

DERMATOLOGIA E PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

Edição XVIII

Capítulo 4

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA HANSENÍASE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

GUILHERME MARTINS BEZERRA EMERICIANO¹
GABRIEL ALVES DE SOUZA¹
MATEUS LAURINDO FERREIRA DE CARVALHO¹
JOÃO HENRIQUE MENEZES FERNANDES¹
ISABEL FELIPE VASQUEZ¹
NIKOLAS ABHNER DO AMARAL MARQUES¹
FRANCISCO LAURINDO DE CARVALHO NETO¹
IAN BEZERRA ALENCAR¹
KELWIN DANTAS SILVA¹
MARIA DO SOCORRO VIEIRA DOS SANTOS²

¹Discente – Medicina na Universidade Federal do Cariri - UFCA, Barbalha, Ceará, Brasil

²Docente – Universidade Federal do Cariri - UFCA, Barbalha, Ceará, Brasil

Palavras-chave: Hanseníase; Diagnóstico Diferencial; Saúde Pública

DOI

10.59290/0023309105

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pela bactéria *Mycobacterium leprae* e que possui um acometimento global, sendo endêmica em alguns locais. Do número total de casos, cerca de 80% deles estão concentrados no Brasil, Índia e Indonésia, o que contribuiu para o surgimento do termo Doença Tropical Negligenciada (DTN), criado pela Organização Mundial da Saúde com o fito de agrupar enfermidades que representam um crescente problema de saúde em países subdesenvolvidos e emergentes. Por conseguinte, campanhas, como a “Rumo a hanseníase zero”, foram iniciadas na tentativa de reduzir os índices da mazela em questão até o ano de 2030. Graças ao uso da poliquimioterapia (PQT), as suas taxas foram reduzidas, mas a meta ainda não foi cumprida (SUGAWARA *et al.* 2022).

A patogenicidade da hanseníase envolve uma gama de processos que são influenciados pela relação imunológica entre o patógeno e o hospedeiro. Desse modo, a forma como o organismo reage à bactéria determina as manifestações clínicas e a forma que a doença evolui. Dentre os fenótipos observados, lista-se as formas Tuberculóide (TT), Lepromatoso (LL), Lepromatoso Limítrofe (BL), Limítrofe Limítrofe (BB), Tuberculóide Limítrofe (BT) e Indeterminada (LI *et al.* 2024). Devido a esse mecanismo, a hanseníase possui uma série de diagnósticos diferenciais que devem ser pontuados e considerados no contexto de uma consulta de rotina.

Para Miguel *et al.*, (2021), ao analisar o contexto do Brasil entre os anos de 2008 à 2018, o país obteve relativo sucesso no seu combate à hanseníase em boa parte das suas regiões. Entretanto, o Norte e o Centro-Oeste pontuaram taxas de mortalidade elevadas, bem como foram encontrados um maior número de casos no

Tocantins e no Mato Grosso. Tendo isso em vista, medidas para estabelecer melhores diagnósticos e condutas devem ser estabelecidas a fim de evitar piores desfechos.

O objetivo deste estudo foi revisar os principais critérios para o diagnóstico diferencial da hanseníase, destacando as patologias que podem ser confundidas com ela devido às semelhanças clínicas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, baseado em publicações do Ministério da Saúde e artigos científicos. Foram consultados documentos oficiais como o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Hanseníase de 2022 e o Guia para o Controle da Hanseníase de 2002. Adicionalmente, foi realizada uma busca por publicações dos últimos 10 anos nas bases de dados PubMed e Medline. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, português e espanhol, disponíveis gratuitamente na íntegra e que abordassem a temática proposta. Foram excluídos artigos duplicados, relatos de caso, comentários e outros artigos de revisão, a fim de priorizar estudos originais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No contexto clínico, são observados diversos sintomas que caracterizam o paciente com hanseníase. Dentre eles, podem ser observados o surgimento de manchas hipocrômicas ou avermelhadas no tecido cutâneo, bem como sinais de hipoestesia nos sítios de aparecimento. Ademais, são comuns os sintomas neurais, tais como parestesias em mãos e pés e o aparecimento de úlceras indolores nestes mesmos locais. Em pacientes com os sinais clínicos supracitados ou com a baciloscopia positiva para *M. leprae* devem ser investigados para hanseníase. O seu diagnóstico deve ser preciso e assertivo,

haja vista que muitas doenças apresentam sintomatologias em comum e podem ser confundidas, corroborando piores desfechos clínicos (BRASIL, 2017).

