

A Prevenção da Elefantíase em Áreas Endêmicas de Bancroftose: Realidade ou Utopia?

Profa. Dra. Gerusa Dreyer¹ • Denise Mattos²



Divulgação



Profa. Dra. Gerusa Dreyer (à esq.) e Denise Mattos

INTRODUÇÃO

O conceito da fisiopatologia da filariose bancroftiana mudou consideravelmente ao longo dos últimos 15 anos, principalmente após o uso da ultra-sonografia, quando foi possível localizar de forma não-invasiva os vermes adultos vivos em seu hábitat natural, os vasos linfáticos e linfonodos.^(1,8) O reconhecimento de ser a doença multifatorial⁽¹¹⁾ e de que o seu substrato anatomopatológico é a linfangiectasia não obstrutiva^(13,17) permitiu que a evolução para as formas crônicas desfigurantes de linfedema pudesse ser adiada e até mesmo prevenida, se as complicações fossem evitadas.

UMA BREVE REVISÃO DAS FORMAS CLÍNICAS NA BANCROFTOSE

As manifestações clínicas podem ser derivadas tanto dos vermes adultos quanto das microfilárias da *Wuchereria bancrofti*. Enquanto os vermes adultos causam lesão, primariamente, no vaso linfático,⁽¹¹⁾ as microfilárias são as responsáveis

pela produção de manifestações extralinfáticas.⁽⁷⁾ Na dependência do sexo e da idade dos indivíduos infectados, os parasitos adultos têm sítios de localizações diferentes. Assim, na pré-puberdade, o local de predileção são os linfonodos mais periféricos.⁽¹²⁾ Nessa idade, os vermes adultos podem ser encontrados em qualquer cadeia de drenagem, desde a submandibular, as axilares e até as cadeias inguinais, e não causam linfedema crônico. Já na população adulta, masculina e feminina, esse estágio do parasito pode, apenas eventualmente, ser encontrado em linfonodos e isso ocorre em pessoas que ingressaram recentemente nas áreas endêmicas. Nos indivíduos do sexo feminino em idade pós-puberal, a localização mais freqüente dos vermes adultos é em linfáticos periféricos, que drenam os linfonodos crurais, inguinais, epitrocleanos e mamários, não parecendo haver predileção desses sítios entre si. Nos indivíduos do sexo masculino na idade pós-puberal, a grande maioria dos parasitos se localiza em linfáticos que drenam o conteúdo escrotal, promovendo o aparecimento de linfangiectasias clínicas ou apenas subclínicas.⁽¹⁷⁾ Essa predileção dos linfáticos que drenam o conteúdo intra-escrotal explica a ocorrência da forma clínica mais prevalente nessa população: a hidrocele testicular. Nos adultos, existe uma outra forma clínica crônica, a quilúria, comum aos dois sexos. O aspecto leitoso da urina é dado pelo rico conteúdo linfático de quilomícrons, resultantes da absorção de gordura intestinal, e pelo conseqüente refluxo para os vasos que drenam e que se rompem para dentro do sistema excretor do aparelho urinário. Assim, a localização do vaso linfático dilatado, roto ou íntegro, influencia no tipo de forma clínica que o paciente poderá desenvolver. Quando o vaso linfático em questão drena a pele,

1 - Médica, PhD, Professora Adjunta em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco até janeiro de 2005. Pesquisadora Titular do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife-PE, Brasil, até setembro de 2004 e Consultora da Organização Não-Governamental Amaury Coutinho para Doenças Tropicais.

2 - Assistente Social, Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência em Filariose (NEPAF), Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco até março de 2006; Assistente Social do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco e Consultora Social da Organização Não-Governamental Amaury Coutinho para Doenças Tropicais.

o paciente está sob o risco de desenvolver linfedema, pela possibilidade de estar mais suscetível a infecções bacterianas secundárias causadas pela disfunção linfática produzida pela linfangiectasia. Por outro lado, quando a linfangiectasia compromete linfáticos de drenagem de segmentos internos do corpo onde, normalmente, não existem bactérias, como ocorre com o conteúdo escrotal e com o trato urinário, a ruptura do vaso determina o aparecimento de síndromes de fistulização, como a quilúria e a quilocele. Diferentemente das manifestações crônicas descritas, a linfangite e a adenite filarial aguda decorrem da morte da filária adulta e não causam linfedema crônico.

