

Complicações oculares como causa de incapacidade visual na hanseníase

Ocular complications in leprosy

Jacques Maradei⁽¹⁾

Procópio Miguel dos Santos⁽²⁾

Regina Cândido Ribeiro dos Santos⁽²⁾

Stella Maria Rosa Olivalves⁽³⁾

Mariza Toledo de Abreu⁽⁴⁾

RESUMO

Foram estudadas as complicações oculares como causa de deficiência visual em 300 pacientes (600 olhos) portadores de diferentes formas clínicas de hanseníase.

Foram observados 14% de deficiência visual unilaterais e 75% bilaterais. As complicações oculares mais freqüentes foram: atrofia de íris (21 olhos, 3,5%), lagoftalmo associado e leucoma de córnea (19 olhos, 3,2%), catarata e catarata associada a atrofia de íris (18 olhos, 3,0%), causa indeterminada e "corneoscleral roll" associado a leucoma de córnea (12 olhos, 3,0%), atrofia do bulbo ocular (10 olhos, 1,7%), maculopatia (8 olhos, 1,3%), rarefação do epitélio pigmentar da retina e úlcera de córnea (3 olhos, 0,5%). Também foram observados leucoma vascularizado de córnea e luxação do cristalino (2 olhos, 0,3%).

Palavras-chave: Complicações Oculares; Incapacidade Visual; Hanseníase

INTRODUÇÃO

Hanseníse, uma doença da antigüidade, é ainda prevalente. Estimativas revelam que de 10 a 15 milhões de pessoas no mundo são afetadas¹.

Lamb et al.(1983)⁹ referiram que as lesões, potencialmente perigosas para o olho, levando à cegueira são: lagoftalmo, ceratite de exposição e suas seqüelas, anestesia corneana e iridoclitite.

Emiru(1970)⁴ realizou um estudo sobre hanseníase ocular em 890 pacientes, relatando que as formas Virchowiana e Tuberculóide são as mais freqüentes e que 90% dos portadores da forma Virchowiana apresentam complicações oculares, sendo que 30% ficam cegos.

O objetivo deste trabalho foi estudar as complicações oculares mais comuns na hanseníase e relacionar o grau de incapacidade visual nas diferentes formas clínicas da doença.

PACIENTES, MATERIAL E MÉTODO

Foram estudados 300 pacientes(600 olhos) portadores de hanseníase, no período de janeiro de 1991 a julho de 1993 no Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina, na Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes e no Hospital Dr. Arnaldo Pezutti Cavalcanti de Mogi das Cruzes.

Todos os pacientes foram submetidos a exame oftalmológico que consistia de: acuidade visual (Tabela de Snellen), ectoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, tonometria de aplanção, oftalmoscopia binocular indireta e teste de sensibilidade corneana.

⁽¹⁾ Prof. Auxiliar da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes.

⁽²⁾ Mestre e Doutor pela Univ. Federal de São Paulo (UNIFESP) - Escola Paulista de Medicina e Assistente Superior de Saúde (FHDF).

⁽³⁾ Mestre pela UNIFESP - Escola Paulista de Medicina e Prof. Assistente da Faculdade de Medicina de Bragança Paulista.

⁽⁴⁾ Prof. Titular da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes e Prof. Adjunta do Departamento de Oftalmologia da UNIFESP - Escola Paulista de Medicina.

Endereço para correspondência: Dr. Procópio Miguel dos Santos - SHLS Qd. 716 CJ. 208 Centro Clínico Oswaldo Cruz - Brasília - DF - CEP. 70390-700.

TABELA 1. Grau de incapacidade visual (Unilateral) de acordo com as formas clínicas de Hanseníase, no Estado de São Paulo, de 1991 a 1993.

Incapacidade Visual	Virchowiana (271)		Tuberculóide (18)		Indeterminada (7)		Dimorfa (4)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Deficiência Visual (AV: <0,3≥0,1)	13	4,8	0	0,0	0	0,0	2	50,0
Deficiência Visual Grave (AV: <0,1≥0,05)	5	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cegueira Relativa (AV: <0,05)	15	5,5	1	5,6	0	0,0	0	0,0
Cegueira Absoluta (Sem Percepção de Luz)	6	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	39	14,4	1	5,6	0	0,0	2	50,0

As formas clínicas da moléstia foram determinadas previamente por médicos dermatologistas do Programa de Hanseníase da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo baseadas no quadro clínico, teste de Mitsuda, baciloscopia e histopatologia.

