

Caixa 29  
19



## ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE BOUBAS

---

F. S. DA CRUZ FERREIRA

---

---

Separata dos ANAIS DO INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL — INFORMAÇÃO  
BIBLIOGRÁFICA, Volume XIII, Suplemento N.º 2 — Junho de 1956

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
DE  
DE MEDICINA TROPICAL

BIBLIOTECA

## ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE BOUBAS (1)

F. S. DA CRUZ FERREIRA

---

A segunda Conferência internacional de luta contra as boubas, realizada em Enugu (Nigéria Oriental) de 10 a 24 de Novembro de 1955, sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde, reuniu um número avultado de participantes e representantes de diversos países tropicais nos quais as boubas são endêmicas e onde medidas de controle em larga escala se estão realizando ou em vias de realização. Tendo em consideração o grande número de trabalhos apresentados, foram discutidos diversos pontos de vista relacionados com todos os aspectos da endemia em regiões tropicais, o que permitiu uma substancial e fundamentada consolidação de conhecimentos a favor da experiência adquirida em diversos territórios.

A extensão e diversidade dos problemas abordados impede manifestamente a apresentação, mesmo em sumário, dos detalhes que mereceram a atenção dos participantes. No relatório final da conferência, o qual de resto julgamos que a Organização Mundial de Saúde conta publicar brevemente, pode ter-se conhecimento do seu relato; entretanto, permitimo-nos reproduzir aqui a tradução do seu resumo e conclusões.

Pondo de parte os diversos pormenores inerentes ao objectivo primacial da Conferência que foi a coordenação de esforços e de técnicas modernas para uma eficaz e económica campanha em larga escala contra as boubas nos territórios endêmicos, pareceram-nos de

---

(1) As normas adoptadas neste trabalho de revisão são da inteira responsabilidade do autor.

particular interesse os progressos anunciados nos estudos sobre a biologia dos treponemas e a coordenação de conhecimentos para estabelecer uma compreensiva classificação de lesões das boubas. De facto tem havido certa confusão na denominação dos diversos tipos clínicos que as boubas podem apresentar, bem assim como são patentes certas dúvidas pelo que diz respeito à cronologia das lesões e à data do seu aparecimento no decurso da evolução da doença.

Para estabelecer normas definitivas a este respeito foi escolhido um grupo de participantes com o objectivo de discutir o problema e estabelecer bases sólidas duma nomenclatura de lesões a ser adoptada internacionalmente. Julgamos por isso oportuno fazer uma revisão do assunto com o objectivo de generalizar alguns conhecimentos essenciais sobre a cronologia e tipos clínicos das lesões das boubas que julgamos de interesse para quem exerce actividade nos territórios ultramarinos portugueses.

Compreende assim, este trabalho de revisão, três partes:

- I. O texto do sumário e conclusões finais da Conferência internacional de luta contra as boubas.
- II. O resumo das mais recentes aquisições sobre biologia dos treponemas.
- III. O estudo descritivo dos diversos tipos de lesões das boubas, de acordo com o estado actual dos conhecimentos e o seu lugar no decurso da evolução da doença.

#### I. RESUMO E CONCLUSÕES DO RELATÓRIO DA 2.<sup>a</sup> CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE LUTA CONTRA AS BOUBAS

##### *Campanhas de massa e higiene rural:*

Nas regiões rurais da zona tropical vivem cerca de 400 milhões de pessoas das quais cerca de 200 milhões estão provavelmente expostas às boubas e a outras treponematoses endémicas. Estas deixaram de ser um importante problema de saúde pública em vastas regiões rurais aonde se administraram injeções únicas duma penicilina-retardada pouco dispendiosa. Ainda não se registou nenhum caso de penicilino-resistência, nem tão-pouco os efeitos secundários das injeções têm constituído sério obstáculo ao desenrolar, segundo as normas,

das fases das campanhas de massa, que têm dado resultados espectaculares e rápidos interessando vastas populações.

Têm sido observados cerca de 50 milhões de indivíduos e 15 milhões foram tratados pela penicilina em campanhas de massa organizadas pelas administrações sanitárias com assistência da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo Internacional de Socorro à Infância (FISE). Estas campanhas têm sido executadas por pessoal auxiliar com preparação elementar, mas com conveniente vigilância, o qual pode ser aproveitado para outras iniciativas sanitárias ou integrado nos serviços de saúde locais.

As campanhas de massa contra as doenças endêmicas tais como a doença do sono, o tracoma, as boubas, etc., são dirigidas antes de tudo contra a afecção que se reveste de maior importância na região considerada. As outras actividades sanitárias, a planear simultaneamente no campo, devem ser adaptadas à organização e ritmo da campanha principal para não comprometer o seu objectivo primacial. Em certas regiões a prospecção dos casos de lepra e vacinações têm podido ser conjugadas com vantagem às campanhas de massa contra as treponematoses endêmicas.

Os resultados destas campanhas são tão manifestamente benéficos que têm permitido que a população rural e os seus dirigentes adquiram uma melhor compreensão dos problemas de saúde pública. Disso resultou que num bom número de regiões a participação das colectividades facilitou e reforçou a acção dos serviços de saúde rurais que puderam instalar-se mais rapidamente no seguimento da campanha de massa.

