

Sumário - Contents

Editorial	Editorial	Samuel Cukierman, Elisabeto Gonçalves	691
Fosseta colobomatosa do nervo óptico	Optic Nerve Pit	João Alberto Holanda de Freitas, Marcelo Becker Dartora, Marta M. L. Holanda de Freitas	699
Lesão calcificada intra-ocular simulando tumor - relato de caso	Intra-ocular calcified lesion simulating tumor: Case report	Hélcio José Fortuna Bessa, Monica do Carmo Passos	705
Efeito hipotensor ocular aditivo do latanoprost 0,005% em pacientes usuários prévios de beta-bloqueadores	Additive ocular hypotensive effect of latanoprost 0.005% on previous beta antagonist-using patients	Mara Lucia Machado Fontes, André Luís Ribeiro, Cláudia Castor, Riuitiro Yamane	711
Prevalência da Miopia em Estudantes de Medicina da Universidade Federal do Paraná	Myopia prevalence in medical students of the Federal University of Paraná	Jackson Barreto Jr., Luciano Mont Serrat Prevedello, Carolina Alves Silveira, James Henrique Yared, Fernando Cesar Abib	719
Esclerotomia modificada na síndrome de efusão uveal	Modified sclerotomy in uveal effusion syndrome	Rubens Camargo Siqueira, Fabio Nogueira, Fernando Oréfice	725
Reflexo oculo-cardíaco em facoemulsificação Anestesia Tópica x Anestesia Peribulbar	Oculocardiac Reflex in phacoemulsification Topical x Peribulbar anesthesia	Aileen Walsh, Ana Paola Pinheiro, Aloisio Cordeiro Jr., Armando Stefano Crema	731
Aspectos do carcinoma basocelular da pálpebra na Região de Botucatu (São Paulo)	Eyelid basal cell carcinoma at Botucatu Region (São Paulo State)	Ivana Cardoso Pereira, Silvana Artioli Schellini, Maria Rosa Bet de Moraes Silva, Mariângela Esther A. Marques, Carlos Roberto Padovani	737
Estudo seqüencial do uso de multifocais na esotropia com elevada relação convergência acomodativa/acomodação	Sequential study of the use of progressive-addition lenses in esotropia with a high accommodation/convergence ratio	Liana Oliveira Ventura, Isabelle Rodrigues Pereira Tito, Daniela Endriss C. Campelo, Eveline Araújo Barros, Albert Dickson de Lima	745
Carcinoma de glândulas sebáceas da pálpebra	Sebaceous carcinoma of the eyelid	Abelardo S. Couto Júnior, Rafael Siqueira Barbosa, André Luis Freire Portes, Guilherme Ramos Pinto, Mirelle Langier Benchimol	753
Linfoma orbitário - relato de casos e apresentação atípica	Orbital lymphoma - clinical cases and unusual presentation	Abelardo S. Couto Júnior, Rafael Siqueira Barbosa, André Luis Freire Portes, Arlindo José Freire Portes, Mirelle Langier Benchimol	759

Editorial

Defesa Profissional

**Sinopse da reunião realizada por ocasião do XI Congresso Internacional da
Sociedade Brasileira de Oftalmologia**

Rio de Janeiro, 30/07/00

Presidente: Samuel Cukierman

Debatedores:

- Abdu Kexfe:
O ato médico em Oftalmologia e suas implicações
- Marco Antônio Becker:
As consequências da prática de atos médicos por auxiliares
- Cláudio Chaves:
A importância da representação política
- Pedro Canedo:
A situação atual da Oftalmologia na Câmara dos Deputados
- Marcos Ávila:
CBO: A Defesa Profissional
- Christiano Barsante:
Managed Care e suas implicações
- Simone Castelluccio:
Auditoria de planos privados e Oftalmologia
- Nelson Louzada:
Central de Convênios
- Samuel Cukierman:
Optometria
- Elisabeto Ribeiro Gonçalves:
Defesa Profissional e Exercício Ilegal da Oftalmologia

Presidida pelo Dr. Samuel Cukierman, Presidente do XI Congresso Internacional e da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, essa sessão de DEFESA PROFISSIONAL discutiu e deu ênfase a alguns pontos relacionados às dificuldades atuais do exercício da Oftalmologia, particularmente: a prática ilegal da especialidade (Optometria), a formação de paramédicos por Universidades públicas e privadas, a necessidade de regulamentação do ato médico, o relacionamento oftalmologistas/convênios, a falta de representatividade política do oftalmologista, o desrespeito e a violação ao Código de Ética Médico praticados por

colegas e grupos, as práticas e filosofias de trabalho abusivas do Managed Care, a auditoria autoritária e desrespeitosa dos planos de saúde e, finalmente, o enfraquecimento do oftalmologista nas negociações com as empresas de convênios.

1. O EXERCÍCIO ILEGAL DA OFTALMOLOGIA: A PRÁTICA E A FORMAÇÃO DO OPTOMETRISTA

Todos os participantes foram unânimes em repudiar o exercício ilegal praticado por Optometristas e um setor minoritário de ópticos. É importante denunciar e combater essa prática onde quer que ela aconteça e atuar junto aos órgãos responsáveis para desestimular a criação de novos cursos de Optometria em quaisquer níveis (técnico e superior) e cancelar os já existentes. Foi lembrado que a Lei não só garante o exercício da Oftalmologia pelo oftalmologista como proíbe a sua prática por outros profissionais. Reiterou-se que essa posição da Oftalmologia brasileira não é balizada pelo espírito corporativista nem pelo desejo de definir uma reserva de mercado para o oftalmologista. A todo o oftalmologista move o propósito tão só de defender e promover a saúde ocular do homem brasileiro. É difícil para o oftalmologista entender a Oftalmologia praticada, em quaisquer de suas subespecialidades, por profissionais não médicos. Nenhum argumento, seja de ordem econômica ou social, justifica deixar com paramédicos a responsabilidade pelo diagnóstico e tratamento das doenças do olho, de suas ametropias ou a indicação e adaptação de lentes de contato. Esse permanente combate à prática da optometria deve ser assumido não só pelas sociedades representativas (como já o vem fazendo, entre outras, a Sociedade Brasileira de Oftalmologia, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia e a Associação dos Médicos Oftalmologistas de Minas Gerais), mas pelo colega em todas as situações e por todos os meios ao seu alcance. Criticou-se também a associação espúria de oftalmologistas com optometristas e ópticas para realização de exames e venda de óculos ou lentes de contato. A responsabilidade dessa atuação é de todos, mas principalmente das entidades representativas do oftalmologista, as quais devem se utilizar de sua influência junto aos meios de comunicação e às diversas instâncias do poder público para alertar a população dos perigos e riscos que essa prática traz à saúde ocular do cidadão.

2. A NECESSIDADE DE REGULAMENTAÇÃO DO ATO MÉDICO

Foi lembrado que a invasão da profissão médica por outros profissionais, como tenta fazer a Optometria em relação à Oftalmologia, tem como uma de suas causas a falta de regulamentação, de definição do que seja o *ato médico*. É necessário, urgentemente necessário, que o Conselho Federal de Medicina, em consonância com os Conselhos Regionais e, principalmente com as Sociedades Oftalmológicas, prepare e submeta ao Congresso Nacional um documento com essa definição para que possa ser apreciado e votado por ele, transformando-o em Lei Federal. Não se encontrando o *ato médico* caracterizado em Lei, sempre haverá possibilidade de paramédicos tentar forçar brechas no arcabouço legal para garantir o direito do exercício da nossa especialidade. Foi dada como exemplo dessa preocupação a Resolução 121/98 do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, definindo o que seja o *ato médico* nesse Estado.

3. RELACIONAMENTO OFTALMOLOGISTAS/CONVÊNIOS

Um dos grande problemas da Oftalmologia atual: a deterioração do relacionamento entre o oftalmologista e o convênio, da qual resulta que a maior vítima e único perdedor é o próprio oftalmologista. Por uma série de razões (econômicas, éticas e de mercado) o

oftalmologista é levado a fazer concessão nas negociações com as empresas, do que resulta o aviltamento progressivo do seu honorário, tornando-se o médico refém desses convênios que passam a impor suas políticas de remuneração sempre danosas para o médico. É indispensável que as Sociedades estejam atentas e participem ativamente dessas negociações ou orientem os oftalmologistas como fazê-lo da forma menos lesiva aos seus interesses éticos e econômicos. (Ver itens 6 e 8)

4. FALTA DE REPRESENTATIVIDADE POLÍTICA DO OFTALMOLOGISTA

São essas as palavras de ordem que devem orientar o oftalmologista: a união, a participação, o exercício da cidadania e a questão de sobrevivência profissional. Não há como despir a atuação profissional do seu sentido e de conotação política. O cidadão é, por definição, um ser político. E é no Congresso Nacional que a política e o viver político se materializa em algo mais concreto, mais tangível, que são as Leis. Leis que, com maior ou menor força, como abrangência mais ou menos limitada, vão pautar a vida e determinar os direitos e deveres de todo e qualquer cidadão. Daí a importância de o Oftalmologista, a exemplo de tantas outras profissões, ter representatividade política no Congresso Nacional e, principalmente, na Câmara dos Deputados. Indispensável que tenhamos uma bancada alinhada com os legítimos interesses da Oftalmologia e do oftalmologista brasileiro. Só assim podemos detectar o curso de projetos de lei lesivos aos nossos interesses e barrá-los no momento oportuno, como já aconteceu algumas vezes no passado. Não podemos ficar na dependência do *voto de gratidão* deste ou daquele congressista, porque entre dar um voto por amizade ou privilegiar os seus interesses ou os do grupo que representa, o congressista, obviamente, escolherá a segunda opção. Por isso, cabe a cada oftalmologista aproximar-se, em sua cidade ou em sua região, de candidatos que se comprometam a alinhar-se com a Oftalmologia brasileira e trabalhar para elegê-los. O mesmo devem fazer as nossas entidades: empenhar-se de todas as maneiras, inclusive com aporte financeiro, para eleger o maior número possível de congressistas.

5. O DESRESPEITO E A VIOLAÇÃO AO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICO PRATICADOS POR COLEGAS E GRUPOS

Não é raro que o próprio colega, movido por interesses financeiros ou por uma formação ética rudimentar, atrepele o Código de Ética Médica, impondo à categoria não só prejuízos econômicos como - o que é pior - a desmoralização e perda de credibilidade indispensável ao exercício harmonioso da nossa profissão. Esses colegas ou esses grupos devem ser denunciados: quem se conduz à margem das leis e dos códigos que balizam a nossa atividade não é colega, mas um mau colega e, como tal, deve perder o nosso apoio, a nossa solidariedade. Se defendemos o colega justamente acusado de prática médica danosa, que moral vamos ter para defender aquele que, não obstante uma conduta irretorquível, foi igualmente alvo de acusações? Os Conselhos Regionais existem para examinar serenamente e com isenção esses casos e apenar, ou inocentar estritamente respaldado nas disposições e recomendações do nosso Código de Ética.

6. AS PRÁTICAS E FILOSOFIAS DE TRABALHO ABUSIVAS DO MANAGED CARE

Três grandes riscos para o exercício atual da Oftalmologia foram apontados: Managed Care, seguro de má prática e a banalização do ato médico. Os efeitos perniciosos e as repercussões negativas do Managed Care, já apresentando sinais de cansaço no próprio país de origem - os Estados Unidos - foram exaustivamente demonstrados tanto na saúde

da população, pelas restrições ao acesso da população aos serviços de saúde que o sistema impõe, como também pelo aviltamento ainda maior do honorário médico. O Managed Care fundamenta sua filosofia de trabalho exclusivamente no lucro, desvinculado de toda e qualquer conotação ética e humanitária. A sua finalidade é, portanto, aumentar a arrecadação e o lucro dos acionistas, através do corte brutal nas despesas com a assistência médica e os serviços de saúde. Com isso distorce os próprios fundamentos da Medicina ao vê-la apenas como investimento financeiro e a saúde como mercadoria. É preciso que estejamos atentos contra a investida de grandes companhias de Managed Care norte-americanas (Aetna, Prudential, AIG e Cigna, por exemplo) as quais, com a ajuda do Banco Mundial, elegeram a América Latina como alvo de atuação em busca de maiores lucros, visando a compensar a queda da lucratividade registrada nos Estados Unidos. É sabido que essas companhias, instaladas em países com frouxos controles legais às práticas operacionais abusivas e onde a dependência dos governos aos organismos financeiros internacionais é muito grande, vêm trazendo com elas os seus problemas, as suas mazelas, entre os quais se destacam a chamada *colheita de cerejas*, o que significa dar prioridade aos pacientes saudáveis, aumentar a burocracia e manter os pacientes vulneráveis distantes dos serviços de saúde. Os Estados Unidos não são exatamente um modelo a ser seguido em questões de assistência à saúde nem da sua promoção, pois ocupam a 37ª posição na lista da Organização Mundial da Saúde, não obstante gastarem 14% do seu PIB em saúde, bem mais que o investimento de qualquer outro país do mundo. Com custos bem inferiores, entre 9% e 10%, os sistemas francês e italiano foram eleitos os melhores entre 91 países-membros da OMS. Em ambos os casos, fica a cargo do Estado a prevenção e o tratamento das doenças da população. No Brasil, teoricamente, também. Isso reforça o que já sabemos: a filosofia norte-americana em matéria de saúde é péssima, pelo que só é imitada na *periferia*: Tailândia, Malásia, Indonésia, Argentina e Brasil, entre outros. As famílias brasileiras gastam, em média, 45,5% do seu orçamento com o tratamento de doenças, um dos mais altos percentuais do mundo. As empresas de planos e seguros de saúde, com 40 milhões de brasileiros filiados a elas, movimentam 23 bilhões por ano, e o que se espera é que esse número venha a crescer se urgentes medidas não forem tomadas contra o sucateamento da saúde pública, determinado pela associação de interesses pouco transparentes entre o governo e os organismos internacionais que financiam o desenvolvimento brasileiro. Com a adoção das práticas norte-americanas, esse investimento de 45,5% em saúde tende a subir. Nos Estados Unidos, cerca de 25% do US\$ 1 trilhão gasto com saúde todo ano acaba sendo absorvido pela administração da máquina e não para atender os pacientes. Os operadores contratam montes de funcionários para monitorar médicos, conter pedidos de exames e evitar internações. Hospitais e médicos, por sua vez, também se vêem obrigados a gastar tempo e dinheiro justificando seus procedimentos. E um outro aspecto lamentável dessas operadoras privadas de saúde é que as auditorias são realizadas por médicos que se protegem no anonimato para dificultar o tratamento e glosar contas hospitalares e honorários médicos. Pois quanto mais dóceis aos patrões e mais diligentes se mostram nessa prática, maior a cotação deles no mercado.

Dois fatores estão levando a esse aumento do Managed Care na América Latina. Primeiro, o Banco Mundial está pressionando os governos a entregar o atendimento à saúde e os seus sistemas de seguro social de muitos bilhões de dólares para o setor privado, independentemente das consequências. Com uma classe média alta em expansão exigindo mais serviços e os governos forçados a cortar os gastos públicos como condição para novos empréstimos pelo Fundo Monetário Internacional, os executivos do Managed Care estão vislumbrando milhões de dólares a sua frente.

É necessário a união de todos, através de suas sociedades representativas (SBO, CBO, AMO, AMB, CFM, CRMs), para que possamos conjurar a ameaça que a adoção do Managed Care representa aos legítimos interesses da população e do médico brasileiro. Não temos necessariamente de copiar exemplos falidos para atender a interesses que não são nossos – nem do cidadão nem do médico. Sabemos também que temos uma parcela razoável de culpa por boa parte das nossas dificuldades e a banalização do ato médico se alinha entre os nossos erros. No afã de conquistar o cliente e animá-lo a submeter-se a determinados atos médicos (principalmente cirúrgicos), nós lhe vendemos a ilusão de uma cirurgia rápida e sem nenhuma chance de riscos e complicações. E, além do mais, transformamos a nossa cirurgia em um *espetáculo*, elegendo os shoppings e salas devassáveis como o teatro de encenação de uma peça que deveria ser resguardada da curiosidade alheia, até, e principalmente, por respeito ao paciente. Como se já não bastasse o desrespeito ao medo, à angústia, à fragilidade e à intimidade do paciente, ao dessacralizarmos o ato médico nós criamos mais uma dificuldade para nós mesmos: a cobrança posterior do paciente, familiares e advogados por um insucesso inaceitável, que jamais poderia ocorrer na execução de um ato tão banal, tão corriqueiro e tão simples!

Foi lembrado, ao final, que tanto o Managed Care quanto o médico que se filia a ele infringem vários artigos do Código de Ética Médico: o 2º, 3º, 8º, 10º, 21º, 29º, 48º e 57º.

Especial atenção foi dada às tentativas de adoção do seguro de má prática médica, a exemplo do que ocorre nos Estados Unidos. Essa reivindicação se insere na política de maximização dos lucros praticada pelos agentes da contramedicina e passa longe do desejo do médico. Pois, se adotado, o seguro de má prática, além de encarecer a Medicina, tornará o médico ainda mais frágil e dependente financeiramente das grandes corporações. Médico fragilizado e temeroso de perder suas parcas conquistas torna-se susceptível a acatar sugestões e imposições danosas a sua prática profissional e aos seus honorários.

7. A AUDITORIA AUTORITÁRIA E DESRESPEITOSA DAS EMPRESAS DE CONVÊNIOS E SEGURO SAÚDE

Foi oportunamente lembrado que não há Managed Care sem a figura do *auditor médico*. É ele quem passa as informações que interessa à cúpula da empresa e essas informações, não maciça na maioria das vezes, nunca visam a beneficiar o paciente nem ao médico, mas aumentar o lucro da empresa através de expedientes eticamente deploráveis, como dificultar, e até negar injustamente, o acesso do cidadão aos serviços médicos, criar condições para glosas de atendimentos correta e lisamente prestados e até a recomendação para a exclusão de médicos que, a critério da empresa, não se enquadram na filosofia empresarial do lucro acima de tudo. E o que é pior: o auditor se esconde no mais intransponível anonimato: em geral, o colega conveniado não sabe sequer o nome do colega auditor, pois até os contatos telefônicos são intermediados por leigos que se dizem autorizados por ele. Para coibir essa distorção, sugeriu-se que os CRMs procedam a regulamentação do auditor, a exemplo do que já fez o Conselho Regional de Medicina da Bahia. Uma das importantes fontes de conflito entre o auditor e o médico é a falta de *protocolos de conduta médica* organizados pelas Sociedades Oftalmológicas e não pelos planos e convênios, como acontece atualmente. Com esses protocolos, previamente estudados e aprovados pelas sociedades das especialidades e subespecialidades, referendados pelo CFM e CRMs e, por outro lado, seguidos à risca pelo colega, ficará difícil ao auditor alegar irregularidades ou excessos na ordenação de atos médicos (semiológicos e terapêuticos) por parte do médico conveniado. É claro que quem está financiando um determinado serviço tem direitos de saber o que e

porque está pagando. Mas que isso seja feito com transparência e ética, sem desrespeito ao médico e sem afrontas a sua dignidade.

8. ENFRAQUECIMENTO DO OFTALMOLOGISTA NAS NEGOCIAÇÕES COM AS EMPRESAS DE CONVÊNIO E A CENTRAL DE CONVÊNIO

Defendeu-se o fortalecimento do oftalmologista para que possa negociar, em posições vantajosas, com empresas e planos de saúde. Esse fortalecimento do médico passa, obrigatoriamente, pelo fortalecimento de suas entidades representativas, que deveriam ter procuração dos seus filiados para representá-los legalmente nas negociações e demandas com essas empresas. Isoladamente, o médico ou grupos de médicos são a parte fraca no relacionamento e discussão com os convênios, pois essas empresas dispõem de informações e de um aparato jurídico de assessoria que nenhum colega, solitariamente, pode ter. O médico isolado é fraco e tende a adotar a prática de concessões na ilusão de obter vantagens nos acordos com os convênios. De concessão em concessão o médico se avilta e passa a praticar a concorrência predatória no seu exercício profissional. A Central de Convênios, ao dar força e voz ao médico, torna-o forte e valorizado, o que naturalmente estimula a convivência harmoniosa e a concorrência leal com o colega. A Central de Convênios, em princípio aberta a todos, pois a filiação de colegas terá o respaldo de normas estritamente éticas, parece ser a solução para os muitos e graves problemas originários da relação tumultuada entre o médico e o convênio. Para que possamos mudar esse quadro atual de dificuldades, o oftalmologista e suas entidades devem exigir o credenciamento universal, a adoção do estatuto da livre escolha, a guia padronizada, os contratos coletivos, o livro regional de saúde e a Câmara de Compensação. Nada justifica que cada convênio tenha uma guia própria de consultas, exames e cirurgias, a não ser o propósito de criar mais dificuldades ao trabalho do médico e ao controle dos seus ganhos, o que ainda é feito de maneira amadorística. A Central de Convênios, ao receber do médico a procuração para representá-lo e poder dispor de um suporte administrativo, econômico, financeiro e jurídico para tratar exclusivamente dos interesses do médico vai, necessariamente, profissionalizar a relação contratantes/contratados.

Ao final, o Dr. Samuel Cukierman agradece a presença dos ouvintes e dos debatedores e insiste na importância da luta da Sociedade Brasileira de Oftalmologia em defesa da Oftalmologia, do oftalmologista e da prática ética e financeira e socialmente justa e digna da nossa especialidade. Em seguida pede a cada um dos debatedores que se manifestem resumidamente quanto às opiniões e posições defendidas. Todos agradecem o honroso convite do presidente do XI Congresso Internacional da SBO e insistem num ponto: a urgente e necessária *união* dos oftalmologistas em torno de interesses comuns. O Dr. Marcos Ávila louva a importância da união SBO/CBO e reafirma, mais uma vez, o engajamento definitivo do Conselho em favor da defesa profissional e dos legítimos interesses da Oftalmologia e dos oftalmologistas brasileiros.

Dr. Samuel Cukierman / Dr. Elisabeto Gonçalves

26.08.00

Fosseta colobomatosa do nervo óptico

João Alberto Holanda de Freitas*, Marcelo Becker Dartora**, Marta M. L. Holanda de Freitas***

RESUMO

Objetivo: Descrever o caso clínico de um paciente portador de fosseta colobomatosa do nervo óptico, a conduta e o tratamento.

Local: Clínica de Olhos Holanda de Freitas.

Resultados: Paciente portador de fosseta colobomatosa do nervo óptico e descolamento da retina neurosensorial comprometendo a mácula, tratado com sucesso pelo laser de argônio verde.

Conclusão: O laser de argônio é o método de escolha para tratar o descolamento da retina provocado pela fosseta colobomatosa do nervo óptico.

ABSTRACT

Optic Nerve Pit

Propuse: The aim of this issue is to describe the management and treatment of a patient with optic nerve pit.

Place: Clínica de Olhos Holanda de Freitas.

Results: The patient with optic nerve pit was treated with success using argon green laser photocoagulation.

Conclusion: The argon laser seems to be the best method to treat sensory macular retinal detachment secondary to optic nerve pit.

*Membro da COHF. Professor Titular de Oftalmologia - FCM-PUC - Campinas e Professor Titular - CCMB-FCM-PUC - SP (Sorocaba).

**R-2 de Oftalmologia - FCM-PUC - Campinas - SP.

***Membro da COHF. Prof. Assistente de Oftalmologia FCM-PUC - Campinas.

Recebido para publicação em 26/02/00.

INTRODUÇÃO

A fosseta do nervo óptico, assim como o coloboma do nervo óptico associado com fosseta, são parte provavelmente de uma mesma anormalidade embriológica relacionada ao incompleto fechamento da fissura óptica (Schatz e McDonald, 1988).

Desde a sua descrição inicial há mais de um século, estas fossetas de nervo óptico tem encantado os oftalmologistas (Sobol et al., 1990). A patogênese, as razões da perda da acuidade visual e o acúmulo de fluido sub-retiniano em alguns pacientes vem sendo discutidos em recentes publicações com várias teorias e modalidades de tratamentos propostos.

