UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

PÉROLAS HANSÊNICAS: RELATO DE CASO

Antonio Carlos Filgueiras Pereira Junior
Leonardo Costa Lima

Belém-PA
2008

ANTONIO CARLOS FILGUEIRAS PEREIRA JUNIOR
LEONARDO COSTA LIMA

PÉROLAS HANSÊNICAS: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará. Orientador: Prof. Dr. Edmundo Frota de Almeida Sobrinho.

Belém-PA

2008
ANTONIO CARLOS FILGUEIRAS PEREIRA JUNIOR
LEONARDO COSTA LIMA

PÉROLAS HANSÊNICAS: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará.

BANCA EXAMINADORA

1. _____
Orientador (a)

2. _____
Examinador (a)

3. _____
Examinador (a)

Julgado em: _____/_____/_____

Conceito: _____

Belém-PA
2008

À todos que, direta ou indiretamente, colaboraram na minha realização pessoal e acadêmica, em especial a minha família.

Antonio Carlos Filgueiras Pereira Junior

Á Deus , minha família e meus amigos que sempre me apoiaram na realização dos meus sonhos.

Leonardo Costa Lima

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Edmundo Frota de Almeida Sobrinho pelo empenho para realização deste trabalho

A Prof.ª Drª Paula Calluf por realizar a analise prévia deste trabalho.

A Prof.ª Silvia Bahia pelo apoio a realizaçao da pesquisa cientifica desde o inicio do curso de medicina na Universidade Federal do Pará.

À todos que de forma direta ou indireta colaboraram para chegarmos até aqui.

"Sábio é o ser humano que tem coragem de ir diante do espelho da sua alma para reconhecer seus erros e fracassos e utilizá-los para plantar as mais belas sementes no terreno de sua inteligência".

Augusto Cury

RESUMO

Este trabalho relata um caso de comprometimento ocular pelo *Mycobacterium leprae,* bactéria causadora da Hanseníase, em um paciente procedente da cidade de Ananindeua, que se submeteu à consulta oftalmológica com o objetivo de avaliação da acuidade visual e retiana. Apresentava-se com alterações dermatológicas e baixa acuidade visual em ambos os olhos. Ao exame oftalmológico o paciente apresentava acuidade visual (AV) somente de vultos em ambos os olhos. À biomicroscopia observava-se no olho direito (OD) infiltrado corneano superior com presença de precipitados ceráticos pigmentados, "flare"(+), células inflamatórias (+) e pérolas hansênicas irianas e ausência de pupila. No olho esquerdo (OE) infiltrado corneano superior com presença de precipitados ceráticos pigmentados, "flare"(+) e pérolas hansênicas irianas , nódulos irianos e ausência de pupila. Foi estabelecido o diagnóstico de Ceratouveite Hansênica, sendo o paciente encaminhado para o Centro Marcelo Cândia para tratamento da Hanseníase, a seguir submetido a correção cirúrgica da catarata bilateralmente, além de iridectomia para biópsia, procedimento ocorrendo sem intercorrências. O diagnóstico definitivo foi confirmado, através de baciloscopia da linfa e histopatológico da iris. Atualmente o paciente encontra-se em tratamento das alterações dermatológicas e oculares produzidas pela hanseníase, apresentando acuidade visual de 20/40 em OD e 20/30 em OE.

Palavras-chave: Hanseniase. Alterações Oculares.

ABSTRACT

This paper reports a case of commitment eye by *Mycobacterium leprae*, the bacterium causing leprosy, a patient coming into the city of Ananindeua, which was submitted to ophthalmologic consultation to evaluate his visual acuity and his retina. Showed up with skin changes and poor visual acuity in both eyes. In ophthalmologic exam the patient had visual acuity only to “vultos” in both eyes. A biomicroscopy noted in the right eye corneal infiltrate higher with the presence of precipitates ceráticos pigmented, "flare" and pearls and absence of pupil. In the left eye corneal infiltrate higher with the presence of precipitates ceráticos pigmented, "flare" and pearls and irianos nodules, absence of pupil. Was the diagnosis of ceratouveite Hansênica, and patient transferred to the Center Marcelo Cândia for treatment of leprosy, then undergo surgical correction of cataract bilaterally as well as iridectomia for biopsy, occurring procedure without complications. The final diagnosis confirmed by baciloscopy of the lymph and histopathology of iris. Currently the patient is in treatment of the changes produced by leprosy, presenting a visual acuity of 20/40 in right left eye and 20/30 in left eye, with correction.
Keywords: Leprosy

SUMÁRIO

1. Introdução 10
2. Revisão da literatura 15
3. Procedimento e Métodos 19
4. Relato do caso 20
5. Discussão 26
6. Conclusão 29

REFERÊNCIAS 30

APÊNDICES .....

