

Tânia Rita Moreno de Oliveira  
Fernandes<sup>1</sup>  
Luna de Paula Fraga<sup>2</sup>  
Thaise Bruna dos Santos Silva<sup>3</sup>  
Brunna Lays Guerra Correia<sup>4</sup>

## HANSENÍASE: GRAVES CONSEQUÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO TARDIO. RELATOS DE DOIS CASOS E BREVE ABORDAGEM SOBRE SUAS SEQUELAS.

*Leprosy: severe consequences of late diagnosis. Reports of two cases and brief approach on its sequelae.*

### RESUMO

Hanseníase é doença infectocontagiosa de grande relevância para o Brasil. País que juntamente com a Índia e a Indonésia, notificam 81% dos novos casos mundialmente. Provocam desde lesões em pele até graves lesões em olhos, nervos periféricos, endotélio vascular, ossos e articulações, implicando em importantes sequelas e consequências psicossociais. O diagnóstico precoce dos casos interrompe a cadeia epidemiológica de transmissão da doença e diminui consideravelmente o risco de incapacidade. Relataremos 2 casos de hanseníase em fases avançadas, incapacitantes e transmissíveis, cujo estigma das deformidades, levou ao autoisolamento retardando a procura por diagnóstico. Palavras-chave: Hanseníase, Hanseníase Virchowiana, úlcera cutânea, parestesia.

**Palavras-chave:** Hanseníase Virchowiana; Parestesia; Úlcera Cutânea; Hanseníase

### ABSTRACT

Leprosy is an infectious contagious disease of great relevance to Brazil, which together with India and Indonesia, report 81% of new cases worldwide. They

Fernandes TRMO, Fraga LP, Silva TBS, Correia BLG. Hanseníase: Graves consequências do diagnóstico tardio. Relatos de dois casos e breve abordagem sobre suas sequelas. *Hansen Int.* 2017; 42(1-2):37-42.

cause from skin lesions to severe lesions in eyes, peripheral nerves, vascular endothelium, bones, and joints, implying important sequelae and psychosocial consequences. Early diagnosis of cases interrupts the epidemiological transmission chain of the disease and decreases considerably the risk of incapacity. We will report two cases of leprosy in advanced stages, incapacitating and transmissible, whose stigma of deformities led to self-isolation, delaying the search for diagnosis. Keywords: Leprosy, Virchowian Leprosy, cutaneous ulcer, paresthesia.

**Keywords:** Leprosy, Lepromatous; Paresthesia; Skin Ulcer; Leprosy

Trabalho submetido em 22/08/2018 e aprovado em 06/11/2018 - Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).

1 Mestrado e doutorado na UNIFESP - (Professora e Médica) – (<https://orcid.org/0000-0002-7061-2825>).

2 Acadêmica de medicina - (<https://orcid.org/0000-0001-8094-616X>).

3 Acadêmica de medicina - (<https://orcid.org/0000-0003-2845-9174>).

4 Acadêmica de medicina - (<https://orcid.org/0000-0001-8559-8221>).

Correspondência: Rua José de Sá Maniçoba, s/n. Centro. Petrolina. Pernambuco.

## INTRODUÇÃO

O *Mycobacterium leprae* é o agente etiológico da hanseníase. O Brasil, a Índia e a Indonésia notificam 81% dos novos casos mundialmente<sup>1</sup>. Segundo a OPAS/OMS, houve uma diminuição de 35,8% em novos casos de hanseníase detectados nas Américas entre 2004 e 2014. Não obstante, nos últimos cinco anos, novos casos da doença foram detectados em 24 países nas Américas, 94% destes no Brasil. Único país a não eliminar a doença como problema de saúde pública (menos de um caso por cada 10.000 habitantes)<sup>2</sup>.

A hanseníase é uma doença dermato-neurológica, que apresenta desde lesões dermatológicas maculares com dessensibilização até graves lesões em nervos periféricos (NP), endotélio vascular, ossos e articulações, implicando em importantes sequelas e consequências psicossociais<sup>3</sup>.

As incapacidades físicas na hanseníase têm grande impacto socioeconômico, demonstram atraso no diagnóstico e contribuem para o estigma e isolamento social determinados pela doença.

