

PERFIL DAS DOENÇAS TROPICAIS EM PORTUGAL

FERNANDO A. A. N. VENTURA

Unidade de Doenças Infecciosas, Parasitárias e de Medicina Tropical (UDIP-MT), Hospital de Egas Moniz (HEM).
Instituto de Higiene e de Medicina Tropical de Lisboa (IHMT). Lisboa.

RESUMO

Correlaciona-se o aumento da incidência das Doenças Tropicais de importação em Portugal com a melhoria das condições económicas, a sociedade mediática em que actualmente estamos inseridos, a conseqüente expansão do Turismo e ainda com os movimentos de imigração e emigração decorrentes da estreita ligação entre Portugal e África. Descreve-se seguidamente a casuística de doentes com Doenças Tropicais internados na Unidade de Doenças Infecciosas, Parasitárias e de Medicina Tropical (UDIP-MT), com quadros clínicos de diarreias parasitárias, protozooses ou helmintíases, salientando os casos de Malária (tendo sido internados 155 doentes com Malária no período de 1989 a 1993) e Tripanossomose Humana Africana (D. do sono), onde fomos pioneiros na utilização da Eflornitina (DFMO). Finalmente, avalia-se o impacto da epidemia causada pelo VIH na incidência e nas diferentes formas de apresentação clínica de doenças parasitárias e outra Patologia Tropical.

SUMMARY

Imported Tropical Diseases in Portugal

The increased incidence of Imported Tropical Diseases in Portugal is correlated to a recent higher standard of living, influence of *media* and a consequent expansion of tourism, and above all to the close relationship existing between Portugal and Africa. The number and pathology (parasitic diarrhoeas, protozoal and helminthic infections) of in-patients with Tropical Diseases at the Unidade de Doenças Infecciosas, Parasitárias e de Medicina Tropical (UDIP-MT) were described, with special emphasis on Malaria (155 in-patients during the period from 1989 to 1993) and on Sleeping Sickness, where Eflornitin (DFMO) was for the first time used in Portugal. Finally, the impact of HIV epidemic on incidence and different clinical presentations of parasitic and other tropical pathology was also evaluated.

Englobando-se Portugal na Europa e não estando portanto localizado numa região endémica de Doenças Tropicais, o perfil das Doenças Tropicais em Portugal tem necessariamente de se referir às doenças de importação. Nos últimos anos assistimos a um grande aumento deste tipo de patologia, aumento esse, que se relaciona com vários factores.

Se, por um lado, a melhoria de condições económicas aliada a um mais alto nível de educação, permitiu a uma maior percentagem de portugueses, viajar mais frequentemente e para destinos mais longínquos e exóticos, por outro lado, tal facto só foi possível, devido ao grande incremento que a tecnologia dos transportes sofreu nas últimas décadas. A grande expansão que o turismo teve recentemente, deve-se também ao facto da maior facilidade com que os *media* nos permitem o acesso à infor-

mação sobre culturas mais distantes, e por outro lado à estimulação que tal informação provoca na ansia de aumentar o conhecimento por essas mesmas culturas e por experiências e aventuras que ajudam a quebrar a monotonia da vida quotidiana.

Como podemos observar na Figura 1 (Bherens RH & McAdam KPWJ, 1993), o Turismo Internacional aumentou de 26 milhões em 1949 para 429 milhões de indivíduos, em 1990. No mesmo período de tempo o número de passageiros aéreos aumentou também exponencialmente de 31 milhões para cerca de 1.200 milhões de indivíduos.

