

FLEBITE LEPROSA

FÁBIO LONDOÑO GUTIERREZ*

O achado de grandes dilatações venosas da rêde superficial dos membros superiores, em um paciente afetado de lepra lepromatosa, levou-nos a pesquisar acêrca da eventual relação que poderia existir entre êstes dois processos. Com êsse fim foi procedida a biopsia de uma das veias dilatadas, comprovando, com seu estudo anátomo-patológico, a existência de um processo inflamatório com tôdas as características da inflamação leprosa, incluindo a presença de grande quantidade de bacilos no interior das células vacuoladas. Não tínhamos conhecimento dêste tipo de alterações vasculares no mal de Hansen; empenhamo-nos, então, numa cuidadosa revisão bibliográfica do tema, porém, só encontrando dados a respeito nos trabalhos de lepra de Jeanselme¹ e de Leloir². Os dois tratadistas citam a Danielssen e Boeck, sendo de notar que a obra de Leloir foi publicada em 1876 e a de Jeanselme em 1934, sem, no entanto, em tão grande espaço de tempo, ser encontrado outro dado bibliográfico diferente da apresentação de Gluck na Conferência Internacional de Lepra (Berlim, 1897). Considerando que nossa pesquisa bibliográfica tenha sido minuciosa, concluímos que ha 63 anos não se publicava trabalhos sôbre alterações causadas pelo bacilo de Hansen nos grandes troncos venosos.

As observações de Danielssen e Book, citadas pelos tratadistas mencionados, se referem ao espessamento das veias cefálica, basilica e safena, as quais atingiram o diâmetro de um dedo pequeno.

Gluck descreve êste tipo de lesões como flebite nodular, dizendo que, apalpação, tem-se a sensação de um cordão moniliforme. Fêz estudos histopatológicos em dois casos, comprovando que as lesões atacavam com maior ou menor intensidade todo o revestimento das veias. Assim mesmo, estabeleceu que a infiltração leprosa poderia ser iniciada no endotélio e progredir para fora, ou, ao contrário, começar ao nível da adventícia.

Em busca de novos casos clínicos da referida localização, praticamos 5 biopsias venosas em pacientes lepromatosos nos quais apareciam dilatações varicosas, escolhendo aquêles casos nos quais a idade dos pacientes não levava a presumir tratar-se de varizes essenciais.

* Hospital San Juan de Dios (Bogotá).

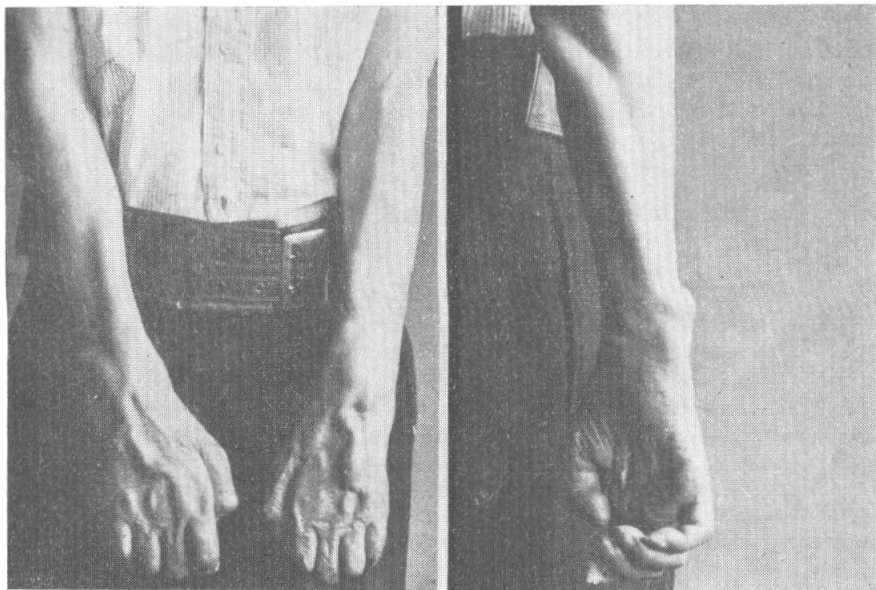
Nossa investigação foi completamente negativa, já que em nenhum dos casos foram encontradas lesões histopatológicas que pudessem levar a crer que o bacilo de Hansen houvesse tido ação deletéria na arquitetura vascular.

Pudemos, entretanto, observar que os pacientes portadores de varizes precoces e infecção leprosa, sofriam grandes modificações na elasticidade e espessura da pele (atrofia), como seqüela de intensos infiltrados lepromatosos. Lembramos que tal estado cutâneo, diminuindo consideravelmente a ação construtiva que a pele exerce sôbre a rêde venosa superficial, devido a sua elasticidade, tenha podido, pelo menos, tornar mais evidentes as dilatações venosas essenciais. Deixamos, entretanto, êsse problema para aquêles que se interessam pela patogenia das varizes. Nosso propósito é, sômente, apresentar o único caso, por nós conhecido, de doença venosa provocada, exclusivamente, pela ação do bacilo de Hansen sôbre sua estrutura.

