

Lúcia Mioko Ito¹
 Amanda VC Oliveira²
 Giuliana Angelucci Miranda³
 Juliana Milhomem Tamanini⁴
 Cristina Van Blarcum de Graff Mello⁵
 Elberth José dos Santos⁶
 Carlos D' Aparecida Santos
 Machado Filho⁷

HANSENÍASE VIRCHOWIANA DIFUSA E O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM OUTRAS DOENÇAS SISTÊMICAS

Lepromatous leprosy and the differential diagnosis with other systemic diseases

RESUMO

A Hanseníase é uma doença causada pelo *Mycobacterium leprae*, com manifestações cutâneas acompanhadas de perda da sensibilidade e envolvimento de sistema nervoso periférico, podendo acometer vísceras e mucosas. O Brasil ocupa o 2º lugar no ranking de prevalência da doença. A classificação própria da hanseníase evidencia sua complexidade clínica e polimorfismo; e possibilita intersecções com patologias como o linfoma não Hodgkin. Este é uma neoplasia maligna de linfonodos, e pode manifestar-se primariamente na pele. Paciente masculino, 51 anos. Procurou o serviço com queixa de "pele rachada", lesões em boca e língua, e emagrecimento. Ao exame físico, presença de placas em palato, formações esbranquiçadas em dorso de língua e infiltração em lóbulo de orelha. Identificaram-se ainda, alterações sensitivas em extremidades, rash cutâneo eritemato-descamativo generalizado, tumoração em cotovelo, e lesões eritemato-infiltradas com exulcerações em membros inferiores. As hipóteses diagnósticas foram: hanseníase, leishmaniose cutâneo-mucosa, SIDA, Sífilis secundária e linfoma não Hodgkin. Durante a investigação, obtiveram-se resultados negativos para todas as sorologias, exceto

Ito LM, Oliveira AVC, Miranda GA, Tamanini JM, Mello CVBG, Santos EJ, Filho CDAM. Hanseníase virchowiana difusa e o diagnóstico diferencial com outras doenças sistêmicas. *Hansen Int.* 2014; 39 (1): p. 56-63.

a pesquisa de BAAR e biópsia sugerindo Hanseníase Virchowiana. Iniciou-se tratamento poliquimioterápico e houve remissão completa das lesões. Na hanseníase virchowiana, notam-se lesões sólidas papulosas, nodulares, ou em placas com características variáveis. Além disso, é possível encontrar espessamento de pavilhão auricular, madarose e obstrução nasal. Lesões em cavidade oral, também são descritas nestes casos. Os linfomas não Hodgkin de apresentação cutânea primária, podem se assemelhar a formas difusas de Hanseníase virchowiana, pois são neoplasias linforreticulares que se manifestam durante a história natural

Artigo recebido em 9/11/2014

Artigo aprovado em 30/4/2015

1 Médica assistente e preceptora/ FMABC.

2 Médica pós-graduanda/FMABC - (médica).

3 Acadêmica de Medicina/FMABC.

4 Acadêmica de Medicina/ FMABC.

5 Acadêmica de Medicina/ FMABC.

6 Acadêmico de Medicina/ FMABC.

7 Médico Titular da Disciplina de Dermatologia da FMABC, professor adjunto da Disciplina de Dermatologia FMABC, Livre- Docente, Chefe do Setor de Cirurgia Dermatológica da FMABC/FMABC.

da doença em tecidos extranodais, dentre eles, a pele.

