

5.1 - Tipos de reação

Os pacientes foram selecionados após revisão de mais de 100 prontuários de hanseníase que apresentavam artrite e que foram internados entre 1974 a 1987.

Muitos tiveram de ser excluídos por não apresentarem completos os mínimos exames laboratoriais e/ou radiográficos exigidos na metodologia, ou porque não foram observados por período de tempo superior a 1 ano. Outros foram eliminados por suspeita ou mesmo comprovação de associação com doença reumática inflamatória, metabólica, degenerativa ou infecciosa. Dentro desse grupo a osteoartrose, a gota, artrite reumatóide e artrite séptica foram particularmente freqüentes.

É também necessário frisar que o presente trabalho foi realizado com pacientes internados, muitos deles encaminhados de outros hospitais, apresentando complicações e ou sintomatologias de difícil controle.

Portanto, este estudo no reflete a freqüência da artropatia inflamatória da hanseníase de uma maneira geral, pois a maioria dos pacientes é controlada ambulatorialmente.

Também não podemos concluir qual tipo de paciente hanseníaco com artropatia procura mais frequentemente o clínico geral, ortopedista ou reumatologista, para esclarecimento diagnóstico e tratamento. Apesar da artropatia do ENH representar a maioria dos casos por nós estudados, é importante lembrar que essa complicação em geral aparece após alguns meses de tratamento específico^(72,73,123) ou seja, numa situação em que o diagnóstico de hanseníase já estava estabelecido. Além disso, o número de pacientes com hanseníase dimorfa tem aparentemente aumentado⁽¹⁸⁾, em decorrência talvez do melhor conhecimento de suas características clínicas e anatomopatológicas; por isso a maioria desses doentes em nossa casuística é mais recente, quando comparados com o grupo virchoviano. Outra característica importante é que os fenômenos reacionais dimorfos frequentemente ocorrem em enfermos não tratados sendo responsáveis pela procura de auxílio médico, quando então, o diagnóstico de hanseníase é estabelecido.

A reação hanseníaca virchoviana é incomum⁽¹²⁴⁾ principalmente em nosso meio, e atualmente com diagnóstico e tratamento mais efetivo praticamente esses casos se restringem aos pacientes com recidiva. Com exceção do excelente trabalho de JOB⁽⁵¹⁾, e citações de TAJIRI⁽¹¹²⁾, não temos referência de osteoartropatia nessa reação, o que confirma sua raridade.

Da mesma forma, e infrequente a artropatia inflamatória na hanseníase tuberculóide reacional pois só observamos dois casos entre as centenas de doentes desse tipo internados no hospital. Devemos ainda salientar a au-

sência de casos bem documentados na literatura de artrite nessa forma de han-seníase.

Artropatia inflamatória no ocorre na hanseníase tuberculóide tór- pida, porque nesse tipo a doença praticamente compromete apenas a pele e os nervos^(9,11,18,35,55). O caso descrito por KUNTZ et al⁽⁵⁹⁾ certamente e de associação com lupus eritematoso sistêmico, (o segundo relato desse tipo de associação, sendo primeiro o de BONOMO et al.⁽¹⁴⁾ e não de reação tipo I em han seníase tuberculóide evoluindo para forma próxima ao polo virchoviano, como interpretou o autor. Podemos fazer essa afirmação por vários motivos: pri- meiro, realmente o paciente apresentava características clínicas e imunolo- gi cas de hanseníase tuberculóide tór- pida, portanto um tipo estável que por maior que seja o número de reações que ele apresentasse, sempre permaneceria tuberculóide; segundo, o doente apresentava inúmeras alterações imunológicas que não ocorre nesse tipo de hanseníase; terceiro, foram constatadas alterações importantes dos exames de fase aguda do soro o que também não se observa nesse tipo, mesmo durante os períodos reacionais. O caso tuberculóide apresentado por BOIVOISIN et al⁽¹⁶⁾, não apresenta nenhuma evidencia clínica laboratorial ou histopatológica que comprove a origem hanseníca da artrite; e provável tratar-se de associação com uma artropatia inflamatória monoarticu- lar. Os doentes classificados como tuberculóides por SALGADO⁽⁹⁹⁾ apresentam edema difuso das mãos e portanto são dimorfos, tuberculóides reacionais ou possivelmente apresentam associação com outra doença.

Podemos concluir que doentes com hanseníase tuberculóide tór- pida que exibem artropatia inflamatória, na realidade apresentam uma associação com alguma das diversas doenças reumáticas.

Artropatia hanseníca no pode ocorrer na forma indeterminada porque, pela definição, nessa fase a moléstia está restrita pele e nervos cu- taneos superficiais. Assim sendo, os enfermos com hanseníase indeterminada e artropatia apresentados na literatura⁽⁹⁹⁾, representam associações com uma doença reumática ou foram classificados erroneamente.

