

Leptospirose

Leonardo Moutinho e Lilian Mello Soares
Assessoria Científica Lab Rede

A Leptospirose é uma doença infecciosa febril de início abrupto, causada por uma bactéria helicoidal (espiroqueta) do gênero *Leptospira*, do qual se conhecem atualmente 14 espécies patogênicas, sendo a mais importante a *L. interrogans*. A unidade taxonômica básica é o sorovar (sorotipo). Mais de 200 sorovares já foram identificados, e cada um tem o seu hospedeiro preferencial. Os seres humanos são hospedeiros acidentais e terminais dentro da cadeia de transmissão. O principal reservatório é constituído por roedores sinantrópicos, como a espécie *Rattus norvegicus* (ratazana ou rato-de-esgoto), principal portador do sorovar *Icterohaemorrhagiae*, um dos mais patogênicos para o homem. A infecção humana resulta da exposição direta ou indireta a urina de animais infectados. O período de incubação varia de 1 a 30 dias, com média de 5 a 14 dias. No Brasil, a Leptospirose é uma doença endêmica, tornando-se epidêmica em períodos chuvosos, principalmente nas capitais e áreas metropolitanas devido às enchentes. Sua notificação é compulsória.

A doença pode variar desde formas assintomáticas e subclínicas até quadros graves associados a manifestações fulminantes. A manifestação clássica da Leptospirose grave é a síndrome de Weil, caracterizada pela tríade: icterícia, insuficiência renal e hemorragias, mais comumente pulmonar. A insuficiência renal aguda (IRA) é uma importante complicação da fase tardia, e geralmente é não oligúrica e hipocalêmica, devido a inibição de reabsorção de sódio nos túbulos renais proximais, aumento no aporte distal de sódio e consequente perda de potássio. Durante esse estágio inicial, o débito urinário é normal a elevado, os níveis séricos de creatinina e uréia aumentam e o paciente pode desenvolver hipocalcemia moderada a grave. Este achado é útil para diferenciar a Leptospirose de outras doenças infecciosas que causam IRA. Com a perda progressiva do volume intravascular, os pacientes desenvolvem insuficiência renal oligúrica, devido a azotemia pré-renal. Nesse estágio, podem apresentar hiperpotassemia.

Outras alterações laboratoriais comuns na fase tardia da doença são: elevação das bilirrubinas totais com predomínio da fração direta, plaquetopenia,

leucocitose, neutrofilia e desvio a esquerda, acido-se metabólica e hipoxemia, anemia normocrômica, proteinúria, hematúria microscópica e leucocitúria, atividade de protrombina diminuída, creatinquinase elevada, aminotransferases normais ou elevadas, fosfatase alcalina e gama glutamil-transferase normais ou elevadas.

A suspeita clínica deve ser confirmada por métodos laboratoriais específicos. Na fase precoce, as leptospirosas podem ser encontradas no sangue, e na fase tardia, na urina. Na rotina, os métodos sorológicos são os mais utilizados para o diagnóstico, sendo os testes ELISA-IgM e microaglutinação os mais frequentemente empregados.

São considerados casos confirmados aqueles em que há sinais e sintomas clínicos compatíveis e associados a um ou mais dos seguintes resultados de exames: teste ELISA-IgM reagente; um título maior ou igual a 800 na microhemaglutinação; soroconversão na microhemaglutinação, entendida como uma primeira amostra (fase aguda) não reagente e uma segunda amostra (14 a 21 dias após; máximo até 60 dias) com título ≥ 200 ; aumento de 4 vezes ou mais nos títulos da microaglutinação entre duas amostras coletadas com um intervalo de 14 a 21 dias (máximo de 60 dias) entre elas; isolamento da leptospira em sangue; detecção de DNA por PCR em amostra de pacientes que evoluíram para óbito antes do 7º dia; imunohistoquímica ou outras análises anátomo-patológicas coradas com tinta de prata positivas. O resultado negativo dos exames sorológicos em amostra coletada antes do 7º dia do início dos sintomas não descarta o caso suspeito. Outra amostra deve ser coletada a partir do 7º dia já que o pico de produção de anticorpos ocorre a partir do 14º dia do início dos sintomas. Assim, também são considerados confirmados os casos suspeitos que apresentem febre e alterações nas funções hepática, renal ou vascular, associados a antecedentes epidemiológicos, que não tenham coletado material para exames laboratoriais específicos, ou com resultado não reagente em amostra única coletada antes do 7º dia de doença.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.