

CONTRIBUIÇÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA PARA A REABILITAÇÃO DOS DOENTES DE LEPRO*

M. G. MARTINS FILHO**

Vários autores têm tratado do problema da reabilitação dos doentes de lepra sob os múltiplos aspectos que apresenta. Assim a reabilitação social, a proteção e o trabalho aos egressos, o amparo moral e psíquico e a cirurgia plástica e reparadora para as deformidades resultantes têm sido preconizados desde Agricola¹, Bailey², Brand^{3 e 4} e outros. Entre nós não são poucos os que se ocuparam do assunto, entre êles Costa⁶, Campos & Bechelli⁵, Gomes⁸, Lima¹⁰, Mariano¹¹, Pupo, Baptista & outros¹³, Farina⁷, Prudente¹², Silveira¹⁴ e Valle¹⁵.

A lepra provoca em seus portadores lesões orgânicas já fartamente conhecidas e divulgadas, que levavam e continuam a levar os doentes à segregação obrigatória ou voluntária, devido as alterações produzidas no aspecto físico, causadas pela intensa infiltração lepromatosa ou por suas seqüelas.

Sob o ponto de vista estético, são as lesões localizadas na face as que provocam maiores alterações fisionômicas. Vamos enumerá-las a seguir:

- a) Lepromas, em atividade, supurados, parcial ou totalmente reabsorvidos ou cicatrizados.
- b) *Madaroses* ciliar e superciliar e alopecia da barba e bigodes.
- c) *Lesões oculares*: edema conjuntival e retração, ectropion, infiltração e opacificação da córnea com perda da visão, irites, glaucoma, opacidade do cristalino, destruição do globo ocular por leproma.
- d) *Rinite hipertrófica*: perda do olfato e do gosto.
- e) *Destruição das cartilagens nasais* e conseqüente afundamento da ponta do nariz.
- f) *Empastamento* brilhante da face: face leonina.
- g) *Infiltração lepromatosa* difusa do derme, dando como conseqüência, tardiamente, ao se reabsorver em parte o infiltrado, o aspecto de pele em papel crepon, atrófica.
- h) *Manchas discrômicas*.

Quando se fala em reabilitação, considera-se o problema pelo seu duplo aspecto orgânico e psíquico.

A recuperação orgânica, produzida pelos modernos antilepróticos químicos, biológicos ou bioquímicos, tais como as sulfonas, os derivados uréicos e os antibióticos têm-nos feito acreditar que a M.H. esteja nos seus

* O primeiro artigo desta série foi publicado no nº 1, vol. 28, da Revista Brasileira de Leprologia, sob o título *Contribuição para o estudo da abrasão da pele da face em doentes lepromatosos*.

** Cirurgião-Plástico do Sanatório Santo Ângelo, São Paulo, Brasil.

últimos decênios. Pelo menos quanto ao aspecto terrificante que apresentou através da História da Medicina.

Interesse muito maior, entretanto, têm os doentes de lepra pelo seu aspecto físico do que pelo estado orgânico, isto é, não se importam tanto se continuam ou não positivos para M.H.

Querem ter aparência normal, recuperar fisionomias humanas, conviver novamente com seus familiares e com o mundo são, de fora dos Sanatórios. Esse lado do problema, quase que puramente psíquico, é muito importante e deve ser considerado pelos que estudam atentamente a questão da reabilitação e recuperação dos doentes. Fica assim estabelecida quase que uma obrigação de, ao lado de se procurar a recuperação orgânica, objetiva, dar-se início também à reabilitação psíquica dos pacientes.

Nesse ponto estamos inteiramente de acordo com Kanakaraj¹⁴ e Brand¹⁵.

Esta parte pertence à Cirurgia Plástica e é exatamente o motivo deste trabalho: mostrar a mudança radical que se operou no aspecto físico e estético dos pacientes tratados cirurgicamente numa fase precoce e ainda ativa da moléstia.

Não tivemos nenhum compêndio onde estudar o problema, pois os conselhos e a orientação clássica em leprologia têm sido sempre no sentido de jamais operar qualquer caso em atividade, devido ao temor de reativação de lesões operadas, de deiscência de suturas e da não cicatrização das feridas cirúrgicas.

Operamos doentes positivos, em fase aguda, e os resultados foram, sem exceção, amplamente satisfatórios, sem nenhum insucesso. Não houve deiscência de suturas, nem reativações de lesões, nem supurações, enfim, nenhuma das complicações previstas sistematicamente pela antiga concepção leproológica.