Palavras-chave: Hanseníase; Linfoma; Hanseníase Virchowiana; *Mycobacterium leprae*; Linfoma Cutâneo de Células T; Linfoma não Hodgkin

ABSTRACT

Leprosy is a disease caused by *Mycobacterium leprae*, with skin manifestations accompanied by loss of sensation and involvement of the peripheral nervous system that can also affect mucous membranes and viscera. Brazil ranks 2nd in the ranking of disease prevalence. The classification of leprosy itself shows its clinical polymorphism; and allows intersections with diseases such as non-Hodgkin lymphoma. This is a malignant neoplasm of lymph nodes, and may manifest primarily in the skin. A 51 years-old male patient came to us complaining of "chapped skin", lesions in the mouth and the tongue and weight loss. On physical examination there was the presence of plaques on the palate, whitish formations on back of tongue and ear lobe infiltration. We identified sensory changes, widespread erythematous rash, a tumor in the elbow, and infiltrated erythematous lesions with exulcerations in lower limbs. The diagnostic hypotheses were: mucocutaneous leishmaniosis, AIDS, secondary syphilis, leprosy and non-Hodgkin lymphoma. During the investigation, all serological test were negative, however, acid fast bacilli staining and biopsy suggested lepromatous leprosy. After multidrugtherapy treatment there was complete resolution of the lesions. In lepromatous leprosy solid nodular, papular lesions or plaques with variable characteristics may be noticed.

Additionally, thickening of the pinna, madarosis and nasal obstruction can be found. Lesions in the oral cavity are also described in cases of lepromatous leprosy. Non-Hodgkin lymphomas with primary cutaneous presentation, may resemble indeterminate forms of leprosy, since they are characterized as lymphoreticular neoplasms that arise during the natural history of the disease, in extranodal tissues, including the skin.

Keywords: *Mycobacterium leprae*; Lymphoma; Lymphoma, Non-Hodgkin; Lymphoma, T-Cell, Cutaneous; Leprosy; Leprosy, Lepromatous

INTRODUÇÃO

Conhecida por ser uma patologia milenar de alta infectividade e baixa patogenicidade, a Hanseníase ou lepra, figura até hoje como uma doença de con-

siderável espectro de casos, principalmente no Brasil, país que permanece em 2º lugar no ranking de prevalência da doença. A distribuição de novos casos mantém-se heterogênea, sendo mais comum nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde permanece como doença endêmica. Com isso, objetiva-se uma prevalência menor que 1 caso por 10000 habitantes, meta preconizada pela OMS desde 1999^{1,2}. Apesar da desaceleração na produção de novos casos, os coeficientes significativos de detecção da doença ainda a tornam um problema de saúde pública^{3,4,5}.

Sendo uma micobacteriose ainda prevalente em nosso país, observa-se grande variedade de apresentações clínicas até mesmo sugestivas de outras afecções, ampliando-se a gama de diagnósticos diferenciais. Além do conhecido comprometimento cutâneo e de nervos periféricos, o *Mycobacterium leprae* também acomete vísceras e mucosas. A cavidade oral, apesar de ser pouco evidenciada em publicações recentes, figura como local de possível contaminação bacilar, uma vez que a principal porta de entrada do microorganismo é a via aérea superior, sendo a mucosa nasal a primeira a ser acometida⁶. Porém, o comprometimento da cavidade oral permanece enigmático devido à ausência de lesão que determine sinal clínico específico para o diagnóstico, podendo até encontrar-se com a mucosa alterada microscopicamente mesmo sem alterações macroscópicas⁷. No que diz respeito à pele, devido ao seu polimorfismo, a hanseníase necessitou de taxonomia própria como aquela criada por Ridley e Jopling⁸ que defende a existência de estímulo do sistema imunecelular o qual direciona a doença para variadas formas polares como as seguintes: indeterminada, tuberculóide (TT), Virchowiana (VV) e borderline que por sua vez, se ramifica em borderline borderline, borderline tuberculóide e borderline virchowiana^{1,8}. Já as classificações da OMS e de Madri, as mais utilizadas atualmente, determinam apenas os espectros paucibacilares (indeterminada e tuberculóide) e multibacilares (borderline e virchowiana), conforme a reação de Mitsuda¹.