ANEXOS .....

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Alterações dermatológicas em MMSS
Figura 2 – Pérolas irianas e precipitados ceráticos
Figura 3 – Infiltrado corneano e ausência de pupila - Acoria
Figura 4 – Facectomia e Iridectomia
Figura 5 -- Histopatológico de Íris: presença de *Mycobacterium leprae*
Figura 6 – Sequelas Dermatológicas em extremidades

1. INTRODUÇÃO

Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos e anexos, mãos e pés (BRASIL., 2002).

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Estas incapacidades e deformidades podem acarretar alguns problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. São responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença. Por isso mesmo ratifica-se que a hanseníase é doença curável, e quanto mais precocemente diagnosticada e tratada mais rapidamente se cura o paciente (BRASIL, 2002).

Particularmente no aparelho visual, determinam lesões tanto nos anexos oculares quanto no bulbo ocular, levando aos mais variados graus de incapacidade visual. Tais lesões são decorrentes da agressão direta ou indireta do bacilo às estruturas oculares, sendo o mecanismo indireto representado pelos processos reacionais. Nos anexos oculares são representados pela madarose palpebral e ciliar, triquíase, ectrópio, queda do supercílio, blefarocálases, lagoftalmo e diminuição da secreção lacrimal, ao passo que no bulbo ocular os principais achados são a alteração da sensibilidade e da transparência da córnea, ceratites, esclerites, iridociclites, dentre outras (DE SOUZA et al, 2005).

A hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que é um parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos

periféricos, uma vez instalada no organismo multiplica-se lentamente, levando, em média, de 11 a 16 dias.O *Mycobacterium leprae* tem alta infectividade e baixa patogenicidade, isto é infecta muitas pessoas, no entanto só poucas adoecem. O homem é reconhecido como única fonte de infecção (reservatório), embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados (BRASIL, 2002).

A principal via de eliminação do bacilo pelo indivíduo doente de hanseníase e a mais provável via de entrada do bacilo no organismo passível de ser infectado, são as vias aéreas superiores – o trato respiratório. Existe, também, a possibilidade de penetração do bacilo através da pele, quando esta não se apresenta íntegra. No entanto, para que a transmissão do bacilo ocorra, é necessário um contato direto com a pessoa doente não tratada (BRASIL, 2001).

Mesmo em populações que vivem em situações de alta prevalência da doença, somente 10% das pessoas adoecem (BRASIL, 2001).

Dentre as pessoas que adoecem, algumas apresentam resistência ao bacilo, constituindo os casos paucibacilares (PB), que abrigam um pequeno número de bacilos no organismo; outras não apresentam resistência ao bacilo, que se multiplica no seu organismo passando a ser eliminado para o meio exterior, são os multibacilares (MB). O tratamento específico da pessoa com hanseníase, preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde é a poliquimioterapia (PQT), constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina. A duração da PQT deve obedecer aos prazos estabelecidos: no mínimo 6 meses para os PB e 12 meses para os MB (MOREIRA et al, 2006).

As classificações mais usadas no Brasil são as de Madri (Congresso Internacional, 1953) e de Ridley e Jopling. Na de Madri, consideram-se dois pólos estáveis e opostos (virchowiano e tuberculóide) e dois grupos instáveis (indeterminado e dimorfo), que caminhariam para um dos pólos, na evolução natural da doença. A classificação proposta por Ridley e Jopling, em 1966, é utilizada em pesquisas e leva em consideração a imunidade dentro de um espectro de resistência do hospedeiro. Esta classificação não inclui a forma indeterminada no espectro e o exame histopatológico torna-se necessário para sua utilização. São descritos a forma tuberculóide (TT), os casos borderline ou dimorfos que são subdivididos em dimorfo-tuberculóide (DT), dimorfo-dimorfo (DD) e dimorfo-virchowiano (DV), virchowiano-subpolar (VVs) e virchowiano (VV) (ARAUJO, 2003).

A Hanseníase virchowiana trata-se de uma forma multibacilar, reconhecida por corresponder ao pólo de baixa resistência, dentro do espectro imunológico da doença. Manifesta-se naqueles indivíduos que apresentam imunidade celular deprimida para o Mycobacterium leprae. Sua evolução crônica caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos e nervos, podendo afetar, ainda linfonodos, o fígado e o baço (ARAUJO, 2003).

A hanseníase na sua forma virchowiana, apresenta baciloscopia fortemente positiva e representa nos casos virgens de tratamento, importante foco infeccioso ou reservatório da doença (ARAUJO, 2003).

