

HANSENÍASE: CARACTERÍSTICAS GERAIS

Fernanda Marques Batista Vieira

A Hanseníase com agente etiológico *Mycobacterium leprae* é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, é transmitida de forma inter-humana, as vias respiratórias superiores são os principais locais de eliminação e penetração dos bacilos. A partir da Hanseníase Indeterminada, os pacientes sem tratamento evoluem para a forma polar tuberculóide, se tiverem boa resistência ao *Mycobacterium leprae* ou para a forma *Virchowiana* se não tiverem boa resistência. O diagnóstico da Hanseníase é realizado pela somatória de exames clínicos e laboratoriais e como tratamento sugere-se um esquema de poli-quimioterapia padrão (PQT) dependendo de sua classificação.

Palavras-chave: Hanseníase, tratamento, classificação.

INTRODUÇÃO:

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*. Manifesta-se principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológico, é curável se diagnosticada e tratada precocemente.

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas, deformidades e invalidez.

O *Mycobacterium leprae* foi identificado em 1873, pelo médico norueguês, Gerhardt Hønik Armanuer Hansen, a partir de material obtido de lesões cutâneas de indivíduos doentes. Pertence ao gênero *Mycobacterium*, família *mycobacteriaceae* e apresenta-se sob a forma de bastonete reto ou ligeiramente encurvado, mede de 1,5 a 8

micras de comprimento por 0,2 a 0,5 micra de largura. São encontrados isolados ou em grupamentos chamados globias.

A Hanseníase parece ser um dos agravos mais antigos que acometem o homem, existem referências escritas que datam de 600 a.C. e aponta a Ásia como berço desta doença.

Dados epidemiológicos mostram que apesar de todos os avanços em diagnóstico e tratamento, a Hanseníase, ainda hoje, continua sendo um grave problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima entre 10 a 15 milhões de portadores, concentrados principalmente nas áreas tropicais e equatoriais. O Brasil é o quarto país do mundo em número de casos, suplantado apenas pela Índia, Birmânia e Nigéria. A doença é endêmica em todo território nacional, embora com distribuição irregular. As regiões norte, nordeste, e centro-oeste são as que apresentam as

maiores taxas de detecção (incidência) e prevalência da doença.

TRASSMISSÃO:

A Hanseníase é transmitida de forma inter-humana, através de convívio com os doentes. As vias respiratórias superiores são os principais locais de eliminação e penetração dos bacilos. Não há possibilidade de transmissão através do ato sexual comum, e a infecção por insetos vetores é nula.

A ocorrência da doença dependera, ainda, da susceptibilidade do contactante. Imunologistas tem demonstrado que aproximadamente 90% das pessoas possuem defesa natural e eficaz contra o bacilo de hansen. Assim, estima-se que somente 10% das pessoas infectadas apresentarão sinais da doença, após um longo período de incubação que atinge em media de dois a sete anos.

CLASSIFICAÇÃO:

A Hanseníase, como várias outras doenças tem recebido ao longo dos tempos

numerosas classificações. Rabelo foi um dos primeiros a estabelecer o conceito das formas polares da doença. A partir da Hanseníase Indeterminada, os pacientes sem tratamento evoluem para a forma polar tuberculóide, se tiverem boa resistência ao *Mycobacterium leprae* ou para a forma *Virchowiana* se não tiverem boa resistência.

No Congresso de Leprologia realizado em Madrid, em 1953 foram mantidos os critérios de Rabelo, acrescentando-se um novo grupo de pacientes, denominados "borderline". Esse grupo também evoluía a partir da forma indeterminada, porém, apresentando aspectos clínicos que não eram característicos das formas tuberculóide e virchowiana. Tratava-e, portanto, de pacientes interpolares, clinicamente instáveis.

Ridley e Jopling, na década de 1960, propuseram uma modificação da classificação de Madrid introduzindo o conceito da classificação espectral, subdividindo os "borderlines" ou dimorfos em dimorfo-tuberculóides, dimorfo-dimorfos e dimorfo-virchowianos.

