

A dor no paciente com hanseníase*

Pain in Hansen's disease patients

Felicia Holanda Pucci¹, Cristiana R. Teófilo¹, Sofia G. A. Aragão¹, Lara G. F. Távora²

*Recebido do Centro Dermatológico Dona Libânia, Fortaleza, CE.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O comprometimento dos nervos periféricos é uma característica marcante da hanseníase, podendo causar incapacidade física e deformidade no paciente. O objetivo deste estudo foi analisar as características clínico-epidemiológicas dos pacientes hanseníase com queixas algícas, com o intuito de elaborar ações de saúde direcionadas ao diagnóstico precoce e tratamento da doença.

MÉTODO: Estudo retrospectivo em 732 prontuários de pacientes com diagnóstico presuntivo ou confirmado de hanseníase, atendidos no Centro de Referência Dermatológica em Fortaleza; atendidos no período de janeiro a dezembro de 2008. Foi considerada incapacidade física a presença de deformidade nos olhos como lagofalmo, triquíase, opacidade corneana e diminuição da acuidade visual, mãos em garra, mãos ou pés caídos, contratura de tornozelos e reabsorção óssea.

RESULTADOS: Do total de pacientes analisados 65,9% apresentava perda de sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa, o que indicava acometimento de fibras cutâneas, sendo que 4,31% deles apresentavam dor intensa à palpação de algum nervo, sendo mais acometidos, respectivamente o tibial (50%), o ulnar (43,8%), o radial (21,9%) e o fibular (21,9%). Os sintomas precedentes nesses pacientes foram manchas brancas ou avermelhadas (56,2%), diminuição de sensibilidade (40,6%), diminuição de força muscular (15,6%) e incapacidade física (12,5%).

CONCLUSÃO: A incidência de manifestações cutâneas foi a mais prevalente, seguida das manifestações neurológicas, sendo os nervos radial, fibular, ulnar e tibial os mais acometidos nos pacientes que apresentavam queixas algícas.

Descritores: Dor, Hanseníase, Neuropatia.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The involvement of peripheral nerves is a major characteristic of Hansen's disease and may lead to physical incapacity and deformity. This study aimed at evaluating the clinical-epidemiological characteristics of Hansen's disease patients with pain complaints to develop health actions directed to early diagnosis and treatment of the disease.

METHOD: Retrospective study in 732 records of patients with presumptive or confirmed Hansen's disease diagnosis, treated in the Dermatological Reference Center of Fortaleza from January to December 2008. Physical incapacity, presence of eye deformities such as lagophthalmos, trichiasis, corneal opacity and decreased visual acuity, claw hand, drop hands or feet, ankle contracture and bone reabsorption were considered.

RESULTS: From all evaluated patients, 65.9% had loss of tactile, thermal or painful sensitivity, indicating involvement of skin fibers; 4.31% of them had severe pain at palpation of some nerve, especially tibial (50%), ulnar (43.8%), radial (21.9%) and fibular (21.9%). Initial symptoms for these patients were white or reddish spots (56.2%), decreased sensitivity (40.6%), decreased muscular strength (15.6%) and physical incapacity (12.5%).

CONCLUSION: The incidence of skin manifestations was more prevalent, followed by neurological manifestations being radial, fibular, ulnar and tibial nerves the most affected in patients with pain complaints.

Keywords: Hansen's disease, Neuropathy, Pain.

1. Graduanda do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, CE, Brasil.

2. Professora Assistente do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Médica Infectologista. Fortaleza, CE, Brasil.

Endereço para correspondência:

Felicia Holanda Pucci

Rua Joaquim Nabuco, 1840/301 – B Aldeota

60125-120 Fortaleza, CE

Fone: (085) 8806-7904 – (085) 8883-1774

E-mail: feliciahpucci@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa, de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae* (ML), também conhecido por bacilo de Hansen, patógeno de elevada infectividade e baixa patogenicidade. O ML é uma bactéria neurotrópica que tem especial predileção pelas células de Schwann que envolvem os axônios dos nervos periféricos. A doença por ela causada, além da pele e mucosas, acomete também os nervos periféricos^{1,2}.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a hanseníase é confirmada quando o paciente apresenta baciloscopia positiva, lesão de pele com alteração de sensibilidade ou espessamento neural. A doença pode ser dividida em quatro tipos: indeterminada (quando não há comprometimento dos troncos nervosos), tuberculoide (quando já há distúrbios de sensibilidade), dimorfa (que é uma forma de transição) e virchowiana (que é o único tipo contagioso). Algumas pessoas podem ser resistentes ao bacilo de Hansen, constituindo os casos paucibacilares (PB). As que não apresentam resistência ao bacilo são os casos multibacilares (MB), sendo os principais transmissores da doença³.

