

Sumário - Contents

Editorial	Editorial	Dantas Coutinho	239
O papel do Oftalmologista na consulta da criança com cefaléia	The Ophthalmologist role in the examination of the child with headache	Yára D. Fragoso, Daniel Miranda Ferreira, Alexandre Baddini Cavinato, Carlos Yukio Tsutida, Simone Rodrigues	315
Hepatite por vírus C e olho seco: avaliação em 17 pacientes no Hospital dos Servidores do Estado - RJ	Vírus C hepatitis and dry eye: evaluation of 17 patients at the Hospital dos Servidores do Estado - RJ	Marco Antônio de Souza Alves, Clarice Carvalho Campinho	325
Avaliação da aplicação do método de credé em Goiânia - Goiás	Avaliation of credé method application in Goiânia - Goiás	Leonardo Toledo Netto, Daniela Toledo Netto, Fernanda Aun Fayad, João Jorge Nassaralla Júnior	333
Alterações campimétricas após blefaroplastia da pálpebra superior para a correção da dermatocalase	Visual field modifications after blepharoplasty	Carmen Silvia Bongiovanni, Waldir Portellinha, Marinho Jorge Scarpi	341
Óleo de silicone associado à vitrectomia e a sua repercussão no endotélio corneano	Silicone oil in vitrectomy and his repercussion on the corneal endothelium	Augusto Cesar Lacava, Osmail Medeiro, Maria Medeiro Giorgi	351
Casos, Técnicas e Instrumentos			
Lente de contato intra-ocular	Intraocular contact lens	Ana Luiza G. Nehemy, Márcio B. Nehemy, Marcos Vale, Marcelo M. Valença	357
Trombose da veia central da retina e leishmaniose cutânea	Central retinal vein occlusion and cutaneous leishmaniosis	Miguel Hage Amaro, Jorge Hage Amaro, Fernando Dias, Milton Kataoka, Adelmo Sales, Jairo Barja	363
Retinite punctata externa por toxoplasmose	External punctate retinitis by toxoplasmosis	Nicolau J. Slavo, Decio Meneguim	369
Seção de Facoemulsificação	Phacoemulsification of section	Almir Ghiaroni, Howard Fine, Georges Baikoff, Gunther Kaufer	373

Editorial

A Leitura e o Trabalho Científico

Ao brasileiro Paulo Freire, cidadão do mundo

Ao corrente dos modos acadêmicos, a mim não espanta a irrogação da pecha de modestos leitores imputada aos nossos alunos. Trata-se de uma afirmação correta para uma questão de fato. É juízo mau conduzido pensar que apenas os letrados devem se colocar em harmonia com as provocações das realidades do mundo através da leitura escrita. A leitura, em qualquer das suas formas, é uma atividade reflexiva, ordenada e crítica, que nos liga ao universo de todas as coisas. A disponibilidade das evidências torna conceitual a afirmação. Lê, indistintamente lê, todo aquele que abraça a sua realidade pelo conhecimento trabalhado na reflexão. O contato com situações e fatos ajuizados é fonte de conhecimentos. Da experiência vivida por cada um, floresce a "leitura do mundo". A prática de solicitações que a nós envolve, confere situações concretas de aprendizado. Diria que se cria, assim, a "voz da experiência". O seu significado de valor não pode ser rejeitado por ninguém. Ela é vulgar no nosso meio e invocada até pelas autoridades e professores. A visão repetida de eventos, acompanhada de sistematização, é modo inquestionável de se conhecer o mundo e, dentro dela, está a prática médica. No mais dos casos, exige suor e perseverança. É uma aberração absurda e utópica aceitar o conhecimento, a posteriori, como espinha dorsal para o aprendizado e exercício profissional. Conciliar o Homo faber e o Homo sapiens é tarefa primordial dos mestres. Não se concebe que alguém negue aos discípulos os princípios fundamentais contidos numa arte ou ciência. A leitura do mundo não despreza a explicação mental de uma prática, ao contrário, reforça-a.

A forma mais primitiva de leitura é aquela que cria o conhecimento através do contato direto com a nossa existência. É o aprendizado vivencial. Outras formas de leitura existem, entre elas a leitura em que, pela simbologia de caracteres, entramos em relação com os nossos semelhantes. A leitura escrita cria sólidos alicerces para o nosso saber. Não é prática, nas universidades, ensinar métodos de leitura. O fato esdrúxulo cria entre mim, coordenadores e alunos um duelo onde sempre me consumo.

O trabalho científico é uma forma de comunicação, veículo que nos conduz a novos conhecimentos. Ele reúne idéias a serviço de uma afirmação ou tese. É uma atividade criadora que desperta em cada um de nós novos conteúdos. A criação científica não se dispersa sozinha, como fumaça. Há mister de ir a seu encontro, abraçá-la, senti-la e consumi-la. Há que incorporá-la e confundi-la com nossas próprias vidas. O proveito que se tira do trabalho científico nasce do hábito do estudo. Decodificar a linguagem do autor, nem sempre fácil, é por vezes tarefa hercúlea. Paulo Freire, cidadão do mundo, figurava na leitura a libertação de cada um de nós e de cada povo!

Não se põe dúvida na importância das comunicações científicas. Dos seus merecimentos muito e tudo se fala. Pouco ou quase nada se diz do como abordá-las à luz da crítica textual, ligada a visão da pessoa que lê. A leitura, quando técnica, não permite que se fique

preso aos limites das linhas, parágrafos, itens, capítulos etc. Necessário o é que se vá além do texto. Aqui e ali, o primeiro passo é descobrir o que o autor traz em sua mensagem. Qual será o assunto proposto pelo autor? Dentro do assunto estará o espaço reservado para a temática. Ela limita o assunto, permitindo que o autor responda com fatos às questões que motivaram a pesquisa. Questionando, argumentando, chegamos à idéia central do trabalho. Ela será confrontada, justificada com as provas colocadas à mesa pelo autor.

Os tópicos de uma leitura trabalhada depois de analisados são reunidos. Os juízos encadeados serão ordenados logicamente e formarão os elos da cadeia que justificarão os méritos do trabalho e do autor. Valorar a análise é fundamento de base: ela oferecerá ao leitor elementos que definirão a correspondência dos argumentos e das provas com as realidades do mundo.

A leitura trabalhada tem como ponto final o estudo crítico do trabalho científico. Ela criva o autor e o texto com um sem número de questões que vão desde o título e se reflete muito além da obra. Elas se voltam com especial atenção para o assunto, a temática, a argumentação e as conclusões. São tópicos que devem formar um todo harmonioso e estimular a criatividade do leitor. O trabalho científico não terá valor se não trouxer, em seu bojo, elementos que enriquecerão a sociedade em seu todo.

Rio de Janeiro, maio de 1997.

Dantas Coutinho

O papel do Oftalmologista na consulta da criança com cefaléia

Yára D. Fragoso *, Daniel Miranda Ferreira **, Alexandre Baddini Cavinato **, Carlos Yukio Tsutida **, Simone Rodrigues **

RESUMO

Crianças, adolescentes e adultos jovens com no mínimo um ataque de cefaléia todo mês e com distúrbios visuais característicos de migrânea foram entrevistados por estudantes de medicina. Não houve nenhuma dificuldade especial para obter informações das crianças com idade entre 7-14 anos. Quando perguntados sobre os sintomas que acompanhavam os ataques de cefaléia, o mais prevalente foi a sensação de mal estar durante a crise. Náuseas, tonturas, parestesias, foto e fonofobia foram freqüentes. Uma relação temporal típica entre a aura e cefaléia não ficou clara em metade dos casos, embora as crises fossem tipicamente de migrânea. Quando vistas por médicos, muitas destas crianças foram consultadas por Oftalmologistas. Apesar dos sintomas de migrânea, esta não foi considerada como possibilidade diagnóstica em nenhum indivíduo abaixo dos 26 anos de idade.

Unitermos: cefaléia, migrânea, criança, aura.

ABSTRACT

The ophthalmologist role in the examination of the child with headache

Children, adolescents and young adults with at least one headache attack every month and with visual disturbances typical of migraine were interviewed by medical students. There was no special difficulty in obtaining information from children aged 7-14. When encouraged to talk about the symptoms which accompanied the headache attacks, the most prevalent symptom was the sensation of ill-feeling while the headache lasted. Nausea, dizziness, paresthesias, photo and phonophobia were frequent. A typical temporal relation between the aura and the headache was not clear in half the subjects, though the headache attack could be clearly recognized as migraine. When

* Professora Doutora do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas de Santos.

** Acadêmicos do 6º ano do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas de Santos.
Recebido para publicação em 19/03/97.

taken for consultations, most of these children were seen by Ophthalmologists. Despite the typical symptoms, migraine was not even consider a possible diagnosis for anyone under the age of 26.

Key-words: headache, migraine, children, aura.

INTRODUÇÃO

Cefaléia é uma queixa freqüente em crianças, adolescentes e adultos jovens^{1,4}. Apesar das características incapacitantes de alguns ataques de cefaléia, pacientes nem sempre procuram conselho médico⁴, e quando o fazem, por vezes, é com a finalidade de confirmar que a cefaléia não é causada por alguma "doença grave"^{5,6}. Muitos pacientes com cefaléia usam diversas medicações para seus ataques e as recomendam para familiares e amigos. Esta automedicação pode alterar o curso natural das cefaléias tal como transformar crises de migrânea [enxaqueca] em cefaléia crônica diária. Além disso, o paciente portador de cefaléia crônica fica exposto aos riscos inerentes da automedicação.

Outro aspecto a ser enfatizado é a escolha do especialista para uma consulta, na qual o paciente procura seus conselhos já com uma idéia própria de possíveis diagnósticos. No Brasil, muitos pacientes parecem acreditar que a causa principal da cefaléia é um "cansaço ocular" e, portanto, Oftalmologistas parecem ser os primeiros especialistas a receberem o paciente com cefaléia. Isto ocorre principalmente no caso das crianças.

Os distúrbios visuais que por vezes precedem ou acompanham a migrânea podem dar a idéia de que os olhos são a razão da cefaléia. As crianças podem reclamar de distúrbios visuais sem caracterizá-los bem e sem explicá-los. A menos que um dos familiares próximos apresente migrânea com aura, esta queixa pode passar despercebida e não ser associada à cefaléia como sendo parte da crise. É possível que a freqüência de distúrbios visuais que precedem ou acompanham cefaléias em crianças seja muito maior que o estimado, uma vez que perguntas apropriadas não são feitas. Por mais de 20 anos tem sido sugerido que os distúrbios

visuais e a migrânea são igualmente prevalentes em crianças e adultos⁷. No entanto, as crianças podem ter dificuldades em explicar tais alterações visuais para adultos e esta queixa pode não estar sendo levada em conta.

Crianças e adolescentes vêm às consultas devido à cefaléias crônicas usualmente acompanhadas de adultos. Estes adultos podem influenciar as respostas e enfatizam certas características das cefaléias que eles acham ser importantes^{3,5}.

A intenção deste trabalho foi investigar a cefaléia crônica em crianças, adolescentes e adultos jovens. Nós investigamos como estas populações se comparam na obtenção de detalhes da história da cefaléia e de distúrbios visuais típicos de migrânea através de questionários aplicados aos entrevistados pelos estudantes de medicina. O questionário foi o mesmo para todas as idades e as informações foram reunidas por entrevista individual. Finalmente, a abordagem dos familiares e dos médicos consultados foram investigados nas pessoas que apresentavam as cefaléias e distúrbios visuais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Dois questionários foram preparados e as pessoas que responderam um deles foram excluídas de responder o outro. O primeiro questionário [Q-1] foi destinado a reconhecer a cefaléia crônica na população jovem e a conduta dos próprios pacientes e dos médicos que foram consultados por eles. O segundo questionário [Q-2] foi destinado a reconhecer distúrbios visuais (escotomas, espectro de fortificação e outros) em crianças e adolescentes e a relação entre estas alterações visuais e a cefaléia, e a conduta tomada pela população e pelos médicos frente a cada uma destas alterações.

Q-1 Cefaléia Crônica

Um questionário modelo foi aplicado a 50 pessoas que afirmaram ter ao menos um ataque de cefaléia por mês. Estas pessoas foram relacionadas em escolas e variados locais de trabalho na cidade de Santos, Brasil. Os autores perguntaram a voluntários quais deles sofriam de cefaléia para assim responder um questionário. Exceto a população estudante que representou 66% dos entrevistados, nenhuma outra profissão foi representada em maior número neste estudo.

Os entrevistados foram divididos em faixas etárias, como segue:

- Grupo A: 7-10 anos
- Grupo B: 11-14 anos
- Grupo C: 15-18 anos
- Grupo D: 19-25 anos
- Grupo E: 26-35 anos

Para cada faixa etária, dez indivíduos foram selecionados para responder o questionário. Nossa intenção foi excluir indivíduos que apresentaram dificuldade em responder as questões; em cada caso, outro voluntário foi escolhido. No entanto, foi muito fácil obter total colaboração e respostas objetivas dos 50 primeiros voluntários. Isto foi notado quando foram feitas questões repetidas, pois as respostas iniciais foram mantidas.

As questões incluíam: duração do ataque de cefaléia, evolução da história da cefaléia, média de ataques de cefaléia por mês e a presença e caracterização de sintomas acompanhantes. A segunda parte do questionário incluía consultas médicas, consultas por especialistas, diagnóstico e tratamento proposto.

[Q-2] Distúrbios visuais

Um modelo de questionário foi aplicado a 30 pessoas que afirmaram ter sempre distúrbios visuais que prejudicaram a visão, ou mesmo que perdiam a visão por pelo menos dois minutos, de forma paroxística e totalmente reversível. Novamente os autores solicitaram voluntários que preenchessem os critérios para responder as questões. Foram entrevistadas crianças e adolescentes de escolas da cidade de Santos, Brasil.

Os entrevistados foram divididos em faixas etárias, como segue:

- Grupo A: 7-10 anos
- Grupo B: 11-14 anos
- Grupo C: 15-18 anos

Para cada grupo, dez indivíduos foram selecionados para responder o questionário. Nos casos em que o distúrbio visual não foi bem caracterizado pela criança, ou a descrição do distúrbio visual foi vago, outro voluntário de mesma idade foi escolhido até que 10 pessoas de cada faixa etária fosse entrevistada. A maioria dos entrevistados entendeu os pedidos e cumpriu os critérios de distúrbios visuais recorrentes que prejudicavam a visão com recuperação completa após um período curto de tempo.

As questões incluíam: descrição e duração dos distúrbios visuais, presença de ataque de cefaléia paroxística, e eventual relação entre o distúrbio visual e a cefaléia. Um dos critérios incluídos no estudo individual foi o de cegueira através da área, ou seja, o entrevistado não conseguia enxergar através da alteração visual até esta desaparecer, mas posteriormente sua visão retornava ao normal. Nós reconhecemos que a aura da migrânea pode incluir distúrbios visuais que não tem esta característica, mas se tal visão prejudicada esteve presente por um curto período de tempo, é muito provável que representasse uma aura da migrânea. A segunda parte do questionário incluiu consultas médicas, consultas em especialistas, diagnósticos, tratamentos propostos.

RESULTADOS

[Q-1] Cefaléia Crônica

O sexo masculino representou 44% dos entrevistados e o sexo feminino 56%. A distribuição de idade de acordo com o sexo foi: 14 masculinos e 6 femininos abaixo de 15 anos e 8 masculinos e 22 femininos acima de 15 anos.

A frequência de ataques de cefaléia foi similar entre indivíduos de faixas etárias diferentes. Vinte e quatro indivíduos (48% dos entrevis-

tados) apresentavam 3 ou mais ataques de cefaléia por mês. O número de ataques por mês não estava diretamente relacionado com a idade, sexo ou tempo que os indivíduos apresentavam cefaléia.

Quinze das 20 crianças com menos de 14 anos tinham ataques de cefaléia por menos de 2 horas e 9 indivíduos, todos acima de 19 anos, referiam ataques de cefaléia durando um ou dois dias.

Os sintomas mais freqüentemente associados à crise de cefaléia são mostrados na Tabela 1. O sintoma mais prevalente em todas as idades foi de mal estar acompanhado de ataque de cefaléia. Tonturas e náuseas foram queixas freqüentes para todos os grupos.