5.2 - Artropatia inflamatória do EH

5.2.1 - Identificação

A maioria desse grupo é constituída por homens, entretanto não concordamos com KARAT et al⁽⁵⁶⁾ os quais para explicar a maior freqüência da artrite do ENH no sexo masculino afirmam que a reação tipo ENH de maneira geral e menos comum e mais benigna na mulher. Acreditamos que esse predomínio se deva ao fato de que, em nosso hospital o número de homens internados é maior do que o de mulheres, refletindo a distribuição sexual da endemia na população em geral⁽⁹⁾.

5.2.2 - Anamnese

Quando, em nossa pesquisa, o comprometimento foi poliarticular, as características da dor e o modo de instalação da artrite do ENH, lembravam a febre reumática, principalmente quando ocorreu artrite migratoria, o que com firma a observação de MANIGAND et al⁽⁶⁵⁾. Concordamos com outros pesquisadores que em ocasiões há semelhança também com lupus eritematoso sistêmico^(13,79,99,117,122) ou com artrite reumatóide^(56, 81).

Quando o comprometimento é monoarticular, a história foi muito parecida com gota ou artrite séptica.

Interessante foi a observação de dois doentes terem sido internados com lombalgia aguda poucos dias antes do aparecimento do ENH com artrite, o que ainda não tinha sido relatado. Duas hipóteses podem ser aventadas para explicar esse fato: a primeira seria de ter havido apenas uma coincidência e a lombalgia aguda não ter relação alguma com o quadro reacional; a segunda seria admitir a ocorrência de artrite do ENH comprometendo as articulações interapofisárias da coluna. Essa última suposição é admissível apesar de impossível de ser provada.

As manifestações gerais foram comumente mais intensas nos doentes que apresentavam lesões cutâneas reacionais mais sérias, fato esse concordante^(7,53, 110, 113) com outras observações.

Todos os nossos doentes apresentaram surtos anteriores de ENH provavelmente porque este estudo foi realizado em pacientes internados e reação tipo ENH é uma das complicações que frequentemente exige internação. A constatação de que cerca de metade dos pacientes referiam já ter apresentado artrite em surtos reacionais anteriores, faz com que seja provável a hipótese de que esses doentes teriam predisposição para desenvolver artropatia reacional. Haveria um grupo de hansenianos que por razão ainda não conhecida teria comprometimento específico mais intenso das estruturas osteoarticulares.

Nossos resultados confirmam as observações de que frequentemente pacientes com ENH são diagnosticados e tratados como reumáticos^(3,16,28,49,59,65,66,79,80,81,82,84,85,90,95,99). Além das poucas confusas e incompletas publicações sobre artrite do ENH, com consequente desconhecimento de suas características clínico-evolutivas e, da grande incidência dessa moléstia em nosso meio, várias outras razões podem ser apresentadas para justificar essa frequência de erros diagnósticos. As lesões cutâneas da hanseníase vão se instalando de maneira extremamente lenta e, por esse motivo, somado ao baixo nível sócio-econômico da maioria dos pacientes, elas passam muitas vezes desapercibidas por muito tempo. O doente só procura o médico quando apresenta fenômenos reacionais, que frequentemente são acompanhados de artralgias e artrite.

A hanseníase deve ser lembrada no diagnóstico diferencial em pacientes com febre e dores articulares⁽⁹⁵⁾, principalmente em nosso meio^(84,99,118)

5.2.3 - Exame físico geral

É clássico o conhecimento da alta incidência do comprometimento dos linfonodos na hanseníase virchoviana. A presença de adenomegalia com caráter doloroso foi menos freqüente em nossos pacientes (26,6%) do que à observada por TOLENTINO⁽¹¹³⁾ (40%) e maior do que referida por HARTER⁽⁴⁵⁾ (75%). Embora esse último autor cite que a linfadenite reacional jamais chega a supurar, tivemos oportunidade de observar alguns casos de supuração ganglionar espontânea, com drenagem de material purulento rico em bacilos de Hansen. Também em algumas ocasiões, em que encontramos flutuação à palpação, obtivemos material idêntico por punção.

A grande freqüência de hepatoesplenomegalia bem como eventual icterícia na hanseníase já é bem conhecida, particularmente por hansenologistas brasileiros^(8,9,109,113) e os nossos resultados são concordes com as observações desses autores.

