

Hanseníase históide de localização restrita* *Histoid leprosy of restricted location**

Antônio Pedro Mendes Schettini¹
Maria da Graça Souza Cunha³
José Carlos Gomes Sardinha⁵

Josie da Costa Eiras²
Liana Hortência Miranda Tubilla⁴

Resumo: A hanseníase permanece importante problema de saúde pública e os técnicos de unidades básicas de saúde devem estar capacitados para reconhecer as diversas formas de apresentação clínica da doença. Relata-se caso de paciente com lesões pouco habituais, cujo diagnóstico foi importante por se tratar de doente multibacilar, principal elo da cadeia de transmissão da doença. O diagnóstico e tratamento oportuno desses casos contribuem para atingir as metas de eliminação da doença no país. Palavras-chave: Diagnóstico diferencial; Hanseníase; *Mycobacterium leprae*

Abstract: Leprosy remains a public health problem in Brazil. Every health professional at the primary health care level should be able to detect all presentation forms of leprosy. We report the case of a multibacillary patient with unusual lesions, whose diagnosis was important to interfere in the transmission chain. Diagnosis and adequate treatment contribute to reach the leprosy elimination goal in our country.

Keywords: Diagnosis, differential; Leprosy; *Mycobacterium leprae*

A hanseníase possui amplo espectro de manifestações clínicas relacionadas a três processos: dano celular e tecidual em função da multiplicação e disseminação dos bacilos; resposta imune do hospedeiro; e complicações do acometimento dos nervos periféricos.¹

Nas formas clínicas em que o hospedeiro apresenta alta resistência, o bacilo raramente é demonstrado, as lesões são bem delimitadas e em pequeno número. Nas formas de baixa resistência, o bacilo é facilmente detectado, havendo grande número de

lesões. Esse atributo é utilizado para determinação do esquema terapêutico adequado. Para fins operacionais, recomenda-se o esquema paucibacilar para pacientes com até cinco lesões, e, acima de cinco, o multibacilar. Essa regra, entretanto, nem sempre se aplica, pois é possível o doente apresentar poucas lesões e grande número de bacilos, ou vice-versa.^{1,2}

Relata-se caso de paciente do sexo masculino, com 30 anos de idade, que apresentava há cerca de um ano calosidade na região calcânea, à direita, que associava ao uso de botas. Referia ainda “dormência”

Recebido em 23.06.2008

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 01.09.2008.

* Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia da Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta – Manaus (AM), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Médico dermatologista da Fundação Alfredo da Matta – Manaus; mestre em Patologia Tropical pela Universidade Federal do Amazonas – Manaus (AM), Brasil.

² Médica residente em dermatologia pela Fundação Alfredo da Matta – Manaus (AM), Brasil.

³ Médica dermatologista da Fundação Alfredo da Matta – Manaus (AM); doutora em Medicina pela Universidade de Ribeirão Preto, Unaerp – Ribeirão Preto (SP) – Brasil.

⁴ Médica da Fundação Alfredo da Matta – Manaus (AM), Brasil.

⁵ Médico dermatologista da Fundação Alfredo da Matta – Manaus (AM), Brasil.

em quarto e quinto quirodáctilos esquerdos e dorso distal do pé direito. De antecedentes, há sete anos procurou serviço de referência em hanseníase, apresentando dormência em punho direito e dorso do pé direito, sem lesões cutâneas. Suspeitou-se de hanseníase neural, porém o diagnóstico não foi concluído, e o paciente não retornou para as consultas subsequentes. Negava ser comunicante de hanseníase.

No exame dermatológico atual apresentava placa tuberosa e nodular, bem delimitada, brilhante, cor da pele, queloidiforme, de consistência endurecida, medindo 8cm x 7,5cm, no tornozelo direito e lesões nodulares satélites menores (Figura 1). Evidenciaram-se espessamento e dor no nervo ulnar esquerdo, fibular esquerdo e tibiais posteriores. Foram consideradas as hipóteses de hanseníase, lobomiose, xantoma tendinoso e eritema elevatum diutinum.

A pesquisa da sensibilidade térmica e dolorosa da lesão mostrou hipoestesia. A baciloscopia foi positiva, com índice baciloscópico de 3,25% (3+ em cotovelo esquerdo, 2+ em orelha direita, 3+ em dedo médio da mão direita, 5+ na lesão do calcâneo, com 3% de bacilos íntegros nesta última). À histopatologia observou-se na derme infiltrado nodular e difuso de histiócitos fusiformes e vacuolizados e raras células epitelióides (Figura 2). Pelo método de Wade demonstraram-se incontáveis bacilos álcool-acidoresistentes, isolados e agrupados, a maioria íntegra. Firmou-se o diagnóstico de hanseníase multibacilar, sendo instituída poliquimioterapia multibacilar com 12 doses. O paciente evoluiu com regressão total das lesões e redução gradativa da baciloscopia até sua negatização.