Pitiríase Versicolor

A pitiríase versicolor é uma doença causada pela *Malassezia*, uma levedura que infecciona a pele do ser humano e causa lesões hipopigmentadas em indivíduos de pele acastanhada e hiperpigmentadas ou eritematosas em pacientes de pele clara. As lesões são planas e, geralmente, acometem tronco, braços e face. Indivíduos imunocomprometidos tendem a desenvolver lesões difusas ao longo de todo segmento corpóreo. No geral, a doença é assintomática, mas pode haver prurido no local das manchas. O seu diagnóstico é clínico, baseado nos achados de pele supracitados. Apesar de possuir um bom prognóstico, há tendência de recorrência (ANDERSEN *et al.*, 2025).

Caracteristicamente, na pitiríase versicolor podem ser observadas lesões hipopigmentadas formando um anel de halo contrastante com a pele adjacente, incluindo os folículos pilosos da região (SINGAL *et al.*, 2019). De modo semelhante, Fuentes *et al.* (2020), ao descrever casos clínicos relacionados à forma indeterminada da hanseníase, apontou que 80 a 90% dos pacientes iniciam o quadro com o surgimento de lesões hipocrômicas. Essas semelhanças entre as duas doenças, faz com que seja necessário um exame clínico detalhado para o correto diagnóstico diferencial.

Leishmaniose Dérmica Pós-calazar

A lepra (hanseníase) e a leishmaniose dérmica pós-calazar (PKDL) configuram-se como doenças tropicais negligenciadas, frequentemente coexistentes em diversas regiões e comumente passíveis de diagnóstico errôneo devido às similaridades em suas manifestações clínicas (JOSHI *et al.*, 2021). A lepra, etiologicamente

associada ao *Mycobacterium leprae*, e a PKDL, uma seqüela cutânea da leishmaniose visceral (LV) causada por *Leishmania donovani*, demandam um diagnóstico diferencial preciso. A relevância deste diagnóstico reside no fato de que, embora a PKDL não acarrete inicialmente morbidade significativa, os indivíduos afetados perpetuam como reservatórios duradouros da doença, tornando sua identificação um pilar fundamental para o controle da leishmaniose (KUMAR *et al.*, 2021).

O PKDL manifesta-se com lesões cutâneas hipopigmentadas, pápulas, placas e nódulos, frequentemente iniciando-se na região facial e podendo se espalhar para o tronco, extremidades e mucosas (**Figura 4.1**). Essas lesões são em geral assintomáticas e não ulceradas, mas têm grande importância epidemiológica por manterem o parasita viável na pele, contribuindo para a transmissão da doença. Já a hanseníase, causada por *Mycobacterium leprae*, também compromete a pele e nervos periféricos, apresentando manchas hipocrômicas, anestesia e espessamento neural, sendo fundamental distinguir uma da outra nas áreas endêmicas para ambas (KUMAR *et al.*, 2021).

Figura 4.1. Lesões maculares monomórficas de PKDL no tronco



Fonte: KUMAR *et al.*, 2021

A semelhança morfológica das lesões cutâneas entre PKDL e hanseníase pode levar ao diagnóstico incorreto, especialmente em apresentações monomórficas hipopigmentadas. Isso é agravado pela baixa sensibilidade dos métodos tradicionais de diagnóstico, como o exame microscópico de esfregaços corados ou histopatologia, tanto para PKDL quanto para hanseníase. Com isso, o estudo de Joshi *et al.* (2021) descreveu o desenvolvimento de um ensaio molecular baseado na amplificação isotérmica em múltiplos alvos (m-LAMP), capaz de detectar simultaneamente DNA de *M. leprae* e *L. donovani* com alta sensibilidade e especificidade, distinguindo claramente as duas infecções por seus picos de fusão distintos. Essa tecnologia se mostrou útil inclusive em casos raros de coinfeção, ressaltando seu valor em áreas endêmicas.

