

HANSENÍASE, TUBERCULÓIDE REACIONAL COM LESÕES VERRUCOSAS*

W. P. PIMENTA **, EMÍLIA TAVARES DE MELLO ***,
J. C. PRATES CAMPOS ****

A finalidade dêste trabalho é divulgar um aspecto dermatológico pouco observado no quadro da hanseníase.

RELATO DO CASO

Paciente N.D.S., do sexo masculino, 27 anos, prêto, solteiro, servente de pedreiro, procedente do Sanatório de Santa Rita do Passa Quatro, Reg. HC 80.734.

Compareceu à consulta em 9-6-67, por apresentar lesões cutâneas que ocorreram há 5 meses, após internação no Sanatório Colônia Santa Rita (Santa Rita do Passa Quatro-SP) e iniciado tratamento com estreptomycina, hidrazida e PAS, para tuberculose pulmonar de que é portador. As primeiras lesões ocorreram na face, sendo logo seguidas pelas demais. Houve manifestações parestésicas precedendo a dermatose da face. O paciente não informa contato com foco conhecido de lepra.

Estêve em 1966, durante 4 meses, internado no Hospital Psiquiátrico Juqueri. (Franco da Rocha - S.P.).

EXAME DERMATOLÓGICO

As lesões dominantes localizam-se na face e caracterizam-se por eritema de tonalidade violácea, acompanhado de infiltração mais acentuada na periferia formando borda nítida que esmaece suavemente para o interior das lesões. (Fig. 1). Observam-se nessas a presença de verrucosidades de 2 a 3 mm de altura, dispostas em faixa de 5 a 10 mm que contorna a periferia das lesões. Quase tôda a extensão da face é comprometida por lesões de configuração arredondada formando placas ou placares que confuem dando aspecto policíclico.

* Trabalho dos Departamentos de Dermatologia (Prof. L. M. Bechelli) e Patologia (Prof. F. Kdberli) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, U.S.P.

** Catedrático Substituto do Departamento de Dermatologia.

*** Residente (R-2) do Departamento de Dermatologia.

**** Instrutor do Departamento de Patologia.



Fig. 1 - Placas e placares infiltrados, eritêmato-violáceos e com lesões verrucosas nas bordas.

Na frente a lesão dispõe-se em faixa vertical de 2,5 cm de largura comprometendo inclusive as pálpebras do O.E., provocando ectrópio e a conseqüente conjuntivite.

Nos membros superiores as lesões não têm aparência verrucosa; apresentando eritema violáceo, infiltração uniforme e fina descamação. De configuração arredondada, os diâmetros variam de 1 a 3 cm desde a superfície de extensão dos antebraços até os cotovelos. Observa-se também, uma numular na iminência tenar E.

Nos membros inferiores, nota-se apenas uma lesão em placar, infiltrada, eritêmato-violácea, escamosa, de 3 x 5 cm, localizada planta D.

Nervo cubital E, espessado e doloroso à palpação.

Exame bacterioscópico de material de lesão cutânea e muco nasal, negativo.

Exame histopatológico (B 1297/67)

A epiderme apresenta hiperparaceratose com formação de tampões córneos nos óstios foliculares. A camada granulosa está praticamente ausente e a de Malpighi mostra acentuada atrofia, estando em algumas áreas, constituída apenas por 3 ou 4 camadas de células. (Fig. 2 e 3).

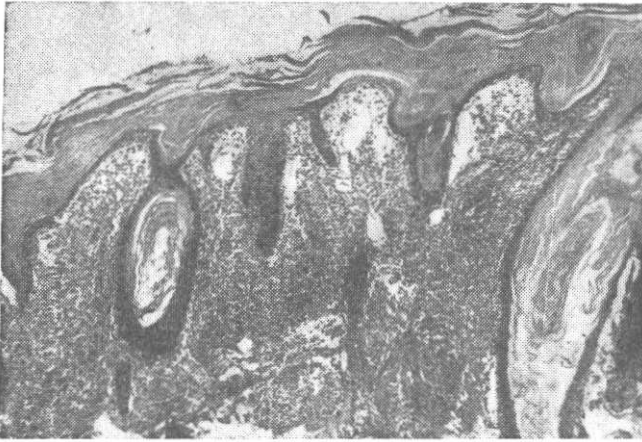


Fig. 2 — Vista panorâmica, vendo-se: hiperparacetorase com tampões córneos; atrofia da camada de Malpighi e alargamento das papilas. H.E. x 38.