As subdivisões criadas para as formas clínicas da hanseníase aumentam a sua complexidade diagnóstica e possibilitam intersecções com patologias igualmente intrincadas como o linfoma não Hodking, que pode manifestar-se primariamente na pele, principalmente quando se apresentam em forma de lesões infiltrativas, nodulares e em placas⁹. Torna-se então, importante ter em mente as doenças linfoproliferativas como diagnósticos diferenciais de hanseníase, tanto pela prevalência de casos diagnosticados da mesma, quanto pela dificuldade de associar um quadro infeccioso a um neoplásico. Este artigo revela mais um dos

poucos relatos encontrados na literatura de hanseníase simulando linfoma¹⁰.

2. HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente WMC, branco, 51 anos, natural de São Paulo e procedente de São Bernardo do Campo há 40 anos, casado e mecânico. Procurou ambulatório de dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC em 2014 com a queixa de “pele rachada” e lesões na boca e língua há 9 meses. No período referiu surgimento abrupto de lesões de aspecto ictiosiforme em pele de tronco e membros associada a acometimento assintomático de cavidade oral. Relatava ainda em interrogatório sobre a história progressiva da moléstia atual, surgimento de edema em membros inferiores, de caráter progressivo há 2 anos, sensação inicial de obstrução nasal, além de emagrecimento estimado de 10 kg em 9 meses. Ao exame físico, notaram-se à inspeção da cabeça e pescoço, placas em palato (imagem 1), formações esbranquiçadas em dorso de língua (imagem 2) que não apresentaram melhora após bochechos com solução de nistatina e infiltração em lóbulo de orelha esquerda (imagem 3). Em tronco, identificou-se rash cutâneo eritematodescamativo em todo o tégumento torácico e em abdome anterior e posterior (imagens 4 e 5). Já em membros superiores constatou-se pele xerótica de aspecto “rachado” (imagem 6) além de tumoração em cotovelo esquerdo (imagem 7). Em membros inferiores foram predominantes lesões eritemato infiltradas com exulcerações (imagens 8 e 9). Observou-se em exame dermatoneurológico, espessamento de nervo ulnar direito e esquerdo bem como diminuição da sensibilidade térmica e dolorosa em toda a sua topografia acompanhada de sudorese reduzida em regiões palmares. Em teste sensitivo com monofilamentos de Semmes- Weinstein houve positividade para aquele de cor violeta nesta localização. Em membros inferiores, notou-se discreto espessamento de nervo tibial posterior direito e esquerdo associado à diminuição da sensibilidade térmica e dolorosa em plantas onde houve resposta para o monofilamento violeta. Já em território de nervo fibular comum esquerdo, verificou-se leve espessamento nervoso além de amiotrofia da musculatura de região tibial anterior. Ao exame físico geral, o paciente encontrava-se em boa condição física e não foram verificadas hepatoesplenomegalia ou linfonodomegalias à palpação. Negou comorbidades, etilismo, tabagismo ou uso habitual de medicamentos.

Algumas hipóteses diagnósticas foram levantadas como hanseníase, leishmaniose cutânea mucosa,

SIDA, Sífilis secundária e linfoma não Hodgking. No entanto, após investigação, obtiveram-se; teste de Montenegro e ELISA para Leishmaniose negativos, sorologia para HIV (ELISA e Western Blotting) negativos, VDRL 1:4, FTA-Abs e pesquisa em campo escuro de *Treponeema pallidum* negativas. Em hemograma não foram detectadas alterações em hematimetria e leucometria. Já a pesquisa de BAAR pelo método de Ziehl-Neelsen resultou fortemente positiva (4+) e a biópsia cutânea sugeriu Hanseníase Virchowiana pela presença de macrófagos vacuolizados e de globias (imagem 10).

Feito o diagnóstico, iniciou-se tratamento poliquimioterápico para pacientes multibacilares com Dapsona, Clofazimina e Rifampicina, convocaram-se possíveis contactantes para vacinação com BCG, realizou-se avaliação oftalmológica e adequada notificação do caso. Em seguimento ambulatorial, apresentou remissão completa das lesões iniciais.

