

SÍFILIS SIMULANDO HANSENÍASE BORDERLINE-TUBERCULÓIDE: INTERFACES QUANTO AO CONTEXTO HISTÓRICO, CLÍNICO E DE SAÚDE PÚBLICA

SYPHILIS MIMICKING BORDERLINE (BT) LEPROSY. HISTORICAL, CLINICAL AND PUBLIC HEALTH INTERFACES

*Antonio PM Schettini¹, José CG Sardinha², Renato CS Júnior³,
Maria CA Schettini⁴, Nádyá FP Lopes⁵*

RESUMO

Uma paciente com 37 anos de idade, morena, casada, natural e residente em Manaus apresentou quadro cutâneo de lesões em placas, eritematosas, de tamanhos variados, distribuídas no tronco, face e membros inferiores. A biópsia de uma das lesões demonstrou um infiltrado granulomatoso distribuído em torno de vasos, anexos e filetes nervosos, compatível com hanseníase tuberculóide. Foi estabelecido pela correlação clínico-histológica o diagnóstico de hanseníase borderline-tuberculóide (BT) e iniciou-se poliquimioterapia específica. Como a paciente não apresentou melhora após três meses de tratamento, solicitou-se uma revisão das lâminas, que demonstraram nos cortes corados pela hematoxilina-eosina, além das alterações já descritas, um infiltrado de células plasmocitárias, junto aos vasos da derme e de permeio às células dos granulomas, sugestivo de sífilis, que não havia sido detectado na primeira avaliação. Realizou-se exame sorológico para sífilis, pelo VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), o qual se mostrou reagente. Foi então suspenso o tratamento específico para hanseníase e iniciado tratamento para sífilis com penicilina benzatina, tendo havido regressão gradativa das lesões. Além de relatar o caso clínico, analisam-se interfaces existentes entre a sífilis e a hanseníase: 1. Interfaces no contexto histórico e nas ações de saúde. 2. Interfaces quanto a clínica e diagnóstico laboratorial. Comenta-se a importância desses aspectos para os programas de controle dessas doenças.

Palavras-chave: Sífilis, hanseníase, diagnóstico diferencial

ABSTRACT

We present a case of a 37 year-old woman, who was born and lived in Manaus, Brazil. She sought medical attention because of skin lesions – erythematous plaques of different sizes, localized to chest, face and lower limbs. A biopsy was performed and the hematoxylin and eosin staining has showed a granulomatous infiltrate around blood vessels, appendages and nerves. The pathological picture was considered to be compatible with tuberculoid leprosy. Correlation of the clinical and histological data lead to a diagnosis of borderline-tuberculoid leprosy and specific treatment was started. The absence of clinical improvement after three months of treatment made the diagnosis to be reconsidered. A new study of the former slides was performed and, in addition to the described abnormalities, it has shown a plasma cells infiltrate around blood vessels and in between the granulomatous infiltrate. These abnormalities were not recognized at the first evaluation. With a reagent result of the VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) test, the treatment of the leprosy was interrupted and syphilis was treated accordingly. After completion of treatment for syphilis, the lesions presented a progressive improvement Besides the case presentation, we analyze the different existing interfaces between syphilis and leprosy: (1) historical and public health interfaces and (2) clinical and laboratorial interfaces. We also stress the importance of these interfaces for the implementation of control programs for these diseases.

Keywords: Syphilis, leprosy, differential diagnosis

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(1):67-72, 2004

INTRODUÇÃO

A sífilis e a hanseníase apresentam manifestações clínicas cutâneas com grande polimorfismo lesional dificultando o diagnóstico diferencial. Ambas apresentam exames complementares que, em determinadas situações, não são esclarecedores, dificultando a confirmação do diagnóstico clínico. Nos últimos anos,

foram publicados na literatura médica vários casos clínicos, em que pacientes com sífilis foram diagnosticados e tratados erroneamente como portadores de hanseníase. Isso ocorreu, principalmente, naqueles pacientes co-infectados pelo vírus da imunodeficiência adquirida que podem apresentar manifestações clínicas diferentes das habituais. Esses erros de diagnóstico podem provocar graves consequências tanto para os indivíduos como para a coletividade, evidenciando que o diagnóstico correto, estabelecido pela avaliação clínica e exames complementares, permanece sendo condição indispensável em qualquer estratégia de enfrentamento dessas doenças. Com relação à hanseníase, existem indícios de que a precisão no diagnóstico vem sendo negligenciada, em atividades de trabalho de campo e no ensino da doença nos ambientes acadêmicos.^{1,2,3,4}

¹Mestre em Patologia Tropical pela Universidade do Amazonas.

