

RELATO DE CASO

COINFEÇÃO HANSENÍASE-LEISHMANIOSE¹

COINFECTION LEPROSY-LEISHMANIASIS

Lorena Silva de CARVALHO², Deborah Aben-Athar UNGER³ e Mario Fernando Ribeiro de MIRANDA⁴

RESUMO

Objetivo: relatar dificuldades diagnósticas face à ocorrência simultânea, num mesmo paciente, de duas enfermidades infecciosas com aspectos clínicos semelhantes. **Relato de caso:** homem de 21 anos, há nove meses apresentando placas eritematovioláceas infiltradas na face, dorso e pé direito. A histopatologia de uma lesão do dorso evidenciou quadro de dermatite granulomatosa, com pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes negativa à coloração de Fite-Faraco. Um diagnóstico de hanseníase dimorfo-tuberculoide foi realizado e o paciente submetido à poliquimioterapia multibacilar. As lesões do pé direito evoluíram com ulceração e pesquisa direta positiva para formas amastigotas de *Leishmania spp*; entretanto, um exame imuno-histoquímico do material emblocado da biópsia anterior, do dorso, mostrou resultado negativo com anticorpo antileishmania, **Considerações finais:** A conclusão diagnóstica de coinfeção hanseníase-leishmaniose tegumentar para o caso apresentado, somente foi possível graças à correlação clínico-patológica e realização de provas histoquímicas e imuno-histoquímicas.

DESCRITORES: hanseníase, leishmaniose, dermatite granulomatosa

INTRODUÇÃO

Placas infiltradas de hanseníase (MH) tuberculoide subpolar mostram grande semelhança clínica com uma série de outras afecções, especialmente no contexto da assim chamada “síndrome sarcoídica”, onde se inserem sarcoidose, paracoccidioidomicose, cromomicose, esporotricose, tuberculose e leishmaniose. Processos inflamatórios, como o lúpus eritematoso e o líquen plano, e até neoplásicos, como linfomas, devem ainda ser considerados no diagnóstico diferencial.¹ Doenças infecciosas de expressão histológica granulomatosa, nos quais não se consegue demonstrar a presença do agente nos cortes através do emprego das técnicas de rotina, via de regra oferecem dificuldades diagnósticas.

OBJETIVO

Relatar dificuldades diagnósticas face à ocorrência simultânea, num mesmo paciente, de duas enfermidades infecciosas com aspectos clínicos semelhantes.

RELATO DO CASO

Anamnese

Paciente masculino de 21 anos, procedente de zona de garimpo do sul do Pará, relatou o aparecimento, há 9 meses, de placas vermelhas, as quais escureceram e aumentaram de tamanho na face, dorso e pé direito (figuras 1 e 2).

Exame físico

Ao exame clínico, observaram-se placas infiltradas no dorso do nariz e região posterior do tronco. Além dessas lesões, o paciente também apresentava três placas violáceas infiltradas com descamação no pé direito. O teste de sensibilidade apresentou-se alterado nas lesões do dorso e da face e duvidoso nas lesões do pé.

Exames Complementares

O histopatológico de lesão do dorso evidenciou um infiltrado inflamatório granulomatoso nodular de histiócitos epitelióides, células multinucleadas e linfócitos, envolvendo estruturas anexiais e aposto à epiderme. Fite-Faraco: ausência de

¹Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (UFPA) e da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

²Residente de dermatologia da UFPA

^{3,4}Professores adjuntos de dermatologia da UFPA

bacilos ácido álcool resistentes (BAAR).
Diagnóstico: dermatite granulomatosa.



Figura 1: placas eritematovioláceas no dorso.



Figura 2: placas eritematovioláceas no pé direito.

Diagnóstico e tratamento

A correlação clínico-patológica favoreceu hanseníase dimorfo-tuberculoide (MHDT), e iniciou-se tratamento com poliquimioterapia multibacilar.

Evolução

No retorno de um mês após o início do tratamento, as lesões do pé evoluíram para úlceras de bordas infiltradas com fundo granuloso nas regiões maleolar externa e aquiliana (Figura 3). Formas amastigotas de *leishmania spp* foram demonstradas em esfregaços obtidos das úlceras, e a intradermoreação de Montenegro apresentou resultado positivo (reator fraco).

Tomando-se em consideração uma eventual possibilidade das demais lesões, antes diagnosticadas como MHDT, representarem uma manifestação de leishmaniose, submeteu-se o respectivo material emblocado a exame imunohistoquímico (IHQ) com anticorpo policlonal anti-leishmania, que resultou negativo.



Figura 3: úlceras de bordas infiltradas no pé direito.

