

## Hanseníase multibacilar no Programa de eliminação da hanseníase no noroeste da China<sup>☆,☆☆</sup>



Prezado Editor,

A hanseníase, causada por *Mycobacterium leprae*, é uma doença infecciosa crônica que pode causar danos permanentes aos nervos periféricos e deformidades.<sup>1</sup> De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a hanseníase é classificada nas formas clínicas PB (paucibacilar) ou MB (multibacilar), com base no número de lesões na pele: hanseníase PB (duas a cinco lesões) e hanseníase MB (mais de cinco lesões). A hanseníase MB é causada principalmente pela diminuição da resposta de imunidade celular aos bacilos da hanseníase, e é caracterizada por altas infectividade e taxa de incapacidade funcional. A morbidade causada pela hanseníase afeta gravemente a qualidade de vida dos pacientes, podendo induzir problemas psicológicos. Entretanto, apesar de medidas eficazes terem sido amplamente implementadas, o número de novos casos em todo o mundo permaneceu em quase 250.000 a cada ano. Embora a hanseníase geralmente apresente baixo nível epidêmico no noroeste da China, a proporção de casos MB e a taxa de incapacidade permanecem em nível alto.<sup>2-4</sup>

Para analisar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à hanseníase MB em áreas de planejamento de eliminação da doença no noroeste da China, dados de três hospitais especializados foram incluídos. Os registros médicos de hanseníase na província no noroeste da China de 2004 a 2020 foram coletados do Sistema de Informação de Gestão da Hanseníase (LEPMIS, *Leprosy Management Information System*).

Este foi um estudo observacional e retrospectivo de 305 casos coletados no LEPMIS de 2004 a 2020. As variáveis incluíram dados demográficos, sociológicos, clínicos e laboratoriais. O nível de significância foi estabelecido em  $p < 0,05$ . A análise de regressão logística foi utilizada para ajustar as variáveis categóricas e determinar os fatores de risco independentes da hanseníase MB.

Foi demonstrado que, na província no noroeste da China, entre 2004 e 2020, houve diferenças estatisticamente significantes em relação ao sexo e algumas outras variáveis ( $p < 0,05$ ), como mostrado na [tabela 1](#). Dos casos de hanseníase MB, 21,32% tinham menos de cinco lesões de pele, como mostrado na [tabela 2](#).

Esses resultados mostraram características de alta endemicidade da hanseníase, sugerindo que o atraso no diagnóstico da doença<sup>5</sup> ainda existia no noroeste da China, o que determinou incapacidades mais graves. A hanseníase apresentou tendência de baixa prevalência nesta fase, e os pacientes do sexo masculino ainda representaram uma proporção

relativamente alta dos novos casos diagnosticados em cada ano, o que pode estar relacionado a diferentes suscetibilidades genéticas em gêneros diferentes. Além disso, as mulheres têm mais consultas relacionadas a doenças de pele do que os homens, e os homens podem ser mais facilmente expostos aos bacilos da hanseníase devido a fatores comportamentais<sup>6</sup> e culturais, o que pode explicar em parte a predominância dos casos no sexo masculino. A suscetibilidade dos idosos à hanseníase MB pode estar relacionada ao prolongado período de incubação dos bacilos da hanseníase, resultando em resposta tardia. Além disso, o envelhecimento do sistema imunológico em idosos<sup>7</sup> foi fator agravante para o controle da infecção. Pessoas com ensino superior<sup>8</sup> são mais propensas a procurar serviços médicos para evitar atrasos no diagnóstico e tratamento. Os dados mostraram que pessoas casadas constituem um grupo especial na hanseníase MB, o que pode indicar que o contato próximo no domicílio esteja relacionado à exposição aos bacilos da hanseníase, mas não podemos descartar a importância do contato social na transmissão da doença.

A detecção passiva foi um fator de proteção para a hanseníase MB, por isso é necessário aumentar a divulgação e educação sobre a prevenção e controle da hanseníase em áreas de baixa prevalência, e melhorar o índice de conscientização<sup>9</sup> do povo e quanto aos cuidados pessoais. Mais de cinco lesões foram associadas à hanseníase MB, o que indicou que a alta concentração de infecção por bacilos da hanseníase pode levar à maior destruição tecidual, mais danos à pele e mais deformidades. Os casos MB têm maior probabilidade de incapacidade grau I ou II após o ajuste do modelo. A taxa de incidência de incapacidade de Classe II na presente amostra é muito maior do que a média global de 6% relatada pela OMS<sup>10</sup> em 2016, o que indicou que há atraso no diagnóstico ou erro de diagnóstico nesses pacientes.

