

Sumário - Contents

Editorial	Editorial	Celso Marra	725
Anestesia tópica na faco transcorneana temporal (primeiros 50 casos)	Topical anesthesia in clear corneal phacoemulsification	Flávio Rezende, Fernando Bernardes	727
Pseudo-Cápsula	Intraocular lens suport	Luiz Velloso	737
Telangiectasia retiniana justafoveal idiopática	Idiopathic juxtafoveal retinal telangiectasia	Raul N.G. Vianna	741
Ceratomicoses. Revisão bibliográfica	Keratomycosis: Diagnosis and therapy - Review	Rodrigo Coelho, Flávio Martini Filho	749
Teste de sensibilidade ao contraste e teste de ofuscamento (glare) na pseudofácia com opacificação da cápsula posterior	Glare and constrast sensibility tests in posterior capsule opacification	Augusto Cezar Lacava, Virgílio Centurion	755
Síndrome do ápice orbitário com enoftalmia	Orbital apex syndrome	Morizot Leite Filho, Claudia Lopes da Silva	763
Projeto Catarata na Cidade de Manaus	Project Cataract in Manaus	Ricardo Chaves Carvalho, Armando Fonseca Bastos, Cláudio Chaves, Jacob Cohen	769
Incidência de ambliopia em crianças examinadas no Serviço de Oftalmologia Social de Juiz de Fora	The incidence of amblyopia in children examined at the Department of Ophthalmology at the regional Departament of Health "Oftalmologia Social da D.R.S./Juiz de Fora"	Marta Halfeld Ferrari Alves	775
Linfoma orbitário: manifestações clínicas, histopatológicas e resposta ao tratamento	Orbital lymphoma: the clinical, histopathologic manifestations and treatment response	Valéria Helena Bomediano, Osias Francisco de Souza, Roberto Caldato, Newton Kara José, Irene Lorand-Metze	783
Infiltrado retiniano na "cat scratch disease". Relato de 1 caso	Retinal infiltration in cat scratch disease	Miguel Hage Amaro, Fernando Dias, Milton Kataoka, Jairo Barja, Jorge Hage Amaro	791
Oftalmologia Atual		Celso Marra	797

Editorial

A "Massa Crítica"

Achamos muito interessante a pesquisa realizada pelos colegas Eduardo Damasceno e colaboradores, publicada na RBO de agosto sob o título "Análise de publicações em oftalmologia nos últimos 40 anos. Avaliação dos artigos originais da Revista Brasileira de Oftalmologia e dos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia de 1952 a 1994"¹, onde os trabalhos publicados nos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia e na Revista Brasileira de Oftalmologia são classificados e analisados, assim como o perfil dos seus autores principais.

Damasceno identifica o que preliminarmente estabelece: correlações entre uma linha evolutiva das feições político-econômicas desde o início da década de 50 e as produções e publicações em oftalmologia. As universidades são detentoras da maior parte das publicações, mas a produção científica pelas instituições públicas de saúde era proporcionalmente maior nas décadas de 50 e 60. É evidenciado também um incremento das publicações nas instituições privadas de assistência.

A análise destes dados, embora aparentem explicações óbvias, mereceria estudo minucioso, e, parece-nos que seria importante analisar também o perfil do leitor destas publicações. Como se tem comportado o perfil da clientela destas revistas, ou seja, como tem evoluído a qualificação do especialista em oftalmologia.

As dificuldades de ordem econômica repercutem de forma dramática na qualidade da formação profissional, e especialmente na especialização e na pós-graduação. Mesmo sem dispor de dados numéricos, percebemos um estreitamento progressivo do funil de acesso à pós-graduação e as vagas oferecidas para a residência médica no Estado do Rio de Janeiro anualmente são mais reduzidas.

Há poucos anos questionávamos o professor Almiro Azeredo sobre seus objetivos ao reabrir o curso de mestrado na UFRJ, e ele dizia que era muito importante aumentar a "massa crítica". Mesmo que o pós-graduado não realizasse carreira acadêmica seu aprimoramento profissional o tornaria um "contaminador" influenciando sua esfera de ação. Esta é a visão do educador de mente lúcida.

A SBO transformou seu Curso Livre de Especialização em Curso de Pós-graduação, buscando na universidade uma parceria para seu aperfeiçoamento e adequação. Em que pesem as fortes reações provocadas, seus objetivos estão

(1) Damasceno, E. et al.: Análise de publicações em oftalmologia nos últimos 40 anos. Avaliação dos artigos originais da Revista Brasileira de Oftalmologia e dos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia de 1952 a 1994. Rev. Bras. Oftal. 55(8):603-608, 1996.

sendo alcançados, e dia a dia são preparados especialistas com uma bagagem ampliada de conhecimentos para influenciar a sua prática e acessoriamente influenciar seus colegas.

Infelizmente é muito pouco. As restrições crescentes à melhor formação do especialista merecem reações mais enérgicas. A passividade diante das atitudes oficiais levar-nos-á a uma inevitável degradação dos padrões da habilitação profissional. Não basta aprimorar a graduação, e o "provão" deve ser acompanhado da abertura de oportunidades amplas no aperfeiçoamento do especialista e do educador nato que é o médico. Vamos reagir!

Dr. Celso Marra
Conselheiro Consultivo da SBO

Anestesia tópica na faco transcorneana temporal (primeiros 50 casos) *

Flávio Rezende **, Fernando Bernardes ***

RESUMO

Analisamos nossos 50 casos iniciais de anestesia tópica com Xilocaína a 4% sem preservativo, na cirurgia de facoemulsificação transcorneana temporal com implante de lente dobrável. Os 26 pacientes referiram absoluto conforto no per-operatório, 17 apresentaram discreto desconforto e os 7 restantes, dor suportável. Os 25 casos apresentaram melhora da acuidade visual já no pós-operatório imediato, além de plena recuperação da acuidade visual em 70% dos casos, com 7 dias de pós-operatório. A técnica mostrou-se eficaz e segura, possibilitando conforto e rápida recuperação visual do paciente.

ABSTRACT

Topical anesthesia in clear corneal phacoemulsification

We report the results of our fifty initial clear corneal phacoemulsification cases, under topical anesthesia with preservative free 4% xylocaine.

Twenty six patients reported complete intraoperative confort while 17 complained of mild discomfort and 7 of bearable pain.

In relation to vision restoration 25 cases presented better than before visual acuity just after surgery, and by the seventh day 70% of the cases were totally recuperated.

The technique proved to be efficient and secure in our hands, with little discomfort to the patient and rapid visual restoration.

* Trabalho realizado no serviço de Oftalmologia do Hospital São Vicente de Paulo - Rio de Janeiro - RJ.

** Professor Titular de Oftalmologia da Pontifícia Universidade Católica RJ. Responsável pelo Serviço de Oftalmologia do Hospital São Vicente de Paulo. Responsável pelo Serviço de Oftalmologia do Hospital Souza Aguiar. Membro Sócio da Clínica de Olhos Oculistas Associados. Presidente da Sociedade Brasileira de Catarata e Implante Intra Ocular.

*** Pós-Graduado do Departamento de Oftalmologia da P.U.C. RJ. Membro do Serviço de Oftalmologia do Hospital São Vicente de Paulo. Ex-Residente do Centro de Estudos e Pesquisas Oculistas Associados.
Recebido para publicação em 06/11/95.

INTRODUÇÃO

A evolução técnica na cirurgia de catarata, tendo sua máxima expressão na facoemulsificação com incisão pequena, corneana, implante de lente dobrável e sem sutura, possibilitou também avanços no campo da anestesia.

Empregada na facoemulsificação desde 1992, inicialmente por Fichman, a anestesia tópica tem se mostrado segura e confortável para o paciente, eliminando os riscos relacionados à anestesia peri ou retrobulbar (hemorragia retrobulbar, perfuração ocular, trauma no nervo óptico, oclusão da artéria central da retina, infecção orbitária, depressão respiratória) bem como suas complicações e desconforto (dor, ansiedade do paciente, ptose pós operatória que dura de 6 a 9 horas), midríase crônica, diplopia, maior risco em pacientes alto míopes e usuários de anticoagulantes). Outras vantagens relacionadas à anestesia tópica são: recuperação visual imediata, alta hospitalar sem curativo, diminuição do tempo operatório e também seu custo, rápida recuperação física com menos náuseas e letargia pós operatória.

Optamos pela utilização da Xilocaína a 4% sem preservativo que tem alta capacidade de penetração nos tecidos, obtendo satisfatório bloqueio da sensibilidade térmica e dolorosa, na conjuntiva, limbo cirúrgico, córnea e íris, no entanto, preservando a sensibilidade tátil e motora.

Os resultados obtidos com esta técnica e cirúrgica foram muito satisfatórios tanto para os pacientes quanto para o cirurgião, visto a grande eficácia analgésica e rápida recuperação visual.

MATERIAL E MÉTODOS

Analizamos 50 pacientes submetidos a cirurgia de catarata com implante de lente intraocular, em um dos olhos, mediante uso de anestesia tópica, no período de janeiro de 1995 a fevereiro de 1996, todas as cirurgias tendo sido realizadas pelo mesmo cirurgião,

Dr. Flávio Rezende, empregando a mesma técnica cirúrgica.

A seleção dos pacientes foi rigorosa, analisando para tal o grau de evolução da catarata, a saúde geral do paciente, seu estado emocional, colaboração, saúde mental, anatomia da câmara anterior e fisiologia ocular. Eliminaram-se, desta forma, pacientes com catarata acima do grau de evolução III/IV, cardiopatas, nefropatas, asmáticos, enfisematosos, com problemas graves de coluna, dementes, ansiosos, pouco colaborativos, glaucomatosos e com alguma alteração anatômica em córnea e câmara anterior, como câmaras muito rasas. Todos os pacientes selecionados foram orientados quanto ao tipo de anestesia e a importância de manter os olhos parados. Ainda no pré operatório foram eliminados os pacientes com midríase pequena (menor que 6 mm).

A dilatação do olho operado foi obtida com instilação de Tropicamida 1%, 1 gota 15'/15', Fenilefrina 10% 30'/30' e Ocufen 15'/15' 1 hora antes. Nenhuma massagem ocular pré operatória foi realizada, bem como nenhum tipo de sedação.

Para a anestesia tópica, utilizou-se Xilocaína 4% estéril, sem preservativo, instilada 2 gotas de 5 em 5 minutos, com a primeira instilação 5 minutos antes da cirurgia. Com o tempo médio cirúrgico oscilando entre 15 e 25 minutos, a média de instilação do anestésico tópico foi de 8 a 12 gotas no olho operado (0,01 a 0,02 mg de substância ativa). Instilaram-se também 2 gotas de Xilocaína 4% no olho contra lateral antes de iniciar a cirurgia, mantendo-o com protetor ocular, evitando-se desta forma, desconforto pelo contato com o campo cirúrgico e com a mão do auxiliar. Os pacientes foram orientados a manterem os dois olhos abertos, relaxados e olhando em frente, diminuindo desta forma o efeito do reflexo de Bell, tendo como referência a luz do microscópio. Durante a cirurgia, o cirurgião se comunicava com o paciente quando necessário, procurando tranquilizá-lo e orientando quanto ao posicionamento adequado do olho. Como alternativa anestésica no caso de complicações per operatórias, utilizou-se a

Xilocaina a 1% estéril, sem preservativo, injetada na câmara posterior, num volume máximo de 0,5 ml. Uma segunda opção foi a anestesia sub-tenoniana utilizando-se cânula de Greenbaum (confeccionada de polietileno, flexível e atraumática) adaptada a uma seringa, para administração sub tenoniana de 1,5 ml de solução com 50% de Lidocaína a 2% e 50% de Bupivacaina 0,50%.

A técnica cirúrgica empregada foi a facoemulsificação transcorneana temporal, utilizando-se para o sulco corneano e incisão tunelizada, bisturis de diamante. Fixando-se o olho com um anel de fixação, realiza-se um sulco corneano temporal bem junto ao limbo, com $\pm 0,7$ mm de profundidade e 3,5 mm de largura, seguido de incisão tunelizada auto selante para acesso à câmara anterior, além de paracentese para gancho de núcleo (*side port*). Durante a capsulorrexia, é de fundamental importância, anel de fixação ou pinça para fixar o olho, pois neste momento pequenos movimentos oculares podem comprometer sua execução e daí, toda a cirurgia. Segue-se a hidrodissociação e hidrodelineação do núcleo, facoemulsificação e aspiração das massas. Após preencher saco cristalino e câmara anterior com substância viscoelástica, implanta-se lente dobrável de silicone, com diâmetro de 6 mm.

No pós operatório imediato, os pacientes foram interrogados quanto às queixas e em particular sobre, desconforto no per operatório, respondendo a um questionário. Tais queixas, variaram de dor moderada a discreta, fisgada, ardência, pressão, até ausência de queixas. Quanto à acuidade visual no pós operatório imediato, foi avaliada se era melhor, igual ou pior que a pré operatória.

Os pacientes foram avaliados pela biomicroscopia em 4 momentos: no pós operatório imediato, na revisão de 24 hs, com 1 semana e com 1 mês de pós operatório. Procurou-se avaliar a reação conjuntival, o edema central da córnea, Tyndall na câmara anterior, presença ou ausência de Seidel, graduados em número de cruzes num total de quatro. A avaliação da acuidade visual, com a melhor refração, foi realizada na revisão de

24 hs, com 1 semana e com 1 mês de pós operatório, quando foram prescritos óculos e dada alta. Considerou-se acuidade visual plena, a melhor acuidade obtida na revisão de 30 dias, ou seja, na alta. Avaliou-se também a variação média do astigmatismo corneano através de comparação da ceratometria central pré e pós operatórias, esta última no 30º dia.

Os resultados foram avaliados estatisticamente, obtendo-se os valores demonstrados a seguir.

RESULTADOS

Os resultados com anestesia tópica na facoemulsificação transcorneana temporal foram animadores (gráfico 01). Durante o per operatório, 26 pacientes (52%) negaram qualquer tipo de desconforto, enquanto 10 (20%) referiram discreta pressão, 4 (8%) discreta ardência, 3 (6%) discreta fisgada e em apenas 7 casos (14%) houve queixa de dor suportável sendo que, dentre estes, 6 referiram dor muito discreta.

Foram registrados 5 casos de complicações per operatórias, 2 deles por ruptura da cápsula posterior, 1 caso de hipertensão vítrea (*misdirection syndrome*), 1 paciente que apresentou excessiva mobilidade ocular e outro que referiu dor moderada. Neste último, realizou-se complementação anestésica sub-tenoniana a 3 mm do limbo com injeção de 1,5 ml de solução de 50% Xilocaina a 2% e 50% Marcaina 0,50% utilizando-se a cânula de Greenbaum. O mesmo procedimento foi realizado no paciente que apresentava excessiva mobilidade ocular, obtendo-se satisfatória analgesia e acinesia, ambos recebendo alta com curativo oclusivo. Nos casos de ruptura da cápsula posterior, utilizou-se Xilocaina 1% sem preservativo 0,5 ml na câmara posterior. Em um deles, não foi necessária vitrectomia anterior, ampliou-se a incisão para 4 mm e implantou-se lente dobrável de acrílico, com diâmetro 13,5 mm de alça a alça, no sulco ciliar, tendo o paciente referido discreta pressão. No outro caso, rea-

Gráfico 1

QUEIXAS NO PER-OPERATÓRIO

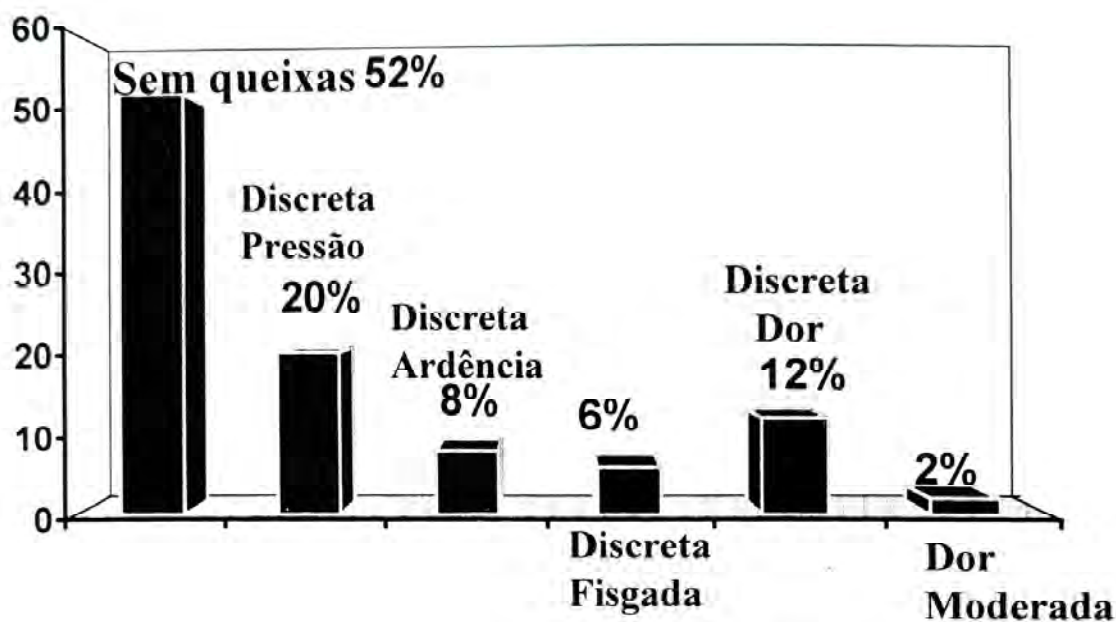
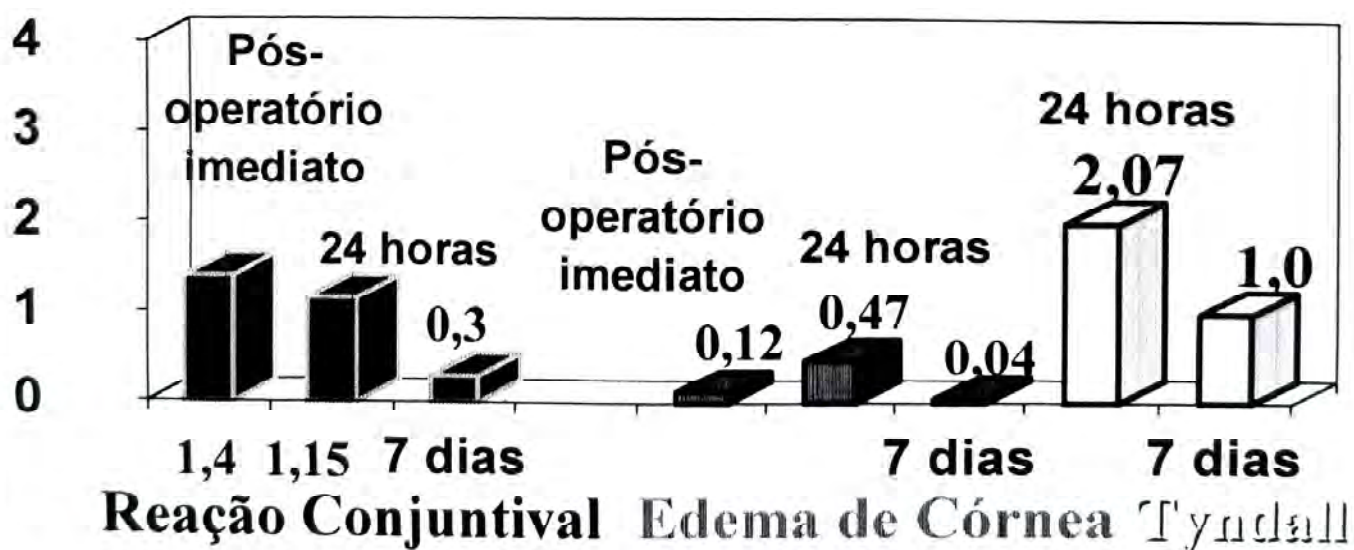


Gráfico 2

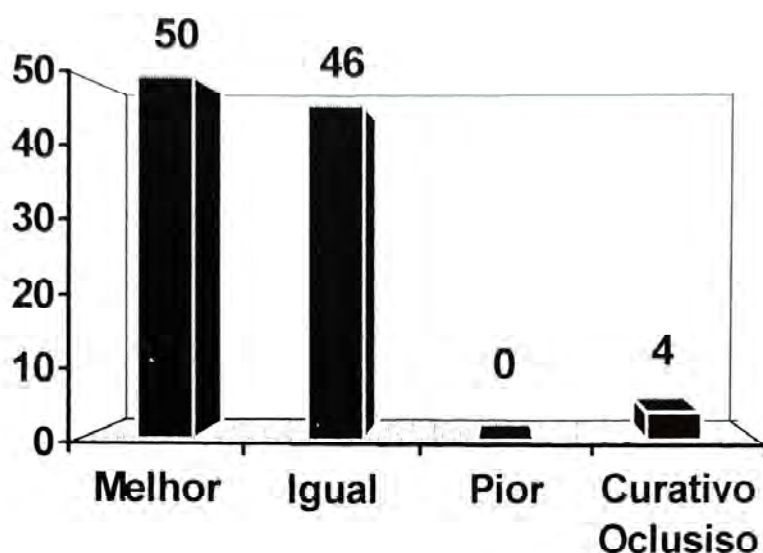


lizou-se vitrectomia anterior, ampliou-se a incisão para 8 mm e implantou-se lente 7 mm também no sulco, sobre a cápsula anterior.