Concluiu-se que o paciente deveria prosseguir o tratamento com o já antes introduzido antimoniato de N-metilglucamina e poliquimioterapia anti-hansênica.

DISCUSSÃO

A hanseníase é doença endêmica em regiões geográficas que apresentam baixos índices de desenvolvimento socioeconômico. Condições ambientais como solos úmidos, baixas temperaturas e elevada umidade atmosférica favorecem a sobrevivência do bacilo.²

Quanto à leishmaniose, a infecção do homem se dá ao entrar em contato com áreas florestais, onde ocorrem enzootias produzidas pelas diferentes espécies de leishmanias. A leishmaniose tegumentar puramente silvestre é observada em surtos epidêmicos associados à exploração desordenada das florestas (extração de madeira, agricultura, mineração).³

No caso descrito, observou-se que o paciente possuía epidemiologia positiva para várias doenças infectocontagiosas, entre as quais, MH e leishmaniose, já que era procedente de zona de garimpo no sul do Pará.^{2,3}

O diagnóstico da coexistência das duas afecções teve como sustentação a evolução clínica das lesões do pé – com demonstração de corpúsculos amastigotos – e resultado negativo para leishmaniose à IHQ em recortes do espécime compatível com MHDT antes examinado. Além disso, a intradermoreação de Montenegro foi positiva.

Imuno-histoquímica vem sendo utilizada para detecção de formas amastigotas de *Leishmania spp.* em amostras de pele, com desempenho diagnóstico superior ao exame histopatológico de material corado pela hematoxilina-eosina (HE), abreviando o tempo do exame dos preparados, pois permite fácil visualização dos parasitas marcados.⁴

O diagnóstico de certeza da leishmaniose somente se obtém pela demonstração do parasita, que pode ser conseguida através de diferentes técnicas de pesquisa parasitológica direta e indireta. O exame mais simples, e por essa razão geralmente o primeiro a ser realizado, é a pesquisa direta de formas amastigotas em material obtido da lesão por escarificação, aspiração ou biópsia da borda, corado pelo Giemsa ou Leishman.⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se, neste caso clínico, a importância da correlação clínico-patológica e emprego de recursos laboratoriais complementares para elucidação diagnóstica de mais de uma afecção granulomatosa num mesmo paciente.

SUMMARY

COINFECTION LEPROSY-LEISHMANIASIS

Lorena Silva de CARVALHO, Deborah Aben-Athar UNGER e Mario Fernando Ribeiro de MIRANDA

Objective: to report diagnostic difficulties that may arise when a simultaneous occurrence of two infectious diseases presenting similar clinical features takes place in a single patient. **Case report:** a 21-year-old male presented with violaceous, infiltrated plaques on his face, dorsum and right foot. A granulomatous dermatitis was diagnosed histologically in a biopsy taken from the dorsum, with no demonstrable acid-fast organisms on Fite-Faraco stain. A diagnosis of borderline-tuberculoid leprosy was concluded, and the patient was given multibacillary polychemotherapy. The lesions on the right foot became ulcerated, and positive smears for *Leishmania spp* amastigotes were obtained. However, immunohistochemistry failed to demonstrate leishmania antigens in recuts of the paraffin-embedded material from the original dorsal biopsy. **Final considerations:** the diagnosis of leprosy-leishmaniasis coinfection to this case has been possible only after clinical-pathological correlation as well as histochemical and immunohistochemical procedures were carried out.

KEY WORDS: leprosy, leishmaniasis, granulomatous dermatitis

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ura, S; Barreto, JA. Hansen. int 29(2): 141-144, 2004
2. Magalhães, MCC; Rojas, LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde; 16(2): 75 – 84, 2007
3. Basano, AS; Camargo, LMA. Leishmaniose tegumentar americana. Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 7, Nº 3, 2004
4. Santos, IB. Padronização da reação de imunohistoquímica pela técnica de imunoperoxidase utilizando soro policlonal de coelho anti-*Leishmania sp.* no diagnóstico de lesões cutâneas de leishmaniose tegumentar canina. Rio de Janeiro; s.n; xiv, 66 p. ilus, tab, Graf, 2006.
5. Gontijo, B; Carvalho, MLR. Leishmaniose tegumentar americana. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 36(1): 71-80, jan-fev, 2003.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lorena Silva de Carvalho

Serviço de Dermatologia do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA e da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Rua Oliveira Belo, 395 – Umarizal

CEP: 66050-380. Belém PA

Fone: (0xx91) 32061817

Email: lorenasilvadecarvalho@gmail.com

Recebido em 17.01.2011 - Aprovado em 4.07.2011