O LINFEDEMA E A SUA PROGRESSÃO PARA A ELEFANTÍASE

Recentemente, foi definido que, na grande maioria dos pacientes que vivem em área endêmica, o que predispõe ao linfedema crônico de membros inferiores e sua evolução para a elefantíase é a recorrência dos episódios infecciosos agudos da pele causados por bactérias (semelhantes à erisipela) e não a reação inflamatória aguda e crônica decorrente da morte da filária adulta, quer espontaneamente, quer por ação de droga antifilarial.⁽¹⁰⁾ Vale salientar, novamente, que a linfangiectasia - determinada pela *W. bancrofti* - isoladamente não parece levar ao edema crônico. Para que este ocorra, é necessária a presença de co-fatores que, somados ao dano linfático induzido pelo parasito, estabelecem, em conjunto, as condições que levam ao linfedema e à progressão para a elefantíase. Em áreas endêmicas, o co-fator principal é o dano adicional da função linfática em consequência dos episódios agudos bacterianos de repetição. Compreendendo-se o processo dessa maneira, fica fácil entender que as medidas gerais que visam evitar esses episódios passam a ser a primeira linha na conduta clínica indicada para esses pacientes. Nas áreas endêmicas de filariose, onde as condições de higiene pessoal estão muito aquém das ideais, o mais importante é a implementação de um programa de educação visando à higiene

corporal, com ênfase em particular para o membro afetado, assim como a garantia da infra-estrutura mínima de bens comuns, como a disponibilidade de água limpa. É uma forma simples e potencialmente factível em programas de assistência primária, utilizando-se água e sabão comum.^(2,3) Trabalho recente evidenciou a importância das lesões interdigitais dos membros inferiores como principal porta de entrada para a infecção bacteriana, assim como a dificuldade do paciente em reconhecer tais lesões. Dessa maneira, a educação dos pacientes no reconhecimento dessas portas de entrada é de fundamental importância nas condutas a médio e longo prazos.⁽⁵⁾ Vale ressaltar a importância, também, dos cuidados de higiene no membro contralateral, mesmo que este não esteja afetado, para evitar as portas de entrada e conseqüentemente o primeiro episódio agudo bacteriano. Também o tratamento tópico das lesões com cremes antibióticos e/ou antifúngicos pode ser necessário, principalmente em pacientes com doença mais avançada. Da mesma forma, deve-se chamar a atenção para a importância das medidas que visam ao melhoramento do retorno linfático e venoso, como a fisioterapia ativa e a drenagem postural (noturna e diurna). Individualmente, como recomendação adicional, pode-se fazer uso de medidas compressivas, sempre com o acompanhamento do fisioterapeuta e o monitoramento do médico assistente. Condições como a síndrome pós-trombótica, que leva a dano linfático e posterior linfedema, e o lipolinfedema, são diagnósticos diferenciais com o linfedema que surge como uma complicação da bancroftose. O uso de antibiótico profilático de depósito a cada três semanas, como a penicilina benzatina, está indicado nos casos mais severos e deve-se estender por um período a ser avaliado pelo médico assistente, dependendo do número de episódios agudos no ano anterior e das co-morbidades associadas, como o diabetes.

Os episódios bacterianos agudos em área endêmica de filariose - denominados de dermatolinfangioadenite aguda ou DLAA^(10,18) - são tratados com o emprego de repouso, da elevação do membro afetado e de antibioticoterapia sistêmica (oral ou parenteral,

dependendo da severidade do quadro clínico). O antibiótico deve ser mantido por sete a dez dias nos casos não complicados. A essas medidas se adiciona o uso local de compressas úmidas frias, que devem ser usadas de forma continuada, até o desaparecimento da dor e que são de fundamental importância, também, para evitar dano linfático adicional. Em muitas situações, o tratamento de resfriamento com essas compressas pode evitar o aparecimento de bolhas que pioram, sobretudo, o prognóstico dos pacientes. Quanto mais cedo se iniciar o antibiótico sistêmico, menores serão a duração do episódio agudo e a lesão linfática adicional. A penicilina é o antibiótico de escolha se o paciente não for alérgico. Os anti-inflamatórios não devem fazer parte do tratamento por sua ineficiência nesses casos. Tão logo tenha condições para fazê-los, o paciente deve retomar os cuidados de higiene e o tratamento das portas de entrada. Para facilitar o manejo clínico do paciente nas fases agudas e crônicas,⁽⁶⁾ o linfedema de membros inferiores foi agrupado em sete estágios, de acordo com a necessidade do uso de anti-sépticos, de tratamento medicamentoso curativo e preventivo e de cirurgia cosmética.⁽⁴⁾ Essa classificação tem a vantagem de usar um único parâmetro objetivo e, por isso, pode ser facilmente reprodutiva entre os mais diversos profissionais de saúde.⁽¹⁶⁾ O mecanismo fisiopatológico que se aplica para o linfedema dos membros inferiores é o mesmo para o linfedema da genitália externa masculina. Assim, o estabelecimento do linfedema crônico do pênis e da bolsa escrotal é determinado pelos episódios repetitivos de infecção bacteriana da pele dessa região, e o tratamento é similar ao descrito anteriormente para os membros inferiores.