Outros factores que contribuem para o aparecimento de doenças de importação em Portugal, são sem dúvida alguma, os movimentos de imigração e emigração. A grande ligação que Portugal sempre teve e mantém com

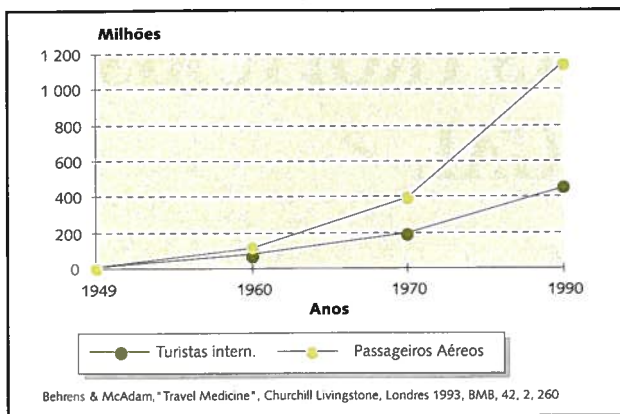


Fig. 1 – Aumento das Viagens Internacionais

África contribuiu e contribui para que esse movimento se mantenham. A imigração de trabalhadores dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) para Portugal, e os sistemas de Cooperação existentes, permitindo uma ajuda médica a esses países, quer pela evacuação de doentes com situações graves para as quais ainda não existem recursos nesses países, quer através de missões médicas de cooperação, são duas das fontes que contribuem para a afluência de portadores de Doenças de Importação a Portugal. A emigração de trabalhadores portugueses para países de zonas endémicas de doenças tropicais, donde por vezes retornam, por períodos mais ou menos prolongados permite também um aumento de incidência deste tipo de patologia.

Assim se por um lado houve um aumento deste intercâmbio populacional e cultural, numa busca constante de maior qualidade de vida e de conhecimento de novas culturas e experiências, também o médico é simultaneamente confrontado com a necessidade de novos conhecimentos e experiências de forma a lidar com estas novas patologias, com as quais não está geralmente familiarizado.

Se por um lado esta situação desencadeia a necessidade de actualização médica, também origina encargos pesados para o orçamento da Saúde. Num estudo efectuado no Reino Unido (Reid D, et al., 1992), verificou-se que de 3050 viajantes, cerca de 1% recorriam ao Hospital e eram internados após o retorno da viagem, enquanto que 14% necessitavam de alguma forma de cuidados médicos, geralmente relacionados com consultas especializadas de ambulatório. Em 1986, foram gastos no Reino Unido, cerca de 11 milhões de libras (20 milhões de US\$), o equivalente a 3 milhões e 200 mil contos, só com as doenças de importação (Reid D, et al., 1992). Seria interessante efectuar a estatística dos gastos actuais em Portugal com este tipo de patologia, inferindo daí qual a melhor estratégia para um controlo mais racional e eficaz desta situação.

Como é conhecido, as diarreias são a patologia mais frequente em zona tropical (*Quadro 1*), sendo também responsáveis por uma alta morbilidade e mortalidade, sobretudo nos grupos etários mais jovens. No entanto, a sua importância como doenças de importação é diminuta.

Não nos deteremos sobre os vírus, situações que pelo seu curto período de incubação e resolução clínica não são na maior parte das vezes, componentes importantes

de patologia de importação. Patologias devidas à *E. coli*, *Salmonelas spp.*, *Shigelas spp.*, ou *Helicobacter spp.*, não podem também ser consideradas verdadeiras patologias de importação, dado serem endémicas em Portugal.

Quadro 1 – Agentes etiológicos mais frequentes das diarreias dos viajantes.

Agentes Etiológicos das Diarreias dos Viajantes

Virus	
<i>Echerichia coli</i>	
<i>Salmonella spp.</i>	
<i>Shigella spp.</i>	
<i>Helicobacter spp.</i>	
<i>Vibrio colera</i>	
Parasitas	<i>Giardia lamblia</i>
	<i>Entamoeba histolítica</i>
	<i>Cryptosporidium spp.</i>
	Outros parasitas intestinais

Quando ao vibrião colérico, não constitui geralmente patologia importante de importação, devido ao combate instituído precocemente em situação de epidemia nas zonas endémicas, mas será contudo interessante referir que pela primeira vez um caso de colera foi recentemente evacuado (Dezembro 1994), para a nossa enfermaria, proveniente da República de Cabo-Verde.