A presença de neuropatia periférica demonstrada por espessamento de troncos nervosos é praticamente constante na hanseníase virchoviana de longo de duração e a neurite aguda uma complicação comum e importante. Os nossos resultados são semelhantes aos observados em outros estudos^(17,49,57)

Outra complicação que ocorre em alta freqüência na hanseníase virchoviana é o comprometimento dos testículos, acarretando atrofia, às vezes com sinais de hipotestosteronismo^(9,109,113). O número de casos com orquitepididimite reacional por nós observado foi menor do que os constatados por TOLENTINO.⁽¹¹³⁾

O comprometimento da câmara anterior do olho durante o ENH ocorreu em dois pacientes do nosso grupo, fato concordante com outros trabalhos⁽¹¹⁰⁾

De maneira geral nossos resultados demonstram a importância do comprometimento visceral no ENH, fazendo com que a hanseníase virchoviana durante essas fases se comporte clinicamente como as colagenoses, sendo um motivo a mais para explicar a grande ocorrência de confusão diagnóstica com essas patologias.

5.2.4 - Exame dermatológico

Segundo BASTAZINI⁽⁷⁾, as características clínicas das lesões cutâneas do ENH estão na dependência da profundidade da ocorrência do fenômeno reacional no tecido cutâneo. Assim, quando a reação ocorre no subcutâneo, teríamos nódulos e placas; quando atinge partes mais superficiais, apareceriam as pústulas o eritema polimorfo e lesões ulceradas.

Nossos resultados confirmam nossas observações anteriores^(79,80,81,82,84,85) e de outros^(3,12,65) de que é freqüente a artropatia do ENH ocorrer como equivalente reacional. Esse fato aliado a observação de que alguns pa-

cientes apresentarem como lesões específicas apenas um discreto infiltrado difuso, difícil de ser notado até mesmo por hansenólogos experientados, faz com que em algumas ocasiões o diagnóstico diferencial com algumas doenças do tecido conjuntivo seja clinicamente extremamente difícil.

Nossa pesquisa permite concluir que as lesões de ENEP quando presentes, na maioria dos casos surgem junto com a artrite mas podem preceder ou suceder o quadro articular. Entretanto não há correlação entre a intensidade ou do momento do aparecimento do ENEP com o tipo ou gravidade de artrite. Nossos resultados não confirmam as observações de RAMU e BALAKRISHNAN⁽⁹⁰⁾ que constataram maior gravidade do quadro articular quando as lesões de ENEP eram menos intensas e vice-versa.

Também observamos em nossos pacientes reação erizipelatóide, que frequentemente se associa com periostite de tibia e fibula ou de ulna conforme já foi relatado por KARAT.⁽⁵⁷⁾

5.2.5 - Exame articular

A artropatia do ENH, em nossos doentes, chamou atenção pela sua grande intensidade dos fenômenos inflamatórios, pelo início súbito e por ser na maioria das vezes poliarticular.

É interessante notar que um terço de nossos doentes apresentaram monoartrite o que ainda não foi descrito.

Foi grande a incidência de edema inflamatório difuso das mãos em nossa casuística. É importante frisar que essa manifestação, denominada de mão reacional e acarretada por uma reação tipo ENH acontecendo nos tecidos periarticulares, tendões, fáscias e musculatura da mão⁽⁶⁾. Sua clínica e fisiopatologia são totalmente diferentes das mãos edemaciadas que são características das reações dimorfas e que podem ser observadas ocasionalmente no tipo tuberculóide reacional. A mão reacional é muito importante porque quando não tratada precoce e corretamente origina fibrose da musculatura intrínseca da mão, alterações dos mecanismos extensores e/ou flexores dos dedos, cicatrizes viciosas, dermatoesclerose e retrações tendinosas, que acarretam várias deformidades⁽³⁶⁾. Entre essas podemos observar dedos em pescoço de cisne, dedos em casa de botão e desvio cubital, como aquelas observadas na artrite reumatóide. Essas deformidades não são seqüelas da artrite como RAMU e BALAKRISHNMAN⁽⁹⁰⁾ interpretaram e sim da mão reacional ou seja comprometimento somente extra-articular. Nossos resultados bem como a interpretação dessas deformidades são concordes com o estudo de ARVELO.⁽⁶⁾

Diante de um paciente que apresente essas deformações (que poderiam até ser chamadas de "AR Simile) e que concomitantemente apresenta artrite do ENH, fazer-se o diagnóstico diferencial com uma artrite reumatóide, é a nosso ver, extremamente difícil.

5.2.6 7- Exames laboratoriais

5.2.6.1 - Hemograma

A presença de anemia provavelmente decorre do comprometimento do estado geral pelos vários surtos reacionais.

Já foi observado que os pacientes com ENH apresentam mais anemia do que os virchovianos sem ENH, além disso a grande incidência de verminose entre esses pacientes bem como a grande variedade de medicamentos utilizados, inclusive a sulfona, certamente devem influir nesse achado.⁽¹¹³⁾

Os dados em relação à série branca, também confirmam os observados em outros estudos.^(110, 113)

5.2.6.2 - Urina tipo I

O envolvimento renal na hanseníase já era conhecido pelos pesquisadores japoneses desde o início do século e MITSUDA e OGAWA⁽⁶⁹⁾ descreveram que varios tipos de nefrite poderiam ocorrer nessa doença. Vários autores^(19,49,53,54,87,105,113) assinalaram a presença de hematúria, proteinúria e leucocitúria nas fases de ENH.

