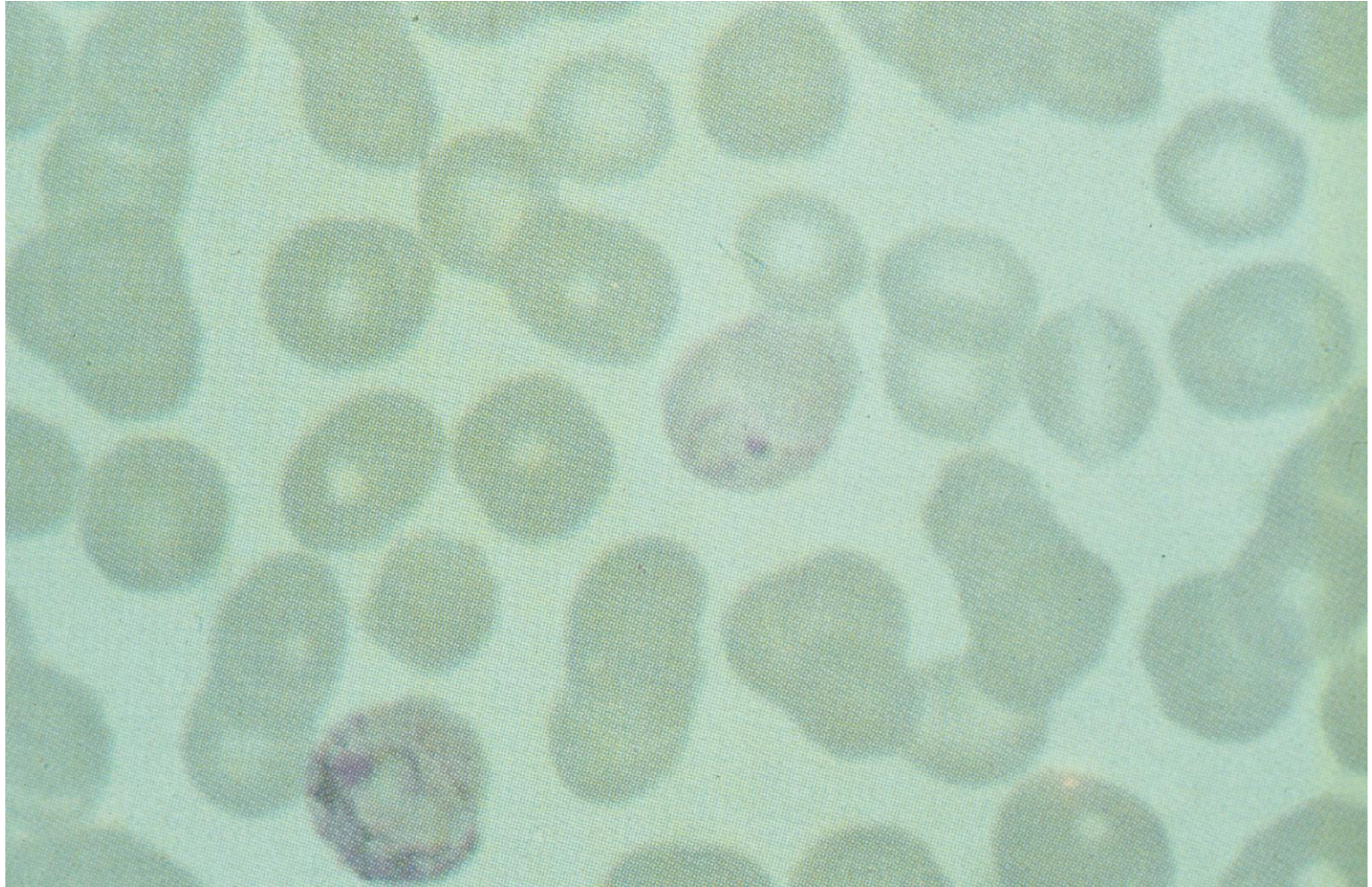
MALÁRIA

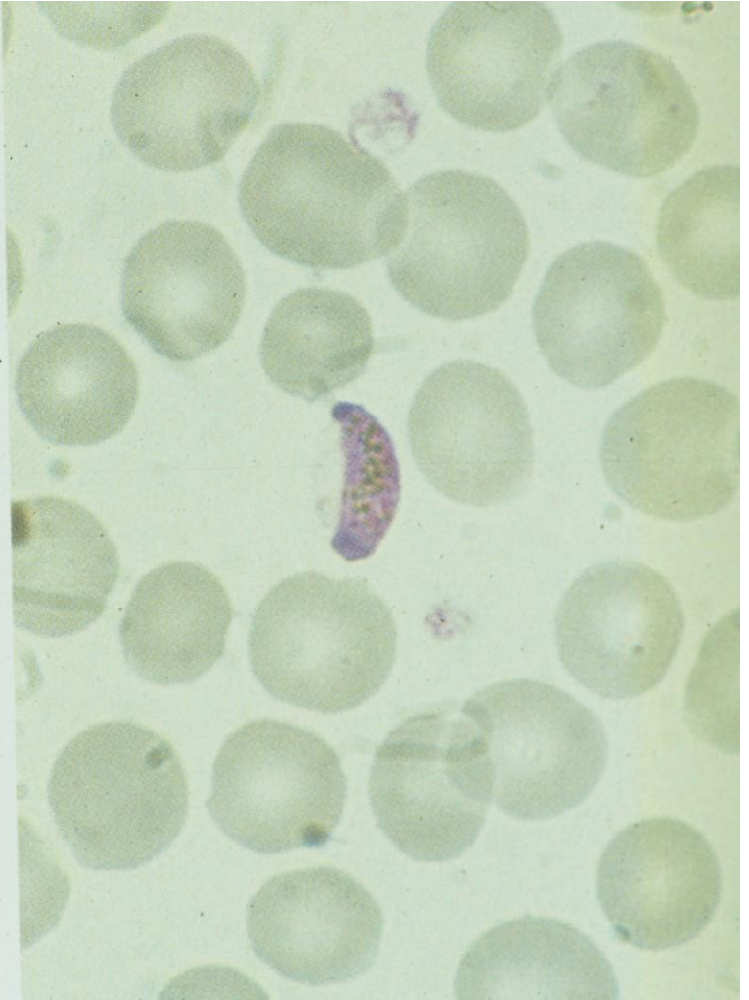
