

5. COMENTÁRIOS

A diagnose precoce da hanseníase e muitas vezes problema para o hansenólogo. Considerando o freqüente acometimento do nervo cubital ao nível da goteira epitrocleana, o exame histopatológico do epineuro, nesta área, poderia trazer subsídios para o diagnóstico da moléstia.

Vários autores chamam a atenção para a freqüência do início neural na hanseníase^{4,5,7,12,13,39,43,82}, bem como para a grande dificuldade diagnóstica quando as lesões cutâneas não são aparentes^{2,8,9,19,34,40,78}.

Uma das características da hanseníase è o espessamento precoce dos nervos^{12,31,40,44,52}. Os nervos mais acometidos são os periféricos^{2,16,31,34,42,82,83}, destacando-se entre os troncos nervosos mais precocemente atingidos o nervo cubital, seguido do ciático-poplíteo-externo e do mediano^{4,5,12,13,16,23,31,39,40,42,48,51,57,67,76,78,83}

Destes, o mais acessível ao exame clínico e à exploração cirúrgica è o nervo cubital^{3,22,39,46,53,58,59} e seu maior espessamento ocorre ao nível da goteira epitrocleana^{3,15,22,38,46,49,50,53}

As alterações histopatológicas que ocorrem no filete nervoso e no perineuro estão, atualmente, bem esclarecidas^{14,21,24,26,29,35,36,37,39,47,52,53,61,68,69,79}, com a demonstração de BAAR nas fases iniciais da doença, em alguns casos^{2,14,19,35,43,57,68}

Alguns autores citam alterações do epineuro^{4,17,25,35,41,50,58,61} mostrando que seu acometimento è posterior ao do perineuro^{44,69,78}, através do estudo em autópsias^{38,58}, ou mesmo em biópsias de troncos nervosos^{11,37,70,72,81}.

Sendo o epineuro o tecido conjuntivo que envolve frouxamente os funículos nervosos, sua biópsia, feita com critério, não lesa o nervo, além de facilmente exequível ao nível da goteira epitrocleana, onde se encontra geralmente mais espessado^{74,75}.

A seleção dos doze doentes foi cuidadosa. Todos eram comprovadamente doentes de hanseníase indiferenciada, tendo pelo menos uma área de anestesia termo-dolorosa superficial histamino incompleta, não importando sua localização. Eram virgens de tratamento com baciloscopia negativa. Tinham histopatologias cutâneas incaracterísticas e pesquisas de BAAR negativas. A biópsia do epineuro cubital foi feita com concordância de todos os doentes.

A intenção era a de verificar se havia algum acometimento específico do epineuro, que apesar de poder ser mais tardio do que do perineuro, pudesse fornecer dados diagnósticos importantes.

Somente em dois doentes as biópsias de epineuro puderam ser úteis nesse sentido.

Apenas um doente (nº 12) não apresentava lesões cutâneas aparentes. Dez doentes apresentaram, inicialmente, reações de Mitsuda negativas, enquanto que em dois doentes (nºs. 9 e 11) as reações de Mitsuda foram clinicamente positivas fracas (+). Estes dois doentes foram submetidos a biópsia do nódulo observado, constatando-se histopatologicamente a presença de granulomas do tipo tuberculóide e de raros BAAR.

Enquanto que nos doentes nºs. 4, 5 e 9 os nervos cubitais se encontravam espessados a palpação, na exploração cirúrgica o espessamento neural foi observado em outros 4 doentes (nºs. 3, 7, 8 e 10), e em 2 doentes (nos. 2 e 6) o nervo era discretamente espessado. Somente em 3 doentes (nºs. 1, 11 e 12) a espessura do nervo a céu aberto era aparentemente normal.

A espessura macroscópica do epineuro não pôde ser constatada, uma vez que excisamos apenas uma pequena camada longitudinal do mesmo, com o máximo cuidado para não atingir os funículos.

O epineuro biopsiado foi então histopatologicamente estudado, em cortes seriados, e nas seguintes colorações: hematoxilina-eosina, tricrômico de Masson, Ziehl-Neelsen e Ziehl-Wade.

Infelizmente não nos foi possível usar a técnica de coloração pelo Picrossirius e microscópio de polarização⁴¹, pois os blocos foram esgotados nos cortes acima referidos.

Dentre as alterações histopatológicas já descritas por outros autores^{4,17,25,35,50,58}, pudemos observar em nosso material de estudo o espessamento epineural a custa do aumento de colágeno e presença de fibroblastos em 9 doentes (em 3 destes o aumento foi discreto); infiltrado inflamatório linfomonocitário perivascular em 10 doentes; estruturas específicas em 2 doentes; no doente nº 9 tendência à formação de granuloma tuberculóide com células epitelióides, e no doente nº 12 a presença de BAAR em filete nervoso. Não observamos alterações vasculares^{4,58} nem hialinização eosinofílica do epineuro⁴.

Estes resultados são aparentemente decepcionantes. O quadro histopatológico mais freqüente foi o de espessamento do epineuro, a custa de colágeno e de fibroblastos, que, isoladamente, nada significaria, pois poderia ser apenas uma resposta do epineuro a um quadro inflamatório circunjacente, inclusive a micro-traumas repetidos⁸⁰.

Os doze doentes foram então convocados para o estudo de sua evolução clínica, sendo que apenas seis doentes foram re-examinados após 4 a 5 anos.

Comparando as reações de Mitsuda, repetidas após este prazo, com as biópsias de epineuro iniciais, observa-se que os dois doentes (nos. 1 e 12) que permaneceram Mitsuda negativos, não tinham espessamento epineural digno de nota; o doente (nº6) que passou a apresentar reação de Mitsuda positiva fraca (+/++), tinha discreto espessamento do epineuro; os três restantes (nºs. 4, 7 e 8), que passaram a apresentar reações de Mitsuda francas (++ e +++) tinham espessamento epineural inicial.

Não obstante a espessura do epineuro variar ao longo do nervo, de nervo para nervo e de indivíduo para indivíduo^{74,75} esta relação entre o espessamento e a viragem do Mitsuda pode abrir uma nova perspectiva de estudo em relação ao prognóstico da doença.

Permanece, deste modo, a questão: o espessamento precoce do epineuro cubital seria um indicador da capacidade imunológica do doente?

Comentário especial merece a verificação de epineuro espessado nos doentes nos. 2, 3, 4, 7, 8 e 10, sem nenhuma referência a lesões dermatológicas e neurológicas clinicamente evidentes nos membros superiores. Neste mesmo teor, já num sentido evolutivo, foi verificado que o doente nº 7 desenvolveu, posteriormente, lesões clinicamente evidentes de hanseníase nos membros superiores. A reflexão sobre estes doentes e também sobre o doente nº 12, antes referido, onde inexistiam lesões cutâneas aparentes, pode conduzir o pensamento a seguinte cogitação: o epineuro, nos casos observados, poderia estar já acometido, antes da existência de lesões clinicamente evidentes.

Em nenhum destes seis doentes houve qualquer manifestação sequelar que testemunhasse a nocividade da epineurectomia realizada, descortinando um método de possibilidades fecundas no diagnóstico precoce da hanseníase, sobretudo se explorado nos seus múltiplos ângulos.

Os outros 6 doentes não foram reexaminados após 4 a 5 anos, pela impossibilidade de localizá-los. Porém, durante o período em que foram examinados, não foram observadas alterações sensitivo-motoras.