

RELATO DE CASO DE UM PACIENTE DO SEXO MASCULINO COM HANSENÍASE TUBERCULOIDE SEM ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE.

AUTORES

Cristina Hamabata;
Lucas Antonio T. dos Santos;
Maria Caroline Perez Martinez
Discentes UNILAGO

Prof. Dra. Soraia El Hassan
Orientador Docente UNILAGO

Dra. Bruna S. de AGUIAR
Coorientadora Docente UNILAGO

ABSTRACT

Leprosy is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*, which mainly affects the skin and the peripheral nervous system. In the Madrid classification, leprosy is divided into two stable and opposing poles (virchowian and tuberculoid), and two unstable groups (indeterminate and dimorphic). This study aims to consider the need for a cautious assessment of the patient in the face of this pathology, which is often difficult to diagnose when there is no change in sensitivity and the patient is asymptomatic presenting only the skin lesions. Therefore, a good anamnesis and pathological diagnosis in these cases is essential. The material analyzed is the medical record, containing physical examination information and results of complementary tests, developed at the Dermatological Office NeoPelle, Catanduva-SP and in the facilities of the Faculdade de Medicina União dos Grandes Lagos, São José do Rio Preto.

Tuberculoid leprosy, asymptomatic lesions, anatomopathological diagnosis

KEYWORDS

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). Este estudo visa atentar para a necessidade de uma avaliação cautelosa do paciente diante dessa patologia que muitas vezes é de difícil diagnóstico clínico quando não há alteração de sensibilidade e o paciente é assintomático, apresentando apenas as lesões de pele. Por isso, é imprescindível uma boa anamnese e o diagnóstico anatomopatológico nesses casos. O material analisado é o prontuário, contendo informações do exame físico realizado e resultados de exames complementares, desenvolvido no Consultório Dermatológico NeoPelle, Catanduva-SP e nas dependências da Faculdade de Medicina da União das Faculdades dos Grandes Lagos, São José do Rio Preto.

PALAVRAS - CHAVE

Hanseníase tuberculoide, lesões assintomáticas, diagnóstico anatomopatológico.

1. INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma moléstia infecto-contagiosa, de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. (SAMPAIO, *et al.*, 2008)

O *M. leprae* é um bacilo álcool-ácido resistente, parasita intracelular com predileção pela célula de Schwann e pele. (UNTERSTELL, *et al.*, 2011)

O contágio ocorre principalmente de indivíduo para indivíduo. As vias de eliminação dos bacilos são especialmente as vias aéreas superiores e áreas da pele e/ou mucosas erodadas. Os bacilos também podem ser eliminados pela urina, fezes, suor, leite materno, secreções vaginais e esperma. (SAMPAIO, *et al.*, 2008)

A doença caracteriza-se, principalmente, por manifestações nos nervos periféricos e na pele. Os bacilos multiplicam-se muito lentamente, O período de incubação é de dois a cinco anos, podendo atingir até 20 anos. (SAMPAIO, *et al.*, 2008).

As informações publicadas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia mostram que os sintomas característicos são: manchas mais claras, vermelhas ou mais escuras, pouco visíveis e com limites imprecisos, alteração da sensibilidade no local associado à perda de pelos e ausência de transpiração. Quando o nervo de uma área é afetado, surgem dormência, perda de tônus muscular e retrações dos dedos, com desenvolvimento de incapacidades físicas. Nas fases agudas, podem aparecer caroços e/ou inchaços nas partes mais frias do corpo,

como orelhas, mãos, cotovelos e pés. **Hanseníase tuberculoide**: manchas ou placas de até cinco lesões, bem definidas, com um nervo comprometido, acarretando neurite (inflamação do nervo).

2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo descrever um caso de um paciente com lesão em região dorsal direita e abdominal sem manifestações de perda sensitiva que gerou dúvida diagnóstica ao exame clínico sendo necessária a solicitação de exame anatomopatológico ressaltando, dessa forma, a importância da solicitação deste exame nos casos assintomáticos para fins diagnósticos.

3. MATERIAL E MÉTODO

Foi feita avaliação do prontuário da paciente, fornecido pela coorientadora Dra. Bruna Somílio, analisando exame físico e exames complementares utilizados para o diagnóstico da paciente, fazendo correlação com a literatura citada na bibliografia.

Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAGO – por meio da Plataforma Brasil, para apreciação e aprovação e, a partir daí, iniciada a coleta de dados. O paciente envolvido recebeu as informações, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizou a pesquisa em seu prontuário.

