

# MALÁRIA



UNITERMOS: Malária

Dr. Marcos Boulos\*

Protozoose altamente prevalente no mundo (cerca de cem milhões de casos anualmente só na África), a malária é de importância transcendental para a saúde de grande parte dos povos, sendo responsável por alto peso social e econômico.

Descrita por Hipócrates, a malária é das mais antigas doenças conhecidas, sendo mesmo relatada em "papiros" egípcios da época faraônica.

No Brasil, país de matas, a malária teve alta prevalência até meados deste século, havendo a partir daí diminuição do número de casos por uma série de fatores tais como: 1. desmatamento acentuado, principalmente na região sudeste; 2. o emprego do DDT em casas de regiões endêmicas; 3. a descoberta das 4 aminoquinolinas, medicamento esquizotíctida sanguíneo de boa eficácia.

No entanto, na última década, com 1. a tentativa de colonização da Amazônia; 2. planos de expansão econômica em Rondônia; 3. construção de usinas hidroelétricas na Amazônia; 4. Mineração; 5. aparecimento de cepas de *P. falciparum* resistentes as 4-aminoquinolinas; fez com que a incidência de malária voltasse a aumentar, causando preocupação aos órgãos responsáveis pelo seu controle. Assim, de quase 120.000 casos registrados em 1978, fomos para mais de 188.000 casos em 1981, ou seja um aumento de mais de 50% em 4 anos.

A malária, no Brasil, é fundamentalmente causada pelo *Plasmodium vivax* e pelo *Plasmodium falciparum*, sendo que o primeiro possui um ciclo tecidual (no fígado) e um ciclo sanguíneo responsável pela sintomatologia, enquanto que o *P. falciparum* após um ciclo hepático inicial só apresenta ciclo sanguíneo, sendo que sua parasitemia hemática é muito maior do que o *P. vivax*.

Os transmissores da malária são insetos pertencentes ao gênero *Anopheles*, cujo principal transmissor em nosso meio é o *A. darlingi*.

Ao picar o homem, os mosquitos inoculam os esporozoítos (formas infectantes acumuladas em suas glândulas salivares), após meia hora os esporozoítos alcançam o fígado e penetram no interior dos hepatócitos, transformando-se então em formas arredondadas denominadas criptozoítas, que iniciam um ciclo de reprodução assexuada conhecido como ciclo pré-eritrocítico. Os esquizontes que se formam no fígado dão lugar a milhares de elementos filhos, os merozoítas criptozóicos. Esta esquizogonia pré-eritrocítica dura 6 dias no caso do *P. falciparum* e 8 dias no caso do *P. vivax*.

Os merozoítas podem: 1. invadir novos hepatócitos, iniciando o "ciclo exo-eritrocítico", encontrado nos casos de malária por *P. vivax*; 2. invadir as hemácias, onde se multiplicam assexuadamente por esquizogonia, iniciando o "ciclo eritrocítico", encontrado em todos os casos de malária. Este ciclo eritrocítico se repete a cada 36-48 horas no caso de *P. falciparum* e a cada 48 horas no caso de *P. vivax*. Após algum tempo aparecem dentro das hemácias algumas formas que não se dividem, são os gametócitos, que no mosquito darão o ciclo sexuado.

Clinicamente a malária se caracteriza pelo aparecimento de febre alta, precedida por tremores e seguida por sudorese profusa e cefaléia. Todo este cortejo sintomático tem duração de 4-6 horas, após as quais o paciente encontra-se bem até um novo ciclo eritrocítico.

Nos casos de malária por *P. falciparum*, onde hemácias de todas as idades são parasitadas, pode haver o desenvolvimento de casos mais graves com comprometimento sistêmico múltiplo podendo então o paciente desenvolver icterícia, insuficiência renal, insuficiência respiratória, quadro de coagulopatia de consumo e coma palúdico.

Todo quadro clínico é resultado do ciclo eritrocítico sendo que o processo febril é o resultado da ruptura das hemácias parasitadas. A patogenia das complicações ainda não está perfeitamente estabelecida, mas são importantes: — produtos de degradação das hemácias; — presença de anticorpos também contra hemácias não parasitadas; — vasculite; — presença do próprio protozoário.

O tratamento da malária por *P. vivax* deve ser dividida em dois tópicos: — tratamento do ciclo exo-eritrocítico: através de uma 8-aminoquinolina (primaquina), na dosagem de 15mg/dia durante 15 dias para um adulto, e a metade da dose para criança; — tratamento do ciclo eritrocítico: através de uma 4-aminoquinolina (cloroquina, amodiaquina), na dosagem de 25 mg/kg, sendo administrada 10 mg/kg inicialmente, e 5 mg/kg 6, 24 e 48 horas após a primeira dose.

A malária por *P. falciparum* consiste num capítulo à parte pelo aparecimento de resistência desse plasmódio aos medicamentos comumente utilizados. Nos casos onde não existe resistência comprovada, o esquema de escolha deve ser o emprego de 4-aminoquinolinas no mesmo esquema já referido. Outras alternativas, são o emprego da associação de sulfa e pirimetamina, quinina (em forma de sulfato ou cloridrato), e derivados tetracíclicos. Como perspectiva, ressaltamos a mefloquina que tem sido de extrema eficácia nos estudos preliminares.

O único meio profilático utilizado é o emprego do DDT na tentativa de erradicar o mosquito, método este limitado em nosso meio por dificuldades óbvias.

\* Professor Assistente de Clínica de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da FMUSP.