

## *Fisioterapia no tratamento do lagoftalmo*

A cirurgia de transferência do músculo temporal para correção do lagoftalmo é considerada, por vários autores, a melhor escolha para recuperar a oclusão palpebral voluntária (ANDERSEN, 1961; LENNOX, 1966; RANNEY & FURNESS, 1973; MILLER & WOOD, 1976).

O fato de os ramos temporais do nervo trigêmeo que inervam o músculo temporal não serem, em geral, comprometidos pelo bacilo de Hansen, permite a transferência da porção média deste músculo, conforme preconiza GILLIES (1957) ou a porção posterior, de acordo com JOHNSON (1965).

No pré-operatório deve-se proceder à avaliação dos músculos da mímica facial, especialmente do orbicular dos olhos, para identificar a extensão e o grau de comprometimento motor (KENDALL, KENDALL & WADSWORTH, 1979). De acordo com ENNA & DELGADO (1968) e KARAT (1974), verificase com maior frequência a paralisia iso-lada do músculo orbicular dos olhos, por comprometimento do ramo zigomático do nervo facial.

A fim de avaliar, após a cirurgia, os resultados da transferência temporal, recomenda-se também, no pré-operatório, medir em milímetros a distância entre as bordas palpebrais superior e inferior, enquanto o paciente tenta ocluí-las (Fig. 21.1).

É recomendável que o ato cirúrgico seja precedido por exercícios de fortalecimento do músculo temporal, para compensar um certo

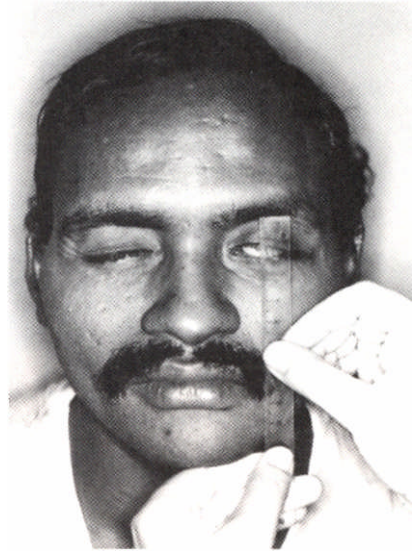
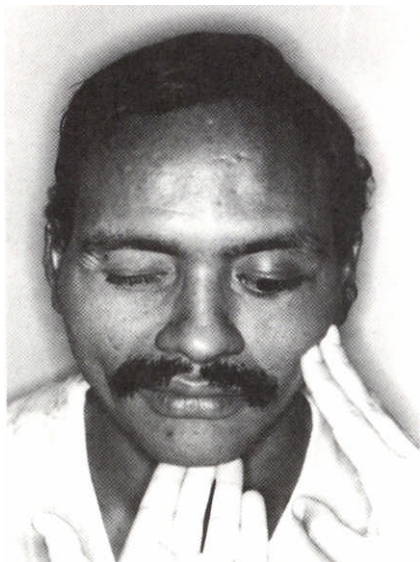


Fig. 21.1 Medida da fenda palpebral.

déficit funcional no período de repouso pós-operatório. Dada a impossibilidade de obter contração isolada, o músculo temporal deverá ser exercitado em conjunto com o masséter, agonista principal da mastigação (GARDNER, GRAY & O'RAHILLY, 1978). Para isso, o paciente deverá realizar o movimento de morder, repetidamente, em várias sessões ao dia. Preferencialmente, este exercício deverá ser associado à tentativa de obter o fechamento palpebral, combinado com o olhar direcionado para baixo. Desta forma o paciente adquire a consciência do objetivo da cirurgia, do movimento que deverá realizar para obter o fechamento palpebral e evita, ao olhar para

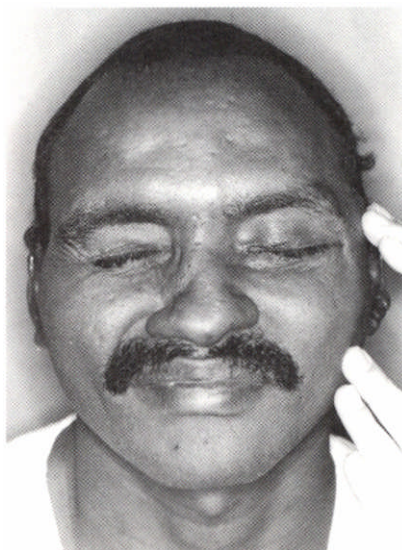
baixo, que após a cirurgia o músculo elevador da pálpebra atue de forma a impedir o movimento desejado (Fig. 21.2).



**Fig. 21.2** Exercício de fortalecimento.

Nas três semanas que se seguem à cirurgia é aconselhável reforçar as orientações médicas. Neste período o paciente não deve se alimentar com sólidos ou realizar o ato de morder.