No caso descrito, havia pequeno número de

lesões restritas, contrastando com o grande número de bacilos na linfa. A aparência queloidiforme é compatível clinicamente com a forma históide, que ocorre nos pacientes multibacilares e está associada à resistência medicamentosa à sulfá e/ou poliquimioterapia, sendo rara em pacientes virgens de tratamento.^{3,5}

A expressão hanseníase históide foi introduzida por Wade, em 1963, com base no aspecto histológico desses hansenomas ricos em bacilos, que são compostos de histiócitos fusiformes similares aos de um dermatofibroma.^{3,6} Existem três variantes histológicas do leproma históide: fusocelular puro, fusocelular com componente epitelióide e fusocelular com células vacuolizadas, sendo este último o mais comumente observado.⁵

Sugere-se que ocorra pela ação de bacilos mutantes não sensíveis às drogas ou, ainda, de depressão da imunidade celular sistêmica, porém com aumento local da imunidade celular e humoral.⁵

A manifestação clínica clássica é de nódulos cutâneos bem delimitados, de tamanho e número variáveis. Podem ocorrer placas, pápulas e lesões tuberosas e vegetantes de grande diâmetro, como no caso aqui apresentado.^{3,4,6,7}

Nos países em que a hanseníase não representa mais problema de saúde pública, trava-se discussão sobre o papel das formas históides. Uma das questões é como manter pesquisas voltadas para aspectos ainda não esclarecidos da doença, em ambiente no qual ela já não preocupa os gestores e agentes financiadores da saúde, pois foi considerada eliminada.⁸ Aspecto importante, segundo observação pessoal dos autores, é a subcapacitação das equipes de saúde de nível básico para o reconhecimento de apresentações clínicas



FIGURA 1: Placa tuberosa e nodular, bem delimitada, brilhante, cor da pele, de aspecto queloidiforme, medindo 8cm x 7,5cm, na face posterior do tornozelo direito e lesões nodulares satélites, de tamanhos menores

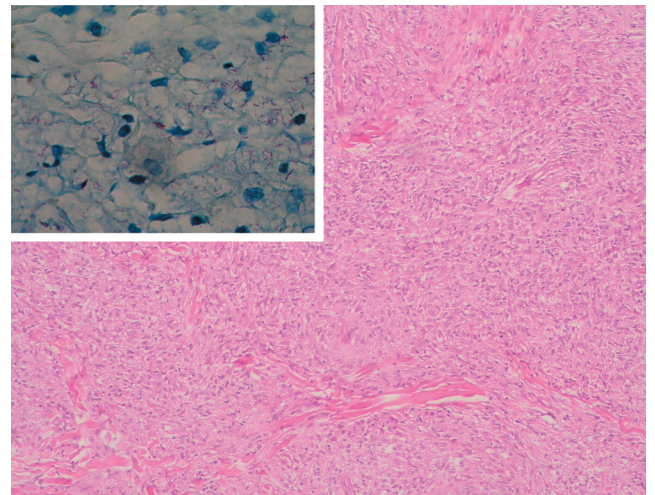


FIGURA 2: Infiltrado inflamatório constituído de histiócitos fusiformes e vacuolizados e raras células que guardam a aparência epitelióide. Hematoxilina-Eosina, 40x. Na ampliação observa-se numerosos bacilos íntegros e fragmentados. Wade, 40x.

não clássicas em regiões em que médicos especialistas capacitados migraram para outras áreas de atuação.

Há necessidade da capacitação dos técnicos das unidades básicas, disponibilização de centros de referência que possam realizar exames complementares e empenho para que pesquisas em hanseníase continuem sendo valorizadas. Essas tarefas dependem muito do compromisso dos dermatologistas, histori-

camente comprometidos nas atividades de controle da hanseníase.⁹

Continua em evidência a observação provocativa do professor Opromolla: “Há possibilidade de a hanseníase se extinguir sem que conheçamos todos os seus segredos, mas também é possível que ela não acabe justamente porque não a conhecemos como deveríamos”.¹⁰ □

REFERÊNCIAS

1. Pfaltzgraff RE, Bryceson A. Clinical leprosy. In: Hasting RC, editor. Leprosy. Edrinburgh: Churchill; 1989. p. 134-75.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da Hanseníase. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
3. Sehgal VN, Srivastava G. Histoid leprosy. *Int J Dermatol.* 1985;24:286-92.
4. Annigeri SR, Metgud SC, Patil JR. Lepromatous leprosy of histoid type. *Indian J Med Microbiol.* 2007;25:70-1.
5. Pereyra SB, Daniello CA, Ponssa GJ, Consigli JE, Papa MB, Ghirardi G. Wade's histoid leprosy: three clinical presentations. *Int J Dermatol.* 2007;46:944-6.
6. Nair SP, Moorthy KP, Suprakasan S, Jayapalan S, Mini G. Histoid leprosy – unusual presentation. *Int J Dermatol.* 2006;45:433-4.
7. Kamath HD, Sukumar D, Shetty NJ, NandaKishore B. Giant lesions in histoid leprosy – an unusual presentation. *Indian J Lepr.* 2004;76:355-8.
8. Palit A, Inamadhar AC. Histoid leprosy as reservoir of the disease, a challenge to leprosy elimination. *Lepr Rev.* 2007;78:47-9.
9. Oliveira MLW, Penna GO, Talhari S. Role of dermatologists in leprosy elimination and post-elimination era: the Brazilian contribution. *Lepr Rev.* 2007;78:17-21.
10. Opromolla DVA. Clínica da hanseníase. *Hansenol Int.* 2001;26:1-4.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Antônio Pedro Mendes Schettini
Rua Benjamin Lima, no. 16, quadra 36.
Bairro Planalto.
69 044 040 - Manaus - AM
E-mail: apms@vivax.com.br

Como citar este artigo / How to cite this article: Schettini APM, Eiras JC, Cunha MGS, Tubilla LHM, Sardinha JCG. Hanseníase históide de localização restrita. *An Bras Dermatol.* 2008;83(5): 470-2