

## AS "5 LESÕES" E OUTRAS QUESTÕES

### Editorial

Como um guia para a classificação clínica dos pacientes, a OMS simplesmente estabeleceu o seguinte: a) paucibacilares (PB) são aqueles que apresentam 2 a 5 lesões, assimetricamente distribuídas e com perda de sensibilidade bem definida; e b) multibacilares (MB) são os que exibem mais do que 5 lesões, com distribuição mais simétrica e perda de sensibilidade.

Um grande número de pessoas, porém, não consegue separar o que são medidas de ordem operacional que visam ao bom desempenho de ações para solucionar o problema terapêutico de massa do que é tratamento individual dos pacientes.

A OMS também definiu que os pacientes paucibacilares seriam os casos indeterminados e tuberculóides, e os multibacilares englobariam os dimorfos e virchovianos. Essa classificação deveria ser utilizada no campo, onde não há acesso ao exame histopatológico, nem ao teste de Mitsuda e também, muitas vezes, sem a possibilidade de contar com um exame bacteriscópico confiável ou nem mesmo de realizá-lo. Além do mais em vários lugares do mundo a classificação dos pacientes está entregue ao pessoal paramédico.

As medidas terapêuticas de ordem sanitária visam, é claro, à cura de todos os pacientes, mas fundamentalmente dos multibacilares que são responsáveis pela manutenção da endemia. Desta maneira, no momento do diagnóstico, é preferível considerar um caso como multibacilar quando ele realmente é um caso mais benigno, do que rotular como paucibacilar um paciente que tem tendência a uma evolução mais grave. Assim a OMS, para evitar que se erre o menos possível, criou artifícios para considerar os pacientes como PB ou MB em locais sem acesso a nenhum exame laboratorial para diagnóstico. Um deles é considerar como multibacilares os pacientes com mais de 5

lesões. Da mesma maneira, em lugares onde é possível um exame baciloscópico, um exame positivo, seja qual for o grau de positividade, já é suficiente para rotular o caso como multibacilar.

É compreensível que se haja desta maneira em regiões desprovidas de qualquer recurso. Mas essas medidas em centros que têm acesso a quase todos os meios diagnósticos, como é o caso do estado de São Paulo e vários outros estados de nosso país, que é o segundo do mundo em número de casos de hanseníase, gera no mínimo muita confusão.

Para começar, as pessoas responsáveis pelo diagnóstico e tratamento dos pacientes são, na grande maioria dos casos, médicos. Muitos deles participaram de cursos onde aprenderam que há muitos casos de evolução benigna, com tendência a cura espontânea, que apresentam 5, 6, 7 lesões ou mais. Eles também ficaram sabendo que casos como estes, de mais do que 5 lesões e evolução favorável, podem apresentar baciloscopia positiva no momento do diagnóstico e os bacilos acabam por desaparecer mesmo sem nenhum tratamento. Para complicar ainda mais, muitos de nossos técnicos, que trabalham na rede de serviços de saúde pública, tem a possibilidade de realizar exames histopatológicos. Quando o fazem e o resultado mostra um infiltrado específico com baciloscopia positiva somente dentro de filetes nervosos ficam na dúvida em classificar os casos em PB ou MB. Se isso acontece com alguns médicos, com outros pode ocorrer o inverso, e eles acabam assimilando e incorporando em seus conceitos o que é sugerido em nível internacional. Consequentemente se eles forem formadores de opinião e se forem responsáveis por treinamento geram mais conflitos.

Por outro lado, para a OMS, a situação é também bastante cômoda. Os casos paucibacilares que englobam os indeterminados e tuber-

culóides, dos quais a maioria tem tendência à cura espontânea, mostram um Ótimo resultado da PQT nesses casos. Diga-se de passagem que seria muito interessante saber se entre as poucas recidivas observadas em casos PB (1,07%) não estariam incluídos os casos indeterminados Mitsuda negativos que provavelmente seriam aqueles rotulados como erros de classificação.

Outra situação tranqüila é a daqueles casos indeterminados (PB) que após o início do tratamento, durante este, ou mesmo após a alta, apresentam subitamente um grande número de lesões eritematosas, agudas. Durante essas manifestações podem ocorrer lesões neurais, que podem levar a incapacidades. Mesmo admitindo-se que as únicas manifestações da doença foram as lesões indeterminadas iniciais e aquelas lesões agudas com ou sem comprometimento de nervos, estes casos, como respondem a corticoterapia, são rotulados como reações tipo I. Eles inclusive podem apresentar bacilos seja através da baciloscopia, seja através de exames histopatológicos, mas

como estes exames não são realizados no campo, em muitos países endêmicos, esses casos são considerados como portadores de reações imunológicas e não como piorados da doença. É claro que essa atitude contribui para melhorar a estatística de bons resultados terapêuticos.

Isto não quer dizer que a multidrogaterapia não seja eficiente. O que preocupa é que muitas decisões são tomadas em cima desses dados, que às vezes não correspondem a realidade. É importante que haja um consenso na interpretação de alguns fatos clínicos que ocorrem durante o tratamento da hanseníase, tais como a reação tipo I e outros. Se começarmos a aceitar passivamente proposições como "mais de 5 lesões é igual a hanseníase multibacilar" e de que os corticoesteróides servem para distinguir entre o que é uma reação e o que é uma recidiva, estaremos correndo o risco de começar a descrever uma nova doença.

D. V.A. Opromolla