

Lupus Eritematoso na Lepra

Dr. ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA
Dermatologista do A. C. "Santo Ângelo".

A ocorrência do lupus eritematoso na lepra é muito rara. Assim é que o primeiro caso desta associação foi relatado e publicado por Kerl, Diretor do Leprosario de Suriname na Guiana Holandesa em 1.936 (*Giornale Italiano de Dermatologia e Siphilologia* I — 1936 — pág. 122). O doente, natural de Paramaribo era portador de uma lepra nervosa que apresentava contemporaneamente uma placa de lupus eritematoso nas regiões pré-auricular direita e esquerda e também na raiz do nariz. Em seu trabalho Kerl conta ainda que corre nessa região a lenda de que a lepra é oriunda da alimentação exclusiva de tomates e bacalhau, motivo pelo qual a sua população se abstem desses alimentos.

Em seguida temos a publicação de Nudemberg, Rechter e Bizzi feita em 1939 nas "*Publicaciones Medicas, ano V*", sobre esta associação. O terceiro caso foi descrito pelos Drs. Heitor Fiol e Juan Blanco do Sanatório-Colônia "Buenos Aires". Tratava-se de um lupus eritematoso generalizado e atípico em um caso de lepra forma lepromatosa e que apresentava também lesões faríngeas e repululação de elementos lúpicos sobre cicatrizes de biopsias ou queimaduras.

O doente estudado por Gemy e citado por Kiingmüller não apresentava lupus eritematoso pois as lesões tidas como tal pelos autores foram diagnosticadas mais tarde como de lepra tuberculóide.

Assim pois, o nosso doente é o quarto de literatura mundial e cuja observação apresentaremos a seguir:

OBSERVAÇÃO

R. P., 28 anos, branco, brasileiro, solteiro, lavrador, internado no Asilo - Colônia "Santo Angelo", em 20/10/1938.

Sobre os seus antecedentes hereditários refere um caso de tuberculose pulmonar em uma irmã com quem aliás não conviveu. Seus pees são vivos e sadios. E o único doente de lepra na família. Entre os seus antecedentes pes-

soaes conta que sofreu verminose mesmo antes do aparecimento da lepra: depois de internado foi submetido a várias transfusões devido ao grau de anemia a que atingira pela infestação anquilostomótica.

HISTÓRIA DAS MANIFESTAÇÕES LEPRÓTICAS

E' doente de lepra há 13 anos isto é, desde 1934. Seus primeiros sintômas foram o aparecimento de bolhas nos dedos e manchas brancas nos braços e tronco. Notou desde então que certas regiões das extremidades eram amoreticidas. Tem sofrido surtos frequentes de reação leprótica de maio de 1941 a agosto de 1942; desta data em diante não mais teve reação. Em 1944 é que lhe surgiram as manchas do rosto (lupus).

Exame objetivo. (Resumo da observação feita pelo Dr. Edson da Costa Valente). Rarefação dos supercílios. Discretas máculas hipocrômicas na fronte. Pequenas máculas hipocrômicas no tronco em número reduzido. Máculas acrómicas de bordos geográficos no hombro esquerdo. Acrocianose.. Esboço de amiotrofia da região hipotenar esquerda. Máculas hiperômicas de bordos geograficos localizadas nas nádegas e coxas. Cicatriz de bolha no joelho esquerdo. Lesões hipocrômicas e alopécicas nas pernas.

Adenite inguinal. Cubitaeas espessados. Anestesia termica ao nível das máculas. Exames bacterioscópicos: Muco nasal positivo (+) e lesão cutânea negativa. Forma clínica: incaracterística cutâneo nervosa. Foi assinalada a presença de tuberculos em 1941. Neste ano sentiu-se muito doente em consequência da anemia secundária produzida pela anquilostomose. Fizemos-lhe nesta época várias transfusões de sangue com as quaes conseguimos debelar a hipoglobulia; os vermes intestinais foram eliminados pelos meios terapêuticos comuns. Desta intercorrência mórbida ficara completamente curado.

