

Sumário - Contents

Editorial	Editorial	Miguel Ângelo Padilha	313
Descompressão lateral e inferior da órbita nas orbitopatias distireoidianas	Latero-inferior orbital decompression in the dysthyroid exophthalmos	Eduardo Jorge Carneiro Soares, Valenio Pérez França, Cristiana de Moraes Ramalho, Tatiana Borghetti Pereira	316
Crescimento da medicina empresarial e mudanças nas práticas médicas	Growth of business medicine and the changes in the medical practice	Noemi Naomi Nishide, Douglas Bock, Teruo Aihara	324
Vitrectomia para luxação de lente intra-ocular em segmento posterior	Vitrectomy for posterior dislocated intra-ocular lens	Juliana Vendramini Rossi, Paulo Henrique Limeira Soares, Andréa Mara Simões Torigoe, Gildo Yuso Fujii, Valdir Balarin Silva	336
Nosologia do trauma palpebral em hospital universitário	Eyelids injuries in a University Hospital	Fernando Gonçalves, Ana Carolina Pasquini Raiza, Silvana Artioli Schellini, Carlos Roberto Padovani	344
Tratamento das uveítes (Artigo de Revisão)		Fernando Oréfice, Fernanda Belga Ottoni Porto, Wesley Ribeiro Campos, Juliana Lambert Oréfice, Fabrício Ribeiro Laender	351
Uso da membrana amniótica para reconstrução da superfície ocular após exérese de melanoma conjuntival	Amniotic membrane transplantation for ocular surface reconstruction after surgical excision of conjunctival malignant melanoma	Bruno Campelo Leal, Pedro Carlos Carricondo, Suzana Matayoshi, Ruth M. Santo, Milton Ruiz Alves	377

Editorial

Revendo hábitos... reavaliando posições

Viajar de trem-bala em visita a um novo país, nem sempre significa curtir uma bela viagem. O que se ganha em velocidade, perde-se em não poder apreciar mais de perto a paisagem rural, desfrutar com mais calma cenários exuberantes e até conhecer, um pouco mais, as pessoas que habitam pequenas cidades próximas ao trajeto por onde ele atravessa velozmente.

Telefone celular e internet facilitaram muito a vida das pessoas. Hoje nos parece impensável conseguir sobreviver sem eles. O e-mail transformou o cotidiano do homem moderno e alterou dramaticamente a maneira dele se comunicar através da palavra escrita. Sem preâmbulos, sem meias palavras, passa-se a mensagem, curta e, às vezes, grossa, não apenas para um destinatário, mas, por vezes, dezenas deles!

Mas até onde o celular, invadindo a privacidade sem nenhum protocolo, não está quebrando regras mínimas de civilidade? Ele toca, ou melhor, incomoda, pior ainda, irrita, no restaurante, no teatro, no meio da conferência, na missa, no velório, sem a menor cerimônia.

E a internet? Conseguiu mesmo reduzir a carga horária de trabalho dos indivíduos? Vários estudos comprovam, para nossa surpresa, que o cidadão norte-americano está trabalhando muito mais agora, após a introdução desta tecnologia dentro do sacrossanto ambiente do lar. Ele chega em casa e se enfurna no escritório, dedicando horas e horas "extras" navegando em trabalho não concluído nas empresas. Ou pior, leva o laptop nos finais de semana para os lugares onde deveria "recarregar as baterias", ou para os saguões de aeroportos onde se põe, mecanicamente, a colocar a "agenda" em dia.

Na nossa área, muitas perguntas ainda se encontram sem respostas conclusivas. Os descartáveis, por exemplo, até onde representam mesmo uma economia real nos custos hospitalares?

É correta a sua difusão em países em desenvolvimento como o Brasil, comprando em dólares, mas pagando seu custo em reais?

Mesmo nos Estados Unidos há, no momento, uma corrente que gostaria de reverter esta tendência, e só temem fazê-lo por causa de eventuais repercussões médico-legais que possam ser imputadas à reutilização de diversos materiais empregados em cirurgias oculares.

Mas por que certos equipamentos não são adaptados às nossas realidades? Afinal, nem tudo que é feito para os Estados Unidos tem, necessariamente, de ser feito igual para outros países que convivem com distintas economias. São certos absurdos que somente o consumidor, no caso o médico, pode tentar reverter, participando mais efetivamente do processo de fazer adaptações adequadas ao seu uso de forma mais racional e econômica.

Exemplos não faltam. Por que certas lâminas não são manufaturadas para permitirem, sendo re-esterilizadas de forma correta, durar mais tempo? Por que certos cassetes não aceitam reesterilização? Parecem até programados para serem autodestruídos se o cirurgião tentar o reaproveitamento!

Outra questão para ser repensada : por que os medicamentos, equipamentos, insumos médicos alcançam preços estratosféricos? Sempre aprendemos que quando há muita oferta, há uma tendência dos preços caírem. Curiosamente este princípio econômico não parece funcionar na venda daqueles produtos para a classe médica. Mas, de forma perversa, o princípio existe, e em sentido contrário. No caso de médicos, quanto maior a oferta de mão de obra disponível, menos eles recebem!

Muitos irão argumentar, talvez com razão, que os laboratórios investem muito dinheiro em pesquisas e, às vezes, muitas delas chegam a nenhum resultado. Mas sabemos que muitos destes investimentos, poderíamos dizer desperdícios, poderiam ser amenizados, e esta redução ser canalizada para facilitar os médicos a reequipar melhor suas clínicas e hospitais.

