

Estudo comparativo entre a neuropatia hansenótica e as neuropatias periféricas mais freqüentes no nosso meio (*)

T. R. P. RODRIGUES (**)
R. D. AZULAY (***)
R. G. NEVES (****)

RESUMO — No diagnóstico diferencial da Neuropatia Hansenótica com as demais Neuropatias Periféricas verificamos que o distúrbio da sensibilidade objetiva e o espessamento do nervo periférico, representam os elementos mais importantes para o diagnóstico.

Termos indice: Neurite hansenica. Neuropatia hansenica. Neuropatia periférica.

Key words: Hansenic neuritis. Hansenic neuropathia. Peripheral neuropathia.

I — INTRODUÇÃO

O assunto tem grande interesse prático, pois as dificuldades de diagnóstico diferencial e a concomitância sindrômica são freqüentes. Assim, este estudo visa a uma possível sistematização e conceituação clínica, buscando os elementos semióticos e laboratoriais mais úteis de diferenciação das neuropatias periféricas.

Nem sempre existem dificuldades na identificação e separação da Neuropatia hansenótica das demais Neuropatias.

Há casos limítrofes, entretanto, que podem apresentar dificuldades para estabelecer um diagnóstico com segurança. A maioria dos casos são diagnosticados e tratados por Dermatologistas ou Hansenologistas. Ao Neurologista clinico compete a orientação diagnóstica precisa e a terapêutica dos demais tipos de Neuropatias periféricas.

Na opinião de Bechelli & Curban (2) "é difícil o diagnóstico de lepra na

(*) Trabalho realizado nos Serviços de Neurologia, Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Dermatologia (Coordenador Prof. R. D. Azulay) e Dermatologia da Faculdade de Medicina da UFF, patrocinado por Bolsa de Pesquisa do CNPq, na cidade de Niterói no ano de 1974.

(**) Bolsista do CNPq (Bolsa de Iniciação Científica). Interna do Serviço de Neurologia da Faculdade de Medicina da UFF.

(***) Catedrático da Disciplina de Dermatologia da UFF.

(****) Prof. Assistente da Disciplina de Dermatologia da UFF.

ausência de lesões cutâneas, às vezes até para neurologistas familiarizados com a moléstia". O diagnóstico é facilitado quando as lesões neurológicas tomam os membros superiores, inferiores e a face, apresentando quadro completo. Presente uma ou outra manifestação, o diagnóstico deve ser feito com muita cautela.

Julião (6) "considera que a grande dificuldade se apresenta nas formas *neuríticas puras*, mormente quando a sintomatologia é incompleta ou frustra".

"Na prática, proporcionam os maiores embaraços quanto ao diagnóstico diferencial com a lepra nervosa, certas variedades predominantemente tróficas de Neuropatias periféricas".

O grande número de Neuropatias periféricas estudadas no nosso Serviço facilitou a procura de uma sistematização, de uma conceituação objetiva e prática que auxiliasse principalmente o diagnóstico da Neuropatia hansenótica de indiscutível interesse clínico-epidemiológico.

II - MATERIAL E MÉTODOS

Foram examinados 17 pacientes, sendo 12 do sexo masculino e 5 do sexo feminino. Todos os pacientes foram submetidos a exame minucioso dermatológico, neurológico e clínico. Foram executadas três biópsias de nervo periférico, quatro biópsias de pele, três biópsias musculares, uma biópsia de pericárdio e uma biópsia hepática. As preparações histológicas foram submetidas às colorações de: Hematoxilina-Eosina, PAS e especiais para fibras nervosas.

Foram realizados alguns exames complementares, a saber: Hemograma

completo, Glicose, Uréia, Creatinina, Sorologia para lues, Exame parasitológico e Radiografia do Tórax.

Nos pacientes com suspeita de Neuropatia hansenótica foram feitos os testes da sudorese (acetilcolina, pilocarpina) e Teste do reflexo vasomotor (histamina).

Além dos exames citados acima foram feitos, em determinados pacientes, Eletrocardiograma, Raquicentese, Bacterioscopia, Eletroforese de Proteínas no Liquor e Hepatograma.

III - CASUÍSTICA

Nossa casuística é constituída por 17 pacientes, sendo 9 portadores de Neuropatia hansenótica e 8 de outras for-

mas de Neuropatias periféricas comuns no nosso meio.

