

CARTA - CASO CLÍNICO

Novo método diagnóstico na hanseníase neural pura: raspagem da bainha de mielina ☆☆☆



Prezado Editor,

A hanseníase neural pura (HNP) é uma forma de hanseníase caracterizada por envolvimento neural sem lesões cutâneas.¹ A HNP afeta cerca de 3% a 10% dos pacientes com hanseníase e pode ocorrer em qualquer espectro, embora seja mais frequente no tipo tuberculoide.² Apresentamos um caso de paciente acometido por HNP diagnosticado por raspagem das bainhas de mielina do nervo ulnar, coloração pelo método de Ziehl-Neelsen (ZN) e reação em cadeia da polimerase (PCR).

Paciente do sexo masculino, 78 anos de idade, missionário profissional nas Filipinas e em Papua-Nova Guiné, apresentava perda sensorial (táctil, dolorosa e térmica) no pé esquerdo e dor na mão esquerda desde os 4 anos de idade. O exame físico revelou déficit da flexão dorsal do pé esquerdo, parestesia superficial e disestesia dos dedos dos pés associada a comprometimento da sensibilidade profunda. Além disso, o paciente apresentava parestesia e disestesia nos quarto e quinto dedos da mão esquerda. O nervo ulnar esquerdo era palpável e mostrava-se aumentado no cotovelo; nenhuma lesão cutânea foi encontrada. A pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) no swab nasal e na baciloscopia do esfregaço de lóbulos das orelhas e cotovelo esquerdo foi negativa. Os potenciais de ações motores e sensoriais do nervo ulnar esquerdo, nervo fibular esquerdo, nervos tibiais anterior e posterior esquerdos foram sugestivos de mononeurite múltipla. A ressonância magnética do cotovelo esquerdo mostrou o nervo ulnar aumentado, parcialmente comprometido por encarceramento no túnel fibro-ósseo. A neurocirurgia possibilitou o desbridamento do nervo ulnar e, ao mesmo tempo, a raspagem do tecido perineural. A coloração ZN e a PCR do raspado foram positivas para *M. leprae*, e foi estabelecido o diagnós-

tico de hanseníase tuberculoide neural pura. Os anticorpos contra o antígeno glicolípido fenólico-1 (anticorpo anti-PGL-1) foram negativos. O tratamento foi iniciado com base em uma combinação de três medicamentos (rifampicina 600 mg uma vez por mês, dapsona 100 mg/dia e clofazimina 300 mg uma vez por mês e 50 mg/dia) associada a prednisona 25 mg e gabapentina 300 mg (2 cps/dia), com melhora dos sintomas.

Que seja de nosso conhecimento, este é o primeiro caso de HNP diagnosticado por raspagem da bainha neural, coloração ZN e teste de PCR. A raspagem é uma técnica que propicia a obtenção de um espécime clínico por meio do esfregaço de uma parte do corpo – em nosso caso, a bainha de mielina de um nervo. A superfície é raspada com uma lâmina Bard-Parker 15, mantida em ângulo reto com a incisão. Após a raspagem, o tecido perineural obtido é examinado com a coloração ZN e o teste de PCR. Tradicionalmente, os critérios diagnósticos para HNP consistem em amostras de tecido nervoso obtidas em uma biópsia de nervo, análise de PCR e medida dos níveis de anticorpos anti-PGL-1.³ Entretanto, o procedimento invasivo de biópsia de nervo foi criticado por Abhishek De et al., por sua alta taxa de complicações.⁴ Esses autores propuseram uma técnica simples de aspirado com agulha associada a PCR em um estudo piloto⁴ e confirmaram sua eficácia em um estudo de quatro anos.⁵ Em nosso caso, não utilizamos essa técnica porque foi necessário um procedimento cirúrgico para resolver a compressão do nervo ulnar no túnel cubital. No entanto, a raspagem da bainha de mielina é um método simples de amostragem de tecido durante o procedimento invasivo, com menor risco de lesão neural.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuições dos autores

Ilaria Trave: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e / ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Alberto Cavalchini: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; aprovação

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.05.017>

☆ Como citar este artigo: Trave I, Cavalchini A, Barabino G, Parodi A. A new diagnosis sampling method in pure neural leprosy: the scraping of myelin sheath. *A Bras Dermatol*. 2021;96:380–1.

☆☆ Trabalho realizado no Ospedale Policlinico San Martino, Largo Rosanna Benzi, Gênova, Itália.

da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e / ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Gianfranco Barabino: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e / ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Aurora Parodi: Concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; aprovação da versão final do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e / ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. de Freitas MR, Said G. Leprous neuropathy. *Handb Clin Neurol*. 2013;115:499-514.