O comprometimento dos nervos periféricos é uma característica marcante da doença, dando-lhe potencial para causar incapacidade física e deformidade no paciente, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa⁴.

Segundo a OMS o Brasil ocupa o 2º lugar em número de novos casos de hanseníase, doença que apresenta distribuição bastante desigual nas várias regiões do país. Apenas a região sul conseguiu atingir a meta proposta pela OMS, com menos de 1 caso para cada 10.000 habitantes. Na região nordeste, o Ceará é um dos estados com maior endemicidade da doença, ocupando o 9º lugar em número de novos casos^{5,6}.

A sintomatologia dolorosa está entre as mais incapacitantes da hanseníase e como há escassez de dados sobre o assunto, o objetivo deste estudo foi analisar as características clínico-epidemiológicas dos pacientes hansênicos com queixas algicas, com o intuito de elaborar ações de saúde direcionadas ao diagnóstico precoce e tratamento da doença.

MÉTODO

Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Dermatológico Dona Libânia (CDDL), da cidade de Fortaleza, protocolo nº 02/2009, realizou-se este estudo retrospectivo, revisando prontuários dos pacien-

tes com diagnóstico presuntivo ou confirmado de hanseníase atendidos no CDDL, no período de janeiro a dezembro de 2008. O diagnóstico presuntivo de hanseníase foi feito pelo médico assistente. Como diagnóstico definitivo, foi considerado o diagnóstico presente na ficha de notificação do Ministério da Saúde.

Foi considerada incapacidade física a presença de deformidade nos olhos como lagofalmo, triquíase, opacidade corneana e diminuição da acuidade visual, mãos em garra, mãos ou pés caídos, contratura de tornozelos e reabsorção óssea. Os dados coletados foram analisados utilizando-se o programa Epi Info 3.5.

RESULTADOS

Foram atendidos no CDDL, 732 pacientes com suspeita ou diagnóstico de hanseníase, sendo 399 masculinos (54,5%) e 333 femininos (45,5%) (Tabela 1). A provável fonte de infecção em 187 (25,6%) foram os comunicantes domiciliares em 16,3% e a vizinhança em 9,3%.

Tabela 1 – Dados demográficos dos pacientes com hanseníase (n = 732)

Variáveis	N	%
Faixa etária		
0-20	77	10,5
21-40	206	28,2
40-60	304	41,5
Maior que 60	145	19,8
Residência		
Fortaleza	586	80
Outras cidades	146	20

O diagnóstico dos tipos de hanseníase na admissão foi: 35,9% - dimorfa, 25% - tuberculoide, 15,3% - virchowiana e 3,5% - indeterminada. Não foi classificada a forma de hanseníase em 148 pacientes (20,2%). O diagnóstico definitivo foi semelhante ao da admissão: 46,7% dimorfa, 28% tuberculoide, 19,3% virchowiana e 3,1% indeterminada. Em 21 pacientes, não foi feita a classificação do tipo de hanseníase (2,9%).

Do total de pacientes analisados 65,9% apresentava perda de sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa, o que indicava acometimento de fibras cutâneas, sendo que 4,31% deles apresentavam dor intensa à palpação de algum nervo, sendo mais acometidos, respectivamente o tibial (50%), o ulnar (43,8%), o radial (21,9%) e o fibular (21,9%). Os sintomas precedentes nesses pacientes foram manchas brancas ou avermelhadas (56,2%), diminuição de sensibilidade (40,6%), diminuição de força muscular (15,6%) e incapacidade física (12,5%). (Gráfico 1)

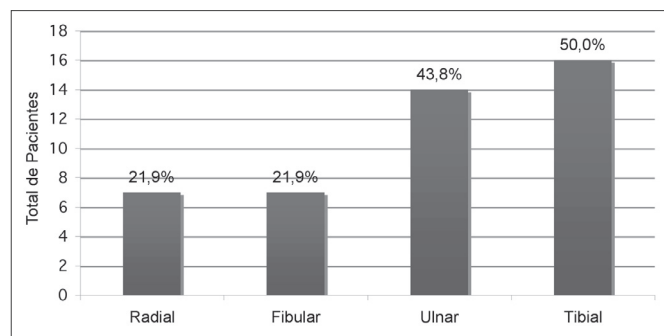


Gráfico 1 – Distribuição dos nervos acometidos nos pacientes que apresentavam queixas algícas

