



DISCIPLINA: ATENÇÃO BÁSICO DE SAÚDE
CURSO: ENFERMAGEM GERAL 6

Tema: LEPRA

Docente: Leocádio Francisco



O QUE É LEPRA?

DEFINIÇÃO

Lepra – é uma doença infecciosa, de carácter crónico, causada por uma bactéria denominada *Mycobacterium leprae* ou *bacilo de Hansen*. A lepra afecta a pele, nervos periféricos e olhos. Não afecta o sistema nervoso central.

O bacilo foi descoberto em **1873** pelo Sr. Gerhard Armauer Hansen (cientista norueguês), derivando daí o nome de bacilo de Hansen. Em outros países é chamado de doença de Hansen ou hanseníase.

CLASSIFICAÇÃO E PATOGENIA DA LEpra

Classificação da lepra

A lepra é operacionalmente classificada, segundo a OMS, em duas formas:

(1) **Lepra Paucibacilar (PB)** – “poucos bacilos”, linfócitos abundantes e granulomas bem formados

(2) **Lepra Multibacilar (MB)** – “muitos bacilos”, linfócitos reduzidos e granulomas mal formados ou ausentes. A forma MB é a forma mais infecciosa da doença e representa o alvo de controlo e monitoria do programa de lepra.

PATOGENIA DA LEpra

❖ Características do bacilo de Hansen

O bacilo de Hansen é uma bactéria semelhante ao bacilo de Koch, de crescimento lento, com preferência pelas seguintes partes do corpo: pele, mucosa nasal, nervos periféricos e olhos.

❖ Transmissão da Lepra

A transmissão da lepra é efectuada pela via respiratória (espirro, tosse, fala) de uma pessoa com lepra para outra. Não existem reservatórios nem outros vectores da lepra. É sempre transmitida de homem para homem

PERÍODO DE INCUBAÇÃO DO BACILO DE HANSEN

O período de incubação é longo, geralmente entre 2 a 8 anos, mas podendo ser superior a 20 anos.

A pessoa saudável pode inalar o ar que contém as gotículas com o bacilo de Hansen. A partir da mucosa nasal, as bactérias disseminam-se para os nervos e para a pele.

Factores de riscos

Baixa imunidade específica contra o bacilo de Hansen

Fraca higiene

Imunodepressão (desnutrição, HIV e outras causas)

Pobreza e subdesenvolvimento económico (colabora para factores de imunodepressão e de criação de meio ambiente favorável para a transmissão da doença)

APÓS A TRANSMISSÃO DO BACILO, 3 SITUAÇÕES PODEM ACONTECER:

Ausência de doença em 90% dos contactos

Forma Paucibacilar (PB) em 9% dos casos. Destes 5% curam espontaneamente e 4% desenvolvem a forma clínica não infecciosa da doença – lepra PB

1% adquire a forma multibacilar (MB) – a forma clínica mais infecciosa da doença que vai perpetuar a infecção caso não seja diagnosticada e tratada a tempo.

Portanto, se 1 caso MB transmitir o bacilo a 100 pessoas, apenas 5 ficam clinicamente doentes. Destes 5, 4 vão apresentar a forma PB e 1 a forma MB.

A FECÇÃO DOS NERVOS PERIFÉRICOS

Os bacilos ao chegarem aos nervos periféricos, vão afectar as fibras nervosas sensoriais, autónomas e motoras, resultando em:

Fibras sensoriais – ocorre a diminuição ou perda da sensibilidade, com consequente risco de formação de bolhas, ferimentos, úlceras, queimaduras e infecção

Fibras autónomas – ocorre a diminuição ou ausência de suor e lubrificação da pele, originando a pele seca que é propensa a fissuras e rachas, e consequente infecção

Fibras motoras – ocorre a diminuição ou perda da força muscular, ocasionando desequilíbrio muscular (exemplo: formação de mão em garra, pé caído), aumento de pressão nas zonas de apoio, contracturas, rigidez articular, anquilose, com consequente lesão e infecção

A infecção, que é a consequência final do processo de lesão das fibras nervosas, originará uma destruição das estruturas: pele, tendão, ligamentos, ossos e músculos.

QUADRO CLÍNICO DA LEPRO

Os sinais cardinais da Lepra são:

A base do diagnóstico da lepra é clínico e assenta nos seus **sinais cardinais**, sendo que a presença de um dos **3 sinais cardinais da Lepra**, estabelece o seu diagnóstico:

Lesão cutânea hipopigmentada, ou avermelhada, com perda de sensibilidade (táctil, térmica e dolorosa)

Presença de 1 ou mais nervos periféricos engrossados (nervos periféricos frequentemente acometidos: nervo grande auricular, cubital, radial cutâneo, peroneal e tibial posterior) com perda de sensibilidade nas mãos ou nos pés

Pesquisa de bacilo de Hansen positiva (não se faz como rotina em países endémicos como Moçambique)

OUTROS SINAIS DA LEPROSA SÃO:

Nódulos cutâneos, linfadenopatia, formigueiro (neuropatia), dores articulares, deformações nos membros (pé caído, mão em garra, úlceras, paralisia das pálpebras com incapacidade de fechar os olhos afectados (lagofthalmo) e inflamação dos olhos.

Devido aos problemas de sensibilidade reduzida ou nula, o paciente com Leprosia pode aparecer com uma úlcera ou amputação de um dedo, que não sabe explicar como aconteceu, ou que não esteja a causar-lhe dor. As lesões auto-infligidas sem que o paciente tenha a percepção de as infligir são um indício de que o paciente pode ter Leprosia.