Os surtos reacionais representam episódios inflamatórios que se intercalam no curso crônico da hanseníase. Devem ser prontamente diagnosticados e tratados. Os tipos de reação mais importantes são a reação reversa ou reação do tipo 1 e a reação do tipo 2 ou eritema

nodoso da hanseníase (ENH). As reações seguem-se a fatores desencadeantes, tais como: infecções intercorrentes, vacinação, gravidez e puerpério, medicamentos iodados, estresse físico e emocional. Os quadros reacionais, às vezes, antecedem o diagnóstico da hanseníase, surgem durante o tratamento ou após a alta (ARAUJO, 2003).

A hanseníase pode acometer indivíduos de todas as idades, no entanto, raramente ocorre em crianças. Observa-se que crianças, menores de quinze anos, são mais acometidas onde a endemicidade da doença é maior. Há na maioria das regiões do mundo predileção pelo sexo masculino (BRASIL,2001).

Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e de saúde e o alto índice de ocupação das moradias, influem no risco de adoecer (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde define como caso de hanseníase para tratamento, quando um ou mais dos seguintes achados encontram-se presentes: lesão de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de tronco nervoso ou baciloscopia positiva na pele (BRASIL, 2001).

A baciloscopia da linfa é o exame complementar mais útil no diagnóstico, considerado padrão-ouro; é de fácil execução e baixo custo. Colhe-se o material a ser examinado (raspado de tecido dérmico) nos lóbulos das orelhas direita e esquerda, cotovelos direito e esquerdo e em lesão suspeita. A coloração é feita pelo método de Ziehl-Neelsen e apresenta-se o resultado sob a forma de índice baciloscópico da linfa (IBL), numa escala que vai de 0 a 6+,

dependendo do número de bacilos observados por campo à microscopia. A baciloscopia da linfa positiva classifica o caso como MB, independente do número de bacilos (MOREIRA et al, 2006).

Outros exames podem ser necessários: realiza-se o exame histopatológico da pele nos casos em que há dúvidas diagnósticas ou na classificação, e indica-se a biópsia do nervo em casos especiais, quando há dúvida no diagnóstico diferencial com outras neuropatias. A reação de Mitsuda é um teste de aplicação intradérmica e leitura tardia - 28 dias. Utiliza-se na classificação da doença e na definição do prognóstico. Não possui valor para o diagnóstico (ARAUJO, 2003).

A hanseníase é de fácil diagnóstico, tratamento e, quando este é desenvolvido de maneira correta, obtém-se a cura. Entretanto, quando diagnosticada tardiamente, pode acarretar graves conseqüências para os portadores e comunicantes, devido às graves lesões e a fácil transmissibilidade (BRASIL, 2001).

2. REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a hanseníase figura nas principais causas de cegueira, e é influenciada por vários fatores, tais como: forma clínica, duração da doença e tratamento recebido. De acordo com estudos recentes, após a introdução da poliquimioterapia como tratamento da hanseníase, a prevalência da incapacidade visual tem diminuído.

O comprometimento ocular ocorre, sobretudo por complicação do envolvimento do nervo facial e do nervo trigêmeo, invasão do olho pelo bacilo e lesões decorrentes do estado reacional. Os principais mecanismos que levam à perda da visão são atrofia iriana progressiva, o lagoftalmo associado à diminuição da sensibilidade da córnea provocando o aparecimento de úlceras de córnea e posteriores perfurações ou opacificações e alterações não relacionadas diretamente com a doença, como a catarata senil e o glaucoma de ângulo aberto (TORIBIO et al, 2000).

A freqüência e a gravidade dessas manifestações oculares dependem de vários fatores como a forma clínica da doença, o tempo de evolução, o tratamento e, principalmente, a atenção do Sistema de Saúde. É importante salientar que esta doença atinge quase que, invariavelmente, o segmento anterior do olho devido à preferência do bacilo em se instalar nos locais mais frios do corpo (BRASIL, 2002).

A falta de tratamento das lesões iniciais é a principal causa de perda visual. A evolução das complicações oculares ocorre tanto nos indivíduos com a doença ativa, como naqueles que foram considerados curados por tratamento poliquimioterápico. Geralmente, os pacientes

são avaliados por oftalmologista somente nos casos sintomáticos ou quando apresentam perda visual acentuada (SCHIMRBECK et al, 2005).

Em De Souza et al. (2005) foi observado uma prevalência maior de alterações oftalmológicas em pacientes do sexo masculino em relação ao sexo feminino. Com predomínio de alterações oculares em pacientes com a forma virchowiana quando comparados com outras formas. O sintoma mais freqüente, independente da forma clínica, foi o prurido ocular seguido de baixa acuidade visual, ardor, lacrimejamento, fotofobia, dor e secreção.

Em um estudo realizado por Angelucci et al. (2007) teve como resultados uma maior incidência de indivíduos acometidos na faixa entre 40-60 anos. Ocorrendo um predomínio de hanseníase da forma virchowiana sobre a tuberculóide na região Amazônica.

