

ALTERAÇÕES UNGUEAIS ESPECÍFICAS DA HANSENÍASELilian Emiko Kato ¹
Sadamitsu Nakandakari ²

RESUMO - Alterações ungueais na hanseníase podem ser observadas em mais de 60% dos pacientes e são caracterizadas por hiperkeratose ungueal, onicogribose, micrôniquia, anôniquia, onicorréxis, sulcos de Beau e pterígeo ungueal. Tais alterações podem ser decorrentes da anestesia provocada pela neuropatia periférica hansênica, traumas repetitivos, deficiência vascular periférica e infecções, podendo haver associação de fatores. Os autores observaram em 4 pacientes com hanseníase virchoviana ativa, infiltração difusa dos dedos de mãos e pés, hiperplasia do leito ungueal, lâmina ungueal adelgada e onicorréxis. A biópsia do leito ungueal demonstrou infiltrado virchoviano com grande número de bacilos álcool-ácido-resistentes, e os autores concluíram que provavelmente as lesões eram específicas e originadas da compressão da matriz pelo exuberante infiltrado celular.

Palavras-chave: Doenças da unha. Hanseníase.

INTRODUÇÃO

Na hanseníase virchoviana já foram observadas lesões específicas comprovadas histopatologicamente em pele, couro cabeludo, mucosas, vísceras, medula óssea e troncos nervosos.

Em relação às alterações ungueais em portadores de hanseníase, sabemos que são sinais comuns, acometendo mais de 60% dos pacientes¹. Geralmente são secundárias a ferimentos e traumas repetitivos de mãos e pés devido à anestesia secundária à neuropatia periférica hansênica. Dentre as distrofias ungueais mais freqüentes, observam-se hiperkeratose ungueal, onicogribose, micrôniquia, anôniquia e sulcos de Beau.

No Instituto Lauro de Souza Lima, observamos em 4 pacientes com hanseníase virchoviana ativa, alterações ungueais inco-

muns, caracterizadas por hiperplasia do leito ungueal, lâmina ungueal adelgada e onicorréxis. Realizamos biópsias do leito ungueal, que demonstraram infiltrado virchoviano com baciloscopia positiva. Este fato fala a favor de que essas alterações possam ser diretamente decorrentes do comprometimento inflamatório específico.

RELATO DOS CASOS**CASO 1**

J.B.P.N., masculino, 45 anos, com diagnóstico de hanseníase virchoviana, virgem de tratamento, apresentava madarose ciliar e supraciliar, desabamento da pirâmide nasal, infiltrado no palato mole, infiltração difusa da pele e numerosos hansenomas no tronco. Índice baciloscópico 5+, com 1% de bacilos

¹Médica Dermatologista de Uberlândia-MG e ex-residente de dermatologia do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL), Bauru - SP

²Chefe da Seção de Dermatologia do ILSL - C. Postal 62 - 17001-970 - Baum -SP - E-mail: biblioteca@iisl.br

viáveis. Apresentava infiltração difusa dos dedos de mãos e pés, hiperplasia do leito ungueal, lâmina ungueal fina, onicorréxis (Figuras 1 e 2). A biópsia do leito ungueal evidenciou infiltrado virchoviano com baciloscopia 6+.

CASO 2

O.L., masculino, 67 anos, portador de hanseníase virchoviana, ao procurar nosso Serviço, já se encontrava em tratamento com dapsona 100mg/dia e rifampicina 600mg/dia por 3 meses. Ao exame apresentava madarose supraciliar parcial e ciliar total, infiltrado em palato mole e pilar anterior, retração da úvula, ginecomastia, infiltração cutânea difusa, "pés caídos" bilateralmente, sem ulcerações. Índice baciloscópico 5+ e presença de bacilos viáveis. Apresentava infiltração difusa dos dedos de mãos e pés, de forma simétrica, hiperplasia subungueal acentuada (Figura 3), lâmina ungueal adelgada e frágil. O exame histopatológico do leito ungueal mostrou infiltrado virchoviano com baciloscopia 6+ (bacilos típicos e granuloses).

