



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde

Diretoria de Vigilância Epidemiológica

NOTA TÉCNICA Nº 07/2018 DIVEP/SUVISA/SESAB

FILARIOSE LINFÁTICA

A filariose linfática (FL), doença parasitária crônica, é uma das maiores causas mundiais de incapacidades permanentes ou de longo prazo, sendo cerca de 112 milhões, o número de pessoas infectadas no mundo. Acomete principalmente os membros inferiores e o trato urogenital, sendo as suas principais apresentações clínicas o linfedema e a hidrocele. Também conhecida como “Bancroftose”, “filariase de Bancrofti” e a sua manifestação crônica, “elefantíase”.

Nas últimas décadas, houve considerável avanço nas estratégias de combate a essa endemia. Por isso, em 1997, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs sua eliminação global como problema de saúde pública até o ano 2020. O Brasil aderiu ao chamado da OMS, tornando-se signatário dessa proposta nesse mesmo ano. O programa mundial de eliminação da FL tem dois fundamentos principais: a eliminação da transmissão, ou seja, impedir o surgimento de novos casos; e o controle dos casos de pacientes que, embora tenham sido tratados dessa parasitose, apresentam lesões e sequelas em sua decorrência, os portadores de morbidade filarial. Atualmente, após anos de esforços no combate a esse agravo, a FL está em fase de eliminação no país. A área endêmica restringe-se aos municípios de Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Paulista, pertencentes à Região Metropolitana do Recife, no estado de Pernambuco. Segundo relatórios da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) não há casos autóctones de filariose no estado desde 1986.

Na Bahia, os municípios de Salvador e Castro Alves foram os únicos focos da doença reconhecidos no estado. Em Salvador a área endêmica era quase que totalmente delimitada na denominada Cidade Baixa, principalmente no bairro do Uruguai (Alagados), todavia um Relatório da SUCAM de 1986 declarou ausência de casos de filariose no estado desde 1981. Desde então, todos os casos notificados no estado da Bahia foram investigados e descartados.

Conforme orientações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (MS), para comprovação da interrupção da transmissão da FL será necessário elaborar um dossiê com as evidências de interrupção da transmissão. Neste sentido, esta nota técnica foi elaborada com o objetivo de manter uma vigilância sensível para a investigação precoce de todos os casos suspeitos notificados.

1. AGENTE ETIOLÓGICO

Vermes nematoides das espécies *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* e *Brugia timori*. Nas Américas, apenas a espécie *W. bancrofti* causa a filariose linfática. Os vermes adultos vivem nos vasos linfáticos dos indivíduos infectados.

2. RESERVATÓRIO

O único reservatório do parasito é o ser humano que apresenta microfilárias no sangue. Pacientes com formas crônicas avançadas da doença, incluindo elefantíase, não apresentam microfilaremia e, portanto, não transmitem a doença.

3. VETOR

No Brasil, mosquitos da espécie *Culex quinquefasciatus*, também conhecidos como pernilongo, carapanã ou muriçoca, são os responsáveis pela transmissão da FL.

4. MODO DE TRANSMISSÃO

Ocorre por meio da picada da fêmea do mosquito com larvas infectantes do parasito. Após a penetração na pele, as larvas infectantes migram para região dos linfonodos

(gânglios), onde se desenvolvem até se tornarem vermes adultos. Havendo o desenvolvimento de parasitos de ambos os sexos, haverá também a reprodução, com eliminação de grande número de microfilárias para a corrente sanguínea, o que propiciará a infecção de novos mosquitos, iniciando-se um novo ciclo de transmissão.

5. PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Manifestações alérgicas podem aparecer um mês após a infecção. As microfilárias, em geral, aparecem no sangue periférico de 6 a 12 meses após a infecção com as larvas infectantes da *W. bancrofti*. As manifestações crônicas podem aparecer alguns anos após a infecção.

6. PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

A capacidade de transmitir o parasito inicia-se quando aparecem microfilárias na corrente sanguínea do hospedeiro humano, o que para a *W. bancrofti* ocorre em um período de aproximadamente 9 meses após a picada infectante do mosquito. A microfilaremia pode persistir por um tempo superior a 10 anos e, durante esse período, a pessoa infectada poderá transmitir o parasito.

7. SUSCETIBILIDADE E IMUNIDADE

A susceptibilidade é universal. Pode ocorrer reinfecção. Os casos graves, incluindo a elefantíase, ocorrem em áreas com alto índice de infecção linfática (vermes adultos) e sanguínea (microfilárias).

8. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Há um período pré-patente entre a penetração da larva infectante e o aparecimento de microfilárias na corrente sanguínea que, em geral, é assintomático. Segue-se um período patente assintomático. O indivíduo que apresenta microfilárias circulantes, na sua grande maioria, não apresenta sintomatologia clínica. Pode haver, entretanto, “doença subclínica” com comprometimento (dilatação e tortuosidade) dos vasos linfáticos.

O período agudo caracteriza-se pelo aparecimento de fenômenos inflamatórios, entre os quais, linfedema, orquite e epididimite. Finalmente, pode haver cronificação, que ocorre em pequena proporção dos casos (1% a 20%). Nesta fase, predominam os fenômenos obstrutivos temporários que podem conduzir ao linfedema, hidrocele ou outras formas deformantes e incapacitantes.

9. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O teste de rotina é feito pela pesquisa da microfilária no sangue periférico pelo método da gota espessa (GE). Uma característica deste parasito é a periodicidade noturna das microfilárias no sangue periférico do hospedeiro. O pico da parasitemia periférica coincide, na maioria das regiões, com o horário preferencial de repasto do vetor (entre 23h e 1h da manhã).