O doente que apresentou hematúria macroscópica e que foi submetido a biópsia renal, fazia parte de um estudo, onde demonstrou-se que todos os doentes com ENH e alterações do sedimento urinário, apresentavam glomerulite focal e segmentar⁽³⁸⁾. Nesse mesmo trabalho detectou-se por imunofluorescencia depositos de IgG, IgM e complemento nos glomérulos, confirmando assim dados encontrados por outros autores.^(49, 54, 87, 105)

Não observamos em nossos doentes síndrome nefritico como ocorreu no caso estudado por IVESON et al.⁽⁴⁹⁾ ou alterações da função renal. Portanto concordamos com JOHNY et al⁽⁵⁴⁾ que apesar de serem freqüentes as alterações renais no ENH, elas são benígnas e autolimitadas, salientando-se a ausência de hipertensão arterial em nossos casos o que é referendado pela literatura.

O doente que apresentou proteinúria de 4,6mg veio falecer com insuficiência renal após 6 anos do quadro inicial. Foi submetido a nefrectomia bilateral 1 ano antes do óbito e o exame anatopatológico⁽¹⁰⁴⁾ demonstrou rins contraídos por amiloidose. A glomerulite do ENH não acarreta grande proteinúria, e quando ela for observada é necessário afastar amiloidose. A glomerulite do ENH não acarreta grande proteinúria, e quando for observada é necessário afastar amiloidose.

5.2.6.3 - Velocidade de hemossedimentação

A velocidade de hemossedimentação está geralmente aumentada na hanseníase virchoviana sendo os valores mais altos encontrados durante

os surtos de ENH. Nossos resultados estão de acordo com os resultados da literatura^(10,113) e não acreditamos que os pacientes com ENH e artrite não apresentem maior alteração desse exame do que os que sem artrite.

5.2.6.4 - Pesquisa do fator reumatóide

A freqüência da positividade do fator reumatóide utilizando a prova do latex varia de 16 a 72% segundo os varios autores. Dois trabalhos demonstraram a maior positividade para a prova do latex na hanseníase virchoviana fora dos períodos reacionais.

Os nossos resultados (33%) são concordes) com a literatura e provam a inutilidade dessa prova como auxiliar no diagnóstico diferencial. Entretanto seria interessante a realização de trabalho utilizando a prova do latex em tubo e Waaler - Rose antes, durante e depois do ENH o que permitiria compreender as variações dessa prova nas diferentes pesquisas.

5.2.6.5 - Pesquisa de células LE

Nossos resultados divergem dos autores que relatam positividade de células LE 5% e 8% dos virchovianos^(13,114,122). Temos a impressão de que esse exame é de extrema utilidade para o diagnóstico diferencial com o lupus eritematoso sistêmico, que apresenta conhecida semelhança clínica e laboratorial com a hanseníase virehoviana com ENH;

Acreditamos que quando observamos células LE positiva na hanseníase e mais provavel estarmos diante de um caso de associação das duas patologias, como ja foi relatado⁽¹⁴⁾.

5.2.6.6 - Pesquisa de fatores antinucleares

Nossos resultados foram positivos em titulos baixos(13,3%)e em freqüência intermediária aos diversos estudos que variam de 4 a 50%.

Achamos interessante comentar, que a técnica por nós usada para a detecção dos FAN deixa a desejar, entretanto e infelizmente era a única que dispunhamos. Assim sendo preferimos não ter comparações ou comentários.

É provável que as divergências da literatura sejam explicadas pelas diferentes técnicas utilizadas nesses estudos como sugeriram TOLENTINO⁽¹¹³⁾ e COSTA.⁽²⁶⁾

5.2.6.7 - Dosagem de ácido úrico

A única finalidade da realização desse exame foi para excluir os casos de uma possível artropatia gotosa em nossa casuística, que pela sua clássica evolução em surtos se assemelha a artrite do ENH. Tivemos oportunidade de diagnosticar e seguir dois pacientes virchovianos com crises típicas de gota que evoluíram para cronicidade inclusive com formação de tofos*.

5.2.7 - Exame radiográfico

As alterações ósseas específicas têm sido exaustivamente estudadas do ponto de vista radiográfico em excelentes revisões (31,32,33,60,76,102).

Nossos resultados confirmam, de maneira geral, os observados por esses autores. Obviamente os nossos doentes apresentaram muito mais anormalidades radiográficas que as observadas nesses estudos, isto porque a nossa casuística e de pacientes reacionais e com artrite. A importância da reação hansênica nas lesões osteoarticulares na hanseníase já tinha sido salientada por COCHRANE e confirmada por outros^(31,32,76) fatores provavelmente são a razão da nossa casuística ter o maior número de lesões osteoarticulares específicas até hoje apresentada.