Fechou-se a incisão com 4 pontos separados de mononylon 10-0, tendo o paciente negado dor ou qualquer outro desconforto, para

Gráfico 3

ACUIDADE VISUAL NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO



nossa surpresa. Também no caso de hipertensão vítrea, complementou-se a anestesia com Xilocaína 1% 0,5 ml na câmara posterior e realizou-se punção vítrea com aspiração de 0,5 ml para controlar a hipertensão ocular. Mais uma vez nos surpreendemos com o paciente sem queixas, transcorrendo sem problemas o restante da cirurgia. Em todos os casos em que se utilizou Xilocaína 1% sem preservativo na câmara posterior, não foi necessário curativo oclusivo.

No pós operatório imediato, observamos uma incidência insignificante de edema central da córnea na maioria dos pacientes, bem como valores muito pequenos de reação conjuntival (menos de ++/4), estando estes valores praticamente abolidos no 7º dia de pós operatório (gráfico 2). Em 25 casos (50%) a acuidade visual no pós operatório imediato já era melhor do que antes da cirurgia, em 23 casos (46%) era igual, sendo que, em 1 deles alcançou-se visão final com 24hs, em 11 com 7 dias e nos 11 restantes na

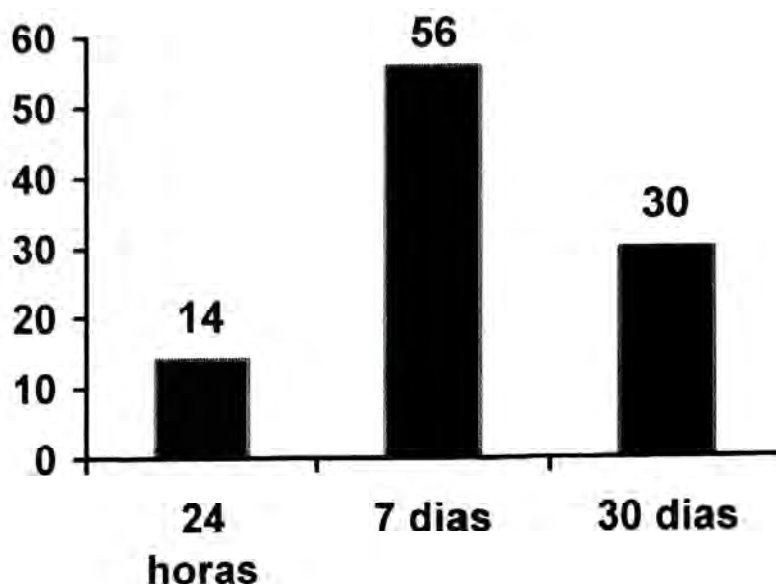
última revisão de 30 dias de pós operatório. Nenhum paciente relatou piora da acuidade visual no pós operatório imediato e em 2 casos (4%) não se pode avaliar por ter sido feito curativo oclusivo (gráfico 3).

Na revisão de 24 hs, notou-se presença de Seidel +/4+ em 8 casos (16%), totalmente ausente na 2ª revisão com 7 dias de pós operatório. Nenhum caso de infecção foi registrado. A medicação prescrita no pós operatório foi Maxitrol 6x/dia e Ocufen 4x/dia, reduzindo a cada semana. O Tyndall registrado nas primeiras 24 hs foi, em média, de ++/4, +/4 no 7º dia de pós operatório e praticamente ausente na alta com 30 dias.

O tempo médio para recuperação plena da acuidade visual (gráfico 4), ou seja, acuidade visual igual à observada na alta com 30 dias de pós operatório, foi obtida com apenas 24 hs de pós operatório em 14% dos casos, já no 7º dia em 56% dos casos e com 1 mês de pós operatório, em 30% dos casos. A variação média da ceratometria foi de apenas

Gráfico 4

TEMPO MÉDIO PARA RECUPERAÇÃO PLENA DA ACUIDADE VISUAL



0,5 dioptrias em 68% dos pacientes e em 32% dos casos não houve mudança do astigmatismo corneano (gráfico 5). Já o eixo do astigmatismo não sofreu variação em 77,50% dos casos e em 17,5% a variação foi a favor da regra.

O tempo médio de cirurgia variou de 15 a 25 minutos e o tempo médio de faco foi de 2,3 min. A grande maioria dos pacientes, 90%, mostrou-se bastante satisfeitos com a anestesia tópica, repetindo o mesmo procedimento anestésico no olho contra lateral, se necessário, além de apontarem como grande vantagem a alta sem curativo, com recuperação visual imediata. Os outros 10% dos pacientes referiram certa ansiedade pela manutenção da sensibilidade tátil e da mobilidade ocular, tendo portanto, a responsabilidade de não movimentar os olhos. Preferiram, portanto, anestesia que mantivesse absoluta acinesia e nenhuma sensação per operatória.

DISCUSSÃO

Na nossa experiência, concluímos que a anestesia tópica para cirurgia de catarata é uma realidade, trazendo praticidade, segurança para o cirurgião e conforto para o paciente. No entanto, seu emprego é restrito a uma técnica cirúrgica apurada como a facoemulsificação, nas mãos de um cirurgião experiente e capaz de contornar situações adversas no per operatório, com habilidade e outros recursos anestésicos como os que citamos anteriormente. Dentre eles, nossa preferência é pela Xilocaina a 1% sem preservativo na câmara posterior, que demonstrou ser eficaz e livre dos contratempos observados na infiltração anestésica sub-tenoniana com cânula de Greenbaum, entre eles, hemorragia subtenoniana e quemose conjuntival, além da necessidade de curativo oclusivo devido a relativa acinesia ocular e palpebral. Acreditamos ser a incisão transcorneana (*clear corneal*), a mais adequada para esta

Gráfico 5

VARIAÇÃO MÉDIA DO ASTIGMATISMO



técnica anestésica, evitando-se desta forma, manipular tecidos sensíveis como conjuntiva e esclera. Atua-se portanto apenas na córnea, que apresenta grande bloqueio anestésico com colírio.

Consideramos também fundamental para a anestesia tópica, uma criteriosa seleção dos pacientes uma vez que a colaboração e estado emocional dos mesmos, está diretamente relacionado a um per operatorio tranquilo e com um mínimo de complicações.

Um tempo crítico durante a cirurgia é a capsulorrexia, sendo de grande ajuda a imobilização do globo ocular com anel de fixação ou pinça, evitando desta forma, movimentos indesejados que possam comprometer o tempo cirúrgico.

Em nossos pacientes, os momentos em que observamos maior desconforto, foram na introdução da ponta da faco na câmara anterior, pelo aumento da tensão ocular, e na

implantação da lente intra ocular, talvez pela pressão necessária para introduzir, pela incisão pequena, o injetor da lente dobrável. A ausência de curativo oclusivo associado à mínima agressão cirúrgica, propicia uma rápida recuperação visual e física, estando o paciente, apto a retomar suas atividades laborativas, em média, com 7 dias de pós operatorio, apresentando visão satisfatória, olho operado claro, sem suturas e com mínima reação inflamatória.

Estamos certos de que a anestesia tópica irá se firmar como alternativa segura e eficaz para a cirurgia de catarata, na medida em que cada vez mais cirurgiões se aprimoram na facoemulsificação, adquirindo habilidade e segurança nesta técnica cirúrgica que, sem dúvida alguma, é a mais eficiente até o momento.

Endereço para correspondência:

Rua Jornalista Orlando Dantas, 49 - Botafogo
CEP 22231-010 Rio de Janeiro - RJ
Tel. (021)552-3522

REFERÊNCIAS

1. FICHMAN RA.: Topical Anesthesia. In: Gills, JP, Hustead RF, Sanders DR, Eds. Ophthalmic Anesthesia. Thorofare, NJ. Slack, Inc, p. 166-175, 1993.
2. ORBEGOZO, F.J.; DIAS, V. & SALAZER, J.L.: Topical Anesthesia with and without IV Sedation in Phaco Cataract Surgery Ocular Surgery News.
3. NOVAK, K.D., KOCH, D.D. Topical Anesthesia for Phacoemulsification. Initial 20 cases series with one month follow up. J Cataract Refract Surg. 21 (November), 1995.
4. KERSHNER, R.M. Cataract Surgery Technique using Topical Anesthesia. In: Fine IH, Fichman RA, Grabow HB, Eds. Clear-corneal Cataract Surgery and Topical Anesthesia. Thorofare, NJ, Slake, Inc. pp. 141-153, 1993.

Pseudo-Cápsula

Luiz Velloso *

RESUMO

Uma nova técnica propicia a construção de uma malha, ao nível do sulco ciliar, que substitue a cápsula posterior do cristalino. Esta malha suporta a LIO em posição correta; perpendicular ao eixo visual, evita a torção da LIO e erros na refração já que a mantém na distância prevista.

ABSTRACT

Intraocular lens suport

A new technique to permit the use of a posterior chamber IOL in the absence of posterior capsule in proposed.

A 10.0 suture line suport is made behind the iris just like a net. This will stabilize and keep in proper position a sulcus fixated lens.

MÉTODO

Na afasia cirúrgica ou traumática ainda é freqüente acontecer a ruptura da cápsula posterior do cristalino, exigindo uma vitrectomia e substituição da LIO posterior, por uma de câmara anterior ou uma de câmara posterior amarrada no sulco. Esta amarração, tem sido preferida, mas não é isenta de complicações, como: torção e formação de prismas ou flexão das alças na falta de suporte, alterando as medidas da refração.

A construção de uma malha com abertura de mais ou menos 5 mm, no nível do sulco ciliar, retropupilar, mostra-se capaz de sustentar uma LIO convencional em posição centrada, perpendicular ao eixo visual e na distância, córnea-retina, dos cálculos refracionais. Melhor contudo, se as hastes forem de PMMA; mais robustas, forcem melhor o sulco, facilitando o equilíbrio da LIO.

Com o globo fechado, uma marcação de 3 linhas paralelas ao limbo, extensão de 4,8mm, eqüidistante uma da outra.

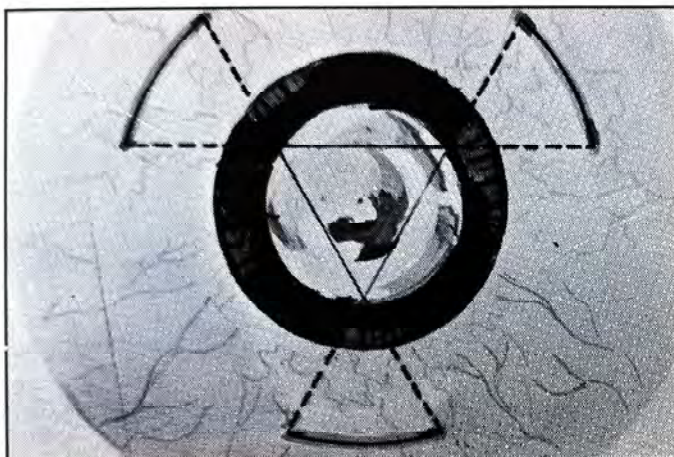
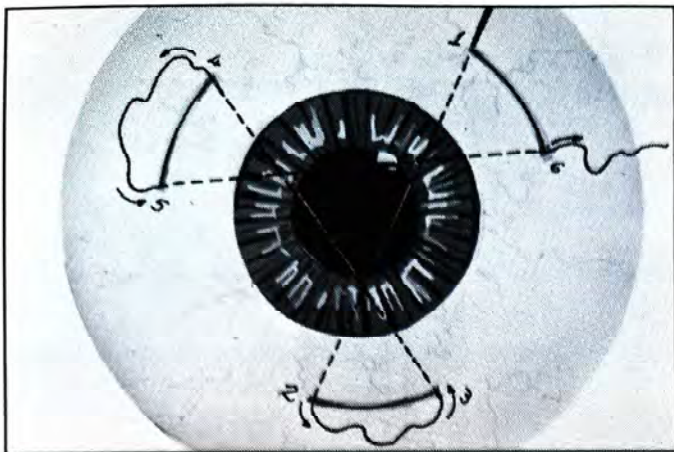
Faz-se um sulco de mais ou menos 0,2mm de profundidade em toda a extensão de cada marcação, melhor com faca de diamante.

Acompanhando como na fig.2, passa-se uma agulha reta com fio prolene 10-0, na seqüência do desenho: 1 para 2, 3 para 4, 5 para 6. A anodação, ponta 1 com ponta 6, faz o fio acomodar-se nos sulcos. A tensão do fio é facilmente controlada antes da anodação final. Na área pupilar fica formada a malha triangular ao eixo visual e centrada.

DISCUSSÃO

Em um caso de traumatismo grave do segmento anterior com ruptura de córnea,

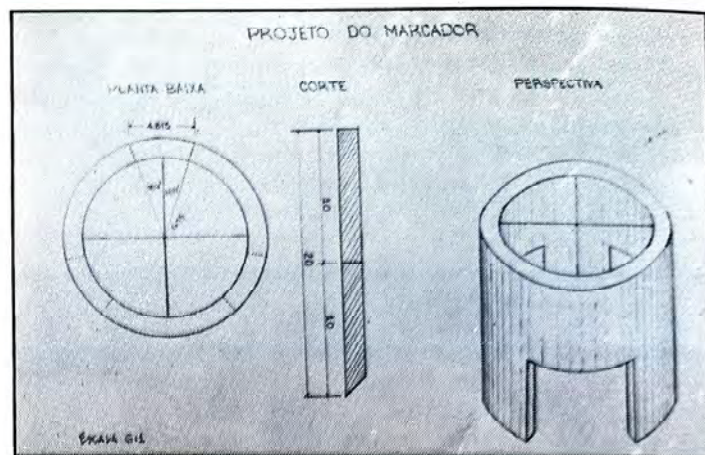
* Médico do Instituto de Olhos de Goiânia
Recebido para publicação em 06/03/96.



esclera, íris e cristalino foi feita a reconstrução anatômica. Um segundo tempo com vitrectomia e a feitura da malha resultando: aniridia, afacia e leucomas múltiplos. Simultaneamente, transplante de córnea + LIO 7mm, o resultado foi tão bom, fig.1, e também o tempo dispendido na confecção da malha, surpreendentemente curto, que nos animam a ampliar o uso da técnica.

Agradecimentos

Marcia Kalil, Luciana Velloso e Dra. Belquiz Nassarala, por trabalho de Bibliotecária, Editoria e Revisão.



Endereço para correspondência:

Instituto de Olhos de Goiânia
Rua 9 - B nº 48 - Oeste
Goiânia - GO

REFERÊNCIAS

- Esichson L. Effects of intraocular lens positions on postoperative refractive errors. J. Cataract Refractive Surg. 16:305-310, 1990.
- Freitas, JH. Freitas. M.L.H. Mais, F. Implante secundário de câmara posterior (sem cápsula). Rev. Br. Oft. 47(3):143-146, 1988.
- Lisandro C. Lambert, M. Aparecida Managi, Wagner Zacharia & Tadeu Cvintal. Análise refracional na fixação escleral de LIO, ausência de suporte capsular. Rev. Bras. Oft. 54(12), 1995.
- Navia-Aray. E.A. - Suturing a post chamber intraocular lens to the Iris through limbal incisions. Results in 30 eyes. Jour. Refr. Cornea Surgery 10 (Set/Out), 1994

Telangiectasia retiniana justafoveal idiopática

Raul N. G. Vianna *

RESUMO

O caso de uma paciente que apresentava telangiectasia retiniana justafoveal idiopática (TRJI) bilateral é apresentado.

Os sinais oftalmoscópicos e fluo-angiográficos da TRJI, bem como sua história natural, os achados histopatológicos, o diagnóstico diferencial e o tratamento são revisados.

Palavras-chave: Telangiectasia retiniana justafoveal idiopática, telangiectasia retiniana, angiografia fluoresceínica.

ABSTRACT

Idiopathic juxtafoveal retinal telangiectasia

A case of a patient with bilateral idiopathic juxtafoveal retinal telangiectasia (IJRT) is reported.

The ophthalmoscopic and fluorescein angiographic features of IJRT, as well as its natural history, histopathological findings, differential diagnosis and treatment are reviewed.

Key-words: idiopathic juxtafoveal retinal telangiectasia, retinal telangiectasia, fluorescein angiography.

INTRODUÇÃO

Telangiectasia é o termo utilizado para definir dilatações anormais de capilares, arteríolas e vênulas, congênitas ou não, com o aspecto de uma pequena lesão focal¹².

A telangiectasia justafoveal idiopática é uma vasculopatia retiniana rara. Esta entidade pode se apresentar de forma unilateral ou bilateral^{5,6}.

A forma unilateral geralmente afeta homens de meia idade, sendo considerada por alguns autores^{5,6,13} como uma forma tardia da doença de Coats. A forma bilateral, mais freqüente, afeta pacientes de ambos os sexos ao redor da quinta ou sexta décadas.

Essas formas primárias, incomuns, de telangiectasias devem ser diferenciadas de telangiectasias secundárias observadas em algumas doenças vasculares da retina, tais

* Professor Auxiliar, Chefe do Departamento de Retina e Vitreo da Universidade Federal Fluminense - UFF-RJ (Diretor: Prof. Dr. Renato L. N. Curi) e do Instituto de Oftalmologia de Niterói - ION, RJ. Pós-graduando (Nível Doutorado) da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.
Recebido para publicação em 15/06/96.

como: retinopatia diabética, oclusão de ramo da veia central da retina, retinopatia por radiação, retinopatia hipertensiva, síndrome ocular isquêmica, entre outras, pois a evolução e o prognóstico são diferentes.

No presente artigo, descrevemos o caso de uma paciente que foi referida à nossa clínica queixando-se de baixa discreta de acuidade visual unilateral acompanhada de metamorfose. O exame clínico, os testes laboratoriais realizados, a oftalmoscopia e a angiografia fluoresceínica, conjuntamente, confirmaram o diagnóstico de telangiectasia retiniana justafoveal idiopática bilateral.

RELATO DO CASO

F.G.C., 60 anos, do sexo feminino, branca, casada, do lar, nos foi referida queixando-se de discreta baixa de acuidade visual em OD.

A acuidade visual era 20/30 no OD e 20/20 no OE. O teste com a grade de Amsler mostrou metamorfose central em ambos os olhos. A biomicroscopia não mostrou alterações e a pressão intra-ocular estava dentro dos limites da normalidade. A oftalmoscopia, contudo, revelou dilatação capilar discreta e alterações do epitélio pigmentar da retina na região justafoveal temporal de ambos os olhos (Figs. 1 e 2). A angiografia fluoresceínica confirmou os achados oftalmoscópicos (Fig. 3). Nas fases tardias do

angiograma, foi observado extravazamento do corante ao nível dos capilares telangiectáticos (Fig. 4).

Como a forma bilateral de TRJI já foi associada a anormalidades do metabolismo glicídico, a paciente realizou a glicemia, o teste de tolerância à glicose (TTG), e a dosagem da hemoglobina glicosilada, dos quais apenas o TTG mostrou-se discretamente alterado.

O tratamento com LASER não foi realizado, visto que a paciente apresentava ótima acuidade visual em ambos os olhos.

A paciente foi orientada a realizar teste com a grade de Amsler, no lar, mensalmente, com o intuito de surpreender qualquer progressão do quadro oftalmológico.

O *follow up* clínico no espaço de um ano, não mostrou alterações nos quadros sistêmico e oftálmico.

DISCUSSÃO

A *telangiectasia retiniana justafoveal idiopática* (TRJI) pode se apresentar de forma unilateral ou bilateral. Gass^{5,6} dividiu a TRJI em três grupos básicos: **grupo 1** - telangiectasia unilateral (congenita ou idiopática), **grupo 2** - telangiectasia bilateral e **grupo 3** - telangiectasia bilateral com oclusão capilar.

