

LEPRA DIMORFA ("BORDERLINE"). SUA CLASSIFICAÇÃO*

L. M. BECHELLI**

R. QUAGLIATO***

A finalidade deste trabalho é considerar a posição da lepra dimorfa na classificação. Para que seja melhor fundamentado nosso ponto de vista, consideraremos, antes, alguns dos trabalhos publicados sobre o assunto e as características dos casos que observamos.

I. HISTÓRICO

Wade e Rodriguez (1940), Cochrane (1940) e Lowe (1940), foram os primeiros autores a descrever a lepra dimorfa, dando-lhe, respectivamente, as denominações de *limítrofe* ou *limitante* ("borderline"), *lepra intermediária* e *N?C*. Ainda Lowe e Dharmendra (cit. por Miguel Alonso e Azulay, 1960) propuseram a adjetivação "doubtful".

Dos vários trabalhos que pudemos consultar, anotaremos, de modo sucinto, os dados relativos as características clínicas, bacterioscopia, evolução e frequência da lepra dimorfa e os resultados da lepromino-reação e de outros exames.

1. Características clínicas — Segundo Cochrane (1940) "estes casos mostram aspectos relacionados tanto à lepra lepromatosa quanto a tuberculóide". Com frequência o estado geral é muito prejudicado, havendo febre, que em alguns enfermos dura meses. As lesões são eritematosas, com descarnação, frequentemente edemaciadas; nos casos mais graves chegam a ulcerar-se.

Wade (1940), no estudo dos seus 3 primeiros doentes "limitantes", afirma que "realmente os casos estavam no que parece apropriado chamar estado "limítrofe", ainda essencialmente tuberculóide, mas se aproximando do lepromatoso, incerto, quanto à sua classificação real e prognóstico ulterior".

L. Souza Lima e Maurano (1949) confirmam esta observação, como também o fizeram outros autores: assinalam as características comuns às leprides reacionais e as lesões lepromatosas. "Visto o caso em conjunto, com a sintomatologia cutânea e geral, ora parece-nos tratar-se de um surto agudo de eritema polimorfo, ora deixa-nos a impressão de uma típica reação tuberculóide... A côr é seu característico mais importante. Em certo nú-

* Trabalho do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e da Delegacia Regional de Campinas do Departamento de Profilaxia da Lepra. Apresentado à Sociedade Paulista de Leprologia em 10-4-1960 e no Simpósio sobre Lepra Dimorfa da Associação Brasileira de Leprologia em 11-4-1960, no Rio de Janeiro.

** Professor de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

*** Delegado Regional em Campinas do Departamento de Profilaxia da Lepra.

mero de casos, durante um período da evolução, é simplesmente eritematosa: é o menos comum. Habitualmente, são lesões acastanhadas, com tendência ao ferruginoso, ao amarelo-ferruginoso ou sépia, tons mais ou menos acentuados, conforme o período evolutivo em que são observadas. É comum que, em um mesmo paciente, se encontrem lesões com coloração que varia de uma para outra, dentro dessa gama de tonalidade. Ora é a margem apenas da lesão que se apresenta com coloração acastanhada ou ferruginosa, permanecendo o centro mais claro, ou apenas eritematoso... Pela forma e pelos limites aproximam-se das lesões tuberculóides; pela coloração identificam-se com as lesões lepromatosas". A propósito da localização, "apresentam, também pontos de contato com as lesões tuberculóides reacionais. É comum, além das localizações habituais nas nádegas, tórax e membros, ocuparem localizações preferenciais das leprides reacionais, situando-se ao redor dos orifícios; na face é comum ver-se uma placa mais ou menos extensa na testa, e lesões ocupando as regiões malares, estendendo-se as pálpebras, envolvendo os olhos, descenderem para os lábios, invadindo a mucosa, tal como se vê nas leprides reacionais. Por outro lado, foi bem menos freqüente a localização habitual nas regiões palmares e plantares, encontradas quase que na totalidade dos casos reacionais típicos".

Souza Lima e Souza Campos (1950), confirmando a descrição anterior, concluem que as lesões morfológicas "intermediárias" apresentam um misto de caracteres da variedade reacional da forma tuberculóide e de certas lesões da forma lepromatosa.

De acôrdo com a Comissão de Classificação do V Congresso Internacional de Leprologia (Madrid, 1953), "as lesões cutâneas em placas, faixas, nódulos, etc., distribuem-se de modo semelhante as da lepra lepromatosa, a não ser pela acentuada assimetria. Os lóbulos auriculares tendem a tomar o aspecto infiltrado, próprio da lepra lepromatosa. As lesões têm, habitualmente, consistência mole ou aspecto suculento e sua periferia diminui gradualmente de espessura, a partir do centro, e não possuem limite nítido, bem definido, que se vê no tipo tuberculóide; por êste motivo, estas lesões podem ser confundidas com lepromas. A superfície das lesões é geralmente lisa, de aspecto brilhante e tonalidade violácea, algumas vezes (em pele branca) com fundo acastanhado (sépia).

2. *Bacterioscopia* — Cochrane (1940) refere que os bacilos são habitualmente demonstrados e podem ser encontrados por tempo muito mais longo que nos estados reacionais, isto é, por mais de 6 meses e, algumas vêzes, até o 18.º mês. Segundo a Comissão de Classificação do VI Congresso Internacional de Leprologia, Madrid, 1953, os exames bacterioscòpicos ado quase sempre fortemente positivos. O exame do muco nasal é freqüentemente negativo, mesmo quando as lesões cutâneas são fortemente positivas.

Chaussinand (1949), em trabalho apresentado ao Congresso de Havana, encontrou 35% de positividade no muco e 100% nas lesões.

