

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DO OLHO SECO NA HANSENÍASE

Hanellore Vieth*
Selma R. Axcar Sallotti**
Sérgio Passerotti***

RESUMO - O Reconhecimento do grande número de pacientes com ressecamento de córnea e a inexistência de publicações neste ramo, motivou os autores a elaborar o presente trabalho. Foram examinados um total de 150 pacientes de Fevereiro a Maio/86, sendo 66% da forma Virchoviana, 16,6% forma Bordeline, 16,6% foram Tuberculoide. Em 62% dos pacientes examinados apresentam ressecamento de córnea, tendo como principais causas baixa produção da lágrima, triquíase, lagofthalmia I (inicial) e avançado ectrópio. O tratamento dos pacientes durante o período foi dividido conforme a gravidade do problema em duas categorias: lubrificação da córnea com lubrificante artificial simples e lubrificação completa e em casos de triquíase usou-se no tratamento a retirada dos cílios. Pelos resultados obtidos (100% de melhora do ressecamento de córnea) observou-se o êxito do trabalho.

ABSTRACT - The authors have done this piece of work because there are a lot of dry cornea patients and very few publications about it. They have examined 150 patients from February to March (1986); 66% type V, 16,6% type B, 16,6% type T. 62% from the examined patients had dry cornea and the main causes were: low tear production trichiasis, lagophthalmia I (initial) and advanced and ectropium. The treatment of the patients during that period was divided in two levels according to the gravity of the problem: a) simple and total lubrication of the cornea using synthetic lubricant; b) removal of the eyelashes from patients that had got trichiasis. Putting that treatment into practice the authors have observed a 100% recovery on dry cornea patients.

1. INTRODUÇÃO

Em julho de 82 iniciou-se no Hospital Lauro de Souza Lima um projeto de Prevenção de Comprometimentos Oculares na Hanseníase, elaborado por uma equipe de um médico oftalmologista e duas enfermeiras.

Atualmente todos os pacientes internados no setor hospitalar e setor social são avaliados pelas enfermeiras no setor de oftalmologia. Também são examinados os pacientes ambulatoriais que apresentam sinais ou sintomas de comprometimento ocular. É feita uma triagem dos pacientes que necessitam uma avaliação do oftalmologista.

São atendidos pela equipe do setor de oftalmologia do Hospital Lauro de Souza Lima mensalmente, em média 145 pacientes.

Durante os quatro anos de existência desta unidade verificou-se que, grande número de pacientes apresentaram por várias causas o ressecamento de córnea (olho seco). Percebeu-se que, com técnicas simples de prevenção a maioria dos pacientes mostraram uma melhora acentuada dos sinais e sintomas do olho seco. Os excelentes resultados da avaliação e do tratamento com técnicas simples levaram a equipe a elaborar este trabalho, querendo com o mesmo despertar o interesse de outros profissionais que atuam nesta área.

* Enfermeira, Professora da Universidade Livre de Berlim, a serviço da DAHW (German Leprosy Relief Association); Coordenadora do Serviço Oftalmologia do Hospital Lauro de Souza Lima - SP

** Enfermeira da Unidade Oftalmologia do Hospital Lauro Souza Lima - SP

*** Médico Chefe do Departamento de Oftalmologia do Hospital Lauro de Souza Lima - SP.

1.1 Objetivos do trabalho

- Mostrar as principais causas do olho seco na Hanseníase
- Apresentar exame simples para detecção de olho seco na Hanseníase
- Mostrar técnicas simples de prevenção e tratamento do olho seco na Hanseníase
- Apresentar os resultados obtidos na prevenção e tratamento do olho seco
- Despertar o interesse de outros profissionais que atuam nesta área para o problema do olho seco na hanseníase
- Oferecer subsídios para novas pesquisas na área.

1.2 Resumo sobre Hanseníase

A Hanseníase é uma moléstia infecciosa produzida por um bacilo álcool-ácido resistente, o *Mycobacterium Leprae*. A identificação deste bacilo foi feita por Hansen em 1784, e em sua homenagem, leva-lhe o nome. É um bacilo não cultivável até o momento. A reprodução por inoculação em animal, só teve êxito a partir de 1970, quando se passou a usar o tatu-*Dasypus novencintus* como modelo animal. Este animal quando inoculado desenvolve comprometimentos muito semelhantes aos do homem, sobrepujando-o em alguns aspectos.