Vinte e seis entrevistados (52%) passaram por consulta médica devido a sua cefaléia. Neste grupo, 40,7% receberam diagnóstico pelo primeiro médico consultado. O restante (59,3%) recebeu a informação de que suas cefaléias não podiam ser esclarecidas. Para o grupo de indivíduos que recebeu diagnóstico médico (67,4%) não recebeu tratamento.

Oftalmologistas foram consultados por 40,7% dos indivíduos, neurologistas por 22,2%, clínicos gerais por 18,5% e o restante por outros especialistas. Nenhuma criança abaixo de 15 anos foi consultada por neurologista.

Nove diferentes diagnósticos foram obtidos por aqueles que procuraram conselho médico, e exceto por um caso de hidrocefalia, nenhuma outra causa significativa de cefaléia foi detectada. Diagnósticos tais como "excesso de exposição ao sol", "reações alérgicas a maquiagem", "cefaléia hereditária" e "estresse" foram vistos neste estudo. Migrânea foi diagnosticada em dois entrevistados na faixa etária de 26-35 anos. Em nenhum outro grupo etário, migrânea foi sequer sugerida como diagnóstico.

Sete indivíduos disseram que suas cefaléias foram diagnosticadas como devidas a cansaço ocular e/ou problemas de refração. Três indivíduos receberam prescrição de lentes corretivas.

Quarenta e dois indivíduos incluídos neste estudo (84%) fazem uso regular de analgésicos e antiinflamatórios para seus ataques de cefaléia. Os medicamentos utilizados mais freqüentemente foram Ácido Acetilsalicílico e Dipirona.

[Q-2] Distúrbios Visuais

O sexo masculino representou 43,3% dos entrevistados e o feminino 56,7%. A distribuição da idade de acordo com o sexo foi similar acima de 14 anos. Na idade de 15 anos e acima houve clara predominância de sexo feminino (8 em um grupo total de 10 pessoas).

Quatro entrevistados queixaram-se apenas de distúrbios visuais sem apresentar cefaléia. A duração dos distúrbios visuais foi variável (menos de 5 minutos para mais de 20 minutos). Dois eram do sexo masculino e dois do feminino. Um estava na faixa etária do grupo A e os outros três no grupo C.

Metade dos indivíduos que apresentavam cefaléia e distúrbios visuais referiram o último precedendo a cefaléia. Destes, 25% relataram distúrbios visuais também durante o ataque de cefaléia. A outra metade que possuía ambas as queixas relatou que os distúrbios visuais ocorreram, exclusivamente, durante o ataque de cefaléia.

Nenhuma relação se os distúrbios visuais precederam ou acompanharam a cefaléia pode ser estabelecida de acordo com idade, sexo, e duração da alteração visual.

Os distúrbios visuais foram descritos com detalhes pelos participantes. As descrições foram obtidas através da seguinte forma: "Diga-me o que você vê!"; de maneira a evitar a possibilidade de respostas pressupostas. A maioria das crianças descreveram como bolas escuras, negras, vermelhas ou brancas, cuja visão foi prejudicada por algum tempo. Houve variações em tamanho, movimentações horizontais atravessando lentamente os campos visuais e em um caso movia-se verticalmente. Linhas brilhantes, estrelas prateadas, linhas amarelas que piscavam e típicos espectros de fortificação foram descritos por algumas crianças. Uma criança

Tabela 1. Frequência de sintomas associados à crise paroxística de cefaléia. Cada grupo etário é representado por 10 indivíduos que apresentam cefaléia pelo menos uma vez por mês.

	Idade (anos)				
	7-10	11-14	15-18	19-25	26-35
Sintomas					
Náusea	7	6	1	1	5
Vômitos	1	3	1	0	3
Anorexia	5	6	4	4	1
Mal estar	4	8	7	6	8
Parestesias	3	3	3	6	1
Tonturas	6	6	6	3	2
Auras visuais	2	4	2	4	3
Foto/fonofobia	5	2	4	4	
Suor frio	3	4	6	2	2
Dor nas pernas	2	4	3	3	1
Dor abdominal	3	3	4	1	1

descreveu um distúrbio visual como uma listra branca, que sempre aparecia na área inferior do campo visual e vagarosamente o atravessava, finalmente chegando à área superior do campo contra lateral.

Nós não encontramos qualquer dificuldade em obter informações precisas das crianças, que também foram convidadas a desenhar sua alteração visual.

A duração dos distúrbios visuais foi menor que 5 minutos na maioria dos indivíduos (56,7% dos entrevistados), independente da faixa etária. Nove indivíduos relataram que seus distúrbios visuais duravam menos que 5 minutos, porém eles eram sempre seguidos pela cefaléia. Duração de quinze minutos ou mais foi relatado por 5 entrevistados (16,6%), todos eles com idade acima de 11 anos.

Onze entrevistados (36,7%) do total passaram por consultas médicas devido a estes sintomas.

Todos os três indivíduos que procuraram um neurologista tinham mais de 15 anos, dois deles foram diagnosticados como portadores de migrânea e tratados com analgésicos e isometepteno nos ataques. O terceiro queixou-se que não foi estabelecido diagnóstico nem tratamento.

Três indivíduos foram consultados por pediatras. Em dois casos foi diagnosticado migrânea e um foi tratado com ergotamina nos ataques. A outra criança não recebeu tratamento e não foi encaminhada para outro médico.

Cinco indivíduos procuraram o oftalmologista e todos receberam diagnóstico de "vista cansada". Quatro deles receberam prescrição de lentes corretivas. Três deles tinham padrão típico de distúrbios visuais sempre seguido por cefaléia.

DISCUSSÃO

Migrânea é a síndrome de cefaléia crônica recorrente mais freqüente em criança, contabilizando em alguns estudos mais de 93% de todas as cefaléias na infância⁵. Nós não pretendíamos estabelecer diagnóstico neste estudo, mas a distribuição de sexo de acordo com idade, a alta prevalência de sintomas acompanhando a duração de ataque de cefaléia e a recorrência dos ataques sugerem que a maioria de nossa população jovem sofre de migrânea⁸. Exceto pela duração do ataque, o qual mostrou uma tendência a ser mais longo com o passar dos anos, nenhuma outra característica destes ataques de cefaléia foi específica de uma determinada faixa etária.

Uma atitude simpática durante a entrevista, permitindo que a criança falasse sobre seus próprios sintomas, foi suficiente para que os estudantes de medicina obtivessem respostas claras ao questionário modelo. Um segundo estudante presente na entrevista checkou novamente as respostas obtendo os mesmos resultados. Todas as crianças foram capazes de estimar a duração de seus ataques de cefaléia, elas lembraram os nomes dos especialistas que consultaram e sabiam o diagnóstico e o tratamento que receberam quando consultadas. Isto sugere que, pelo ponto de vista das crianças, a cefaléia é importante o bastante para merecer tal atenção, corroborando o achado de outros autores⁵.

Entre os indivíduos que sofriam de cefaléia crônica, apenas 52% procurou o médico e menos da metade deles obteve diagnóstico por suas queixas. Houve uma clara preferência pelo Oftalmologista como especialista em cefaléia. Migrânea foi diagnosticada somente em dois adultos acima de 26 anos e nenhum dos outros 48 indivíduos portadores de cefaléia crônica mencionaram a palavra migrânea ou enxaqueca, apesar dos sintomas que acompanhavam as crises de muitos deles (náusea, fotofobia, fonofobia e um particular mal estar que persistia durante o ataque de cefaléia - vide Tabela 1).

O tratamento da cefaléia pelos pacientes foi particularmente preocupante: muitas crianças que responderam o questionário são regularmente medicadas pelos pais. Quase metade dos entrevistados apresentam três ou mais ataques de cefaléia todo mês e alguns deles são crianças que poderão desenvolver complicações de longa data usando tais medicamentos.

Quando solicitados para descrever seus distúrbios visuais, crianças e adolescentes explicaram claramente o que viam, quanto durava e como progredia.

Trabalhos prévios na literatura^{5,7} já haviam descrito o convite para as crianças descreverem e desenharem suas alterações visuais. No entanto, como estes autores relataram, algumas crianças não estão cientes que tais sintomas são relevantes e, portanto, podem não descrevê-los durante a consulta ou até esconderem que tem

tais sintomas. Nós observamos variações na duração do distúrbio visual e na relação temporal da cefaléia, independente da idade. Portanto, o médico não deve fazer perguntas dirigidas durante a consulta tentando obter padrões clássicos de migrânea precedidos por aura com este típico perfil temporal⁹. A presença de distúrbios visuais característicos e da cefaléia paroxística com sintomas autonômicos deveriam ser suficientes para sugerir o diagnóstico de migrânea, independente da duração do distúrbio visual, da relação temporal com a cefaléia e da duração da dor de cabeça.

Menos de 40% destas crianças e adolescentes procuraram consultas médicas devido à alterações visuais com ou sem cefaléia. Os mais jovens foram ao oftalmologista e nenhum deles recebeu diagnóstico de migrânea com aura, a despeito da típica relação temporal entre aura e cefaléia observada em alguns deles. Apenas crianças acima de 15 anos foram levadas ao neurologista.

Os resultados deste estudo mostraram que, a respeito dos recentes avanços em compreender a fisiopatologia da cefaléia primária¹⁰, pacientes ainda precisam aprender como lidar com a cefaléia crônica. Crianças estão sendo medicadas com analgésicos várias vezes todos os meses e queixas visuais claramente relacionadas à migrânea estão sendo ignoradas. O mesmo se aplica para adolescentes e adultos jovens com o fator agravante de estes usarem medicamentos sem supervisão de seus pais. Oftalmologistas são os especialistas mais freqüentemente consultados pela própria preferência do paciente. Estudantes de medicina deveriam ser treinados para saber como obter uma história completa e não dirigida de cefaléia. Só assim eles poderão continuar a fazê-lo quando especializarem-se nas diversas áreas da medicina que atendem pacientes com cefaléia.

CONCLUSÃO

Os autores concluíram que uma anamnese não dirigida, na qual o paciente é encorajado a falar de suas crises com detalhes, é impres-

cindível no diagnóstico diferencial das cefaléias. Visto que muitos pacientes são crianças, estes devem ser ouvidos sobre sua cefaléia e distúrbios visuais. Por vezes, os pais e mesmo os médicos ignoram ou simplesmente desconsideram os sintomas que acompanham as crises. Tal acontecimento predispõe, como mostrado neste trabalho, a erros diagnósticos que culminam em tratamentos inespecíficos, atendo-se aos sintomas e não especificamente a causa, levando ao consumo crônico e indiscriminado de analgésicos que além de não ser correto expõe aos riscos maléficos de seus efeitos colaterais.

Endereço para correspondência:

Yára D. Fragoso
 Depto. de Clínica Médica - Faculdade
 de Ciências Médicas de Santos
 Rua Oswaldo Cruz 179
 CEP 11045-101 Santos - SP
 e-mail: yara.fragoso@dialdata.com.br

REFERÊNCIAS

1. BILLE BS. Migraine in school children. *Acta Paediatr. Scand.* 51 (suppl 36):348-355, 1962.
2. SILLANPAA M, PIEKKALA P, KERO P. Prevalence of headache at preschool age in an unselected child population. *Cephalalgia* 11:239-242, 1991.
3. PASCUAL J, BERCIANO J. Clinical experience with headaches in preadolescents children. *Headache* 36:316-319, 1996.
4. SANVITO WL, MONZILLO PH, PERES MFP, MARTINELLI MO, FERA MP, GOUVEIA DAC, MURAHOVSKY J, SALOMAO WRS, LEME RJAL. The epidemiology of migraine in medical students. *Headache* 36:316-319, 1996.
5. LEWIS DW, MIDDLEBROOK MT, MEHALICK L, RAUCH TR, DELINE C, THOMAS EF. Pediatric headache: what do the children want? *Headache* 36:224-230, 1996.
6. PACKARD RC. Emotional aspects of headache. *Neurol Clin North Am.* 1:445-457, 1983.
7. HACHINSKI VC, PORCHAWKA J, STEELE MD. Visual symptoms in the migraine syndrome. *Neurology* 23:570-578, 1973.
8. WOBER-BINGOL C, WOBER C, WAGNER-ENNSGRABER C, ZEBENHOLZER K, VESELY C, GELDNER J, KARWALTZ A. IHS criteria and gender: a study on migraine and tension-type headache in children and adolescents. *Cephalalgia* 16:107-112, 1996.
9. LAURITZEN M. Pathophysiology of the migraine aura. *Science & Medicine* 3(4):32-41, 1996.
10. SANDLER M. Migraine to the year 2000. *Cephalalgia* 15:259-264, 1995.

Hepatite por vírus C e olho seco: avaliação em 17 pacientes no Hospital dos Servidores do Estado - RJ

Marco Antônio de Souza Alves *, Clarice Carvalho Campinho **

RESUMO

Foi realizado em estudo prospectivo em 17 pacientes portadores de vírus C da hepatite (HVC) com o objetivo de avaliar a presença de ceratoconjuntivite seca, sendo 14 (quatorze) indivíduos do sexo masculino e 03 (três) do sexo feminino, e com idade média de cinquenta e sete anos. Além da história clínica e biomicroscópica, foram realizados o teste de Schirmer modificado e avaliação do filme lacrimal na pesquisa de olho seco.

Dentre os pacientes analisados, observou-se que apenas 01(5.8%) apresentava a patologia, havendo ainda dois casos sugestivos da mesma.

Este estudo apresenta dados diferentes dos obtidos por Gumber, onde a presença da patologia ocorre em cerca de 14% dos pacientes portadores de HVC.

ABSTRACT

Virus C hepatitis and dry eye: evaluation of 17 patients at the Hospital dos Servidores do Estado - RJ

Seventeen hepatitis C virus (HCV) positive patients were prospectively screened for keratoconjunctivitis sicca. Modified Schirmer and Break-up time test were performed, in addition to slit lamp examinations and clinical background status assesment.

* Oftalmologista do setor de córnea e doenças externas do HSE-RJ.
** Residente do 2º ano de Oftalmologia do HSE - RJ.
Recebido para publicação em 17/12/96.

Among the studied patients (14 male, 3 female, medium age 57 y.o), one (5.8%) confirmed and 2 suggested cases were observed.

These results differs from previous literature data, where the disease is found in an average of 14% HCV - carriers.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Sjorgen se caracteriza por ser uma doença auto-imune, tendo como provável etiologia uma infecção viral. Esta se caracteriza pelo comprometimento de glândulas exócrinas, o que leva à presença de olho seco quando envolve as glândulas lacrimais e boca seca (xerostomia), podendo ainda acometer outras membranas mucosas¹. As manifestações são diversas, podendo-se citar, dentre elas, irritação, sensação de corpo estranho, prurido, dor (na presença de ceratite filamentar) e fotofobia³.

A síndrome de Sjorgen tem sido relacionada a manifestações extra-hepáticas da hepatite por vírus C (HVC) que se caracteriza por ser a maior causa de hepatite pós transfusional, tendo sido este fenômeno identificado pela primeira vez em 1989⁶. Esta patologia provocada por um vírus RNA é muito comum, emergente, insidiosa e progressiva, podendo levar à hepatite crônica (50% a 70% dos casos), cirrose e carcinoma hepato-celular. A forma crônica da doença está associada a muitas condições extra-hepáticas, como por exemplo: crioglobulinemia essencial, glomerulonefrite membranosa proliferativa, tireoidite auto-imune e síndrome de Sjogren².

PACIENTES E MÉTODOS

Buscando avaliar achados oftalmológicos da síndrome Sjogren nos pacientes infectados pelo vírus da HVC, com exame sorológico positivo, foi realizado um estudo prospectivo, no período de agosto de 1995 a fevereiro de 1996, com exame em olhos de 17 pacientes (14 homens e 03 mulheres) para pesquisa de olho seco.

