

IV- RESULTADOS

4.1 - Tipos de reação

Dos 31 pacientes virchovianos apenas 1 apresentava reação hansênica virchoviana e os demais reação tipo eritema nodoso.

Dos 10 pacientes dimorfos 7 apresentavam reação de deteriorização e 3 reação ascendente.

Os 2 pacientes tuberculóides eram do tipo tuberculóide reacional. Os resultados de cada grupo será apresentados separadamente.

4.2 - Artropatia inflamatória do ENS

4.2.1 - Identificação

Esse grupo constituído de 22 homens e 8 mulheres sendo 21 brancos, 6 pretos e pardos. A variação de idade oscilou entre 16 e 82 anos (Média 43,8 anos). O tempo de duração da hanseníase variou de 2 a 38 anos (Media 13,8 anos) - TABELA II.

4.2.2 - Anamnese

As manifestações articulares sempre tiveram início súbito e em poucas horas ou alguns dias a artrite estava estabelecida.

De maneira geral, as articulações eram comprometidas simultânea mente, entretanto em alguns doentes o acometimento tinha caráter migratório e/ou itinerante. Afora a articulação ou articulações que exibiam sinais evidentes de artrite, os pacientes referiam dor em varias outras articulações. A dor em geral era intensa, acarretando impotência funcional importante e a maioria referia rigidez matinal de mais de uma hora de duração. Dois pacientes foram Internados com lombalgia aguda que precedeu de 2 a 3 dias o aparecimento da artrite.

As manifestações gerais como febre, adinamia e cefaléia foram quase sempre, mais intensas nos doentes que apresentavam ENEP considerados graves.

Todos os pacientes haviam apresentado um ou mais surtos de ENH e 13 deles (43,3%) referiam ter tido artrite acompanhando esses quadros reacionais.

Seis (20%) dos doentes afirmaram ter tido diagnóstico de "reumatismo" e terem sido tratados com drogas anti-reumáticas por longos períodos antes do diagnóstico de hanseníase ser estabelecido - TABELA II.

TABELA II - Distribuição de 30 casos de ENH com artrite de acordo com a duração da hanseníase seus antecedentes reacionais e antecedentes reumáticos

| PACIENTE | DURAÇÃO DA HANSENÍASE (anos) | ANTECEDENTES REACIONAIS COM ARTRITE | ANTECEDENTES REUMÁTICOS |
|----------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| 1. | 16 | SIM | NÃO |
| 2. | 6 | SIM | SIM |
| 3. | 6 | NÃO | NÃO |
| 4. | 22 | NÃO | NÃO |
| 5. | 17 | SIM | NÃO |
| 6. | 11 | SIM | NÃO |
| 7. | 7 | SIM | SIM |
| 8. | 6 | SIM | NÃO |
| 9. | 22 | NÃO | NÃO |
| 10. | 12 | NÃO | NÃO |
| 11. | 10 | NÃO | NÃO |
| 12. | 38 | NÃO | NÃO |
| 13. | 10 | NÃO | NÃO |
| 14. | 5 | SIM | SIM |
| 15. | 9 | SIM | SIM |
| 16. | 9 | SIM | NÃO |
| 17. | 9 | SIM | NÃO |
| 18. | 4 | NÃO | NÃO |
| 19. | 4 | NÃO | NÃO |
| 20. | 27 | SIM | NÃO |
| 21. | 5 | NÃO | NÃO |
| 22. | 29 | NÃO | NÃO |
| 23. | 7 | SIM | SIM |
| 24. | 30 | NÃO | NÃO |
| 25. | 2 | NÃO | NÃO |
| 26. | 17 | NÃO | NÃO |
| 27. | 25 | NÃO | NÃO |
| 28. | 25 | NÃO | NÃO |
| 29. | 10 | NÃO | NÃO |
| 30. | 7 | SIM | SIM |

OBS: ANTECEDENTES REUMÁTICOS: PACIENTES QUE FORAM ERRONEAMENTE DIAGNOSTICADOS COMO PORTADORES DE "REUMATISMO" ANTES DO DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE SER ESTABELECIDO.

- Exame físico geral

Todos os casos apresentavam adenomegalia generalizada e em 8 (26,6%)

deles os linfonodos eram muito dolorosos a palpação, e com nítidos sinais inflamatórios,

Hepatomegalia foi constatada em 19 casos (63,3%), sendo que o fígado era doloroso a palpação em 8 doentes (26,6%) e 3 casos (10%) apresentaram icterícia discreta. Esplenomegalia foi observada em 14 casos (46,6%), sendo a palpação do bago dolorosa em apenas 2 doentes (6,6%). Foram também observadas neurites agudas, (7 casos - 23,3%). Dor intensa a palpação dos testículos ocorreu em 3 casos (10%) e comprometimento ocular em 2 doentes (4,6%) - TABELA III.

TABELA III - Manifestações clínicas associadas a 30 casos de ENH com artrite.

| MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS | N. DE CASOS | % |
|------------------------|-------------|------|
| ADENOMEGALIA DOLOROSA | 8 | 26,6 |
| HEPATOMEGALIA | 19 | 63,3 |
| ESPLENOMEGALIA | 14 | 46,6 |
| NEURITES AGUDAS | 7 | 23,3 |
| ORQUITE | 3 | 10,0 |
| ICTERÍCEA | 3 | 10,0 |
| COMPROMETIMENTO OCULAR | 2 | 6,6 |

4.2.4 - Deme dermatológico

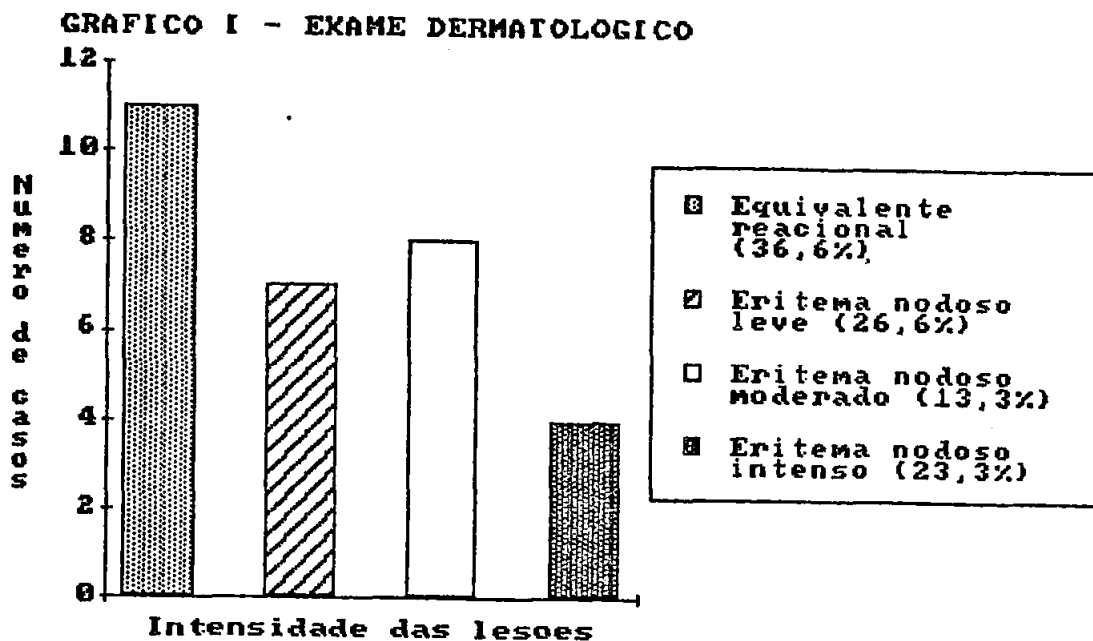
As lesões cutânea reacionais (ENEP) foram de graus variados, desde leves (8 casos - 26,6%) até intensas, com muitos nódulos, placas e pústulas (7 casos - 23,3%) - (Figura 1e2) e moderado em 4 doentes (13,3%) - (GRÁFI CO I). Em 11 enfermos (36,6%) não foram observadas ENEP, portanto a artrite se apresentou como equivalente reacional.