A *Giardia lamblia* é o agente clássico da diarreia dos viajantes. Durante os últimos anos tivemos 7 casos de diarreias de adultos por giardiase, contraídas durante viagens a regiões de alta endemicidade. Sendo também uma situação endémica em Portugal, está contudo geralmente limitada ao grupo etário das crianças.

Em relação à amebíase, temos a salientar 9 casos de doenças de importação relacionados com a *E. histolítica*, no período que decorreu até 1986. Seis casos apresentavam clínica de disenteria amebiana, tendo-se isolado trofozoítos de *E. histolítica* em fezes frescas desses doentes. Três casos apresentaram um quadro clínico de Abscesso Amebiano Hepático, o qual foi confirmado e diagnosticado pela compatibilidade epidemiológica, ecografia hepática e/ou Tomografia Computorizada Abdominal, serologia positiva para antígenos de *E. histolítica* e pela existência de quistos de *E. histolítica* nas pesquisas de ovos quistos e parasitas efectuadas nas fezes destes doentes.

Outras parasitoses encontradas em doentes internados na enfermaria, são geralmente diagnósticos secundários de situações já há muito instaladas no organismo do doente, mas que agravam pela sua patologia, as condições primordiais. Estão neste caso, a Ascariíose (*Ascaris lumbricoides*), a Tricurose (*Trichuris trichiura*), a Ancilostomose (*Ancilostoma duodenale*) e a Estrongiloidíose (*Strongiloides stercoralis*). Se bem que sejam situações endémicas em Portugal, sobretudo nas crianças, são também situações de fácil diagnóstico e tratamento com os antiparasitários (Mebendazol, Albendazol). A Ancilostomose causando uma anemia ferropénica por perdas hemáticas contribui para uma maior debilitação de um organismo já por si debilitado. A Ascariíose em indivi-

duos altamente parasitados pode conduzir a situações de obstrução intestinal apenas resolvidas com intervenção cirúrgica. Nos últimos anos, tivemos 22 casos de parasitoses intestinais concomitantes, em doentes internados por outras doenças de importação. De salientar que a maioria destes casos são em geral resolvidos em ambulatório pelos médicos assistentes dos doentes.

Quanto ao *Cryptosporidium* spp., desencadeia diarreias que hoje em dia são geralmente diagnosticadas dentro do contexto da infecção pelo Virus da Imunodeficiência Humana (VIH), e dentro do contexto deste artigo, de doenças de importação, não será considerado em detalhe.

Gostaria aqui de salientar que se até cerca de 1986, existia uma patologia diversificada tropical em doentes internados na UDIP-MT do HEM, a partir desta data e devido à epidemia provocada pelo VIH a grande maioria dos doentes começou a ser de seropositivos para o VIH, existindo portanto um desvio da característica patologia tropical. Por esta razão, os dados estatísticos quanto à incidência das diversas patologias tropicais será apresentado em relação a estes dois períodos.

Para além das diarreias, outras situações ocorrem frequentemente devidas a infestações por Protozoários ou Helmintas.

No grupo das Protozooses podemos considerar a Malária, as Tripanossomoses e as Leishmanioses, mas a mais importante patologia de importação é sem dúvida alguma a Malária. A sua importância é devida a gravidade de quadros clínicos que pode ocasionar, sobretudo quando não é interpretada como tal. Qualquer síndrome febril que ocorra num indivíduo que tenha regressado recentemente de área tropical endémica para a Malária, deve ser investigado, efectuando-se pesquisas de plasmódios no sangue, em gota espessa e em esfregaço. A situação mais grave é sem dúvida alguma, quando a Malária é devida ao Plasmódio falciparum, sobretudo em zonas onde ocorre resistência à cloroquina, em indivíduos sem imunidade e/ou que não efectuaram qualquer profilaxia específica. Nestes casos temos de ter em atenção diversas situações, nomeadamente o aparecimento de vômitos, insuficiência hepática ou renal, anemia hemolítica ou mais grave ainda a Malária cerebral, situações estas que determinam todas a necessidade de internamento hospitalar.

