

Hanseníase: amputação e próteses de membros inferiores (*)

NAOTAKE SUGUIMOTO (**)
 CLAUDIO R. PETRILLO (***)
 MARIA EUGÊNIA PEBE (****)

RESUMO — De 68 pacientes amputados nos membros inferiores (47 de hanseníase) desde 1972, 32 foram reexaminados em janeiro de 1977. Os resultados foram considerados bons. A amputação é um recurso valioso de que o ortopedista pode lançar mão no tratamento das graves lesões resultantes da Hanseníase. Apesar do coto de amputação dos pacientes portadores de Hanseníase apresentar deficiências na sensibilidade da pele uma prótese bem indicada com áreas de descarga bem protegida, e a preservação do Joelho pela amputação ao nível da perna proporcionam aos pacientes: a) marcha mais útil; b) melhora do estado geral pela eliminação de um dos fatores de expoliação; c) melhores oportunidades de trabalho que necessitem de marcha, diminuindo o seu grau de dependência e possibilitando sua reintegração na sociedade.

Termos índice: Hanseníase. Amputação. Mutilação. Reabilitação física.

A Hanseníase é uma moléstia que pode levar a seqüelas (mutilantes) graves, desde que mal conduzido o tratamento clínico. Isto resulta de uma série de fatores que levam à deformidade óssea progressiva, incapacitando o indivíduo perante suas atividades diárias, principalmente quando há alterações ósseas nos membros inferiores (pés) — osteoporose e reabsorção óssea (atrofia concêntrica), osteíte leprosa específica, periosteíte e osteomielite, osteoartrites metatarso-falângicas, às vezes acompanhados de ulcerações e perdas de substâncias (partes moles) crônicas, levando a atitudes viciosas as

mais variadas possíveis. O resultado final é o indivíduo acamado e dependente do ponto de vista social, familiar e hospitalar. Daí a razão deste nosso trabalho, visando a dar uma imagem do benefício que pode advir das amputações de membros inferiores e reabilitar às custas de uso adequado de próteses.

CASUÍSTICA

Foram revistos cerca de 68 casos, sendo 21 na AACD (Associação de Assistência à Criança Defeituosa) — São Paulo, e 47 no Hospital Padre

(*) Trabalho realizado na Associação de Assistência à Criança Defeituosa — Centro de Reabilitação Dr. Renato da Costa Bonfim (S. Paulo) e Hospital Padre Bento (Guarulhos) — Unidade do Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Colaboração especial do Dr. Ivan Ferraretto, diretor clínico da AACD.

(**) Médico Ortopedista da Associação de Assistência à Criança Defeituosa.

(***) Médico Fisiatra da Associação de Assistência à Criança Defeituosa.

(****) Médica Estagiária da Associação de Assistência à Criança Defeituosa.

Bento — São Paulo, no período compreendido entre janeiro de 1972 e janeiro de 1977, assim distribuídos:

a) Idade — 25 a 90 anos; b) Sexo — feminino: 20 casos; masculino: 48 casos ; c) Cor — pardo : 2 casos; preto : 2 casos; branco: 64 casos; d) Procedência : AC: 9 casos ; RN: 1 caso; BA : 1 caso ; MG : 1 caso ; SP: 56 casos ; e) Nível de Amputação: 1/3 médio da coxa : 1 caso ; 1/3 proximal da perna: 10 casos; 1/3 médio da perna: 59 casos (3 Bilateral) ; 1/3 distal da perna: 1 caso.

MÉTODOS UTILIZADOS

1) Avaliação fisioterápica após amputação antes do uso da prótese. 2) Avaliação quanto ao tipo de apoio do coto no soquete e descarga da prótese (coxal) — para evitar escaras no coto amputado, o que às vezes ocorre pela falta de sensibilidade do mesmo (área de anestesia). 3) Avaliação clínica quanto ao aspecto: a) *funcional e estético*: melhora da marcha por amputação parcial do membro mutilado; b) *orgânico*: distrofia, anemia e estado geral comprometido pela supuração crônica, além da desnutrição provocada pelo problema social (paciente marginalizado pela sociedade, devido às próprias características da doença) ; c) *higiênico*: coto amputado mais fácil para limpeza, principalmente nos pacientes com comprometimento acentuado das mãos ; d) *sócio-econômico*: desenvolver atividades que necessitem de marcha mais fisiológica.