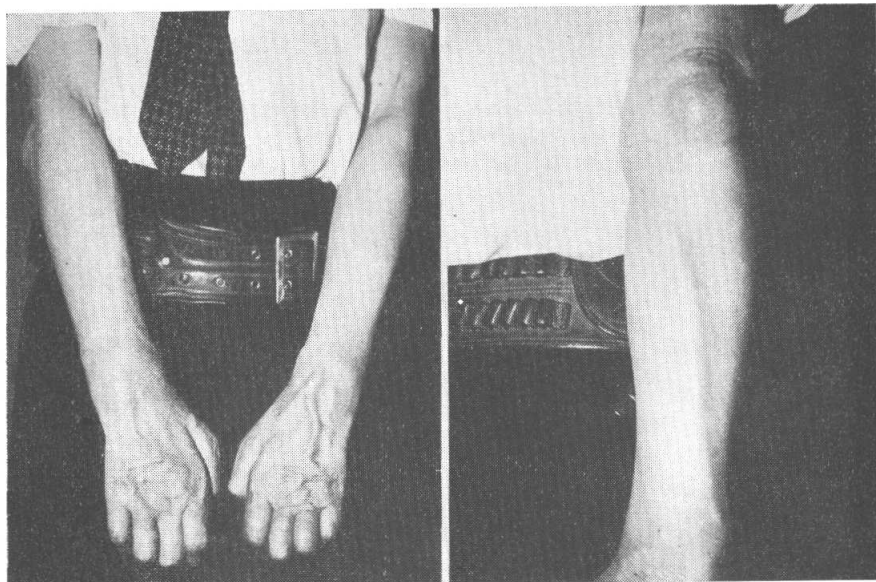
APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 54 anos (H.CI. 727 do Instituto Lleras).

Há 23 anos sofre de lepra lepromatosa, tratada durante 10 anos com chaulmugra e posteriormente com sulfonas. Três anos antes do início dos sintomas que motivaram a apresentação dêsse caso, havia abandonado o tratamento. Nessa altura se iniciou, paulatinamente, a dilatação das veias superficiais das mãos e ante-braços, as quais adquiriram em 1½ anos as proporções que se pode apreciar nas fotografias que juntamos.



Figs. 1 e 2 — Aspecto inicial das lesões venosas. Observa-se a acentuada dilatação de tôdas elas.



Figs. 3 e 4 — Fotografias de controle, tiradas 15 meses após o início do tratamento sulfônico. Observa-se uma acentuada diminuição do calibre das veias.

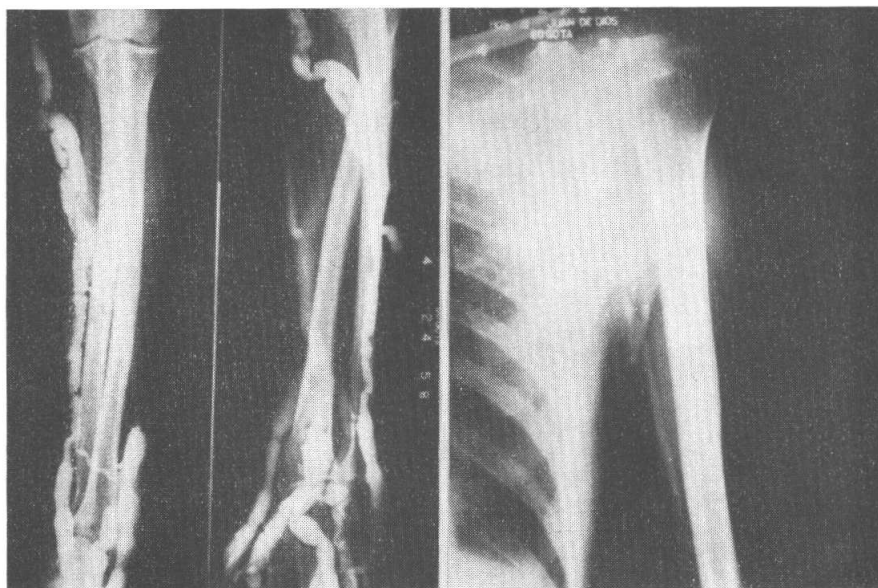


Fig. 5 — Flebografias das veias superficiais das mãos e antebraços. Nelas se pode observar que a luz dos vasos está consideravelmente dilatada.

Fig. 6 — Flebografia da superfície do braço que mostra a indenedade das veias desse segmento. Para tirar esta fotografia foi necessário elevar, previamente, o membro, pois o meio de contraste não avançou com o membro na posição natural.

Submetido a tratamento, novamente, com sulfonas, as lesões regrediram consideravelmente. As fotografias de controle foram tiradas 15 meses após o reinício do tratamento específico.

BIBLIOGRAFIA

1. JEANSELME, Ed. — La Lèpre. Paris, Doin, 1934.
2. LELOIR, H. — Traité Pratique et Théorique de la Lèpre. Paris, 1886.