SERÁ POSSÍVEL EVITAR A ELEFANTÍASE EM ÁREAS ENDÊMICAS DE FILARIOSE BANCROFTIANA?

Uma vez gerado, o conhecimento científico fica teoricamente disponível para os governantes e para as comunidades-alvo. Porém, os resultados, que são reconhecidos pela comunidade científica como um

sucesso, só terão o seu julgamento final se puderem ser reproduzidos na realidade das comunidades-alvo e se, efetivamente, melhorarem a qualidade de vida da população. Assim, deveria existir sempre um “vínculo” entre o conhecimento científico e a realidade social da população-alvo, tornando-os indissociáveis. Para ajudar na prevenção da elefantíase, no sentido de fortalecer esse vínculo entre a ciência e a realidade, já foram testadas ações inovadoras, como, por exemplo, o “Clube da Esperança”.^(2,9)

No entanto, como a bancroftose atinge 83 países,⁽²²⁾ com características culturais próprias e índices de desenvolvimento humano (IDH) desiguais, será preciso sempre questionar se, por exemplo, no continente africano, Serra Leoa (IDH de 0,298) teria a mesma possibilidade da República de Maurício (IDH de 0,791) de efetivamente garantir a implementação de programas para traduzir em realidade o que a ciência está legando; ou se o aparato estatal do Brasil (IDH 0,792) estaria disposto a acoplar às práticas o direito constitucional de ser a saúde garantida por políticas sociais e econômicas, contemplando a prevenção da elefantíase. Se a resposta for afirmativa, estará criada a rede que vai sintonizar o Estado com os programas oficiais e/ou institucionais capazes de produzir o impacto social desejado. A assertiva conduz à certeza de que é imperativo centrar a avaliação do mérito científico das pesquisas nas respostas que vão tornar realidade a melhoria da qualidade de vida das populações. Essa é uma iniciativa que, politicamente, não pode mais ser postergada.

COMENTÁRIOS FINAIS

A incapacidade gerada pelo linfedema⁽²⁰⁾ produz uma carga de perdas nem sempre percebidas e difíceis de serem quantificadas, que são os sofrimentos físico, emocional e segregacional que a doença impõe, especialmente na sua forma mais avançada – a elefantíase.⁽¹⁵⁾ Assim, mesmo trazendo esperanças para os casos ainda assintomáticos ou aqueles na fase precoce da doença linfática, deve-se garantir a assistência holística aos casos já elefantíasicos,⁽¹⁴⁾ trazendo para a mesa de

discussão não apenas a responsabilidade do Estado quanto à assistência mais ampla, mas também a revisão do olhar da Previdência Social para a questão da incapacidade para o trabalho e para as atividades de vida diária. Essa é uma questão que não pode ser relegada, pois a elefantíase está envolta numa realidade que aumenta a carência e a vulnerabilidade sociais, tornando-as negativamente impactantes para o exercício de uma vida independente. O resultado dessa dependência é, obviamente, o maior imobilismo social dessas populações portadoras de complicações da doença filarial bancroftiana e uma conseqüente piora na qualidade de vida. O paciente não mais consegue assegurar o respeito a padrões de dignidade, apesar de todos os avanços científicos já alcançados. O momento atual é único, principalmente para os portadores de elefantíase, a partir do Programa de Eliminação da Filariose como problema de saúde pública deflagrado/oficializado pela Organização Mundial da Saúde,⁽²¹⁾ que tem como base a interrupção da transmissão e a assistência aos portadores de doença clínica.⁽¹⁹⁾ Os autores acreditam que os países endêmicos, em especial o Brasil, saberão ousar, com eficiência e eficácia, compactuando a vontade e a coragem de modificar o que precisa ser modificado. Essa modificação dará às comunidades hoje endêmicas o direito de ter a ação pública voltada para a gênese da bancroftose, um agravo social e político provocado pela ausência do saneamento básico, que gera os perenes criadouros para o mosquito transmissor – o *Culex quinquefasciatus*.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio financeiro e logístico da Organização Não-Governamental Amaury Coutinho para Doenças Endêmicas e Tropicais na confecção do manuscrito e a Dra. Patrícia Dreyer, pelas sugestões valiosas no manuscrito original. ♦

REFERÊNCIAS

1. Amaral F, Dreyer G, Figueredo-Silva J et al. Live adult worms detected by ultrasonography in human bancroftian filariasis. *Am J Trop Med Hyg* 1994; 50, 753-7.
2. Dreyer G, Addiss D. Hope clubs: new strategy for