E, muito melhor, transferir esta economia para o bolso do paciente, que hoje mais que nunca, se defronta com gastos imensos para se tratar, e grande parcela acaba desistindo do tratamento preconizado pelos seus médicos.

Muito ainda poderíamos questionar e tentar apontar caminhos e soluções. Mas há algo neste momento, 10 de maio de 2003, que nos incomoda e que não quer calar. O quê está acontecendo com a qualidade de atendimento de certos fabricantes e fornecedores de equipamentos na sua prestação de serviços aos médicos? O quê está se passando com o controle de qualidade de certas empresas fabricantes de medicamentos, que acreditamos serem nossas aliadas e parceiras no combate à cegueira de nossos combalidos pacientes?

Através de relatos conflitantes na internet, de comentários nos corredores de hospitais, finalmente ontem, transcorridos quase três meses do primeiro episódio, é que fomos informados oficialmente pelo Jornal Nacional da TV Globo que um laboratório farmacêutico em São Paulo foi interditado e teve suas instalações fechadas pela Vigilância Sanitária, após comprovadas as denúncias de contaminação de substâncias viscoelásticas, as quais geraram dezenas de endoftalmites em pacientes operados de catarata em diversas cidades brasileiras.

Horrorizado com esta total falta de comunicação oficial da empresa aos senhores médicos, que desde fevereiro (ou março?) deveria ter alertado que algo de errado se passava com a fabricação de seus produtos, e tê-los recolhido de imediato dos hospitais, fica a indagação, terrível sem dúvida: alguma outra empresa estaria atuando com a mesma índole? Por que uma empresa ou empresas se comportam desta maneira? Esquecem que ajudam a destruir o maior patrimônio que nós, oftalmologistas, ao longo de décadas, tentamos construir junto aos nossos pacientes, lutando pela prevenção e eliminação da cegueira em nosso país? Esquecem que colocam toda uma classe à mercê de algozes, como companhias de seguros de responsabilidade civil e escritórios de advocacia atrás deste nicho de ganhos?

A quem cabe responsabilizar? Somente às empresas fabricantes de insumos médicos, por suas falhas no controle de qualidade de seus produtos? Ou também às empresas operadoras de saúde, impondo pacotes e, com esta forma odiosa de baratear custos, obrigam muitos profissionais a buscarem alternativas nem sempre confiáveis?

Ao aceitar o honroso convite do Prof. Paulo Augusto de Arruda Mello, Diretor de Publicações da nossa Revista Brasileira de Oftalmologia, para escrever este Editorial, a idéia inicial era uma. Mas com os fatos recém ocorridos no país, machucando nossa cara e nossa alma, optei por esta forma de desabafo.

Sempre é hora de rever condutas, reverter quadros, tomar novas posições. Mesmo em um paciente na UTI, quando tudo indica que a vida está lhe escapando, ainda há muito por fazer para salvá-lo.

Trem-bala, internet, celular, tudo é descartável. Compete ao homem saber usá-los e, de forma inteligente, manejá-los, e nunca se deixar escravizar por eles.

Compete a nós, lutar pela nossa Oftalmologia.

Dr. Miguel Ângelo Padilha

Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Oftalmologia
Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Catarata e Implantes Intra-oculares

Descompressão lateral e inferior da órbita nas orbitopatias distireoidianas

Eduardo Jorge Carneiro Soares*, Valenio Pérez França**, Cristiana de Moraes Ramalho***, Tatiana Borghetti Pereira***

RESUMO

Objetivo: Estudar os resultados obtidos através da remoção em bloco das paredes lateral e inferior da órbita nos casos de orbitopatia distireoidiana em que o tratamento cirúrgico descompressivo estiver indicado. Levando-se em conta que a literatura nacional sobre o assunto é pequena, o trabalho também tem o objetivo de relatar a nossa experiência com esse procedimento.

Local: Este estudo foi realizado nos Serviços de Plástica Ocular da Policlínica Oftalmológica do Hospital São Geraldo da Faculdade de Medicina da UFMG e do Hospital Mater Dei, em Belo Horizonte.

Método: Foi realizada uma análise retrospectiva dos prontuários de 21 pacientes com orbitopatia distireoidiana submetidos à cirurgia de descompressão orbitária (37 órbitas), todos com a técnica de ressecção em bloco da parede lateral e parte do assoalho da órbita. A técnica cirúrgica é descrita em todos os detalhes. A análise dos protocolos pré e pós-operatórios que apresentamos permitiu um estudo comparativo dos nossos resultados com aqueles descritos na literatura.

Resultados: Os resultados, avaliados através das tomografias computadorizadas, das documentações fotográficas e da melhora do quadro clínico (incluindo o índice de satisfação do paciente), mostraram-se satisfatórios em todos os casos, com redução do exoftalmo e melhora significativa dos sinais e sintomas da orbitopatia.

Conclusões: A eficiência do procedimento quanto à redução dos exoftalmo é equiparada às demais, tendo sido observados resultados similares em relação aos efeitos cosméticos, clínicos e radiológicos. Os autores chamam a atenção para as principais vantagens desta cirurgia, salientando a menor morbidade com um mínimo de complicações e a maior simplicidade técnica, tornando-a a mais acessível aos oftalmologistas dedicados à cirurgia plástica ocular.