CASO 3

J.L.P., masculino, 41 anos, portador de hanseníase virchoviana, virgem de tratamento, caracterizada por madarose ciliar e supraciliar, rarefação difusa dos pêlos, infiltrado no palato mole, infiltrado cutâneo difuso e hansenomas no tronco e membros. Índice baciloscópico 5+ com 2% de bacilos típicos. Apresentava infiltração difusa de mãos e pés, lâmina ungueal adelgada, onicorréxis e hiperplasia subungueal. A histopatologia do leito ungueal mostrou hanseníase virchoviana ativa e em progressão, com baciloscopia 6+ e presença de bacilos típicos (Figuras. 4, 5 e 6).

CASO 4

M.F., masculino, 66 anos, com diagnóstico de hanseníase virchoviana sem tratamento, apresentava madarose ciliar e supraciliar, ausência de pêlos nos membros

superiores e inferiores, infiltração difusa da pele, espessamento do nervo ulnar esquerdo, com áreas anestésicas na mão esquerda, porém sem deformidades, e infiltrado no palato mole. Índice baciloscópico 5+. Apresentava infiltração de mãos e pés, hiperplasia subungueal e onicólise. A biópsia do leito ungueal demonstrou infiltrado virchoviano com baciloscopia positiva.

DISCUSSÃO

É comum se observar distrofias ungueais em pacientes portadores de hanseníase. Já em 1941, Pardo-Castelló² descreveu unhas em "cumieira de telhado" caracterizadas por retração central da borda livre da unha, com formação de um levantamento longitudinal ântero-posterior, que chega até a raiz ungueal.

Há alterações ungueais provavelmente de caráter neurotrófico na hanseníase, em geral acompanhadas de fenômenos de reabsorção óssea, perda da orientação e encurtamento dos dedos^{4,5}. Patki^{8,9} relatou o caso de um paciente com hanseníase dimorfotuberculóide que apresentou lesões de pterígeo ungueal inverso que relacionou a traumas devidos à anestesia. Bechelli¹ relata manifestações neurotróficas da hanseníase como onicoatrofia, onicorréxis, sulcos de Beau, microníquia, anoníquia, hiperkeratose ungueal e escleroníquia. Raramente há paroníquia, com fenômenos inflamatórios intensos sem dor e com eliminação da unha e até de fragmentos ósseos (panarício analgésico de Morvan).

Se por um lado é relativamente freqüente a referência as lesões ungueais relacionadas ao comprometimento neurológico na hanseníase, os autores não se detêm em procurar alterações das unhas que sejam causadas especificamente pelos bacilos de Hansen e o infiltrado virchoviano. Sabe-se que as lesões virchovianas são mais acentuadas nas extremidades e mesmo se preconizou a colheita de material para a baciloscopia da polpa digital, porque ali os bacilos estariam sempre presentes e sua quantidade seria maior¹⁰. Mas com relação a presença do



Fig. 1 - Caso 1: Infiltração da mão direita, com distrofias ungueais do 2º, 3º, 4º e 5º dedos.



Fig. 2 .Caso 1: Lâminas ungueais adelgaçadas, onicorréxis e retração central da borda livre da unha do 4º dedo, dando aspecto de cumieira de telhado.



Fig. 3 .Caso 2: 1 liperplasia acentuada do leito ungueal com adelgaçamento da lâmina ungueal.