De acordo com o Ministério da Saúde, podemos classificar o grau de incapacidade na hanseníase de 0 a 2, levando-se em consideração alterações desencadeadas por alterações neurológicas que ocorrem em olhos, mãos e pés. A saber: incapacidade grau 0, quando não há alteração de força muscular e sensibilidade desses segmentos. Incapacidade grau 1, quando há diminuição de sensibilidade e/ou de força muscular. E, grau 2, quando há deformidade visível nas mãos e/ou pés e/ou olhos<sup>4</sup>.

Em um estudo descritivo do perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase no Brasil, no período de 2012 a 2016, do Ministério da Saúde<sup>4</sup>, observou-se uma taxa média de 10,53 casos para cada milhão de habitantes já diagnosticados com grau 2 de incapacidade física, com uma média de 2.042 pessoas/ano no período estudado<sup>4</sup>.

Estudos epidemiológicos demonstraram que, de 2001 a 2007, em algumas localidades brasileiras, os graus de incapacidades 1 e 2 no momento do diagnóstico alcançaram valores de 27,8% e 14,8%, respectivamente<sup>5</sup>.

Os autores relatam dois casos de hanseníase virchowiana (HV) com diagnóstico tardio, muito frequente em nosso meio.

## RELATOS DE CASOS

CASO 1: homem, 74 anos, procedente de Petrolina (PE), relata ter procurado assistência médica e ter

sido diagnosticado com hanseníase há 16 anos, muito tempo após o início de lesões em pele, que descreve como máculas eritemato-hipocrômicas disseminadas, hipoestésicas e úlceras em ambas as mãos e pernas. Nesta época, realizou baciloscopia com Índice Bacilar (IB) 1,25 (confirmado por resultado trazido a esta consulta) e iniciou poliquimioterapia multibacilar (PQT-MB) por 2 anos. Durante o tratamento, evoluiu com perfuração de septo nasal. No atendimento atual, relata edema em MMII, associado à anestesia, e cita ter amputado dois dedos do pé esquerdo há 4 anos em consequência de osteomielite.

No interrogatório sintomático, negava comorbidades, como hipertensão e diabetes melitus, as quais foram confirmadas por exame clínico e laboratorial.

Ao exame físico, observou-se deformidade em nariz, destruição de septo nasal e mãos em garra, com presença de ulcerações. Em membros inferiores, ausência de quarto e quinto pododáctilos esquerdos, edema não depressível, hiperkeratose e lesão vegetante hiperkeratótica em tornozelos (figura 1). Apresentava alterações compatíveis com osteoartropatia neuropática (Artropatia de Charcot). No pé esquerdo, discretas subluxações das articulações metatarso-falangeanas dos segundo e terceiro pododáctilos esquerdos, reabsorção óssea das falanges e parte de metacarpos do quarto e quinto pododáctilos. No pé direito, mostrava discretas subluxações das articulações metatarso-falangeanas de terceiro e quarto pododáctilos, e reabsorção óssea de falanges distal e intermedia do quinto pododáctilo e parcial das falanges distais do primeiro e segundo pododáctilo.

Na radiografia de face, mostrava apenas um cisto (figura 2).

Diagnóstico: hanseníase virchowiana tratada, com presença de sequelas. Grau de incapacidade 2.



A. Deformidade (depressão) por destruição de septo nasal  
 B. Hiperkeratose em membros inferiores  
 C. edema não depressível em pernas e grande vegetação hiperkeratótica em tornozelos  
 D. mãos em garra com presença de ulcerações



A. Cisto de retenção em face  
 B. Pé esquerdo: amputação de 4° e 5° pododáctilos. Discreta subluxação das articulações metatarso-falangeanas do 2° e 3° pododáctilos.  
 C. Pé direito: reabsorção óssea das falanges distal e intermédia do 5° pododáctilo e parcial das falanges distais do 1° e 2° pododáctilos.

Discreta subluxação das articulações metatarso-falangeanas de 3° e 4° pododáctilos

Hiperextensão das articulações metacarpo falangeanas de ambos os pés.