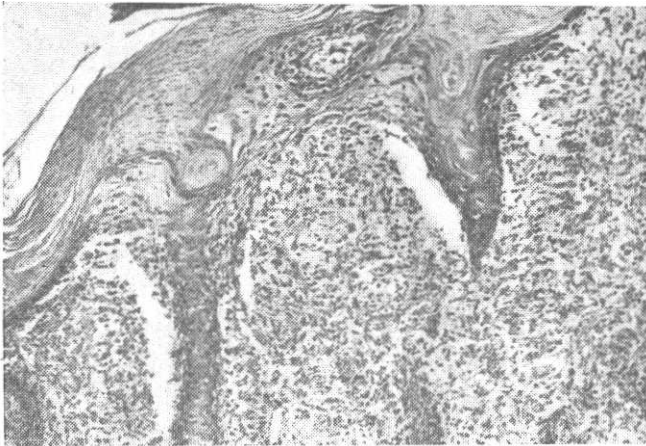


Fig. 3 — Reação granulomatosa do derma, com alargamento das papilas. H.E. x 96.

No derma há proliferação nodular de células epitelióides com citoplasma vacuolizado, entre as quais se vêem raros gigantócitos tipo Langhans. Esses granulomas epitelióides têm limites mal definidos e entre êles existe infiltrado linfocitário (Fig. 4); ocupam irregularmente todo o derma, inclusive o derma papilar onde aparecem granulomas revestidos pela epiderme atrófica. Provocam o alargamento do derma e projetam as papilas dando à lesão o caráter vegetante e verrucoso.

Não se observa necrose nos granulomas. Nos cortes corados pelo método de Faraco, foram encontrados conglomerados de bastonetes álcool-ácido-resistentes, granulosos e fragmentados.

Este quadro histopatológico corresponde ao da lepra tuberculóide reacional com lesões verrucosas.

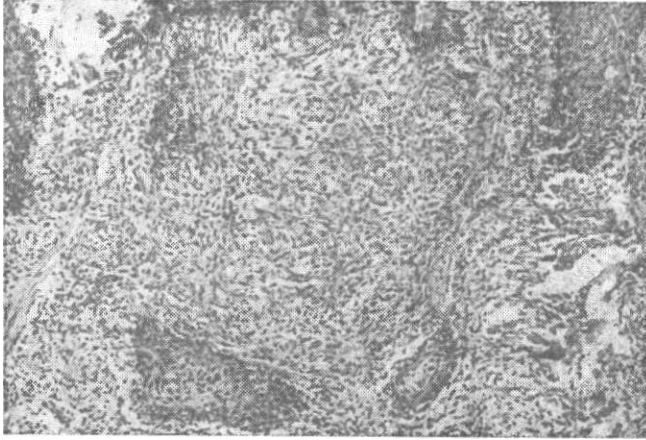


Fig. 4 — Granuloma com células epitelióides, raros gigantócitos e infiltrado linfocitário. H. E. x 380.

COMENTÁRIOS

Lesões verrucosas no quadro dermatológico da lepra são muito raras. A primeira referência foi feita por Babes ⁽²⁾ na 1.^a Conferência Internacional de Lepra em 1897, quando descreveu o leproma verrucoso.

Em revisão realizada por Baptista ⁽³⁾, nos tratados clássicos de lepra (Danielsen & Boeck; Leloir; Zambaco Pacha; Dom Sautom; Rogers & Muir; Jeanselme) não foi encontrada referência a êste tipo de lesão.

Ota & Sato ⁽⁵⁾ em 1957, ao classificarem a lepra tuberculóide em seis grupos, descreveram um dêles como sendo formado por lesões verrucosas não dando, porém, maiores detalhes. Entre nós, nesse mesmo ano, Souza Araújo ⁽⁷⁾ descreveu três casos de Lepra L com lesões verrucosas nos membros inferiores, que o A. julgou inicialmente tratar-se de associação com cromomicose. Esta idéia foi afastada pela negatividade dos exames micológicos e, dada a estrutura lepromatosa com abundantes b.a.a.r. nas lesões, o A. considerou tratar-se de uma nova síndrome de lepra, denominando-a Dermatite Verrucosa Leprótica. Deve-se considerar nos casos de Souza Araújo a possibilidade

das lesões verrucosas participarem do quadro da elefantíase resultante do comprometimento linfático.

