

2 — REVISÃO DA LITERATURA

Técnica de Gillies na Hanseníase

O uso de transferências musculares na face não é recente na história da cirurgia reparadora. Já em 1867, Lexer, citado por BAKER & CONLEY (1979) utilizou esse princípio para reanimação facial. Duas faixas do músculo masseter foram rodadas para os lábios superior e inferior, dando-lhes suporte e função (abordagem interna). Em 1911, Eden, citado por CONLEY & GULLANE (1978), discutiu o uso do músculo temporal em combinação com o masseter, através de abordagem extra-oral, visando à reabilitação facial.

Em 1934, GILLIES idealizou a transferência do músculo temporal para correção do lagoftalmo. Naquela época, relatou 1 caso com bom resultado. Embora o autor tenha continuado a usar esse método, mencionou a técnica apenas breve e casualmente em seu livro-texto, em 1957.

O procedimento de Gillies foi descrito por ANDERSEN em 1961, mais recentemente por ANTIA (1966) e, a partir de então, passou a ser amplamente utilizado para a correção do lagoftalmo. Na hanseníase, resultados diversos têm sido relatados e os critérios de avaliação variam de autor para autor.

Em 10 casos operados por ANDERSEN (1961), em 8 ocorreu fechamento palpebral completo, sob esforço leve, os quais mantinham, inclusive, o olho fechado durante a noite. Em 9 casos houve alívio dos sintomas causados pela exposição. O critério de avaliação baseou-se nos resultados observados durante um período de 1 a 3 meses após a cirurgia.

LENNOX (1966), obteve resultado excelente ou bom em 30 olhos (81%) e razoável ou mau em 7 (19%). As causas de insucesso foram: tensão insuficiente da fáschia no ato cirúrgico,

perda da tensão da fásia no pós-operatório, falta de cooperação do paciente no pós-operatório, erro de seleção do caso. O seguimento pós-operatório variou de 3 meses a 2 anos.

O critério de avaliação dos resultados observados pelo autor baseou-se na proteção da córnea, principal objetivo da cirurgia, sendo assim classificados:

Excelente	oclusão palpebral completa, sob esforço moderado
Bom	persistência de pequena fenda palpebral, sob esforço moderado, porém, com oclusão completa, sob grande esforço
Razoável	persistência de fenda palpebral, porém a córnea é protegida, sob esforço
Insatisfatório	a fenda palpebral persiste, e a córnea não é protegida de maneira adequada, sob esforço

De acordo com ANTIA (1966), dos 67 casos operados pela técnica de Gillies, 53 olhos apresentaram resultados satisfatórios, sendo que 38 obtiveram fechamento palpebral completo e 15, parcial, porém satisfatório. Quanto aos demais, 10 tiveram mau resultado, 3 foram reoperados e 1 não foi reavaliado. Refere que o resultado funcional da técnica é permanente e o caso mais antigo tinha 8 anos de evolução. No total mencionado incluíam-se 6 casos cuja etiologia do lagofalmo não era hanseníase.

Dentre as complicações pós-operatórias citadas por ANTIA (1966), destacam-se a presença de fenda residual causada pela perda da tensão da fita de fásia temporal; ectrópio devido à tunelização incorreta da fita de fásia temporal; atrofia do músculo temporal devido a dano nervoso; aspecto mongolóide devido à formação de prega epicantal e ruptura da fásia na junção músculo-fascial.

GUERRERO-SANTOS (1967) relata que em 12 casos operados, 9 atingiram oclusão palpebral completa, 1 oclusão palpebral parcial e 2 oclusão palpebral incompleta. O autor não faz referência ao tempo de seguimento pós-operatório ou às causas de insucesso.

Na experiência de WINTSCH (1969), resultados "melhores" e cosméticos foram obtidos com a transferência do músculo temporal, em 19 casos.

Entre as 6 cirurgias realizadas por REICHART (1976), houve 1 caso com resultado insatisfatório. O autor não menciona as causas do mau resultado.

Segundo MILLER & WOOD (1976), a transposição do músculo temporal foi bem sucedida em 100% dos casos em uma série de 30 operações realizadas. Os autores referem que a transferência auxiliou os pacientes a fecharem os olhos e também, que as pálpebras fechavam-se passivamente durante o sono.