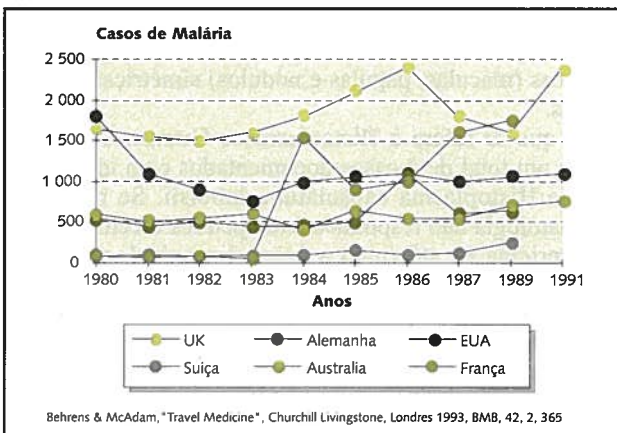


Fig. 2 - Malária importada anualmente em países desenvolvidos

A Figura 2 mostra a incidência anual de Malária em países desenvolvidos. É interessante notar que são exactamente aqueles países com mais estreitas relações com os países africanos (Reino Unido e França) os que evidenciam uma maior incidência de Malária (Bherens RH & McAdam KPWJ, 1993). Em Portugal, e entre 1986 e 1994 têm sido efectuados anualmente no IHMT cerca de 750 exames para diagnóstico de Malária. Desses, cerca de 100 a 150 são positivos para parasitas de Malária (Plasmódio falciparum, Plasmódio vivax, Plasmódio ovale ou Plasmódio malariae), sendo contudo a grande maioria devido ao Plasmódio falciparum. Se muitos doentes são passíveis de ser tratados em ambulatório, outros e devido às razões anteriormente expostas carecem de internamento hospitalar. Estes casos têm vindo a aumentar gradualmente devido entre outras razões não só ao aumento do número de viajantes, mas também devido à expansão das áreas de resistência à cloroquina. De 1981 até 1986, foram internados na UDIP-MT 35 casos de Malária, dos quais 11 de Malária grave. Entre 1989 e 1993 foram internados 155 casos de Malária (Fig. 3). No último ano há a salientar dois óbitos devido a situações que só muito tardiamente foram referidas ao serviço de especialidade, tendo sido tratadas como simples síndromes gripais pelos médicos assistentes durante períodos prolongados. É fundamental efectuar a profilaxia destas situações (razão pela qual existe uma Consulta para Viajantes na UDIP-MT do HEM) bem como, que todos os médicos estejam a par deste tipo de patologia não esquecendo a necessidade de efectuar uma história epidemiológica e clínica completa, levantando a possibilidade diagnóstica de Malária.

Quanto às Tripanossomoses, apenas podemos referir a ocorrência de doentes com a Doença do Sono (Tripanossomose Humana Africana - THA) transmitida pela fêmea da mosca Tsé-tsé inoculando o Tripanossoma brucei gambiense ou rhodesiense (dependendo da área epidemiológica). Não foi internado até ao presente na UDIP-MT, qualquer caso de Doença de Chagas (Tripanossomose Humana Americana) causada pelo Tripanossoma cruzi. No total, na última década, tivemos 7 casos de Doença do Sono, 6 em fase nervosa e 1 na fase hemolinfática.