Toribio et al. (2000) realizou um estudo com 153 pacientes com alterações oftalmológicas, teve como resultado: 106 (69,3%) pacientes do sexo masculino e em 47 (30,7%) do sexo feminino. A forma virchowiana foi a mais prevalente, sendo encontrada em 80 (52,3%) pacientes, seguida da forma dimorfa, em 44 (28,8%); 23 (15%) apresentavam a forma tuberculóide, e seis (3,9%), a forma indeterminada. Esse mesmo trabalho aponta como queixa ocular mais comum o ardor, em 46 (30,1%) pacientes, seguida de prurido, em 33 (21,6%), lacrimejamento em 29 (19%), e olho vermelho (pelo menos um dos olhos) em 30 (19,6%).

Com relação ao acometimento dos anexos oculares De Souza apresentou como resultado: madarose ciliar parcial foi encontrada em 81 olhos (70,4%) seguidas de madarose superciliar parcial observada em 68 (59,1%), ptose ciliar em 31 (26,9%), queda de supercílios

em 22 (19,1%). A blefarocálase, a madarose ciliar total e a dificuldade de drenagem da lágrima foram observadas em 19 olhos (16,5%) enquanto que a madarose superciliar total foi encontrada em 18 (15,6%). Em ordem decrescente de freqüência, verificou-se a triquíase e o ectrópio de pálpebra inferior encontradas em 15 olhos (13,0%), a distiquíase em 10 (8,6%), o entrópio em 5 (4,3%), as infiltrações de face em 4 (3,4%), o entrópio de pálpebra inferior em 3 (2,6%). O lagoftalmo ocorreu em 17 olhos (14,8%), destes, foram relacionados à forma virchowiana 9 olhos (52,9%).

Dentre os achados na câmara anterior da hanseníase, as alterações irianas são típicas, sendo a presença de sinais de iridociclite, tais como celularidade de câmara anterior e precipitado ceráticos granulomatosos, incomuns. Podem ser encontradas lesões como atrofias, nódulos, sinéquias e pérolas irianas (DE SOUZA et al, 2005).

Um achado patognomônico do acometimento da hanseníase ocular é a presença de "pérolas" na íris. São agregados de coloração branco-amarelada contendo bacilos de Hansen e monócitos, encontrados na margem pupilar normalmente entre o colarete e a margem ciliar e, ocasionalmente na superfície, podendo também ser encontrados nas criptas estromais e na periferia da íris. Têm distribuição compatível com a disposição anatômica dos nervos, tendem a desaparecer após algum tempo, não deixando sinais ou podem deixar pequenas áreas de atrofia na íris. Geralmente são observadas na primeira e segunda década da doença. Esses infiltrados iniciais causam pouca ou nenhuma reação tissular (BRASIL, 2002).

Alterações irianas na hanseníase acometem 7,2% dos pacientes e não são associadas à diminuição da visão. Além disso, com o advento da poliquimioterapia, a freqüência das

uveítes vem se tornando cada vez menor, sendo observadas, quase que exclusivamente, na vigência de estados reacionais (SCHIMRBECK et al, 2005).

O estudo da íris é realizado com iluminação direta difusa, direta focal, corte óptico, indireta focal e indireta difusa: campo amarelo, campo branco e vermelho. O primeiro é utilizado no estudo do estroma superficial da íris, e os campos brancos e o vermelho são usados no estudo dos estromas e da camada do epitélio pigmentário da íris (BRASIL, 2002).

A terapêutica oftalmológica depende da complicação ocular observada. O tratamento sistêmico da condição de base é o mais importante (BRASIL, 2002).

3. PROCEDIMENTOS E MÉTODOS

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa em questão foi realizada mediante aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da UFPa e autorização da Clínica de Olhos do Pará, entidade onde se realizou a pesquisa.

Foi realizado um estudo analítico-descritivo de um caso de Pérolas Hansênicas, no qual avaliou-se o quadro clínico, diagnóstico, tratamento cirúrgico, resposta terapêutica e evolução clínica da doença.

Os dados foram colhidos através do prontuário do paciente da Clínica de Olhos do Pará, onde o paciente foi atendido e submetido ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os resultado de exames complementares, fotografias pré e pós-cirúrgicas, foram analisados e registrados.

Foi realizada uma análise através da comparação entre os dados obtidos no estudo e casos semelhantes descritos na literatura.

4. RELATO DO CASO

Paciente C.M.S.N, masculino, 62 anos, paraense, procedente de ananindeua, aposentado, trabalhava com soldagem, veio encaminhado para consulta oftalmológica para avaliação retiniana.

