



CARTAS - TROPICAL/INFECTOPARASITÁRIA

Hanseníase dimorfo-virchowiana com infiltração linfonodal: a Dermatologia ajuda a definir diagnósticos desafiadores ☆☆☆



Prezado Editor,

Eliminar a hanseníase (MH) é meta global da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para isso, o combate à doença no Brasil é de vital importância, visto que o país detém 13% do número absoluto de casos novos da doença no mundo.¹

Identificar precocemente possíveis casos de MH na comunidade, seja por médicos generalistas, de diferentes especialidades ou dermatologistas, é essencial para reduzir a propagação da moléstia e combater sequelas relacionadas ao diagnóstico tardio. Logo, é imprescindível investir no treinamento diagnóstico da comunidade médica, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.²

É necessário, no entanto, que se tenha em mente que muitos casos não seguem a apresentação clássica da doença, dificultando seu diagnóstico, o que torna também necessário o conhecimento de formas cujas manifestações extrapolem o acometimento dos sítios cutâneo e neurológico.

Apresentamos um paciente do sexo masculino, de 48 anos, com dor testicular com irradiação para a região inguinal, calafrios, insônia, sudorese noturna e perda ponderal espontânea de 9 kg em dois meses. Ao exame físico, apresentava linfonodomegalia inguinal bilateral, com linfonodos móveis, de aspecto parenquimatoso, de 3 cm de diâmetro, sem acometimento de outras cadeias linfonodais. No exame ultrassonográfico da região inguinal, foram vistos linfonodos aumentados, com arquiteturas habituais de aspecto reacional, bem como esplenomegalia na ultrassonografia do abdome. O hemograma evidenciou linfopenia.

Fez-se a hipótese pela clínica médica de linfoma não Hodgkin; foi realizada biópsia de um dos linfonodos, cujo exame anatomopatológico evidenciou desorganização do estroma linfonodal com acentuado número de histiócitos. Na coloração por Fite-Faraco, foram observados inúmeros bacilos álcool-ácido resistentes organizados em globias, firmando-se o diagnóstico de envolvimento ganglionar por MH (fig. 1).

Quando da interconsulta à Dermatologia, ao exame físico observou-se mancha hipocrômica infraescapular esquerda, anestésica ao exame estesiométrico (figs. 2 e 3). Além disso, toda a área perilesional apresentava aparente infiltração cutânea difusa. Havia também espessamento indolor dos nervos ulnares, bilateralmente, e discreta infiltração dos lóbulos da orelha.

Realizou-se biópsia da lesão hipocrômica infraescapular, considerada lesão suspeita ao exame físico, e da região perilesional com discreta infiltração. O exame histológico da área hipocrômica evidenciou infiltrado inflamatório perivascular discreto, negativo para bacilos na coloração de Fite-Faraco. Os achados histológicos da região perilesional infiltrada, no entanto, mostraram presença de retificação epidérmica (faixa de Unna), associada à presença de granulomas malformados perineurais na derme, ricos em histiócitos xantomatosos com inúmeros bacilos, confirmando o acometimento por *Mycobacterium leprae* (fig. 4), de modo que a mancha hipocrômica evidenciada e suspeita para hanseníase era, na realidade, área de pele com menor comprometimento pelo bacilo quando comparada à área mais gravemente acometida no exame histopatológico.

Investigou-se a baciloscopia dos pontos-índice, cujo índice baciloscópico detectado foi 4,4. Firmado o diagnóstico de MH dimorfo-virchowiana, iniciou-se tratamento com poliquimioterapia multibacilar (PQT-MB).