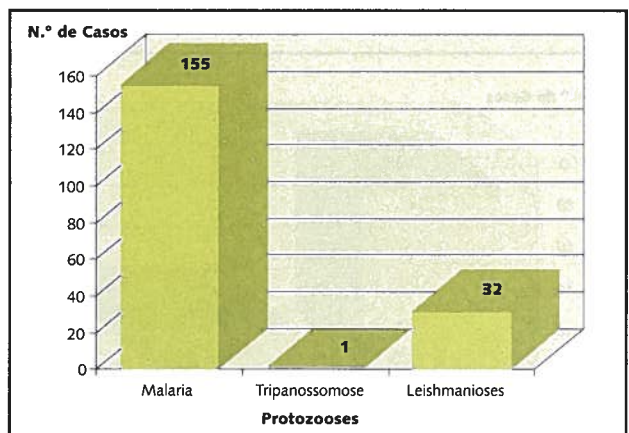


Fig. 3 - Protozooses, doentes internados no HEM, no período de 1989 a 1993.

Gostaria de salientar, que nos dois primeiros doentes efectuou-se o tratamento clássico, inicialmente com Suramina seguida de Melarsoprol. Existiram em dois casos recidivas que se tentaram resolver com Nitrofurazona. No entanto, foi apenas depois do aparecimento da Difluor-Metil-Ornitina (DFMO) hoje conhecida como Eflornitina, que a terapêutica desta patologia passou a ser um sucesso. Este fármaco foi usado inicialmente em fase experimental, tendo sido na UDIP-MT que se efectuou pela primeira vez em Portugal tal terapêutica, que hoje é considerada como de primeira escolha.

Vários doentes com Leishmaniose visceral (*Leishmania donovani*) foram diagnosticados na UDIP-MT, onde estiveram internados. No entanto esta situação é endémica em Portugal com maior incidência nas crianças. Mais recentemente, outros casos de Leishmaniose visceral foram detectados em indivíduos infectados pelo VIH. Como verdadeira doença de importação podemos apenas referir dois casos de Leishmaniose cutânea (*Leishmania trópica*).

No que se refere às Helmintíses, há a salientar especialmente as Schistossomoses e as Filarioses.

Quanto às Schistossomoses, estiveram internados na UDIP-MT do HEM, no período que decorreu até 1986, 52 doentes, e mais recentemente entre 1989 e 1993, 86 doentes (Fig. 4). Mais de 3/4 destes doentes estava infestado pelo *S. haematobium*, que como se sabe produz lesões predominantemente no aparelho urinário, manifestando-se caracteristicamente por um quadro clínico de hematúria terminal, e diagnosticado no exame parasitológico da urina, pela detecção dos típicos ovos com um esporão terminal. Os restantes doentes apresentavam-se infestados pelo *S. mansoni*, com queixas predominantemente intestinais, local onde predominam as lesões deste parasita, diagnosticado pela identificação dos seus ovos com um esporão lateral, nos exames parasitológicos das fezes.

No que se refere às Filarioses, estiveram internados na UDIP-MT do HEM no período até 1986, 38 casos de Filariose linfática (*Wuchereria bancrofti*), 6 casos de Oncocercose (*Oncocerca volvulus*) e 5 casos de Loíase (*Loa loa*). Após 1989 e até 1993, estiveram internados 19 doentes, todos com Filariose linfática (Fig. 4). Típicamente os doentes com Filariose linfática apresentaram-se

com elefantíase do(s) membro(s) inferiores, nalguns casos com edema escrotal. Os casos de Oncocercose observados foram predominantemente casos com as típicas lesões cutâneas, por vezes também já com lesões oculares. Como é conhecido, a grande morbilidade desta patologia reside na amaurose precoce, devido às lesões oculares causadas pelas microfilárias sobretudo em adultos jovens, impossibilitando portanto a contribuição destes para a economia da comunidade e tornando-os numa carga para essa mesma comunidade. A Loíase que se caracteriza pelos edemas migratórios de Calabar, é também muitas vezes interpretada como situações de ansiedade dos doentes, como por exemplo, quando estes se dirigem a um serviço de urgência referindo a migração de um verme pela conjuntiva ocular esquerda, atravessamento do espaço nasal, com nova migração pela conjuntiva ocular direita. Desconhecendo a possibilidade desta parasitose, o médico terá a tendência de medicar o doente com um ansiolítico em vez de o referir para a Consulta de Medicina Tropical no HEM.

