

ALTERAÇÕES DOS OLHOS E ANEXOS NA LEPRA TUBERCULÓIDE

JOSÉ MENDONÇA DE BARROS
Oculista do Sanatório Padre Bento

E' muito pouco o que temos a relatar referente às complicações dos olhos e anexos nos portadores da forma tuberculóide de lepra. Com efeito: do ponto de vista ocular as variedades tuberculóide e lepromatosa do mal de Hansen situam-se em pontos diametralmente opostos de uma escala, constituindo portanto verdadeiras *formas polares* para aplicar a feliz denominação de RABELO JÚNIOR. Em uma, a lepromatosa, o órgão da visão é atacado de maneira quasi constante, e se se levar a observação a um prazo longo poder-se-a dizer que não existe caso indene; em outra, a tuberculóide, êsse comprometimento é praticamente nulo, resumido que fica a uns poucos casos em que há comprometimento *indireto* da córnea e a outros em que os anexos estio atingidos.

MATERIAL

A experiência em que nos baseamos para dizer o que está acima, e que alias não representa novidade alguma, é resultante da observação de 306 pacientes portadores de lepra tuberculóide que passaram pelo Serviço de Olhos do Sanatório Padre Bento, e que apresentavam documentação integral permitindo seu catalogamento nessa variedade. Os exames foram completos, isto é, incluíram observação com a lampada de FENDA e microscópio corneano; foram repetidos tantas vezes quantas se julgou necessário para completa e perfeita avaliação do caso.

ANEXOS

O aparecimento de lesões de natureza tuberculóide nos anexos oculares, entre êstes compreendida a regido superciliar, é fato frequente. Assim foram verificadas alterações na região superciliar produzindo ou não queda dos pelos da regido, nas palpebras, espe-

cialmente a inferior, no rebordo ciliar. Foi verificada a existência de ataque aos filetes do facial que inervam o orbicular em uma paciente com lepra tuberculóide da pele, originando lagoftalmo paralítico bilateral, isto sem existência de lesão na pele vizinha.

As lesões do tipo denominado Reação Tuberculóide, Tuberculóide aguda ou sub-aguda, ou que melhor denominação tenham, quando localizadas em tórno dos olhos, são suscetíveis de produzir distúrbios oculares como já tivemos ocasião de relatar anteriormente: nessa fase de reação tais lesões avultam, se engorgitam, tumefazem-se, produzindo eversão da pálpebra inferior com exposição da conjuntiva que, em contáto com o ar, se hiperemia donde surgir lacrimejamento e, ás vêzes, secreção. Um caso deste e o da Fig. I, em que a fase reacional está em involução e o da Fig. 2, que apresenta um ectrópio bem mais acentuado.

Este ectrópio apresenta tendência à regressão, mas na fase final em que ás vezes há considerável atrofia da pele, pode haver não mais um ectrópio, porque a pálpebra voltou a sua posição normal, mas um lagoftalmo, isto e, incompleto fechamento da fenda, consequência da retração cicatricial da lesão, estabelecendo-se, portanto, um lagoftalmo cicatricial. Este pode complicar um caso em que, primitivamente, havia um lagoftalmo paralítico, donde a existência de um processo misto.

Nestes casos a córnea pode sofrer como veremos logo mais.

Ainda para o lado dos anexos devemos citar o achado de ptose incompleta da pálpebra superior em doente tuberculóide submetida a surto agudo: foram afastadas as causas locais produtoras de ptose e a doente informa que, anteriormente, podia abrir normalmente o olho esquerdo e que não há mais pessoas na família atingidas do mesmo mal. Citamos apenas o fato sem procurar tirar quaisquer ilações, esperando melhor oportunidade para o fazer.

Por SHIONUMA, foi descrita em 1937 uma "Conjuntivite leprosa na mácula tuberculóide": 10 casos foram observados de conjuntivite aguda ou sub-aguda produzida por "mácula tuberculóide" afetando a pele da pálpebra. Excisando o tecido do fundo de saco conjuntival, em dois desses casos foi verificada estrutura tuberculóide.

