

TRIPANOSSOMOSE HUMANA AFRICANA

NUNO MIGUEL CARMONA DE JESUS ROLÃO (N. ROLÃO)

JORGE BEIRÃO DE ALMEIDA SEIXAS (J. SEIXAS)

MARCELO SOUSA SILVA (M. SILVA)

SÓNIA CHAVARRIA ALVES FERREIRA CENTENO LIMA (S. CENTENO LIMA)

JORGE LUÍS MARQUES DA SILVA DE ATOUGUIA (J. ATOUGUIA)

Unidade de Ensino e Investigação de Clínica Tropical, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa. Rua da Junqueira, 100, 1349-008 Lisboa, Portugal. Telefone: 213652600.
E-mail: nrolao@ihmt.unl.pt (N. Rolão).

A tripanossomose humana africana (THA), ou “doença do sono”, é uma doença exclusivamente africana e com distribuição geográfica predominante nas áreas rurais. A doença existe em 36 países de África, estando 50 milhões de pessoas em risco de contrair a infeção. Na década passada, observou-se diminuição do número de novos casos anualmente declarados, que passaram de mais de 25000 para cerca de 12000, mas a situação real poderá ser mais grave (Simarro *et al.*, 2008). Quando não tratada, a doença evolui inexoravelmente para a morte (Atouguia e Kennedy, 2000). Por isso, é obrigatório diagnosticar, estabelecer a fase da infeção e tratar todos os doentes. O agente da doença é um protozoário extracelular do género *Trypanosoma*, que sobrevive sobretudo no sangue, linfa e líquido cefalorraquidiano dos indivíduos infetados (Atouguia e Kennedy, 2000). Duas subespécies provocam doença no homem: *Trypanosoma brucei gambiense*, prevalente na África ocidental e central, e *Trypanosoma brucei rhodesiense*, predominante na África oriental. A transmissão da doença do sono ocorre por picada do vetor - moscas do género *Glossina* -, que inocula, no hospedeiro, os parasitas presentes nas suas glândulas salivares (Gomes *et al.*, 2009). Formas menos frequentes de transmissão incluem a transmissão vertical (Atouguia e Nelson, 2009), acidentes de laboratório e um raríssimo caso de possível transmissão sexual (Rocha *et al.*, 2004). Uma vez que a transmissão só ocorre na presença de humanos ou animais domésticos ou selvagens infetados, as áreas de África infestadas com glossinas são muito mais extensas do que aquelas de doença do sono. Assim, a doença caracteriza-se por distribuição multifocal, correspondente à distribuição das populações. Nas décadas de 60 e 70, o número de novos casos nas colónias europeias era reduzido e a doença estava controlada mas, após as independências, os

recursos económicos dos novos países diminuíram acentuadamente e, como consequência, a doença reemergiu (Simarro *et al.*, 2008).

A tripanossomose por *Trypanosoma brucei gambiense* tem as características clínicas clássicas da doença do sono, com dois períodos evolutivos: a inicial fase hemolinfática, em que os tripanossomas se encontram ativos no sangue, gânglios linfáticos e tecidos dos doentes, caracterizada por episódios febris autolimitados, de curta duração, que se podem repetir periodicamente, e em que é frequente um falso diagnóstico de malária ou síndrome gripal; e a segunda fase, neurológica, correspondente à atividade dos tripanossomas no sistema nervoso central, na qual surgem os quadros clínicos neuropsiquiátricos (alterações do comportamento, psicoses, alterações sensitivas e motoras, paralisias, convulsões e manifestações relacionadas com a estrutura interna do sono – crises narcolépticas e alteração do ritmo do sono). O doente acaba por morrer em caquexia, por convulsões ou coma (Atouguia e Kennedy, 2000).

O diagnóstico baseia-se na deteção do parasita no sangue, suco ganglionar e líquido cefalorraquidiano, através de métodos de deteção direta, preferencialmente com técnicas de concentração; para triagem utiliza-se uma técnica de deteção de anticorpos (*Card Agglutination Test for Trypanosomiasis*, CATT) que se aplica apenas em *T. gambiense*. Esta forma da doença do sono pode manter-se assintomática durante meses ou anos, pelo que os indivíduos infetados não recorrem aos serviços de saúde. A luta contra esta doença baseia-se, portanto, no diagnóstico e tratamento destas populações, através da pesquisa ativa, no terreno, realizada por equipas móveis (Atouguia e Kennedy, 2000; Simarro *et al.*, 2008).

O estadiamento da doença é crítico, uma vez que o tratamento com pentamidina ou suramina é simples e eficaz no período hemolinfático. Na fase

neurológica, é difícil, caro e complicado. Os fármacos utilizados nesta fase (melarsoprol, eflornitina e nifurtimox) apresentam elevada toxicidade (síndrome encefalopático) (Atouguia e Costa, 1999; Atouguia *et al.*, 1995; Jennings *et al.*, 1993; Lutje *et al.*, 2010). As recaídas são frequentes, devido principalmente a deficiências na terapêutica e/ou resistências aos fármacos utilizados. A utilização atual da combinação eflornitina/nifurtimox como primeira linha da terapêutica para *T. gambiense* permite diminuir a toxicidade dos fármacos e reduzir as resistências. Uma vez que o seguimento pós-tratamento é longo (superior a dois anos) e exige uma punção lombar de 6 em 6 meses, os pacientes têm tendência para não comparecer às consultas, o que dificulta a contabilização dos insucessos terapêuticos (Atouguia e Kennedy, 2000; Simarro *et al.*, 2008).

Portugal sempre teve um papel de realce no estudo e controlo da doença do sono, através do IHMT. Nomes como Ayres Kopke e Cruz Ferreira são alguns dos muitos clínicos e cientistas que trabalharam nesta área. Nos últimos anos, tem sido desenvolvido trabalho científico importante, quer clínico, no acompanhamento dos casos de THA

importada em Portugal (Rocha *et al.*, 2004), quer na formação, com a realização do III ICAT, um curso internacional sobre tripanossomose africana da OMS, quer no desenvolvimento de várias linhas de investigação sobre novos métodos de diagnóstico (Gomes *et al.*, 2009), tratamento (Atouguia e Costa, 1999; Atouguia *et al.*, 1995; Jennings *et al.*, 1993) e vacinas de DNA (Lança *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2009).

Em conclusão, a doença do sono é mortal, exclusivamente africana, existente unicamente em áreas rurais, com evolução crónica, de diagnóstico difícil e tratamento pouco satisfatório e tóxico. Estas características, agravadas por circunstâncias de carácter político, económico e de instabilidade social, contribuíram para a falta de apoio institucional, nacional e internacional, quer no controlo da doença em África, quer na investigação aplicada. Assiste-se, no entanto, na última década, a progressos no controlo vetorial e a melhorias no tratamento e diagnóstico, permitindo diminuição da sua prevalência. É necessário prosseguir esforços para consolidação do controlo desta importante doença negligenciada.