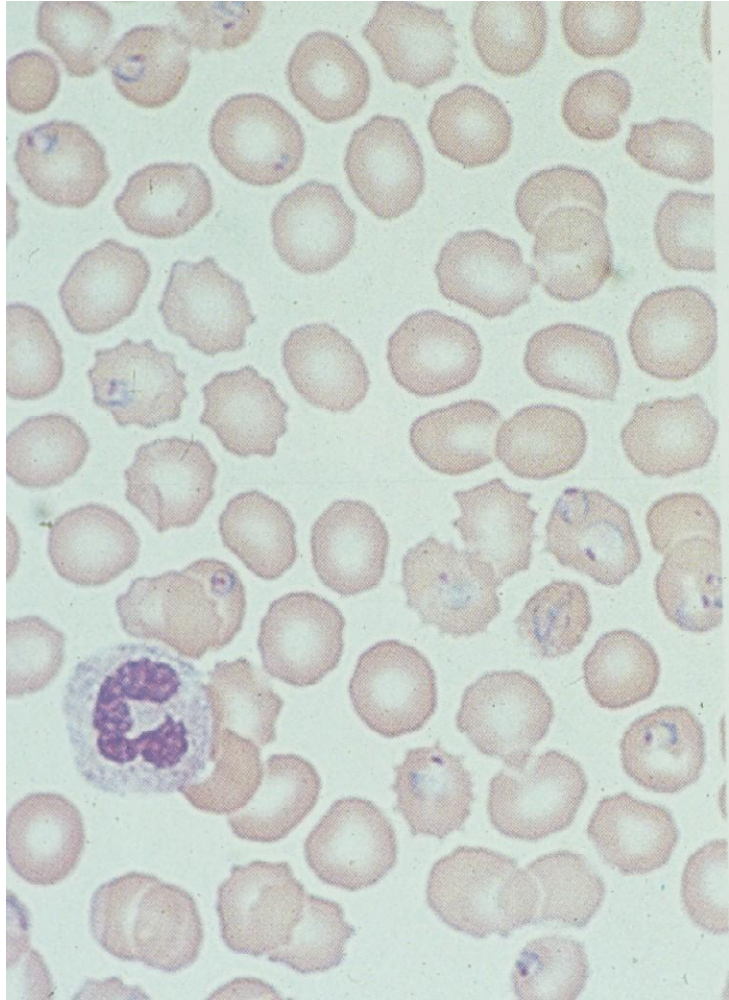
**Agentes etiológicos
(Protozoários)**

