

BCG E ERITEMA NODOSO EM DOENTE DE LEPROSA

ARY LIPPELT (*)

Para os médicos que exercem suas atividades em leproscômios, não há dúvida alguma em ser de maior interesse o problema da terapêutica.

Muito embora os resultados da sulfonoterapia sejam excelentes, não admitindo comparações nem tampouco contestações, não nos parece ainda resolvida a questão.

Casos há, nos quais as sulfonas promovem a cicatrização rápida das lesões lepróticas e o desaparecimento do bacilo pode ser comprovado de maneira inofismável. Mas, ao lado desses casos que correm com natural contento de médico e cliente, encontramos os que se apresentam com eritema nodoso e polimorfo, não raro como única manifestação clínica.

Esse fenômeno, pela sua alta incidência, exclusivamente nos pacientes de forma lepromatosa, incidência essa que atinge 65 a 70% dos internados, tem preocupado bastante, já de há muito tempo os estudiosos do assunto.

Já na época pré-sulfônica foram inúmeras as tentativas a fim de se encontrar solução para esse problema. Os resultados bons foram esporádicos.

Agora, em plena era sulfônica, parece-nos que a incidência em sua intensidade é menor, embora maior sua freqüência. A questão continua em foco.

Ao lado das sulfonas outros agentes terapêuticos apareceram — novos dessensibilizantes, anti-histamínicos, cortisone, etc. Todos eles com seu tempo rápido de cartaz e, com resultados ainda não compensadores.

Não queremos discutir aqui a etiopatogenia do eritema nodoso, ainda no terreno das hipóteses.

Muitos são os doentes de lepra que mostram suas lesões específicas cicatrizadas e continuam presos ao hospital, acometidos unicamente por surtos moderados, alguns de forma crônica, discretos outros, porém, privados todos de continuar seu tratamento em dispensário, visto que esse quadro clínico é interpretado como sinal de atividade.

(*) Diretor clínico do Sanatório Cocais, Departamento de Profilaxia da Lepra, São Paulo, Brasil.

Vemos casos que reagem satisfatoriamente com a diminuição das doses de sulfona, com a mudança da via de administração, com alternância de medicação ou com sua supressão ou aumento. Ao mesmo tempo, casos com resultados inversos, embora iguais os métodos.

Conclui-se que ainda não se pôde estabelecer roteiro certo para enfrentar com mínimo de garantia tais casos.

Com medicamentos auxiliares as coisas se passam do mesmo modo. Já observámos sucessos espetaculares com Cortisone e arrependemo-nos amargamente de ter prescrito o mesmo a outras pacientes.

Certos aspectos patológicos comuns entre tuberculose e lepra, têm preocupado alguns pesquisadores e, no momento, caminhando de mãos dadas, tentam introduzir novos rumos na profilaxia, tratamento e explicação de alguns fenômenos peculiares a estas duas entidades nosológicas.

Souza Lima, Souza Campos, Rosemberg e Aun, já publicaram suas observações sobre o emprêgo do BCG como dessensibilizante da reação leprótica (o E.N. está enquadrado na R.L.).

Por sugestão de Souza Campos, passámos a administrar o BCG aos pacientes acometidos de eritema nodoso.

Embora seja agente imunizante, para nós terá o efeito de medicamento subsidiário.

ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO

20 centigramas de BCG recém-preparado, administrados em jejum, semanalmente, perfazendo 3 gramas.

MATERIAL, DE ESTUDO

Duas centenas de doentes de lepra, todos eles adultos, de forma lepromatosa (evidentemente), de ambos os sexos.

CONSIDERAÇÕES

- 1 — Grupo etário.
- 2 — Tempo de internação.
- 3 — Duração da moléstia.
- 4 — Estado atual da moléstia.

Esses itens todos foram considerados, não influíram, porém, na avaliação dos resultados (com exceção dos branqueados).

Êsses doentes receberam em comprimidos sulfônicos, um total variável de 300 a 1.000 comprimidos e 300 a 3.500 cc. de sulfona injetável.

Clinicamente apresentavam-se todos melhorados, muito melhorados ou branqueados.

RESULTADOS

- 1 — Houve pacientes que não conseguiram vencer sua repugnância pelo BCG. Não entram aliás no cômputo geral.
- 2 — Ao ser dada a segunda dose, pequena minoria teve náuseas.
- 3 — Ao final, mesmo sem resultados, apresentavam bom estado geral.
- 4 — 20% pôde conseguir alta hospitalar, isto é, transferência para tratamento em dispensário.
- 5 — 15 doentes, entre a quarta e décima dose, abandonaram o tratamento por notável intensidade do surto de eritema nodoso.
- 6 — Entre a quarta e sétima dose é comum uma exacerbação discreta do processo.
- 7 — 20% apresentou diminuição discreta de surtos e intensidade.
- 8 — 5 mulheres, consideradas melhoradas, na época pré-menstrual tiveram seus surtos exacerbados.
- 9 — 1 caso branqueado, no qual o eritema nodoso desapareceu, novas lesões específicas apareceram.
- 10 — Em uma mulher branqueada já há 1 ano, agora no 8º mês de gestação, apresenta novas lesões e novo surto de eritema nodoso.
- 11 — 1 caso de eritema nodoso antes, não mais o apresenta. No entanto, agora é acometido freqüentemente por surtos de nevrite.
- 12 — Os demais permaneceram inalterados quanto ao quadro específico e ao eritema nodoso.

CONCLUSÕES

Pelo balanço geral, vemos que os resultados finais não são muito animadores. No entretanto, pela inocuidade praticamente do BCG, poderá ele ser empregado nos casos indicados.

Para nós basta o número de doentes que pôde deixar o hospital para tratar-se em dispensário, conseguindo relativamente voltar às suas ocupações.

Dos casos tidos como inalterados, metade já tem 1 ano de observação. Os outros de 11 meses a 3 meses. E' possível que dêste último grupo alguns ainda venham a melhorar. Não queremos, contudo, se tal acontecer, interpretar como se fôsse apenas o BCG o responsável.

Fica patente, sem dúvida, um fato: Até o presente momento nenhum outro agente terapêutico tido como subsidiário deu resultados uniformes como o BCG, embora ainda em porcentagem reduzida, o que é de se lamentar. Pode ele contudo oferecer um mínimo de garantia.