

RELATO DE CASO DE HANSENÍASE TUBERCULOIDE: DISCUSSÃO DOS ACHADOS CLÍNICOS E SEMIÓTICOS

NATASHA UNTERSTELL
PEDRO V. MACHADO
DANIEL L. OBADIA
MARIA DE FÁTIMA G. S. ALVES
EGON L. R. DAXBACHER

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Hanseníase é uma doença infecciosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que afeta, principalmente, a pele e o sistema nervoso periférico. Na classificação de Madri, a Hanseníase é dividida em dois polos estáveis e opostos (virchowiano e tuberculoide), e dois grupos instáveis (indeterminado e dimorfo), que caminhariam para um dos polos na evolução natural da doença.

RELATO DE CASO: Mulher, 60 anos, sem história de contato domiciliar com hanseníase, com placa granulomatosa envolta por halo hipocrômico com anestesia térmica em região malar direita há um ano e meio. Após exame neurodermatológico da lesão, a paciente recebeu o diagnóstico clínico de Hanseníase Tuberculoide, sendo complementado, posteriormente, com laudo histopatológico compatível.

DISCUSSÃO: A hanseníase tuberculoide caracteriza a forma clínica de contenção da multiplicação bacilar, apresentando lesões cutâneas com bordas pronunciadas, geralmente únicas e, assimetricamente, distribuídas pelo corpo. Pode causar lesões nervosas sensitivas, como a alteração da sensibilidade térmica apresentada no caso relatado, e lesões nervosas autonômicas (alteração da pigmentação representada

pelo halo hipocrômico).

CONCLUSÃO: Algumas características semiológicas como alteração nervosa sensitiva e autonômica das lesões auxiliam no diagnóstico clínico da doença; por isso é importante a valorização dessas características para realizar diagnóstico e iniciar o tratamento precocemente.

PALAVRAS-CHAVE: *Hanseníase Tuberculoide; Mycobacterium leprae; Diagnóstico clínico.*

INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa conhecida desde o século IV a.C. Endêmica na Índia, acredita-se que tenha sido introduzida no continente europeu pelas tropas de Alexandre, o Grande, e – posteriormente – trazida à América pelos escravos negros¹.

O *M. leprae* é um bacilo álcool-ácido resistente, parasita intracelular com predileção pela célula de Schwann e pele. Não pode ser cultivado, mas existem modelos animais utilizados no seu estudo e reprodução, como o tatu e camundongos timentomizados e irradiados^{2,3}.

Apesar de todo o empenho em seu controle, o Brasil continua sendo o segundo país em número de casos no mundo. Aproximadamente 94% dos casos novos diagnosticados nas Américas são notificados pelo Brasil⁴.

A forma de apresentação clínica é dependente da reação imunológica do hospedeiro. Estima-se que apenas 3 a 5% das pessoas expostas ao bacilo de Hansen desenvolvam a patologia^{5,6}. Indivíduos capazes de produzirem resposta imunológica competente, através da resposta imune mediada predominantemente por linfócitos T CD4⁺ e citocinas via resposta humoral Th1 desenvolvem formas paucibacilares que evoluem para cura espontânea ou formas do polo tuberculoide da classificação de Madri. Todavia, os que produzem uma resposta insatisfatória, com predomínio de linfócitos T CD8⁺ e citocinas via resposta humoral Th2 manifestam formas multibacilares que evoluem para formas virchowianas².

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 60 anos, parda, residente no Rio de Janeiro/RJ, compareceu ao serviço de dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto encaminhada pela clínica médica, devido ao surgimento de lesão assintomática em região malar direita, com aproximadamente 18 meses de evolução.

A paciente desconhecia qualquer contato com familiares ou pessoas portadoras de hanseníase. Reside no bairro da Penha (região de média endemicidade), numa casa com 5 pessoas (3 filhos e 2 netas) e 4 cômodos.

Ao exame físico, apresentava placa de, aproximadamente, 1cm de diâmetro com bordos eritematosos elevados, pápula hiperocrômica na borda inferior, centro

levemente deprimido e halo hipocrômico bem delimitado. A lesão mostrou-se anestésica ao teste de sensibilidade térmica feito com algodão e éter, e a paciente não apresentava cicatriz de BCG. Notava-se ainda pápulas enegrecidas distribuídas em face e pescoço, clinicamente representando Dermatose Papulosa Nigra (DPN) (Fig. 1 e 2).

A partir de então, foram feitas as



Figura 1. Placa de, aproximadamente, 1cm de diâmetro com bordos eritematosos elevados, pápula hiperocrômica na borda inferior, centro levemente deprimido e halo hipocrômico bem delimitado.



