

Reação tipo 2 (Eritema Polimorfo Hansênico) como primeira manifestação clínica de hanseníase na faixa virchoviana.

Type 2 reaction (multiforme erythema-like) as the first clinical manifestation of leprosy in the lepromatous range.

Resumo

Um indivíduo de 51 anos de idade iniciou quadro infeccioso com linfonodomegalia inguinal seguida de febre. Foi tratado com antibióticos da família da penicilinas e desenvolveu lesões cutâneas em placas tipo eritema polimorfo, cuja biópsia demonstrou hanseníase na faixa virchoviana ativa e reação tipo 2. Não havia dados epidemiológicos ou lesões cutâneas sugestivas de hanseníase, ou sinais e sintomas de comprometimento neural. O caso mostrou duas peculiaridades, ou seja, reação tipo 2 como primeira manifestação de hanseníase (prévia à poliquimioterapia) e sob a forma de eritema polimorfo hansênico. Os autores discutem a patogênese destas manifestações, e lembram que, em regiões endêmicas, a hanseníase deve ser considerada frente a manifestações tipo eritema polimorfo.

Palavras-chave: hanseníase; reação tipo 2; antibióticos

Relato do caso

J.N.S, masculino, 51 anos, procedente de Guararapes, agricultor, refere que há um mês apresentou linfonodomegalia em região inguinal direita, não dolorosa e não supurativa. Desde então, vinha usando diclofenaco e nimesulida diariamente, conforme prescrição médica. Quinze dias depois, passou a apresentar febre diária, e foi administrada penicilina benzatina. Após dois dias, evoluiu com pápulas eritematosas que confluíam formando placas disseminadas pelo corpo. Foi então admitido no hospital de sua cidade, onde ficou internado e foi tratado com amoxicilina por uma semana, sem melhora, sendo transferido para nosso serviço. Nesta ocasião, ao exame físico, apresentava placas eritemato-edematosas extensas, de limites precisos e contornos regulares, localizadas em face, dorso, tórax anterior, membros superiores e, mais esparsamente, em membros inferiores e dorso dos pés, os quais apresentavam-se discretamente edematosos (Figuras 1, 2 e 3). As hipóteses diagnósticas iniciais foram de eritema polimorfo ou síndrome de Sweet.

✉ Rodovia Comandante João Ribeiro de Barros, Km 225/6 - Caixa Postal 3.021 - CEP 17.034-971, Bauru, SP. iana-freitas@hotmail.com

1 Médico Dermatologista do Instituto Lauro de Souza Lima. Hansenologista. Mestre em Ciências.
2 Médica Residente do 1º Ano do Programa de Residência Médica em Dermatologia do Instituto Lauro de Souza Lima.

Jaison Antônio Barreto ¹
Iana Costa Freitas ²

Uma das lesões foi submetida à biópsia, onde se observou infiltrado macrofágico multifocal predominantemente superficial, constituído por macrófagos volumosos, com citoplasma abundante e vacuolado. Os vasos envolvidos mostravam endotélio tumefeito, com exsudação de neutrófilos e fibrina dissociando os grupamentos macrofágicos. A baciloscopia da biópsia foi de 5 a 6+, com presença de bacilos típicos e granulados (figuras 4, 5 e 6). Após o diagnóstico de hanseníase na faixa virchoviana ativa e em progressão, o paciente foi reavaliado. Negou contato com portadores de hanseníase, áreas de anestesia ou hipoestesia. De antecedentes pessoais, referiu cirurgia cardíaca há 9 anos para correção de comunicação interatrial. Ao exame dermatoneurológico, não se constatou lesões sugestivas de hanseníase, infiltração difusa ou madarose; os troncos nervosos periféricos não estavam espessados ou dolorosos. Não havia queixas sistêmicas, exceto o quadro febril, ou qualquer sinal e/ou sintoma de comprometimento mucoso, articular, ocular, testicular ou visceral, afora a linfonodomegalia inguinal.

Exames complementares: Hemograma - Hb: 12g%, Ht: 36%, Leucócitos: 11.800 com 88% de neutrófilos (2% metamielócitos, 11% bastões, 75% segmentados), linfócitos: 7%, eosinófilos: 1%, plaquetas: 486.000/ml. Uréia, creatinina, transaminases, glicemia de jejum e parcial de urina: normais.
Teste de Mitsuda: Negativo.

Baciloscopia: cotovelo esq: 5+, cotovelo dir: 3+, braço esq: 2+, braço d: 2+, joelho esq: 4+, joelho dir: 4+.

Evolução: Depois de estabelecido o diagnóstico de Hanseníase virchoviana e reação tipo 2, foi iniciada a PQT para multibacilar e talidomida 400mg/dia. Paciente evoluiu com melhora clínica significativa, regressão da febre, melhora do estado geral e das lesões do eritema polimorfo hansênico. Recebeu alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial.

