

## 6— DISCUSSÃO

O lagofthalmo é uma condição que exige tratamento imediato, devido a incidência elevada de complicações ao nível da córnea exposta, particularmente quando há déficit sensorial. O grau de incapacidade resultante da perda de visão, em pacientes que geralmente apresentam também pés e mãos anestésicas, não necessita de maior ênfase.

A grande variedade de procedimentos cirúrgicos desenvolvidos para corrigir o lagofthalmo é uma evidencia do quanto se investiu, até o momento, na busca de uma solução completa e definitiva para o problema.

A transferência do músculo temporal tem sido indicada como a melhor escolha para o tratamento cirúrgico do lagofthalmo, pelo fato de prevenir maiores agravos à córnea e promover a reversão dos sinais e sintomas de exposição, através da restauração da oclusão palpebral voluntária e reposicionamento do ponto lacrimal. Acrescente-se a contribuição secundaria da técnica à melhora estética, por reduzir a grande amplitude da fenda palpebral que confere fixação ao olhar (ANDERSEN, 1961; LENNOX, 1966; ENNA & DELGADO, 1968).

Em relação ao efeito estático da transferência, as observações de ANDERSEN (1961) foram confirmadas entre os nossos casos com ectrópio parcial, ou seja, com pequeno afastamento da pálpebra inferior. Com a realização da cirurgia, a pálpebra inferior foi tracionada contra o globo ocular e isso resultou em aposição do ponto lacrimal e reversão da epifora, na maioria dos casos,

A recuperação do fechamento palpebral completo (resultados excelente e bom) foi alcançada em 34 olhos, o que representa 66,67% do total de 51 casos (Tabela 1). O tempo médio de seguimento após a alta hospitalar foi de 37 meses, e a mediana de 40 meses, variando de 7 meses a 12 anos e 9 meses. Esses resultados assemelham-se em número, quanto ao tempo de seguimento e critério de avaliação, àqueles relatados por ANTIA (1966).

Resultados menos satisfatórios foram referidos por RANNEY & FURNESS (1973b) e JENNINGS et al.(1975), os quais utilizaram critérios estéticos e funcionais para a avaliação.

Resultados mais satisfatórios foram apresentados por ANDERSEN (1961); LENNOX (1966); GUERRERO-SANTOS (1967); WINSTCH (1969); MILLER & WOOD (1976); REICHART (1976); LERNER & MARGARIDO (1978) e TJEPKEMA (1984).

Exceção feita a ANDERSEN (1961); ANTIA (1966); LENNOX (1966); RANNEY & FURNESS (1973a,b); JENNINGS et al (1975) e TJEPKEMA (1984), que se referiram ao tempo de seguimento pós-operatório, os demais, não mencionam esse aspecto (GUERRERO-SANTOS, 1967; WINSTCH, 1969; MILLER & WOOD, (1976) REICHART, 1976; e LERNER & MARGARIDO, (1978).

A observação do tempo de seguimento, para avaliar o resultado da transferência do músculo temporal, é muito importante porque, por exemplo, de acordo com LENNOX (1966), em uma fase tardia muitos pacientes tiveram piora do resultado inicialmente considerado excelente, com recorrência de pequena fenda palpebral. Segundo o autor, esse fato deveu-se possivelmente, à aplicação insuficiente da tensão nas fitas de fáschia no intra-operatório.

Por outro lado, JENNINGS et al. (1975), ao reavaliarem 44 casos, de 2 a 14 anos após a cirurgia, observaram 3 casos que haviam passado da condição razoável a boa e, da mesma forma que LENNOX (1966), também observaram 4 olhos com piora do resultado inicial.

Na casuística estudada, em apenas 6 (13,33%) dos 45 olhos reavaliados após tempo médio de 37 meses, ocorreu piora do resultado funcional. Em 4 olhos, a condição funcional passou de razoável a insatisfatória e em 2, de boa a razoável. Nesses casos, é provável que a descontinuidade dos exercícios terapêuticos supervisionados tenha contribuído para a piora tardia dos resultados funcionais.

