

A ENFERMAGEM NA PERDA DA ACUIDADE VISUAL CAUSADA POR TRIQUIÁSE EM PACIENTES DE HANSENÍASE

Selma Regina Axcar Salotti *
Hannelore Vieth **
Sérgio Passeroti ***

RESUMO – O reconhecimento do grande número de pacientes com triquiáse e a inexistência de publicações nesse ramo motivou os autores a elaborar o presente trabalho. Os autores apresentam as causas, sinais, sintomas e consequências da triquiáse em relação à córnea e acuidade visual, como também o tratamento com técnicas simples. Pelos resultados obtidos durante os oito anos de experiência, verificou-se a grande valia do tratamento na prevenção da perda da acuidade visual provocada pela triquiáse.

ABSTRACT – The knowledge of a great number of patients with trichiasis and the lack of existence of publication about this subject, has motivate the authors to elaborate this article. The authors intenal to show the causes the signs, symptoms and consequences of trichiasis in relation to the cornea and visual acuity, as well as the treatment using simple thecniques. By the results obtained during the 8 years of experience, it has been noticed the great value of the treatment on prevention of loss of visual acuity caused by trichiasis.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Histórico

Desde 1982 o Hospital “Lauro de Souza Lima” dispõe de uma Unidade de Prevenção Oftalmológica. Todos os pacientes internados, e grande parte dos pacientes ambulatoriais passam, de rotina, pela avaliação específica, para detectar as alterações oculares o mais precoce possível.

Atualmente trabalham nessa Unidade, duas enfermeiras em tempo integral e um médico oftalmologista.

Durante o funcionamento da Unidade, chamou a atenção o grande número de pacientes que apresentavam triquiáse, muitas vezes, sem queixas específicas, mas produzindo graves lesões oculares.

Aplicando uma técnica simples de remoção manual dos cílios causadores da triquiáse, verificou-se uma melhora imediata da sintomatologia, e no decorrer do tempo uma diminuição das infecções secundárias e melhora da acuidade visual.

Os resultados obtidos levaram a equipe a elaborar este trabalho. Pretende-se com o mesmo, despertar o interesse dos profissionais da área de enfermagem para o problema, sabendo que tal comportamento não ocorre somente na Hanseníase.

1.2 Objetivos do Trabalho

1.2.1 Mostrar as principais causas e consequências da triquiáse na córnea em pacientes com Hanseníase.

1.2.2 Apresentar técnicas simples para a detecção e a remoção dos cílios.

1.2.3 Mostrar a recuperação do olho (da córnea), após tratamento.

1.2.4 Despertar interesse dos profissionais da área de enfermagem para esse problema.

* Enfermeira da Unidade de Oftalmologia do Instituto “Lauro de Souza Lima” – SP.

** Enfermeira-Professora de Enfermagem da Universidade Livre de Berlim a Serviço da DAHW (German Leprosy Relief Association).

*** Médico-Chefe do Departamento de Oftalmologia do Instituto “Lauro de Souza Lima” - SP.

1.3 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 a tatu *Dasy-pus novencinctus* como modelo animal. Este animal quando inoculado desenvolve comprometimentos muito semelhantes aos do homem, sobrepujando-os 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 através da pele lesada. Uma vez penetrada no organismo pode produzir a doença nos indivíduos susceptíveis.

Depois de um período de incubação que varia de 2 a 5 anos, as primeiras manifestações iniciais são o aparecimento de manchas hipocrômicas, anestésicas e anidróicas em qualquer parte do organismo. Essa fase perdura em média de 3 a 5 anos, é chamada hanseníase indeterminada (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 Tuberculóides (T) ou Virchowianas (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 frequentemente 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 frequentes 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 frequentemente à diminuição da acuidade visual ou mesmo à cegueira. Isso, associado à insensibilidade de mãos e pés expõe o indiví-

duo à graves riscos tornando-o vulnerável a toda ordem de traumas, ferimentos e mutilações.

A observação tem demonstrado que os comprometimentos oculares são muito mais frequentes do que aparentam. Também observa-se que nos programas de controle de tratamento da hanseníase tem-se dado muito pouca atenção a esse aspecto.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Para o presente trabalho foram examinados, de fevereiro a novembro de 1990, 600 pacientes, sendo 300 de forma Virchowiana, 150 da forma Bordeline e 150 Tuberculóides.

Foram avaliados os sintomas subjetivos (queixas do paciente) e sinais objetivos apresentados pelos mesmos com o auxílio da lâmpada de fenda e o teste de Fluorescência.

Todos os pacientes que apresentaram comprometimento, foram submetidos ao tratamento, reavaliados e acompanhados periodicamente.

