


IMAGENS EM DERMATOLOGIA

Dermatoscopia do hansenoma ☆☆☆



Anna Carolina Miola ^{a,b,*}, Natalia Parenti Bicudo ^a, Giuliane Minami Tsutsui ^a
e Helio Amante Miot ^a

^a Departamento de Dermatologia e Radioterapia, Universidade Estadual de São Paulo, Botucatu, SP, Brasil

^b Departamento de Dermatologia, Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP, Brasil

Recebido em 4 de julho de 2019; aceito em 3 de setembro de 2019

Disponível na Internet em 23 de maio de 2020

A prevalência da hanseníase tem decaído progressivamente em todo o mundo, desde a década de 1980, em decorrência da multidrogaterapia.^{1,2} No Brasil, ainda é endêmica em muitas regiões e o retardo do diagnóstico, especialmente nas formas multibacilares, é um dos fatores de manutenção das fontes de contágio.

Caracteristicamente, hanseníase evolui de forma crônica, indolente, com lesões polimorfas e de forma oligossintomática. Formas virchowianas cursam de forma ainda mais indolente e a infiltração difusa pode dificultar o diagnóstico. Hansenomas, apesar de assintomáticos, são, muitas vezes, a razão para a procura da assistência médica e podem gerar confusão diagnóstica com outras dermatoses papulonodulares, como granuloma anular, dermatofibroma e sarcoidose, entre outros.

Como virchowianos são os mais bacilíferos, todas as estratégias para identificação e tratamentos precoces são valiosas. Neste manuscrito, são descritos os achados dermatoscópicos dos hansenomas.



Figura 1 Presença de múltiplos nódulos normocrômicos associados à infiltração cutânea difusa do dorso.

Sexo masculino, 54 anos, pardo, com múltiplas lesões nodulares assintomáticas por todo o tegumento, havia um ano. Ao exame, foram encontradas múltiplas pápulas normocrômicas de consistência fibromatosa, associadas à infiltração difusa da pele e perda difusa de pelos pelo corpo (fig. 1). Tais nódulos, à dermatoscopia, apresentavam coloração amarelada difusa, com discreto halo acastanhado e, no centro da lesão, múltiplas telangiectasias heteromorfas mais concentradas na periferia e aspecto nacarado cicatricial no centro da lesão (fig. 2 a 4). Paciente relatou casos familiares e ter tratado hanseníase havia cerca de 20 anos, porém desconhecia esquema ou tempo de tratamento usado na época. (fig. 3) Ao exame

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.09.027>

☆ Como citar este artigo: Miola AC, Bicudo NP, Tsutsui GM, Miot HA. Leproma's dermoscopy. An Bras Dermatol. 2020;95:383–5.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual do Estado de São Paulo, Botucatu, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: anna_fmpr@yahoo.com.br (A.C. Miola).

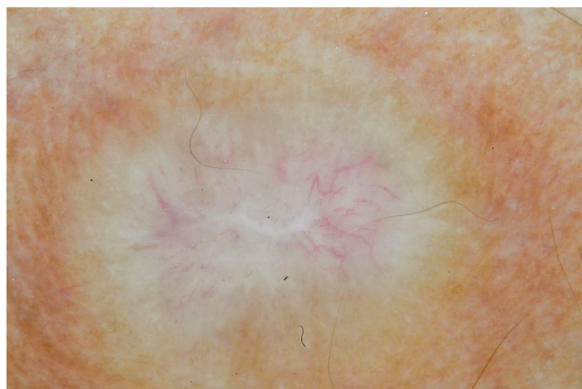


Figura 2 Dermatoscopia do hansenoma: de aspecto amarelado, com centro nacarado cicatricial e telangiectasias de caráter centrífugo. (Técnica de contato/imersão com álcool).

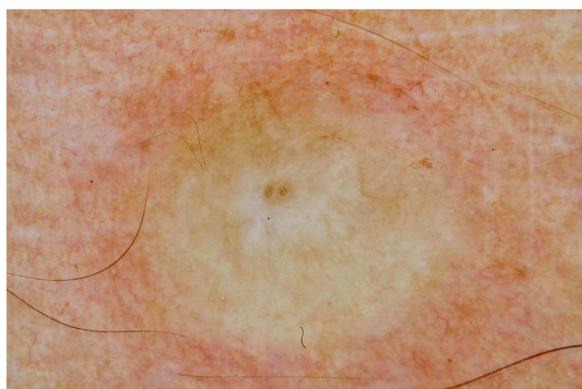


Figura 3 Dermatoscopia do hansenoma: presença de halo castanho claro na lesão, de aspecto amarelado, com centro nacarado cicatricial e telangiectasias de caráter centrífugo. (Técnica de contato/imersão com álcool).