Ao ser questionado sobre a historia da doença atual referia que há aproximadamente quatro anos, teve inicio o quadro de manchas hipercrômicas disseminadas em membro superior, tronco e dorso. Refere que as lesões eram pruriginosas e possuíam sensibilidade preservada. Procurou auxilio médico, porém nenhum diagnóstico foi dado para as alterações. Após um ano, começou a apresentar dificuldade em visibilizar objetos. Procurou auxilio médico, no qual foi dado diagnóstico de catarata bilateral e alteração retiniana, sendo então encaminhado para Clinica de Olhos do Pará. Relata ainda, que nesse período só visibilizava vultos.

Sobre seus antecedentes pessoais gerais relatou apenas diabetes melitus controlada com medicamento. Sobre seus antecedentes familiares, possuía um irmão cego por atrofia do nervo ocular.



Figura 1: Alterações dermatológicas em MMSS.

Ao exame oftalmológico o paciente apresentava acuidade visual (AV) semelhante a baixa de visão em ambos os olhos.

À biomicroscopia, observou-se no olho direito (OD) infiltrado no estroma corneano superior com presença de precipitados ceráticos pigmentados, “flare”(+), células inflamatórias (+) e pérolas hansênicas irianas (Figura 2) e ausência de pupila (Figura 3).

No olho esquerdo (OE) infiltrado estromal corneano superior com presença de precipitados ceráticos pigmentados, “flare”(+) e pérolas hansênicas irianas , nódulos irianos e ausência de pupila.

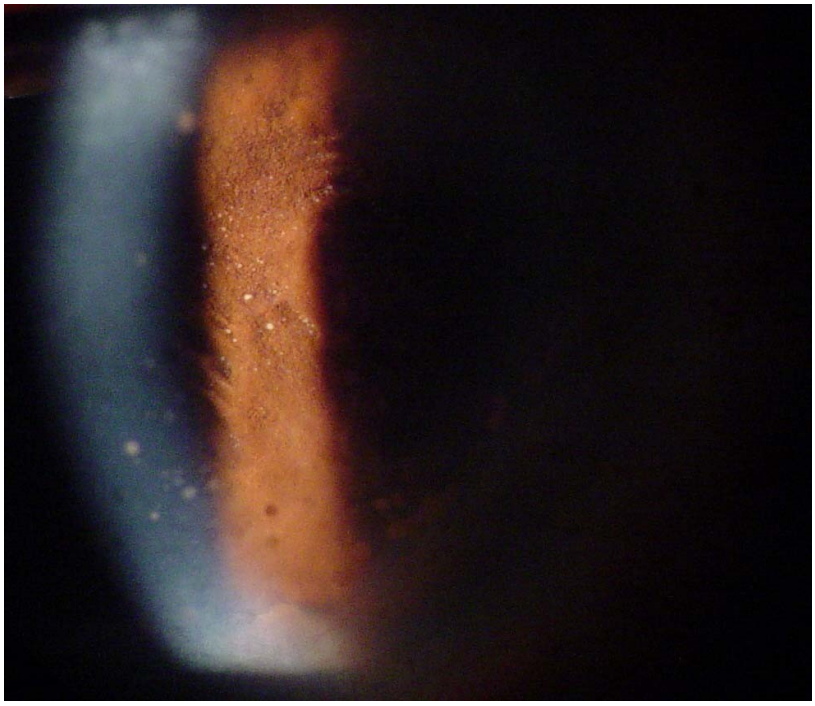


Figura 2: Pérolas Irianas e Precipitados ceráticos.

