

REAÇÃO LEPRÓTICA

Reação Leprótica Tuberculóide e Lepra Tuberculóide Reacional

NELSON SOUZA CAMPOS (*)

O termo "Reação Leprótica" foi sempre empregado em leprologia para designar surtos agudos e sub-agudos de E.N. ou polimorfo, sobrevivendo no decurso da forma lepromatosa.

Posteriormente, Lowe, L. Souza Lima e outros autores passaram a designar não somente êsse síndrome, como igualmente toda manifestação aguda da moléstia, primitiva ou secundária, no decurso da leprose, incluindo nessa designação os processos de reativação, exacerbação, evolutivos agudos, no decurso não só da forma lepromatosa, como igualmente do grupo indiferenciado e da forma tuberculóide.

Justificam a designação, êsses eminentes leprólogos, pelos fenômenos inflamatórios agudos que os caracterizam "e que é o traço de união entre todas as suas modalidades clínicas" (S. Lima ¹). E assim são reunidos sob a mesma rubrica, não só a R.L. clássica, em suas manifestações cutâneas e extra-cutâneas, como os processos de reativação cutânea do tipo Herxheimer (S. Lima) que soem aparecer na evolução da leprose, primários ou secundários ao tratamento.

Mas o significado dessa "fase aguda" é completamente diverso, segundo se considere as manifestações de reativação clínica, na evolução da lepra em quaisquer de suas formas clínicas, e a R.L. ou síndrome E.N. ou polimorfo, em suas manifestações cutâneas e extra-cutâneas, exclusivas da forma lepromatosa.

As primeiras constituem surtos agudos na evolução da lepra, provocados por medicamentos ou por alterações do organismo, sem comprometimento do estado geral, sem constituir obstáculo à continuidade da terapêutica específica; apenas o doente se apresenta piorado de suas manifestações clínicas, quer pela generalização das mesmas, quer pelo caráter agudo que substitui um estado de quiescência.

A segunda, a R.L. clássica, é inteiramente diversa em seu significado: é uma intercorrência que se sobrepõe à própria moléstia; é patognomônica da forma lepromatosa; é quase sempre febril, comprometendo assim, em grau vário, o estado geral do paciente, que se vê, muita vez, obrigado a guardar o leito por tempo geralmente longo, podendo chegar até ao êxito

(*) Médico do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo (Brasil).

letal; é essencialmente recidivante; apresenta uma sintomatologia objetiva subjetiva peculiar e característica; provoca sofrimento físico ao doente, quando de suas localizações extra-cutâneas; inibe, tal seja seu tipo, a continuidade terapêutica.

Não há, pois, onde e como relacionar processos tão diversos, que apenas têm de comum o surto inflamatório agudo.

Parece-nos mais lógico, reservar-se a denominação "R.L." ao que é clássico ao que constitui problema em leprologia e de "Reativação", "Exacerbação" ou que outro termo se queira dar, aos outros processos agudos que a lepra apresenta.



A R.L. e como tal designamos tão somente o surto de E.N. e mais raramente do polimorfo, é o problema médico que mais preocupa aqueles que trabalham em lepra, pois mais de 50% dos doentes portadores de forma clínica lepromatosa, apresentam essa intercorrência na evolução de sua moléstia, sob aspêtos e intensidade os mais vários, intercorrência que constitui sério problema para o médico e para o doente.

Para o médico, porque não dispõe ainda de uma terapêutica verdadeiramente específica, experimentando de tudo, limitando-se ao mais das vezes a uma medicação sintomática, sem poder combater, com eficiência, o mal em si, por desconhecer sua etiologia e sua patogenia. O surto cede, apesar de toda terapêutica, quando tem que ceder, até que novo surto o venha substituir.

Para o doente, além de constituir, muita vez, um obstáculo ao tratamento específico do mal, sendo obrigado a suspendê-lo, constitui sobretudo um sofrimento atroz, pelos sintomas que o acompanham: estado infeccioso geral, febre alta, que o obriga a acamar-se por tempo às vezes longo, dores cruelíssimas, artrálgicas, miálgicas, neuríticas, sem falar nas irites, orquites, etc..

Passado o surto agudo, o doente piorado ou melhorado, tem sempre o temor de novo surto, pois os nódulos aparecem com frequência, sob forma recidivante, embora acompanhados ou não da sintomatologia aguda.

Não há que negar que a R.L. é o problema mais sério para o doente dela portador, assim como para o médico que o assiste.

A etiologia, a patogenia, a terapêutica e o prognóstico da R.L. clássica, estão ainda para serem conhecidos em sua essência. Muito se tem escrito sobre a R.L., mas na realidade o que dela conhecemos é apenas a sua polimorfa sintomatologia clínica. Tudo o mais, apenas teorias e opiniões, fundamentadas umas, forçadas outras.

E' natural, pois, que esse problema médico que necessita ser aclarado, fosse incluído no ternário da IIIª Conferência Pan-Americana de Lepra,

para que os leprólogos levassem e discutissem, sob as luzes da observação e estudo de cada um, tão grave quanto importante questão.