O tipo unilateral (**grupo 1**) é considerado uma forma muito discreta, localizada,



Figura 1: A - Olho direito - Observe as anormalidades (placa hipopigmentada) ao nível do epitélio pigmentar da retina e os vasos telangiectáticos na região temporal à fovea. B - Olho esquerdo - Capilares telangiectáticos visíveis na região temporal à fovea (seta). Vênulas em ângulo reto na direção à fovea são também observadas.

da doença de Coats, embora alguns casos possam ser adquiridos⁵. Geralmente o paciente é do sexo masculino e de meia idade. A queixa principal é a baixa da acuidade visual, acompanhada ou não de metamorfopsia. O exame oftalmoscópico revela, na região temporal ou ao redor da fóvea, telangiectasias freqüentemente associadas a exsudação lipídica. Estes exsudatos lipídicos podem se estender pelo polo posterior, atingindo a extensão de até dois diâmetros papilares⁴.

O tipo bilateral (**grupo 2**) é a forma mais comum de TRJI^{4,5,6}. Afeta ambos os sexos igualmente, com pico de incidência entre a quinta e sexta décadas de vida. Tipicamente, o paciente se queixa de baixa acuidade visual, não muito acentuada, em um ou ambos os olhos. Sintomas como metamorfopsia e escotomas são também comuns. O exame

oftalmoscópico revela telangiectasias na região temporal justafoveal da retina de ambos os olhos, embora a rede capilar justafoveal possa estar envolvida nos 360° (Fig. 5). A exsudação lipídica, quando presente, é muito menor do que aquela observada na forma unilateral^{4,5,6}. Vênulas em angulação reta em direção à fóvea parecem ser um sinal observado mais freqüentemente na TRJI bilateral, embora alguns casos unilaterais apresentem este sinal⁹. Especula-se que essas anomalias sejam secundárias à obstrução venosa crônica⁹. Por outro lado, Gass e Oyakawa⁶ acreditam que vênulas em angulação reta representariam também um sinal de início do processo de neovascularização subretiniana. A hiperplasia pigmentar, observada em alguns casos, ocorre devido ao extravazamento prolongado oriundo de capilares incompetentes da região. As células do epitélio pigmentar da retina migram para o espaço subretiniano e formam placas de pigmentação próximas às áreas de telangiectasia³. É também importante enfatizar que na TRJI o corpo vítreo é transparente e não há sinais de inflamação ou de uma doença retiniana difusa, fato importante a ser levado em conta no diagnóstico diferencial da TRJI.

O tipo bilateral com oclusão capilar (**grupo 3**) é extremamente raro e pode vir associado a vasculopatia do sistema nervoso central⁵.

A angiografia fluoresceínica é um exame importante para o diagnóstico da TRJI. Nas formas clássicas, as fases precoces do



Figura 2: Olho esquerdo. Detalhe da figura 1-B.

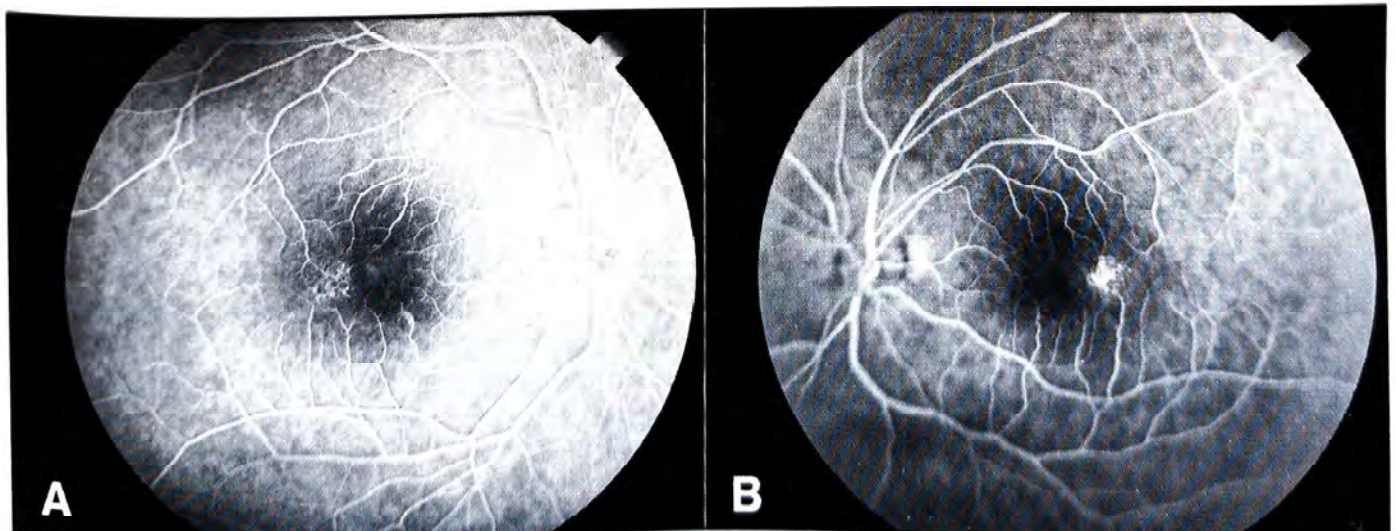


Figura 3: A - Olho direito e B - Olho esquerdo. A retinografia fluoresceínica (fase precoce) claramente revela área de telangiectasia temporal à fóvea de ambos os olhos.

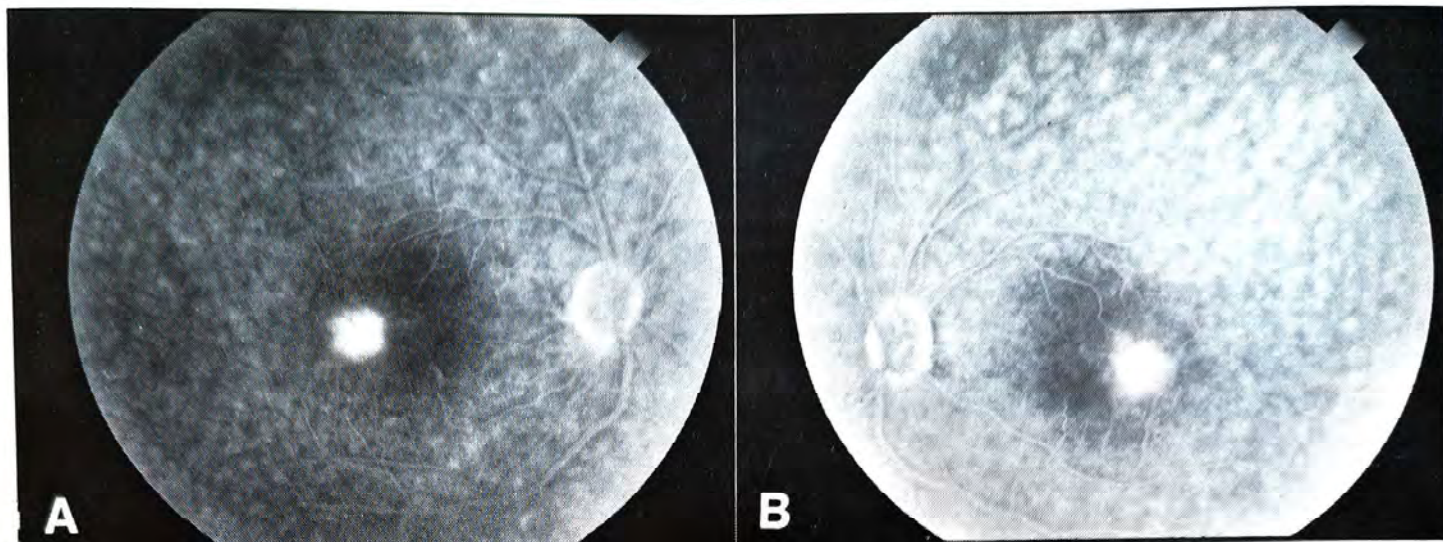


Figura 4: A - Olho direito e B - Olho esquerdo. A retinografia fluoresceínica (fase tardia) revela difusão intraretiniana do corante em região temporal à fóvea de A.O.

angiograma revelam a dilatação do plexo capilar superficial e profundo, microaneurismas e, raramente, não perfusão capilar nas proximidades da fóvea. As fases tardias mostram difusão intraretiniana do corante.

A patogênese da TRJI ainda é desconhecida. Millay *et alli*¹⁰ acreditam que a pressão sanguínea nessas áreas teleangiectásicas é baixa, o que pode levar a uma estagnação vascular prolongada com conseqüente hipotensão, causando perda capilar, dilatação e a formação de microaneurismas. É importante ressaltar que a região foveal nasal tem suprimento sanguíneo superior e maior pressão de perfusão devido à sua proximidade com o nervo óptico e com a rede capilar peripapilar, o que pode explicar a tendência da microangiopatia ocorrer mais comumente ao nível da região temporal da fóvea¹⁰.

Green *et alli*⁷ descreveram os achados histopatológicos da TRJI (grupo 2). No caso estudado, esses autores encontraram somente mínimas evidências de telangiectasia dos capilares retinianos; no entanto, foram observados espessamento da parede dos capilares retinianos (devido à intensa proliferação da membrana basal), estreitamento do calibre do lumen vascular e perda de pericitos. É intrigante constatar que estas alterações podem também ocorrer na retinopatia diabética não proliferativa ("background diabetic retinopathy").

A associação da TRJI com anormalidades no metabolismo glicídico já foi descrita

na literatura^{8,9,10}; Millay *et alli*¹⁰ encontraram intolerância à glicose ou diabetes em 62% de seus pacientes com TRJI na forma bilateral. Na forma unilateral, apenas 35% dos pacientes apresentavam essa associação¹⁰. Entretanto, os valores resultantes do TTG devem ser avaliados com cautela, uma vez que valores anormais ocorrem com razoável frequência em indivíduos maiores de 60 anos¹⁰. Andres¹ revelou que aproximadamente 50% da população acima de 60-70 anos apresentam TTG anormal. Na série de nove pacientes com TRJI na forma bilateral reportada por Millay *et alli*¹⁰, apenas três tinham diabetes mellitus confirmado.

A história natural da TRJI é variável. Na maioria dos casos, a vasculopatia é estável durante anos e aproximadamente 70% dos olhos tem acuidade visual melhor que 20/60^{2,10}. A absorção espontânea dos exsudatos intraretinianos pode ocorrer, contudo, a exsudação crônica pode levar a edema macular, cistóide ou não, e conseqüente disfunção macular. Em alguns casos, um cisto foveolar pode se formar e progredir para um buraco macular. No entanto, a mais séria complicação da TRJI é o desenvolvimento de neovascularização subretiniana, a qual pode diminuir profundamente a visão central e agravar o prognóstico visual. Ademais, estas membranas estão localizadas geralmente na região subfoveal, tornando difícil o tratamento com LASER.

Na realidade, nenhuma informação consistente a respeito dos benefícios da laser-

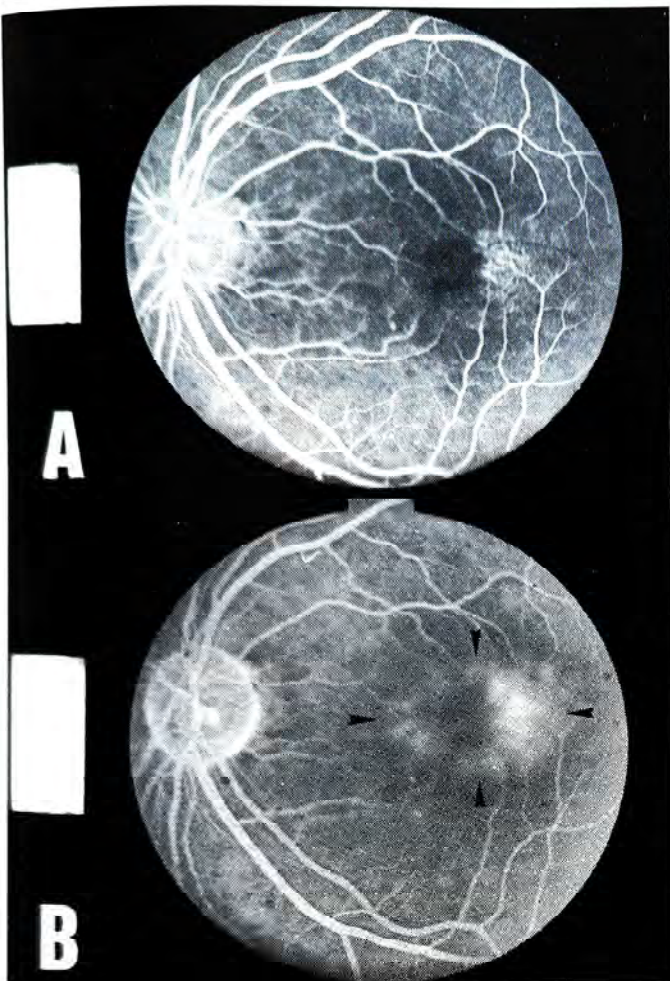


Figura 5: Forma bilateral (grupo 2) de TRJI. A - Telangiectasias envolvendo os 360° da região juxtafoveal. B - difusão intra-retiniana do corante nos 360° da região juxtafoveal. (setas). (Cortesia Dra. Lilia Muralha).

terapia na TRJI, principalmente nas formas bilaterais, foi relatada até o momento. Brazitikos *et al*² sugerem que o edema retiniano crônico secundário a TRJI seria um critério para iniciar a terapia com LASER. Fotocoagulação macular 'em grade' nas áreas de telangiectasia pode reverter o quadro edematoso¹⁰. Em casos unilaterais, exsudativos, o tratamento com laser deverá ser cauteloso e abrangente, sob o risco de agravamento e mesmo recidiva do quadro. Nas formas unilaterais supostamente adquiridas, a própria progressão da patologia em si não pode ser descartada, uma vez que seria impossível saber quando o quadro está estabilizado (Fig. 6). Nesses casos, Gass recomenda o tratamento precoce com laser, antes que a exsudação leve a baixa da acuidade visual⁵.

O mesmo autor não acredita que a laserterapia seja necessária na maioria dos casos bilaterais (grupo 2), a menos que haja neovascularização.

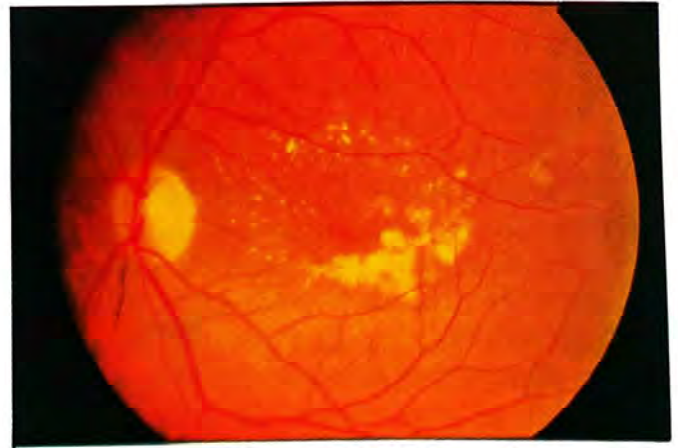


Figura 6: Forma unilateral de TRJI (grupo 1). Progressão das lesões telangiectásicas, com exsudação, na região superior à fóvea. Área inferior previamente tratada com LASER.

É importante diferenciar a TRJI de outras formas primárias de telangiectasia. A entidade "*Aneurismas miliares de Leber*" (AML) é, na verdade, uma forma pouco exuberante ou incipiente da doença de Coats. Apresenta-se na época adulta e a acuidade visual é geralmente reduzida devida à deposição de lipídios na região macular (resposta macular exagerada). A oftalmoscopia revela dilatação vascular em forma sacular e fusiforme ao nível da média periferia temporal da retina. Esses achados estão em contraste com as lesões discretas e mais centrais, com pouca exsudação, observadas na TRJI⁴. Há quem, como Reese¹³, considere estes quadros telangiectásicos unilaterais (TRJI, AML e a doença de Coats) apenas formas distintas mais ou menos graves, de um mesmo processo patológico.

Outras desordens retinianas podem mostrar um quadro oftalmoscópico similar a TRJI. Na *oclusão de ramo da veia central da retina*, a angiografia fluoresceínica demonstra enchimento tardio da veia obstruída, colaterais e capilares telangiectásicos afetando a área drenada pela veia. Ademais, a veia envolvida não cruza a rafe horizontal. Os exames paraclínicos e a ausência de anomalias vasculares mais difusas excluem o diagnóstico de *retinopatia hipertensiva* e *obstrução da artéria carótida* (síndrome ocular isquêmica). A anamnese afastará a possibilidade de *retinopatia por radiação*, a qual pode ser vista até vinte anos após a irradiação².

O diagnóstico diferencial da TRJI também inclui o edema macular cistoide de he-

rança autossômica dominante, o edema macular que acompanha a *retinitis pigmentosa* e algumas causas de neovascularização subretiniana, como a *degeneração macular relacionada à idade* (DMRI). Porém, na DMRI, a neovascularização é situada na coróide e geralmente acompanhada de drusas e alterações do epitélio pigmentar da retina, sem evidência de doença dos capilares da retina. É importante ressaltar que casos familiares de telangiectasia retiniana na região foveal, semelhantes às observadas na TRJI, já foram descritos, porém são considerados exceções^{3,4,5,6}.

A *retinopatia diabética* (RD) talvez seja o diagnóstico diferencial mais difícil da TRJI. De forma simplista, a RD pode ser excluída pelo exame clínico e por testes laboratoriais. Um ponto a favor do diagnóstico de TRJI é o fato de que, segundo os padrões vigentes, o quadro laboratorial de "intolerância à glicose" não é aceito como causa de microangiopatia retiniana ou outras complicações microvasculares vistas no diabetes mellitus confirmado (11). Em casos limitrofes, surge a dúvida: seria o paciente com TRJI, principalmente na forma bilateral, um pré-diabético? Nesses casos, somente um *follow up* clínico e laboratorial poderão ser esclarecedores.

Endereço para correspondência:

Depart. de Retina e Vitreo. Serviço de Oftalmologia (UFF). Hosp. Universitário Antonio Pedro
Rua Marquês do Paraná, nº 303-térreo
CEP 24030-120 Niterói - RJ

REFERÊNCIAS

1. Andres R: Aging and diabetes. Med. Clin. North Am. 55:835, 1971.
2. Brazitikos PD, Purnaras CJ and Baumgartner JM: Télangiectasies rétinienes parafovéolaires idiopathiques. Considerations pathogénétiques et thérapeutiques. Ophthalmologie 6:10, 1992.
3. Chew EY, Murphy RP, Newsome DA and Fine SL: Parafoveal telangiectasia and diabetic retinopathy. Arch. Ophthalmol. 104:71, 1986.
4. Destro M and Gragoudas ES: Coats disease and retinal telangiectasia. In Principles and Practice of Ophthalmology, Ed. Albert DM and Jakobiek FA. WB Saunders Company, Vol. II:801, 1994.
5. Gass JDM and Blodi BA: Idiopathic Juxtafoveal Retinal Telangiectasis: Update of Classification and Follow-up Study. Ophthalmology, 100:1536, 1993.
6. Gass JDM and Oyakawa RI: Idiopathic juxtafoveal retinal telangiectasis. Arch. Ophthalmol. 100:769, 1982.
7. Green WR, Quigley HA, De la Cruz H and Cohen B: Parafoveal retinal telangiectasis. Light and electron microscopy studies. Trans. Am. Acad. Ophthalmol. 76:968, 1972.
8. Hutton WL, Snyder WB, Fuller D et al: Focal parafoveal retinal telangiectasis. Arch. Ophthalmol. 76:968, 1972.
9. Hutton WL, Snyder WB, Fuller D et al: Focal parafoveal retinal telangiectasis. Arch. Ophthalmol. 96:1362, 1978.
10. Millay RH, Klein ML, Handelman RL and Watzke RC: Abnormal glucose metabolism and parafoveal telangiectasia. Am. J. Ophthalmol. 102:363, 1986.
11. National Diabetes Data Group: Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. Diabetes. 28:1039, 1979.
12. Robins SL and Cotran RS: Pathologic Basis of Disease. W.B. Saunders Company, 2ª Ed., p. 521, 1979.
13. Reese AB: Telangiectasis of the retina and Coats' disease. Am. J. Ophthalmol. 42:1, 1956.

Ceratomicoses

Revisão bibliográfica *

Rodrigo Coelho **, Flávio Martini Filho ***

RESUMO

Os autores apresentam revisão bibliográfica sobre ceratomicoses enfatizando os aspectos: clínicos (fatores predisponentes, características e evolução da lesão), laboratorial (métodos usados) e terapêutico (quanto a etiologia, profundidade e estágio de acometimento corneano).

Unitermos: Ceratomicoses, úlceras fúngicas, ceratites fúngicas.

ABSTRACT

Keratomycosis: Diagnosis and therapy - Review

The authors present a review about keratomycosis with emphasis to the clinical (predisposing factors, characteristics and evolution of lesions), laboratorial (methods) and therapeutic (etiology, depth and degree of corneal involvement) aspects of disease.