As ENEP apareceram junto com as manifestações articulares na maioria dos pacientes (14 casos - 46,6%), entretanto, precedeu o quadro articular em 2 doentes (13,3%) e apareceu após alguns dias da artrite estabelecida em 3 casos (20%) - TABELA IV. Procurou-se correlacionar a intensidade das lesões cutâneas, reacionais, bem como o momento de aparecimento delas com o tipo de artrite. Esses resultados podem ser analisados nas TABELAS V e VI.

Dois pacientes apresentavam eritema intenso semelhante a erizipela

em ambas as pernas e um deles também nos antebraço (Figura 3), que surgiu poucos dias após a instalação da artrite.

GRÁFICO I - Exame dermatológico





Figuras 1 e 2 - Paciente com eritema nodoso necrosante - ENEP grave.



Figura 3 - Paciente com garra mediano-cubital, mão reacional e reação erizipelatóide no antebraço.

TABELA IV – Distribuição de 30 casos de ENH com artrite de acordo com a classificação da ENEP e sua relação com o aparecimento da artrite e de seu tipo.

| PACIENTE | CLASSIF. DO ENH | REL. DO ENH COM ARTRITE | TIPO DE ARTRITE |
|----------|-----------------|-------------------------|-----------------|
| 1. | LEVE | SUCEDE | P |
| 2. | LEVE | CONCOMITANTE | P |
| 3. | AUSENTE | --- | P |
| 4. | LEVE | CONCOMITANTE | P |
| 5. | AUSENTE | --- | M |
| 6. | MODERADO | CONCOMITANTE | M |
| 7. | LEVE | CONCOMITANTE | P |
| 8. | GRAVE | CONCOMITANTE | M |
| 9. | AUSENTE | --- | P |
| 10. | MODERADO | CONCOMITANTE | O |
| 11. | AUSENTE | --- | P |
| 12. | GRAVE | ANTECEDE | M |
| 13. | AUSENTE | --- | M |
| 14. | GRAVE | CONCOMITANTE | M |
| 15. | LEVE | CONCOMITANTE | P |
| 16. | GRAVE | CONCOMITANTE | P |
| 17. | AUSENTE | --- | P |
| 18. | AUSENTE | --- | O |
| 19. | LEVE | ANTECEDE* | O |
| 20. | AUSENTE | --- | M |
| 21. | GRAVE | SUCEDE | O |
| 22. | AUSENTE | --- * | M |
| 23. | MODERADO | CONCOMITANTE | P |
| 24. | MODERADO | CONCOMITANTE | O |
| 25. | GRAVE | CONCOMITANTE | M |
| 26. | GRAVE | CONCOMITANTE | M |
| 27. | AUSENTE | --- | M |
| 28. | LEVE | CONCOMITANTE | P |
| 29. | LEVE | SUCEDE | O |
| 30. | AUSENTE | --- | O |

*- APRESENTARAM REAÇÃO ERIZIPELATOIDE NO DECORRER DO QUADRO ARTICULAR

LEGENDA: P - POLIARTICULARM - MONOARTICULAR
O - OLIGOARTICULAR

TABELA V - Correlação entre lesões cutâneas do eritema nodoso (ENEP) e o tipo de artrite em 30 pacientes.

| ARTRITE | ENEP | | | | TOTAL |
|----------------|---------|------|----------|-------|-------|
| | AUSENTE | LEVE | MODERADO | GRAVE | |
| MONOARTICULAR | 5 | - | 1 | 5 | 11 |
| OLIGOARTICULAR | 2 | 2 | 2 | 1 | 7 |
| POLIARTICULAR | 4 | 6 | 1 | 1 | 12 |
| TOTAL | 11 | 8 | 4 | 7 | 30 |

TABELA VI - Correlação entre o momento de aparecimento do eritema nodoso (ENEP) com o tipo de artrite em 19 pacientes.

| ARTRITE | ENEP | | | TOTAL |
|----------------|---------|--------------|--------|-------|
| | PRECEDE | CONCOMITANTE | SUCEDE | |
| MONOARTICULAR | 1 | 5 | - | 6 |
| OLIGOARTICULAR | 1 | 2 | 2 | 5 |
| POLIARTICULAR | - | 7 | 1 | 8 |
| TOTAL | 2 | 14 | 3 | 19 |

4.2.5 - Exame articular

Todos os doentes apresentavam tumefação articular com aumento de temperatura local e dor a palpação. A dor exacerbava muito com a movimentação da articulação, e havia impotência funcional importante. Moos foi observado em 10 casos (33,3%) e em algumas ocasiões era bastante pronunciado. Foram constatadas deformidade em pescoço de cisne, (Figura 4), em 4 casos e desvio cubital em 1 doente. Em 2 doentes havia deformidades em "dedo torcido" (Figura 5).

O comprometimento foi monoarticular (Figura 6 e 7) em 11 doentes (36,6%), oligoarticular em 7 (23,3%) e poliarticular em 12 (40%) - (Figura 8) - GRÁFICO II).

Acompanhando a artropatia foi observado edema difuso de ambas mãos (Figura 9) ou de apenas uma delas em 4 ocasiões (13,3%) e quadro semelhante nos pés em dois doentes (6,6%). Edema difuso do 3º dedo da mão esquerda ("dedo em salsicha") foi observado em 1 caso.

As articulações mais comprometidas foram as dos joelhos, interfalangeanas proximais (nas mãos e metacarpofalangeanas - TABELA VII).