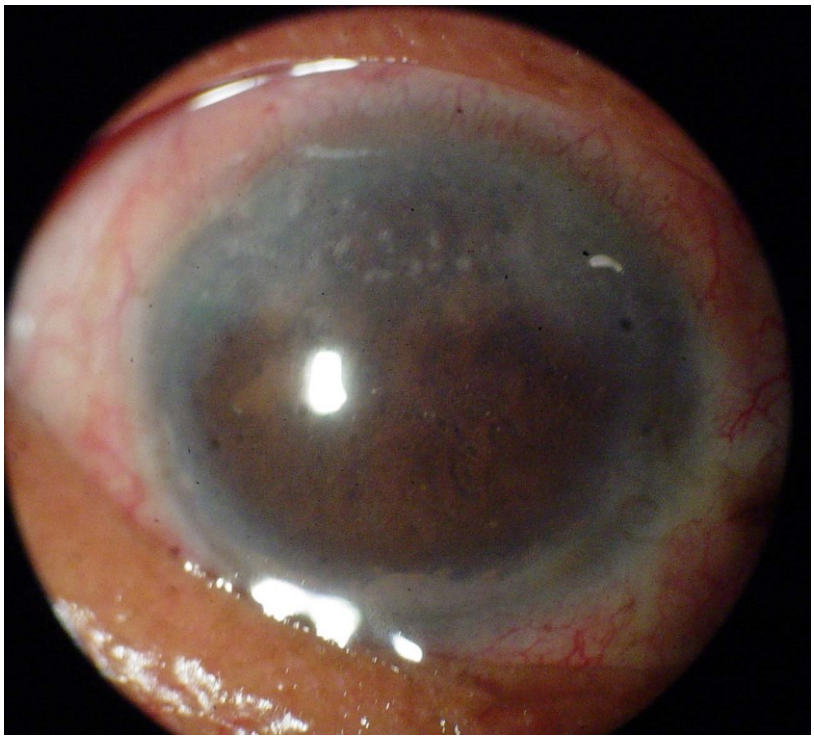


Figura 3: Infiltrado corneano e ausência de Pupila - Acoria

Foi dado então o diagnóstico de Ceratouveite Hansênica, sendo encaminhado para o Centro Marcelo Cândia, local em que foi realizado o diagnóstico pela baciloscopia da linfa, e posterior tratamento farmacológico com poliquimioterapia, durante um ano.

O paciente foi informado sobre o desejo de publicação de seu caso clinico e consentiu através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a realização deste trabalho.

O paciente foi orientado sobre a necessidade de tratamento da catarata, sendo realizado Facectomia Extracapsular em OE, sob anestesia local (bloqueio Peribulbar), com colocação de lente intra-ocular de 7mm e Iridectomia para biopsia (figura 4), procedimento cirúrgico cursando sem intercorrências. Após um mês, foi submetido a Facectomia por Faco-emulsificação em OD, sob anestesia local (bloqueio Peribulbar), com colocação de lente intra-ocular de 7mm e Iridectomia para biopsia. Procedimento cirúrgico sem intercorrências. No histopatológico de fragmento da Íris, idendificou-se a presença de *Mycobacterium leprae* (Figura 5).