^{2,3,4,5}Médicos Especialistas em Dermatologia com atuação em Doenças Sexualmente Transmissíveis da Fundação Alfredo da Matta (FUAM) Manaus/AM.

A sífilis e a hanseníase, apresentaram nas últimas décadas um acentuado declínio no número de doentes em todo o mundo, principalmente após a implementação de ações como o diagnóstico precoce e a quimioterapia eficaz.^{5,6,7} A redução da prevalência e da morbidade das duas doenças gerou uma expectativa de que a adoção de medidas de caráter técnico-científico seriam suficientes para um enfrentamento sustentado dessas endemias, porém as duas doenças ainda permanecem sendo relevantes problemas de saúde pública em determinadas áreas geográficas e sub-grupos populacionais, havendo a interferência de complexos fatores políticos, sociais, econômicos, ambientais e culturais que impossibilitam a erradicação. Verifica-se a necessidade do estabelecimento de novas estratégias de intervenção que promovam ações mais abrangentes que as atualmente utilizadas.^{8,9,10} As duas doenças, exibem semelhanças no contexto da evolução histórica, social e nas ações de saúde pública que têm grande importância para a compreensão do comportamento dessas endemias.^{11,12}

Ao relatar um caso de sífilis, diagnosticado e tratado equivocadamente como hanseníase borderline-tuberculóide, em um centro de referência para diagnóstico e tratamento da hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis (DST), ressalta-se que essas doenças devem permanecer no primeiro plano das hipóteses diagnósticas, em pacientes portadores de lesões cutâneas, procurando-se estabelecer um correto diagnóstico diferencial, e destaca-se ainda a necessidade de que os agentes de saúde envolvidos nos programas de controle conheçam a evolução histórica e aspectos sociais envolvidos no curso dessas endemias, pois isso pode contribuir para a adoção de práticas mais efetivas.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 37 anos, morena, casada, natural e residente em Manaus/AM foi atendida no Ambulatório da Fundação “Alfredo da Matta” (FUAM) (Manaus, Amazonas) com queixa de “manchas” na pele e apresentava, no exame dermatológico, um total de 5 lesões, em placas, distribuídas na face, tronco e mão direita, tendo evolução de dois meses. As lesões eram eritematosas, tinham o contorno arciforme, as bordas eram infiltradas e o centro aparentemente poupado (**Figura 1**). A paciente referia ser portadora de *diabetes mellitus*, mas não fazia uso rotineiro de medicamentos. Negava contato com portadores de hanseníase e história pregressa de doenças sexualmente transmissíveis. Referia parceiro único nos últimos cinco anos.

No exame físico geral não se detectou nervos periféricos ou adenopatias palpáveis. A pesquisa das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil nas lesões não demonstrou alterações. A baciloscopia de linfa cutâneo foi negativa e o hemograma, exame de urina e outros exames bioquímicos de rotina não evidenciaram anormalidades. Por não se dispor do antígeno, não foi realizada a intradermoreação de Mitsuda.

O exame histopatológico da pele evidenciava uma epiderme normal e um infiltrado dérmico granulomatoso constituído de macrófagos, células epitelióides, células gigantes e linfócitos distribuídos difusamente. O infiltrado tinha uma distribuição perivascular, perianexial e nas proximidades de um filete nervoso. A pesquisa tecidual de bacilos, pelo método de Wade, foi negativa. O diagnóstico histológico inicial foi de granuloma tuberculóide compatível com hanseníase tuberculóide. Diante do conjunto de dados clínicos e histológicos, a paciente foi diagnos-



Figura 1- Lesão em placa de contorno arciforme, bordas infiltradas e centro aparentemente poupado, localizada na região esternal.