GRÁFICO II - Classificação da artrite de 30 doentes com ENH

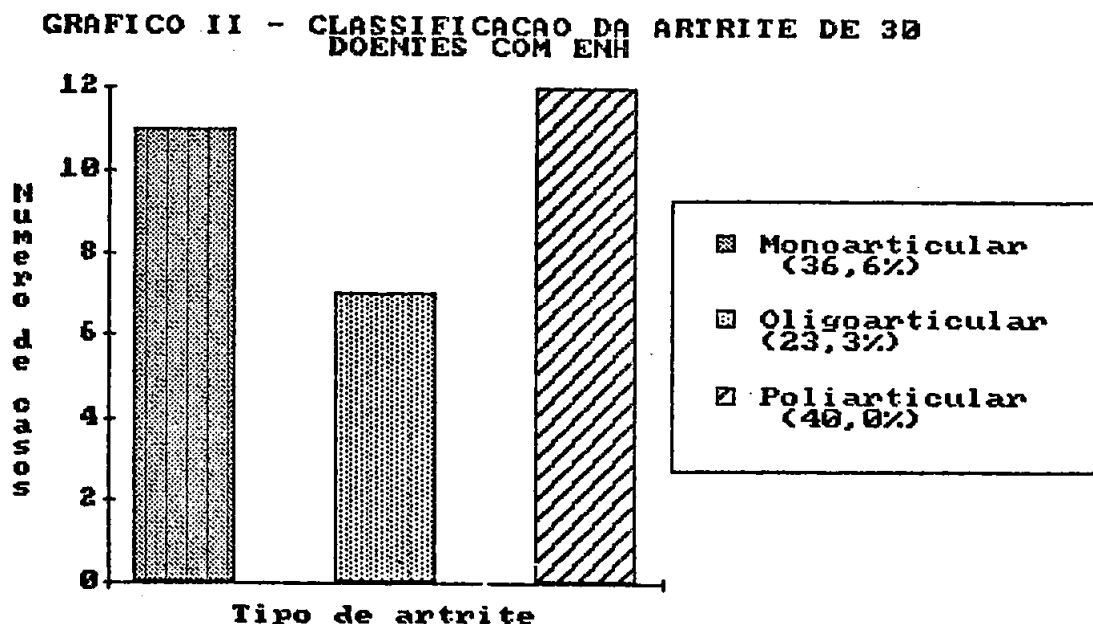




Figura 4 - Dedos em pescoço de cisne, semelhante ao observado na artrite reumatóide. Seqüela de mão reacional do ENH.



Figura 5 - Deformidade tipo "dedo torcido" acarretado por ruptura intra-articular de grade do ENH.



Figura 6 - Monoartrite de joelho durante ENH.



Figura 7 - Intensa artrite com atrofia de quadriceps durante ENH.



Figura 8 - Poliartrite do ENH, mimetizando artrite reumatóide.



Figura 9 - Mão reacional com pele esclerodermóide e acroosteólise.

TABELA VII - Distribuição das articulações comprometidas em 30 casos de ENH com artrite de acordo com o tipo de comprometimento articular.

| ARTICULAÇÕES | TIPO DE ARTRITE | | | TOTAL |
|-------------------------------|--------------------|---------------------|--------------------|-------|
| | MONOAR- TICULAR | OLIGOAR- TICULAR | POLIAR- TICULAR | |
| INTERFALANGEANAS PROXIMAIS | ---- | 5 | 11 | 16 |
| METACARPO FALANGEANAS | ---- | 4 | 12 | 16 |
| PUNHOS | ---- | 1 | 8 | 9 |
| COTOVELOS | ---- | ---- | 4 | 4 |
| JOELHOS | 11 | 5 | 8 | 24 |
| TORNOZELOS | ---- | 2 | 6 | 8 |
| METATARSO FALANGEANAS | ---- | 1 | 5 | 6 |
| INTERFALANGEANAS | ---- | 1 | 2 | 3 |

4.2.6-Exames laboratoriais

4.2.6.1 - Hemograma

Anemia do tipo normocítica e hipocrômica com valores de hemoglobina variando de 7,00 a 11,9g% (media 10,5) foi observada em 19 casos. A análise da Série branca mostrou leucocitose por neutrofilia sem desvio a esquerda em 14 amostras, com número total de leucócitos variando de 10.500 a 22.300 células/mm³ (média 16.950 células/mm³).

4.2.6.2 - Urina tipo I

Foi observada hematúria em 6 amostras sendo 5 delas com mero de hemácias menor que 50:000 cel/ml entretanto uma apresentava incontáveis hemáceas. Proteinúria na taxa menor de 1g/l foi observada em 8 amostras e uma apresentava 4,3 g/l. Leucocitúria com valores menores de 50.000 células/mm³ estava presente em 5 amostras.

4.2.6.3 - Velocidade de hemossedimentação

Apenas 3 doentes apresentavam a velocidade de hemossedimentação normal; os valores anormais variavam de 26 a 124 mm (média 68,9)- (TA- BELA VIII).

4.2.6.4 - Pesquisa do fator reumatóide

A prova do latex foi positiva em 10 doentes (33,3%) com pequena intensidade da aglutinação das partículas na maioria dos exames (TABE- LA VIII).

4.2.5- Pesquisa das células LE

Foi negativa em todos os casos (TABELA VIII).

4.2.6.6 - Pesquisa de fatores antinucleares (FAN)

Apenas 4 doentes (13,3%) apresentavam FAN positivo em títulos baixos (TABELA VIII).

4.2.6.7 - Dosagem de ácido úrico

A grande maioria apresentava ácido úrico em níveis normais, sendo encontrados valores discretamente elevados em 4 doentes - (13,3%)(TABELA VIII).

TABELA VIII - Distribuição dos resultados da velocidade de hemossedimentação (VHS), Pesquisa de células LE (LE), fatores antinucleares (FAN), latex e ácido úrico (NUS) em 30 casos de ENH. com artrite.

| PACIENTE | VHS | LE | FAN | LATEX | AUS |
|----------|-----|-----|-------|-------|-----|
| 1. | 8 | NEG | NEG | NEG | 5,7 |
| 2. | 88 | NEG | NEG | NEG | 4,4 |
| 3. | 55 | NEG | NEG | NEG | 4,4 |
| 4. | 112 | NEG | NEG | ++ | 3,1 |
| 5. | 35 | NEG | 1/40 | NEG | 4,7 |
| 6. | 38 | NEG | NEG | NEG | 4,2 |
| 7. | 49 | NEG | 1/20 | NEG | 5,3 |
| 8. | 34 | NEG | 1/160 | +++ | 3,0 |
| 9. | 54 | NEG | NEG | NEG | 5,2 |
| 10. | 71 | NEG | NEG | NEG | 4,6 |
| 11. | 42 | NEG | NEG | NEG | 4,8 |
| 12. | 52 | NEG | NEG | + | 5,3 |
| 13. | 64 | NEG | NEG | NEG | 5,4 |
| 14. | 65 | NEG | NEG | ++ | 4,4 |
| 15. | 80 | NEG | 1/20 | + | 5,0 |
| 16. | 97 | NEG | NEG | NEG | 3,1 |
| 17. | 30 | NEG | NEG | NEG | 4,8 |
| 18. | 14 | NEG | NEG | NEG | 5,5 |
| 19. | 105 | NEG | 1/10 | ++ | 3,0 |
| 20. | 56 | NEG | 1/20 | NEG | 4,4 |
| 21. | 65 | NEG | NEG | NEG | 5,2 |
| 22. | 116 | NEG | 1/80 | + | 5,7 |
| 23. | 120 | NEG | NEG | + | 4,0 |
| 24. | 20 | NEG | NEG | NEG | 3,7 |
| 25. | 124 | NEG | 1/20 | ++ | 4,5 |
| 26. | 26 | NEG | NEG | + | 6,2 |
| 27. | 44 | NEG | 1/80 | NEG | 3,5 |
| 28. | 63 | NEG | NEG | NEG | 4,3 |
| 29. | 124 | NEG | 1/80 | NEG | 2,9 |
| 30. | 53 | NEG | NEG | NEG | 6,4 |

4.2.7 - Exame radiográfico

As alterações radiográficas constatadas em 16 doentes, são apresentadas na TABELA IX.