O relato de observações de resolução espontânea do fluido sub-retiniano tem levado muitos oftalmologistas a adotar conduta expectante frente ao problema. Os tratamentos sugeridos variam: repouso no leito; manitol; acetazolamida; curativo ocular; corticóides; diatermia; criopexia; vitrectomia e colocação de gás; fotocoagulação a laser ou xenônio.

O propósito deste trabalho é demonstrar um caso de fosseta colobomatosa do nervo óptico tratado com sucesso pela fotocoagulação com laser de argônio verde.

APRESENTAÇÃO DE CASO

Ficha 6861, 04/06/99, L. F., masculino, 22 anos.

Há 2 meses vem apresentando visão do olho E. embaçada. Nega trauma ou outra doença ocular.

Acuidade visual:

ODV. 1,0

OEV. 0,2

Tonometria: AO. 10mm/Hg

OD. Retinografia mostra descolamento da retina neurosensorial envolvendo a área macular (Figura 1). A angiografia com fluoresceína ilustra o quadro mostrando grande volume de fluido sub-retiniano.

Discutido as possibilidades terapêuticas, optou-se pelo bloqueio peripapilar temporal pelo laser de argônio verde.

Em 04/06/99 foi realizado no olho E. Laser de Argônio Verde.

Parâmetros: 450mW

200 μ

0,2

211 disparos

Acetazolamida 1 comp. 8/8h., repouso relativo por 10 dias.

O caso evoluiu bem.

Na última revisão em 21/02/2000 apresentava acuidade visual OEV. 0,8

OE. mácula colada, não há sinais de líquido sub-retiniano (Figura 2).

DISCUSSÃO

A incidência de fosseta colobomatosa do nervo óptico na população em geral é extremamente rara; estima-se a ocorrência menor do que um caso para cada 10.000 habitantes. Por outro lado, aproximadamente 45% deles poderá, durante o curso da evolução clínica, desenvolver alguma forma de descolamento seroso (Kranenburg, 1960).

Gass, 1969, já advertia do prognóstico visual muito pobre quando tenta-se aguardar a resolução espontânea do fluido sub-retiniano.

Schatz e McDonald, 1988, observaram seus casos ao longo de 9 anos e puderam concluir que aguardar a resolução espontânea do descolamento sub-retiniano obtém um resultado funcional pior. Recomendam, portanto, o tratamento de imediato, pois em pacientes com descolamento com mais de 6 meses o resultado funcional final é mau. Estes autores empregaram em seus pacientes técnicas diferentes: fotocoagulação à laser, vitrectomia *pars plana* ou troca gasosa. Ao final sugerem o seguinte esquema terapêutico:

Se não há alterações maculares permanentes como cistos ou defeito em janela, seguir o paciente por 3 meses. Se ocorre

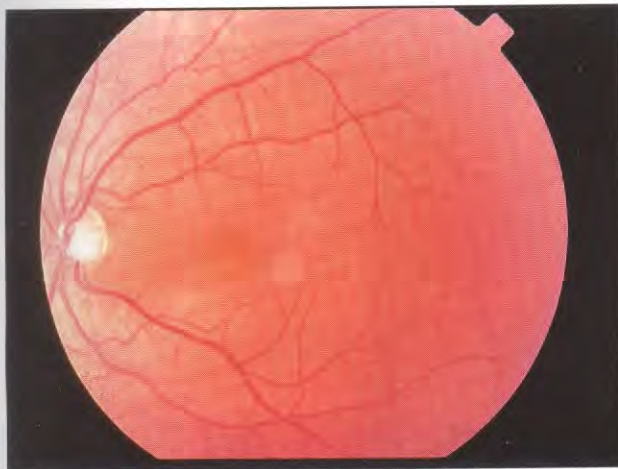


Fig. 1: Fosseta colobomatosa e descolamento do neuro-epitélio na área macular.



Fig. 2: Laserterapia na borda temporal do disco óptico.

descolamento de retina espontâneo durante este período, aplicar laser ao redor do disco em 2 fileiras confluentes em mais de 180°, interessando 2/3 da espessura da retina.

Se o descolamento não se resolve espontaneamente em 3 meses, recomenda-se repouso no leito com curativo binocular semi compressivo por 2 dias; caso ocorra ao final reabsorção do líquido, aconselha-se aplicar o laser como no item anterior.

Se o descolamento não se resolve nestes 2 dias, tentar a fotocoagulação conforme o item a, aguardar 2 meses, e caso a retina mantenha-se colada é porque o tratamento foi eficiente.

Caso a retina não se aplique, tentar injetar gás intra-ocular e deixar o paciente em decúbito ventral, caso a retina cole, então aplicar o laser.

Se a retina permanece descolada apesar de todas estas manobras, está indicada a vitrectomia posterior via *pars plana*, troca fluido-gasosa, fotocoagulação com laser em mais de 180° ao redor do disco. O cirurgião deve estar atento para remover todo o vítreo do pólo posterior. Ao final o paciente deverá ficar em posição ventral por alguns dias.

No caso descrito, acreditamos que o bom resultado obtido foi graças ao tratamento precoce, pois o paciente tinha apenas 2 meses de diagnóstico de descolamento da retina. O laser de argônio verde mostrou-se muito eficiente na resolução do processo.

CONCLUSÃO

É importante o tratamento precoce no caso de descolamento da retina por fosseta colobomatosa do nervo óptico.

O laser de argônio verde nos parece soberano quando precisamos aplicar no feixe papilo-macular.

Associar à fotocoagulação, acetazolamida e repouso.

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. João Alberto Holanda de Freitas
Av. José S. Campos, 515
Campinas - SP - CEP: 13025-320
E-Mail: cohf@correionet.com.br
www.clínica-olhos.med.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gass, J. D. M. - Serous detachment of the macula: secondary to congenital pit of the optic nervehead. *Amer. J. Ophthalmol.*, 1969; 67: 821-841.
- Kranenburg, E. W. - Crater-like holes in the optic disc and central serous retinopathy. *Arch. Ophthalmol.*, 1960; 64: 912-924.
- Schatz, H.; McDonald, R. - Treatment of Sensory Retinal Detachment Associated with Optic Nerve Pit or Coloboma. *Ophthalmology*, 1988; 95: 178-186.
- Sobol, W. M.; Blodi, C. F.; Folk, J. C.; Weingeist, T. - A Long-Term Visual Outcome In Patients with Optic Nerve Pit and Serous Retinal Detachment of the Macula. *Ophthalmology*, 1990; 97: 1539-1542.

Lesão calcificada intra-ocular simulando tumor - relato de caso

Hélcio José Fortuna Bessa*, Monica do Carmo Passos**

RESUMO

Objetivos: Relatar um caso de lesão intra-ocular calcificada que simulava tumor à ectoscopia e discutir a importância da diferenciação entre lesões benignas e malignas do globo ocular para obter-se uma avaliação prognóstica correta e um adequado acompanhamento dos pacientes portadores destas patologias.

Local: Centro de Estudos e Pesquisas Oculistas Associados do Rio de Janeiro - CEPOA.

Métodos: Descrição do caso atendido no Centro de Estudos e Pesquisas Oculistas Associados do Rio de Janeiro - CEPOA.

Resultados: O estudo anatomopatológico da lesão revelou um processo antigo de natureza benigna constituído de esclera adelgada, tecido conjuntivo frouxo e epitélio pigmentar, compatível com estafiloma escleral.

Conclusão: O estafiloma escleral pode algumas vezes simular um processo maligno. Em casos duvidosos, o exame anatomopatológico destas lesões é de fundamental importância para estabelecer a conduta terapêutica apropriada.

ABSTRACT

Intra-ocular calcified lesion simulating tumor: Case report

Purpose: To report a case of intra-ocular calcified lesion which resembled a tumour and discuss the importance in differentiating benign from malign lesions of the eye in order to have a correct prognostic evaluation and a better follow-up of the patients who have these pathologies.

Place: Centro de Estudos e Pesquisas Oculistas Associados do Rio de Janeiro - CEPOA.

Methods: Description of the case and follow-up at Centro de Estudos e Pesquisas Oculistas Associados do Rio de Janeiro - CEPOA.

Results: The anatomopathological exam of the lesion showed a benign process formed of thin sclera, connective tissue and pigmentar epithelial, compatible with scleral staphyloma.

Conclusion: Staphyloma scleral may sometimes simulate a malign process. In doubtful cases anatomopathological exam is very important to establish the correct therapeutic.

*Diretor de cursos do Centro de Estudos e Pesquisas Oculistas Associados do Rio de Janeiro - CEPOA. Membro da Clínica Oculistas Associados. Professor Adjunto de Oftalmologia da Pontifícia Universidade Católica - RJ (PUC-RJ). Professor da Pós-Graduação em Oftalmologia da SBO.

**Ex-residente do Centro de Estudos e Pesquisas Oculistas Associados do Rio de Janeiro - CEPOA. Pós-Graduada - nível Especialização - pelo Departamento de Oftalmologia da Pontifícia Universidade Católica - RJ (PUC-RJ).

Recebido para publicação em 16/06/00.

INTRODUÇÃO

As fibras colágenas da esclera exercem um papel mecânico importante na manutenção do tamanho e forma do globo ocular¹; sua disposição regular é fundamental para esta função. No entanto, algumas situações como aumento da pressão intra-ocular e inflamação podem acarretar mudanças neste padrão com subsequente deformação da estrutura do globo ocular. A protusão da esclera contendo tecido uveal é denominada estafiloma², lesão que pode, algumas vezes, simular um processo maligno de prognóstico reservado. Nestas situações, o exame ultrassonográfico como método propedêutico é muito importante pois, além de detectar tumores intra-oculares, também os diferencia³.

Neste trabalho os autores relatam um caso de lesão calcificada intra-ocular de aspecto tumoral que evoluiu com perda da estrutura segmentar do olho. A conduta propedêutica não estabeleceu o diagnóstico e a terapêutica proposta foi a enucleação em virtude da amaurose já presente previamente.

O objetivo deste relato é apresentar o caso e discutir a importância da diferenciação entre lesões benignas e malignas do globo ocular para uma melhor orientação terapêutica e acompanhamento dos pacientes portadores destas patologias.

RELATO DO CASO

J. S. M., 43 anos, masculino, branco, autônomo, natural e residente no Rio de Janeiro (RJ). Compareceu ao serviço em dezembro de 1997 referindo atrofia na mácula do OE desde a infância.

Ao exame apresentava amaurose do olho esquerdo bem como uma lesão nodular elevada medindo, aproximadamente, 1cm de diâmetro e ocupando todo o quadrante nasal superior deste olho. A coloração da lesão era roxo-acinzentada e acometia limbo, córnea e íris. Havia também opacidade total do cristalino (Figura 1).

O paciente relatava expansão do processo há 2 anos, seguido de catarata e posterior descolamento total de retina. Não havia dor ou

sinais inflamatórios e o globo ocular apresentava consistência pétreia.

O método propedêutico indicado inicialmente foi a ultrassonografia, realizada em fevereiro de 1998, que revelou descolamento total de retina com funil fechado anterior e posterior, severa proliferação vitreo-retiniana anterior e lesão de alta refletividade em quadrante nasal superior medindo 1,64mm de espessura e 6,23mm de diâmetro transversal, indicando tumoração sem padrão definido contendo calcificações em seu interior. (Figura 2).

Em virtude da amaurose e perda da anatomia compartimental do globo ocular, bem como da possibilidade de malignidade à macroscopia, optou-se por encerrar a propedêutica indicando-se enucleação como conduta terapêutica na expectativa de elucidação diagnóstica e posterior avaliação prognóstica.

A enucleação foi realizada em maio de 1998 e a peça anatômica enviada para exame histopatológico. Após a remoção do globo ocular, no mesmo ato cirúrgico, a cavidade anoftálmica foi preenchida com implante esférico de Mules revestido por esclera homóloga conservada.

A peça operatória foi enviada para exame anatomopatológico que revelou: globo ocular medindo 3,0 x 2,4 x 2,4cm e córnea apresentando área nodular vinhosa medindo 1,5cm no maior eixo, estendendo-se para a câmara anterior. Câmara vítrea de conteúdo habitual. Demais estruturas de aspecto habitual. Retina de aspecto vinhoso. A microscopia mostrou: degeneração cistóide com calcificação na retina, epiesclerite aguda e crônica, edema e degeneração hialina do estroma do corpo ciliar, degeneração hialina do coto do nervo óptico e espessamento fibroso do estroma da íris. As alterações observadas eram antigas e não havia evidências de neoplasia. O cristalino não pode ser processado pois estava calcificado e se desfez no processo de descalcificação. A lesão propriamente dita era constituída de esclera adelgada, tecido conjuntivo frouxo e epitélio pigmentar. (Figura 3).

Sabemos que o exame histopatológico é de fundamental importância nos casos de tumores para obter-se um diagnóstico etiológico de certeza. Neste caso, ele revelou um processo crônico de

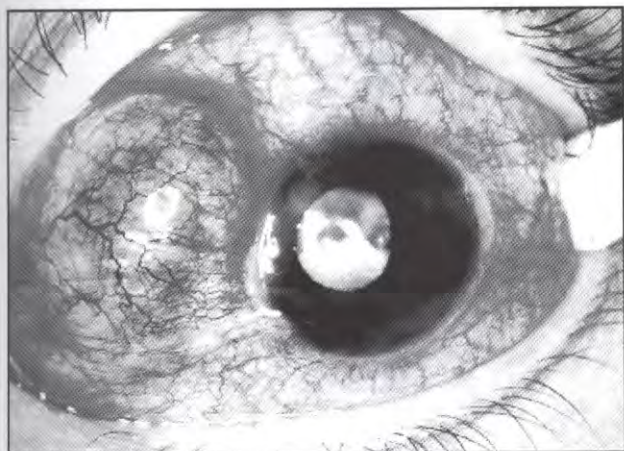


Fig. 1: Estafiloma escleral quadrante nasal superior. Catarata.

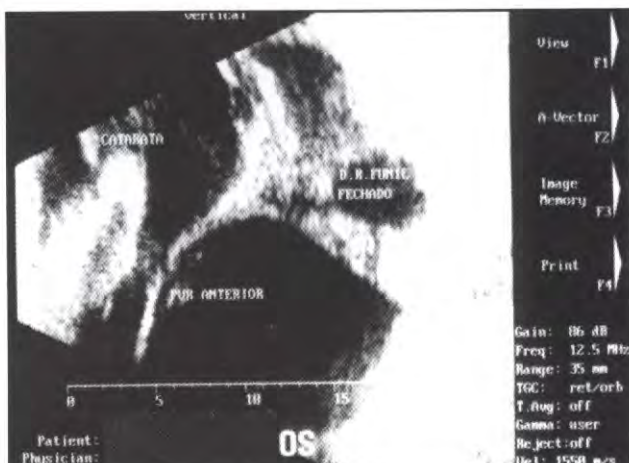


Fig. 2: Ultrassonografia ocular OE. Corte vertical mostrando catarata, descolamento de retina em funil fechado, PVR anterior e áreas de calcificação na topografia da lesão.

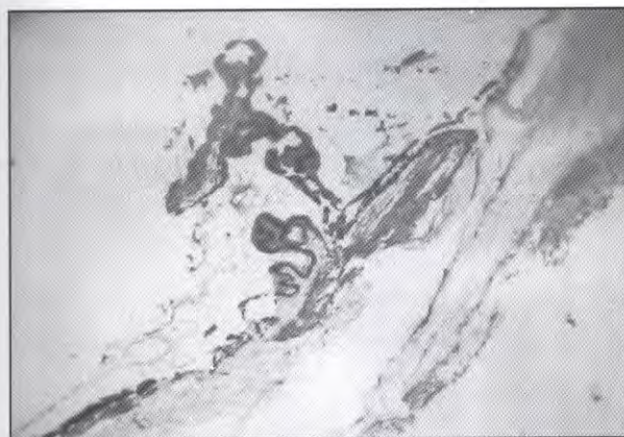


Fig. 3: Corte histológico mostrando a área da lesão e corpo ciliar atrófico. Aumento = 50X. Coloração: Hematoxilina-Eosina.



Fig. 4: Prótese ocular esquerda com bom aspecto estético.

natureza benigna. O estafiloma escleral permitiu que a retina e o epitélio pigmentar se projetassem na área simulando uma lesão melanótica conjuntival.

O paciente evoluiu muito bem no período pós-operatório e, atualmente, encontra-se com uma prótese ocular esquerda de excelente aspecto estético e nenhuma complicação na sua adaptação e uso. (Figura 4).

DISCUSSÃO

A diferenciação entre lesões benignas e malignas do globo ocular é extremamente importante no estabelecimento do prognóstico dos pacientes portadores destas patologias. O

exame ecográfico é um método propedêutico indispensável nestas condições pois descreve os parâmetros diferenciais destas lesões³.

No nosso estudo, o exame ultrassonográfico revelou uma lesão tumoral sem padrão definido. No entanto, outro método de imagem que poderia ter auxiliado no diagnóstico seria a biomicroscopia ultrassônica que é capaz de diferenciar o estafiloma de outras causas de lesões escurecidas na superfície escleral⁴. Este exame não foi realizado devido à indisponibilidade desta aparelhagem no serviço.

Nos casos de estafiloma escleral, várias técnicas cirúrgicas têm sido descritas no seu reparo como excisão e sutura, ou mesmo enxerto de esclera homóloga, que também pode ser utilizada

na reconstrução da esclera deficiente após excisão de tumor. Como o globo ocular acometido já não apresentava função, optou-se pela enucleação na expectativa de elucidação diagnóstica.

Sabe-se que o implante de cavidade esférica de Mules oferece vantagens em comparação com os implantes convencionais, porém, pode haver complicações como é o caso da extrusão deste implante devido à hemorragia, edema, infecção, entre outros⁵. Mesmo assim, em nosso trabalho não houve nenhuma complicação deste tipo de implante até o momento.

O tumor maligno ocular mais freqüente em adultos é o melanoma, que apresenta alta malignidade e prognóstico geralmente reservado. Apesar de o aspecto macroscópico da lesão assemelhar-se a uma neoplasia, o estudo histopatológico revelou um processo crônico de natureza benigna. Tal fato mostra a importância de estabelecer-se o diagnóstico definitivo de lesões tumorais através do exame anatomopatológico para que haja uma correta avaliação prognóstica e um melhor acompanhamento destes pacientes.

Endereço para correspondência:

Dr. Hécio José Fortuna Bessa
Rua Jornalista Orlando Dantas, nº 49, Botafogo
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22231-010

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thale, A.; Tillmann, B.; Rochels, R. - Scanning Eletron-Microscopic Studies of the Collagen Architecture of the Human Sclera - Normal and Pathological Findings. *Ophthalmologica* 1996; 210: 137-141.
2. Gopal, L.; Badrinath, S. S. - Autoescleral Flap Grafting: A Technique of Scleral Repair. *Ophthalmic Surgery* 1995; 26: 44-48.
3. Betinjane, A. J.; Betinjane, J. A. - Anomalias Oculares que Podem Simular Tumor ao Exame Ecográfico. *Arq. Bras. Oftal.* 1991; 54(1): 30-34.
4. Pavlin, C. J.; Easterbrook, M.; Hurwitz, J. J.; Harasiewicz, K.; Foster, S. - Ultrasound Biomicroscopy in the Assessment of Anterior Scleral Disease. *Am. J. Ophthalmol* 1993; 116: 628-635.
5. Rodrigues, A. C.; Schellini, S. A.; Silva, M. R. B. M.; Padovani, C. R. - Fatores Relacionados à Extrusão do Implante de Cavidade. *Rev. Bras. Oftal.* 1997; 56(4): 259-264.

Efeito hipotensor ocular aditivo do latanoprost 0,005% em pacientes usuários prévios de beta-bloqueadores

Mara Lucia Machado Fontes*, André Luís Ribeiro**, Cláudia Castor***, Riuitiro Yamane****

RESUMO

Objetivo: Avaliar o efeito hipotensor aditivo do latanoprost 0,005% (Xalatan) em olhos de pacientes hipertensos ou glaucomatosos em uso prévio de beta-bloqueadores tópicos.

Pacientes e métodos: Participaram do estudo 37 pacientes (68 olhos) que já usavam beta-bloqueadores por um período nunca inferior a seis meses e nos quais foi adicionado o latanoprost 0,005%.

Resultados: A média da pressão intra-ocular antes da associação era 18,70mmHg em ambos os olhos. Após um mês da associação ela diminuiu para 15,01mmHg e aos seis meses foi 14,43mmHg em ambos os olhos. A redução da pressão intra-ocular após um mês e após seis meses da associação mostrou-se significativa ($p < 0,01$). Não houve variação significativa nos valores observados entre um e seis meses da associação.

Conclusões: Latanoprost 0,005%, quando administrado uma vez ao dia em hipertensos oculares ou portadores de glaucoma crônico de ângulo aberto, usuários de beta-bloqueadores, apresenta efeito aditivo na redução da pressão intra-ocular que se mantém estável por seis meses.

*Dra. colaboradora do Serviço de Oftalmologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Oftalmoclínica Méier, COE-Rio.

**Dr. colaborador do Serviço de Oftalmologia da Universidade do Rio de Janeiro.

***Dra. colaboradora do Serviço de Oftalmologia da Universidade do Rio de Janeiro.

****Professor Titular da Cadeira de Oftalmologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Recebido para publicação em 01/08/00.

ABSTRACT

Additive ocular hypotensive effect of latanoprost 0.005% on previous beta antagonist-using patients

Objective: Evaluate the additive hypotensive effect of latanoprost 0.005% (Xalatan) on the eyes of hypertensive or glaucomatous patients with previous use of topic beta antagonists.

Patients e methods: The study comprised thirty-seven patients (sixty-eight eyes), already using beta antagonists for a period of not less than six months, and to which latanoprost 0.005% was added.

Results: Prior to the association, mean intraocular pressure was 18.70mmHg in both eyes. One month following the association, pressure went down to 15.01 mmHg and, after six months, to 14.43mmHg in both eyes. Intraocular pressure reduction after one month and after six months of the association proved significant ($p < 0.01$). There was no significant variation in the values observed between one end six months of the association.

Conclusions: Latanoprost 0.005% when administered once a day in patients suffering from ocular hypertension or chronic open angle glaucoma, and who are users of beta antagonists, displays an additive effect in the reduction of intraocular pressure which remains stable for six months.

INTRODUÇÃO

Glaucoma primário de ângulo aberto é uma doença crônica na qual ocorre destruição das células ganglionares da retina e seus axônios, comprometendo o nervo óptico e, como consequência, perda irreversível da função visual.

Um dos principais fatores de risco nesse processo é o aumento da pressão intra-ocular. A redução dos níveis pressóricos pode retardar ou diminuir significativamente os riscos de dano ao nervo óptico (Shields, 1992).

Dentre as drogas que diminuem a pressão intra-ocular, as mais freqüentemente utilizadas no glaucoma e na hipertensão ocular são os beta-bloqueadores tópicos (seletivo e não seletivo). Esta classe de droga age diminuindo a pressão intra-ocular através da diminuição da produção de humor aquoso pelo olho (Coakes et al., 1978).

Recentemente um novo grupo de agentes hipotensores oculares, as prostaglandinas, foi introduzido. Dentre eles, o latanoprost (PGF₂α) tem mostrado, em estudos clínicos, ser bastante eficaz em diminuir a pressão intra-ocular em

voluntários normais, hipertensos oculares e pacientes glaucomatosos (Villumsem et al., 1989a; Villumsem et al., 1989b; Camras et al., 1996), mesmo quando aplicado uma vez ao dia na concentração de 0,005% (Camras, 1996).

A redução da pressão intra-ocular obtida com o uso do latanoprost é feita pelo aumento do escoamento do humor aquoso através da via uveo-escleral (Nilsson et al., 1989; Ziai et al., 1993). Não foram notados efeitos significativos quanto à produção de humor aquoso com essa droga (Toris et al., 1993).