Não levamos em consideração o aumento do forame nutricional, embora o tenhamos observado em alguns casos. Alguns autores consideram essa alteração como sendo específica⁽³³⁾, enquanto outros que acreditam que careça de especificidade^(31,76) com o que concordamos.

Os padrões de osteoporose dos nossos pacientes foram os mesmos observados por ENNA et al.⁽³¹⁾; entretanto, não classificamos nesse item, como esse autor, os casos em que observamos discreto aumento do canal medular.

Quanto aos cistos, são grandes quando comparados com os geodes da osteoartrose ou com as erosões da artrite reumatóide, e nessas patologias sempre há acometimento articular, o que possibilita o diagnóstico diferencial.

As lesões císticas aparecem no início como áreas de rarefação óssea que vão se acentuando mais em algumas regiões, formando então cistos bem delimitados. Em alguns doentes observamos lesões em sacabonado idênticas a da gota. Os cistos ósseos do ENHs, destroem a estrutura articular quando ocorre ruptura de lesão cística para dentro da articulação, como observamos em vários pacientes.

Achamos, como outros pesquisadores^(31,32,33,60,76,102), lesões císticas específicas nos ossos das mãos e pés. O acometimento desses ossos seria consequência da conhecida predileção do *M. leprae* pelas áreas mais frias do corpo^(9,17). Entretanto, é estranho ter sido descrito cisto

* Experiência pessoal não publicada

na patela em apenas um doente⁽⁷⁶⁾, pois essa é a razão mais fria do membro inferior, e nunca ter sido demonstrada área de lise no olecrânio, achados esses freqüentes em nossa casuística.

Do ponto de vista radiográfico o diagnóstico diferencial mais difícil é com a sarcoidose, que tenha a mesma predileção inexplicável pelos ossos dos dedos da mão, pé e nariz. Entretanto, na sarcoidose não há reação periosteal ou com esclerose, o que regra na osteíte cística hansenica. Interessante notar a alta incidência na nossa casuística de osteíte cística múltipla, e o fato de nunca terem sido descritos lesões císticas no olecrânio, como documentamos em dois casos.

Confirmamos também a observação de outros da ocorrência de periostite acompanhando reações erisipelatóides, denominadas por KARAT de "red leg", concordes com esse mesmo autor, observamos quadro semelhante na ulna.

Não há descrição de periostite da intensidade com que observamos em 1 dos doentes, acometendo falanges medias e metacarpofalangenas. Também ainda não tinha sido descrito periostite de patela.

Os pacientes com dedos em pescoço de cisne e desvio cubital não apresentam osteoporose, erosões justa articulares ou pinçamento de fenda articular, o que permite concluir que o exame radiográfico é útil para diagnóstico diferencial com artrite reumatóide.

Não comentaremos as freqüentes reabsorções ósseas distais ou concentricas ou as articulações neuropáticas apresentadas pelos doentes, por não ser objetivo desse trabalho.

5.2.8 - Tratamento

Temos a impressão subjetiva de que a drenagem e infiltração de corticosteróide (40mg de acetato de metilprednisona) nos doentes com artrite de joelho, particularmente nos casos monoarticulares é um procedimento recomendável, porque além de eliminar a dor imediatamente, evita possível rutura de cisto de Backer e muitas vezes resolve definitivamente o problema. Esse mesmo procedimento é útil nos casos recidivantes.

É incontestável a utilidade da talidomida no ENH particularmente para ⁽⁷⁵⁾ controlar o ENEP. Entretanto seu efeito não é tão brilhante nas várias outras manifestações sistêmicas do ENH⁽⁷²⁾ e como sempre utilizamos a talidomida associada aos anti-inflamatórios não hormonais não podemos avaliar sua verdadeira eficácia como droga de manutenção. Podemos afirmar que a talidomida isoladamente não tem utilidade no tratamento da artrite do ENH pois em vários doentes a utilizamos isoladamente no início da artrite sem nenhum resultado. Portanto, não concordamos com ALBERT et al.⁽³⁾ que sugerem estar essa droga indicada nos casos de ENH mais resistentes.

Na maioria das vezes a associação talidomida, anti-inflamatória não

hormonal, não foi suficiente como tratamento de manutenção sendo necessário o emprego de corticosteróides em doses baixas.

Achamos interessante frisar que nunca observamos casos de ENH que o quadro articular no desapareceu em poucas horas apes o uso de doses altas de corticosteroides. Portanto a utilização de esquemas com doses iguais ou maiores do que 60mg de prednisona, se estão indicados e são obrigatórios nos doentes que apresentam mão reacional, neurite aguda, orquite ou comprometimento ocular, porque essas complicações se não assim medicadas acarretam danos irreversíveis.