Para classificar o prejuízo da acuidade visual, foram consideradas acuidades visuais corrigidas. Incapacidade visual foi estabelecida quando existia Deficiência Visual (AV entre 0,1 e 0,31); Deficiência Visual Grave (AV entre 0,05 e 0,1); Cegueira (AV menor que 0,05) e Cegueira Absoluta (sem percepção de luz) de acordo com a classificação utilizada por Courtright & Johnson (1988)².

RESULTADOS

Foram observados 271 (90,3%) casos da forma Virchowiana, 18 (6,6%) da Tuberculóide, 7 (2,3%) da Indeterminada e 4 (1,3%) da Dimorfa.

Duzentos e cinco (68,3%) pacientes eram do sexo masculino e 95 (36,6%) do sexo feminino. A idade variou de 15 a 85 anos com média de 58,6 anos.

Quanto a raça, foram estudados 227 (75,6%) brancos, 47 (15,7%) mulatos e 26 (8,7%) negros.

A frequência de incapacidade visual foi 14% unilateral e 25% bilateral. O grau de incapacidade visual unilateral e bilate-

ral, classificado segundo a forma clínica, é observado na Tabela I e II, respectivamente.

Quanto maior o tempo de evolução da doença, maior porcentagem de incapacidade visual foi encontrada nos portadores de hanseníase (Tabela III).

Na tabela IV observam-se os achados oculares que ocasionaram a incapacidade visual.

DISCUSSÃO

Observou-se maior frequência da doença em pacientes do sexo masculino que feminino, numa proporção de 2:1. Pesquisadores como Soshama & Suryawanshi (1989)¹³ sugeriram que a desproporção entre os sexos pode ser consequência do fato de que pacientes do sexo masculino estão mais expostos à doença por ficarem mais tempo fora de casa.

A porcentagem de incapacidade visual detectada nesta pesquisa, foi crescente em pacientes com a doença há mais de 15 anos. Estes achados estão de acordo com dados da Liga Brasileira para Reabilitação do Paciente Hansênico⁸ os quais afirmam que os comprometimentos oculares conduzem frequentemente à diminuição da acuidade visual ou mesmo à cegueira. Isto, associado a insensibilidade das mãos e pés, expõe o indivíduo a graves riscos, tornando-o vulnerável a toda ordem de traumas, ferimentos e mutilações.

TABELA 2. Grau de incapacidade visual (Bilateral) de acordo com as formas clínicas da Hanseníase, no Estado de São Paulo, de 1991 a 1993.

Incapacidade Visual	Virchowiana (271)		Tuberculóide (18)		Indeterminada (7)		Dimorfa (4)	
	OD	OE	OD	OE	OD	OE	OD	OE
Deficiência Visual (AV: <0,3>0,1)	23 (8,5%)	25 (9,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Deficiência Visual Grave (AV: <0,1>0,05)	5 (1,8%)	3 (1,1%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)
Cegueira Relativa (AV: <0,05)	27 (10,0%)	31 (11,4%)	0 (0,0%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	2 (50,0%)
Cegueira Absoluta (Sem Percepção de Luz)	13 (4,8%)	9 (3,3%)	1 (5,6%)	1 (5,6%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)
Total	68 (25,1%)	68 (25,1%)	2 (11,2%)	2 (11,2%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)	3 (75,0%)	3 (75,0%)

TABELA 3. Frequência de incapacidade visual nas formas clínicas de Hanseníase de acordo com a duração da doença, no Estado de São Paulo, de 1991 a 1993.

TEMPO DE DOENÇA (anos)	Virchowiana (271)		Tuberculóide (18)		Indeterminada (7)		Dimória (4)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 — 5	6	22	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5 — 10	7	26	0	0,0	2	28,6	2	50,0
10 — 15	12	44	0	0,0	2	28,6	0	0,0
>15	82	302	2	11,1	0	0,0	0	0,0
TOTAL	107	39,4	2	11,1	4	57,2	2	50,0

A forma clínica de hanseníase mais estudada foi a Virchowiana, ocorreu em 90,3%. Foi observado um total de 39 (14,4%) casos de incapacidade visual unilateral e 68 (25,1%) casos bilaterais nesta forma. Segundo outros pesquisadores¹⁴ é esperado envolvimento ocular mais severo na forma Virchowiana.