*Coordenador do Curso de Extensão em Cirurgia Plástica Ocular (CBO). Chefe do Serviço de Plástica Ocular da Policlínica Oftalmológica de Belo Horizonte.

**Professor do Curso de Extensão em Cirurgia Plástica Ocular (CBO). Aluno do Curso de Doutorado do Departamento de Oftalmologia da UFMG.

***Alunas-Fellow do Curso de Extensão em Cirurgia Plástica Ocular (CBO).

Recebido para publicação em 07/10/02.

ABSTRACT

Latero-inferior orbital decompression in the dysthyroid exophthalmos

Purpose: Study the results obtained through the resection in bloc of the entire lateral wall and the lateral part of the floor including the orbital rim in cases of dysthyroid exophthalmos in which the decompressed surgical treatment is indicated. Taking into consideration that the Brazilian literature is not vast, the work has also the aim of reporting our experience with this procedure.

Place: This work was conducted at the Ophthalmic Plastic Service of the Policlínica Oftalmológica, São Geraldo Hospital of Medicine Faculty of the Federal University of Minas Gerais (UFMG) and at the Mater Dei Hospital, in Belo Horizonte.

Method: A retrospective analysis of the medical registers of 21 patients with dysthyroid exophthalmos submitted to an orbital decompression surgery (37 orbits) was carried out. In all of those cases the resection in bloc of the entire lateral wall and the lateral part of the floor technique was used. The surgical technique is described in depth. The pre and post-operative record analysis presented made a comparative study of our results with that ones described in the literature.

Results: Evaluated through computed tomography, photographic, documentation and of better clinical conditions (including the patient's fulfilment) the results were considered adequate in all cases revealing reduction of the exophthalmos and significant improvement of its signs symptoms.

Conclusions: The efficiency of the procedure in relation to the reduction of the exophthalmos is equivalent to the others. Similar results were observed in relation to cosmetic, clinical and radiological effects. The authors focus their attention on the main advantages of this surgery, emphasizing its little morbidity with minimal complications and the simplicity of the technique used making it more accessible to ophthalmologists committed to ophthalmic plastic surgery.

INTRODUÇÃO

Entende-se como orbitopatia distireoidiana as alterações órbito-palpebrais associadas à disfunção tireoidiana manifestadas principalmente pela congestão, edema, infiltração inflamatória e proliferação de tecido conjuntivo nos tecidos orbitários e nos músculos extra-oculares.

Sendo a causa mais freqüente de exoftalmo no adulto, a orbitopatia distireoidiana apresenta um quadro clínico composto das seguintes manifestações:

- congestão e edema conjuntival e palpebral
- retração palpebral
- exoftalmia
- limitação dos movimentos oculares com ou sem

diplopia

- ceratoconjuntivite de exposição
- neuropatia óptica

Além do desconforto ocular constante e dos defeitos cosméticos que afetam psicologicamente os pacientes, a orbitopatia distireoidiana em muitos casos causa perda visual através da ceratite de exposição e da neuropatia óptica compressiva.

É importante salientar que o controle clínico da doença tireoidiana (com hiper ou hipotireoidismo), apesar de essencial, pode não alterar o curso da orbitopatia, pois as suas manifestações ocorrem também em pacientes com eutireoidismo. O tratamento cirúrgico do exoftalmo geralmente é indicado quando há insucesso do tratamento clínico, que consiste no uso de

Quadro I
Avaliação pré-operatória

	Idade	Sexo	Quadro clínico	Indicação	Evolução
CPM	38	m	Proptose	estética	3 anos
EL	52	f	Proptose	estética	10 anos
FF	65	m	Proptose + diplopia	neuropatia	5 anos
GMPS	56	f	Proptose + diplopia	funcional	3 anos
GD	23	m	Proptose	estética	2 anos
IM	40	f	Proptose + diplopia	neuropatia	3 anos
LRC	26	f	Proptose + ceratite	exposição	1 ano
LAL	63	f	Proptose	estética	ignorada
MET	31	f	Proptose + diplopia	funcional	2 anos
MHB	46	f	Proptose	estética	ignorada
MMSL	34	f	Proptose+ ceratite	exposição	10 anos
MS	54	f	Proptose	estética	2 anos
MM	23	f	Proptose	estética	2 anos
SN	34	f	Proptose	estética	1 ano
SDS	27	f	Proptose	estética	3 anos
SMC	37	f	Proptose + ceratite	exposição	7 anos
MAP	46	f	Proptose + diplopia	neuropatia	6 anos
MK	67	f	Proptose + ceratite	exposição	4 anos
VHLC	37	f	Proptose + diplopia	neuropatia	6 anos
SDS	45	f	Proptose + ceratite	exposição	7 anos
MT	37	f	Proptose + diplopia	neuropatia	ignorada

lubrificantes oculares e na instituição da corticoterapia sistêmica ou da medicação imunossupressora, associada ou não à radioterapia. As indicações principais para a cirurgia de descompressão orbitária são a neuropatia óptica e a ceratite de exposição, porém, o trauma cosmético causado pelo exoftalmo tornou-se atualmente uma importante motivação do paciente.