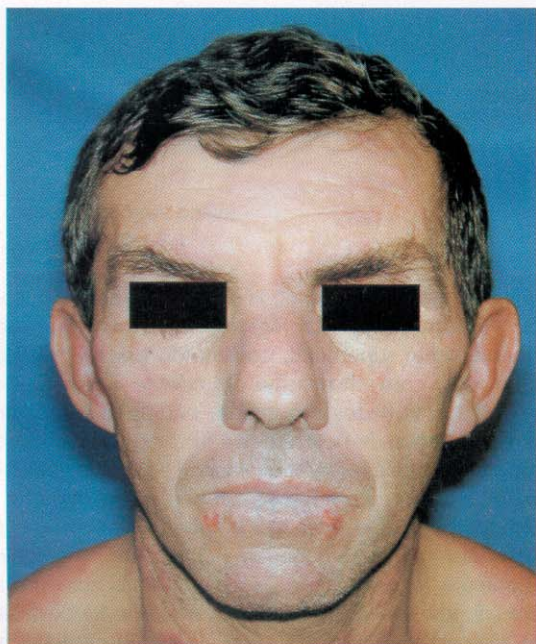


Figura 1. Face infiltrada, com placas eritematosas mal delimitadas em frente, região malar e mento.

Figure 1. Face infiltrated, with ill defined erythematous plaques in forehead, cheeks and chin.



Figuras 2 e 3. Placas e nódulos eritematosos bem delimitados em tronco e membros.

Figures 2 and 3. Well defined erythematous plaques and nodules in trunk and upper limbs.

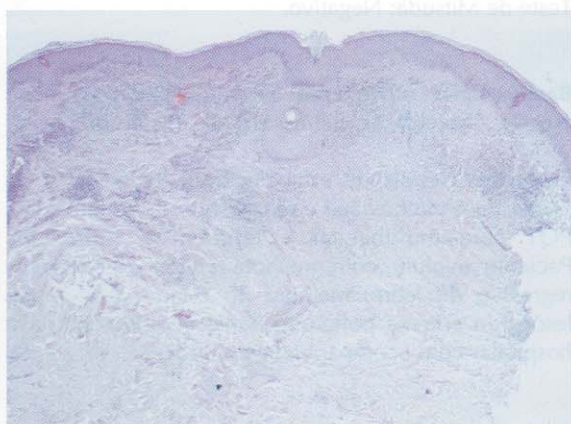


Figura 4. Infiltrado inflamatório crônico predominando no derma superficial. (HE 50X).

Figure 4. Chronic inflammatory infiltrate mainly in upper dermis. (HE 50X)

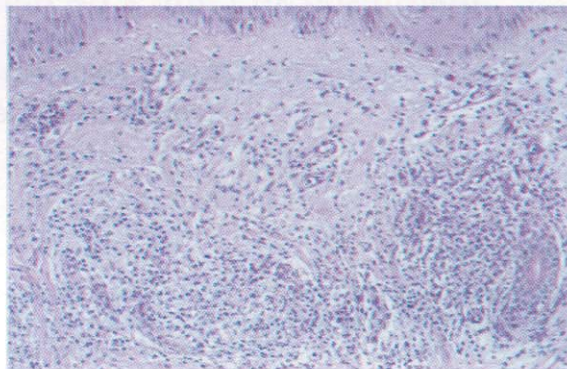


Figura 5 - Infiltrado histiocitário vacuolizado com muitos neutrófilos de permeio. (HE 200X).

Figure 5 - Vacuolated histiocytes with neutrophils among them. (HE 200X).

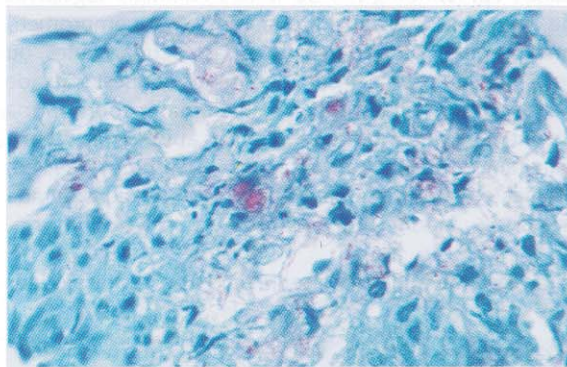


Figura 6 - Baciloscopia 5+ com presença de poucos bacilos típicos. (Faraco-Fite 1000X).