A MH é doença considerada “grande imitadora”, com ampla variedade de manifestações clínicas, podendo representar desafio diagnóstico em determinadas situações.³ Há relatos de MH mimetizando doenças como sarcoidose, linfomas cutâneos, infiltrado linfocítico de Jessner e doenças do tecido conjuntivo.⁴ A grande variabilidade da apresentação clínica reflete o espectro imunológico do hospedeiro em relação à infecção por *M. leprae*, podendo apresentar resposta imune de padrão Th1 e Th2 em formas clínicas polares ou ambos os padrões em formas interpolares.⁵

O envolvimento linfonodal em pacientes hanseníacos pode ocorrer como parte do envolvimento visceral em pacientes multibacilares. Histologicamente, o sistema

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.10.004>

☆ Como citar este artigo: Reis VHM, Miola AC, Ferreira CAZ, Milagres SP, Lastória JC, Schmitt JV. Borderline lepromatous leprosy with lymph node infiltration: Dermatology helps helping to clarify challenging diagnoses. An Bras Dermatol. 2025;100:615–8.

☆☆ Trabalho realizado no Ambulatório de Dermatologia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

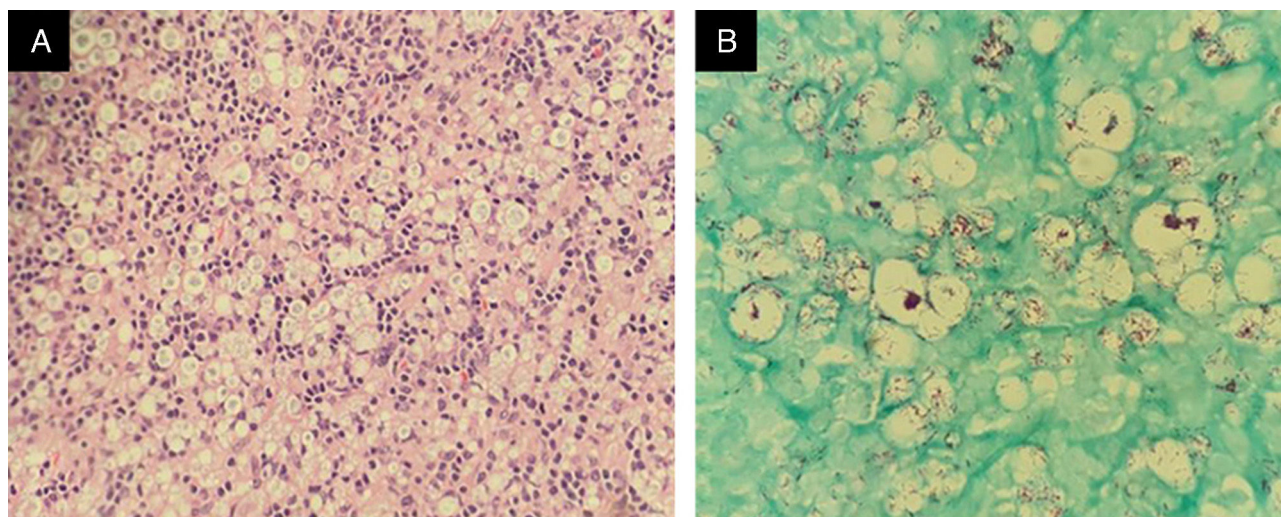


Figura 1 Biopsia de linfonodo inguinal. (A) Presença de infiltrado histiocítico difuso, com desorganização do estroma linfonodal e presença de linfócitos típicos (Hematoxilina & eosina, 40 ×). (B) Presença de inúmeros bacilos álcool-ácido resistentes, organizados em globias dentro de histiócitos xantomatosos (Fite-Faraco, 100 ×).



Figura 2 Mancha hipocrômica acometendo a região escapular e infraescapular, estendendo-se até a região costal esquerda, anestésica ao exame estesiométrico. Na periferia da lesão, observa-se, de maneira discreta, área eritemato-acastanhada mal delimitada.