Plasmodium vivax
Plasmodium falciparum
Plasmodium malariae
Plasmodium ovale

**Vetores
(Insetos)**

Culicidae – gênero Anopheles
A. (Nyssorhincus) darlingi
A. (N) aquasalis





TRANSMISSÃO DA MALÁRIA

1) Endêmica - picada de inseto infectado

Incubação – 12-16 d (*vivax*); 8-12 d (*falciparum*)

Fatores exposição fortuita ou profissional



horário – clima - moradia

Infecção susceptibilidade individual

2) Sanguínea – transfusão de hemoderivados

usuários de drogas ilícitas

3) Congênita

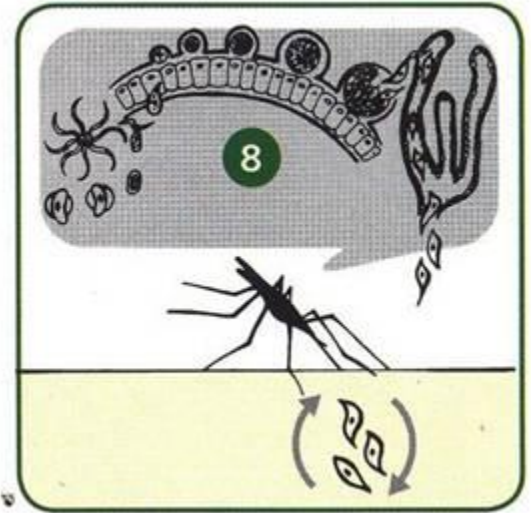
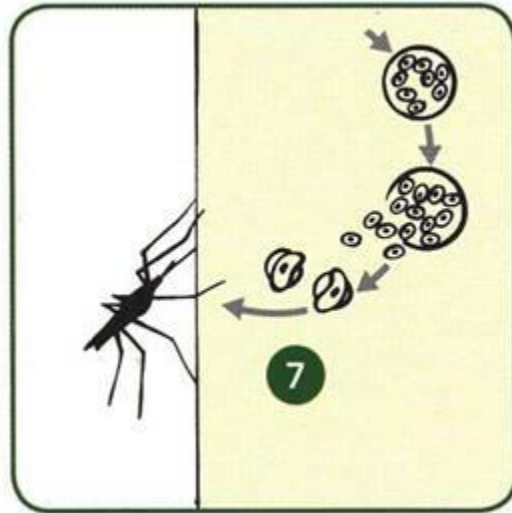
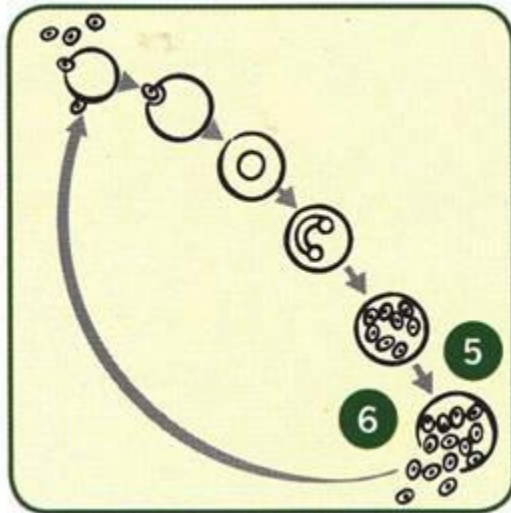
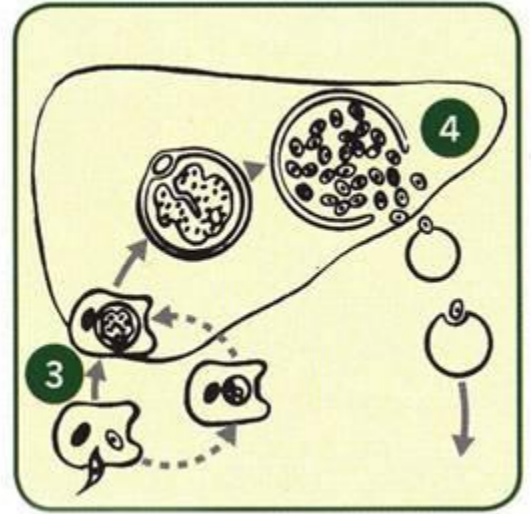