A primeira cirurgia de retirada da parede lateral da órbita foi descrita por Kronlein¹ em 1889, feita para retirar um cisto orbitário, porém foi Dollinger² (1911), quem primeiro realizou essa técnica para descomprimir a órbita no tratamento do exoftalmo. A retirada da parede inferior da órbita foi proposta por Hirsch³ em 1930. Naffziger⁴, em 1931, descreveu a retirada do teto da órbita através de uma craneotomia transfrontal. Walsh e Ogura⁵ apresentaram em 1957 os resultados obtidos em casos de exoftalmos malignos com a remoção da parede medial, feita pela via transantral. Desde então as técnicas têm sido modificadas, aperfeiçoadas



Fig. 1: Mostra a extensão da ressecção óssea englobando toda a parede lateral, parte lateral do assoalho e a reborda orbitária (lado esquerdo, em preto).

ou associadas na tentativa de obter um maior espaço para acomodar o conteúdo orbitário. A ressecção em bloco da parede lateral e parte do assoalho da órbita, utilizada em nosso Serviço, foi descrita por Matton⁶ em 1991.



Fig. 2: A) cantotomia ampliada através da abertura do fórnice inferior permite uma ampla visualização da área cirúrgica e a realização das osteotomias. B) Após a remoção do bloco ósseo e da periórbita o tecido orbitário hernia-se e ocupa o espaço recém-criado.



Fig. 3: A) Aspecto pré-operatório do mesmo paciente da fig. 2, com exoftalmo em OD = 29mm e OE = 28mm. B) Aspecto pós-operatório imediato na sala de recuperação, podendo-se observar os drenos laterais.

Levando-se em conta que a literatura nacional sobre o assunto é pequena, o objetivo do trabalho é relatar a nossa experiência com este procedimento.

APRESENTAÇÃO

Foi realizado uma análise retrospectiva dos prontuários de 21 pacientes com orbitopatia distireoidiana submetidos à cirurgia de descompressão orbitária (37 órbitas) no período de 1991 a 2000, todos com a técnica de ressecção em bloco da parede lateral e parte do assoalho da órbita (Fig. 1).

O quadro I mostra os dados de identificação dos pacientes, quadro clínico, tempo de evolução da doença e o principal motivo para a indicação da cirurgia descompressiva. As medidas pré-operatórias dos exoftalmos variaram de 19 a 29mm.

TÉCNICA CIRÚRGICA

- Sob anestesia geral ou sedação procede-se a infiltração da área cirúrgica com xilocaina a 2% com vasoconstrictor. Realiza-se então a cantotomia (cerca de 3 cm) aprofundando a

Tabela II
Cirurgias complementares

pacientes \ cirurgias	Estra- bismo	Alonga- mento Retratores P. S.	Alonga- mento Retratores P. I.	Blefaroplas- tia
COM		+	+	
EL				
FF		+		
GMPS				
GD				
IM	+	+		
LRC		+		
LAL				
MET		+		
MHB		+		
MMSL		+	+	
MS	+	+		+
MM		+		
SN				
SDS		+		
EKV		+	+	
SMC				
M		+		+

incisão até o perióstio da reborda orbitária lateral. Em seguida amplia-se a exposição fazendo a abertura do fórnice inferior para ter acesso à reborda inferior da órbita (Fig. 2A). O passo seguinte consiste em incisar o perióstio ao longo da reborda, desde a sutura fronto-zigomática, passando pelo arco zigomático, até próximo do foramen do nervo infra-orbitário.

- Proceda-se então o descolamento do perióstio a fim de expor toda a face interna e externa da parede lateral, do arco zigomático e da parede inferior (assoalho) até à fissura do nervo infra-orbitário.
- As osteotomias são realizadas com motor (brocas), uma sobre a sutura fronto-zigomática e outra sobre a face externa do zigomático, paralela à reborda, caminhando até próximo ao nervo infra-orbitário. Com o uso do martelo e goiva, realiza-se uma fratura na face interna da parede lateral e assoalho, unindo as osteotomias já realizadas.
- Toda a parede lateral e parte do assoalho, incluindo a rima orbitária, são retirados em bloco com um fórceps. Quando necessário, a

ressecção óssea pode ser ampliada com um saco-bocado ou mesmo com a broca.

- Finalmente, a periórbita é ressecada ao máximo em toda a área exposta para permitir a expansão dos tecidos orbitários (Fig. 2B), deixando-se apenas uma fita lateral anterior onde será fixado o tendão palpebral lateral. A colocação de dreno é optativa para alguns casos.
- Completa-se a cirurgia com fechamento dos planos cirúrgicos e com um curativo não compressivo.

RESULTADOS

Os resultados foram avaliados através das tomografias computadorizadas, das documentações fotográficas e da melhora do quadro clínico, incluindo o índice de satisfação do paciente. Não foi possível medir quantitativamente a regressão do exoftalmo após a cirurgia, porque a retirada da reborda orbitária não permite retomar a medida exoftalmométrica pós-operatória.

Foi observada a melhora da exoftalmia em todos os casos, inclusive nos oito (08) pacientes que haviam sido previamente tratados com corticóide e nos dois (02) submetidos à radioterapia sem sucesso (Fig. 3 A e B). A diplopia presente em sete (07) pacientes diminuiu significativamente (exames ortópticos) após a cirurgia em três (03) casos e manteve-se inalterada em quatro (04) casos. A ceratite de exposição desapareceu completamente em todos os pacientes após a cirurgia (05 casos). Nos cinco pacientes com evidências de neuropatia (baixa visual, pressão ocular elevada e alterações campimétricas) não foram observadas melhoras significativas na visão, provavelmente em razão do tempo mais longo da evolução.