As treponematoses endêmicas atacam os jovens. Os países em via de desenvolvimento rápido têm necessidades maiores de mão-de-obra. As campanhas de massa contra as treponematoses endêmicas têm em vista aumentar a mão-de-obra disponível para a agricultura e indústria e de reduzir as despesas para manutenção da saúde dos trabalhadores.

As campanhas de massa são relativamente pouco onerosas. Avaliou-se presentemente que, compreendendo o custo da penicilina, transportes, pessoal local, serviços administrativos, etc., nas campanhas de massa efectuadas no sudoeste da Ásia a despesa total foi de \$60.000 a \$80.000 (1.740.000\$ a 2.320.000\$) por milhão de pessoas examinadas, o que equivale a 1\$74 a 2\$32 por indivíduo.

Em consequência a Conferência recomendou:

1. Que a OMS chame a atenção dos Governos e das Organizações internacionais interessadas para as vantagens sob os pontos de vista de saúde pública e económico-social, das campanhas de massa tendentes a erradicar as treponematoses endémicas em particular as boubas.

2. Que as administrações sanitárias tirem proveito da situação favorável actual organizando tais campanhas aonde ainda não foram planeadas ou ampliando de maneira coordenada e rápida os programas em curso, em escala nacional e em colaboração com os territórios vizinhos, a fim de impedir a reintrodução da infecção a partir de regiões aonde ainda não tenha sido eliminada.

3. Que se concebem as possibilidades que oferecem as campanhas de massa para a criação ou reforço dos serviços de saúde rurais e doutros serviços destinados à colectividade, e que se preveja, tanto quanto possível, na organização da luta contra as treponematoses os serviços e fornecimentos indispensáveis para tal fim.

#### *A ofensiva africana:*

A África é de todos os continentes o que contém o mais vasto reservatório de treponematoses endémicas; calcula-se que só para as boubas este reservatório abrange cerca de 25 milhões de casos. A maior parte destes encontra-se entre as latitudes de 20° N e 20° S e nas regiões atravessadas pelos paralelos correspondentes.

Existem múltiplas fronteiras políticas que não coincidem com as barreiras geográficas ou tribais susceptíveis de limitar a propagação da infecção. Por outro lado a África é teatro de importantes migrações de indivíduos e de grupos de populações, cobrindo distâncias mais ou menos grandes ou mesmo atravessando todo o continente, migrações inspiradas por razões de ordem económica, social ou religiosa.

Os territórios em via de desenvolvimento rápido dispõem de créditos limitados para uma acção sanitária, tendo ainda necessidade de efectivos crescentes de pessoal qualificado. As campanhas de massa contra as doenças endémicas permitem a utilização mais económica dos recursos disponíveis e são elas que trazem ao conjunto da população benefícios maiores. Estes diferentes factores especificamente afri-

canos são de levar em linha de conta nas recomendações gerais e considerações sobre campanhas de massa em África.

Em consequência a conferência recomendou:

1. Que uma ofensiva continental seja organizada em África num futuro próximo a fim de obter a erradicação das treponematoses endêmicas e em particular das boubas.
2. Que esta ofensiva, que deve ser coordenada por razões de ordem epidemiológica, seja organizada e planeada pelas autoridades de regiões, países ou territórios limítrofes.
3. Que a OMS tome a responsabilidade de pôr em curso os métodos de coordenação técnica das operações e que sejam tomadas medidas o mais brevemente possível (Conferência de administradores de Saúde pública) para estabelecimento do plano dum programa concreto a longo termo, acompanhado duma exposição completa sobre os problemas de recrutamento e de formação profissional, e, além disso, das necessidades financeiras relacionadas com a realização do programa.
4. Que sejam realizados esforços no sentido de conseguir para este programa coordenado de envergadura continental, cuja efectivação prosseguirá nos próximos dez anos, a assistência posta à disposição dos Governos pelo Fundo Internacional de Socorro à Infância para as campanhas nacionais efectuadas contra as treponematoses endêmicas, conforme as directrizes técnicas da OMS. Que o Conselho de administração da FISE seja convidado a examinar esta iniciativa favoravelmente.

#### *Princípios técnicos:*

Ao contrário da assistência médica dada aos doentes com a qual se pretende um alívio do sofrimento quando eles a ela podem recorrer, as campanhas de massa levam os seus benefícios à população inteira no âmbito da saúde pública. As campanhas de massa contra as treponematoses endêmicas visam acima de tudo interromper a cadeia da infecção e a fazer cessar assim a transmissão, o que permite eliminar estas doenças do número dos problemas de saúde pública e, em final, realizar a sua erradicação. Elas visam por outro lado favorecer a organização de serviços de saúde rurais contribuindo para um nível de vida mais elevado da população.