É preciso citar que houve permissão do paciente para a publicação das imagens reveladas, sem identificação do mesmo, de acordo com os princípios éticos exigidos.

3. DISCUSSÃO:

O que norteia o raciocínio diagnóstico para hanseníase é, entre outras características, a presença de um ou mais aspectos clínicos: lesões ou áreas cutâneas com perda da sensibilidade, envolvimento nervoso periférico (espessamento) ou baciloscopia positiva para o *Mycobacterium leprae*¹¹. Na hanseníase virchowiana, costumam-se notar lesões sólidas papulosas, pápulo-nodulares, nodulares, placas isoladas ou agrupadas com distribuição simétrica. Além disso, é possível encontrar espessamento de pavilhão auricular e madarose¹. Afecções a nível otorrinolaringológico são igualmente importantes, porém muitas vezes negligenciadas pelos dermatologistas, dentre estas, hipertrofia de conchas nasais, hiperemia de mucosa, atrofia de conchas ou até perfuração de septo e nariz em sela. Obstrução nasal figura-se como uma das queixas mais frequentes, principalmente em hanseníase tipo virchowiana. O paciente descrito neste caso apresentava como queixa congestão nasal, o que vai de encontro aos dados achados na literatura de que aproximadamente 36,25% de uma população de 80 indivíduos possuía ao exame otorrinolaringológico, hipertrofia de conchas⁶.

Lesões em cavidade oral, também são descritas em 20 a 60% dos casos de hanseníase virchowiana podendo ser diagnóstico diferencial para uma série de patologias, inclusive tumorais¹². As manifestações

podem apresentar-se como máculas hipocrômicas ou eritematosas, enantema, fissuras, nódulos, infiltração e edema, de forma a caracterizar a inespecificidade do exame físico. A ausência de alteração macroscópica, também pode ocorrer principalmente em fases iniciais de doença já que parece haver resistência da mucosa oral aos bacilos provenientes da rino-faringe⁷. As justificativas mais plausíveis para a manutenção do bacilo em cavidade oral são: temperatura local, renovação epitelial acelerada em relação à pele e características imunológicas regionais¹³. É possível concluir que, nosso paciente possuía penetração de bacilos em mucosa devido à bacilemia causada pelo diagnóstico tardio de hanseníase lepromatosa. Dessa forma, prioriza-se a análise histopatológica para o diagnóstico específico de lesões orais ou de mucosa aparentemente normal⁷.

O comprometimento nervoso é característico em todas as formas de hanseníase^{1,14} e sempre deve ser pesquisado devido às potenciais deficiências funcionais progressivas e sequelas tardias permanentes^{15,16}. Como método de maior sensibilidade para avaliação encontram-se os monofilamentos de Semmes-Weinstein¹. Estes consistem em filamentos de náilon de cores verde, azul, violeta, vermelho e preto com os quais se exerce força específica na área testada correspondente à variação de peso de 0,05 a 300g. Para o paciente em questão a resposta ao monofilamento violeta em membros superiores representou sensibilidade protetora diminuída na mão, incapacidade de diferenciar textura e dificuldade para discriminar formas e temperaturas, revelando certo grau de acometimento¹⁶.

Já na pele, linfomas não Hodgkin (LNH) de apresentação cutânea primária, muitas vezes assemelham-se clínica e patologicamente a algumas formas de Hanseníase. Caracterizam-se como neoplasias linforreticulares de origem em células T e NK (mais comuns) ou de células B (mais raras), que se manifestam durante a história natural da doença em tecidos extranodais, dentre eles a pele, segundo órgão mais envolvido após o trato gastrointestinal. É preciso destacar, porém, que se considera um LNH como sendo cutâneo primário apenas se não houver qualquer manifestação sistêmica da doença^{17,18}. Rocha V.B et AL⁹, contudo, indicaram um caso em que lesões esclerodermiformes disseminadas, infiltrações e placas ictiosicas revelavam-se como manifestações secundárias de um linfoma não hodking linfoblástico leucemizado, levando-nos a refletir a respeito da importância do exame físico acurado bem como criteriosa interpretação de achados anatomopatológicos e ambulatoriais. Em contrapartida, apesar da ictiose exuberante, ema-