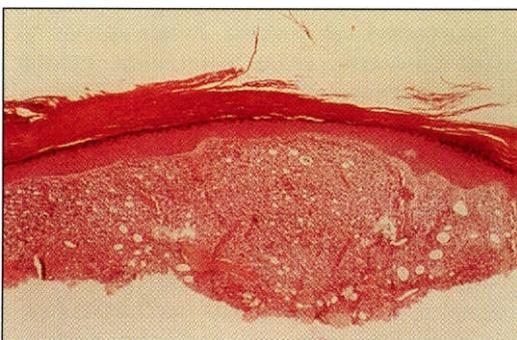


Fig. 4 .Biópsia de leito ungueal: epiderme com hiperqueratose; infiltrado granulamatoso difuso em toda derme (H.E., aumento original de 40x).

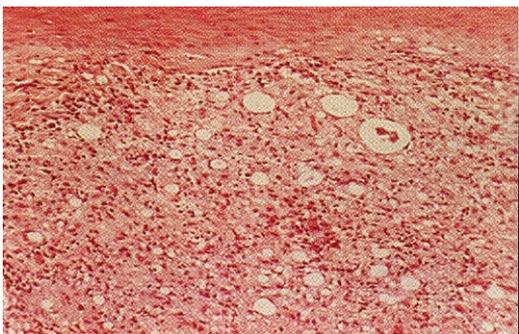


Fig. 5 .Detalhe da biópsia anterior: infiltrado granulamatoso constituído por numerosos histiócitos volumosos e vacuolizados (H.E., aumento original de 100x).

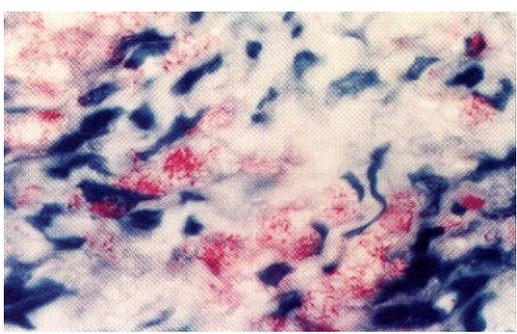


Fig. 6 .Biópsia de leito ungueal: nítida presença de bacilos típicos e granulosos no interior de histiócitos (Faraco-Fite: aumento original de 400x).

infiltrado específico ao nível do leito ungueal e ao redor da matrix e o seu possível papel na origem de deformidades da unha praticamente nada tem sido descrito, pelo menos até onde foi investigado na literatura ao nosso alcance.

Apesar de 2 de nossos pacientes (casos 2 e 4) apresentarem alterações da sensibilidade, os mesmos não mostraram evidências de comprometimento neurotrófico mais intenso das extremidades que justificassem as distrofias ungueais. Sabe-se que em pacientes virchovianos nas fases mais ativas e iniciais da doença, o comprometimento neurológico não é tão intenso.

Têm sido descritas alterações ungueais devido à deficiência vascular periférica na hanseníase⁶. O comprometimento específico na hanseníase virchoviana atinge apenas os vasos dérmicos, vasos do tecido celular subcutâneo, e eventualmente veias periféricas mais calibrosas. Esse comprometimento é restrito às fases mais ativas da doença. No referente ao acometimento arterial, este se restringe às pequenas artérias do plexo dérmico profundo. Não se pode excluir o envolvimento vascular como causa de alterações tróficas ungueais na hanseníase, principalmente naqueles pacientes onde a cronicidade do comprometimento da pele e do tecido celular subcutâneo nas extremidades ungueais, provoca um estado de fibrose e edema linfático, acompanhando os plexos neuro-vasculares, o que é pouco provável nos pacientes estudados aqui.

O exame histopatológico do leito ungueal, em nossos casos, mostrou importante infiltrado virchoviano e uma grande quantidade de bacilos, o que, por si só, justifica a hiperplasia do leito ungueal. Nesses pacientes provável que as alterações ungueais derivem

da ação compressiva do granuloma virchoviano sobre o leito e a matriz ungueais⁷. Assim, como em outras localizações cutâneas, a infiltração virchoviana intensa se acompanha de atrofia epidérmica, e é provável que isso também ocorra na matriz ungueal, prejudicando os fenômenos proliferativos ou de diferenciação celular, necessários à formação da lâmina.

