

IMPORTÂNCIA DA CLÍNICA NO DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE

TAINÁ S. FRACAROLI
LUDMILLA Q. MIRANDA
DANIELA M. BRINGEL
DANIEL L. OBADIA
EGON L.R. DAXBACHER

RESUMO

Introdução: A hanseníase é um agravo de grande importância na saúde pública, estando o Brasil em segundo lugar em número de casos novos no mundo, apesar de menos de 10% da população ser suscetível. É transmitida pelo contato prolongado com pacientes multibacilares não tratados, e possui apresentação clínica pleomórfica, dependente do grau de imunidade do hospedeiro.

Relato de caso: Paciente jovem apresentando mácula hipocrômica extensa, com alopecia e anestesia térmica, de 4 anos de evolução, localizada no membro inferior esquerdo. Diagnosticado e classificado, clinicamente, como hanseníase *borderline* tuberculoide, mas com características histopatológicas de hanseníase indeterminada.

Discussão: O diagnóstico de hanseníase é, essencialmente, clínico e epidemiológico, complementado, sempre que possível, com exame baciloscópico e histopatológico. Este relato ilustra uma forma *borderline* tuberculoide, que não foi definida pela histopatologia e sim por critérios clínicos, como tempo de evolução, tamanho da lesão, alopecia e anestesia térmica.

Conclusão: A maioria dos casos pode ser diagnosticada apenas por bases clínicas e com auxílio de exames complementares,

visto que a hanseníase é uma doença com evolução variável e espectral, o que pode dificultar a suspeição, principalmente, por não especialistas, e postergar o tratamento, aumentando o risco de incapacidades

PALAVRAS-CHAVE: *Biópsia; Hanseníase; Histopatologia; Tratamento.*

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica infectocontagiosa, com fenômenos imunológicos reacionais agudos que podem ocorrer antes, durante ou depois do tratamento. Apresenta longo período de incubação (2 a 7 anos, em média) e é causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo com alto poder infectante e baixo poder patogênico, que atinge, preferencialmente, a pele e o sistema nervoso periférico. É um agravo de notificação compulsória e constitui importante problema de saúde pública com alta endemicidade nos países em desenvolvimento, estando o Brasil em segundo lugar no mundo em número de casos novos, atrás apenas da Índia¹.

A patogenicidade depende da interação do sistema imunológico do indivíduo com o bacilo. Estima-se que 90% da população têm defesa natural, e que a suscetibilidade

de e resistência são características genéticas, influenciadas por fatores ambientais^{2,3}.

A transmissão da doença ocorre através de contato prolongado com pacientes multibacilares não tratados e as principais fontes do bacilo são as mucosas das vias aéreas superiores^{1,2,4}.

De acordo com a portaria no 3125/105, considera-se epidemiologicamente um caso de hanseníase uma pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento poliquimioterápico:

- a. Lesão e/ou área da pele com alteração de

Tabela 1. Sinopse para classificação das formas clínicas da hanseníase.

CARACTERÍSTICAS			
Clínicas	Baciloscópicas	Formas clínicas	Classificação operacional vigente para a rede pública
Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemo-hipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos	Negativa	Indeterminada (HI)	Paucibacilar (PB)
Placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, até 5 lesões de pele bem delimitadas, hipo ou anestésicas, podendo ocorrer comprometimento de nervos	Negativa	Tuberculoide (HT)	
Lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), apresentando alterações de sensibilidade	Positiva (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou negativa	Dimorfa (HD)	Multibacilar (MB) mais de 5 lesões
Eritema e infiltração difusos, placas eritematosas de pele, infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade	Positiva (bacilos abundantes e globias)	Virchowiana (HV)	

FONTE: Guia de Vigilância Epidemiológica do MS, 2009.

sensibilidade;

b. Acometimento de nervo periférico, com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou autonômicas;

c. Baciloscopia positiva de esfregaço intra-dérmico.

A hanseníase pode causar grande variedade de lesões, desde máculas, pápulas, placas e nódulos, até infiltração difusa, dependendo da imunidade do paciente.

Quanto melhor a imunidade celu-

operacionalizar o diagnóstico e controle da doença, propôs uma classificação simplificada em paucibacilares e multibacilares (Tab. 1), que apresentam, respectivamente, até cinco lesões e mais de cinco lesões. No entanto, a baciloscopia positiva classifica o caso como multibacilar, independente do número de lesões^{1,6}.