Key-words: Keratomycosis, Fungal ulcers, Fungal Keratitis

INTRODUÇÃO

As ceratites fúngicas apesar da incidência crescente, ainda são infecção pouco prevalentes em nosso meio o que dificulta a avaliação de condutas. Dai a necessidade do estabelecimento de normas de diagnósticos e terapêuticas a serem seguidas.

REVISÃO

A ceratite fúngica é um processo inflamatório de etiologia infecciosa que mesmo

quando tratado adequadamente pode evoluir para a cegueira. Acima de 70 espécies já foram identificadas como agentes etiológicos¹, sendo que em nosso meio prevalecem os fungos filamentosos, em particular, *Aspergillus* e *Fusarium*.

A quebra da integridade epitelial corneana é indispensável para a instalação da infecção. No que se relaciona aos fungos filamentosos, geralmente isto ocorre através de trauma com vegetais. Já na infecção por leveriduriformes são fatores importantes a existência de doença corneana prévia, a imunossupressão tópica ou sistêmica, o uso de

* Trabalho realizado no Serviço de Oftalmologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de POA/RS e no Departamento de Ensino do Instituto de Oftalmologia Prof. Ivo Corrêa Meyer - POA/RS.

** Residente do Serviço de Oftalmologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de POA/RS.

*** Estagiário do Serviço de Oftalmologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de POA/RS.

Recebido para publicação em 12/01/96.

lentes de contato e o uso indiscriminado de antibióticos.

Quanto às manifestações clínicas, geralmente há um tempo de incubação de 24 a 36 horas, tendo a ceratite uma evolução mais lenta do que na de etiologia bacteriana. Inicialmente o paciente refere vermelhidão ocular, sensação de corpo estranho, fotofobia e lacrimejamento. Com a evolução, há turvação da visão e dor ocular.

Ao exame oftálmico observa-se diminuição da acuidade visual, congestão conjuntival, úlcera corneana com infiltrado estromal e hipópio. Menos freqüentemente placas endoteliais e anéis autoimunes. Quanto à úlcera, a de etiologia filamentosa geralmente é de cor acinzentada, de bordas mal definidas e com lesões satélites, sendo mais rapidamente destrutiva. Já a úlcera por *Cândida* geralmente é oval, pequena, elevada e com bordas bem definidas, sendo semelhante à de etiologia bacteriana. É importante salientarmos que as características da lesão auxiliam o diagnóstico, mas, não são patognomônicas.

A coleta de material é realizada através de raspado corneano (utiliza-se lâmina número 15, raspando bordas e bases da úlcera), sendo seguida pela introdução da terapia conforme a suspeita clínica.

Nos casos de pacientes em uso de lentes de contato, esta é enviada juntamente com o recipiente e a solução de limpeza, para exames laboratoriais^{2,3}.

Se os exames laboratoriais são negativos e o quadro clínico, apesar do tratamento, não melhora em 48 horas, procede-se à biópsia corneana (utiliza-se trépano e delaminador)⁴ que constitui o procedimento diagnóstico de maior sensibilidade^{5,6}. Se esta resulta negativa, ainda há a possibilidade de punção de material da câmara anterior (que geralmente é estéril, havendo risco de contaminação)⁴. Nos casos mais avançados em que é realizada a ceratoplastia lamelar ou penetrante, o exame do botão corneano retirado pode ser de utilidade diagnóstica, mas geralmente resulta negativo.

Os exames laboratoriais realizados são a microscopia direta através dos métodos de

Gram, Giemsa, Schwartzman e Calcofluor. A cultura em ágar sangue a 35 graus e à temperatura ambiente deve ser realizada por, pelo menos, 14 dias. (*Fusarium* e *Aspergillus* geralmente crescem em 4 dias, mas aproximadamente 25% dos fungos isolados requerem mais de 2 semanas)⁷. O uso de lecitinas conjugadas com fluoresceína é um método que oferece rapidez e sensibilidade mas é de alto custo e ainda não está disponível em nosso meio^{8,9}.

Quanto à conduta terapêutica, inicialmente corrigem-se fatores predisponentes, retiram-se corpos estranhos se existentes, introduz-se solução tópica de atropina a 1% 1 gota de 8 em 8 horas.

Como terapia antifúngica indicada, no que se relaciona à ceratite superficial por filamentosos, temos a solução tópica de Natamicina a 5% (essa tem maior eficácia se associada com Iodeto de Potássio a 1%). 1 gota de 15/15 minutos nas 2 primeiras horas, seguida por 1 gota de 30/30 minutos no restante do primeiro dia e 1 gota de 1/1 hora nos dias subseqüentes (a Natamicina é um antifúngico de amplo espectro tendo boa atividade *in vitro* contra 70 a 90% dos fungos isolados, mas possui a desvantagem da pobre penetração através do epitélio corneano intacto. É de escolha na profilaxia de casos de alto risco. Na ceratite profunda, adiciona-se a solução de Miconazol subconjuntival^{10,11}, numa dose de 10 mg (em 0,5 ml), dia por três dias consecutivos (utilizamos agulha 13,0 x 3,8 e seringa de 1 ml) e Ketoconazole via oral 200 mg de 12/12 horas¹² (antifúngico de amplo espectro com boa penetração corneana). Necessita de pH baixo para sua absorção, devendo-se ressaltar a hepatotoxicidade que geralmente ocorre em doses maiores do que 800 mg/dia)¹.

No que se relaciona à ceratite superficial por leveduriformes, em particular a *Cândida* SP, indica-se solução tópica de Anfotericina B a 0,5% (5 mg/ml) 1 gota de 1 em 1 hora (antifúngico de boa eficácia, mas com toxicidade local importante). Nas ceratite profundas adiciona-se solução de Fluconazol subconjuntival numa dose de 1 mg (0,5 ml)/dia por três dias consecutivos e Fluconazol via

oral 400 mg, dia¹² (antifúngico de uso oral com melhor penetração ocular).

Deve-se salientar que os colírios devem ser usados ao menos por um mês¹³, sendo que o debridamento epitelial periódico é necessário para uma boa penetração corneana¹⁴.

Como critérios de curas, temos a diminuição dos sintomas, a involução e a cicatrização da lesão. Não é de grande valor a negatização dos exames laboratoriais, devida a possibilidade de persistência fúngica no estroma profundo.

Nos casos mais avançados em que a perfuração corneana é iminente, pode-se optar pelo recobrimento conjuntival ou pela aplicação de adesivo (cianoacrilato) sobre a lesão, ambos com o objetivo de preservar o olho para um transplante de cónea posteriormente (o primeiro nos parece vantajoso pois além de evitar a perfuração, leva vascularização e antifúngico ao local da lesão).

Outra opção seria a ceratoplastia lamelar (procedimento útil nas ceratites crônicas superficiais)¹⁵ ou, penetrante a quente acompanhada de terapia antifúngica massiva pré e pós-operatória, devendo-se ter cautela no uso de corticosteróides. A última é superior pois não evoca a possibilidade de persistência fúngica no estroma profundo; Killingsworth *et al* relataram um índice de cura de 100% e de transparência do enxerto de 60% em uma série de 15 casos¹⁶. É o procedimento de escolha nas ceratites profundas em que há grande comprometimento corneano e que não há melhora com tratamento clínico em 72 horas (o fungo tem a propriedade de atravessar a membrana de Descemet e atingir a câmara anterior, havendo a iminência de uma endoftalmite nestes casos). Uma opção mais recente é ablação com excimer laser, a qual não tem demonstrado eficácia devido ao alto índice de perfuração corneana¹⁷.

Finalizamos salientando que o sucesso na terapêutica das ceratites fúngicas depende do diagnóstico e tratamento precoces.

Endereço para correspondência:

Rua Duque de Caxias, 1623/217 - Centro
CEP 90010-281 - Porto Alegre/RS

REFERÊNCIAS

01. Hemady RK, Foster CS: Intraocular penetration of Ketoconazole in rabbits. *Cornea* 11:329 - 33, 1992.
02. Lund OE, Mino de Kaspar H, Klauss V: Strategy of examination and therapy of mycotic keratitis. *Klin-Monatsbl Augenheilkd* 202(3): 188-94, 1993.
03. Zhang WH: Microbiology of soft contact lens - related Keratitis. *Chung-Hua-Yen-Ko-Tsa-Chih* 28(6): 352-54, 1992.
04. Foster CS: Fungal Keratitis. *Principles and Practice of Ophthalmology*, Philadelphia, Saunders CO Vol. I, p. 171-79, 1994.
05. Legeais JM, Blanc V, Basset D, D'Hermies F, Harrabi S, Frau E, Goichot L, Renard G, Poulique Y: Severe Keratomycosis. Diagnosis and treatment. *J-Fr-Ophtalmol* 17(10): 568-73, 1994.
06. Whitehouse G, Reid K, Hudson B, Lennox VA, Lowless MA: Corneal biopsy in microbial keratitis. *Aust-N-Z-J-Ophthalmol* 19(3): 193-96, 1991.
07. O'Day DM, Akrabawi PL, Head WS, Ratner HB: Laboratory isolation techniques in human and experimental fungal infections. *Am-J-Ophthalmol* 87:688, 1989.
08. Thomas PA: Mycotics keratitis. *J-Med-Vet-Mycol* 32(4): 235-56, 1994.
09. Robin JB, Chan R, Rao NA, et al: Fluorescein-conjugated lectin visualization of fungi and acanthamoeba in infectious keratitis. *Ophthalmology* 96: 1198, 1989.
10. Foster CS, Stefanyshyn M: Intraocular penetration of miconazole in rabbits. *Arch-Ophthalmol* 97:1703-06, 1979.
11. Foster CS: Miconazole therapy for keratomycosis. *Am-J-Ophthalmol* 91: 622-29, 1981.
12. Freitas D, Júnior RB: Normas terapêuticas em infecções oculares externas. *Depto de Oftalmologia da E.P.M.*, 1994.
13. Forster RK, Rebell G: The diagnosis and management of keratomycoses. *Arch-Ophthalmol* 93: 1134-36, 1975.
14. Johnson DA, Johns KJ, Bean AL, Robinson RD, Head WS, O'Day DM: The effect of epithelial defect size on corneal drug penetration. *Inv-Ophthalmol-V-Science* 35(4): 2191, 1994.
15. Tseng SH, Tang KY, Chao SC, Hsu MM: Therapeutic lamellar keratectomy in the management of experimental keratomycosis. *J-Formos-Ned-Assoc* 93(4): 300-06, 1994.
16. Killingsworth DW, Stern GA, Driebe WT, Knapp A, Dragon DM: Results of therapeutic penetrating keratoplasty. *Ophthalmology* 100: 534-41, 1993.
17. Gottsch JD, Gilbert ML, Goodman DF, Sulewski ME, Dick JD, Stark WJ: Excimer laser ablative treatment of microbial keratitis. *Ophthalmology* 98(2): 146-49, 1991.

Teste de sensibilidade ao contraste e teste de ofuscamento "glare" na pseudofÁCia com opacificação da cápsula posterior

Augusto Cezar Lacava, Virgílio Centurion

RESUMO

Avaliamos os testes de sensibilidade ao contraste e de ofuscamento em quatorze olhos pseudofácicos que apresentavam opacidade da cápsula posterior e acuidade visual de $\geq 20/40$. Nós comparamos a acuidade visual avaliada pela tabela de Snellen, VCTS 6500 e MCT 8000.

Chegamos a conclusão que os testes com VCTS 6500 e MCT 8000 foram de importância na indicação da capsulotomia.

ABSTRACT

Glare and contrast sensibility tests in posterior capsule opacification

We selected fourteen pseudophakic eyes with posterior capsule opacification and had visual acuity of $\geq 20/40$. We compared the visual acuity that was measured by Snellen Chart, VCTS 6500 and MCT 8000.

We concluded that that VCTS 6500 and MCT 8000 were helpful to the indication of capsulotomy.

INTRODUÇÃO

A opacidade da cápsula posterior é a mais comum das complicações³ no pós-operatório tardio de uma cirurgia de catarata. Aparentemente sua incidência aumentou com a facoemulsificação (VC).

Diante de uma opacificação que prejudique a observação do polo posterior, com acentuada queda da acuidade visual, não há dúvida quanto à indicação de capsulotomia. Porém, existem situações em que o paciente apresenta queixas da qualidade da visão, embora com acuidade visual aceitável no consultório e, ao exame da cápsula posterior, esta se apresenta apenas com um tênue enrugamento ou, biomicroscopicamente, sem opacificação.

Indicarmos capsulotomia neste casos é difícil, especialmente quando o olho contralateral foi ou é portador de edema macular cistoide ou teve descolamento da retina ou é alto miope, ou seja, é um olho de alto risco para capsulotomia posterior com Nd YAG Laser³. O nosso trabalho consiste em verificar se o emprego do teste de sensibilidade ao

contraste, associado ao teste de ofuscamento, nos fornecerão subsídios que auxiliem a tomar a decisão correta.

Os autores não visam interesse econômico direto ou indireto nos equipamentos utilizados.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo retrospectivo, onde selecionamos 14 olhos de 14 pacientes, pseudofácicos com opacificação da cápsula posterior muito tênue ou duvidosa à biomicroscopia, que tivessem acuidade visual $\geq 20/40$.

Estes pacientes foram avaliados na sua performance visual utilizando a tabela de Snellen, o VCTS 6500 (Vision Contrast Test System) e o MCT 8000 (Multivision Contrast Test), e a seguir comparadas entre si, como é evidenciado a seguir:

1 - Acuidade visual pela tabela de Snellen, com projetor Topcon, calibrado para 6 metros (= 20 pés).

Indicação da porção da curva onde geralmente há alteração em função das patologias

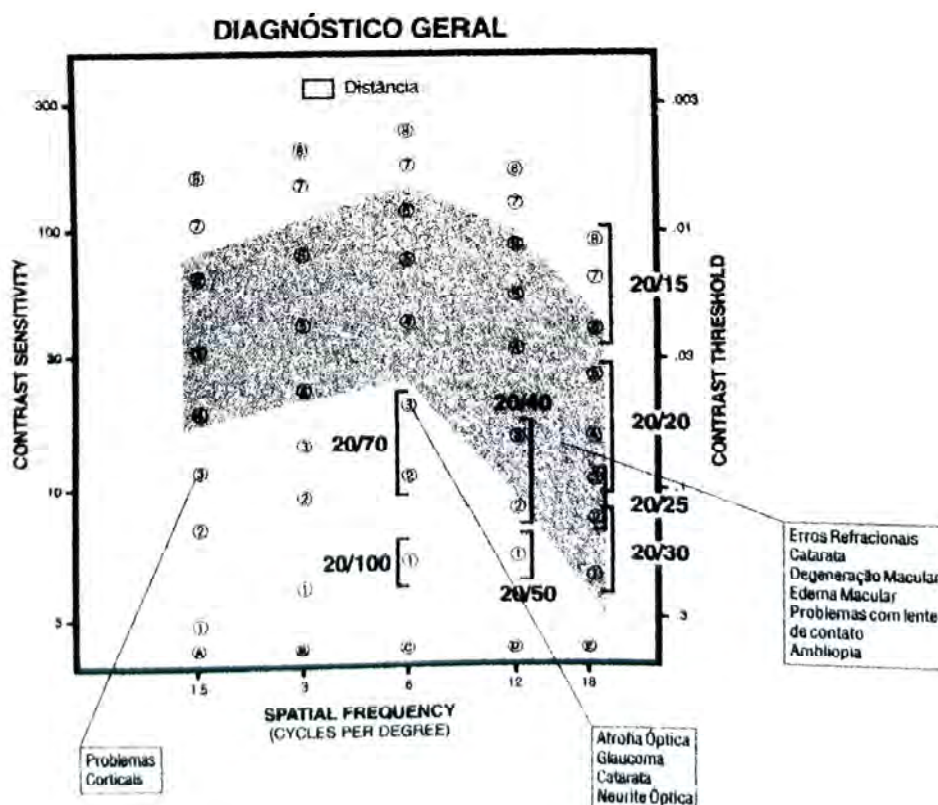


Tabela 1

Nº	Av. Snellen	VCTS 6500	MCT 8000			
			Av Diurna	Diurno C/Glare	Av. Noturno	Av. Noturno C/ Glare
01	20 / 40	20 / 60	20 / 60	20 / 80	20 / 70	20 / 100
02	20 / 30	20 / 40	20 / 40	20 / 70	20 / 80	20 / 100
03	20 / 40	20 / 70	20 / 70	20 / 80	20 / 80	20 / 100
04	20 / 40	20 / 60	20 / 60	20 / 80	20 / 100	< 20 / 100
05	20 / 40	20 / 60	20 / 60	20 / 100	20 / 100	< 20 / 100
06	20 / 40	20 / 70	20 / 70	20 / 100	20 / 100	< 20 / 100
07	20 / 30	20 / 40	20 / 40	20 / 70	20 / 80	20 / 100
08	20 / 30	20 / 40	20 / 40	20 / 70	20 / 80	< 20 / 100
09	20 / 40	20 / 60	20 / 60	20 / 100	20 / 100	< 20 / 100
10	20 / 40	20 / 70	20 / 70	20 / 100	20 / 100	< 20 / 100
11	20 / 40	20 / 60	20 / 60	20 / 100	20 / 100	< 20 / 100
12	20 / 40	20 / 60	20 / 60	20 / 100	20 / 100	< 20 / 100
13	20 / 40	20 / 30	20 / 30	20 / 60	20 / 80	20 / 100
14	20 / 30	20 / 40	20 / 40	20 / 70	20 / 70	20 / 100

2 - No VCTS 6500 avaliamos a sensibilidade de contraste com iluminação de 30 - 70 Ft-1.

O quadro do VCTS 6500 apresenta listras com frequências espaciais diferentes representadas por listras (A, B, C, D, E). Na mesma frequência espacial apresenta contrastes representados por números de 1 a 9. O paciente deverá informar a posição das letras, se está para a direita, à esquerda, ou vertical ou ainda sem listras. O menor contraste visualizado para cada frequência é anotado em um gráfico. Após avaliação de diferentes frequências espaciais, traçamos a curva e o equivalente visual em Snellen (o parêntese que é tocado pela curva em questão).

3 - No MCT 8000, avaliamos a sensibilidade ao contraste com diferentes iluminações, associados ou não ao ofuscamento (*glare*). O aparelho possui 5 *slides*, cada um com listras de frequência espacial diferentes, representado por letras (A, B, C, D, E) e na

mesma frequência espacial apresenta contrastes diferentes, numerados de 1 a 7.

Em cada *slide* (A, B, C, D ou E) avaliamos o menor contraste que o paciente visualizou, anotamos no gráfico o número correspondente. Realizamos esta rotina para cada tipo de iluminação: visão noturna, visão noturna com ofuscamento central, visão diurna, visão diurna com ofuscamento periférico.

No gráfico comum aos dois testes, existe uma região acinzentada que representa a faixa de normalidade para cada condição de iluminação. Existem também chaves com equivalente em Snellen para que possamos comparar a acuidade visual da Tabela de Snellen.

Ambos exames são realizados de forma monocular.

Existe também um *slide* que avalia o potencial visual dos pacientes com opacificação da cápsula posterior, mostrando qual

será a possível acuidade visual pós capsulotomia.

A sequência de avaliação é mostrada abaixo:

- a) Potencial visual: Somente para pacientes com catarata ou opacificação da capsula posterior (Iluminação 80 - 84 Ft - L).
- b) Acuidade visual com letras (Iluminação 84 - 88 Ft - L).
- c) Teste de sensibilidade ao contraste para visão noturna (Iluminação 7 - 8Ft - L).
- d) Teste de sensibilidade ao contraste para visão noturna associada ao ofuscamento central (Iluminação 30 - 34Ft).
- e) Teste de sensibilidade ao contraste, para visão diurna (Iluminação 84 - 88Ft - L).
- f) Teste de Sensibilidade ao contraste para visão diurna (Iluminação 84 - 88Ft-L) associado ao ofuscamento periférico (Iluminação 3 - 36Ft-L).

Tabela 2

AV com Snellen

20/30 = 04 olhos (28,5%)
20/40 = 10 olhos (71,4%)

Tabela 3

AV com VCTS 6500

20/30 = 01 olho (7,1%)
20/40 = 04 olhos (28,5%)
20/60 = 06 olhos (42,8%)
20/70 = 03 olhos (21,4%)

Tabela 4

AV com MCT 8000 (diurna)

20/30 = 01 olho (7,1%)
20/40 = 04 olhos (28,5%)
20/60 = 06 olhos (42,8%)
20/70 = 03 olhos (21,4%)

RESULTADOS

A tabela 1 registra os dados colhidos e agrupados nas três formas de avaliação da performance visual: a saber a acuidade visual, o teste de sensibilidade ao contraste (VCTS 6500) e o teste de ofuscamento (MCT 8000).

Utilizando a medida da acuidade visual pela tabela de Snellen, que constitui a rotina de consultório, obtivemos os resultados da tabela 2.

