

Aspectos estomatológicos das lesões específicas e não-específicas em pacientes portadores da moléstia de Hansen[†]

Oral aspects of specific and unspecific lesions in Hansen's disease patients

Geraldo Gomes dos SANTOS*

Gilberto MARCUCCI**

Leontina Margarido MARCHESE***

Jayro GUIMARÃES Jr.*

SANTOS, G. G.; MARCUCCI, G.; MARCHESE, L. M.; GUIMARÃES Jr., J. Aspectos estomatológicos das lesões específicas e não-específicas em pacientes portadores da moléstia de Hansen. **Pesqui Odontol Bras**, v. 14, n. 3, p. 268-272, jul./set. 2000.

Considerando a moléstia de Hansen um problema de saúde pública, propusemo-nos a examinar a mucosa bucal de doentes hansenianos com o objetivo de detectar possíveis alterações específicas e não-específicas. Examinamos 175 pacientes submetidos a poli-quimioterapia, sendo 134 (76,57%) multibacilares, dos quais 93 (53,13%) na forma virchowiana (MHV) e 41 (23,43%) paucibacilares. Nenhum dos 175 pacientes examinados apresentou lesões específicas, sendo observadas 76 alterações não-específicas em 65 pacientes representadas por 23 tipos diferentes.

UNITERMOS: Mucosa bucal; Hanseníase; Manifestações bucais.

INTRODUÇÃO

A moléstia de Hansen (MH) ou hanseníase, micobacteriose neuro-cutânea ou lepra, é uma infecção crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*.

É uma doença universal, estimando-se a existência de 10 a 15 milhões de doentes em todo o mundo²⁹. É endêmica em determinadas regiões, ocorrendo 85% dos casos sul-americanos no Brasil⁶ que é o segundo país no mundo em número absoluto de doentes, tendo atualmente cerca de 266.000 matriculados. Segundo normas e instruções²⁴, calcula-se a existência de 500.000 a 700.000 casos, dados que demonstram a necessidade de uma maior atenção para este problema de saúde pública.

A classificação da MH¹⁴⁻²² é baseada nas suas formas clínicas e na resistência imunológica individual evidenciada pela reação de Mitsuda, como: indeterminada, tuberculóide, virchowiana e dimorfa ou "borderline".

O estudo da baciloscopia positiva em material de mucosa bucal aparentemente sã já foi referido em 1939 por autores que, ao examinarem 456 pa-

cientes virchowianos e de outras formas clínicas, encontraram uma freqüência geral, nos virchowianos, de 19,1% de lesões na cavidade bucal, sendo 2,09% nos lábios, 1,4% na língua, 11,7% no palato duro, 5,9% no palato mole e 3,2% na úvula².

As alterações que a MH pode apresentar na cavidade bucal foram descritas em 1970¹⁹ a partir da forma da doença e de seu tempo de evolução. Estudo realizado em 1973⁷ detectou lesões da MH na mucosa bucal, relatando que estas só ocorrem em estados avançados da doença, inexistindo nas formas tuberculóide e indeterminada. A maioria dos autores menciona a mucosa nasal como principal local de contaminação e eliminação dos bacilos de Hansen. Com o advento da medicação específica iniciada na época sulfônica, tem sido admitido o desaparecimento precoce dessas manifestações na vigência da terapêutica. Em estudos já realizados em 1973 e 1974, os autores^{7,8} afirmaram que poucos pesquisadores davam ênfase às lesões de hanseníase na cavidade bucal, motivo pelo qual, no sentido profilático, pouco se fez no campo da Odontologia. Foram estudadas lesões em atividade

[†] Parte da tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Estomatologia da Faculdade de Odontologia da USP.

* Professores Doutores; ** Professor Titular – Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da USP.

*** Professora Doutora do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina da USP.

em 150 pacientes virchowianos dos dois sexos, com idades cronológicas variando de 16 a 79 anos. O tempo de duração da doença nesses pacientes variou entre 7 e 43 anos, sendo observadas lesões específicas da mucosa bucal em 38 (25,33%) pacientes^{7,8}.

