



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ALUNO: ANDREZZA CHRISTINE VIEIRA FERNANDES

ORIENTADOR: ESTHER BASTOS PALITOT

JOAO PESSOA – PB

MAIO/2013

Hanseníase tuberculóide em paciente portador de psoríase: relato de caso.

Tuberculoid leprosy in a patient with psoriasis: case report.

Autores: Palitot EB¹, Fernandes ACV²

1: Dermatologista e docente do curso de Medicina da UFPB;

2: Graduanda em medicina na UFPB;

RESUMO

Introdução: A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, que acomete a pele e os nervos periféricos, com grande potencial para provocar incapacidades físicas e/ou deformidades. Consiste em um importante problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento. O Brasil representa o primeiro lugar na incidência e segundo lugar na prevalência mundial de hanseníase, perdendo apenas para a Índia. **Relato do caso:** Paciente feminina, 63 anos, portadora de psoríase de grandes placas há aproximadamente cinco anos, em tratamento com Infliximabe (PASI 90). Adquiriu hanseníase, na sua forma tuberculóide, manifestando-se através de lesões eritematosas e infiltradas, com perda de sensibilidade ao exame clínico. O diagnóstico foi confirmado pelo estudo anatomopatológico. **Comentários:** A hanseníase possui um grande polimorfismo de apresentação clínica, podendo ser confundida inicialmente com outras condições dermatológicas. Deve ser suspeitada em pacientes que apresentam lesões de pele acompanhadas por perda sensorial. Entre as principais estratégias para o seu controle e prevenção de incapacidades físicas, está a identificação precoce dos casos e tratamento poliquimioterápico completo. Portanto, em pacientes portadores de dermatoses crônicas, como a psoríase, é essencial a realização do diagnóstico diferencial de novas lesões dermatológicas, especialmente em residentes de áreas endêmicas para hanseníase.

Palavras-chave: Hanseníase, psoríase, diagnóstico diferencial;

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*, which affects the skin and peripheral nerves, with great potential to cause physical disabilities and / or deformities. Is an important public health problem, especially in developing countries. Brazil represents the first in incidence and second in prevalence worldwide, second only to India. **Case Report:** A female patient, 63 years, bearing psoriasis for about five years, treated with Infliximab (PASI 90). Acquired leprosy, the tuberculoid form, manifesting itself through erythematous and infiltrated injuries with loss of sensitivity to

clinical examination. The diagnosis was confirmed by pathologic examination. **Comments:** Leprosy has a large polymorphism of clinical presentation and may initially be confused with other skin conditions. Should be suspected in patients with skin lesions accompanied by sensory loss. Among the key strategies for its control and prevention of physical disabilities, is the early identification of cases and complete chemotherapy treatment. Therefore, in patients with chronic skin disease, such as psoriasis, it is essential the realization of the differential diagnosis of new skin lesions, especially in residents of areas endemic for leprosy.

Keywords: Leprosy, psoriasis, differential diagnosis.

INTRODUÇÃO

A hanseníase consiste em uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo álcool-ácido resistente atóxico que tem tropismo por pele e ramos nervosos periféricos¹. É uma enfermidade estigmatizante, por ser considerada moléstia deformante. O acometimento dos nervos foi sempre reconhecido como perigoso e capaz de conduzir ao dano neural, isto é, alteração da função sensitiva e/ou motora.²

Tentativas da Organização Mundial de Saúde para eliminar esta doença têm sido infrutíferos, e a hanseníase ainda é um problema de saúde pública global. O Brasil representa o primeiro lugar na incidência e perde apenas para a Índia em número de casos, que se concentram principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A transmissão da hanseníase é inter-humana e ocorre predominantemente através do trato respiratório superior de pacientes multibacilares. Os fatores genéticos, ambientais, o estado nutricional, a vacinação contra o Bacillus Calmette Guérin (BCG) e a imunidade estão envolvidos na susceptibilidade em adquirir a doença.¹

As manifestações clínicas da doença dependem do grau de imunidade do hospedeiro³ sendo a defesa efetuada pela resposta imunológica celular, capaz de fagocitar e destruir os bacilos, mediada por citocinas (TNF-alfa, IFN-gama) e mediadores da oxidação, fundamentais na destruição bacilar no interior dos macrófagos⁴.