Outras patologias de importação são também importantes de referir, nomeadamente as Doenças Sexualmente Transmitidas (DST), as Hepatites Virais e a infecção pelo VIH/SIDA. Contudo não nos iremos deter sobre elas uma vez que todas estas patologias são também endémicas em Portugal. Gostaria no entanto de referir o aparecimento de casos de Condiloma acuminato, e alguns casos de *Moluscum contagiosum*, que se inicialmente eram observados como lesões únicas e localizadas, aparecem agora e no quadro da infecção pelo VIH numa forma muito mais florida e disseminada.

Outras patologias de importação que penso sejam importantes de referir, são as doenças cutâneas e fúngicas. Dentro destas salientaria as seguintes:

- Hanseníase
- Histoplasmose Humana Africana
- Micetoma
- Larva Migrans Cutânea
- Tinhas
- Míases
- Tunga penetrans (Matacanha)

Desde 1980 até ao presente apenas tivemos 2 casos de Hanseníase internados na UDIP-MT do HEM. Em ambas as situações os doentes apresentavam clínica característica de Lepra Lepromatosa, com facies leonino e lesões cutâneas (máculas, pápulas e nódulos) simétricas e anestésicas.

No que se refere à Histoplasmose Humana Africana, temos um total de 4 casos documentados com identificação de *Histoplasma capsulatum duboisii*. Se no início esta patologia não respondeu à terapêutica efectuada com Anfotericina B, até então a única disponível, posteriormente todos os casos foram clinicamente curados com a introdução dos novos antifúngicos (Ketoconazol, Fluconazol, Itraconazol). Foi na UDIP-MT do HEM que pela primeira vez em Portugal, se efectuou terapêutica para esta micose com estes novos antifúngicos.

Lembro também um caso de Micetoma (*Madurella micetomatis*), uma micose profunda também conhecida

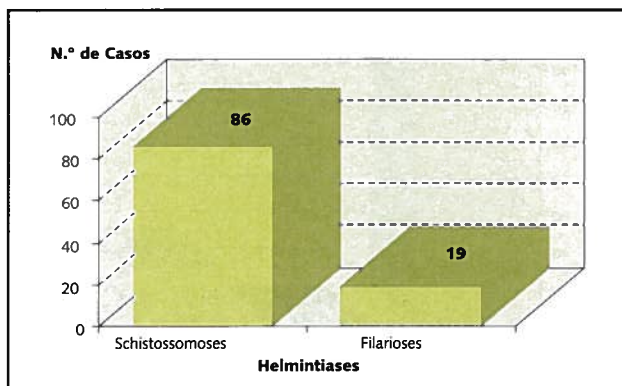


Fig. 4 – Helmintíses, doentes internados no HEM, no período de 1989 a 1993.

por pé de madura, devido ao facto de na maior parte dos casos esta patologia se localizar na perna e no pé, com o aparecimento das típicas lesões causadas pela penetração dos esporos através de soluções de continuidade ou pela lesões causadas por espinhos infectados. Após terapêutica específica o doente foi posteriormente transferido para o Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva do HEM.