A experiência da luta contra as boubas e contra outras treponematoses endêmicas nas diferentes partes do mundo mostra a importância de certos princípios que têm sido formulados pelo «comité» de técnicos de doenças venéreas e treponematoses (OMS). Estes princípios dizem respeito à eficácia das campanhas encaradas nas relações com os seus objectivos imediatos e tardios. As administrações sanitárias que executam ou preparam campanhas de tratamento de massa contra as treponematoses endêmicas têm grande interesse em se inspirar neles.

Em consequência a Conferência recomendou:

1. Que todas as fases da campanha desde o inquérito inicial de prospecção e tratamento até à consolidação e actividades ulteriores, sejam planeadas desde o início e que sejam previstas disposições financeiras apropriadas e outras necessárias.

2. Que o inquérito inicial de tratamento e prospecção incida sobre todos os habitantes da zona de operações (campanha de 100 %); uma campanha incidindo sobre menos que 90 % da população será feita em bases precárias.

3. Que o tratamento («política de tratamento») vise não somente os casos evolutivos mas também os casos latentes e contactos.

4. Que nos inquéritos iniciais de prospecção e tratamento e nos inquéritos de controle se administre penicilina-retardada (PAM <sup>(1)</sup>) ou preparação equivalente) em injeções únicas na dose mínima de 0.6 milhões de unidades para os indivíduos com menos 15 anos e de 1.2 milhões de unidades para os adultos nos casos de boubas evolutivas, esta última dose sendo considerada como suficiente com fins de saúde pública (metade das doses indicadas serão utilizadas para a protecção dos indivíduos não atingidos de boubas evolutivas).

5. Que o progresso da campanha seja rápido e uniforme a fim de que as zonas protegidas constituam blocos cada vez mais vastos.

6. Que inquéritos de controle periódicos, fazendo parte integrante das campanhas, sejam mantidos até que sejam estabelecidos serviços de saúde rurais suficientes para assegurar uma vigilância permanente e eficaz.

7. Que em todas as fases das campanhas sejam encaradas iniciativas paralelas a fim de elevar o nível de vida da população.

---

(<sup>1</sup>) Penicilina G procainada, em óleo, com 2 % de monoestearato de alumínio.

*Coordenação de pesquisas:*

Os conhecimentos actuais sobre a epidemiologia das treponematoses endémicas apresentam numerosas lacunas. Descobriram-se certos factores gerais do meio ambiente que são favoráveis à transmissão dos treponemas mas faltam ainda dados seguros sobre a natureza dos mecanismos directos e indirectos de transmissão durante o dia ou durante a noite. Se estes fenómenos fossem melhor conhecidos poder-se-ia talvez mais facilmente lutar contra as treponematoses opondo barreiras protectoras simples que impedissem o contágio.

Os progressos técnicos do laboratório e outros tornaram possível nestes últimos anos o estudo de alguns aspectos fundamentais da biologia das treponematoses. Assim, novos conhecimentos se acumulam sobre estas infecções e suas relações recíprocas. Verifica-se progressivamente um esquema no qual as treponematoses se assemelham mais estreitamente a outros processos infecciosos.

O estudo destas infecções integra-se no domínio da medicina e da biologia, recebendo noções doutras esferas da investigação médica e levando contribuições a outros sectores.

Como os primeiros resultados são desde já encorajantes é natural pensar que estas fecundas aquisições novas prosseguirão em favoráveis condições. Uma coordenação seguida de investigações neste domínio é extremamente desejável e pode ser assegurada no plano internacional por intermédio da OMS.

Em seguimento dos trabalhos efectuados sobre estes importantes problemas recomenda-se:

1. Que sejam efectuadas pesquisas a) para determinar mais exactamente o mecanismo de transmissão directa das boubas e os diversos agentes possíveis de transmissão indirecta, e b) para determinar a frequência exacta dos casos de infecção generalizada nas treponematoses endémicas.

2. Que sejam efectuados estudos mais circunstanciados sobre questões de laboratório interessando dum lado as reacções secundárias provocadas pela penicilina e por outros fenómenos de sensibilização do hospedeiro de treponemas e que o laboratório internacional das treponematoses continue a vigiar a aparição eventual de treponemas resistentes à penicilina.

3. Que as modalidades de adaptação e de mutação dos tre-

ponemas sejam especialmente estudadas pelo que diz respeito à acção dos antibióticos e da radioactividade, e que se examinem os aspectos immuno-químicos dos constituintes serológicos activos do corpo e da cápsula do treponema, a fim de melhorar os métodos destinados a pôr em evidência a existência de anticorpos específicos de grupo ou de espécie.

## II. RESUMO DAS MAIS RECENTES AQUISIÇÕES SOBRE BIOLOGIA DOS TREPONEMAS

As treponematoses tendo flagrantes pontos de contacto na sua patologia geral devem ser considerados como afecção única com manifestações clínico-epidemiológicas distintas devidas a factores relacionados com o indivíduo ou a especiais condições do ambiente que actuam sobre o hospedeiro, sobre o parasita ou sobre ambos simultaneamente. Além de morfológicamente indistinguíveis e difficilmente cultiváveis em meios artificiais, os treponemas patogénicos para o homem e para os animais têm caracteres biológicos essenciais que são comuns: 1.º quadro clínico no homem e nos animais, 2.º immunologia (há immidade cruzada parcial entre certas treponematoses) e 3.º resposta ao tratamento por antibióticos (todas as estirpes de treponemas se mostram igualmente susceptíveis à penicilina e a outros antibióticos). Por outro lado algumas diferenças têm sido verificadas: 1.º na epidemiologia, 2.º nos sinais clínicos e comportamento no homem e 3.º nos resultados obtidos em inoculações experimentais, particularmente no género de lesões provocadas em coelhos e tipos immunológicos neles obtidos e no quadro clínico nos «hamsters».