ticada como portadora de hanseníase borderline-tuberculóide e iniciou esquema de poliquimioterapia para pacientes multibacilares, recomendado pelo Ministério da Saúde.¹³

Após a 6ª dose da poliquimioterapia, como a paciente referia piora do quadro clínico com aumento do número e tamanho das lesões. O caso foi reavaliado em reunião clínica e outras hipóteses diagnósticas foram aventadas, como sarcoidose, leishmaniose lupóide, granuloma anular e sífilis. Para esclarecer o diagnóstico foi solicitada inicialmente uma revisão do exame histopatológico. Uma análise mais cuidadosa dos mesmos cortes, corados pela hematoxilina-eosina, demonstrou além do infiltrado granulomatoso a presença de vários plasmócitos em torno de vasos e de permeio as células do granuloma. O laudo histológico foi compatível com sífilis secundária, sendo sugerida a realização de exames complementares para confirmação do diagnóstico.

Esses novos exames demonstraram uma glicemia de 110 mg, o exame radiológico do tórax não mostrou alterações, a pesquisa direta de leishmânias na lesão e o teste de Montenegro foram negativos. O VDRL mostrou-se reagente nas diluições até 1:256. Diante destes novos dados clínico-laboratoriais estabeleceu-se o diagnóstico de sífilis, foi suspensa a poliquimioterapia específica para hanseníase e a paciente foi medicada com 3 doses de penicilina benzatina de 2.400.000 UI aplicadas com intervalos de 7 dias. Seis semanas após a instituição desse tratamento, a paciente retornou com involução quase total das lesões, apresentando apenas hiperpigmentação residual (**Figura 2**). O VDRL foi reagente em diluições de até 1:64. No exame do líquido, o VDRL foi não reativo e o FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption) negativo.

A sorologia para detecção de anticorpos para o vírus HIV, foi negativa.

DISCUSSÃO

Interfaces da sífilis com a hanseníase

Além da semelhança quanto à apresentação clínica e aos resultados de alguns exames como a sorologia e o anatomopatológico, que dificultam o diagnóstico diferencial, a hanseníase e a sífilis apresentam interfaces em vários outros aspectos históricos e sociais que são analisados a seguir.

Interfaces no contexto histórico e nas ações de saúde

A sífilis e a hanseníase estão entre as doenças mais antigas que afetam a humanidade. Os primeiros relatos compatíveis com a doença hoje denominada hanseníase estão presentes em textos indianos do ano 1300 a.C. Da Índia, a endemia estendeu-se para China, Japão e Egito, tendo chegado à Europa com o regresso das tropas de Alexandre, o Grande, após as Campanhas das Índias (327-326 a.C). As Antilhas parecem ter sido a porta de entrada da doença nas Américas em meados do século XVI e nos séculos XIX e XX a hanseníase chegou às ilhas do Pacífico e Austrália¹⁴. No Brasil, não há indícios da existência da doença no período pré-colonial, provavelmente a mesma foi introduzida por colonizadores portugueses. Acredita-se que foi Hipócrates quem traduziu do Hebreu a palavra *Zara at* como lepra e o termo incluía várias outras doenças com manifestações cutâneas, como o vitiligo e a psoríase.

A sífilis parece ter existido, em conjunto com outras treponematoses, desde os anos 1500 a 3000 a.C., no continente africano. Provavelmente foi levada pelos escravos para o Egito e posterior-