grecimento significativo e lesões infiltrativas sugerirem outros diagnósticos como linfoma não Hodgkin, observa-se que na forma difusa da hanseníase virchowiana, o curso clínico é insidioso, há envolvimento de extensas áreas cutâneas⁸ e pode estar presente quadro consumptivo e infiltrativo. No caso relatado, o edema de membros inferiores e a obstrução nasal precederam por anos o quadro tegumentar, possibilidade já constatada por Araujo MG¹⁵. O diagnóstico tardio de Hanseníase tornou o paciente bacilífero, levando cronicamente à perda ponderal bem como ao aspecto ictiosiforme da lesão devido a alta afinidade bacilar pelas glândulas sudoríparas e sebáceas⁸. O acometimento do sistema nervoso periférico, típico da Hanseníase virchowiana pelo neurotropismo bacilar, corroborou ainda mais para a elucidação do caso.

Podemos subdividir os LNH cutâneos primários em vários subtipos como Micose fungóide, Síndrome de Sézary, linfoma/leucemia de célula T do adulto, doença linfoproliferativas CD30+ cutâneas primárias, linfoma cutâneo de células T paniculite símile, linfoma extranodal de célula T/NK tipo nasal, linfoma cutâneo primário de célula T periférica não especificado e linfoma cutâneo de célula B. A depender do estágio evolutivo e do tipo de neoplasia, as várias formas relatadas apresentam amplo prognóstico¹⁸, variando de um comportamento clínico indolente até um mais agressivo cujos maiores representantes são, respectivamente, a micose fungóide e a Síndrome de Sézary¹⁷. A micose fungóide, neoplasia de caráter benigno, figura como um dos principais diagnósticos diferenciais de moléstia de Hansen tipo virchowiana¹ devido à presença de lesões de aspecto infiltrativo ou sob a forma de placas, tumorações e nódulos¹⁷. Dentre suas variedades, reticulosepategóide, cútis laxa granulomatosa e foliculotrópica¹⁷, a última, pode apresentar além de lesões nodulares deformantes, a rarefação distal de sombrancelhas, também conhecida como manifestação clínica da hanseníase lepromatosa¹. São encontrados na literatura relatos de hanseníase mimetizando micose fungóide, coexistência de linfoma/leucemia e doença de Hansen, micose fungóide falsamente diagnosticada como doença lepromatosa e de desenvolvimento de doença maligna após diagnóstico de hanseníase, totalizando aproximadamente 24 achados em pesquisa realizada em base de dados pubmed. Em nosso caso, a suspeita foi levantada por aspectos morfológicos de apresentação de hanseníase virchowiana, não houve diagnóstico de neoplasias concomitantes ou evolução para quadro maligno. Até então, não se comprovou uma relação causa e efeito entre hanseníase e linfoma, apesar da presença de ambas as doenças não ser rara no meio científico^{10,19}.

4. CONCLUSÃO:

Em vista da grande variedade morfológica de lesões apresentadas na Hanseníase, é fundamental estar atento aos possíveis diagnósticos diferenciais e não negligenciar a possibilidade de doenças malignas com manifestações primárias ou secundárias na pele. O paciente em questão, pelo diagnóstico tardio da doença, tornou-se bacilífero com sinais e sintomas característicos da Hanseníase Virchowiana que, no entanto, poderiam sugerir malignidade.

