

# CLASSIFICAÇÃO

Diltor Vladimir Araujo Opromolla

Classificar uma doença é uma maneira de compreendê-la melhor, e com isso, procurar uma terapêutica que possa controlá-la, ou mesmo erradicá-la. Quanto mais fatos novos forem aparecendo, frutos do seu estudo, mais a classificação se altera e se completa. Desde a antiguidade se conhecem duas formas fundamentais da hanseníase, uma em que os fenômenos neurológicos predominam e outra em que ocorrem deformidades nasais, queda de sobrancelhas, e ulcerações.

Em 500 a.C. o Sushruta Samhita, livro médico indiano, já reconhecia essas formas, e é interessante imaginar como foi possível ligar a uma mesma causa manifestações que eram puramente neurais e outras em que predominavam as alterações cutâneas. Talvez no início tivessem sido associadas as formas dimorfas avançadas, com manifestações cutâneas semelhantes às formas virchowianas e que apresentavam também comprometimento neurológico, às formas virchowianas sem esse comprometimento. Depois, provavelmente, essas formas dimorfas foram comparadas às outras com menor número de lesões ou mesmo sua ausência, las com lesões neurais semelhantes.

Esse modo de classificar a hanseníase permaneceu, mesmo em 1848 quando Danielsen e Boeck dividiram a doença em uma forma nodular e outra anestésica. Em 1895, Hansen e Looft procurando ressaltar que os casos que apresentavam anestesia também poderiam apresentar lesões cutâneas, modificaram a classificação anterior e consideraram duas formas de hanseníase, uma forma tuberosa (nodular) e outra máculo-anestésica. Vale comentar que naquela ocasião o *Mycobacterium leprae* já havia sido descoberto por Hansen e as formas tuberosas eram aquelas em que predominava essa micobactéria. Em 1898, Jadassohn reconheceu uma variedade de hanseníase à qual foi dada uma atenção especial na Conferência Internacional de Lepra realizada em Strasbourg em 1923. Ele denominou essa variedade como tuberculóide, apesar de alguns autores considerarem que esse nome tenha sido cunhado por Darien.

Em 1903, Neisser dividiu a doença em três formas, a lepra tuberosa, lepra cutanea e lepra nervorum, fazendo quase o mesmo a Conferência realizada pela Leonard Wood Memorial, em Manila (Filipinas), em 1931. Nessa Conferência (considerada uma mesa redonda), onde se procurou pela primeira vez estabelecer um sistema internacional de classificação da hanseníase, esta foi dividida em um tipo cutâneo que correspondia ao nodular da Classificação de Hansen e Looft, um tipo neural correspondendo ao oráculo-anestésico da mesma classificação, e um tipo misto.

Os casos tuberculóides começaram a ser incluídos na classificação logo depois. Wade no início, considerava o termo tuberculóide se referindo mais a um quadro histopatológico do que a um clínico, que era descritivo e não diagnóstico, e que não era característico da hanseníase, pois outras condições poderiam apresentar estrutura semelhante. Apesar disso, foi ele quem estudando esses casos tuberculóides em 1934, considerou que uma variedade deles podia ser reconhecida clinicamente, contudo achava que deveriam permanecer dentro do tipo neural.

A designação "lepromatoso" para os casos do tipo cutâneo, já era referida em 1934 por Wade, e no Congresso Internacional de Lepra, realizado no Cairo em 1938, aquele termo substituiu definitivamente o "cutâneo" da Classificação de Manila, e o tipo neural foi subdividido em neuromacular simples, neuromacular tuberculóide e neuro anestésico.

Alguns autores criticaram essa última classificação por vários motivos. Um deles era que o termo neural deveria ser substituído, porque todos os tipos apresentavam comprometimento neural; outro, que deveria haver um lugar para incluir aqueles casos que não eram nem lepromatosos e nem neurais e que já eram designados como NC ou NI; e, por último, que os casos neuromaculares tuberculóides já estavam bem definidos e deveriam ser considerados um tipo a parte.