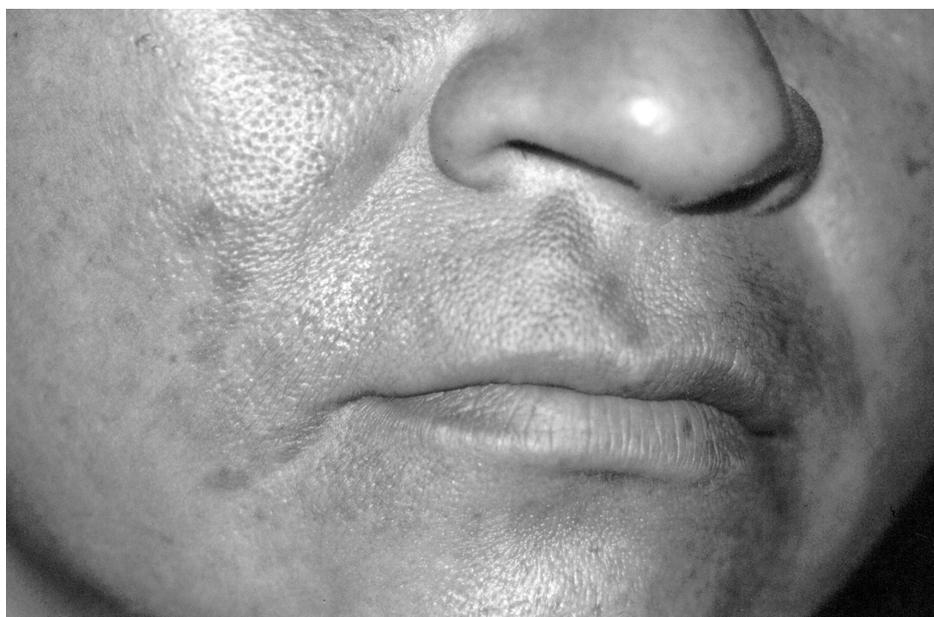


Figura 2- Lesão residual hipercrômica, localizada na região mentoniana.

mente para a Europa. No entanto, existe a tese de que a doença seria autóctone nas Américas, e foi levada para Europa, desde o Haiti, pela tripulação de Cristovão Colombo, tendo, a partir de Nápoles, disseminado-se para França, Espanha, Portugal e daí, por meio da tripulação de Vasco da Gama, para a Ásia.^{15,16}

Girolamo Fracastoro (1478-1553), poeta, físico, astrônomo e médico italiano, foi quem cunhou o termo sífilis. Em seu poema “Syphilis sive morbus gallicus”, publicado em 1546, o pastor Syphilus contrai a doença como castigo dos deuses. O autor presume a possibilidade da transmissão da doença, demonstrando que o conceito de doença contagiosa causada por agentes animados já existia no pensamento da época, porém era considerado fantasioso por não haver demonstração prática desses agentes.

As duas doenças através do tempo foram associadas a punições divinas causadas por “perversões” ou “licenciosidades” das vítimas, sendo os doentes temidos e removidos do convívio social, pois eram considerados “impuros” merecedores das marcas (estigmas) humilhantes das doenças estampadas em suas peles. No livro Levíticos, do Antigo Testamento, há citações demonstrando que pessoas portadoras de hanseníase (“leprosos”) eram considerados ímpias, afastadas compulsoriamente das sãs e submetidas a rituais purificadores.

Até o início do século XX, a estratégia de enfrentamento para essas doenças foi de “salvar” os sadios protegendo-os do contato com os doentes e assim o isolamento dos doentes ganhou muitos adeptos, principalmente na Idade Média (do século V ao XV). Nessa época, chegaram a existir na Europa, 19.000 “leprosários”, nos quais os doentes ficavam confinados. A sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis no final de século XV e a “loucura” no século XVII passaram a ocupar o lugar da hanseníase nas estruturas físicas desses leprosários, tendo ocorrido o mesmo processo de exclusão social dos doentes.¹⁷

Parece, também, surgir com a hanseníase e a sífilis, o conceito de “grupo de risco”, pois se associava a doença a determinados subgrupos de uma população, raça, país ou região geográfica. Os europeus particularmente sempre se eximiam de qualquer responsabilidade sobre essas doenças, considerando-se apenas “visitados” pelas “pragas” oriundas do Oriente, África e até do Novo Mundo. O espírito nacionalista fazia com que a doença sempre fosse considerada “do outro”, “do estrangeiro”; assim, a sífilis recebeu denominações como “doença francesa” ou “*morbus gallicus*”, pelos italianos e ingleses; “mal italiano”, pelos franceses; em Portugal recebeu o nome “doença castelhana”; no Japão, “doença portuguesa”.¹⁸

Ainda hoje, essa visão da doença como punição divina e a associação a “inimigos” externos permanece viva na sociedade, como ficou demonstrado no pânico causado pela epidemia mundial da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) e mais recentemente da síndrome da insuficiência respiratória aguda (SARS). Essa representação social desfavorável das doenças pode produzir, por parte do Estado, ações discriminatórias e com características autoritárias, pois se organizam “campanhas” para “combater” o “inimigo”.