Pitiríase Rósea

A pitiríase rósea é uma dermatose inflamatória aguda, autolimitada, de etiologia presumivelmente viral do herpesvírus humano (HHV)-6 e HHV-7, que acomete preferencialmente indivíduos jovens, na faixa etária de 10 a 35 anos. Clinicamente, caracteriza-se pelo surgimento inicial de uma lesão ovalada, eritematosa e descamativa denominada "placa heraldo", geralmente localizada no tronco (VILLALON-GOMEZ, 2018). Após um intervalo de uma a duas semanas, desenvolve-se uma erupção generalizada composta por múltiplas lesões menores, também ovais e descamativas, distribuídas ao longo das linhas de clivagem cutânea (linhas de Langer), conferindo à lesão um padrão em "árvore de Natal" (**Figura 4.2**) (CONTRERAS-RUIZ *et al.*, 2019). Em contrapartida, a Hanseníase pode manifestar-se com placas eritematosas anulares, que podem ou não apresentar des-

camação, associado à diminuição de sensibilidade ao toque, calor ou dor sobre a lesão (TRAYES *et al.*, 2018).

Figura 4.2. Paciente com erupção secundária na pitiríase rósea apresentando um padrão de "Árvore de Natal"



Fonte: CONTRERAS-RUIZ *et al.*, 2019

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2017), as formas clínicas da hanseníase variam desde manchas hipocrômicas ou eritematosas com perda de sensibilidade até nódulos e infiltrações extensas, sendo possível o acometimento de mucosas, especialmente nas formas multibacilares, como a lepromatosa. Nessas formas mais graves, podem ocorrer lesões em mucosa nasal, com obstrução, epistaxe e perfuração do septo, além de envolvimento orofaríngeo em casos avançados. Tal comprometimento mucoso se assemelha, em parte, às manifestações menos comuns da pitiríase rósea, que, embora classificada como uma exantemática viral autolimitada, pode cursar com lesões orofaríngeas em cerca de 28% dos casos. Essas lesões incluem pápulas, petéquias e vesículas localizadas em mucosa oral, geralmente associadas à fase prodrômica da doença, conforme observado por Drago *et al.* (2025).

Do ponto de vista diagnóstico, a pitiríase rósea o diagnóstico é essencialmente clínico, evoluindo geralmente de forma autolimitada, sendo o tratamento a partir de sintomáticos, com uso de corticosteroides tópicos e anti-histamínicos orais nos casos de prurido. Em apresentações mais intensas, pode-se considerar a terapia com aciclovir ou fototerapia com UVB de banda estreita, especialmente nas primeiras semanas de surgimento das lesões (Villalon-Gomez,2018).

Tinea corporis

A *tinea corporis* é uma patologia que afeta a camada superficial da pele, sendo causada por fungos dos gêneros: *Trichophyton*, *Epidermophyton* e *Microsporum*. As principais regiões acometidas são as áreas sem pelos, como tronco, pescoço e extremidades. Além disso, uma característica importante no diagnóstico é o fato de que as lesões costumam ser pruriginosas. Ainda é válido salientar que existem vários “tipos de tineas”, alguns exemplos são a *tinea capitis*, que afeta o couro cabeludo e a *tinea cruris*, que atinge a virilha (YEE *et al.*, 2025).

Caracteristicamente, segundo Leung *et al.*, 2020, a *tinea corporis* apresenta-se como uma lesão anular em placa, geralmente múltiplas, com limites bem definidos, escamosa e descamativa, com leve eritema e área central mais clara, além de apresentar elevação da borda anterior das lesões (**Figura 4.3**). Nesse sentido, por apresentar características similares a outras patologias dermatológicas, seu diagnóstico diferencial é amplo, o que pode dificultar seu diagnóstico clínico.

Por fim, apesar da hanseníase também se manifestar com lesões anulares, Traves *et al.*, 2018, descreve causas comuns e incomuns para esse tipo de lesão. Dessa forma, a hanseníase é descrita como uma doença na qual lesões anulares ocorrem com menor frequência, entretanto, descreve a *tinea corporis* como uma causa

comum para esse tipo de lesões. Reforça ainda características basilares que favorecem o diagnóstico diferencial da hanseníase com a *tinea corporis*, como por exemplo a redução da sensibilidade dolorosa, térmica e tátil, preservadas na *tinea*, e reduzidas na hanseníase.

