

Princípios Gerais em Cirurgia Reparadora em Hanseníase

Todos os princípios básicos do bom atendimento médico para qualquer paciente se aplicam também aos doentes de hanseníase. Freqüentemente ouvimos que "qualquer coisa que fizermos por estes infelizes leprosos já serve". Pelo contrário, gostaríamos de enfatizar que o melhor tratamento possível, tanto clínico como cirúrgico, deve ser oferecido a estes pacientes para compensar o muito que eles perderam.

Todos os pacientes que ingressam em um programa de reabilitação devem ter seu diagnóstico corretamente firmado, seja hanseníase ou não, sua forma clínica determinada e o estágio de desenvolvimento em que se encontram. De modo geral, apenas os pacientes já curados ou com a doença em fase quiescente devem ingressar num programa de reabilitação cirúrgica. Cada paciente deve ser orientado em relação à prevenção de incapacidades em qualquer fase de sua doença. É importante que o paciente tenha incorporado adequadamente as regras de prevenção de incapacidades antes de entrar em um complexo programa de cirurgia reconstrutiva.

O tratamento clínico deve ser adequado e supervisionado por um dermatologista ou hansenologista competente. As reações e neurites devem ser controladas. Procedimentos de emergência, como descompressão de nervos, correção de lagofthalmos, desbridamento de úlceras ou drenagem de abscessos, podem ser feitos a qualquer momento. O perigo em se

operar um paciente com doença ainda ativa ou predisposto a desenvolver reações, reside no fato de que podemos estimular o surgimento de um estado reacional como eritema nodoso, neurites ou reação reversa. Temos visto situações muito graves e desastrosas após uma simples intervenção por conta deste aspecto. Quando uma cirurgia de emergência é necessária, devemos observar cuidadosamente o paciente e, algumas vezes, será necessário o uso preventivo de corticóide.

Como regra geral, dizemos que os pacientes candidatos a cirurgia reparadora de face, mãos ou pés devem estar bacteriologicamente negativos e clinicamente quiescentes por pelo menos um ano ou, preferentemente, por dois anos. Isto não é uma regra rígida mas é segura. Muitos cirurgiões operam mais precocemente.

Em relação à cirurgia, muitos dos procedimentos utilizados nos pacientes de hanseníase são cirurgias delicadas, tanto da área de cirurgia plástica, de mão, nervos ou cirurgia ortopédica. Portanto, não há lugar para o uso de técnicas incorretas ou descuidadas e emprego de instrumentos e fios inadequados, com a desculpa de que se trata apenas de "um paciente leproso e que ninguém faria algo por ele, de qualquer modo!". Por este motivo, insistimos em treinar neste campo apenas aqueles cirurgiões já formados nas demais áreas da cirurgia. Existe ainda muito espaço para ser ocupado por um cirurgião que queira dedicara

maior parte de seu tempo ou mesmo toda a sua vida à hanseníase, mas para o propósito da integração é melhor que o cirurgião inclua estes pacientes em sua prática diária, tanto em seu consultório particular como em serviços universitários ou da rede pública de saúde. No caso das universidades existe a vantagem adicional de muitos estudantes estarem aprendendo os cuidados com estes pacientes. Somente quando os hansenianos forem aceitos sem restrições em qualquer serviço de saúde é que o problema do estigma desaparecerá.

Os pacientes não podem apresentar nenhuma infecção no momento da cirurgia. É importante enfatizar este ponto, pois muitos pacientes apresentam infecções nos pés, mãos e face e apenas um exame cuidadoso permitirá sua identificação, uma vez que apenas poucos pacientes se dispõem a referir esta condição. Reforçamos a necessidade também de o paciente conhecer bem como prevenir as incapacidades assim como os cuidados com suas mãos, pés e olhos. É desejável ter-se uma enfermeira para examinar todos os pacientes que se apresentam ao programa de reabilitação. Elas devem verificar a presença de ferimentos nas mãos e pés e também fazer um avaliação da condição ocular destes pacientes. Desta forma, o paciente já ingressa no programa com os cuidados de prevenção necessários e muito tempo é economizado para o médico. A necessidade de sapatos especiais também pode ser definida logo no início do programa. Muitas vezes somente após a realização de uma complexa cirurgia no pés é que se descobre que o paciente não tem sapatos adequados, perdendo-se muito tempo do paciente ou mesmo causando dano pelo uso de sapatos inadequados.

Algumas vezes, a "necessidade sentida" por uma cirurgia reconstrutiva fará com que o

paciente aceite as regras de prevenção de incapacidades. Este comportamento também permitirá avaliar o grau de motivação do paciente, o que é muito importante. Nenhum programa terá sucesso se não houver motivação e ativa participação do paciente.

Condições do bloco cirúrgico

Estas condições devem ser as mesmas ideais para qualquer cirurgia ortopédica não contaminada. Não há, em absoluto, lugar para improvisações nos dias atuais, pelo menos na América do Sul. Existem muitos centros cirúrgicos de ótima qualidade na maioria das cidades onde se trata hanseníase.

Instrumental

O único instrumento especial que recomendamos são os tunelizadores de Anderson/Brand (Fig. 26.5), os quais são difíceis de serem obtidos, a não ser em companhias de instrumentos cirúrgicos na Índia.