3 TRIQUÍASE NA HANSENÍASE

3.1 Conceito

O quadro de cílios invertidos (pelo menos um), roçando a córnea e conjuntiva é chamado triquíase. Estes cílios em geral, muitos finos, sedosos, quase sem cor, são difíceis de serem vistos sem instrumental e técnica apropriada.

3.2 Causas

A avaliação de mais de 2.500 pacientes, permitiu observar que a triquíase está associada a:

3.2.1 Entrópico: – É a inversão do bordo palpebral superior ou inferior por cicatrizes (reações hansênicas, nódulos, ulcerações), edema e infiltração ou em consequência da blefarocalase (pregueamento excessivo da pele da pálpebra superior).

3.2.2 Madarose: – É a queda dos pelos da região superciliar e ciliar. As causas são em geral infiltrações hansênicas. Pode ser parcial, difusa ou total. O recrescimento dos pelos na região ciliar podem causar grandes problemas, (já que crescem em direção anormal). São muito finos, sedosos, atróficos, quase sem cor, perdendo sua função protetora a muitas vezes ferindo a córnea e conjuntiva.

3.2.3 Nódulos, Infiltrações e Placas: – Durante a fase aguda da Hanseníase ou em surtos reacionais aparecem nódulos, infiltrações e placas. Quando surgem na região ciliar, provocam alte-

ração no posicionamento do bordo palpebral, podendo causar inversão da mesma, triafase.

3.3 Sinais e Sintomas da Triqufase

Os sinais da triqufase a olho desarmado são: hiperemia conjuntival, lacrimejamento, cílios invertidos roçando a córnea.

Pacientes com triqufase costumam queixar-se de: lacrimejamento, prurido, sensação de corpo estranho, ardor, às vezes dor e visão embaçada.

Observação: – Estas queixas estão diminuídas ou ausentes em pacientes com hipoestesia e anestesia de córnea (mais ou menos 50% dos pacientes de Hansenfase).

3.4 Exame para Detecção da Triqufase

3.4.1 Material: – Para facilitar a detecção da triqufase, recomenda-se o uso do seguinte material:

- foco luminoso
- lente de aumento.

3.4.2 Método: – Examinador em pé, atrás do paciente. Paciente sentado, apoia a cabeça no examinador. Esta posição oferece maior apoio e segurança. Com os dedos o examinador afasta delicadamente a pálpebra superior. Com auxílio do foco luminoso e da lente de aumento, examina o bordo palpebral superior e inferior, observando a posição dos cílios. Se estiverem invertidos é possível visualizar com esse simples exame.

3.5 Tratamento da Triqufase

3.5.1 Material: – O material necessário para a remoção dos cílios invertidos é:

- foco luminoso
- lente de aumento – fixado no foco ou lupa binocular
- pinça (tipo sobancelha ou pinça de frís).

3.5.2 Método: – A posição do paciente e do enfermeiro é a mesma usada para a detecção da triqufase. Pede-se ao paciente que olhe para baixo em caso de triqufase de pálpebra superior e para cima em caso de triqufase da pálpebra inferior.

Com a mão esquerda o enfermeiro segura o foco luminoso com a lente de aumento fixada na mesma, ou lupa binocular e foco. Com o quarto e quinto dedos da mesma mão afasta delicadamente o bordo palpebral. Com a pinça na mão direita arranca um por um os cílios invertidos. Ao tentar remover os mesmos, estes podem romper-se, ficando difícil a remoção. Para não quebrar, é necessário prendê-los com a pinça o mais próximo possível do bordo, com cuidado

para não causar traumatismos.

Após cada seção de retirada de cílios, é indispensável o uso de um lubrificante artificial da córnea. Recomenda-se o uso do mesmo como proteção da córnea em média três vezes por dia. Em casos onde já houve lesões maiores na córnea, há necessidade do uso de pomada, auxiliando na recuperação do epitélio coreano.

3.5.3 Tratamento definitivo: – Existe o tratamento definitivo para a triqufase em forma de epilação e/ou cirurgia plástica. Como a maioria dos pacientes não tem acesso imediato ou tardio a estas técnicas, por motivos diversos, a retirada manual dos cílios torna-se o único meio acessível para a prevenção da perda da acuidade visual por triqufase.

3.5.4 Orientação ao paciente: – É ponto fundamental na prevenção das lesões oculares produzidas pela triqufase.

É preciso conseguir que o paciente tome consciência do seu problema e dos riscos que corre. O reconhecimento da sintomatologia é o ponto de partida para um programa de prevenção. Deve-se lembrar que há pacientes que conservam a sensibilidade da córnea o que permite a percepção precoce da presença de cílios roçando na córnea.

Nesses casos, recomenda-se ao paciente que ao perceber o problema procure o serviço para a remoção dos cílios anômalos.

