



Máculas hiperpigmentadas delimitadas por borda hipopigmentada em um caso de hanseníase virchowiana: uma apresentação atípica

Hyperpigmented macules surrounded by hypopigmented rim in a case of lepromatous leprosy: an atypical presentation

Máculas hiperpigmentadas delimitadas por un borde hipopigmentado en un caso de lepra lepromatosa: una presentación atípica

Sabha Mushtaq ¹

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Mushtaq S. Hyperpigmented macules surrounded by hypopigmented rim in a case of lepromatous leprosy: an atypical presentation. *Hansen Int.* 2024;49:e40192. doi: <https://doi.org/10.47878/hi.2024.v49.40192>

INFORMAÇÕES DE CONTATO:

Sabha Mushtaq
Universidade de Jammu
e-mail: smqazi.gmc@gmail.com

EDITOR-CHEFE:

Dejair Caitano do Nascimento

EDITORA-ASSISTENTE:

Fabiana Covolo de Souza Santana

RECEBIDO EM: 29/12/2023

ACEITO EM: 18/09/2024

PUBLICADO EM: 22/11/2024

¹ Universidade de Jammu, Faculdade de Medicina do Governo, Hospital Sri Maharaja Gulab Singh, Departamento de Dermatologia, Venerologia e Leprologia, Jammu, Índia. 

RESUMO

Introdução: a hanseníase é uma doença infecciosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, apresentando lesões cutâneas e espessamento de nervos. As lesões cutâneas variam de máculas/placas hipopigmentadas anestésicas a pápulas, placas e nódulos eritematosos, a depender do tipo de hanseníase. Lesões hiperpigmentadas raramente são relatadas na hanseníase. Por outro lado, lesões hipopigmentadas são comumente observadas. Entretanto, a hipopigmentação perilesional é uma ocorrência rara na hanseníase. A hipopigmentação perilesional, denominada de anel de Woronoff, é encontrada como um halo ao redor das lesões de psoríase em resolução. Um fenômeno semelhante denominado de fenômeno do halo



é observado em associação com vários tumores de pele. **Descrição do caso:** descrevemos um caso raro de hanseníase, apresentando lesões hiperpigmentadas delimitada por uma borda perilesional hipopigmentada.

Palavras-chave: Hanseníase. Poliquimioterapia. Anel de Woronoff's. Halo hipopigmentado. *Mycobacterium leprae*.

ABSTRACT

Introduction: leprosy is a chronic infectious mycobacterial disease caused by *Mycobacterium leprae*. It primarily involves the skin and nerves, presenting with skin lesions and nerve enlargement. The skin lesions vary from hypopigmented, anesthetic macules/plaques to erythematous papules, plaques, and nodules, depending upon the type of leprosy. Hyperpigmented lesions in leprosy are rarely reported. Although hypopigmented lesions are commonly seen, perilesional hypopigmentation is a rare occurrence in leprosy. Perilesional hypopigmentation is seen as Woronoff's ring around resolving lesions of psoriasis. A similar phenomenon called the halo phenomenon is associated with various skin tumors.

Case presentation: we describe a rare presentation of a leprosy case with hyperpigmented lesions surrounded by a perilesional hypopigmented halo.

Keywords: Leprosy. Multidrug therapy. Woronoff's ring. Hypopigmented halo. *Mycobacterium leprae*.

RESUMEN

Introducción: la lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*. Afecta principalmente a la piel y a los nervios periféricos, con lesiones cutáneas y engrosamiento de los nervios. Las lesiones cutáneas varían de máculas/placas hipopigmentadas anestésicas a pápulas, placas y nódulos eritematosos, según el tipo de lepra. Las lesiones hiperpigmentadas son poco frecuentes en la lepra. En cuanto a las lesiones hipopigmentadas, son frecuentes. Sin embargo, la hipopigmentación perilesional es rara en la lepra. La hipopigmentación perilesional, llamada anillo de Woronoff, se encuentra como un halo alrededor de las lesiones de psoriasis que se resuelven. Un fenómeno similar llamado fenómeno de halo se observa en asociación con diversos tumores cutáneos. **Descripción del caso:** describimos un caso poco frecuente de lepra, que presenta lesiones hiperpigmentadas delimitadas por un borde perilesional hipopigmentado.

