

LEPRA TUBERCULÓIDE FIGURADA COM MUCO NASAL ESPORADICAMENTE POSITIVO

SYLVIA GODOY (*)

Inegável é o interesse do ponto de vista sanitário, que tem a baciloscopia nos doentes de lepra. Constitui tarefa preliminar do leprologista, separar desde logo os casos em contagiantes e não contagiantes, devendo os primeiros ser segregados compulsoriamente.

O diagnóstico de forma é baseado em dados clínicos, bacterioscòpicos, histopatológicos e imunológicos. Fato incontestável é que na lepra tuberculóide tórpida, as lesões são praticamente desabitadas, devido talvez, a fatores imunológicos inerentes ao organismo doente; a verdade é que, pelos meios correntes de pesquisa, o *Mycobacterium leprae* é raramente encontrado.

Assim, Lowe citado por Souza Campos e Souza Lima, se refere a essa questão: "Os resultados do exame bacteriológico habitual neste tipo de mácula variam grandemente. Algumas vêzes nenhum bacilo, algumas vêzes alguns, e ocasionalmente um número moderado de bacilos, será sempre encontrado na margem da mácula. O número de bacilos nunca se aproxima do visto na lepra nodular. Os exames em série de cortes destas lesões, mostram bacilos em muitos casos, habitualmente muito poucos, e muitas vêzes situados bem profundamente no corion". Em cortes histológicos, Azulay e Andrade assinalam o percentual de 0,37 de positividade de bacilos na lepra tuberculóide quiescente. Bechelli e Rotberg assim se referem à bacterioscopia do muco nasal: "Essa emissão de germes é muito freqüentemente observada entre doentes lepromatosos; entre os do grupo indeterminado e mormente entre os do tipo tuberculóide, ela é muito rara, sendo assim mesmo pouco numerosos os bacilos encontrados na secreção nasal".

Blanco e Mazzini, ao tratar da lepra tuberculóide, dizem o seguinte: "Tem como caracteres distintivos: grande resistência ao bacilo, a sua multiplicação e disseminação; baciloscopia negativa ou muito escassos bacilos, salvo nos estados reacionais".

Em todos os trabalhos que nos foi dado compulsar, raros são os autores que fazem menção especial à bacterioscopia do muco nasal em doentes de lepra tuberculóide tórpida.

(*) Hospital Colônia Itapoã, Rio Grande do Sul, Brasil.

Chaussinand, examinando em Saigon 668 leproso do tipo benigno, encontrou apenas 59 (8,83%) com o muco nasal positivo; dêsse estudo fazem parte doentes de lepra tuberculóide minor, major, bordeline de Wade e indeterminada. Entre 118 casos de lepra tuberculóide minor, 10 (8,47%) tiveram o muco nasal positivo. Transcrevemos em original a referência feita a êsses enfermos: "Dans la lèpre tuberculoide mineure, les resultats positifs étaint de 8.47 et les bacilles vus, en general rares, ne se trouvaient jamais sous forme de globi. Les deux malades à nombreux bacilles ne réagissaient pas à la réaction de Mitsuda et son devenus lépromateux".

Acioli Rabelo, em magistral trabalho, conclui ser a lepra tuberculóide a forma fechada por diversos caracteres, entre os quais: "do fato da negatividade praticamente igual a 100% da mucosa nasal, principal via de eliminação do bacilo leproso".

Souza Campos e Souza Lima, tecem as seguintes considerações: "O muco nasal é negativo nos casos de leprides figuradas, seja em quiescência, seja em reação. Encontramos, entretanto, em nosso material, três casos que o tiveram praticamente positivo".