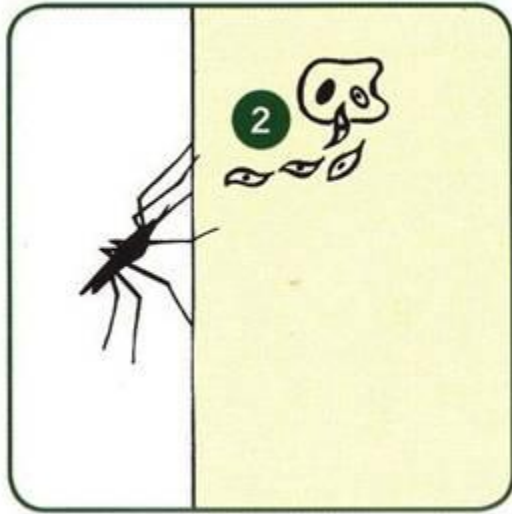
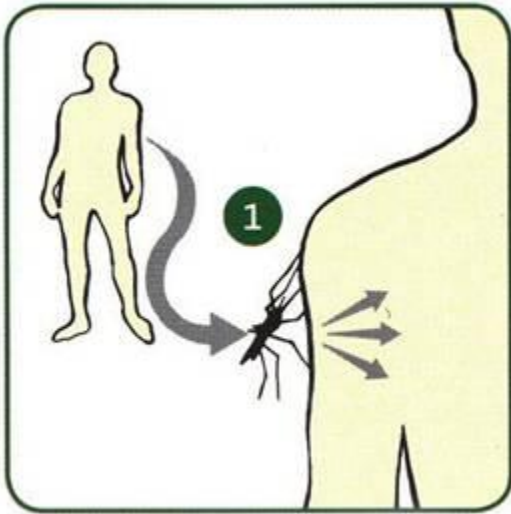
CICLO BIOLÓGICO E PATOGENICIDADE

P. vivax

- 10.000 merozoítas/ esquizonte
- ciclo a cada 48 h
- parasita apenas reticulócitos
- esquizogonia no sangue periférico
- ciclo hepatocitário permanente

P. falciparum

- 40.000 merozoítas/ esquizonte
- ciclo a cada 36 - 48 h
- parasita qualquer hemácia
- esquizogonia em capilares teciduais
- ciclo hepatocitário breve



FISIOPATOLOGIA DA MALÁRIA

Parasita

Ruptura de hemácias parasitadas
Liberação de antígenos e de hemozoína
Menor elasticidade dos eritrócitos
Maior adesividade dos eritrócitos
(Knobs → trombospondina)
Seqüestro em capilares teciduais