Os pacientes foram encaminhados ao nosso ambulatório pelo serviço de gastroenterologia do Hospital dos Servidores e a pesquisa

para olho seco realizada sempre pelos autores, obedecendo aos critérios a seguir:

Durante o atendimento era colhida a história clínica, ressaltando o tempo de evolução da doença e sintomas associados. Na biomicroscopia eram avaliadas alterações corneanas e a qualidade da lágrima pelo tempo de ruptura do filme lacrimal (Break up Time - BUT) e o teste de Schirmer modificado, além de inspeção palpebral;

A avaliação (Break up Time - BUT) foi realizada instilando-se um gota de fluoresceína sódica a 10%, observando-se, em lâmpada de fenda com filtro azul cobalto, o aparecimento de primeiro ponto de ruptura do filme lacrimal. O paciente era orientado a piscar várias vezes e foram considerados normais os indivíduos que apresentaram, em média, um BUT de dez segundos ou mais;

O teste de Schirmer foi realizado através de tiras de papel Mellita 35,0 X 5,0 mm, dobradas

Tabela 1 (Resultados)

BUT/Schirmer	Sexo	Idade	Cor
01 N/N	M	52	B
02 A/A	F	56	B
03 N/N	M	57	N
04 N/N	M	39	B
05 N/N	M	43	B
06 ?/N	M	67	B
07 A/N	M	52	M
08 N/N	M	60	M
09 A/N	F	48	B
10 N/N	F	43	B
11 A/N	M	48	B
12 N/N	M	53	M
13 N/N	M	61	N
14 ?/N	M	58	B
15 N/N	M	49	B
16 N/N	M	55	B
17 N/N	M	41	B

N: Normal M: Masculino B: branco
 A: alterado F: feminino N: negro
 ?: prejudicado M: mestiço

Critérios para a Avaliação dos Pacientes com Olho Seco

	Normal	Duvidoso	Sugestivo
Tempo de Ruptura do Filme Lacrimal	>10 s	6-10s	<6s
Teste de Schirmer Modificado	>10 mm	5-10 mm	< 5mm

nos 5 mm proximais, aplicadas nos fundos de saco conjuntivais, na junção média com externa após instilação de colírio de tretacaina 1% e cessação do lacrimejamento. A leitura dos resultados foi realizada 5 minutos após o paciente ter ficado em ambiente escuro e de olhos fechados. Foram considerados normais valores acima de 10 mm de umidificação da fita, entre 5 e 10 mm o resultado era considerado duvidoso, e abaixo de 5 mm sugestivo de hiposecreção.

RESULTADOS

Dos 17 Pacientes estudados, apenas 02 apresentavam alterações à biomicroscopia (1 paciente apresentava pinguécua e outro leucoma bilateral). O teste do tempo de ruptura do filme lacrimal (BUT) nestes dois pacientes não foi considerado, pois o acúmulo do corante sempre na mesma área ocorrida pelas alterações corneanas e não sugeriam disfunção do filme lacrimal.

Apenas 01 paciente do sexo feminino, (5,8% do total dos casos estudados) apresentava queixa de prurido e exames compatíveis com hiposecreção ocular. Esta paciente era a única que apresentava sintomatologia sugestiva de olho seco, sendo o diagnóstico confirmado e tratamento adequado instituído. Neste caso, a ruptura do filme lacrimal ocorreu em 5 segundos e o teste de Schirmer modificado mostrava valores de 5 mm no olho direito e de 6 mm no olho esquerdo.

Dois pacientes foram classificados como casos limítrofes (01 mulher e 01 homem), pois apresentavam ruptura do filme lacrimal precoce aos 10 segundos e teste de Schirmer com 10 mm de umidificação, mas não havia nenhum outro tipo de alteração no exame ou qualquer sintomatologia.

DISCUSSÃO

O filme lacrimal é uma estrutura líquida, que recobre a córnea exposta e superfícies conjuntivais do olho. Apresenta três camadas: lipídica, aquosa e mucínica e funções vitais à preservação do globo ocular, como por exemplo: a lubrificação da superfície ocular, o fornecimento de O_2 para a córnea já que esta caracteriza-se por ser uma estrutura avascular e função antibacteriana pelas enzimas bacterianas (lisozima, lactoferrina) que se encontram diluídas na lágrima¹.

A quebra da interação delicada entre secreção, distribuição e excreção no sistema lacrimal pode levar ao comprometimento da sua estrutura e função. A ceratoconjuntivite seca, onde se verifica o comprometimento das glândulas exócrinas, resulta da deficiência da camada aquosa da lágrima¹. Pode ser decorrente de várias patologias, sendo classificada como ceratoconjuntivite pura, quando apenas as glândulas lacrimais estão envolvidas, e síndrome de Sjogren, quando se relaciona à doença auto-imune.

Tabela (Com Resultados)

	Sintoma	BUT	Schirmer
01 Mulher	prurido	5s	5mm O.D. - 6 mm O.E.
01 Mulher e 01 homem	ausência	8s	10mm

O restante dos resultados foi normal.

A patologia costuma apresentar-se com severidade assimétrica e em alguns indivíduos pode levar a sintomas inespecíficos como sensação de corpo estranho, queimação, irritação e, nos casos mais severos, dor ocular pela existência de ceratite filamentar.

É freqüente a relação de ceratoconjuntivite seca com anormalidades sistêmicas principalmente na presença de doenças auto-imunes, destacando-se, entre elas, a artrite reumatóide⁵. Efeitos hormonais podem ter papel no desenvolvimento da patologia, que tem maior incidência em mulheres no período pós-menopausal, como a paciente (52 anos) que apresentou exames alterados neste estudo. Etiologia viral também é questionada devido a maior freqüência da doença em portadores do vírus EBV e do vírus da HVC que na população em geral².

A relação entre a síndrome de Sjogren e HVC tem sido sugerida e investigada, verificando-se, segundo Gumber, cerca de positividade em 14% dos casos². Ressalta-se que não há relatos na literatura em relação a diferenças de incidência quanto ao sexo ou cor⁶. As manifestações extra-hepáticas ocorrem geralmente após dois anos da evolução da doença.

Acredita-se que haja correlação entre pacientes portadores de HVC e as manifestações extra-hepáticas: síndrome Sjogren, crioglobulinemia essencial, glomerulonefrite, porfiria cutânea tardia e tireoidite auto-imune, que podem se desenvolver simultaneamente ou não⁶.

No estudo realizado, após o exame oftalmológico de pacientes selecionados (portadores crônicos de HVC), verificou-se a presença de síndrome de Sjogren em 01 dos 17 pacientes estudados, que apresentou alteração ao teste de ruptura do filme lacrimal e ao teste de Schiømer, e para o qual foi prescrito Lacrima plus colírio, de 4 em 4 horas, em ambos os olhos. Os dois pacientes classificados como casos limítrofes para o olho seco foram orientados a realizarem acompanhamento ambulatorial em períodos de tempo regulares.

Hoje acredita-se haver relação entre a severidade da doença hepática, a resposta ao tratamento (realizado na maioria das vezes com interferon) a manifestações extra-hepáticas imunológicas, verificadas em estudos referentes a seqüências genótipo-específicas², o que torna bastante variável a evolução da doença entre os indivíduos.

A relação entre as patologias estudadas ressalta a importância do conhecimento das mesmas por parte dos profissionais envolvidos, para que possa haver melhor acompanhamento do paciente portador de uma patologia viral (HVC) que pode acometer órgãos distantes daquele envolvido inicialmente.

CONCLUSÃO

O estudo realizado apresentou resultados diferentes dos encontrados por Gumber, onde se verifica uma relação de cerca de 14% de positividade para Síndrome de Sjogren em pacientes com hepatite por vírus C (HVC). Em nosso trabalho, essa relação foi de apenas 5,8% de positividade.

Muitas investigações ainda devem ser feitas no sentido de correlacionar HVC com as manifestações extra-hepáticas, a fim de se instituírem formas de tratamento mais adequadas que resultem em maior benefício ao paciente.

Agradecimento:

Paulo de Tarso (gastroenterologista do HSE).

Endereço para correspondência:

Marco Antonio de Souza Alves
Rua Sacadura Cabral, 178 (Hosp. Servidores do Estado - Oftalmologia) - Saúde
Rio de Janeiro - RJ

REFERÊNCIAS

- 1 - Friedlaender, Mitchell H. Immunology of Rheumatoid Diseases that affect eye 1990; Clinial vol. 2 Chap 33. Duane's Ophthalmology 97662-67

- 2 - Gumber, Subhash C. MD, PhD, and Sanjiv Chopra, MD. Hepatitis C: A Multifaceted Disease. Ann Inter. Med. 123:615-620, 1995.
- 3 - Jab, Douglas A.: Ocular manifestations of the Rheumatic disease 1992 Clinical Vol. 5, Chap 26. Duane's Ophthalmology 56333-71.
- 4 - Jakobiec, Frederick A. Ocular Adnexa: Introduction to Lids, Conjunctiva, and Orbit. Clinical vol.1, Chap 28 Duane's Ophthalmology 84843-47.
- 5 - Karesh, James W. , Jhon C. Bear, Ramzi K. Henady. Noninfectious orbital inflammation. 1994; Clinical vol. 2 Chap 35. Duane's Ophthalmology 22757-9
- 6 - Pawlotsky JM, Ben Yahia M. André C. Voison MC, Inrator I. Roydot-Thoraval f et al. Immunological disorders in C virus chronic active hepatitis: a prospective case-control study. Hepatology 19: 841-8, 1994.

Avaliação da aplicação do método de credé em Goiânia - Goiás

Leonardo Toledo Netto *, Daniela Toledo Netto **,
Fernanda Aun Fayad **, João Jorge Nassaralla Júnior ***

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo avaliar em que condições o método de Credé está sendo empregado nas maternidades de Goiânia. Trinta maternidades, de um total de trinta e quatro, foram incluídas no estudo. Vinte e duas (73,3%) maternidades usavam o nitrato de prata a 1%, 3 (10%) utilizavam o vitelinato de prata a 10%, 1 (3,3%) aplicava cloranfenicol colírio, 1 (3,3%) instilava tobramicina e 1 (3,3%) cloreto de benzalcônio. Uma (3,3%) não utilizava nenhuma forma de profilaxia. Embora a conjuntivite química causada pelo método de Credé ocorra em até 100% dos recém-natos, não há relato de seqüelas como ocorre com as conjuntivites infecciosas. O nitrato de prata, única solução comprovadamente profilática para conjuntivite gonocócica, não era armazenado e/ou aplicado adequadamente em nenhuma das maternidades.

ABSTRACT

Avaliation of credé method application in Goiânia - Goiás

The objective of this study is to evaluate the conditions of application of Credé method at Goiânia's maternities. Thirty maternities in a total of 34 were included in this study. Twenty-two (73,3%) maternities used the 1% silver nitrate; 3 (10%) silver vitelinate; 1 (3,3%), cloranfenicol drops; 1 (3,3%), tobramycin drops; and 1 (3,3%) benzalcony chloride. One (3,3%) does not use any kind of prophylaxis. Although chemical conjunctivitis caused by Credé method occurs in almost 100% of the newborn children, it does not bring any sequels, as infectious do. The silver nitrate, the only proved prophylactic solution against Neisserial conjunctivitis, didn't have correct accommodation or application's form in any maternity.

* Médico Residente do Instituto de Olhos de Goiânia

** Acadêmicas do 4º ano da Faculdade de Medicina - UFGO

*** Coordenador da Residência Médica e Chefe do Departamento de Retina e Vítreo do Instituto de Olhos de Goiânia.
Recebido para publicação em 21/02/97.

INTRODUÇÃO

A profilaxia com nitrato de prata da conjuntivite neonatal causada pela *Neisseria gonorrhoeae* foi introduzida pelo médico alemão Karl Sigmund Franz Credé, em 1881. Anteriormente a esta data, aproximadamente 10% dos recém-natos desenvolviam conjuntivite provavelmente por *N. gonorrhoeae*. Esta incidência decresceu para 0,4% após a instituição da credeização no Credé's Hospital³.

A conjuntivite neonatal é descrita como inflamação conjuntival no primeiro mês de vida. Esta tem como principais causas infecciosas a *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae*. Outros agentes menos importantes incluem *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus sp*, *Staphylococcus pneumoniae*, *Branhamella catarrhalis* e esnterococos.² Agentes virais como o Herpes Vírus tipo II (HSV-II) também podem acometer este grupo de pacientes³.

Dentre os fatores mais importantes para o desenvolvimento de conjuntivite neonatal temos a qualidade e tipo da profilaxia (nitrato de prata), a susceptibilidade dos tecidos epiteliais oculares do recém-nato aos agentes infecciosos, a presença de microorganismos no canal de parto, o tratamento das uretrites maternas durante a gravidez, o tempo de exposição do feto aos agentes infecciosos e o trauma ocular do feto³.

Devido às graves conseqüências que podem ser causadas pela oftalmia neonatorum ao sistema visual, além do potencial acometimento sistêmico a partir desta entidade clínica, é fundamental a utilização da profilaxia com método de Credé de forma adequada.

Os trabalhos realizados em capitais brasileiras, mais recentemente em Fortaleza - CE⁵, deixaram transparecer a inadequada e incorreta forma de profilaxia da oftalmia neonatal na grande maioria das maternidades desta localidades.

Este estudo visa avaliar em que condições o método de credé está sendo empregado nas maternidades da grande Goiânia.

MÉTODOS

Trinta berçários, de um total de 34 maternidades de Goiânia, segundo a associação dos Hospitais de Goiás, foram analisados no período de março a abril de 1996. Seis constituíam serviços públicos e 24 hospitais da rede privada.

A profilaxia da oftalmia neonatal foi avaliada através de protocolo onde foram colhidos a constituição da solução empregada, a realização ou não da lavagem ocular prévia com água fervida, o tempo de instilação da solução ocular após o parto, a qualidade do profissional encarregado da execução da profilaxia, o local adequado de instilação da gota e, para o nitrato de prata, o tempo correto de armazenamento e a proteção adequada contra a luminosidade.

Devido à problemática da notificação em nosso país, não incluímos no estudo o número de conjuntivites neonatais e uretrites maternas referidas à Secretaria de Saúde de Goiás.

RESULTADOS

Nas 30 maternidades avaliadas, o emprego da profilaxia da conjuntivite neonatal era realizado através do nitrato de prata (AgNO_3) a 1% em 22 (73,3%), vitelinato de prata a 10%, em 3 (10%), cloranfenicol colírio em 1 (3,3%), tobramicina colírio em 1 (3,3%), cloreto de benzalcônio em 1 (3,3%) e uma maternidade não usava nenhum tipo de profilaxia. Uma maternidade estava com seu berçário em reforma e não foi incluída no estudo.

Somente uma maternidade da rede pública usava o vitelinato de prata em lugar do nitrato de prata, empregado pelas demais maternidades desta categoria.

A limpeza prévia das pálpebras, imediatamente após o parto, era realizada através de banho simples em 36,6% (11) das maternidades, não se preocupando com a lavagem específica das pálpebras e com uso de água previamente fervida. Solução fisiológica foi usada por 26,6% (8) dos serviços pesquisados e 30%

(9) do total não procediam nenhuma limpeza palpebral antes da aplicação do colírio.

Quarenta e oito por cento (14) das maternidades tinham como rotina a instilação da solução profilática nos primeiros 10 minutos de vida. As demais não se preocupavam com esta observação.

Em 19,3% (3) das maternidades, o uso do colírio era realizado por neonatologista e nas demais, por enfermeira. Em 10,3% (3) eram instiladas duas gotas em cada olho, nas demais maternidades, uma gota em cada olho. Em 13,7% (4) dos serviços não havia preocupação com o local e a qualidade da gota.

O tempo de armazenamento do nitrato de prata após preparo foi inferior a 48 horas em 22,7% (5) das maternidades e superior a isto no restante. Nenhum berçário desprezava o nitrato de prata a 1% após 24 horas de preparo. A luminosidade foi considerada adequada em 50% (11) das maternidades que usavam o nitrato de prata.

DISCUSSÃO

A conjuntivite química é a forma mais comum de conjuntivite neonatal, causada pela realização do método de Credé, que tem incidência de 90 a 100% dos recém-natos. A frequência da conjuntivite química está relacionada com a concentração do nitrato de prata, que no passado era usado a 2% e, atualmente, a 1% (entre 0,95% e 1,05%)⁵.