Dharmendra e cols. (1949) verificaram bacterioscopia positiva em 9 casos estudados.

Souza Lima e Souza Campos (1950), em 35 doentes, obtiveram resultados semelhantes aos de Cochrane, isto é, prolongada positividade das lesões, estendendo-se duas ou três vêzes mais que nas leprides reacionais típicas.

Chatterjee (1959) considera a "bacteriologia moderadamente positiva". Bucking (1959) observou, em 3 casos, que os bacilos eram pouco numerosos.

3. *Histologia* — Segundo Cochrane (1940) o granuloma tende a respeitar a zona subepidérmica. A estrutura tuberculóide não é tão nítida como

na reação tuberculóide e as células gigantes tendem a ser mais raras ou menores, ou estão ausentes. Células espumosas podem existir, às vezes no mesmo campo de células gigantes. Em 1959 Cochrane refere que a histologia é sugestiva da lepra T e da L, mostrando, freqüentemente, bacilos álcool-acido resistentes nos pequenos nervos subcutâneos.

Wade e Rodriguez (1940) afirmam que, "na maioria das vezes, a estrutura não é tuberculóide nem francamente lepromatosa". Por vezes, quando um material era tuberculóide, o outro parecia muito seguramente lepromatoso.

De acôrdo com Wade (1940), "há maior tendência, histologicamente, para o granuloma ser separado da epiderme por estreita zona, que é habitual no leproma. A zona clara entre a epiderme e as massas granulomatosas apresenta, freqüentemente, numerosos capilares dilatados. Os nervos são, de hábito, muito comprometidos, se bem que algumas vezes a invasão seja menos acentuada que na lepra tuberculóide major".

Para S. N. Chatterjee (1950) a histologia não é nitida, porém, algumas vezes, as estruturas tuberculóide e lepromatosa estão presentes no mesmo corte.

4. *Reação de Mitsuda* — É, em geral, negativa. Todos os casos de Cochrane (1940) reagiram negativamente. Vários doentes de Souza Lima e Maurano (1949) tiveram reação fracamente positiva (1+); em 68 doentes lepromatosos que apresentaram surto de reação semelhante ao tuberculóide reacional ou com aspecto dimorfo, 66 continuaram lepromino-negativos e 2 tornaram-se fracamente positivos (1+). De acôrdo com a Comissão de Classificação do VI Congresso Internacional de Leprologia (Madrid, 1953), a prova é geralmente negativa. Em 3 doentes, Bucking (1959) observou reação de 1+. S. N. Chatterjee (1959) afirma que a prova lepromínica é, em geral, negativa; algumas vezes é fracamente positiva.

Chaussinand (1949) e Quagliato (1959) observaram a positividade (só 1+), respectivamente, em 14% e 20% dos casos. Dharmendra e cols. (1949) verificaram 7 reações positivas em 9 doentes.

S. Lima e S. Campos (1950) chamam a atenção para a instabilidade da reação de Mitsuda de alguns de seus 35 casos.

5. *Evolução* — A Comissão de Classificação do VI Congresso Internacional de Leprologia (Madrid, 1953) considera a lepra dimorfa, forma maligna, muito instável. Segundo Cochrane (1940), alguns doentes apresentam, eventualmente, regressão das manifestações, como ocorre nas leprides reacionais típicas, enquanto outros se transformam na lepra lepromatosa. Dos 35 casos de L. Souza Lima e Maurano (1949) houve transformação lepromatosa em 20, regressão total ou regressão à morfologia indeterminada em 7; continuaram em surto 8. Para Convit e col. (1956) a evolução para a lepra tuberculóide é pouco freqüente, sendo mais comum a transformação lepromatosa.

6. *Origem* — Na opinião de L. Souza Lima e Maurano (1949), a lepra dimorfa origina-se: 1) "ab initio", como manifestação aparentemente inicial da moléstia; 2) por transformação da lepra indeterminada; 3) por transformação de leprides reacionais, na repetição dos surtos. Para Jonquiers e Fiol (1953) constitui forma de transição entre lepra tuberculóide em reação e lepra lepromatosa. Segundo S. N. Chatterjee (1959), os casos dimorfos podem originar-se do tipo T, como resultado de repetidas reações e, algumas vezes, podem evoluir para a lepra lepromatosa.

7. *Freqüência* — Tendo em vista os dados atuais, a lepra dimorfa pouco freqüente: Wade (1940) assinala a freqüência relativamente baixa

dêsses casos; L. Souza Lima e Souza Campos (1950) : 35 casos estudados como lepra com evolução anômala; Convit e col. (1956) : 3,2%; K. R. Chatterjee (1959) : 0,2% (censo em Pondichery); Quagliato (1959), no Dispensário de Campinas (1949-1958), encontrou 2,2%, porém só com 18% de confirmações histológicas.

8. *Exames bioquímicos* — Em 30 doentes de Convit, Sisiruca e Lapenta (1956) foi feito exame eletroforético. A relação albumina/globulina foi normal em 60% dos casos que mostraram importante atividade regressiva. Nos restantes 40% o quociente albumina/globulina era inferior ao valor normal, variando de 1,01 a 1,46; neste grupo as lesões tendiam a persistir e a disseminar.

II. CARACTERÍSTICAS DOS NOSSOS CASOS DE LEPRA DIMORFA

Nosso material compreende 28 doentes do Dispensário Central do D.P.L. e da Delegacia Regional de Campinas, os quais foram diagnosticados tendo como base os exames clínico, bacterioscópico e histológico*. Com frequência houve discordância entre o diagnóstico clínico e o histológico. O decurso evolutivo foi elemento útil para a confirmação do diagnóstico de lepra dimorfa: havia casos em que ao exame histológico fora observada estrutura lepromatosa, mas que clinicamente não se enquadravam neste tipo polar, o que se confirmou pela evolução favorável.