A Hanseníase é uma doença própria do ser humano, sendo este o reservatório e a fonte de infecção. Pacientes portadores das formas contagiantes, eliminam bacilos em grande quantidade pelas secreções nasais, orofaríngeas e ulcerações da pele. Os bacilos eliminados podem atingir o indivíduo sadio e penetrar no organismo pelas mucosas e especialmente a nasal ou pela pele lesada. Uma vez penetrado no organismo pode produzir a doença nos indivíduos susceptíveis.

Depois de um período de incubação que varia de 02 a 05 anos, as primeiras manifestações iniciais são o aparecimento de manchas hipocrônicas, anestésicas e anidróicas em qualquer parte do organismo. Esta fase perdura em média de 03 a 05 anos, é chamada hanseníase indeterminada ou simplesmente forma (I). Dependendo da resistência imunológica do organismo a infecção pelo bacilo de hansen, a forma (I) pode ter regressão espontânea com cura completa, ou evoluir para as formas polares-Tuberculoide (T) ou Virchoviana (V) ou mesmo para a forma Bordeline (B).

No decorrer da evolução a hanseníase pode comprometer diversos segmentos do corpo. As partes mais comprometidas são a pele, mucosas e os nervos periféricos. Entretanto, outros órgãos são freqüentemente atingidos quer por ação direta do bacilo ou indiretamente nos processos reacionais. O aparelho visual pode ser atingido em ambos os processos.

Os comprometimentos neurológicos são mais freqüentes nos membros superiores e membros inferiores, levando a perdas severas da sensibilidade e deficiências motoras. Desta forma o paciente é privado de um dos mais importantes mecanismos de defesa do organismo que é a capacidade de sentir dor. A ausência de sensibilidade nas mãos e nos pés exige do paciente um maior uso da visão para proteger-se.

Os comprometimentos oculares conduzem muito freqüentemente a diminuição da acuidade visual ou mesmo à cegueira. Isso, às vezes associado a insensibilidade de mãos e pés expõe o indivíduo a graves riscos tornando-o vulnerável a toda ordem de traumas, ferimentos e mutilações.

A observação tem demonstrado que os comprometimentos oculares são muito mais freqüentes do que aparentam. Também tem-se observado que nos programas de controle de tratamento de Hanseníase tem-se dado muito pouca atenção a este aspecto.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para o presente trabalho foram examinados de Janeiro de 1985 a Junho de 1986, 100 pacientes de forma Virchoviana, 25 da forma Bordeline e 25 da forma Tuberculoide.

Foram avaliados os sintomas subjetivos apresentados pelos pacientes como também os sinais objetivos causados pelo olho seco.

Todos os pacientes que apresentaram tal comprometimento foram submetidos ao tratamento, reavaliados e acompanhados durante o período citado acima.

3. OLHO SECO NA HANSENÍASE

Ao examinar o olho do paciente, para avaliar ressecamento de córnea utiliza-se os seguintes métodos:

** Teste de Schirmer — Fita de papel de filtro de laboratório medindo 35mm e 5mm com a ponta dobrada que é encaixada no fundo do saco palpebral inferior na porção temporal; após 5 minutos mede-se a extensão da parte umedecida da fita, registra-se e compara-se com o valor normal (10 a 15 mm em 5 minutos).

** Fluoresceína — Em forma de bastonete ou colírio pinga-se uma gota ou coloca-se a ponta do bastonete molhada com soro fisiológico na parte inferior da conjuntiva no canto temporal, sem tocar a córnea, pede-se ao paciente para piscar e o olho estará tingido de amarelo. Com um foco auxiliar e lente azul-cobalto observa-se a córnea.

3.1 Causas

Baixa produção da lágrima — é considerada baixa produção da lágrima o valor no teste de Schirmer abaixo de 10 mm em 15 minutos. O ressecamento da córnea por baixa produção da lágrima deve ser confirmado com o teste de fluoresceína (mostrando áreas ressecadas) e os sintomas subjetivos (ardor, sensação corpo estranho, lacrimejamento). Tais sintomas não são encontrados em pacientes com alterações da sensibilidade de córnea.