Nas tabelas 3 e 4, agrupamos os resultados do teste de sensibilidade ao contraste que são equivalentes em ambos métodos.

Se compararmos os resultados obtidos nas tabelas 5 e 7, podemos constatar a influência do ofuscamento, deslumbramento ou simplesmente *glare* na qualidade visual dos portadores de opacificação da cápsula posterior.

Numa última análise comparativa utilizando a tabela 2 e tabela 7, notamos a influência marcante da luz do ofuscamento no campo

Tabela 5

AV com MCT 8000 (diurna)
Ofuscamento

20/60 = 01 olho (7,1%)
20/70 = 04 olhos (28,5%)
20/80 = 03 olhos (21,4%)
20/100 = 06 olhos (42,8%)

Tabela 6

AV com MCT 8000 (noturna)

20/100 = 07 olhos (50%)
20/80 = 05 olhos (35%)
20/70 = 02 olhos (14%)

Tabela 7

AV com MCT 8000 (noturna)
com ofuscamento

20/100 = 06 olhos (42,8%)
20/60 = 08 olhos (57,1%)

Análise comparativa utilizando a tabela 2 e tabela 7

Tabela 2

20/30 = 04 olhos (28,5%)
20/40 = 10 olhos (71,4%)

Tabela 7

20/100 = 06 olhos (42,8%)
20/60 = 08 olhos (57,1%)

de visão do portador de opacificação da cápsula posterior, quando comparado a avaliação quantitativa da visão fornecida pela tabela de Snellen.

DISCUSSÃO

A capsulotomia posterior através da fotodisrupção com Nd. YAG Laser é o método mais utilizado no tratamento da opacificação da cápsula posterior pós facectomia com implante de LIO³.

A sua aceitação deve-se ao fato de ser um método não invasivo no sentido cirúrgico, porém a sua aplicação não está isenta de efeitos colaterais e ou complicações³. As mais freqüentes são: a elevação da pressão intraocular³, descolamento da retina³; edema macular cistoide³. Apesar destas complicações serem estatisticamente pouco significativas, existem pacientes que devem ser considerados de alto risco. Entre eles destacamos aqueles que apresentam alta miopia, história de descolamento da retina ou edema macular cistoide no olho adelfo.

São nesses olhos de alto risco que devemos avaliar os benefícios de uma capsulotomia. É quando o Teste de Sensibilidade ao Contraste e o Teste de Ofuscamento se mostram como exames complementares de grande valia na decisão do tratamento, que a nosso ver, deve ser precoce neste casos, contrariando algumas opiniões na literatura³.

Quando mais precoce a capsulotomia, menor o número de disparos, menor a intensidade de energia em cada disparo, e menor o total de energia empregada no tratamento. Apesar do trabalho de Dickman Barger afirmar o contrário³.

O mesmo raciocínio e comportamento temos na presença de lente intraocular dobrável, em especial de silicone, pois este material se marca ou tatua com disparos acima de 2,0 mj.

Concluindo, o teste de sensibilidade ao contraste e Teste de Ofuscamento podem ser considerados métodos auxiliares que nos ajudam na decisão de indicar capsulotomia em portadores de acuidade visual 20/40 ou melhor na presença de O.C.P., pois, no cotidiano destes pacientes, a verdadeira acuidade visual corresponde a 20/100 e não a 20/40 do consultório².

Novos estudos comparativos entre os diferentes métodos de medição da sensibilidade ao contraste e número estatisticamente significativo, devem ser realizados para comprovação e confirmação destes resultados.

Endereço para correspondência:

Av. Ibirapuera, 624 - Ibirapuera
CEP 04028-002 - São Paulo - SP - Brasil

REFERÊNCIAS

1. SUNDERRAJ, P.; VILLADA, J.R.; JOYCE, Patrick W. et al. Glare testing pseudophakes with posterior capsule opacification. *Eye*. v. 6, part 4, p. 411-413, 1992.
2. KNIGHTON, R.W.; SLOMOVIC, A.K.; PARRISH, R.K. Glare measurements before and after Neodymium-YAG laser posterior capsulotomy. *American Journal of Ophthalmology*. v. 100, p.708-713, Nov. 1985.
3. RICKMAN-BARGER, L.; FLORINE, C.W.; LARSON, R.S. et al. Retinal detachment after Neodymium: YAG laser posterior capsulotomy. *American Journal of Ophthalmology*. v. 107, n. 5, p.531-536, May 1989.
4. ANGOTI, Helia. Sensibilidade ao contraste e teste de glare ou teste de ofuscamento: uma nova abordagem na avaliação da performance visual. *Revista Brasileira de Oftalmologia*. v. 53, n. 1, p. 55-58, fev. 1994.
5. CENTURION, Virgilio. Em foco a avaliação qualitativa da visão. *Oftalmologia em Foco*. v. 9, n. 34, p. 1 e 19, jul./ago./set. 1993.
6. WHITSON, W.E.; COLLINS, K.; PRICE, F.W. Explantation of posterior chamber lenses. *Journal Cataract and Refractive Surgery*. v. 18, n. 5, Sept. 1992.

Síndrome do ápice orbitário com enoftalmia

Morizot Leite Filho *, Claudia Lopes da Silva **

RESUMO

A síndrome do ápice orbitário é caracterizada por exoftalmia, ptose, oftalmoplegia parcial ou completa, lesão do nervo óptico, midríase, e alterações da sensibilidade óculo-cutânea. Os autores apresentam um caso com todas as manifestações, exceto exoftalmia. A síndrome com enoftalmia é raramente descrita na literatura.

Sinonímia: Síndrome de Rollet, Síndrome da Fenda Esfenoidal.

ABSTRACT

Orbital apex syndrome

The orbital apex syndrome is usually found with exophthalmos, ptosis, partial or complete ophthalmoplegia, optic nerve lesion, mydriasis and oculo-cutaneous sensibility alterations. The authors report a case presenting the complete syndrome except by the absence of exophthalmos. The syndrome with enophthalmos is rarely found in the literature.

INTRODUÇÃO

Em 1865, Rollet descreveu as paralisias oculares produzidas pela periostose sífilítica da fenda esfenoidal, porém a Síndrome foi primeiramente descrita em 1896, por Rochon-Duvigneaud¹⁸ como uma entidade patológica que apresentava sinais e sintomas, decorrentes de lesões dos nervos que passam pela fenda esfenoidal, denominada síndrome da fissura esfenoidal. Dejeans, em 1927, incluiu a lesão do nervo óptico e deu origem ao termo síndrome do cume da órbita

que, posteriormente, seria chamada de síndrome do ápice orbitário, além de classificá-la em 4 grupos¹⁰, e relatar as causas não inflamatórias como tumores malignos e traumatismos.

A síndrome é atualmente descrita como: exoftalmia, ptose, hiperestesia ou anestesia da pálpebra superior, oftalmoplegia completa ou parcial, alterações da acuidade visual relacionados ao nervo óptico (que pode variar de normal até a presença de papiledema, neurite e atrofia), midríase, alterações sensitivas óculo-cutâneas.

* Professor Titular de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Valença, e Chefe do Serviço de Oftalmologia da Policlínica de Botafogo - Rio de Janeiro.

** Médica do Serviço de Oftalmologia da Policlínica de Botafogo.
Recebido para publicação em 9/7/96.

A síndrome pode ser completa; 1º grupo de Dejeans (lesão do III, IV, VI, ramo oftálmico do V nervo, fibras simpáticas e nervo óptico); ou incompleta; 2º grupo (o II nervo não é atingido), 3º grupo (ramos do trigêmeo e II nervo poupados), e 4º grupo (lesões isoladas dos nervos).

Atualmente as etiologias relatadas podem ser relacionadas nos seguintes grupos:

- Inflamatórias - pseudotumor¹⁶, artrite reumatóide¹¹, pós-anestesia peri-bulbar¹³, granulomatose de Wegener⁰⁶.
- Infeciosas - herpes zóster^{18,09}, mucomicose^{05,14,02}, fomicose²⁰, sífilis^{10,19}, sinusites não especificadas.
- Traumáticas - fraturas da órbita.
- Tumoraes - linfomas malignos, meningioma da fossa anterior¹⁰, carcinoma mucoepidermóide⁰⁸, neurinoma cavernoso⁰⁴, tumores metastáticos¹⁹, rinoscleroma¹⁵.
- Vasculares - hemorragias por arterites⁰⁷, aneurismas de seio cavernoso⁰⁷, infarto ósseo por anemia falciforme^{21,17}.

O diagnóstico é feito geralmente através do exame clínico, radiológico, tomografia computadorizada^{03,22} ou ressonância magnética, e em alguns casos, biópsia ou análise microbiológica.

O prognóstico varia com a etiologia e seu tratamento, e com o grau de lesão dos nervos atingidos.

Achamos importante relatar a existência de enoftalmia dentro dos possíveis sinais da síndrome, ressaltando que devem existir muitos outros casos semelhantes não documentados, em especial os causados por traumas orbitários. Na literatura encontramos apenas o relato de Orlando Castro Lima, de 1938, de um caso de Síndrome do ápice orbitário com enoftalmia, causado por sífilis. Apresentamos um caso de síndrome completa, causada por fratura do assoalho da órbita em cirurgia de seio maxilar resultando em enoftalmia. Ao encontrarmos enoftalmia e paralisia de algum nervo ocular, não devemos deixar de pensar na síndrome do ápice da órbita e, providenciar

a tomografia computadorizada ou, de preferência, a ressonância magnética.

CASO CLÍNICO

Paciente de 35 anos, masculino, branco, submeteu-se a cirurgia de seio maxilar direito por otorrinolaringologista, para retirada de cisto mucoso, em 29 de maio de 1995, cujo exame histopatológico classificou como fibroma cimento ossificante. No período pós-operatório imediato, foi observada diplopia vertical tendo sido constatado enoftalmia no O.D. com deslocamento do globo para baixo, ptose palpebral e midríase.

Em 13 de junho, compareceu à nossa clínica e ao exame observamos:

- A.V.: S/C « O.D. e O.E. = 20/60
C/C « O.D. = 20/60 e O.E. = 20/20.
- Inspeção: Enoftalmia direita com deslocamento do globo ocular para baixo.
- Exoftalmometria: O.D. = 16 mm e O.E. = 22 mm.
- Anexos: Hiperemia conjuntival. Ptose palpebral.
- Motilidade Extrínseca: Oftalmoplegia com paralisia do III, IV, e VI pares cranianos.
- Pupilas: Anisocoria com midríase à direita e abolição dos reflexos pupilares.
- Segmento anterior: Diminuição da sensibilidade corneana.
- Fundo de olho: Palidez temporal de papila direita.
- Refração:
O.D. = -1.00 esf.() -3.50 cil. 180° para 20/30 com trocas.
O.E. = -0.75 esf.() -3.75 cil. 165° para 20/20.
- Tonometria de aplanção: O.D. = 16 mmhg, O.E. = 20 mmhg.

Solicitada T. C. = Fratura de assoalho da órbita direita com herniação do músculo reto inferior para dentro do seio maxilar e gordura orbitária, e velamento total do seio maxilar correspondente.

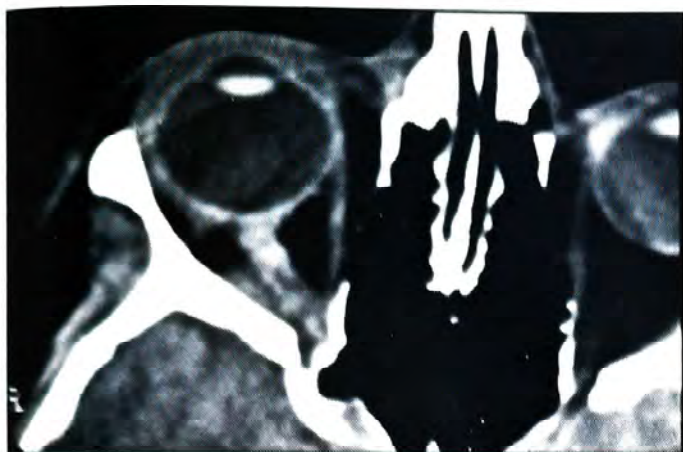


Fig. 1 - Nervo óptico espessado e processo inflamatório no ápice da órbita.

Em 14 de junho, foi submetido a cirurgia para reconstituição do assoalho da órbita. Durante a cirurgia constatamos a grande perda do assoalho dando ampla comunicação da órbita para o seio.

Através do buraco no assoalho, fizemos aspiração de conteúdo do seio maxilar, e em seguida a reconstituição do assoalho com placa de silicone. Ao final da cirurgia injetamos hialuronidase retro-bulbar na tentativa de facilitar a dissolução de fibrina que tinha se formado no ápice da órbita.

No pós-operatório sem intercorrências foi prescrito antibiótico (Cefalotina) 500 mg de 6/6 horas via oral, antiinflamatório (Escina) uso intravenoso e Peptídeos derivados do fator VIII bovino via oral, para absorção do sangue. A partir do sexto dia, acrescentamos Prednisolona 60 mg/dia.

Em 26 de junho apresentava:

- A.V.: C/C « O.D. = 20/30 (com trocas) e O.E. = 20/20.
- Exoftalmometria: O.D. = 20 mm e O.E. = 22 mm.

Na ressonância magnética observamos a placa de silicone bem posicionada, velamento parcial do seio maxilar e modificação da consistência do tecido gorduroso na porção medial e inferior da órbita. Permanece com oftalmoplegia.

Em 28 de agosto, o quadro clínico praticamente permanecia inalterado, apenas com discreto movimento do reto medial.



Fig. 2 - Assoalho da órbita reconstituído.

DISCUSSÃO

A Síndrome do Ápice Orbitário é diagnosticada de modo rápido por uma anamnese bem feita, o exame da motilidade extrínseca, dos reflexos pupilares e pela ressonância magnética, que apresenta vantagens sobre a tomografia computadorizada, por evidenciar melhor as alterações do conteúdo orbitário. Sua recuperação depende, principalmente, da etiologia e do diagnóstico precoce.

Sabemos que a maior causa de inflamação orbitária e suas complicações é a sinusite aguda, justificada por fatores anatômicos, como a íntima relação entre o conteúdo orbitário e os seios paranasais. Devemos lembrar também que o assoalho da órbita é uma fina lâmina óssea e a perfuração da mesma, durante a cirurgia da sinusite do seio maxilar ocorre não raras vezes, permitindo a invasão do processo inflamatório mais próximo do ápice orbitário, levando a uma exoftalmia axial.

A enoftalmia na síndrome é uma exceção que ocorre quando a destruição do assoalho é acentuada, ocasionando o deslocamento do globo ocular para baixo.

Endereço para correspondência:
Av. N^a Sr^a de Copacabana, 583 - sala 814
Copacabana - Rio de Janeiro - RJ

REFERÊNCIAS

01. BOURKE, R. D.; PYLE, J. - "Herpes Zoster Ophthalmicus and The Orbital Apex Syndrome". Aust. N. Z. J. Ophthalmol. 1994, Feb. 22(1). P 77-80.

02. BRAY, W. H. ; GIANGIACOMO, J. ; IDE, C. H. - "Orbital Apex Syndrome" - *Surv. Ophthalmol.* 1987, Sep.-Oct. 32(2). P. 136-40.
03. BROVKINA, A. F. ; VAL'SKII, V. V. - "Orbital Apex Syndrome" - *Vestn. Oftalmol.* 1989, Jul.-Aug. 105(4). P. 49-52.
04. CELLI, P. ; FERRANTE, L. ; ACQUI, M. ; MAS-TRONARDI, L. ; FORTUNA, A. ; PALMA, L. - "Neurinoma of the Third, Fourth, and Sixth Cranial Nerves: a Survey and Report of a new Fourth Nerves Case" - *Surg. Neurol.* 1992, Sep. 38(3). P. 216-24.
05. DOOLEY, D. P. ; HOLLSTEN, D. A. ; GRIMES, S. R. ; MOSS, J. Jr. - "Indolent Orbital Apex Syndrome Caused by Occult Mucormycosis", *SO ; J. Clin. Neuroophthalmol.* 1992 Dec. 12(4). P. 245-9.
06. FAUCHER, D. ; GAUTHIER, M. ; CHEVRETTE, L. ; DUBE, J. - (Orbital Apex Syndrome in a Child with Wegener's Granulomatosis) *Arch. Fr. Pediatr.* 1985 Apr. 42(4). P. 305-7.
07. FIGUEIREDO, R. ; RAMOS, J. A. ; TORANZOS, L. A. ; URQUIAGA, A. M. - "Síndrome de Rollet Posquirúrgico" - *Arch. Oftalm. de BS. AS.* Vol. 60, 1985. P. 181-186.
08. GORE, H. L. ; CORIN, S. M. ; KLUSSMANN, K. G. ; DOSHI, H. M. - "Mucoepidermoid Carcinoma Presenting as an Orbital Apex Syndrome" - *Ophthalmic. Surg.* 1992, Jan. 23(1). P. 59-61.
09. HARDING, S. P. - "Management of Ophthalmic Zoster." - *SO: J. Med. Virol.* 1993. Suppl. 1P. 97-101.
10. HOLT, H. ; ROTH, A. - "Orbital Apex and Sphenoid Fissure Syndrome" - *Arch. Ophth.* 1940.24. P.731.
11. KONISHI, T. ; SAIDA, T. ; NISHITANI, H. - "Orbital Apex Syndrome Caused by Rheumatoid Nodules (letter)". *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 1986 Apr. 49(4). P. 460-2.
12. LIMA, O. de Castro - "Síndrome do Ápice Orbitário e Síndrome Paratrigeminal do Simpático Ocular". *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia.* 1: 129-134. 1938.
13. MATHER, C. ; SMITH J. H. ; BLOON P. A. - "The Efficacy of 0,75% Bupivacaine with pH Adjustment and Hyaluronidase for Peribulbar Blockade: The Incidence of Prolonged Ptosis. *Eur. J. Ophthalmol.* 1994 Jan - Mar. 4(1). P. 13-8.
14. NAFTALI, M. ; NAFTALI, M. ; VERED, I. ; GARZUZI, H. - "Mucormycosis" - *Harefuah.* 1992, Feb. 16. 122(4). P. 223-6.
15. NAYAR, R. C. ; MATHUR, R. P. ; GULATI, A. ; MANN, S. B. - "Orbital Apex Syndrome Due to Rhinoscleroma. A Case Report. *J. Laryngol. Otol.* 1985 Jun. 99(6). P. 597-9.
16. OCHAI, J. ; TOBINATSY, S. ; KOBAYASHI, T. ; GOTO, I. ; KUROIWA, Y. - "Orbital Pseudotumor Presenting as Bilateral Orbital Apex Syndrome - A Case Report. *Rinsho Shinkeigaky.* 1987 Jan. 27(1). P. 38-40.
17. OZSOYLY, S. ; JAMA, H. ; ERTURK, G. ; TOKATLI, A. - "Orbital Apex Syndrome Due to Sickle Cell Anemia (letter). *Pediatr. Hematol. Oncol.* 1986. 3(2). P. 183-5.
18. ROCHON - DUVIGNEAUD, A. - "Quelques cas de Paralysie de Tous les Ners Orbitaires (Ophtalmoplégie Totale Avec Amaurose et Anesthésie Dans le Domaine de L'optalmique D'origine Syphilitique). *Arch. D'opht.* 16 : 746(Dec.) 1896.
19. ROGER, H. ; and ALLIEZ, J. - "Etiologie des Syndromes de la Fente Sphénoïdale et de l'Apex Orbitaire: Efficacité du Traitement Anti Syphilitique. *Rev. D'oro - Neuro. - Opht.* 13:2y5 (April) 1935.
20. SCHWARTZ, G. M. ; KILGO, G. R. ; FORD, C. S. - "Internal Ophthalmoplegia Resulting from Acute Orbital Phycomycosis. *J. Clin. Neuroophthalmol.* 1984 Jun. 4(2). P. 105-8.
21. SIDMAN, J. D. ; BROWNLEE, R. E. ; SMITH, W. C. ; FRY, T. L. - "Orbital Complications of Sickle Cell Disease". - *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 1990, Jun. 19(2). P. 181-4.
22. UNGER, J. M. - "Orbital Apex Fractures: The Contribution of Computed Tomography. *Radiology.* 1984. Mar. 150(3). P. 713-7.

Projeto Catarata na Cidade de Manaus

Ricardo Chaves Carvalho *, Armando Fonseca Bastos **, Cláudio Chaves ***, Jacob Cohen ****

RESUMO

O Projeto Catarata realizado na cidade de Manaus, identificou como principais causas de baixa de acuidade visual a catarata (48,86%) e ametropias (27,36%). Os autores discutem a operacionalização do projeto, a conduta em cada caso e propõem sua extensão a outros bairros da cidade de Manaus e interior do Estado do Amazonas.