Os dados principais referentes a cada enfermo são os seguintes:

1. Prontuário 39.286 (D.P.L.). Fichamento em 3-1954. Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal +++, lesão cutânea +++. Exames histopatológicos: 1) 30.275 — lepra tuberculóide reacional +++ 2) 39.286 — lepra dimorfa ("borderline") +++; 3) lepra tuberculóide reacional. Evolução: involuo clínica rápida, porém com negatividade de lesão só 4 anos depois. Estado atual: internado em Pirapitingui, por intercorrência.

2. Prontuário 32.200 (D.P.L.). Fichamento em 4-1950. Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lesão cutânea ++. Exames histopatológicos: 1) 17.700 — lepra tuberculóide reacional ++; 2) 20.706 — lepra lepromatosa + (depots de um ano). Evolução: negatividade do muco nasal e lesão cutânea 8 meses depois do fichamento.

3. Prontuário 39.479 (D.P.L.). Fichamento em 5-1954. Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal +. lesão cutânea ++. Exames histopatológicos: 1) 30.490 — dimorfa ("borderline") +++; 2) 31.893 — tuberculóide reacional ++. Evolução: muco nasal negativo, lesão cutânea negativa depois de 2 anos. Reação de Mitsuda, com histologia negativa Estado atual (1960): muco nasal negativo e lesão cutânea +.

4. Prontuário 37.277 (D.P.L.). Fichamento em 2-1953. Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lesão cutânea ++. Exames histopatológicos: 1) inicial — lepra dimorfa ("borderline") +; 2) 35.273 — lepra indeterminada negativa, após 3 anos. Evolução: na primeira revisão, já tuberculóide reacional. Muco nasal negativo e lesão cutânea negativa.

5. Prontuário 34.549 (D.P.L.). Fichamento em 8-1951. Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo e lesão cutânea ++. Exames histopatológicos: 1) lepra dimorfa ("borderline") +++ (30-8-51); 2), 3) e 4) lepra lepromatosa (18-3-52, 1-7-52 e 23-4-53) + +, + + +, ++. Evolução: muco nasal + e lesão cutânea +++, ainda em setembro de 1952.

6. Prontuário 26.013 (D.P.L.). Fichamento em 5-1946. Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lepra: cutânea +++. Exames histopatológicos: 10.276 — lepra lepromatosa +++; 10.652.

* Os exames histopatológicos foram feitos pelo Dr. Paulo Rath de Souza, cuja colaboração agradecemos. Dêstes exames, referimos apenas o diagnóstico histológico e o resultado da pesquisa de bacilos álcool-ácido-resistentes.

e 10.793 — lepra tuberculóide reacional +. Outro em 1947 — Infiltrado inflamatório simples. Evolução: em alguns meses, Muco nasal negativo e lesão cutânea negativa.

7. Prontuário 35.525 (D.P.L.). Fichamento em 3-1952. Classificação inicial: lepra lepromatosa. Bacterioscopia inicial: muco nasal ++, lesão cutânea +++. Exames histopatológicos: 1) 25.502 — lepra tuberculóide reacional +; 2) 25.154 — lepra dimorfa ("borderline") +. Evolução: negatividade do muco nasal após 3 anos e da lesão cutânea depois de 4 anos. Em março de 1957. baciloscopia em material de uma lesão cutânea.

8. Prontuário 34.631 (D.P.L.). Fichamento em 9-1951. Classificação (Metal: lepra dimorfa ("borderline"))? lepromatosa? tuberculóide reacional? Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lesão cutânea positiva. Exames histopatológicos: 1) lepra dimorfa ("borderline") ++; 2) lepra tuberculóide reacional +; 3) lepra indeterminada negativa. Evolução: primeira revisão já muco nasal negativo e lesão cutânea negativa. Reação de Mitsuda +.

9. Prontuário 36.409 (D.P.L.). Fichamento em 10-1952. Classificação Inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lesão cutânea + (?). Exame histopatológico: lepra lepromatosa +. Evolução: muco nasal negativo e lesão cutânea negativa 5 meses depois do fichamento. Reação de Mitsuda negativa. Estado atual: internado com lesão + (1954-1956).

10. Prontuário 36.119 (D.P.L.). Fichamento em 7-1952. Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal +, lesão cutânea ++. Exames histopatológicos: 1) lepra dimorfa ("borderline") +++; 2) lepra tuberculóide reacional negativa depois de 1 ano. Evolução: muco nasal negativo, lesão cutânea negativa 6 meses depois do fichamento.

11. Prontuário 37.020 (D.P.L.). Fichamento em 1953. Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo e lesão cutânea +. Exames histopatológicos: lepra dimorfa ("borderline") +++. Evolução: em 1960 era lepromatosa. Muco + e lesão cutânea + + +. Estêve sem tratamento.

12. Prontuário 26.845 (D.P.L.). Fichamento em 12-1946. Classificação inicial: lepra tuberculóide reacional. Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lesão cutânea +. Exames histopatológicos: três exames — lepra lepromatosa ++. Evolução: 9-1947, lepra dimorfa ("borderline"). Muco nasal negativo, lesão cutânea +. Lesões cutâneas com aspecto de lepra dimorfa.