A nossa tese, sustentada neste trabalho, é a de se fazer simultaneamente o tratamento específico antileproótico, e o tratamento cirúrgico das lesões lepromatosas. Em alguns casos seria mesmo mais indicado fazer-se primeiro o tratamento cirúrgico, para mostrar aos pacientes, de um modo objetivo, como se esta trabalhando em seu benefício, o que os levaria a aceitar e colaborar mais com o tratamento específico da lepra.

Temos observado nestes 2 anos de atividades no Sanatório Santo Ângelo, que a reabsorção dos lepromas sempre se faz em profundidade, da periferia para o centro, ocasionando aquelas cicatrizes anetodérmicas e manchas hipercrômicas. Numa fase como esta é completamente contra-indicada a cirurgia abrasiva.

Por mecanismo ainda não suficientemente claro para nós, a abrasão dos lepromas numa fase precoce deu sempre resultados altamente satisfatórios, sem nenhuma cicatriz.

Como explicar a ausência de cicatrizes anetodérmicas, pós-abrasão, se os lepromas são dérmicos?

Na relação dos casos que vamos mostrar a seguir, apenas o primeiro é o de doente já em fase negativa para M.H., e os restantes todos positivos e em fase aguda, porém não reacional.

O 1.º caso, W.S., 35 anos de idade, de cor branca, internado desde 1937, tratado com infiltrações chalmúrgicas na face, chegou à negatificação bacterioscópica com o advento das sulfonas. A fisionomia desse moço de 35 anos aparentava idade de 50 ou 60 anos. A pele do rosto se atrofiara e tinha o aspecto de papel crepon. Remetido a Santo Ângelo, vindo do Sanatório Padre Bento, foi o paciente submetido à abrasão elétrica do rosto. Em 5 tempos consecutivos, no intervalo de 3 meses, de 31-3-1960 e o último em 10-5-1960, podemos comparar os resultados antes e depois (fotos 1 e 2).

1º CASO



1

2

Houve a recuperação do epitélio de revestimento da face, sem o enrugamento anterior e o aspecto de papel crepon. Além disso, o turgor e a elasticidade da pele voltaram ao normal, o que sugere que não só houve regeneração do epitélio de revestimento senão também das fibras elásticas do tecido conjuntivo dermo-epidérmico.

O 2.º caso, C.C., 58 anos de idade, côr branca, internado em 30-11-1959, lepra lepromatosa em atividade, foi submetido à abrasão elétrica do rosto

2º CASO



3

4

5

em 7-3-1960. Apresentava lepromas do rosto. Comparar os resultados antes e depois (fotos 3, 4 e 5).

O 3º caso, paciente J.C., 42 anos, côr parda, internado em 30-11-1959, com lepromas da face, foi submetido à abrasão elétrica do rosto em 10-3-1960 (fotos 6 e 7).

3º CASO



6

7

O 4º caso, L.G.V., 27 anos, côr branca, internado em meados de 1959, com lepromas da asa direita do nariz. Submetido à abrasão elétrica em 1-12-1959 (fotos 8, 9 e 10).

4º CASO



8

9

10

São êstes 3 casos (2.º, 3.º e 4.º) mais os do nosso trabalho anterior, apresentado a Sociedade Paulista de Leprologia em sessão de 10-2-1960, os de interêsse sob o ponto de vista da cicatrização de lepromas abrasados. Estão mesmo a merecer um estudo mais profundo de parte dos leprologistas.

O 5.º caso, J.H.D., côr branca, 63 anos, internado em 12-1-57, com lepromas nas asas e na ponta do nariz. Neste caso fizemos a ablação cirúrgica das lesões em 12-6 e 19-6-1960 (fotos 11 e 12).

5º CASO



11

12

6º CASO



13

14

6º CASO



15



16

7º CASO



17



18



19



20

8º CASO



21



22



23



24

Os 6.º, 7.º e 8.º casos são semelhantes. M.X.S., sexo feminino, côr parda, 37 anos, internada em meados de 1959 com intensa lepromatizacdo do rosto e orelhas substanciosas e lepromatizadas; V.P., 47 anos, côr branca, masculino, internado em 1943, intensa infiltração lepromatosa no rosto e nas orelhas, fugitivo várias vêzes do Sanatório Santo Ângelo e de outros Sanatórios, de onde se evadia para pedir esmolos, doente rebelde que não quis jamais tomar drogas antilepróticas, esta agora colaborando e fazendo tratamento sulfônico, depois de ver os resultados cirúrgicos de seu caso e dos outros operados; finalmente, D.P., 34 anos, masculino, côr branca, internado em 1957, com intensa infiltração lepromatosa do rosto e das orelhas.