E fazemos justiça aos organizadores daquele certame, pois não poderia ser outra sua intenção. Tudo que fugisse desse ponto de vista, seria forçar uma questão que se restringe àquilo que ignoramos: a etiologia, a patogenia, a terapêutica e o prognóstico do E.N. e suas consequências, intercorrência exclusiva da forma lepromatosa da lepra.

Incluir sob a denominação de R.L. os surtos de reativação da moléstia crônica, e como tais, os surtos de lepromatização aguda, os de reativação das lesões figuradas de lepra tuberculóide figurada, os surtos eruptivos da lepra tuberculóide reacional, os de exacerbação dos lepromatosos quiescentes, com possível mutação para o tipo tuberculóide, separar os casos limitantes dos reacionais, considerando-os quase como um subtipo, é evidentemente fugir à finalidade do tema, incluindo sob uma mesma designação, fenômenos inteiramente diversos em seu significado clínico e patogênico, é trazer confusão a um assunto internacional e classicamente estabelecido.

Tudo o que a Subcomissão do tema em aprêço disse, sobre as reativações clínicas acima enumeradas e mais, dando a esses aspêtos evolutivos e clínicos, um papel preponderante, sobre a verdadeira R.L., sobre a qual nada sabemos, colocando-a em plano verdadeiramente secundário, de duas, uma. ou temeu reconhecer e proclamar que à Conferência não foi apresentado um trabalho que avançasse uma vírgula, em tudo que ignoramos sobre o assunto, ou reconhecendo esse fato, procurou desviá-lo para uma questão que não constitui problema para ninguém.

Com efeito, os sintomas agudos com que costuma se exteriorizar a forma tuberculóide em seu subtipo reacional, mesmo nos casos limitrofes, os surtos de reativação do grupo indiferenciado e os de lepromatização aguda, não constituem problema médico, pois são maneiras de evoluir da própria moléstia. Excepcionalmente se acompanham de sintomatologia aguda que necessita assistência mais acurada do médico.

Assim, o quadro das reativações não pode, de forma alguma, ser colocado em um mesmo plano que o da R.L.. São fenômenos etiológico, clínico, estrutural e patogênico diversos.

*
* *

Como consequência dessa interpretação do que era considerado R.L., a Subcomissão do IV^o tema incluiu os casos de lepra tuberculóide reacional, como de reação leprótica tuberculóide.

Em Dezembro de 1940, publicamos na "Revista Brasileira de Leprologia"² trabalho em que procuramos individualizar os casos tuberculóides reacionais como subtipo autônomo da forma tuberculóide, incluindo como tais os que Wade³, Schujmann⁴ e Fernandez⁶, dentre outros, designaram

como reação leprótica tuberculóide. Êsses casos foram aceitos como sub-tipo na classificação adotada pela Conferência Internacional de Lepra, realizada em Cuba em 1948.

Se foram admitidos como tal, o fato de se apresentarem de início como manifestações agudas da lepra — que Ryrie muito bem denominou de "Acute tuberculoid leprosy" — não justificava serem considerados como "Reação leprótica", pois de "agudo" tinham apenas seu início. Aliás, os autores mesmos que os designaram como reação leprótica tuberculóide, tiveram suas dúvidas a respeito. Lowe ⁶ foi o primeiro a apresentar dúvidas quanto à idêntica natureza das reações sobrevindas nos lepromatosos e nos máculo-anestésicos, não concordando com a idêntica designação para fixar processos diferentes que se instalam em doentes em condições clínicas, bacteriológicas e imunológicas diversas. Fernandez diz: "Será correto designar com o mesmo termo "reação leprótica" — processos que clínica e imunologicamente se diferenciam e que talvez sejam originários de causas distintas?". Todavia aceita a designação porque a "inflamação aguda" é o que caracteriza o termo reação.

O conceito inicial de Wade³ era de que certos casos tuberculóides apresentam formas sub-agudas de reações espontâneas, que são interpretadas como novos focos tuberculóides ou como uma forma de reativação de focos tuberculóides antigos, que se encontravam em vias de regressão.

Parece-nos que a opinião de Wade se refere às reativações ou exacerbações de tuberculóides quiescentes, figurados, fenômenos que nada têm de reacional, e sim de reativação. Pode existir uma fase aguda, mas que não pode ser enquadrada como reação leprótica, consistindo apenas uma reativação clínica.

Schujmann, ao descrever seus casos, diz: "Assim como na lepra cutânea pode-se observar ... surtos agudos de reação leprosa, na tuberculóide ... podem apresentar-se reações periódicas das lesões, porém elas se manifestam por um quadro clínico, bacteriológico e histopatológico muito muito distintos ao anterior". Vemos que êsse A. assim como Fernandez, reconheceu que a R.L. clássica, incidindo nos casos lepromatosos, são clínica, bacteriológica e estruturalmente diversos do quadro da reativação tuberculóide e mesmo da lepra tuberculóide reacional. São fenômenos distintos, sem dúvida, e isso ninguém pode contestar: enquanto nesse caso é uma intercorrência, que se sobrepõe na evolução crônica do caso clínico, com suas características clínicas, histológicas e imunológicas próprias, no outro caso, apenas processos agudos evolutivos da própria moléstia.