A identificação dos agentes causais da sífilis e da hanseníase, *Treponema pallidum* e *Mycobacterium leprae*, respectivamente, ocorreu logo após o surgimento da bacteriologia em fins do século XIX e início do século XX. Armauer Hansen, em 1873, identificou o *Mycobacterium leprae*, demonstrando pela primeira vez um microrganismo como causa de uma doença infecciosa. Em

1905, Schaudinn e Hoffmann evidenciaram o agente da sífilis, denominando-o *Spirochaeta pallida*. A demonstração dos agentes causadores possibilitou uma abordagem mais racional para as medidas de combate às duas doenças, afastando os conceitos religiosos ou mágicos que impregnavam os conhecimentos até então. Mas, o conceito unicausal e o biologicismo, pelo qual uma doença é explicada apenas pela ação dos microrganismos nos tecidos e órgãos humanos, mostraram-se insuficientes para a compreensão do fenômeno da doença.

Também o desenvolvimento e emprego de medicamentos eficazes para o tratamento de ambas as doenças ocorreu em datas muito próximas. Em 1941, Faget, e em 1946, Chochrane, empregaram a sulfona por via parenteral e Lowe, em 1947, por via oral, sendo esse o primeiro medicamento considerado eficaz contra a hanseníase. Com a sífilis, o uso do arsênio-benzeno, em 1910, proposto por Erlich, iniciou a fase da quimioterapia das doenças. Com a introdução da penicilina, em 1943, a sífilis mostrou uma queda dramática na incidência e na prevalência. A demonstração da eficácia dessas drogas causou grande euforia entre os profissionais da saúde da época. Acreditava-se que o emprego de medidas de caráter exclusivamente técnico que pudesse erradicar as doenças.¹⁹

Ainda hoje, as duas doenças têm posição privilegiada, em termos de recursos terapêuticos eficientes disponíveis para o tratamento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o uso da penicilina benzatina, em duas doses de 2.400.000 UI, via intramuscular, com intervalo de 7 dias, para os casos de sífilis recente e três doses nos casos de sífilis tardia. Doentes alérgicos à penicilina podem utilizar tetraciclina ou eritromicina. Na hanseníase é recomendado pela OMS um esquema de dose única de rifampicina, ofloxacina e minociclina para pacientes com lesão única. Dapsona diariamente e rifampicina em dose mensal, por 6 meses, para pacientes com 1 a 5 lesões cutâneas. Dapsona e clofazimina diariamente e rifampicina mensal, por 12 meses, para pacientes com mais de cinco lesões cutâneas e ou com baciloscopia positiva. Os índices de recidivas pós-tratamento são considerados inexpressivos.

O tratamento da hanseníase é realizado atualmente em regime ambulatorial, só requerendo internação eletiva para pacientes com complicações eventuais. Foi abolida a compulsoriedade da internação, que persistiu no Brasil até 1963²⁰. A política de preterir a hospitalização priorizando o atendimento na rede de postos de saúde e ambulatórios de especialidades tornou o tratamento da hanseníase mais eficiente e melhorou as relações sociais do doente, porém a doença como um problema sócio-cultural permanece e exige atenção dos profissionais de saúde para esse aspecto.²¹ Apesar da existência de medicamentos eficientes e disponíveis em grande parte da rede de serviços públicos no Brasil, a estratégia de intervenção, baseada no diagnóstico precoce e tratamento eficaz, não foi suficiente para atingir as metas de eliminação das duas doenças como um problema de saúde pública. Metas previstas para se considerar a hanseníase como “eliminada” não foram atingidas. O componente socioeconômico tem grande importância na manutenção da hanseníase como endemia, pois a mesma foi praticamente eliminada, na Europa, no final do século XIX, quando ainda não existiam agentes quimioterápicos eficientes⁶. Esse fato demonstra que estratégias de enfrentamento que não considerem os vários aspectos sociais, culturais e econômicos envolvidos podem estar fadadas ao

insucesso. Identificar a origem de crenças estabelecidas e enraizadas no imaginário das pessoas, é importante para o entendimento de determinados problemas, como, por exemplo, a baixa adesão ao tratamento. O planejamento e a execução das ações de controle exigem uma visão ampliada dos fatores envolvidos no complexo saúde-doença.