A doença é tratada com poliquimioterapia (Fig. 2,3) com duração de 6 meses para casos paucibacilares e de 12 meses para multibacilares. Ao fim do trata-

Tabela 2. Esquemas terapêuticos utilizados para paucibacilares - 6 cartelas.

<u>Adulto</u>	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg), com administração supervisionada
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg, supervisionada, e dose diária de 100 mg, autoadministrada
<u>Criança</u>	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg), com administração supervisionada
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg, supervisionada, e dose diária de 50 mg, autoadministrada
Duração: 6 doses	
Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada	
Critério de alta: o tratamento estará concluído com 6 doses supervisionadas, em até 9 meses. Na 6ª. dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.	

FONTE: Guia de Vigilância Epidemiológica do MS, 2009.

lar, mais circunscrita será a infecção, com tendência à distribuição assimétrica, menor o número de lesões cutâneas e de bacilos, porém, mais precoce será o dano neural^{2,4}.

Existem várias classificações para a doença, dentre elas a classificação de Madrid (Tab. 1) que considera dois polos estáveis e opostos – virchowiano e o tuberculóide – e dois grupos instáveis – dimorfo e indeterminado – que, sem intervenção terapêutica, caminhariam para um dos polos na evolução natural da doença. Já a de Ridley e Jopling² valoriza os achados histopatológicos e se divide em 5 formas, não sendo prática para o dia a dia do não especialista. A Organização Mundial de Saúde (OMS), com a intenção de descentralizar e

mento, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatoneurológico com avaliação do grau de incapacidade física^{1,4,7}.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 39 anos, sem comorbidades, com história de mácula hipocrômica no joelho esquerdo há 4 anos, com aumento progressivo. Negava alteração de sensibilidade ou prurido no local, bem como contato com pacientes acometidos por hanseníase. Ao exame físico, evidenciava mácula hipocrômica, bem delimitada de aproximadamente 30 cm, acometendo a

face anterior do terço distal da coxa, joelho e região proximal da perna esquerda (Fig. 1). Apresentava alopecia e xerodermia no local (Fig. 2). O teste de sensibilidade térmica demonstrou anestesia em toda extensão da lesão e avaliação do grau de incapacidade física foi zero. Presença de espessamento do nervo fibular comum esquerdo. A baciloscopia do raspado intradérmico foi negativa e a histopatologia (Fig. 3 e 4) da lesão demonstrou epiderme preservada e derme com infiltrado linfocitário superficial e profundo ao redor de estruturas vasculares e neurais. A coloração pelo Fite-Faraco foi negativa e o exame compatível com hanseníase indeterminada. Diante dos achados clínicos e exame dermatoneurológico, foi diagnosticado como hanseníase *borderline* tuberculoide e iniciada poliquimioterapia paucibacilar. Examinados todos os 6 contactantes existentes e nenhum caso suspeito foi encontrado; foram orientados sobre os sinais e sintomas da doença e encaminhados para vacinação com BCG de acordo com a necessidade. O paciente realizou tratamento por 6 meses de maneira regular, sem intercorrências, mantendo grau de incapacidade física zero na cura.

DISCUSSÃO

A histopatologia não deve ser considerada padrão ouro para o diagnóstico da doença, visto que muitas vezes pode não ser conclusiva, principalmente nos casos paucibacilares, onde quase nunca são visualizados bacilos, critério necessário para doença infecciosa, ou quando não se observa infiltrado acometendo tecido neural⁴. Vale ressaltar que o exame histopatológico pode não ser concordante com a forma clínica, pois depende do tipo de lesão biopsiada, local escolhido para biópsia e da presença ou não de estado reacional, por

isso é fundamental a correlação clínico-histopatológica.

Como no caso supracitado, a forma *borderline* tuberculoide não foi definida pela histopatologia e sim por critérios clínicos como tempo de evolução de 4 anos, lesão extensa, alopecia e anestesia térmica. Características estas não encontradas na hanseníase indeterminada (HI), forma de apresentação inicial, sem achados imunológicos ainda definidos^{1,7}. As lesões de HI com diagnóstico tardio ou extensas já podem ter evoluído para um dos polos, tuberculoide ou virchowiano. À medida que as lesões iniciais progridem, poderão ocorrer redução da sudorese, xerodermia e rarefação de pelos, bem como alterações de sensibilidade, achados estes discretos na HI e exuberantes quanto mais próximo do polo tuberculoide em decorrência da agressão imunológica dos nervos da pele. O longo tempo de evolução, ocasionado pelo atraso do diagnóstico, pode contribuir para a redução da imunidade protetora do indivíduo, levando a formas avançadas e tardias, com maior possibilidade de sequelas. Sabidamente, quanto pior a avaliação neurológica no diagnóstico, maior será o potencial de reações⁸.