5.2.9 - Evolução

O estudo evolutivo da artrite do ENH nos permite concluir que apesar de serem freqüêntes as recidivas e recorrências esse tipo de artropatia nunca acarreta seqüelas.

Observamos que os doentes podem evoluir apresentando surtos reacionais sem artrite, o que poderia ser explicado por estágios diferentes do infiltrado virchowianos nos diversos órgãos, portanto níveis antigênicos distintos, o que propicia a concomitancia ou não da reação antígeno - anticorpo, nas várias localizações.

Nossos resultados demonstram que os doentes que apresentam recorrência da artrite, podem não seguir o mesmo padrão nos surtos subseqüentes quanto ao número de articulações comprometidas. A maioria dos doentes inicialmente com monoartrite, quando apresentam um segundo surto mantem o padrio monoarticular ou se torna oligoarticular. Esses doentes quando apresentam varios surtos tendem apresentar poliartrite.

Ha uma tendência maior dos doentes com poliartrite de apresentarem o mesmo tipo de envolvimento articular nos surtos subseqüentes. Não temos explicação para esses fatos.

Existe tendência da gravidade do ENEP ir diminuindo nas recorrências, bem como os pacientes que inicialmente apresentam artrite como equivalente reacional manterem o mesmo padrão ou apresentarem ENEP leve nas recorrências. Essas observações sugerem que alguns doentes as manifestações articulares são mais persistentes ou mais tardias que as cutâneas e, quando elas deixam de ocorrer os pacientes estão praticamente curados. Assim, é possível que os doentes cuja aparente primeira manifestação clínica da doença seja um equivalente reacional, sejam de alguma forma mais resistentes a infecção como possibilidade de cura mais precocemente.

A evolução radiográfica das lesões císticas acarretando fraturas patológicas nos ossos das mãos e intra-articulares confirmam as observações de outros autores^(31,32,36,102). Entretanto ainda ngo tinha sido documentada fratura de patela por ENH ósseo.

As áreas de rarefação óssea desaparecem com o tratamento ou permanecem como cistos ósseos de bordos escleróticos confirmando as observações de ERICKSON e JOHANSEN⁽³²⁾

O caso que apresentou periostite intensa evoluiu com o tratamento para cura e como resultado final os ossos comprometidos ficaram mais espessos pelo aumento da cortical.

5.3 - Artropatia inflamatória da reação hansênica virchoviana

Essa reação não é muito comum atualmente, ocorrendo principalmente nas formas de recidiva ou reinfeção^(97,124). Nem sempre se instala de maneira abrupta adquirindo então as características de uma reação verdadeira. Por isso TAJIRI⁽¹¹²⁾ sugere que estas formas mais agudas seriam uma forma particular de reação.

5.3.1 - Identificação

A paciente por nes estudada apresentou reativação aguda por resistência a sulfona e apresentava hanseníase de longa duração, dados concordes com outros estudos⁽⁵¹⁾.

5.3.2 - Anamnese

O quadro articular se instalou de maneira mais ou menos súbita, praticamente indistinguível das formas poliarticulares do ENH. As demais queixas da paciente também eram as mesmas comumente referidas no ENH.

5.3.3 - Exame físico geral

A febre alta, o comprometimento ocular, adenomegalia generalizada e hepatomegalia observadas também são freqüentes no ENH.

5.3.4 - Exame dermatológico

Os nódulos e as lesões eritematosas cutâneas apesar de algumas poucas diferenças podem ser confundidas com ENEP, o que confirma outras observação⁽¹²⁴⁾.

5.3.5 - Exame articular

Chamava atenção o intenso comprometimento das articulações das mãos que progrediram de maneira impressionante com edema inflamatório difuso.

O comprometimento inflamatório das mãos era semelhante ao da mão reacional, porém mais intenso. A artrite dos joelhos era discretas e menos importante do que as que normalmente observamos no ENH.

5.3.6 - Exames laboratoriais

As alterações observadas so as mesmas do ENH.

5.3.7 - Exame radiográfico

A primeira radiografia mostrava somente edema de partes moles, portanto as lesões levam algum tempo para aparecer, e semelhança da osteomielite por outras bactérias. Justifica-se portanto o nome de osteomielite leprosa utilizada por JOB⁽⁵¹⁾ ao descrever esses casos.

5.3.8 - Tratamento

Possivelmente o tratamento inicialmente estabelecido com altas doses de corticosteróides pode ter contribuído para a piora do quadro osteoarticular. Esse dado é fundamental para o diagnóstico diferencial com ENH e mão reacional, pois esse evento sempre responde a terapêutica cortisônica.

O quadro clínico, laboratorial e radiológico de nossa doente e em tudo semelhante aos 2 casos mais graves dos 6 apresentados por JOB⁽⁵¹⁾.