Classicamente a conjuntivite química se inicia poucas horas após o parto e comumente se estende até 24 ou 36 horas, sendo a cronologia importante parâmetro diagnóstico. Evolui clinicamente com edema palpebral, secreção mucopurulenta e hiperemia conjuntival⁴. A bacterioscopia e a cultura são negativas e o tratamento se resume a limpeza e irrigação dos olhos com solução salina. A instilação de antibióticos tópicos também pode ser causa de conjuntivite química⁴.

Neisseria gonorrhoeae é um diplococo gram negativo que tem no homem seu único reservatório. A conjuntivite causada por este agente se inicia normalmente 24 a 48 horas após o parto, segundo alguns autores até 6 dias de vida. Tipicamente há edema palpebral, quemose e secreção purulenta com ou sem membranas. Se o diagnóstico não for feito rapidamente, pode haver ulceração e conseqüente perfuração corneana³. *Neisseria meningitidis* pode ser causa de conjuntivite purulenta neonatal, simulando acometimento gonocócico; neste caso, pode haver afecção do sistema nervoso central². O diagnóstico é feito por bacterioscopia e cultura em ágar chocolate ou Thayer-Martin.

A conjuntivite neonatal por *Chlamydia trachomatis* é a mais freqüente nos EUA. O período de incubação é em torno de 5 a 14 dias. Não apresentando sintomas característicos, apenas secreção clara pode tornar-se copiosa e purulenta, podendo haver pseudomembranas. A evolução normalmente é benigna e em alguns casos severa, com formação de *pannus*, opacificação corneana ou até pneumonia (10 a 20%)³.

Outras bactérias, além do vírus já citado (HSVII), podem ser causa de oftalmia neonatal, porém de menor prevalência.

A profilaxia da conjuntivite neonatal deve iniciar-se no pré-natal através do diagnóstico e correto tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, principalmente a blenorragia e a infecção causada por clamídia. A ocorrência de ruptura prematura de membranas ou trabalho de parto prolongado estão relacionadas à frequência e gravidade da oftalmia neonatal, por maior exposição do olho aos agentes causadores e conseqüente diminuição da eficácia do AgNO₃³.

A profilaxia com AgNO₃ a 1% ainda é a forma mais utilizada nos EUA (uso obrigatório em 32 estados). Este causa aglutinação e inativação do gonococo prevenindo as graves conseqüências que podem advir do comprometimento ocular por este agente. Para assegurar esta eficácia, alguns cuidados devem ser tomados: primeiramente deve ser usado em concentração de 1% (nunca 2%) e para isto concorrem uma correta preparação, armazenamento e tempo de uso².

Deve ser acondicionado em frasco de vidro neutro de cor escura com dispositivo de conta-gotas e protegido da luz e à temperatura ambiente³. Das 22 (73,3%) maternidades que utilizavam o nitrato de prata, todas o usavam na concentração de 1% (pH de 4,5 a 6). Porém o correto acondicionamento era feito em somente 11 (50%) dos berçários. O tempo em que a solução de nitrato de prata a 1%, depois de preparada, deve ficar armazenada (devido ao risco de evaporação e alteração da concentração) é de 24 até 48 horas³. Apenas 5 (22,7%) maternidades estudadas desprezavam o nitrato de prata após 48 horas, sendo que as demais 17 (77,3) não tinham conhecimento desta recomendação.

O nitrato de prata (AgNO_3) deve ser instilado preferencialmente nos primeiros 10 minutos pós-parto até um máximo de 60 minutos². Quatorze (48%) maternidades procuravam promover a instilação do AgNO_3 até 10 minutos de vida do recém-nato (RN). Previamente à aplicação do AgNO_3 , as pálpebras do RN devem ser lavadas com água fervida e nunca com solução fisiológica². Onze (36,6%) maternidades davam banho no RN antes da profilaxia, apesar de não conhecerem a observação acima. Solução fisiológica foi usada por 8 (26,6%) destas maternidades e 9 (30%) não procediam a nenhuma limpeza palpebral. Deve-se ainda instilar uma gota em cada olho, o que foi evidenciado em 26 (89,7%) das maternidades estudadas e ainda observar o local de aplicação das soluções, o que não é realizado em 4 (13,7%) destas.

Outro fator importante é que em 26 (89,7%) maternidades a credeização era realizada por profissional que não dominava totalmente o método.

Alguns autores tem preconizado o uso de tetraciclina a 1% ou eritromicina a 0,5% em associação com nitrato de prata a 1% nos primeiros 15 minutos pós-parto para se tentar a profilaxia de outros agentes como clamídias¹, motivo que nos levou a outro estudo que está sendo realizado através de intercâmbio entre o Departamento de Pediatria e Obstetrícia do HC-UFGO e o Instituto de Olhos de Goiânia.

O uso de antibióticos como tobramicina (1 maternidade), cloranfenicol (1 maternidade) e garamicina não traz vantagens sobre o nitrato de prata com relação à oftalmia gonocócica e à tetraciclina para as infecções por clamídia. Além disto, não são terapêuticos para estas enfermidades e podem induzir à resistência microbiana⁵.

As 3 (10%) maternidades que usavam o vitelinato de prata, faziam-no por não saber que se trata de substância diferente do nitrato de prata e com menor eficácia³.

O uso de cloreto de benzalcônio se trata de medida que demonstra total desconhecimento a respeito da profilaxia da oftalmia neonatal e que não é descrito na literatura.

A única maternidade que não usa nenhuma forma de profilaxia alegou que o nitrato de prata causava conjuntivite química e o suspendeu baseado neste fato. Nesta maternidade foram registrados 1392 nascidos vivos em 1995.

Considerando-se os fatos acima relacionados, podemos dizer que somente uma (3,3%) maternidade usa a profilaxia de forma adequada, isto se não considerarmos o fato da lavagem prévia com água anteriormente fervida. Este dado não surpreende se o compararmos com outros estudos já realizados em nosso país.

Devido à já esperada desinformação e inadequada realização do método de Credé em nossa capital, faz-se necessária educação dos profissionais envolvidos nestes serviços.

A profilaxia deve iniciar-se com o médico obstetra e complementar-se com o técnico de enfermagem e o neonatologista, para que os recém-natos não fiquem expostos a iatrogenias e ao descaso. O oftalmologista não pode ficar omissos a tão grave constatação e empenhar-se na melhoria da assistência oftalmológica neonatal.

Endereço para correspondência:
Rua 9B, nº 48 - Setor Oeste
CEP 74110-120 Goiânia - GO

REFERÊNCIAS

1. CHRISTENSEN LE. Ophthalmia Neonatorum.: Fraunfelder FT, Roy FH, eds Currente Ocular Therapy 4, rev ed Philadelphia: W.B. Saunders, 472-474, 1995.
2. PEREIRA GMNG, NETTO LT, PINHEIRO KR, NASSAR-ALLA JR. JJ. Alterações Oculares em Associação com Meningites Bacterianas. Anais do XXXII Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 1:84, 1996.
3. ROTKIS WM, CHANDLER JW. Neonatal Conjunctivitis.: Tasmam W, Jaegar EA, eds. Duanes Clinical Ophthalmology, rev ed. Philadelphia: JB Lippincott, V.4, chap 6, 1994.
4. SANTOS PM, LOTTEMBERG C, LIMA ALH. Oftalmia Neonatal.: Lima ALH, Melamed J, Calixto N, eds Terapêutica Clínica Ocular, rev ed. São Paulo: Roca, 247, 1995.
5. SILVA EB, ALVES KMB. Avaliação do Uso do Método de Credé nas Casas de Parto e Maternidades da Cidade de Fortaleza. Revista Brasileira de Oftalmologia 55(2): 59-65, 1996.

Alterações campimétricas após blefaroplastia da pálpebra superior para a correção da dermatocálase

Carmen Silvia Bongiovanni **, Waldir Portellinha ***, Marinho Jorge Scarpi ****

RESUMO

As modificações do campo visual foram estudadas antes e após a blefaroplastia, em 10 pacientes adultos normais, e os resultados comparados aos da literatura.

Houve uma melhora significativa após a cirurgia em todas as isópteras estudadas, mas este efeito foi mais intenso na isóptera central e nos pacientes mais velhos com dermatocálases severas.

Em conclusão, a blefaroplastia deve ser considerada como uma cirurgia funcional para certos pacientes.

Palavras chaves: pálpebras - cirurgia; envelhecimento da pele; campos visuais.

ABSTRACT

Visual field modifications after blepharoplasty

Visual field modifications were studied before and after bilateral blepharoplasty in ten health adult patients and the results were compared to the literature.

* Este trabalho é um resumo da Tese de Mestrado aprovada pela banca de Pós-Graduação da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina em 1995.
* Pós-Graduanda, nível Mestrado, do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.
** Chefe do Setor de Plástica Ocular do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo - EPM.
*** Professor Adjunto e Orientador da Comissão Especial de Pós Graduação do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo - EPM.
Recebido para publicação em 09/02/96.

There was significant improvement after surgery in all isopters studied, but this effect was more intense in the central isopter and in elderly patients with severe dermatochalasis.

In conclusion, blepharoplasty must be considered a functional surgery in some patients.

INTRODUÇÃO

As pálpebras se modificam com a idade. A pele das pálpebras se altera na textura, elasticidade e quantidade, tornando-se mais redundante e pesada, causando uma expressão facial entristecida e cansada. Estas alterações são chamadas dermatocálase, podendo acometer as pálpebras superiores e inferiores nas mesmas proporções¹⁵.

Esta desordem é, na maioria dos casos, adquirida por transformações involucionais, embora exista a forma hereditária, a blefarocálase ocorre em jovens⁵.

Pacientes com dermatocálase podem apresentar uma variedade de sintomas, frequentemente referidos como pálpebras "pesadas". Incluem dificuldade na elevação das pálpebras superiores, desconforto periorbital secundário ao uso excessivo dos músculos occipitofrontal e orbiculares e diminuição do campo visual superior, que pode interferir com a leitura e outras atividades diárias. Além destes, alguns pacientes apresentam também sintomas semelhantes aos pacientes com síndromes de olho seco, que incluem: prurido, queimação, hiperemia, epífora, sensação de corpo estranho e fotofobia¹⁴.

Este problema é frequentemente trazido à atenção médica por razões cosméticas ou queixas subjetivas de restrição da visão⁸.

A blefaroplastia é a cirurgia destinada a corrigir o excesso de pele palpebral decorrente da dermato ou blefarocálase³. É uma das cirurgias realizadas com maior frequência nos Estados Unidos, geralmente por razões estéticas. O nível de satisfação dos pacientes é alto, mas, na realidade, é um procedimento minucioso com complicações potenciais¹⁰.

Atualmente, a blefaroplastia tem como objetivos; a remoção de pele excessiva e de bolsas de gorduras, com a formação de pregas palpebrais simétricas, elevação do canto temporal e mínima cicatrização².

As complicações podem ser evitadas quando o cirurgião consegue entender a real expectativa do paciente, utilizando-se de técnica conservativa e apropriada para cada situação⁴.

Alguns fatores podem influenciar o campo visual, como: a transparência dos meios oculares (catarata, opacidades corneanas, opacidades vítreas); a miose; erros refracionais (altas ametropias, presbiopia, afacia); e a idade (diminuição do limiar de sensibilidade retiniana, blefaroptose e dermatocálase)¹².

Este trabalho tem como objetivo estudar as alterações campimétricas causadas pela blefaroplastia das pálpebras superiores em pacientes com dermatocálase.

POPULAÇÃO, MATERIAIS E MÉTODOS

Pacientes com dermatocálase atendidos no serviço de Plástica Ocular do Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina foram submetidos a exame oftalmológico completo, pelo mesmo oftalmologista, constando de: acuidade visual, biomicroscopia, tonometria de aplanção e fundoscopia direta.

Foram excluídos pacientes com glaucoma, catarata, altas ametropias, doenças neurológicas e ptose palpebral.

A amostra se constituiu de dez pacientes (sete do sexo feminino e três do sexo masculino), com idades entre 38 e 70 anos.

Após avaliação oftalmológica, os pacientes eram encaminhados para os exames de campo visual, medida de fenda palpebral e fotografias, no pré e pós-operatório, isto é, 5 dias antes e 15 dias após a blefaroplastia.

Campo Visual

A avaliação do campo visual foi realizada por um único examinador, utilizando-se a perimetria cinética de Goldmann (perímetro Haag Streit), testando-se 3 isópteras por campo visual de cada um dos olhos, de acordo com a técnica padrão:

A isóptera mais externa representada pelo símbolo V4e (preta), a isóptera intermediária representada pelo símbolo I4e (vermelha) e a isóptera central representada pelo símbolo 12e (azul).

Os algarismos romanos representam os tamanhos das miras; os arábicos a intensidade de luz com que a mira foi apresentada aos pacientes, sendo mais intensa nas isópteras mais externas e menos intensa na isóptera mais central; e a vogal representa a intensidade de iluminação do fundo.

Os valores foram obtidos através da intersecção dos meridianos vertical e horizontal do formulário padrão com os traçados das isópteras encontradas no exame de campo visual.

Fenda palpebral

A medida da fenda foi realizada com o paciente em posição primária do olhar, medindo-se, em milímetros, a distância entre a borda palpebral superior e a inferior, com a régua na projeção da região pupilar, nos dois olhos.

Técnica cirúrgica

As cirurgias foram realizadas sempre pelo mesmo cirurgião e bilateralmente.

Antes de se iniciar a cirurgia, com o paciente em decúbito dorsal horizontal, procedia-se à demarcação com verde brilhante das

pálpebras superiores direita e esquerda para a qualificação de pele a ser excisada.

A demarcação obedecia inferiormente à linha formada pelo sulco palpebral e, superiormente a ela, era traçada uma outra linha arqueada, iniciada a, aproximadamente, 5 milímetros do canto nasal e terminada em suave declínio, na porção temporal da primeira.

A droga utilizada para a anestesia foi a lidocaína 2% com vasoconstrictor, na concentração de 1:1.000.000, aplicada através de infiltração local. Após a infiltração anestésica, procedia-se à incisão sobre a demarcação com bisturi lâmina 15 e, a seguir, à ressecção da mesma com tesoura de Stevens. Apenas a pele era ressecada.

Os vasos sangrantes foram moderadamente cauterizados. O fio de sutura utilizado foi mononylon 6-0, aplicado em pontos separados, os quais eram removidos no quinto dia após operatório, aproximadamente.

Método estatístico

Para análise dos resultados foram aplicados os seguintes testes:

1. Teste de Wilcoxon¹¹, com o objetivo de comparar os valores em graus dos campos visuais dos lados direito e esquerdo e os períodos pré e pós-operatório em cada quadrante do campo visual, separadamente. Em todos os testes fixou-se em 0,05% ou 5% ($\alpha < 0,05$) o nível de rejeição da hipótese de nulidade, assinalando-se com asterisco os valores significativos;

2. Análise da Variância por Pontos de Friedman¹¹, para comparar os valores das diferenças percentuais ($\Delta\%$) calculadas a partir das isópteras observadas nos períodos pré e pós-operatório. Para o cálculo dessas diferenças, foi utilizada a fórmula: $\Delta\% = \frac{\text{valor pós} - \text{valor pré}}{\text{valor pré}}$

Quando mostrou diferença significativa, esta análise foi complementada pelo Teste de Comparação Múltipla⁶.