Em áreas hiperendêmicas, é comum o contágio intradomiciliar, já nas áreas de menor endemicidade isto não é frequente, podendo o caso índice estar no ambiente de trabalho ou lazer⁶. Fato este que pode justificar a não identificação de paciente bacilífero dentre os contactantes examinados, como no relato descrito.

No nosso caso, o diagnóstico tardio contribuiu para evolução para a forma *borderline* tuberculoide e lesão neural, com anestesia térmica. Será que o atraso no diagnóstico reflete a desvalorização da hanseníase na rede pública em razão da redução da epidemia no município do Rio de Janeiro? Se fazem necessários capacitação continuada, maior informação para a po-

Tabela 3. Esquemas terapêuticos utilizados para multibacilares – 12 cartelas.

<u>Adulto</u>	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg), com administração supervisionada
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg, supervisionada, e dose diária de 100 mg, autoadministrada
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg), com administração supervisionada, e uma dose diária de 50 mg autoadministrada
<u>Criança</u>	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg), com administração supervisionada
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg, supervisionada, e dose diária de 50 mg, autoadministrada
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg), com administração supervisionada, e uma dose de 50 mg, autoadministrada em dias alternados
<p>Duração: 12 doses Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada Critério de alta: o tratamento estará concluído com 12 doses supervisionadas, em até 18 meses. Na 12ª. dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física, e receber alta por cura. Os pacientes MB que não apresentarem melhora clínica, ao final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas), deverão ser encaminhados para avaliação nas unidades de maior complexidade, para verificar a necessidade de um segundo ciclo de tratamento, com 12 doses.</p>	

FONTE: Guia de Vigilância Epidemiológica do MS, 2009

pulação, melhor formação na graduação e pós-graduação para que a capacidade diagnóstica da rede de saúde seja mantida e/ou ampliada permitindo diagnóstico precoce.

CONCLUSÃO

A hanseníase, por ser uma doença com evolução variável e espectral, entra como diagnóstico diferencial em várias situações, necessitando de uma boa avaliação dermatoneurológica, visto que o atraso do seu diagnóstico aumenta o risco de incapacidades e perpetua sua transmissão.

Um bom exame físico, com conhecimento das lesões características, na

maioria das vezes, é suficiente para identificação da doença. Nos casos de clínica duvidosa, os exames complementares podem ser necessários, porém não são soberanos à clínica e seus resultados podem não inerir no esquema terapêutico. Este caso demonstra a importância dos critérios clínicos na classificação da hanseníase.

REFERÊNCIAS

1. Talhari S, Neves RG, Penna GO, Oliveira ML VDR. Diagnóstico. In: Hanseníase. 4ª ed. 2006. cap 10, 128-32.
2. Ridley DS, Jopling. WHO classification of leprosy according to immunity: A five group system. Int J Lepr. 1966;34:255-73.



Figura 1. Mácula hipocrômica extensa, aproximadamente 30 cm, bordas bem definidas, com áreas normocrômicas no membro inferior esquerdo.

3. Fabozzi G, Modiano G, Poccia F, et al. Is there a genetic basis for human susceptibility to leprosy? *IUBMB Life*.2005;57:119-21.
4. Moschella SL. An update on the diagnosis and treatment of leprosy. *J Am Acad Dermatol* . 2004;51:417-26.
5. Ministério da Saúde. Portaria no 3125 de 07 de outubro de 2010, acesso em www.portal.saude.gov.br/portal.
6. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica 7ª ed. Caderno 7: Hanseníase. Brasília (DF), 2009.
7. Ramos-e-Silva M, Rebello PFB. Leprosy. Recognition and treatment. *Am J Clin Dermatol*.2001; 2:203-11.
8. Pimentel MIF, Nery JAC, Borges E, Gonçalves RR e Sarno EN. Influência do tempo de evolução prévio ao diagnóstico nas incapacidades presentes no exame inicial de pacientes portadores de hanseníase multibacilar. *Hansen Int*. 2002; 27: 77-82.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is a disorder of great importance in public health, Brazil is the second place in number of new cases worldwide, although less than 10% of the population is susceptible. It's spread by prolon-