Por inoculação em coelhos e «hamsters» pode-se a grosso modo estabelecer uma estreita relação immunológica entre as estirpes das diversas treponematoses independentemente do síndrome clínico que originam e da região do mundo donde provém. O quadro clínico nos animais, semelhante sob o ponto de vista qualitativo, difere do síndrome clínico apresentado pelos doentes.

Embora as lesões histopatológicas sejam basicamente semelhantes entre a sífilis venérea e as boubas, verifica-se que a sífilis venérea nos coelhos dá lugar ao aparecimento de lesões extensas e endurecidas ao passo que as boubas dão lugar a lesões menos endurecidas,

que se desenvolvem muito lentamente (o período de incubação é mais longo), menos extensas (com menor tendência a envolver os tecidos subjacentes) e que, além disso, involuem mais rapidamente do que a correspondente lesão sífilítica. Com o bejel observa-se um aspecto intermediário.

Nos «hamsters» porém, as boubas e o bejel parecem ter relações mais estreitas; além disso por inoculação escrotal ou nos lábios dão lesões mais extensas numa maior percentagem de animais do que a sífilis.

Pelo que diz respeito às estirpes que se obtêm em coelhos inoculados foram recentemente descobertos os seguintes factos: um tipo *S* de treponemas (correspondentes ao síndrome clássico da sífilis venérea adquirida), um tipo *Y* (correspondente ao síndrome clássico das boubas) e um tipo *M* intermediário (correspondente ao bejel e sífilis endémica). Os «tests» de aglutinação para treponemas e o «test» de imobilização de Nelson não permitem diferenciar os tipos *S*, *Y* e *M*, pondo em foco antigénios comuns aos diversos tipos. Existe uma diferença fundamental entre eles que diz respeito à natureza e quantidade de muco polissacarido capsular produzido por cada estirpe. Com passagens sucessivas por animais há aumento da produção mucóide e um deslocamento para a reacção de tipo *S*.

### III. EVOLUÇÃO DAS BOUBAS E DESCRIÇÃO DOS PRINCIPAIS TIPOS DE LESÕES

#### *Evolução:*

O esquema que se apresenta dá ideia da evolução das boubas em condições naturais:

## EVOLUÇÃO DAS BOUBAS

Período	Características gerais	Tipos de lesão que podem aparecer
INCUBAÇÃO — 3 a 4 semanas		
LESÃO INICIAL (primária)	Lesão única evoluindo em 3 a 6 semanas ou mais, podendo desaparecer ou permanecer durante o desabrochar das lesões seguintes	Papiloma simples ou ulcerado
LESÕES PRECOCES (Secundárias)	Generalizadas, podendo curar espontaneamente depois de 3 a 6 meses	Papilomas múltiplos cutâneos ou papiloma palmo-plantar Máculas: Eritema macular ou máculo-escamoso Pápulas: Erupção papular simples ou de pápula, umbilicadas; Erupção micro-papular acuminada, folicular ou escamosa; Erupção máculo-papular Placas recentes Lesões mucosas ou cutâneo-mucosas: Erupção máculo-papular, ou papiloma Lesões ósteo-articulares: Períostite, osteíte, ósteo-períostite; Gundo Queratodermias palmo-plantares: Eritema máculo-escamoso, máculas hiperqueratósicas Nódulos precoces Adenopatias. Hidrartrose
Latência precoce (até 5 anos após a infecção)	Sem sinais clínicos. Aparição de Recidivas (mais frequentemente nos dois primeiros anos)	
LESÕES TARDIAS (terciárias)	Cura espontânea depois de vários meses de evolução com destruição deixando deformações permanentes	Placas papulares Lesões nodulares (gomas) simples ou ulceradas, Suas sequelas Gangosa Queratodermias palmo-plantares Lesões ósteo-articulares: osteíte ou periostite gomosa ou hipertrófica; ósteo-periostite gomosa. Deformações Nódulos justa-articulares Adenopatia. Hidrartrose. Bursite
LATÊNCIA TARDIA (cinco anos depois da infecção)	Sem sinais clínicos. Recidivas mais raras	
CURA		

Posto que as lesões precoces possam ser acompanhadas ou precedidas de sintomas de ordem geral, tais como febre irregular, dores difusas de tipo reumatismal, cefaleia ou discretas perturbações gastro-intestinais, na maioria dos casos o estado geral dos doentes não é afectado quando da aparição das lesões precoces e a sintomatologia é nula ou pelo menos tão ligeira que não é acusada pelos doentes.