5. REFERÊNCIAS:

- 1 Sampaio SAP, Rivitti EA. *Dermatologia*. 3a ed. São Paulo: Artes médicas; 2008, Capítulo 41, Hanseníase; p.625-51.
- 2 Secretaria da Saúde do Governo do estado do Ceará (CE), Coordenaria de Promoção e Proteção à Saúde, Núcleo de Vigilância Epidemiológica SESA. Informe Epidemiológico: Hanseníase [Internet]. Fortaleza; 2014. [citado em 2014 Jun10] Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?download=813%3Ahanseníase-janeiro-de-2012>
- 3 Ministério da saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília; 2008. [citado em 2015 Abr18]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_situacao_hanseníase.pdf
- 4 Lana FCF, Carvalho APM, Davi RFL. Perfil epidemiológico da Hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. *Esc Anna Nery (impr.)*.2011;15(1):62-7.
- 5 Magalhães MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*.2007;16(2):75-84.
- 6 Silva GS, Patrocínio LM, Patrocínio JA, Goulart IMB. Otorhinolaryngologic evaluation of leprosy patients protocol of a National Reference Center. *IntArch Otorhinolaryngol*. 2008;12(1):77-81.
- 7 Abreu MAMM, Michalany NS, Weckx LLM, Pimentel DRN, Hirata CHW, Alchorne MMA. A mucosa oral na hanseníase: um estudo clínico e histopatológico. *Rev Bras Otorrinolaringol*.2006 Maio-Jun;72(3):312-6.
- 8 Souza SC. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. *Medicina (Ribeirão Preto)*.1997 Jul-Set; 30:325-34.
- 9 Rocha VB, Araújo MG, Carvalho SV, Guedes ACM. Linfoma não Hodgking simulando hanseníase Virchowiana. *An Bras Dermatol*. 2003;78(3):361-5.
- 10 Bagla N, Patel MM, Patel RD, Jarag M. Lepromatous lymphadenitis masquerading as Lymphoma. *Lepr Rev*.2005 Mar; 76(1):87-90.
- 11 Silva MR, Oliveira MLW, Fontoura GHM. Leprosy: uncommon presentations. *Clin Dermatol*.2005 Sep-Oct; 23(5):509-14.
- 12 Dhillon M, Mohan RS, Raju SM, Krishnamoorthy B, Lakhnampal M. Ackerman's tumour of buccal mucosa in a leprosy Patient. *Lepr Rev*.2003;84:151-7.
- 13 Costa MRSN. Considerations on oral cavity involvement in Leprosy. *Hansen Int*.2008;33(1):41-4.
- 14 Pimentel MIF, Nery JAC, Borges E, Gonçalves RR, Samo EN. Influência do tempo de evolução prévio ao diagnóstico inicial incapacidades presentes no exame inicial de pacientes portadores de hanseníase multibacilar. *Hansen Int*.2002;27(2):77-82.
- 15 Araujo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*.2003;36(3):373-82.
- 16 Moreira D, Alvarez RRA. Utilização dos monofilamentos de Semmes-Weinstein na avaliação de sensibilidade dos membros superiores de pacientes hansenianos atendidos no Distrito Federal. *Hansen Int*.1999;24(2):121-8.
- 17 Sanches JA Junior, Moricz CZM, Festa C. Neto. Processos linfoproliferativos da pele: parte 2- Linfomas cutâneos de células T e de células NK. *An Bras Dermatol*.2006;81(1):7-25.
- 18 Willenze R, Hodak E, Zinzani L, Specht L, Ladetto M. Primary cutaneous lymphomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*.2013;00:1-6.
- 19 Mahajan N, Rao S, Sobti P, Khurana N, Garg VK, Jain S. Anaplastic large cell lymphoma and lepromatous leprosy: a rare coexistence. *Lepr Rev*.2012;83(1):104-7.

Imagem 1 Placas em palato



Placas eritematosas bem delimitadas em palato assintomáticas.