- lymphatic filariasis endemic areas. *Trans R Soc Trop Med Hyg / Bull Trop Med Int Hlth* 2000; 8, 8.
3. Dreyer G, Addiss D, Aguiar AM et al. New hope: for people with lymphedema. Atlanta: CDC; 1999.
4. Dreyer G, Addiss D, Dreyer P, Norões J. Basic lymphoedema management: treatment and prevention of problems associated with lymphatic filariasis. Hollis, NH: Hollis Publishing Co., 2002.
5. Dreyer G, Addiss D, Gadelha P, Lapa E, Williamson J, Dreyer A. Interdigital skin lesions of the lower limbs among patients with lymphoedema in an area endemic for bancroftian filariasis. *Trop Med Int Hlth* 2006; 11, 1475-81.
6. Dreyer G, Dreyer P. Bases para o tratamento da morbidade em áreas endêmicas de filariose. *Rev Soc Bras Med Trop* 2000; 33, 217-21.
7. Dreyer G, Dreyer P, Piessens W. Extralymphatic disease due to bancroftian filariasis. *Braz J Med Biol Res* 1999; 32, 1467-72.
8. Dreyer G, Figueredo-Silva J, Carvalho K, Amaral F, Ottesen EA. Lymphatic filariasis in children: adenopathy and its evolution in two young girls. *Am J Trop Med Hyg* 2001; 65, 204-7.
9. Dreyer G, Norões J, Mattos D. Terapia complementar em área endêmica de filariose bancroftiana, pelos Clubes da Esperança. *Rev Soc Bras Med Trop* 2006; 39, 365-9.
10. Dreyer G, Medeiros Z, Netto MJ, Leal NC, De Castro LG, Piessens WF. Acute attacks in the extremities of persons living in an area endemic for bancroftian filariasis: differentiation of two syndromes. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1999; 93, 413-7.
11. Dreyer G, Norões J, Figueredo-Silva J, Piessens WF. Pathogenesis of lymphatic disease in bancroftian filariasis: a clinical perspective. *Parasitol Today* 2000; 16, 544-8.
12. Figueredo-Silva J, Dreyer G. Bancroftian filariasis in children and adolescents: clinical-pathological observations in 22 cases from an endemic area. *Ann Trop Med Parasitol* 2005; 99, 759-69.
13. Figueredo-Silva J, Norões J, Cedeno A, Dreyer G. Histopathology of bancroftian filariasis revisited: the role of the adult worm in the lymphatic vessel disease. *Ann Trop Med Parasitol* 2002; 96, 531-41.
14. Mattos D, Dreyer G. A filariose bancroftiana: uma perspectiva psicossocial e política para os profissionais da saúde. *Rev Panam Infectol* 2006; 8, 35-9.
15. Mattos D, Dreyer G. Elefantíase em área de filariose bancroftiana: o lado humano da doença. *Rev Patol Trop* 2006; 35, 117-24.
16. McPherson T, Fay MP, Singh S, Penzer R, Hay R. Health workers' agreement in clinical description of filarial lymphedema. *Am J Trop Med Hyg* 2006; 74, 500-4.
17. Norões J, Addiss D, Santos A, Medeiros Z, Coutinho A, Dreyer G. Ultrasonographic evidence of abnormal lymphatic vessels in young men with adult *Wuchereria bancrofti* infection in the scrotal area. *J Urol* 1996; 156, 409-12.
18. Olszewski WL. Episodic dermatolymphangioadenitis (DLA) in patients with lymphedema of the lower extremities before and after administration of benzathine penicillin: a preliminary study. *Lymphology* 1996; 29, 126-31.
19. Seim AR, Dreyer G, Addiss D. Controlling morbidity and interrupting transmission: twin pillars of lymphatic filariasis elimination. *Rev Soc Bras Med Trop* 1999; 32, 325-8.
20. World Health Organization. Bridging the Gaps. World Health Report, Geneva: World Health Organization; 1995.
21. World Health Organization. Fiftieth World Health Assembly, Geneva, 5-14 May 1997: resolutions and decisions; annexes. Geneva: World Health Organization; 1997 (WHA50/1997/REC/1).
22. World Health Organization. Global programme to eliminate lymphatic filariasis. *Wkly Epidemiol Rec* 2005; 23, 202-12.

Endereço para correspondência:

Organização Não-Governamental Amaury Coutinho para Doenças Endêmicas e Tropicais. R. Conselheiro Portela, 665 - sala 120 - Graças - CEP 52020-030 - Recife - PE.