Em alguns paciente o uso de beta-bloqueadores não é suficiente para promover uma redução segura e eficaz da pressão intra-ocular, o que pode nos levar a associá-los com outros medicamentos.

Alm et al., 1997, verificaram que latanoprost 0,005%, quando associado ao timolol 0,5%, apresentava um efeito aditivo reduzindo a pressão intra-ocular.

O objetivo deste estudo é observar o efeito aditivo hipotensor ocular do latanoprost 0,005% quando adicionado a pacientes usuários de beta-bloqueadores.

PACIENTES E MÉTODOS

De uma amostra inicial de 188 pacientes (334 olhos) hipertensos oculares e glaucomatosos usuários de latanoprost, foram selecionados 37 pacientes (68 olhos) que obedeceram o seguinte critério: pacientes que usassem somente beta-bloqueador antes da associação por um período nunca inferior a seis meses e não apresentassem pressão intra-ocular segura.

Foram excluídos do grupo original pacientes que apresentavam história prévia de doenças ou cirurgias oculares (antes ou após o emprego do latanoprost), os que haviam sido submetidos a tratamento por laser (Trabeculoplastia ou Iridotomia antes ou após a associação das drogas), portadores de glaucomas secundários, pacientes sem aderência ao tratamento ou que suspenderam a segunda droga devido a efeitos colaterais.

Dos 37 pacientes (68 olhos), 15 eram do sexo masculino e 22 do sexo feminino (Tabela 1). A idade média foi $60,43 \pm 15,39$ anos; 27 pacientes eram de cor branca e 10 eram negros (Tabela 2); 28 eram portadores de olhos negros, 8 apresentavam olhos castanho claro e um olhos azuis (Tabela 3). Todos os pacientes apresentavam ângulo camerular aberto.

A pressão intra-ocular, antes da associação, foi calculada de três maneiras:

- Média aritmética das três últimas tonometrias nos pacientes que apresentavam várias medidas da pressão intra-ocular;
- Média aritmética de duas tonometrias nos pacientes dos quais só tínhamos duas medidas da pressão intra-ocular;
- Única tonometria se dispuséssemos de uma medida da pressão intra-ocular.

Nestes dois últimos casos a história clínica sempre nos garantia o uso do beta-bloqueador por período igual ou maior a seis meses.

Posteriormente a pressão intra-ocular foi obtida com quatro semanas e aos seis meses do emprego da associação.

Para análise dos dados foram realizados: média aritmética, mediana, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo.

Tabela 1

Distribuição de freqüências segundo sexo

SEXO	FREQUÊNCIA	%
Masculino	15	40,5
Feminino	22	59,5
Total	37	100,0

Tabela 2

Distribuição de freqüências segundo cor da pele

COR	FREQUÊNCIA	%
Branca	27	73,0
Negra	10	27,0
Total	37	100,0

Tabela 3

Distribuição de freqüência segundo cor dos olhos

COR/OLHOS	FREQUÊNCIA	%
Azul	1	2,7%
CC	8	21,6%
PRETO	28	75,7%
TOTAL	37	100,0%

Foi aplicado o teste "t" de Student para comparação da pressão intra-ocular do olho direito e olho esquerdo nos períodos pré, com um mês e aos seis meses da associação para verificar se haveria diferença significativa da pressão intra-ocular entre eles nesses períodos.

O teste "F" de Snedecor foi empregado para comparar a pressão intra-ocular nos momentos pré e pós (um mês e seis meses), e verificar se haveria diferença entre eles. Quando essa diferença foi significativa, utilizou-se o teste de Bonferroni para estudo dessas diferenças entre os momentos pré e pós (um mês), pré e pós (seis meses) e pós (1 mês) e pós (seis meses) da associação de drogas.

Em relação à diminuição percentual da pressão intra-ocular após um mês e seis meses da associação, foi utilizado mediana, valor mínimo e valor máximo devido à grande variabilidade dos valores encontrados.

O nível de significância adotado nas análises correspondeu ao nível de 5% de probabilidade ($p < 0,05$), segundo Campos (1983) e Rodrigues (1993).

RESULTADOS

Segundo o teste "t" de Student não houve diferença significativa, isoladamente, da pressão intra-ocular entre o olho direito e o olho esquerdo nos períodos pré, pós (um mês) ou pós (seis meses) da associação de drogas ($p > 0,05$) (Tabela 4). Por isso, nossos cálculos foram realizados considerando-se sempre os dois olhos.

De acordo com o teste "F" de Snedecor pudemos verificar que houve diferença significativa da pressão intra-ocular ($p < 0,01$) entre os momentos pré e pós (um mês) e pré e pós (seis meses) em ambos os olhos (Tabela 5). Não houve diferença significativa no nível de pressão intra-ocular entre o primeiro e o sexto mês da associação nos dois olhos. Quanto ao percentual de diminuição da pressão intra-ocular, devido à grande variabilidade dos valores encontrados, aplicamos o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Ele demonstrou não ter havido diferença significativa entre o percentual de diminuição entre o Olho Direito e o Olho Esquerdo ($p > 0,05$). O percentual de diminuição de Ambos

os Olhos foi 18,5 [(-24) 42] entre o período pré e seis meses da associação.

DISCUSSÃO

Os beta-bloqueadores e o latanoprost são drogas com mecanismos de ação diferentes, uma diminuindo a produção do humor aquoso e a outra facilitando sua drenagem através da via uveo-escleral. De sua combinação espera-se um efeito aditivo redutor da pressão intra-ocular como relatado por vários autores.

A literatura mostra que o latanoprost produz um efeito aditivo quando combinado com o maleato de timolol. Esta foi a primeira droga testada para se avaliar a aditividade hipotensiva do Latanoprost (Rulo, 1994). Vinte (20) pacientes com aumento da pressão intra-ocular foram divididos em dois grupos: o primeiro, com uma média de pressão intra-ocular de 24,2mmHg, recebeu timolol 0.5%; e o segundo, com uma média de pressão intra-ocular de 28,5mmHg, foi tratado com latanoprost 0,006%. As duas drogas foram usadas duas vezes ao dia por uma semana. A pressão intra-ocular foi reduzida em 5.9mmHg (24%) no primeiro grupo (tratado inicialmente com o timolol) e em 8.9mmHg (31%) no segundo grupo (tratado inicialmente com latanoprost). Na semana seguinte o primeiro grupo recebeu tratamento adicional com

Tabela 4

Médias aritméticas, desvios padrões e teste t de Student comparadas as Po de OD e OE nos três momentos do estudo

Momentos	OD		OE		Teste t	Nível de significância
	x	s	x	s		
Pré	18,23	2,55	19,20	2,64	-1,54	P = 0,13
1º mês	14,66	1,80	15,39	1,97	-1,61	P = 0,11
6º mes	14,11	2,10	14,76	2,14	-1,25	P = 0,22

Tabela 5

Médias aritméticas, desvios padrões e teste "F" de Snedecor, comparando-se Po nos momentos pré, 1 mês, 6 meses nos olhos direito e esquerdo

OLHO	MÉDIA ± DESVIO PADRÃO			Teste "F"	Nível de significância
	pré	1 mês	6 meses		
DIREITO	18,23±2,55	14,66±1,80	14,11±2,10	37,12	P = 0,001
ESQUERDO	19,20±2,64	15,39±1,97	14,76±2,14	37,03	P = 0,001

NOME	IDADE	SEXO	PELE	OLHO	GL	MED USO	PO PRE		PO POS OD	PO POS OE	DEPOIS	
							OD Pomedias	OE Pomedias	1 mês		OD Pomedias	OE Pomedias
AR	35	M	PT	PT	AB	B	16,0	20,0	15	17	16,0	16,0
CM	71	F	BR	PT	AB	B	16,6	19,6	16	17	13,0	13,0
EVA	68	F	BR	PT	AB	B	24,6	21,3	18	18	16,0	18,0
HGB	78	F	BR	PT	AB	B	20,0	19,5	12	15	12,0	11,0
LCF	58	F	BR	PT	AB	B	18,3	18,6	15	15	16,0	17,0
NFM	30	F	BR	PT	AB	B	18,0	18,0	14	16	15,0	17,0
NFF	66	F	PT	PT	AB	B	17,0	0,0	14	0	12,0	0,0
VLOS	44	F	PT	PT	AB	B	20,0	20,0	14	15	10,0	11,0
WCP	77	M	BR	CC	AB	B	17,0	0,0	14	0	12,0	0,0
ZCS	67	F	PT	PT	AB	B	21,6	24,3	15	15	16,0	16,0
ABM	77	F	BR	CC	AB	B	19,0	0,0	11	0	12,0	0,0
AMRS	86	F	BR	PT	AB	B	20,0	18,0	13	14	11,0	11,0
CAAZ	77	F	BR	CC	AB	B	0,0	18,6	0	16	0,0	16,0
DBBMJ	33	M	BR	PT	AB	B	20,6	22,3	16	15	16,0	15,0
DSC	66	F	BR	PT	AB	B	23,0	21,0	15	15	15,0	16,0
DMNS	70	F	BR	PT	AB	B	22,0	22,0	14	13	13,0	14,0
EM	77	M	BR	CC	AB	B	17,0	21,0	15	16	13,0	14,0
EMAS	48	F	PT	PT	AB	B	17,0	20,0	14	14	15,0	14,0
EE	58	F	BR	PT	AB	B	14,3	14,6	11	9	10,0	10,0
JCA	61	M	PT	PT	AB	B	0,0	23,0	0	18	0,0	17,0
LCS	47	F	BR	PT	AB	B	18,0	16,0	16	14	16,0	15,0
MIO	45	F	PT	PT	AB	B	16,0	15,5	12	15	9,0	13,0
WM	79	M	BR	PT	AB	B	18,0	17,0	13	13	13,0	14,0
MJBNS	79	F	PT	PT	AB	B	21,0	17,0	19	17	16,0	18,0
MAFFFL	68	F	PT	PT	AB	B	18,6	20,0	16	16	15,0	17,0
MSLC	52	M	BR	CC	AB	B	16,0	17,3	15	12	14,0	13,0
LCNP	40	M	BR	PT	AB	B	22,0	19,6	15	15	15,0	13,0
LCT	62	M	BR	CC	AB	B	17,0	17,6	14	15	15,0	15,0
LC	40	M	BR	CC	AB	B	14,6	17,0	14	19	14,0	15,0
JWB	54	M	BR	AZ	AB	B	15,6	16,2	15	15	15,0	16,0
JTS	83	M	BR	PT	AB	B	16,0	17,6	14	15	16,0	15,0
ZA	74	F	BR	CC	AB	B	19,0	19,0	16	16	15,0	14,0
WJPC	67	M	BR	PT	AB	B	14,0	0,0	14	0	14,0	0,0
RJS	48	F	PT	PT	AB	B	17,5	25,5	15	19	16,0	18,0
REMC	53	F	BR	PT	AB	B	15,3	16,3	19	16	14,0	13,0
PCO	46	M	BR	PT	AB	B	19,0	23,3	15	17	18,0	16,0
NLR	52	M	BR	PT	AB	B	18,5	17,0	15	16	16,0	16,0

latanoprost enquanto o timolol foi adicionado ao grupo inicialmente tratado com latanoprost. Ao final da segunda semana de tratamento a pressão intra-ocular sofreu outra redução de 2,6mmHg (13%) no grupo timolol e latanoprost (primeiro grupo) e 2,6mmHg (14%) no grupo latanoprost e timolol (segundo grupo).

Posteriormente Alm, em 1995, também demonstrou o efeito aditivo redutor da pressão intra-ocular do latanoprost 0,006% em 50 pacientes portadores ou de glaucoma de ângulo aberto ou de glaucoma capsular, usuários de timolol duas vezes ao dia. Nestes pacientes foi adicionado o latanoprost uma ou duas vezes ao

dia e, após três meses de tratamento combinado, a pressão intra-ocular do grupo que recebeu latanoprost 0,006% uma vez ao dia obteve uma diminuição adicional na pressão intra-ocular de 37% sobre a pressão intra-ocular base de 25mmHg. No regime de duas vezes a pressão intra-ocular diminuiu somente 28%. A diferença entre esses resultados foi significativa ($p < 0.01$), indicando que quando o latanoprost for associado ao timolol, deve ser feito uma vez ao dia.

A redução adicional encontrada por Rulo no primeiro grupo após 2 semanas (2,6mmHg) foi menor que a encontrada em nosso estudo após 4 semanas (3,69mmHg). Devemos levar em conta a diferença de metodologia aplicada nos dois estudos uma vez que no nosso os pacientes já usavam beta-bloqueadores por período maior e tanto a concentração quanto a posologia do latanoprost foram diferentes.

Seria conveniente chamar a atenção para os pacientes de números 29 e 35 (Tabela 6) que tiveram, em um dos olhos, percentual negativo após a associação, o que indicou que houve aumento da pressão intra-ocular. Analisando individualmente, constatamos que esses olhos apresentavam uma grande flutuação da pressão intra-ocular quando usavam somente beta-bloqueadores. Ao estabelecermos a média aritmética das três últimas pressões intra-oculares esta não reproduziu os níveis mais elevados. O paciente de número 30 está apresentando escurecimento da íris que é um efeito colateral do latanoprost.

No nosso trabalho verificamos que tanto em hipertensos oculares quanto em pacientes portadores de glaucoma crônico de ângulo aberto houve um efeito aditivo do latanoprost na redução da pressão intra-ocular média em ambos os olhos. Esta que era 18,70mmHg antes da associação diminuiu para 15,01mmHg após um mês e depois para 14,43mmHg aos seis meses da associação. Esta redução mostrou-se estatisticamente significativa ($p < 0,01$) entre o período pré e pós (um mês) e pré e pós (seis meses) da associação. Não houve diferença significativa entre a pressão intra-ocular média encontrada entre o primeiro e o sexto mês demonstrando, então, que o latanoprost 0,005% quando administrado uma vez ao dia em hipertensos oculares ou portadores de

glaucoma crônico de ângulo aberto, usuários de beta bloqueadores, apresenta um efeito aditivo benéfico na redução da pressão intra-ocular, que se mantém estável após seis meses.

Endereço para correspondência:

Dra. Mara Lucia Machado Fontes
Rua Sorocaba, 138
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22271-110

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alm, A.; Widengard, I.; Kjellgren, D. et al. - Latanoprost administered once daily caused a maintained reduction of intra ocular pressure in glaucoma patients treated concomitantly with timolol. *Br J Ophthalmol* 1995; 79: 12-16.
- Alm, A.; Camras, C. B.; Watson, P. G. - Phase III latanoprost studies in Scandinavia, the United Kingdom and the United States. *Surv Ophthalmol* 1997 Feb; 41 Suppl 2: S105-10
- Alm, A.; Widengard, I.; Kjellgren, D. et al. - Latanoprost administered once daily caused a maintained reduction of intra ocular pressure in glaucoma patients treated concomitantly with timolol. *Br J Ophthalmol* 1995; 79: 12-16.
- Campos, H. - Estatística Experimental não Paramétrica, 3 ed ESALQ, USP, São Paulo, SP, 1983, 349 p.
- Camras, C. B.; Alm, A.; Watson, P.; Stjernschantz, J. - Latanoprost, a prostaglandin analog, for glaucoma therapy. *Ophthalmology* 1996; 103: 1916-24.
- Camras, C. B.; United States Latanoprost Study Group - Comparison of latanoprost and timolol in patients with ocular hypertension and glaucoma: a six month, masked multicenter trial in the United States. *Ophthalmology* 1996; 103: 138-147.
- Coakes, R. L.; Brubakers, R. F. - The mechanism of Timolol in lowering intra ocular pressure. *Arch Ophthalmol*. 1978; 96: 2045-2048.
- Nilsson, S. E. F.; Sperber, G. O.; Bill, A. - The effect of prostaglandin f2 α -isopropyl ester (pgf2 α -ie) on uveoscleral outflow. *Prog Clin Biol res* 1989; 312: 429-436.
- Rodrigues, P. C. - Bioestatística, 2 ed aumentada, EDUFF, UFF, Niterói, RJ, 1993, 268p.
- Rulo, A. H.; Greve, E. L.; Hoyng, P. F. - Additive effect of Latanoprost, a prostaglandin f2 α analogue, and Timolol in patients with elevated intra ocular pressure. *Br J Ophthalmol* 1994 dec; 78(12): 899-902.

- Shields, M. B. - Textbook of glaucoma, 3 ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992; 172-88.
- Toris, C. B.; Camras, C. B.; Yablonski, M. E. - Effects of $\text{phx}\alpha 41$, a new prostaglandin $\text{f}2\alpha$ analog, on aqueous dynamics in human eyes. *Ophthalmology* 1993; 100: 1297-304.
- Villumsen, J.; Alm, A. - Prostaglandin $\text{F}2\alpha$ eye drop: effects in normal human eyes, *Br J Ophthalmol* 1989a; 73: 419-427.
- Villumsen, J.; Alm, A.; Soderstrom, M. - Prostaglandin $\text{f}2\alpha$ isopropylester eye drops : Effect of intraocular pressure in open-angle glaucoma. *Br. J. Ophthalmol* 1989b; 73: 975-979.
- Ziai, N.; Dolan, J. W.; Kacere, R. D.; Brubaker, R. F. - The effect on aqueous dynamics of $\text{phx}\alpha 41$, a new prostaglandin $\text{f}2\alpha$ analog, after topical application in normal and ocular hypertensive human eyes. *Arch Ophthalmology* 1993; 111: 1351-1358.

Prevalência da Miopia em Estudantes de Medicina da Universidade Federal do Paraná

Jackson Barreto Jr.* , Luciano Mont Serrat Prevedello*, Carolina Alves Silveira*, James Henrique Yared*, Fernando Cesar Abib**

RESUMO

Introdução: O desenvolvimento da miopia é uma questão ainda pouco esclarecida, principalmente quanto a possíveis fatores etiológicos como o *near work*. Baseado nisto, este estudo tem como objetivo conhecer a prevalência da miopia nos estudantes de Medicina e relacioná-la com a literatura referente à população, caracterizar o início e sua evolução, assim como a demanda de *near work* do acadêmico de Medicina.

Método: Estudou-se o histórico refrativo dos integrantes de três períodos do curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná, mediante questionário padronizado e conferência de lentes corretoras em uso, por meio de lensômetro óptico.

Resultados: Foram analisados 255 acadêmicos (165 homens; 90 mulheres), sendo que a média etária encontrada foi de $20 \pm 2,03$ anos. Constatou-se que 62,35% dos entrevistados possuía algum vício refrativo. Destes, 41,51% era míope e 35,85% míope e astigmata, contudo, os 22,64% restante não era míope.

Conclusão: A prevalência da miopia na população em geral é de, aproximadamente, 25%, segundo alguns trabalhos. Porém, no presente estudo, constatou-se uma elevada prevalência de 48,23% para os estudantes de Medicina. Atualmente, muitos estudos indicam que o desenvolvimento da miopia está relacionado, além da hereditariedade, com outros fatores como a demanda de *near work* que se refere ao esforço visual de perto. Desta forma, a elevada prevalência da miopia encontrada nos acadêmicos de Medicina poderia ser justificada pela demanda de trabalho visual para perto por eles exercida.

*Acadêmicos de Medicina do Sétimo Período - UFPR

**Médico Oftalmologista. Doutor em Oftalmologia - UFMG. Professor Adjunto do Departamento de Anatomia - UFPR.

Recebido para publicação em 01/08/00.

ABSTRACT

Myopia prevalence in medical students of the Federal University of Paraná

Introduction: The development of the myopia is still an unclear question mainly in regard to some possible etiological factors as the near work. Based on this, the objective of this study is to establish the prevalence of myopia in medical students comparing it with general population literature data, characterize the age of onset, evolution and the amount of near work exerted by them.

Method: The refractive history of three classes of medical students from the Federal University of Paraná was analyzed by means of a standard questionnaire and checking the corrective lens in use with a optic lensometer.

Results: A total of 255 students were analyzed (165 male; 90 female) and the mean age was $20 \pm 2,03$ years. It was determined that 62,35% had some refractive error. Among these, 41,51% were myopic and 35,85% myopic and astigmatic, however the remaining 22,64% were not myopic.

Conclusion: The myopia prevalence in general population comes close to 25% according to some studies. However, in the present study, a increased prevalence was detected for the medical students. Nowadays, many researchs indicate that myopia development is related to other factors, beyond the heredity, such as the amount of near work and the IQ. Therefore, the high myopia prevalence detected for the medical students could be justified by the amount of near work exerted by them.

INTRODUÇÃO

Atualmente, muitos estudos indicam que o desenvolvimento da miopia está relacionado, além da hereditariedade, com outros fatores como a demanda de *near work*, que se refere ao esforço visual de perto^{1,2}, e também com o coeficiente de inteligência (QI), dentre outros^{3,4}. Os estudantes de Medicina, que dedicam vários anos de estudo intensivo, estão sujeitos a uma maior probabilidade de desenvolver a miopia, como também, de progressão de uma miopia já estabelecida^{5,6}.

Baseado nisto, este estudo tem como objetivo conhecer a prevalência da miopia nos estudantes de Medicina e relacioná-la com a da literatura referente à população, caracterizar o início e sua evolução, assim como a demanda de *near work* do estudante de Medicina.

MATERIAIS E MÉTODOS

Utilizou-se amostragem composta por 255 acadêmicos do primeiro, terceiro e sexto períodos do curso de Medicina da UFPR. A coleta de dados foi realizada em um período de dois meses, por meio de questionário padronizado (Figura 1). Os entrevistados que apresentavam algum vício refrativo tiveram seus óculos mensurados utilizando-se lensômetro óptico da marca Magnum. Os alunos que não estavam com seus óculos na ocasião, ou que usavam lente de contato, foram solicitados a trazer os óculos ou prescrição oftalmológica. Excluiu-se da pesquisa os alunos que não estavam presentes em duas visitas consecutivas. Para o cálculo das prevalências entre os vícios refrativos utilizou-se o nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$) para se estimar o intervalo de confiança das proporções.

- 1 - Nome:
 2 - Idade:
 3 - Sexo: ☐ Feminino
 ☐ Masculino
 4 - Raça: ☐ Branco
 ☐ Negro
 ☐ Oriental
 5 - Se você tem miopia, com qual idade começou a usar óculos?
 anos.
 ☐ Não sei informar.
 6 - Qual foi a evolução aproximada em graus do início da miopia?
 ☐ Aumentou ☐ Até 0,5D ☐ Entre 1,5 e 2D
 ☐ Entre 0,5 e 1D ☐ Entre 2 e 2,5D
 ☐ Entre 1 e 1,5D ☐ Entre 2,5 e 3D
 ☐ Entre 1 e 1,5D ☐ Mais que 3D
 ☐ Diminuiu
 ☐ Manteve-se estável
 ☐ Não sei informar

7 - Quanto tempo você gasta em média por semana com trabalho de perto (estudo, leitura, computador) fora do horário de aula?
 horas por semana.

8 - Qual é a sua carga horária semanal?
 horas de aula.

Uso Exclusivo dos Pesquisadores

Conferência dos óculos:

OD Esf.: Cil.: Eixo:

OE Esf.: Cil.: Eixo:

Figura 1: Questionário padronizado.

RESULTADOS

Dos 255 estudantes entrevistados a média de idade encontrada foi de 20 ± 2 anos. Quanto ao sexo, 165 (64,71%) estudantes eram do sexo masculino e 90 (35,29%) do sexo feminino. A distribuição racial evidenciou que 226 (88,6%) eram da raça branca, 24 (9,4%) da raça amarela, 1 (0,4%) da raça negra e 4 (1,6%) de raças não determinadas.

Dos 255 estudantes, 159 (62,35%) apresentaram algum tipo de vício de refração, 91 (35,68%) não os apresentaram e 5 (1,96%) não souberam informar.