Tabela 1 - Valores de $\Delta\%$ nas isópteras preta, vermelha e azul em pacientes portadores de dermatocálase segundo os valores (graus) dos campos visuais: (quadrantes: superior, temporal, nasal e inferior), das pálpebras direita e esquerda, do pré e pós-operatório.

quadrantes	testes isópteras	Teste Wilcoxon (direito x esquerdo - pré-operatório)			Teste Wilcoxon (pré x pós para (D+E))			Análise Variância por pontos de Friedman		Teste de Comparações Múltiplas diferenças significativas
		Tcalc	Tcrit	pré/pós	Tcalc	Tcrit	pré/pós	χ^2 calc	χ^2 crit	
superior	V4e - preta	21,5*	8,0	nã o h o u v e d i f e r e n ç a s i g n i f i c a n t e p r e e p ó s	0,0*	52,0	pós>pré	13,9*	5,9	azul > preta e vermelha
	V4e - vermelha	26,5*	8,0		0,0*	52,0	pós>pré			
	I2e - azul	11,0*	2,0		0,0*	52,0	pós>pré			
temporal	V4e - preta	15,5	8,0		12,0*	46,0	pós>pré	23,7*	5,9	azul > preta e vermelha
	V4e - vermelha	15,5	8,0		8,0*	52,0	pós>pré			
	I2e - azul	21,0	6,0		0,0*	52,0	pós>pré			
nasal	V4e - preta	0,0*	4,0		28,0*	30,0	pós>pré	9,1*	5,9	azul > preta
	V4e - vermelha	18,0	6,0		8,0*	52,0	pós>pré			
	I2e - azul	10,5	8,0		7,0*	52,0	pós>pré			
inferior	V4e - preta	20,5	6,0		66,5	30,0	pós>pré	20,7*	5,9	preta < vermelha e azul
	V4e - vermelha	26,0	8,0		23,5*	46,0	pós>pré			
	I2e - azul	18,0	6,0		9,0*	40,0	pós>pré			

RESULTADOS

Os valores obtidos nos lados direito e esquerdo nos exames de campo visual e da medida de fenda palpebral se comportaram como variáveis individuais, não havendo diferença significativa entre os lados, passando então a serem considerados isoladamente.

Campo Visual

Quadrantes superior, temporal, nasal e inferior (tabela 1)

Os valores obtidos na fase pós-operatória foram maiores que os valores da fase pré. (Teste de Wilcoxon); as diferenças percentuais na fase pós-operatória foram maiores que na fase pré (Análise de Variância por Pontos de Friedman); a isóptera central sofreu maior alteração. No quadrante inferior a isóptera periférica sofreu a maior alteração.

Fenda Palpebral: (tabela 2)

Os valores obtidos na fase pós-operatória foram maiores que os valores da fase pré (Teste de Wilcoxon).

Tabela 2 - Valores em milímetros da fenda palpebral nos lados direito e esquerdo do pré e pós-operatório de pacientes portadores de dermatocálase.

Pré		Pós	
D	E	D	E
6	7	8	9
6	6	9	8
9	9	10	11
8	7	10	10
7	7	9	9
7	7	8	7
7	8	11	11
10	10	10	10
10	11	10	11
8	9	10	11
X	7,8	8,1	9,5
X(D+E)	7,9	9,6	
Teste de Wicoxom 1º) Direito x Esquerdo Pré Tcalc=3,0 Tcrit=0,0 Pós Tcalc=7,0 Tcrit=0,0 2º Pré x Pós para (D+E) Tcalc=0,0* Tcrit=0,0 Pós>Pré			

DISCUSSÃO

Quanto à escolha da técnica cirúrgica, decidiu-se proceder à blefaroplastia, ressecando somente a pele redundante, sem a ressecção de músculo orbicular e bolsas de gordura, como normalmente se procede em cirurgias estéticas³, para que fosse demonstrar o real envolvimento da mesma nas alterações do campo visual.

Hacker & Hollsters (1992), em estudo semelhante, optaram pela simples remoção da pele para demonstrar alterações exclusivas do campo visual superior. Analisou-se, neste estudo, o efeito da blefaroplastia superior no campo visual completo, isto é, os efeitos da cirurgia nos quatro quadrantes e não apenas no quadrante superior, o que permitiu conclusões mais abrangentes.

Analogamente à ptose, observou-se que a dermatocálase causa o mesmo tipo de alteração,

isto é, um achatamento das isópteras superiores e também a contração generalizada do campo visual, mais evidente nos pacientes com dermatocálases mais severas (figuras 1 e 2). As alterações campimétricas verificadas nos pacientes com dermatocálase são muito pouco mencionadas na literatura⁵.

Entre as várias possibilidades de se realizar a perimetria cinética, optamos pela perimetria de Goldmann, por apresentar as seguintes vantagens: possibilita a padronização exata da iluminação, do contraste e do tamanho da mira; permite a observação telescópica da fixação do paciente; mantém a mira dentro de uma área constante; é de fácil compreensão para o paciente; e este aparelho está disponível no serviço onde foi realizado este estudo.

Todas estas vantagens permitiram uma análise estatística dos resultados obtidos, possibilitando a comparação dos campos visuais em cada quadrante, isto é: superior, temporal, nasal e inferior; para cada isóptera testada, V4e; I4e e I2e no pré e pós-operatório, como demonstrado na tabela 1.

Embora a perimetria automatizada seja mais sensível e mais específica para detectar efeitos visuais em pacientes glaucomatosos, o tempo de exame é aproximadamente 25% maior do que na cinética, exigindo maior concentração e atenção do paciente, o que, muitas vezes, torna o exame exaustivo, levando à perda de fixação e fadiga. Este fato limita sua utilização em crianças, pacientes com atenção dispersa e com entendimento limitado. Uma grande vantagem do exame é que não exige habilidade do técnico para ser realizado, evitando erros que decorrem do aparecimento muito rápido ou muito lento da mira, eliminando o tédio da prática manual da perimetria de Goldmann¹³.

Como a maioria dos pacientes deste estudo apresentava baixo grau de escolaridade, a perimetria de Goldmann possibilitou maior confiabilidade de resultados.

O quadrante superior apresentou as alterações mais dramáticas no pós-operatório (figuras 1 e 2). O achatamento das isópteras superiores desapareceu com a cirurgia e as isóp-

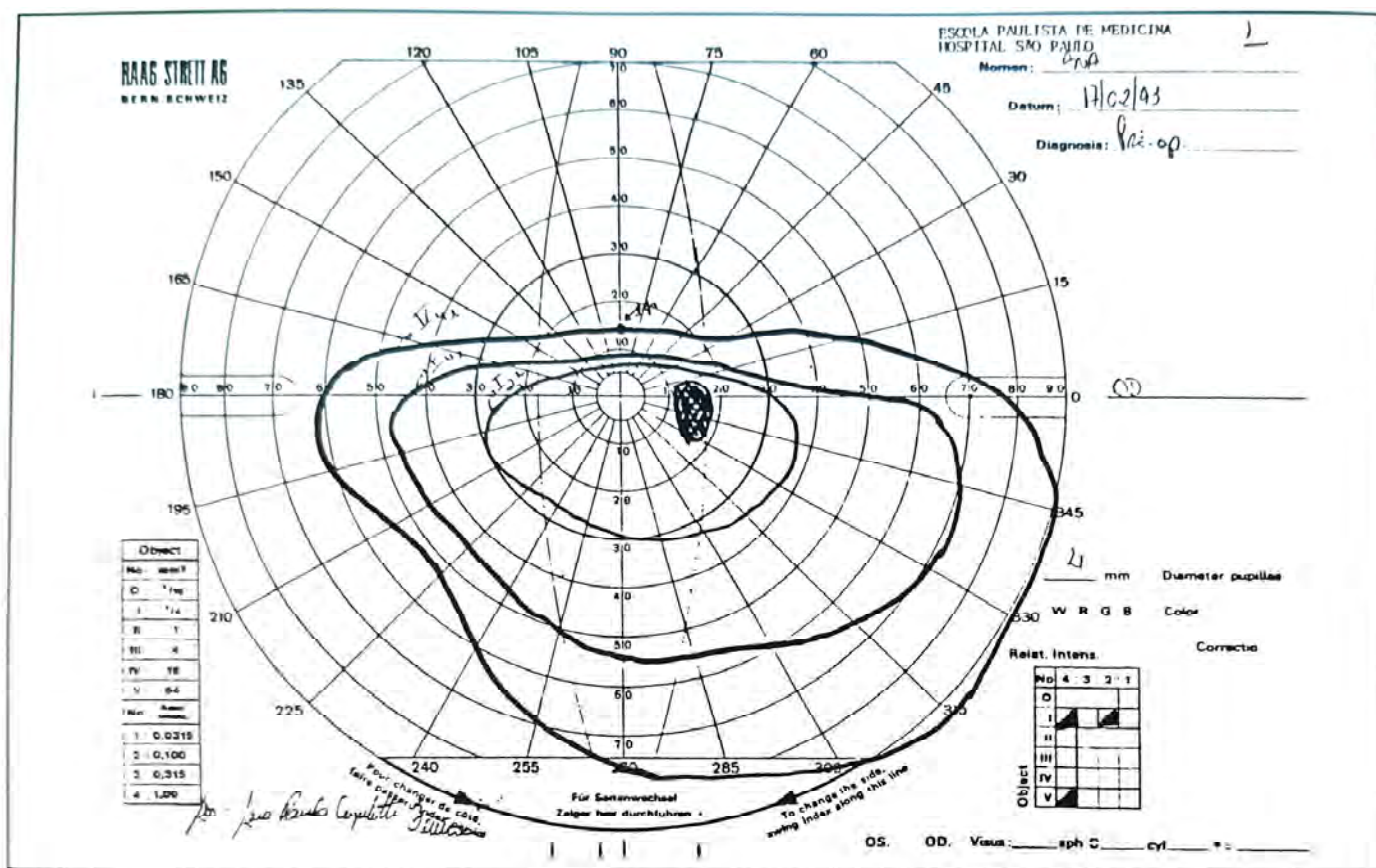


Figura 1

teras se tornaram mais ovaladas, com maiores dimensões.

Este efeito foi bastante sentido pela grande maioria dos pacientes, os quais mencionaram melhora dos sintomas referidos no pré-operatório.

A dermatocálase obscurece ou até impede a observação do reflexo corneano da luz, como documentado nas fotografias do pré-operatório. Após a cirurgia, o reflexo passa a ser visto sem dificuldade (fotos 1 e 2).

A isóptera que mais se alterou em cada quadrante estudado foi a central (I2e). Este foi um efeito que esperávamos encontrar na isóptera periférica, mas que predominou na isóptera central.

Como se sabe, a sensibilidade retiniana à luz é maior nos 30 graus centrais do campo visual, onde se concentra o maior número de células ganglionares⁷. Sendo assim, após a cirurgia, a região central da retina passa a ser sensi-

bilizada por um estímulo luminoso mais intenso, traduzido no campo visual, por aumento dos valores em graus, predominantemente, na isóptera central, que representa os 30 graus centrais da visão.

Em relação à fenda palpebral, observou-se que a cirurgia determinou um aumento médio de 1,4 milímetros, que foi também estatisticamente significativo (tabela 2). Talvez, após a cirurgia, a pálpebra se torne mais leve, o que favorece a excursão palpebral, ampliando a fenda em posição primária do olhar.

Embora alguns autores prefiram utilizar a medida do reflexo corneano à margem palpebral para avaliar tal efeito⁵, pode-se afirmar que a medida da fenda palpebral é um parâmetro seguro e participa na determinação da ampliação das isópteras.

Assim como no campo visual, a alteração da fenda palpebral é maior quanto mais severa a dermatocálase.

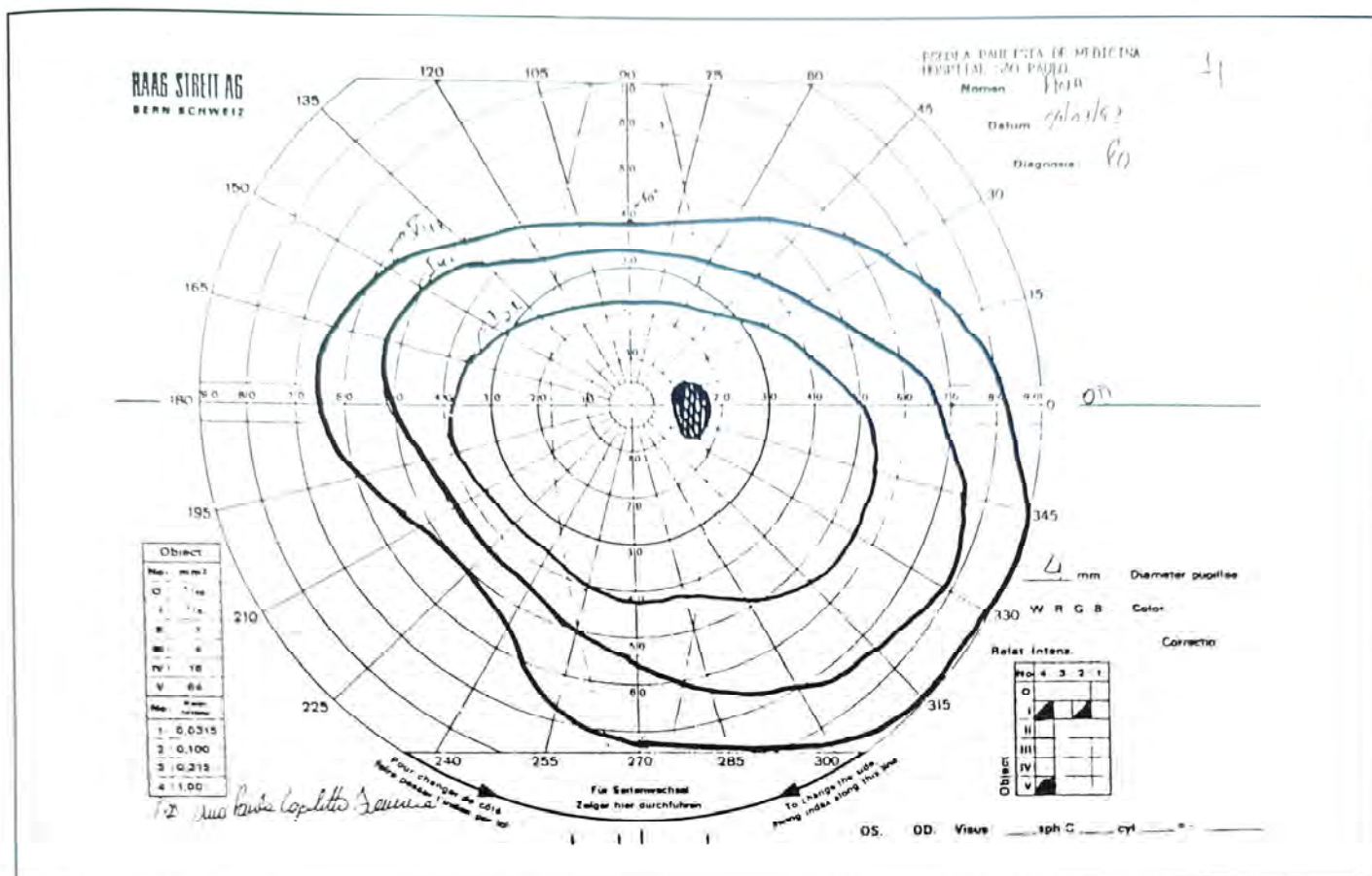


Figura 2

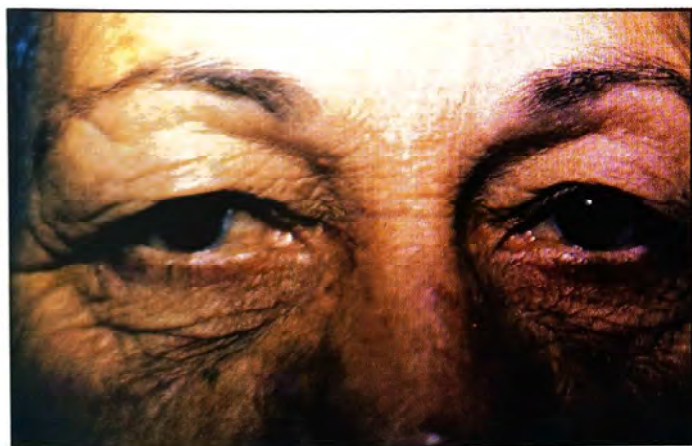


Foto 1

A média de idade dos pacientes estudados foi de 50 anos, variando entre 38 a 70 anos, sendo 7 pacientes do sexo feminino (70%) e 3 do sexo masculino (30%). Atribui-se à motivação estética das mulheres a predominância feminina.



Foto 2

A dificuldade em se documentar quando a blefaroplastia é funcional ou cosmética traduz a falta de trabalhos científicos que demonstrem as alterações campimétricas causadas pela dermatochalase⁵.

Obviamente, muitos destes pacientes mantêm o eixo visual (pupila) livre às custas de mecanismos compensatórios com a máxima con-

tração do músculo frontal e elevação do mento. Os campos visuais destes pacientes devem ser realizados com o paciente em posição primária do olhar e com o músculo frontal relaxado, para que seja possível a diferenciação entre um problema funcional e uma insatisfação estética¹.