O achado ocular mais freqüente, nos pacientes hansenianos portadores de incapacidade visual, foi atrofia de íris, ou seja, 3,5% (Tabela IV). A maioria dos pesquisadores concorda que a atrofia de íris ocorre após iridociclite^{12,7}. Outros autores⁵ acreditam que numa atrofia iriana de causa neuroparalítica, o *M. lepra* e atinge os nervos autônomos não mielinizados da íris, ocasionando degeneração lenta que pode levar a atrofia do músculo com desprendimento de toxinas que promovem inflamação leve e crônica.

Lagofalmo associado ao leucoma de córnea foi a segunda causa mais freqüente de incapacidade visual, ocorrendo em 3,3% dos casos estudados. Segundo Ffytche (1981)⁶ a paralisia facial é grande causadora de cegueira porque leva à ceratite e leucoma corneano, ocorrendo em todas as formas da doença.

Foi verificado, neste estudo, freqüência de 3,0% de catarata ou catarata associada a atrofia de íris. A relação entre

catarata e hanseníase ainda não está muito clara. Parece que o *M. leprae* tem afinidade com a DOPA, substância encontrada na íris. Os produtos do metabolismo desta substância são cataratogênicos¹¹.

O "Corneoscleral Roll" (envolvimento da esclera, limbo e córnea) pode evoluir para esclerite severa, com atrofia secundária e formação de estafiloma¹⁵. Neste estudo, este quadro só foi encontrado em 2,0% dos casos.

Foi verificada atrofia do bulbo ocular em 1,7%, com cegueira absoluta. São dados concordantes com a literatura, onde é relatado que a hanseníase ocular leva à cegueira devido a atrofia do bulbo ocular¹⁰.

A cegueira na doença de Hansen, freqüente na forma Virchowiana, é consequência de lesões esclero-corneanas e iridociclites dos tipos mais variados, primários ou secundários³. Foi encontrado, neste estudo, 1,5% de seqüela de iridociclite como corectopia, presença de precipitados ceráticos, sinéquias posteriores e goniosinéquias.

Maculopatia e rarefação do epitélio pigmentado da retina estiveram presentes neste estudo, no entanto, não fazem parte das complicações oculares inerentes da hanseníase; provavelmente levaram a incapacidade visual destes pacientes associados à doença.

Foram encontrados dois casos de luxação de cristalino, sugerindo a hipótese de terem ocorrido por trauma ocular, que normalmente acontece com os portadores de hanseníase⁸.

Úlcera de córnea e leucoma vascularizado são achados freqüentes nos portadores de Hansen. Geralmente ocorrem por irritação, traumatismo do meio exterior e lagofalmo³. Nesta investigação foi encontrado 0,3% com a referida complicação.

As complicações de hanseníase são muito desastrosas e temidas por levarem à cegueira. Se forem diagnosticadas precocemente, bem conduzidas e tratadas na fase inicial ou prevenidas, a visão poderá ser preservada.

TABELA 4. Frequência de achados oculares em olhos (N=600) de portadores de hanseníase proporcionando incapacidade visual, no Estado de São Paulo, de 1991 a 1993.

ACHADOS OCULARES	Nº de olhos	%
Atrofia de Íris	21	3,5
Lagofalmo + Leucoma de Córnea	20	3,3
Leucoma de Córnea	19	3,2
Catarata	18	3,0
Catarata + Atrofia de Íris	18	3,0
"Corneoscleral Roll" + Leucoma de Córnea	12	2,0
Causa Indeterminada	12	2,0
Atrofia do Bulbo Ocular	10	1,7
Seqüela de Iridociclite	9	1,5
Maculopatia	8	1,3
Seqüela de Trauma Ocular	5	0,8
Enucleação	5	0,8
Opacidade de Vítreo	4	0,7
Hipertensão Ocular Secundária à Inflamação	4	0,7
Úlcera de Córnea	3	0,5
Rarefação do Epitélio Pigmentar da Retina	3	0,5
Leucoma Vascularizado de Córnea	2	0,3
Luxação do Cristalino	2	0,3

SUMMARY

This study is based on the observations of 300 patients bearing different types of Hansen's disease and low vision. 42 patients (14%) showed unilateral low vision and 72 (25%) showed bilateral low vision.