Inflamação

Ativação de fagócitos
Liberação de citocinas
Alteração de endotélio

Proteção

Imunidade

humoral
celular

Hospedeiro

Lesão

Formação de microtrombos → anoxia → necrose
↑ Permeabilidade vascular → edema

MALÁRIA – *P. vivax*

Sintomas e Sinais

- Febre – Calafrios - Cefaléia
- Mialgia – Palidez - Icterícia
- Náuseas – Vômitos - Diarréia
- Hepato - esplenomegalia

Complicação: Ruptura de baço

Malária crônica – Acessos espaçados e periódicos

– Esplenomegalia e anemia

Malária recidivante – Acessos malárico após

tratamento (persistência do parasita)

Acesso (crise) malárico

Calafrios intensos



Febre (4 - 8 h)



Sudorese - Prostração

MALÁRIA – *P. falciparum*

Sintomas e Sinais

- Febre – Calafrios - Sudorese
- Cefaléia – Vômitos - Diarréia
- Palidez – Icterícia
- Hepato - esplenomegalia

Acesso malárico

- Calafrios – Febre - Sudorese

Malária recidivante – parasitemia subclínica
após tratamento

Maior gravidade – primeira infecção/ forasteiros

Complicações

- Malária cerebral →
Desorientação – Torpor – Coma
S. focais – HIC – Meningismo
- Insuf. Renal aguda
- Edema pulmonar
- Necrose hepática
- CIVD – Hipoglicemia
- Choque circulatório

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Inespecífico

Anemia

Plaquetopenia

↑ bilirrubinas

↑ nitrogenados

Específico

Gota espessa (coloração Giemsa)

Esfregaço de sangue periférico

Detecção de antígeno circulante

(Imunoblot)

Pesquisa de anticorpos (ELISA – IFI)

TRATAMENTO DA MALÁRIA

Plasmodium vivax

- Cloroquina (25 mg/kg): 4 cp (d 0) – 3 cp (d 1) – 3 cp (d2)
(cp 150 mg)
- Primaquina (cp 15 mg): 1 cp/d – durante 14 dias

Plasmodium falciparum (opções)

- Artemeter (20 mg) + lumefantrina (120 mg) – VO
4 cp 2xx/d durante 3 dias (> 35kg)
- Mefloquina (cp 250 mg) – 4 cp (dose única) VO
- Quinino (15 – 30 mg/ kg/ d) + tetraciclina (2 g/ d), VO, ≥ 5 d
- Artesunato (fr 60 mg) – 1 mg/ kg (0-4-24-48 h), EV*
- Artemether, EV* - Cl. quinino, EV*

(*) Completar com tetraciclina ou clindamicina, 7 d, VO

- Associar primaquina (gametocida) – 3 cp, VO

LEISHMANIOSE VISCERAL

Calazar



Disciplina de Moléstias Infecciosas e Tropicais - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Leishmaniose → zoonose reemergente

Parasita { *Leishmania chagasi* - América ↔ *Phlebotomus*
Leishmania donovani – Índia
Leishmania infantum – Europa ↔ *Lutzomya*

Reservatórios: Cão - Raposa – Marsupiais
 doméstico silvestre

Transmissão ambiente rural- Peridomicílio

Horário preferencial: 17-23h

Transfusão de sangue- seringas

Placentária

Epidemiologia

Endemia mundial- 88 países

regiões tropicais e subtropicais

500 . 000 casos/ano → 90% :