Outras situações menos graves acompanham-se no entanto de uma morbilidade que não se deve omitir. São frequentes as Tinhas da pele e do couro cabeludo, muitas vezes como situações concomitantes doutras patologias mais graves. O quadro de Larva Migrans Cutânea caracteriza-se por lesões causadas pela penetração das larvas de *Ancilostoma* spp. e *Strongiloides* spp. pela pele dos membros superiores e inferiores, causando intenso prurido e elevada eosinofilia (creeping eruption dos anglosaxónicos). A terapêutica efectuada com o Tiabendazole ou com o Mebendazole em alternativa, resulta na grande maioria so casos. Outras patologias mais exóticas como as míases, caracterizadas por lesões cutâneas provocadas pela introdução de larvas de moscas nos espaços subcutâneos, são raramente observadas como doenças de importação. Desde 1980 tivemos dois casos de Míases. A terapêutica consiste na extracção mecânica da larva da mosca ou pela utilização de nacos de gordura justapostos às lesões, de forma a que as larvas devido ao seu tropismo para tecidos gordos, migre para a gordura, saindo assim dos espaços subdérmicos. Outra situações de mais fácil resolução são as comuns matacanhas. Consistem na penetração de larvas de pulgas (*Tunga penetrans*), nos espaços periungueais, geralmente dos pés ao redor do 1º dedo. A remoção é efectuada com perícia pelos autóctones das regiões endémicas numa forma mecânica e tentando não romper o ovário da larva para que seja possível a sua extracção completa.

Não queria contudo terminar sem me deter brevemente sobre duas outras situações de origem neoplásica. O Tumor de Burkitt e o Sarcoma de Kaposi.

O Tumor de Burkitt, aparecendo predominantemente em crianças, está localizado a áreas endémicamente sobreponíveis às da Malária e epidemiologicamente relacionado com o vírus de Epstein Bahr. Apenas 3 casos recorreram aos sistemas da Cooperação entre Portugal e os PALOP, para acesso a cuidados especializados. Após o diagnóstico foram transferidos para o Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva do HEM.

O Sarcoma de Kaposi que na época pré-pandémica da infecção pelo VIH, se apresentava na sua forma típica-

mente africana, não agressiva e com incidência em adultos de idade avançada e respondendo bem à radioterapia e quimioterapia, mais recentemente é predominantemente observado no contexto da infecção pelo VIH, em adultos jovens por vezes homossexuais.

Numa última referência gostaria apenas de realçar a importância que tem para todos os clínicos não familiarizados com este tipo de patologia, a realização de uma completa história epidemiológica, investigando quais os países atravessados no decorrer duma deslocação a áreas endémicas de doenças tropicais, a efectivação do exame clínico objectivo e completo, para além dos pedidos de exames complementares de diagnóstico (Quadro 2) relevantes para a situação em causa, ou não sendo possível a referência do doente para a Consulta de Medicina Tropical da UDIP-MT do HEM.

Quadro 2 – Exames Complementares de Diagnóstico de Doenças Tropicais efectuados no IHMT.

Exames Complementares de Diagnóstico (IHMT)

Hemograma e Hemoglobina
 Esfregaço e Gota Espessa para Pesq. Parasitas de Malária
 Pesquisa de Ovos, Quistos e Parasitas nas Fezes
 Cultura de Larvas de *Ancilostomidae* em Fezes Frescas
 Pesquisa de Trofozoítos de amibas em Fezes Frescas
 Pesquisa de Ovos de *Schistosoma* na Urina
 Serologias

Tal como a tecnologia dos transportes evoluiu exponencialmente nas últimas décadas, esperemos que a reorganização dos sistemas de Saúde e de Cooperação entre os países deste mundo, evolua também, de forma a que deixem de existir Doenças Tropicais e de Importação, de forma a que a Saúde Pública e a Medicina Preventiva sejam uma realidade. Se tal não for possível num futuro próximo, que pelo menos todas as patologias possam ser controladas, prevenidas, diagnosticadas e tratadas no seu meio ambiente, de forma a que as diferenças entre o Norte e o Sul seja cada vez mais uma metáfora clássica e não uma realidade.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

REID D, COSSAR JH: *The size of the problem*. in: Dawood R. Oxford: Oxford University Press 1992; 14
 BHERENS RH & MCADAM KPWJ: *Travel Medicine*. British Medical Bulletin, 1993; 49: 2, p. 257-478