Em estudo com 40 pacientes multibacilares¹², a maioria sem tratamento, 37 virchowianos e três "borderlines", foram encontradas manifestações bucais em 23 deles (57,5%). Exames baciloscópicos feitos nesses casos apresentaram positividade para bacilos álcool-ácido-resistentes em 21 deles.

Em 1995, estudando (71) pacientes paucibacilares com média de 40,3 anos encontraram uma ligeira predominância do sexo masculino^{7,9}.

Com relação ao comprometimento da mucosa bucal em hanseníase, poucos estudos têm sido realizados sobre as lesões específicas nessa área e, embora escassos, os trabalhos voltados à matéria têm despertado a atenção dos pesquisadores. Os autores chamam a atenção dos profissionais da área de Saúde que trabalham com hanseníase, bem como dos odontólogos, para as lesões específicas da doença na mucosa bucal¹⁵.

Em 1996, exames da mucosa bucal de pacientes virchowianos demonstraram que de 12 a 58% apresentavam manifestações sob a forma de múltiplos nódulos que progrediam para ulcerações e necroses¹⁶.

Uma vez que a hanseníase é considerada um problema de saúde pública, propusemo-nos a realizar um estudo clínico das alterações específicas da mucosa bucal na MH em suas variadas formas clínicas, bem como das alterações não-específicas associadas ou presentes nesses pacientes.

CASUÍSTICA/MÉTODO

Foram examinados 175 pacientes, sendo 96 no ambulatório de Hanseniologia do Departamento de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e 79 no Centro de Saúde II Tranqüilidade do Município de Guarulhos.

Os pacientes foram separados em grupos de acordo com a forma clínica da doença (Quadro 1).

Exame clínico do paciente

A metodologia do exame clínico foi ordenada, sistemática, conforme aquela adotada na disciplina de Semiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. A experiência clínica

foi o pré-requisito para a determinação dos métodos indicados para cada caso.

RESULTADOS

Os 175 pacientes examinados pertenciam à faixa etária de 11 a 90 anos, com predominância da faixa de 31 a 40 anos. Houve maior incidência no sexo masculino (56,57%); no feminino foi de 43,43%. Quanto à cor, houve preponderância dos leucodérmicos (60%, ou 105 pacientes) sobre os melanodérmicos (40%, ou 70 pacientes).

Dos 175 pacientes examinados, 134 (76,57%) eram multibacilares tendo o grupo virchowiano maior representatividade com 93 casos (53,13%) MHV. Nos 41 (23,42%) paucibacilares, predominou a forma tuberculóide com 20 MHT (11,43%), conforme Tabela 1.

Não encontramos alterações específicas nos 175 pacientes examinados. Entretanto, em 65 (37,15%) detectamos alterações não-específicas, dos quais 64 estavam em tratamento, sendo alguns deles portadores de mais de uma lesão. Os demais pacientes – 110 (62,85%) – não apresentaram qualquer alteração na mucosa bucal.

Os 65 pacientes eram portadores de 76 alterações não-específicas e foram distribuídos de acordo com o tipo de lesão apresentada. Quatorze

QUADRO 1 - Divisão dos pacientes segundo a forma clínica da doença.

Pacientes em tratamento:	
Paucibacilares	MHI - Moléstia de Hansen Indeterminada
	MHT - Moléstia de Hansen Tuberculóide
	MHDT - Moléstia de Hansen Dimorfa Tuberculóide
Multibacilares	MHDD - Moléstia de Hansen Dimorfa Dimorfa
	MHDV - Moléstia de Hansen Dimorfa Virchowiana
	MHVsp - Moléstia de Hansen Virchowiana subpolar
	MHVp - Moléstia de Hansen Virchowiana polar
	MHV - Moléstia de Hansen Virchowiana
Pacientes sem tratamento:	
Multibacilares	MHV - Moléstia de Hansen Virchowiana
	MHDV - Moléstia de Hansen Dimorfa Virchowiana

pacientes tinham língua fissurada, sendo 10 multibacilares e quatro paucibacilares. Dos 12 casos de enantema sem trauma de prótese, 10 eram multibacilares e dois paucibacilares. Quanto aos nove casos de pigmentação racial, sete eram multibacilares e dois paucibacilares. Houve cinco casos de hiperplasia fibrosa inflamatória e de enantema com trauma de prótese. Constatamos quatro casos de grânulos de Fordyce, úvula hipertrófica e queratose irritativa. Em relação a língua geográfica, hemangiomas, glossite rombóide mediana, e candidose, tivemos dois casos de cada. Nos demais casos, observou-se uma alteração identificada como fissura por trauma de prótese, queilite angular, língua pilosa negra, fibromatose anatômica, herpes simples, afta, úvula ausente, tórus palatino, gengiva flácida e capuz pericoronário.