Baptista ⁽³⁾ descreveu lesão verrucosa em doente do tipo lepromatoso que após trauma na superfície cubital do antebraço D., apresentou placa de bordas verrucosas e circinadas sugerindo ao A., a possibilidade de tratar-se de lesões de verruga vulgar. O exame histo-patológico revelou "granuloma leproso particularmente rico em germes".

Ramos e Silva ⁽⁶⁾ assinalou lesões verrucosas semelhantes as da tuberculose verrucosa localizadas no antebraço de paciente portador de lepra tuberculóide. O exame direto para b.a.a.r. e a inoculação em cobaias foram negativos.

Costa & Aleixo ⁽⁴⁾ relataram caso de lepra tuberculóide no qual reconheceram vários tipos de lesões: tubero-escamosas; ictiosiformes; pigmentadas e atróficas com halo leucodérmico e lesões verrucosas no dorso do polegar e nas plantas, lembrando os diagnósticos de granuloma anular e "ceratoderma plantare dissipatum".

Mais recentemente Alchome Rotberg ⁽¹⁾ apresentaram doente de lepra lepromatosa com leproma verrucoso.

Verifica-se assim, a raridade do aspecto dermatológico focalizado, encontrando-se na literatura médica apenas seis trabalhos dos quais dois referentes à lepra tuberculóide e quatro à lepromatosa.

As lesões verrucosas descritas na forma lepromatosa foram de leproma verrucoso, exceto nos casos de Souza Araújo que correspondiam ao quadro observado na elefantíase.

Já na lepra tuberculóide as lesões verrucosas lembravam mais as da tuberculose verrucosa ou da esporotricose verrucosa.

Em nosso paciente, a disposição das lesões verrucosas na periferia das placas ou placares infiltrados e eritemato-violáceos sugerem, também, esses diagnósticos, principalmente o da tuberculose, tendo em vista o antecedente pulmonar do paciente. No entanto, o exame dermatológico mais atento mostra não corresponder ao da tuberculose verrucosa pela ausência da fina atrofia central cicatricial, a não individualização de pápulas verrucosas e de pústulas esparsas.

Maior segurança nesta diferenciação nos é fornecida pelo exame histopatológico que não revelou abscesso ou necrose de caseificação.

RESUMO

Relatam os AA. a observação de paciente do sexo masculino, de 27 anos, prêto, portador de lepra tuberculóide reacional, com lesões localizadas na face, de aspecto nitidamente verrucoso. Nos antecedentes mórbidos há referência à tuberculose pulmonar ainda em tratamento e na vigência da qual ocorreram as lesões da lepra T.R. Fa-zem o diagnóstico diferencial com a tuberculose verrucosa que pôde

ser afastada clinicamente e pela histopatologia que foi compatível com o diagnóstico de lepra tuberculóide reacional com lesões verrucosas.

Na revisão da literatura encontraram apenas seis trabalhos referentes à lesão verrucosa no mal de Hansen, sendo o presente, o primeiro referido com o tipo tuberculóide reacional.

SUMMARY

The authors reported one case of a negro man, aged 27, with verrucose lesions of the face caused by tuberculoid reactional leprosy. This patient was in treatment of pulmonary tuberculosis and during the treatment, lesions of tuberculoid reactional leprosy were appeared. The differential diagnosis was done by clinical examination and microscopic findings, both were compatible with tuberculoid reactional leprosy and with verrucose lesions. Only six reported cases of verrucose-leprosy was finded in the literature and the present case is the first one reported to tuberculoid reactional type of leprosy.

BIBLIOGRAFIA

1. AVELAR ALCHORNE, M. M. & ROTBERG, A. — Leproma verrucoso. *An. Bras. Derm.* 40(2):184, 1965.
2. BABES — Ueber die Histologie der Lepra. *Lepra-Conferenz. Berlim, 1897, I, p. 152.*
3. BAPTISTA, L. — Um caso interessante de leproma verrucoso. *Rev. Bras. Leprol.* 5:525-529, 1937.
4. COSTA, O. G. & ALEIXO, H. B. — Tuberculoid Leprosy: Warty Lepride. *Brit. J. Berm. Syph.* 60:243-248, 1948.
5. OTA, M. & SATO, S. — Tuberculoid changes in leprosy. *Int. J. Leprosy* 5(2):199-201, 1937.
6. RAMOS E SILVA, J. — Leprides verrucosas. *An. Bras. Berm. Sif.* 13(1-2): 11-15, 1938.
7. SOUZA ARAUJO, H. C. — Dermatite verrucosa leprótica — Estudo de três casos. *Mem. Inst. O. Cruz* 32(2):311-320, 1937.