Figura 3 Mancha hipocrômica acometendo a região escapular e infraescapular, estendendo-se até a região costal esquerda, anestésica. Na seta amarela é possível visualizar a área biopsiada com suspeita de hanseníase. Na seta vermelha é possível ver discreta infiltração periférica, que também foi biopsiada.

retículo-endotelial apresenta envolvimento e infiltração por *M. leprae* em padrão espectral, semelhante ao que ocorre nas lesões da pele. Na MH virchowiana, há envolvimento hepático em 85% dos casos e esplênico em cerca de 41%, semelhante ao que ocorre no caso em questão.⁶

Há relatos de casos nos quais linfomas simulam MH virchowiana, ou até mesmo há a coexistência de ambas as doenças.^{4,7,8} Contudo, no caso descrito, a hipótese de linfoma não Hodgkin foi descartada pela ausência de linfocitose atípica no hemograma, bem como no exame histopatológico dos linfonodos acometidos.

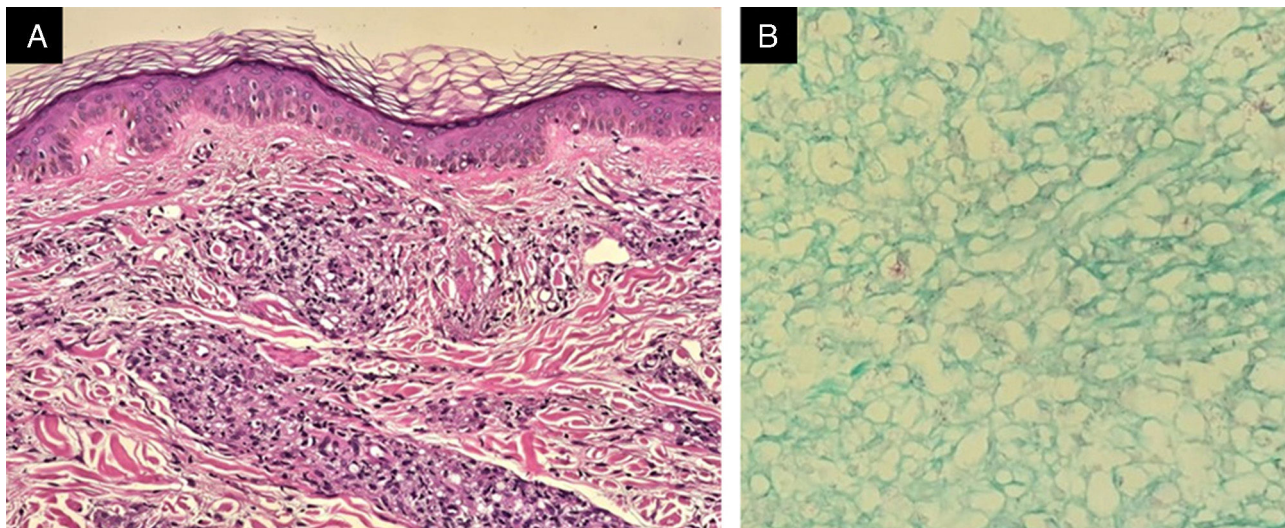


Figura 4 Biopsia de pele da região adjacente à mancha hipocrômica visualizada nas figuras 2 e 3: à esquerda, presença de faixa de Unna e infiltrado granulomatoso mal delimitado, rico em histiócitos xantomatosos (Hematoxilina & eosina, 100 ×); à direita, presença de bacilos íntegros e organizados em globias (Fite-Faraco, 40 ×).

Convém lembrar que aproximadamente 1/3 dos pacientes diagnosticados com MH multibacilar pode apresentar reação hansênica tipo II (RR2) no momento do diagnóstico, o que torna necessário excluir a possibilidade de RR2 com infiltração linfonodal nos casos com linfonodomegalia.⁹ No caso descrito, a ausência de dor, febre, sintomas neurológicos ou lesões típicas de eritema nodoso hansênico levaram à sugestão de provável envolvimento linfonodal em paciente com MH dimorfo-virchowiana. Ademais, o comprometimento linfonodal na histopatologia não evidencia áreas necróticas ou infiltrado com linfócitos polimorfonucleares, como se costuma observar em pacientes com reação hansênica linfonodal.¹⁰ De fato, quatro meses após o início do tratamento, o paciente apresentou o surgimento de nódulos eritematosos difusamente pelo tegumento e sintomas neurológicos (dor importante à palpação dos nervos ulnares bilateralmente e piora do exame estesiométrico palmoplantar), firmando-se o diagnóstico de RR2.