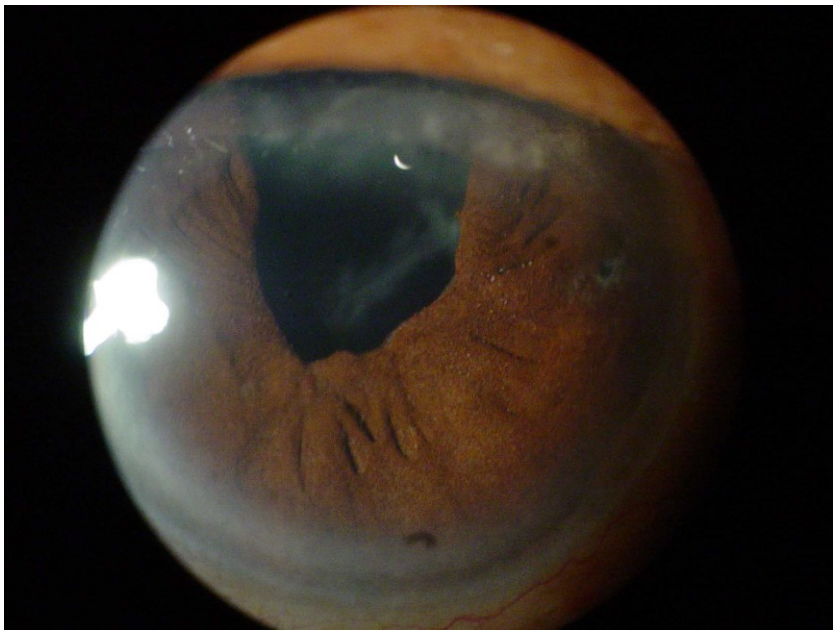


Figura 4: Facectomia e Iridectomia

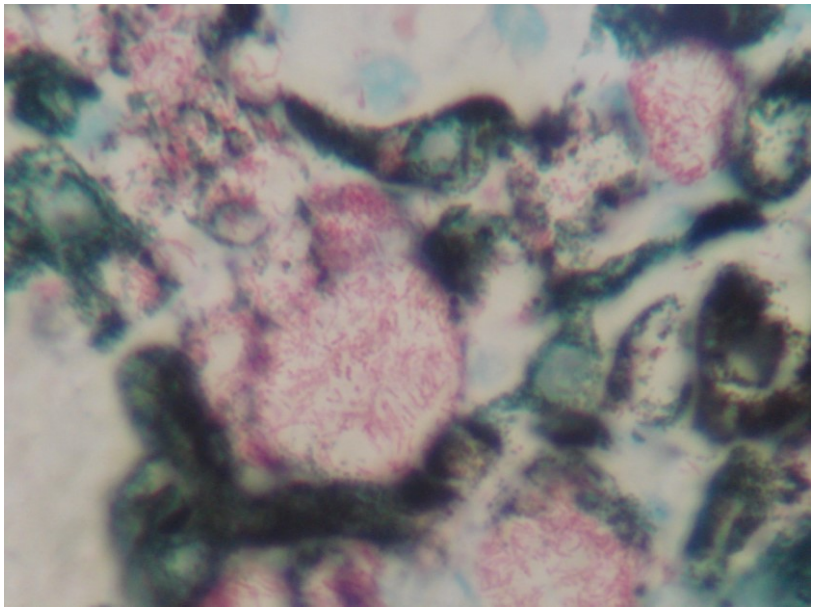


Figura 5: Histopatológico de Íris: presença de *Mycobacterium leprae*

Após tratamento cirúrgico, paciente realizou consulta para controle, apresentando como queixa OD um pouco turvo. A biomicroscopia de OD apresentava lesão corneana inalterada, "Flare", pérolas presentes e opacidade de cápsula. No OE apresentava lesão corneana inalterada, "Flare", pérolas presentes e discreta opacidade de cápsula. Na analise de fundo de olho, o pólo posterior apresentava-se normal bilateralmente. Foi realizado Capsulotomia posterior com Yag-Laser no olho esquerdo.

Após um mês, paciente retornou para consulta oftalmológica, apresentando acuidade visual, com correção, em OD de 20/40 e em OE de 20/30. Na biomicroscopia do OD demonstrava Pseudofacia, pupila centrada e capsulotomia. No OE Pseudofacia, pupila centrada e cápsula opacificando. Exame de fundo de olho sem anormalidade em ambos os olhos. Foi prescrito utilização de óculos para melhora da acuidade visual.

Após seis meses, paciente ainda realizava tratamento para Hanseníase no Centro de referência dermatológica Macelo Cândia. O exame de biomicroscopia mostrava as pérolas hansênicas diminuídas de tamanho, “Flare” em ambos os olhos, e pólo posterior normal em ambos os olhos.

Em sua última consulta para controle, em maio de 2008, encontrava-se sem queixas oftalmológicas , mantendo tratamento para Hanseníase, apresentando somente sequelas dermatológicas (Figura 6) e oculares.



Figura 6: Sequelas dermatológicas em extremidades.

5. DISCUSSÃO

A hanseníase é uma doença de elevada prevalência na região amazônica, sendo causada pelo *Mycobacterium leprae*. O homem é o principal acometido por esta enfermidade, sendo os tecidos cutâneos e o sistema nervoso, os sítios lesados. O quadro clínico cursa com lesões de pele e anexos e hipoestesias, que levam a uma morbimortalidade elevada, quando são diagnosticadas tardiamente. Quando ocorre o acometimento ocular, há grandes chances de o indivíduo manifestar cegueira, sendo a hanseníase uma das principais causas de cegueira segundo a Organização Mundial de saúde.

O relato de caso caracteriza um paciente apresentando manifestação de Hanseníase na forma virchowviana, com acometimento ocular e baciloscopia fortemente positiva, sendo muito contagiosa, concordando com estudo de Araujo (2003), que corrobora o fato desta forma apresentar importante infiltração de bacilos em órgãos como pele e olhos e conferir forte positividade nos exames baciloscópicos.

O paciente do estudo apresentou diminuição da acuidade visual um ano após o aparecimento de lesões dermatológicas pruriginosas e com sensibilidade preservada, sendo encaminhado para consulta com oftalmologista, o qual diagnosticou quadro de catarata bilateral, o que justificava em parte, a diminuição da acuidade visual, corroborando com os resultados obtidos por Toribio et al (2000), onde relata que alterações não relacionadas a hanseníase como catarata e glaucoma de ângulo aberto podem cursar com quadro clínico do acometimento ocular da hanseníase.

A caracterização de um paciente do sexo masculino e com idade de 62 anos, difere da prevalência epidemiológica evidenciada no estudo realizado por Angelucci et al. (2007), que teve como resultados uma maior incidência de indivíduos acometidos na faixa entre 40-60 anos. O fato de o paciente ser do sexo masculino concorda com a análise do perfil epidemiológico do estudo realizado por Toribio et al. (2000), com 153 pacientes com hanseníase e com alterações oftalmológicas, que teve como resultado: 106 (69,3%) pacientes do sexo masculino e em 47 (30,7%) do sexo feminino.