Este estudo baseou-se em dados obtidos do LEPMIS; portanto, apresenta algumas limitações, como informações inconsistentes, viés de prevalência e defeito de desenho transversal. Pesquisas futuras precisam considerar estudos longitudinais ou de distribuição geográfica para esclarecer fatores relacionados à hanseníase.

Em conclusão, os pacientes MB foram a principal fonte infecciosa da hanseníase; portanto, a detecção e o tratamento precoces podem efetivamente bloquear a transmissão da hanseníase no elo de controle da fonte infecciosa, o que é de grande importância para reduzir a probabilidade de doentes de hanseníase com incapacidade. Este estudo avaliou as características epidêmicas e regionais da hanseníase MB no noroeste da China, que podem ser úteis para prevenir e controlar efetivamente a hanseníase.

### Suporte financeiro

Nenhum.

### Contribuição dos autores

Ge Li: Co-escreveu o artigo; é o autor para correspondência, revisou os dados e resultados deste artigo; contribuiu na interpretação dos dados, comentou o manuscrito, revisou o manuscrito e aprovou a versão final para publicação.

Chao Li: Co-escreveu o artigo; contribuiu na interpretação dos dados, comentou o manuscrito, revisou o manuscrito e aprovou a versão final para publicação.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.08.012>

☆ Como citar este artigo: Li G, Li C, Zhang Q, Zhang H, Chen P, Lin Z. Multi-bacillary leprosy under the Chinese leprosy elimination program. *An Bras Dermatol*. 2022;97:804-6.

☆☆ Trabalho realizado no Shaanxi Provincial Institute for Endemic Disease Control, Xi'an, China.

**Tabela 1** Relação entre fatores sociodemográficos e comportamentais e formas clínicas de hanseníase

|                                  | Hanseníase MB (n = 272) | Hanseníase PB (n = 33) | p-valor | OR    | IC 95%         |
|----------------------------------|-------------------------|------------------------|---------|-------|----------------|
| <b>Fatores sociodemográficos</b> |                         |                        |         |       |                |
| <i>Sexo</i>                      |                         |                        |         |       |                |
| Masculino                        | 184 (67,65)             | 28 (84,85)             | 0,043   | 0,373 | (0,139-1,000)  |
| Feminino                         | 88 (32,35)              | 5 (15,15)              |         |       |                |
| <i>Etnia</i>                     |                         |                        |         |       |                |
| Han                              | 268 (98,53)             | 33 (100,00)            | 0,483   | 0,89  | (0,856-0,926)  |
| Outras                           | 4 (1,47)                | 0 (0,00)               |         |       |                |
| <i>Profissão</i>                 |                         |                        |         |       |                |
| Agricultor                       | 24 (8,82)               | 3 (9,09)               | 0,959   | 0,968 | (0,275-3,407)  |
| Outras                           | 248 (91,18)             | 30 (90,91)             |         |       |                |
| <i>Nível educacional (anos)</i>  |                         |                        |         |       |                |
| Mais de 9                        | 6 (2,21)                | 0 (0,00)               | 0,002   | 3,145 | (1,504-6,573)  |
| Entre 1 e 9                      | 184 (67,65)             | 14 (42,42)             |         |       |                |
| Menor de 1                       | 82 (30,15)              | 19 (57,58)             |         |       |                |
| <i>Estado civil</i>              |                         |                        |         |       |                |
| Solteiro(a)                      | 69 (25,37)              | 20 (60,61)             | < 0,001 | 0,221 | (0,104-0,468)  |
| Casado(a)                        | 203 (74,63)             | 13 (39,39)             |         |       |                |
| <i>História domiciliar</i>       |                         |                        |         |       |                |
| Local                            | 267 (98,16)             | 30 (90,91)             | 0,014   | 5,34  | (1,215-23,465) |
| Não local                        | 5 (1,84)                | 3 (9,09)               |         |       |                |
| <i>Idade (anos)</i>              |                         |                        |         |       |                |
| Mais de 60                       | 40 (14,71)              | 9 (27,27)              | 0,063   | 0,460 | (0,199-1,061)  |
| Entre 20 e 60                    | 224 (82,35)             | 23 (69,70)             |         |       |                |
| Menos de 20                      | 8 (2,94)                | 1 (3,03)               |         |       |                |
| <i>Fatores comportamentais</i>   |                         |                        |         |       |                |
| <i>Modo de diagnóstico</i>       |                         |                        |         |       |                |
| Detecção ativa                   | 53 (19,49)              | 15 (45,45)             | 0,001   | 0,290 | (0,137-0,614)  |
| Detecção passiva                 | 219 (80,51)             | 18 (54,55)             |         |       |                |