Imagem 3 Lóbulo de orelha esquerda



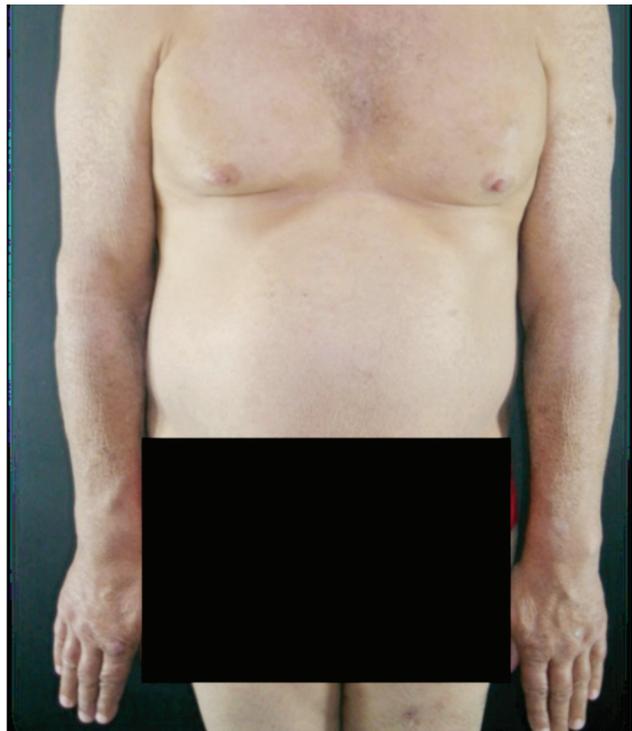
Nota-se infiltração em lóbulo de orelha esquerda.

Imagem 2 Placa fixa em dorso da língua



Formações em placas esbranquiçadas em dorso da língua que não apresentavam melhora após bochechos com solução de Nistatina.

Imagem 4 Região anterior de tronco com Rash cutâneo



Tronco com Rash cutâneo eritêmatedescamativo em todo o tegumento torácico e abdome anterior.

Imagem 5 Dorso com Rash cutâneo



Nota-se Rash cutâneo eritêmato-descamativo em todo o tégumento do dorso, similar ao da região anterior de tronco.

Imagem 7 Cotovelo esquerdo com tumoração



Nota-se tumoração em cotovelo esquerdo, além de xerodermia.

Imagem 6 Braço esquerdo apresentando xerodermia



Nota-se em braço esquerdo xerodermia acentuada de aspecto "rachado" e ictiosiforme.

Imagem 8 Região anterior de pernas com eritema e exulcerações



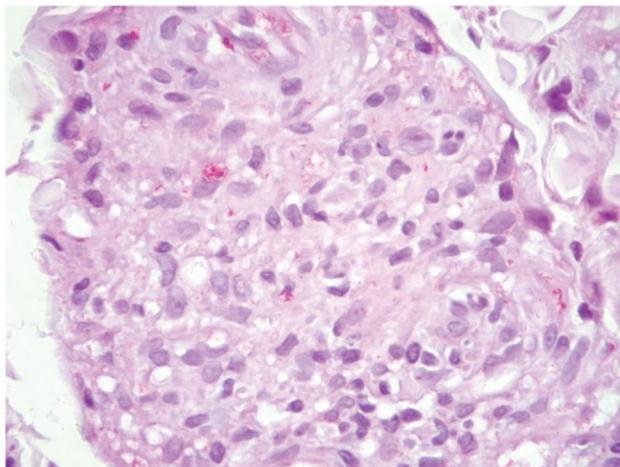
Nota-se predomínio de lesões eritêmato infiltradas com exulcerações e edema em região anterior de pernas.

Imagem 9 Região posterior de pernas com eritema e exulceração



Nota-se em região posterior de pernas, padrão semelhante de acometimento em relação à área anterior, com lesões eritemato infiltradas, exulcerações e edema.

Imagem 10 Anatomia patológica de pele



Nota-se, por meio da pesquisa de BAAR pelo método de Ziehl-Neelsen, presença de macrófagos vacuolizados e de globias, sugerindo fortemente o diagnóstico de Hanseníase Virchowiana.