ARTROPATIA TOFÁCEA CRÓNICA E LEPRA NUM MESMO DOENTE

Filipa Teixeira*, Ana Ribeiro*, Mónica Bogas**, Carmo Afonso***, Domingos Araújo****

A Hanseníase é uma doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium leprae,* um bacilo ácido-álcool resistente, intracelular obrigatório, que tem predilecção pela pele e nervos periféricos sendo, por isso, o envolvimento cutâneo e neurológicos os mais preponderantes[1]. As manifestações músculo-esqueléticas são, no entanto, também relativamente comuns durante o curso da doença e em algumas ocasiões podem ser a manifestação inicial, colocando dificuldades diagnósticas[2]. A coexistência de lepra num doente com outra patologia osteoarticular resulta num achado de manifestações clínicas e radiológicas que poderão constituir um desafio diagnóstico.

Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino, de 76 anos, enviado à consulta de Reumatologia com a suspeita de Artrite Reumatóide por ter deformidades articulares importantes.

Da história clínica destacavam-se, de facto, múltiplas deformidades articulares que se estabeleceram aparentemente de forma insidiosa e sem queixas dolorosas significativas ao longo dos anos envolvendo, cotovelos, punhos, pequenas articulações das mãos, joelhos, tíbio-társicas e pés.

Tinha como antecedentes relevantes o diagnóstico de doença de Hansen há 30 anos, nessa altura, medicado com terapêutica tripla (dapsona, clofazimina e rifampicina). No momento da observação, havia suspeita de recidiva recente traduzida por úlcera cutânea na região calcaneana esquerda, cujo diagnóstico histológico foi de Lepra indeterminada, pelo que estava medicado com dapsona. Referia ainda ter sido medicado com alopurinol que, aparentemente, nunca cumpriu.

No exame objectivo, apresentava deformidade em flexão fixa do cotovelo esquerdo, múltiplas deformidades articulares das mãos, com retracção tendinosa e deformidade em flexão fixa dos dedos («mão em garra») e nódulos subcutâneos muito sugestivos de tofos gotosos localizados à face palmar e dorsal destes. Além disso, destacavam-se deformidades evoluídas em valgo da articulação tíbio-társica e do joelho direito, assim como sequelas de

Figura 1. Tofos gotosos na mão direita

Figura 2. Atitude em flexão da mão esquerda («mão em garra»)

*Interna Complementar de Reumatologia, Serviço Reumatologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima
**Assistente Hospitalar de Reumatologia, Serviço Reumatologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima
***Assistente Graduada de Reumatologia, Serviço Reumatologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima
****Chefe e Director de Serviço de Reumatologia, Serviço Reumatologia, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima

Figura 3. Radiografia AP das mãos – quistos ósseos no carpo, erosões e geodes nas metocarpofalângicas e interfalângicas proximais

Figura 4. Amputação do hallux esquerdo e úlcera plan-

Figura 5. Radiografia AP dos pés – Reabsorção das falanges distais, algumas com aspecto *Licked candy stick* e erosões em «saca bocado» na 1ª e 5ª MTF

amputação cirúrgica do hallux esquerdo e úlcera plantar do mesmo pé. No exame neurológico, observou-se diminuição dos reflexos osteotendinosos nos membros inferiores, não tendo sido possível avaliar correctamente eventuais alterações das sensibilidades superficial e profunda por incapacidade de colaboração do doente.

Analiticamente apresentava hemoglobina de 9,3 g/dL com normocitose e normocromia, VS de 35 mm/h e PCR de 0,15 mg/dL, ácido úrico de 8,7 mg/dL e insuficiência renal moderada *(clearance* da creatinina de 55,6 mL/min).

Do estudo radiológico destacavam-se a destruição marcada de algumas articulações interfalângicas proximais e distais das mãos com anquilose secundária, erosões e quistos ósseos mais proeminentes nos carpos e em algumas metocarpofalângicas, reabsorção óssea das falanges distais (aspecto *licked candy stick*), bem como erosões em "saca-bocado" a nível dos pés e ainda gonartrose grau 4 à direita e 3 à esquerda segundo a escala de Kellgren/Lawrence[3]. O estudo do líquido sinovial revelou a presença de cristais de monourato de sódio e a electromiografia evidenciou sinais de neuropatia periférica, sensitiva e motora, embora fossem referidas dificuldades técnicas na caracterização das lesões pelo espessamento cutâneo.

Concluímos que o doente apresentava manifestações clínicas e radiológicas correspondentes à sobreposição de artropatia tofácea crónica e de artropatia neuropática no contexto de doença de Hansen.

Na base do envolvimento osteoarticular na doença de Hansen, podem estar implicados vários mecanismos fisiopatológicos, sendo a artropatia neuropática e a infecção directa da articulação pelo *Mycobacterium leprae* os mais frequentes[4] que neste caso clínico, se traduziram, pela reabsorção óssea das falanges distais, desorganização e destruição articular. Poder-se-á considerar ainda a hipótese de ter havido uma artrite reactiva à própria infecção, com um quadro de poliartrite evoluindo

para artropatia crónica[4].

A artropatia tofácea crónica, traduzida, neste doente, clinicamente pelos tofos gotosos e radiologicamente pelas erosões em «saca-bocado», sendo uma patologia frequente na nossa população, a sua a sobreposição com a doença de Hansen pode ter sido apenas coincidência. Por outro lado, a insuficiência renal, provavelmente secundária a fármacos usados no tratamento da Hanseníase, poderá também ter contribuído para um agravamento da hiperuricémia.

A fase já avançada de ambas as patologias, neste doente, não nos permitiu avaliar qual ou quais os mecanismos preponderantes no estabelecimentos das suas lesões nem diferenciar de forma clara quais os achados radiológicos que resultaram de uma ou outra situação.

Correspondência para
Filipa Daniela Dias Teixeira
Serviço de Reumatologia
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima
E-mail: filipadteixeira@gmail.com

Referências

1. Ridley, DS; Jopling, WH. Classification of leprosy according to immunity: a five group system. Int J Lepr 1966;4:255-273
2. Vengadakrishnan K, Saraswat PK, Mathur PC. A study of rheumatologic manifestations of leprosy. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2004;70:76-78
3. Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological assessment of osteo-arthrosis. Ann Rheum Dis 1957:16:494–502
4. Gibson T, Ahsan Q, Hussein K. Arthritis of leprosy. Br J Reumatology 1994; 33:963-936