A blefaroplastia deve ser considerada como um procedimento funcional nos casos mais severos de dermatocálase pois, melhorando o campo visual, a cirurgia melhora também o padrão de visão dos pacientes.

Endereço para correspondência:

Rua Machado Bittencourt, 379/194

Vila Clementino

CEP 04044-001 São Paulo SP

Fone (011)572.1312

REFERÊNCIAS

1. ANDERSON, R.L. & HOLDS, J.B. - Does anyone know how to differentiate a functional defect from a cosmetic one? *Arch. Ophthalmol.*, 108: 1685-6, 1990.
2. BAKER, T.J.; GORDON, H.L.; MONSIENKO, P. - Upper lid blepharoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.*, 60: 692-9, 1977.
3. BOSNIAK, S.L. - Introduction. In: ----- - *Cosmetic Blepharoplasty*. New York, Raven Press, 1990. p.1-23.
4. FLOWERS, R.S. - Optimal procedure in secondary blepharoplasty. *Clin. Plast. Surg.*, 20: 225-37, 1993.
5. HACKER, H & HOLLSTEN, D.A. - Investigation of automated perimetry in the evaluation of patients for upper lid blepharoplasty. *Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg.*, 8: 250-5, 1992.
6. HOLLANDER, M. & WOLFE, D.A. - In ----- - *Nonparametric statistical methods*. New York, John Wiley & Sons, 1973. p.503.
7. KATZ, J. & SOMMER, A. - Asymmetry and variation in the normal hill off vision. *Arch. Ophthalmol.*, 104: 65-8, 1896.
8. ROSS, D.F.; FISHMAN, G. A.; GILBERT, L.D.; ANDERSON, R.J. - Variability of visual field measurements in normal subjects and patients with retinitis pigmentosa. *Arch. Ophthalmol.*, 102: 1004-10, 1984.
9. SMALL, R.G. - Functional vs cosmetic ophthalmologic defects. *Arch. Ophthalmol.*, 109: 1194, 1991. [Letter]
10. SEIFF, S.R. - Complications of upper and lower blepharoplasty. *Inter. Ophthalmol. Clin.*, 32: 67-77, 1992.
11. SIEGEL, S. - In: ----- - *Estadística no paramétrica*. 2.ed. Mexico, Trillas, 1975. p.346.
12. STAMPER, R.L. - Principles and techniques of perimetry. In: ----- *Ophthalmic medical assisting*. San Francisco, American Academy of Ophthalmology, 1991. p.113-34.
13. TROPE, G.E. & BRITTON, R. - A comparison of goldmann and humphrey automated perimetry in patients with glaucoma. *Br. J. Ophthalmol.*, 71: 489-93, 1987.
14. VOLD, S.D.; CARROL, R.P.; NELSON, J.D. - Dermatochalasis and dry eye. *Am. J. Ophthalmol.*, 115: 216-20, 1993.
15. WEBSTER, R.C. - Blepharoplasty. In: ----- - *Ophthalmic plastic & reconstructive surgery*. New York, Mosby, 1987. p.703-22.

Óleo de silicone associado à vitrectomia e a sua repercussão no endotélio corneano

Augusto Cesar Lacava *, Osmail Medeiro *, Maria Medeiro Giorgi *

RESUMO

O objetivo dos autores foi o de avaliar o endotélio corneano nos pacientes submetidos à vitrectomia *pars plana* com implante de óleo de silicone. Foram selecionados 11 olhos submetidos à cirurgia. Realizou-se microscopia especular no pré-operatório e no 3º e 6º mês pós-operatório.

A perda de células endoteliais no pós-operatório é mostrada nos olhos fáticos e afáticos.

ABSTRACT

Silicone oil in vitrectomy and his repercussion on the corneal endothelium

The authors show how endothelial cells behave when submitted to *pars plana* vitrectomy with silicone oil implantation. Before and also after (90/180 days) surgical procedure eleven eyes were submitted to specular microscopy.

Loss of endothelial cells were shown in phacic and aphacic eyes.

INTRODUÇÃO

O uso de óleo de silicone intra-ocular vem sendo cada vez mais utilizado, associado às técnicas de vitrectomia, para o tratamento dos descolamentos de retina recorrentes secundários à vitreoretinopatia proliferativa (PVR)¹⁰.

Tem sido utilizado devido às suas características: de transparência, de alta tensão superficial com água (o que resulta em fechar pequenas rupturas retinianas), estabilidade e relativa baixa toxicidade¹.

As complicações do uso do óleo de silicone a longo prazo são: formação de catarata, glau-

* Oftalmologistas do IMO - Instituto de Moléstias Oculares
Os autores não visam interesse econômico direto ou indireto nos equipamentos utilizados.
Recebido para publicação em 26/03/97.

coma, emulsificação do óleo de silicone e ceratopatia secundária ao óleo de silicone^{1,2,3,5}, além das alterações refrativas¹⁰.

O estudo do silicone⁵ refere-se à incidência de alterações corneanas nos olhos preenchidos com gás e com óleo de silicone, as quais são altas apesar da confecção da iridectomia inferior.

O nosso objetivo foi avaliar o endotélio corneal de pacientes submetidos à vitrectomia via *pars plana* e implante de óleo de silicone.

MATERIAL E MÉTODO

Selecionamos 11 olhos submetidos à vitrectomia *pars plana* com implante de óleo de silicone. Estes pacientes foram submetidos à microscopia especular, através do microscópio especular de contato, marca Konan 5500. Os exames foram realizados no pré operatório e com 3,6 meses pós operatório.

As fotos obtidas apresentam o endotélio dividido em 8 áreas em forma de quadrilátero. São escolhidos 2 quadrados e contadas as células existentes dentro destes, eliminando-se as células que toquem duas margens dos quadriláteros. O resultado é multiplicado por 50, obtendo-se a provável quantidade de células endoteliais por mm^2 . O *follow up* variou de 3 a 18 meses. Destes, 6 olhos eram fáticos, 2 afáticos e os 3 restantes pseudofáticos.

A indicação para vitrectomia e implante de óleo de silicone se distribuiu conforme o quadro abaixo:

Causas de Vitrectomia	Nº de olhos
Rasgo gigante	2
Proliferação vitreoretiniana	5
R. diabética proliferativa	4

Quanto ao sexo, 69,5% eram homens e 30,4% mulheres. A idade variou entre 22 e 76 anos, média de 45 a 85 anos.

Utilizou-se óleo de silicone de 1000 (35,7%) e 5000 centistokes (64,28% das cirurgias), marca Oxane.

RESULTADOS

Dentre os 6 olhos fáticos, 3 não mostraram diminuição das células endoteliais e os 3 restantes mostraram perda entre 5 e 13% no sexto mês operatório.

Entre os olhos afáticos, a perda de células endoteliais foi de 15,7% a 25% no sexto mês pós-operatório.

Entre os pseudofáticos a perda de células endoteliais variou entre 5% e 26% no sexto mês pós-operatório.

Olho	Densidade celular endotelial pré-operatória	Densidade celular pós-operatória (Cels/ mm^2)			
		3 m	4 m	6	12
Fático	1800 cels	1800	~	1800	1800
Pseudofaco	1500	~	~	1500	~
Fático	1800	~	1800	1800	1800
Afático	1200	1100	~	1100	1100
Pseudofaco	1900	1500	~	1400	1400
Pseudofaco	1800	~	~	1800	~
Catarata	1600	1600	~	~	1600
Afácia	1600	1350	1200	1200	~
Afácia	2000	1900	~	1900	~
Catarata	2300	~	2000	2000	~
Catarata	2000	1900	1900	1900	~

COMENTÁRIOS

A descompensação corneal é uma complicação freqüente, a longo prazo, quando há contato entre a bolha de silicone e o endotélio corneano^{1,3,4}. O possível efeito tóxico do óleo de silicone sobre a retina permanece controverso. Leaver² acredita que os efeitos não são devidos à toxicidade do silicone, mas por obstrução da troca metabólica normal na interface tecido - silicone.

Nossos resultados estão de acordo com Legler³ e Friberg⁷.

Segundo Friberg, nos olhos fáticos há pequena alteração da densidade endotelial quando comparado aos olhos afáticos. Dentre os nossos 6 olhos fáticos, três deles não mostraram alterações corneanas, enquanto que os outros apresentaram diminuição da densidade celular de 5% a 13%, o que pode ser explicado pela emulsificação do óleo de silicone, atingindo a câmara anterior.

Legler³ mostrou que com 6 meses de *follow up*, a média de decréscimo na densidade endotelial foi de 22,9%, enquanto nosso trabalho mostrou perda de células endoteliais entre 5% e 26%.

Abrams mostrou, em seu trabalho, que além da redução da densidade endotelial há pleomorfismo e aumento do espessamento corneal⁵.

Levine and Ellis⁸ observaram opacidade em arco e ovais no endotélio corneano nas áreas onde o óleo de silicone entrou em contato com o endotélio. Estas opacidades coalesceram progressivamente e aumentaram de densidade.

Sabe-se que a retirada do óleo de silicone diminui a incidência das complicações⁶.

De acordo com Leaver², apesar da incidência de complicações do óleo de silicone ser alta, a severidade dos efeitos na manutenção da acuidade visual é freqüentemente mínima e pode ser

satisfatoriamente controlada pelos métodos usuais.

Novos estudos com número maior de olhos e segmentos mais prolongado (*follow up*) são necessários para avaliar a resposta endotelial ao uso do óleo de silicone.

Endereço para correspondência:

Av. Ibirapuera, 624 - Ibirapuera
Cep 04028-002 - São Paulo - SP - Brasil
Tel.: (011) 573-6424 - Fax: (011) 5084-1584
Email: centurion@imo.com.br

REFERÊNCIAS

1. STERNBERG JR., P., HATCHELL, D.L., FOULKS, G. N.; LANDERS III, M.B. The effect of silicone oil on the cornea. *Arch Ophthalmol.* v. 103, n. 1, p. 90-94, Jan 1985.
2. LEAVER, P.K., GREY, R. H. B., GARNER, A. Silicone oil injection in the treatment of massive preretinal retraction. II. Late complications in 93 eyes. *British Journal of Ophthalmology.* v. 63, n. 5, p. 361-367, May 1979.
3. LEGLER, V.; SEIBERT, V., KNORZ, M.C.; LIESENHOFF, H. Endothelzellverlust nach pars-plana-vitrectomie silikonölimplantation. Loss of corneal endothelial following pars plana vitrectomy and implantation. *Fortschr Ophthalmol.* v. 87, n. 3, p. 290-3, 1990.
4. GAO, R. L. Specular microscopy of the corneal endothelium after entry of silicone oil into the anterior chamber. *Chung Hua Yen Ko Tsa Chih.* v. 26, n. 5, p. 267-9, Sept 1990.
5. ABRAMS, G. W., AZEN, S. P., BAN, C. C. et al. The incidence of corneal abnormalities in the silicone study. *Arch Ophthalmol.* v. 113, n. 6, p. 764-769, June 1995.
6. HUTTON, W. L., AZEN, S. P., BLUMENKRANZ, M. S. et al. The effects of silicone oil removal. *Arch Ophthalmol.* v. 112, n. 6, p. 778-785, June 1994.
7. FRIBERG, T. R., DORAN, D. L., LAZENBY, L. The effect of vitreous and retinal surgery on corneal endothelial cell density. *Ophthalmology.* v. 91, p. 1166-1169, 1984.
8. LEVINE, A. M., ELLIS, R. A. Intracocular liquid silicone implants. *Am. J. Ophthalmol.* v. 55, p. 933-943, 1963.
9. SCHOR, P., CHAMON, W. Microscopia especular corneana. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia.* v. 59, n. 5, p. 529-531, out. 1996.
10. NEHEMY, M. B.; NEHEMY, A. L. G., HILGERT, A. H.; GARCIA, G. F. G. Alterações refrativas induzidas pelo óleo de silicone intraocular. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia.* v. 53, n. 4, p. 175-178, ago. 1990.

Lente de contato intra-ocular *

Ana Luiza G. Nehemy **, Márcio B. Nehemy ***, Marcos Vale ****, Marcelo M. Valença *****

RESUMO

Os autores relatam um caso de trauma ocular penetrante em usuário de lente de contato hidrofílica. Durante a cirurgia constatou-se a presença da lente de contato na cavidade vítrea, acompanhada de reação inflamatória moderada. O paciente foi submetido à lensectomia, vitrectomia, remoção da lente de contato, endofotocoagulação com raios laser e troca fluido-gasosa. A evolução foi favorável com acuidade visual final de 20/300 devido à lesão macular associada ao traumatismo.

ABSTRACT

Intraocular contact lens

The authors report a case of a penetrating ocular trauma in a contact lens user. During the surgery a hydrophilic contact lens was detected in vitreous cavity with a moderate inflammatory reaction. The patient was submitted to a *pars plana* lensectomy, vitrectomy, the removal of the contact lens, laser photocoagulation and fluid-air exchange. In the post-operative follow up the vision stabilized at 20/300 due to the macular lesion that occurred during the trauma.

Palavras-chave: Trauma, Lente de Contato, Corpo Estranho Intra-Ocular.

* Trabalho realizado no Instituto da Visão e Hospital São Geraldo da UFMG (Belo Horizonte - MG)

** Professora Orientadora de tese da Faculdade de Medicina da UFMG, Chefe do Departamento de lente de contato e Low Vision do Instituto da Visão (Belo Horizonte - MG)

*** Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da UFMG - Chefe do Serviço de Vitreo do Hospital São Geraldo da Faculdade de Medicina da UFMG e do Instituto da Visão (Belo Horizonte - MG)

**** "Fellow" em Retina e Vitreo no Instituto da Visão (Belo Horizonte - MG)

***** Ex-"Fellow" em Retina e Vitreo no Instituto da Visão (Belo Horizonte - MG)

Recebido para publicação em 26/03/97.

INTRODUÇÃO

Trauma ocular penetrante é uma das principais causas de morbidade monocular, constituindo, assim, um importante problema de saúde pública¹⁻⁴. Na literatura, a presença de corpo estranho intra-ocular (CEIO) tem sido relatada em 1 a 40% dos traumas oculares penetrantes². Usuários de lente de contato, que sofrem um traumatismo ocular penetrante, estão sujeitos à introdução dessa lente no interior do globo ocular. Que tenhamos conhecimento, entretanto, não existe na literatura relato de caso mostrando uma lente de contato como corpo estranho intra-ocular. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de trauma ocular penetrante em usuário de lente de contato em que se constatou, durante a cirurgia, a presença de uma lente de contato hidrofílica na cavidade vítrea.