A osteoporose justa articular discreta comprometendo principalmente as articulações interfalangeanas e metacarpofalangeanas foi alteração mais freqüente. Em algumas ocasiões a osteoporose ao nível dos casos das mãos se mostrou mais difusa e com aspecto tigróide.

Áreas de lise formando cistos únicos ou múltiplos de tamanho de poucos milímetros a 1 centímetro, justa-articulares ou não, estavam presentes em 5 doentes (16,6%), dois deles apresentavam quadro de osteíte cística múltipla.

tipla acometendo os ossos da mo .(Figuras 10, 11, 12), olecrânio (Figures 13e 14), patela (Figuras 15, 16 e 17) e os ossos longos do pé. Os maiores cistos foram observados no olecrânio e na patela; dois pacientes com monoartrite do joelho apresentaram áreas de lise somente nessa última localização; um deles apresentou fratura patológica de patela na evolução (Figura 16 e 17).

Periostite foi detectada em 4 doentes; 2 deles, com reação erizipelatóide, acometendo tibia e fíbula e ulna; 18 e 28 falanges do 3º dedo no paciente com dedo em salsicha; falanges médias, metacarpo falangeanas (Figuras 18 e 19) e patela (Figura 15) apresentaram periostite em 1 caso.

Os 4 pacientes com dedos em pescoço de cisne e o doente com desvio cubital apresentaram subluxações de interfalangeanas proximais e metacarpo-falangeanas respectivamente. Entretanto não se observou osteoporose justa articular importante ou presença de erosões.

Reabsorções ósseas, em geral discretas acometendo as falanges das mãos e dos pés foram observados em 5 doentes. Articulações neuropáticas foram observadas em juntas do tarso, punho e interfalangeas de alguns doentes.

TABELA IX - Distribuição das alterações radiográficas observadas em 16 casos de ENH com artrite.

| ALTERAÇÕES RADIOGRÁFICAS | NÚMERO | % |
|--------------------------|--------|------|
| OSTEOPOROSE | 12 | 40,0 |
| LISE: MÃOS | 4 | 13,3 |
| ROTULA | 4 | 13,3 |
| PÉS | 2 | 6,6 |
| COTOVELO | 2 | 6,6 |
| PERIOSTITE | 4 | 13,3 |
| SUBLUXAÇÕES | 5 | 16,6 |



Figura 10 - Cistos ósseos específicos e periostite de ulna.



Figura 11 - Áreas de rarefação óssea principalmente justa articulares em algumas regiões formando cistos bem delimitados e várias fraturas patológicas.



Figura 12 - Doente da Fig. 11, após 1 ano de tratamento. Observe osteoartrose secundária nas interfalangeanas proximais.

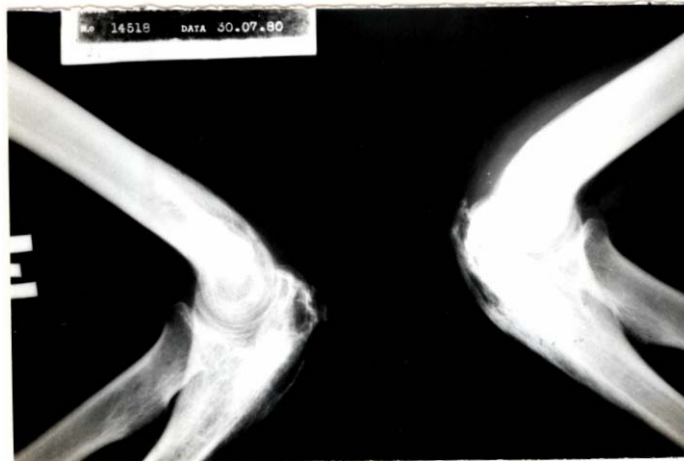


Figura 13 - Áreas de lise em ambos olecrâneos com reação periosteal.

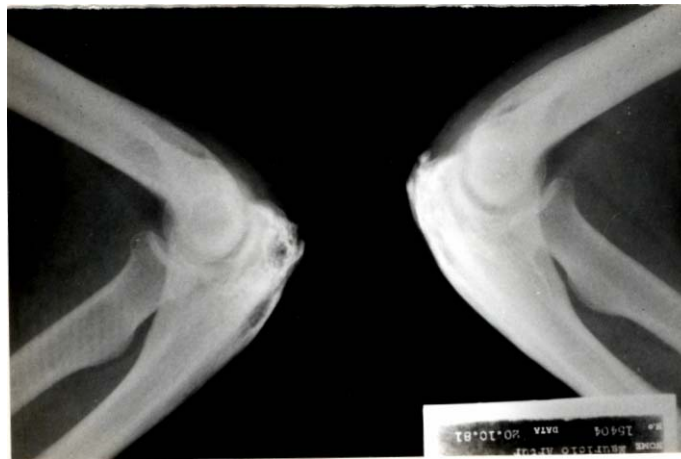


Figura 14 - Radiografia de controle do doente da Fig. 13, após 1 ano de tratamento.



Figura 15 - Áreas de rarefação óssea na patela com periostite intensa em paciente com poliartrite do ENH.

Figura 16 - Lises ósseas na patela.



Figura 17 - Fratura de patela na evolução da artrite do ENH. Radiografia de controle do doente da fig. 16.



Figura 18 - Múltiplas áreas de lise e rarefação óssea inclusive no carpo periostite de metacarpos e falanges.



Figura 19 - Doente fig. 18, após 1 ano de tratamento. Notar cistos ósseos bem delimitados e espessamento da cortical.

4.2.8 - Tratamento

Foi realizada infiltração intraarticular com 40mg de acetato de metilprednisolona nos vinte pacientes que apresentaram artrite de joelhos. O tratamento de manutenção foi feito com talidomida na dose de 100mg a 200mg por dia, associados a anti-inflamatórios não hormonais e prednisona na dose de 5mg a 10mg diários. Em quatro pacientes, foram realizadas mais de uma infiltração (caso 26: 4; casos 6 e 29:2) por recidiva da artrite nos joelhos. Os doentes que apresentaram mão reacional, neurites agudas, orquite ou comprometimento ocular foram mantidos com doses elevadas de prednisona (60mg), até essas manifestações serem controladas, quando então foi feita a retirada progressiva da medicação. Os demais doentes, foram tratados desde o início com esquema idêntico ao de manutenção. Em todos os pacientes a medicação específica foi mantida.