O fato de muitos pacientes com intensa infiltração das mãos não apresentarem distrofias ungueais aparentes, ou de que em alguns casos há lesões em algumas unhas e em outras não, pode estar ligado ao que acontece com o comprometimento do couro cabeludo na hanseníase. O couro cabeludo, da mesma maneira que o leito ungueal, está unido aos planos mais profundos por traves fibrosas verticais que delimitam compartimentos de tecido conjuntivo, que não conseguem se distender muito quando um infiltrado celular vai se acumulando no seu interior³. No caso da hanseníase virchoviana observa-se infiltrados específicos com bacilos na derme do couro cabeludo em todos os casos, mas somente alguns apresentam clinicamente áreas infiltradas com alopecia mais ou menos acentuada, que podem estar relacionadas com a intensidade dos infiltrados e a maior ou menor distensão das lojas conjuntivas levando ao comprometimento dos bulbos pilosos⁷.

No caso das unhas aconteceria provavelmente o mesmo fenômeno. É possível que todo o paciente virchoviano apresente algum grau de infiltração específica da derme da região da unha, mas só haverá repercussão clínica, com distrofia da lâmina, naqueles casos em que essa infiltração seja intensa o bastante para provocar a hiperplasia do leito ungueal e também a compressão da matriz.

SUMMARY - Ungual alterations in Hansen's disease may be observed in over 60% of the patients and are characterized by subungual keratosis, onychogryphosis, mycronychia, anonychia, onychorrhaxis, Beau's lines and unguial pterygium. Such alterations may be the consequent to the anesthesia caused by Hansen's disease peripheral neuropathy, repetitive trauma, peripheral vascular insufficiency, infections, and associated factors. The authors presented 4 lepromatous patients without previous treatment with diffuse infiltration in the fingers and toes, hiperplasia of the nail bed, thinned nail plate and onychorrhaxis. Biopsy of the nail bed showed lepromatous infiltration with numerous acid fast bacilli. The authors suggested that the nail dystrophies may be caused by pressure of the specific infiltration on the nail matrix.

Key-words: Nail diseases; leprosy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BECHELLI, L.M., CURBAN, G. V. **Compêndio de dermatologia**. São Paulo: Atheneu Editora, 1988 608 p.
2. CASTELLÓ, V.P. **Nociones de dermatología y sífilo-grafia**. Habana: Cultural, 1941. 622 p.
3. FLEURY, R.N., OPRMOLLA, D.V.A., TOLENTINO, M.M. et al. Hanseníase virchoviana do couro cabeludo. **Hansen. Int.**, v.1, n.1, 1976.
4. HASTINGS, R.C. **Leprosy**. Bristol: Livingstone Churchill, 1994. p. 210-223, 237-287, 306 - 307.
5. JOPLING, W.H., MCDUGALL, **A.C. Manual de hanseníase**. São Paulo: Atheneu, 1991. p.30-31
6. KAUR, S., WAHI, P.L., CHAKRAVARTI, R.N., ET AL. Peripheral vascular deficit in leprosy. **int. J. Leprosy**, v.44, p.332-339, 1976.
7. KOLB, R.E., GROSSMAN, M.E. Pterygium formation due to sarcoidosis. **Arch. Dermatol.**, v.121, p.276-277, 1985
8. PATKI, A.H. , Pterygium inversum unguis in a patient with leprosy. **Arch Dermatol.**, v.126, p.11101111, 1990.
9. PATKI, A H., BARON, R. Significance of nail changes in leprosy: a clinical review of 357 cases. **Semin. Dermatol.**, v.10, p.77-81, 1991.
10. RIDLEY, M., JOPLING, W.H., RIDLEY, S., Acid fast bacilli in the fingers of long-treated lepromatous patients. **Leprosy Rev.**, v.47, p.93-96, 1976.