Índia- Bangladesh- Brasil- Nepal- Sudão

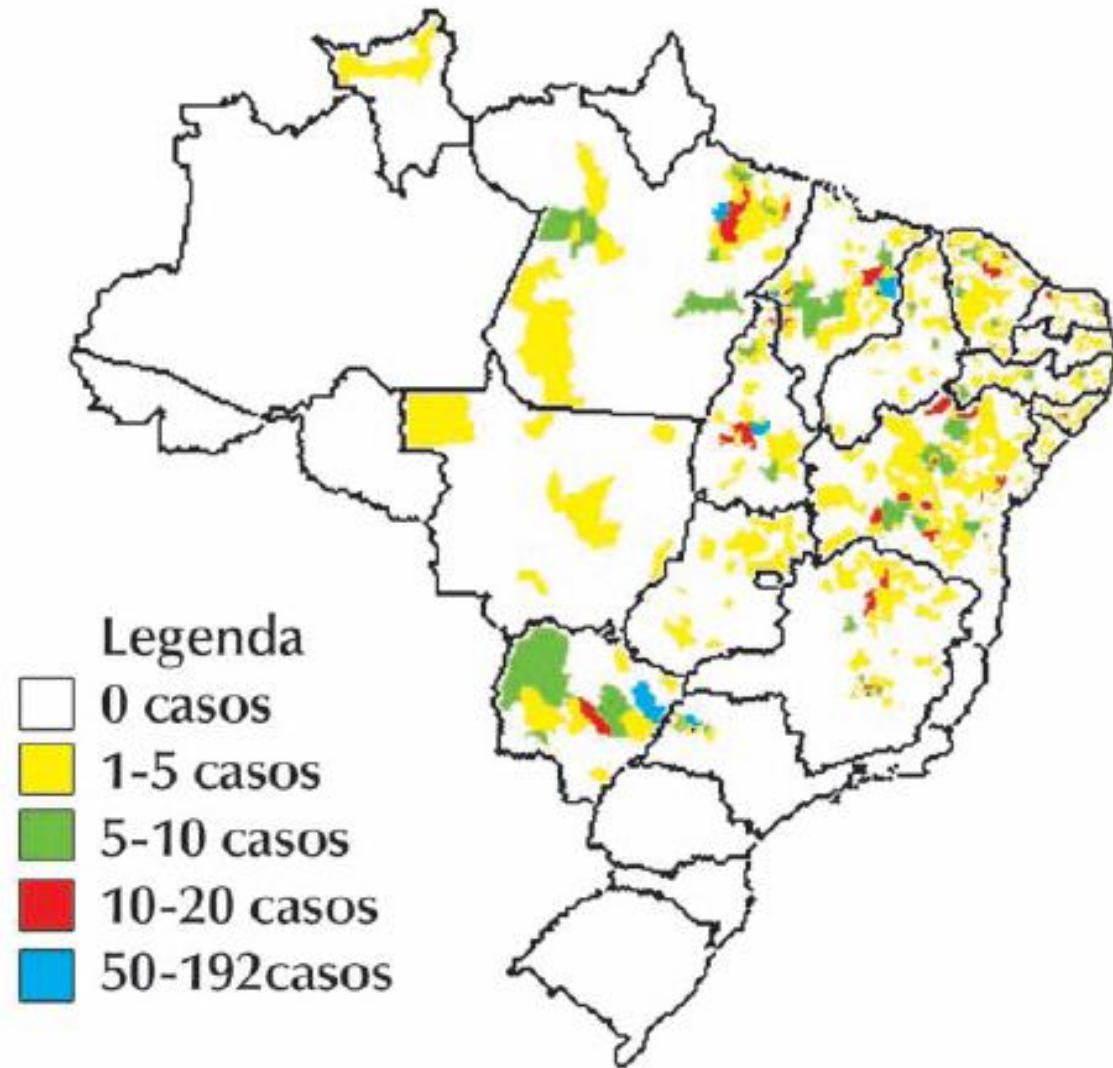
Brasil ~ 3000 casos/ano (67% no Nordeste)

> incidência – Ceará, Bahia, Piauí, Maranhão

zoonose rural endêmica → urbanização → surtos endêmicos em municípios do Norte, Nordeste, Centro Oeste e Sudeste, inclusive em Araçatuba-SP