RESULTADOS OBTIDOS

1) Boa aceitação da prótese, apesar da pouca orientação fisioterápica; 2) Uso de prótese com soquete adequado e descarga apropriada deram

margem a menor possibilidade de se formarem úlceras de apoio. De total anteriormente referido compareceram 32 pacientes à reavaliação clínica em janeiro de 1977, e pudemos constatar o uso das seguintes próteses:

Prótese para amputação de coxa com apoio quadrilateral, cinto silesiano, joelho Otto Bock e pé SACH ... 1 caso

Prótese para amputado de perna PTB com coxal e pé SACH ... 7 casos

Prótese para amputado de perna PTB sem coxal e pé SACH ... 24 casos

Destes pacientes, 12 apresentavam mal perfurante do pé contralateral, e seis apresentavam úlcera do coto por prótese mal ajustada (coto atrofiado e soquete folgado, favorecendo a "pistonagem" do coto dentro da prótese).

3) Houve acentuada melhora da marcha em 90% dos casos de amputação parcial do membro lesado — todos os pacientes reavaliados em janeiro de 1977 deambulavam, com as próteses, o suficiente para suas atividades de vida diária, cerca de 8 horas por dia. Houve também melhora do estado geral, pelo fato de se ter retirado um dos fatores de espoliação do indivíduo (infecção crônica).

DISCUSSÃO

A Reabilitação pela amputação é um assunto pouco ventilado no nosso meio, principalmente em se tratando de Hanseníase, em vista da pobreza de referência bibliográfica. Antes da amputação e do uso da prótese, a maioria era semi-ou totalmente dependente (às vezes, até 8 anos acamados) ; em

adição, quase todos se tornaram independentes após a cirurgia reparadora, fazendo bom uso do membro mecânico.

O tipo de soquete da prótese é muito discutido : ser rígido e bem moldado ao coto ou ser acolchoado. O fato de ter consistência dura no apoio não favorece a formação de úlceras de coto, desde que bem moldado pois este tipo de prótese não desencadeia a sudorese tanto quanto o soquete de acolchoados (a sudorese é fator de ulceração de pele). A nossa observação é a de que o soquete deve ser bem moldado, para evitar processo de "pistonagem" do

coto dentro da prótese, e facilitar a higiene freqüente (constante). E, sempre que possível acoplar coxal articulado à prótese, para que a descarga seja de forma indireta à coxa, aumentando a área de apoio da prótese em um coto com sensibilidade alterada.

A aceitação da amputação parcial de um membro e o uso da prótese ainda deixam muito a desejar, pois há pacientes que preferem manter pés totalmente deformados e inúteis para a marcha a se sujeitarem a cirurgia radical — muitas vezes pela comodidade da situação (dependência total).

ABSTRACT

Out of 68 patients amputated on their lower limbs (47 hanseniasis patients) since 1972, 32 were re-examined in January 1977. The results were considered good. Amputation is often rejected by patients, who prefer useless and completely deformed lower limbs ("total dependency"). However, it is a valuable resource to 'improve walking, general conditions and socio-economic rehabilitation.

Key words: Hanseniasis. Amputation. Mutilation. Physical rehabilitation.

REFERENCIAS

1. BHASIN, D. & ANTIA, N. H. Radical metatarsectomy for intractable plantar ulceration in leprosy. *Lepr. Rev.*, 43(1) :53-58, 1972.
2. FLESHAMAN, K.; HILL, P.; FRITSCHI, E. Rehabilitation by amputation. *Lepr. Rev.*, 47(1) :41-49, 1976.
3. FRITSCHI, E. The severely deformed foot in leprosy. *Int. J. Lepr.*, 39 (2-II) :618-626, 1971.
4. GARST, R. J. Prosthetics in leprosy. *Lepr. Rev.*, 42(1):60-68. 1971.
5. SKINSNES, O. K.; SAKURAI, T.; AQUINO, T. I. Pathogenesis of extremity deformity in leprosy; a pathologic study on large sections of amputated extremities in relation to radiological appearance. *Int. J. Lepr.*, 40(4) :375-388, 1972.
6. SRINIVASAN, H. Syme's amputation in insensitive feet. *J. Bone Joint Surg.*, 55(3):588-562, 1973.

Recebido para publicação em 14 de abril de 1977.