As lesões precoces, por via de regra com tendência à generalização, são principalmente cutâneas mas está amplamente provado que também aparecem precocemente queratodermias palma-plantares e lesões ósseas cujas características particulares serão adiante descritas a propósito das lesões tardias com a mesma localização. Geralmente quando não há ulceração ou infecção secundária não deixam cicatrizes, embora por vezes possam observar-se como vestígio alterações da textura e da elasticidade da pele.

As lesões tardias, em contrapartida, são localizadas e circunscritas e têm tendência destrutiva, podendo dar origem a grandes mutilações e deformações, e deixam a maior parte das vezes cicatrizes evidentes. Calcula-se a grosso modo que perto de 25 % dos casos de boubas evoluem com manifestações clínicas tardias evidentes da afecção.

No decurso da evolução das boubas há a considerar dois períodos de latência durante os quais os doentes não apresentam quaisquer sinais clínicos da afecção e são sero-positivos: um precoce dentro dos primeiros cinco anos depois da infecção (durante o qual se pode assistir à aparição de recidivas infecciosas) e outro tardio, considerado a partir de cinco anos após a infecção. A prevalência de indivíduos com reacções serológicas positivas nas zonas de endemia está em relação com o quantitativo de casos com sinais clínicos de boubas. Dum modo geral a percentagem aproximada de indivíduos sero-positivos é a seguinte: acima de 60 % nas zonas hiperendémicas (nas quais a prevalência de casos clínicos é acima de 10 %); à volta de 25 % em zonas meso-endémicas (prevalência de casos clínicos entre 5 e 10 %) e abaixo de 10 % em zonas hipo-endémicas (prevalência de casos clínicos abaixo de 5 %).

No estado actual dos conhecimentos ainda não existe substancial evidência de que o *T. pertenue* possa afectar os sistemas nervoso e cardiovascular ou originar directamente lesões oculares. Além disso está também averiguado que as boubas não são congénitas.

### *Nomenclatura de lesões:*

Para a classificação de lesões a utilizar em áreas pilotos integradas em campanhas de massa, o «Comité» de técnicos de doenças venéreas e treponematoses da OMS propôs a seguinte nomenclatura, compreendendo nove grupos de lesões: 1. Lesão inicial, 2. Papilomas múltiplos, 3. Papiloma plantar ou palmar, 4. Outras lesões cutâneas recentes, 5. Hiperqueratoses, 6. Gomas, úlceras e gangosa, 7.º Lesões ósseas e articulares, 8. Casos latentes e 9. Outras manifestações.

Durante as campanhas de massa efectuadas em zonas rurais reconheceu-se em alguns territórios que esta nomenclatura era ainda um tanto complicada e que a rapidez com que o trabalho se executava exigia uma simplificação do registo de doentes. Por esse motivo foi adoptada uma classificação mais simples que considera a população observada nos seguintes grupos:

A. *Indivíduos com sinais clínicos*, entre os quais a considerar dois subgrupos: 1. Lesões infecciosas, compreendendo os tipos de lesões incluídas nos grupos 1, 2, 3 e 4 da nomenclatura anterior. Este grupo compreende geralmente lesões húmidas, com exsudado rico em treponemas (a considerar, contudo, que certas lesões cutâneas — as do grupo 4 — não são exsudativas). 2. Lesões não infecciosas, compreendendo ainda dois subgrupos: a) hiperqueratoses (grupo 5) e b) Lesões tardias (grupos 6, 7 e 9). Este grupo compreende geralmente lesões não exsudativas (excepto as úlceras) e nas quais as pesquisas de treponemas são negativas.

B. *Indivíduos sem sinais clínicos*: casos latentes e contactos, compreendendo o grupo 8 e os indivíduos que não tiveram boubas ou estão possivelmente no período de incubação da doença. Sob o ponto de vista epidemiológico são considerados como tendo o mesmo significado.

### *Estudos descritivos das lesões:*

#### A. *Lesão inicial*

A lesão inicial (acidente primário) é por via de regra simples e acompanhada ou não de adenopatia satélite. Geralmente inicia-se por uma pápula e que aumenta progressivamente de dimensões até

atingir a forma característica mais comumente observada: o papiloma típico ou ulcerado.

O papiloma inicial atinge geralmente dimensões maiores que os papilomas comuns do período seguinte, é procidente, de forma variável e com exsudado incolor ou ligeiramente hemorrágico. Por vezes encontra-se recoberto por crosta que ao ser removida mostra a lesão de aspecto granulomatoso, com granulações amarelo-avermelhadas e de aspecto brilhante.

A úlcera que dele pode resultar é crateriforme, com base granulomatosa mas de consistência mole e evoluciona, quando não infectada secundariamente, com tendência para a cura espontânea.

A localização mais frequente da lesão inicial é nos membros (inferior e superior), podendo encontrar-se em qualquer outra região do corpo: face, cabeça, abdômen, região perineal, mama e pescoço. Raramente a lesão é pruriginosa ou dolorosa, sendo também uma ocorrência muito rara que seja acompanhada ou precedida de manifestações gerais evidentes.