Embora na grande maioria dos casos o resultado tenha permanecido estável, o que demonstra o efeito duradouro do resultado da transferência, aquelas constatações reforçam a importância de estabelecer parâmetros de tempo para referir os resultados funcionais da transferência do músculo temporal e orientar os pacientes para realizarem os exercícios específicos, todos os dias, após a alta hospitalar.

No que se refere ao critério de avaliação do resultado funcional, a utilização exclusiva do grau de proteção da córnea não é um consenso entre os autores. Acrescente-se o fato de o rigor dos critérios da avaliação funcional variar de autor para autor e, em alguns casos, não ser mencionado. Esses fatos podem explicar os diversos resultados referidos na literatura.

De acordo com LENNOX (1966), somente o fechamento palpebral completo confere ao resultado a graduação de excelente ou bom. Por outro lado, de acordo com WINTSCH (1969), os resultados foram considerados apenas como "melhores" e cosméticos. Segundo RANNEY & FURNESS (1973a) e TJEPKEMA (1984) a classificação final deve ser resultado da avaliação funcional e estética. Ambos os trabalhos mencionam que, quando ocorre ectrópio ou entrópio, o resultado não é considerado bom. RANNEY & FURNESS (1973a) agregam também, a pesquisa de aderências com efeitos antiestéticos, sintomas residuais e sinais oculares patológicos.

Em nossos casos embora a classificação dos resultados tenha se restringido ao grau de proteção da córnea, os aspectos relativos ao ectrópio residual e A. epifora foram considerados.

Do ponto de vista técnico cirúrgico, vários fatores intra-operatórios estão relacionados à obtenção de bons resultados funcionais. ANDERSEN (1961), ANTIA (1966), LENNOX (1966) e RANNEY & FURNESS (1973b) enfatizam a importância de evitar a denervação do músculo temporal durante o processo de descolamento do periósteo. RANNEY & FURNESS (1973b) fazem o envolvimento da junção músculo-fascial pela substância muscular, para evitar aderências e obter eficiência máxima da transferência após a cirurgia e, da mesma forma que

ANTIA (1966), recomendam a sutura das fitas de fáscia temporal, sob tensão máxima, no ligamento palpebral medial e a passagem cuidadosa das fitas próximo à borda palpebral.

Na nossa casuística, dentre as complicações ocorridas no intra-operatório da transferência do músculo temporal, observou-se com maior freqüência, o deslocamento da fita da fáscia temporal na pálpebra inferior ou superior. Em todos os casos, o ectrópio resultante da eversão da cartilagem tarsal foi corrigido satisfatoriamente pela fixação da fita em questão, ao tarso. Outra ocorrência constatada foi a ruptura do ligamento palpebral medial, que de igual modo, foi reparada com sucesso, procedendo-se 6. sutura do mesmo no periósteo nasal.

Com relação às complicações do pós-operatório imediato, em 9 (18%) olhos, foi constatada a formação de granuloma tipo corpo estranho no ângulo medial. Em todos esses casos foi utilizado fio de seda para sutura das fitas de fáscia ao ligamento palpebral medial. O fato de em 6 desses, o resultado funcional ser excelente ou bom e, em apenas 3 olhos, insatisfatório, os quais apresentavam também deslocamento da fita inferior da fáscia temporal, sugere que o granuloma não é, necessariamente, um fator que influencie o resultado da transferência do músculo temporal.

LENNOX (1966), referindo-se exclusivamente à ocorrência de infecções ao nível da incisão na região do ângulo medial do olho, observa que essas não são, em geral, prejudiciais obtenção de resultados funcionais satisfatórios.

No que se refere ao pós-operatório tardio, apesar da utilização da técnica cirúrgica preconizada pelos autores acima, 21 (41,18%) casos apresentaram complicações. Verifica-se na Tabela 3, que a causa mais freqüente de insucesso foi o deslocamento da fita inferior da fáscia temporal, ocorrido em 10 (47,62%) olhos, associado a fatores diversos. Em 4 desses casos havia sido realizada a correção de ectrópio pela técnica de Khunt-Szymanowski e ou tarsorrafia lateral, antes da transferência do músculo temporal.