RELATO DO CASO

Paciente de 18 anos de idade, sexo masculino, sofreu traumatismo penetrante provocado por objeto metálico (arame) e foi submetido à cirurgia de urgência que consistiu de sutura de córnea. No pós-operatório foi realizada ecografia, cujo resultado foi compatível com descolamento de retina. Três dias após o traumatismo, o paciente nos foi encaminhado para avaliação. Ao exame oftalmológico apresentava acuidade visual corrigida de 20/20 no olho direito (OD) e movimentos de mão junto ao rosto no olho esquerdo (OE). À biomicroscopia não apresentava alterações no OD e no OE apresentava hiperemia conjuntival discreta à moderada, sutura de córnea com pontos separados de nylon 10.0, câmara anterior com flare + e células ++ e catarata moderada. A pressão intra-ocular no OD era de 17 mmHg e no OE de 14 mmHg. A oftalmoscopia binocular indireta era normal no OD e inviável no OE devido à presença de hemorragia vítrea. As ecografias A e B mostraram imagens de membranas de alta ecogenicidade, infundibulares, sugestivas de descolamento total de retina e hemorragia vítrea (Fig. 1). O eletrorretinograma mostrou respostas normais no OD e respostas

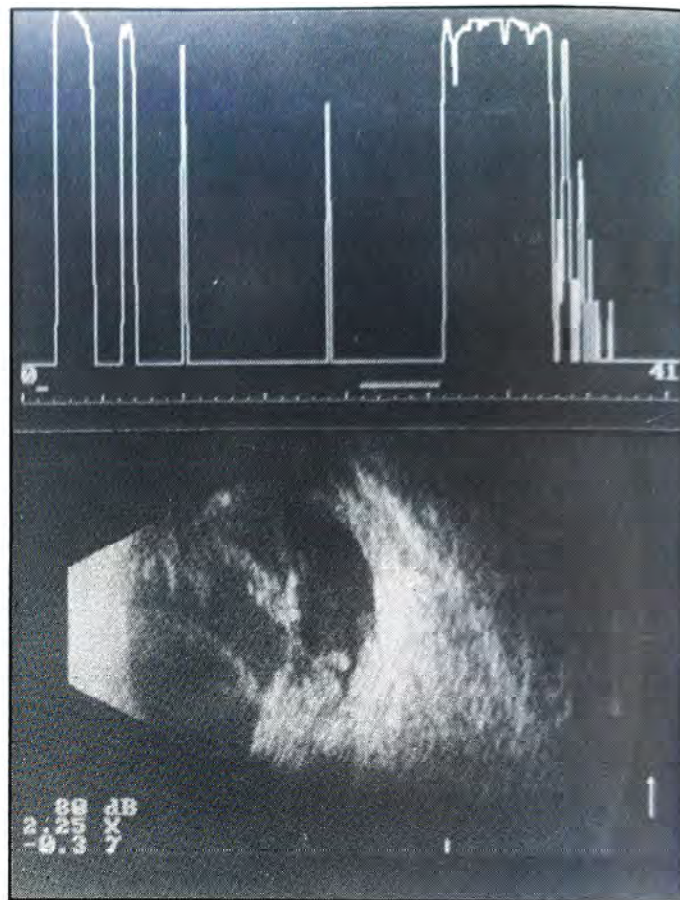


Figura 1 - Ecografia A. Pico de alta ecogenicidade sugestiva de descolamento de retina. Ecografia B. Imagens de baixa e média refletividade sugestivas de hemorragia vítrea e membrana de alta refletividade sugestiva de descolamento de retina.

presentes em todas as fases, mas subnormais, no OE (Fig. 2).

Cinco dias após o traumatismo, o paciente foi submetido à cirurgia, durante a qual observou-se a retina aplicada, porém com rupturas na área macular e retina nasal, e detectou-se a presença de lente de contato na cavidade vítrea. A cirurgia consistiu de intropexão escleral com faixa de silicone (#240) em 360°, lensectomia, vitrectomia e remoção da lente de contato via *pars plana*, endofotocoagulação com raios laser em torno das rupturas de retina e troca fluido-gás (C_3F_8 a 12%). No pós-operatório o paciente foi orientado a permanecer em decúbito ventral, 15 horas/dia, durante 1 semana, com prescrição de colírios de Atropina 1%, 2x ao dia e antibiótico associado a esteróide 4x ao dia durante 30 dias. O paciente evoluiu bem no pós-operatório e, atualmente com 1 ano de seguimento, apresenta AV cor-

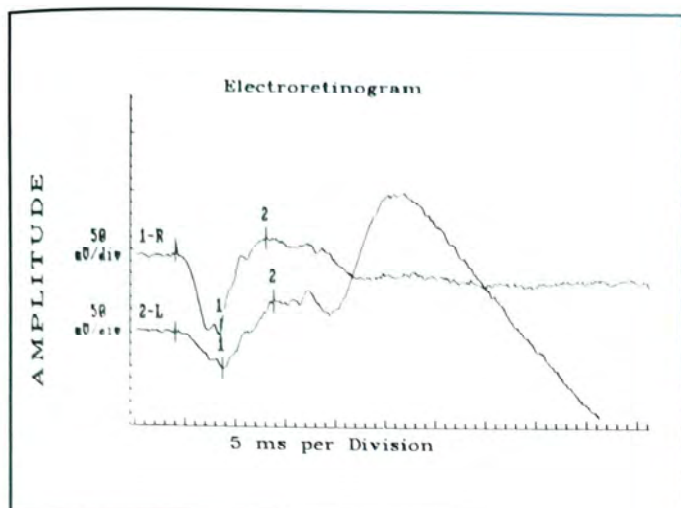


Figura 2 - Eletroretinograma. OD : Respostas normais. OE: Respostas presentes porém sub-normais.

rigida de 20/300, retina aplicada e grande cicatriz fibroglial no pólo posterior, na área correspondente às rupturas bloqueadas com laser (Fig. 3).

DISCUSSÃO

Trauma ocular penetrante com retenção de CEIO é uma importante causa de morbidade monocular. Usualmente tal caso requer uma avaliação pré-operatória cuidadosa que proporcione um planejamento adequado da conduta a ser adotada¹.

As ultrassonografias A e B mostraram imagens de membrana de alta ecogenicidade, infundibulares, sugestivas de descolamento total de retina e hemorragia vítrea. O ERG, entretanto, mostrou resultado compatível com retina aplicada. Em presença de DR, o ERG visualmente se mostra significativamente alterado, enquanto que em presença de hemorragia vítrea ou de CEIO não metálico, sem DR, o traçado se apresenta normal ou discretamente alterado, como neste caso. Um fato importante é que, embora o paciente usasse uma lente de contato hidrofílica no momento do traumatismo, essa informação não foi relatada na anamnese.

Durante a cirurgia, foi constatado que a retina estava aplicada e havia uma lente de contato hidrofílica praticamente intacta, na cavidade vítrea. Além da hemorragia vítrea maciça, obser-



Figura 3 - Retinografia do OE, um ano após a cirurgia. Cicatrizes coriorretinianas na mácula e região nasal justapapilar.

vou-se também reação inflamatória moderada no segmento anterior e posterior, mais intensa do que a observada no exame inicial, realizado 2 dias antes. O material da lente de contato hidrofílica é formado por polímeros hidrofílicos, constituídos basicamente por hidroximetilmetacrilato (HEMA), etilene glicol dimetacrilato (EDMA) e polyvinilpirrolidona (PVP). O caso apresentado mostrou que a presença de uma lente de contato, com essa composição na cavidade vítrea, desencadeou uma reação inflamatória moderada, de caráter progressivo, ocasionada provavelmente pela interação desses polímeros com os tecidos oculares. O presente caso evidenciou a importância do ERG no diagnóstico diferencial do descolamento de retina com outras afecções que apresentem resultados ecográficos semelhantes.

Que tenhamos conhecimento, este é o primeiro relato de presença de lente de contato hidrofílica na cavidade vítrea, secundária a traumatismo penetrante. Este caso sugere que os componentes da lente de contato hidrofílica causam reação inflamatória significativa na cavidade vítrea, podendo levar a perda funcional ou mesmo anatômica do globo ocular.

Endereço para correspondência:
Instituto da Visão
Rua dos Otoni, 881/13º andar
Tel.: (031)274.3355
30150.270 - Belo Horizonte - MG

REFERÊNCIAS

1. PARANHOS, A., PARANHOS, F., SHINZATO, G.T., NEHEMY, M.B. - Corpo Estranho intra-ocular. Rev. Bras. Oftal. 55 : 298-302, 1996.
2. ALVES, M.R.; KARA JOSÉ, N.; CARVALHO, K.M.N.: Causas de excisão de globos oculares pós-ferimento perfurante. Arq. Bras. Oftal. 46(6): 171-172, 1983.
3. DE JUAN Jr., E.; STERNBERG JR., P.; MICHEL, R.G.: Penetrating ocular injuries: types of injuries and visual results. Ophthalmology 90:1318-1322, 1983.
4. COLEMAN, D.J.; LUCAS, B.C.; RONDEAU, M.J.; CHANG, S.: Management of intraocular foreign bodies. Ophthalmology 94: 1647-1653, 1987.

Trombose da veia central da retina e leishmaniose cutânea *

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

RESUMO

Os autores apresentam um caso de paciente com Leishmaniose cutânea que apresentou trombose da veia central da retina não isquêmica. Colocam a possibilidade da mesma ser causada por imunocomplexos circulantes causando "imune vascular damage".

ABSTRACT

Central retinal vein occlusion and cutaneous leishmaniasis

The authors relate a patient case's of cutaneous leishmaniasis with non ischemic central vein occlusion. They put a question about the possibility that in this case central venous occlusion was caused by the vascular damage from immune complex.

INTRODUÇÃO

A Leishmaniose é uma doença causada por um protozoário hemoflagelado do gênero *leishmania*. Suas manifestações clínicas estão relacionadas à forma cutânea ou com envolvimento visceral. Tem distribuição cosmopo-

lita sendo que a forma visceral é endêmica na Ásia, África e América do Sul¹. A leishmaniose cutânea é mais comum na Ásia Central, no litoral mediterrâneo, África, América Central e América do Sul². A forma mucocutânea, um outro sub-tipo, é confinada ao Novo Mundo³.

* Trabalho realizado com dados do Instituto de Olhos e Laser de Belém.
** Oftalmologistas em Belém-PA.
Recebido para publicação em 28/02/97.



Fig. 1 - Lesão cutânea da leishmaniose.



Fig. 2 - Fotografia colorida mostrando a trombose da veia central da retina.

Na forma visceral também conhecida como "Kala-azar" as manifestações oculares descritas são irites, papilites, ceratites, trombose da veia central da retina e corio-retinite disseminada^{4,5}.

A hemorragia retiniana é uma complicação relativamente freqüente na "kala-azar"; mais de 20 casos têm sido reportados^{5,6}. Estas hemorragias são bilaterais, múltiplas, redondas ou em forma de chama de vela⁷.

O mecanismo de sua formação não é claro, porém, para alguns autores, pode estar associada à anemia e vasculite. A uveíte "post kala-azar" aparece no final do tratamento ou seqüencial ao tratamento com sucesso da leishmaniose visceral⁵. De Chant e cols.⁵ reportaram 3 pacientes com "kala-azar" que desenvolveram uveíte anterior bilateral; dois destes casos desenvolveram glaucoma secundário e o terceiro caso apresentou "post-kala-azar" leishmaniose dermatológica.

A forma cutânea geralmente envolve as pálpebras. Aouchiche e Hartini⁷ relataram que 2 a 5% das lesões faciais são localizadas nas pálpebras e estas lesões são geralmente ulcerativas com ocasional envolvimento da conjuntiva e dos canais lacrimais.

Na forma mucocutânea as lesões são destrutivas e podem levar à perda ocular⁷.

Relatamos neste artigo um caso de paciente com leishmaniose cutânea que apresen-

tou trombose da veia central da retina não isquêmica.

CASO CLÍNICO

Examinamos um caso de paciente do sexo masculino com 58 anos que foi encaminhado para exame oftalmológico e apresentava diminuição súbita da acuidade visual do olho esquerdo.

O paciente relatou ter apresentado 2 episódios no passado de leishmaniose cutânea e que havia sido tratado com glucantime.

Apresentava no momento um novo episódio de leishmaniose cutânea apresentando uma lesão eritemato-ulcerada na região frontal esquerda (fig. 1) recoberta por uma espessa crosta branco-amarelada, de contornos irregulares e medindo cerca de 1,5 cm no seu maior eixo.

O paciente apresentava-se com acuidade visual de 20/20 no olho direito e menos de 20/400 no olho esquerdo. A refração realizada era de +1,00 esférico em ambos os olhos.

A biomicroscopia do segmento anterior era normal em ambos os olhos, não apresentando portanto "flare" ou precipitados ceráticos.



Fig. 3 - F. A. não demonstrando áreas de isquemia retiniana.

Na biomicroscopia do segmento posterior e fundoscopia não detectamos células vítreas em ambos os olhos e notamos a presença de hemorragia retiniana nos quatro quadrantes, conseqüente a um quadro ocular de trombose da veia central da retina (Fig. 2) no olho esquerdo. No olho direito, o exame era normal.

Na F.A. do olho esquerdo (Fig. 3), detectamos dilatação das veias retinianas, hemorragia retiniana em manchas e pontos difusamente distribuídos e algum "staining" do corante e ausência de áreas de não perfusão caracterizando uma trombose da veia central não isquêmica. No olho direito, o exame era normal.

O paciente não apresentava hipertensão arterial ou diabetes e os exames sorológicos evidenciaram apenas a reação de Montenegro positiva em imunofluorescência indireta para anticorpo anti-leishmania (positiva 1:10).

DISCUSSÃO

Lainson e cols.² reportaram a presença de seis espécies de *leishmania* causando leishmaniose cutânea na região amazônica, porém até 1960, a leishmaniose no Brasil era atribuída a espécie da *Leishmania brasiliensis*, depois outra espécie de *leishmania* com características que lembravam a mexicana foram identificadas e receberam o nome de leishmaniose mexicana amazonense por Lainson e Shaw, 1972.

As complicações oftálmicas relacionadas à forma cutânea têm geralmente envolvido a pálebra^{8,9}.

Os casos descritos por Recupero⁶ de hemorragia retiniana em 6 crianças com "kala-azar" poderiam estar relacionados ao "vascular damage" causados por imunocomplexos circulantes.

No Brasil, vários trabalhos têm descrito as complicações oculares da leishmaniose mucocutânea americana, alguns com envolvimento palpebral conforme cita Roizenblatt¹⁰ em seu trabalho sobre ceratite intersticial causada por leishmaniose mucocutânea, alguns envolvendo a pálpebra^{11,12,13,14,15,16,17,18} e conjuntiva^{16,18,19,20,21,22,23}, ulceração da conjuntiva e córnea^{5,6,18,25,26,27}, assim como ceratite intersticial^{11,16,18,23,24}.

Um caso de trombose da veia central da retina havia sido descrito por Mckie Reid²⁵ como uma complicação ocular da forma visceral da leishmaniose.

A ocorrência da trombose da veia central da retina neste caso de leishmaniose cutânea pode estar relacionada a imunocomplexos circulantes que podem com seu efeito vaso-oclusivo causar a trombose da veia central da retina e não diretamente a invasão da leishmania; Gass²⁶ tem usado o termo "immune induced damage" mais que o dano inflamatório celular para justificar tais achados.

Endereço para correspondência:

Av. Generalíssimo Deodoro, 883 - Umarizal
CEP 66050-160 Belém - PA

REFERÊNCIAS

- Marsden PD: Current concepts in parasitology: Leishmaniasis. *N Engl J Med* 1979; 300: 350-352.
- Lainson R, Shaw JJ: Epidemiology and Ecology of leishmaniasis in Latin America. *Nature (Lond)* 1978; 273: 595-600.
- Marsden PD: Mucosal leishmaniasis. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1986; 80: 859-876.
- Rodger FC: Ophthalmology in the tropics. In Mason-Bahr PEC, Apted FIC (eds): *Manson's Tropical Diseases*. London, Baillière Tindall, 1972; pp 578-607.
- DeChant W, Rees PH, Kager PA, et al: Post kala-azar uveitis. *Br J Ophthalmol* 1980; 64: 680-683.
- Recupero E: Contributo alla conoscenza delle alterazioni oculari nella leishmaniosi interna infantile. *Archiv Ophthalmol* 1954; 58: 343-368.
- Aouchiche M, Hartani D: Manifestations ophthalmologiques des leishmanioses cutanees. *Med Trop* 1981; 41: 519-522.
- Ferry AP: Cutaneous leishmaniasis (Oriental sore) of the eyelid. *Am J Ophthalmol* 1977; 84: 349-354.
- Chu FC, Rodrigues MM, Cogan DG, et al: Leishmaniasis affecting the eyelids. *Arch Ophthalmol* 1983; 101: 84-91.
- Roizenblatt, J. Interstitial Keratitis caused by American Mucocutaneous leishmaniasis. *Am J Ophthalmol* 1979; 87: 175-179.
- Andrade, C. de: Interstitial and ulcerous keratitis in leishmaniasis. *Arch. Ophthalmol.* 1942; 27; 1193.
- Burnier F. F.: Leishmaniose primitiva da pálpebra. *Arq. Inst. P. Burnier (Campinas)* 4: 225, 1939.
- Bussaca, A.: Keratitis na leishmania. *Congr. Bras. Oftalmol.* 10:261, 1936.
- Cerqueira A. G. C.: Da leishmaniose tegumentar, thesis, Bahia, 1914, p. 77.
- Machado, N. R., Machado J. G. C., and Moura, P. A.: Sobre um caso de leishmaniose ocular. *Rev. Bras. Oftalmol.* 17: 279, 1958.
- Marbak, H.: Lesões oculares da leishmaniose ocular americana. thesis, Bahia, 1953.
- Monteiro, S.: Leishmaniose primitiva da pálpebra. *Arq. Inst. P. Burnier (Campinas)* 8: 180, 1949.
- Andrade, C.: *Oftalmologia Tropical*. Rio de Janeiro. Rodrigues and Cia, 1940, pp. 43-64.
- Cecília, J. S.: Leishmaniose ocular com localização na conjuntiva bulbar. *Arq. Mineir. Dermat-Siphilograf*, 1: 21, 1919.
- Costa, P. R.: Da leishmaniose ulcerosa e suas lesões oculares. thesis. Bahia, 1916.
- Dusseldorp, M.: Leishmaniosis cutanea americana com complicationes oculares. *Bol. Inst. Clin. Quir.* 3: 452, 1927.
- Silva, F.: Leishmaniose tegumentar (lesões múltiplas, inclusive de conjuntiva palpebral). *An. Fac. Med. Bahia* 1942-1943, pp. 117-123.
- Campos, E.: Leishmaniose ocular. In Almanak Laemmert (ed.): *Consultas Oftalmológicas*. Rio de Janeiro, 1935, pp. 65-67.
- Andrade, C. de: Fatores climáticos na patologia ocular. *An. Fac. Med. Bahia* 1942-1943, pp. 124-127.
- Reid Mck A. Ophthalmology in the tropics. In: Wilcocks C, Manson-Bahr PEC, eds. *Manson's Tropical Diseases*. London: Baillière Tindall, 1972: 872-3.
- Gass, JDM. *Stereoscopic Atlas of Macular diseases*, 1987, 3rd. ed. St. Louis, 663.