A lesão inicial tem tendência espontânea para a cura. Observa-se o enrugamento da superfície, aparecimento duma crosta rugosa, formação de escamas e epitelização; a lesão desaparece por via de regra sem deixar vestígios ou quando muito deixando uma área de pele com discreta hipopigmentação. Se o tempo de duração da lesão foi longo e houve infecção secundária resulta uma cicatriz; esta pode também observar-se quando a localização da lesão inicial se faz em determinadas regiões como a face, região axilar, etc.

A lesão inicial desaparece antes do aparecimento das lesões cutâneas precoces mas pode coexistir com elas e manter-se durante a sua generalização. Nestes casos a sua identificação é difícil principalmente quando a sua cicatrização está adiantada.

## B. *Lesões cutâneas precoces*

1. *Papilomas* — O papiloma é a mais característica e mais frequente lesão cutânea precoce de boubas, principalmente em crianças e adolescentes. Resulta da confluência de pápulas e pode atingir dimensões de diâmetro superior a 25 mm. É lesão procidente, de aspecto vegetante e iminente contagiosa; na maioria dos casos a pesquisa de treponemas é positiva.

Os papilomas, por via de regra múltiplos, apresentam-se em número muito variável, indo de alguns a tão numerosos que chegam praticamente a cobrir todo o corpo dos doentes, incluindo a face e o coiro cabeludo. São geralmente polimorfos e é regra a observação de elementos, mesmo em áreas de pele vizinhas, em várias fases de evolução. Podem ser únicos (papilomas aberrantes) ou ter ainda localização ungueal (margens e leito das unhas).

O papiloma típico, com exsudação, pode aparecer também na palma das mãos e na planta dos pés. A este nível devido a traumatismos causados pela marcha, o rolhão granulomatoso que recobre a lesão pode destacar-se e esta apresenta-se então com o aspecto duma pequena úlcera profunda, de contornos regulares e circulares que se acompanha quase sempre de exsudação evidente.

Em consequência da confluência de papilomas estes podem coalescer e apresentar grandes dimensões, semelhando os condilomas da sífilis, observando-se geralmente localizados à margem do ânus, vagina, períneo e mais raramente boca, nariz e axilas.

As outras lesões cutâneas precoces das boubas, além dos papilomas típicos que deram origem à designação da doença, podem ser de formas variáveis: discóide, anular, policíclica e ser constituída por diversos tipos de elementos. Podem ser discretas, confluentes ou agrupar-se constituindo manchas ou placas. Evoluem com alterações da pigmentação ou descamação e podem ser vistas coexistindo com papilomas. São comuns as seguintes:

2. *Máculas* — São de dimensões variáveis (entre 5 e 50 mm de diâmetro) e podem apresentar-se sob dois tipos clínicos principais: a) Eritema macular (roséola boubática), constituído por máculas eritematosas. É uma manifestação muito precoce e por vezes transitória, sendo difícil a sua caracterização na pele negra. Por vezes acompanha-se de sintomatologia geral. As máculas podem evoluir e apresentar intensa descamação, tomando um aspecto furfuráceo e dando lugar ao b) eritema máculo-escamoso, de morfologia diversa e caprichosa.

3. *Pápulas* — Aparecem generalizadas ou em manchas, evoluindo por via de regra com descamação. Conforme as dimensões que

podem atingir são macro-pápulas (com diâmetro entre 2 e 5 mm) ou micro-pápulas (com diâmetro até 2 mm). Tem tendência a agrupar-se tomando aspectos clínicos diversos: a) Erupção papular simples, que pode ou não desenvolver-se e originar um papiloma típico com o característico aspecto granulomatoso, b) Erupção de pápulas hiperqueratósicas deprimidas no ápex e que têm predilecção especial pelos joelhos e cotovelos), c) Erupção micro-papular, que pode do mesmo modo ser acuminada ou folicular, simulando grosseiramente os elementos da varicela, ou escamosa, acompanhando-se de marcada descamação da pele que recobre a pápula e despigmentação, e d) Erupção máculo-papular quando a erupção se apresenta com carácter misto e constituída por máculas e pápulas simultaneamente, evoluçionando também com descamação.

4. *Nódulos precoces* — Outro tipo de lesões precoces são os nódulos. São granulomas que se situam na profundidade da pele e são cobertos por epiderme normal. São mais frequentemente vistos nos joelhos, têm dimensões superiores a 5 mm de diâmetro e nunca se transformam em papilomas. São lesões hipertróficas com predomínio de formação de tecido conectivo.

5. *Lesões mucosas* — Ainda se debate se existem lesões boubáticas puramente mucosas parecendo entretanto evidente que algumas têm sido descritas ao nível da mucosa da boca. Aparecem geralmente nos bordos muco-cutâneos (da boca, do nariz e do ânus) e com diversos tipos: papilomas típicos, erupção máculo-papular, placas (com ou sem alterações da pigmentação) ou ainda lesões erosivas de difícil caracterização clínica e confundindo-se com sinais de avitaminoses.