Figura 4.3. Paciente apresentando lesões eritematosas anulares, devido a *tinea corporis*



Fonte: <https://www.atlasdermatologico.com.br/disease.-jsf?diseaseId=454>

Úlceras Crônicas em Membros Inferiores

Segundo Abbade *et al.*, 2020, as etiologias venosa, arterial e neuropática representam cerca de 90% dos casos de úlceras crônicas nas pernas (lesões localizadas abaixo do joelho e que perduram por mais de 6 semanas). Sobre as úlceras neuropáticas, as principais são: diabética, alcoólica e a causada pela hanseníase, também chamada de mal perfurante plantar. Porém, é importante salientar que um paciente pode apresentar, concomitantemente, úlceras de etiologias diferentes, como por exemplo o mal perfurante plantar causado pela hanseníase associado a uma úlcera venosa maleolar causada por alguma patologia vascular.

Nesse sentido, a hanseníase afeta de forma significativa, além do componente dermatológico, alterações mais comumente relacionadas à doença, o sistema nervoso periférico no qual pode gerar danos e perdas sensitivas e motoras que afetam a sensibilidade e a percepção da dor

na topografia acometida. Não sendo incomum a ocorrência de úlceras plantares crônicas após perfurações, não percebidas pelo paciente, com pregos e objetos perfurocortantes em geral, além da cronificação das úlceras de pressão relacionadas ao tipo de calçado usado pelo doente (DE LEMOS *et al.*, 2021).

Por fim, segundo Batista *et al.*, 2019, é válido destacar que outras alterações nos membros inferiores ocorrem de maneira concomitante ao surgimento do mal perfurante plantar, como por exemplo dificuldade e/ou alteração da marcha, deformidades chamadas “em garra” -típicas das hanseníase, tanto nos pés quanto nas mãos-, o “pé caído” ou “pé plano” e muitas outras. Além da ocorrência de infecções de repetição nas úlceras que não recebem o tratamento devido.

Neuropatia Alcoólica

O consumo crônico de bebidas alcoólicas pode desencadear prejuízos para o sistema nervoso humano. O seu mecanismo envolve o dano tóxico direto do álcool no tecido neural, como também o déficit nutricional decorrente do metabolismo da substância em questão, acarretando degeneração axonal e desmielinização neuronal. Como consequência, o paciente pode desenvolver quadros de ataxia, dor e parestesias, principalmente na região dos membros inferiores (SADOWSKI & HOUCK, 2022).

Esse quadro neuropático é semelhante ao observado em alguns casos de hanseníase, principalmente na forma neural pura. Os pacientes manifestam uma hipoestesia da região afetada, com a perda da sensibilidade no local onde aparecem as lesões de pele e, algumas vezes, com

dor na região (EBENEZER & SCOLLARD, 2021). Para a realização do diagnóstico diferencial, é importante a realização de uma anamnese completa e do exame físico. Segundo Tessitore *et al.*, 2022, o paciente etilista crônico tende a apresentar hiperalgesia, principalmente dos membros inferiores distais, assim como reflexos comportamentais envolvendo hiperatividade locomotora. Esse quadro difere da hanseníase, tendo em vista que esta apresenta redução da sensibilidade do sítio acometido.

CONCLUSÃO

A hanseníase é uma doença que apresenta múltiplos sintomas e que, portanto, pode ser confundida com diversas enfermidades comuns em nosso meio. Para que haja o correto diagnóstico diferencial entre as diversas patologias, é necessária a realização de uma anamnese detalhada, envolvendo aspectos sintomatológicos, tempo, hábitos, costumes e contatos interpessoais diários. Ademais, o exame físico é uma ferramenta complementar, que, se realizado de forma completa, pode distinguir o tipo de lesão característica da hanseníase e de outras doenças, assim como manifestações extra cutâneas, tal qual o acometimento neurológico em alguns pacientes.