4.2.9 - Evolução

Todos os doentes ficaram assintomáticos e sem seqüelas após período de 5 dias a 3 meses (média de 26 dias). As recidivas da artrite ocorriam ora apresentando caráter migratório, ora mantendo o mesmo padrão inicial. Houve casos inicialmente monoarticulares que se transformaram em poliarticulares e vice-versa. Essas recidivas quase sempre ocorreram quando se iniciava a retirada dos corticosteróides.

Os pacientes foram seguidos por período de 1 a 13 anos (média de 5 anos), e 14 apresentaram um ou mais surtos de artrite, após intervalo intercrítico, que variou de 2 a 18 meses (TABELA X).

TABELA X - Distribuição de 30 pacientes com ENH e artrite segundo número de surtos, duração de períodos intercríticos e tempo de observação.

| PACIENTE | N. DE SURTOS | DURAÇÃO DO PERÍODO INTERCRÍTICO (meses) | | | | TEMPO DE OBSERVAÇÃO (anos) |
|----------|--------------|---|-----|-----|-----|----------------------------|
| | | 1ª. | 2ª. | 3ª. | 4ª. | |
| 1. | 1 | -- | -- | -- | -- | 13 |
| 2. | 1 | -- | -- | -- | -- | 10 |
| 3. | 1 | -- | -- | -- | -- | 3 |
| 4. | 1 | -- | -- | -- | -- | 4 |
| 5. | 3 | 5m | 9m | -- | -- | 11 |
| 6. | 2 | 8m | -- | -- | -- | 5 |
| 7. | 5 | 6m | 4m | 3m | 18m | 8 |
| 8. | 3 | 2m | 2m | -- | -- | 4 |
| 9. | 1 | -- | -- | -- | -- | 7 |
| 10. | 1 | -- | -- | -- | -- | 5 |
| 11. | 1 | -- | -- | -- | -- | 2 |
| 12. | 1 | -- | -- | -- | -- | 3 |
| 13. | 1 | -- | -- | -- | -- | 2 |
| 14. | 2 | 6m | -- | -- | -- | 7 |
| 15. | 1 | -- | -- | -- | -- | 1 |
| 16. | 1 | -- | -- | -- | -- | 4 |
| 17. | 1 | -- | -- | -- | -- | 3 |
| 18. | 1 | -- | -- | -- | -- | 2 |
| 19. | 2 | 8m | -- | -- | -- | 10 |
| 20. | 2 | 13m | -- | -- | -- | 5 |
| 21. | 2 | 7m | -- | -- | -- | 6 |
| 22. | 2 | 5m | -- | -- | -- | 1 |
| 23. | 2 | 2m | -- | -- | -- | 6 |
| 24. | 1 | -- | -- | -- | -- | 9 |
| 25. | 2 | 7m | -- | -- | -- | 3 |
| 26. | 4 | 11m | 8m | 4m | -- | 3 |
| 27. | 1 | -- | -- | -- | -- | 2 |
| 28. | 1 | -- | -- | -- | -- | 6 |
| 29. | 2 | 2m | -- | -- | -- | 1 |
| 30. | 2 | 10m | -- | -- | -- | 5 |

Durante os períodos intercríticos, 6 doentes apresentaram ENH sem artrite, e 1 deles neurite e orquite como equivalente reacional.

Dos 8 doentes que no primeiro surto apresentaram monoartrite, 4 (50%) mantiveram o mesmo padrão no surto seguinte, os demais exibiram poliartrite (2 casos - 25%), ou oligoartrite (2 casos - 25%). Três doentes inicialmente monoarticulares que apresentaram 3 ou 4 surtos sempre o fizeram de maneira poliarticular.

Dos 3 doentes com quadro inicialmente oligoarticular, dois apresentaram monoartrite na segunda crise e um deles manteve o mesmo padrão. Somente 1 dos 3 pacientes com poliartrite no primeiro surto apresentou monoartrite no segundo e os outros 2 mantiveram quadro poliarticular nos surtos subseqüentes.

Dos 5 doentes que apresentaram ENEP graves no primeiro surto, na segunda crise 3 deles exibiram ENEP leves e 2 ENEP moderados. Dois desses doentes

que apresentaram as terceira e quarta crises exibiram ENEP leves ou leves ausente.

Dos 3 doentes que tiveram ENEP leves no primeiro surto, dois mantiveram a mesma intensidade do quadro cutâneo no segundo surto e um não mas apresentou ENEP. O único paciente desse grupo com cinco crises estudadas não apresentou mais ENEP a partir do segundo surto.

Os dois pacientes com MEP moderadas no primeiro surto no segundo apresentaram lesões leves ou ausentes.

Dos 4 pacientes sem lesões, no primeiro surto, dois apresentaram lesões leves no segundo surto. O paciente desse grupo que apresentou terceira crise, manteve o padrão inicial, sem lesões cutânea de ENEP. Esses resultados estão sumarizados na TABELA XI.

TABELA XI - Distribuição de 14 pacientes com ENH e artrite de acordo com o tipo de artrite e intensidade da ENEP dos diferentes surtos estudados.

| NÚMERO DO SURTO | 1ª. | 2ª. | 3ª. | 4ª. | 5ª. |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TIPO DE ART. E INTENS. DO EN | ART EN | ART EN | ART EN | ART EN | ART EN |
| PACIENTE | | | | | |
| 5. | M A | P L | P A | - - | - - |
| 6. | M M | P A | - - | - - | - - |
| 7. | P L | P L | P A | P A | P A |
| 8. | M G | O M | P L | - - | - - |
| 14. | M G | O L | - - | - - | - - |
| 19. | O L | O L | - - | - - | - - |
| 20. | M A | M A | - - | - - | - - |
| 21. | P G | M L | - - | - - | - - |
| 22. | M A | M L | - - | - - | - - |
| 23. | P M | P L | - - | - - | - - |
| 25. | M G | M M | - - | - - | - - |
| 26. | M G | M L | P A | P L | - - |
| 29. | O L | M A | - - | - - | - - |
| 30. | D A | M A | - - | - - | - - |

LEGENDA: EN - M - MODERADO ARTRITE - M - MONOARTICULAR
 G - GRAVE (ART) P - POLIARTICULAR
 L - LEVE O - OLIGOARTICULAR
 A - AUSENTE

Os exames laboratoriais realizados nas recidivas foram semelhantes aos do surto inicial.

Quanto aos exames radiográficos, 3 doentes apresentaram aumento das áreas de lise, inclusive, dois deles exibiram fratura patológica de patela e ossos da mão.

Em 2 doentes houve ruptura dos cistos e conseqüente abertura para dentro de viárias articulações interfalangeanas proximais acarretando destruição das mesmas.

Muitos desses cistos desapareceram após algumas semanas de tratamento ou se tornaram bem delimitados com bordos escleróticos.

O doente com periostite intensa de metacarpos e falanges médias e proximais evoluiu com calcificação do perióstee e os ossos tornaram mais espessos, com aumento da cortical.

4.3 - Reação Hansênica Virchoviana

4.3.1 - Identificação

Observamos apenas um paciente com esse tipo de reação e artrite, que era do sexo feminino branca, 51 anos, apresentava hanseníase virchoviana há 31 anos.