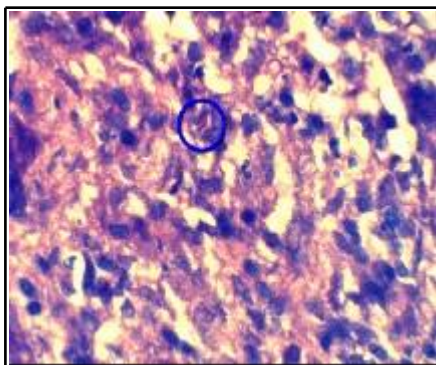
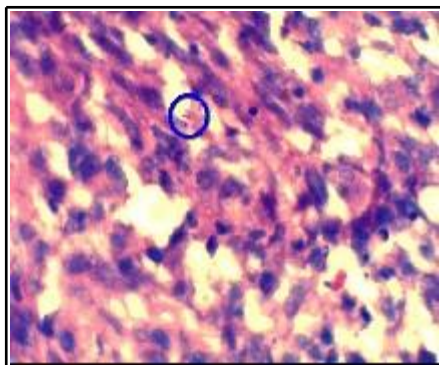
A partir de então, o presente trabalho foi desenvolvido nas dependências da Faculdade de Medicina da União das Faculdades dos Grandes Lagos, São José do Rio Preto- SP. Neste local foram feitas reuniões entre orientada e a orientadora Dra. Cristina Benitez, para discussão e avaliação da progressão do trabalho.

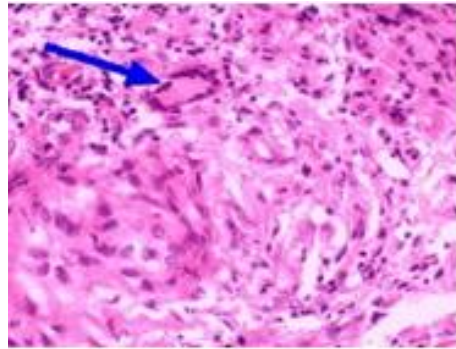
4. RESULTADOS

Paciente A.P.Z, do gênero masculino, 70 anos, procurou atendimento no consultório Dermatológico Neopelle, Catanduva-SP, com queixa de lesão dorsal direita e abdominal, sem manifestações de perda sensitiva, placas com bordas elevadas bem definidas e centro claro (forma de anel) sem sinal de neurite. Dentre as hipóteses diagnósticas foram listadas: pseudolinfoma, Mh histoide, linfoma cutâneo e hanseníase.

Foi realizada biopsia incisional de pele para exame anatomopatológico. À macroscopia o fragmento cilíndrico de pele media 0,5cm de diâmetro e 1,2cm de comprimento, apresentando superfície externa lisa e consistência macia. Coloração histológica: hematoxilina-eosina Ziehl-neelsen.

A conclusão da macroscopia foi de quadro histológico compatível com hanseníase tuberculoide. Sem indícios de neoplasia e pesquisa de BAAR negativa. Confirmou-se o diagnóstico de hanseníase tuberculoide.





GRANULOMA COM GIGANTOCITO

5. DISCUSSÃO

Não há um teste padrão ouro para o diagnóstico, devido a impossibilidade da reprodução do *M. leprae* em meios de cultura *in vitro*, assim o diagnóstico é essencialmente clínico. (SILVESTRE, M.S.A., LIMA, L.N.G.C., 2016)

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. 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 acarretam uma resposta insatisfatória, com predomínio de linfócitos T CD8+ e citocinas via resposta humoral Th2 manifestam formas multibacilares que evoluem para formas virchowianas. (UNTERSTELL, *et al.*, 2011)

A frequência da hanseníase é igual em ambos os sexos, mas há um predomínio da forma lepromatosa (virchowiana) nos homens (2:1) e isso pode ter relação com fatores hormonais. (SAMPAIO, *et al.*, 2008).

O Brasil, no continente americano, ainda é o país mais endêmico e possui a maior incidência e prevalência entre os três países que ainda não eliminaram a doença no mundo. O diagnóstico brasileiro de hanseníase é tardio, leva cerca de 12 a 24 meses após o surgimento dos sintomas devido à falta de informação sobre a moléstia, escassez de serviços especializados e a busca tardia por atendimento. No momento do diagnóstico, cerca de 7% da população apresenta lesões sensitivas e/ou motoras e deformidades evitáveis. (ARANTES. C, *et al.*, 2010).

A pesquisa feita por Carvalho e Alvarez mostra que há maior frequência de incapacidades nos membros inferiores do que as encontradas nos membros superiores. O menor acometimento das mãos ocorre pela maior atenção e busca precoce por atendimento ao menor sinal incapacitação.

De acordo com ARAUJO, M, o diagnóstico diferencial se baseia em: reação persistente a picada de inseto, tinha, granuloma anular, sarcoidose, dermatite seborrêica, sífilis secundária ou terciária, líquen plano, alopecia areata, alopecia mucinosa, farmacodermias, esclerodermia em placas, psoríase, leishmaniose tegumentar americana, esporotricose, etc.