13. Prontuário: 12.949 (D.P.L.). Fichamento em 8-1937. Classificação Inicial: lepra tuberculóide reacional. Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lesão cutânea negativa. Exames histopatológicos: 1) 8001 — estrutura tuberculóide atípica ++ em 1943; 2) 10.142 — lepra tuberculóide + em 1953. Evolução: reativou em 1949-1947. Faleceu.

14. Prontuário 1.606 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia muco nasal +, lesão cutânea +++. Exame histopatológico: lepra dimorfa ("borderline"). Reação de Mitsuda negativa. Evolução: muito melhorado. Muco nasal negativo, lesão cutânea negativa após 2 anos e meio. Estado atual (1960): muco nasal negativo, lesão cutânea negativa. Clinicamente muito melhorado. Faleceu.

15. Prontuário 545 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal +, lesão cutânea +++. Exame histopatológico: lepra dimorfa ("borderline"). Reação de Mitsuda negativa. Evolução: muito melhorado. Muco nasal negativo, lesão cutânea negativa após 2 anos. Estado atual (1960): muco nasal negativo, lesão cutânea negativa. Clinicamente muito melhorado (4 anos).

16. Prontuário: 1.423 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lesão cutânea ++. Exame histopatológico: lepra lepromatosa. Reação de Mitsuda negativa. Evolução: muco nasal negativo, lesão cutânea negativa após 18 meses. Estado atual (1960): muco nasal negativo, lesão cutânea negativa. Clinicamente, sem lesões ativas durante 7 anos. Surto fugaz de Tr há 2 anos.

17. Prontuário 258 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo e lesão cutânea Exame histopatológico: lepra lepromatosa. Reação de Mitsuda negativa. Evolução: melhorado. Muco nasal negativo; lesão cutânea negativa após 2 anos. Estado atual (1960): lesão cutânea negativa, muco nasal negativo.

18. Prontuário: 305 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação: dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lesão cutânea ++. Exame histopatológico: lepra lepromatosa. Reação de Mitsuda negativa. Evolução: muco nasal negativo, lesão cutânea negativa após 2 anos. Estado atual (1960): lesão cutânea negativa, muco nasal negativo.

19. Prontuário: 545 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal ++, lesão cutânea +++. Exame histopatológico: lepra lepromatosa. Reação de Mitsuda negativa. Evolução: muco nasal negativo, lesão cutânea negativa após 2 anos. Estado atual (1960): muco nasal negativo, lesão cutânea negativa.

20. Prontuário: 656 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lesão cutânea ++. Exame histopatológico: lepra lepromatosa. Reação de Mitsuda negativa. Evolução: muco nasal negativo, lesão cutânea negativa após 6 meses. Estado atual (1960): muco nasal negativo, lesão cutânea negativa.

21. Prontuário: 551 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal +, lesão cutânea +++. Exame histopatológico: lepra lepromatosa. Reação de Mitsuda negativa. Evolução: muco nasal e lesão cutânea negativos após 19 meses. Estado atual (1960): muco nasal negativo, lesão cutânea negativa. Após 2 anos, 2ª biopsia: lepra tuberculóide reacional.

22. Prontuário 631 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal +++, lesão cutânea +++. Exame histopatológico: lepra tuberculóide reacional. Reação de Mitsuda: negativa. Evolução: muco nasal negativo, lesão cutânea negativa após 3 meses. Estado atual (1960): muco nasal negativo, lesão cutânea negativa.

23. Prontuário 518 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lesão cutânea +++. Exame histopatológico: lepra tuberculóide reacional. Reação de Mitsuda negativa. Evolução: muco nasal negativo, lesão cutânea negativa após 3 Meses. Estado atual (1960): muco nasal negativo, lesão cutânea negativa.

24. Prontuário 536 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação inicial: lepra dimorfa ("borderline"). Bacterioscopia inicial: muco nasal +, lesão cutânea +++. Exame histopatológico: lepra tuberculóide reacional. Evolução: muco nasal negativo, lesão cutânea negativa após 1 ano. Estado atual (1960): muco nasal negativo, lesão cutânea negativa.

25. Prontuário 680 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação inicial: lepra lepromatosa. Bacterioscopia inicial: muco nasal +, lesão cutânea ++. Exame histopatológico: lepra dimorfa ("borderline"). Reação de Mitsuda negativa. Evolução: muco nasal negativo, lesão cutânea ++ após 2 anos.

26. Prontuário 321 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação inicial: lepra tuberculóide em reação. Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lesão cutânea negativa. Exame histopatológico: lepra dimorfa ("borderline"). Reação de Mitsuda +. Evolução: muco nasal negativo, lesão cutânea negativa após 2 meses.

27. Prontuário 679 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação inicial: lepra tuberculóide em reação. Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lesão cutânea +++. Exame histopatológico: lepra dimorfa ("borderline"). Reação de Mitsuda negativa. Evolução: muco nasal negativo, lesão cutânea + após 9 meses.

28. Prontuário 654 (Delegacia Regional de Campinas). Classificação inicial: lepra tuberculóide reacional. Bacterioscopia inicial: muco nasal negativo, lesão cutânea ++. Exame histopatológico: lepra dimorfa ("borderline"). Reação de Mitsuda negativa. Evolução: muco nasal negativo, lesão cutânea negativa, após 1 ano.

Aspectos clínicos — Os doentes apresentavam placas de tamanhos vários, papulas e nódulos, limites no mais das vezes imprecisos, com infiltração de intensidade variável. A cor das lesões era fulva ou acastanhada, lembrando as da lepra lepromatosa; no mesmo doente observavam-se lesões semelhantes às da reação tuberculóide. Era pouco freqüente a invasão das cavidades e em nossos casos não vimos a extensão do processo às regiões palmo-plantares.