Doze (12) pacientes tiveram que submeter-se a cirurgias complementares para melhora do efeito final, como mostra a tabela II. Nos dois pacientes submetidos à cirurgia de estrabismo para correção da diplopia foi realizado o recuo do músculo reto inferior no olho com hipotropia. Nos doze pacientes submetidos à cirurgia de alongamento da aponeurose do músculo elevador da pálpebra superior, em dez (10) foi realizada a técnica de Soares⁷ (1991) e em dois (2) pacientes foi feita a desinserção da aponeurose do tarso juntamente com o músculo de Müller, seguida da sutura

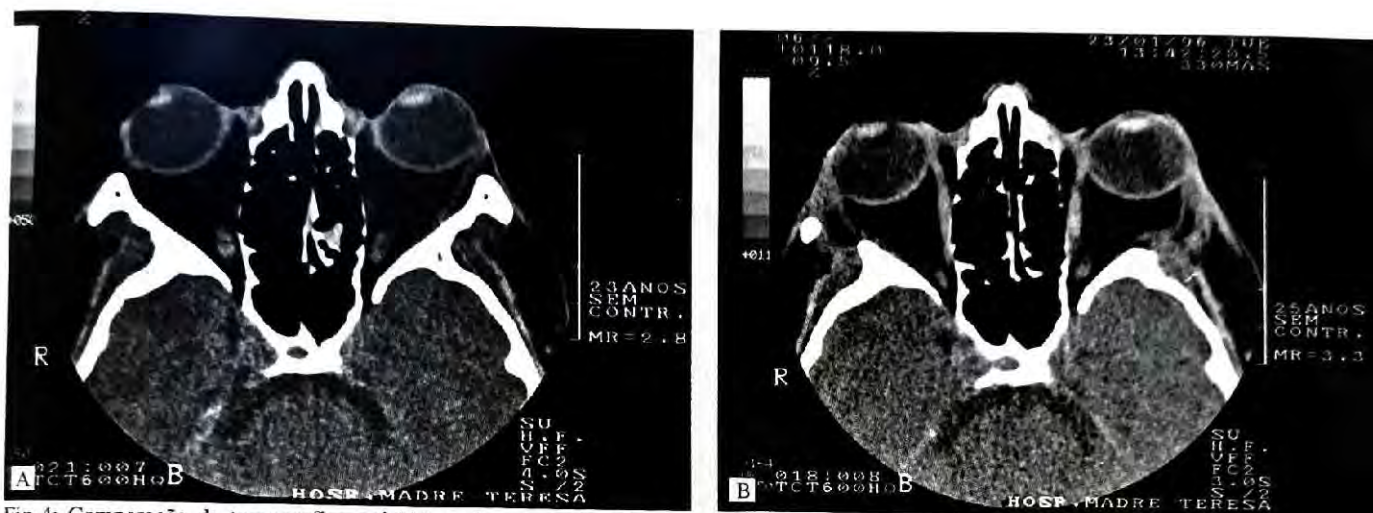


Fig 4: Comparação da tomografias pré (A) e pós-operatórias (B) mostrando a ausência das paredes ósseas laterais e a expansão do conteúdo orbitário em direção à fossa temporal.

dessas estruturas na conjuntiva palpebral em um nível mais alto. A retração da pálpebra inferior observada em três (3) casos foi corrigida com enxerto de cartilagem auricular colocada entre o tarso e os elementos retratores recuados. Dois pacientes foram submetidos à blefaroplastia para remoção do excesso de pele e bolsas de gordura.

Não foram observadas complicações motoras, visuais, hemorrágicas ou lacrimais após a cirurgia empregada. A única queixa apresentada foi a parestesia da região malar e maxilar que ocorreu em seis (6) dos vinte e um (21) pacientes. O período de duração foi transitório, variando de 15 dias a 10 meses para a regressão total.

DISCUSSÃO

É certo que a maioria das técnicas de decompressão orbitária que removem duas ou mais paredes da órbita são mais eficazes, como atestam os trabalhos de Garrity⁸ (1993), Lyons⁹ (1994), Cruz¹¹ (1996) e Federmann¹² (1996). Estima-se que a remoção de uma só parede produz a correção de até 4mm, enquanto que a retirada de duas paredes provoca um recuo médio de 6mm e de três paredes chega a 10mm. A escolha da via de acesso depende do próprio cirurgião e principalmente dos recursos técnico-cirúrgicos de sua especialidade. O procedimento descrito neste trabalho tem a vantagem de ser mais apropriado para o oftalmologista devido à via de acesso ser familiar ao cirurgião órbito-palpebral.