Dentre os que se constatou algum vício de refração, encontrou-se miopia em 66 (41,5%) estudantes, miopia associada ao astigmatismo em 57 (35,95%) estudantes, astigmatismo em 15 (9,4%) estudantes, hipermetropia associada ao astigmatismo em 11 (6,9%) estudantes, hipermetropia em 6 (3,8%) estudantes e 4 (2,5%) estudantes relataram vícios de refração, porém, não foram determinados. Estes valores estão representados no gráfico 1.

A prevalência encontrada da miopia (associada ou não ao astigmatismo) foi de $48,23 \pm 6,13\%$ e a dos demais erros refrativos (hipermetropia, associada ou não ao astigmatismo, e astigmatismo) foi de $14,11 \pm 4,27\%$, conforme gráfico 2.

A média de dioptrias do olho direito nos indivíduos míopes foi de $1,99 \pm 1,62$. A média de dioptrias do olho esquerdo foi de $1,96 \pm 1,66$.

A média da idade relatada para o início da miopia foi de $14,93 \pm 3,83$ anos. Quanto à sua evolução, 90 estudantes (73,17%) relataram aumento das dioptrias (D) e 18 (14,63%) relataram estabilidade. Dos 90 estudantes míopes que apresentaram progressão, em 34 (37,78%) houve aumento de até 1D, em 34 (37,78%) houve aumento de 1D a 2D, em 18 (20%) houve aumento de 2D a 3D e em 4 (4,44%) houve aumento acima de 3D. As tabelas 1 e 2 demonstram estas informações.

A média do tempo gasto com trabalho visual para perto (*near work*) foi de $17,69 \pm 10,32$ horas/semana. A carga horária semanal foi de $26,06 \pm 2,89$ horas/aulas por semana.

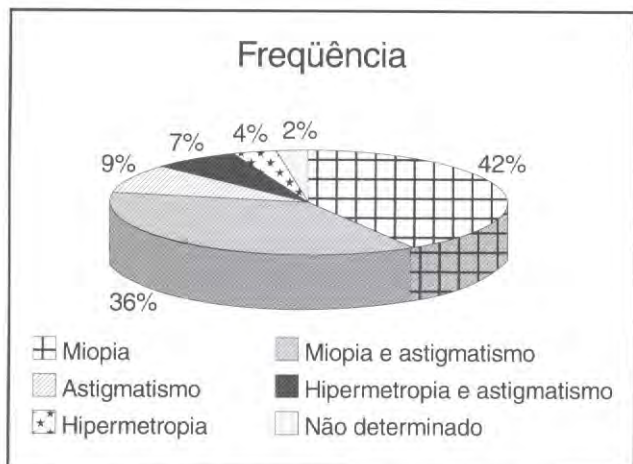


Gráfico 1: Frequência dos vícios refrativos encontrados.

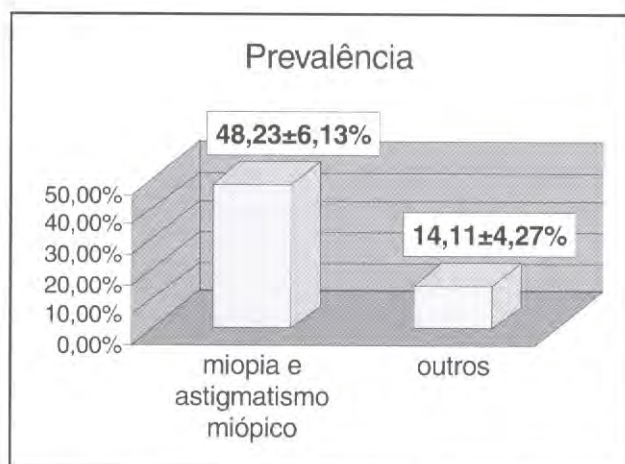


Gráfico 2: Comparação da prevalência da miopia (associada ou não ao astigmatismo) com os demais vícios refrativos.

TABELA 1**Quadro demonstrativo do comportamento da miopia**

Progressão	Ocorrências	Frequência
Aumentou	90	73,17%
Manteve-se estável	18	14,63%
Não soube informar	15	12,2%

TABELA 2**Quadro demonstrativo da progressão da miopia (D)**

Progressão	Ocorrências	Frequência
0-1	34	37,78%
1-2	34	37,78%
2-3	18	20%
Acima de 3	4	4,44%

Em um amplo estudo realizado com a população em geral nos Estados Unidos, foi encontrada a prevalência de 24,2% de míopes na faixa etária entre 25 e 34 anos⁶. Ainda segundo a literatura americana², a prevalência de qualquer grau de miopia em pessoas entre 12 e 54 anos é de 25%.

Nosso estudo corrobora os achados de Midelfart e cols.⁶ da Noruega, onde a prevalência de miopia em estudantes de Medicina é aproximadamente o dobro da população em geral.

No estudo de Midelfart e cols. foi encontrada a média de 16,2 ± 4,9 anos para primeira prescrição de lentes de correção para a miopia⁶; essa média é 4 anos maior que a média encontrada no estudo de Septon⁷, estudos estes referentes a universitários. No presente estudo, a média encontrada para o início da miopia foi de 14,93 ± 3,83 anos.

Na literatura, referente à população em geral, o início da maior parte dos casos de miopia ocorre entre 5 e 12 anos². A diferença destes relatos com o presente estudo, referente à idade do seu início, pode ser devida ao fator incremento do trabalho visual de perto, ao qual essa população estudada está sujeita, ou seja, a miopia com início mais tardio nos estudantes pode ser justificada pelo fato destes realizarem maior quantidade de trabalho de perto (*near work*) por volta dessa idade⁵. Recentemente alguns estudos, como o de Culhane & Winn⁸, mostraram que a miopia de início tardio está associada a um intenso esforço

DISCUSSÃO

Pode-se verificar que o vício refrativo mais freqüente entre os estudantes de Medicina é a miopia. A diferença entre a prevalência da miopia e a dos outros vícios refrativos juntos é estatisticamente significativa visto que não há interseção entre os respectivos intervalos de confiança. A prevalência da miopia também se mostrou maior que a da população em geral, contudo não podemos, com este estudo, fazer esta afirmação fundamentada em estatística devido à disparidade etária entre as populações.

acomodativo para perto, sendo que um possível distúrbio autônomo possa estar envolvido na miopia induzida pelo *near work*.

No que diz respeito à progressão da miopia nos estudantes de Medicina, 73,17% destes relatou ter havido algum aumento desde o seu diagnóstico. Em 75,56% destes houve aumento de até 2 dioptrias e em 24,44% houve aumento superior a 2 dioptrias, demonstrando uma clara progressão.

Entende-se por trabalho de perto todo esforço do sistema visual, realizado mediante acomodação, para focalização de objetos próximos. Isso ocorre em atividades como leitura, trabalho em frente ao monitor de um computador, dentre outros.

Existem fortes evidências de que o trabalho de perto está envolvido na fisiopatogênese da miopia, conforme é relatado em vários estudos^{1,2}.

Tay e cols. verificaram que tanto a prevalência quanto a severidade da miopia aumentaram proporcionalmente no nível de educação do indivíduo⁹. Ainda Francis e cols.¹⁰ observaram uma prevalência maior de miopia em crianças esquimós que tiveram educação compulsória em relação aos pais e avós que eram analfabetos.

No que diz respeito à média de tempo gasto com trabalho de perto, observou-se grande variação entre os indivíduos, sendo a média semanal despendida de $17,69 \pm 10,32$ horas. Esta variação pode ter ocorrido devido à subjetividade da questão e à disparidade de comportamento entre os acadêmicos de Medicina, fatores estes que podem dificultar a análise deste dado.

CONCLUSÃO

A miopia é o vício refrativo mais comum nos estudantes de Medicina, ocorrendo de forma mais freqüente que na população em geral. Esta diferença corrobora a importância do fator trabalho visual de perto como um dos agentes causais, além do fator hereditariedade, já estabelecido.

É de fundamental importância a realização de novos estudos que envolvam

o acompanhamento do grupo estudado ou similares, mediante exames periódicos, com o objetivo de detectar o real início da miopia e sua história natural para estabelecer bases mais detalhadas de causalidade. Talvez, então, possa se abrir uma porta para uma ainda inexpressiva tentativa de conduta preventiva para a miopia.

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Fernando Cesar Abib
Av. João Gualberto, 1731 - loja 2 - Juvevê
80030-001 - Curitiba - PR
E-mail: drfcabib@mps.com.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flitcroft, D. I. - Ophthalmologists should consider the causes of myopia and not simply treat its consequences, *Br J Ophthalmol* 1998;82:210-211.
2. Waring III, G. O. - Myopia: a brief overview. In: Waring III, G. O. (Ed.): *Refractive Keratotomy: for myopia and astigmatism*. First Ed. St Louis: Mosby-Year Book, Inc., 1992. c. 1, p. 03-15.
3. Teasdale, T. W.; Goldschmidt, E.; Fuchs, J. - Degree of Myopia to Intelligence and Education Level, *The Lancet* 1988, December 10, 1351-53.
4. Williams, S. M.; Sanderson, G. F.; Share, D. L.; Silva, P. A. - Refractive Error, IQ and Reading ability: A longitudinal study from 7 to 11; *Developmental Medicine and Child Neurology* 1998, 30, 735-742.
5. Shulkin, D. J.; Bari, M. M. - Deteriorating Vision: An occupational risk for the Medical Student; *Arch Ophthalmol*, 1986 - vol.104:1274.
6. Midelfart, A.; Aamo, B.; Sjøhaug, K. A.; Dysthe, B. E. - Myopia among medical students in Norway, *Acta Ophthalmologica*, 70(1992) 317-322.
7. Septon, R. D. (1984) - Myopia among optometry students. *Am J Optom Physiol Opt* 61: 745-751.
8. Culhane, H. M.; Winn, B. - Dynamic accommodation and myopia, *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 1999 Aug, 40:9, 1968-74.
9. Tay, M. T.; Au Eong, K. G.; N. G.; C. Y.; Lim, M. K. - Myopia and Educational Attainment in 421.116 Young Singaporean Males, *Ann Acad Med Singapore*, 1992, Nov; 21(6):785-91.
10. Francis A. Young et al. - The Transmission of Refractive Errors within Eskimo Families, *American Journal of Optometry and Archives of the American Academy of Optometry* 46, No 9, September, 1969.

Esclerotomia modificada na síndrome de efusão uveal

Rubens Camargo Siqueira*, Fabio Nogueira**, Fernando Oréfice***

RESUMO

Objetivo: Relatar resultado visual e anatômico após cirurgia escleral modificada em um paciente com síndrome de efusão uveal com descolamento da retina e coróide.

Local: Dep. de Uveíte do Hospital São Geraldo - UFMG.

Métodos: Em um paciente com descolamento de retina e coróide e síndrome de efusão uveal idiopática, realizamos esclerotomia sem sutura com espessura total no nível da *pars plana* sem esclerectomia.

Resultados: O descolamento de retina e coróide diminuiu o espessamento da coróide. Entretanto, o paciente não apresentou melhora visual.

Conclusão: A síndrome de efusão uveal que for refratária ao tratamento medicamentoso (altas doses de corticóides) pode ser manejável por esclerotomia com espessura total, sem sutura, e sem esclerectomia.

ABSTRACT

Modified sclerotomy in uveal effusion syndrome

Objective: To report visual and anatomic outcome after modified scleral surgery in one patient with uveal effusion syndrome with retinal and choroidal detachment.

Place: Dep. de Uveíte do Hospital São Geraldo - UFMG.

Methods: In one case with retinal and choroidal detachment and idiopathic uveal effusion syndrome we performed pars plana full-thickness unsutured sclerotomies without sclerectomy.

Conclusion: Uveal Syndrome that is refratary to medical treatment (high dose systemic corticosteroids) can be managed effectively by pars plana full-thickness unsutured sclerotomy without sclerectomy.

*Assistente do Dep. de Uveíte do Hospital São Geraldo - UFMG. Responsável pelo CERV - Centro Especializado Retina e Vítreo de Belo Horizonte. Responsável pelo CERV - Centro Especializado Retina e Vítreo de São José do Rio Preto - SP (Hospital do Olho).

**Assistente do Dep. de Uveíte do Hospital São Geraldo - UFMG.

***Prof. Titular de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da UFMG.

Recebido para publicação em 23/06/00.

INTRODUÇÃO

A síndrome de efusão uveal é uma rara condição caracterizada por descolamento exsudativo da retina e coróide, seguido de *leakage* de fluido da coriocapilar para a coróide ou espaço sub-retiniano. A efusão uveal pode ser classificada como idiopática, inflamatória (ex.: após trauma, cirurgia intra-ocular, uveítes, oftalmia simpática, doença de Harada, esclerite ou panfotocoagulação) ou hidrostática (fístula arteriovenosa dural, hipotonia e nanofthalmos)⁵.

O descolamento da retina é seroso sem roturas. O descolamento da coróide associado tem uma configuração anular e, no nível do epitélio pigmentário da retina (EPR), pode ser observado hiperpigmentação com padrão *leopard spot*.

O espessamento escleral geralmente associado com hipoplasia ou ausência do sistema venoso da vorticosa é notado na forma idiopática da síndrome de efusão uveal, nos casos de nanofthalmos e nos raros casos associados à síndrome de Hunter, no qual existe depósitos de glicosaminoglicanas nos tecidos, incluindo a esclera^{6,9}.

Os resultados dos tratamentos para síndrome de efusão uveal têm sido decepcionantes. Tratamento médico incluindo esteróides sistêmicos e antimetabólicos têm sido ineficazes. O tratamento cirúrgico apropriado para o descolamento de retina pode ter resultados desastrosos e pode levar à perda da visão.

Existe uma alta evidência de que a esclera anormal é responsável pela síndrome de efusão uveal e a cirurgia escleral envolvendo a descompressão da veia vorticosa e esclerotomia parece ser efetiva segundo alguns relatos⁴.

Neste estudo apresentamos 1 caso de síndrome de efusão uveal idiopática, no qual realizamos tratamento cirúrgico após falência no tratamento clínico, utilizando uma nova técnica de esclerotomia recentemente descrita por Falborn e cols. (1999)².

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 39 anos, sexo feminino, leucoderma.

HMA: Baixa da acuidade visual progressiva no olho esquerdo notada há, aproximadamente, 2 meses.

HP: NDN.

HF: NDN.

Exame clínico:

AV: OD = 20/20

OE = 20/400

Biomicroscopia:

Câmara anterior:

córnea transparente

ausência de células ou *flare*

Íris eutrófica / ausência de sinéquias

Cristalino transparente

Corpo vítreo: *haze* vítreo 1+/4+

Células vítreas 1+/4+

Fundo de olho: descolamento seroso da retina comprometendo pólo posterior e equador (Fig. 1) com áreas de hiperpigmentação alternadas com hipopigmentação do EPR comprometendo, também, pólo posterior e equador do olho esquerdo.

À angiofluoresceinografia observamos pigmentação do tipo *leopard spots* e ausência de *pinpoints*, o que é compatível com efusão uveal (Fig. 2).

Olho direito sem anormalidades significativas.

Realizado ecografia B onde foi observado descolamento plano exsudativo da retina com espessamento da coróide (aproximadamente 2,5mm) (Fig. 3). O vítreo apresentava-se silencioso.

Foi iniciada terapia com meticorten 80mg/dia, entretanto, não houve qualquer melhora na avaliação de 21 dias. Iniciamos esquema de pulsoterapia com metilprednisolona 1g/dia, 3 dias, com manutenção com meticorten 60mg/dia.

Após 30 dias, paciente apresentou, ao exame, quadro inalterado mantendo o descolamento de retina como, também, o espessamento da coróide.

Devido à falência do tratamento clínico optamos para o tratamento cirúrgico através da esclerotomia, como descrito a seguir.

Técnica cirúrgica

Realizado excisão conjuntival 360 graus no nível do limbo. Uma excisão escleral de espessura total de 8mm de comprimento e a 4mm do limbo, paralelo ao equador e com uma abertura lateral de 2mm, foi realizada nos



Fig. 1: Retinografia mostrando descolamento seroso da retina.



Fig. 2: Angiofluoresceinografia mostrando pigmentação tipo "leopard spots".

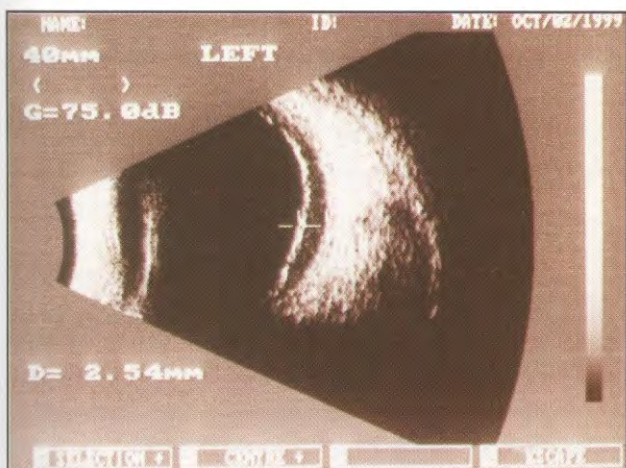


Fig. 3: Ecografia B mostrando espessamento da coróide e descolamento da retina.

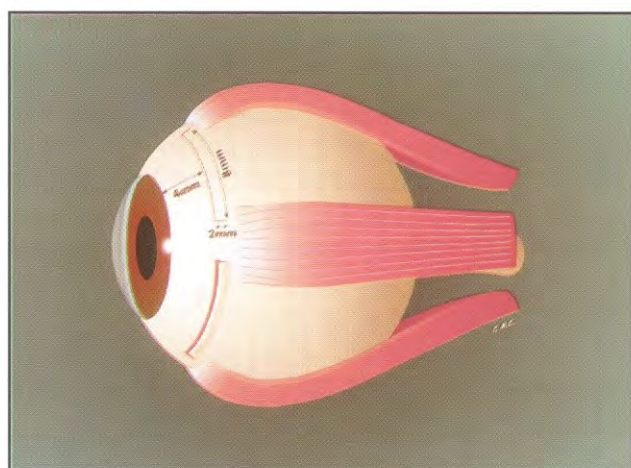


Fig. 4: Esquema mostrando técnica cirúrgica.

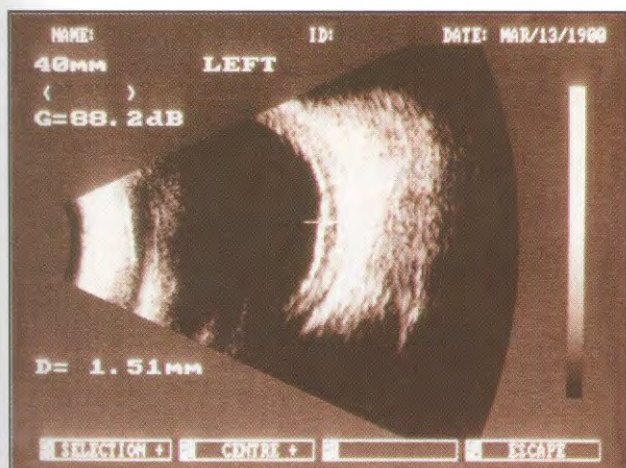


Fig. 5: Ecografia B do pós-operatório mostrando aplanamento da retina e diminuição da espessura da coróide com relação ao exame do pré-operatório.

quatro quadrantes (Fig. 4). Foi observado discreto vazamento do fluido supracoróide. A incisão escleral não foi suturada. Ao final da cirurgia a conjuntiva foi fixada no nível do limbo. A proposta desta técnica foi de deixar uma abertura de drenagem da coróide durante o período pós-operatório, permitindo o *out-flow* do fluido supracoróide e prevenindo o descolamento coróideo recorrente.

Evolução

Paciente apresentou aplanamento da retina com aproximadamente 45 dias de pós-operatório e diminuição da espessura escleral confirmado através de medidas ecográficas (espessamento de 1,50mm) (Fig. 5).

Observamos uma hipertensão ocular (32mmHg) durante os primeiros 21 dias com edema discreto de córnea, que melhorou após o uso de acetazolamida 250mg/dia durante 15 dias. Após este período a pressão intra-ocular atingiu níveis normais (16mmHg), permanecendo estável sem medicação hipotensora. O edema de córnea também cedeu após este período.

Não foi observado melhora da acuidade visual, provavelmente decorrente do longo tempo de evolução do descolamento de retina.

O quadro manteve-se estável em 6 meses de seguimento.

DISCUSSÃO

A síndrome da efusão uveal idiopática é caracterizada por um início insidioso de descolamento ciliocoroideano e descolamento secundário da retina em pacientes de meia idade. Outros achados comuns incluem olhos de tamanho normal (casos idiopáticos que não apresentam nanofthalmos), pressão intra-ocular normal, mínima celularidade vítrea, mudança do fluido sub-retiniano e alterações do epitélio pigmentário da retina do tipo *leopard spots*². O espessamento escleral está presente na maioria dos casos. A angiofluoresceinografia evidencia as alterações no nível do EPR e, tipicamente, demonstra ausência de *leakage* no nível do EPR. O diagnóstico é baseado nos achados clínicos e exclusão de outras causas de síndrome de efusão uveal.

Existe uma alta evidência de que a patogênese desta entidade envolve acúmulo anormal de proteoglicanas na esclera. O depósito de proteoglicanas resultaria num espessamento escleral, impedindo o *bulk flow* de proteínas através da esclera e inibindo a drenagem venosa através das veias vorticosas, resultando no acúmulo de fluido rico em proteínas na coróide e no espaço supracoróide. É provável que o acúmulo de proteoglicanas resulte de um defeito primário no metabolismo do fibroblasto escleral, podendo representar uma forma ocular de mucopolissacaridose³.

Blockhurst (1980)¹ descreveu a descompressão de vorticosa em olhos nanofthalmos com aplanamento da retina.

Gass (1983)^{4,7} concluiu que uma excisão de toda a espessura escleral é mais interessante do que o mais difícil procedimento de descompressão da veia vorticosa, pois a remoção da esclera alivia a barreira para a passagem de proteína do espaço supracoróide e sub-retiniano para o tecido retrobulbar.

Faulborn e cols. (1999)² descreveram uma nova técnica de esclerotomia realizada em 5 olhos de 4 pacientes com efusão uveal, nos quais obtiveram sucesso anatômico.

Em nosso caso, após falência no tratamento clínico através de altas doses de corticoesteróide, optamos para a realização da esclerotomia segundo a técnica de Faulborn.

No pós-operatório observamos aplanamento do descolamento de retina como também diminuição da espessura coroidal, entretanto, não observamos melhora da acuidade visual provavelmente conseqüente à perda da função devido ao tempo de evolução.

Com relação às complicações cirúrgicas, notamos um edema de córnea transitório e uma hipertensão ocular nos primeiros 20 dias que cedeu com terapêutica tópica. A possibilidade de hipertensão no pós-operatório foi sugerida por Falborn² devido ao fechamento de ângulo conseqüente à esclerotomia sem sutura, entretanto, nenhum caso foi descrito anteriormente.

Neste estudo apresentamos uma nova técnica cirúrgica, que não é tecnicamente difícil, como alternativa para tratamento da síndrome de efusão uveal que foi eficaz em produzir aplanamento da retina e diminuição da espessura da coróide.

Endereço para correspondência:

Dr. Rubens Camargo Siqueira
Rua Paraíba 330 / sala 1201 - Bairro Funcionários
Belo Horizonte - MG - CEP: 30130-140

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brockhurst, R. J. - Nanofthalmol eyes with uveal effusion. A new clinical entity. Arch Ophthalmol 1980; 98: 1987-1990.
2. Falborn, J.; Koll, H. - Sclerotomy in uveal effusion syndrome. Retina 1999; 6: 504-507.