**Tabela 2** Relação entre fatores clínicos e formas clínicas de hanseníase

|                                       | Hanseníase MB (n = 272) | Hanseníase PB (n = 33) | p-valor | OR     | IC 95%         |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------------|---------|--------|----------------|
| <i>Lesão cutânea</i>                  |                         |                        |         |        |                |
| Nenhuma                               | 8 (2,94)                | 5 (15,15)              | < 0,001 | 0,170  | (0,052-0,554)  |
| 1 lesão                               | 6 (2,21)                | 7 (21,21)              |         |        |                |
| 2-5 lesões                            | 44 (16,18)              | 15 (45,45)             |         |        |                |
| > 5 lesões                            | 214 (78,68)             | 6 (18,18)              |         |        |                |
| <i>Reação hansênica</i>               |                         |                        |         |        |                |
| Sem reação                            | 233 (85,66)             | 30 (90,91)             | 0,3     | 0,597  | (0,174-2,053)  |
| Reação do tipo I                      | 15 (5,51)               | 3 (9,09)               |         |        |                |
| Reação do tipo II                     | 20 (7,35)               | 0 (0,00)               |         |        |                |
| Reação mista                          | 4 (1,47)                | 0 (0,00)               |         |        |                |
| <i>Resultado do esfregaço de pele</i> |                         |                        |         |        |                |
| Positivo                              | 177 (65,07)             | 4 (12,12)              | < 0,001 | 13,508 | (4,612-39,566) |
| Negativo                              | 95 (34,93)              | 29 (87,88)             |         |        |                |
| <i>Dano neural</i>                    |                         |                        |         |        |                |
| Nenhum                                | 53 (19,49)              | 5 (15,15)              | 0,003   | 1,355  | (0,500-3,678)  |
| 1 nervo                               | 31 (11,40)              | 11 (33,33)             |         |        |                |
| ≥ 2 nervos                            | 188 (69,12)             | 17 (51,52)             |         |        |                |
| <i>Incapacidade</i>                   |                         |                        |         |        |                |
| Nenhuma                               | 61 (22,43)              | 11 (33,33)             | 0,007   | 0,578  | (0,266-1,259)  |
| Grau I                                | 93 (34,19)              | 3 (9,09)               |         |        |                |
| Grau II                               | 103 (37,87)             | 19 (57,58)             |         |        |                |
| Indefinida                            | 15 (5,51)               | 0 (0,00)               |         |        |                |

Qingping Zhang: É o autor para correspondência; revisou os dados e resultados desse artigo; contribuiu na interpretação dos dados, comentou o manuscrito, revisou o manuscrito e aprovou a versão final para publicação.

Hong Zhang: Contribuiu na obtenção e aquisição dos dados do artigo; contribuiu na interpretação dos dados, comentou o manuscrito, revisou o manuscrito e aprovou a versão final para publicação.

Ping Chen: Contribuiu na obtenção e aquisição dos dados do artigo; contribuiu na interpretação dos dados, comentou o manuscrito, revisou o manuscrito e aprovou a versão final para publicação.

Zhaoxing Lin: Forneceu orientação sobre métodos de pesquisa e revisão de casos; contribuiu na interpretação dos dados, comentou o manuscrito, revisou o manuscrito e aprovou a versão final para publicação.

## Conflito de interesses







Nenhum.

## Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer a todos os participantes do estudo sobre hanseníase. Em particular, gostaríamos de expressar nossos agradecimentos a National Health Commission of the People's Republic of China e Health Commission da Província de Shaanxi.