Além da dor os pacientes apresentavam outros sintomas associados. Os sintomas mais prevalentes nos pacientes com queixas algícas e acometimento neural foram manchas brancas ou avermelhadas, perda de sensibilidade, diminuição da força e incapacidade (Gráfico 2).

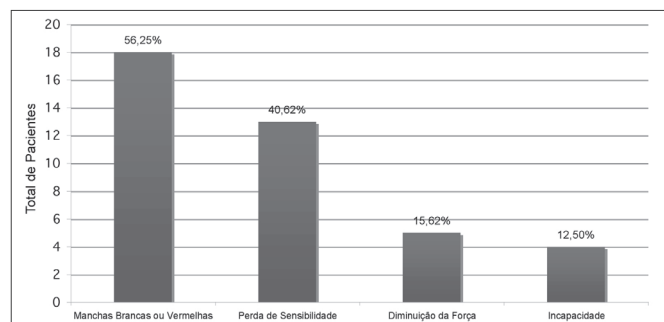


Gráfico 2 – Distribuição dos sintomas mais prevalentes nos pacientes com queixas algícas concomitantes ao acometimento neural

DISCUSSÃO

Apesar do município de Fortaleza (Ceará), ser considerado prioritário nas ações de eliminação do bacilo de Hansen, a hanseníase ainda é um importante problema de saúde pública. O comprometimento neural e as manifestações algícas dos pacientes hansenícos comprovam que a doença ainda requer atenção, com o intuito de evitar ou minimizar a progressão e prevenir sequelas.

Em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, a incidência de manifestações neurológicas em pacientes com diagnóstico ou suspeita de hanseníase foi de 25%, sendo essa a manifestação mais prevalente nesses pacientes⁷. Os resultados deste estudo foram semelhantes, porém a incidência de manifestações neurológicas, que era a segunda queixa mais prevalente, foi ainda mais elevada, da ordem de 40,6%.

É importante destacar que a hanseníase não é apenas uma doença dermatológica com complicações neurológicas e o médico deve estar atento, pois uma lesão única na pele não significa que a doença esteja restrita ao local dessa manifestação, devendo ser pesquisados outros sinais e sintomas⁷. Neste estudo 56,2% dos pacientes apresentavam como sintoma concomitante mais prevalente manifestações cutâneas, como manchas brancas ou avermelhadas.

Tinham perda de sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa 40,6% dos pacientes, porém dor à palpação foi encontrada em 13,8% dos pacientes, sendo que 4,3% deles tinham comprometimento neural de pelo menos um nervo. Os nervos mais acometidos nos pacientes que possuíam queixas algícas foram respectivamente radial, fibular, ulnar e tibial.

O comprometimento dos nervos periféricos é uma característica marcante da doença, responsável por causar incapacidade física e deformidades no paciente. Os troncos nervosos superficiais comumente acometidos pela doença são o ulnar, fibular comum, tibial posterior, facial e grande auricular⁴. Neste estudo os nervos mais frequentemente acometidos foram o tibial, o ulnar e o fibular, diverso de outro estudo, no qual os nervos mais acometidos foram o ulnar, o auricular e o radial⁷.

A incapacidade física foi encontrada em 12,5% dos pacientes deste estudo e constitui o principal problema decorrente da hanseníase, causando impacto negativo no cotidiano dos pacientes. Estudo realizado em Brasília identificou incapacidade em 8% dos pacientes, portanto menor prevalência do que a encontrada neste estudo, e os autores justificam essa baixa prevalência pelo êxito alcançado na detecção de novos casos⁸. Estudo realizado em Manaus, que incluiu pacientes com até 15 anos, a prevalência de incapacidades, foi ainda menor, da ordem de 2,9%⁹. As neurites silenciosas só podem ser detectadas por acompanhamento sequencial, que permita avaliar, cuidadosamente, as incapacidades resultantes da doença⁷.