Todavia, de acordo com RANNEY & FURNESS (1973a,b), os resultados estiveram longe do ideal, pois somente 23 (41%) dos 54 casos operados obtiveram bom resultado.

O critério de avaliação desses autores baseou-se não apenas no resultado funcional, como também no estético e sintomático. Graduaram-nos em bom, razoável ou mau, após seguimento médio de 33 meses, variando de 12 a 58 meses. Dentre os 28 casos com resultado razoável ou mau encontravam-se 4, cujo fechamento palpebral completo era obtido com grande esforço ou com dificuldade e 1, com ectrópio.

Por critérios estéticos, outros 5 casos com fenda zero foram classificados como razoável ou mau, totalizando do ponto de vista exclusivamente funcional, 31 (57%) casos com bom resultado e 23 (43%), razoável ou mau.

Destacam as causas de insucesso, em 28 casos: tensão insuficiente (17 casos), tensão insuficiente e aderências (5 casos), tensão insuficiente e falha na reeducação (2 casos), falha na reeducação (1 caso), aderências e falha na reeducação (1 caso), aderências (1 caso) e ectrópio (1 caso). No que se refere às aderências, RANNEY & FURNESS (1973a,b) as relacionam com a realização de tarsorrafia previamente à transferência do músculo temporal.

Adicionalmente, os autores observaram que, ao confrontar o resultado técnico da cirurgia com a avaliação clínica do olho, 34 casos tiveram melhora da sintomatologia. 14 permaneceram inalterados e 6 pioraram.

Da mesma forma, JENNINGS et al. (1975) classificam os resultados pós-operatórios segundo critérios estéticos e funcionais. Referem-se ao resultado bom, diante da ausência de deformidades residuais ou iatrogênicas. A presença destas confere ao resultado a graduação razoável. O resultado mau é assim classificado, segundo a ausência de melhora ou a piora do quadro, após a cirurgia

Os autores afirmam que os 44 casos operados puderam ser agrupados em 19 bom, 22 razoável e 3 mau. Os mesmos pacientes reavaliados entre 2 e 14 anos após a cirurgia apresentavam-se nas seguintes condições: 22 bom, 17 razoável e 5 mau. Dos 22 casos com resultado bom, 19 eram os mesmos desde a alta, e 3 melhoraram de razoável para bom. Dos 17 razoável. 16 eram os mesmos desde a alta e 1 melhorou, de mau para razoável. Entre o 5 casos com mau resultado, 2 eram os mesmos desde o início e 3 degeneraram. Exceto em 3 casos, cujo mau resultado foi atribuído à presença de ectrópio ou ectrópio, nos demais, JENNINGS et al. (1975) não encontraram nenhuma causa em particular.

De acordo com LERNER & MARGARIDO (1978), cerca de 18 casos portadores de lagofalmo associado ou não a ectrópio tiveram o resultado assim classificado: "aproximadamente" 30% com oclusão incompleta da fenda palpebral, permanecendo uma abertura de 2 a 3 milímetros, mesmo sob esforço considerável. Nos demais casos, houve oclusão total, sendo que em 50% a mesma ocorreu sem esforço e em 20%, com esforço moderado. Atribuem o insucesso à tensão insuficiente na cirurgia e à perda da tensão da fásia no pós-operatório tardio.

Na experiência de TJEPKEMA (1984), em 53 cirurgias realizadas, 40 (75%) olhos atingiram fechamento palpebral completo, ao usar a transferência do músculo temporal.

De acordo com a autora, por razões estéticas, desses 40 olhos, em 32 o resultado foi considerado tecnicamente satisfatório. Nos 8 olhos restantes, em 7 ocorreu ectrópio e em 1, ectrópio. Em 9, a condição do olho melhorou clinicamente, em 41, permaneceu inalterada e em 3, piorou. Dentre os 41 olhos com quadro inalterado, 24 não apresentavam sintomas no pré-operatório e 17 referiram os mesmos sintomas no pré e no pós-operatório. O tempo médio de seguimento pós alta hospitalar foi de 3 anos e 9 meses, variando de 1 a 8 anos.