5.3.9 - EVolução

A evolução tanto das lesões cutâneas como do quadro articular e completamente diferente daquele que observamos no ENH.

Após a medicação adequada as lesões cutâneas vão melhorando lentamente e os nódulos subcutâneos só desaparecem após alguns meses.

O quadro osteoarticular bem como o edema das mãos foram melhorando lentamente desaparecendo em um prazo aproximadamente de 6 meses.

A evolução óssea também lenta e a resolução total do ponto de vista radiográfico demorou praticamente 1 ano. Da mesma forma do que observamos na osteíte do EMI, observamos periostite que vai se intensificando a medida que as lesões líticas aumentam, e após 3 meses começa haver aumento da cortical que torna o osso mais espesso a partir da modelação do periosteio. O quadro radiográfico final e o mesmo da osteíte do ENH.

5.4 - Hanseníase dimorfa reacional com artrite

5.4.1 - Identificação

Acreditamos que o motivo de também nesse grupo termos um maior número de homens o mesmo que apresentamos no grupo com ENH, ou seja, reflexo distribuição sexual da endemia.

Quando a duração da hanseníase, observamos que 8 doentes apresentavam a doença há pouco tempo (média 2,6 anos) e dois deles eram hansenianos antigos (média 19 anos). Esse fato pode ser explicado pela própria fisiopatologia da reação dimorfa, assim os casos relativamente recentes acontecem nos pacientes no tratados ou no início do tratamento, ao passo que nos de hanseníase de longa duração ocorrem naqueles que fazem tratamento ineficaz ou irregular.

5.4.2 - Anamnese

Em razão de nossa casuística ser pequena (10 casos) embora maior do que a literatura (4 casos)^(3,5,123) não temos o direito de afirmar que a artropatia reacional dimorfa não ocorra na monoarticular. Entretanto nos parece que as formas poliarticulares são as mais freqüentes.

A presença de rigidez matinal importante, febre baixa e comprometimento discreto do estado geral, fazem com que a artrite reacional dimorfa seja semelhante a artrite reumatóide que é seu principal diagnóstico diferencial.

Os nossos resultados demonstram que também é manifestação reacional articular dimorfa que frequentemente leva o doente procurar auxílio médico acreditando ser portador de doença reumática.

Confirmamos em 2 doentes a observação de outros autores de que a reação dimorfa pode ser desencadeada pela terapêutica^(8,123). WATERS⁽¹²⁴⁾ inclusive recomenda que a terapêutica inicial específica intensiva deve ser evitada nos dimorfos para prevenir a reação dimorfa que é potencialmente grave.

5.4.3 - Exame físico geral

A presença de hepatoesplenomegalia, artromialgia e neurites agudas às vezes podem lembrar a poliarterite nodosa conforme ocorreu no segundo paciente relatado por BONVOISIN⁽¹⁶⁾.

5.4.4 - Exame dermatológico

Nossas observações confirmam a hipótese do OPROMOLLA⁽⁷⁴⁾ de que os pacientes dimorfos podem apresentar surtos reacionais sub-entrantes e piorando progressivamente ficam clinicamente indistinguíveis dos virchovianos. Observamos também que algum desses pacientes foram diagnosticados e tratados como eritema polimorfo e é possível que na realidade essas lesões cutâneas

fossem de reação dimorfa.

A maioria dos nossos doentes apresentava poucas lesões cutâneas e o quadro articular predominava. Isso ocorreu nos doentes com hanseníase de pouca duração e nos doentes virgens de tratamento o que também contribuiu para aumentar as dificuldades no diagnóstico diferencial com doenças reumáticas.

As lesões ulceradas podem ser acarretadas por vasculite granulomatosa hansênica conforme observamos em um de nossos doentes e em duas autópsias*, e portanto hanseníase reacional dimorfa deve ser diferenciada das vasculites de maneira geral.

5.4.5 - Exame articular

O exame articular é muito parecido com o da artrite reumatóide e as articulações mais frequentemente comprometidas são as mesmas.

Outro aspecto bastante freqüente e característico das reações dimorfas é o edema difuso de mãos e pés. O quadro é idêntico aquele observado na síndrome ombro-mão e o mecanismo fisiopatológico desse edema de extremidades na hanseníase ainda não está esclarecido, e é possível que seja semelhante em ambas patologias. Interessante que em geral o edema de mãos e pés nos dimorfos é indolor o que o diferencia da mão reacional do ENH.

5.4.6-Exames laboratoriais

5.4.6.1 - Hemograma

Não há estudos de hemograma nesse tipo de reação hansênica e nossos resultados apresentaram alterações não significativas.