Palavras-chaves: Prevenção da cegueira, catarata, oftalmologia e saúde pública.

ABSTRACT

Project Cataract in Manaus

Project Cataract, a survey carried out in a suburb of Manaus, Brazil, identified cataract (48,86%) and ametropia (27,36%) as the two major causes of low visual acuity. The authors discuss the organization of the Project, patients care and propose the extension of the survey to other areas of the city of Manaus and small towns in the Amazon, state.

Key-words: Prevention of blindness; ophthalmology and public health.

INTRODUÇÃO

A catarata é uma das principais causas de cegueira reversível em todo o mundo, sendo mais freqüente nos países em desenvolvimento⁴. Nestes países, os recursos financeiros têm outras prioridades que não a de programas de caráter

preventivo⁶. No Brasil, representa cerca de 50% dos 600.000 mil cegos existentes no país².

Sommer em 1989, diz que a grande dificuldade para resolver este problemas não reside na falta de tecnologia adequada e sim na dificuldade de acesso aos serviços, infra-

* Pós-graduando (Mestrado) em Patologia Tropical da Universidade do Amazonas.

** Médico Residente (R3) do Instituto de Oftalmologia de Manaus.

*** Professor Adjunto Doutor da Disciplina de Oftalmologia da Universidade do Amazonas.

**** Professor Assistente da Disciplina de Oftalmologia da Universidade do Amazonas e Pós-Graduando (Doutorado) da FMRP/USP.

Recebido para publicação em 06/03/96.

estrutura deficiente e falta de motivação da população.

O "Projeto Catarata" teve início na cidade de Campinas - SP - em 1986 e a partir daí, vem se desenvolvendo em outras cidades brasileiras, sendo realizado em Manaus, pela primeira vez, em 1994.

Objetivo deste trabalho consiste em relatar a experiência do Projeto Catarata, no bairro da Cidade Nova em Manaus(1994). Propondo a abrangência do programa para outros bairros e cidades do interior do Estado, afim de prevenir a cegueira por catarata.

MATERIAIS E MÉTODOS

O Projeto Catarata foi realizado na cidade de Manaus em 1994, sob orientação do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. O bairro escolhido foi a Cidade Nova, porque ali reside uma população de baixa renda, aproximadamente 200 mil pessoas, 12,50% da população de Manaus. Participaram do projeto 25 oftalmologistas, dois clínicos, 39 pára-médicos e 104 voluntários do Lions Club do distrito L-1.

Na divulgação do programa foram utilizados a televisão, rádio e jornal, além de folhetos com explicações sobre o projeto e teste de acuidade visual (auto-exame) que foram entregues, uma semana antes da data marcada, nas residências do bairro.

Os pacientes com diagnóstico de catarata foram encaminhados para a cirurgia em clínicas conveniadas do Sistema Único de Saúde (SUS).

A triagem foi realizada por pára-médicos, devidamente treinados para medida da acuidade visual em oito postos periféricos. O critério de encaminhamento para o posto central incluía pacientes com mais de cinquenta anos de idade e visão, no melhor olho, inferior a 0,2. No posto central estavam os oftalmologista e clínicos, que realizavam os seguintes exames: nova medida da acuidade visual, refratometria, biomicroscopia, tonometria de aplanção e oftalmoscopia indireta; biometria ultrassônica, exame cardiorespiratório, glicemia, e encaminhamento para cirurgia, cor-

reção de ametropias ou outros exames de diagnóstico.

Foram atendidas nos postos periféricos 1.354 pessoas. Destas, 307 se enquadraram nos critérios para encaminhamento ao posto central.

RESULTADOS

Dos 307 pacientes encaminhados, 150 (48,86%) foram triados para cirurgia de catarata e 157 (51,14%) possuíam outras alterações oculares (tabela 1). Não houve variação quanto ao sexo, 161 eram mulheres (52,40%) e 146 homens (47,60%).

Tabela 1 - Causas de baixa da acuidade visual no Projeto Catarata

Patologia	Nº	%
Catarata	150	48,86
Refracional	84	27,36
Alterações retinianas	20	6,51
Glaucoma	18	5,86
Alterações corneanas	14	4,56
Pterígio	08	2,61
Uveíte	05	1,63
Atrofia óptica	02	0,65
Subluxação do cristalino	01	0,33
Ambliopia	01	0,33
Indeterminado	04	1,30
Total	307	100,00

DISCUSSÃO

O projeto permitiu o acesso a deficientes visuais que dificilmente teriam condições de serem atendidos em um serviço de oftalmologia.

Os dados deste trabalho indicam que a catarata e as ametropias são em ordem de frequência, as principais causas de cegueira reversível, em pacientes acima de 50 anos, em nosso meio. Representam 76,2% das baixas de acuidade visual na população estudada. Outra etiologia em destaque é o pterígio - endêmico na Região Amazônica -, responsável por 2,61% dos casos de deficiência grave da função visual. Isto significa que, a maior parte de cegueira encontrada em

Manaus é evitável, desde que ações preventivas de saúde ocular sejam instituídas.

Propomos que mais projetos como esse sejam realizados em outros bairros e cidades, com características semelhantes às do bairro que estudamos, já que os programas de prevenção demandam mais tempo para serem efetivados.

Nas cidades do interior do Amazonas, a situação assume um aspecto *sui generis*, pois o Estado possui dimensões continentais, dificuldades de transporte e comunicação, isolamento geográfico, rarefação e dispersão populacionais, agravada pela ausência de médicos oftalmologistas no interior. Neste caso o programa de cirurgia da catarata, exame para erros refracionais e o tratamento de outras doenças oculares poderia ser realizado, por exemplo, em um barco-hospital, de

forma itinerante, devido às peculiaridades da região.

Endereço para correspondências:

Av. Sen. Alvaro Maia, 206 - Centro
CEP 69025-070 Manaus - AM

REFERÊNCIAS

1. Cohen, J.M.; Chaves, C.; Romão, E.: Pterigio na Amazônia. *Arq. Bras. Oftal.* 55(4):189, 1992.
2. Gonçalves, J.O.R.: Atualização médica. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, ano X, 67, 1996.
3. Kara-José, N.; Contreras, F.; Campos, M.A.; Delgado, A.M.N.; Mowery, R.L.; Ellwein, L.E. - Estudo populacional de triagem visual e intervenção cirúrgica para reproduzir a cegueira por catarata em Campinas, Brasil e Chimbote, Peru. *Arq. Bras. Oftal.* 52(4): 91-96, 1989.
4. Rodrigues, M.L.V. - *Oftalmologia Clínica*. Ed. Cultura Médica, Rio de Janeiro, 737 pp., 1992.
5. Sommer, A. - Organizing to prevent world blindness. *Am. J. Ophthalmol.*, 107(5): 544-54, 1989.
6. Temporini, E.R.; Kara José, N. Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: propostas de investigação. *Arq. Bras. Oftal.* 58(3): 189-192, 1995.

Incidência de ambliopia em crianças examinadas no Serviço de Oftalmologia Social de Juiz de Fora *

Marta Halfeld Ferrari Alves **

RESUMO

A autora apresenta um levantamento sobre a incidência de ambliopia em 1.875 crianças de 05 a 14 anos, examinadas no Serviço de Oftalmologia Social da cidade de Juiz de Fora, no período de junho de 1993 a março de 1995.

O objetivo da autora é enfatizar a importância de Programas de Prevenção da Ambliopia, uma vez que a incidência de cegueira unilateral ainda é bastante significativa.

ABSTRACT

The incidence of amblyopia in children examined at the Department of Ophthalmology at the regional Department of Health "Oftalmologia Social da D.R.S./Juiz de Fora"

The author presents a study on the incidence of amblyopia among 1875 children between the ages of 5 and 14, examined at the Department of Ophthalmology in the city of Juiz de Fora from June, 1993 to March, 1995.

The author's aim is to emphasize the importance of amblyopia prevention programs, considering the fact that the incidence of unilateral blindness is still quite high.

* Trabalho realizado no serviço de Oftalmologia Social da Diretoria Regional de Saúde da Cidade de Juiz de Fora.

** Médica Oftalmologista do serviço de Oftalmologia Social (D.R.S./J.F.). Médica Oftalmologista do Hospital Universitário da U.F.J.F. Médica chefe do Departamento de Estrabismo do Centro Oftalmológico Sotomaior.

Recebido para publicação em 01/10/95.

INTRODUÇÃO

O Programa de Oftalmologia Social foi implantado em Juiz de Fora, em Minas Gerais, em junho de 1993. Tem sua origem no "Projeto de Saúde Escolar do Estado de Minas Gerais". Aqui, esse programa está sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde através da Diretoria Regional de Saúde (D.R.S.).⁴

Tem por objetivo o atendimento a crianças de 05 a 14 anos, pré-selecionadas por pessoal treinado, levando-se em consideração a acuidade visual e/ou sinais e sintomas sugestivos de alterações oculares. Estas crianças são provenientes de 45 municípios vizinhos e também das Escolas Estaduais de Juiz de Fora.

O atendimento a estes pacientes pré-selecionados consta dos seguintes procedimentos:

- reavaliação da acuidade visual, utilizando as optotipos de Snellen ou com letras, do tipo linear,
- estudo estrabológico (Hirshberg, Cover Test ou Krimsky),
- biomicroscopia,
- tonometria de applanção,
- cicloplegia,
- retinoscopia e refração,
- oftalmoscopia.

Neste estudo, nossa preocupação principal é mostrar a incidência da ambliopia, por se tratar de grave problema médico-social, visto que poderá causar limitações na vida profissional futura da criança e por ser imperiosa a necessidade de seu diagnóstico precoce.

Adotamos a definição de von Noorden⁹, de que ambliopia é a diminuição da acuidade visual uni ou bilateral causada por privação de formas e/ou por interação binocular anormal, para a qual nenhuma causa orgânica pode ser detectada no exame físico do olho e que, alguns casos, é reversível através de medidas terapêuticas corretas.

Embora existam controvérsias sobre o nível de acuidade visual a ser considerada como ambliopia, consideramos esta presente quando ocorre diferença de acuidade visual de 0,2 entre cada um dos olhos ou uma visão em um deles ou em ambos igual ou inferior a 0,7.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Durante o período de junho de 1993 a março de 1995, foram examinadas 1.875 crianças, sendo 909 portadoras de algum problema ocular. Destas, 128 apresentavam ambliopia (Gráfico nº1).

Consideramos o **estrabismo**, os **erros de refração não corrigidos** e a **ex-anopsia** como principais itens causadores da ambliopia.

RESULTADOS

Detectamos 44 pacientes ambliopes por **estrabismo**, 69 por **causa refracional** e 15 por **ex-anopsia** (Gráfico nº 2).

Dentre os estrabícos, 01 apresentava hipertropia, 03 exotropia e 40 esotropias (Gráfico nº 3).

Considerando a causa óptica, encontramos 58 com ambliopia unilateral e 11 com ambliopia bilateral. Das unilaterais, 13 estavam associadas a estrabismo, enquanto 45 não apresentavam estrabismo. Nas bilaterais (ametropias bilaterais), 07 eram míopes e 04 hipermetropes (Gráfico nº 4).

Dentre os pacientes com ambliopia por ex-anopsia, encontramos 08 com catarata, 04 com leucoma, 02 com blefaroptose e 01 com fibra de mielina⁷ (Gráfico nº 5).

DISCUSSÃO

Pelo nosso levantamento, obtivemos uma incidência de 6,82% de ambliopes na população examinada.

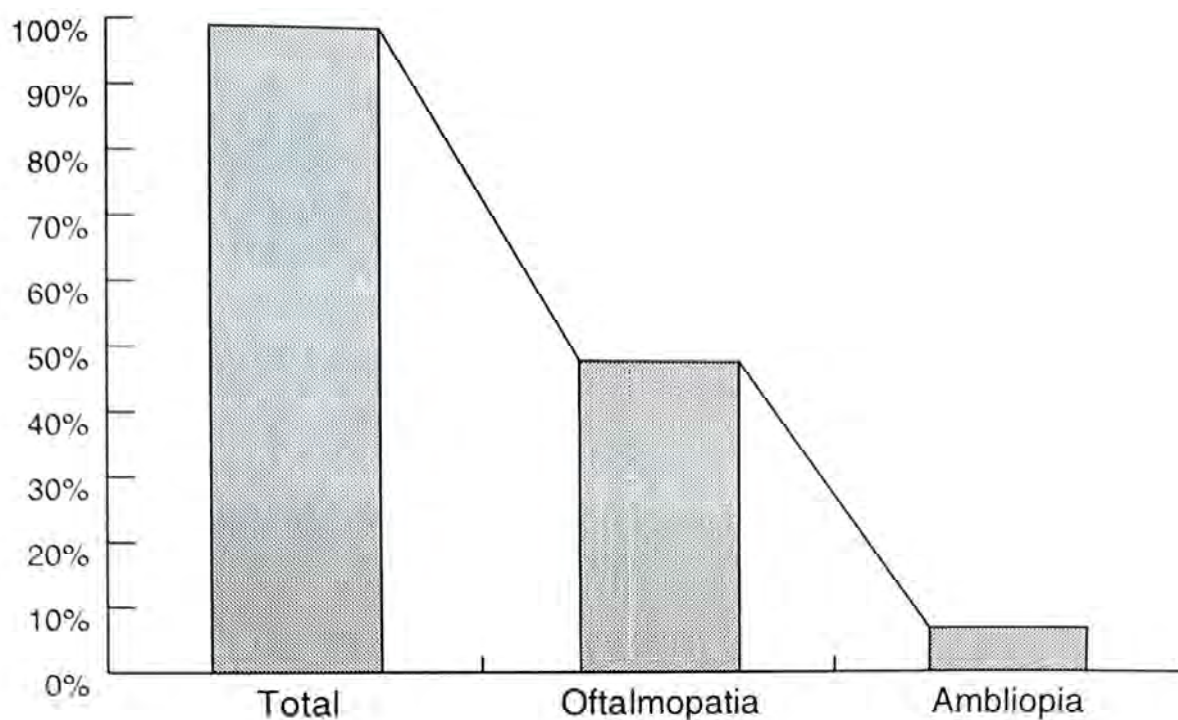
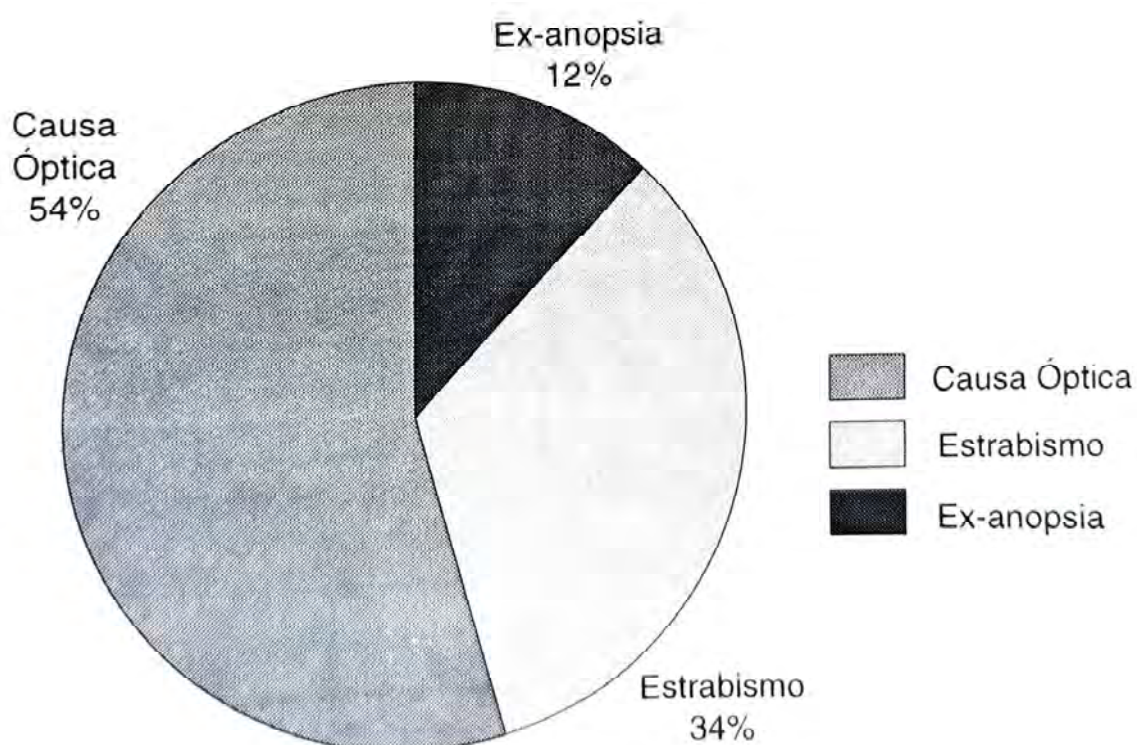
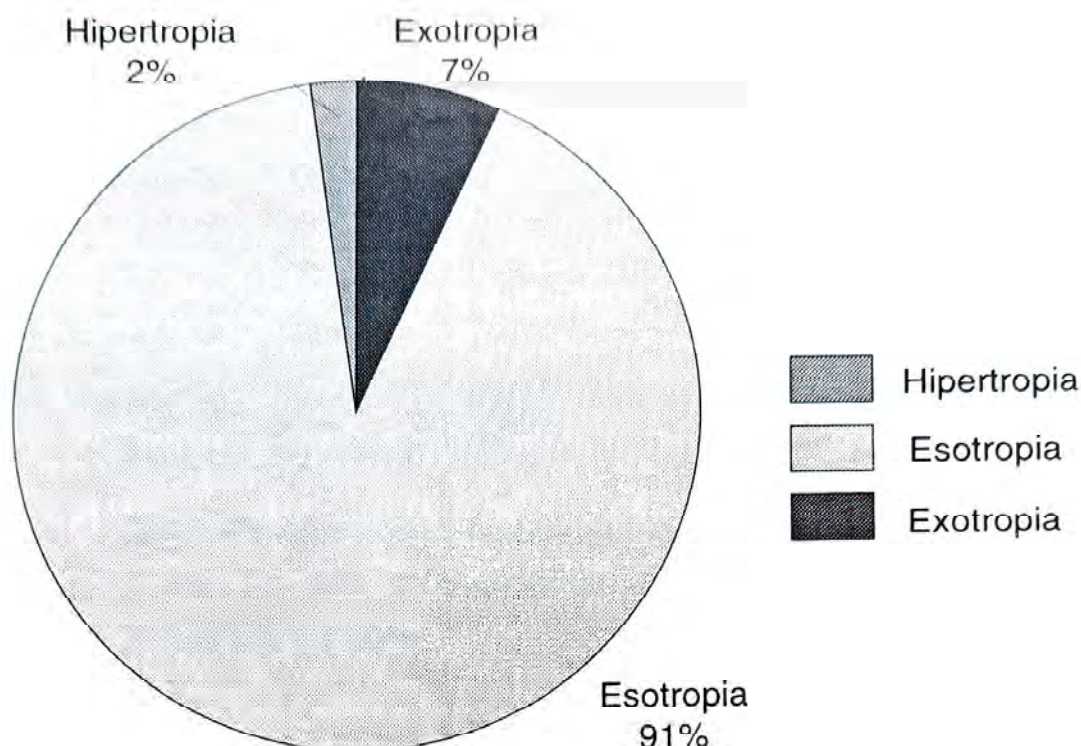
Gráfico 1 - Percentuais de crianças examinadas entre jun/93 a mar/95 com oftalmopatia/ambliopia**Gráfico 2 - Causas da Ambliopia**

Gráfico 3 - Ambliopia por Estrabismo**Gráfico 4 - Ambliopia por Causa Óptica**

Unilateral	84%
Bilateral	16%
Unilateral	
Sem Estrabismo	78%
Com Estrabismo	22%
Bilateral	
Miopias	64%
Hipermetropias	36%

Oréfice e cols.⁶, em semelhante pesquisa, adotaram como critério para definir o nível de acuidade visual menor ou igual a 20/50. Detectaram 6,8% de ambliopes entre 4.285 crianças.

Moreira⁵ verificou 2,27% de ambliopia (2.238 crianças examinadas), adotando como critério a A.V. menor que 20/50.