Figure 6- Bacilloscopy 5+ with few typical bacilli. (Faraco-Fite 1000X)

Discussão

No presente caso, a reação tipo 2 manifestou-se antes do tratamento específico, sob a forma de placas eritemato-edematosas extensas e generalizadas, com escassas manifestações sistêmicas, e sem envolvimento cutâneo-neural específico clinicamente detectável. Tanto a reação tipo 2 se manifestando antes da poliquimioterapia¹, como sob a forma de eritema polimorfo, são situações já descritas na literatura, mas a apresentação conjunta não é usual². O perfil do paciente que desenvolve a reação tipo 2 antes do tratamento, em geral, é de um indivíduo com poucas lesões cutâneas, e quadro febril associado a dores articulares. Estas manifestações sugerem o diagnóstico de artrite reumatóide ou lúpus eritematoso, hipóteses que podem ser reforçadas pelos achados laboratoriais falso-positivos de fator reumatóide ou fator antinuclear, ocasionais na hanseníase, levando ao erro diagnóstico³. Não se trata de situação rara. No entanto, o presente caso não segue este padrão.

Há um consenso de que as reações tipo 2 estejam ligadas a um estado de hipersensibilidade humoral, próprio dos pacientes virchovianos em tratamento⁴⁻⁶. A ação bacteriostática/bactericida da

poliquimioterapia provocaria destruição bacilar, liberando grande quantidade de antígenos micobacterianos, os quais estimulariam a imunidade humoral. Criar-se-ia, então, um estado de equilíbrio instável entre a carga antigênica e anticorpos que, ao ser rompida (por fatores não conhecidos), levaria a deposição de complexos imunes, e desencadeamento da reação inflamatória aguda sobre os focos virchovianos regressivos¹. Cerca de metade dos virchovianos em tratamento não apresentam, durante ou após o tratamento específico, evidências cutâneo-neurais de reação tipo 2, e a maioria dos casos provém de dimorfos com piora progressiva.⁷ Isto sugere que, independentemente da carga bacilar, há outros fatores envolvidos no desenvolvimento da reação tipo 2. A demonstração de citocinas do perfil Th1 durante a reação tipo 2 aponta para a participação da imunidade celular no desencadeamento das reações. As vias pelas quais isto ocorre podem ser variadas e não conhecidas, mas é possível que, para que se inicie a reação tipo 2, haja necessidade do indivíduo portador de hanseníase na faixa virchoviana permanecer com algum grau de imunidade celular⁸. Isto permitiria que alguns indivíduos desenvolvessem reações tipo 2, independentemente do tratamento e de modo precoce. No presente caso, a infiltração virchoviana relativamente discreta e superficial propiciou reação com padrão clínico semelhante ao eritema polimorfo, sem manifestações em outras localizações, afora no linfonodo inguinal. O envolvimento específico dos linfonodos que drenam regiões comprometidas na hanseníase virchoviana é bem conhecido⁹. Em algumas reações tipo 2 há manifestações isoladas em localizações extracutâneas, como nervos periféricos, linfonodos, articulações, olhos, testículos etc¹. Não é estranho que a linfonodomegalia inguinal faça parte da reação tipo 2, precedendo às manifestações cutâneas, ou independentemente destas.

Abstract

A 51 years old man presented inguinal lymphadenitis followed by fever. He was treated with antibiotics and developed multiforme erythema like lesions. A skin biopsy showed active leprosy in the lepromatous range plus type 2 reaction. There wasn't epidemiological data or cutaneous lesions suggestive of leprosy, and no signs or symptoms of neural damage was found. The case showed two peculiarities: type 2 reaction as the first, manifestation of leprosy (before beginning of multidrugtherapy) and presenting as multiforme erythema-like lesions. The authors discuss the pathogenesis of these manifestations, and remember that is important to think in leprosy face to multiforme erythema-like lesions in endemic areas.

Key words: leprosy; type 2 reaction; antibiotics

Referências

- 1 Fleury RN. Patologia e manifestações viscerais. In: Opromolla, DVA. Edditor. Noções de hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato; 2000. p. 63-71.
- 2 Harter PP. L'Erythema nodosum leprosum de Murata. Revue de la littérature. Étude de 185 cas. Bull Soc Path Ex 1965;58(3):335-400.
- 3 Nogueira MES, Vilani-Moreno FR, Silva EA, Arruda MSP. Imunologia. In: Opromolla, DVA. Edditor. Noções de hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato; 2000. p. 27-42
- 4 Harboe M. The immunology of leprosy. In: Hastings RC. Editor. Leprosy. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1985. p 77-78.
- 5 Hastings RC. Clinical aspects - reactional episodes. Int J Leprosy 1979;47:348.
- 6 Job CK. Pathology of leprosy. In: Hastings RC. Editor. Leprosy Edinburgh:Churchill Livingstone; 1994. p. 193-224.
- 7 Ridley DS. La biopsia de la piel en la lepra. 2ed. Suíça:Ciba Geigy SA; 1987.
- 8 Moraes MO, Sarno EN, Almeida AS, Saraiva BC, Nery JA, Martins RC, Sampaio EP. Cytokine mRNA expression in leprosy: a possible role for interferon-gamma and interleukin-12 in reactions (RR and ENL). Scand J Immunol 1999; 50(5):541-9.
- 9 Souza Lima LS, Maurano F. Reação leprótica. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional Lepra. Rio de Janeiro, 1949.