A sífilis, nos anos 40 e 50, após a introdução da penicilina no seu tratamento, experimentou uma marcante queda no número de doentes mas voltou a emergir, após os anos 60 e 70, com a maior liberalidade sexual, impulsionada pelo uso de contraceptivos orais e mudanças de costumes e valores. Se para a redução do número de doentes com hanseníase nos países desenvolvidos a transformação socioeconômica foi, por si só, fundamental, o mesmo não parece ser possível na sífilis. Há necessidade de mudanças comportamentais como a redução de parceiros sexuais e o uso consistente de preservativos. Também são indispensáveis o diagnóstico e tratamento precoces, o aconselhamento sensível aos aspectos sócio culturais e antropológicos e o aumento na capacidade de detecção e intervenção.

Interfaces quanto a clínica e diagnóstico laboratorial

As manifestações clínicas mais freqüentes das duas doenças, têm como palco a pele. Na sífilis, os diversos tipos de lesões vão-se sucedendo ao longo do tempo, em períodos denominados como primário, secundário e terciário, com características lesionais próprias. De modo arbitrário, considera-se sífilis recente o primeiro ano de evolução e sífilis tardia após este período. Na hanseníase, o quadro inicia-se com uma forma clínica denominada indeterminada e pode evoluir para um espectro em que se encontra uma forma de alta resistência imunológica individual (hanseníase tuberculóide) e outro em que há pouca ou nenhuma resistência (hanseníase virchowiana), existindo ainda uma forma intermediária (hanseníase dimorfa ou borderline).

Praticamente todas as formas de lesões dermatológicas existentes, como manchas, pápulas, tubérculos, nódulos, placas e infiltrações, podem ser encontradas nas duas doenças em suas diversas formas ou fases, de modo único ou em diversas combinações, tornando o diagnóstico clínico difícil, pois muitas vezes as lesões não são específicas e é preciso fazer o diagnóstico diferencial com um grande número de outras dermatoses.

Para a confirmação do diagnóstico da hanseníase são empregados inicialmente os testes de avaliação da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas zonas cutâneas afetadas. A baciloscopia de linfa cutânea permite categorizar os doentes em pauci ou multibacilares. A histopatologia convencional possibilita a confirmação do diagnóstico, mesmo quando os bacilos não são identificados. O acometimento de filetes nervosos pelo infiltrado inflamatório é a principal evidência indireta da presença do bacilo. A imunistoquímica e as técnicas de biologia molecular (hibridização e reação da polimerase em cadeia – PCR), são capazes de identificar bacilos em tecidos e fluídos orgânicos, porém ainda há necessidade de otimização dessas técnicas.

O diagnóstico da sífilis pode ser confirmado por meio de pesquisa direta do treponema em campo escuro em esfregaços das lesões. Os exames sorológicos ditos não-treponêmicos como o VDRL e os específicos como o TPI (*T. pallidum* immobiliza-

tion test) e o FTA-Abs são os mais utilizados. É importante destacar que pacientes portadores de hanseníase nas formas dimorfas e virchowiana produzem grande quantidade de anticorpos inespecíficos, os quais podem produzir resultado positivo no VDRL e, em conseqüência, um falso diagnóstico de sífilis.

Também o exame histológico da sífilis e da hanseníase pode mostrar quadros em que é muito difícil se estabelecer o diagnóstico diferencial. Na hanseníase o infiltrado inflamatório é granulomatoso nas formas tuberculóide e borderline e, mesmo que não se demonstre a presença de bacilos, o acometimento de filetes nervosos pelo infiltrado é considerado uma prova indireta da presença deles. Na sífilis é característico o edema e a proliferação de células endoteliais dos vasos dérmicos e a presença de plasmócitos entre as células do infiltrado inflamatório.