Scarpi e cols.⁸ instituíram também o critério de A.V. do pior olho igual ou menor que 20/30 e acharam, em uma população

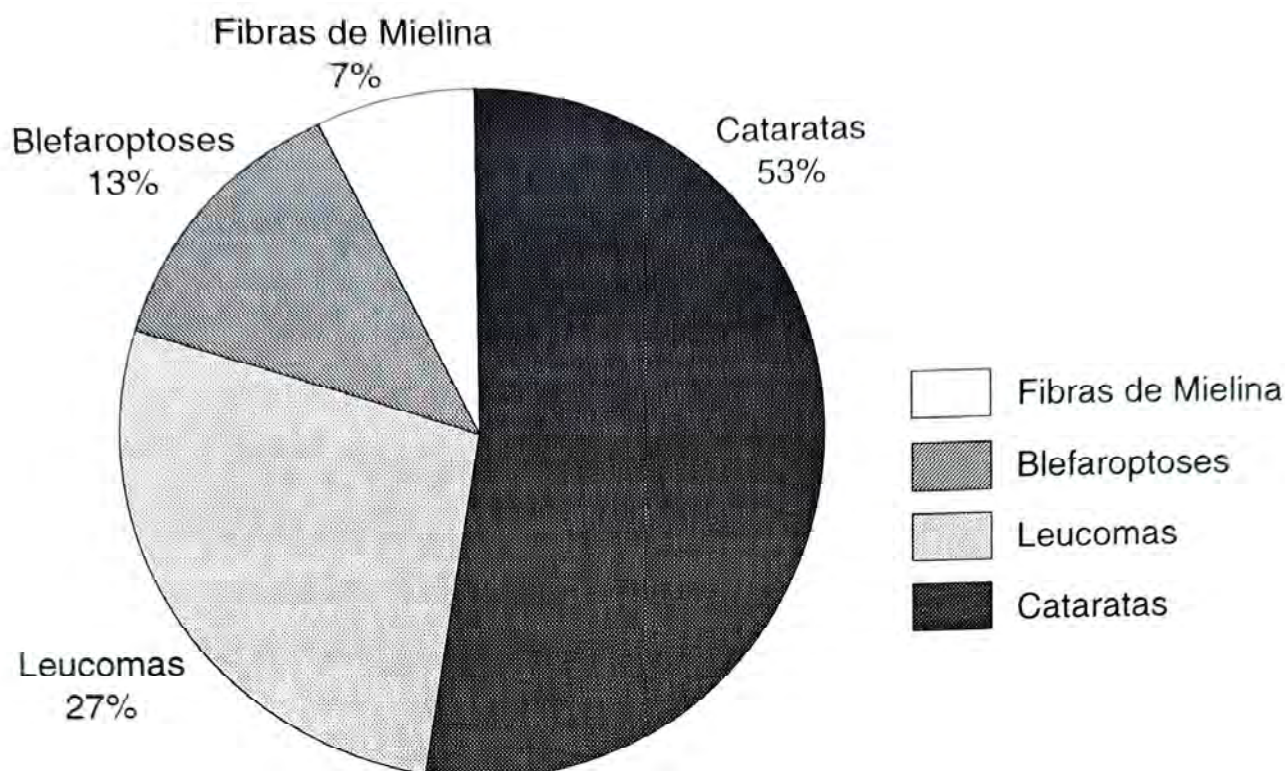
escolar de 1.400 crianças, uma incidência de 4,07% de ambliopia.

Mesmo com critérios diferentes, uns mais e outros menos tolerantes, os índices de ambliopia são sempre significativos.

No decorrer de nossa avaliação, foi importante notar a incidência de ambliopia por causa óptica não acompanhada de estrabismo - 2,4% da população examinada e 35% dos ambliopes. Importante porque os pacientes deste grupo não apresentavam nenhum sinal exterior visível de que possuísem alterações oculares. Não fosse o teste de acuidade visual aplicado na cidade de origem, tais crianças talvez não pudessem ser submetidas a um tratamento imediato.

Quanto às outras formas de ambliopia, a por estrabismo (34%) e a ex-anopsia (12%) são mais fáceis de serem detectadas na pre-seleção; as crianças portadoras de desvio ocular ou ptoses e opacidades corneanas são por isto, geralmente, encaminhadas mais precocemente que as do grupo anterior³.

Gráfico 5 - Ambliopia por Ex-Anopsia



Já é exaustivamente conhecida entre os oftalmologistas a importância da prevenção da ambliopia². Em se tratando de uma "urgência" ocular, deveria ser dada mais atenção aos Programas de Saúde Ocular. A formação de uma equipe multi-disciplinar (professores, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras e oftalmologistas), voltada para detectar dentro de uma população de crianças as passivas de serem ambliopes, ajudaria no combate à cegueira unilateral. Temos como dever alertar os pais, os professores e os colegas pediatras da gravidade do problema e da necessidade do exame oftalmológico precoce, com a finalidade de evitar o aparecimento e o estabelecimento da ambliopia.

CONCLUSÃO

A ambliopia não é um capítulo da Oftalmologia onde tecnologia avançada e progressos cirúrgicos existam para incentivar seu estudo, porém sua importância médico-social é enorme. Sua incidência, ainda grande, torna-

se vergonhosa. Programas de Saúde Ocular devem ser disseminados e expandidos. O oftalmologista deve ao evitar a cegueira unilateral em uma criança está livrando-a das limitações advindas, permitindo maior liberdade na escolha de seu futuro.

Agradecimentos:

À Dra. Marli Nalon e a Dra. Maria Lúcia de Castro, coordenadoras e grandes incentivadoras do Programa de Oftalmologia Social da D.R.S. Juiz de Fora. À Lenita, à Luíza e a todas as funcionárias do referido serviço.

Endereço para correspondência:

Rua Anne Garios, 77 - Bom Clima
CEP 36046-410 - Juiz de Fora - MG

REFERÊNCIAS

1. Bicas, H.E.A.: Estado Atual do Tratamento da Ambliopia Editado pelo Centro Brasileiro de Estrabismo, caderno 01:01-10, 1986.
2. Brik, M.: Prevenção da Ambliopia. Anais de Oftalmologia, vol 7 nº 1, p. 57-60, 1988.
3. Carvalho, K.M.M.: Formas mais Comuns de Ambliopia. Anais de Oftalmologia, vol 7, p. 20-21, 1988.

4. Castro, M.L.B.; Queiroz, M.N.: Elaboração do Programa de Oftalmologia Social em Juiz de Fora, julho, 1991.
5. Moreira, J.B.C.: Censo Pré-escolar e Prevenção da Cegueira. Arq. Bras. Oftal. 43(2):53-54, 1980.
6. Oréfice, F.; Araújo, P.C.M.; Anastasia, S.S.; Bastos, M.A.R.: Consideração sobre o problema da identificação das deficiências visuais na população infantil. Relatório Oficial do IV Congresso Bras. Prev. Cegueira, Belo Horizonte, M.G., vol II, p. 451-457, 1980.
7. Ricardo, R.: Fibras de Mielina, Miopia AXIAL, Ambliopia Refracional. Ophthalmos (Instituto Hilton Rocha) 2(2):4-9, 1990.
8. Scarpi, M.J.; José N.K.; TAIAR, A.: Incidência de Ambliopia em 1400 Escolares da Cidade de São Paulo, em 1975. Arq. Bras. Oftal. 40:16-23, 1977.
9. Von Noorden, G.K.: Binocular vision and Ocular Motility: Theory and Managment of Strabismus. 4th ed. St. Louis, Mosby 208-245, 1990.

Linfoma orbitário: manifestações clínicas, histopatológicas e resposta ao tratamento

Valéria Helena Bomediano^{**}, Osias Francisco de Souza^{***}, Roberto Caldato^{****},
Newton Kara José^{*****}, Irene Lorand-Metze^{*****1}

RESUMO

O acometimento orbitário inicial nos linfomas não-Hodgkin é incomum. Os tipos histológicos neste local, geralmente são os de baixo grau de malignidade, com formas localizadas e de boa evolução.

Estudamos 6 casos de linfoma de localização ocular primária, atendidos no Hospital das Clínicas da UNICAMP no período de janeiro de 1988 a dezembro de 1992. Três pacientes do sexo masculino e 3 do feminino, com idade entre 37 e 82 anos, média de 62 anos. Todos os pacientes tinham doença localizada, linfomas não-Hodgkin de baixo grau de malignidade (estadio I E) e tiveram a hipótese diagnóstica inicial através do exame oftalmológico. Todos apresentavam acometimento unilateral, com hiperemia da conjuntiva e proptose em 5 dos 6 casos. A acuidade visual não apresentou piora ou melhora significativa com o tratamento realizado, durante um seguimento médio de 17 meses. Não foram detectadas alterações fundoscópicas relacionadas com a doença. A localização e extensão das lesões foram confirmadas com CT da órbita. Quanto ao tipo histológico, eram 5 casos de imunocitoma linfoplasmocítico e 1 caso de imunocitoma polimórfico. A radioterapia provou ser um tratamento efetivo nestes casos, com boa resposta, morbidade pequena e tolerável.

Palavras chaves: Linfoma Orbitário, Proptose, Massa Ocular, Massa Retrorbitária.

* Artigo apresentado como tema livre no XXVII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, Porto Alegre-RS, setembro de 1993.

** Médica Hematologista - Departamento de Clínica Médica - Disciplina de Hematologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

*** Médico Assistente do Departamento de Oftalmologia da UNICAMP

**** Professor Assistente do Departamento de Oftalmologia da UNICAMP

***** Professor Titular e Chefe do Departamento de Oftalmologia da UNICAMP e Professor Adjunto da Disciplina de Oftalmologia da FMUSP.

***** Professor Titular do Departamento de Clínica Médica - Disciplina de Hematologia da UNICAMP.

Recebido para publicação em 8/7/96.

ABSTRACT

Orbital lymphoma: the clinical, histopathologic manifestations and treatment response

Initial orbital involvement in non-Hodgkin's lymphomas is not common. The histological classification in that localization are usually low grade.

We studied six cases of orbital lymphoma as the primary localization, attended at Clinic Hospital of University of Campinas (UNICAMP) from January 1988 to December 1992. There were a total of 6 cases, with 3 males and 3 females, ages ranging from 37 to 82 years, average 62 years. All lesions were classified as localized form of disease (stage I E). All patients had unilateral involvement with conjunctival hyperemia and proptosis in 5. Visual acuity was not significantly altered during treatment and follow-up (average of 17 months). No fundoscopic alterations related to the disease were detected. The localization and extension of the lesion were confirmed by computed tomography of the orbit. The histological classification were: 5 cases of lymphoplasmocytic immunocytomas and one case of polymorphic immunocytoma. Radiotherapy has proven to be an effective treatment in these cases, with good response and low morbidity.

INTRODUÇÃO

Proliferações linfóides da órbita e conjuntiva constituem um problema clínico e histopatológico de grande interesse devido à sua baixa diferenciação morfológica e difícil diagnóstico diferencial. Estas lesões, sejam benignas ou malignas, acometem principalmente indivíduos em sua sexta e sétima décadas de vida, em igual proporção entre homens e mulheres^{2,3,4}. O quadro clínico com hiperemia conjuntival e proptose não diferencia a benignidade ou malignidade das lesões.^{3,4} O exame tomográfico localiza a massa orbitária e permite o direcionamento da biópsia. Estas lesões podem ser benignas (infiltrados inflamatórios - pseudotumores) ou malignas (linfomas)¹. Os infiltrados linfóides correspondem a cerca de 10 a 15% das tumorações orbitárias³ sendo raro o acometimento ocular inicial por linfomas não-Hodgkin.

O diagnóstico de certeza é histológico, e as lesões malignas de localização orbitária são, geralmente, linfomas não-Hodgkin de

baixo grau de malignidade, com doença localizada.^{1,4,5}

O objetivo do presente estudo é analisar 6 casos de linfomas com acometimento orbitário inicial, suas características clínicas, radiológicas e histopatológicas, discutindo o seu diagnóstico e tratamento.

MATERIAIS E MÉTODOS

No período de janeiro de 1988 a dezembro de 1992, foram atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) 6 casos de linfoma com localização orbitária primária. Os pacientes foram submetidos a exame oftalmológico completo, tomografia computadorizada (CT) da órbita, com análise de planos axiais e coronais. Foram realizadas biópsia do tumor para o diagnóstico anátomo-patológico e estadiamento clínico através de radiografia do tórax, ultra-som abdominal, biópsia da medula óssea e exames laboratoriais.



Figura 1: Tomografia Computadorizada do olho esquerdo, em incidência coronal mostrando imagem radiopaca que corresponde a infiltração retro-orbitária.

Os pacientes foram tratados com radioterapia ou quimioterapia e radioterapia.

Esquema quimioterápico:

- Três ciclos quinzenais de:
- dia 1 - prednisona 75 mg e Clorambucil 18 mg/m²,
- dia 2 - prednisona - 50 mg,
- dia 3 - prednisona - 25 mg.

O tumor foi considerado resistente quando após três ciclos de quimioterapia mantinha a progressão clínica da doença.

As informações foram obtidas nos prontuários médicos dos pacientes. Todas as biópsias foram revisadas e classificadas segundo a classificação de Kiel⁶ e segundo a Working Formulation.⁸

RESULTADOS

Seis pacientes, 3 do sexo masculino e 3 do feminino, com idade entre 37 e 82 anos (média de 62 anos), foram estudados. Quatro pacientes tinham idade acima de 60 anos por ocasião do diagnóstico. Todos tiveram acometimento unilateral e seus sinais, sintomas e tempo de aparecimento estão descritos na tabela 1.

No exame externo, biomicroscópico e fundoscópico (Tabela 2) os achados mais comuns foram hiperemia de conjuntiva, massa subconjuntival e proptose em 5 dos 6



Figura 2: Tomografia Computadorizada do olho direito, em incidência coronal, mostrando imagem radiopaca que corresponde a infiltrado de localização sub-conjuntival, anterior com extensão para região retro-orbitária.

casos. Não foram detectadas alterações fundoscópicas relacionadas com a doença ou tratamento: 4 casos apresentavam fundoscopia normal e 2 casos apresentavam alterações compatíveis com degeneração senil de mácula. O tratamento radioterápico não diminuiu a acuidade visual dos pacientes estudados durante o seguimento de 5 a 38 meses (média de 17 meses). Após o tratamento, as alterações oculares encontradas foram 4 casos de olho vermelho, 1 caso de ceratite, 1 caso de ceratite e afilamento corneano, 1 caso de Síndrome de Claude Bernard Horner e 1 de irritação conjuntival.

Achados Tomográficos

Cinco casos apresentaram infiltração retro-orbitária envolvendo o cone óptico (figura 1), com envolvimento do nervo óptico em três. Em 1 caso a localização foi anterior, com envolvimento de conjuntiva e glândula lacrimal (figura 2).

Estadiamento

Todos os casos tinham doença restrita à órbita, sem quadro prévio ou concomitante de linfoma em outra localização (estadio IE).

Histopatologia

A análise histopatológica foi compatível com linfoma não Hodgkin de baixo grau de malignidade nos 6 casos, sendo 5 casos imunocitoma linfoplasmocítico (classificação de Kiel⁷) ou linfoma linfocítico de pequenas células.

Tabela 1 - Dados referentes a idade, sexo, tempo de doença, características clínicas e acuidade visual (AV) dos pacientes.

Paciente	Idade /sexo	AV(CC)	Sintomas	Sinais	Tempo de doença	AV pós-tto (CC)
1	52a/F	20/40	cefaléia frontal	hiperemia conjuntival e proptose	3 meses	20/40
2	37a/F	20/25	dor ocular	tumor palpável	15 dias	20/25
3	82a/M	20/50	assintomático	proptose intensa	5 meses	20/50
4	61a/F	20/30	dor ocular	massa conjuntival e proptose	10 meses	20/30
5	75a/M	20/300	irritação ocular	proptose	24 meses	20/300
6	63a/M	<20/400	dor ocular	proptose e massa conjuntival	6 meses	<20/400

CC; Com uso de correção óptica - Pós-tto: após o tratamento

las com diferenciação linfoplasmocitóide (*Working Formulation*⁹) e 1 caso classificado como imunocitoma polimórfico (classificação de Kiel) ou linfoma de grau intermediário, difuso de pequenas e grandes células (*Working Formulation*).

Terapêutica

Dois pacientes receberam tratamento quimioterápico sistêmico conforme descrito anteriormente, e obtiveram resposta parcial ao tratamento. Após o término da quimioterapia, ambos receberam tratamento radioterápico. Com a radioterapia alcançaram remissão da doença, isto é, regressão clínica total do tumor. Quatro pacientes foram tratados exclusivamente com radioterapia, sendo que 3 obtiveram regressão clínica total do tumor e 1 obteve resposta parcial (massa residual).

Seguimento

Foi perdido o contato com dois pacientes. Em 4 pacientes o tempo médio de seguimento foi de 17 meses (5 a 38 meses). Neste período 3 pacientes permaneceram em remissão e um paciente apresentou, após a radioterapia, massa residual sem progressão.

CONCLUSÕES

1 - Cinco pacientes (83%) tinham idade superior a 60 anos. Três pacientes eram do sexo masculino e três do sexo feminino.

2 - O acometimento foi sempre unilateral, com localização retro-orbitária em 5 casos e 1 de localização anterior.

3 - A hipótese diagnóstica foi realizada no exame oftalmológico e os sinais, nos exames externo e biomicroscópico, mais frequentes foram: hiperemia conjuntival, massa subconjuntival localizada e proptose, características sugestivas de infiltração retro-orbitária.

4 - O tratamento radioterápico não diminuiu a acuidade visual dos pacientes estudados durante o seguimento de 5 a 38 meses (média de 17 meses).

5 - A localização das lesões foi definida através do exame de tomografia computadorizada, utilizando-se incidências axiais e coronais.

6 - Todos os pacientes estudados tinham doença orbitária localizada.

7 - O tipo histológico predominante (5 casos - 83%) foi o linfoma não Hodgkin de baixo

Tabela 2 - Achados oftalmológicos na primeira consulta.

Paciente	Biomicroscopia Ocular	Fundoscopia
1	Espessamento conjuntival na região do músculo reto lateral no olho direito e proptose.	Normal
2	Massa de consistência elástica, localizada abaixo do rebordo orbital superior no olho direito, na projeção da glândula lacrimal.	Normal
3	Hiperemia conjuntival temporal e proptose.	DSM
4	Hiperemia conjuntival no olho direito e proptose.	Normal
5	Catarata sub-capsular posterior intensa e nuclear moderada no olho esquerdo e proptose.	DSM
6	Hiperemia conjuntival, massa sub-conjuntival e catarata nuclear intensa no olho esquerdo e proptose.	Normal

DSM - Degeneração senil de mácula.

grau de malignidade, imunocitoma linfoplasmocítico.

8 - A Radioterapia exclusiva foi eficiente em 3 casos e parcialmente eficiente em 1 caso. A associação de radioterapia e quimioterapia foi efetiva nos outros dois casos.

DISCUSSÃO

Lesões linfóides da órbita e anexos apresentam, tradicionalmente, uma marcante dificuldade diagnóstica entre pseudotumores linfóides e linfomas malignos¹. Os exames clínico e oftalmológico completo, associado ao exame de tomografia computadorizada da órbita são de grande importância nestes casos. Os pacientes deste estudo procuraram, inicialmente, o médico oftalmologista apresentando, cinco pacientes, quadro unilateral de olho vermelho e proptose e um caso de lesão elevada subconjuntival de localização temporal superior (Figuras 1 e 2). Tipicamente, imagens tomográficas de infiltrados linfóides são tumores de localização retrobulbar, bem definidos através de incidências coronais e axiais⁸. A realização de biópsia das lesões e análise histológica neste estudo, confirmaram o diagnóstico de lesão maligna (Linfoma). Knowles, DM *et al.*² relatam 10 a 15% das infiltrações orbitárias como de origem linfóide. Nas infiltrações malignas, os linfomas não-Hodgkin de baixo grau de malignidade são os mais comuns¹. Em nosso meio, Thelma e col.⁶ relatam 5 casos de linfoma

orbitário com 4 casos de LNH de baixo grau de malignidade. No presente estudo o diagnóstico clínico oftalmológico de infiltração linfóide foi confirmado por biópsia como infiltração maligna (linfomas não-Hodgkin de baixo grau de malignidade - estadios I e II) em 6 pacientes, sendo do tipo histológico imunocitoma linfoplasmocítico em 5 casos, e 1 caso imunocitoma polimórfico, (classificação de Kiel⁷)

Semelhantes a dados da literatura^{1,2}, os pacientes estudados ocupavam a faixa etária entre a sexta e sétima décadas de vida (5 pacientes com idade superior a 60 anos), sem diferença entre o sexo masculino e feminino.

O tratamento com uso de radioterapia mostrou efetividade, com regressão clínica total da massa tumoral em 5 dos 6 casos e parcial em 1 caso, durante um seguimento médio de 17 meses.

Nos casos de tumoração orbitária, o diagnóstico precoce por meio de biópsia e análise histológica da lesão são mandatórios para que o adequado tratamento seja iniciado antes da progressão da doença para outros órgãos. O tratamento radioterápico isolado ou associado à quimioterapia foi efetivo nos casos analisados, porém futuros estudos serão necessários para que tais resultados possam ser confirmados estatisticamente.