A Segunda Grande Guerra interrompeu os congressos inter-nacionais durante 10 anos e, em 1948, foi realizado o Congresso de Havana, cuja Comissão de Classificação adotou uma classificação que é uma variante da classificação sul-americana. Antes desse congresso, foram realizadas três conferências pan-americanas sobre hanseníase e, na segunda realizada no Rio de Janeiro em 1946, o termo lepromatoso foi mantido, o tipo neural foi substituído pelo tipo tuberculóide e foi introduzido um terceiro tipo, o "incharacterístico". Pelo fato dessa classificação se basear nos aspectos histopatológicos das lesões, os casos neuríticos, sem nenhuma manifestação cutânea, foram divididos em três tipos de acordo com suas características histológicas. Essa classificação ficou conhecida como classificação sul-americana. A 3ª Conferência Pan-Americana sugeriu a substituição do termo incharacterístico por indeterminado, primeiro porque as lesões desse tipo eram, na verdade, com relação a hanseníase, perfeitamente características, e segundo, porque para uma classificação internacional, segundo Arning, a sigla designando o tipo da doença deveria ter correspondência em outras línguas, principalmente o inglês. Dessa forma a sigla I para designar o indeterminado ou "indeterminate" inglês, satisfaz a maior parte dos hansenólogos. No Congresso de Havana, o plenário aceitou a existência das três formas, mas rejeitou as subdivisões propostas pela comissão de classificação.

A primeira reunião de técnicos em hanseníase da Organização Mundial da Saúde realizada em 1952 recomendou a inclusão de um grupo "borderline" entre as outras formas aceitas no Congresso de Havana. Isso veio ao encontro a um já antigo desejo de muitos hansenólogos que queriam um lugar na classificação para aqueles casos de classificação difícil. Essa recomendação foi aceita pelo Congresso Internacional de Madri em 1953. Nesse congresso, a hanseníase foi dividida em dois grupos instáveis o Indeterminado (I) e o "Borderline"(B), e dois tipos estáveis e mutuamente incompatíveis, o Tuberculóide (T) e o Lepromatoso (L), com as seguintes variedades: Grupo I, macular (Im), neurítico puro (In); Grupo B, infiltrado e outros (?); Tipo 'I', macular, tuberculóide minor (micropapuloide) (Tt), tuberculóide major (placas, lesões anulares, etc) (TT) e neurítico puro (Tn); Tipo (L), macular, difuso, infiltrado, nodular e neurítico puro.

Foram feitas duas críticas principais a essa classificação pelos autores indianos, a primeira quanto ao não reconhecimento de uma forma máculo-anestésica e a segunda, o fato do neurítico puro ser considerado uma variedade e não uma forma clínica individualizada. Esses hansenólogos justificavam suas críticas dizendo que o Congresso de Madri aceitara as recomendações da Comissão de "experts" da Organização Mundial de Saúde, mas não as seguiu inteiramente. Essa Comissão havia se expressado da seguinte maneira: "A Comissão concorda unanimemente que o critério básico de classificação primária deveria ser clínico, compreendendo a morfologia das lesões cutâneas e manifestações neurológicas. Indispensável em conexão com o critério clínico é o exame bacteriológico do esfregaço das lesões cutâneas e da mucosa nasal".

Era verdade que não era difícil aceitar essa recomendação para os casos indeterminados, tuberculóides, dimorfos e lepromatosos porque havia uma correspondência nítida entre os seus aspectos clínicos e histopatológicos, mas como fazer com os casos neuríticos puros? Apesar da dificuldade na obtenção de material de biópsias de nervos, havia trabalhos que mostravam infiltrados tuberculóides, lepromatosos e inespecíficos em casos com comprometimento de nervos e sem lesões cutâneas e daí a inclusão desses casos como variedade de cada tipo e grupo. A crítica com relação aos maculo-anestésicos também não procedia, pois os casos com máculas anestésicas ou eram casos indeterminados ou eram aqueles casos já descritos por Souza Lima e Souza Campos como léprides tuberculoides atípicas ou seja lesões planas acrómicas ou eritemato-hipocrômicas com estrutura tissular tuberculóide que faziam parte do tipo tuberculóide.