A neuropatia da hanseníase resulta, de um processo inflamatório dos nervos periféricos, cuja intensidade, extensão e distribuição depende da forma clínica, da fase evolutiva da doença e dos fenômenos de agudização durante os episódios reacionais (reação tipo 1 ou reação reversa e reação tipo 2 ou eritema nodoso hanseníco), podendo acometer ramos cutâneos ou o tronco do nervo, de maneira isolada (mononeuropatia) ou múltipla (mononeuropatia múltipla)¹.

Os episódios reacionais envolvendo os nervos são clinicamente conhecidos como neurites, que representam

dor, espontânea ou à palpação, num tronco nervoso, acompanhada ou não de comprometimento neural; ou, ainda, o comprometimento isolado da função nervosa, detectado no exame sequencial do paciente, com ausência de dor.

Na hanseníase, há o acometimento de fibras autonômicas, sensitivas e motoras, que podem ocasionar uma sintomatologia variada, a depender da fibra acometida. A neuropatia da hanseníase pode ser aguda ou crônica. As primeiras se apresentam, de maneira súbita, com dor e edema, sem comprometimento funcional, enquanto as outras se manifestam, de forma insidiosa, com dor e comprometimento funcional a depender da área inervada pelo nervo acometido, progredindo com sintomatologia dolorosa variável¹⁰.

Nas reações hansênicas é preconizado tratamento com corticosteroides, sendo a prednisona o mais utilizado, na dose de 1-2 mg/kg de peso corporal, geralmente por via oral. O uso venoso está indicado apenas para pacientes com sintomas muito intensos ou quadros neurológicos de difícil controle. A corticoterapia nem sempre alivia a dor, e, às vezes é necessário seu uso por longo tempo, expondo o paciente aos efeitos adversos do fármaco. Pode ser necessário o uso de outros fármacos para o controle da dor persistente, como os antidepressivos e anticonvulsivantes¹⁰.

Este estudo reforça a importância de um acompanhamento neurológico rotineiro dos pacientes com diagnóstico já estabelecido de hanseníase, com queixas algicas sugestivas de comprometimento neural, para que possam diminuir as lesões neurais definitivas e as sequelas incapacitantes da doença.

CONCLUSÃO

A incidência de manifestações cutâneas foi a mais prevalente, seguida das manifestações neurológicas, sendo os nervos radial, fibular, ulnar e tibial os mais acometidos nos pacientes que apresentavam queixas algicas.

REFERÊNCIAS

1. Margarido LC, Rivitti EA. Hanseníase. In: Focaccia R, (editor). Tratado de Infectologia. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 938-71.
2. Alves CJ, Barreto JA, Fogagnolo L, et al. Evaluation of the degree of incapacity of patients with a diagnosis of leprosy at a dermatology service in the state of São Paulo. Rev Soc Bras Med Trop 2010;43(4):460-1.
3. Nogueira, W. Hanseníase: O controle de uma endemia secular em São Paulo. Prática Hospitalar. 2005;2:37.
4. Lima GM, Miranda MGR, Ferreira TCR. Ação do exercício terapêutico nas neurites crônicas de membros superiores em pacientes portadores de hanseníase atendidos na unidade de referência especializada em dermatologia sanitária Dr. Marcello Candia. Hansen Int 2009;34(1):9-16.
5. Façanha MC, Pinheiro AC, Lima JRC, et al. Hanseníase: subnotificação de casos em Fortaleza – Ceará, Brasil. An Bras Dermatol 2006;81(4):329-33.
6. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Dados obtidos on-line, Dezembro de 2008 (<http://www.ibge.gov.br/>)
7. Skacel M, Antunes SL, Rodrigues MM, et al. The diagnosis of leprosy among patients with symptoms of peripheral neuropathy without cutaneous lesions: a follow-up study. Arq Neuropsiquiatr 2000;58(3B):800-7.
8. Lima MAR, Prata MO, Moreira D. Perfil da hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005. Com Ciências Saúde 2008;19(2):163-70.
9. Imbiriba EB, Hurtado-Guerrero JC, Garnelo L, et al. Epidemiological profile of leprosy in children under 15 in Manaus (Northern Brazil), 1998-2005. Rev Saude Publica 2008;42(6):1021-6.
10. Garbino JA, Nery JA, Virmond M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento da neuropatia. Projeto Diretrizes 2003.

Apresentado em 26 de novembro de 2010.

Aceito para publicação em 11 de março de 2011.