Retinite puntacta externa por toxoplasmose

Nicolau J. Slavo *, Decio Meneguim **

RESUMO

Os autores apresentam um caso atípico de toxoplasmose ocular acometendo as camadas mais externas da retina, denominado Retinite Puntacta Externa.

Palavras-chaves: Toxoplasmose, Retinite Puntacta Externa

ABSTRACT

External Punctate Retinitis by toxoplasmosis

The authors present an atypical case of ocular toxoplasmosis, assulting the external layers of the retina, called External Punctate Retinitis.

INTRODUÇÃO

Toxoplasma gondii é um organismo neurotrófico que acomete a retina neurosensorial. Classicamente a retinocoroidite toxoplásmica afeta as camadas mais internas da retina. Relatamos um caso atípico onde as camadas mais externas da retina são afetadas como já descritos nos trabalhos de Doft e Gass em 1985

e 1986, por Matheus e col em 1988 e por Lacerda em 1993.

RELATO DO CASO

N.M.^o, sexo feminino, 19 anos, branca, natural de São Paulo (SP), procurou-nos em maio de 1994 devido à baixa de acuidade visual em olho direito. Ao exame oftalmológico foi cons-

* Médico - Chefe do setor de uveíte do hospital CEMA.

** Médico assistente do setor de glaucoma do hospital CEMA.
Recebido para publicação em 12/03/97.

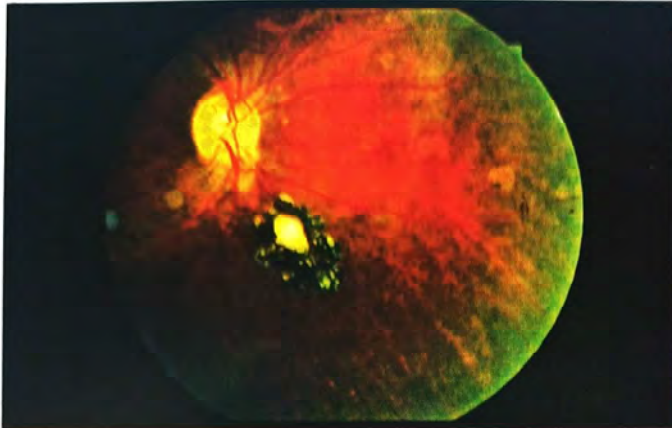


Figura 1

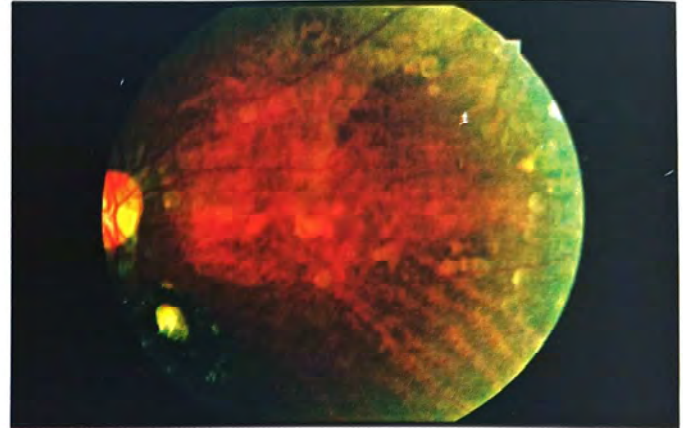


Figura 2

tatado AV C/C OD 0,2 e OE 1,0 com reação de câmara anterior e vítrea moderada e à oftalmoscopia observamos placa de retinocoroidite peripapilar nasal exsudativa (placa de Jansen) em olho direito com flebite perilesional associada a lesões arredondadas, branco amareladas, difusas profundas com aproximadamente meio diâmetro papilar (Figuras 1 e 2). Em olho esquerdo observamos placa de retinocoroidite cicatrizada em pólo posterior.

Foram realizados os exames: hemograma completo, VDRL, FTA ABS PPD, que se apresentavam dentro dos limites da normalidade e imunofluorescência para toxoplasmose que caracterizou um contato prévio. Foi introduzida medicação específica: Sulfadiazima 2 g/d, Pirimetamina 1 mg/Kg/d associada à Prednisona 40 mg VO/ dia e Ác. Fólico e col. de Dexametasona e Atropina 1%. Três semanas após, observamos melhora significativa das reações da CA, vítrea e com placa peripapilar em regressão com ACV C/C 0,8 OD, e com pequenas placas tornando-se bem delimitadas. A paciente teve um seguimento de 30 meses não havendo remissões. Atualmente possui AV C/C 1,0 AO.

DISCUSSÃO

A toxoplasmose ocular no Brasil incide em aproximadamente 50% dos casos de uveítes⁵. Na literatura, observa-se que 25% a 70% de todos os casos de uveíte tem como agente etio-

lógico o *Toxoplasma gondii*⁵. Normalmente, a lesão característica para toxoplasmose localiza-se nas camadas mais internas da retina^{1,2,3,4}. Relatamos neste trabalho um caso atípico, onde as camadas mais externas da retina são afetadas com lesões multifocais, arredondadas e branco aczentadas, que aparecem ao nível mais profundo da retina e epitélio pigmentar da mesma. Observamos em ambos os olhos lesões maiores, cicatrizadas, compatíveis com o quadro típico de toxoplasmose ocular. As lesões multifocais que aparecem nas camadas mais profundas da retina denomina-se Retinite Punctata Externa. Geralmente regredem de forma mais suave, porém podem ter caráter recorrente, geralmente satélites às antigas. Normalmente a reação vítrea é pobre. Tem sido descrita a associação de cicatrizes típicas de toxoplasmose em casos de Ciclite Heterocrônica de Fuchs, Doença de Hansen e Retinose Pigmentar^{4,7}.

O diagnóstico de Toxoplasmose é basicamente de caráter clínico, pois na maioria dos casos o resultado do exame demonstra apenas o contato prévio com o parasita, não havendo uma relação direta entre a reagudização do quadro ocular com elevação dos níveis sorológicos.

Na maioria das vezes a retinocoroidite toxoplásmica expressa uma infecção congênita que manifesta-se tardiamente, sendo esta idéia questionada por alguns autores⁴.

Quando encontramos na maioria dos casos uma lesão única de retinocoroidite ativa, podemos dizer que o diagnóstico de toxoplas-

mose é presuntivo; quando encontramos lesões satélites às antigas, o diagnóstico de toxoplasmose ocular é quase que patognomônico.

Devemos tratar as lesões retinianas isoladas, necróticas branco-amareladas com limites imprecisos, levando à vitreíte, vasculite perilesional ou mesmo generalizada como toxoplasmose após afastarmos outras possíveis causas de uveíte.

No diagnóstico diferencial de Retinite Punctata Externa devemos afastar DUSN^{7,8}.

Endereço para correspondência:

Rua Oratório, 1369 - Mooca
CEP 03117-010 São Paulo - SP
Telefone: (011)292-5233/Fax (011)292-2303
Instituição: Hospital CEMA

REFERÊNCIAS

1. Doft B.H.; Gass J.D.: Punctate outer retinal toxoplasmosis. Arch. Ophthalmol. 103:1332-1336, 1985.
2. Doft B.H.; Gass J.D.: Outer retinal layer toxoplasmosis. Buaefis Arch clin. Exp.Ophthalmol. 224(1):78-82, 1986.
3. Matheus, J.D.; Weiter J.J.: outer retinal toxoplasmosis. Ophthalmology 95:941-946, 1988.
4. Lacerda R.R.: Retinite Toxoplásmica Externa. Rev. Bras. Oftal. 52(6):387-390, 1993.
5. Moreira R.B. e cols.: Toxoplasmose Ocular. Estudo prospectivo de 34 casos no Hospital Evandro Chagas. Rev. Bras. Oftal. 53(5):355-366, 1994.
6. Oréfice F. & Belfort R. Jr.: Uveítes São Paulo. Roca, 1987.
7. Oréfice F. & Boratto C.M.: Caderno de Uveítes. SBU, 1994.
8. Pavesio C.E. & Lightman S.: Toxoplasma gondii and ocular toxoplasmosis: pathogenesis. Brit. J. Ophthalmol. 80:1099-1107, 1996.

Seção de Facoemulsificação

Editor: Almir Ghiaroni

Sabemos que o aparecimento de uma catarata é uma complicação freqüente das uveítes crônicas do processo inflamatório e do tratamento com corticosteróides.

A facectomia nesse tipo de paciente geralmente se torna mais difícil de ser realizada devido ao aparecimento de complicações, tais como: atrofia de íris, esclerose do esfíncter da pupila, sinéquias posteriores, hemorragia relacionada com a vascularização anormal da íris e intensa reação pós-operatória.

Deve-se, ainda, levar em conta que o glaucoma, a hipotonia, a formação de membrana pupilar e o edema macular cistoide podem reduzir a recuperação visual do paciente.

Nesse número, veremos como grandes expoentes da facoemulsificação abordam esse tema.

Howard Fine (Oregon-Estados Unidos).

De acordo com as recomendações de vários centros acadêmicos, entre eles o "Massachusetts Eye and Ear Infirmary", o "Bascom Palmer Institute" e o "Duke Eye Center", eu procuro tratar o paciente de modo a eliminar todos os sinais da uveíte pre-operatoriamente, se possível, utilizando uma combinação de medicações anti-inflamatórias hormonais e não hormonais tópicas e sistêmicas e, em alguns casos, utilizando, também, anti-metabólitos.

Uma vez que o paciente se apresente assintomático durante um período suficiente de tempo, a cirurgia é marcada.

Geralmente são prescritas medicações tópicas e sistêmicas durante vários dias antes da cirurgia bem como no dia da mesma.

Eu costumo utilizar antestesia tópica potencializada pela injeção de xilocaína na câmara anterior. Em seguida, realizo uma incisão temporal em córnea clara e uma capsulorhexis ampla. Quando necessário, aumento o diâmetro pupilar com um expansor de Beehler, após ter feito a liberação de todas as sinéquias existentes. Tento executar a cirurgia com o mínimo trauma possível. Como sou de opinião que muitos pacientes com uveíte crônica não apresentam a zônula totalmente íntegra, as vezes uso um anel endocapsular de Morcher após a realização da capsulorhexis com o objetivo de estabilizar o ligamento zonular e o saco capsular. Procuro realizar a remoção do núcleo dentro do saco capsular, utilizando uma técnica de quebra ou a técnica "chip and flip", conforme a densidade do núcleo. Como de hábito, uso vancomicina na solução de irrigação mas não incluo gentamicina,

para evitar o aumento da probabilidade de ocorrer um edema cistóide macular.

Nesses pacientes, uso L.I.Os dobráveis de acrílico com alças de PMMA, por acreditar que estas promovem melhor estabilização do saco capsular. Além disso, como pode existir uma necessidade futura de vitrectomia posterior possivelmente com injeção de óleo de silicone nesses pacientes, prefiro usar um tipo de lente cuja parte óptica não interfira com o óleo de silicone.

No pós-operatório, mantenho a medicação antibiótica tópica e sistêmica e vou diminuindo gradativamente durante as semanas seguintes. Também utilizo anti-inflamatórios não hormonais tópicos e mantenho o seu uso até o terceiro mês pós-operatório.

A conduta aqui descrita tem sido bem sucedida na maioria dos pacientes. Estou certo que não há uma abordagem universal para esses casos mas, infelizmente, não raro temos de enfrentar esse desafio.

Georges Baikoff (Marseille-França)

Executar uma facoemulsificação em um paciente portador de uveíte apresenta dois problemas:

1 - Preparação pré-operatória do olho.

Se a uveíte se encontra ativa, é importante, primeiramente, tratar os sinais inflamatórios com corticóides, midríase terapêutica etc...e, se possível, instituir, também, um tratamento etiológico.

Entretanto, existem as uveítes do tipo heterocromia de Fuchs que não respondem bem à corticoterapia. Nesses casos, pode-se prescrever corticóide tópico e/ou sistêmico oito dias antes da cirurgia e mantê-lo no período pós-operatório, associando-o a uma midríase atropínica com a finalidade de evitar ou de limitar a formação de sinéquias posteriores.

2 - Estratégia cirúrgica de acordo com as condições anatômicas encontradas no olho em questão.

Em relação à técnica cirúrgica, em geral não há maiores dificuldades a menos que existam sinéquias anteriores.

Quando a pupila se encontra livre, como no caso de um paciente jovem com heterocromia de Fuchs, eu realizo uma facoemulsificação normal com capsulorhexis anterior e, com frequência, capsulorhexis posterior, já que, nesses casos, o aparecimento de uma catarata secundária é praticamente inexorável.

Costumo inserir uma L.I.O. de PMMA com parte óptica de 5,5 ou 6,0 mm no saco capsular. Atualmente, evito utilizar implantes de silicone em pacientes jovens.

Quando existem sinéquias posteriores (seqüelas de uveíte ou de glaucoma), faço, no início da cirurgia, um aumento do diâmetro pupilar, que pode ser realizado de várias maneiras diferentes: com pinça, com dois ganchos de Sinsky ou através de múltiplas esfinterotomias.

Pessoalmente, não utilizo os ganchos de polipropileno que mantêm a íris dilatada durante toda a intervenção.

Em seguida, realizo a capsulorhexis que, em geral, tem diâmetro pequeno, já que nunca se consegue uma midríase máxima. O núcleo é, então, liberado e, em geral, nessa etapa devemos ser prudentes e realizar a emulsificação com pouco vácuo. A técnica do "chop" costuma ser útil nesses casos. A irrigação e aspiração das massas corticais não apresentam maiores problemas, devendo-se notar, apenas, que grande parte dessa etapa se verifica sob a íris.

Em seguida, o implante é inserido no saco capsular. Para conservar a pupila dilatada no pós-operatório, costumo prescrever atropina de duas a quatro semanas.

Gunther Kaufer (Buenos Aires-Argentina)

Quando o olho se encontra em um período de remissão, não modifico minha técnica cirúrgica habitual (faco com incisão córneo-corneal e lente intra-ocular).

Quando a uveíte se encontra em atividade, instituo o tratamento adequado e aguardo a remissão dos sintomas durante um

período mínimo de um mês para operar (faco com lente intra-ocular).

Como existe dúvida se o silicone provoca ou não uma reação inflamatória nesses olhos (que, em geral, se manifesta como um depósito difuso de fibrina e/ou como "precipitados ceráticos" sobre a L.I.O.), utilizo uma lente de PMMA. Em todos os demais casos, prefiro usar lentes dobráveis de silicone. As medicações pré e pós-operatórias são as que uso de rotina.