Figura 2. Placa de, aproximadamente, 1cm de diâmetro com bordos eritematosos elevados, pápula hiperocrômica na borda inferior, centro levemente deprimido e halo hipocrômico bem delimitado.

seguintes hipóteses diagnósticas: Hanseníase tuberculoide, sarcoidose, reação persistente à picada de inseto, infecção secundária por escoriação de DPN prévia e granuloma anular.

A partir de uma lesão granulomatosa na face com halo hipocrômico e anestesia térmica, foi possível estabelecer o diagnóstico clínico de Hanseníase Tuberculoide, sendo iniciada poliquimioterapia paucibacilar (PQT/PB).

A paciente foi, então, submetida à realização de baciloscopia do raspado intradérmico dos lóbulos auriculares, cotovelos e joelhos e biópsia da lesão obtida por punch número 4.

A baciloscopia mostrou-se negativa e a biópsia evidenciou infiltrado inflamatório granulomatoso compatível com hanseníase tuberculoide (Fig. 3 e 4).

DISCUSSÃO

A hanseníase tuberculoide caracteriza a forma clínica de contenção da multiplicação bacilar, dentro do espectro da hanseníase. As lesões cutâneas, com bordas pronunciadas, são únicas ou em pequeno número e, assimetricamente, distribuídas pelo tegumento. Apresenta-se, quando placa, como lesão eritematosa ou acobreada, difusamente infiltrada, ou com tendência central ao aplainamento, e limites externos sempre nítidos e bem definidos⁷. Pode causar lesões nervosas sensitivas, como a anestesia térmica apresentada no caso relatado, e lesões nervosas autonômicas (ex: alterações da pigmentação cutânea, lesão das glândulas sebáceas e sudoríparas com surgimento de lesões hipocrômicas, hipohidróticas/anidróticas e com redução ou ausência de pelos).

A baciloscopia do raspado intra-

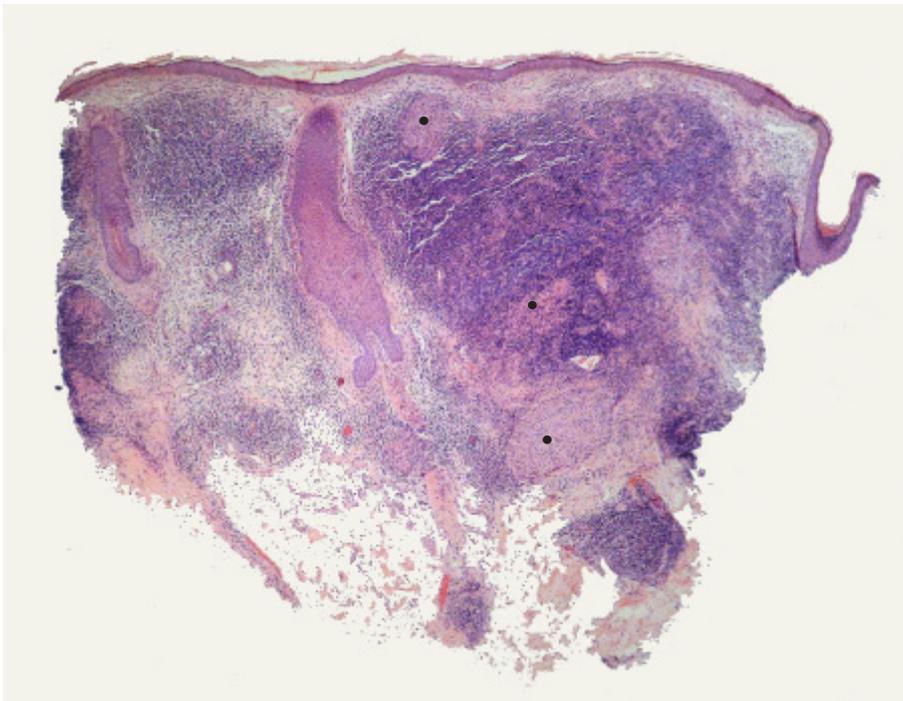


Figura 3. Vários granulomas tuberculoide (áreas com ponto preto) são vistos na derme (HE 40x).