### C. *Lesões tardias*

1. *Placas cutâneas* — Como lesões cutâneas tardias podem observar-se placas papulares de dimensões variáveis, com margens bem definidas, nas quais se podem verificar zonas eritematosas ou de descamação. Estas placas papulares podem encontrar-se em variadas áreas do tegumento cutâneo, por vezes associadas a lesões nódulo-ulcerosas, sendo também frequentes na palma das mãos e na planta dos pés coexistindo com outras lesões palmo-plantares.

2. *Queratodermias palmo-plantares* — Em consequência da constituição especial da pele destas regiões o aspecto clínico das lesões a este nível toma características particulares, dominando em última análise a hiperqueratose e a exagerada descamação da pele da palma das mãos da planta dos pés. Como dissemos, as queratodermias podem ser lesões precoces ou tardias. Se nalguns casos o respectivo diagnóstico diferencial é difícil, noutros a coexistência com outros tipos de lesões cutâneas ou ósseas precoces ou tardias permite a sua fácil distinção clínica.

Os tipos de lesões precoces ao nível das palmas das mãos e das plantas dos pés que se podem encontrar são: a) Eritema máculo-escamoso precoce, de elementos superficiais, bem definidos, de tipo uniforme e característico. Pode ser discreto ou constituído por diversos elementos com tendência a coalescer, dando lesões mais extensas, e b) Máculas hiperqueratósicas discretas ou confluentes, que se desenvolvem em profundidade sob uma epiderme que embora espessada é ainda normal, mas que se desagrega irregularmente dando lugar a crateras de forma variável. Geralmente estas não são muito profundas e não deixam cicatrizes.

Em contrapartida as queratodermias palmo-plantares tardias acompanham-se de alterações profundas da pele, são polimorfas, por vezes atípicas e de contornos mal definidos. Acompanham-se de alterações evidentes da estrutura do tegumento da palma das mãos e da planta dos pés e têm tendência a deixar cicatrizes. Podem estender-se às margens das mãos e dos pés, invadindo por vezes a região dorsal respectiva e mesmo abranger as extremidades distais dos membros. Em certas formas (mais frequentemente ao nível dos pés) domina o espessamento da pele que é exuberante e anárquico, deixando soluções de continuidade lineares (fissuras e sulcos) ou circunscritas (úlceras), da epiderme ou da derme, as quais podem também envolver o tecido celular subcutâneo. Estas soluções de continuidade podem ser simples ou múltiplas e são por via de regra muito dolorosas, dificultando a marcha dos doentes. Quando múltiplas e irregulares causa a erosão da planta dos pés com marcada esfoliação das camadas cutâneas que se desprendem e se destacam dando lugar ao aparecimento de lesões de aspecto fungóide.

Por vezes a lesão ulcerosa parece iniciar-se nas camadas pro-

fundas e é encoberta pelo espessamento da pele que quando se destaca exterioriza a úlcera.

Na palma das mãos os processos destrutivos não são evidentes. A pele apresenta-se seca, dura e engrossada. Há descamação intensa que pode dar à pele o aspecto eczematoso ou então pode a epiderme destacar-se em grandes retalhos. Além disso são mais marcadas as alterações da pigmentação. Estas traduzem-se por discromias com margens hiperqueratósicas, ficando a pele com manchas alternadamente escuras e claras, em regra permanentes.

3. *Lesões nodulares (gommas) simples ou ulceradas* — São de localização superficial ou profunda podendo originar-se a partir dum osso com invasão subsequente da pele que o recobre. Constituem nódulos simples visíveis ao nível da pele ou podem ulcerar-se por destruição progressiva dos tecidos.

As úlceras são geralmente manifestação única situando-se nos membros (ao nível o terço inferior da perna e junto da articulação tibio-társica ou no punho) e progridem no sentido radial e em profundidade. São por via de regra pouco dolorosas, têm as margens serpiginosas (com focos de regeneração alternando com áreas de destruição) e fundo granulomatoso vermelho e brilhante; na base e margens da úlcera encontram-se ilhéus de tecido em via de cicatrização que se continuam insensivelmente com as zonas de pele sã vizinha.

As úlceras profundas tem um carácter mais estacionário, atingindo o tecido celular subcutâneo e os ossos e persistem por muito tempo particularmente quando se complicam com infecção secundária, o que naturalmente ocorre com muita frequência. Nestes casos o diagnóstico etiológico complica-se.

Podem dar origem a extensas perdas de substância que deixam cicatrizes viciosas e deformantes, retracções cicatriciais e deformações permanentes da pele e ossos. Originam-se, por isso, contracturas, anquilose das articulações e por destruição dos canais linfáticos pode aparecer elefantíase dos membros. A cicatrização é seguida de despigmentação do tegumento, resultando daí zonas de hipopigmentação ou placas de leucodermia; além disso, sobre as cicatrizes podem enxertar-se quelóides de extensão variável.

4. *Gangosa* — É a rinofaringite mutilante que como a designação indica pode terminar por extensa destruição de formações ósteo-cutâneas da face e do paladar. Inicia-se por uma úlcera do paladar mole, de carácter destrutivo, que invade progressivamente as partes moles, cartilagens e ossos do nariz. Tem uma evolução crónica e longa, mantendo-se com carácter tórpido durante anos e exalando um cheiro fétido. Apresenta no entanto graus evolutivos diversos, podendo o processo destrutivo deter-se espontâneamente no decurso da evolução.