3. Gass, J. M.; Sulayman, J. - Idiopathic serous detachment of the choroid, ciliary body and retina (uveal effusion syndrome). *Ophthalmology* 1982; 89: 1019-1031.
4. Gass, J. D. M. - Uveal effusion syndrome: a new hypothesis concerning pathogenesis and technique of surgical treatment. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 1983; 81: 247-260.
5. Guyer, D. R.; Yannuzzi, L. A.; Chang, S.; Shields, J. A.; Green, W. R. - *Retina Vitreous Macula*. Saunders. 1999.
6. Jalk, A. E.; Ávila, M. P.; Trempe, C. L.; Schepens, C. L. - Diffuse choroidal thickening detected by ultrasonography in various ocular disorders. *Retina* 1983; 3: 277-283.
7. Johnson, M. W.; Gass, J. D. M. - Surgical management of the idiopathic uveal effusion syndrome. *Ophthalmology* 1990; 97: 778-785.
8. Schepens, C. L.; Brockhurst, R. J. - Uveal effusion. Clinical picture. *Arch. Ophthalmol* 1963; 70: 189-210.
9. Ward, R. C.; Gragoudas, E. S.; Pon, D. M.; Albert, D. M. - Abnormal scleral findings in uveal effusion syndrome. *Am J Ophthalmol* 1985; 106:39-46.
10. Weiter, J.; Brockhurst, R. J.; Tolentino, F. I. - Uveal effusion following panretinal photocoagulation. *Ann. Ophthalmol* 1979; 11: 1723-1727.

Reflexo oculo-cardíaco em facoemulsificação Anestesia Tópica × Anestesia Peribulbar

Aileen Walsh*, Ana Paola Pinheiro**, Aloisio Cordeiro Jr.***, Armando Stefano Crema***

RESUMO

Objetivos: Verificar a ocorrência de reflexo oculo-cardíaco (ROC) quando a facoemulsificação endocapsular é realizada sob anestesia peribulbar e tópica.

Materiais e métodos: A amostra do trabalho foi constituída de 60 pacientes selecionados prospectivamente e submetidos à facoemulsificação endocapsular sob anestesia peribulbar (grupo 1 - 30 pacientes) e tópica (grupo 2 - 30 pacientes). Foram realizadas, em todos os pacientes, medidas da pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio no início da cirurgia (T1) e no per-operatório (T2).

Resultados: Não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre T1 e T2 nos pacientes do grupo 1. No grupo 2 a frequência cardíaca foi estatisticamente menor em T2; não foi verificada diferença estatisticamente significativa entre T1 e T2 na saturação de oxigênio e na pressão arterial. No grupo 2 dois pacientes (6,7%) apresentaram bradicardia sinusal e 3 pacientes (10%) apresentaram extra-sístoles supra-ventriculares.

Conclusão: A anestesia tópica não impede a ocorrência de ROC na facoemulsificação endocapsular.

*Mestre em Oftalmologia (UFRJ); Médica voluntária do Serviço de Oftalmologia do Hospital da Piedade (RJ); Médica do Instituto de Olhos Ipanema (RJ).

**Médicos anestesiológicos do Hospital Municipal Souza Aguiar (RJ).

***Mestre em Oftalmologia (UFRJ); Chefe do Setor de Catarata do Hospital da Piedade (RJ); Médico do Instituto de Olhos Ipanema.
Recebido para publicação em 01/08/00.

ABSTRACT

Oculocardiac Reflex in phacoemulsification
Topical × Peribulbar anesthesia

Purpose: To verify the presence of oculocardiac reflex (OCR) when endocapsular phacoemulsification is made under peribulbar and topical anesthesia.

Methods: The sample comprised 60 patients selected prospectively and submitted to endocapsular phacoemulsification under peribulbar anesthesia (group 1 - 30 patients) and topical anesthesia (group 2 - 30 patients). Measurements before (T1) and during surgery (T2), of arterial pressure, cardiac frequency, and oxygen saturation enabled evaluation of the OCR in all patients.

Results: It was not demonstrated difference among T1 and T2 in group 1. The cardiac frequency was lower in T2 than T1 in group 2; there was no difference among T1 and T2 in oxygen saturation and in arterial pressure in group 2. Two patients (6.7%) had sinus bradycardia, and 3 patients (10%) had supra-ventricular extra-systoles in group 2.

Conclusions: Topical anesthesia do not block OCR in endocapsular phacoemulsification.

INTRODUÇÃO

A anestesia peribulbar vem sendo utilizada para a cirurgia de catarata há vários anos. É um procedimento bastante seguro com baixo índice de complicações, em geral leves e associadas à injeção, como equimoses, edemas conjuntivais e palpebrais, e hemorragias sub-conjuntivais e/ou peri-orbitárias². Complicações locais mais graves podem ocorrer como perfuração do globo ocular, lesão do nervo óptico e hemorragia retrobulbar^{4,7}. Complicações sistêmicas podem ocorrer com a anestesia peribulbar, como parada respiratória¹⁴, convulsões, paradas cardio-respiratórias e óbitos⁷.

A anestesia tópica vem crescendo na preferência dos cirurgiões de facoemulsificação¹¹. Várias vantagens são relacionadas com a anestesia tópica, entre elas a eliminação das complicações inerentes às injeções e a possibilidade de proporcionar ao paciente recuperação imediata da visão^{3,5,6,10,13}. A falta de acinesia ocular e a presença de desconforto eventual, mesmo com complemento anestésico intra-cameral^{8,12}, são as principais desvantagens.

O ROC possui aferência trigeminal e eferência vagal, podendo ser desencadeado por

vários fatores, como por exemplo tração de musculatura extra-ocular e pressão sobre o globo ocular. A manifestação principal é a arritmia cardíaca com bradicardia, podendo ocorrer extrasístolia e até mesmo assistolia⁹. Estas complicações ganham relevância uma vez que em geral os pacientes submetidos à cirurgia de catarata são pacientes da terceira idade, com complicações médicas importantes, em geral cardiopatias e diabetes.

Os autores realizam a anestesia tópica na maioria dos seus casos, achando-a extremamente vantajosa, entretanto, em alguns casos observaram a ocorrência de arritmias como extrasístolias além de bradicardias importantes.

Os autores avaliaram a incidência do ROC durante a cirurgia de facoemulsificação, seja sob anestesia peribulbar seja sob anestesia tópica. Os resultados entre os dois tipos de anestesia foram, então, comparados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram incluídos no estudo 60 pacientes com indicação de cirurgia de catarata em setembro e outubro de 1999, que apresentavam estado físico ASA II ou melhor, e idade entre 29 e 89 anos

(média 67,16); 26 pacientes (43,33%) apresentavam hipertensão arterial controlada e 10 (16,6%) diabetes II controlado. Excluíram-se os pacientes com outras patologias oculares associadas, aqueles em uso de substâncias anti-arrítmicas e beta-bloqueadores, e aqueles com pressão arterial máxima $>$ ou $=$ 160mmHg e mínima $>$ ou $=$ 100mmHg.

Dois grupos de 30 pacientes foram selecionados conforme o tipo de anestesia empregada: grupo 1 - peribulbar; grupo 2 - tópica. Todos os pacientes do grupo 2 tiveram contacto prévio com o cirurgião e todos os pacientes do grupo 1 somente o conheceram no dia da cirurgia.

Nenhum paciente foi pré-medicado. Na sala de cirurgia todos foram monitorizados com ECG contínuo, pressão arterial não invasiva e oximetria de pulso, além de receberem oxigênio a 100% sob catéter nasal (3l/min.). Todos os pacientes do grupo 1 receberam propofol 1,5mg/kg por via intravenosa, sendo utilizado para o bloqueio peribulbar 6 a 7ml de uma solução de bupivacaína 0,75%, xilocaína 2% e hialuronidase 100 UTR. Todos os pacientes do grupo 2 receberam 5 séries de 2 gotas de bupivacaína 0,75% num intervalo de 2 minutos sobre o olho a ser operado, antes da cirurgia, e nenhum destes pacientes recebeu anestesia intra-cameral. Os pacientes dos dois grupos receberam midazolam 1,5 a 2,5mg associado a fentanil 25 a 50mcg por via venosa. Todos os pacientes foram operados pelo mesmo cirurgião (ASC), utilizando sempre a mesma técnica de facoemulsificação endocapsular através de uma incisão corneana temporal, e com implante com injetor de uma lente intra-ocular dobrável de silicone (AMO-SI30NB ou 40 NB) no saco capsular.

Foram realizadas, em todos os pacientes, medidas da pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio no início (T1) e durante a cirurgia (T2). A pressão arterial foi medida antes da cirurgia e em 3 momentos diferentes durante a cirurgia; para T2 foi considerado a menor das 3 medidas per-operatórias. A frequência cardíaca e a saturação de oxigênio foi medida continuamente e foi considerado o menor valor encontrado. Todas as medidas foram realizadas com os mesmos aparelhos.

Para análise estatística foi utilizado o Teste-t para duas amostras pareadas (T1 vs. T2), com

nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para as análises solicitadas foi utilizado o Teste-t para duas amostras pareadas (T1 vs. T2).

RESULTADOS

Os pacientes do grupo 1 não apresentaram diferença estatística na pressão arterial sistólica e diastólica, saturação de oxigênio, bem como da frequência cardíaca entre T1 e T2.

No grupo 2 a frequência cardíaca foi estatisticamente menor em T2 do que em T1. A saturação de oxigênio e a pressão arterial sistólica e diastólica foram estatisticamente semelhantes. Dois pacientes (29 e 30) - 6,7% - apresentaram importante bradicardia sinusal, sendo que um destes casos (paciente 29) cursou, com queda de 40% da frequência cardíaca durante a aspiração do núcleo, sem repercussão no débito cardíaco. Ainda neste grupo, 3 pacientes (1, 3, e 25) - 10% - apresentaram extrasístoles supraventriculares (5 a 6/minuto) durante a fase de aspiração do núcleo, que não acarretaram repercussões hemodinâmicas ou de débito cardíaco.

DISCUSSÃO

O sexo e a idade dos pacientes poderiam influenciar os parâmetros pesquisados, uma vez que muitos pacientes ficam ansiosos durante a cirurgia. Ambos os grupos apresentavam faixa etária e distribuição sexual semelhantes. Os pacientes do grupo 1 (peribulbar) não tiveram contato prévio com o cirurgião, o que também poderia contribuir para uma maior ansiedade. Entretanto, a maior ansiedade influenciaria no aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, o que não ocorreu.

Excluímos os pacientes com pressão arterial não controlada, uma vez que as medicações empregadas para o controle no per-operatório influenciariam nos resultados, o mesmo ocorrendo com aqueles em uso de anti-arrítmicos.

O ROC possui aferência trigeminal e eferência vagal, podendo ser desencadeado por vários fatores, como por exemplo tração de musculatura extra-ocular e pressão sobre o globo ocular.

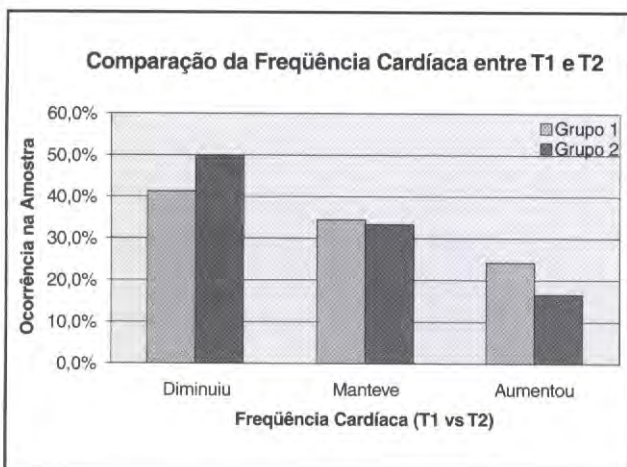


Gráfico 1: Comparação da frequência cardíaca entre T1 (pré-operatório) e T2 (per-operatório) nos grupos 1 (peribulbar) e 2 (tópica). No grupo 2 a porcentagem dos pacientes com diminuição da frequência foi estatisticamente significativa (Teste *t*-Student - $P < 0,05$).

Um dos fatores que atenua a incidência do ROC é o bloqueio da sua aferência, através do bloqueio do gânglio ciliar obtido pela injeção retro ou peribulbar, impedindo que o estímulo do arco reflexo se propague⁹. Na nossa casuística (grupo 1), não observamos alterações na frequência cardíaca, pressão ocular e na saturação de oxigênio, em nenhum tempo pesquisado, nos pacientes submetidos ao bloqueio peribulbar. Também nenhum destes pacientes apresentaram bradicardias e arritmias durante as cirurgias.

A anestesia tópica não bloqueia o gânglio ciliar¹. Na nossa casuística (grupo 2) não observamos alterações na pressão arterial e saturação de oxigênio, entretanto, houve diminuição significativa da frequência cardíaca durante a cirurgia (gráfico 1), o que não caracterizaria o ROC uma vez que poderia ser explicado pela sedação.

A manifestação principal do ROC é a arritmia cardíaca com bradicardia, podendo ocorrer extrasistolia e até mesmo assistolia⁹. Somente nos pacientes sob anestesia tópica (grupo 2) observamos alterações importantes na frequência cardíaca, com bradicardia sinusal em 2 pacientes (6,7%), sendo que em um deles houve queda de 40% da frequência cardíaca que, entretanto, não repercutiu no débito cardíaco. Observamos também neste grupo extra-sístoles supra-ventriculares (5 a 6/minuto) em 3 pacientes (10%), que não ocasionaram

repercussões hemodinâmicas ou de débito cardíaco. Estas alterações caracterizariam o ROC.

Quanto ao tempo cirúrgico, interessante observar que o ROC, na nossa casuística, ocorreu no grupo 2 sempre durante a fase de aspiração e emulsificação do núcleo, fase esta aonde a compressão ocular é grande, não só pela maior manipulação ocular como também pela pressão ocular aumentada pelos parâmetros de irrigação e aspiração elevados (utilizamos aparelho Alcon-Legacy, irrigação em 110cm, vácuo de 400mmHg e fluxo de aspiração em 34cc/min).

Selecionamos neste trabalho pacientes hígidos, com estado físico ASA II ou melhor, e imaginamos que estas alterações de ritmo cardíaco seriam mais intensas e potencialmente mais sérias em pacientes com risco cirúrgico mais avançado.

Consideramos a anestesia tópica extremamente vantajosa e a realizamos na maioria dos nossos casos, entretanto, ela não pode ser considerada imune a complicações. Com a cirurgia de facoemulsificação sob anestesia tópica, com alta precoce e realizada em unidades cirúrgicas em clínicas fora do ambiente hospitalar, existe uma tendência do paciente, e muitas vezes do oftalmologista, a banalizar o ato cirúrgico. Para estarem preparados a possíveis complicações desencadeadas pelo ROC, algumas delas potencialmente fatais, ao nosso ver quando a facoemulsificação é realizada sob anestesia tópica os oftalmologistas também devem pedir de rotina exames pré-operatórios e risco cirúrgico cardiológico, contar com a presença do anestesiológista constantemente monitorizando o paciente durante o ato cirúrgico, bem como contar com todo equipamento necessário para reanimação do paciente.

CONCLUSÃO

A anestesia tópica não impede o ROC durante a facoemulsificação, o que pode levar a complicações sistêmicas importantes nos pacientes candidatos à cirurgia de catarata.

Endereço para correspondência:

Profª Aileen Walsh
Rua Vinicius de Moraes, 179 - Ipanema
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22411-010

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bellucci, R. et al. - Intraocular penetration of topical lidocaine 4%. J. Cataract Refract. Surg. 1999; 25: 643-647.
2. Calil, S. L.; Caballero, J. C. S. - Anestesia peribulbar. In: Centurion, V. - Faco Total. Ed. Cultura Médica, Rio de Janeiro, 1999.
3. Crema, A. S. - Anestesia Tópica. In: Centurion, V. - Faco Total. Ed. Cultura Médica, Rio de Janeiro, 1999.
4. Davis, D. B. I. I.; Mandel, M. R. - Efficacy and complication rate of 16.224 consecutive peribulbar blocks. A prospective multicenter study. J. Cataract Refract. Surg. 20: 327-337.
5. Fine, I. H. - Phaco techniques with topical anesthesia. In: Modern Cataract Surgery. Ophthalmol. Interactive. 1998.
6. Fishkind, W. J. - Topical Anesthesia. In: Modern Cataract Surgery. Ophthalmol. Interactive. 1998.
7. Frayes, W. C. - Local anesthesia. In: Duane, T. D. - Clinical Ophthalmology. Harper & Row, Publishers, Inc., Philadelphia. PN, 1983.
8. Gills, J. P.; Cherchio, M.; Raanan, M. - Unpreserved lidocaine to control discomfort during cataract surgery using topical anesthesia. J. Cataract Refract. Surg. 1997; 23: 545-554.
9. Jacob, J. - General anesthesia. In: Duane, T. D. - Clinical Ophthalmology. Harper & Row, Publishers, Inc., Philadelphia. PN, 1983.
10. Kershner, R. M. - Topical anesthesia for small incision self-sealing cataract surgery. A prospective evaluation of the first 100 patients. J. Cataract Refract. Surg. 1993; 19: 290-292.
11. Leaming, D. V. - Practice styles and preferences of ASCRS members-1998 survey. J. Cataract Refract. Surg. 1999; 25: 851-859.
12. Masket, S. - Alternatives and supplements to topical anesthesia. In: Modern Cataract Surgery. Ophthalmol. Interactive. 1998.
13. Rezende, F. - Anestesia Tópica para cirurgia da catarata. In: Rezende, F. - Controvérsias e complicações em cirurgia ocular. Biblioteca Bras. Oftalmol. Ed. Cultura Médica. Rio de Janeiro, 1996.
14. Ribeiro, R. M. S. - Apnéia pós-bloqueio peribulbar em cirurgia de catarata: relato de caso e revisão da bibliografia. Arq. Bras. Oftalmol. 1999; 62: 262-264.

Aspectos do carcinoma basocelular da pálpebra na Região de Botucatu (São Paulo)

Ivana Cardoso Pereira*, Silvana Artioli Schellini**, Maria Rosa Bet de Moraes Silva**, Mariângela Esther Alencar Marques***, Carlos Roberto Padovani****

RESUMO

Objetivo: Avaliar as características dos portadores de carcinoma basocelular(CBC) da pálpebra que habitam em nossa região.

Local: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Método: Estudamos 100 portadores de CBC da pálpebra, atendidos na Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, avaliando a idade, sexo, localização da lesão, concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico, recorrência tumoral e sua associação com o tipo de tumor.

Resultado: A lesão mostrou-se mais freqüente em indivíduos com mais de 60 anos (72%), não havendo predominância quanto ao sexo. A maioria das lesões estava localizada na pálpebra inferior ou no canto interno (92%). Os tipos clínicos mais comuns foram o CBC ulcerado (45%) e o CBC nodular (38%). O tipo histopatológico mais comum foi o CBC sólido (64%). Ocorreu recorrência da lesão em 22% dos pacientes submetidos à exérese cirúrgica, sendo maior a taxa de recidiva em portadores de CBC metatípico e esclerodermiforme. Apenas 27% dos indivíduos com margens cirúrgicas acometidas apresentaram recidiva da lesão.

Conclusão: Comparando nossos achados com a bibliografia pertinente, foi possível concluir que o CBC na região avaliada tem as mesmas características que as observadas em outras regiões.

*Aluna do Curso de Graduação em Medicina - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

**Professora do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

***Professora do Departamento de Patologia - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

****Professor do Departamento de Estatística do Instituto de Biociências - UNESP.

Recebido para publicação em 01/08/00.

ABSTRACT

Eyelid basal cell carcinoma at Botucatu Region (São Paulo State)

Purpose: To study the characteristics of the eyelid basal cell carcinoma (BCC) carriers in Botucatu Region.

Place: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Method: We evaluated 100 patients with eyelid BCC in Botucatu Medical School - UNESP, according age, sex, localization, clinic appearance and histopathological exam, tumor recurrence and the association with tumor type.

Result: The majority of the carriers had above 60 years old (72%) and there wasn't sex predilection. The most common clinical type were the ulcerated (45%) and the nodular (38%). The histopathological exam showed the solid type was the most founded (64%). Recurrence after surgery happened in 22% of our patients and occurred more in metatypical and sclerodermiform types of BCC. Only 27% of the tumors with surgical wedges affected had recidive.

Conclusion: Comparing our results with others it was possible to consider that in our region the eyelid BCC has the same characteristics than in another regions.

INTRODUÇÃO

A pálpebra é revestida externamente pela epiderme e é separada da derme por uma membrana basal. Os carcinomas, tanto os basocelulares (CBC) quanto os espinocelulares, se originam das células basais do epitélio, por deficiência na maturação e ceratinização das células que crescem e penetram na derme, formando uma massa invasiva nodular que raramente metastatiza¹.

O CBC é a neoplasia maligna mais comum em humanos, e estima-se que 500.000 novos casos são diagnosticados por ano². Nas pálpebras, o CBC representa entre 77,53%³ e 96,0%² dos tumores palpebrais malignos. Afeta geralmente idosos, estando o maior número de portadores na faixa etária de 50 a 70 anos, e está associado com alta exposição aos raios ultravioletas^{1,4,5}. Todos os estudos apontam maior incidência de CBC em portadores de pele e olhos claros do que em negros⁶.

As localizações mais frequentes são: pálpebra inferior e/ou canto interno^{1,2,6,7,8,9}.

O CBC é bastante frequente em nosso meio, o que motivou a realização deste estudo, o qual teve por objetivos avaliar:

- se portadores de CBC palpebral, em nosso

meio, possuem as mesmas características dos de outras regiões;

- a associação entre diagnóstico clínico e histopatológico;
- a relação entre a ocorrência de recidiva segundo tipo clínico, histopatológico e acometimento das margens cirúrgicas.

MATERIAL E MÉTODO

Estudamos, retrospectivamente, 100 portadores de CBC da pálpebra, operados na Faculdade de Medicina de Botucatu, de janeiro de 1988 a maio de 1999, e que tiveram o diagnóstico confirmado por exame histopatológico.

Analizamos características do portador como: idade, sexo, raça e exposição solar no trabalho, e características do tumor como: localização, tipo clínico, tipo histopatológico, associação entre o diagnóstico clínico e o histopatológico e a presença de recidiva tumoral.

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística, sendo que o estudo da associação entre os diagnósticos foi realizado com intervalo de confiança de 95%; as comparações das frequências de ocorrência foram feitas pelo teste de proporções binomiais, considerando o

nível de 5% de significância, e nas tabelas de cruzamento foi aplicado o teste de Goodman¹⁰.

RESULTADOS

Dos 100 portadores de CBC palpebral, a maioria possuía mais de 60 anos (72%), porém, ressaltamos a sua ocorrência em todas as faixas etárias estudadas. O resultado do teste estatístico ($X^2 = 0,64$; $P > 0,05$) evidenciou não haver predomínio em determinado sexo; além disso, o teste estatístico ($X^2 = 1,44$; $P > 0,05$) não conseguiu demonstrar relação entre a exposição solar no trabalho e o desenvolvimento do tumor (Gráfico 1).

O diagnóstico clínico e o histopatológico forma coincidentes em 91 pacientes. A análise estatística mostrou que a concordância entre os diagnósticos variou de 85,12% a 96,88% (85,12% $\leq$ concordância $\leq$ 96,88%) (tabela 1).

A localização do tumor ocorreu, principalmente, na pálpebra inferior (47%) e canto interno (45%) (figura 1).

Os tipos clínicos mais freqüentemente encontrados foram o ulcerado (45%) e o nodular (38%). Avaliando-se a relação entre localização e tipo clínico, no canto interno, ocorreu mais o CBC nodular ou ulcerado; no canto externo e na pálpebra inferior, mais o ulcerado, e na pálpebra superior, os tipos ulcerado e nodular (tabela 2).

O tipo histopatológico mais freqüentemente encontrado foi o tipo sólido (64%), que predominou na pálpebra inferior e canto interno; também os tipos esclerodermiforme, adenocístico e multicêntrico foram os mais encontrados nestes locais; o metatípico predominou na pálpebra inferior e o ceratótico no canto interno (tabela 3).