IV - RESULTADOS

Análise dos casos estudados permitiu-nos apresentar os resultados mais interessantes no quadro abaixo:

Estudo de 17 casos de Neuropatias

periféricas de diversas etiologias de acordo com: a pesquisa dos reflexos profundos, da sensibilidade e do espessamento dos nervos.

Neuropatias hansenóticas e periféricas

Tipos de polineuropatias	Reflexos profundos	Nervos periféricos	Sensibilidade
Hansenótica	Abolidos — 2 Presentes — 4 Vivos — 2 Exaltados — 1	Espessados	Hipoestesia — 5 Anestesia — 3 Hiperestesia — 1
Etilica	Abolidos	Normais	Hiperestesia Hiperestesia Hipoestesia
Diabética	Abolidos	Normais	Hipoestesia
Diftérica	Abolidos	Normais	Normal
Porfirínica	Abolidos	Normais	Normal
Hidrazida	Vivos	Normais	Hiperestesia
Gulilian-Barré	Abolidos	Normais	Hipoestesia

V - COMENTÁRIOS

Tentamos uma sistematização e uma conceituação mais do ponto de vista neurológico, pois, conforme ressaltamos, estes casos são inicialmente examinados por Dermatologistas e Hansenologistas. O Neurologista, mesmo familiarizado com a moléstia, encontra às vezes, maiores problemas, para um diagnóstico de certeza.

Sendo primordialmente uma ectodermopatia, a Hanseníase mostra suas lesões dominantes na pele e no sistema nervoso periférico. Segundo Austregesilo (1), a forma neurítica mais freqüente da doença é a *oligoneurítica*; em nossa pesquisa tivemos a oportunidade de encontrar alguns casos da forma *mononeurítica*.

Segundo conceituados Dermatologistas e Neurologistas, para o diagnóstico da forma nervosa tomamos sempre como base :

1) a ocorrência de distúrbios da sensibilidade ;

2) espessamento de nervos. Os distúrbios da sensibilidade podem ser encontrados nas lesões cutâneas ou no território de distribuição dos nervos, que habitualmente são atingidos pelo bacilo.

Ao exame neurológico, o que se observa na maioria dos casos é uma dissociação siringomiélica da sensibilidade (termoanalgesia) no principio; mais tarde ocorre o comprometimento da sensibilidade táctil. Convém lembrar que nem sempre a alteração sensitiva é hipoestésica ou anestésica; pode não haver hiperestesia ao redor das zonas anestésicas. Esta hiperestesia pode estar vinculada ou não às formas clínicas, com transtornos subjetivos da sensibilidade, seja como parestesias ou nevralgias.

Bodechtel (3) considera na Neuropatia hansenótica, a primeira fase como *hiperestésica*, traduzindo distúrbio da sensibilidade. A seguir vem a fase hipoestésica e, finalmente, a anestésica.

Estes distúrbios serão tanto mais pronunciados quanto mais intenso e agudo o processo inflamatório do nervo. A hiperestesia plantar, por exemplo, pode ser de tal intensidade que impeça a marcha. A parestesia é outro distúrbio subjetivo importante e, segundo Rodrigues (11) : "num país onde a Lepra é endêmica, toda parestesia deve fazer suspeitar de Lepra".

As dores são muitas das vezes a primeira exteriorização sintomática e adquirem caráter leve ou severo. Quando são intensas constituem verdadeiras crises fulgurantes. Estas formas devidas a iniciação da Neuropatia nem sempre se acompanham de transtornos objetivos da sensibilidade ou de outra manifestação neurológica.

Os nervos periféricos encontram-se geralmente espessados na maioria dos casos examinados. A exploração deverá ser metódica, comparativa e realizada em posições adequadas; é necessário que o examinador disponha de prática na palpação de nervos normais, o que nem sempre acontece em virtude desta pesquisa não entrar na rotina do exame neurológico. O espessamento deverá ser investigado tanto na porção troncular dos nervos como nos seus ramos cutâneos, dada a freqüência com que esses dois trechos dos nervos são invadidos pelo processo hipertrófico. Na grande maioria das vezes, os nervos atingidos, além de hipertróficos, apresentam a consistência francamente modificada, mostram-se duros e tensos.

A Neuropatia hansenótica caracteriza-se por ser mais sensitiva do que motora. Na Hanseníase não se observam, em geral, formas propriamente

motoras, comparadas com as demais Neuropatias, pois encontram-se em íntima dependência de atrofia muscular. Tais formas são mais amiotróficas que paralíticas.