Palabras clave: Lepra. Terapia Multimedicamentosa. Anillo de Woronoff. Halo Hipopigmentado. *Mycobacterium leprae*.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, ou doença de Hansen, pode se apresentar com várias lesões cutâneas comumente descritas como hipopigmentadas, acobreadas ou eritematosas. A morfologia e a distribuição das lesões variam de acordo com o tipo de hanseníase^{1,2}. Tanto as lesões hiperpigmentadas quanto a hipopigmentação perilesional foram raramente relatadas na hanseníase. Descrevemos um caso raro com esses dois achados.

APRESENTAÇÃO DE CASO

Um homem de 66 anos apresentou queixas principais de lesões cutâneas no tronco e nos membros, além de perda de sensibilidade nas mãos e nos pés por nove meses. Não havia histórico de queixas semelhantes na família. Ao exame, múltiplas máculas hiperpigmentadas, tendendo a ser confluentes, foram observadas no tronco e nos membros (Figura 1). As lesões estavam distribuídas simetricamente e poucas apresentavam perda parcial de sensibilidade à temperatura e à dor. O dorso da pele estava brilhante e infiltrado. Os nervos ulnar bilateral, cutâneo radial e poplíteo lateral estavam aumentados e com ausência de sensibilidade. O exame sensorial revelou anestesia em “luvas e meias” nas mãos e nos pés. O exame motor estava normal. A baciloscopia foi positiva para bacilos álcool-ácido resistentes. Foi feito o diagnóstico de hanseníase virchowiana e uma biópsia de pele retirada do centro hiperpigmentado e da borda periférica hipopigmentada foi enviada para exame histopatológico.

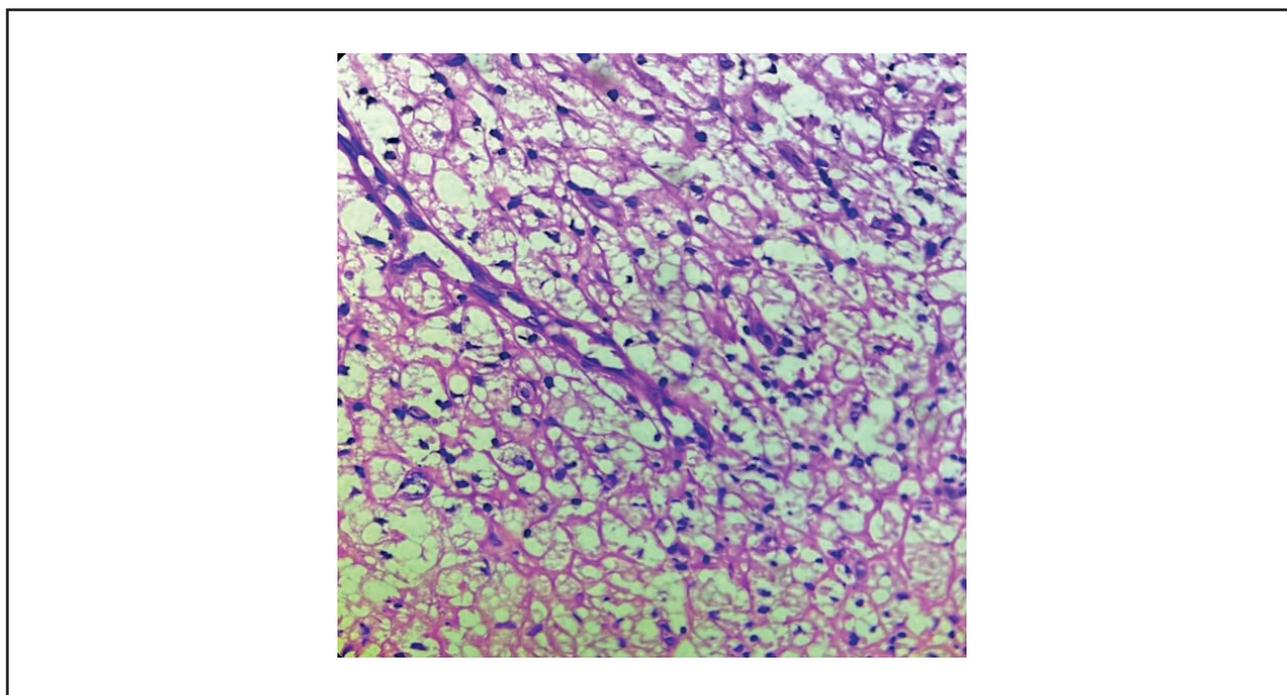
Figura 1 – Máculas hiperpigmentadas circundadas por borda hipopigmentada perilesional no dorso.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Ambos mostraram na zona de Grenz subepidérmica, macrófagos espumosos e linfócitos dispersos, consistentes com o diagnóstico de hanseníase virchowiana (Figura 2). As colorações especiais para melanina não puderam ser realizadas devido à falta de disponibilidade em nosso centro. O paciente começou a receber a poliquimioterapia multibacilar da Organização Mundial da Saúde (OMS), composta por doses mensais supervisionadas de rifampicina 600 mg, clofazimina 300 mg, dapsona diária 100 mg e clofazimina 50 mg.