Status praesens — (9-9-47). Alopecia do terço externo das sobrancelhas,. certa hipocromia nos braços, discreto eritema na face anterior das coxas, cubitees espessados acima da goteira olecraneana, pequeno grau de amiotrofia hipotenar esquerda, dedos um pouco deformados principalmente ao nível da 2.º falange, pele seca e alopécica nas pernas, dactilite no segundo artelho esquerdo. Em resumo, em 9 anos de internação notou-se a involução gradativa das lesões acrómicas assim como de sua reação leprótica Esta, de tipo eritema nodoso desaparecera por completo a partir de agosto de 1942, portanto dois anos antes da eclosão dos primeiros sinais de lupus eritematoso.

Conta o nosso doente que as lesões que apresenta na face fizeram aparição nos primeiros mêzes de 1944. Como primeiro sintoma lhe surgiram papules vermelhas no dorso do nariz que lhe produziram um pequeno prurido; estas pápules se tornaram posteriormente mais esbranquiçadas e escamosas e se coalesceram formando uma placa maior que lhe cobriu cerca de dois terços do nariz. Poucos mêzes depois outras placas surgiram nas regiões malares e ultimamente até na orelha direita. Não sofria com estas lesões o menor sintoma subjetivo. Ao exame objetivo observa-se no corpo do nariz uma grande placa tomando os seus 2/3 inferiores, eritemato-atrofiante, escamosa, de centro nitidamente atrófico, bordos eritematosos infiltrados e descamativos, a qual avança para o lóbulo que cobre inteira e simêtricamente e onde se torna mais crostosa. Notam-se outras duas menores, uma na região infrapalpebral e paranasal esquerda de dimensões 1 x 2 e outra malar do mesmo lado e de identicas dimensões e igualmente eritemato-atrofiantes. No início do sulco naso - geniano direito, lesão punctiforme, eritemato - escamosa, rodeada de um halo atrófico

No lóbulo da orelha direita verifica-se uma placa dura de limites bem nítidos, tornando toda esta região, eritemato-escamosa e crostosa produzindo um certo grau de retração do órgão. Esta lesão é de dimensões 3 x 1,5 cms. Todas estas lesões são do tipo herpes **cretácio de Devergie** e se assemelham muito com as apresentadas pelo poente de Karl do Leprosário de Suriname. (Fotografias nos. 1 e 2). O exame dos vários aparelhos da economia nada revelou de anormal — Pressão arterial M X - 12 MN - 7. Baço palpavel. Fígado nos seus limites.

EXAMES DE LABORATORIO.

Pesquisa do *Micobacterium leprae* no muco nasal, positivo (++) . Idem do lobulo da orelha esquerda (+). Reação de Wassermann (+). Reação Kahn |—|. Três exames de urina praticados em 1-11-39, 22-9-40 e 30-10-40 nada revelaram digno de registro. A pesquisa da parasitose intestinal pelo processo de Telemann revelou a presença de ovos de *anquilostomus duodenalis* e *ascaris lumbricoides* em 1940. Intradermo — reação de Mitsuda em 10-9-46, |—| (negativa). Nova reação em 15-9-47... Leitura depois de 48 horas: Resultado ++.

Exame histo-patológico — Biopsia de uma placa paranasal esquerda. Fixação em formol a 10%. Cortes de parafina — Coloração: Hematoxilina — Eosina e Z. Neelsen, Descrição: Certo grau de hiperqueratose invadindo os óstios foliculares (tampões córneos). Acantose na parte que corresponde a maior infiltração dermica. No cório, ao nível do corpo papilar, intensa infiltração por pequenas células redondas (linfócitos), tendo de permeio células maiores, de núcleo vesiculoso (histiocitos, fibroblastos jovens). Diagnóstico: O quadro histológico corresponde ao do lupus eritematoso. (a) Dr. Paulo Rath de Souza. (Microfot. Fig. 3)