Lagofalmo inicial — por lagofalmo inicial se entende a diminuição da força muscular no fechados pálpebras, podendo ser avaliado por presença de uma fenda palpebral de 1 a 2mm ao fechar suavemente os olhos e também através do teste da força muscular (pede-se ao paciente para fechar suavemente os olhos e o examinador com o dedo mínimo tenta elevar a pálpebra superior observando a falta ou diminuição da resistência e a demora prolongada para voltar à posição inicial).

O ressecamento da córnea ocorre no Lagofalmo Inicial principalmente durante o sono quando o paciente permanece várias horas com o olho ligeiramente aberto provocando, ao levantar-se sensação de corpo estranho, ardor e lacrimejamento.

Lagofalmo avançado — ocorrendo a paralisia do músculo orbicular, o paciente é impossibilitado de fechar os olhos e com isso realizar todos os movimentos (piscamento e fechamento completo dos olhos) necessários para a lubrificação da córnea levando ao olho seco.

Ectrópio — é a eversão e desabamento do bordo palpebral inferior, podendo ocorrer somente no canto temporal ou nasal provocando neste caso, a epifora (eversão do ponto lacrimal). Em ectrópio avançado ou completo ocorre a eversão total do bordo palpebral inferior.

O ressecamento da córnea ocorre pela ausência do piscar completo e exposição do globo ocular, não havendo assim a lubrificação da córnea.

Triquíase — entende-se por triquíase os cílios roçando a superfície da córnea, sendo que isto ocorre devido a: blefarocalose com inversão do bordo palpebral, nódulos e cicatrizes por lesões específicas no bordo palpebral e madarose ciliar e posterior crescimento de cílios em direções alteradas. O ressecamento da córnea ocorre por quebra do filme lacrimal provocado pelos cílios.

Outros — utilização do lubrificante sem haver causas específicas da doença.

As causas acima citadas que ocasionam o ressecamento da córnea (olho seco) podem ocorrer isoladamente ou em conjunto.

3.2 Sinais objetivos e sintomas subjetivos do olho seco:

Os sinais objetivos do olho seco são: baixa produção da lágrima, queratite puntata (lesões puntiformes no epitélio da córnea colorindo-se de amarelo com a fluoresceína, falha ou ausência do piscar, eversão palpebral, triquíase, hiperemia conjuntival.

Os sintomas subjetivos do olho seco são: ardor, sensação de corpo estranho (areia, terra, cisco), lacrimejamento, coceira e embaçamento da visão.

Os sintomas subjetivos podem não ocorrer em pacientes com ausência de sensibilidade de córnea.

3.3 Tratamento: — O tratamento está dividido em:

Lubrificação da córnea simples — esta é feita com um lubrificante artificial em forma de colírio que é usado em média uma gota 4 vezes ao dia.

Lubrificação da córnea completa — além do lubrificante artificial em forma de colírio que é usado uma gota 4 vezes ao dia e duas gotas à noite. Usa-se uma pomada a base de vaselina, cloranfenicol e vitamina A que é aplicada ao deitar.

Lubrificação completa e proteção diurna e noturna. Além da lubrificação completa (citada acima) orienta-se o paciente sobre o uso de óculos de sol com hastes laterais largas, chapéu durante o dia e óculos de pano para proteção noturna (durante o sono).

Em casos de triquíase, além do tratamento acima, faz-se a retirada dos cílios com uma pinça tipo de sombrancelha.

3.4 Avaliação do Tratamento: — Foi feita através de sintomas subjetivos, sinais objetivos e acuidade visual.

4. RESULTADOS

Foram examinados 150 pacientes no total, sendo agrupados pela forma da doença, usando-se a classificação de Madrid: 100 pacientes da forma Virchoviana (66,6%); 25 pacientes forma Bordeline (16,6%); 25 pacientes forma Tuberculóide (16,6%).