Durante o dia, essas formas se localizam nos capilares profundos, principalmente nos pulmões e, durante a noite, aparecerem no sangue periférico, com maior concentração em torno da meia-noite, decrescendo novamente até o final da madrugada. O volume de sangue correto (aproximadamente 60 microlitros), bem como o horário da coleta, são pontos importantes que devem ser respeitados para a obtenção de um diagnóstico correto. A não observação dessas duas recomendações poderá acarretar um resultado falso negativo do exame.

Ainda no intuito de afastar ou confirmar a suspeita clínica filarial, podem-se utilizar outros testes diagnósticos: pesquisas de antígeno circulante filarial utilizando testes rápidos (qualitativos) ICT/FTS ou Og4C3-ELISA (quantitativo). Pode-se ainda utilizar a pesquisa de anticorpos através de antígenos recombinantes, como também a pesquisa de DNA do parasito em amostras biológicas (sangue e urina).

Todos os indivíduos microfilarêmicos deverão realizar a confirmação diagnóstica e a identificação morfológica do parasito (classificação da espécie filarial) antes do tratamento específico.

10. DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

O exame de ultrassonografia possui a potencialidade de detectar indivíduos infectados com formas adultas vivas de *W. bancrofti* em vaso linfático, particularmente em vasos intraescrotais do cordão espermático.

Podem-se encontrar durante todo o dia, vermes adultos com movimentos ativos e ininterruptos, denominados “dança das filárias”. Mesmo que os testes laboratoriais acima citados sejam negativos esses casos serão definidos como “infecção oculta”.

11. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As formas crônicas de morbidade filarial devem ser distinguidas de outras patologias que cursam com edema de membros, hidrocele ou quilúria. Diversas manifestações clínicas que coexistem nas áreas endêmicas podem responder ao tratamento específico para FL. Entre elas, destacam-se: artrites (especialmente monoarticulares), endomiocardiofibrose, tenossinovites e tromboflebitas. No entanto, enquanto estudos não estabelecem tais relações, estas manifestações clínicas não podem ser atribuídas à infecção filarial. No tocante ao linfedema, devem-se afastar as doenças renais, cardiopatias e problemas vasculares (varizes).

12. TRATAMENTO

O medicamento de escolha no Brasil, disponibilizado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é a dietilcarbamazina (DEC), cuja ação elimina as microfilárias da circulação sanguínea. É utilizada na forma de comprimidos de 50mg do princípio ativo. O esquema padrão de tratamento, recomendado pela OMS é de 6mg/kg/dia por 12 dias, podendo-se dividir a dose total diária em 3 subdoses. Porém, deve-se evitar sua administração em crianças com menos de 2 anos de idade, gestantes, mulheres no período de lactação e portadores de doenças crônicas (cardiopatias e renais crônicas). A medicação só é liberada pelo Ministério das Saúde, mediante o diagnóstico laboratorial.

13. MEDIDAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

13.1 OBJETIVOS

- Interromper a transmissão da FL.
- Oferecer assistência aos doentes portadores de morbidade filarial.
- Evitar a reintrodução da FL nas áreas sob controle.
- Manter uma vigilância sensível e eficaz que garanta a investigação precoce e o tratamento rápido dos casos.

Embora não seja uma doença de notificação compulsória estadual/nacional, é importante que os casos suspeitos sejam imediatamente informados à Coordenação de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS BAHIA) pelo *e-mail* notifica.cievsbahia@saude.ba.gov.br, a fim de que seja promovida a confirmação diagnóstica, bem como sejam realizadas as devidas investigações epidemiológicas. Além disso, para salvaguardar a condição de doença em eliminação, os casos importados e com diagnóstico comprovado deverão ser notificados no FormSus do Ministério da Saúde, por meio da “Ficha Simplificada de Notificação de Casos Importados de Filariose Linfática” disponível em:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=14269

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: v.3. 1. ed. atual. – Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância e Eliminação da Filariose Linfática, 80 p. Brasília, 2009.

FIGUEIREDO. Maria Aparecida Araújo. in: Workshop o Estado da Arte do Programa Nacional de Eliminação da Filariose Linfática no Brasil: passado, presente, futuro. Panorama da Filariose Linfática na Bahia. Recife, 08 e 09 de maio de 2018.

Contatos:

CIEVS BAHIA: (71) 3116-0018 / 99994-1088

e-mail: notifica.cievsbahia@saude.ba.gov.br

LACEN/BA: (71) 3116-5042

e-mail: lacen.clavep@saude.ba.gov.br

Expediente:

Jeane Magnavita da Fonseca Cerqueira –
Diretora DIVEP/SESAB.

Aldacira Teles – Coordenadora
CIEVS/DIVEP/SESAB.

Ana Francesca Cotrim Silva – Sanitarista
CIEVS/DIVEP/SESAB.

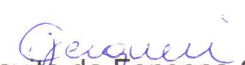
Fabiola de Souza – Enfermeira
CIEVS/DIVEP/SESAB.

Maria Aparecida Araújo Figueiredo –
Enfermeira. Docente da Universidade do Estado
da Bahia (UNEB).

Sueli de Santana – Enfermeira residente da
Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Salvador, 06 de julho de 2018.


Aldacira de Jesus Ferreira Estrela Teles
Coordenadora CIEVS


Jeane Magnavita da Fonseca Cerqueira
Diretora DIVEP