

RESULTADOS DA CORREÇÃO CIRÚRGICA DO LAGOFTALMO (Técnica de Gillies) EM DOENTES DE HANSENÍASE ¹

Rosemari Baccarelli*
João A. C. Navarro**
Frank Dürksen***

RESUMO .Foram analisados os resultados de 51 cirurgias de transferência do músculo temporal (Técnica de Gillies), realizadas em 34 pacientes com lagoftalmo. O principal objetivo foi avaliar a extensão e o tempo para recuperação da oclusão palpebral voluntária e o efeito estático da técnica sobre a pálpebra inferior, nos casos com ectrópio parcial e epifora.

Em 34 (66,67%) olhos houve recuperação completa e duradoura da oclusão palpebral voluntária. As medianas dos tempos para obtenção de fenda palpebral zero, ao morder, foram de 8 dias (1-120) nos casos do grupo excelente e de 14 dias (1-120) nos casos do grupo bom. A correção do ectrópio parcial e epifora foi constatada em 15 (83,33%) olhos.

A recuperação da oclusão palpebral voluntária e a reposição da pálpebra inferior, observada na maioria dos casos, confirmam a efetividade da técnica de Gillies para correção do lagoftalmo.

Palavras-chave: lagoftalmo, técnica de Gillies, músculo temporal, paralisia facial, reabilitação, hanseníase.

1. INTRODUÇÃO

A paralisia do músculo orbicular do olho, levando ao lagoftalmo, é complicação conhecida na hanseníase, causada pelo comprometimento dos ramos zigomáticos do nervo facial, ou, mais raramente, de seu tronco^{2,3}. Ocorre em 3,1% a 20,2% dos pacientes⁵ e, frequentemente, está associada a diferentes graus de hipoestesia da córnea, devido à lesão dos nervos ciliares longos do trigêmeo⁴.

As conseqüências da alteração da fisiologia palpebral e perda dos reflexos de

proteção são ressecamento da córnea, queratites, úlceras e infecções secundárias, que podem levar à perda da visão^{4,11,12}.

Dentre as técnicas cirúrgicas disponíveis para evitar ou amenizar as complicações decorrentes da paralisia do músculo orbicular do olho, a transferência do músculo temporal preconizada por Gillies (1934, 1957)^{7,8} e descrita mais detalhadamente por Andersen (1961)¹ e Antia (1966)² conquistou notoriedade pela natureza dinâmica do procedimento, ao reabilitar o movimento da pálpebra paralisada.

Os critérios de avaliação e os resultados

Figuras, gráfico e referências bibliográficas inseridas na versão inglesa do trabalho.

¹Parte da Dissertação de Mestrado em Ciências Biológicas, apresentada ao Instituto de Bociências da Universidade Estadual Paulista - UNESP. Botucatu - SP. - Brasil.

*Pesquisadora Científica do Instituto "Lauro de Souza Lima", Bauru - SP.

**Professor Titular de Anatomia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Bauru - SP.

***Fellow of Royal College of Surgeons: Consultor em Reabilitação, ALM International.

da aplicação dessa técnica no tratamento do lagoftalmo na hanseníase variam de autor para autor. Alguns autores utilizam critério exclusivamente funcional, baseado no grau de fechamento palpebral^{1,2,9,13,14}. Outros classificam os resultados segundo critérios funcionais e estéticos^{10,16,19}. Há também referências a resultados de avaliações descritos subjetivamente como "melhores e estéticos"²⁰, "satisfatórios"¹⁸ e "a transferência temporal auxiliou os pacientes a fechar os olhos com sucesso"¹⁵.

A técnica de Gillies vem sendo utilizada no Instituto "Lauro de Souza Lima", desde 1978. Até o final de 1989 foram operados 51 olhos, no total de 34 pacientes. O seguimento desses casos possibilitou avaliar os efeitos estático e dinâmico da transferência temporal sobre as pálpebras com paralisia do músculo orbicular.