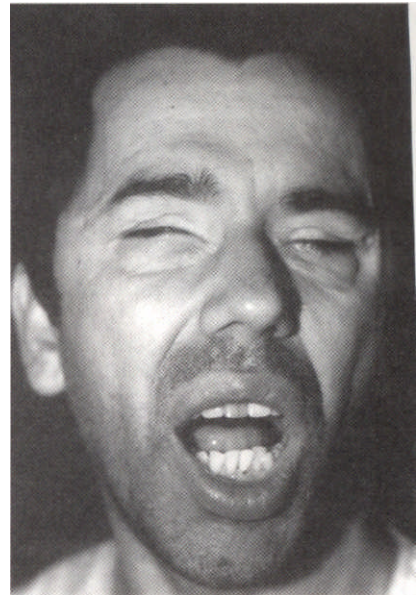
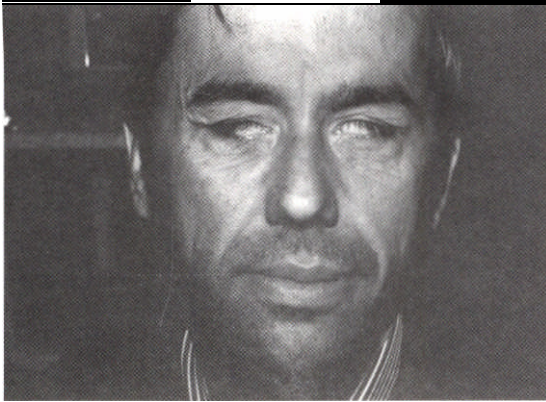
A programação de fisioterapia, que se inicia no vigésimo primeiro dia pós-operatório, consiste inicialmente em obter o fechamento palpebral. O paciente deve ser orientado para morder suavemente. A palpação simultânea do músculo masseter e da porção temporal transferida permite controlar o grau de força empregada (Fig. 21.3). Apenas quando este



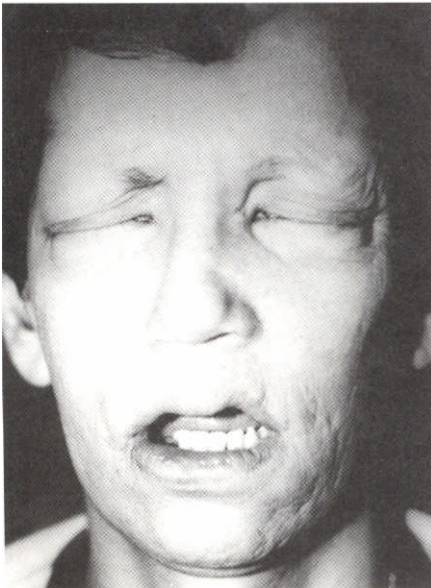
**Fig. 21.3** Palpação dom. masseter e da parte transferida do m. temporal.

objetivo é atingido, o paciente é instruído para fechar os olhos e relaxar o masseter gradualmente. Deste modo, a porção transferida do músculo temporal passa a atuar de forma independente, como se fosse um novo músculo orbicular dos olhos (Fig. 21.4 a e b e Fig. 21.5).

Embora em 58% dos 51 olhos operados em nosso serviço, o fechamento palpebral completo voluntário tenha sido recuperado, o retorno do piscamento palpebral involuntário e intermitente não foi observado. Este fato reflete a importância de treinar o paciente, a realizar séries periódicas de piscamento voluntário, manter a lubrificação artificial quando necessária, e demais cuidados de proteção ocular, especialmente nos casos com anestesia e exposição residual da córnea.



**Fig. 21.4 a e b** Pré e pós-operatório de transferência de m. temporal. Notar em b a atuação independente da porção transferida do músculo temporal.



**Fig. 21.5** Resultado pós-operatório. Atuação independente da porção transferida do m. temporal.

**BIBLIOGRAFIA**

- ANDERSEN, J.G. Surgical treatment of lagophthalmos in leprosy by the Gillies temporalis transfer. *Brit. J. plast. Surg.*, 14: 339-45, 1961.
- BACCARELLI, R. *Resultados da correção cirúrgica do lagofsterno ( Técnica de Gillies) em doentes de hanseníase*. Botucatu:UNESP, 1992. 45 p. Dissertação ( Mestrado em Ciências Biológicas ) - Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, 1992.
- ENNA, C.D. & DELGADO, D.D. Surgical correction of common deformities due to leprosy. *Plast. reconstr. Surg.*, 42: 422-32, 1968.
- GARDNER, E.; GRAY, D.J. & O'RAHILLY, R. *Anatomia*. 4.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978. 652-4.
- GILLIES, H. & MILLARD, R. *The principle and art of plastic surgery*. Boston, Little Brown and Comp., 1957. 601-9.
- JOHNSON, H.A. An operation to restore eyelid function lost in leprosy. *Int. J. Leprosy*, 33:89-94, 1965.
- KARAT, S. Correction of lagophthalmos by temporalis transfer. In: Mc DOWELL, F. & ENNA, C.D. *Surgical rehabilitation in leprosy*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1974. p.85-112.
- KENDALL, H. O.; KENDALL, F.P. & WADSWORTH, G.E. *Músculos pruebas y funciones*. 2.ed. Barcelona, JIMS, 1978. p.65-143.
- LENNOX, W.M. Management of lagophthalmos in leprosy. *Lep. Rev.*, 37:151-7, 1966.
- MILLER, S.H. & WOOD, A. M. Surgical treatment of facial nerve involvement caused by leprosy. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 25: 445-8, 1976.