A análise comparativa dos nossos resultados com aqueles descritos na literatura obtidos através

de outras técnicas permite fazer os seguintes comentários:

- A eficiência deste procedimento quanto à redução do exoftalmo é equiparada às demais, tendo sido observados resultados similares quanto aos efeitos cosméticos, clínicos e radiológicos (Figs. 4A e B).
- A técnica empregada neste trabalho permite comparar a área ressecada de ambas as órbitas, o que é muito útil na correção dos exoftalmos assimétricos.
- A ressecção da parede lateral e parte da inferior é eficaz em contrabalançar a decompressão nos sentidos vertical e horizontal. Não observamos desnivelamento ocular (hipoftalmia), mesmo nos casos do procedimento ter sido realizado unilateralmente.
- Essa técnica revelou ser um procedimento seguro, com baixo índice de complicações, o que nos permite afirmar que apresenta menor morbidade.
- É importante salientar que a cirurgia de decompressão é mais efetiva quando realizada antes que se instale a fibrose dos músculos e a neuropatia ótica compressiva, que devem ser diagnosticadas e tratadas o mais precocemente possível.
- As cirurgias complementares para correção das retrações palpebrais ou da dermatochalasis e bolsas palpebrais devem ser realizadas em um segundo tempo cirúrgico, usualmente após um período de 3 a 6 meses.
- As cicatrizes tornaram-se quase inaparentes em todos os pacientes.

Endereço para correspondência:

Dr. Eduardo Soares
Rua Timbiras, 3468
Belo Horizonte - MG - CEP: 30140-062

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kronlein RU. Zur Pathologie und operativen Behandlung der Dermoidcysten der Orbita. Beitr Kli Chir 1889; 4: 149-163.
2. Dollinger J. Die Druckentlastung der AugenHole durch Entfernung der auBeren Orbitalwand bei Hochgradienten Exophthalmos und Koneskutner Hornhauterkrankung. Dtsch Med Wochenschr 1911; 37: 1888-1890.
3. Hirsch O. Surgical decompression for malignant exophthalmos. Arch Otolaryng 1950; 51: 3225-3331.
4. Naftiziger H. Progressive exophthalmos followig thyroidectomy pathology and treatment. Ann. Surg 1931; 94: 4: 149-163.
5. Walsh TE, Ogura JH. Transantral ethmoid decompression for malignant exophthalmos. Laryngoscope 1957; 67: 544-468.
6. Malton G. Ressection "en bloc" of the lateral wall and floor for decompression of the orbit in dusty thyroid exophthalmos. European Jornal of Plastic Surgery 1991; 14: 114-119.
7. Soares EJC, França VP. Lengthening of the upper lid retractors. Orbit- 1991, Vol 10, No 3, 133-140.
8. Garrity JÁ, Fatourech V, Bergstralk EJ, Bartly GB, Beautty CW, de Santo LW, Gorman CA. Results of transantral orbital decompression in 428 patients with severe Graves opthalmopathy. Am. J Ophtalmol, 1993; 116: 533-547.
9. Lyons CJ, Rootman J. Orbital decompression for disfigurant exophthalmos in thyroid orbitopathy. Ophtalmology, 1994; 101: 223-230.
10. Shore JW, Carvajal J, Westfall CT. Miniplate reconstructionof the lateral orbital rim after orbital; decompression for Grave's disease. Ophtalmology 1992; 99: 1433-1439.
11. Cruz AAV, Guimarães FC, Sakuma C, Mauad A. Descompressão orbital no tratamento da orbitopatia distireoidiana. Arq Bras. Oftalmologia 1996; 59: 62-68.
12. Federmann I, Abreu E, Gallo Neto, Lemos CG. Descompressão orbitária - Remoção de duas paredes - A propósito de 1 caso. Arq. IPB. 1996; 38: 26-29.

Crescimento da medicina empresarial e mudanças nas práticas médicas

Noemi Naomi Nishide*, Douglas Bock**, Teruo Aihara***

RESUMO

Objetivo: Analisar as transformações ocorridas no exercício da Medicina nos últimos anos, provocadas pelos avanços das ciências médicas, em geral, e pelo crescimento da Medicina empresarial, em particular.

Método: Compilação e análise da literatura sobre questões médico-empresariais e administração médica; pesquisa nas páginas oficiais da Internet de Conselhos e Sociedades médicas; entrevistas e depoimentos dos profissionais da área médica, além de índices e estatísticas referentes à população médica.

Resultados: Pontos relevantes: (a) A velha Medicina foi substituída por uma nova prática médica, num contexto eminentemente empresarial; (b) O crescimento da população médica é maior do que da população em geral, acirrando a competitividade e reduzindo a remuneração média do médico; (c) A multiplicação das subespecialidades exige formação mais apurada, diminui o número de pacientes potenciais e reduz a remuneração, mas requer maiores investimentos em equipamentos e treinamento; (d) O aumento do número de exames induz a inserção na Medicina empresarial e institucional para garantir acesso a equipamentos sofisticados e dispendiosos; (e) A nova prática médica exige habilidades e capacidades que estão fora do currículo das Faculdades de Medicina.

Conclusão: O novo profissional enfrenta múltiplos desafios: rever sua postura individual; se posicionar frente ao crescimento da população médica; se preparar para um campo cada vez mais competitivo, especializado e exigente; aprimorar sua formação médica agregando a ela habilidades estranhas a Medicina.

Trabalho realizado no Departamento de Oftalmologia da Santa Casa de São Paulo.

*Assist. da seção de Retina e Vítreo do Departamento de Oftalmologia da Santa Casa de São Paulo.

**Bacharel em Filosofia pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP.

***Chefe da seção de Retina e Vítreo do Departamento de Oftalmologia da Santa Casa de São Paulo.

Recebido para publicação em 02/10/02.

ABSTRACT

Growth of business medicine and the changes in the medical practice

Objective: Analyse changes in Medical practice during the last few years as a consequence of scientific development in the Medical sciences, in general, and growth of corporate medicine, specifically.