Consiste em uma doença de manifestação clínica espectral, caracterizando-se, principalmente, por lesões cutâneas com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Em decorrência do acometimento do sistema nervoso periférico surgem a perda de sensibilidade, as atrofias, paralisias musculares que, se não diagnosticadas e tratadas adequadamente, podem evoluir para incapacidades físicas permanentes². Tem uma importante repercussão psicológica ocasionada pelas sequelas físicas da doença, contribuindo para a diminuição da autoestima e para a auto-segregação do hanseniano⁵.

O diagnóstico da hanseníase é baseado principalmente em manifestações clínicas, necessitando, algumas vezes, da comprovação do estudo anatomopatológico⁴.

A classificação baseada nos critérios de Ridley e Jopling classifica a hanseníase em dois pólos de um espectro, ocupados de um lado pela forma mais localizada denominada tuberculóide, e do outro pela forma virchowiana, sistêmica, com três formas clínicas intermediárias ou borderline. Os pólos tuberculóide e virchowiano correspondem aproximadamente às formas paucibacilar e multibacilar criadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para fins de orientação terapêutica⁶.

Entre as estratégias para o controle da hanseníase, são primordiais o diagnóstico precoce dos casos e seu tratamento adequado com os regimes de poliquimioterapia (PQT) recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A poliquimioterapia torna inviável o *M. leprae*, porém não recupera nem reverte as deformidades físicas já instaladas.⁷

Até o final do século XVIII, a psoríase era classificada em conjunto com a hanseníase e os doentes acometidos eram tratados com o mesmo preconceito e marginalização por parte da sociedade. Foi somente no século XIX que a psoríase passou a ser mais bem estudada e entendida como uma entidade clínica distinta da hanseníase.⁸

Consiste em uma doença inflamatória crônica da pele e das articulações, imunomediada, de base genética, com grande polimorfismo de expressão clínica. Ocorre essencialmente devido à renovação exagerada da epiderme por multiplicação das células espinhosas, associada à inflamação dérmica, o que conduz a lesões eritematopapulodescamativas. Afeta 1 a 3% da população mundial.⁹

Apesar de se manifestar de forma distinta da hanseníase, na maioria das vezes, por placas eritematosas, descamativas, com margens bem definidas, eventualmente pruriginosas, em áreas de traumas constantes na pele – cotovelos, joelhos, região pré-tibial, couro cabeludo e região sacra –, não havendo alteração das sensibilidades térmica, dolorosa ou tátil, a psoríase consiste em um importante diagnóstico diferencial da hanseníase.¹⁰ O tamanho e o número das placas são variáveis, podendo ocorrer acometimento de toda a pele. Em 50% a 80% dos casos, são identificadas alterações ungueais, especialmente, onicólise e depressões cupuliformes⁹.

Outros padrões clínicos que a doença pode apresentar, além da psoríase em placas, são: Psoríase invertida, seboríase, psoríase gutata, eritrodérmica, pustulosa, psoríase na infância, ungueal, linear e artropática¹⁰.

O tratamento deve ser individualizado para cada doente e depende de vários fatores. As opções terapêuticas variam desde medicações tópicas (corticoides, tacrolimus, calcipotriol, coaltar e antralina, ceratolíticos/hidratantes) e fototerapia, até medicações sistêmicas tradicionais (metotrexato, acitretina ou ciclosporina) e imunobiológicos (ertanecepte, infliximabe, adalimumabe e ustekinumabe)⁹.

Dessa forma, este trabalho tem por objetivo relatar o caso de uma paciente portadora de psoríase em tratamento, que adquiriu hanseníase em sua forma tuberculóide, evidenciando a importância da realização do diagnóstico diferencial entre estas patologias.