Os pacientes com hipoestesia ou anestesia corneana, carecem daquele sistema de alarme. Estes, necessitam ser orientados quanto aos sintomas: lacrimejamento, hiperemia, visão embaçada e a necessidade de procurar imediatamente o serviço especializado para avaliação e tratamento, evitando assim as consequências mais graves da triqufase tais como: infecção secundária pela auto contaminação (prurido e lacrimejamento) leucoma (opacíficas) da córnea, pinoftalmia e cegueira irreversível.

Mesmo que não haja nenhum sintoma objetivo da triqufase, o paciente portador deste problema deve submeter-se a um exame de controle, no mínimo, uma vez por mês.

3.6 Avaliação da Eficiência do Tratamento

A diminuição ou desaparecimento dos sinais e sintomas e a melhora da acuidade visual são dados indicativos de acerto da técnica aplicada. A remoção dos cílios tem um efeito imediato sobre os sintomas: desaparece a sensação de corpo estranho, prurido, ardor e dor no olho. Os sinais na córnea desaparecem normalmente após 24 horas.

4 RESULTADOS

Foram examinados 600 pacientes no total, sendo agrupados pela forma da doença, usando-se a classificação de Madriat: 300 pacientes da forma Virchoviana (50%); 150 pacientes da forma Tuberculóide (25%) e 150 pacientes da forma Borderline (25%).

Dos 300 pacientes examinados da forma Virchoviana, 142 ou seja, 47,3%, dos 150 da forma Tuberculóide (8), ou seja 5,3%, dos 150 da forma Bordeline (58) ou seja 38,7%, apresentaram triquifase, sendo o número mais significativo na forma Virchoviana 47,3%, como pode ser visto na Tabela 01.

A Tabela 02 mostra as principais causas da triquifase, separados pela forma clínica da doença. Como pode ser visto nesta, o Entrópico é a

principal causa da triquifase, tanto na forma Virchoviana (21,7%) como na forma Borderline (18,7%).

Na Tabela 03, vemos o número de pacientes com queixas e sem queixas, separados pela forma clínica da doença, demonstrando que na forma Virchoviana, 65,5% dos pacientes com triquifase não apresentaram queixas. Esse fato se deve ao grande número de pacientes de Hansenfase que apresentam alterações na sensibilidade da córnea causada pelo comprometimento hansênico do 5º par de nervos craneanos.

Sendo avaliados através do teste de fluoresceína e analisando a córnea com auxílio da lâmpada de fenda, foram encontradas micro lesões epiteliais em todos os pacientes.

Tabela 01 – Número de pacientes com e sem triquifase em relação à forma clínica

Forma Clínica	Nº de Pacientes Examinados	Com Triquifase	Sem Triquifase
Tuberculóide	150 - 25%	08 - 5,3%	142 - 94,7%
Bordeline	150 - 25%	58 - 38,7%	92 - 61,3%
Virchoviana	300 - 50%	142 - 47,3%	158 - 52,7%
Total	600 - 100%	208 - 34,7%	392 - 65,3%

FONTE: UPO – Instituto “Lauro de Souza Lima”
Bauru - SP - 1990

Tabela 02 – Número de pacientes com triquifase conforme causa e forma clínica

Forma Clínica	Pacientes Examinados	Pacientes c/Triquifase p/Causa de Entrópico	Pacientes c/Triquifase p/Causa de Madarose	Pacientes c/Triquifase p/Causa Infil. e Nod.	Pacientes c/Triquifase p/Outras Causas
Tuberculóide	150	-	02 - 1,3%	03 - 2,0%	03 - 2,0%
Borderline	150	28 - 18,7%	12 - 8,0%	16 - 10,7%	02 - 1,3%
Virchoviana	300	65 - 21,7%	57 - 19,0%	19 - 6,4%	01 - 0,3%
Total	600	93 - 15,5%	71 - 11,8%	38 - 6,3%	06 - 1,0%

FONTE: UPO – Instituto “Lauro de Souza Lima”
Bauru - SP - 1990

Tabela 03 – Número de pacientes com triquifase em relação as queixas subjetivas ou não e forma clínica

Forma Clínica	Com Queixas	Sem Queixas	Total
Tuberculóide	07 - 87%	01 - 12,5%	08 - 100%
Bordeline	30 - 51,7%	28 - 48,3%	58 - 100%
Virchoviana	49 - 34,5%	93 - 65,5%	142 - 100%
Total	86 - 41,3%	122 - 58,7%	208 - 100%

FONTE: UPO – Instituto “Lauro de Souza Lima”
Bauru - SP - 1990

5 CONCLUSÃO

Na avaliação dos pacientes de Hansenfase deve-se incluir, de rotina, a verificação da existência de triquifase. Sendo a detecção fácil e requerendo apenas poucos recursos materiais e técnicos, todo posto de atendimento de paciente de Hansenfase, deve fazer avaliação ocular pelo menos cada 6 (seis) meses. Uma vez

detectado o problema, o paciente deve ser orientado e submetido à retirada dos cflios. Agendado para retorno e orientado para procurar auxílio, cada vez que sente a córnea sendo irritada.