Figura 2 – Fotomicrografia mostrando a zona de Grenz subepidérmica, macrófagos espumosos e linfócitos dispersos (H e E, 100x).



Fonte: Elaborado pelo autor.

DISCUSSÃO

As lesões cutâneas na hanseníase podem ter cores variadas, comumente descritas como hipopigmentadas, acobreadas ou eritematosas^{1,2}. A hiperpigmentação pode ocorrer, mas geralmente é pós-inflamatória, associada a reações hansênicas ou secundária ao tratamento com medicamentos como a clofazimina ou a minociclina^{3,4}. As lesões primárias da hanseníase geralmente não são hiperpigmentadas, e apenas alguns casos desse tipo foram relatados na literatura³⁻⁹. A maioria desses relatos é de hanseníase dimorfa-tuberculóide que apresenta máculas e manchas hiperpigmentadas⁴⁻¹⁰. Um dos pacientes no relato de Singh et al. também apresentou hipopigmentação perilesional além das máculas hiperpigmentadas⁵. Uma pesquisa na literatura revelou apenas um único caso de hanseníase dimorfo-virchowiana com esse tipo de lesão por Abideen et al.³. Neste relato, o paciente tinha máculas hipopigmentadas

e hiperpigmentadas. As máculas hiperpigmentadas também apresentavam um halo de hipopigmentação perilesional ao redor delas. A histopatologia de pacientes com lesões hiperpigmentadas e hipopigmentadas, usando colorações especiais, revelaram um leve aumento nos melanócitos e uma leve diminuição nos grânulos de melanina, respectivamente³. A causa da hiperpigmentação nas lesões primárias da hanseníase ainda não foi elucidada. Algumas hipóteses propostas incluem a ativação de melanócitos devido ao aumento da regulação de fatores estimulantes, como o fator de crescimento de hepatócitos, o fator de células-tronco e o fator de crescimento de fibroblastos⁴. Acredita-se que as lesões primariamente hipopigmentadas na hanseníase se devam à transferência defeituosa de melanina dos melanócitos para os queratinócitos¹¹, à destruição e à inibição dos melanócitos devido à multiplicação bacilar, à infiltração e ao dano neural¹² e à liberação de mediadores neuroquímicos decorrente do dano neural¹³. Contudo, a causa da hipopigmentação perilesional não é exatamente conhecida. No único caso de hanseníase dimorfa-virchowiana relatado por Abideen et al., a transferência defeituosa de melanina para os queratinócitos foi proposta como a causa da hipopigmentação perilesional com base na imuno-histoquímica (IHC) e em colorações especiais na histopatologia³. No presente caso, não foi possível realizar IHC ou coloração especial devido à falta de disponibilidade. Na pesquisa bibliográfica, não foi possível encontrar nenhum caso de hanseníase virchowiana com apresentação semelhante.