EXAME HEMATOLOGICO — Dosagem da Homoglobina: 85% — Contagem de globulos: 5.870.000. —

COMENTÁRIOS

O caso apresentado por nós é o 4.º da literatura mundial dos quais dois são argentinos e um da Guiana Holandesa (Paramaribo) o que equivale a dizer que são todos sul-americanos. Entre nós o Dr. Renato Pacheco Braga está estudando um caso que nos parece ser de síndrome de Senear-Usher; realmente os sinais clínicos falam a favor deste síndrome que nada mais é que uma combinação de lupus eritematoso e penfigo foliaceo (segundo o conceito classico). O que chama a atenção no nosso caso é que R. P., cessou de apresentar reações lepróticas pouco tempo antes de lhe surgirem os primeiros sintomas de lupus eritematoso. Esta afecção comportar-se-ia portanto como verdadeiro test de imunidade adquirida pelo enfermo no decorrer da evolução de sua lepra mais ou menos cheia de acidentes reacionais, mas que atualmente está evoluindo para a cura. A doença de Cazenave era, como vimos, do

tipo Herpes cretaceo de Devergie e o seu dignóstico não ofereceu dificuldades tendo sido confirmado pelo exame histopatológico (fig. 3) .

O doente dos Drs. Heitor Fiol e Juan Blanco apresentava as lesões do lupus muito semelhantes a psoríase, porém, o exame histológico dermiu a questão diagnóstica; como o nosso, o doente dos autores citados começou a mostrar melhoras em seu quadro lepromatoso após o surgimento do lupus eritematoso de modalidade invasora generalizada, o que fala bem alto do certo grau de imunidade adquirida pelo enfermo no seu combate a lepra. Sobre a terapeutica, a princípio tentamos bismuto e ouro com bons resultados. Presentemente está fazendo tratamento pela vitamina D² em altas doses.

RESUMO

O autor apresentou à Sociedade Paulista de Leprologia em sua Sessão Ordinaria de 11 de outubro de 1947 um caso de lepra lepromatosa em o qual verificou a ocorrência de um lupus eritematoso, tipo herpes cretáceo de Devergie cujas lesões se assentavam no dorso do nariz, faces e orelha direita. Estuda estas lesões sob o ponto de vista clínico e também do histo-patológico referindo que o doente cessára de fazer reações lepróticas 2 anos antes do surgimento desta intercorrência morbida e que sua leprose se achava em franca involução.

BIBLIOGRAFIA

- BABES, V. — **Die Lepra — Diagnose und Komplikationen — Lupus** — Original.
KERL, ERNST — **Lupus erythematoides discoïdes bei eivem leprosas** —
Giornale Italiano de Dermatologia e Siphilologia — 1936 — I — pag. 122.
KLINGMÜLLER, V. — **Lupus eritematoides — Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten** — Tomo X/2 pag. 629.
FIOL, HEITOR y JUAN F. BLANCO — **Lupus eritematoso generalizado e atipico em um enfermo de lepra.** — Rev. Argentina de Dermatosifilologia Tomo 27 — N.º 4 — pag. 559.
LIE, H. P. — **Haut tuberculose bei Leprösen** — Resumo de Zentralblatt — 1934 pag. 255.
PAULOFF, U. — **Lepra and Hanttuberkulose Vesta. Venereol** — i Derma. N.º 4 — 38-43 Russisch — 1938.
NUDEMBERG, A., RECHTER M., BIZZI D. — "Publicadones medicas". — Ano V.



FIG. 1 — Lesão em vespertilio. Lupus eritematoso fixo.



FIG. 2 — R. P. — Lesões lúpicas no nariz, região malar e orelha.



FIG. 3 — Microfotografia. Col. Hemat. eosina. Tampões corneos — Densa infiltração por linfócitos e nistiócitos.