Anestesia

Muitas das cirurgias podem ser feitas sob anestesia local ou regional, utilizando-se sedação concomitantemente. O uso de garrote é necessário para a maioria das cirurgias de mão e pé. Um paciente sedado poderá suportar um garrote no membro superior por cerca de 45 minutos, mas apenas por 15 minutos quando aplicado na coxa. Por este motivo nós preferimos o uso de raqui anestesia ou anestesia geral para cirurgias nos membros inferiores e anestesia local ou regional para cirurgias no membro superior. Um bloqueio de punho, com infiltração em torno do nervo mediano, ulnar e

radial é muito bem tolerado pelo paciente. Não esquecer de bloquear o ramo dorsal do nervo ulnar se a cirurgia envolver a área por ele innervada. O bloqueio axilar ou de plexo braquial é, provavelmente, a melhor maneira de se obter anestesia para cirurgia de mão, porém há necessidade de experiência para executá-lo. Alguns cirurgiões utilizam rotineiramente bloqueio intravenoso tipo Bier.

A cirurgia de descompressão nervosa pode ser feita com anestesia por infiltração local. Nestes casos, o uso de adrenalina diminui o sangramento.

Em geral, recomendamos a presença de um anestesista na sala para controlar o paciente, mesmo quando se utiliza anestesia local. Insistimos no fato de que, muitas vezes, temos visto negligência com os cuidados para com o paciente por falta de recursos mas, também, "por se tratar apenas de um leproso".

Exame do paciente

O conhecimento de todos os nervos periféricos, os músculos por eles innervados e

sua área de distribuição na pele é fundamental para qualquer pessoa que for trabalhar com hanseníase. Deve-se saber, também, reconhecer os sinais de uma neurite ativa e de uma reação tipo eritema nodoso ou reversa. Os nervos podem ser palpados em áreas específicas. Somente o cuidadoso e periódico exame neurológico nos permitirá saber sobre a progressão de uma neuropatia, se está melhorando ou piorando, assim como nos auxiliar a tomar a decisão de quando intervir cirurgicamente. O auxílio de um fisioterapeuta e de um terapeuta ocupacional competente é valioso neste particular.

Nenhuma transferência tendinosa deve ser tentada sem que o paciente tenha sido submetido a uma completa avaliação e a um processo de educação pré-operatória pelo fisioterapeuta e pelo terapeuta ocupacional. Estes dois profissionais são extremamente necessários para a obtenção de bons resultados em cirurgias de transferências tendinosas, principalmente nas mãos.

BIBLIOGRAFIA

- HASSELBLAD, O.W. The role of rehabilitation in the treatment of leprosy. *Int.J.Lepr.*, 41:372-381, 1973.
- HUERTA, R. Views of a health administrator on leprosy control problems. *Int.J.Lepr.* 36: 382, 1968.
- KANAGARAJ, J.D. Plastic surgery in the rehabilitation of the leprosy patients. *Lepr.Rev.*, 25: 87-101, 1954.
- KARAT, S. & FURNES, M. A. Reconstructive surgery and rehabilitation in leprosy. *Physiotherapy*, 54:317-322, 1968.
- KARAT, S. Preventive rehabilitation in leprosy. I and II. Causes of debilitation. *Lepr.Rev.*, 39: 39-44, 1968.
- KARAT, S. Preventive rehabilitation in leprosy. III. Principles of practical application. *Lepr.Rev.*, 39: 75-78, 1968.
- KARAT, S.; RAO, P.S.S. & KARAT, A.B.A. Prevalence of deformities and disabilities among leprosy patients in an endemic area. *Int.J.Lepr.*, 40: 265-270, 1972.
- KAZEN, R. Hansen's disease surgery in africa - A challenge or a fading phenomenon? *The Star.*, may-june, 1-2, 1992.
- KELLER, R.F. & RYAN, M.A. The incidence of disabilities in hansen's disease after the commencement of chemotherapy. *Lepr.Rev.*, 51: 149-154, 1980.
- MALLAC, M.J. Onset and pattern of deformity in leprosy. *Lepr.Rev.*, 37: 71-91, 1966.

24 Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase

- MANZI, R. et al. Rol del hospital monovalente (lepra) y organizacion de la rehabilitacion en lepra. *Temas de Leprologia*, 18: 5-11, 1974.
- MARINO, H. Rehabilitacion plastica del enfermo de lepra. *Bol.Acad.Nac.Med.Bs.As.*, 50: 123-129, 1972.
- PRINCE, J.E. A study of leprosy patients with deformities and the implications for the treatment of all leprosy patients. *Lepr.Rev.*, 54: 129-137, 1983.
- RAO, P.S.S. et al. Prevalence of deformities and disabilities among leprosy patients in an endemic area. Part I. General Findings. *Int.J.Lepr.*, 38: 1-11, 1970.
- RIEDEL, R.G. The timing of reconstructive surgery in relation to the course of leprosy. *Lepr.Rev.*, 41: 45-51, 1970.
- ROTBERG, A. The serious latin-american problem caused by the complex "Leprosy: the Word, the Disease" and an Appeal for World Cooperation. *Lepr.Rev.*, 43: 96-105, 1972.
- SELVAPANDIAN, A.J. Reconstructive surgery in leprosy deformities. *Int.J.Lepr.*, 39: 660-666, 1971.
- SKISNES, O.K. The need for long-term follow-up of surgical reconstruction in leprosy. *Int.J.Lepr.*, 45: 291-291, 1977.
- VIRMOND, M. & DUERKSEN, F. A situação atual da cirurgia no tratamento global da hanseníase. *Hansen Int.*, 13: 34-36, 1988.
- VIRMOND, M.; DUERKSEN, F. & GONÇALVES, A. Report and evaluation of brazilian experience in the rehabilitation of patients with leprosy. *Lepr.Rev.*, 60: 214-220, 1989.
- WARREN, A.G. Are deformities stigmatizing? A Surgeon's Approach. *Lepr.Rev.*, 43: 74-82, 1972.
- WATSON, J.M. Disability control in a leprosy control programme. *Lepr.Rev.*, 60: 169-177, 1989.