

Ronita Rocelina Carvalhal  
Silva Soares<sup>1</sup>

Antônio Carlos Ceribelli Martelli<sup>2</sup>

Somei Ura<sup>3</sup>

## FENÔMENO DE LÚCIO – RELATO DE CASO

*Lucio's phenomenon - Case report*

### RESUMO

Relata-se do caso de um paciente de 60 anos, com hanseníase virchoviana sem tratamento prévio que apresentava há 3 anos quadros de "feridas" na perna. Procurou assistência médica sendo tratado como surtos de erisipela. Apresentava lesões características de Fenômeno de Lúcio evoluindo com necrose e ulcerações disseminadas, porém esta hipótese não foi definida nos serviços que frequentou anteriormente. Apresentava baciloscopia fortemente positiva e histopatologia com células parasitadas por bacilos álcool-ácido resistentes íntegros, trombose de vasos na derme papilar, proliferação endotelial compatível com Hanseníase Virchoviana - Fenômeno de Lúcio. Foi instituído tratamento multibacilar e corticoterapia ao paciente, porém, o mesmo faleceu possivelmente por complicações decorrentes de cirrose hepática, devido a hepatite B e alcoolismo em acompanhamento prévio.

### ABSTRACT

The case reports a patient of 60 years with previously untreated lepromatous leprosy who presented three years ago pictures of "injured" leg. It found medical aid being treated as outbreaks of erysipelas. A showed characteristic lesion of Lucio's phenomenon progressing to widespread necrosis and ulceration but this hypothesis has not been defined in the services that previously attended. Showed smear and histopathology strongly positive cells parasitized by acid-fast bacilli resistant

Soares RRCS, Martelli ACC, Ura S. Fenômeno de Lúcio – Relato de caso. Hansen Int 2009; 34(2): 47-52.

intact, thrombosis of vessels in the papillary dermis, endothelial proliferation consistent with lepromatous leprosy - Lucio's phenomenon. Was treated multibacillary and steroids to the patient, however, possibly even died from complications of liver cirrhosis due to hepatitis B and alcohol in advance monitoring.

### RELATO DO CASO

Paciente de 60 anos, lavrador aposentado, natural e procedente de Rondonópolis- MT. O paciente relatava que há 3 anos apresentava quadros de "feridas" na perna. Procurou assistência médica sendo tratado como surtos de erisipela(sic). Referia hipoestésias, obstrução nasal, perda de pêlos no corpo e madarose distal de sombrancelhas, neste mesmo período. Evoluiu com necrose e grandes ulcerações em face, orelhas, glúteos, membros superiores e inferiores, sendo então encaminhado ao Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL). Apresentava, também, infiltração difusa da pele e linfonodomegalia generalizada.

Relatou antecedentes de insuficiência hepática de-

Recebido em ??/??/20??.

Última correção em ??/??/20??.

Aceito em: ??/??/20??.

1 Médica do 3º ano de Residência em Dermatologia - ILSL. ronitar@ig.com.br

2 Médico Dermatologista - P Chefe de Seção em Serviços Técnicos de Saúde. martelli1@terra.com.br

3 Médico Dermatologista e Diretor Técnico II da Divisão de Ensino e Pesquisa - ILSL. pesquisa@ils.br, sura@ils.br

vido ao alcoolismo e hepatite B em acompanhamento prévio, porém, naquele momento, negava uso de quaisquer medicações. Negava casos de hanseníase na família. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, hipocorado, afebril. Notava-se ascite moderada, edema 3+ de membros inferiores e na ausculta respiratória estertoração bibasal. Realizou-se baciloscopia que foi fortemente positiva (4+), com bacilos álcool-ácido resistentes íntegros. Na histopatologia evidenciou-se infiltrado histiocitário em todos os componentes da epiderme; numerosos focos de necrose fibrinóide do endotélio e parede de vasos associados a necrose da epiderme; anexos cutâneos e tecido conjuntivo fibroadiposo compatível com Hanseníase Virchoviana – Fenômeno de Lúcio. Imunoensaio específico para *M. Leprae*-ML Flow foi positivo em 4+. Apresentou ultrassonografia de abdômem com ascite e hepatoesplenomegalia, e sorologia para hepatite B positiva.

Foi instituído tratamento com poliquimioterapia multibacilar associada a prednisona, porém, o mesmo faleceu, no 12º dia de internação devido a hemorragia digestiva alta incontrolável, possivelmente por complicações decorrentes da hepatite B, insuficiência hepática induzida pelo uso crônico de bebidas alcoólicas, ou até mesmo pela introdução da dapsona.

## DISCUSSÃO

Este caso demonstra aspectos rotineiros na evolução de pacientes com hanseníase em nosso país. Apresentava durante três anos ulcerações necróticas, infiltração difusa da pele, madarose distal de sombrancelhas, hipostesia, obstrução nasal e perda de pêlos. Estes sintomas poderiam ser característicos de outras doenças, entretanto, o diagnóstico de hanseníase deveria ser aventado

devida a alta prevalência de hanseníase em nosso meio, porém, foi tratado como surtos de erisipela<sup>1</sup>.