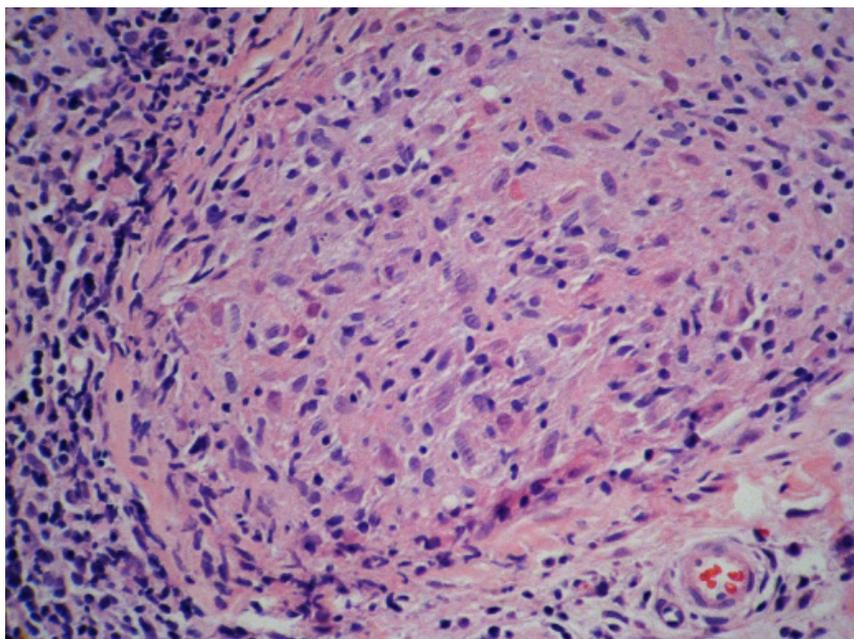


Figura 4. Histiócitos formando granuloma circundados por inúmeros linfócitos (HE 400x).

dérmico é sempre negativa, mas na coloração da histopatologia podem ser encontrados raros bacilos⁷.

Dentre os diagnósticos diferenciais, considera-se sarcoidose, dermatofitose, reação persistente à picada de inseto, sífilis, psoríase e granuloma anular.

Neste artigo, relata-se um caso de hanseníase tuberculoide numa paciente sem história de contactantes próximos e com ausência de cicatriz vacinal de BCG, que apresentava lesão granulomatosa na face. A lesão permitiria vários diagnósticos diferenciais se não fosse pelo fato de apresentar halo hipocrômico com anestesia térmica. Esta característica evidencia a importância de se atentar para as alterações neurais provocadas pela hanseníase, tornando-se possível estabelecer o diagnóstico clínico, iniciar precocemente o tratamento específico e interromper a cadeia de transmissão da doença.

CONCLUSÃO

Considerando-se o Brasil o segundo país no mundo com maior detecção de casos de Hanseníase, os médicos devem estar atentos para as lesões cutâneas sugestivas da doença, principalmente quando há alterações nervosas sensitivas ou autonômicas nas lesões.

A história epidemiológica dos pacientes é muito relevante para o diagnóstico, mas não deve descartar o diagnóstico se negativa.

REFERÊNCIAS

1. Champion RH, Burton JL, Burns DA, et al. Rook/Wilkison/Ebling textbook of dermatology. 7th ed. New York: Blackwell Science; cap 29 p. 1349-51, 2010.
2. Talhari S, Neves RG. Dermatologia tropical–Hanseníase. Gráfica Tropical, Manaus 1997.
3. Hastings RC. Leprosy. Churchill Livingstone, Singapore, 1994.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Sa-

úde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Relatório de atividades da área técnica de dermatologia sanitária ano de 1999. Brasília, 1999.

5. Van Beers SM, De Wit MYL, Klaster PR. Mini Review: The epidemiology of Mycobacterium leprae: Recent insight. FEMS Microbiology Letters 1996; 136:221-30.
6. Yoder LD, Guerra I E. Hansen's Disease. A guide to management in the United States. Hansen's Disease Foundation 2001.
7. Souza CS. Hanseníase: Formas Clínicas e Diagnóstico Diferencial. Medicina, Ribeirão Preto; 1997; 30:325-34.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hansen's disease is a chronic infectious disease caused by the *Mycobacterium leprae* that affects the skin and periferic nervous system. In the classification of leprosy are two opposite and stable poles (lepromatous and tuberculoid) and two unstable groups (indeterminate and borderline), who would walk to one of the poles in the natural disease progression. **CASE REPORT:** Woman, 60 years, with no history of household contact

with leprosy, had granulomatous plaque surrounded by a hypochromic halo with thermal anesthesia on the right cheek at one year and a half. After a neuro-dermatological examination of the lesion, the patient received a clinical diagnosis of tuberculoid leprosy being supplemented later by histopathology. **DISCUSSION:** Leprosy tuberculoid characterizes the clinical form of containment of bacillary multiplication, with skin lesions with pronounced edges, usually single and asymmetrically distributed throughout the body. Lesions may cause sensitive nervous injury, such as alteration of the thermal sensitivity shown in our case, and autonomic nerve lesions (represented by the change in pigmentation – hypochromic halo). **CONCLUSION:** Some clinical features, as sensitive and autonomic nervous alteration of lesions, help in clinical diagnosis of Hansen's disease. Therefore, it's important to recover these features to perform diagnosis and start treatment early