2. Girdhar BK. Neuritic leprosy. *Indian J Lepr*. 1996;68:35-42.
3. Jardim MR, Antunes SL, Santos AR, Nascimento OJ, Nery JA, Sales AM, et al. Criteria for diagnosis of pure neural leprosy. *J Neurol*. 2003;250:806-9.
4. Reja AH, De A, Biswas S, Chattopadhyay A, Chatterjee G, Bhattacharya B, et al. Use of fine needle aspirate from peripheral nerves of pure-neural leprosy for cytology and PCR to confirm the diagnosis: a pilot study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013;79:789-94.
5. De A, Hasanoor Reja AH, Aggarwal I, Sen S, Sil A, Bhattacharya B, et al. Use of Fine Needle Aspirate from Peripheral Nerves of Pure-neural Leprosy for Cytology and Polymerase Chain Reaction to Confirm the Diagnosis: A Follow-up Study of 4 Years. *Indian J Dermatol*. 2017;62:635-43.

Ilaria Trave ^{a,*}, Alberto Cavalchini ^b, Gianfranco Barabino ^b e Aurora Parodi ^a

^a Departamento de Ciências da Saúde, University of Genoa, Ospedale Policlinico San Martino, Gênova, Itália
^b Ospedale Policlinico San Martino, Gênova, Itália

* Autor para correspondência.

E-mail: ilaria.trave@gmail.com (I. Trave).

Recebido em 24 de abril de 2020; aceito em 31 de maio de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.05.033>

2666-2752/ © 2021 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Pápulas axilares: localização incomum do líquen nítido

Prezado Editor,

O líquen nítido é doença cutânea papuloescamosa crônica, relativamente rara, caracterizada por múltiplas pápulas em cúpula, medindo de 1 a 2 mm, da cor da pele, brilhantes e frequentemente chamadas de pápulas semelhantes à cabeça de um alfinete¹. O aparecimento das lesões geralmente é assintomático; além disso, às vezes pode estar associado a prurido.¹ Essa condição incomum foi descrita pela primeira vez por Pinkus, em 1901.² A pele é o principal local de ocorrência, mas as membranas mucosas e as unhas também podem ser afetadas.³

Nenhuma predileção por raça ou sexo foi relatada, embora a maioria dos casos pareça surgir em crianças e adultos jovens.^{1,4} Existem formas localizadas e generalizadas de líquen nítido, às vezes descritas em variantes clínicas:

familiar, actínica, confluenta, vesicular, hemorrágica, palmoplantar, mucosa, espinulosa e folicular, queratodérmica, perfurante ou linear.^{2,5} As lesões localizam-se preferencialmente na superfície flexora dos braços e punhos e no abdome e genitália, embora possam se tornar disseminadas.⁵ Este relato de caso adiciona à literatura indexada o segundo caso de líquen nítido localizado exclusivamente em ambas as axilas.

O paciente é um homem caucasiano de 26 anos de idade, que foi examinado para avaliação de lesões assintomáticas em ambas as axilas; as lesões estavam presentes havia mais de quatro anos e mostravam aparecimento insidioso. O paciente negou tratamento prévio das lesões ou qualquer ingestão de medicamentos precedendo o aparecimento das mesmas. Ao exame dermatológico, foram observadas, em ambas as axilas, pápulas discretas e agrupadas da cor da pele, brilhantes, firmes, monomórficas e arredondadas em cúpula, com diâmetro de 1 a 3 mm (fig. 1).

Uma biópsia de pele foi realizada nessas lesões, que mostrou um infiltrado linfo-histiocitário em uma papila dérmica aumentada, com crescimento descendente dos cones epidérmicos (cristas interpapilares) ao redor do infiltrado inflamatório dérmico em forma de "garra segurando uma bola" (figs. 2 e 3). Observou-se que a epiderme sobrejacente era normal e não havia evidência de espongiose ou exocitose.

O paciente foi tratado com a combinação de dexclorfeniramina 2 mg e betametasona 0,25 mg t.i.d. por via oral por 10 dias; depois do tratamento, o paciente mostrou estar virtualmente livre de lesões.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.04.015>

☆ Como citar este artigo: Belda Junior W, Criado PR, Di Chiacchio NG. Axillary papules: an uncommon location of lichen nitidus. *An Bras Dermatol*. 2021;96:381-3.

☆☆ Trabalho realizado na Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, SP, Brasil.