Nestes 3 casos fizemos a intervenção cirúrgica nos pavilhões auriculares infiltrados, substanciosos, bacterioscopicamente positivos para bacilos A.A.R. ++ e +++, seguindo uma técnica pessoal. A incisão na parte posterior da concha, descolamento de todo o tecido infiltrado, descascamento dos lepromas com bisturi, ressecção de tecido excedente e sutura posterior, em um só tempo, incluindo também a amputação do lóbulo.

Tal como pudemos observar, nestes três casos de lepra lepromatosa em atividade, de orelhas intensamente infiltradas e lepromatizadas, os resultados foram amplamente satisfatórios. Como curiosidade lembramos que o material extraído dos pavilhões auriculares dêstes pacientes foi enviado ao Instituto "Conde de Lara" para a preparação de reagentes específicos para Mitsuda.

CONCLUSÕES

O autor sugere a intervenção plástica logo na internação dos pacientes, simultaneamente com o tratamento antileprótico ou mesmo antes dêle. O maior mérito dessa conduta consiste na recuperação psíquica dos pacientes, que passam a colaborar. Os resultados são satisfatórios e o atual critério de que não se deve operar casos em atividade deve ser substituído pelo de que se deve operar nas fases mais agudas e ativas da lepra. Apresenta 8 casos de M.H., tratados com sucesso, sendo 1 de lepra curada bacterioscopicamente e os outros 7 restantes de M.H. ativa e positiva para os bacilos A.A.R., muco e lesão.

SUMMARY

The author advocates plastic surgery following the admission of patients, simultaneously with specific medicine or before it. The principal advantage of this procedure is a initial psychic rehabilitation of the patients, that are induced to help the treatment. Good results are obtained. The current limitation of plastic surgery in "cured" or arrested cases must be substituted for the removal of the deformities in the acute and active disease. Presents 8 leprosy cases, successfully treated, 1 of "cured" leprosy patient and the others 7 of acute and active disease, with positive bacterio-scropy in mucus and lesion.

BIBLIOGRAFIA

1. AGRICOLA, E. — A atual organização social em favor do hanseniano. Bol. Serv. Nac. Lepra **15**(3):195, 1956.
2. BAILEY, W. — International Leprosy Conference of the Mission to Lepers and American Leprosy Missions. Leprosy India **26**(2):55-62, 1954.
3. S. BRAND, P. W. — The place of physical medicine and orthopaedic surgery in leprosy. Leprosy Rev. **25**(1):5-10, 1954.

4. BRAND, P. W. — The value of surgical and physiotherapeutic measures in leprosy. *Leprosy India* **21**(2):131-137, 1955.
5. CAMPOS, N. S. & BECHELLI, L. M. — Organização e funcionamento de Preventórios. Rio de Janeiro, S.N.L., 1948.
6. COSTA, L. — Assistência social ao egresso. III Conferência Panamericana de Leprologia, Buenos Aires, 1951. Memória, Buenos Aires, **1**:331-332, 1953.
7. FARINA, R. — Hipertrofia e ptose do lóbulo da orelha na lepra. Correção plástica. *Rev. Brasil. Lepr.* **18**(4):177, ???
8. GOMES, J. M. — Egressos da lepra. *Bol. Fed. Soc. Assist. Lázarus Def. contra Lepra* **2**(14):11, 1930.
9. KANAKARAJ, J. D. — Plastic surgery in the rehabilitation of the leprosy patient. *Leprosy Rev.* **25**(2):87-101, 1954.
10. LIMA, L. S. — Assistência aos egressos dos leprosários. I Conferência Nacional de Assistência Social aos Lázarus, Rio de Janeiro, 1939. M.E.S., Rio de Janeiro, 1941, pp. 371-376.
11. MARIANO, J. — Artesanato (Centro de reabilitação de enfermos negativados). *Arq. MM. Lepr.* **19**(3):363-370, 1959.
12. PRUDENTE, A. — La cirugía plástica frente a los dos mas grandes flagelos de la humanidad: el cancer y la lepra. *An. Cir.* **3**(4):442-443, 1937.
13. PUPO, J. A.; BAPTISTA, L.; BARROS, J. M. & outros — Subsídios para a profilaxia da lepra (Conceito atual, disposições legais e regulamentação correlata). VI. Educação sanitária e reabilitação social do hanseniano. *Rev. Brasil. Lepr.* **24**(9):215, 1956.
14. SILVEIRA, L. M. — A cirurgia plástica na lepra. II Conferência Panamericana de Lepra, Rio de Janeiro, 1946. Rio de Janeiro, v. 2. pp. 211-240.
15. VALLE, S. — Possibilidades da cirurgia plástica na lepra. *Brasil Med.* **53**(5): 126-142, 1939.