Nas sífilis secundária e terciária pode ser observado um infiltrado inflamatório granulomatoso, com células plasmocitárias de permeio. Os métodos de imunofluorescência e imunistoquímica podem identificar determinantes antigênicos das espiroquetas, na junção dermoepidérmica ou dentro e ao redor de vasos sanguíneos, mas em geral não são utilizados na rotina. Através da microscopia eletrônica, demonstra-se a presença de treponemas nos espaços intercelulares e dentro de células da pele, como queratinócitos, fibroblastos, células endoteliais e nas células do revestimento de fibras neurais. Esse acometimento, pelo *T. pallidum* das células que revestem as fibras neurais, explica o fato de o infiltrado inflamatório assumir, às vezes, uma disposição perineural, simulando hanseníase. No presente caso, essa característica da infiltração do perineuro pelas células inflamatórias do granuloma, foi determinante para o erro no diagnóstico inicial.

O acometimento do tecido perineural na sífilis pode promover alteração sensitiva nas lesões de sífilis e assim dificultar ainda mais o diferencial com a hanseníase que tem na hipoestesia ou anestesia lesional sua característica clínica principal. Essa questão leva a refletir sobre a atual estratégia de diagnóstico empregada pelos programas de controle da sífilis e hanseníase nos países pouco desenvolvidos, os quais detêm o maior número de pessoas acometidas. Para a universalização do atendimento e expansão da cobertura, adotou-se um modelo de assistência médica de baixa complexidade, executado por pessoal não especializado e nesse contexto o diagnóstico da hanseníase e da sífilis necessitou ser simplificado. A hanseníase é diagnosticada e os pacientes incluídos nos diferentes protocolos de tratamento tendo como base apenas os aspectos clínicos²². A sífilis, por sua vez, foi incluída dentro dos protocolos de diagnósticos síndromicos que dispensam o uso de técnicas laboratoriais para a confirmação do diagnóstico. Essa simplificação do diagnóstico possibilitou o surgimento de questões que ainda precisam ser solucionadas com a falta de equidade no atendimento, pois foi estabelecida uma classe de pessoas que são atendidas em grandes centros e têm seu diagnóstico realizado com maior precisão, pois se pode confirmar a suspeição clínica com exames complementares. Por outro lado, há um subgrupo populacional em que o diagnóstico é estabelecido apenas pelas manifestações clínicas e, como exemplifica o caso aqui apresentado, nem sempre o diagnóstico clínico é confiável. Outra questão diz respeito à adoção de medidas ainda não totalmente referendadas pelo conhecimento científico, pois, pelo menos no caso da hanseníase, são poucos e insuficientes os estudos que verificaram a eficiência do diagnóstico estabelecido com base apenas nas manifestações clínicas.²³

CONCLUSÃO

O caso clínico aqui relatado evidencia que os programas de controle da sífilis e da hanseníase devem ter uma preocupação constante com a qualidade do diagnóstico, sendo desejável a existência de uma rede hierarquizada que possa dispor de exames complementares em diferentes níveis de complexidade para auxiliar o diagnóstico clínico quando necessário. A precisão do diagnóstico tem grande importância individual e epidemiológica, pois um caso não diagnosticado pode manter a cadeia de transmissão da doença e o paciente pode evoluir para formas clínicas mais graves. Um falso diagnóstico fará com que o doente use medicamentos desnecessários, seja submetido a um irreparável estresse emocional e social, e demandará mais trabalho das equipes de saúde.²⁴