4.3.2 - Anamnese

Paciente começou apresentar dor e edema das articulações interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas e joelhos. Em poucos dias o quadro inflamatório nas mãos se intensificou apresentando intenso edema difuso com dor intensa e impossibilidade de fechar as mãos. A doente queixava-se de artralguas generalizadas.

Referia mal estar geral, adinamia e anorexia. Notou aparecimento de nódulos na face e manchas nos membros superiores e inferiores que se instalaram em uma semana. Ainda queixava de ardor acompanhada de vermelhão em ambos os olhos.

4.3.3 - Exames físico geral

Havia febre alta (39°C), intensa irritação conjuntival e adenomegalia generalizada.

O fígado estava palpável a 4 centímetros do rebordo costal e no restante do exame físico não apresentava nada digno de nota.

4.3.4 - Exame dermatológico

Além de madarose ciliar, supraciliar e infiltração difusa da face, tronco e membros, apresentava vários nódulos de aproximadamente 0,5 centímetros, indolores, agrupados na face (Figuras 20 e 21). Havia também várias lesões eritematosas nos membros inferiores, superiores e tronco.

4.3.5 Exame articular

Havia intenso edema difuso de ambas as mãos principalmente ao nível da Interfalangeana proximal do indicador da mão direita (Figura 22). Notava-se grande aumento da temperatura local, rubor acentuado, a dor se intensificava muito a movimentação, e havia impotência total. Ao nível dos joelhos notava-se aumento da temperatura e discreto derrame articular.

4.3.6 - Exames laboratoriais

Apresentava anemia normocítica e hipocrômica com 9,2 g% de hemoglobina. A série branca era normal. O exame de urina estava sem alterações, e os demais exames podem ser avaliados na TABELA XII.

| VHS | LATEX | LE | FAN | AUS |
|-----|-------|-----|-------|-----|
| 73 | NEG | NEG | 1:160 | 3,1 |

4.3.7 - Exame radiológico

A radiografia das mãos apresentava discreta osteoporose e aumento de partes moles; os joelhos estavam radiologicamente normais.

4.3.8 - Tratamento

A paciente foi tratada inicialmente com doses altas de corticosteróides por ter sido erroneamente diagnosticada reação tipo eritema nodoso com mão reacional.

Após o diagnóstico correto, a sulfona e o corticosteróide foram suspensos, e iniciado esquema com rifampicina e clofazimina.

4.3.9 - Evolução

Após iniciado o tratamento com doses altas de corticosteróides o quadro inflamatório das mãos foi piorando progressivamente e a artrite dos joelhos e artralguas permaneceram inalteradas. Aproximadamente 20 dias depois do início da sintomatologia a terapêutica adequada foi estabelecida, ocorrendo então regressão lenta mas progressiva dos sinais inflamatórios.

As radiografias realizadas quinzenalmente mostravam aparecimento de inúmeras áreas líticas acompanhadas de periostite que vão progressivamente aumentando e acarretando fraturas patológicas. A medida que a terapêutica se torna efetiva as lesões vão se resolvendo e o osso assumindo aspecto marmóreo e tubular graças a modelação e crescimento periosteal (Figuras 23,24,25 e 26).

4.4 - Hanseníase dimorfa reacional

4.4.1 - Identificação

Nesse grupo havia 7 homens e 3 mulheres sendo 4 brancos, 3 pretos e 3 pardos, com idades variando de 26 a 82 anos (média 45,5). O tempo de duração da hanseníase variou de 1 a 20 anos (media 5,9 anos) - TABELA XIII.

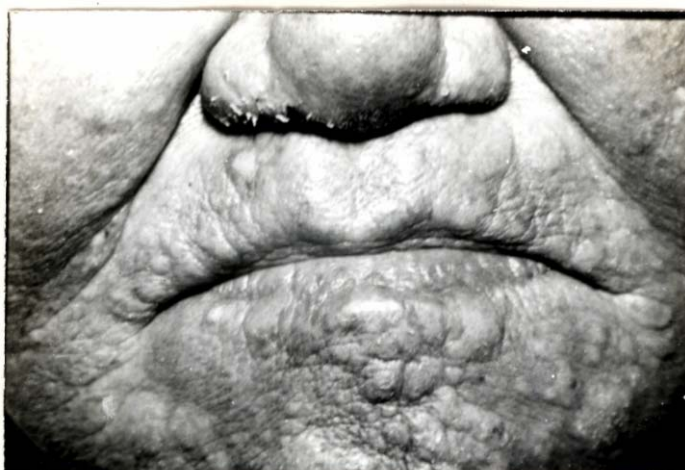


Figura 20 - Múltiplos hansenomas na face.



Figura 21 - Irritação conjuntival e madarose ciliar e supraciliar.



Figura 22 - Intenso edema difuso principalmente dos dedos das mãos.



Figura 23 - Aumento de partes moles.

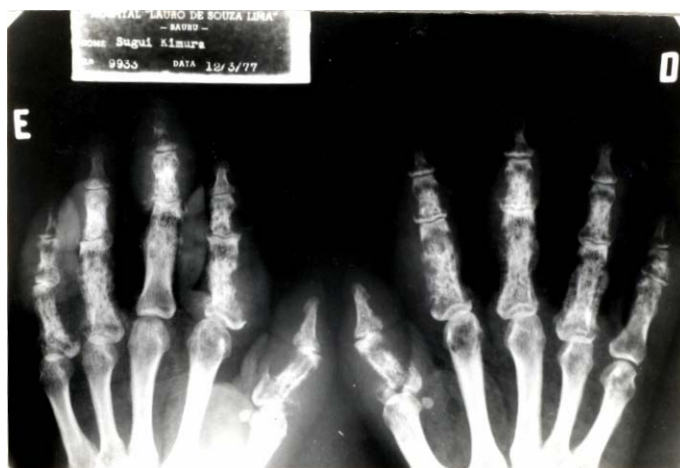


Figura 24 - Aspecto das mãos após 26 dias da fig. 23. Note as intensas áreas de lise e reação periosteal e fraturas patológicas.



Figura 25 - Após 4 meses. Note a calcificação do periosteio.

Figura 26 - Após 10 meses. Observar espessamento da cortical.

TABELA XIII - Distribuição de 10 casos de artrite reacional dimorfa de acordo com a duração da hanseníase, tipo de reação e antecedente reumático.

| PACIENTE | DURAÇÃO DA HANSENÍASE (anos) | TIPO DE REAÇÃO | ANTECEDENTE REUMÁTICO |
|----------|------------------------------------|----------------|--------------------------|
| 32 | 20 | DESCENDENTE | NÃO |
| 33 | 18 | DESCENDENTE | NÃO |
| 34 | 3 | DESCENDENTE | NÃO |
| 35 | 4 | DESCENDENTE | NÃO |
| 36 | 2 | DESCENDENTE | NÃO |
| 37 | 1 | DESCENDENTE | NÃO |
| 38 | 6 | ASCENDENTE | SIM |
| 39 | 3 | ASCENDENTE | SIM |
| 40 | 1 | ASCENDENTE | NÃO |
| 41 | 1 | DESCENDENTE | SIM |

4.4.2 - Anamnese

Todos os pacientes apresentaram artrite poliarticular que se instalou de maneira subaguda em uma ou duas semanas. A dor era de média intensidade e a presença de rigidez matinal de mais de uma hora de duração foi constante.