KEYWORDS: Tuberculoid Leprosy; *Mycobacterium leprae*; Clinical diagnosis.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EGON LUIZ RODRIGUES DAXBACHER

Dermatologista pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD); Hansenólogo pela Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH); Professor substituto de Dermatologia – Responsável pelo Ambulatório de Dermatologia Sanitária – HUPE/UERJ.

ADALGISA IEDA MAIWORM BROMERSCHENKEL

Doutoranda PGCM; Mestre em Ciências da Saúde pela UFRN; Especialista em Fisioterapia Pneumofuncional; Chefe do Departamento de Fisioterapia do HUPE/PPC/ UERJ.

ANA LUIZA PARENTONI BITTENCOURT

Enfermeira; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ).

ANA PAULA OLIVEIRA LIBÓRIO

Enfermeira; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ).

CARLA ANDRÉA AVELAR PIRES

Dermatologista pela SBD. Hansenóloga pela SBH. Mestre em doenças tropicais. Docente da Universidade Federal do Pará (UFPA) e da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

CARLOS TELLES

Disciplina de Neurocirurgia -HUPE/UERJ.

CAROLINA PRESOTTO

Especializanda do Programa de Pós-graduação em Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

-

CLAUDIA LÚCIA PAIVA E VALLE

Médica, especialista em Saúde Pública; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria do Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

DANIEL LAGO OBADIA

Médico dermatologista pela SBD. Professor substituto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

DANIELA MARTINS BRINGEL

Médica pós-graduanda em Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ.

DIANA MARY ARAÚJO DE MELO FLACH

Enfermeira; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ).

FÁTIMA ABDALAH SAIEG

Médica; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ).

GERALDO MARIANO MORAES DE MACEDO

Médico (UFPA).

GUSTAVO COSTA VERARDINO

Médico pós-graduando em Dermatologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

JOSÉ DA ROCHA CUNHA

Fisioterapeuta; Serviço de Reabilitação Pulmonar PPC/ UERJ e Pneumologia HUPE/UERJ.

KÉDMAN TRINDADE MELLO

Assistente Social; Gerente de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ).

LUDMILLA QUEIRÓS MIRANDA

Médica pós-graduanda em Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ.

MARCUS ANDRÉ ACIOLY

Médico, Professor da Disciplina de Neurocirurgia - HUPE/ UERJ; Departamento de Neurologia (USP).

MARIA DE FÁTIMA GUIMARÃES SCOTELARO ALVES

Professora adjunta em Dermatologia, responsável pela disciplina de Dermatopatologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

MARIA INÊS FERNANDES PIMENTEL

Médica; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ); Assistente de Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (IPEC); Professora titular de Dermatologia da Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA).

MARILDA ANDRADE

Professora Adjunta de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF).

MARÍLIA BRASIL XAVIER

Doutora em Neurociências e Biologia Celular. Docente da UFPA e UEPA.

MAUD PARISE

Médica; Professora da Disciplina de Neurocirurgia - HUPE/UERJ.

NATASHA UNTERSTELL

Residente de Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ.

PEDRO VALE MACHADO

Residente de Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ.

PLÍNIO D. MENDES

Médico; Professor da Disciplina de Neurocirurgia - HUPE/UERJ e Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso).

POLIANA E. FARIAS

Especialista em Administração Hospitalar (SESPA).

RENATA PAMPLONA NOVAES OLIVEIRA

Mestre em Planejamento em Políticas Públicas (SESPA).

RUTH REIS DO AMARAL

Assistente Social; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ).

SUELI CARNEIRO

Professora adjunta do Departamento de Especialidades Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

TAINÁ SCALFONI FRACAROLI

Médica pós-graduanda em Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ.

TEREZINHA DE JESUS CARVALHO ARAUJO FILHA

Fisioterapeuta da URE Dr. Marcello Candia; Mestre em doenças tropicais (UFPA).

YVES RAPHAEL DE SOUZA

Fisioterapeuta clínico e respiratório; Especialista em Fisioterapia Pneumofuncional e Terapia Intensiva pela ASSOBRAFIR e COFFITO. Especialista em Didática e Metodologia do Ensino Superior pela Universidade Estácio de Sá. Docente de graduação e pós-graduação lato sensu em Fisioterapia nas áreas cardiorrespiratórias, metodologia da pesquisa e orientação de projetos.