Atualmente, no estado atual de nossos conhecimentos de clínica de lepra, não podem ser enquadrados dentro de uma mesma designação de R.L., a processos inteiramente diversos em seu significado.

Parece-nos, todavia, que os membros da referida Subcomissão assim não compreenderam. Incluíram como R.L. os casos tuberculóides reacionais e os casos limítrofes. Por isso não é demais repetir aqui o que já dissemos em 1940:

"Evidentemente não é feliz a denominação de R.L. a este aspêto particular da lepra tuberculóide, e nem ela reflete a realidade dos fatos...

Por R.L. nós estamos acostumados a designar e ver um quadro clínico infeccioso, agudo ou sub-agudo, constituindo uma intercorrência do processo leproso, acompanhado quase sempre de um estado febril ou subfebril, umas vezes de caráter transitório, outras vezes duradouro, frequentemente recidivante, afetando sempre o estado geral do doente ... caracterizado pelo aparecimento de nódulos e manchas de tipo do E.N. e polimorfo.

Ela é sobretudo e primordialmente uma intercorrência na evolução da forma lepromatosa, quer cutânea, quer neural e até visceral, quando ela constitui então a única exteriorização clínica da moléstia.

O desaparecimento de um surto de R.L. em doente, não implica em afirmar o desaparecimento dos demais sintomas de lepra nesse mesmo doente, que continuará com as mesmas lesões pré-existentes, na maioria das vezes piorado de sua moléstia.

Na denominada "R.L. tuberculóide", pelo contrário, ela constitui a "moléstia mesma", se assim pudéssemos dizer e o seu desaparecimento, após um tempo mais ou menos longo, coincide com a cura clínica do paciente. Não há febre, o estado geral pouco se altera e não raro ela constitui a manifestação inicial e quíçã única da moléstia. Ao contrário da R.L. clássica, ela só é excepcionalmente recidivante.

Outro fato referido pelos A.A. atrás referidos ... é o da incidência dessa "Reação" em formas tuberculóides anteriores.

O fato dêsse quadro clínico apresentar uma reação tecidual tuberculóide, aliás muito especial, bastante característica e não confundível com a reação tecidual da lepra tuberculóide primária ou clássica, não é bastante para se pressupor a presença de forma clínica tuberculóide anterior. Ao contrário do que afirmam êsses A.A. e de acôrdo com a opinião de Ryrie⁶ e, somos de opinião que essa modalidade clínica de "reação leprótica" não incide exclusivamente entre os portadores de lepra tuberculóide. Na grande maioria das vezes, a incidência se dá entre doentes portadores de forma clínica indiferenciada, quando não seja em doente sem manifestação alguma da moléstia, a "reação" constituindo sua primeira exteriorização.

Fomos dos que, desde o inicio, não concordaram com a denominação de "reação leprótica" a êsse surto agudo de lepra tuberculóide. Propusemos então a denominação de "lepra tu-

berculóide reacional" em substituição à de "reação leprotica tuberculóide" dada por Wade e aceita por Fernandez e Schujmann, por considerá-la mais consentânea com a realidade".

Se reproduzimos na íntegra parte do nosso trabalho publicado em 1940, foi tão sômente para demonstrar que a "lepra tuberculóide reacional" é uma modalidade clínica que se caracteriza pelo seu início agudo, da forma tuberculóide. De "reação" ela tem apenas seu início inflamatório agudo, pois já são de sobejo conhecidas as suas características clínicas, bacteriológicas e imunológicas, que a diferenciam do subtipo quiescente, clássico, figurado.



Mas, a Subcomissão do tema "Reação Leprótica" foi mais além no seu afã de confundir o assunto. Os casos limitrofes ou limitantes ou "border-line", que se incluem dentre os casos tuberculóides reacionais e que têm de particular sobretudo o seu prognóstico, isto é, a sua tendência evolutiva para o tipo lepromatoso, poderiam merecer atenção pelos seus característicos clínicos, estruturais e imunológicos peculiares, nunca por constituir tipo especial de "reação".

A divulgação dos aspétos e características acima enumerados, na realidade necessitam ser bem estabelecidos, porque é preciso reconhecer e proclamar que poucos são os leprólogos que fazem diagnóstico seguro dêsses casos. Necessita-se ter muita prática de lepra, para se afirmar pelo simples aspêto da lesão, a sua natureza de lesão limitrofe. Muita vez é a evolução apenas do caso, que nos permite fazer tal assertiva.

Finalmente, o relator do tema teve a injustificável gentileza de aceitar, não permitindo que fosse posta em discussão pela assembléia, a proposta feita por um congressista, de incluir o tratamento fisioterápico como um dos tratamentos da reação leprótica...