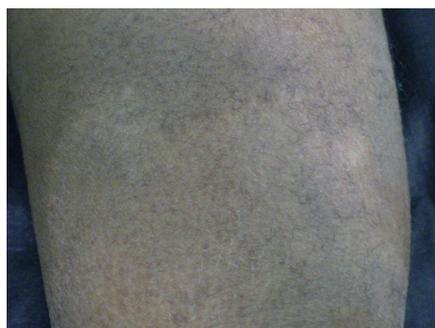


Figura 2. No maior detalhe, áreas de alopecia e xerodermia.

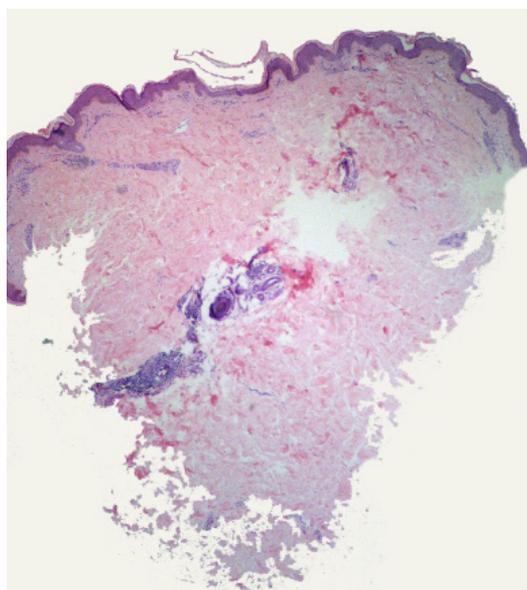


Figura 3. Observa-se discreto infiltrado inflamatório mononuclear perivascular superficial e profundo (HE 40x).

ged contact with untreated multibacillary patients, and has pleomorphic clinical presentation, according to the degree of host immunity. Case report: A young patient exhibits extensive hypochromic macules, with alopecia and thermal anesthesia, 4 years of evolution, located in the left leg. Although the patient was clinically diagnosed and classified as borderline tuberculoid leprosy, histopathological features were of indeterminate

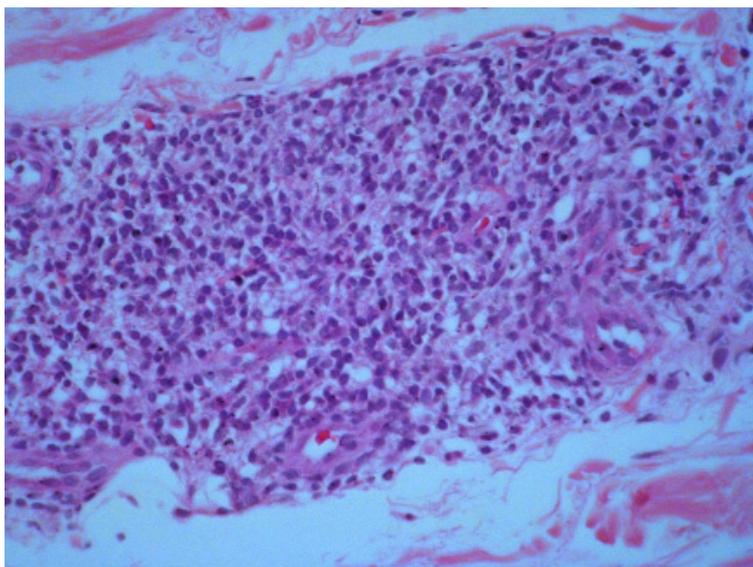


Figura 4. Numerosos linfócitos e alguns histiócitos circundando vasos na derme profunda (HE 400x).

leprosy. Discussion: The diagnosis of leprosy is primarily clinical, epidemiological, supplemented if possible with bacteriological and histopathological examination. This report illustrates a borderline tuberculoid form, which wasn't defined by histopathology, but by clinical criteria such as time of development, size of lesion, alopecia, and thermal anesthesia. Conclusion:

Most cases can be diagnosed by physical examination and aid of additional tests, as leprosy is a disease with variable course and spectral, which can encumber the suspicion, especially by non-specialists, and delay the treatment, increasing the risk of disability.

KEYWORDS: Biopsy; Histopathology; Leprosy; Treatment.

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.