Todos os doentes apresentavam febre baixa e discreto comprometimento do estado geral.

Quatro pacientes eram virgens de tratamento e apesar de terem notado manchas na pele, a manifestação reacional é que foi responsável pela procura de cuidados médicos.

Dois doentes tiveram o quadro reacional aparentemente desencadeado por mudança no tratamento específico, e 2 deles pelo início da terapêutica com sulfona.

Dois doentes faziam tratamento irregular e apresentavam vários surtos reacionais sub-entrantes.

4.4.3 - Exame físico geral

Apenas 2 doentes (213%) apresentavam hepatoesplenomegalia e 3 (30%) adenomegalia. Dois apresentavam neurites agudas de nervo cubital e ciático popliteo externo, respectivamente. Os demais apresentavam exame físico geral normal.

4.4.4 - Exame dermatológico

Todos os doentes apresentavam lesões eritematosas de intensidade e número variável, ora se localizando apenas no tronco ou membros ora assumindo caráter mais difuso. Quatro doentes apresentavam infiltrado eritematoso difuso, um deles com hansenomas, sendo muito semelhantes ao tipo virchoviano. Lesões ulceradas nos membros inferiores e no dorso das mãos foram observadas em dois pacientes.

4.4.5 - Exame articular

Todos os doentes apresentavam tumefação e dor a palpação articular com impotência funcional discreta ou moderada. Não foi observado rubor.

O comprometimento sempre foi poliarticular sendo as articulações da mão as mais frequentemente acometidas. TABELA XIV. (Figuras 27 e 28)

TABELA XIV - Distribuição da frequência do comprometimento das diversas articulações em 10 casos de artropatia reacional dimorfa.

| ARTICULAÇÕES | FREQUÊNCIA DO COMPROMETIMENTO ARTICULAR | % |
|----------------------------|---|------|
| INTERFALANGEANAS PROXIMAIS | 5 | 50,0 |
| METACARPOFALANGEANAS | 3 | 30,0 |
| PUNHOS | 3 | 30,0 |
| COTOVELOS | 3 | 30,0 |
| JOELHOS | 9 | 90,0 |
| TORNOZELOS | 3 | 30,0 |
| METATARSOFALANGEANAS | 1 | 10,0 |

Cinco doentes apresentavam edema difuso de mãos e pés sem outros sinais inflamatórios além da artropatia.

Em todos os pacientes a artropatia surgiu concomitantemente com as lesões cutâneas reacionais.

4.4.6 - Exames laboratoriais

4.4.6.1 - Hemograma

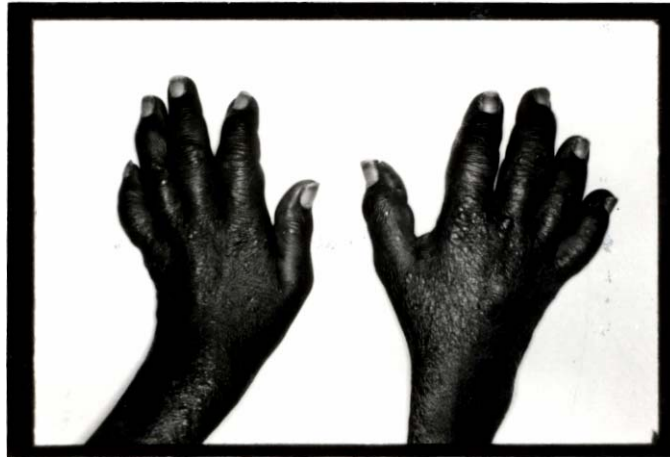


Figura 27 - Poliartrite dimorfa em doente com reação descendente.



Figura 28 - Joelhos da mesma paciente, fig. 27.

TABELA XV - Distribuição dos resultados da velocidade de hemossedimentação(VHS), Pesquisa de células LE, fatores antinucleares (FAN), Latex e ácido úrico (AUS), em 10 casos de artrite reacional dimorfa.

| PACIENTE | VHS | LE | FAN | LATEX | AUX |
|----------|-----|-----|------|-------|-----|
| 32 | 43 | NEG | NEG | NEG | 4,6 |
| 33 | 125 | NEG | 1:20 | +++ | 4,8 |
| 34 | 35 | NEG | NEG | NEG | 5,1 |
| 35 | 70 | NEG | NEG | NEG | 4,7 |
| 36 | 40 | NEG | NEG | +++ | 2,9 |
| 37 | 78 | NEG | 1:80 | NEG | 3,8 |
| 38 | 4 | NEG | NEG | NEG | 5,5 |
| 39 | 126 | NEG | NEG | NEG | 4,6 |
| 40 | 7 | NEG | NEG | NEG | 3,6 |
| 41 | 10 | NEG | NEG | NEG | 2,1 |

4.4.7 - Exames radiográficos

Áreas de lise de tamanho variando de 3 ou 4mm até 1,5cm de diâmetro foram observados em 3 doentes, na região periarticular das interfalângea nas proximais e distais das mos, metacarpofalangeanas, cotovelo, rótula, calcâneo, metatarsofalangeanas e interfalangeanas dos pés. (Figuras 29 a 38).

Dois doentes apresentaram osteoporose difusa dos ossos das mãos e dos pés. Os demais no exibiam alterações radiográficas. TABELA XVI.

TABELA XVI - Distribuição das alterações radiográficas observadas em 10 casos de artrite reacional dimorfa.

| ALTERAÇÕES RADIOGRÁFICAS | NÚMERO | Z |
|--------------------------|--------|------|
| OSTEOPOROSE | 2 | 20,0 |
| LISE: MÃOS | 3 | 30,0 |
| COTOVELO | 1 | 10,0 |
| RÓTULA | 1 | 10,0 |
| CALCANEO | 1 | 10,0 |
| PÉS | 2 | 10,0 |



Figura 29 - Detalhe do dedo mínimo de paciente com artrite reacional dimorfa. Note o intenso aumento irregular de partes moles.



Figura 30 - Mesmo doente da fig. 29, após 10 dias. Note as áreas de lise e lesão em saca bocado.

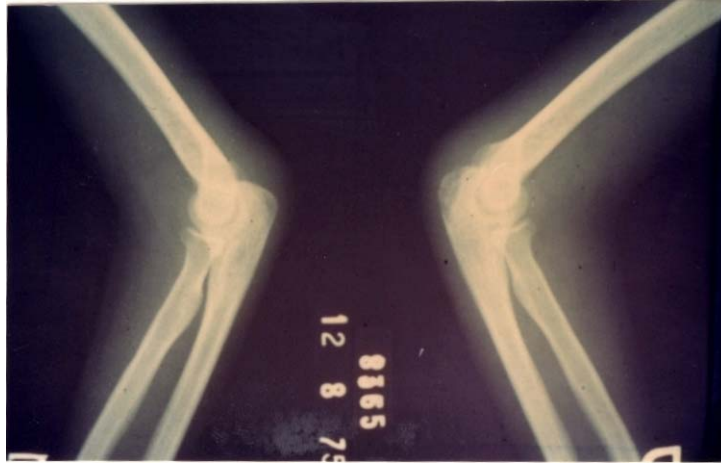


Figura 31 - Área de rarefação óssea importante em ambos olecrâneos em doente com poliartrite reacional dimorfa.