Aguiar Pupo, num total de 583 casos de lepra, verificou 29 casos (4,9%) da forma tuberculóide e cujo diagnóstico, na sua maioria, foi estabelecido pelo critério clínico devido às dificuldades encontradas na clínica particular. Tratando desses 29 casos, faz ele a seguinte referência: "Obedecendo à lei de Lewandowski, a pesquisa do bacilo de Hansen nas lesões e no muco nasal foi 15 vezes negativa, positiva uma vez em lesão cutânea e positiva ao exame do muco nasal de um outro caso, não tendo sido feitas pesquisas do germe em 8 doentes".

Nelson Souza Campos, na Reunião Dermatológica Ítalo-Brasileira, em Verona, apresentou um trabalho sobre lepra tuberculóide, fazendo a seguinte referência à bacilosopia: "La bacilloscopia nelle lepride tuberculoide figurate é disolito negativa sia negli strisci della pelle, sia nei preparati istologici, sia nel muco nasale. Eccezionalmente é stata riferita la presenza di rani bacilli nelle sezione istologici".

Diante da escassez de dados a êsse respeito, animamo-nos em trazer à luz um caso de lepra tuberculóide figurada, que apresentou bacilosopia positiva esporadicamente no muco nasal e que nos foi dado observar no Hospital-Colônia Itapoã.

OBSERVAÇÃO DO CASO

Leocádia F., 19 anos, branca, sexo feminino, brasileira, solteira.

Contágio — Teve contato com vizinhos doentes, um dos quais se encontra internado no Hospital Colônia Itapoã (forma lepromatosa).

História da doença atual — Informa a paciente que em meados de 1951 apareceu-lhe uma mancha arroxeadá no braço esquerdo. Nessa ocasião, procurou a paciente um médico particular que iniciou tratamento pelo Promin e Diamidin.

Após 5 meses de tratamento, como surgissem novas lesões, procurou o Dispensário de Passo Fundo, onde foi tratada com Cimedone; nessa ocasião foi colhido material para exame histopatológico, e remetido ao Laboratório de Anátomo-*Patologia* do Serviço Nacional de Lepra, a cargo do Dr. Rubem Azulay, e cujo resultado, posteriormente veio ter às nossas mãos e que transcrevemos: "Epiderme: discretamente atrófica. Derme: discretos focos linfócito-histiocitários perivasculares, peri-glandulares e peri-neurais. Ausência de b.a.a.r. Ausência de lipídios. Inflamação crônica incomparativa".

Em 22-3-52 deu entrada no Hospital Colônia Itapoã, devido a condições econômico-sociais. Na ocasião do internamento a paciente apresentava as seguintes lesões:

Região ântero-lateral direita do pescoço: lesão eritemato-vinhosa, de forma ovóide, com maior eixo 3 por 1,8 cm. Limites externos bem nítidos, destacando-se da pele sadia, com centro ligeiramente deprimido e de tonalidade mais clara que os bordos; estes se mostram infiltrados com elementos papulóides e recobertos por fina descamação furfurácea. Face ântero-externa do braço esquerdo: lesão de forma arredondada, de coloração tendendo ao arroxeadado, limites externos muito nítidos, com pequenos elementos papulóides nos bordos, que são ligeiramente infiltrados. Cotovelo e antebraço direitos: três lesões arredondadas, nitidamente destacadas da pele sadia, de coloração eritemato-arroxeadada, com centro mais pálido e recobertas de fina descamação. Coxa direita, face interna: duas lesões idênticas às acima descritas. Os limites externos de todas as lesões são bem nítidos enquanto que os internos são muito difusos.

Na mesma data foi colhido material das lesões e do muco nasal para exame bacterioscópico, cujos resultados foram negativos. A paciente foi fichada como portadora de lepra tuberculóide figurada.

Em 8-4-52 a paciente compareceu ao consultório para revisão de ficha, não se tendo observado modificação alguma nas lesões dermatológicas, nem o aparecimento de novas lesões. Foi também colhido material para exame bacterioscópico que deu resultado positivo para o muco nasal com raros bacilos esparços.