Dos 100 pacientes estudados, 78% evoluiu para a cura e 22% dos pacientes apresentou recidiva da lesão após a exérese cirúrgica. A Tabela 4 apresenta a relação entre a recidiva e o tipo clínico.

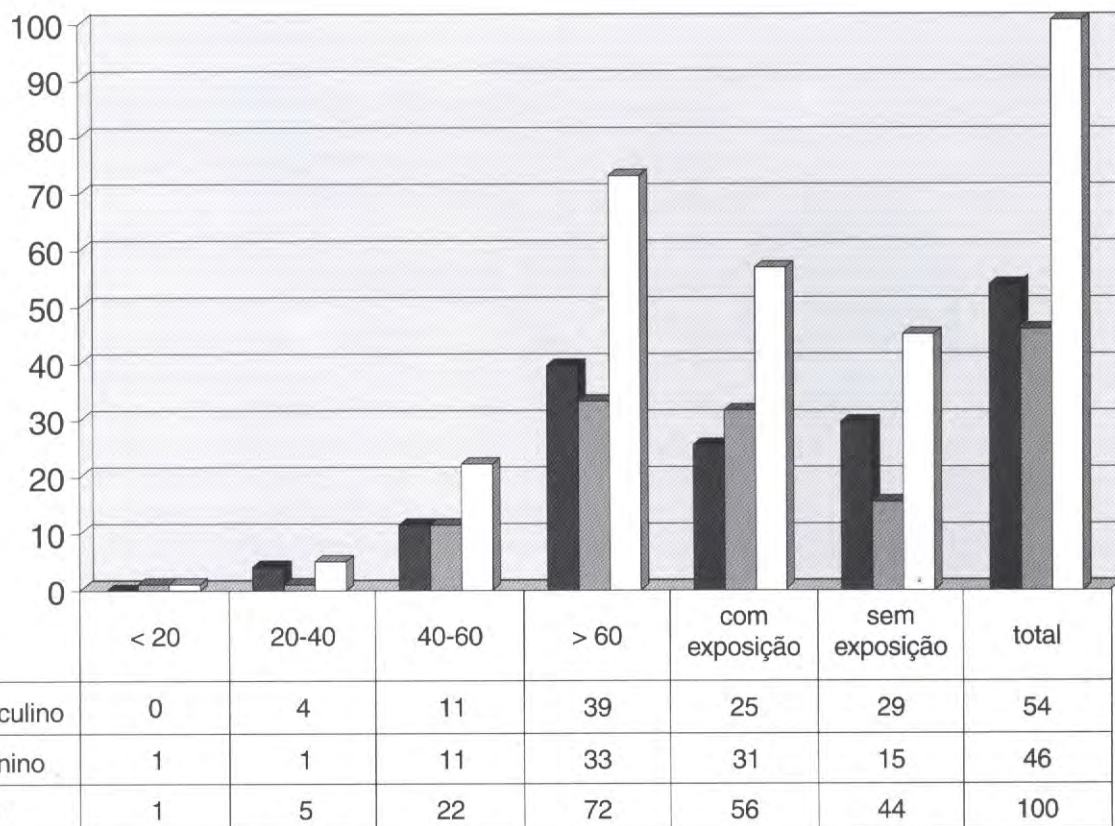


Gráfico 1: Carcinoma Basocelular - distribuição quanto à faixa etária, sexo e exposição solar no trabalho.

Tabela 1
Carcinoma Basocelular - associação anatomo-clínica

Lesão	Diagnóstico Clínico		Diagnóstico Histopatológico	
	Nº pacientes	%	Nº pacientes	%
Ca Baso	91	91,0	100	100,0
Lesão Benigna	6	6,0		
Outro tumor maligno	3	3,0		
Total	100	100,0	100	100,0

85,12% ≤ concordância ≤ 96,88%

Tabela 2
Carcinoma Basocelular - distribuição quanto ao tipo clínico e localização

	Canto interno	Canto externo	Inferior	Superior	Total
Ulcerado	18 (40,0%)	2 (66,67%)	23 (48,94%)	2 (40,0%)	45 (45,0%)
Nodular	21 (46,67%)	0 (0%)	15 (31,91%)	2 (40,0%)	38 (38,0%)
Cicatricial	4 (8,89%)	0 (0%)	4 (8,51%)	1 (20,0%)	9 (9,0%)
Pigmentado	2 (4,44%)	1 (33,33%)	5 (10,64%)	0 (0%)	8 (8,0%)
Total	45	3	47	5	100

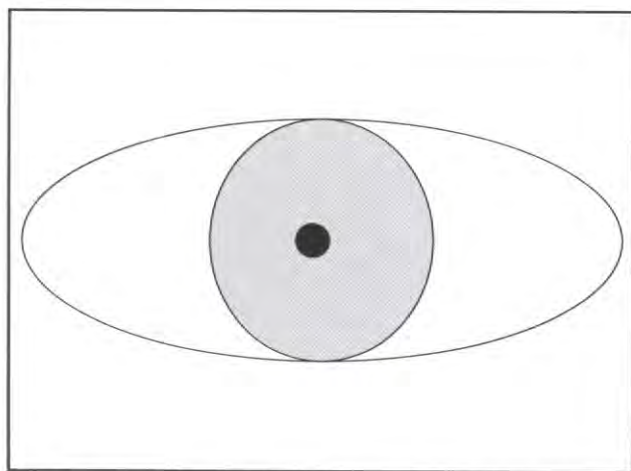


Fig. 1: Carcinoma Basocelular - localização na pálpebra.

Pudemos constatar que apenas no tipo pigmentado não houve recidiva, enquanto que, nos outros tipos clínicos, o índice de recidiva foi o mesmo.

Com relação à recidiva e o tipo histopatológico, os tipos metatípico e esclerodermiforme apresentam as maiores taxas de recidiva, com valores muito mais altos que os encontrados nos outros tipos histológicos (tabela 5).

As margens cirúrgicas estavam comprometidas em 20% dos casos, mas dentre estes pacientes, apenas 6 (27,27%) apresentaram recidiva tumoral.

DISCUSSÃO

O CBC caracteriza-se por apresentar crescimento lento, com pouquíssimas chances de acometimento linfático ou metástases; inclusive alguns autores preferem o termo epiteloma ao invés de carcinoma, devido ao comportamento pouco agressivo que este tumor apresenta. Porém, a localização e o grau de infiltração são fatores de grande malignidade¹. O CBC pode invadir localmente, estendendo-se para a órbita e ossos nasais, havendo risco de morte por acometimento de estruturas nobres, como o cérebro⁶. O CBC do canto medial é o que mais frequentemente invade a órbita, provavelmente devido ao fato de a pele nesta região estar em contato íntimo com o periósteo e tecidos frouxos. Um dos indícios de invasão tumoral na órbita seria a restrição da movimentação ocular^{1,6}.

Tabela 3

Carcinoma Basocelular - distribuição quanto ao tipo histológico e localização

	Sólido	Escleroderm.	Ceratótico	Metatípico	Adenocístico	Multicêntrico	Não especificado
Inferior	30 (46,88%)	2 (50,0%)	0 (0%)	2 (50,0%)	3 (42,86%)	1 (50,0%)	9 (52,94%)
Superior	4 (6,25%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25,0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Canto interno	28 (43,75%)	2 (50,0%)	2 (100,0%)	1 (25,0%)	4 (57,14%)	1 (50,0%)	7 (41,18%)
Canto externo	2 (3,13%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,88%)
Total	64	4	2	4	7	2	17

Tabela 4

Carcinoma Basocelular - distribuição quanto ao tipo clínico e presença de recorrência tumoral

	Recorrência +	Recorrência -	Total (%)
Ulcerado	10 (22,22%)	35 (77,78%)	45
Nodular	10 (26,31%)	28 (73,69%)	38
Plano cicatricial	2 (22,22%)	7 (77,78%)	9
Pigmentado	0 (0%)	8 (100%)	8
Total	22 (22%)	78 (78%)	100 (100%)

Tabela 5

Carcinoma Basocelular - distribuição quanto ao tipo histológico e presença de recorrência tumoral

	Recidiva +	Recidiva -	Total
Sólido	8 (12,5%)	56 (87,5%)	64
Esclerodermiforme	3 (75%)	1 (25%)	4
Ceratótico	0 (0%)	2 (100%)	2
Metatípico	3 (75%)	1 (25%)	4
Adenocístico	1 (14,28%)	6 (85,72%)	7
Multicêntrico	0 (0%)	2 (100%)	2
Não especificado	7 (41,17%)	10 (58,83%)	17
Total	22 (22%)	78 (78%)	100 (100%)

A incidência do CBC parece estar diretamente relacionada com o aumento da idade; em nossa casuística, 94% dos casos ocorreu em pacientes com mais de 40 anos, com o pico da incidência em indivíduos acima de 60 anos (72%), concordando com outros estudos^{1,2,3,6,7,8}.

Com relação à localização predominantemente na pálpebra inferior e/ou canto interno (92%), também houve concordância com outros autores^{1,2,3,6,7,8}.

O CBC acometeu homens e mulheres nas mesmas proporções, fato já observado por outros^{2,8}, mostrando que expostos aos mesmos agentes agressores, ambos os sexos possuem a mesma probabilidade de desenvolver lesões.

A exposição solar é um fator de risco importante^{1,2,5,6,9}. Porém, neste estudo, não foi possível caracterizar associação entre a ocorrência de CBC e a exposição solar. É difícil

identificar o nível de exposição solar a que se submetem os indivíduos, principalmente em estudos retrospectivos. Avaliando-se pela profissão, os dados podem não ser fidedignos, pois muitos indivíduos exercem atividades não relacionadas com suas profissões.

A relação do CBC com exposição solar, ainda que não demonstrada neste estudo, seguramente existe. Corroborando com esta assertiva: 1) o CBC ocorre nas áreas de pele que ficam expostas ao sol^{1,5}; 2) há declínio de incidência de 10% a cada aumento de 1 grau de latitude⁵; 3) é possível a indução do tumor em animais de experimentação usando-se radiação ionizante⁵.

De qualquer modo, acredita-se que além da radiação ultravioleta, outros fatores também devam existir, tais como: predisposição ao desenvolvimento de tumores (33,4% dos portadores de CBC de pálpebra apresenta outros tumores na face); exposição à carcinógenos; predisposição genética ou a fatores imunológicos (xeroderma pigmentoso, albinismo)¹.

Apesar de a lesão palpebral ser bastante aparente, freqüentemente o paciente negligencia o tratamento. Além dos casos em que o paciente demora a procurar o tratamento, há também aqueles em que o CBC é confundido com lesões benignas, retardando o início do tratamento adequado.

O CBC pode ter várias formas clínicas, o que dificulta o diagnóstico. É possível encontrar CBC dos tipos: nodular (sólido), ulcerado, cicatricial (esclerosante, *morphea*), pigmentado, cístico (adenóide), fibroso e metatípico. Neste estudo, o tipo clínico mais freqüente foi o ulcerado (45%). O tipo nodular foi o segundo nesta casuística (38%), sendo apontado como a forma mais freqüente de CBC por Shields². Clinicamente é visto como um nódulo de bordas peroladas e endurecidas, com finos vasos telangiectásicos e com o centro deprimido. O tipo plano cicatricial, também conhecido como esclerosante, apareceu em 3º lugar (9%), sendo tumor relativamente plano e inaparente, com coloração pálida e bordas pouco definidas; pode haver dificuldade no diagnóstico e na definição do tamanho da ressecção¹. O outro tipo encontrado foi o pigmentado (8%) que pode ser confundido com melanoma palpebral ou ceratose seborréica¹.

Devido à grande diversidade de apresentações clínicas do CBC, nem sempre o diagnóstico é feito corretamente, sendo o exame histopatológico importante para a confirmação diagnóstica. O tumor é caracterizado histologicamente pela presença de células de núcleos grandes, ovais ou alongados, rodeados por escasso citoplasma; a separação do citoplasma de células vizinhas é pouco definida e a relação núcleo-citoplasma está alterada, havendo grande quantidade de núcleos, sem muitas variações no tamanho ou intensidade de coloração, e sem mitoses anômalas; o estroma adjacente ao tumor freqüentemente apresenta numerosos fibroblastos jovens e ausência de pontes intercelulares.

As variações anatomo-clínicas decorrem da proliferação de diferentes estruturas, como por exemplo, a proliferação de glândulas caracteriza o CBC do tipo adenóide^{1,4,6}. O mais freqüente dos tipos, segundo o aspecto histológico, é o sólido ou "comum", que foi encontrado por nós em 64%, concordando com outros relatos onde se encontrou de 60,88%² a 69,1%⁴. Além do tipo sólido, foram encontrados os seguintes tipos: adenocístico, esclerodermiforme, metatípico, multicêntrico e ceratótico. As formas metatípica, esclerodermiforme e adenocística são apontadas como as mais agressivas^{1,4}. De fato foi observado, nesta casuística, uma maior ocorrência de recidiva após a exérese cirúrgica nos tipos metatípico e esclerodermiforme. O tipo pigmentado foi o único a não ter recidiva; a fácil delimitação das bordas e a exérese com margem de segurança podem ter auxiliado nestes casos.

O número de recidivas que tivemos (22%) está no intervalo descrito por outros, onde os índices variaram entre 14,3%¹¹ e 23,9%⁸.

A realização do exame histopatológico foi importante para a confirmação do diagnóstico do CBC e possibilitou conhecer o tipo, a profundidade da lesão e o acometimento das margens cirúrgicas. O tamanho e a profundidade do tumor estão intimamente relacionados ao índice de recidiva. É importante ressaltar que o comprometimento das margens não necessariamente implica em recidiva tumoral, já que dos 22 pacientes que apresentaram novo tumor, apenas 27,26% apresentava margens cirúrgicas acometidas. Sigurdsson et al.⁹ encontraram, entre os pacientes que apresentaram recidiva, 38% apresentava margens cirúrgicas acometidas.

INTRODUÇÃO

A órbita pode ser sítio de tumores linfóides benignos, ou de tumores malignos, como os linfomas. Essas lesões podem levar à confusão clínica em relação ao diagnóstico anatomo-patológico devido à órbita ser um sítio extranodal de tumores linfóides^{1,3}. Os linfomas podem ocorrer nas regiões: palpebral, conjuntival, intra-ocular e orbitária, incluindo glândula lacrimal^{2,3}.

Pelo fato de os tecidos orbitários não apresentar linfonodos, qualquer massa linfóide dentro da órbita é considerada extremamente anormal³.

RELATO DOS CASOS

Paciente 1: 44 anos, balconista, natural do Rio de Janeiro.

Queixa Principal: "Aumento do olho"

Paciente refere proptose há, aproximadamente, seis meses, nega cirurgias e/ou trauma ocular. Procurou hospital de emergência apresentando dor. Foi internado e feito diagnóstico de endoftalmite com hipótese de possível foco dentário. O tratamento baseou-se em antibioticoterapia sistêmica (intravenosa) e tópica, de Vancomicina e Gentamicina. Foi examinada pelos autores após quatorze dias de tratamento sem remissão do quadro clínico.

Exame Oftalmológico:

Acuidade Visual: OD: Amaurose; OE: 20/40.

Ectoscopia: Proptose intensa simulando luxação do bulbo ocular (Figura 1).

Exoftalmometria de Hertel: impraticável.

Biomicroscopia: úlcera de córnea, hipópio em câmara anterior, quemose.

Investigação:

Hemograma completo, VDRL e FTA-ABS, sorologia para HIV, VHS.

U.S.G. ocular e de órbita, T.C, R.N.M e Biópsia incisional.

U.S.G. ocular - imagem sugestiva de vitreíte, descolamento de retina e coróide, espessamento da cápsula de Tenon, inflamação da gordura orbitária confirmando a hipótese inicial de endoftalmite.

T.C de órbita - massa orbitária homogênea intra e extra-conal superior e anterior ao bulbo ocular, afastando a hipótese de endoftalmite (Figura 2).

Foi, então, sugerido que se fizesse nova U.S.G., agora enfatizando a órbita.

U.S.G. de órbita - tumor retrobulbar com imagem ecográfica de baixas e médias refletividades com maior extensão no pólo posterior e ao redor do nervo óptico, e infiltração coroideana posterior (Figura 3).

R.N.M. - Lesão expansiva isointensa predominantemente intra-conal, de limites precisos e contornos algo lobulados, e extensão para a coróide determinando o descolamento de retina.

Observa-se, também, líquido sub-retiniano, com sinal hiperintenso em T1 e hipointenso em T2, compatível com hemorragia sub-aguda (Figura 4).

Biópsia incisional: aspecto em "carne de peixe" com coloração vermelho-amarelada.

Diagnóstico: Linfoma não Hodgking, de baixo grau (Working Formulation).

Tratamento: paciente foi submetida a três semanas de radioterapia (3.500 rads) (Figura 5).

Paciente 2 - 62 anos, sexo masculino, natural e residente no Rio de Janeiro.

Queixa Principal: "Olho vermelho há 5 meses".

Exame Oftalmológico:

Acuidade Visual: OD: 20/20; OE: 20/60.

Ectoscopia: Nódulo palpável em órbita antero inferior esquerda, indolor e móvel.

Exoftalmometria de Hertel: OD: 20mm; OE: 24mm.

USG de Órbita: Em quadrantes orbitários nasal e temporal inferiores foram observadas imagens de massas acústicas de baixa refletividade. Estrutura interna regular, contornos nítidos e irregulares, forma variável de aspecto infiltrativo observado, principalmente, próximo ao músculo reto medial.

TC: Lesão hiperdensa peri e retrobulbar do olho esquerdo e espessamento do músculo reto medial.

Biópsia incisional:

Diagnóstico: Linfoma centrocítico difuso (Lennert/Kiel).

Linfoma de baixo grau de malignidade (Working Formulation).

Estudo seqüencial do uso de multifocais na esotropia com elevada relação convergência acomodativa/acomodação

Liana Oliveira Ventura*, Isabelle Rodrigues Pereira Tito**, Daniela Endriss Carneiro Campelo**, Eveline Araújo Barros***, Albert Dickson de Lima****

RESUMO

Objetivo: Os esodesvios adquiridos associados à ativação do reflexo da acomodação são bastante comuns na clínica oftalmopediátrica. Os autores objetivam neste estudo relatar os achados preliminares de um projeto piloto realizado em pacientes que utilizaram lentes progressivas AO Compact® do laboratório Sola Brasil, no tratamento da esotropia com elevada relação convergência acomodativa/acomodação (CA/A).

Local: Hospital de Olhos de Pernambuco.

Métodos: Aos pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão para o estudo, prescreveram-se lentes multifocais do tipo AO Compact®. Examinaram-se o status binocular prévio e, mensalmente, após o uso do novo tratamento.

Resultados: Doze (85,7%) do total de 14 pacientes estudados demonstraram resposta motora satisfatória com o uso das lentes progressivas. Houve melhora e/ou estabilidade do estado sensorial (estereopsia) em nove pacientes (64,2%). Nenhum paciente retornou ao uso de bifocais após o uso de lentes progressivas.

Conclusão: O uso de lentes progressivas do tipo AO Compact® no tratamento da esotropia com elevada CA/A mostrou-se eficaz nesse grupo de pacientes estudados na redução do ângulo do desvio para perto mantendo o status sensorial e motor adquirido.

Apresentado sob a forma de tema livre no XIV Congresso Latino Americano de Estrabismo (14 de abril de 2000 - São Paulo - SP). Os autores declaram não possuir interesse financeiro no desenvolvimento e marketing dos materiais referidos no estudo.

*Pós-graduanda, nível Doutorado, da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenadora do Curso de Especialização em Oftalmologia da Fundação Altino Ventura. Coordenadora do Departamento de Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo do Hospital de Olhos de Pernambuco e da Fundação Altino Ventura.

**Médica, aluna do primeiro ano do Curso de Especialização em Oftalmologia da Fundação Altino Ventura.

***"Fellow" em Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo do Curso de Especialização em Oftalmologia da Fundação Altino Ventura.

****Médico, aluno do segundo ano do Curso de Especialização em Oftalmologia da Fundação Altino Ventura.

Recebido para publicação em 24/05/00.

O sucesso do tratamento requer apreciação da expressão clínica do tumor, assim como do seu comportamento biológico. Fatores como a localização, tamanho, ritmo de crescimento e estado imunológico do paciente estão implicados no resultado do tratamento.

É importante adotar medidas de prevenção e seguimento longo e criterioso destes pacientes, a fim de evitarmos complicações sérias que podem advir, tanto para a visão, como para a saúde geral dos portadores do CBC da pálpebra.

CONCLUSÃO

O CBC é bastante freqüente em nossa região e, assim como em outras regiões, ocorre geralmente em indivíduos acima de 60 anos (72%), mais na pálpebra inferior e/ou canto interno (92%). Neste estudo não foi caracterizada predileção por sexo ou à exposição solar.

A associação entre o diagnóstico clínico e o histopatológico esteve entre 85,12% e 96,88%.

Os tipos clínicos mais encontrados foram o ulcerado (45%) e o nodular (38%). Ambos os tipos predominaram na pálpebra inferior e/ou canto interno.

O tipo histopatológico mais encontrado foi o sólido (64%), também predominando na pálpebra inferior e/ou canto interno.

A taxa de recorrência após exérese cirúrgica foi de 22%. O tipo pigmentado foi o menos associado com a recorrência, que ocorreu principalmente nos tipos esclerodermiforme e metatípico.

A presença de margem cirúrgica comprometida não foi sinônimo de recidiva, que ocorreu em 27,26% dos casos.

Endereço para correspondência:

Profª Silvana Artioli Schellini
 Depto. de OFT/ORL/CCP - Faculdade de
 Medicina de Botucatu - UNESP
 Botucatu - São Paulo - CEP: 18600-000
 E-mail:sartioli@fmb.unesp.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Margo, C. E.; Waltz, K. - Basal cell carcinoma of the eyelid and periocular. *Skin Surv Ophthalmol*, 1993; 38: 169-187.
2. Shields, C. L. - Basal cell carcinoma of the eyelids. *Int Ophthalmol Clin*, 1993; 33: 1-4.
3. Schellini, S. A.; Costa, J. P.; Cardilo, J. Á.; Paro, P. T.; Marques, M. E. A.; Silva, M. R. B. M. - Neoplasias malignas das pálpebras na Faculdade de Medicina de Botucatu. *Rev Bras Oftalmol*, 1990; 49: 47-52.
4. Bonner, P. K.; Bregman, D. K.; McLean, I. W.; La Piana, F. G. - Mixed Type basal cell carcinoma of the eyelids. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*, 1998; 14: 216-21.
5. Talan-Hramlovic, J.; Cajkoovac, V.; Gregywerk-Novak, T.; Padovan, S. - Frequency of Skin cancer and other ultra-violeta radiation provoked skin lesions of eyelid and periocular region in the 1981-1992 period. *Acta Med Croatica*, 1996; 50: 29-32.
6. Creppe, M. C.; Sabe, A. C. M.; Schellini, A. S.; Silva, M. R. B. M.; Margens, M. E. A.; Padovani, C. R. - Carcinoma Basocelular da pálpebra. In: Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira, 12, São Paulo, 1996. *Anais...* São Paulo, 1996, p. 374.
7. Moro, F.; Caro, R.; Caro, G.; Ninfo, V. - Eyelid basal cell carcinoma with intracranial extension. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*, 1998; 14: 50-6.
8. Schellini, S. A.; Pereira, I. C.; Silva, M. R. B. M.; Padovani, C. R.; Marques, M. E. A. - Ocorrência de tumores palpebrais malignos na região de Botucatu - São Paulo. *Rev Bras Oftalmol*, 1999; 58(8): 611-617.
9. Sigurdsson, H.; Agnarsson, B. A. - Basal cell carcinoma of the eyelid - risk of recurrence according to adequacy of surgical margins. *Acta Ophthalmol*, 1998; 76: 477-480.
10. Streiner, D. L.; Norman, G. R. - Bioestatistics - the base essentials. Mosby - Year book. St Louis, 260p, 1994.
11. D'Hermes, F.; Morel, X.; Meyer, Á.; Elmalech, C.; Wastl, J. P.; Schwartz, L.; Rinard, G. - Carcinoma Basocelular tatoué de la paupière. *J. Fr. Ophthalmol*, 1998; 21: 462-463.