## Referências

1. Limeira OM, Gomes CM, Moraes OO, Cesetti MV, Alvarez RR. Active search for leprosy cases in Midwestern Brazil: A serological evaluation of asymptomatic household contacts before and after prophylaxis with bacillus Calmette-Guerin. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2013;55:173-7.
2. WHO Technical Report Series. Chemotherapy of leprosy for control programmes. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 1982;675:1-33.
3. Queiros MI, Ramos AJ, Alencar CH, Monteiro LD, Sena AL, Barbosa JC. Clinical epidemiological profile of leprosy patients attended at Ceara, 2007-2011. *An Bras Dermatol*. 2016;3:311-7.
4. Zhang QP, Li G, Li C, Lin ZX, Chen P. Epidemiological situation of leprosy in a province in China: A long time to diagnosis and a high rate of deformity. *BMC Public Health*. 2020;1:1790.
5. Wang YF, An NX, Wang HM, Lin ZX, Duan G, Gan N, et al. Discussion on the causes of delayed diagnosis of leprosy in Chenggu County, Shaanxi Province. *Chin J Derm Venereol*. 2008;1:42-3.
6. Li YG, Wu TJ. Analysis of 9 new cases of leprosy in Zunyi in 2013. *Chin J Derm Venereol*. 2016;32:496.
7. Chang SX, Wang XH, Zheng DC. Research Progress of leprosy susceptibility Genes. *J Diagn Ther Dermatol-Venereol*. 2018;25:253-6.
8. Chou JP, Effros RB. T cell replicative senescence in human aging. *Curr Pharm Des*. 2013;9:1680-98.
9. WHO. Global leprosy update, 2016: accelerating reduction of disease burden. *Wkly Epidemiol Rec*. 2017;92:501-19.
10. Assis B, Lyon S, Grossi M, Rocha M. Risk factors for physical disability upon release from multidrug therapy in new cases of leprosy at a referral center in Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2019;61:e13.

Ge Li <sup>a,b,1</sup>, Chao Li <sup>c,1</sup>, Qingping Zhang <sup>a,\*</sup>, Hong Zhang <sup>a</sup>, Ping Chen <sup>a</sup> e Zhaoxing Lin <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Shaanxi Provincial Institute for Endemic Disease Control, Xi'an, China

<sup>b</sup> Escola de Saúde Pública, Xi'an Jiaotong University Health Science Center, Xi'an, China

<sup>c</sup> Departamento de Ortopedia, Xijing Hospital, The Fourth Military Medical University, Xi'an, China

\* Autor para correspondência.

E-mail: 1016009751@qq.com (Q. Zhang).

<sup>1</sup> Contribuíram igualmente

Recebido em 5 de maio de 2021; aceito em 19 de agosto de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2022.08.003>

2666-2752/ © 2022 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/>).

## Testes de contato negativos: o que devemos pensar diante deste resultado? ☆,☆☆



Prezado Editor,

Os testes de contato são a melhor ferramenta para a identificação de agentes etiológicos da Dermatite Alérgica de Contato (DAC). Estão indicados na suspeita de DAC, em eczemas crônicos sem etiologia definida, na dermatite de contato ocupacional e na investigação de reações medicamentosas com mecanismo de hipersensibilidade tardia.<sup>1</sup> As respostas ao teste de contato são avaliadas por critérios

morfológicos já descritos pelo *International Contact Dermatitis Research Group* (ICDRG). O resultado negativo diante de um paciente com alguma forma de eczema pode ser frustrante; desse modo, é importante conhecermos os diagnósticos diferenciais e os motivos pelos quais um teste pode ser negativo.

Os objetivos deste trabalho foram determinar a frequência de testes de contato negativos nos pacientes com suspeita clínica de DAC, seu perfil epidemiológico e diagnósticos finais. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob o número 20285919.1.0000.5479.

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo com análise de prontuários dos pacientes com dermatite de contato no período de 2013 a 2018 que apresentaram resultados negativos ou reações irritativas para as substâncias testadas. As baterias utilizadas foram selecionadas de acordo com a suspeita diagnóstica: Padrão Brasileira, Cosméticos e Corticoides (FDA Allergenic/Rio de Janeiro, Brasil); Latino-Americana, Cosméticos Ampliada, Fototeste, Calçados,

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2021.09.014>

☆ Como citar este artigo: Starck M, Suzuki NM, Hafner MFS, Lazarini R. Negative patch tests: What should we think about these results? *An Bras Dermatol*. 2022;97:806-8.

☆☆ Trabalho realizado na Clínica de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.