

A proibição da talidomida no eritema nodoso hansênico

Editorial

A talidomida, alfa-N-ftalimido-glutarimida, é um derivado do ácido glutâmico que foi sintetizada na Alemanha em 1954. Em 1956, foi introduzida em vários países como um anti-emético sedativo e hipnótico para os primeiros três meses da gravidez. Em 1960, McBride e Lenz, relataram a associação do uso da talidomida pelas mães e malformações congênitas, inclusive focomiela, e por isso ela foi imediatamente retirada do mercado, mas deixou cerca de 12 mil crianças com graves deformidades¹.

Em 1965, Sheskin¹⁰, em Israel, verificou que pacientes com reações hansênicas tipo II, em que a talidomida havia sido empregada como sedativo, melhoraram significativamente dessas manifestações reacionais. Ela se tornou, desde então, a droga de escolha na maioria dos casos de eritema nodoso hansênico (ENL). Posteriormente, a talidomida também se mostrou útil em muitas outras condições mórbidas como lupus eritematoso, doença do enxerto-versus-hospedeiro, estomatite aftosa, doença de Behçet, prurigo nodular, prurigo actínico, sarcoidose, artrite reumatóide, histiocitose de células de Langherans, infiltrado linfocítico de Jessner-Kanof, prurido urêmico, pioderma gangrenoso, eritema multiforme, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e ainda outras como a paniculite de Weber-Christian, colite ulcerativa, neuralgia pós-herpética, proctite dolorosa associada à aids, psoríase pustulosa aguda eruptiva, penfigóide bolhoso e penfigóide cicatricial^{1,2,3,4,5,6,8,9,11,12}

Apesar de sua eficácia nessa série de doenças, o uso da talidomida tem ficado restrito somente a alguns países.

Há alguns anos (1998), o FDA americano liberou a utilização da talidomida na hanseníase e na aids, no manuseio das ulcerações aftosas⁷

Em nosso país, a portaria governamental 354/97 permite que essa droga seja empregada nas reações tipo II da hanseníase (eritema nodoso hansênico), nas úlceras aftóides idiopáticas em pacientes portadores de aids, e em doenças crônicas degenerativas como o lupus eritematoso e doença enxerto-versus-hospedeiro. Contudo o nosso Ministério da Saúde proíbe a sua utilização por mulheres em idade fértil (Da menarca à menopausa).

Na hanseníase, a reação tipo II pode ocorrer em qualquer idade, mas as jovens com esse tipo de reação não podem fazer uso desse medicamento e têm que se submeter somente ao tratamento com corticosteróides e seus efeitos colaterais, que não são poucos.

As lesões do eritema nodoso hansênico (ENH) são freqüentemente recidivantes e podem ulcerar comprometendo a aparência dos pacientes, sobretudo quanto localizadas na face. As mulheres em idade fértil, então, que têm como único recurso a prednisona (corticosteróide oferecido gratuitamente pelo MS) acabam controlando suas reações, mas permanecem por longo tempo com edema generalizado, inclusive na face ("moon face") e com grande número de estrias, fora o risco de outras manifestações.

Essas moças, com este tipo de reação, devem ficar perplexas se soubessem que uma outra droga, igualmente teratogênica como a talidomida, a isotretinoína, é utilizada, com certo grau de liberdade, por milhões de outras jovens portadoras do acne da adolescência, em vários lugares, inclusive no Brasil, onde foi devidamente aprovada pelo Ministério da Saúde.

Seria interessante lembrar, aqui, que houve uma época em que todo mundo acreditava que o uso da clofazimina, no esquema terapêutico recomendado pela OMS para o tratamento da hanseníase, não seria aceito pelos pacientes, devido à alteração da cor da pele que causava. Com o tempo, porém, foi se verificando que quem achava isso eram as equipes de saúde e não os doentes.

Com relação a esse assunto, houve um caso muito curioso. Um médico diagnosticou hanseníase em um indivíduo e lhe deu um tratamento omitindo a clofazimina porque achou que o paciente não fosse aceitá-la. Quando o doente soube que aquele remédio era muito importante para sua cura, não teve dúvidas, processou o médico.