The ocular complications were: iris atrophy (21 eyes, 3.5%), lagophthalmos associated with total corneal

opacity (19 eyes, 3.2%), catarata and catarata associated with iris atrophy (18 eyes, 3.0%) indeterminated cause and corneoscleral roll associated with corneal opacity (12 eyes, 2.0%), bulbo ocular atrophy (10 eyes, 1.7%), maculopathy (8 eyes, 1.3%), corneal ulcer (3 eyes, 0.5%) and luxation of the lens (2 eyes, 0.3 %).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Binford C, Meyers W, Walsh G. Leprosy. J.A.M.A 1982;247:2283-5.
2. Courtright P, JOHNSON P. Prevention of blindness in leprosy. London: Henry Ling; 1988. p.7.
3. Cristofolini L, Axcar SR, Vieth H. Ações da enfermagem nos comprometimentos oculares na hanseníase. Salusvita 1986;5:37-51.
4. Emiru VP. Ocular leprosy in Uganda. Br J Ophthalmol 1970;54:740-3.
5. Espiritu CG, Gelber R, Ostler HB. Chronic anterior uveitis in leprosy: an insidious cause of blindness. Br J Ophthalmol 1991;75:273-5.
6. Ffytche TJ. Role of iris changes as cause of blindness in lepromatous leprosy. Br J Ophthalmol 1981;65:231-9.
7. Garg SP, Kalra VK, Verma N. Etiopathogenesis of lepromatous iritis. Indian J Ophthalmol 1983;31:869-71.
8. Jornal da Librha. 1-4, junho, 1992.
9. Lamb PA, Santoshkumar D, Arthanariswaran R. Ocular leprosy, a new perspective. Lepr Indian 1983;55:489-94.
10. Monteiro LG. Estudo das alterações oculares em hansenianos de controle ambulatorial. Belo Horizonte, 1991. (Tese - Doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais).
11. Oréface F. Estudo da hispatologia e da clínica ocular em hansenianos em Hospital de dermatologia sanitária. Belo Horizonte, 1988. (Tese - Livre - Docência - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais).
12. Rohatgi J, Shorei P, Lamba PA, Shega VN. Uveal changes in leprosy. Indian J Ophthalmol 1986;58:208-13.
13. Soshamma G, Suryawanshi N. Eye lesions in leprosy. Lepr Rev 1989;60:33-8.
14. Spaide R, Nattis R, Lipka A, D'Amico R. Ocular findings leprosy in the United States. Am J Ophthalmol 1985;100:411-6.
15. Weerekoon L. Ocular leprosy in West Malausia. Search for a posterior segment lesion. Br J Ophthalmol 1972;56:106-113.



T & M Equipamentos Médicos Ltda.

Av. Prestes Maia, 241 - 8º andar - salas 815/ 817
CEP 01031 - 001 - São Paulo - SP

Responsáveis: Miguel Toro Aguilar e Antônio Paulo Moreira

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA O BRASIL DAS EMPRESAS:

- MARCO OPHTHALMIC INC. - USA
Lâmpadas de fenda - Refractor - Ceratômetro -
Lensômetro - Microscópios cirúrgicos - Perímetros
Yag Laser e Auto perímetro
- SONOMED INC. - USA
Completa linha de ultrassons para oftalmologia:
Biômetros - Egógrafo e Paquímetro
- KONAN CAMERA RESEARCH - JAPAN
Microscópios cirúrgicos - Microscópio Spec ular
e Cell Analysis System
- EAGLE - Lentes intraoculares

DISTRIBUIDORES PARA O BRASIL:

- HGM - MEDICAL LASER SYSTEMS
Completa linha de Argon Laser e Yag Laser
- NIKON OPHTHALMIC INSTRUMENTS
Auto-refrator - Camera retinal - Tonômetro de
aplanação e demais equipamentos oftalmológicos
- WELCH ALLYN
Retinoscópios - Oftalmoscópios - etc.

NACIONAIS:

- XENÔNIO
- SIOM

NOVOS
TELEFONES

Assistência Técnica: completa para os equipamentos das empresas representadas.

Solicite atendimento ou informações:

São Paulo: T & M - tel.: (011) 229-0304 - Fax: (011) 229-6437

Disk Lentes - tels.: (011) 228-5122 / 228-5448

Ribeirão Preto: Disk Lentes - tel.: (016) 635-2943 - Fax: (016) 636-4282