

HANSENÍASE COM LESÃO ÚNICA

EDITORIAL

Ultimamente vem se difundindo um novo conceito na hanseníase relacionados com aqueles casos que apresentam lesão única^{1,2,3}. Em 50% deles haveria uma cura espontânea dessas lesões, e alguns autores chegam mesmo a considerá-los como uma entidade clínica, tanto que esquemas especiais para o seu tratamento estão sendo experimentados em várias áreas.

Essas lesões únicas contudo, não são sempre únicas e não são semelhantes do ponto de vista imunológico e conseqüentemente evolutivo. Considerando-se apenas as lesões cutâneas, e não aquelas exclusivamente neurológicas, elas podem se apresentar como uma mácula hipocrômica ou eritêmato-hipocrômica com distúrbios sensitivos, uma placa também com alterações da sensibilidade, uma pápula ou um nódulo.

Quando houver apenas uma mácula pode se tratar de um caso indeterminado ou tuberculóide, dimorfo ou virchoviano dependendo do seu substrato histopatológico. No caso das lesões maculares dimorfas ou virchovianas apesar de Cochrane⁴ tê-las descrito como lesões sempre múltiplas apresentando um infiltrado histológico incipiente que ele chamou de pré dimorfo ou pré lepromatoso, elas tem um estágio com lesão única já com esse tipo de infiltrado específico.

Quanto às máculas indeterminadas e tuberculóides, elas, no Congresso do Cairo⁵ em 1938, elas faziam parte do tipo Neural, como lesões maculares simples, ao lado das lesões tuberculóides minor e major e das lesões neurais anestésicas. Mais tarde, em 1948, no Congresso de Havana⁶, os autores sulamericanos introduziram o termo incaracterístico para designar as lesões maculares com infiltrado histológico inespecífico separando-as daquelas com infiltrado já tuberculóide. Estas eram consideradas uma entidade a parte pelos indianos que as designavam de maculo-anestésicas. No Congresso de

em 1953, o termo incaracterístico foi substituído pelo de indeterminado, e depois de muita discussão a forma máculo-anestésica dos pesquisadores indianos foi incorporada ao tipo tuberculóide com a designação de tuberculóide macular ou macular tuberculóide.

As máculas indeterminadas podem ser únicas ou múltiplas, Cochrane⁴ admitia como indeterminados, casos com duas ou até quatro máculas. Essas lesões com limites pouco precisos, com baciloscopia negativa, infiltrado histológico inespecífico onde um ou outro bacilo podia ser encontrado dentro de um filete nervoso, apresentam a reação de Mitsuda positiva ou negativa. As lesões em que o Mitsuda é positivo, podem se curarespontaneamente semtratamento ou evoluir para uma forma tuberculóide, enquanto as com Mitsuda negativo evoluem para formas dimorfas ou virchovianas.

Desta maneira os casos de hanseníase com lesões únicas são mais complexos do que parecem.

As máculas indeterminadas com Mitsuda positivo, as máculas e placas tuberculóides, e as pápulas e nódulos que constituem a hanseníase nodular da infância^{8,9,10,11,12,13} únicos, que tem uma evolução favorável, parecem ocorrer em percentagens elevadas, até 50% em países do sudeste asiático, mas as lesões indeterminadas com Mitsuda negativo são mais freqüentes em países sulamericanos onde a taxa de pacientes virchovianos e dimorfos também é maior.

Foi por esse motivo que o Brasil resistiu durante algum tempo a implantação da PQT/OMS com dose fixa de 6 meses para os pacientes paucibacilares¹⁴, tanto que na sua definição de paucibacilar ele não incluía o indeterminado Mitsuda negativo¹⁵. Contudo, após os resultados de 9 anos de seguimento de casos PB tratados com a poliquimioterapia no mundo todo e com uma taxa de recidivas de apenas 1,07 %¹⁶, ao ano,

o nosso país reconsiderou a sua decisão e incluiu em sua definição de casos PB também os indeterminados Mitsuda negativos¹⁷. Apesar disso, convém lembrar que a média de evolução dos casos indeterminados para os vários tipos do espectro da hanseníase, sem tratamento, é de 5 anos, menos para os tuberculóides e mais para os virchovianos⁸. Desta maneira, o Brasil que adotou a dose fixa para todos os casos indeterminados somente em 1994, deverá esperar mais alguns anos para ter dados sobre sua própria taxa de recidivas nesses casos Mitsuda negativos tratados com a PQT/OMS.

Seja como for, deve-se considerar que os casos com lesões únicas não devem constituir uma entidade clínica e que a possibilidade de regredir espontaneamente não seja vista com muito otimismo, pois elas fazem parte de várias formas clínicas e na sua evolução pode ocorrer

abruptamente uma transformação aguda para uma forma tuberculóide reacional ou dimorfa reacional com múltiplas lesões, ou uma lenta transformação para a forma virchoviana.

Apesar de uma dose única de 1200 mg de rifampicina destruir 99,99 %¹⁸ dos bacilos e que seria mais do que suficiente para destruir as poucas bactérias dos casos PB, a OMS recomenda uma dose de 3600 mg em seis meses para o seu tratamento. A associação de doses únicas de várias drogas com grande atividade bactericida^{19,20,21,22} que dispomos atualmente será provavelmente eficaz no tratamento desses casos com uma lesão só, mas esses resultados devem ser considerados com cautela e necessitam de um seguimento prolongado para a sua consolidação.

D. V.A. Opromolla