**CASO 2:** mulher, 30 anos, procedente de Juazeiro (BA), há sete anos, observou manchas disse-

minadas em pele e dormências em extremidades. Há três anos, se isolou do convívio social e familiar, evoluindo com ulcerações nos quatro membros. Nas duas semanas anteriores à consulta em relato, fora internada apresentando queda do estado geral e infecção secundária em úlceras. No hemograma, apresentou anemia e leucocitose (hemoglobina: 6,9 g/dL; leucograma: 11.200/mm<sup>3</sup>; linfócitos: 45/mm<sup>3</sup>). Fez uso de cefalexina e foi submetida à desbridamento das úlceras. Observou-se, então, madarose bilateral, infiltração em face e pavilhões auriculares, placas eritemato-infiltradas disseminadas, úlceras em pernas e pés, reabsorção de todos os pododáctilos, mãos em garra, espessamento de nervos ulnares e fibulares (figura 3). Diagnóstico: hanseníase virchowiana. Grau de incapacidade: 2. IB: 3,5. Iniciou-se PQT-MB.



A. Madarose e infiltração em face  
 B. Mãos em garra  
 C. Úlcerações em perna e em pé e reabsorção de artelhos  
 D. Cicatrização quase completa das úlceras após início da PQT

## DISCUSSÃO

No Brasil, um grande número de pacientes é diagnosticado tardiamente, já com presença de incapacidades e sequelas, contribuindo para o estereótipo da patologia.

O autopreconceito e a discriminação social geram um atraso na detecção e no tratamento, colaborando para o surgimento das sequelas físicas e psicológicas, traduzidas como: depressão, isolamento, perda da capacidade laborativa, com consequências socioeconômicas para si e para sua família, que também padece com o estigma da doença<sup>6</sup>.

Fissuras e infecções secundárias presentes na hanseníase decorrem da invasão das glândulas sebáceas e sudoríparas pelo *M. Leprae*, ocasionando redução

de suas secreções, ressecamento e perda da elasticidade da pele<sup>7</sup>. Essas lesões, em geral, desenvolvem-se sobre proeminências ósseas e são precedidas por hiperkeratose<sup>8</sup>. A ausência de HAS, DM e insuficiência vascular confirmam a hanseníase como causa dessas alterações no primeiro paciente.

Úlcera neurotrófica decorrente do acometimento dos NP pode ocorrer na hanseníase e DM, dentre outras doenças. Deve-se ao acometimento sensitivo ou sensitivo motor desses nervos (Tabela 1), resultando em mão em garra, pé caído, anquilose e úlceras<sup>7</sup>.

**Tabela 1** – Nervos mais afetados pela hanseníase nos membros inferiores e superiores

Nervo acometido	Quadro clínico
<b>Ulnar</b>	Hipoestesia ou anestesia, alteração da sudorese e circulatória de quarto e quinto quirodáctilos, paralisia e hipotrofia dos músculos intrínsecos da mão, provocando a garra ulnar que se caracteriza por hiperextensão de metacarpofalangeana e flexão de quarto e quinto quirodáctilos.
<b>Medial</b>	Anestesia palmar em nível de polegares, indicadores médios e parte radial do anular, além de paralisia e hipotrofia dos músculos da eminência tenar. Pode haver também perda de oposição do polegar quando acomete músculos de punho e perda de função dos flexores superficiais, dificuldade de pronação e tendência a desvio ulnar quando os músculos extrínsecos são afetados.
<b>Radial</b>	Ocorre mais tardiamente, implicando em alteração da sensibilidade na face dorsal do polegar ao terceiro dedo. Além de paralisia dos extensores do punho, dos dedos e do polegar, resultando em postura de flexão, mão caída, gerando complicações na manipulação de objetos devido inaptidão em posicionar a mão, atrofia de região dorsal do antebraço.
<b>Fibular comum</b>	Paralisia da dorsiflexão do tornozelo e dos dedos dos pés, alteração dos movimentos de eversão do pé, da parte lateral da perna e dorso do pé, perda da sensibilidade em toda superfície lateral e dorsal da perna, pé caído e atrofia das partes lateral e anterior da perna.
<b>Tibial posterior</b>	Atrofia dos músculos plantares, perda de sensibilidade plantar e paralisia da musculatura intrínseca do pé, promovendo hiperextensão de metatarsofalangeanas e flexão de interfalangeanas proximais e distais, causando a garra dos artelhos

As alterações osteo-articulares, a exemplo da reabsorção óssea promovida pelos danos neurais periféricos, acarretam degeneração e necrose óssea por lesão específica (própria da invasão bacilar direta), por reação imunológica ou por lesão inespecífica decorrente do comprometimento dos NP primariamente, causando perda de propriocepção secundária e provocando necrose óssea asséptica<sup>9</sup>.

