

RESULTADOS DE NEUROLISE DE NERVO ULNAR EM NEURITE HANSÊNICA

Marcos Virmond
Lucia Helena S. Camargo Marciano
Stella N. Almeida

RESUMO - Um grupo de 33 pacientes de hanseníase apresentando neurite do nervo ulnar foram submetidos a neurolise com transposição anterior subcutânea deste nervo. A cirurgia foi indicada devido à progressiva piora da função neural mesmo com tratamento clínico. O teste com monofilamentos de Semme-Weinstein e avaliação de força motora foram utilizados para avaliar os pacientes antes e 12 meses após a cirurgia. 39,3% apresentaram melhora, 39,3% permaneceram estáveis e 21,4% apresentaram piora da função neural.

Palavras-chave: Neurite ulnar, neurolise; monofilamentos de Semme-Weinstein.

1. INTRODUÇÃO

Os avanços científicos, principalmente no campo da farmacologia, permitiram que se disponha, atualmente, de drogas eficazes para a destruição do *M. leprae*, como é o caso da rifampicina. Desta forma, hoje em dia a hanseníase é uma doença perfeitamente curável. Entretanto, as características peculiares do acometimento neural, os fenômenos imunológicos que ocorrem pela presença do bacilo, ou seus restos, fazem com que a possibilidade de dano neural esteja sempre presente.

A patologia neural carece ainda de conhecimentos mais conclusivos para sua prevenção ou tratamento. Neste sentido, o diagnóstico precoce seria uma das melhores formas de prevenir-se o dano neural e os cuidados com os pacientes durante o tratamento e seu seguimento após o término deste são de suma importância para a detecção de alterações da função neural e a tentativa de seu controle.

Dentre as possibilidades terapêuticas

disponíveis encontra-se a intervenção cirúrgica sobre os nervos, conhecida genericamente como neurolise. Neste trabalho, procuraremos apresentar nossa experiência com esta técnica cirúrgica e discutir seus resultados frente ao acometimento neural em hanseníase.

2. MATERIAL E MÉTODO

Trinta e três pacientes com hanseníase foram submetidos a neurolise do nervo ulnar na região do cotovelo. A distribuição das formas clínicas demonstrou 11 pacientes da forma tuberculóide (33,4%), 9 pacientes da forma dimorfa (27,3 %) e 13 pacientes da forma virchoviana (39,3 %) (TABELA I). A maioria do grupo era de pacientes do sexo masculino (28) e apenas 5 eram do sexo feminino. A idade variou de 14 a 59 anos, sendo que a maior concentração (13 casos) esteve na faixa dos 20-29 anos.

Os pacientes apresentavam sinais e sintomas característicos de neurite do nervo ulnar no lado operado, entre eles, alterações de força motora para músculos inervados pelo nervo

ulnar com expressão morfológica de garra ulnar em nível variado e atrofia de músculos intrínsecos da mão, distúrbios de sensibilidade nas áreas da mão inervadas pelo nervo ulnar, dor espontânea ou dor à palpação do nervo na região do cotovelo e, finalmente, espessamento e/ou irregularidades ao longo do nervo verificadas por técnica de palpação.

Foi indicada intervenção cirúrgica (neurolise) em todos estes 33 casos tendo em vista que, sendo periodicamente monitorizados (a cada 30 dias em média), vinham apresentando progressiva deterioração da condição de função do nervo ulnar, seja motora ou sensitiva, apesar de estarem recebendo tratamento clínico, o qual se constituiu basicamente em imobilização do membro em tala gessada e prednisona em doses variáveis, não excedendo 1 mg por Kg/peso/dia.

A monitorização acima referida constituiu-se de avaliação da força muscular por teste padrão dos músculos abductor do quinto dedo e do primeiro interósseo dorsal, graduados de 0 a 1 de acordo com a escala do Medical Research Council (MRC) (1962). Para a avaliação da sensibilidade utilizou-se um conjunto de 6 monofilamentos de Semmes-Weinstein de acordo com a descrição de BELL (1984).

