

Contribuição para o tratamento do mal perfurante plantar na hanseníase

MARIO PATRONY CAMPOS (*)

RESUMO — O autor apresenta o resultado de 18 anos de atividade como médico em Hospitais de doentes de hanseníase e sua experiência no tratamento do MPP. Aprecia os elementos constituintes do pé normal como inervação, irrigação e coxins adiposos protetores, compara-os com os do pé hansenico cuja estrutura óssea, tegumentar, vascular e nervosa estão em desarmonia, perturbando toda a biodinâmica, com formação de irregularidades e escaras plantares. A falta de padronização de lesões e de tratamento se associa h falta de motivação pessoal dos próprios doentes que em maioria, não se preocupam. Após considerar rapidamente o mecanismo de formação do MPP o autor descreve seu tratamento, desde o método conservador ao cirúrgico. No tratamento conservador aplica o método curativo inicial e complementa-o com a colocação de bota gessada modificada no apoio; suplementa o tratamento com o uso de palmilhas adequadas, desde o material de cortiça ate ao emprego da plastazote.

Termos índice: Hanseníase. Mal perfurante plantar. Ulceração plantar. Tratamento cirúrgico. Tratamento ortopédico.

O Mal Perfurante Plantar (MPP) constitui sério problema para aqueles que se propõem tratá-lo em doentes de hanseníase. As dificuldades são várias, sobressaindo aquelas que se referem ao doente e 6. dificuldade de se padronizar tipo de tratamento.

O doente de hanseníase apresenta perturbação nervosa periférica, de localização mais evidente nas extremidades, com paralisias de grupos musculares, notadamente dos grupos inervados pelo ciático fibular, com perda da tonicidade e do trofismo das

partes moles. Atua sobre o sistema vascular, cujas paredes perdem a tonicidade e os reflexos, mantendo luz diminuída e permitindo fluxo sangüíneo menor, com déficit de irrigação das partes que lhes estão afetadas. As terminações nervosas situadas na espessura da epiderme que, em condições normais, permitem A. pele reconhecer as asperezas do solo e regulam o complexo sistema muscular do pé, agora não mais o fazem. O revestimento cutâneo perde elasticidade e a umidade que lhe é própria, pois o sistema glandular deixa de responder ade-

(*) Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Santo Ângelo, do Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Titular de Ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes.

quadamente aos estímulos; torna-se áspera, seca e quebradiça, sujeita a infecções. O sistema de coxim adiposo perde a sua função deixando de proteger as partes Osseas e os pontos normais de apoio. O sistema das bolsas serosas localizadas sob as cabeças do 1.º e 5.º metatarsianos e calcâneo perdem a elasticidade e a função de "pneumáticos".

A perda do trofismo músculo-ligamentar conduz o pé a alterações de sua anatomia e ao borramento de seus arcos; os pontos de apoio normais sofrem mudanças para outros pontos anatomicamente não adaptados. Somados todos estes fatos ao tipo de paciente, com pouca ou nenhuma higiene, sem cuidados pessoais, desmotivados e ausentes de orientação, as lesões iniciais progredem, se alastram ou recidivam de modo impressionante.

CAUSAS E PREVENÇÃO DO MPP

É necessário saber proteger as extremidades de carga, orientá-los quanto à higiene adequada de modo que seu órgão de apoio não sofra. A recidiva é observada na grande maioria dos nossos doentes, em se tratando de MPP. Mesmo em regime hospitalar, eles desaparecem dos consultórios e somente retornam quando incomodados pelo mau cheiro ou por secreções abundantes, ou ainda, pelo impedimento no uso do calçado.

A dificuldade de padronização ocorre pela multiplicidade de lesões encontradas nos pontos mais variados. A distribuição do IVIPP não segue esquema fixo. Cada caso deve ser estudado em particular; verificar as deformidades do pé, e quais os arcos lesados, determinando-se para cada caso um tipo de palmilha, uma conduta cirúrgica ou tratamento conservador em leito. Temos tentado desde o repouso prolongado no leito passando pela confecção de aparelhos gessados e ortopédicos até a cirurgia restauradora ou mutilante.

O MPP pode ser de origem interna ou externa. O MPP de origem interna se inicia por processo osteomielítico ou osteíte con-

centrica, produzindo-se abscesso local que, solicitado por apoio sobre tegumentos desvitalizados e sem sensibilidade termina higroma e se fistuliza. A radiografia revela osteomielite ou osteíte, com áreas de absorção óssea, seqüestros maiores ou menores e pontas ósseas ferindo os tecidos subjacentes.

O MPP de origem externa tem início em ferimento externo: pregos, fragmentos lacerantes ou cortantes e/ou o próprio sapato inadequado. Nesta forma verifica-se úlcera limitada por hiperqueratose, ainda sem fistula. Não há sinais de lesão óssea. A radiografia revela, em geral, periostite reacional como resposta inflamatória local.