As lesões específicas acometem inicialmente o periósteo, e, em seguida, o córtex, o tecido esponjoso e a medula. Macrófagos contendo bacilos invadem as trabéculas ósseas promovendo destruição e necrose<sup>9</sup>. Em relação às reações imunológicas, seu mecanismo não está totalmente esclarecido, mas postula-se o papel dos antígenos de bacilos mortos na indução da produção de imunocomplexos, podendo desencadear resposta imune e dano ósseo<sup>9</sup>. As lesões

não específicas dividem-se em hipertrófica ou atrófica, podendo a primeira gerar fragmentação, esclerose óssea e osteófitos, enquanto a segunda pode resultar em reabsorção tão severa que se assemelha à amputação cirúrgica<sup>10</sup>. Evoluem com amputações, perda de dígitos, redução da massa e deformidades ósseas<sup>10</sup> (como nos casos relatados) devido à alta carga bacilar e dificuldade de mobilização, consequente a sequelas já estabelecidas<sup>10</sup>.

A Artropatia de Charcot, apresentada pelo primeiro paciente e representada pela radiografia dos pés (figura 2), decorre da perda sensitiva e proprioceptiva nos pés dos pacientes, própria da hanseníase, e leva à alteração do arco reflexo de defesa. Predis põe a sucessivos traumatismos nas articulações distais e destruição articular progressiva<sup>9</sup>. A hanseníase é uma das suas principais causas.

Úlceras em hanseníase são ocasionadas por alteração sensitiva e motora e pela invasão direta do bacilo em vasos e endotélio, determinando reações locais granulomatosas do tipo tuberculóide, vasculite, necrose e ulcerações cutâneas, que podem evoluir com osteomielite ou, até mesmo, amputação. Infiltração difusa e hansenomas também podem ulcerar devido ao infiltrado inflamatório, predispondo a obstrução de vasos superficiais e panflebite lepromatosa<sup>11</sup>. A resolução do quadro ulceroso após poliquimioterapia confirma as alterações neurotróficas, junto com a alta carga bacilar e modificações vasculares como as causadoras de úlceras na segunda paciente.

Edemas nesta doença dificultam à cicatrização de úlceras e decorrem da obstrução linfática em extremidades, dando maior permeabilidade capilar por comprometimento do endotélio combinado com dano em nervos. Podem ainda estar relacionados à força da gravidade e a tônus capilar insuficiente, este último por conta da lesão de ramos nervosos. Somando-se a isso, a alteração de sensibilidade de ramos nervosos, como o fibular e o ulnar, e o espessamento neural estão associados à turgência que ocorre em mãos e pés, podendo ocorrer também, e, principalmente, durante os episódios reacionais. O aumento de citocinas plasmáticas, como IL-1 e TNF, presentes na hanseníase, aumentam a permeabilidade endotelial, podendo também estar envolvida na gênese do edema<sup>12</sup>.

Deformidades nasais, por depressão do septo próximo ao ápice do nariz, decorrem de lesão na cartilagem por invasão direta do bacilo, podendo evoluir



para necrose, perfuração e desintegração do septo quando ocorre infecção secundária<sup>10,13</sup>.

Fácies leonina é um achado mais tardio, caracterizado por infiltração dérmica difusa em face, alteração de extremidades faciais, formato grosseiro de nariz e orelhas e madarose<sup>14</sup>. Decorre da resposta imune celular ineficaz e da disseminação hematogênica do bacilo, característica da forma virchowiana<sup>15</sup>. A madarose ocorre por conta da pressão causada por este infiltrado, gerando isquemia e alterações tróficas do pelo, e resultando em atrofia do folículo<sup>16</sup>. Mesmo com terapia eficaz, a madarose é permanente, sendo corrigida cirurgicamente apenas através de enxertos e retalhos<sup>16</sup>. Relaciona-se a es-

tágios iniciais do acometimento ocular por comprometimento indireto da função visual causada pela vulnerabilidade da córnea<sup>17</sup>.