Depois disso, surgiram outras classificações, mas que não foram consideradas por uma Comissão Internacional de Classificação.

Uma delas foi a da Associação Indiana de Leprologistas (Indian Association of Leprologists) que dividiu a hanseníase em seis formas: 1- Lepromatosa; 2- Tuberculóide; 3- Máculo-anestésica; 4- "Borderline"; 5- Polineurítica; e 6- Indeterminada.

Para ser usada em grande escala pelos médicos e paramédicos no campo, as seis formas foram divididas em três grandes grupos: 1- Não lepromatosa (Tuberculóide, Máculo-anestésico e Polineurítico); Intermediário ("Borderline" e Indeterminado); e Lepromatosa.

Em 1981, foi feita uma revisão da classificação indiana e a Associação Indiana de Leprologistas resolveu aceitar a remoção do tipo maculo-anestésico e sua inclusão como uma variedade do tipo tuberculóide.

Nessa ocasião já estava vigorando uma classificação com o intuito de auxiliar os investigadores nas suas pesquisas, elaborada por Ridley e Jopling. Esses autores, em 1962, fizeram uma primeira apresentação dessa classificação e publicaram a versão definitiva em 1966 que acabou sofrendo algumas modificações mais tarde.

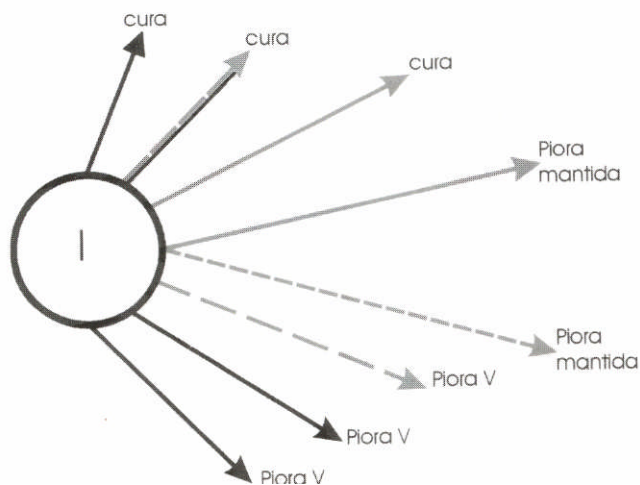
Até essa data, já tinha se firmado um conceito de que havia casos que não eram tuberculóides, mas eram muito semelhantes aos tuberculóides, outros que eram bastante semelhantes aos virchovianos mas deles diferiam por algumas nuances, e casos intermediários entre os dois tipos. Rabelo e Latapi, por exemplo, na década de 50, referiam-se a casos perituberculóides e perilepromatosos.

Ridley e Jopling propuseram uma classificação com subdivisões baseadas em critérios imunológicos e histológicos. Assim, eles consideraram as formas clínicas como um espectro em que os extremos eram constituídos pelos tipos polares tuberculóide e virchoviano e a região correspondente aos dimorfos ("borderline") foi subdividida para incluir aqueles casos junto ao extremo tuberculóide, mas não tuberculóides, intermediários, e aqueles muito próximos aos virchovianos, mas que diferiam destes por critérios imunológicos e histológicos. Os autores utilizaram siglas para designar os casos de maneira mais ou menos semelhante a que foi feita para rotular as formas clínicas e suas variedades na Classificação de Madri. Assim, o tuberculóide ficou corro) ~IT, os virchovianos (lepromatosos) coiro LL e os dimorfos ("borderlines") foram designados como BT, BB, e BL. Mas, logo se viu que era difícil se conseguir rotular todos os casos e foi necessário utilizar uma combinação de símbolos para tentar fazê-lo. Ridley e Waters, em 1969, criaram uma nova variedade que foi o leproma indefinido com a sigla LI, e que correspondia ao que outros autores denominavam de lepromatosos atípicos. Mais tarde, para incluir aqueles casos que correspondiam aos tuberculóides de baixa resistência que, no Brasil, são rotulados como tuberculóides reacionais, Jopling em 1971 criou a variedade tuberculóide indefinido com a sigla TI. Nesse mesmo ano, Ridley, revisando a classificação, enfatizou a necessidade de levar em consideração a presença e o grau dos seguintes elementos para a localização dos casos no espectro: teste de Mitsuda, estabilidade imunológica, reações dimorfos, eritema nodoso hansênico, bacilos no muco nasal, bacilos no granuloma, células epitelióides, células gigantes tipo Langhans, células gigantes de Touton, globias, células espumosas, linfócitos, erosão da epidemia, infiltração da zona subepidérmica, e destruição de nervos. Finalmente a forma lepromatosa foi dividida em lepromatosa subpolar (Lis) substituindo a LI, e polar (LLp). Na Classificação de Ridley não foram contempladas as formas indeterminada, reacionais e as formas neuríticas puras.