A cirurgia constituiu-se em exposição do nervo ulnar na região acima e abaixo do cotovelo, abertura do ligamento de Osborne, retirada do nervo do canal epitrocleo-olecraneano, anteposição subcutânea sobre a fáscia da origem dos flexores próximo ao epicôndilo medial e fixação do nervo nesta área com dois pontos de náilon monofilamentar 6 zeros. Praticou-se também liberação das fibras do músculo flexor ulnar do carpo próximo à sua origem, momento em que o nervo ulnar posiciona-se mais profundamente em sua rota pelo antebraço, além de uma incisão epineural longitudinal interessando todo o segmento de nervo definido como tendo alteração por avaliação macroscópica, isto é, onde se apresentava com maior diâmetro e espessamento epineural.

Para fins deste estudo foi considerada a avaliação de função motora e de sensibilidade imediatamente antes da cirurgia e 12 meses após o procedimento cirúrgico, utilizando-se os mesmos testes referidos anteriormente (força

muscular pela escala do MRC e conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein). Para os resultados da escala de 0 a 1 do MRC, e para cada um dos dois músculos, foram utilizados os mesmos valores para pontuação, anotando-se a média dos dois músculos como resultado final. Assim, no que se refere à força motora, o valor mínimo foi zero e o máximo 5. Para o teste de sensibilidade, foi usada a escala de cores proposta por BELL (1984), atribuindo-se pontuação de valor zero para o preto, 1 para o vermelho-aberto, 2 para o vermelho fechado, 3 para o roxo, 4 para o azul e 5 para o verde. Da mesma forma, o valor máximo da pontuação para a função sensitiva tomada a média de três pontos inervados pelo nervo ulnar na mão conforme PEARSON (1982) foi de 5 e o valor mínimo de pontuação, zero.

3. RESULTADOS

Os resultados obtidos foram comparados em relação à melhora, estabilização ou piora, tanto para a função motora como para a sensibilidade. Considerou-se como melhora qualquer valor superior ao encontrado na avaliação pré-operatória, como estabilizado valores iguais aos da avaliação anterior e, como piora qualquer valor inferior ao da avaliação inicial. Em relação à força motora, 13 pacientes apresentaram melhora, 13 não mostraram modificação em sua pontuação antes da cirurgia e 12 meses após e 7 apresentaram piora. Quanto à função de sensibilidade, 13 pacientes apresentaram melhora, 14 permaneceram com o mesmo valor e 8 apresentaram valor inferior ao da avaliação pré-operatória, isto é, foram considerados como piorados (Tab.1).

4. DISCUSSÃO

Inicialmente, houve uma predominância de casos da forma virchoviana no grupo (39,3%), o que é discordante com PFALTZGRAF (1979) e TEDESCO - MARCHESE (1980) que encontram uma maior concentração de neurites no grupo dimorfo e no polo tuberculóide. Este achado pode ser eventualmente explicado pelo pequeno número da amostra.

Tabela 1. Distribuição do grupo de acordo com a forma clínica:

Tuberculóide	11	33,3%
Dimorfa	9	27,3 %
Virchoviana	13	39,3 %

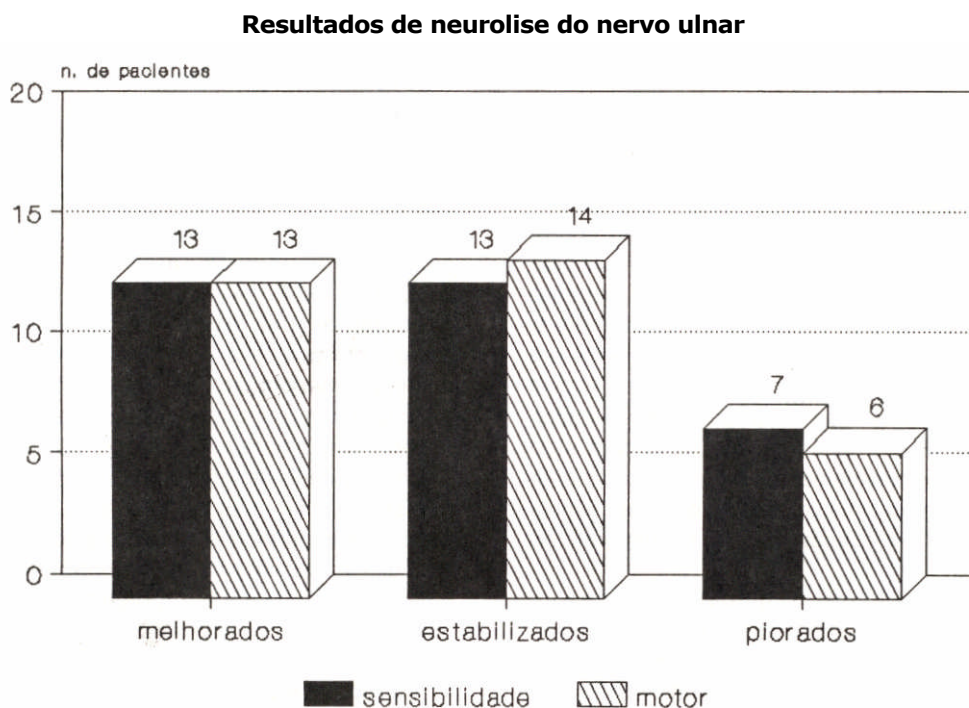


Fig.1

No que se refere aos resultados objetivos, da análise das tabelas podemos inferir que houve um maior número de casos que melhoraram, tanto do ponto de vista motor como sensitivo, se comparados aos casos que apresentaram piora nestas duas modalidades. No entanto, o número de casos que não apresentaram alteração, isto é, que permaneceram estabilizados foi expressivo (Fig.1).

O tratamento estatístico dos dados revela não ser significativa a relação entre os que melhoraram e os que pioraram, porém é possível que, tomando-se em conta o desenho da pesquisa, este fato se deva ao pequeno tamanho da amostra (Wilcoxon matched-pairs Signed

ranks test: sensitivo pré x pós. $Z = -1,2071$; $p = 0,2274$. Motor pré x pós. $Z = -1,8511$; $p = 0,0641$. Motor e sensitivo analisados em conjunto. $Z = -1,5512$; $p = 0,1209$).

Quanto ao expressivo número de casos que permaneceram estabilizados, podemos encontrar uma possível explicação no fato de que, neste grupo, cerca de metade dos pacientes apresentavam pontuação zero no pré-operatório o que pode significar, muitas vezes, uma paralisia ou perda de sensibilidade irreversível por se tratar de um amplo dano neural, isto é, há uma destruição importante de fibras nervosas com desarranjo estrutural intenso de seus envoltórios peri e epineural. Nesta situação, há pouca

possibilidade de obter-se alguma melhora da função neural, ficando a indicação cirúrgica relacionada com o alívio de sintomatologia dolorosa não controlável por tratamento clínico. Esta irreversibilidade guarda uma relação temporal direta, isto é, quanto maior o tempo transcorrido desde a última avaliação em que o resultado dos testes motor e de sensibilidade foi zero, maior a possibilidade de não se obter uma melhora da função neural pela neurolise.

O estudo da regeneração neural no que se refere ao trauma está muito avançado e os fatores intervenientes nesta regeneração estão devidamente identificados. Ao contrário, pouco se conhece em relação à regeneração neural após comprometimento de nervos periféricos pela hanseníase e, por analogia, tende-se a tomar como padrão certas verdades atribuíveis à situações de trauma. A regeneração neural em hanseníase, provavelmente, não é tão predizível como ocorre nos casos de trauma. Os resultados de cirurgia neural em hanseníase têm sido freqüente e indevidamente criticados exatamente por este motivo, uma vez que a maior experiência de cirurgiões e terapeutas está, exatamente, no trauma.

Criticáveis também são alguns resultados de estudos sobre cirurgia de nervos em hanseníase pelo aspecto da metodologia utilizada. Neste sentido, acreditamos haver necessidade de uma melhor padronização nos protocolos de avaliação, considerando-se o uso de testes de força muscular e de sensibilidade como requisitos mínimos para a avaliação destes resultados. Por estes motivos utilizamos neste trabalho somente estes parâmetros sem, no entanto, significar que outros não possam ser adjuntados, principalmente os referentes à dor espontânea e dor à palpação, sem prejuízo, ainda, de outros mais sofisticados, tais como a velocidade de condução nervosa e vibroestesiômetro, entre outros.