Relatamos a gravidade das lesões que surgem na doença em fase avançada e a importância do diagnóstico precoce em hanseníase. Constatamos que, apesar de todos os esforços envolvidos por diversas organizações ligadas à expectativa da eliminação da hanseníase, casos como estes ainda existem no Brasil. É urgente que se invista mais amiúde na formação de profissionais capacitados para o diagnóstico nas Unidades Básicas de Saúde, na educação da população para o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, assim como na diminuição do estigma ligado a essa doença.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra [Internet]. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2016. [cited 2018 Abr. 13]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/1/9789290225201-pt.pdf>
2. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde Brasil. Detecção proativa e precoce é essencial para acabar com deficiências relacionadas à hanseníase em crianças [Internet]. Brasília: OPAS Brasil; 2017. [updated 2017 Jan. 31; cited 2018 Out. 29]. Available from: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5339:-deteccao-proativa-e-precoce-e-essencial-para-acabar-com-deficiencias-relacionadas-a-hanseniose-em-criancas&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5339:-deteccao-proativa-e-precoce-e-essencial-para-acabar-com-deficiencias-relacionadas-a-hanseniose-em-criancas&Itemid=812).
3. Fernandes TRMO, Korinfskin JP, Espíndola MMM, Corrêa LMO. Artrite como diagnóstico de hanseníase: relato de caso e revisão da literatura. *An Bras Dermatol*. 2014;89(2):328-30.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretária de Vigilância em Saúde. Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016. *Hanseníase. Bol Epidemiol*. 2018;49(4):1-12. [cited 2018 Out. 28]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseniose-publicacao.pdf>.
5. 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 Tropical*. 2011;44(1):79-84.
6. Mármora C, Loures L. Percepção do estigma e repercussões sociais em indivíduos com hanseníase. *Hansen Int*. 2017;42(Suppl 1):193. [cited 2018 Out 30]. Available from: [http://www.ilsl.br/revista/detalhe\\_artigo.php?id=12749](http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12749)
7. Ministério da Saúde (BR), Secretária de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. 2ed.rev.ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [cited 2018 maio 2]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_condutas\\_ulcera\\_hanseniose.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_ulcera_hanseniose.pdf).
8. Medeiros MZ, Hasn-Filho G, Takita LC, Vicari CFS, Barbosa AB, Couto DV. Hanseníase virchowiana vegetante-verrucosa: uma forma rara de apresentação: relato de dois casos. *An Bras Dermatol*. 2014;89(3):482-5.
9. Verardino GC, Presotto C, Carneiro S. Comprometimento osteoarticular na hanseníase. *Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto, UERJ*. 2011;10:45-8. [cited 2018 Nov. 15]. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/viewFile/8819/6683>
10. Pereira HLA, Ribeiro SLE, Ciconelli RM, Fernandes ARC. avaliação por imagem do comprometimento osteoarticular e de nervos periféricos na hanseníase. *Rev Bras Reumatol* 2006;46(Supl 1):30-5.
11. Fernandes TRMO, Santos TSS, Lopes RRM. Leg ulcerin leprosy lepromatous: case report. *An Bras Dermatol*. 2016;91(5):673-5.
12. Valentini A, Nery JAC, Salles AM, Vieira LMM, Sarno, EM. Edema na hanseníase: aspectos clínicos e terapêuticos. *Rev Soc Bras Med Tropical*. 1999;32(2):131-8.
13. Júlio MVRF, Nardi SMT, Pedro HSP, Paschoal VD. Evolução das lesões nasais em pacientes com hanseníase. *Hansen Int*. 2010;35(1):29-35. [cited 2018 Out. 30]. Available from: [http://www.ilsl.br/revista/detalhe\\_artigo.php?id=11230](http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11230)
14. Moreira SC, Bastos CJC, Tawil L. Índice de detecção de hanseníase em Salvador no período de 2001 a 2009. *An Bras Dermatol*. 2014;89(1):108-19.
15. Lastória JC, Morgado de Abreu MAM. Hanseníase: revisão dos aspectos epidemiológicos, etiopatogênicos e clínicos – Parte I. *An Bras Dermatol*. 2014;89(2):205-19.
16. Duerksen F, Virmond M. Cirurgia reparadora e reabilitação em hanseníase. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, Instituto Lauro de Souza Lima; 1997. 127-128 p.
17. Moreno RD, Woods W, Moreno N, Trindade R, Tavares Neto J. Alterações oculares na hanseníase, observadas em pacientes ambulatoriais do serviço de referência da cidade de Rio Branco, Acre – Brasil. *Arq Bras Oftalmol*. 2003;66(6):755-64. [cited 2018 Nov. 15]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492003000700005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492003000700005&lng=en).