5.4.6.2 - Urina tipo I

Não temos conhecimento de trabalhos para avaliar possíveis alterações desse exame ou de biópsia renal na reação dimorfa. A proteinúria e leucocitória constatada em 40% dos nossos doentes são de difícil explicação.

5.4.6.3 - Velocidade de hemossedimentação

A maioria dos nossos doentes apresentou aumento dessa prova, que de maneira geral foi menos importante daqueles apresentados pelos doentes com ENH.

* Anais das reuniões anatomo clínicas do Hospital Lauro de Souza Lima

5.4.7 - Exames radiográficos

Não temos conhecimento de descrição osteíte cística múltipla ou mesmo de cistos isolados nesses doentes.

Documentamos essas alterações e as relacionamos de modo indiscutível com a reação dimorfa em 3 doentes.

Lesão cística específica de olecrânio e calcâneo ainda não tinham sido descritos específica de olecrânio e calcâneo ainda não tinham sido descritos em nenhuma das formas clínicas.

Apesar de ser impossível afirmar que a osteoporose reticular apresentada em dois de nossos doentes seja específica, pois não constatamos desaparecimento dessa alteração após o surto reacional, essa é uma hipótese provável.

Interessante notar que as radiografias das mãos com edema foram normais em vários doentes o que também permite diferenciar da distrofia reflexo simpática.

5.4.8 - Tratamento

O esquema de tratamento estabelecido foi o mesmo que classificamente é feito para reação dimorfa sem comprometimento articular, exceto pelas infiltrações articulares que foram feitas com sucesso.

5.4.9 - Evolução

Nossos resultados comprovam a observação de outros de que os dimorfos melhoram mais rapidamente que os virchovianos.

Apenas 1 doente apresentou surtos reacionais recidivantes com artrite apesar do tratamento correto estar sendo administrado.

A presença ENH comprovada por biópsia de pele em 1 de nossos doentes, na sua última revisão após 3 anos da primeira reação dimorfa é de interpretação difícil. É possível que esse doente tenha apresentado surtos reacionais descendentes sucessivos, apesar da terapêutica, quando então apresentou ENH. É conhecido que o ENH só ocorre nos dimorfos avançados ou seja na faixa virchoviana, evoluindo provavelmente como virchovianos com ENH sem tratamento.

A osteíte cística múltipla dimorfa apresenta evolução rediológica semelhante à da ENH, porém de resolução mais lenta.

5.5 - Hanseníase tuberculóide reacional

5.5.1 - Identificação

O número de casos é muito pequeno para que possamos concluir que

essa artropatia é mais freqüente no sexo masculino.

5.5.2 - Anamnese

A dor e a intensidade da artrite são diferentes nesse tipo; a dor foi referida em queimação lembrando mais dor superficial; a intensidade também foi bem menor do que nas outras artropatias inflamatórias já discutidas.

O aparecimento das lesões cutâneas foi típica desse tipo e concomitante com o quadro articular.

5.5.3 - Exame físico geral

No tipo tuberculóide o exame físico geral classificadamente normal e mesmo nos raros casos em que se detecta bacilos e granulomas em outras localizações que não pele e nervos, não há alteração física ou funcional desses orgaos.

5.5.4 - Exame dermatológico

As lesões tuberculóides reacionais são numerosas, exuberantes e características, portanto por si só permitem o diagnóstico.

5.5.5 - Exame articular

Sempre as articulações estavam em grande parte coberta pela lesão cutânea e o exame tivemos impressão que o quadro era mais periarticular, mas 1 caso apresentava discreto no joelho.

5.5.6 - Exames laboratoriais

Foram normais como era de se esperar nesse tipo que afora discretos aumentos de hemossedimentação não apresentam alterações.

Os nossos resultados corroboram a hipótese de que haveria disseminação bacilar hematogênica⁽³⁰⁾ e que os bacilos seriam distribuídos pela reação granulomatosa sem acarretar alterações importantes^(62,107). Na pele e nervos a reação é mais intensa e de resolução mais demorada.

5.5.7 - Exame radiográfico

As alterações ósseas são sempre secundárias a neuropatia periférica não havendo descrição de osteíte hansênica tuberculóide, o que provavelmente não ocorre, concordando com os achados de GASS⁽⁴¹⁾, SINGH e KORANNE⁽¹⁰⁷⁾ que não observaram o *M. leprae* na medula óssea na hanseníase tuberculóide.

5.5.8 - Tratamento

O esquema utilizado foi o que é realizado de rotina exceto pela infiltração articular realizada que praticamente resolveu a artrite em 1 dos pacientes.

5.5.9 - Evolução

Os sintomas articulares desaparecem antes dos cutâneos e chamam a atenção por sua pequena intensidade e fugacidade. Além de raro o comprometimento articular possivelmente é sempre discreto. Portanto, caso de artrite inflamatória importante em pacientes tuberculóides reacionais provavelmente são de associação com uma doença reumática.