Methods: Compilation and analysis of literature on corporate medicine and medical administration issues; research on official councils' and societies' web pages; interviews with and statements by medical professionals, as well as collection of statistics and registers referring to the medical cohort.

Results: Relevant points: (a) Traditional Medicine has been replaced by a new medical practice in predominantly corporate context. (b) Growth in the medical population is bigger than that of population in general, which has made competition in the field stronger, reducing the average income. (c) The increase in subspecialties demands higher levels in education, reduces the number of potential patients and the income, but, on the other hand, demands more investment in professional training and equipment. (d) The increase in testing leads to corporate and institutional medicine as a means to guarantee access to expensive and sophisticated equipment. (e) The new medical practice demands abilities and capabilities not provided by the Medical School curriculum.

Conclusion: The new professional faces multiple challenges: review his/her individual practice; assess his/her position in face of the growth in the medical population; be prepared for a more and more competitive, specialised and demanding field; expand his/her medical knowledge, adding to it abilities other than medical.

INTRODUÇÃO

No livro *Os Novos Médicos Administradores* o Prof. Edson Yamamoto analisa e documenta, extensivamente, a transformação de médicos em administradores, adaptação pela qual passaram alguns profissionais nas últimas décadas. O percurso descrito é acidentado e atribulado, mas, ao mesmo tempo, pode ser prazeroso e desafiador, porque o médico precisa acrescentar à sua formação básica todas as habilidades de um administrador de empresas, porém sem perder as características intrínsecas da carreira médica, uma vez que foram exatamente esses atributos que prevaleceram na sua contratação.

Empresas e instituições como hospitais, clínicas, convênios médicos, seguros saúde, entre outras, exigem, para a sua administração, um conjunto de habilidades que não são muito

comuns no mercado de trabalho. Sobretudo porque os requisitos mais relevantes, peculiares e fundamentais desse ramo de atividade estão diretamente relacionados com a Saúde, campo de atuação, eminentemente, dos formados em Medicina, que, por sua vez, não têm, evidentemente, um aprendizado acadêmico voltado para a Administração de Empresas. Nestes termos, mesmo considerando as dificuldades de preparar um médico para administrar, este é o único caminho possível, porque treinar um administrador como médico é impraticável, inclusive pelas injunções e desdobramentos jurídicos e legais que afetam a área da Saúde.

Durante toda a exposição do Prof. Edson Yamamoto, analisando a transformação dos médicos em administradores, a ênfase predominante, inclusive porque tese nuclear do texto, indica que esta nova carreira é uma opção ou escolha disponível para alguns médicos. De

fato, efetivamente apenas um pequeno percentual de profissionais fará a travessia completa e se transformará em médico-administrador ocupando cargos de coordenação, gerência e direção em empresas da área médica. A grande maioria dos médicos trilhará outro caminho, continuará tendo como atividade principal a prática médica em hospitais, consultórios, serviço público etc.

Certamente, quando se considera as grandes revoluções socio-econômicas dos últimos 50 anos, e, em especial, o crescente cunho empresarial da área médica, verifica-se que o exercício da Medicina foi intrinsecamente afetado, tornando muito mais abrangente, especializada e complexa a gestão da Saúde pública e privada. Em consequência, é mandatório concluir que alguns profissionais tenham que se capacitar como administradores sem, contudo, deixarem de ser médicos. Entretanto, e talvez até como resultado do avanço dos princípios empresariais por toda a Medicina, é provável que a revolução maior, tanto em alcance quanto em profundidade, esteja ocorrendo inexorável e irrefreavelmente nas atividades cotidianas dos médicos.

Curiosamente, exatamente aquela grande maioria de profissionais que não se predispôs a fazer a transição para médico-administrador está sendo, cada vez mais, compelida a adquirir habilidades estranhas ao exercício clássico da Medicina, tais como: administração, gerência financeira, noções de computação, gerência de processos e muitas outras, imprescindíveis para, minimamente, dar conta do expediente diário padrão de um médico.

O fio condutor deste trabalho será a demarcação e o delineamento dessas novas práticas médicas, mencionadas de passagem pelo Prof. Edson Yamamoto nos primeiros capítulos do livro citado. Ou, em outros termos, elaborar um esboço da reengenharia compulsória – extensa e trabalhosa, porém, irrecusável –, que atingiu a base e o cerne da profissão do médico, modificando definitivamente seu dia-a-dia.

A VELHA E BOA MEDICINA

O Dr. Paulo C. G. Campana, Presidente do Centro de Patologia Clínica Campana, no prefácio

do livro do Prof. Yamamoto subscreve, e muitos outros médicos também subscreveriam, o verso de Ataulfo Alves: *"Eu era feliz e não sabia..."*, se referindo à prática médica de outras épocas. A lembrança dos tempos passados antes da subdivisão em especializações, dos médicos de família, da largueza de experiência, da relação pessoal com os pacientes (acompanhados durante a vida toda), traz valores e costumes datados e ultrapassados, impensáveis nos dias de hoje, de convênios e Medicina empresarial.