De acordo com LENNOX (1966), os casos com lagoftalmo associado a ectrópio típico devem ser tratados por outras técnicas cirúrgicas. antes da transferência do músculo temporal. Em nosso trabalho, do total de 51 olhos operados, 11 já haviam sido submetidos a cirurgias prévias para correção do ectrópio. Em 63,64% desses olhos houve complicação e comprometimento do resultado funcional. Em contrapartida, apenas 35,00% dos olhos não submetidos a cirurgias prévias tiveram complicações (Tabela 2).

Embora TJEPKEMA (1984) não tenha encontrado a mesma relação entre a tarsorrafia prévia e o resultado técnico da transferência do músculo temporal, RANNEY & FURNESS (1973a,b) relacionam a tarsorrafia prévia A transferência do músculo temporal, a uma alta incidência de aderências e resultados funcionais menos satisfatórios. Esse fato confirma a tendência observada em nossos casos.

No que se refere à técnica de Khunt-Szymanowski é possível que a formação de tecido cicatricial contribua para a dificuldade de tunelização correta da fita inferior de fascia temporal, através da pálpebra inferior. Nesses casos, é recomendável que se realize, já no ato operatório da transferência do músculo temporal, a fixação da fita ao tarso, através de sutura em Inc, (DUERKSEN, BACCARELLI & VIRMOND, 1988).

A segunda causa de insucesso da transferência do músculo temporal, de natureza anatômica, observada entre os nossos casos, foi a perda da tensão das fitas de fascia no pós- operatório tardio (Tabela 3). Referencias à presença dessa complicação foram feitas por ANTIA (1966) e LENNOX (1966).

VAN ALLEN & BLODI (1962) demonstraram que o piscamento esta na dependência da inibição do músculo levantador da pálpebra superior. Acreditam que com a paralisia do músculo orbicular do olho há falta do estímulo necessário para provocar tal inibição, para a qual se requer um mínimo de unidades motoras íntegras. Essa condição clínica é agravada na hanseníase, nos

casos com anestesia da pálpebra, pelo comprometimento da via aferente. Dessa forma pode ocorrer hiperatividade do músculo levantador da pálpebra superior.

Conforme relatam RANNEY & FURNESS (1973b) a hiperatividade do músculo levantador da pálpebra superior durante o período pós-operatório inicial pode levar a dano irreparável da transferência. Outro fator mencionado por esses autores é o fato de que devido a anestesia da pálpebra, alguns pacientes podem desconsiderar as ordens médicas e morder, antes de completarem três semanas pós-operatórias. Em ambos os casos, o efeito do estresse mecânico sobre os tecidos envolvidos, antes da cicatrização, poderia explicar o estiramento e até mesmo a ruptura da fásia temporal.

Na experiência de RANNEY & FURNESS (1973b), em 9 casos com anestesia da pálpebra e da córnea, nenhum teve bom resultado funcional. Nesses casos, os autores sugerem que, após a cirurgia, as pálpebras sejam suturadas na porção central, por duas semanas.

Para obter a ação da transferência muscular, sem resistência do músculo levantador da pálpebra superior, KARAT (1974) recomenda que o paciente procure fechar o olho enquanto morde.

Estudos realizados por Bjork em 1954, citados por MOSES (1988) demonstram que a pálpebra superior segue o movimento do globo ocular para baixo, devido à diminuição do tono do músculo levantador da pálpebra superior. Por essa razão, no pré e pós-operatório, procedemos a exercícios de mastigação, sempre associados ao direcionamento do olhar para baixo. Essa medida parece-nos importante para prevenir a perda da tensão no pós-operatório.