O Fenômeno de Lúcio é uma reação cutânea necrosante grave em pacientes com hanseníase virchoviana sem tratamento, caracterizada por surtos de lesões maculares eritemato-purpúricas dolorosas evoluindo com necrose e ulcerações<sup>2</sup>. Foi descrita primeiramente por Rafael Lúcio, como uma dermatose rara e restrita à pacientes com hanseníase de Latapi, como forma distinta de apresentação difusa monomodular da hanseníase virchoviana. Pode apresentar-se, também, com lesões necróticas em surtos, infartos marginais sépticos e dolorosos, podendo deixar cicatrizes<sup>3</sup>. Ulceração é comum, especialmente abaixo dos joelhos, variando de pequenas dimensões a grandes úlceras. Na realidade este quadro se assemelha a um grande queimado com conseqüente perda hidro-eletrolítica e protéica, possivelmente piorando o quadro clínico do paciente, pois o mesmo já apresentava sinais e sintomas de insuficiência hepática.

Observou-se baciloscopia fortemente positiva 4+ com bacilos íntegros e na histopatologia, observou-se células parasitadas por bacilos íntegros com trombose de vasos na derme papilar, proliferação endotelial e inflamação escassa<sup>4</sup>. É praticamente constante o encontro da luz vascular ocluída por trombose ou proliferação sub-endotelial e/ou endotelial nestes casos.

O tratamento preconizado consiste em poliquimioterapia multibacilar, corticosteróides de 0,5 - 1mg/Kg/dia associados ou não à talidomida. Há relatos de que as lesões cessam com 1 semana após início do tratamento, ou pode chegar ao óbito por alterações da crase sanguínea ou por sepsis<sup>5,6,7</sup>.



**Figura 1** Presença de extensas ulcerações em membros superiores.

**Figure 1** Presence of large ulcerations of the upper limbs.



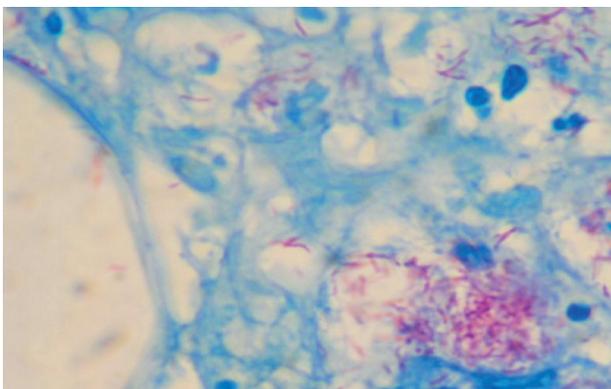
**Figura 2** Ulcerações, necrose e edema importante de membros inferiores.  
**Figure 2** Ulcerations, necrosis and severe edema of the lower limbs.



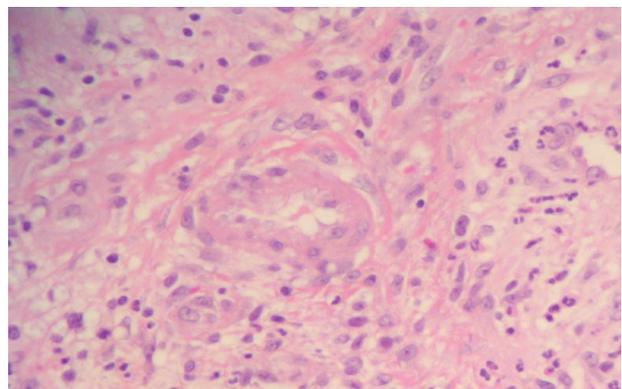
**Figura 3** Ulcerações e áreas de necrose disseminadas por todo corpo.  
**Figure 3** Ulcerations and areas of necrosis scattered throughout the body.



**Figura 4** Infiltração difusa da face, madarose distal de sobrancelhas, ulcerações em lóbulo de orelhas.  
**Figure 4** Diffuse infiltration of the face, distal madarosis eyebrows and ulcerations of the ear lobe.



**Figura 5** Presença de numerosos bacilos álcool-ácido resistentes na histopatologia  
**Figure 5** Presence of several acid-fast bacillus in histopathology.



**Figura 6** Infiltrado histiocitário em todos os componentes da epiderme; numerosos focos de necrose fibrinóide do endotélio e parede de vasos associados a necrose da epiderme.  
**Figure 6** Histiocytic infiltrate in all components of the epidermis, several foci of fibrinoid necrosis of vessel wall endothelium and associated necrosis of the epidermis.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Fleury RN, Ura S, Opromolla DVA. Fenômeno de Lúcio (eritema necrotizante). *Hansen Int.* 1995; 20(2) 60-65,
- 2 Azulay M, Spinelli L. Revendo a hanseníase de Lúcio e o Fenômeno de Lúcio. *Med- Cutan Iber Lat Am.* 2005; 33(3) 125-133.
- 3 Fillus JN, Fleischfresser I, Helmer KA, Kucharski E, Luciana D, Santamaria, JR. Fenômeno de Lúcio (eriteme necrosante) na gestação. *An Bras Dermatol* 2004; mar-abr 79(2): 205-210.
- 4 Júnior P, Martelli AC. Hanseníase de Lúcio. *An Bras Dermatol* 1993 jan.-fev 68(1): 33-40.
- 5 Fleury RN, Ura S, Opromolla, DVA. Fenômeno de Lúcio (eritema necrosante). *Hansenol Int* 2005; dez 20(2): 60-5.
- 6 Austen AF, Eisen AZ, Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Katz SI, Wolff K, et al. *Tratado de Dermatologia.* 5<sup>th</sup> ed. Revinter; 2005; p. 2306-17.
- 7 Sampaio S, Rivitti EA, *Dermatologia.* 3<sup>th</sup> ed. Artes Médicas; 2007; p. 625-652.