2. MATERIAL E METODO

Foram acompanhados os pré e pós-operatórios de 51 cirurgias de transferência do músculo temporal pela técnica de Gillies, realizadas em 34 portadores de hanseníase, para tratamento de lagoftalmo, Nestatécnica a porção média do músculo temporal e sua fásia são tunelizadas subcutaneamente em direção ao ângulo lateral do olho. A fásia temporal é dividida em duas fitas, as quais são tunelizadas proximal às margens palpebrais, de forma a circundá-las. Em seguida, as fitas são suturadas ao ligamento palpebral medial (Figs. 1, 2).

Todos os pacientes foram submetidos a avaliação médica e fisioterápica no pré e no pós-operatório.

No pré-operatório foram colhidos os seguintes dados: a) sexo, cor, idade, forma clínica; b) cirurgias palpebrais realizadas previamente; c) posição da pálpebra inferior e condição funcional da via de drenagem lacrimal; d) força dos músculos orbicular do olho e temporal; e) medida da fenda palpebral ao fechar os olhos; f) presença de piscamento involuntário intermitente e reflexo.

Durante os quinze dias precedentes à

cirurgia, todos os pacientes foram submetidos a programa de exercícios de mastigação, para fortalecimento do músculo temporal, que consistia de 300 exercícios em 3 sessões diárias.

No pós-operatório foram avaliados os seguintes aspectos: a) posição da pálpebra inferior e condição funcional da via de drenagem lacrimal; b) medida da fenda palpebral ao fechar os olhos mordendo, sem morder e durante o abaixamento da mandíbula, 6 meses após a cirurgia; c) presença de piscamento involuntário intermitente e reflexo, 6 meses após a cirurgia.

Decorridos 21 dias da cirurgia, todos os pacientes foram submetidos a programa de reeducação funcional, realizado em 3 a 4 sessões diárias, aumentando-se progressivamente o número de exercícios em até 50 por sessão.

Na posição sentada, olhar direcionado para os joelhos, os pacientes eram solicitados a realizar o ato de morder e, simultaneamente, fechar os olhos. Os pacientes com recuperação do fechamento palpebral completo foram orientados a dissociar o movimento, ou seja, manter as pálpebras fechadas sem morder e a abaixar a mandíbula.

Os resultados da técnica de Gillies foram avaliados segundo os efeitos estático e funcional sobre as pálpebras. O resultado estático foi considerado satisfatório apenas na remissão completa do ectrópio parcial (afastamento parcial da borda palpebral da inferior em relação ao globo ocular) e epífora.

O resultado funcional foi atribuído de acordo com os graus de proteção da córnea durante o fechamento palpebral voluntário e de independência funcional do feixe muscular transferido, sendo classificado em:

Excelente: oclusão palpebral completa, sem morder.
Bom: oclusão palpebral completa, sob esforço moderado, ao morder.

Razoável: oclusão palpebral incompleta (fenda até 3 mm.) sob esforço moderado, ao morder, com proteção da córnea.

Insatisfatório: oclusão palpebral incompleta (fenda 3 mm.) ou insuficiente para proteger a córnea, mordendo.

Os resultados estático e funcional foram avaliados seis meses após a cirurgia.

3. RESULTADOS

Trinta homens e quatro mulheres, com idade entre 24 e 72 anos (mediana = 46) foram tratados cirurgicamente pela técnica de Gillies, para correção de lagoftalmo. Clinicamente os pacientes foram classificados como 14 virchovianos, 10 tuberculóides e 10 dimorfos.

Em 18 pacientes havia paralisia bilateral do músculo orbicular do olho e em 16, paralisia unilateral. À tentativa de oclusão palpebral a fenda variou de 5 a 12 mm, (mediana = 8).

A condição funcional pré-operatória do músculo temporal estava normal, a palpação, em todos os pacientes.

Em 11 olhos com lagoftalmo associado a ectrópio completo, o ectrópio foi tratado cirurgicamente, antes da transferência temporal. Em 18 olhos foi constatado ectrópio parcial associado a epífora. Destes, 2 tinham comprometimento irreversível do sistema canalicular,

No total de 51 olhos operados o resultado funcional foi excelente em 19 (37,26%) olhos (fig,3 e 4), bom em 15 (29,41%) olhos (fig,5 e 6), razoável em 15 (29,41%) olhos e insatisfatório em 2 (3,92 %) olhos (Tabela 1).