Sabendo que mais de 50% dos pacientes apresentam, além da triquifase, alteração na sen-

sibilidade da córnea, esta tem que ser avaliada. Caso o paciente apresente uma sensibilidade baixa ou ausente, a retirada de cflios deve ser rotina uma vez por mês independente de o paciente apresentar sintomas ou não.

O presente trabalho foi de grande valia para conscientização dos pacientes que passaram a procurar sistematicamente o serviço para a remoção dos cflios com a técnica simples aqui apresentada. Notou-se uma diminuição das lesões e infecções do epitélio corneano causadas pela triquíase, e que esta técnica é um dos meios de prevenir as lesões e a destruição do epitélio corneano, a diminuição progressiva da visão e até infecções secundárias, que chegam algumas vezes à cegueira.

6 RECOMENDAÇÕES

6.1 Que todo paciente de Hanseníase seja rotineiramente avaliado em busca de sinais de triquíase.

6.2 Que os Centro de Saúde, Hospitais e Postos de atendimento providenciem pessoal treinado e material necessário para o tratamento preventivo do paciente com triquíase.

6.3 Que todos os profissionais procurem atualizar seus conhecimentos na técnica de detecção e tratamento da triquíase, tendo em vista que a mesma não acomete somente pacientes de Hanseníase.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALLEN, J.H. et alli. The Pathology of Ocular Leprosy. *Archives of Ophthalmology*, 64: 216-220, 1960.
- 2 ALLEN, J.H. The Pathology of Ocular Leprosy. *American Journal of Ophthalmology*, 61: 987-992, 1966.
- 3 BECHELLI, L.M., ROTHBERG, A. *Compêndio de Leprologia*. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde. 1956, 319, 324.
- 4 BRAND, M. The Car of the Eyes. *The Star*, 37: 1, 2, 3, 4, 1978.
- 5 BRASIL, Ministério da Saúde. *Prevenção e Tratamento das Incapacidades Físicas Mediante Técnicas Simples*. Rio de Janeiro, 1977.
- 6 ———. *Manual de normas e procedimentos da enfermagem do tipo ambulatorial no Controle da Hanseníase*. Brasília, 1978.
- 7 ———. *Guia de consulta de enfermagem no controle da hanseníase*. Brasília, 16, 1979.
- 8 ———. *Guia para o controle da hanseníase*. Brasília, 2ª edição, 1984.
- 9 CENTRO DE ESTUDOS "DR. REYNALDO QUAGLIATO". *Reabilitação em Hanseníase e Prevenção de Incapacidades*. 4 ed. Bauru, Hospital "Lauro de Souza Lima", 1982. p.55-60.
- 10 CRISTOFOLINI, L. Prevenção de Incapacidade na Hanseníase. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*. 35: 226-237, 1982.
- 11 ———. Assistência de Enfermagem na hanseníase. *Salusvita*, 4 (1): 01-09, Bauru, 1985.
- 12 CRISTOFOLINI, L. et alli. *A enfermagem na prevenção e tratamento dos comprometimentos oculares na hanseníase*. CBen - São Paulo, 1983 (não publicado).
- 13 ———. Ações da enfermagem nos comprometimentos oculares na hanseníase. In: *Salusvita*, 5 (1) 37-51, Bauru, 1987.
- 14 ———. Rotina de Enfermagem na avaliação dos comprometimentos oculares na Hanseníase. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 39: 86-89, 1986.
- 15 CHOYCE, D.P. Diagnosis and Management of Ocular Leprosy. *Brit. J. Ophthalmol.*, 53, 217-223, 1969.
- 16 GONÇALVES, A. *Epidemiologia e controle da hanseníase no Brasil*. Brasília, MS, DNDS, 1983.
- 17 ———. *Aspectos da epidemiologia e controle da hanseníase no Brasil*. Brasília, 1984 (não publicado).
- 18 MALLA, BRAND, ANTEN. Ocular Findings in Leprosy Patients in an Institution in Nepal (Klokana). *Brit. J. Ophthalmol*, 65, : 226-230, 1981.
- 19 MENDONÇA DE BARROS, J. *Aspectos Clínicos do comprometimento Oftalmológico*. Melhoramentos, São Paulo, 1939.
- 20 MENDONÇA DE BARROS, J. As complicações oculares na Lepra. *Revista Brasileira de Leprologia*, 14: 103-134, 1945.
- 21 VALE, S. *Subsídios para o estudo da lepra ocular*. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1944.
- 22 VIETH, H. et alli. *Avaliações e tratamento o olho seco na Hanseníase*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 40: 118-122, 1987.