Mais estudos são necessários para complementar a literatura médica e embasar formas mais práticas de estabelecer diagnósticos entre as doenças supracitadas, a fim de promover melhores desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBADE, L.P.F. *et al.* Consenso sobre Diagnóstico e Tratamento das Úlceras Crônicas de Perna – Sociedade Brasileira de Dermatologia. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 95, n. S1, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://www.anaisdedermatologia.org.br/pt-consenso-sobre-diagnostico-e-tratamento-articulo-S266627522030312X>. Acesso em: 01 setembro 2025.
- ANDERSEN, P.L. *et al.* Pityriasis Versicolor. *Ugeskrift for Laeger*, p. 1–6, 2025. DOI: 10.61409/v10240670.
- BATISTA, K.T. Tratamento da Úlcera Plantar Devido à Hanseníase. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, v. 34, n. 4, p. 497–503, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia Prático Sobre a Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/hansenia/guia-pratico-de-hansenia.pdf>. Acesso em: 01 setembro 2025.
- CONTRERAS-RUIZ, J. *et al.* Interventions for Pityriasis Rosea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2019, n. 10, p. CD005068, 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD005068.pub3.
- DE LEMOS, G.C.; PINTO, M.M.; SANTOS, P.C. Atuação do Fisioterapeuta no Tratamento de Úlcera Plantar em Pacientes com Hanseníase. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 6, p. 59261–59280, 2021. DOI: 10.34117/-bjdv7n6-357.
- DERMATOLOGY ATLAS. Tinea Corporis. [s.d.]. Disponível em: <https://www.atlasdermatologico.com.br/disease.-jsf?diseaseId=454>. Acesso em: 14 jul. 2025.
- EBENEZER, G.J.; SCOLLARD, D.M. Treatment and Evaluation Advances in Leprosy Neuropathy. *Neurotherapeutics*, v. 18, n. 4, p. 2337–2350, 2021. DOI: 10.1007/s13311-021-01153-z.
- FUENTES, J. *et al.* Lepra en la Isla Colombiana de Providencia. *Biomedica*, v. 40, n. s. 1, p. 26–31, 2020. DOI: 10.7705/biomedica.4974.
- JOSHI, S. *et al.* Rapid Multiplex Loop-Mediated Isothermal Amplification (m-LAMP) Assay for Differential Diagnosis of Leprosy and Post-Kala-Azar Dermal Leishmaniasis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 104, n. 6, p. 2085–2090, 2021. DOI: 10.4269/ajtmh.19-0313.
- KUMAR, P.; CHATTERJEE, M.; DAS, N.K. Post Kala-Azar Dermal Leishmaniasis: Clinical Features and Differential Diagnosis. *Indian Journal of Dermatology*, v. 66, n. 1, p. 24–33, 2021. DOI: 10.4103/ijd.IJD_602_20.
- LEUNG, A.K.C. *et al.* Tinea Corporis: An Updated Review. *Drugs in Context*, v. 9, p. 1–12, 2020. DOI: 10.7573/dic.2020-5-6.
- LI, X. *et al.* Leprosy: Treatment, Prevention, Immune Response and Gene Function. *Frontiers in Immunology*, v. 15, 2024. DOI: 10.3389/fimmu.2024.1298749.
- MIGUEL, C. B. *et al.* Leprosy Morbidity and Mortality in Brazil: 2008–2018. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 25, n. 6, p. 101638, 2021. DOI: 10.1016/j.bjid.2021.101638.
- SADOWSKI, A.; HOUCK, R.C. Alcoholic Neuropathy. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2022.
- SINGAL, A.; KAUR, I.; JAKHAR, D. Dermoscopy in the Evaluation of Pityriasis Versicolor: A Cross Sectional Study. *Indian Dermatology Online Journal*, v. 10, n. 6, p. 682, 2019. DOI: 10.4103/idoj.idoj_502_18.
- SUGAWARA-MIKAMI, M. *et al.* Pathogenicity and Virulence of Mycobacterium Leprae. *Virulence*, v. 13, n. 1, p. 1985–2011, 2022. DOI: 10.1080/21505594.2022.2141987.
- TESSITORE, M. E. *et al.* Alcoholic Neuropathy Associated with Chronic Alcohol Intake. *IBRO Neuroscience Reports*, v. 13, p. 177–186, 2022. DOI: 10.1016/j.ibneur.2022.08.004.
- TRAYES, K. P.; SAVAGE, K.; STUDDIFORD, J. S. Annular Lesions: Diagnosis and Treatment. *American Family Physician*, v. 98, n. 5, p. 283–291, 2018.
- VILLALON-GOMEZ, J. M. Pityriasis Rosea: Diagnosis and Treatment. *American Family Physician*, v. 97, n. 1, p. 38–44, 2018.
- YEE, G.; SYED, H.A.; ABOUD, A.M. Tinea Corporis. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.