Em outros casos lido é possível determinar-se a forma de aparecimento do MPP. Rotulamos a úlcera, então, como de "origem indeterminada".

TRATAMENTO

No caso do MPP de origem externa consideramos sua profundidade, diâmetro e grau de infecção. Nos casos de mediana gravidade, acamamos o paciente, retiramos toda hiperqueratose ao redor da úlcera, ampliamos seu diâmetro e limpamos em profundidade, sem chegar ao plano ósseo, se este não tiver sido atingido. Fazemos curativos secos para os casos não infectados, úmidos para os infectados. Raramente fazemos anti-bióticoterapia.

Nos casos infectados, debridamos a Úlcera sem atingir o plano ósseo, lavamos energicamente com água, sabão e escova, provocando o sangramento. Não usamos éter nem álcool local, porque o primeiro provoca vasoconstricção e o segundo desidrata, agravando as condições locais. Usamos, apenas água fervida ou soro fisiológico; enxugamos com gaze esterilizada e cobrimos com pomadas tipo furazolona. (Pode ocorrer alergia a estas pomadas e seus derivados). Quando a infecção é debelada, mantemos o paciente acamado e aguardamos o início da granulação para a confecção do aparelho gessado de marcha.

No caso de Úlcera não infectada, fazemos o debridamento, retirando o processo de

fibrose que circunda a ferida e provocamos o sangramento. Lavamos com soro fisiológico e cobrimos com mercúrio-cromo. Em curativos subseqüentes, lavamos energeticamente a úlcera e aplicamos nova camada de mercúrio-cromo. Após o início da granulação confeccionamos aparelho gessado para marcha, modificando o ponto de apoio. Esta bota permanece em média 20 dias quando é retirada; indicamos, então, palmilha, elevando os arcos, mudando os pontos de apoio e considerando as deformidades presentes: ausências de artelhos, presença de garras.

Para os casos de úlceras na borda externa do pé varo, varo eqüino ou paralítico, as cirurgias estabilizadoras ou corretivas estão indicadas. No entanto, a distrofia óssea com acentuada rarefação ou osteoporose impede ou dificulta a consolidação, conduzindo ao insucesso e levando muitas vezes a amputação final.

A bota gessada que confeccionamos tem apenas, de inovação, a feitura de escavação sob a úlcera, de modo a deixá-la sem apoio. Após curativo seco, fazemos tala gessada plantar incluindo o calcanhar e os artelhos. Colocamos sob a úlcera um chumaço compacto de algodão e modelamos a tala gessada plantar. Quando está consistente, retiramos a tala e modelamos fora do pé, dando especial atenção para a escavação deixada pelo chumaço de algodão, que é retirado. Colocamos algodão ortopédico no pé e perna, protegendo bem as saliências ósseas e fazemos a bota comum, colocando antes a tala plantar previamente moldada. O salto ortopédico é colocado em posição nor-

mal e, após secagem do aparelho gessado, permitimos a deambulação. Este aparelho gessado permanece, em média 20 dias. Retirada a bota, fazemos uma limpeza de possível hiperqueratose existente e indicamos palmilha. Para o caso de Úlceras situadas no calcanhar, procedemos da mesma forma em relação à tala gessada e usamos estribo, em lugar do salto.

As palmilhas usadas tem sido de espuma de nylon ou de plastazote, estas mais resistentes. Com a espuma de nylon procedemos da seguinte forma: modelada a palmilha para o sapato em questão, sempre com um número maior do que o normal, pintamos os pontos ulcerados ou com hiperqueratose, com corante, mercúrio-cromo ou tinta nanquim e, em mesa dura, fazemos o paciente apoiar o pé sobre a palmilha modelada, de modo uniforme. Retirado o pé obtém-se um plantigrama, com manchas produzidas pelo corante nos pontos correspondentes às Úlceras. Com lâmina cortamos em círculo para dentro da impressão deixada pelo corante. A profundidade desta escavação corresponde a 3/4 da espessura da palmilha, que tem 1,5 cm de espessura.

A plastazote, mais resistente, pode ser empregada na espessura de 0,8 a 1 cm.

Estas palmilhas foram empregadas para os casos de úlceras plantares circunscritas em pequenas áreas. As Úlceras de grande área não permitem o uso pois a cavidade se desmorona e deixa de atuar como isolante. Estas palmilhas são ideais para os casos em que a hiperqueratose ou saliência cutânea provocada pela cabeça do metatarsiano estão presentes.

ABSTRACT — The structure and functions of the normal and of the Hansenic foot are described. The pathogenesis of plantar ulceration is discussed, as well as its conservative and surgical treatments.

Key words: Hanseniasis. Plantar ulceration. Surgical treatment. Orthopedic treatment.