Bacterioscopia — Os resultados da bacterioscopia inicial foram os seguintes:

Muco nasal |—| e lesão cutânea + 15
 Muco nasal |—| e lesão cutânea |—| 1
 Muco nasal + e lesão cutânea + 12
 Muco nasal + e lesão cutânea |—| 0

Muco nasal: em 2 casos, 3+; em 1, 2+;
 em 9, 1+.

Lesão cutânea: 11 casos, 3+
 11 casos, 2+
 6 casos, 1+

Observa-se que as lesões cutâneas foram positivas em todos os doentes, com exceção de um, enquanto a positividade do muco nasal ocorreu em 41,4%. Nas lesões cutâneas, os bacilos foram numerosos (2+ e 3+) em 22 dos 29 enfermos; no muco nasal, eram pouco freqüentes (1+) em 9 dos 12 doentes.

Em geral, os bacilos eram ainda menos freqüentes nas lesões semelhantes as da lepra tuberculóide em reação e mais numerosos nas que apresentavam as características da lepra lepromatosa.

Evolução da bacterioscopia — A negatificação, inclusive de casos muco nasal 3+ e lesões cutâneas 3+ chegou a ocorrer até no prazo mínimo de 3 meses; no outro extremo, embora se processasse regressão relativamente rápida das lesões cutâneas, estas se tornaram negativas depois de 4 anos. Em média, 12 a 24 meses são necessários para a negatificação.

Histologia — Os exames histológicos foram feitos pelo Dr. Paulo Rath de Souza, a quem agradecemos e cuja colaboração não solicitamos neste trabalho, porque no mesmo Simpósio deveria apresentar relatório pessoal sobre o assunto. Os resultados do exame histológico foram os seguintes:

Estrutura lepromatosa (L)	7
Estrutura dimorfa (D)	12
Estrutura tuberculóide reacional (Tr)	5
Estruturas Tr e L (2 biopsias)	1
Estruturas Tr e D (2 biopsias)	2
Estrutura tuberculóide atípica	1

Correlação entre clínica e histologia — Dos 28 casos, em 12 foi encontrada, nos mesmos cortes, a estrutura dimorfa, em 8, a estrutura foi lepromatosa e, em 5, tuberculóide reacional; êste achado não impugna o diagnóstico de lepra dimorfa, pois a biopsia tendo sido feita apenas em uma lesão, o material pode ter procedido de lesão ou parte de lesão de aspecto lepromatoso ou tuberculóide reacional. Esta hipótese é confirmada pela evolução de casos clinicamente dimorfos (D) e de histologia L: a negatificação bacterioscópica ocorreu, em alguns dêles, em prazo relativamente curto para a lepra lepromatosa, até de 6 meses. Além disso, dos 8 com histologia L, um tivera histo Tr e outro veio a ter, depois, estrutura Tr. Anote-se que, em 3 casos, foram praticadas, na mesma ocasião ou com intervalo pequeno, duas biopsias: em um dêstes, L em uma lesão e Tr em outra; em 2, Tr numa lesão e D em outra.

A histologia, sem restrição à sua grande utilidade, dá a indicação da estrutura de uma única lesão, por vêzes de parte de uma lesão. Diante disso, e do exposto, o melhor, para a confirmação histológica, é praticar duas ou mais biopsias das lesões com aspecto Tr e das semelhantes às L.

O *diagnóstico* deve, acima de tudo, ser clínico, embora amparado pela histologia, bacterioseopia, e reação de Mitsuda, uma vez que a classificação, em geral, é feita baseando-se apenas no critério clínico.

Evolução — Tende a ser favorável com o tratamento sulfônico, único utilizado em nossos doentes. A regressão das lesões processa-se em ritmo mais lento que na reação tuberculóide e mais rápido que na lepra lepromatosa; o branqueamento exige prazo em geral prolongado, não inferior a 1 ou 2 anos. Em alguns casos aparecem novas lesões com bacterioscopia positiva e em um dêles houve evolução para a lepra L cêrca de 7 anos depois do registro do caso como lepra dimorfa. Êste paciente e 03 outros que tiveram reativação não fizeram uso regular de sulfonas.

Quatro dos 28 enfermos tiveram piora clínica. Ainda 3 dos 29 pacientes vieram a falecer e um passou a residir no Paraná.

Origem — Êste tópico deve ser considerado em relação com o tratamento sulfônico e outras medicações antileprosas ativas.

Antes da sulfonoterapia, a lepra dimorfa podia originar-se: 1) da lepra indeterminada (mais raramente); 2) da lepra tuberculóide em reação, pela repetição dos surtos.

Com as sulfonas, estas modalidades evolutivas deixaram de se processar ou ocorrem com raridade ainda maior do que antes. Começou-se, por outro lado, a observar aspecto semelhante ao das reações tuberculóides e da lepra dimorfa em doentes lepromatosos em tratamento. Segundo L. Souza Lima e Rath de Souza (1949), 68 lepromatosos tiveram surto agudo de lepra dimorfa ou semelhante à lepra Tr; 17 dos 68 tiveram a evolução dos surtos Tr espontâneos e os elementos do surto substituíram integralmente os da forma primitiva L; em 51 processou-se a evolução paralela dos elementos reacionais com a dos lepromatosos. Rodrigues Vieira (1952) observou, histológicamente, a lepra dimorfa em 0,7% dos lepromatosos tratados. Azulay (1954) não a verificou.

Parece que a lepra dimorfa seja mera fase ou aspecto transicional.

Reação de Mitsuda — Foi negativa em 3 doentes e fracamente positiva (1+) em 1. por ocasião do fichamento.