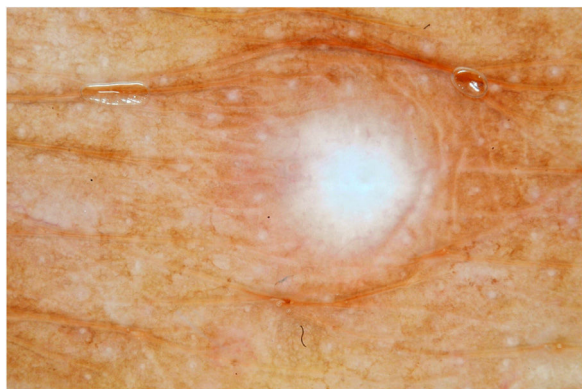


Figura 4 Dermatoscopia do hansenoma: área nacarada cicatricial no centro da lesão.

anatomopatológico, foi observada retificação epidérmica associada a infiltrado difuso de macrófagos xantomatosos na derme superficial e profunda. A coloração de Fite-Faraco evidenciou múltiplas globias de bacilos viáveis no interior desses macrófagos, (fig. 4) e as baciloscopias do lóbulo de orelha e do hansenoma resultaram um índice baciloscópico de 6+ com inúmeros bacilos íntegros (fig. 5).

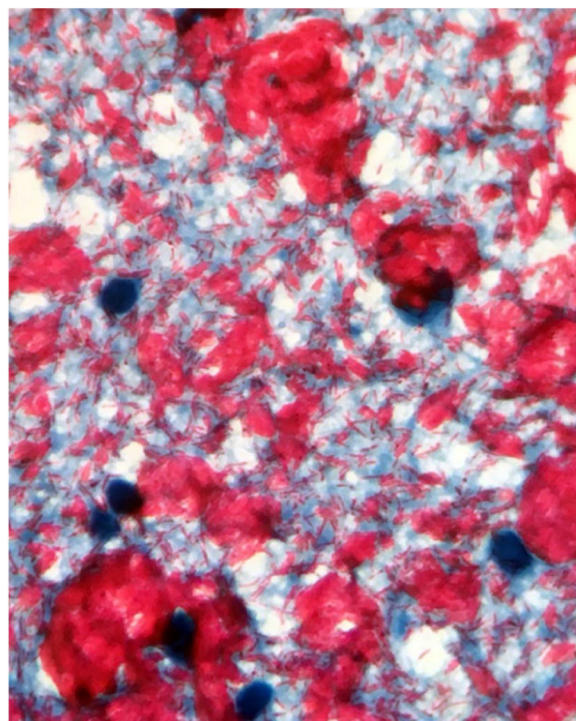


Figura 5 Baciloscopias do lóbulo de orelha e do hansenoma: índice baciloscópico de 6+ com inúmeros bacilos íntegros.

Indivíduos que evoluem para o polo virchowiano, como o caso relatado, apresentam resposta imune humoral, com alta produção de anticorpos contra o antígeno PGL-1, porém ineficazes na eliminação do *M. leprae*, com consequente multiplicação e disseminação bacilar pela via hematogênica.^{2,3} Em pacientes virchowianos, as lesões cutâneas tendem a ser múltiplas e simétricas, localizadas, mal delimitadas, associadas ou não a infiltração cutânea generalizada, que podem evoluir para pápulas, placas e nódulos infiltrados, denominados hansenomas, que podem estar dispostos por todo o tegumento, em pouco ou grande número de lesões.¹

A dermatoscopia, além de ser de suma importância no diagnóstico de tumores cutâneos, atualmente é usada na detecção e no diagnóstico de outras doenças cutâneas não tumorais, como dermatoses inflamatórias e infecciosas, com o intuito de reforçar a suspeita clínica e fazer diagnósticos diferenciais.⁴ Atualmente, há, na literatura, descrições dermatoscópicas de inúmeras dermatoses, tais como psoríase, líquen plano, sarcoidose, granuloma anular, dermatofibroma, entre outras.