Os diferentes aspectos observados na evolução histórica dessas doenças, devem ser objeto de estudo das equipes de saúde, pois possibilitam melhor compreensão de certas questões encontradas nas atividades de rotina, como a não aderência ao tratamento, motivada, entre outras causas, por representações sociais incorretas da doença, presentes no imaginário dos doentes. O estudo das interfaces existente entre sífilis e hanseníase permite observar padrões de comportamento da sociedade frente a doenças infecto-contagiosas e a experiência adquirida no enfrentamento dessas duas endemias pode nortear a formulação de estratégias de controle de outras doenças como por exemplo a aids.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- OPROMOLLA, D.V.A. - A clínica da hanseníase. *Hansen Int*, 24(1):1-2, 1999.
- SEHGAL, V.VN., LAI, S., JAIN, S., BHATTACHARYA, S.N., THAPPA, D. M., LOGANI K.B. - Secondary syphilis mimicking borderline (BT) leprosy. *J Dermatol*, 20(2):102-104, 1993.
- FONSECA, E., GARCIA-SILVA, J., POZO, J., YEBRA, M.T, CUEVAS, J., CONTRERAS, F. - Syphilis in na HIV infected patient misdiagnosed as leprosy. *Journal of Cutaneous Pathology*, 26(1):51-54, 1999.
- PIZZARRO, A., FONSECA, E., ANCIONES, B., LARA, M., CONTRERAS, F. -Long-term undiagnosed syphilis with clinical presentation of meningitis. *Clin Esp Dermatol*, 16:125, 1992.
- PENNINI, S. N. - *Detection of leprosy in the State of Amazon, Brasil*. Cardiff: UWCM, 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - University of Wales College of Medicine, 1995. 72p.
- TALHARI, S., NEVES, R.G. *Hanseníase*. Manaus: Tropical, 1997.
- WHO. - Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates. Geneve: WHO, 2000.
- ANDRADE, V. - A eliminação da hanseníase no Brasil. *Hansen Int*, 25(2):177-179, 2000.
- FENTON, A. K., NICOLL, A. KIGHORN, G. - Ressurgence of syphilis in England: time for more radical and nationally coordinated approaches. *Sexually Transmitted Infections*, 77:309-310, 2001.
- SOARES, M. S., ROQUE, O.C., BARBOSA, C.S., et al. - Relato preliminar de reflexões sobre prevenção e impasses no enfrentamento e doenças transmissíveis de origem sócio ambiental. *Informe Epidemiológico do SUS*, 11(3):167-176, 2002.
- TURK, J.L. - Sir James Simpson: leprosy and syphilis. *J R Soc Méd.*, 87(9):549-551, 1994.
- VEITH, I. - Parallels between AIDS, leprosy and syphilis. *Hawaii Med J.*, 51(11): 298, 1992.
- BRASIL. M.S. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. *Guia para o Controle da Hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2002. 90p (Série Cadernos de Atenção Básica, 10) (Série A. Normas e Manuais Técnicos,111)
- OROZCO, L.C., SARMIENTO, C., RODRIGUEZ, G. - Historia. In: Rodriguez,G, et al. - *Lepra*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud, 1996. p
- MORTON, R.S., RASHID,S. - "The syphilis enigma": the riddle resolved? *Sexually Transmitted Infections*, 77:322-324, 2001.
- SAMPAIO, S.A.P., RIVITTI, E.A. - Sífilis e Treponematoses Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: Sampaio, S.A.P., Rivitti, E. A. - *Dermatologia*. São Paulo: Artes Médicas,1998. p.489-504.
- GARCIA, J.R.L. - Entre a "loucura" e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas. *Hansen Int*, 26(1):14-22, 2001.
- SCLLIAR, M. - *A paixão transformada*. São Paulo: Companhia das Letras,1996.
- BEHELLI, L.M., CURBAN. G.V. - Treponematoses. In: Bechelli, L.M., Curban, G.V. *Compêndio de Dermatologia*. São Paulo: Atheneu, 1975.
- MONTEIRO, Y.N. - Hanseníase: história e poder no Estado de São Paulo. *Hansen Int*, 12(1):1-7, 1987.
- YAMANOUCI, A. A. et al. - Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual. *An bras Dermatol.*, 68(6):369-404, 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION EXPERT COMMITTEE ON LEPROSY. - *Seventh Report. Technical Report Series 768*, 1998.
- ASHOK, K. et al. Diagnosis efficiency of paramedical workers in leprosy. *Lepr Rev*, 56:309-314,1985.
- INTERNATIONAL LEPROSY ASSOCIATION. Diagnosis and classification of leprosy. In: Report of the International Leprosy Association Technical Fórum, 2002, Paris. *Int J Lepr*, 73: S17-S26, 2002.

Endereço para correspondência:

ANTONIO PEDRO MENDES SCHETTINI

Rua Benjamin Lima, nº16, Quadra 36

69044-040 - Jardim Belvedere. Manaus/Amazonas.

E-mail: apms@horizon.com.br

Recebido em: 10/3/04

Aprovado em: 29/03/04