Não temos caso algum dessa natureza: o que foi observado para o lado da conjuntiva diz respeito aos casos de forma reacional como o da Fig. 1: exposição da membrana, irritação subsequente. Debaxo da hiperemia que é intensa nada pudemos ver que nos levasse a pensar numa infiltração tuberculeide da região: pode-se porem admi-la por uma extensão do processo visinho, sendo, porem, em nosso entender de diagnóstico histológico e não clinico.

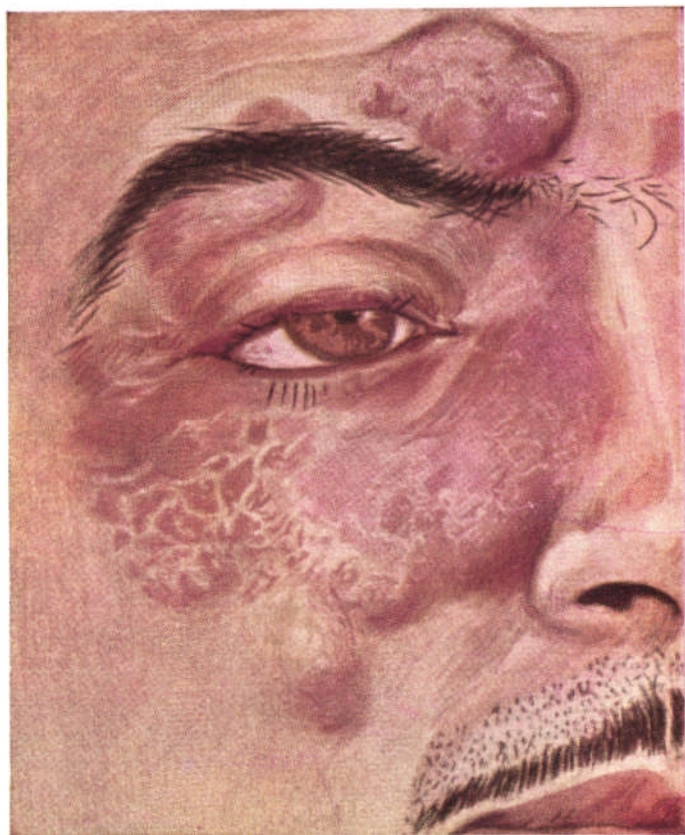


FIG. 1



FIG. 2

Lepra tuberculóide reacional (doente Honória C. S. do Sanatório Padre Bento). — Notar: queda de supercílios na causa da região, retração da pálpebra inferior acarretando ectrópio.



FIG. 3

Lepra tuberculóide reacional (doente Maria C. do Sanatório Padre Bento). Ptose incompleta da pálpebra superior de OE. Após reação tuberculóide.



FIG. 4

Lepra tuberculóide reacional (mesma doente da Fig. Anterior). Notar a diferença de excursão da pálpebra superior de OE. em relação a de outro olho.

COMPROMETIMENTO BULBAR

Este foi verificado em dois dos 306 casos e era representado por uma Queratite por lagoftalmo; ambos os pacientes tinham sido acometidos de placas tuberculóides reacionais na vizinhança dos olhos resultando em ambos um lagoftalmo misto, a exposição da córnea tendo gerado uma Queratite. Como vemos trata-se aqui não de um comprometimento direto mas de um indireto.

EM CONCLUSÃO

1 — 306 pacientes de lepra tuberculóide passaram pelo serviço de olhos do Sanatório Padre Bento, em oito anos de trabalho.

2 — Foram observadas alterações representadas por lesões, nas regiões superciliar, pálpebras e rebordo ciliar, havendo por vezes queda dos supercílios do ponto atingido.

3 — Em casos de placas tuberculóides reacionais situadas na vizinhança dos olhos, comprometendo a região malar alta e palpebral inferior, notou-se ectrópio e, por vezes, ulteriormente, lagoftalmo que podia ser paralítico, cicatricial ou misto. Em um caso apresentou-se ptose da pálpebra superior.

4 — Em poucos exemplos observou-se uma Queratite acompanhando o Lagoftalmo.

5 — Não vimos caso algum em que, clinicamente, pudessemos suspeitar a existência de lesão tuberculóide nas faces internas das pálpebras e conjuntiva bulbar, córnea e íris, não tendo observado, portanto, caso algum de comprometimento ocular direto na Lepra Tuberculóide.