No diagnóstico da Hanseníase a pesquisa do bacilo foi *negativa* em todos os casos. A intradermoreação de Mitsuda foi *positiva*. A biópsia nervosa não foi realizada em quatro casos porque os pacientes apresentavam atrofia discreta, ou mesmo ausência de *atrofia* e não apresentavam nenhum espessamento de nervos superficiais. No caso do paciente que apresentava nódulos no trajeto do nervo radial, não nos foi possível realizar a biópsia nervosa sem provável comprometimento do nervo. Monrad-Krohn (9) chama a atenção sobre o cuidado que se deve ter ao atribuir uma paralisia radial a uma ação específica, do bacilo de Hansen em virtude da freqüência com que esse nervo pode ser afetado por outras causas: traumatismos, compressões, etc.

No caso 2 a biópsia nervosa não foi elucidativa.

No diagnóstico diferencial da Neuropatia hansenótica com as demais Neuropatias periféricas devem ser valorizados os seguintes itens:

- a) Os elementos fornecidos pela anamnese;
- b) a topografia e intensidade dos distúrbios tróficos motores e sensitivos.

Convém ressaltar a preferência com que na Hanseníase são atingidos os nervos cubital, ciático poplíteo externo e facial, e a integridade habitual do ciático poplíteo interno, donde a inexistência de amiotrofia dos gêmeos e conservação do reflexo aquileu.

c) o comportamento dos reflexos profundos — arreflexia profunda nas formas vulgares da Neuropatia: normalidade ou mesmo exaltação dos reflexos osteotendinosos na forma nervosa.

d) distúrbios sudorais — hiperhidrose freqüente nas Neuropatias habituais e anidrose na Hanseníase;

e) a hipertrofia dos nervos periféricos — fenômeno muito particular, sem dúvida o critério diferencial mais seguro, visto como em raras outras oportunidades pode ser presenciado o espessamento dos troncos nervosos.

Em estudos efetuados por Spina-França & Wilson Brotto (12), foram evidenciadas modificações do proteino

grama em outras doenças cujo quadro líquido clássico é também normal. O fato importante é a ocorrência de alterações das proteínas do soro Hanseníase. Nos casos por eles estudados houve aumento do teor de albumina; secundariamente ocorreram diminuição das globulinas alfa e beta. -Nos casos da forma tuberculóide houve aumento de beta globulinas do LCR. Na nossa casuística não foram evidenciadas tais alterações.

SUMMARY

In the differential diagnosis between Polyneuropathic Hanseniasis and other peripheral Polyneuropathies, we could confirm that the objective sensibility disorders and the dif

fusely thickened peripheral nerves are the most important elements for the diagnosis and Hanseniasis.

REFERENCIAS

1. AUSTREGESILO, A. *Troubles nerveux et mentaux dans les maladies tropicales*. Rio de Janeiro, F. Alves, 1928.
2. BECHELLI, L. M. & CURBAN, G. V. *Compêndio de dermatologia*. 3a. ed. S. Paulo, Atheneu, 1967.
3. BODECHTEL, G. *Diagnostico diferencial de las enfermedades neurológicas*. Madri, Paz Montalvo, 1967.
4. BRAGE, D. *Diagnostico diferencial de las enfermedades neurológicas con la lepra*. Buenos Aires, Omeba, 1963.
5. DASTUR, D. K. Cutaneous nerves in leprosy: the relationship between histopathology and cutaneous sensibility. *Brain*, 78:615-633, 1955.
6. JULIAO, O. F. *Contribuição para o estudo do diagnóstico clínico da lepra nervosa*. São Paulo, 1945. [Tese-Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.]
7. KONDO, K. Some problems of peripheral nerve disorder. Tuberculoid neural leprosy and its differential diagnosis. *Lâ Lepro*, 48 (3):191-214, 1974.
8. MERRIT, H. H. *A textbook of neurology*. 5th ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1973.
9. MONRAD-KROHN, G. H. *The neurological aspect of leprosy*. Kristiania, 1923.
10. PONS, A. P. *Enfermedades del sistema nervoso*. Barcelona, Salvat, 1973.
11. RODRIGUEZ, J. N. Studies on early leprosy in children of lepers. *Phillipine J. Sc.*, 81:115-145, 1926.
12. SPINA FRANÇA, A. & BROTTTO, W. Proteinograma do líquido cefalorraquidiano na lepra. *Arq. Neuro-Psiq.* 20 (4): 279-288, 1962.

Recebido para publicação em 25 de junho de 1976