Após a realização das cirurgias para reparação das complicações tardias, verificou-se melhora funcional nos casos com persistência de fenda palpebral, por deslocamento da fita de fásia temporal, submetidos exclusivamente ao reposicionamento da mesma. Esses casos totalizam o número de 4, os quais somados a 1 outro, cuja melhora funcional deveu-se á realização de mais de um procedimento cirúrgico, representam 62,50% de sucesso, em um total

de 8 olhos reoperados após a transferência do músculo temporal. Essa constatação confirma a validade da utilização de procedimentos auxiliares para solucionar falhas técnicas ou complicações.

Outros fatores que influenciam a obtenção de resultados funcionais satisfatórios, após a transferência do músculo temporal, foram mencionados por LENNOX (1966) e TJEPKEMA (1984), os quais consideram fundamental a seleção adequada do paciente. RANNEY & FURNESS (1973b) acrescentam a importância de contar com cirurgiões qualificados, fisioterapeutas persistentes e pacientes cooperativos e motivados.

Evidências da importância desses aspectos foram observadas em 2 dos nossos casos, cuja duração do tratamento fisioterápico diário, para obter fenda palpebral zero, ao morder, foi de 120 dias. Da mesma forma, constatou-se que, em 4 casos que interromperam precocemente o tratamento fisioterápico pós-operatório e, possivelmente, nos 5 casos cuja causa de insucesso permanece desconhecida, houve erro na seleção do paciente (Tabela 3).

De acordo com LENNOX (1966), a obtenção da fenda palpebral zero ocorreu no período de 2 a 4 semanas após o início da fisioterapia pós-operatória.

Entre nossos casos com resultados funcionais excelente e bom, embora a mediana do tempo para atingir o fechamento palpebral completo tenha sido de 8 e 14 dias, respectivamente, é preciso considerar que os exercícios pós-operatórios consomem tempo, até se obterem resultados suficientemente satisfatórios e duradouros. Dessa forma, e também pelo fato dos exercícios serem monótonos, nem sempre se consegue manter o interesse do paciente até a conclusão do programa de reeducação funcional.

Esses fatos nos levam a crer que a instituição de exercícios de fortalecimento do músculo temporal, no pré-operatório, embora não mencionada na literatura, apresenta dupla utilidade. Além de minimizar o déficit funcional decorrente do trauma cirúrgico e do repouso temporário

pós-operatório, auxilia a identificar os candidatos mais motivados e conscientes das exigências pós-operatórias, através da contato diário entre terapeuta e paciente.

Na opinião de RANNEY & FURNESS (1973b), o resultado final da transferência temporal depende, em grande parte, do programa de reeducação do músculo temporal. Relatam que em 4 casos com resultado insatisfatório, devido a falha na reeducação funcional, o resultado melhorou após o reinício dos exercícios terapêuticos.

Na nossa casuística, embora os métodos utilizados tenham promovido a recuperação do fechamento palpebral completo na maioria dos olhos operados, não se verificou em nenhum, o retomo da atividade palpebral involuntária intermitente e reflexa.

Essa observação diverge em parte, dos resultados apresentados por outros autores. RANNEY & FURNESS (1973b) observaram a ocorrência de atividade reflexa a estímulo visual em 2 (3,85%) olhos e TJEPKEMA (1984) em 5 (9.4%).

No que se refere ao retorno do piscamento intermitente, RANNEY & FURNESS (1973b) também não observaram a sua ocorrência, enquanto TJEPKEMA (1984) descreve esse evento em 1 (1.89%) olho e acrescenta que não é possível condicionar o paciente ao uso regular da transferência do músculo temporal.

A nosso ver, embora os resultados estáticos e funcionais da transferência temporal tenham confirmado a eficiência da técnica para reposicionar a pálpebra inferior e recuperar o fechamento ativo das pálpebras, é possível que a ausência de piscamento palpebral intermitente interfira nas condições clínicas da córnea. O estudo dos efeitos da transferência do músculo temporal sobre os sinais e sintomas de exposição ocular poderia permitir a avaliação de forma ampliada, dos benefícios da técnica de Gillies para o tratamento do lagofalmo.