CONCLUSÃO

As lesões primárias da hanseníase são caracteristicamente descritas como hipopigmentadas, eritematosas ou acobreadas. Lesões hiperpigmentadas foram raramente relatadas, e a maioria desses casos é de hanseníase dimorfa-tuberculoide. Relatamos uma apresentação rara de hanseníase virchowiana com máculas hiperpigmentadas e hipopigmentação perilesional.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: *Mushtaq S* contribuiu para a coleta de dados, interpretação, redação e revisão crítica do conteúdo deste manuscrito.

DISPONIBILIDADE DE DADOS E MATERIAL: *não aplicável.*

CONFLITOS DE INTERESSES: *os autores não têm conflitos de interesses a declarar.*



APROVAÇÃO ÉTICA E CONSENTIMENTO INFORMADO: *o paciente forneceu consentimento informado por escrito. Não foi necessária aprovação institucional; os autores respeitaram os princípios éticos recomendados por Helsinque e a legislação em vigor no país para a publicação deste trabalho.*

FINANCIAMENTO: *não aplicável.*

PREPRINT: *não aplicável.*

TRADUÇÃO: *English Hall. Tradução subsidiada pelo Alliance Against Leprosy Institute em parceria com a Revista Hansenologia Internationalis: hanseníase e outras doenças infecciosas.*

REFERÊNCIAS

1. Jopling WH, McDougall AC. Handbook of Leprosy. 5th ed. New Delhi: CBS Publishers; 1996. p. 1-7.
2. Kumar B, Dogra S. Case definition and clinical types of leprosy. In: Kumar B, Kar HK. IAL Textbook of leprosy. 2nd ed. New Delhi: Jaypee; 2017. p. 238-50.
3. Abideen F, Balakrishnan S, Sindhu CB, George S, Sanker A. A unique case of borderline lepromatous leprosy presenting with both hypopigmented and hyperpigmented macules. Lepr Rev. 2021;92(4):412-20. doi: <https://doi.org/10.47276/lr.92.4.412>.
4. Arakkal GK, Vani S, Kasetty HK, Varala S. Leprosy: an unusual presentation. Int J Med Public Health. 2015[cited 2023 Jun 15];5(1): 118-20. Available from: <https://www.ijmedph.org/Uploads/Volume5Issue1/IntJMedPubHealth-5-1-118.pdf>.
5. Singh SN, Gardin HK, Bhattamishra AB. Hyperpigmented lesions in Hansen's disease. Indian J Dermatol. 1999;44(4):215-6.
6. Chattopadhyay SP, Gupta CM. Primary hyperpigmented cutaneous lesions in tuberculoid leprosy. Indian J Lepr. 1988;60(1):63-5.
7. Mehta VR. The primarily pigmented tuberculoid leprosy. Int J Lepr. 1984;52(Suppl):687-8.
8. Okhandiar RP, Sinha E, Sinha RK. Leprous lesion with hyperpigmented border. Indian J Lepr. 1985;57:640-3.



9. Grover S, Singh G, Dash K. Primary hyperpigmented palmar lesion: a rare presentation of borderline tuberculoid leprosy. *Indian J Lepr.* 1997;69:191-3.
10. Awali R, Chandrasekar PH. Hyperpigmented macule on the palm and diminished sensation. *J Am Med Assoc.* 2018;320(19):2029-30. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14701>.
11. Shereef PH, Thomas M. Hypopigmented macules in leprosy: a histopathological and histochemical study of melanocytes. *Indian J Lepr.* 1992;64(2):189-91. Erratum in: *Indian J Lepr.* 1992;64(3):301.
12. Van Brakel WH. Peripheral neuropathy in leprosy and its consequences. *Lepr Rev.* 2000;71(Suppl.1):146-53. doi: <https://doi.org/10.5935/0305-7518.20000086>.
13. Kumar P, Sawant SS, Das A. A curious case of lepromatous leprosy developing complete loss of pigmentation, followed by reappearance of pigmentation with multidrug therapy (MDT) alone: a support of neural theory of vitiligo pathogenesis? *Indian J Lepr.* 2018[cited 2023 Jul 25];90:155-9. Available from: [https://www.ijl.org.in/published-articles/14092021150718/8_P_Kumar_et_al_\(CR\)_\(155-159\).pdf](https://www.ijl.org.in/published-articles/14092021150718/8_P_Kumar_et_al_(CR)_(155-159).pdf).