Isso não acontece mais vezes porque a hanseníase acomete um número considerável de pessoas incultas, humildes, que aceita passivamente o tratamento que lhe é instituído.

Diz a nossa Constituição, que todo cidadão tem direito à saúde. Isso pode ser interpretado como todo cidadão, se doente, tem direito ao acesso a remédios que o façam recuperar a sua saúde. Dessa maneira, é difícil

entender como a uma faixa da população doente, talvez uma das mais esquecidas, é negado totalmente o acesso a um medicamento que provou ser eficaz na melhora de suas condições clínicas.

Como já foi dito, as alterações que o ENL pode causar na aparência dos pacientes, às vezes, são muito graves. Quando as lesões ulceram, deixam cicatrizes que desfiguram a pessoa, de tal modo, que parece que ela sofreu uma grave queimadura. Isso, quando acontece em mulheres jovens, produz um dano em suas personalidades muito maior do que a doença e o estigma por ela provocados, juntos. Dessa maneira, uniões conjugais são desfeitas, acabam os sonhos de um futuro casamento, e essas deformidades cutâneas também dificultam o relacionamento com suas famílias e sua comunidade, e impedem o seu acesso a reuniões sociais, à escola e a qualquer outro lugar onde terá que se deparar com outras pessoas. Tudo isso, muitas vezes, poderia ser evitado com

o uso da "droga maldita".

Por isso, fica a impressão de que essas pacientes podem e devem exigir a utilização dessa medicação, se dela tiverem necessidade. Naturalmente, elas, ou seus responsáveis, têm que assumir a responsabilidade pelo seu emprego como fazem as jovens que tomam a isotretinoína para o tratamento do seu acne.

Quando se viu que a talidomida tinha ação teratogênica, no início dos anos sessenta, foram criadas associações para defender os direitos de suas vítimas, as crianças que nasciam com deformidades. Hoje, pode acontecer que surjam outras associações, exigindo também muito dinheiro, desta vez para proteger as vítimas da proibição da talidomida.

As instituições de saúde que se cuidem!

D.V.A. Opromolla

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBA RUBIO, J; FRANCO GONZALEZ, E Lupus eritematosos discoide y talidomida. *Dermatologia - Rev. Mex.*, v.19, p.131, 1975.
2. BARNHILL, R.L.; McDOUGALL, A.C. Thalidomide: use and possible mode of action in reactional lepromatous leprosy and in various other conditions. *J. Amer. Acad. Dermatol.*, v.7, p.317-323, 1982.
3. GRINSPAN, D. Significant response of oral aphthosis to thalidomide treatment. *J. Amer. Acad. Dermatol.*, v.12, p.85-90, 1985.
4. GROSSHANS, E.; ILLY, G. Thalidomide therapy for inflammatory dermatoses. *Int. J. Dermatol.*, v.23, p.598602, 1984.
5. HASPER, M. Chronic cutaneous lupus erythematosus: thalidomide treatment of 11 patients. *Arch. Dermatol.*, v.119, p.812-815, 1983.
6. MARWICK, C. A talidomida está de volta - sob rígido controle. *JAMA*, v.2, n.2, p.290, 1998.
7. PENNA, GO, PINHEIRO, A.M.C., HAJJAR, L.A. Talidomida: mecanismo de ação, efeitos colaterais e uso terapêutico. *An. bras. Dermatol.*, v.73, n.6, p.501-514, 1998.
8. PROENÇA, N.G. Emprego de talidomida em dermatologia. *An. bras. Dermatol.*, v.70, n.1, p.61-67, 1995.
9. RUSTIN, M.H.A.; GILKES, J.J.H.; ROBINSON, T.W.E. Pyoderma gangrenosum associated with Behçet's disease: treatment with thalidomide. *J. Amer. Acad. Dermatol.*, v.23, p.941-943, 1990.
10. SHESKIN, J. Thalidomide in the treatment of lepra reactions. *Clin. Pharmacol Ther.*, v.6, p.303, 1965.
11. THOMPSON, C. Thalidomide effective for AIDS related oral ulcers (news). *Lancet*, v.346, p.1289, 1995.
12. VAN DEN BROECK, H. Treatment of prurigo nodularis with thalidomide. *Arch. Dermatol.*, v.116, p.571-572, 1980.