Dos 100 pacientes examinados da forma Virchoviana 66, dos 25 da forma Bordeline 17 pacientes, dos 25 da forma Tuberculóide 10 pacientes apresentaram ressecamento de córnea, isto significando que dos 150 pacientes examinados, 93 apresentaram ressecamento de córnea, ou seja, 62%.

As principais causas do ressecamento de córnea, separados por forma clínica da doença podem ser vistas nas Tabelas 1, 2 e 3.

TABELA 1 — Distribuição dos pacientes com forma tuberculóide segundo presença, causa ou sintomatologia e tratamento de ressecamento de córnea.

FORMA TUBERCULÓIDE	Nº PACIENTES	%
Total	25	100,0
Com ressecamento	10	40,0
Sem ressecamento	15	60,0
Total com ressecamento	10	100,0
Baixa produção	5	50,0
Lagofalmo I	2	20,0
Lagofalmo avançado	2	20,0
Ectrópio	1	10,0
Triquiase	—	—
Outros	2	20,0
Sintomatologia		
Com sinais e sintomas	9	90,0
Sem sinais com sintomas	1	10,0
Tratamento		
Só lubrificação	8	80,0
Lubrificação/proteção	2	20,0
Retirada/cílios	—	—

TABELA 2 — Distribuição dos pacientes com forma Bordeline segundo presença, causa, sintomatologia e tratamento do ressecamento da córnea.

FORMA BORDELINÉ	Nº PACIENTES	%
Total	25	100,0
Com ressecamento	17	68,0
Sem ressecamento	8	32,0
Total com ressecamento	17	100,0
Baixa produção	7	41,2
Lagofalmo I	8	47,0
Lagofalmo avançado	3	17,6
Ectrópio	3	17,6
Triquiase	5	29,4
Outros	1	5,9
Sintomatologia		
Com sinais e sintomas	15	88,2
Sem sinais com sintomas	2	11,8
Tratamento		
Só lubrificação	13	76,5
Lubrificação/proteção	4	23,5
Retirada/cílios	5	29,4

TABELA 3 — Distribuição dos pacientes com forma Virchowiana segundo presença, causa, sintomatologia e tratamento do ressecamento de córnea.

FORMA VIRCHOVIANA	Nº PACIENTES	%
Total	100	100,0
Com ressecamento	66	66,0
Sem ressecamento	34	34,0
Total com ressecamento	66	100,0
Baixa produção	25	37,8
Lagofalmo I	9	13,6
Lagofalmo avançado	10	15,1
Ectrópio	6	9,1
Triquiase	30	45,4
Outros	12	18,2
Sintomatologia		
Com sinais e sintomas	43	65,1
Sem sinais com sintomas	23	34,9
Tratamento		
Só lubrificação	56	84,8
Lubrificação/proteção	10	15,1
Retirada/cílios	30	45,4

Conforme mostrado na tabela 4, 39,8% dos pacientes tiveram como principal causa do ressecamento de córnea baixa produção e 37,6% a triquiase; 72% dos pacientes com ressecamento de córnea apresentaram sinais e sintomas 28%; no tratamento 82,8% usaram somente a lubrificação artificial; 17,2% usaram proteção diurna e noturna e em casos de triquiase, a 37,6% retirada dos cílios.

A maioria dos pacientes apresentaram ressecamento de córnea com mais de uma das principais causas.

No lagofalmo inicial os sinais e sintomas desaparecem após 48 horas de tratamento com lubrificante artificial em forma de colírio.

No lagofalmo avançado e ectrópio os sinais e sintomas desaparecem após mais ou menos uma semana de tratamento com lubrificante em forma de colírio e pomada, proteção diurna e noturna.

Em reavaliações de 3 a 6 meses, verificou-se uma melhora da acuidade visual de 10 a 30% em alguns casos, se a mesma foi prejudicada ou diminuída só pelo ressecamento de córnea.

Em reavaliações posteriores foram constatadas melhora em todos os casos tratados que apresentaram ressecamento de córnea.

Esse tipo de tratamento e prevenção tem que ser mantido com uma dose de manutenção até a retirada da causa.