DISCUSSÃO

Nossos resultados indicaram predominância de manifestação no sexo masculino em relação ao feminino, numa proporção de 99/76 casos, semelhante aos resultados obtidos em 1983 que constatarem, no estado do Maranhão, uma proporção de 70/30 casos¹¹. Já outros autores⁹, em 1995, encontraram uma proporção de 50/49 no estado de Minas Gerais, enquanto, no estado de São Paulo,

houve um discreto predomínio do gênero masculino em todas as faixas etárias²⁴.

Os leucodérmicos predominaram sobre os melanodérmicos numa proporção de 105/70, abaixo de achados de 1982, em Volta Redonda, com 173/86 casos²⁷. No Maranhão, em 1983, foi encontrada uma proporção ligeiramente maior de 55/45 dos melanodérmicos¹¹.

Quanto à faixa etária, predominou a faixa de 31-40 anos com 47 casos, seguindo a de 41-50 anos com 35 casos, enquanto, em 1983, havia relatos de predominância da faixa etária de 21-40 anos com 45% dos casos, ficando nossos resultados próximos desses. No Rio de Janeiro, em um estudo epidemiológico, predominou a faixa etária de 20-29 anos, portanto pacientes mais jovens que os encontrados por nós²⁶. Em 1995, foi observado que a média da idade dos pacientes estava em torno dos 40 anos, semelhante aos nossos resultados⁹. Nos anos de 1989 e 1990, pacientes novos registrados no Estado de São Paulo pertenciam à faixa etária de 15-50 anos²⁴.

Nossos resultados, bem como os encontrados na literatura, demonstraram que o número de casos do grupo paucibacilar é menor que o do multibacilar. Entretanto, outros autores²⁷ encontraram, em estudos epidemiológicos, 50% para cada grupo. Em 41 (23,43%) pacientes paucibacilares por nós examinados, 20 (11,43%) eram da forma clínica MHT, seguindo-se a forma MHI, com 12 (6,86%), e a MHDT, com 9 (5,15%) casos, semelhantes aos de trabalhos realizados em 1981 e 1983^{11,26}. Embora alterações específicas não tenham sido encontradas por nós, na mucosa bucal, a literatura aponta sua presença em vários trabalhos^{2,3,4,7,8,12,16,19,20,25}.

A ausência de lesões específicas na mucosa bucal dos pacientes por nós examinados teria como explicação o fato de estarem, na sua grande maioria, sob esquema terapêutico poliquimioterápico por tempo prolongado de seis meses à dois anos, por vezes coadjuvado por outras medicações, fato este já observado em 1973, com o advento da terapêutica sulfônia⁷. Na grande maioria, estes pacientes estavam doentes havia muitos anos, registrando-se casos de até 50 anos de duração. Esse longo período ocorre em pacientes que abandonaram a medicação diante do desaparecimento dos sintomas da doença ou por alta temporária. Com o retorno da sintomatologia, que pode ocorrer em alguns casos, reinicia-se a terapêutica.

Outro fato que nos chama atenção frente à ausência das lesões específicas pode ser relacionado

TABELA 1 - Distribuição dos 175 pacientes em tratamento quanto a faixa etária e forma clínica.