A descrição dermatoscópica das lesões de algumas formas clínicas de hanseníase pode ser encontrada na literatura, tais como as formas históide e tuberculoide.^{5,6} Até o momento, não há descrições das características dermatoscópicas de hansenomas. Seu aspecto dermatoscópico é semelhante aos nódulos descritos da forma históide de hanseníase, com telangiectasias finas associadas a um halo de pigmentação acastanhada, apesar das diferenças anatomopatológicas entre as duas lesões, já que uma lesão de hanseníase na forma históide apresenta múltiplos histiócitos fusiformes agrupados em faixa, diferentemente

dos macrófagos xantomatosos comumente encontrados nos hansenomas.⁷

Sua coloração mais amarelada no exame dermatoscópico deve-se à intensa xantomização dos hansenomas (células de Virchow), o que é menos evidente em outras lesões como granuloma anular, sarcoidose e xantogranuloma,^{8,9} que apresentam coloração alaranjada devido ao aspecto fusiforme dos macrófagos que as formam. Já a pigmentação acastanhada periférica da lesão na dermatoscopia pode ser mais dificilmente observada em pacientes de fototipo mais alto.

No exame anatomopatológico do hansenoma, há retificação da epiderme, provavelmente pelo acúmulo de macrófagos agrupados na derme superficial e profunda, de citoplasma claro e aspecto vacuolizado. Esses vacúolos, na coloração de fite-Faraco, contêm uma grande quantidade de bacilos, formam globias.⁷ Também podem ser observadas ectasias vasculares na derme superficial. Diante das observações dermatoscópicas, a correlação das estruturas observadas com as alterações no exame pode ser feita, de forma que a presença de inúmeros macrófagos com globias confere o aspecto nodular da lesão e as ectasias vasculares são representadas pelas telangiectasias finas vistas ao exame. Tais características dermatoscópicas fazem diagnóstico diferencial com dermatoses como sarcoidose e lúpus vulgar, entre outras.⁵⁻⁸ É importante salientar que, no caso descrito, foi feita apenas dermatoscopia com contato; a dermatoscopia com luz polarizada sem contato poderia trazer detalhes adicionais na descrição da lesão.

O diagnóstico da hanseníase, entretanto, é clínico, de forma que aspectos dermatoscópicos, bem como exames laboratoriais, anatomopatológico e coloração específica, auxiliam nos casos de maior dificuldade clínica. O tratamento, com o diagnóstico instaurado, deve ser feito prontamente, bem como a investigação de comunicantes, com o objetivo de reduzir a transmissão do bacilo e consequir controlar a incidência de novos casos da doença no país.¹⁰

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Anna Carolina Miola: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção,

análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Helio Amante Miot: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Natalia Parenti Bicudo: Aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Giuliane Minami Tsutsui: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Lastória JC, Abreu MAM. Leprosy: review of the epidemiological, clinical and etiopathogenic aspects - part 1. *An Bras Dermatol.* 2014;89:205-18.
2. Ottenhoff TH. Immunology of leprosy: lessons from and for leprosy. *Int J Lepr Other Mycobact Dis.* 1994;62:108-21.
3. Oliveira MLW, Cavalière FAM, Maceira JMP, Bühner-Sékula S. The use of serology as an additional tool to support diagnosis of difficult multibacillary leprosy cases: lessons from clinical care. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008;41:27-33.
4. Lallas A, Giacomel J, Argenziano G, García-García B, González-Fernández D, Zalaudek I, et al. Dermoscopy in general dermatology: practical tips for the clinician. *Br J Dermatol.* 2014;170:514-26.
5. Ankad BS, Sakhare PS. Dermoscopy of histoid leprosy: a case report. *Dermatol Pract Concept.* 2017;7:63-5.
6. Ankad BS, Sakhare PS. Dermoscopy of borderline tuberculoid leprosy. *Int J Dermatol.* 2018;57:74-6.
7. Andrade PJ, Messias Sdos S, Ferreira PC, Sales AM, Machado Ade M, Nery JA. Histoid leprosy: a rare exuberant case. *An Bras Dermatol.* 2015;90:756-7.
8. Errichetti E, Lallas A, Apalla Z, Di Stefani A, Stinco G. Dermoscopy of Granuloma Annulare: A Clinical and Histological Correlation Study. *Dermatology.* 2017;233:74-9.
9. Oliveira TE, Tarlé RG, Mesquita LAF. Dermoscopy in the diagnosis of juvenile xanthogranuloma. *An Bras Dermatol.* 2018;93:138-40.
10. Lastória JC, Morgado de Abreu MAM. Leprosy: a review of laboratory and therapeutic aspects - Part 2. *An Bras Dermatol.* 2014;89:389-403.