Fonte: <http://www.hanseniasse&qs>

Figura 1. Manchas Hipocoradas da Lepra

COMPLICAÇÕES

As complicações da Lepra representam o principal perigo para o paciente com Lepra. Estas complicações devem ser prevenidas a todo o custo, sob o risco de aumentar-se o estigma da doença e degradar a imagem do paciente. As principais são as seguintes:

Reacções

Definição – são episódios de inflamação aguda, resultantes da infecção pelo bacilo de Hansen.

A reacção ocorre em 20 – 30% dos pacientes com lepra e, é mais frequente em pacientes MB do que PB. As reacções podem ocorrer:

- Antes do diagnóstico

Durante o diagnóstico

Durante o TMA

Após ter concluído o TMA

As reacções são a principal causa de lesão dos nervos e de deformidades na Lepra

Sinais e sintomas de reacção

Os sinais e sintomas mais importantes das reacções da Lepra são: vermelhidão, calor, tumor (inchaço), dor e perda de função. São os sinais cardinais de uma inflamação.

Pele: vermelhidão recente,
calor local, edema e dor

Nervos periféricos: dor espontânea recente, engrossamento e dor à palpação do nervo, perda recente de sensibilidade nas mãos e pés, fraqueza recente dos músculos ou paralisia nas mãos (mãos em garra), pés e/ou olhos, surgimento de úlceras indolores nas mãos e pés, mutilação parcial e total dos dedos das mãos e pés

Fig.2 Iridociclite-Lepra



Fonte: Atlas de Dermatologia

<http://dermaamin.com/site/atlas-of-dermatology/11-1/758-leprosy->

Fig.3 Manchas avermelhadas - Lepra



Fonte: Atlas de Dermatologia

<http://dermaamin.com/site/atlas-of-dermatology/11-1/758-leprosy-.html>

Olhos: dores espontâneas recentes, avermelhamento recente, dano nos músculos da pálpebra com dificuldade no encerramento da mesma, levando a fraqueza recente no encerramento dos olhos, redução ou perda da visão

CLASSIFICAÇÃO DAS REACÇÕES

Existem dois tipos diferentes de reacções lepróticas: reacção do tipo 1 e reacção do tipo 2

A Reacção do tipo 1 – também chamada de reacção reversa (RR)

- São mais comuns do que as reacções do tipo 2
- Cerca de 25% de pacientes de Lepra desenvolvem esta reacção
- São mais frequentes em casos MB, porém pode ocorrer quer em pacientes MB ou PB
- Geralmente ocorre nos primeiros 6 meses de TMA
- A inflamação ocorre nas lesões cutâneas (manchas) ou nervos (neurite)
- Geralmente sem febre ou mal-estar geral

B. Reacção do tipo 2 – Eritema Nodoso

- Cerca de 5% de pacientes MB desenvolvem este tipo de reacção
- Mais frequentemente os sinais e sintomas ocorrem durante os primeiros 3 anos depois de início do TMA
- Só ocorrem em pacientes MB com muita baixa imunidade
- A reacção tipo 2 mais frequente é o Eritema Nodoso – nódulos subcutâneos dolorosos e vermelhos, mais frequentemente localizados nos membros. Estes nódulos podem romper-se e tornarem-se úlceras necróticas, sendo neste caso chamados de Eritema Nodoso Necrotizante
- Pode ocorrer, inflamação dos olhos com envolvimento da íris (iridociclite aguda) com risco de cegueira, artrite, neurite semelhante a da RR, inflamação dos testículos (orquite).

Fonte: <http://www.Eritema+Nodoso>



Figura 4. Eritema Nodoso dos membros inferiores

Geralmente com febre e mal-estar geral



Fonte: http://cspace.eportuguese.org/tiki-read_article.php?articleId=223

Figura.5 Mutilação parcial dos dedos das mãos

EXAMES AUXILIARES

Os exames auxiliares de diagnóstico são de pouca utilidade no diagnóstico da Lepra. O Hemograma pode se revelar normal ou com uma eosinofilia. O esfregaço cutâneo para baciloscopia (duma amostra da pele) frequentemente não é efectuado e é de pouca ajuda, a não ser que revele os bacilos de Hansen. O resultado é dado em cruces que vão de 0 a 6. Está indicado nos seguintes casos:

Diagnóstico da lepra se os sinais e sintomas não são conclusivos

Diagnóstico de lepra MB num caso não conclusivo

Diagnóstico de uma recaída em um paciente MB que completou o tratamento

Avaliar o tratamento e decidir se um paciente MB completou o tratamento

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da Lepra é essencialmente clínico (sinais cardinais) e epidemiológico, sendo que a presença de um dos 2 sinais cardinais da Lepra (descritos acima), e a pesquisa do bacilo de Hansen positiva (não feito de forma rotineira em Moçambique) estabelece o seu diagnóstico.

Após o diagnóstico de Lepra é necessário efectuar a classificação operacional da mesma, de forma a planificar o tratamento adequado para o paciente e prever possíveis complicações:

Lepra PB – 0 a 5 manchas com perda de sensibilidade; 1 nervo periférico engrossado; baciloscopia de Hansen negativo

Lepra MB – mais de 5 manchas; 2 ou mais nervos periféricos engrossados; baciloscopia de Hansen positiva

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tinha

Pitiríase versicolor

Sífilis secundária

Vitíligo

CONDUTA

O tratamento da Lepra é simples e gratuito. É necessário apenas saber a classificação do tipo de Lepra para se administrar o TMA (terapia de medicamentos associados) adequado.

Os casos de PB fazem Rifampicina 100mg e Dapsona 100mg uma dose diaria por 6 meses completos, enquanto que os casos de MB fazem Rifampicina 100mg, Dapsona 100mg e Clofazimina 50mg por 12 meses completos. Existem doses mensais e doses diárias. As doses Mensais são sempre supervisionadas (DOT).