Áreas endêmicas – 1 doente: 18 infectados

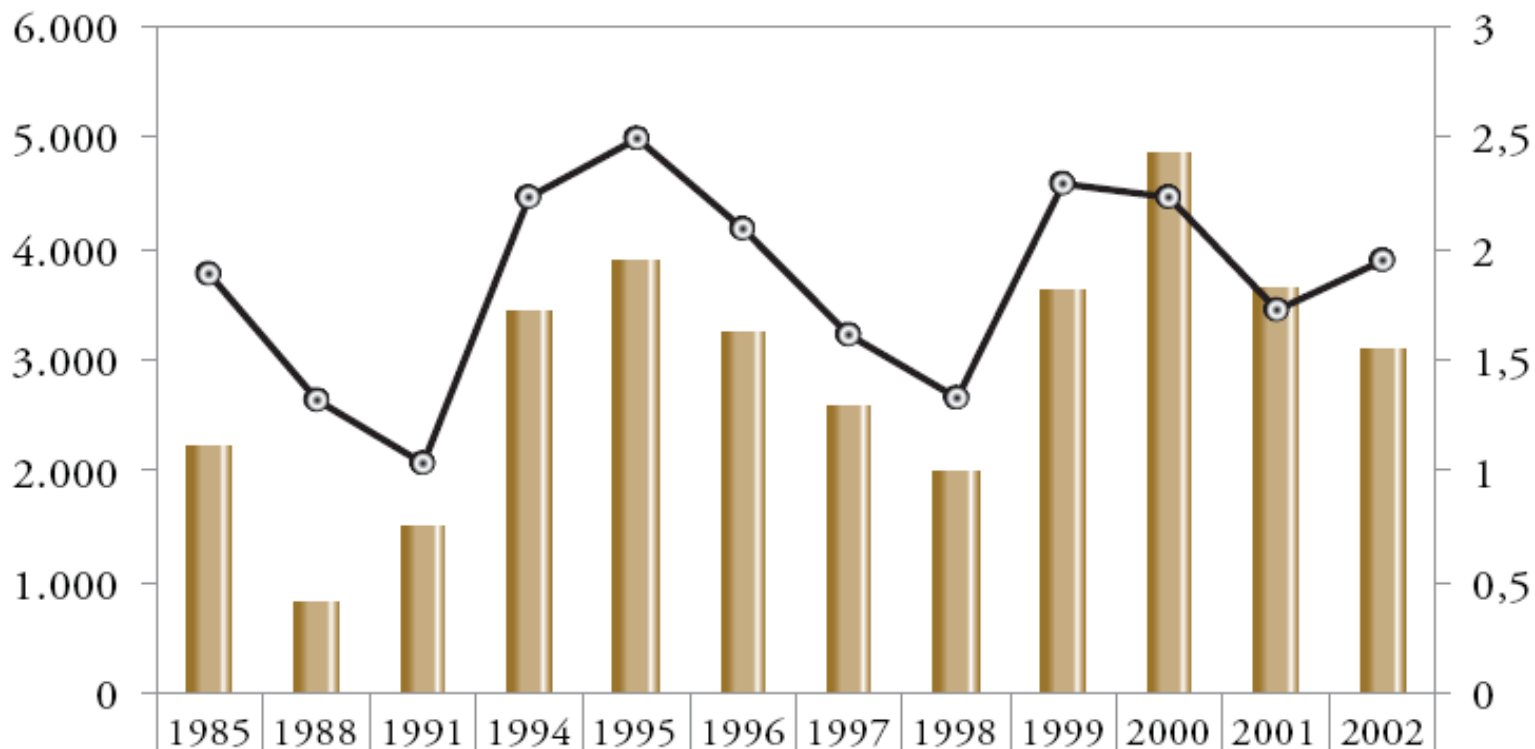
- 60% dos casos em crianças <4 anos
- Co-infecção Leishmania- HIV.



Fonte: SINAN- COVEV/ CGDT/DEVEP/SVS/MS

Distribuição de casos autóctones de Leishmaniose Visceral segundo município, Brasil 2002.