Figura 32 - Mesmo paciente da fig. 31, após 2 anos de tratamento. Notar calcificação no cotovelo direito.



Figura 33 - Osteíte cística múltipla em doente com poliartrite reacional diformia.



Figura 34 - Controle do doente da fig. 33, após 2 anos de tratamento. Note a artrose secundária nas articulações interfalangeanas proximais.

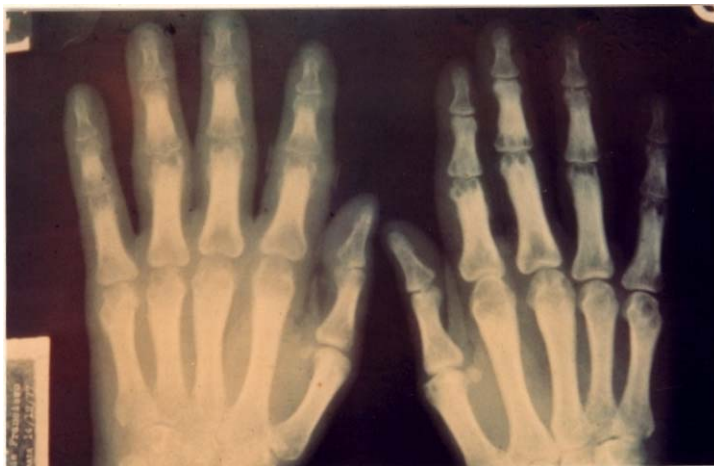


Figura 35 - Poliartrite reacional dimorfa. Note edema e áreas de rarefação óssea justa articulares na mão E. Cistos ósseos bem delimitados com bordos escleróticos na mão direita.



Figura 36 - Intensificação das áreas de rarefação ósseo justa articulares após 7 dias.



Figura 37 - Lesões císticas residuais após 6 meses de tratamento.



Figura 38 - Lesões líticas periarticulares nas 1^as metatarso falangeanas, semelhante a gota em doente com poliartrite reacional dimorfa.



Figura 39 - Artrite de tornozelo e edema difuso do pé dedos em doente tuberculóide reacional.

4.4.8 - Tratamento

Todos os pacientes foram tratados com sulfona, rifampicina e corticosteróides via oral em doses equivalentes a 10 a 40mg de prednisona por dia. Três doentes receberam também 40mg de acetato de metilprednisolona via intra-articular nos joelhos.

Os medicamentos específicos foram mantidos e os corticosteróides retirados paulatinamente após períodos variáveis de 2 a 12 meses (média 3,4 meses).

4.4.9 Evolução

Os pacientes foram seguidos por períodos de 1 a 7 anos (média 3 anos). O paciente 32 foi a óbito após 1 ano e 2 meses do surto reacional, melhorado das lesões cutâneas específicas e assintomático do ponto de vista articular.

A paciente 35 evoluiu apresentando vários surtos de reação dimorfa frequentemente acompanhada de artrite de joelhos e em sua última avaliação em 1983, 3 anos após o surto inicial, apresentou surto de ENH com artralguas e ENEP.

Os demais pacientes melhoraram muito ou praticamente branquearam da hanseníase em 1 ou 2 anos e não mais apresentaram queixas articulares durante o período em que foram seguidos.

Os exames de fase aguda do soro foram progressivamente se normalizando e após 6 meses a velocidade de hemossedimentação estava praticamente normal em todos os casos exceto na paciente 35.

As radiografias tomadas periodicamente mostraram a maneira pela qual as lesões ósseas dimorfas evoluem. A osteíte cística múltipla dimorfa se iniciava como áreas de rarefação principalmente justo-articulares, que iam progressivamente se acentuando e formando as áreas de lise já citadas. (Figuras 29 e 30). Estabelecido a terapêutica correta, paulatinamente, essas lesões iam se resolvendo, havendo em localizações recuperação "ad integrum" e em outras, as regiões líticas ficavam bem delimitadas por esclerose óssea (Figuras 33, 34, 35, 36, 37).

Um dos pacientes que apresentava área lítica no calcâneo após a cura apresentou, calcificação ao nível da inserção do tendão de Aquiles.

4.5 - Hanseníase Tuberculóide Reacional com Artrite

4.5.1 - Identificação

Foram estudados 2 pacientes do sexo masculino, 1 preto e 1 pardo, de 47 e 66 anos de idade. Ambos faziam tratamento há menos de 1 ano com sul-

fona e eram portadores de hanseníase indeterminada há 3 anos.

4.5.2 - Anamnese

O paciente 42 referia edema de mãos e dor em ambos os joelhos, há 15 dias. O doente 43 referia edema de membro inferior esquerdo e de membro superior direito com dor e edema de tornozelo esquerdo e apenas dor no joelho direito. Ambos pacientes relatavam que as dores eram pouco intensas, e em queimação.

Notaram o aparecimento súbito de placas avermelhadas, numerosas pelo corpo todo, e concomitantemente com o quadro articular.

As manifestações gerais foram consideradas leves e nenhum deles teve sua doença diagnosticada como "reumatismo".

4.5.3 - Exame físico geral

Normal nos 2 doentes.

4.5.4 - Exame diagnóstico

Ambos apresentavam numerosas placas eritematosas de tamanho velacometendo grande parte do tegumento, inclusive em torno do nariz, boca, palmas das mãos e plantas dos pés e também sobre as articulações com artrite.

4.5.5 - Exame articular

Os doentes apresentavam tumefação articular discreta e as articulações do tornozelo (Caso 43) e do joelho (Caso 42) estavam praticamente cobertas por placa eritematosa e com aumento de temperatura. A dor aumentava mais palpação do que á movimentação da articulação. A impotência funcional foi considerada pouco importante. (Figura 39).

4.5.6 - Exames laboratoriais

Afora velocidade de hemossedimentação de 46mm na 1ª hora no caso 43 todos os demais exames realizados foram normais em ambos os doentes.

4.5.7 - Exames radiográficos

As radiografias das mãos e das articulações com artrite foram normais.

4.5.8 - Tratamento

Foram tratados com doses de corticosteróides equivalente a 20mg de prednisona associada a anti-inflamatório no hormonal e mantido esquema tríplice com rifampicina sulfona e clofazimina. O paciente 42 recebeu 40mg de acetato de metilprednisolona intra-articular.

4.5.9 - Evolução

Os dois doentes ficaram assintomáticos do ponto de vista articular em aproximadamente 20 dias e suas lesões cutâneas foram progressivamente branqueando deixando áreas de atrofia. Foram observados por 2 anos sem apresentarem novos surtos reacionais.