ABSTRACT

Sequential study of the use of progressive-addition lenses in esotropia with a high accommodation/convergence ratio

Objective: Acquired esodeviations associated with activation of the accommodation reflex are very common in pediatric ophthalmology. The aim of this study was to report the preliminary results of a pilot project performed in patients that used progressive-addition lenses AO Compact® in the treatment of esotropia with a high accommodation/convergence ratio.

Methods: Patients meeting the inclusion criteria for this study were fitted with progressive-addition lenses AO Compact®. Binocular status was measured before the new treatment and monthly during the use of these lenses.

Results: Twelve (85.7%) of the total of 14 patients studied demonstrated a successful motor outcome with the use of progressive-addition lenses. Improvement or stability of sensory status (stereopsis) occurred in nine patients (64.2%). None of the patients went back to wearing bifocals after having worn progressive-addition lenses.

Conclusion: The use of progressive-addition lenses AO Compact® proved to be an effective solution for esotropia with a high accommodation/convergence ratio, with reduction of near esodeviation and maintenance of motor and sensory status.

INTRODUÇÃO

Os esodesvios constituem o tipo mais comum de perda do alinhamento ocular, representando mais de 50% dos desvios oculares na população pediátrica¹. Eles podem ser causados por fatores inervacionais, anatômicos, mecânicos, refrativos, genéticos e acomodativos¹.

Os desvios convergentes associados com a ativação do reflexo da acomodação são os mais comuns^{1,2}. O exercício acomodativo pode determinar desvios em função de um ou mais fatores que nele atuam, como a relação entre a convergência acomodativa e a acomodação (CA/A), as vergências fusionalis e a hipermetropia. Esses fatores combinam-se em grau variável, fazendo surgir os seguintes subtipos: esotropia acomodativa refracional, esotropia acomodativa não-refracional (relação CA/A alta) e esotropia acomodativa mista (esotropia parcialmente acomodativa)^{3,4}.

Considera-se uma esotropia acomodativa não-refracional quando o paciente apresenta um

esodesvio maior na fixação do olhar para perto do que para longe e o desvio de perto se aproxima do desvio para longe quando medido com a adição de lentes positivas⁵. Determina-se esotropia acomodativa por mecanismo misto quando uma parcela do desvio é devido ao componente acomodativo, ou seja, é influenciada pela hipermetropia e relação CA/A e a outra parte deve-se ao componente básico (alterações musculares estruturais)^{1,4}. Talvez a maioria dos desvios convergentes apresentem esse último tipo de mecanismo na sua etiopatogenia⁴. A incidência de uma relação CA/A elevada é grande; Parks encontrou-a em 46% dos casos numa série de 496 crianças estrábicas⁶.

A idade de início do desvio é bastante variável, começando habitualmente por volta de um a cinco anos de idade⁷.

O tratamento do componente acomodativo é realizado com a prescrição da ametropia total, uso de lentes bifocais tipo "Executive" ou colírios mióticos^{3,4,7}. Em alguns casos, a realização da cirurgia faz-se necessária para correção do componente básico do desvio⁴. Estudos foram

desenvolvidos com esse grupo de pacientes envolvendo a adaptação de lentes de contato para monovisão e de lentes de contato bifocais e a realização de cirurgia refrativa^{5,8,9}.

A terapêutica com o uso de lentes corretoras bifocais tipo "Executive" apresenta duas grandes limitações: a ausência de correção adequada do desvio à distância intermediária e a aparência estética das lentes^{5,10,11}. O emprego de lentes multifocais para o tratamento de esodesvios com CA/A anormal apresentam a solução para esses problemas. Ao longo dos anos estudos foram desenvolvidos utilizando lentes multifocais convencionais com a zona progressiva deslocada superiormente 4mm, para a borda superior coincidir com o centro pupilar da criança, e o poder prescrito adicionado em 0,50 dioptria esférica^{10,12}. O tamanho dessas lentes, fabricadas para uso em grandes armações, e a localização da zona de leitura na periferia inferior das mesmas são algumas das dificuldades encontradas na adaptação em crianças jovens^{10,12}.

Na literatura revisada não se encontrou publicações quanto ao uso de lentes multifocais AO Compact® no tratamento da esotropia com relação CA/A elevada. O presente estudo objetiva avaliar o uso dessas lentes progressivas de menor tamanho, fabricadas para pequenas armações, no controle clínico das esotropias acomodativas não-refracional e mista em uma amostra de pacientes, determinando o sucesso e a aceitação.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Realizou-se um estudo piloto sequencial no período de abril a fevereiro de 2000 para avaliar a efetividade do uso das lentes progressivas AO Compact® no tratamento da esotropia com relação CA/A alta em pacientes atendidos no Departamento de Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo do Hospital de Olhos de Pernambuco por uma das autoras (LOV).

Os critérios de inclusão adotados para o estudo foram a presença de esotropia acomodativa com relação CA/A alta em tratamento com lentes bifocais do tipo "Executive" e estabilidade do desvio nos últimos seis meses. Os critérios de exclusão consistiram em ambliopia, nistagmo, divergência vertical dissociada, história prévia de intervenção cirúrgica ou aplicação de toxina botulínica.

Considerou-se uma relação CA/A elevada quando a medida do desvio para perto excedia o desvio para longe em 12 dioptrias prismáticas (dp) ou mais e se o esodesvio para perto diminuía com o uso de lentes positivas³.

As lentes multifocais AO Compact® foram lançadas no mercado mundial em abril do presente ano e são fabricadas pelo laboratório Sola com as seguintes características: faixa de prescrição de -9.00 a +6.00 dioptrias esféricas combinadas com até -4.00 dioptrias cilíndricas e corredor progressivo compacto com 13mm de comprimento, ideal para montagem em pequenas armações (figuras 1 e 2).

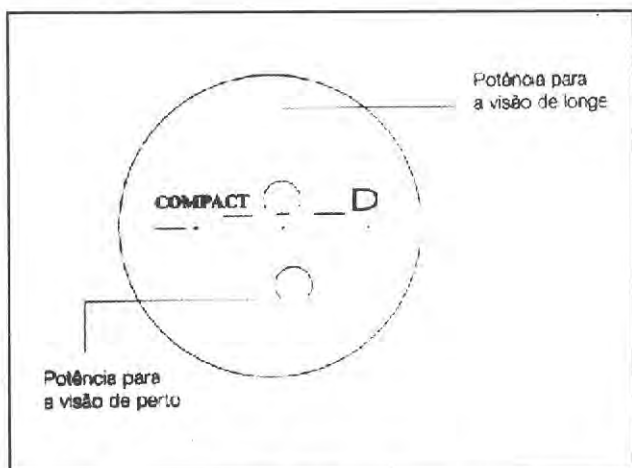


Figura 1: Vista frontal das lentes progressivas AO Compact. Hospital de Olhos de Pernambuco - 2000.

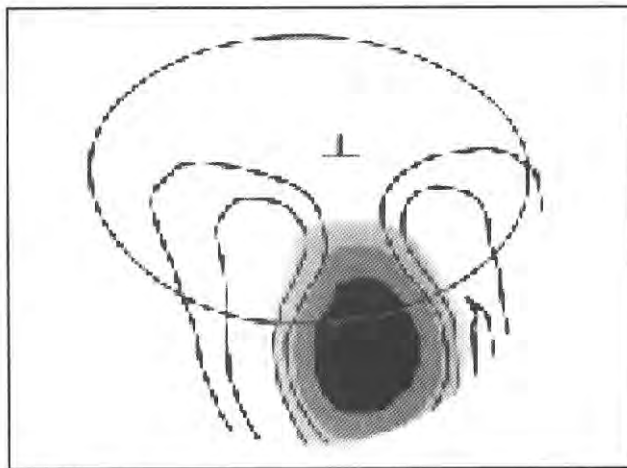


Figura 2: Diagrama esquemático das lentes progressivas AO Compact mostrando a localização da área de leitura dentro da armação. Hospital de Olhos de Pernambuco - 2000.

Explicou-se aos genitores sobre o protocolo de estudo, sendo estabelecido o compromisso de retorno mensal para acompanhamento do estado sensorial e motor após a adaptação das novas lentes.

Baseados nos critérios estabelecidos, um total de 14 crianças entre dois e doze anos de idade aderiram ao projeto sendo submetidas à avaliação oftalmológica que consistia na aferição da acuidade visual, exame da motilidade ocular extrínseca, testes de estereopsia de Titmus Randot a 33cm, refração sob cicloplegia e fundoscopia.

Na aferição da acuidade visual utilizou-se as tabelas do E de Snellen ou de gravuras a seis metros de distância nos maiores que três anos de idade e o teste do olhar preferencial (Teller) a uma distância de 55 centímetros para menores que três anos.

O exame da motilidade ocular extrínseca com a correção óptica incluiu a medida do desvio através do teste de cobertura alternado sem e com prismas na fixação de objetos a seis metros e a 33 centímetros, a dominância e as versões oculares. A estereopsia foi avaliada com a correção óptica através do teste de Titmus Randot a 33cm.

Para a cicloplegia, foram instiladas gotas de cloridato de ciclopentolato e tropicamida a 1%. Prescreveu-se a ametropia total encontrada sob cicloplegia e utilizou-se a mínima adição necessária para neutralizar o desvio na fixação para perto. As lentes multifocais eram adaptadas e os pacientes eram seguidos por um dos autores (LOV), verificando-se a centralização da lente, estabilidade da acuidade visual e o conforto do paciente. Não utilizou-se terapêutica oclusiva durante o período de adaptação com as novas lentes.

Tabela 1

Resultados obtidos com o uso de bifocais nas esotropias acomodativas mista e não-refracional.
Hospital de Olhos de Pernambuco - 2000.

Paciente	Idade* (meses)	Duração** (meses)	AVL c/c	Prescrição	Adição	Desvio longe/perto	Estereopsia***
1	41	9	AO 20/30	OD: + 3,25 OE: +3,00	+3,00	O / O'	60
2	12	8	AO 20/47****	OD: +5,00-0,50x160° OE: +4,00	+3,00	E/E'	—
3	38	21	AO 20/20	OD: +3,75-1,50x30° OE: +3,50-0,50x150°	+3,00	E=E' 5	—
4	52	75	AO 20/20	OD: +2,00-0,25x70° OE: +2,00-0,50x100°	+0,75	O-E 2 / ET' 2 - 4	140
5	48	78	AO 20/20	OD: +1,25-0,25x35° OE: +1,00-0,25x130°	+1,50	E(T) 14 / E(T)' 20	100
6	70	60	AO 20/20	OD: +3,50-1,00x5° OE: +3,75-2,00x180°	+1,75	E = E' 6	800
7	63	24	AO 20/30	OD: +1,25 OE: +1,00-0,50x90°	+1,50	O / O'	40
8	79	66	AO 20/20	OD: +0,75-0,50x10 OE: +0,50	+2,00	ET = ET' 12	200
9	58	29	OD 20/30 OE 20/20	OD: +5,00-0,75x170° OE: +5,00-0,50x15°	+3,00	E 4 / E' 8	200

*início do tratamento com bifocal; **duração do tratamento com bifocal; ***arcos de segundo; ****Teller.

AVL c/c - acuidade visual para longe com correção; AO - ambos os olhos; OD - olho direito; OE - olho esquerdo; ET - esotropia; E(T) - esotropia intermitente; E - esoforia; O - ortoforia.

Os pacientes retornavam para avaliação a cada mês, realizavam os exames de acuidade visual, motilidade ocular extrínseca e estereopsia.

Considerou-se como evolução satisfatória o desvio que não sofreu alteração de intermitente a constante ou de ortotropia à tropia manifesta e quando não ocorreu deterioração do estado sensorial (perda da estereopsia).

RESULTADOS

Do total dos 14 pacientes estudados, 11 (78,6%) apresentavam esotropia acomodativa mista e três (21,4%) possuíam esotropia acomodativa não-refracional.

Os pacientes estudados utilizaram bifocais "Executive" por um período de oito a 78 meses

(36,5 ± 37,8 meses). Ao término dessa terapêutica foram encontrados os resultados mostrados na tabela 1.

O tempo de seguimento com o uso das lentes progressivas foi de um a onze meses (4,71 ± 4,90 meses). (Tabela 2).

A acuidade visual em ambos os olhos (AO) permaneceu estável em 13 pacientes (92,8%), com exceção do paciente sete, representando 7,2%, que apresentou melhora de sua acuidade visual após três meses de tratamento com as lentes progressivas. (Tabela 2).

Ao teste de cobertura, 12 pacientes (85,7%) mostraram resposta satisfatória com o uso das lentes. Dois pacientes (14,3%), casos um e 14, passaram a apresentar esoforia de pequeno ângulo na fixação para perto com as novas lentes corretoras.

Tabela 2

Resultados obtidos com o uso de lentes multifocais nas esotropias acomodativas mista e não-refracional.
Hospital de Olhos de Pernambuco - 2000.

Paciente	Duração* (meses)	AVL c/c	Prescrição	Adição	Desvio longe/perto	Estereopsia**
1	2	AO 20/30	OD: +3,50-0,50x180° OE: +3,50-0,50x175°	+3,00	O / E' 5	60
2	4	AO 20/47***	OD: +4,00 OE: +3,00	+3,00	O / O'	—
3	8	AO 20/20	OD: +3,50-0,50x10° OE: +3,50-0,50 165°	+3,00	E 4 / E' 5	200
4	5	AO 20/20	OD: +2,25-0,50x65° OE: +2,00-0,50x95°	+1,00	O / E' 2	50
5	6	AO 20/20	OD: +1,25-0,25x35° OE: +1,00-0,25x130°	+1,25	E 7 / E' 14	40
6	3	AO 20/20	OD: +3,50-1,00x5° OE: +3,75-2,00x180°	+1,50	E = E' 6	140
7	3	AO 20/20	OD: +1,00 OE: +0,75-0,50x90°	+1,25	O / O'	40
8	1	AO 20/20	OD: +0,75-0,50x10° OE: +0,25	+1,50	ET = ET' 12	140
9	3	OD 20/30 OE 20/20	OD: +5,00 OE: +4,50-0,50x180°	+3,00	E 4 / E' 8	200

*duração do tratamento com multifocal; **arcos de segundo; ***Teller.

AVL c/c - acuidade visual para longe com correção; OD - olho direito; OE - olho esquerdo; AO - ambos os olhos; ET - esotropia; E(T) - esotropia intermitente; E - esoforia; O - ortoforia.

O teste de Titmus Randot revelou melhora da estereopsia em cinco pacientes (35,7%) e estabilidade em quatro casos (28,6%). O paciente 14 apresentou piora do estado sensorial com o uso das novas lentes. A avaliação da estereopsia não foi possível em quatro pacientes por falta de colaboração.

Os pacientes e genitores referiram maior conforto com o uso das novas lentes prescritas, não tendo ocorrido dificuldades no processo de adaptação.

DISCUSSÃO

Freqüentemente questiona-se, em pacientes com esotropia associada a uma relação CA/A elevada, o uso de óculos bifocais que apresentam problemas cosméticos e funcionais. A utilização dos colírios parassimpaticomiméticos raramente é tolerada por um longo período de tempo devido à ocorrência de complicações oculares, como cistos de íris e catarata, e sistêmicas relacionadas à elevação do nível sanguíneo de colinesterase⁵.

Lentes de contato para monovisão têm se tornado popular em presbitas nos últimos 30 anos. Corrige-se um olho com visão para longe e o outro para visão de perto. Em pacientes com idade superior a dez anos visualmente maduros, poder-se-ia utilizar lentes de contato para monovisão nos casos de esotropia acomodativa com elevada CA/A para redução do ângulo de esodesvio para perto havendo, entretanto, diminuição da estereopsia e da sensibilidade ao contraste. Nas crianças abaixo dessa idade, essa modalidade terapêutica não está indicada devido ao risco de desenvolvimento de ambliopia⁵.

O uso de lentes de contato bifocais não mostrou-se efetivo para o tratamento da esotropia acomodativa com anormalidade da relação CA/A em estudo realizado por outros autores⁸.

A realização de cirurgia refrativa para a correção do componente acomodativo nas esotropias acomodativas mistas mostrou excelentes resultados segundo alguns autores⁹. Entretanto, devido à possibilidade de normalização da relação CA/A ao longo dos anos e devido ao risco de exotropia consecutiva a curto ou longo prazo, a correção cirúrgica do desvio não é recomendada pela maioria dos autores⁵.

Em alguns estudos utilizou-se lentes multifocais convencionais, isto é, com corredor progressivo longo, para o tratamento da esotropia acomodativa com alta relação CA/A. A disparidade de tamanho entre as lentes e o rosto das crianças mostrou-se como uma das grandes dificuldades encontradas na adaptação^{10,12}.

Esse estudo mostra os resultados preliminares de um projeto piloto utilizando lentes multifocais AO Compact®, especialmente fabricadas para pequenas armações, no tratamento da esotropia acomodativa com relação CA/A alterada. A nova terapêutica mostrou-se eficaz no controle do esodesvio para perto na maioria dos pacientes estudados, havendo uma resposta satisfatória em 85,7% dos casos (n = 14). Nove pacientes (64,2%) apresentaram melhora e/ou estabilidade do seu estado sensorial.

A grande limitação encontrada para o uso dessas lentes progressivas é o seu custo quando comparadas às lentes bifocais "Executive", ocorrendo dificuldade de aquisição pela parcela da população de baixa renda. Outro aspecto a ser considerado é a fácil verificação do uso correto dos óculos no olhar à distância e para perto pelos genitores quando são utilizadas lentes bifocais tipo "Executive". Assim sendo, os autores sugerem que esse controle nas lentes progressivas seja realizado por oftalmologistas através de retornos mais freqüentes no início do processo de adaptação.

A satisfação dos genitores e crianças com o uso dessas lentes é um fato que deve ser valorizado.

Os autores estão desenvolvendo novos estudos com uma amostra maior de pacientes para melhor confirmação dos dados.

Agradecimentos:

Os autores agradecem o estímulo e a revisão deste estudo feita pelo Prof. Dr. Henderson Celestino de Almeida.

Endereço para correspondência:

Hospital de Olhos de Pernambuco (HOPE)
Av. Francisco Alves, Ilha do Leite
Recife - PE - Brasil - CEP: 50070-490
Fone: (81)421-4344 - Fax: (81) 421-4651
E-mail: hope.@com.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Ophthalmology. Pediatric Ophthalmology and Strabismus. San Francisco: 1997; Section 6, part 2: 288-98. Basic and Clinical Science Course.
2. Kanski, J. J. - Clinical Ophthalmology, 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1994; 440-6.
3. Souza-Dias, C. R.; Almeida, H. C. - Estrabismo. São Paulo: Roca, 1993; 132-41.
4. Almeida, H. C.; Curi, R. - Manual de Estrabismo. Rio de Janeiro, 1997; 67-76.
5. Eustis, H. S.; Mungan, N. K. - Monovision for treatment of accommodative esotropia with a high AC/A ratio. Journal of AAPOS 1999; 3(2): 87-90
6. Caldeira, J. A. - Esotropias acomodativas. Anais de Oftalmologia 1985;4(1):33-7.
7. Yamane, Y. - Estrabismo. In: Dantas, A. M. - Oftalmologia Pediátrica. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995; capítulo 15.
8. Morton, G. V.; Kushner, B. J.; Lucchese, N. J.; Shapiro, M. B.; Bredeson, D. C. - The efficacy of Simulvue and Unilens RGP aspheric bifocal contact lenses in the treatment of esotropia associated with a high accommodative convergence/ accommodation ratio. Journal of AAPOS 1998; 2(2):108-12.
9. Maldonado Bas, A.; Hoyos, J. - Estrabismo: Componente acomodativo tratado com Lasik. Rev Bras Oftal 1998; 57(10): 757-60.
10. Smith, J. B. - Progressive-addition lenses in the treatment of accommodative esotropia. Am J Ophthalmol 1985; 99: 56-62.
11. Von Noorden, G. K.; Morris, J.; Edelman, P. - Efficacy of bifocals in the treatment of accommodative esotropia. Am J Ophthalmol 1978;85:830-4.
12. Jacob, J. L.; Beaulieu, O. C.; Brunet, E. - Progressive-addition lenses in the management of esotropia with a high accommodation/ convergence ratio. Can J Ophthalmol 1980; 15: 166-9.

Carcinoma de glândulas sebáceas da pálpebra

Abelardo S. Couto Júnior*, Rafael Siqueira Barbosa**, André Luis Freire Portes***, Guilherme Ramos Pinto****, Mirelle Langier Benchimol*****

RESUMO

Objetivo: Apresentar casos de tumores palpebrais de caráter atípico e enfatizar os principais diagnósticos diferenciais.

Local: Serviço de Oftalmologia do Instituto Benjamin Constant - RJ.

Método: Análise e discussão de 03 casos clínicos de carcinoma de glândulas sebáceas da pálpebra. A biópsia de congelação foi realizada em todos os casos durante a excisão cirúrgica do tumor. A reconstrução palpebral foi feita pela técnica de Mustardé.

Resultado: A biópsia incisional tem papel fundamental no diagnóstico diferencial dos tumores palpebrais, principalmente quando a apresentação dos casos se faz de modo atípico. A biópsia de congelação sempre deve ser feita quando se faz a cirurgia de tumores palpebrais malignos. O resultado estético e funcional obtido pela técnica de reconstrução palpebral de Mustardé é demonstrado.

Conclusão: Chamamos atenção para os diagnósticos diferenciais nos casos atípicos na técnica cirúrgica de reconstrução palpebral utilizada.

ABSTRACT

Sebaceous carcinoma of the eyelid

Objective: Introduction and discussion of clinic cases of orbital linfoproliferative occurrences, emphasizing the differential diagnosis and the atypical presentations.

Place: Department of Ophthalmology at Institute Benjamin Constant - RJ.

Methods: Analysis and discussion of 06 clinic cases of orbital linfoma. All the cases showing histopathologic diagnosis and complete clinic investigation for systemic occurrence. The treatment was based on radiotherapy.

Result: The incisional biopsy, associated to imaged studies, has a fundamental role for an exact diagnosis. Fast diagnosing and adequate therapy have a direct influence on the final prognostic.

Conclusion: To introduce the diagnosis of a rarely frequent orbital pathology and emphasize the atypical forms and their main differential diagnosis.

*Chefe do Setor de Oculoplástica, Vias Lacrimais e Órbita do Instituto Benjamin Constant e Hospital da Piedade - RJ, Mestre e Doutor em Medicina, T.C.B.C.

**Médico Oftalmologista do Hospital de Olhos de Niterói - RJ. Mestrando em Oftalmologia.

***Médico Estagiário do Setor de Retina da Divisão de Clínica Oftalmológica da FMUSP. Colaborador do Serviço de Oftalmologia do Hospital Geral de Bonsucesso - RJ.

****Médico Residente do Serviço de Oftalmologia do Instituto Benjamin Constant - RJ.

*****Médica Oftalmologista da Clínica de Olhos Benchimol - RJ. Fellow do Departamento de Oftalmologia da McGill University - Montreal - Canadá.

Recebido para publicação em 19/04/00.

INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma sebáceo da pálpebra é um tumor de ocorrência relativamente rara, podendo ser confundido com o carcinoma basocelular com diferenciação sebácea, que ocorre em outras áreas da pele e pode ser encontrado na pálpebra.¹¹

Os primeiros casos de adenocarcinoma de glândulas sebáceas da pálpebra foram descritos por ALLAIRE (1894) e SNELL (1908).^{1,9,14}

GINSBURG (1965) descreveu 142 casos⁹. A partir de 1963 outros casos foram adicionados por JAIN (1964)¹⁰ e outros autores até que, em 1976, 242 casos tinham sido relatados.^{12,13}

Caso 1:

36 anos, feminino, natural e residente no Rio de Janeiro - RJ.