CASO CLÍNICO

M.C.S., 63 anos, sexo feminino, casada, aposentada, parda, natural de Ponta de Pedra-PE e procedente de Cabedelo-PB. Portadora de psoríase há aproximadamente cinco anos, que iniciou em couro cabeludo, evoluindo para outras áreas do corpo, com confluência das lesões caracterizando uma psoríase de grandes placas. Fez uso de Metotrexate, inicialmente por via oral e posteriormente, por via subcutânea, no entanto, evoluiu sem melhora do quadro (Figura 1).



Figura 1: Psoríase de grandes placas.

Após screening para uso de imunobiológicos, foi realizado tratamento com Infliximabe, evoluindo com melhora PASI 90 (Figura 2).



Figura 2: PASI 90 após Infliximabe

Em agosto de 2012, apresentou, ao exame dermatológico, lesões eritematoinfiltradas em braço esquerdo (Figura 3) e tornozelo esquerdo (Figura 4), com distúrbio das sensibilidades térmica e dolorosa.



Figura 3: Lesão eritematoinfiltrada em braço esquerdo



Figura 4: Lesão eritematoinfiltrada em tornozelo esquerdo.

Na anamnese, apresentava antecedente epidemiológico de contato com paciente portador de hanseníase multibacilar. Foi suspenso o Infiximabe.

Realizado estudo anatomopatológico da lesão, que confirmou a hipótese diagnóstica de hanseníase tuberculóide. O resultado da baciloscopia mostrou-se negativo, sendo instituído esquema terapêutico para hanseníase paucibacilar com rifampicina e dapsona.

COMENTÁRIOS

A hanseníase consiste em um importante problema de saúde global, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, que representa o segundo lugar na prevalência mundial⁴, com 1,24 casos por 10.000 habitantes em 2011. Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, a região Nordeste apresenta taxa de prevalência de hanseníase de 1,56 e o estado da Paraíba de 0,87 por 10.000 habitantes. Embora as prevalências estadual e regional sejam menores que a média nacional, a hanseníase ainda consiste em uma doença endêmica na região, de forma que a epidemiologia corrobora a hipótese diagnóstica estabelecida para o caso.

O desenvolvimento da hanseníase depende de uma variedade de fatores, incluindo: o contato próximo com pacientes multibacilares, idade, imunossupressão e fatores genéticos. A paciente em questão apresenta sabidamente uma história de contato com indivíduo portador de hanseníase multibacilar e enquadra-se na faixa etária de risco, tendo idade superior a 30 anos.⁶

Há alguns casos publicados na literatura associando o uso de Infliximabe ao desenvolvimento de hanseníase. No entanto, o número de relatos de caso existente é inconsistente para relacionar os imunobiológicos como fator de risco para o desenvolvimento da doença.^{3,6} Inclusive, o anti-TNF α é indicado para tratamento de casos reacionais de hanseníase de difícil controle.⁷ Contudo, atenção deve ser dispensada à observação desta possível relação.

É importante considerar a hanseníase no contexto das lesões crônicas de pele que não respondem ao tratamento padrão para outras condições e em residentes de países endêmicos, no caso o Brasil. Quanto ao exame físico, o diagnóstico deve ser suspeitado em pacientes que assim como descrito no caso, apresentam lesões de pele acompanhadas por perda sensorial.

Na Hanseníase tuberculóide, geralmente há uma ou duas lesões maculares maiores hipocrômicas ou eritematosas anestésicas, com halo bem definido, margem frequentemente elevada, e, ocasionalmente, placas escamosas.⁴ Este polimorfismo de apresentação³, evidencia que, o diagnóstico diferencial sempre deve ser feito com outras condições que podem ser inicialmente confundidas com hanseníase, incluindo infecções cutâneas devido a micobactérias não-tuberculosas, granuloma anular, psoríase, quelóide, lúpus eritematoso sistêmico, a leishmaniose cutânea, micose fungóide, neurofibromatose ou infecção fúngica.⁶ Dentre as patologias citadas, a psoríase é a de maior relevância para o caso, visto que a paciente era portadora dessa condição clínica há cinco anos. A psoríase, como citado, se

manifesta, na maioria das vezes, por placas eritematoescamosas, bem delimitadas em áreas de traumas constantes, sem alteração da sensibilidade.⁹