Segundo o Ministério da Saúde, 2015, o tratamento estabelecido consiste em Rifampicina 600mg (2 comprimidos de 300mg) em dose única, e deverá ser administrado no segundo mês de tratamento do caso índice (aproximadamente 4 semanas do início do tratamento do caso índice). Crianças com mais de 05 anos é dado

450mg Rifampicina (01 frasco de 150 mg/ml e 01 cápsula de 300mg) e em crianças ou adultos com peso inferior a 30 kg administrar Rifampicina 10 a 20mg/kg.

Drogas alternativas: ofloxacina e/ou minociclina. Efeitos adversos não são frequentes, mas os principais são anemia hemolítica, agranulocitose, síndrome pseudogripal, síndrome da dapsona, eritrodermia, dermatiteesfoliativa e plaquetopenia. Em neurites refratárias, a melhor opção é a pulsoterapia com metilprednisolona EV, 1 g/dia por 3 dias. Descompressão neural cirúrgica em abscesso de nervo e neurites incontroláveis. LASTORIA, JC e ABREU M, 2012.

A eficácia da quimioprofilaxia com rifampicina em países endêmicos é apresentada na pesquisa de Moet et al, o trabalho coloca que uma dose única reduz a incidência da hanseníase nos primeiros anos em 60% com manutenção da proteção por cerca de quatro a seis anos.

6. CONCLUSÃO

O exame anatomopatológico somente consolida o diagnóstico quando associado a anamnese e ao exame físico. A demora pela procura de auxílio médico, o difícil acesso a atendimento especializado e o diagnóstico clínico falho por exame físico pobre são responsáveis pelo atraso do tratamento adequado e evolução do quadro para alterações neurossensoriais. É essencial a realização do exame anatomopatológico para diagnóstico diferencial. Ao concluir que a lesão representa hanseníase tuberculóide é necessário a implementação rápida do tratamento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, C.K.; et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Revista Epidemiol Serviço de Saúde**. V.19 n.2 Brasília jun. 2010.

ARAUJO, MG. Leprosy in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 36:373-382, mai-jun, 2003.

AZULAY, D.R; et al. **Dermatologia**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013, p.400-401.

CARVALHO, GA, ALVAREZ, RRA. **Avaliação de incapacidades físicas neuro-músculo-esqueléticas em pacientes com hanseníase**. Hansen Int 2000; 25(1): 39-48.

FITZPATRICK, T.B; et al. **Tratado de Dermatologia**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2015, p.1788-1790.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. Quimioprofilaxia de contatos de doentes de hanseníase com rifampicina em dose única. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Medicamento: Relatório de recomendação; n. 65). Acessado em 25/01/2019 em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Relatorio_Quimioprofilaxia_Hanseniase_final.pdf

LASTORIA JC, ABREU M. **Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento**. Revista Online de Dermatologia UNESP. Acesso em 26/01/2019: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Prático Sobre a Hanseníase. Brasília: 2017.

Moet FJ, Pahan D, Oskam L, Richardus JH. **Effectiveness of single dose rifampicin in preventing leprosy in close contacts of patients with newly diagnosed leprosy: cluster randomised controlled trial.** 2008.

SAMPAIO, S.A.P; RIVITTI, E.A. **Dermatologia.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007, p.542-641.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **HANSENÍASE.** Acesso em 25/01/2019:<http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/hansenia/9/>. 2017.

SILVESTRE, M.S.A.; LIMA, L.N.A.C. Hanseníase: considerações sobre o desenvolvimento e contribuição (institucional) de instrumento diagnóstico para vigilância epidemiológica. **Revista Pan-Amazônica de Saúde.** V.7 n.esp Ananindeua dez. 2016.

UNTERSTELL, Natasha, **Relato de Caso de Hanseníase Tuberculóide:** Discussão dos Achados Clínicos e Semióticos. 2011. 10f. Relato de Caso – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2011.

BARRETO JA.; et al.; Manifestações de padrão tuberculóide reacional na hanseníase dimorfa: estudo histoquímico e imuno-histoquímico comparativo, durante a poliquimioterapia. **Revista Dermatol. An Bras Dermatol.**2005;80 (Supl3):S268-74.

SILVEIRA MGB.; et al.; Portador de Hanseníase: Impacto psicológico do Diagnóstico. **Revista Psicologia e Sociedade,** 26(2), 517-527.

CAMPOS SSL.; et al.; **Epidemiologia da Hanseníase.** Anais Brasileiros de Dermatologia. An. Bras. Dermatol. Vol.80 suppl.2 Rio de Janeiro June/Aug.2005.

BELDA, W. **Aspectos epidemiológicos da Hanseníase** no Estado de São Paulo. *Hansen.Int.*, 1(1): 11-23, 1976.