■ N° de Casos ● Incidência



	1985	1988	1991	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
■ N° de Casos	2.224	816	1.510	3.426	3.885	3.246	2.570	1.977	3.624	4.858	3.646	3.102
● Incidência	1,89	1,32	1,03	2,23	2,49	2,09	1,61	1,33	2,29	2,23	1,72	1,95

Fonte: COVEV/ CGDT/DEVEP/SVS/MS

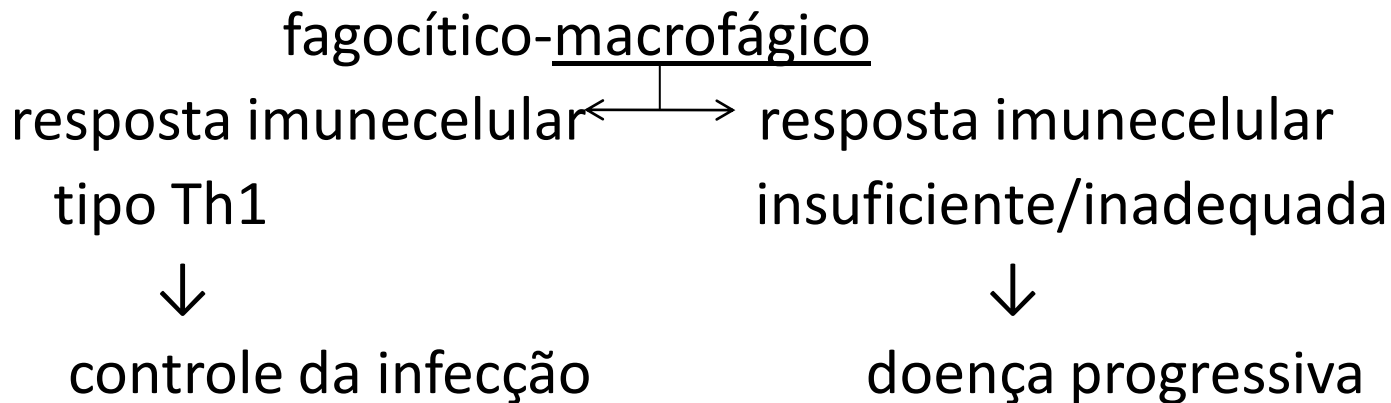
Número de casos e coeficiente de incidência de leishmaniose visceral, Brasil – 1985 a 2002

Ciclo Biológico

Amastigotas (homem) → Inseto → Promastigotas (tubo digestório → probóscida) → homem/animais → amastigotas (Derme → Disseminação)

Patogenia

- Parasitas obrigatórios de macrófagos
- Derme → fagocitose → multiplicação e disseminação no interior de macrófagos → órgãos do sistema



Quadro Clínico

- Infecção assintomática
- Forma subclínica
 - Febre, ↑ fígado e baço, ↓ crescimento
 - Reação de Montenegro positiva
 - Regressão espontânea
- Leishmaniose visceral (15% dos casos)
 - Período de incubação – 2 a 6 meses
 - Febre irregular → persistente
 - Hepato-esplenomegalia (↑ volume abdominal)
 - Micropoliadenopatia/Desnutrição/Diarréia/Puberdade retardada/Sangramentos/Infecções
 - Reação de Montenegro negativa
 - (casos mais graves → calazar)
 - Evolução para óbito



Diagnóstico

- Citológico/Parasitológico
 - Medula óssea
 - Sangue
- Pesquisa de anticorpos
 - RIFI-ELISA-Dot
- PCR
- Cultura

Tratamento

- Anfotericina B
 - lipossomal – 3mg/Kg/dia (1000 mg)
 - desoxicolato – 30mg/Kg/dia (700-1000mg)
- N-metil glucamina
 - 20mg/ Kg peso/ dia, 21-40d
- Pentamidina
- Alopurinol

Letalidade ~ 10%