Agradecimentos:

Ao Dr. José Vassalo, professor Assistente Doutor do Departamento de Anatomia Patológica da UNICAMP, pelo trabalho de revisão histopatológica dos casos estudados.

Endereço para correspondência:

Osias Francisco de Souza
Departamento de Oftalmologia da UNICAMP
Caixa Postal 6.111, Cidade Universitária
"Zeferino Vaz"
CEP 13084-100 - Campinas - SP.

REFERÊNCIAS

1. ASTARITA, RW et al. Orbital and Adnexal Lymphomas. A Multiparameter Approach. *Am J Clin Pathol* 73:615-621, 1980.
2. KNOWLES, DM JAKOBIEC, FA. Orbital Lymphoid Neoplasms. *Cancer* 46:576-589, 1980.
3. KNOWLES, DM JAKOBIEC, FA. Ocular Adnexal Lymphoid Neoplasms : Clinical, Histopathologic, Eletron Microscopic and Immunologic Characteristics. *Hum Pathol* 13:148-162, 1982.
4. KNOWLES, DM JAKOBIEC, FA. Lymphoid Hyperplasia and Malignant Lymphoma Occurring in the Ocular Adnexa (Orbit, Conjunctiva and Eyelids). *Hum Pathol* 21:959-973, 1990.
5. LIANG, R LOKE, SL; CHIU, E. A Clinical-Pathological Analysis of Seventeen Cases of Non- Hodgkin Lymphoma Involving the Orbit. *Acta Oncologica* 30:335-338, 1991.
6. OLIVEIRA, TLP MANSO, PG TELLA JUNIOR, OI SEGRETO, R. Linfoma Orbitário - estudo clinico de cinco casos. *Arq. Bras. Oftal.* 56(5):239-242, 1993.
7. STANFEL, AG et al. Updated Kiel Classification for Lymphoma (letter to the editor). *Lancet* 292-293 and 603, 1988.
8. YEO, JH JAKOBIEC, FA. Combined Clinical and Computed Tomographic Diagnosis of Orbital Lymphoid Tumors. *Am J Ophthalm* 94:235-245, 1982.
9. The Non-Hodgkin's Lymphoma: Pathologic Classification Project. Nacional Cancer Institute Sponsored Study of Non-Hodgkin's Lymphomas. *Cancer* 49:2112-2135, 1982.

Infiltrado retiniano na "cat scratch disease"

(relato de 1 caso) *

Miguel Hage Amaro **, Fernando Dias **, Milton Kataoka **, Jairo Barja **, Jorge Hage Amaro **

RESUMO

Os autores relatam um caso de paciente com a "cat scratch disease" que apresentou infiltrado retiniano.

Após o uso da Ciprofloxacina oral a paciente apresentou melhora do quadro clínico com desaparecimento da adenite e do infiltrado retiniano.

ABSTRACT

Retinal infiltration in cat scratch disease

The authors relate a case of cat scratch disease with retina infiltrate.

The patient was treated by Ciprofloxacin Hydrochloride that improved the symptoms and disappear of the retina infiltrate.

INTRODUÇÃO

A "cat scratch disease" foi descrita em 1932. A etiologia da doença foi considerada desconhecida até 1983 quando Wear e cols.¹ encontraram bacilos Gram-negativos pleomórficos em linfonodos de pacientes com a doença. Em 1922, Regnery e cols.² encontram altos títulos de anticorpos para *Rochalimaea henselae* no soro de 36 pacientes (88%) de 41 pacientes com "cat scratch disease".

Zangwill e cols.³ encontraram que o teste para *R. henselae* era 84% sensível e

96% específico na identificação de 45 pacientes testados com a doença.

Uma outra espécie de *Rochalimaea*, a quintana, também tem sido implicada como agente da doença⁴.

Para diferenciar as 2 espécies é necessário realizar a reação de "polymerase chain".

A doença é benigna e auto-limitada⁶ apesar de que uma prolongada morbidade pode ocorrer e seqüela permanente ter sido relatada^{4,7,8}. Ela é caracterizada por linfadenite dolorosa localizada, febre e os achados

* Trabalho realizado com dados do Instituto de Olhos e Laser de Belém.

** Oftalmologistas em Belém-Pará.
Recebido para publicação em

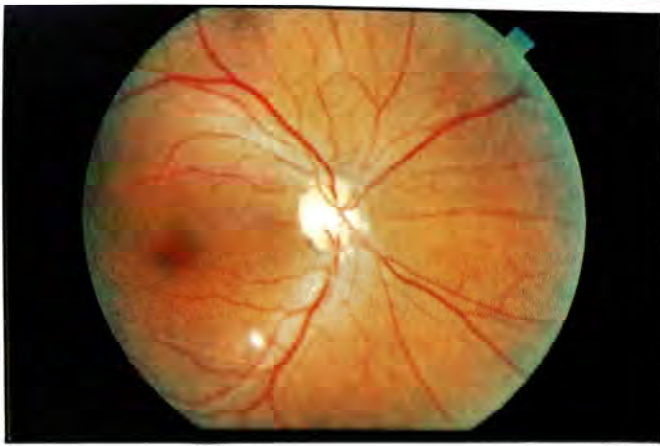


Fig.1. Infiltrado retiniano na "cat scratch disease"

oculares incluem a Síndrome óculo-glandular de Parinaud⁹, neuroretinite^{10,11}, infiltrado retiniano e descolamento seroso da mácula¹². Também tem sido descrita a oclusão de ramo arterial retiniano devido a retinite com edema de papila¹³ e angiomatose peri-papilar¹⁴.

Gostaríamos de relatar um caso da doença diagnosticado em nossa clínica.

CASO CLÍNICO

Avaliamos um caso de paciente do sexo feminino, de 32 anos de idade, que foi encaminhada para exame oftalmológico que apresentava linfadenite cervical com impressão diagnóstica de toxoplasmose, porém com história de arranhadura de gato há mais ou menos 10 dias.

A paciente apresentava-se com acuidade visual de 20/20 em ambos olhos sem correção.

A refração realizada era de -0,25 a 180° em ambos os olhos.

A biomicroscopia do segmento anterior mostrava-se normal em ambos os olhos.

Não se notava *flare* ou precipitados ceráticos.

Na biomicroscopia do segmento posterior e fundoscopia foram detectadas células vítreas +/ + + + no olho direito e ausentes no olho esquerdo. Notamos a presença de um infiltrado retiniano próximo à arcada vascular inferior do olho direito (Fig 1).

A paciente foi submetida a exames laboratoriais que incluíam: Hemograma, Rx de tórax, Sorologia para HIV, Reação de Mantoux, VDRL, FTA-ABS, anticorpo anti-nuclear, Sorologia para citomegalovírus, Herpes Simples, Zoster, Imunofluorescência para toxoplasmose, exames estes considerados normais.

Infelizmente, apesar de solicitada, a Imunofluorescência indireta para anticorpos para *Rochalimaea henselae* e *quintana*, não era realizada nem em Belém, nem em outro Estado.

Com o diagnóstico de doença da arranhadura do gato presumida, com infiltrado retiniano ocular, optamos por iniciar o tratamento que consistiu de ciprofloxacina oral de 500 mg 2 x no dia, durante 7 dias.

Com 10 dias notamos desaparecimento da linfadenopatia, com persistência do infiltrado retiniano que desapareceu com 2 meses e 15 dias.

DISCUSSÃO

A Síndrome óculo-glandular de Parinaud que consiste de conjuntivite granulomatosa e adenopatia pré-auricular, é, talvez, a manifestação oftálmica mais comum da "cat-scratch disease"⁹.

Outras manifestações podem ocorrer, algumas com diminuição da acuidade visual como a neuroretinite com estrela macular^{16,10,17,18}.

Fish e cols.¹⁴ relataram previamente angiomatose peri-papilar com neuroretinite.

Zachei e cols.¹² relataram também descolamento seroso da mácula.

Golnik e cols.⁵ descreveram edema da papila e infiltrado retiniano entre as manifestações oculares em seus casos, das espécies *Rochalimaea*.

A caracterização laboratorial da doença é difícil e no Brasil encontramos dificuldade para a realização da Imunofluorescência indi-

reta para anticorpos para *Rochalimaea henselae* e *quintana*.

Como o quadro clínico e o achado ocular sugeriu a "cat-scratch disease" e o tratamento proposto, o mesmo recomendado atualmente para a doença, teve êxito, pensamos que o diagnóstico da doença pode ser confirmado baseado nos dados clínicos referidos.

A inibição mínima de concentração das espécies *Rochalimaea* tem sido relatada com ciprofloxacina¹⁹, doxyciclina²⁰⁻²¹⁻²², eritromicina¹⁹⁻²⁰⁻²²⁻²³, norfloxacina¹⁹, tetraciclina¹⁹⁻²². Entretanto falhas no tratamento medicamentoso têm sido apontadas com a doxyciclina²⁴, eritromicina¹⁹ e tetraciclina²⁵.

Alguns fatores que interferem no resultado do tratamento têm sido citados, como entre outros, a duração do tratamento com o antibiótico e o "status" imunológico.

Pacientes com neuroretinite associada à doença tem sido tratados com a prednisona¹⁰⁻¹¹, dexametasona¹⁸, tetraciclina¹⁰, amoxicilina¹¹, trimetropin-sulfametoxazol¹⁸, clindamicina¹⁴ e todos tiveram melhora da visão. O curso da neuroretinite associada à doença e não tratada é desconhecido.

Portanto, como vimos, a variedade de apresentações oculares da doença, seu quadro clínico e a relação com a arranhadura ou mordida de gatos nos orientarão sobre a possibilidade diagnóstica da doença, no nosso meio.

Endereço para correspondência:
Av. Generalíssimo Deodoro, 883 - Umarizal
CEP 66053-240 Belem - PA

REFERÊNCIAS

- Wear, D. J., Margileth, A. M., Hadfield, T. L., Fischer, G. W., Schlagel, C. J., and King, F. M.: Cat scratch disease. A bacterial infection. *Science* 221:1403, 1983.
- Regnery, R. L., Olson, J. G., Perkins, B. A., and Bibb, W.: Serological response to "*Rochalimaea henselae*" antigen in suspected cat-scratch disease. *Lancet* 339:1443, 1992.
- Zangwill, K. M., Hamilton, D. H., Perkins, B. A., Regnery, R. L., Plikaytes, B. D., Hadler, J. L., Carter, M. I., and Wenguer, J. D.: Cat scratch disease in Connecticut. Epidemiology, risk factors, and evaluation of a new diagnostic test. *N. Engl. J. Med.* 329:8, 1993.
- Tompkins, D. C., and Steigbigel, R. T.: *Rochalimaea*'s role in cat scratch disease and bacillary angiomatosis. *Ann. Intern. Med.* 118:388, 1993.
- Golnik KC, Marotto ME, Fanous MM e Tall. Ophthalmic Manifestation of *Rochalimaea* Species. *Am. J. Ophthalmol.* 118:145, 1994.
- Carithers, H. A.: Cat-scratch disease. An overview based on a study of 1,200 patients. *Am. J. Dis. Child.* 139:1124, 1985.
- Margileth, A. M., Wear, D. J., and English, C. K.: Systemic cat scratch disease. Report of 23 patients with prolonged or recurrent severe bacterial infection. *J. Infect. Dis.* 155: 390, 1987.
- Revol, A., Vighetto, A., Jouvet, A., Aimard, G., and Trillet, M.: Encephalitis in cat scratch disease with persistent dementia. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 55:133, 1992.
- Jawad, A. S and Amen, A A: Cat scratch disease presenting as the oculoglandular Syndrome of Parinaud. A report of two cases. *Postgrad. Med. J.* 66:467, 1990.
- Chrousos, G. A., Drack, A. V., Young, M., Kattah, J., and Sirdofsky, M.: Neuroretinitis in cat scratch disease. *J. Clin. Neuro-Ophthalmol.* 10:92, 1990.
- Bar, S., Segal, M., Shapira, R., and Savir, H.: Neuroretinitis associated with cat scratch disease. *Am. J. Ophthalmol.* 110:703, 1990.
- Zacchei, A.; Newman NJ; Sternberg P. Serous Retinal detachment of the macula associated with cat scratch disease. *Am. J. Ophthalmol* 120:796, 1995.
- Cohen, SM; Davis JL; Gass, JDM. Branch Retinal Arterial OC occlusions in Multifocal Retinitis with optic nerve Edema. *Arch. Ophthalmol* 113:1271, 1995.
- Fish, R. H., Hogan, R. N., Nightingale, S. D., and Anand, R.: Peripapillary angiomas associated with cat-scratch neuroretinitis. *Arch. Ophthalmol.* 110:323, 1992.
- Le, H, Palay Detall Conjuntival Snab to diagnose ocular cat scratch disease. *Am. J. Ophthalmol*, 249-250 1994.
- Weiss, A. H., and Beck, R. W.: Neuroretinitis in childhood. *J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus* 26:198 1989.
- Carithers, H. A., and Margileth, A. M.: Cat-scratch disease. Acute encephalopathy and other neurologic manifestations. *Am. J. Dis. Child.* 145:98, 1991.
- Ulrich, G. G., Waecher, N. J., Jr., Meister, S. J., Peterson, T. J., and Hooper, D. G.: Cat scratch disease associated with neuroretinitis in a 6-year-old girl. *Ophthalmology* 99:246, 1992.
- Slater, L. N., Welch, D. F., Hensel, D., and Coody, D. W.: A newly recognized fastidious gram-negative pathogen as a cause of fever and bacteremia. *N. Engl. J. Med.* 323:1587, 1990.
- Relman, D. A., Loutit, J. S., Schmidt, T. M., Falkow, S., and Tompkins, L. S.: The agent of bacillary angiomatosis. An approach to the identification of uncultured pathogens. *N. Engl. J. Med.* 323:1573, 1990.
- Dolan, M. J., Wong, M. T., Regnery, R. L., Jorgenson, J. H., Garcia, M., Peters, J., and Drehner, D.: Syndrome of *Rochalimaea henselae* adenitis suggesting cat scratch diseases. *Ann. Intern. Med.* 118:331, 1993.
- Koehler, J. E., Quinn, F. D., Berger, T. G., LeBiot, P. E., and Tappero, J. W.: Isolation of *Rochalimaea* species from cutaneous and osseous lesions of bacillary angiomatosis. *N. Engl. J. med.* 327:1625, 1992.
- Tappero, J. E., Berger, T. G., Cockerell, C. J., T. H., Busch, M. P., Stites, D. P., Mohle-Boetani, J., Reinhold, A. L., and LeBoit, P. E.: Bacillary angiomatosis and bacillary splenitis in immunocompetent adults. *Ann. Intern. Med.* 118:363, 1993.

24. Lucey, D., Dolan, M. J., Moss, C. W., Garcia, M., Hollis, D. G., Wegner, S., Morgan, G., Almeida, R., Leong, D., Greisen, K. S., Welch, D. F., and Slater, L. N.: Relapsing illness due to *Rochalimaea henselae* in immunocompetent hosts. Implication for therapy and new epidemiological association. Clin. Infect. Dis. 14:683, 1992
25. Welch, D. F., Pickett, D. A., Slater, L. N., Steigerwalt, A. G., and Brenner, D. J.: *Rochalimaea henselae* sp. nov., a cause of septicemia, bacillary angiomatosis, and parenchymal bacillary peliosis. J. Clin. Microbiol. 30:275, 1992

Oftalmologia Atual

Coordenador: Celso Marra

Apresentamos aqui resumos selecionados de revistas internacionais do acervo da biblioteca da SBO. O público alvo desta seleção é a grande comunidade dos médicos residentes e pós-graduandos, além dos colegas que não desfrutam destas assinaturas.

Pendergast, SD.: McCuen, BW.: Perda de campo visual após cirurgia de buraco macular. *Ophthalmol.* 103 (7):1069-1077, 1996.

Embora a cirurgia do buraco macular seja vista como eficiente e segura, várias complicações podem ocorrer. Os autores relacionam oito pacientes com perda periférica do campo visual ocorrendo após vitrectomia para buraco macular. Num período de três anos a cirurgia foi realizada em 50 olhos de 47 pacientes. Oito pacientes referiram perda do campo visual no pós-operatório, e foi então realizada a perimetria de Goldmann. Foram comparadas as características dos pacientes com e sem perda de campo. Os buracos estavam fechados em 7 pacientes (87,5%) e em 37 (88,1%) dos demais pacientes. A perda de campo não estava associada à idade, ao sexo, estágio do buraco macular, pressão intraocular ou história de doença vascular sistêmica. A etiologia desta complicação é desconhecida.

Rahhal, FM. et al.: Cidofovir intravítreo para o tratamento de manutenção da retinite por citomegalovirus. *Ophthalmol.* 103(7):1078-1083, 1996.

Uma série consecutiva e prospectiva de 53 olhos em 35 pacientes com SIDA e retinite por CMV foi tratada com injeções intravítreas de Cidofovir (20µg) para manutenção em um

centro de referência entre abril de 1994 e setembro de 1995. Vinte e quatro olhos receberam Cidofovir intravítreo como tratamento inicial (grupo A) e 29 olhos receberam previamente terapia sistêmica (grupo B). Nenhum dos pacientes de qualquer dos grupos recebeu tratamento sistêmico anti-CMV durante o período de estudo. A progressão da retinite foi o fator primário de avaliação. Todos os olhos com retinite ativa cicatrizaram com o tratamento. Nenhum dos olhos do grupo A mostrou sinais de progressão durante o período de estudo. Quatro (14%) dos 29 olhos do grupo B tiveram um episódio de progressão. Em um dos 53 olhos desenvolveu-se descolamento da retina. Observou-se irite de média intensidade em 14% das injeções que foram prevenidas com o uso de Probenecid. Hipotonia irreversível estabeleceu-se em 2 olhos (3,8%). O tratamento e subsequente manutenção, da retinite por CMV com 20 µg de Cidofovir intravítreo, administrado a intervalos de 5 a 6 semanas é altamente eficaz com raros episódios de reativação e progressão.

Mishima, HK. et al.: Comparação entre Latanoprost e Timolol no glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA) e na hipertensão ocular. *Arch. Ophthalmol.* 114:929-937, 1996.

Foi avaliado o efeito hipotensor e os efeitos colaterais do Latanoprost, um

análogo da prostaglandina $F_{2\alpha}$, em pacientes com pressão intraocular (PIO) elevada usando maleato de timolol como droga de referência. Participaram deste estudo aleatório e duplo-cego um total de 184 pacientes com GPAA ou hipertensão ocular em 35 centros médicos. Os pacientes receberam aleatoriamente Latanoprost a 0,005% uma vez ao dia, ou maleato de timolol a 0,5% duas vezes ao dia por um período de 12 semanas. A PIO foi medida 24 horas após a administração da medicação, a 3,4,8 e 12 semanas de tratamento. O Latanoprost reduziu a PIO ao fim de 12 semanas em $6,2 \pm 2,7$ mmHg (26,8%), enquanto o timolol reduziu a PIO em $4,4 \pm 2,3$ mmHg (19,9%). Em todas as visitas a redução da PIO foi mais significativa com o Latanoprost. O principal efeito colateral observado em ambos os grupos foi hiperemia conjuntival e ardor e o principal efeito sistêmico foi a redução da frequência do pulso no grupo tratado com timolol. Os resultados deste estudo mostram que o Latanoprost a 0,005% administrado uma vez ao dia é bem tolerado e mais efetivo em reduzir a PIO do que o maleato de timolol a 0,5% usado duas vezes ao dia.

Greenfield, DS. et al.: Elevação do retalho escleral com agulha na

falência das fistulas após trabeculectomia com mitomicina C. Am. J. Ophthal. 122(2):195-204, 1996.

Foi realizada uma análise retrospectiva de 537 olhos de 434 pacientes que foram submetidos à trabeculectomia com mitomicina C e revista a evolução de 441 olhos de 338 pacientes com o mínimo de 3 meses de *follow-up*. Oitenta e oito olhos (20%) foram submetidos à elevação com agulha do retalho escleral. Quarenta e nove (22,4%) de 219 olhos submetidos à trabeculectomia sem mitomicina necessitaram de revisão com agulha e 39 (17,6%) daqueles submetidos à cirurgia combinada de catarata e glaucoma. A PIO após a revisão com agulha foi de $17,9 \pm 11,6$ mmHg, significativamente menor do que a PIO inicial, $27,1 \pm 10,4$ mmHg, ($P < 0,00001$). O sucesso, considerado como PIO de 22 mmHg ou menos com ou sem medicação acessória, foi alcançado em 46 (73%) dos olhos. A elevação pós-operatória do retalho com agulha pode oferecer uma redução duradoura da PIO em fistulas que falharam com mitomicina C. Melhores resultados são obtidos com olhos sem cirurgia conjuntival prévia, naqueles que requereram apenas uma revisão com agulha e naqueles com menor PIO antes da revisão.