III. CLASSIFICAÇÃO DA LEPPRA DIMORFA

Cochrane (1940), ao descrever as lesões que denominou de "limitantes" ou "intermediárias", não lhes propôs classificação. Disse que se comportavam, clinicamente, de modo semelhante ao das da lepra tuberculóide major (reação tuberculóide), visto que, com freqüência, as lesões regrediam completamente, embora fosse muito mais longo o tempo exigido para essa involução. Em 1958, no Congresso de Tóquio (em trabalho publicado em 1959), sustenta que a lepra dimorfa deveria ser reconhecida numa classificação para uso de especialistas dedicados a investigações científicas.

Wade e Rodriguez (1940) referem-se à freqüência, relativamente pequena dêstes casos; denominam-nos "borderline" (limítrofes); falam de uma *condição ou estado "borderline", instável*.

Jonquiers e Fiol (1953) aceitam que se tire a lepra "borderline" da forma tuberculóide reacional, para dar-lhe relativa autonomia. Julgam aceitável a denominação de "reação limítrofe" ou "fronteira"; referem, também, que há uma fase não reacional. Como se trata de forma de lepra "em que a evolução não está determinada", "lepra não determinada", e aceitando sua posição intermédia entre as formas polares lepromatosa e tuberculóide, o termo "indeterminado" deve compreendê-la, em sua acepção mais ampla; para isso, desde logo seria necessário devolver à forma infla-

matéria simples seu antigo nome de "incaerística", por ser, embora "indeterminada", uma forma distinta da lepra "limítrofe".

A inclusão do grupo "borderline" na classificação de lepra foi feita pela Confissão de Peritos da OMS (1953) e, logo depois, no VI Congresso Internacional de Leprologia (Madrid, 1953).

Takamura (1959) coloca a lepra dimorfa no "grupo A" (atípico), ao lado da lepra indeterminada, "ainda que de modo extremamente provisório".

S. N. Chatterjee (1959) representando, ao que parece, o ponto de vista de muitos leprólogos da escola hindu, advoga a adoção de seis formas de lepra, entre as quais a dimorfa: lepromatosa, tuberculóide, maculo-anestésica, indeterminada, dimorfa e polineurítica.

Segundo Gay Prieto (1959), "a instabilidade de certas formas impede a existência de classificação rígida. A fase "borderline" é um dos conceitos fluidos". Julga que os casos "borderline" de Cochrane existem, porém os denomina diferentemente, como fase evolutiva para a lepra lepromatosa. A evolução para a lepra tuberculóide é rara.

No Simpósio sobre lepra dimorfa, promovido pela Associação Brasileira de Leprologia e realizado no Rio de Janeiro em 11, 12 e 13-60, Souza Campos e Rath de Souza, Gay Prieto e Rotberg propuseram reunir os casos de lepra "borderline" e os da lepra tuberculóide reacional em um único grupo. Rotberg julga que este grupo, assim constituído, deva ser considerado satélite da lepra lepromatosa, do qual se acha muito próximo. Alonso e Azulay manifestam-se pela manutenção do grupo dimorfo, tal como foi feito na Classificação de Madrid (1953). Ramos e Silva emitiu opinião semelhante à que defendemos neste trabalho e que fôra apresentado, um dia antes (10- 3-60), Sociedade Paulista de Leprologia, em São Paulo: o grupo dimorfo deve ser suprimido da classificação e os casos deste grupo seriam classificados na lepra L ou Tr, de acordo com a dominância das manifestações clínicas.

IV. NOSSA OPINIÃO SOBRE A CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS DE LEPRA DIMORFA

Baseia-se nos seguintes elementos:

1. *Características clínicas* - Presença de lesões de aspecto semelhante às da lepra tuberculóide em reação e da lepra lepromatosa, freqüentemente com dominância destas últimas.

2. *Bacterioscopia* — Sempre ou quase sempre positiva e por períodos em geral mais prolongados que os das lesões da lepra tuberculóide em reação.

3. *Histologia* — Associação no mesmo doente e, freqüentemente, na lesão, de estrutura lepromatosa e semelhante a da reação tuberculóide.

4. *Reação de Mitsuda* — Quase sempre negativa; quando positiva ela o é, em geral, apenas fracamente (1+); corresponderia este resultado da leitura clínica a uma reação histologicamente positiva?

5. *Freqüência* — Souza Lima e Souza Campos (1949) tinham observado apenas 35 casos até essa data. Convit e col. (1956): 3,2% dos 8.872 casos de lepra conhecidos na Venezuela; K. R. Chatterjee (1959) : 0,2% dentre 2.800 casos de lepra (censo de Pondicherry); material de um de nós (Q.) em Campinas: 1,7% dentre 1.056 doentes fichados no decênio de 1949-1959.

6. *Origem* — a) lepra tuberculóide em reação evoluindo para L, o que se observou, embora raramente, antes da sulfonoterapia; evolução semelhan-

te a partir da lepra I, o que nos parece ocorrência ainda mais rara; b) tentativa da lepra lepromatosa para atingir a lepra T, desenvolvendo reação semelhante à deste tipo da moléstia. Foram verificadas com as sulfonas ou, pelo menos, muito mais freqüentemente com estas e outras das novas medicações antilepróticas. Em 17 dos 68 casos L de Souza Lima e Rath de Souza (1948), aquela tentativa foi bem sucedida. Os doentes, depois de terem tido surto semelhante ao Tr, tiveram sua moléstia regredida como tal, sem que tivessem notado mais as lesões lepromatosas. Na maioria (51), isso não ocorreu. Os extremos, pois, parecem tocar-se : os lepromatosos com maior capacidade defensiva, e os T em reação, com menor grau de resistência.