Diante desse achado, foram colhidas diversas lâminas nos dias que se seguiram, sendo confirmada a positividade do muco nasal. Foi feita nova colheita de material para biópsia e remetido ao Laboratório de Anátomo-*Patologia* do Serviço Nacional de Lepra, a cargo do Dr. Rubem Azulay, cujo resultado transcrevemos: "Epiderme: atrófica. Derme: infiltrado nodular constituído por células epitelióides centrais e linfócitos periféricos. Ausência de lipídios e ausência de bacilos. Granuloma tuberculóide".

Em 24-4-52 foi feita a lepromino-reação, cujo resultado foi fortemente positivo tanto para a leitura precoce como tardia, chegando a ulceração.

Em 6 de maio de 52 a paciente ainda apresentava o muco nasal positivo, com raros bacilos esparços; de junho em diante o muco nasal bem como as lesões apresentavam-se negativos.

A doente foi apresentada à Comissão de Altas em novembro de 52, logrando obter sua transferência para dispensário.

Devido ainda a dificuldades econômico-sociais a paciente continuou internada até março de 53, fazendo os exames mensais de rotina; as lesões continuaram em franca regressão e exames bacterioscópicos sempre negativos.

COMENTÁRIOS

1º — A paciente, antes e por ocasião de seu internamento, apresentou sempre exames bacterioscópicos negativos, tanto nas lesões cutâneas como no muco nasal.

2° — O diagnóstico de lepra tuberculóide figurada foi firmado em Face da concordância dos dados clínico, bacteriológico, histopatológico e imunológico.

3° — A terapêutica sulfônica instituída desde agosto de 1951, foi contínua.

4° — Durante a observação do caso notou-se um período, com duração de dois meses, no qual a bacterioscopia do muco nasal era positiva. Neste período não apareceram novas lesões dermatológicas, apresentando-se apenas mais infiltradas as pré-existentes.

Para explicar fatos como êsse, muitos autores têm considerado a super-infecção e as possíveis reinfecções, observadas principalmente no meio hospitalar, como fatores determinantes. Miguel Véspoli chama a atenção para a importância da super-infecção na patogenia da lepra. Souza Campos e Souza Lima, ao tratarem da lepra na infância e de casos de lepra com evolução anômala, buscam explicação na super-infecção que determinaria mutação dos casos e até inversão da reação de Mitsuda.

No caso em aprêço, não houve mutação de forma, nem viragem da reação de Mitsuda que, pelo contrário, se mostrou fortemente positiva; a paciente, como vimos, apresentou muco nasal esporadicamente positivo e logo após suas lesões dermatológicas entraram rapidamente em evolução regressiva.

Estudos realizados em Preventórios de São Paulo, por Souza Campos, mostram que a involução da lepra tuberculóide em crianças pode-se fazer inteiramente a frio; no entanto, muitas vezes, as lesões se multiplicam dentro do prazo de algumas semanas, constituindo-se lesões pústulo-crostosas lembrando piodermites, envolvendo completamente o quadro reacionário dentro de alguns meses, deixando apenas cicatrizes deprimidas.

Aguiar Pupo, estudando a evolução da leprose, conclui que "a intercorrência de reação leprótica nos estádios quiscetes da lepra tuberculóide, liga-se aos surtos de generalização por infecção autógena de origem ganglionar ou a sobrecargas bacilares por infecção exógena, no ambiente dos focos domiciliares ou dos leprosários, que apressem a evolução da moléstia. Êstes surtos reacionários da lepra tuberculóide preparam o organismo para a cura, realizando um verdadeiro *ictus immunisatorius*".

Finalizando, tudo nos leva a crer que a nossa paciente sofreu durante dois meses uma exacerbação da moléstia, durante a qual, as lesões dermatológicas se mostraram infiltradas, denotando atividade, o muco nasal se tornou positivo e, logo após, o caso entrou em franca evolução regressiva, de acôrdo com o que alguns autores observaram.