Como descrito no caso, o exame dermatológico das novas lesões foi essencial, detectando a ausência de percepção sensorial, distinguindo-as das lesões características da psoríase, assim como as diferencia das demais entidades, embora não esteja invariavelmente presente. De forma semelhante à conduta adotada, a abordagem mais prudente quando existe concomitância com outra doença crônica cutânea, é a realização de uma biópsia da pele.⁶

A hanseníase tem uma grande variedade de manifestações clínicas e histopatológicas. A classificação de Ridley-Jopling baseia-se nas constatações cutâneas, neurológicas e histopatológicas, que se correlacionam com a capacidade imunológica do indivíduo. As categorias também têm relação com o número de bacilos presentes na derme. Segundo esta classificação, as lesões observadas na paciente enquadram-se clínica e laboratorialmente no tipo tuberculóide, observado nos pacientes com um elevado grau de imunidade. Caracteriza-se, geralmente, por uma a três lesões bem demarcadas com hipoestesia, semelhante ao descrito no caso em questão. Histologicamente, observa-se inflamação granulomatosa bem desenvolvida e raros bacilos álcool-ácido resistente (BAAR) nos tecidos, o que foi corroborado pelo exame anatomopatológico da paciente.⁴

Segundo o sistema de classificação da OMS, o caso se enquadra na categoria paucibacilar (PB), visto que a paciente possui menos que cinco lesões de pele e baciloscopia com ausência de bacilos detectáveis².

O tratamento de escolha da hanseníase consiste na utilização de múltiplas drogas (MDT): dapsona (100 mg por dia), rifampicina (600 mg por dia) e clofazimina (50 mg por dia). O tratamento estabelecido para a paciente foi o indicado nos casos de doença paucibacilar, que consiste na utilização de dapsona e rifampicina durante 6 meses. Embora a infecção seja altamente sensível ao tratamento, deficiência dos olhos, mãos e pés devido à neuropatia muitas vezes não são reversíveis e podem necessitar de cuidados ao longo da vida e de reabilitação.⁷

O diagnóstico precoce e a introdução do tratamento específico da hanseníase são essenciais para reduzir fontes de transmissão e para prevenir doença grave com incapacidade e deficiência física.⁵ Portanto, é de extrema importância a investigação imediata de novas lesões dermatológicas que surjam em pacientes portadores de dermatoses crônicas, especialmente nas áreas endêmicas, a fim de realizar o diagnóstico diferencial com hanseníase.

REFERÊNCIAS

- 1) Melão S., Blanco LFO, Mounzer N, Veronezi CCD, Simões PWTA. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2011; 44(1): 79-84.
- 2) Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília, 2002
- 3) Freitas DS, Machado N, Andrigueti FV, Neto RET, Pinheiro MM. Hanseníase virchowiana associada ao uso de inibidor do fator de necrose tumoral α : relato de caso. Rev. Bras. Reumatol. 2010; 50(3): 333-339.
- 4) Araújo MG. Hanseníase no Brasil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2003; 36(3): 373-382.
- 5) Gonçalves SD, Sampaio RF, Antunes CMF. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. Rev. Saúde Pública. 2009; 43(2): 267-274.
- 6) Scollard D, Stryjewska, B. Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis of leprosy. UpToDate, 2013.
- 7) Scollard D, Stryjewska, B. Treatment and prevention of leprosy. UpToDate, 2013.
- 8) Romiti R, Maragno L, Arnone M, Takahashi MDF. Psoríase na infância e na adolescência. An. Bras. Dermatol. 2009; 84(1): 09-20.
- 9) Consenso Brasileiro de Psoríase, 2ª edição. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2012.
- 10) Feldman SR, Dellavalle RP, Ofori AO. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of psoriasis. UpToDate, 2013.