Por último, ainda existe um questionamento importante em relação ao desenho dos grupos incluídos nas pesquisas. De fato, nos parece que a grande pergunta ainda pendente e que a maioria dos médicos que trabalham com hanseníase desejam ver respondida é se o tratamento conservador é superior em resultados

ao cirúrgico e vice-versa. Lastimavelmente, uma resposta definitiva à esta questão estaria na seleção de dois grupos com mesmas características, sendo um submetido a tratamento cirúrgico e outro somente a tratamento clínico. Pessoalmente temos dificuldade de aceitar tal desenho, uma vez que podemos estar negando ao grupo clínico os prováveis benefícios da cirurgia. O clínico, por outro lado, poderia argumentar que estaríamos privando o grupo cirúrgico dos prováveis benefícios do tratamento clínico. Uma alternativa discutível para este impasse seria a intervenção sobre um membro utilizando o contralateral como controle, desde que apresentasse as mesmas características de comprometimento neural (VAN DROOGEN-BROECK, 1977) Assim, em nosso estudo, escolhemos um grupo que já estava sob tratamento clínico e que vinha apresentando continua deterioração do quadro de função neural, isto é, um grupo que não apresentava mais melhora com o tratamento clínico. Não podemos daí inferir extensivamente que o tratamento clínico não seja efetivo, mas sim que a cirurgia é uma alternativa importante e necessária no arsenal de medidas terapêuticas para o controle do dano neural em hanseníase e, portanto, deve estar presente a todos os que trabalham nesta área.

4. CONCLUSÃO

Podemos concluir que a neurolise é um método auxiliar eficaz para o tratamento da neurite de nervo ulnar em hanseníase. Adicionalmente, diante da gravidade das seqüelas do dano neural e das evidências dos efeitos favoráveis da cirurgia em neurites, acreditamos não podermos dela prescindir como opção terapêutica, motivo pelo qual os programas de controle de hanseníase devem possuir cirurgião com experiência em cirurgia neural em hanseníase ou, se não for possível, devem assegurar a possibilidade de referir os pacientes necessitados para centros que o tenham. Por outro lado, é importante que o médico que atende o paciente de hanseníase tenha conhecimento dos critérios para a indicação da necessidade de cirurgia.

ABSTRACT - A group of 33 leprosy patients with ulnar nerve neuritis undergo surgical release and anterior subcutaneous transposition of this nerve. Surgery was indicated due to progressive deterioration of neural function despite clinical treatment. Semmes-Weinstein monofilaments and VMT were used to assess nerve function before and 12 months after surgery. 39.3% showed improvement of nerve function, 39.3% remained stable and 21.4% developed further deterioration.

Palavras-chave: Ulnar neuritis; neurolisis; Semme-Weinstein filaments.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRYCESON, A. PFALTZGRAFF, R.E. **Leprosy**, 2nd ed. Churchill Livingstone, 1979.
2. BELL, J.A. Semmes-Weinstein monofilament testing for determining cutaneous light touch/deep pressure sensation. **Star. nov/dec.**: 8-11, 1984.
3. MCLEOD, J.G.; HARGRAVE, J.C.; GYE, R.S.; POLLARD, J.D.; WALSH, J.C.; LITTLE, J.M. and BOOTH, G.C. Nerve grafting in leprosy. **Brain**, **98** (2):203-212, 1975.
4. Medical Research Council War Memorandum. Aids to the Investigation of Peripheral Nerve Injuries. (**Memo. n° 7**), 2^b ed. London: HMSO, 1962.
5. PEARSON, J.M.H. The Evaluation of Nerve Damage in Leprosy. **Lepr Rev**, **54**: 119-130, 1982.
6. TEDESCO-MARCHESE, A.J. Contribuição ao estudo do tratamento cirúrgico das neurites hansênicas. São Paulo: USP, 1980. 71p. **Dissertação** (Mestrado, em neurologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1980.
7. VAN DROOGENBROECK, J.B.A. and NAAFS, B. Etude comparative d'une série de nerfs lépreux décomprimés chirurgicalement par rapport aux nerfs contralatéraux non opérés. **Medicine Tropicale** **37**: 771-776, 1977.