Com o nosso material e elementos que pudemos reunir, julgamos que a lepra dimorfa é apenas uma fase de transição, que ocorre raramente, como evolução natural da moléstia ou por influência da terapêutica. As vêzes comporta-se como lepra tuberculóide em reação, regredindo após alguns meses de tratamento; em outros casos, como lepromatosa, exigindo até 3-4 anos para sua involução, havendo, inclusive, recidivas. Como a lepra evolui em "câmara lenta", esta fase persiste por tempo maior ou menor, mas constituiria apenas um fato de passagem entre uma forma e outra de lepra. Sendo assim, não merece ser isolada na classificação como grupo à parte, como não se fêz e com muita razão :

Para os casos de lepra indeterminada que estão evoluindo para L e que apresentam manchas com elementos clínicos e histológicos dessa evolução, e outras ainda com as características de I; aqui, também, há uma fase transicional ("borderline") entre I e L.

Para os doentes I cujas máculas começam a apresentar pápulas de aspecto tuberculóide, encontram-se em fase de evolução da moléstia, que da lepra I se encaminha para a tuberculóide : fase "limítrofe" entre lepra I e T.

Estas duas últimas fases transicionais ou de passagem não foram nem devem ser consideradas em grupo à parte na classificação: o elemento dominante, polar, dá à classificação: L no primeiro caso, e T no segundo.

A raridade da lepra dimorfa é outro elemento que deve ser tomado em conta, quando se pensa que a classificação, além de ser científica, deve possuir cunho prático e abrangente, de preferência, as formas comuns da moléstia e não as raras ou aspectos transicionais. Essa orientação é adotada para a classificação de outras moléstias: a sífilis, por exemplo, é classificada em primária, secundária e terciária ou em recente e tardia; não há preocupação em classificar os casos mais raros da afecção, como a sífilis maligna precoce, nem os "limítrofes" entre o período secundário e terciário.

Por outro lado, o diagnóstico da lepra dimorfa oferece dificuldades variáveis segundo os casos e de acordo com a experiência de cada leprólogo no trato com esta modalidade de moléstia. Leprólogos experientes proclamam as dificuldades para a feitura do diagnóstico puramente clínico. Souza Campos (1960) ressalta a dificuldade de um diagnóstico clínico de certeza desses casos: "Poucos leprólogos, mesmo dos mais experimentados, poderão firmar um diagnóstico de caso dimorfo, somente pela clínica. Ele terá que recorrer ao exame histopatológico, que confirmará ou não o diagnóstico". Reconhecemos, também, que é possível fazer o diagnóstico clínico de número relativamente elevado de casos dimorfos, depois de observar muitos deles, correlacionando a clínica com a histologia, bacterioscopia, reação de Mitsuda e de acompanhar-lhes a evolução. No entanto, esta oportunidade se oferece, de preferência aos que trabalham em centros maiores ou que possuem maior tirocínio sobre a moléstia. Quando se recorda que a classificação dos casos de lepra é, em regra, feita por ocasião do fichamento, apenas pelo aspecto clínico e quando muito pelo exame bacterioscópico, não se pode deixar de admitir que será grande a probabilidade de êrro.

Assinalem-se, ainda, as divergências do que se considera lepra dimorfa em nosso país e em outros. Gay Prieto (1960), depois de viajar por diferentes países e de confrontar seus conhecimentos sobre a classificação com os de outros leprólogos, refere ter observado casos classificados como sendo de lepra dimorfa e que, em sua opinião, eram portadores de lepra tuberculóide reacional.

Todos estes fatos nos induzem a julgar insatisfatória a manutenção da lepra "borderline" numa classificação que, sem perder seu cunho científico, deve ser também prática e exequível.

Se o grupo dimorfo é suprimido da classificação, em que forma de lepra devem ser classificados os doentes que apresentam as características peculiares a este grupo? Quando se pode precisar a origem a partir da lepra Tr ou L, poderíamos classificá-los como Tr ou L. Tratando-se, porém, de casos Tr e L com características diferentes das habituais, dever-se-á anotar as possibilidades evolutivas dos casos $Tr \rightarrow L$, $L \rightarrow Tr$. Esta anotação alertara o leprólogo para as peculiaridades dos casos em aprêo e permitirá, nos Serviços de lepra com apuração mecanizada, a constituição de um grupo de doentes cuja classificação é duvidosa e que poderão ser facilmente identificados e estudados com maior interesse.

Quando não se pode tragar o ponto de partida da fase evolutiva, se de lepra Tr ou L, como sucede, mais comumente, nos casos de início aparente pela lepra B, os doentes serão classificados, com interrogação, de acordo com a dominância das manifestações clínicas, em *Tr?* ou *L?*, anotando-se ou não, a possibilidade evolutiva. Há, evidentemente, margem de erro maior ou menor, segundo a competência e critério do leprólogo que classifica o doente e de acordo com as dificuldades de cada caso. Na classificação da lepra, solicita-se, freqüentemente, aos leprólogos o que não se pede a outros especialistas. Na dermatologia ou em outros ramos da Medicina, quantas vezes se tem dificuldade, não para classificar, mas para diagnosticar determinados casos, aguardando-se, por vezes, longo período ou mesmo a necropsia para um diagnóstico. Dado o número muito reduzido de casos de lepra dimorfa não haveria maior prejuízo em retardar-lhes a classificação. Há outra alternativa, nesses doentes em que há dúvida quanto à origem da lepra dimorfa: tomando em consideração elementos de ordem clínica, bacterioscópica, epidemiológica, imunoalérgica, histológica e, talvez, sorológica, poder-se-ia reuni-los, provisoriamente, na lepra lepromatosa com uma interrogação (*L?*), mesmo porque muitos deles, sem o auxílio de medicações antilepróticas, acabam por se tornar lepromatosos e epidemiologicamente, pelo menos em certa fase, se comportam de modo semelhante a este tipo de moléstia.