Em 1978, no Congresso Internacional de Lepra realizado no México, Oromolla e Fleury propuseram uma classificação da hanseníase, a qual seria constituída essencialmente por vários tipos sem ligações evolutivas entre si e um grupo indeterminado. Até então, havia um consenso de que haveria uma transformação gradual de alguns casos tuberculóides reacionais e dimorfos não tratados para o tipo virchoviano e, por outro lado, poderia haver uma melhora dos casos virchovianos com o tratamento, alguns deles, por sua vez, através de surtos reacionais teriam uma tendência a evoluir para o polo tuberculóide. Ridley e Jopling, mesmo quando descrevem as reações tipo 1, a subdividem em uma reação de piora (*down grading*) e uma de melhora (*upgrading*), de acordo com a tendência evolutiva do caso para o polo virchoviano ou para o polo tuberculóide, respectivamente. É referida, inclusive, uma instabilidade maior dos dimorfos

na tendência a mudança de forma.

Da nova classificação proposta, consta um grupo de casos que seriam os indeterminados da Classificação de Madri, sem a variedade neurítica pura. Estes seriam as matrizes de todos os outros casos determinados imunologicamente incluídos nos tipos tuberculóide, dimorfo e virchoviano (lepromatoso), os quais, por sua vez, teriam sua evolução determinada por características imunológicas imutáveis. Assim, um paciente conservaria o seu grau de imunidade celular mesmo que as suas lesões, clinicamente, assumissem aspectos virchovianos, devido a sua incapacidade de impedir o aumento da multiplicação de bacilos.



Classificação proposta por Opromolla e Fleury em 1978 (Congresso Internacional de Lepra - México).

Da mesma maneira, as reações tipo 1 que esses casos possam apresentar não os farão mudar de forma e representariam apenas a exteriorização de uma reação de hipersensibilidade provocada pela multiplicação e a consequente destruição bacilar com exposição de antígenos. Essa destruição bacilar poderá ou não estar relacionada com o tratamento específico. Se um determinado caso for tratado e a terapêutica diminuir sua carga bacilar, se houver uma nova multiplicação de bacilos que possa ser controlada pelo grau de imunidade inerente àquele indivíduo, haverá uma reação tipo 1, que não o fará mudar de forma. Se novas reações se sucederem, o seu exame histopatológico vai mostrar granulomas tuberculoides cada vez melhor definidos.

As vantagens de uma tal classificação seria mostrar uma evolução da hanseníase mais simples e mais lógica, sem haver mudanças de uma forma clínica em outra, resolver de vez a questão de haver reações de melhora ou de piora com o mesmo quadro clínico e histopatológico, e de explicar porque somente uma pequena porcentagem de casos lepromatosos (virchovianos) subpolares, em tratamento, sofrem reações reversas (tipo 1).

Em 1981, Job e Chacko propuseram também uma classifi-

cação em 6 tipos como aquela da Associação Indiana de Leprologistas, mas incluíram a forma maculo-anestésica em um tipo dimorfo tuberculóide (BT) e reconheceram como um tipo independente aqueles casos com lesões neuríticas primárias.

