
Mal de Hansen

Hansen's Disease

Edmundo Frota de Almeida*

O mal de Hansen (MH) é ainda uma das doenças milenares com grande incidência em nosso país. Os dados recentes que obtivemos revelam 18 doentes para cada 100 mil habitantes, com uma prevalência de 1.8 para cada mil habitantes. No Pará a situação é grave, pois temos 41 doentes para cada 100 mil habitantes, com uma prevalência de 2.6 para cada mil habitantes.

A hanseníase é uma entidade altamente incapacitante pelas mutilações que determina, nas mãos, braços, pés, pernas, além das alterações oculares graves decorrentes da falta de tratamento profilático.

De início é importante ressaltar que quando a doença é diagnosticada, raramente observam-se alterações oculares. Estas advêm com o passar do tempo, muitas vezes em pacientes bacilo negativo e de alta medicamentosa.

É evidente que a grande maioria dessas alterações seria evitada se tivéssemos um tratamento profilático, o que se está iniciando recentemente graças a alguns colegas abnegados e à sensibilidade do Ministério da Saúde.

Várias são as alterações oculares decorrentes da hanseníase, no entanto nos prenderemos àquelas que mais freqüentemente danificam as estruturas oculares.

O lagoftalmo ocasionado pela paralisia do músculo orbicular, consequência da lesão do 7º nervo craniano é sem dúvida o achado mais freqüente. Quando associado a diminuição da sensibilidade corneana, que gera o estímulo para piscar, inicia-se um pro-

cesso de exposição da córnea, levando à formação de úlceras, opacidades que em geral são vascularizadas.

O ectrópio também decorrente da lesão do 7º nervo, contribui para os danos ocasionados pelo lagoftalmo, deixando exposta a parte inferior da córnea. Como em geral atinge o terço nasal da pálpebra, torna o ponto lacrimal exposto causando epífora.

A triquíase também é freqüentemente encontrada, causando lesão corneana. Pode estar associada em alguns casos com o entrópico.

A invasão da córnea pelo bacilo de Hansen, através dos nervos que a nutrem, forma verdadeiras infiltrações, diminuindo sua transparência e consequentemente baixando a acuidade visual.

Outra ocorrência não rara é a formação de nódulos esclerais causando olho vermelho e dor. Com as recidivas a esclera adelgaça-se gerando estafilomas.

A uveíte anterior, tão enfatizada nos compêndios oftalmológicos, não é um achado freqüente, exceto nos casos reacionais. Contudo, pode advir mesmo em pacientes de longa data negativos e de alta medicamentosa. Trata-se de uma uveíte branda, de curso prolongado que em geral não oferece grandes riscos ao olho, sendo bem controlada somente com o uso de colírios de corticosteróides e atropina. Contudo, pode-se encontrar o quadro clássico da uveíte nas suas formas granulomatosas e não granulomatosas, com presença de flare e células na câmara anterior, precipitados ceráticos, nódulos irianos e sinéquias poste-

*(Belém - PARÁ)

riores. As chamadas pérolas irianas são pequenas esférulas, localizadas na íris. Aparecem na fase inicial da doença, por disseminação do bacilo, sendo constituídos destes, vivos ou mortos, dentro das células de Virchow⁽³⁾.

Um achado freqüente e que merece citação é a atrofia iriana, principalmente do seu mesoderma. Às vezes essas atrofias atingem o epitélio pigmentar causando policoria. Concomitantemente há atrofia dos músculos irianos, principalmente o dilatador da pupila⁽¹⁾. Isto é importante porque nas cirurgias de catarata a dilatação pupilar fica prejudicada, levando o cirurgião a duas: ou fazer uma iridotomia para retirada do núcleo ou tentar retirá-lo forçando-o através da pupila mal dilatada, o que não é muito bom porque rompe o esfíncter, ocasionando midríase parálitica no pós-operatório.

Um outro achado muito freqüente, principalmente nas colônias de hansenianos é a catarata. Há discussão se esta catarata é somente senil ou se a doença torna o seu aparecimento mais precoce. Pouco importa, pois a tera-

pêutica será a mesma – cirurgia.

Existe discussão a cerca do uso das lentes intra-oculares e a esse respeito gostaríamos de transmitir nossa experiência. Em agosto de 1988 publicamos juntamente com o dr. Fernando Oréfice um artigo pioneiro na Revista Brasileira de Oftalmologia mostrando o uso da LIO em pacientes hansenianos⁽²⁾. Verificamos que as complicações encontradas não diferiam dos pacientes normais. Esse achado é concordante com o encontrado por T. A. Alexander⁽⁴⁾ que refere resultados muito satisfatórios em 34 LIOs implantadas em 30 pacientes. Em 1991, no Congresso Brasileiro de Oftalmologia apresentamos uma casuística de mais de 100 olhos operados com LIO que corroboravam a nossa experiência inicial. Vale aqui um comentário, a respeito da prevenção de cegueira nesses pacientes, já que a catarata é uma das causas de cegueira nesse meio. A simples retirada do cristalino opaco não representa recuperação para esses pacientes, pois em geral eles têm a base do nariz destruída pela

doença, não tendo suporte para o óculos. Associado a isso, muitas vezes eles não possuem mãos ou mesmo braços, ficando totalmente dependentes de uma pessoa para colocar e tirar os óculos para dormir e tomar banho.

Finalizando, gostaríamos de com esse trabalho sensibilizar a classe oftalmológica, principalmente aqueles colegas responsáveis pelos nossos congressos, da importância de se reservar um espaço para uma discussão mais ampla sobre esta doença ainda tão estigmatizante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FFYTCH, T. J. - Role of iris change as a cause of blindness in lepromatous leprosy. *Br. J. Ophthalmol.*, 65: 231-239, 1981.
2. FROTA, E. & ORÉFICE, F. - Lente Intra-ocular em portadores de Hansen. *Rev. Brasil. Oftalmol.* 48: 205-207, 1989.
3. ORÉFICE, F. & BELFORT Jr., R. - Uveítes, São Paulo, Roca, 1987.
4. T. A. ALEXANDER; T. KURIAKOSE; SURIYAWANSHI - Posterior chamber Intra-ocular lenses in the Rehabilitation of Leprosy Patients. Christian Medical College, Vellre, 13 International of Hansenology, Hollanda.

SISTEMA OPTI-FREE

Olhos em perfeito contato com as lentes



Alcon
Linha CLC