Atitude semelhante foi adotada para os doentes portadores da assim chamada "*lepra nervosa pura*", a qual, muito justamente, não é isolada em grupo à parte, na classificação; sem que se tenha plena convicção e com margem de erro maior ou menor, esses casos são classificados seja na lepra indeterminada seja na lepra tuberculóide.

O ponto de vista exposto parece-nos, no momento, o mais acertado; aguardamos, porém, a oportunidade de ampliar o material e, inclusive, obter ou apreciar os resultados de exames sorológicos e bioquímicos, para confirmar ou modificar nossa presente opinião.

RESUMO

Os AA, consideram a posição da lepra dimorfa ("borderline") na classificação, baseados em 28 casos e nos seguintes elementos: características clínicas, bacterioscopia, histologia, prova lepromínica, freqüência e origem. Julgam que a lepra dimorfa é apenas uma fase de transição, que raramente ocorre no curso da moléstia ou por influência da terapêutica. Em alguns

doentes, comporta-se de modo semelhante à lepra tuberculóide em reação, regredindo após alguns meses de tratamento, enquanto em outros, exige até 3 ou 4 anos para sua involução. Como a lepra evolui em "câmara lenta", esta fase persiste por tempo maior ou menor, mas constituiria apenas um fato de passagem entre uma forma e outra. Sendo assim e pela sua raridade, pensam que o grupo dimorfo deve ser excluído da classificação; esta, além de ser científica, deve possuir também cunho prático, abrangendo, de preferência, as formas comuns da moléstia e não as raras ou os aspectos transicionais. Os AA. aguardam a oportunidade de ampliar o material e, inclusive, obter ou apreciar os resultados de exames sorológicos e bioquímicos, para confirmar ou modificar a presente opinião.

SUMMARY

The authors consider the position of the dimorphous group (borderline) in the classification of leprosy, based in 28 cases and in the following elements: clinical examination, bacteriology, histology, lepromin test and frequency. They think that lepra dimorpha is only a transitional phase, which seldom occurs, in the natural course of the disease or by influences of therapeutics; it should be excluded of the classification of leprosy. The authors wait for the opportunity of increasing their material and of appreciating the results of serological and biochemical examinations to confirm or modify the present opinion.

BIBLIOGRAFIA

- BARROS, J. M. & cols. — Alguns dados epidemiológicos referentes aos doentes fichados em 1958 no D.P.L. (Apresentado à Soc. Paul. Leprol. em 10-6-1960).
- BUCKING, E. P. — Contribution à la connaissance de quelques formes particulières de la réaction lépreuse. Apanhado de trabalhos científicos sôbre dermatologia e leprologia n° 12, Editora da Univ. de Rostov, 1959, pp. 22-36.
- CHATTERJEE, S. N. — International classification of leprosy. Internat. Cong. Leprology, VII, Tokyo, 1958. Transactions, pp. 30-34.
- CHAUSSINAND, R. — Classification de la lèpre basée sur les examens cliniques, les recherches bactériologiques et les résultats de la réaction de Mitsuda, Cong. Intern. Leprol., V, Habana, 1948. Memoria, p. 916, 1949.
- COCHRANE, R. G. — Development of the lesions of leprosy. Internat. J. Leprosy, **8**:445, 1940.
- CONVIT, J., SISIRUCA, C. & LAPENTA, P. — Some observations on borderline leprosy. Internat. J. Leprosy, **24**:375, 1956.
- DHARMENDRA, MUKERJEE, N. & CHATTERJEE, S. N. — A follow-up study of reacting tuberculoid lesions. Cong. Intern. Leprol., V, Habana, 1948. Memoria, p. 916, 1949.
- FIOL, H., JONQUIERES, E. D. L. & BOSQ, P. — Consideraciones sobre 17 casos de lepra tuberculóide reacional limitrofe (Border-line). Conf. Panam. Leprol, III, Buenos Aires, 1951. Memoria, v. **1**:252, 1953.
- GAY PRIETO, J. — Discussion. Internat. Cong. Leprology, VII, Tokyo, 1958. Transactions, p. 34.
- KITAMURA, K. — Classification system of leprosy newly drafted in Japan. Internat. Cong. Leprology, VII, Tokyo, 1958. Transactions, pp. 19-21.
- LOWE, J. — Mixed tuberculoid and lepromatous lesions. (Correspondence) Internat. J. Leprosy, **8**:515, 1940.
- QUAGLIATO, R. — Classificação de Lepra. Madrid, 1953. Rev. Brasil. Leprol., **27**: 17-32, 1959.
- SOUZA LIMA, L. & MAURANO, F. — Reação Leprótica. Monografia, S.N.L., Rio de Janeiro, 1949.
- SOUZA LIMA, L. & BATH DE SOUZA, P. — Pseudo exacerbação da lepra pelas di-amino-difenil-sulfonas. Cong. Intern. Leprol., V, Habana, 1948. Memoria, p. 205, 1949.
- SOUZA LIMA, L. & SOUZA CAMPOS, N. — Sôbre casos de lepra com evolução anômala. Monografia, S.N.L., Rio de Janeiro, 1950, p. 49.
- WADE, H. W. & RODRIGUEZ, J. N. — Borderline tuberculoid leprosy. Internat. J. Leprosy, **8**:307, 1940.