Em conclusão, é imprescindível o olhar atento do médico para a possibilidade de acometimento pelo bacilo de Hansen em órgãos além da pele e do sistema nervoso periférico. Ressalte-se, portanto, importância da quebra da cadeia de transmissão, especialmente no diagnóstico de pacientes multibacilares, como o do caso descrito que, após a definição diagnóstica, foi tratado com PQT-MB.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Victor Henrique Murback dos Reis: Concepção e desenho do estudo; coleta de dados, ou análise e interpretação de dados; redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; aprovação final da versão final do manuscrito.

Anna Carolina Miola: Concepção e desenho do estudo; redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Cesar Augusto Zago Ferreira: Concepção e desenho do estudo; coleta de dados, ou análise e interpretação de dados; redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; aprovação final da versão final do manuscrito.

Simone de Pádua Milagres: Concepção e desenho do estudo; redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Joel Carlos Lastória: Concepção e desenho do estudo; redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Juliano Vilaverde Schmitt: Concepção e desenho do estudo; redação do manuscrito ou revisão crítica de conteúdo intelectual importante; participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; aprovação final da versão final do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Hanseníase;. 2023 [acesso em 28 mar. 2024]. Disponível em: <<https://www.gov.br>>

- br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim_hanseniose-2023_internet_completo.pdf/view>.
2. Rajkumar E, Julious S, Salome A, Jennifer G, John AS, Kannan L, Richard J. Effects of environment and education on knowledge and attitude of nursing students towards leprosy. *Indian J Lepr*. 2011;83:37–43.
 3. Kundakci N, Erdem C. Leprosy: a great imitator. *Clin Dermatol*. 2019;37:200–12.
 4. Mahajan R, Dogra S, Kaur I, Yadav S, Saikia UN, Budania A. Type II reaction without erythema nodosum leprosum masquerading as lymphoma. *Lepr Rev*. 2012;83:378–83.
 5. Froes Junior LAR, Sotto MN, Trindade MAB. Leprosy: clinical and immunopathological characteristics. *An Bras Dermatol*. 2022;97:338–47.
 6. Liu TC, Qiu JS. Pathological findings on peripheral nerves, lymph nodes, and visceral organs of leprosy. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*. 1984;52:377–83.
 7. Antunes E, Araújo IM, Cubal F, Sousa JL, Martins S, Guimarães F, et al. Leprosy in a patient with lymphoma: a challenge in the twenty-first century. *Cureus*. 2023;15:e50007.
 8. Sethuraman G, Serisha, Srinivas CR, Byravarathinam S, Raman ML, Smiles L, et al. Leprosy with peripheral T cell lymphoma: a rare association. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*. 2001;69:119–22.
 9. Bagla N, Patel MM, Patel RD, Jarag M. Lepromatous lymphadenitis masquerading as lymphoma. *Lepr Rev*. 2005;76:87–90.
 10. Rodríguez G. Generalized adenopathy as a manifestation of type 2 reactional leprosy. *Biomedica*. 2003;23:373–87.
- Victor Henrique Murback dos Reis ,
 Anna Carolina Miola *, Cesar Augusto Zago Ferreira ,
 Simone de Pádua Milagres , Joel Carlos Lastória 
 e Juliano Vilaverde Schmitt 
- Departamento de Infectologia, Dermatologia, Diagnóstico por Imagem e Radioterapia, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil*
- * Autor para correspondência.
 E-mail: anna.c.miola@unesp.br (A.C. Miola).
- Recebido em 2 de julho de 2024; aceito em 7 de outubro de 2024