TABELA 4 — Distribuição dos pacientes com hanseíase nas diferentes formas segundo presença, causa, sintomatologia e tratamento do ressecamento da córnea.

FORMA T - B - V	Nº PACIENTES	%
Total	150	100,0
Com ressecamento	93	62,0
Sem ressecamento	57	38,0
Total com ressecamento	93	100,0
Baixa produção	37	39,8
Lagofalmo I	19	20,4
Lagofalmo avançado	15	16,1
Ectrópio	10	10,8
Triquíase	35	37,6
Outros	15	16,1
Sintomatologia		
Com sinais e sintomas	67	72,0
Sem sinais com sintomas	26	28,0
Tratamento		
Só lubrificação	77	82,8
Lubrificação/proteção	16	17,2
Retirada/cílios	35	37,6

5. CONCLUSÃO

O trabalho realizado pela equipe, com aplicação das técnicas simples de tratamento e prevenção dos problemas causadores do ressecamento de córnea, em paciente com Hanseíase, mostrou-se de grande validade, visto que, em reavaliações posteriores foram constatados 100% de melhora neste tipo de comprometimento.

Foi de grande valia pela conscientização dos pacientes que passaram a procurar sistematicamente o serviço para controle do ressecamento da córnea e remoção dos cílios.

Com este trabalho, que é desenvolvido pela equipe, percebe-se a diminuição das alterações mais graves da córnea e em alguns casos uma melhora acentuada da acuidade visual.

Considerando os resultados obtidos a pouca literatura sobre o assunto e desinformação dos profissionais que atuam na área, julgamos conveniente algumas recomendações:

Que os profissionais que atuam no campo específico, procurem atualizar seus conhecimentos nas técnicas de detecção, prevenção e tratamento dos comprometimentos oculares na Hanseíase.

Que nos exames periódicos dos pacientes hanseíase se dê especial atenção ao ressecamento de córnea provocado por várias causas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLEN, J.H. et alii. The Pathology of Ocular Leprosy. *Archives of Ophthalmology*, 64:216-20, 1960.
2. ALLEN, J.H. The Pathology of Ocular Leprosy. *American Journal of Ophthalmology*, 61:987-92, 1966.
3. BECHELLI, L.M. & ROTBER, A. *Compêndio de Leprologia*. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 1956, p. 319-24.
4. BRAND, Margaret. The car of the Eyes. *The Star* 37:1-4, 1978.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia de Consulta de Enfermagem no Controle da Hanseíase*. Brasília, 1979, p. 16.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. *Prevenção e Tratamento das Incapacidades Físicas Mediante Técnicas Simples*. Rio de Janeiro, 1977.
7. CENTRO DE ESTUDOS "DR. REYNALDO QUAGLIATO". *Reabilitação em Hanseíase Prevenção de Incapacidades*. 4. ed. Bauru, Hospital "Lauro de Souza Lima", 1982, p. 55-60.
8. CHOYCE, D.P. Diagnosis and Management of Ocular Leprosy. *Brit. J. Ophthal*, 53:217-23, 1969.
9. DECOURT, P. *Anatomia e Fisiologia Humana*. São Paulo, Melhoramentos, 1951, p. 443-69.
10. DETHEFS, R. Prevalence of Ocular Manifestations of Leprosy in Port Moresby. Papua, New Guinae *Brit. J. Ophthal* 65:223-25, 1981.
11. MALLA, B.A. Ocular Findings in Leprosy Patients in an Institution in Nepal (Klokana) *Brit J. Ophthal* 65:226-30, 1981.
12. MENDONÇA DE BARROS, J. *Aspectos Clínicos do Comprometimento Oftalmológico*. São Paulo, Melhoramentos, 1939.
13. MENDONÇA DE BARROS, J. *As Complicações Oculares da Lepra*. 14:103-34, 1945.
14. ORBANEJA, J.G. & PERES, A.G. *Lepra*. Madrid, Paz, 1953, p. 256-66.
15. ROSS, V. *Manual de Hanseíase para o Pessoal do Campo*. Rio de Janeiro, CERPHA, 1975.
16. WEEREKOOON. Ocular Leprosy in Ceylon. *Brit J. Ophthal* 53:457-65, 1969.