A laringe é respeitada e a fonação normal embora se verifiquem perturbações da articulação da palavra e os doentes tenham a voz fanhosa.

5. *Lesões ósteo-articulares* — As lesões ósseas podem ser patentes precocemente no decurso da evolução da doença ou manifestar-se mais tardiamente. Em certos casos o diagnóstico de lesões precoces ou tardias é facilitado porque estas coexistem com outros tipos de lesões cutâneas do mesmo período evolutivo.

As características essenciais dumas e doutras que permitem o respectivo diagnóstico diferencial são as seguintes:

a) *Lesões precoces*: Produzem aumento de volume uniforme do osso (fusiforme quando nos ossos longos), são por via de regra múltiplas e não destrutivas. Além disso a ulceração da pele suprajacente ao osso atingido não se verifica e quando curam o aspecto radiológico dos ossos normaliza-se. Podem por vezes ocorrer com outras lesões cutâneas precoces (principalmente papilomas múltiplos).

As lesões comuns são representadas por processos de periostite ou osteíte, com hiperostose ou rarefacção, ou processos mistos de ósteo-periostite. A dactilite múltipla («spina ventosa») é uma lesão precoce típica que ocorre principalmente em crianças, com espessamento uniforme das falanges dos dedos das mãos, deformações e alterações tróficas das unhas.

De início as lesões ósseas são dolorosas e a pele suprajacente ao osso pode apresentar-se tensa. Passado o período agudo os processos de periostite organizam-se e tornam-se difusos. As dores ósteo-articulares são um sintoma precoce e, na ausência de exames radiológicos, podem ser a manifestação subjectiva das lesões.

O gundu é também uma lesão que se inicia precocemente e que tem sido descrita em África; não existe em outras regiões tropicais unanimidade de pontos de vista em o considerar lesão atribuível às boubas. Inicia-se em regra na infância por aparecimento de tumefacções simétricas dum e doutro lado da raiz do nariz cujas dimensões aumentam progressivamente, dificultando a visão. O processo de hiperostose, que pode envolver o paladar duro, origina deformação e obstrução nasal. Por via de regra a lesão não é dolorosa. Os doentes acusam cefaleia persistente e fluxo sanguíneo-purulento das fossas nasais.

b) *Lesões tardias*: Sòmente uma parte do osso é afectada (originando-se deformações circunscritas a determinados locais do osso atingido), não são múltiplas, geralmente só um osso é atingido (mais frequentemente os ossos do crânio — frontal —, do carpo e do tarso) e são geralmente destrutivas. Quando se resolvem deixam alterações definitivas da estrutura do osso que se comprovam radiològicamente. Por vezes podem também ocorrer com outras lesões tardias (também destrutivas).

As lesões mais comuns são periostite, osteíte ou ósteo-periostite gomosas, com ou sem ulceração. São lesões destrutivas, levando a ulcerações através da pele, e complicadas frequentemente de infecção secundária, podendo dar origem à formação de sequestros. Verificam-se também lesões esclerogomasas ou gomas ósseas isoladas e extensos processos de rarefacção ou de osteólise que podem originar quistos ósseos.

A periostite hipertrófica observa-se também com espessamento da diáfise e extensa esclerose da cortical. A monodactilite é uma lesão tipicamente tardia. Como resultado destes processos patológicos que modificam definitivamente a architectónica óssea, originam-se deformações permanentes. É clássica a tibia em forma de lâmina de sabre que é uma deformação do osso com exagero da curvatura ântero-posterior e outras deformações que podem ver-se ao nível dos ossos longos, particularmente do rádio e do cúbito.

6. *Outras manifestações tardias* — Nódulos justa-articulares: São nódulos um tanto típicos, geralmente em pequeno número (um por cada articulação), e tendo tendência a aparecerem simétrica-

mente. A sua localização é subcutânea e podem atingir grandes dimensões (até ao tamanho de uma laranja). São tumores fibrosos e como o nome indica localizam-se na extremidade dos ossos longos junto das articulações (mais frequentes nos joelhos e cotovelos). São indolores, móveis e raramente ulceram ou supuram.

A adenopatia, frequentemente ao nível da região dorsal do punho, a bursite e a hidrartrose, em geral localizadas nas articulações do joelho, podem ser tanto manifestações precoces como tardias. Certas contracturas dos flexores dos dedos que ocorrem de início ao nível do quinto dedo das mãos e se complicam ulteriormente com lesões articulares definitivas, não têm sido aceites com unanimidade como lesões de origem boubática.

O estudo descritivo dos diversos tipos de lesões de boubas que se abordou teve como objectivo divulgar os elementos indispensáveis para o seu reconhecimento clínico e a sua catalogação com a uniformidade desejada para uma integral compreensão mútua.

Imprensa Portuguesa ★ Rua Formosa, 108-116 ★ Porto