Nos casos com resultado excelente, a mediana do tempo para obter fenda palpebral zero, mordendo, foi de 8 dias (1-120) e, sem morder, de 21 dias (4-120). Nos casos com resultado bom, a mediana do tempo para obter fenda palpebral zero, mordendo, foi de 14 dias (1-120),

Em nenhum dos 51 olhos operados foi observado retorno de piscamento involuntário

Tabela 1. Distribuição do resultado da transferência do músculo temporal, segundo critério funcional.

Resultado	Total de olhos	%
Excelente	19	(37,26)
Bom	15	(29,41)
Razoável	15	(29,41)
Insatisfatório	2	(3,92)
Total	51	(100,00)

reflexo e intermitente.

Em 8 olhos o insucesso funcional foi atribuído a causas anatômicas (deslocamento da fita inferior de fáschia temporal, perda da tensão das fitas de fáschia temporal, deiscência de sutura no ligamento palpebral medial, ruptura do ligamento palpebral medial), em 4 olhos, à duração insuficiente do programa de fisioterapia, no pós-operatório e, em 5 olhos, a causa é desconhecida.

Na avaliação do efeito estático da transferência do músculo temporal, do total de 18 olhos com ectrópio parcial e epífora, constatou-se que em 15 (83,33%) olhos essas patologias foram corrigidas. Dos 3 casos com permanência do ectrópio parcial e/ou da epífora, em 1 olho, no pré-operatório já havia comprometimento irreversível do sistema canalicular; no pós-operatório, em 1 olho houve deslocamento da fita inferior da fáschia temporal e, em outro olho, a associação dessas duas causas.

Em 45 olhos realizaram-se reavaliações funcionais periódicas, após a classificação do resultados, Houve piora em 6 olhos, sendo que 4 olhos passaram de razoável a insatisfatório e 2 olhos degradaram de bom para razoável. A mediana do tempo de seguimento foi de 40 meses (7 - 153).

4. DISCUSSÃO

A transferência do músculo temporal tem sido indicada como a melhor escolha para o tratamento do lagoftalmo, promovendo a restauração da oclusão palpebral voluntária e reposicionamento do ponto lacrimal^{1,6,13}, o efeito estático da transferência foi confirmado entre nossos casos com ectrópio parcial. Na maioria deles (83,33%), a cirurgia recuperou completamente a aposição da pálpebra inferior ao globo ocular, resultando em remissão da epífora.

A recuperação do fechamento palpebral completo (resultados excelente e bom) foi alcançada em 34 olhos, representando 66,67%. Esses resultados assemelham-se em número e critério de avaliação àqueles relatados por Antia (1966)²,

Resultados menos satisfatórios foram referidos por Ranney & Furness (1973 a,b)^{16,17} e Jennings, Joshi, Pandey, Mehta & Antia (1975)¹⁰, Resultados mais satisfatórios foram apresentados por Andersen (1961)¹, Lennox (1966)¹³, Guerrero-Santos (1967)⁹, Wintsch (1969)², Miller & Wood (1976)¹⁹, Reichert, (1976)¹⁸, Lerner & Margarido(1978)¹⁴ e Tjepkema (1984)¹⁹.

Exceção feita a Andersen (1961)¹, Antia (1966)², Lennox (1966)¹³, Ranney & Furness (1973a,b)^{16,17}, Jennings Joshi, Pandey, Mehta & Antia (1975)¹⁰ e Tjepkema (1984)¹⁹, os quais se referiram ao tempo de seguimento pós-operatório, os demais, não mencionam esse aspecto^{9,14,15,18,20},

A observação do tempo de seguimento é importante para avaliar o resultado da cirurgia, Lennox (1966)¹³ verificou que muitos pacientes avaliados em fase tardia, tiveram piora do resultado inicialmente classificado como excelente, com recorrência de pequena fenda palpebral.