A Organização Mundial de Saúde, em 1982, simplificou de vez a classificação da hanseníase com a introdução da poliquimioterapia. Os casos de hanseníase foram, então, divididos em paucibacilares, que englobariam os tuberculóides, os indeterminados, e os BT da Classificação de Ridley e Jopling, e os multibacilares, que compreenderiam os dimorfos em geral e os virchovianos. No início eram considerados paucibacilares indivíduos que apresentam um índice menor ou igual 2+, na escala de Ridley, depois, em 1988, isso mudou e foram considerados paucibacilares somente aqueles casos com baciloscopia negativa.

As discussões sobre classificação sempre foram causadas por intransigências entre aqueles que achavam que uma classificação deveria ser acessível ao pessoal paramédico, e outros que achavam que a classificação deveria ser simples, mas com bases acadêmicas, em que todos os critérios disponíveis para classificar um caso de hanseníase deveriam ser utilizados.

Seja como foi; temos hoje basicamente a Classificação de Madri, que não foi mudada por nenhum outro Congresso Internacional, e a Classificação de Ridley e Jopling exclusivamente para atender os pesquisadores. Pelo fato, porém, de se tentar introduzir a classificação inglesa na prática clínica, deu origem a uma classificação que usa comumente a sigla BB para designar casos que não se enquadram na sua definição histológica dada por Ridley, e assim acontece nas outras formas dimorfas. O que está ocorrendo realmente é que os histopatologistas não adotam a Classificação de Ridley e Jopling, consensualmente, e há, então, uma mistura dessa classificação, que contribui principalmente com as siglas, como aquela de Madri com seus defeitos.

Entretanto, muita coisa já foi feita no sentido de se classificar melhor a doença e esperamos que em um futuro próximo se chegue a um acordo geral a medida que novos conhecimentos a respeito da hanseníase forem ocorrendo e aceitos.

## BIBLIOGRAFIA

- COCHRANE, R.G., SMYLY, H.J. Classification. In: \_\_\_\_\_ *Leprosy in theory and practice*. 2.ed. London: John Wright & Sons, 1964.
- CONFERENCE INTERNATIONALE DE LA LÈPRE, 3, Strasbourg, 1923. *Communications et débuts*. Paris: Baillière et Fils, 1924.
- CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LÈPRE, 4, Caire, 1938. *Programme définitif* Caire: L'Association Internationale de la Lèpre, 1938.

- CONGRESO INTERNACIONAL DE LA LEPRO, 5, Havana, 1948. *Memoria*. Havana: Asociacion Internacional de la Lepra, 1948.
- CONGRESO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA, 6, Madrid, 1953. *Memoria*. Madrid: Asociacion Internacional de la Lepra, 1953.
- DHARMENDRA. Classifications of leprosy. In: HASTINGS, R.C. *Leprosy*. 2.ed. London: Churchill, 1994. p.179-190.
- HANSEN, A., LOOFT, C. *Leprosy: in its clinical & pathological aspects*. Bristol: John Wright, 1895.
- LATAPÍ, E. et al. *Leprosy*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1980. In: INTERNATIONAL LEPROSY CONGRESS, 11, Mexico City, November; 13-18, 1978. *Proceedings*, 1980.
- LIMA, L. de S., CAMPOS, N. de S. *Lepra tuberculóide: estudo clínico histo-patológico*. São Paulo: Renascença, 1947
- RIDLEY, D.S., JOPLING, W.H. Classification of leprosy according to immunity: a five-group system. *Int.J. Leprosy*, v.34, n.3, 1).255-271, 1966.
- WADE. H. W. Tuberculoid changes in leprosy. *Int. J. Leprosy*; v2, n.3, 1).279-292, August-October, 1934.
- WADE, H.W A tuberculoid-like reaction in lepromatous leprosy (Editotials). *hat. f. Leprosy*, v.23, n.4, p.443-446, October= December, 1955.
- WADE, H.W., RODRIGUEZ, J.N. Development of major tuberculoid leprosy: a report of cases. *Jut. J. Leprosy*, v. 7, n.3, p.327-340, July-Septembre, 1939.