A presença de infiltrado corneano superior com presença de precipitados ceráticos pigmentados, "flare"(+) e pérolas hansênicas irianas, além de não visibilização da pupila em OD e nódulos irianos no OE. Observou-se que estes achados são incompatíveis com os resultados obtidos por De Souza et al. (2005), que denotou dentre os achados na câmara anterior, em pacientes com acometimento ocular na hanseníase, as alterações irianas são típicas, sendo a presença de sinais de iridociclite, tais como celularidade de câmara anterior e precipitado ceráticos granulomatosos, incomuns. Contudo, no mesmo trabalho, De Souza et al. (2005), afirma que a caracterização diagnóstica da presença de pérolas irianas são consideradas patognomônicas, podendo ocorrer também outras lesões como atrofias, nódulos, sinéquias, corroborando com resultado obtidos no relato de caso estudado, em que se confirmou presença de pérolas hansênicas e alteração estrutural de íris.

A associação entre acometimento iriano e diminuição da acuidade visual evidenciada no relato do caso clínico, difere do estudo de Schimrbeck et al. (2005), tanto em relação a prevalência da localização do agravo quanto a manifestação clinica que fez o paciente procurar o serviço médico, já que no estudo citado as alterações irianas na hanseníase acometem 7,2% dos pacientes e não são associadas à diminuição da visão.

Após a visibilização das pérolas hansênicas, o paciente foi encaminhado para um serviço de referência no diagnóstico e tratamento de hanseníase, onde foi realizado baciloscopia da linfa, sendo este o exame complementar mais útil no diagnóstico, considerado padrão-ouro de acordo com Moreira et al. (2006), que relata que baciloscopia da linfa positiva classifica o caso como hanseníase , independente do número de bacilos.

Foi realizado Iridectomia para biopsia e análise histopatológica de fragmento da Íris, sendo visualizado a presença de *Mycobacterium leprae,* com resultado positivo , correlacionando-se ao estudo de Araujo, (2003), o qual aconselha realização do exame histopatológico do tecido nos casos em que há dúvidas diagnósticas ou na classificação.

Após diagnóstico de hanseníase, o paciente foi tratado adotando-se a poliquimioterapia por 12 meses, com a utilização de rifampicina, dapsona e clofazimina, corroborando o que foi escrito por Moreira et al. (2006), que relata que o tratamento específico da pessoa com hanseníase, preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde é a poliquimioterapia (PQT), constituída por estes medicamentos. A duração da PQT deve obedecer aos prazos estabelecidos: no mínimo 6 meses para os paucibacilar e 12 meses para os multibacilar.

6. CONCLUSÃO

Relatar um caso raro como o de ¨Pérolas Hansênicas¨, apresenta importante papel na literatura médica, já que demonstra um sinal clínico infrequente de uma doença de elevada prevalência. O diagnóstico, o tratamento e a orientação do paciente estudado, tiveram fundamental importancia no processo de cura e reabilitação do mesmo, revelando que a investigação precoce de lesões oftalmológicas semelhantes podem reduzir a incidência de cegueira proporcionada pela hanseníanse e auxiliar na reabilição e melhora das condições de vida de pacientes acometidos por esta doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministerio da Saúde. **Manual de condutas para complicações oculares**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 1ª Ed, 1ª reimpr., Brasilia; 2003.

TORIBIO, R.C. et al. Alterações oculares e incapacidade visual em pacientes com hanseníase – um estudo no Distrito Federal. **An Bras Dermatol**. n. 76, p. 543-550, 2001.

DE SOUZA, F.S. et al. **Freqüência das alterações oftalmológicas em pacientes com hanseníase residentes em hospital-colônia** 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica.**Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família.** Elaboração de Maria Bernadete Moreira e Milton Menezes da Costa Neto. Brasília, 2001.

SCHIMRBECK, T. et al. **Precipitados ceráticos atípicos em um paciente com hanseníase virchowiana: relato de caso.** Medicina. Ribeirão Preto; n. 38, v.2, p.150-155, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002

MOREIRA, A. S. et al. Baciloscopia da conjuntiva no diagnóstico e acompanhamento de pacientes portadores de hanseníase. **Arq. Bras. Oftalmol.** São

Paulo, v.69, n.6, 2006. Disponível em: Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0004-27492006000600015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 Jun 2008.

CAMPOS, W.R. et al. Identification of M. leprae in conjunctiva of leprosy patients using the superior tarsal conjunctiva scrape technique. Indian **J Lepr.** ed.70, v.4, p.397-403, 1998.

ARAÚJO MG. Hanseníase no Brasil. **Rev Soc Bras Med Trop**. ed.36, v.3, p.373-82, 2003.

ANGELUCCIL, R. et al. Análise das principais manifestações oculares de pacientes hansenianos nas regiões Norte e Sudeste do Brasil. **Rev Bras Oftalmol**. ed.66, v.4, p.236-241, 2007.

MORENO, R. et all. Alterações oculares na hanseníase, observadas em pacientes ambulatoriais do serviço de referência da cidade de Rio Branco, Acre – Brasil. **Arq Bras Oftalmol**. ed.66, p.755-764, 2003.