Faixa etária	Multibacilares				Paucibacilares			Total
	MHV	MHDV	MHDD	MHVsp	MHT	MHI	MHDT	
11-20	6	3	0	0	2	1	1	13
21-30	13	6	1	2	5	2	0	29
31-40	21	10	1	3	6	3	3	47
41-50	19	4	0	0	4	3	3	33
51-60	12	4	1	0	0	0	2	19
61-70	14	4	1	0	3	2	0	24
71-80	7	1	0	0	0	1	0	9
81-90	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	93	32	4	5	20	12	9	175
%	53,13	18,29	2,29	2,86	11,43	6,86	5,14	100

MHV - Moléstia de Hansen Virchowiana; MHDV - Moléstia de Hansen Dimorfa Virchowiana; MHDD - Moléstia de Hansen Dimorfa Dimorfa; MHVsp - Moléstia de Hansen Virchowiana subpolar; MHT - Moléstia de Hansen Tuberculóide; MHI - Moléstia de Hansen Indeterminada; MHDT - Moléstia de Hansen Dimorfa Tuberculóide.

à escassa presença do *M. leprae* na mucosa bucal. Para alguns autores⁸, o *M. leprae* teria predileção pelas áreas mais frias da pele, explicando o maior número de lesões ocorrerem nas extremidades dos membros, face, orelhas e nariz.

Não encontramos nenhum trabalho que mencionasse a presença de alterações não-específicas na mucosa bucal de pacientes portadores de hanseníase. Essas alterações não-específicas podem ser encontradas em pacientes normais ou portadores de outras patologias.

Das 76 alterações encontradas em 175 pacientes examinados, a língua fissurada foi observada em 8,0% (14 pacientes). Interessante notar que, desses pacientes, 10 eram multibacilares, predominando a forma clínica MHV em nove casos, enquanto outros autores⁵ encontraram essa alteração num percentual de 7,06% em pacientes normais. A língua fissurada, por exemplo, foi encontrada na mucosa bucal de 1,88% de pacientes portadores de pêfigo foliáceo¹⁸. A presença de língua fissurada em 894 escolares foi estudada¹⁷ e encontrou-se um percentual de 1,45%. Em 1995, em estudo clínico realizado em 125 pacientes foram encontrados 38,4% de língua fissurada, associada à língua geográfica¹³.

Observamos em segundo lugar, a ocorrência do enantema sem trauma de prótese, acometendo palato duro e palato mole em 12 (6,85%) pacientes. Ressalva deve ser feita quanto à presença desse enantema, pois BRASIL *et al.*⁸ (1974) e PELEGRINO *et al.*²¹ (1970) já descreveram a mesma alteração, na hanseníase, principalmente nas formas MHV. Referem os autores que, tendo detectado a maior porcentagem de seus casos na região palatina, não encontraram justificativa para tal ocorrência, o mesmo ocorrendo em nosso estudo.

A pigmentação racial ocupou o terceiro lugar de nossa casuística, com nove (5,14%) casos, dos quais sete eram melanodérmicos e multibacilares, e dois leucodérmicos e paucibacilares, predominando nos indivíduos de raça negra, domínio este já citado em um trabalho clássico¹⁰.

A hiperplasia fibrosa inflamatória, na maioria dos casos, está ligada ao uso de prótese sendo encontrados cinco (2,85%) casos. Em estudo⁵ com 170 pacientes acima de 60 anos foram encontrados 17,6%. Essa divergência de resultados deve-se, provavelmente, à faixa etária da nossa casuística, situada entre 31-40 anos, portanto inferior àquela citada pelos autores. Nos casos de enan-

tema também causado por trauma de prótese, constatamos cinco ocorrências (2,85%), observando-se que a porção avermelhada, às vezes de aspecto aveludado, situava-se na área chapeável da prótese.

Quanto aos grânulos de Fordyce, não encontramos justificativas para a discrepância observada entre os quatro (2,28%) casos encontrados por nós e os 785 (76,14%) casos no estudo realizado com 1.031 pacientes, bem como com 13 (12,26% casos) mencionados em pacientes portadores de pêfigo foliáceo pelo estudo de 1976^{1,18}.

No que diz respeito a queratose irritativa, observamos quatro (2,28%) casos enquanto em 106 pacientes com pêfigo foliáceo¹⁸ foram observados 15 (14,15%), e em estudo em pacientes especiais, em 1989, foram observados apenas dois (0,198%) casos²³.

Alterações da úvula por nós observadas foram representadas clinicamente por ligeiro aumento de volume, não tendo sido relatado pelos pacientes nenhuma sintomatologia sendo difícil sua classificação como uma anomalia de desenvolvimento ou mesmo normal.