De igual modo, Jennings, Joshi, Pandey, Mehta & Antia, (1975)¹⁰ também observaram casos que tiveram modificação do resultado funcional inicial, para melhor ou para pior.

Na nossa casuística, em apenas 6 (13,33%) dos 45 olhos reavaliados após tempo médio de 37 meses, ocorreu piora do resultado funcional obtido aos seis meses após a cirurgia, sendo provável que a descontinuidade dos exercícios terapêuticos supervisionados tenha contribuído para a piora tardia.

Embora na grande maioria de nossos casos os resultados tenham permanecido estáveis, as observações em contrário reforçam a importância de estabelecer parâmetros de tempo para referir os resultados funcionais e orientar os pacientes a realizarem os exercícios específicos, todos os dias, após a alta hospitalar.

A utilização exclusiva do resultado do grau de proteção da córnea como critério de avaliação do resultado funcional não é consenso entre os autores. Acrescente-se o fato de o rigor dos critérios variar de autor para autor e, em alguns casos não serem mencionados. Esses fatos podem explicar os diversos resultados referidos na literatura.

Em nossos casos, embora para classificação dos resultados tenhamos nos restringido ao grau de proteção da córnea, os

aspectos relativos ao ectrópio e à epífora também foram considerados.

Dentre outros fatores que influenciam a qualidade dos resultados funcionais, após a transferência temporal, Lennox (1966)¹³ e Tjepkema (1984)¹⁹ mencionam a importância de selecionar adequadamente os pacientes e Ranney & Furness (1973b)¹⁷ referem-se à necessidade de contar com cirurgiões qualificados, fisioterapeutas persistentes e pacientes cooperativos e motivados.

Evidências da importância desses aspectos foram observadas no seguimento de 2 de nossos casos, cuja duração do tratamento fisioterápico supervisionado, diário, para obter fenda palpebral zero foi de 120 dias.

De acordo com Lennox (1966)¹³, a obtenção de fenda palpebral zero ocorreu no período de 2 a 4 semanas após o início dos exercícios pós-operatórios. Entre nossos casos com resultados funcionais excelente ou bom, a mediana do tempo para atingir fechamento palpebral completo foi de 8 e 14 dias, respectivamente.

A prática de manter exercícios supervisionados até que se obtenham resultados suficientemente satisfatórios e duradouros, geralmente consome tempo. Além disso, os exercícios são monótonos e nem sempre se consegue manter o interesse do paciente até a conclusão do programa de reeducação funcional.

Esses fatos nos levam a crer que a instituição de exercícios de fortalecimento do músculo temporal no pré-operatório apresenta dupla utilidade. Além de minimizar o déficit funcional decorrente do trauma cirúrgico e do repouso por três semanas no pós-operatório, auxilia a identificar os candidatos mais motivados e conscientes das exigências pós-operatórias, através do contato freqüente entre terapeuta e paciente.

Com relação à atividade palpebral reflexa a estímulo visual, após a transferência temporal, Ranney & Furness (1973b)¹⁷ observaram esta ocorrência em 2 (3,85%) olhos e Tjepkema (1984)¹⁹, em 5 (9,4%) olhos. Fato semelhante não foi constatado na nossa casuística.

5. CONCLUSÕES

A nosso ver, os resultados estático e funcional obtidos confirmam a eficiência da transferência do músculo temporal (técnica de Gillies) para reposicionar a pálpebra inferior nos casos com ectrópio parcial e recuperar o fechamento palpebral voluntário,

A cirurgia promove resultados funcionais duradouros e a mediana do tempo para

fenda palpebral zero, ao morder, foi de 8 e 14 dias, nos casos com resultados excelente ou bom, respectivamente,

O estudo dos efeitos da transferência temporal sobre sinais e sintomas de exposição ocular, permitiria a avaliação ampliada dos benefícios da técnica para o tratamento do lagoftalmo, tendo em vista a ausência de piscamento palpebral involuntário intermitente e reflexo.

Agradecimentos: Ao Dr, Diltor V,A, Opromolla e Dr. Antônio R. Amarante pelas sugestões durante o desenvolvimento desse trabalho. Ao CNPq pelo apoio financeiro.