Há três anos a paciente refere ter feito cirurgia para tumoração em pálpebra inferior do OD. Há um ano refere aumento da tumoração e saída de secreção purulenta.

Ao exame:

Acuidade Visual: OD: 0.5; OE: 0.4.

Ectoscopia e palpação: Massa tumoral em pálpebra inferior de OD (Figura 1).

Biomicroscopia: Secreção purulenta em fundo de saco conjuntival de OD. Dacriocistite crônica em AO.

Biópsia incisional (congelamento): Macroscópica, nódulo sólido brancacento hemiseccionado medindo 1,8 por 1,5cm.

Microscopia: Os cortes histológicos revelam, na epiderme, células exibindo padrão pagetóide e, na derme, ninhos de células sebáceas atípicas dispostas em padrão lobular irregular, com variações no tamanho e na forma. As células exibem citoplasma volumoso, de aspecto espumoso, com núcleos hiper cromáticos, cromatina dispersa e ocasionais mitoses (Figura 2).

TC de órbita: normal.

Tratamento: Cirurgia de exérese do tumor e reconstrução da pálpebra inferior pela técnica de Mustardé utilizando-se enxerto nasal condromucoso.^{15,16} Feito, também, dacriocistorrinostomia à direita (Figura 3).

Caso 2:

67 anos, feminino, com história de ter realizado duas cirurgias de calázio em pálpebra superior do OD.

Ao exame:

Acuidade Visual: OD: 20/30; OE: 20/30.

Ectoscopia e palpação: Massa palpável em pálpebra inferior de OD. Indolor e aparentemente de contornos regulares.

Biópsia incisional: Carcinoma de glândulas sebáceas.

Tratamento: Feito exérese ampla da lesão com biópsia de congelamento e reconstrução palpebral.

Caso 3:

70 anos, feminino, natural e residente no Rio de Janeiro - RJ, examinada no setor de oculoplástica com história de ter realizado, há três anos, cirurgia de exérese de calázio em pálpebra superior de olho esquerdo.

Ao exame:

Acuidade Visual: OD: 20/20; OE: 20/20.

Massa tumoral em pálpebra superior de olho esquerdo vegetante e infectada invadindo a pálpebra. As seguintes hipóteses diagnósticas foram feitas: carcinoma basocelular e adenocarcinoma sebáceo.

Biópsia incisional: Carcinoma de glândulas sebáceas.

Macroscopia: Lesão vegetante na pálpebra superior de olho esquerdo medindo 1,5/1,8/1,5cm, sem invasão da órbita.

Tratamento: Exérese do tumor com biópsia de congelamento e reconstrução pela técnica de Mustardé (enxerto monopediculado de pálpebra inferior).^{15,16}

DISCUSSÃO

O adenocarcinoma sebáceo aparece na literatura com uma incidência variando de 0.2 a 1.9% dos tumores palpebrais.^{17,18}

O tumor ocorre mais em mulheres, predominantemente após a idade de 40 anos, podendo também ser encontrado em jovens, tendo

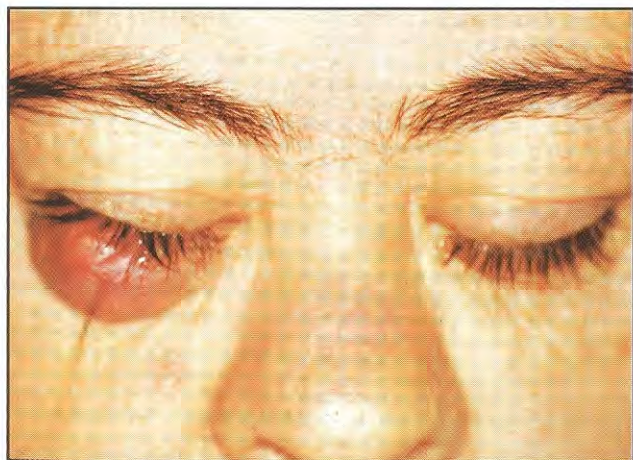


Fig. 1: Tumorção de pálpebra inferior OD. Aspecto vegetante e inflamatório.

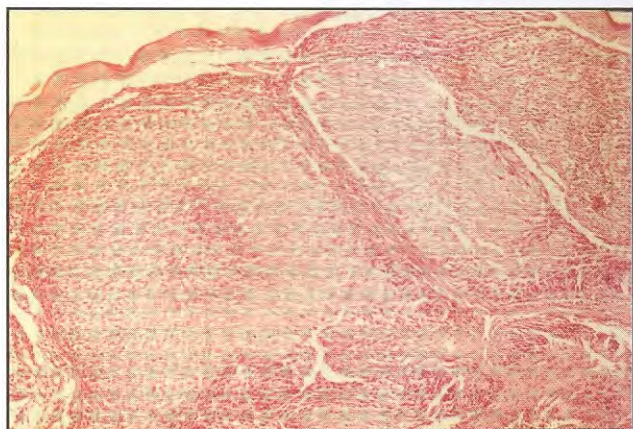


Fig. 2: Aspecto histopatológico do carcinoma de glândulas sebáceas. HE 400X.



Fig. 3: Aspecto pós-operatório recente demonstrando boa vascularização do retalho musculocutâneo (técnica de Mustardé).

preferência pela pálpebra superior⁶. No presente trabalho descreve-se um caso incomum de tumorção em pálpebra inferior de uma paciente jovem (36 anos).

O tumor no início tem um crescimento lento, sem dor e sem ulceração, e a pele não é aderente aos planos profundos. Apresenta uma coloração branco-amarelada e tem consistência elástica. O adenocarcinoma sebáceo da pálpebra pode simular calázio, carcinoma de células escamosas, tarsite crônica e outros tumores palpebrais.^{3,5,7,8,12}

Quando o tumor é retirado incompletamente, o seu crescimento que antes era lento pode ser acelerado, envolvendo a margem palpebral, tarso, conjuntiva tarsal e invadindo a órbita em 17% dos casos. Portanto, a biópsia de congelação é fundamental tanto para diagnóstico quanto para delimitação de margens de segurança para a ressecção completa.²

O tumor recidiva em 32% dos casos e causa metástase para linfonodos regionais, pré-auriculares e cervicais em 17%, apresentando taxa de mortalidade de 6%⁹. A morte é, geralmente, causada por múltiplas metástases, ocorrendo em 13,5% dos pacientes².

Histologicamente, o adenocarcinoma sebáceo apresenta padrão nodular e é constituído de células arranjadas em estrutura acinar, podendo ser dispostas em malhas, em cordas ou em pequenos grupos caracteristicamente com necrose e calcificação central.¹¹

Nesta casuística, foi realizada a biópsia de congelação para todos os casos. Foi utilizada a técnica de Mustardé para reconstrução da pálpebra inferior com enxerto intermediário condromucoso do septo nasal (caso 1).

No caso 2 foi feita a reconstrução palpebral simples da pálpebra superior e, no caso 3, como a lesão da pálpebra superior era maior do que $\frac{1}{4}$, foi utilizado a técnica de reconstrução de Mustardé, que consiste na rotação de enxerto monopediculado da pálpebra inferior para a superior.^{15,16}

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Abelardo de Souza Couto Júnior
Av. Nossa Senhora de Copacabana, 1.120 Sl. 901
Copacabana
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22060-000

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allaire, G. (1891). In Grinsgerb, 1965.
2. Boniuk, M.; Zimmeerman, L. E. - Sebaceous carcinoma of the eyes, eyebrow, caruncle, and orbit. *Ophtal. Clin.* 1972; 12: 225.
3. Brauninger, G. E.; Hood, C. I.; Worthen, D. M. - Sebaceous, carcinoma of lid margin masquerading as cutaneous horn. *Arch. Ophtal.* 1973; 90/5: 380-381.
4. Cavanagh, H. D.; Green, R. W.; Goldberg, H. K. - Multicentric sebaceous adenocarcinoma of the Meibomius gland. *Am. J. Ophtal.* 1974; 77: 326-332.
5. Couto-Jr., A. S.; Dantas, R. R. A.; Fiúza Bokos, A. C.; Bicas Neto, L. - Carcinoma de glândulas sebáceas da pálpebra. Relato de quatro casos. *Rev. Bras. Oftalmol.* 1995; 54 (5): 381-383.
6. Duke-Elder, S. - System of Ophthalmology. The ocular adenexa, disease of the eyelids, vol 13, part 1, C. V. Mosby. Saint Louis, 1974; 453-457.
7. Freiwald, M. J.; Kravitz, C. H. - Management of chalazion in presentation of malignant growth. *The Eye, Ear, Nose Throat Monthly* 1970; 49/1: 31-34.
8. Freiwald, M. J. - Chalazion ? Suspect cancer. *Ophtal. Surg.* 1971; 2/3: 112-115.
9. Ginsberg, J. - Present status of Meibomian gland carcinoma. *Arch. Ophtal.* 1965; 73/2: 171-177.
10. Jain, B. S. - Adenocarcinoma of the Meibomian glands. *Am. J. Ophtal.* 1964; 57/6: 1050-1052.
11. Lever, W. F. - Histopathology of the Skin, 5 ed. J. B. Lippincott Comp. Philadelphia - Toronto, 1975.
12. Mahmood, A. S. - A review of ocular tumours. *J. Pakistan Med. Ass.* 1972; 22/2: 29-31.
13. Miranda, D.; Engel, S. - *Rev. Bras. Oftalmologia.* 1970; 36(14): 783-790.
14. Snell (1908). In Ginsberg, 1965.
15. Mustardé, J. C. - Repair and Reconstruction in the orbital region. 3ª ed. Churchill Livingstone. Edinburgh London Melbourne and New York, 1991; 125-232.
16. Pereira, E. - Terapêutica Cirúrgica dos Tumores palpebrais, *Arq. Bras. Oftal.* 1978; 45(4): 200-205.
17. Van Ovyse. In Ginsberg, 1965
18. Welch, R. B.; Duke, J. R. - Lesions of the lids: statistical note, *Am. J. Ophthalmology.* 1958; 45:415-416.

Linfoma orbitário - relato de casos e apresentação atípica

Abelardo S. Couto Júnior*, Rafael Siqueira Barbosa**, André Luis Freire Portes***, Arlindo José Freire Portes****, Mirelle Langier Benchimol*****

RESUMO

Objetivo: Apresentação e discussão de casos clínicos de acometimento linfoproliferativo da órbita, enfatizando o diagnóstico diferencial e as apresentações atípicas.

Local: Serviço de Oftalmologia do Instituto Benjamin Constant - RJ.

Métodos: Análise e discussão de 06 casos clínicos de linfoma orbitário, todos os casos com diagnóstico histopatológico e investigação clínica completa para acometimento sistêmico. O tratamento foi baseado em radioterapia.

Resultado: A biópsia incisional associada aos meios de estudo por imagem tem lugar fundamental para um diagnóstico exato. A rapidez do diagnóstico e terapêutica adequada têm influência direta no prognóstico final.

Conclusão: Apresentar o diagnóstico de uma patologia orbitária não muito freqüente e enfatizar as formas atípicas e seus principais diagnósticos diferenciais.

ABSTRACT

Orbital lymphoma - clinical cases and unusual presentation

Objective: Introduction and discussion of clinic cases of orbital linfoproliferative occurrences, emphasizing the differential diagnosis and the atypical presentations.

Place: Department of Ophthalmology at Instituto Benjamin Constant - RJ.

Methods: Analysis and discussion of 06 clinic cases of orbital lymphoma. All the cases showing histopathologic diagnosis and complete clinic investigation for systemic occurrence. The treatment was based on radiotherapy.

Result: The incisional biopsy, associated to imaged studies, has a fundamental role for an exact diagnosis. Fast diagnosing and adequate therapy have a direct influence on the final prognostic.

Conclusion: To introduce the diagnosis of a rarely frequent orbital pathology and emphasize the atypical forms and their main differential diagnosis.

*Chefe do Setor de Oculoplástica, Vias Lacrimais e Órbita do Instituto Benjamin Constant e Hospital da Piedade - RJ, Mestre e Doutor em Medicina, T.C.B.C.

**Médico Oftalmologista do Hospital de Olhos de Niterói - RJ. Mestrando em Oftalmologia.

***Médico Estagiário do Setor de Retina da Divisão de Clínica Oftalmológica da FMUSP. Colaborador do Serviço de Oftalmologia do Hospital Geral de Bonsucesso - RJ.

****Médico Oftalmologista do Hospital Municipal Souza Aguiar - RJ. Mestre em Medicina. Preceptor da Residência Médica do Serviço de Oftalmologia do Hospital Geral de Bonsucesso - RJ.

*****Médica Oftalmologista da Clínica de Olhos Benchimol - RJ. Fellow do Departamento de Oftalmologia da McGill University - Montreal - Canadá.

Recebido para publicação em 19/04/00.

INTRODUÇÃO

A órbita pode ser sítio de tumores linfóides benignos, ou de tumores malignos, como os linfomas. Essas lesões podem levar à confusão clínica em relação ao diagnóstico anatomo-patológico devido à órbita ser um sítio extranodal de tumores linfóides^{1,3}. Os linfomas podem ocorrer nas regiões: palpebral, conjuntival, intra-ocular e orbitária, incluindo glândula lacrimal^{2,3}.

Pelo fato de os tecidos orbitários não apresentar linfonodos, qualquer massa linfóide dentro da órbita é considerada extremamente anormal³.

RELATO DOS CASOS

Paciente 1: 44 anos, balconista, natural do Rio de Janeiro.

Queixa Principal: "Aumento do olho"

Paciente refere proptose há, aproximadamente, seis meses, nega cirurgias e/ou trauma ocular. Procurou hospital de emergência apresentando dor. Foi internado e feito diagnóstico de endoftalmite com hipótese de possível foco dentário. O tratamento baseou-se em antibioticoterapia sistêmica (intravenosa) e tópica, de Vancomicina e Gentamicina. Foi examinada pelos autores após quatorze dias de tratamento sem remissão do quadro clínico.

Exame Oftalmológico:

Acuidade Visual: OD: Amaurose; OE: 20/40.

Ectoscopia: Proptose intensa simulando luxação do bulbo ocular (Figura 1).

Exoftalmometria de Hertel: impraticável.

Biomicroscopia: úlcera de córnea, hipópio em câmara anterior, quemose.

Investigação:

Hemograma completo, VDRL e FTA-ABS, sorologia para HIV, VHS.

U.S.G. ocular e de órbita, T.C, R.N.M e Biópsia incisional.

U.S.G. ocular - imagem sugestiva de vitreíte, descolamento de retina e coróide, espessamento da cápsula de Tenon, inflamação da gordura orbitária confirmando a hipótese inicial de endoftalmite.

T.C de órbita - massa orbitária homogênea intra e extra-conal superior e anterior ao bulbo ocular, afastando a hipótese de endoftalmite (Figura 2).

Foi, então, sugerido que se fizesse nova U.S.G., agora enfatizando a órbita.

U.S.G. de órbita - tumor retrobulbar com imagem ecográfica de baixas e médias refletividades com maior extensão no pólo posterior e ao redor do nervo óptico, e infiltração coroideana posterior (Figura 3).

R.N.M. - Lesão expansiva isointensa predominantemente intra-conal, de limites precisos e contornos algo lobulados, e extensão para a coróide determinando o descolamento de retina.

Observa-se, também, líquido sub-retiniano, com sinal hiperintenso em T1 e hipointenso em T2, compatível com hemorragia sub-aguda (Figura 4).

Biópsia incisional: aspecto em "carne de peixe" com coloração vermelho-amarelada.

Diagnóstico: Linfoma não Hodgking, de baixo grau (Working Formulation).

Tratamento: paciente foi submetida a três semanas de radioterapia (3.500 rads) (Figura 5).

Paciente 2 - 62 anos, sexo masculino, natural e residente no Rio de Janeiro.

Queixa Principal: "Olho vermelho há 5 meses".

Exame Oftalmológico:

Acuidade Visual: OD: 20/20; OE: 20/60.

Ectoscopia: Nódulo palpável em órbita antero inferior esquerda, indolor e móvel.

Exoftalmometria de Hertel: OD: 20mm; OE: 24mm.

USG de Órbita: Em quadrantes orbitários nasal e temporal inferiores foram observadas imagens de massas acústicas de baixa refletividade. Estrutura interna regular, contornos nítidos e irregulares, forma variável de aspecto infiltrativo observado, principalmente, próximo ao músculo reto medial.

TC: Lesão hiperdensa peri e retrobulbar do olho esquerdo e espessamento do músculo reto medial.

Biópsia incisional:

Diagnóstico: Linfoma centrocítico difuso (Lennert/Kiel).

Linfoma de baixo grau de malignidade (Working Formulation).



Fig. 1: Proptose intensa simulando luxação do bulbo ocular de OD.



Fig. 2: TC de órbita: corte axial demonstra massa retrobulbar com provável invasão ocular.

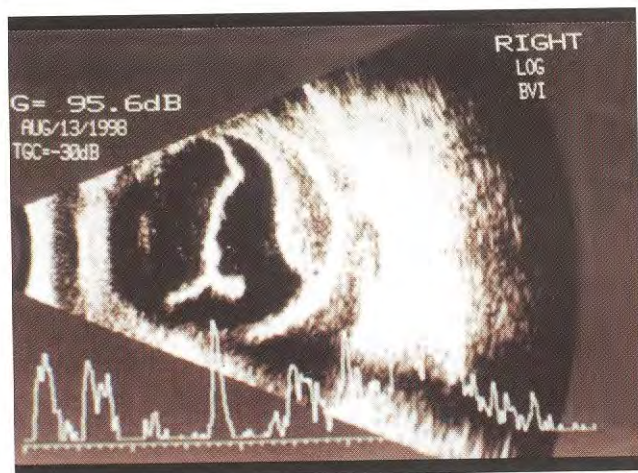


Fig. 3: Ultrassonografia de órbita e bulbo ocular modo B confirmando a hipótese de invasão ocular.



Fig. 4: RNM de órbita em T1 demonstrando massa retrobulbar hipointensa.



Fig. 5: Aspecto após 3 semanas de radioterapia, já demonstrando melhora da proptose.

Paciente 3 - 40 anos, feminino, natural e residente no Rio de Janeiro - RJ.

Queixa Principal: "Aumento da pálpebra superior direita há mais ou menos um ano".

Ao exame: Acuidade Visual: OD: 20/20; OE: 20/20

Ectoscopia e palpação: Presença de massa no canto lateral da pálpebra superior de OD.

Exoftalmometria de Hertel: OD: 20mm; OE: 23mm

USG de órbita: Não realizada.

TC de órbita: Proptose ocular direita, massa ovalada densa com captação de contraste extra-conal no canto interno superior da órbita direita. Nervos ópticos de calibre e trajeto normais.

Biópsia incisional:

Linfoma não Hodgkin com baixo grau de malignidade (Working Formulation).

Paciente 4 - 66 anos, natural e residente no Rio de Janeiro - RJ.

Queixa Principal: "Olho vermelho há mais de 6 meses".

Paciente procurou oftalmologista geral com a queixa acima referente, relatando que o mesmo realizou biópsia incisional e com diagnóstico de linfoma.

(SIC) iniciou Prednisona 60mg. V.O. refere melhora do quadro quando fez uso da medicação.

Ao Exame Oftalmológico:

A.V.: OD: 20/100; OE: 20/20.

Ectoscopia e palpação: Massa palpável na pálpebra inferior de OE.

Exoftalmometria de Hertel: OD: 20mm; OE: 25mm.

Biomicroscopia: Opacificação cristaliniana em A.O. (++)/4+). Presença de quemose conjuntival bulbar e palpebral inferior de OE.

USG de Órbita: Imagem tumoral de baixa refletividade em assoalho da órbita sem sinais de invasão retiniana.

TC de Órbita: Tumoração orbitária inferior, posterior, intra e extra conal envolvendo o músculo reto inferior em toda sua extensão deslocando, anteriormente e superiormente, o bulbo ocular esquerdo.

Biópsia incisional: Linfoma de baixo grau de malignidade (Working Formulation).

Paciente 5 - 74 anos, natural e residente em Rio Bonito - RJ.

Queixa Principal: "Terçol na pálpebra inferior a 2 meses e aumento da parótida".

Ao exame oftalmológico: Acuidade Visual: OD: 20/30; OE: 20/30.

Ectoscopia e palpação: Aumento da glândula parótida esquerda.

Biópsia de aspiração da glândula parótida feita no Instituto Nacional do Câncer (INCA) sem diagnóstico.

Exoftalmometria de Hertel: OD: 20mm; OE: 21mm.

USG de Órbita: Imagem ovulada com cerca de 5,5mm de profundidade e 18mm de espessura em pálpebra inferior com contornos nítidos regulares de baixa refletividade.

Biópsia incisional: Linfoma não Hodgkin difuso de células B de baixo grau de malignidade (Working Formulation).

Linfoma centrocítico – centroblástico difuso (Lennert/ Kiel).

Tratamento: Foi feita radioterapia e a acuidade visual não se alterou, porém, a proptose obteve melhora.

DISCUSSÃO

Frente a uma lesão expansiva da órbita, o linfoma deve ser lembrado pela sua apresentação clínica semelhante ao pseudotumor⁴ e melhora com a terapia com corticoterapia.³ Nos casos avançados, o quadro pode se apresentar, com proptose, úlcera de córnea e hipópio. A faixa etária mais acometida está entre a 6ª e a 7ª décadas, ocorrendo raramente em crianças⁴. No presente trabalho, a metade de nossos casos está de acordo com a faixa etária¹ e a outra metade está situada na 4ª década de vida.

A órbita anterior é a mais comumente acometida e pode estar associada a um componente infiltrativo subconjuntival, com características de friabilidade e o aspecto de carne de salmão^{1,4}. Um dos casos discutidos teve intensa infiltração anterior e subconjuntival, sendo inclusive confundido com endoftalmite. A biópsia incisional mostrava o aspecto característico.

O sucesso do tratamento e do prognóstico desses pacientes dependem, basicamente, de se conseguir uma adequada biópsia incisional que permita o diagnóstico, o estadiamento e o planejamento terapêutico corretos⁴.

Para tanto, também é necessária a interação multidisciplinar entre o oftalmologista, o patologista, o oncologista e a medicina nuclear.

Quanto mais rápido o diagnóstico e o tratamento adequados, melhor é o prognóstico. O propósito do presente trabalho é descrever casos de doenças linfoproliferativas enfatizando um caso atípico de apresentação, com infiltração intra-orbitária e intra-ocular, onde é possível a confusão diagnóstica⁵.

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Abelardo de Souza Couto Júnior
Av. Nossa Senhora de Copacabana, 1.120 Sl. 901
Copacabana
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22060-000

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spencer, W. H. - Ophthalmic Pathology; An Atlas and Textbook, third edition. 1985: 2663-2711.
2. Stephen, J. Q.; Nudelson, G.; Green W. R. - Cancer : Intra ocular Lymphomas. Natural History based on clinic pathologic e study. Study of eight cases and review of the literature. September, 1983; 52(5).
3. Oliveira, T. H.; Manso, P. G.; Tella Jr., O. I.; Segreto, R. - Linfoma Orbitário - estudo clínico de cinco casos. Arq Bras Oft ; 1993; 56: 239-242.
4. Robertson, W.; Lapointe, J.; White, V. - Lymphoproliferative and Leukemic lesions. In: Rootman, J. - Disease of the orbit: Philadelphia; JB Lippincott 1988; 205-234.
5. Grossinklaus, H. E.; Martin, D. F. et al. - Uveal Lymphoid Infiltration. Report of four cases and clinic pathology review. Ophthalmology 1998; 105: 1265-1273.

ERRATA

• RBO 2000;59(4):287-295

O título correto do trabalho de autoria das doutoras Patrícia Dias Fernandes e Luciene Chaves Fernandes é:

“Telessistema: prescrição, aceitação e utilização em pacientes do Serviço de Visão Subnormal do Hospital São Geraldo”