Alterações como língua geográfica, hemangioma, glossite rombóide mediana¹⁷ e candidose, representadas por dois (1,14%) casos e as demais, com um caso cada (0,57%), não foram comentadas pela sua infreqüência.

Assim, as alterações não-específicas da mucosa bucal da MH que se apresentaram em maior número foram observadas em pacientes multibacilares principalmente na forma virchowiana. Estes achados podem estar presentes por simples coincidência ou por ser esta forma clínica da doença encontrada em maior número de casos.

Podemos verificar a ausência de lesões específicas nos pacientes avaliados e acreditamos que métodos de alta sensibilidade como da Biologia Molecular possam trazer novos esclarecimentos sobre o assunto.

CONCLUSÕES

A análise dos resultados permite concluir que nenhum dos 175 pacientes examinados apresentou lesão específica para a MH na mucosa bucal, sendo observadas 76 alterações não-específicas em 65 pacientes, representadas por 23 tipos diferentes, com predominância de pacientes multibacilares em relação aos paucibacilares.

SANTOS, G. G.; MARCUCCI, G.; MARCHESE, L. M.; GUIMARÃES Jr., J. Oral aspects of specific and unspecific lesions in Hansen's disease patients. **Pesqui Odontol Bras**, v. 14, n. 3, p. 000-000, jul./set. 2000.

Hansen's disease (HD) is a major public health problem. Therefore, we decided to search the oral mucosa of diseased persons aiming to find specific and non-specific lesions. We examined 175 patients under polychemotherapy, 134 of them (76.57%) multibacillary, from which 93 (53.13%) with virchowian HD (VHD) presentation and 41 (23.43%) with paucibacillary HD (PHD) presentation. None of the 175 patients had HD specific lesions, and 76 non-specific oral manifestations consisting of 23 different diagnostic entities were found in 65 patients.