Do ponto de vista operacional,

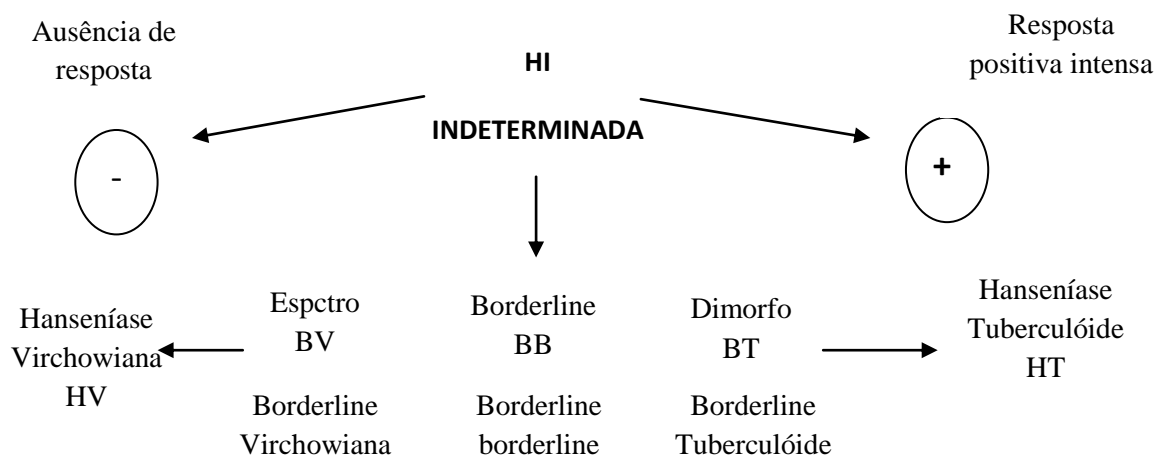


Fig 1: representação da classificação de Ridley e Jopling

visando o tratamento multi-drogas, a classificação sugerida pela OMS e adotada por todos os programas de controle da Hanseníase, divide os pacientes em dois grupos:

- 1- Paucibacilares (PB): envolve os pacientes das formas indeterminada, tuberculóide e dimorfo-tuberculóide, todos com carga reduzida de bacilos e negativos ao exame baciloscópico;
- 2- Multibacilares (MB): envolvem os pacientes das formas dimorfo-dimorfos, dimorfo-vichowianos e vichowianos, todos com carga bacilar elevada, positivos ao exame baciloscópico.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

Hanseníase Indeterminada (HI); o paciente, nessa fase, apresenta em qualquer parte do corpo uma ou várias manchas hipocrômicas, plana com bordas imprecisas. Observa-se diminuição nas sensibilidades térmica, tátil, e dolorosa. Ainda não há espessamento nervoso e, portanto, as deformidades nunca estão presentes.

Essa fase é ideal para o tratamento. A quantidade de bacilos é reduzida e o doente não oferece risco de contágio, podendo continuar a desenvolver normalmente as suas atividades, sem qualquer restrição.

Hanseníase Tuberculóide (HT); surge a partir da Hanseníase Indeterminada, não tratada, nos pacientes com boa resistência ao bacilo de *Hansen*. É o pólo não contagioso da doença.

As manchas pré-existentes desaparecem dando lugar a elementos papulóides que formaram lesões em placa. Observa-se um filete nervoso superficial espessado surgindo a partir da lesão. As sensibilidades térmica, tátil e dolorosa estão muito diminuídas. Há queda de pêlos e anidrose (ausência de sudorese).

Hanseníase Virchowiana (HV); é a evolução da Hanseníase Indeterminada em pacientes sem boa resistência ao bacilo de *Hansen*.

Surgem nos doentes manchas ferruginosas de bordas imprecisas, pápulas, nódulos, tubérculos, infiltrações em placa e Hansenomas (lesões circunscritas). As sensibilidades térmica, tátil, e dolorosas estão ausentes.

Na Hanseníase Virchowiana é freqüente o comprometimento da mucosa nasal levando a perfuração do septo e deformação do nariz. Boca, faringe, laringe, olhos e órgãos internos poderão se envolvidos. O paciente apresenta falta de apetite e febre.

O espessamento de troncos nervosos nos membros superiores e inferiores causam fortes dores articulares e algumas deformidades.

Hanseníase Dimorfa ou Borderline (HD ou HB); surgem em indivíduos portadores de Hanseníase Indeterminada com resistência superior aos portadores de HV e inferior aos portadores de HT.

De acordo com Ridley e Jopling a Hanseníase Dimorfa é subdividida em três grupos:

- 1- Hanseníase dimorfa-tuberculóide (HDT); caracteriza-se por numerosas lesões simétricas em placa (média 25 lesões), com bordas irregulares, tendendo a formar lesões satélites. Pode haver o acometimento de troncos nervosos e aparecimento de grandes deformidades.
- 2- Hanseníase dimorfa-dimorfa (HDD); caracteriza-se por lesões com bordas externas mal definidas e região central aparentemente poupada. A distribuição das lesões não é tão simétrica como na HDT e o acometimento nervoso é importante.
- 3- Hanseníase dimorfa-virchowiana (HDV); o grande número de lesões que o doente apresenta possuem aspectos variados, tais como infiltrações, placas e nódulos. As lesões são assimétricas e há espessamento de grande número de troncos nervosos. Os riscos de deformidades são graves.

DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico da Hanseníase é realizado pela somatória de exames clínicos e laboratoriais.

O roteiro de exames clínicos constitui-se das seguintes atividades:

- anamnese: obtenção da história clínica e epidemiológica do paciente.
- avaliação dermatológica: identificação de lesões com alteração de sensibilidade.
- avaliação neurológica; identificação de neurites, incapacidade e deformidades.
- avaliação dos olhos, nariz e força muscular.

O exame laboratorial que mais auxilia no diagnóstico da Hanseníase é a Baciloscopia, que apesar de fácil execução e alta especificidade é limitada pela pequena quantidade de bacilos em algumas fases da doença.

O material utilizado na baciloscopia é o raspado intra-dérmico coletado através de um pequeno corte nos lóbulos auriculares, cotovelos e áreas com manchas ou infiltrados de qualquer parte do corpo.

Impregnando o fixado em lamina de vidro esse material é corado pela fucsina, descorado por álcool-ácido e contra-corado pelo azul de metileno.

A técnica baseia-se na propriedade álcool-ácido resistente do *Mycobacterium leprae*, isto é, cora-se pela fucsina e não descora-se pelo álcool-ácido, apresentando-se na microscopia vermelho e as demais estruturas azuis.

O exame histopatológico completa as provas laboratoriais. É indicado para pacientes paucibacilares e faz a pesquisa do bacilo em fragmentos hipodérmicos retirados de manchas, lesões, tubérculos ou hansenomas.

TRATAMENTO:

O tratamento do paciente é fundamental para curá-lo e fechar a fonte de infecção, interrompendo a cadeia de transmissão da doença, sendo, portanto, estratégico no controle da endemia e eliminação da Hanseníase enquanto problema de saúde pública.

A OMS propõe um esquema de poli-quimioterapia padrão (PQT) como tratamento (Quadro 1).

QUADRO 1 - ESQUEMA
POLIQUIMIOTERAPIA PADRÃO
(PQT/OMS)

DROGA	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
	PQT/PB – 6 doses	PQT/MB – 12 doses
RIFAMPICINA (RFM)	600 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 6 doses, em até 9 meses.	600 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 12 doses, em até 18 meses.
DAPSONA (DDS)	100 mg uma vez ao dia, auto-administrada	100mg uma vez ao dia, auto-administrada
CLOFAZIMINA (CFZ)		300 mg uma vez por mês, supervisionada num total de 12 doses, em até 18 meses + 100 mg em dias alternados ou 50 mg diários, auto-administrada.
Segmento de casos	1- Comparescimentos mensais nas unidades de saúde para medicação supervisionada num total de 6 doses 2- Revisão dermatoneurológica na 6ª dose	Comparecimento mensais nas unidades de saúde para a medicação supervisionada, num total de 12 doses. Revisão dermatoneurológica na 6ª e 12ª doses.
Critério de alta por cura	Receberão alta, por cura, os pacientes que completaram as 6 doses de poli-quimioterapia	Receberão alta, por cura, os pacientes que completaram as 12 doses de poli-quimioterapia

	rapia supervisionada, em até 9 meses, independente-mente do numero de faltas consecutivas.	supervisionada, em até 18 meses, independente-mente do numero de faltas consecutivas.
--	--	---

Existem, ainda, esquemas alternativos para crianças menores de cinco anos, gestantes, pacientes como Tuberculose ou AIDS e em casos da impossibilidade de se utilizar as drogas padrões por toxicidade.

Os surtos reacionais são muito comuns durante o tratamento e representam reações do organismo às substancias liberadas pela destruição dos bacilos. Nesses casos, a Talidomida é acrescentada ao esquema de PQT, exceto para gestantes.

Sabe-se que cerca de 50 a 77 % dos pacientes desenvolvem surtos reacionais. Por isso, é importante que o mesmo seja bem orientado para não abandonar o tratamento, pensando não ser eficaz.

BIBLIOGRAFIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de prevenção de incapacidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle de Hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço.** Rio de Janeiro: DNDS/NUTES, 1989.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Guia para eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública.** 2000.

RODRIGUES, Acácia Lucena et al. **Manual de prevenção de incapacidades.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1997

TALHARI, Sérgio; NEVES, René Garrido. **Hanseníase: dermatologia tropical.** 3 ed. Manaus: s. Ed., 1997.