UNITERMS: Mouth mucosa; Leprosy; Oral manifestations.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BACCARELI, J. C.; CERRI, A. Ocorrência de glândulas sebáceas ectópicas nas diversas áreas anatômicas da cavidade da boca. **Ambito Odontol**, v. 5, n. 28, p. 20-24, 1996.
2. BECHELLI, L. M.; BERTI, A. Lesões lepróticas da mucosa bucal: estudo clínico. **Rev Bras Leprol**, v. 7, p. 187-199, 1939. Número especial.
3. BECHELLI, L. M.; ROTEBERG, A. **Compêndio de leprologia**. 2. ed. Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 1956.
4. BIRMAN, E. G.; ARAÚJO, M. S. Lepra lepromatosa da mucosa bucal: revisão da literatura e apresentação de um caso. **Rev Fac Odontol Univ São Paulo**, v. 12, n. 12, p. 327-331, jul./dez. 1974.
5. BIRMAN, E. G.; SILVEIRA, F. R. X.; SAMPAIO, M. C. C. A study of oral mucosa lesions in geriatric patients. **Rev Fac Odontol FZL**, v. 3, n. 1, p. 15-25, jan./jun. 1991.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro. DNDIS/NUTES, 1989.
7. BRASIL, J.; OPROMOLLA, D. V. A.; FREITAS, J. A. S. *et al.* Estudo histológico e baciloscópio de lesões lepróticas da mucosa bucal. **Estomat Cult**, v. 7, n. 2, p. 113-119, jul./dez. 1973.
8. BRASIL, J.; OPROMOLLA, D. V. A.; FREITAS, J. A. S. *et al.* Incidência das alterações patológicas da mucosa bucal em pacientes portadores de hanseníase virchowiana. **Estomatol Cult**, v. 8, p. 137-152, jan./jun. 1974.
9. CARVALHO, N. L. R.; ARAUJO, M. G.; GUEDES, A. C. M. *et al.* Reação hansênica tipo 1 na hanseníase borderline tuberculóide, durante a poliquimioterapia: época de aparecimento e nervos acometidos. **An Bras Dermatol**, v. 70, n. 3, p. 205-208, maio/jun. 1995.
10. DUMMET, C. O. Physiologic pigmentation of the oral and cutaneous tissues in the negro. **J Dent Res**, v. 25, p. 421-432, Dec. 1946.
11. FONSECA, P. H. M.; CUTRIM Jr., R. J. C.; CARNEIRO, S. F. M. Hanseníase no Estado do Maranhão (análise de 5.274 casos). **Arq Bras Med**, v. 57, n. 4, p. 175-177, 1983.
12. GIRDHAR, B. K.; DESIKAN, K. V. A clinical study of the mouth in untreated lepromatous patients. **Lepr Rev**, v. 50, n. 1, p. 25-35, Mar. 1979.
13. GONZAGA, H. F. S.; GONZAGA, L. H. S.; COSTA, C. A. S. Aspectos epidemiológicos e etiológicos na língua geográfica. **Rev Odontol UNESP**, v. 24, n. 1, p. 169-177, 1995.
14. GRINSPÁN, D. **Enfermedades de la boca: semiología, patología, clínica y terapéutica de la mucosa bucal**. Buenos Aires : Mundi, 1973, v. 2. Cap. 26. p. 1125-1138.
15. GROSSI, M. A. F.; LYON, S.; GUIMARÃES, M. L. Comprometimento da mucosa oral em hanseníase. **An Bras Dermatol**, n. 429, p. 144, 1995.
16. LASKARIS, G. Oral manifestations of infectious diseases. **Dent Clin North Am**, v. 40, n. 2, p. 395-423, Apr. 1996.
17. LOFREDO, L. C. M.; MACHADO, J. A. C. Prevalência da língua geográfica, língua fissurada e glossite rombóide mediana, em escalas de Ibaté - SP no ano de 1980. **Rev Odontol UNESP**, v. 12, n. 1.2, p. 71-75, 1983.
18. MARCUCCI, G.; TOMMASI, A. F.; FONSECA, J. B. Pênfigo foliáceo - aspectos estomatológicos - estudo clínico. **Arq Cvr Odontol**, v. 3, n. 2, p. 20-29, jun./jul. 1976.
19. MIRANDA, R. P. G. Efeitos da lepra na cavidade oral. **Publ Cent Est Leprol**, v. 10, p. 24-27, 1970.
20. PAVITHRAN, K. Palatal palsy in a case of lepromatous leprosy. **Lepr Rev**, v. 65, n. 3, p. 248-252, Sept. 1994. Lesões I.
21. PELLEGRINO, D.; OPROMOLLA, D. V. A.; CAMPUS, I. Lesões lepróticas da cavidade oral: sua importância do ponto de vista profilático. **Estomat Cult**, v. 4, n. 2, p. 123-128, jul./dez. 1970.
22. SAMPAIO, S. A. P.; CASTRO, R. M.; RIVITI, E. A. **Dermatologia básica**. 3. ed. São Paulo : Artes Médicas, 1985. Cap. 22. p. 287-306.
23. SANTOS, G. G.; MARCUCCI, G. Contribuição para o estudo da prevalência das alterações dos tecidos moles da boca em pacientes especiais. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 3, n. 2, p. 357-362, abr./jun. 1989.
24. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Hanseníase: normas e instruções**. São Paulo : Centro de Vigilância Epidemiológica Professor Alexandre Vranjac, 1992. 64 p.
25. SCHEEPERS, A.; LEMMER, J.; LOWNIE, J. F. Oral manifestations of leprosy. **Lepr Rev**, v. 64, n. 1, p. 37-43, Mar. 1993.
26. SERRUYA, J. Hanseníase no Município do Rio de Janeiro. **An Bras Dermatol**, v. 56, n. 4, p. 251-254, 1981.
27. SILVA, I. M.; NOGUEIRA FILHO, L.; FREIRE, J. A. *et al.* Hanseníase em Volta Redonda. **An Hosp Sider Nac**, v. 6, n. 2, p. 9, abr./jun. 1982.
28. TALHARI, S. Hansen's disease in Brazil: treating difficult-to-reach patients. **Int J Lepr**, v. 63, n. 2, p. 278, June 1995. [Resumo].
29. WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION. Chemotherapy of leprosy for control programs, report of a study group s.n.t. [Technical Report Ser 675], 1982.

Recebido para publicação em 03/01/00
Enviado para reformulação em 04/04/00
Aceito para publicação em 24/05/00