Médico-reumatologista e escritor, Pedro Nava, considerado por muitos (Carlos Drummond de Andrade, por exemplo), disparado, o melhor memorialista da língua portuguesa (a crítica especializada, mais contida, o coloca entre os melhores) escreveu seis livros de memórias, nos quais, entremeado com a narrativa dos acontecimentos políticos e artísticos, é traçado um amplo panorama de como se desenvolvia o exercício da Medicina entre os anos de 1927 e 1984, isto é, depoimentos que abrangem 57 anos, desde a formatura, na primeira turma da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, até a morte.

As narrativas de Pedro Nava registram um imenso repertório de vivências médicas: ambulatório hospitalar, Medicina de fronteira agrícola, clínica requintada no centro do Rio, enquanto Capital Federal; e cobrem um vasto território geográfico: Minas Gerais, o Oeste do Estado de São Paulo e Rio de Janeiro. Toda essa experiência acumulada é filtrada por um amplo conhecimento da História da Medicina, disciplina que recebeu dele inúmeras contribuições.

Um trecho extraído de *Galo das Trevas*, quinto livro de memórias de Pedro Nava, pode ilustrar exemplarmente essa diversidade de vivência médica:

"Clínico de roça, fui médico, operador e parteiro. Fui delegado de polícia sanitária e chefe de posto epidemiológico. Conheço todas as clínicas – a de 'lombo de burro' que experimentei no interior de Minas, a de caminhão e dos fordes que pratiquei nos cafezais do Oeste Paulista, a clínica dura do subúrbio carioca e a clínica elegante dos arranha-céus do centro. Entrei em todas as casas, desde a choça do sertão e do barraco dos morros, aos solares dos ricos e aos palácios presidenciais.

Vi todas as agonias da carne e da alma. Todas as misérias do pobre corpo humano. Todas as suas dores, todas as suas desagregações, todas as suas mortes. Além de todas as doenças, vi, também, toda qualidade de doente. O rico e o pobre, o veraz e o fabulador, o amigável e o hostil, o cooperante e o negativista, o reconhecido e o ingrato, o deprimido e o otimista, o realmente doente e o doente imaginário”.

Este tipo de Medicina de amplo espectro, que permitia ao médico se sobrepor às especialidades, de contato direto, permanente e duradouro com os pacientes; atuação imediata, tópica e pontual, de pronta resposta, sem a intermediação das empresas de convênios, de seguros saúde e dos laboratórios acabou, ou talvez tenha se exilado nas regiões de fronteiras e de pioneiros. Hoje o dia a dia dos médicos mudou, exige-se conhecimentos e habilidades distintas e variadas para a prática diária da Medicina, que, na maioria das vezes, os profissionais têm que prover e aprender por si próprios. Os tempos do “*eu era feliz e não sabia...*” se foram, irremediavelmente.

MÉDICO – PROFISSÃO EM PERIGO

As transformações sociais, os avanços econômicos e a evolução científica registradas nos últimos 50 anos foram imensas e generalizadas, alcançando todos os quadrantes, áreas e atividades. Do lado socio-econômico tivemos mudanças drásticas: a explosão populacional, a urbanização acelerada, o avanço da exploração em moldes empresariais de todos os setores e ramos, e, mais recentemente, a progressiva globalização. Do lado das ciências aconteceram também alterações impressionantes: poderosas drogas e compostos químicos, brilhantes terapêuticas e rotinas de tratamentos, criação de eficazes equipamentos para exames, desvendamento dos mecanismos das células e, inclusive, o mapeamento do genoma humano.

Evidentemente o surgimento desses novos elementos modificou radicalmente o exercício da Medicina. Primeiro, o aumento dos profissionais médicos em relação à população obrigou a uma adequação do atendimento médico à concorrência. Segundo, o rápido avanço das pesquisas exigiu uma irreversível e acelerada especialização das

Tabela 1
Crescimento populacional por crescimento do número de médicos

Região	Habitantes	Médicos
Norte	3,9%	5,71%
Nordeste	1,18%	3,89%
Sudeste	1,68%	3,48%
Sul	1,36%	4,91%
Centro Oeste	3%	1,93%

Fonte: Pesquisa Perfil Médico, CFM (1999) - Novos Médicos Administradores - (Edson Yamamoto).

Ciências Médicas, uma vez que se passou a conhecer muito mais sobre cada uma das doenças e órgãos. Terceiro, a intervenção das empresas no campo da Saúde deflagrou uma reestruturação de toda a profissão médica.

É interessante, mas preocupante, observar as taxas anuais de crescimento populacional comparativamente ao crescimento do número de médicos (Tabela 1). Esse descolamento progressivo do índice médico/habitante configura uma situação bastante adversa para a profissão médica. Até o presente a carreira médica é fortemente atrativa, porém, brevemente, poderá se tornar desestimulante, com possíveis e previsíveis agravamentos da qualidade dos serviços e do atendimento.

A causa dessa explosão da população médica pode começar a ser explicada quando se constata a proliferação das Faculdades de Medicina. Hoje existem autorizados 93 cursos ativos no Brasil e 6 outros aguardam registro. No Estado de São Paulo existem 22 faculdades em funcionamento, na década de 60 eram apenas 4 opções.

A relação médico por habitante no Brasil é de 1/673, na Região Sudoeste de 1/479. Como, em termos nacionais, a taxa de crescimento do número de médicos é, no mínimo, o dobro da taxa de crescimento populacional, nos próximos anos, se nada for feito, a razão médico/habitante deve se agravar em progressão quase geométrica. Este descompasso diminui dramaticamente o poder de negociação dos médicos frente às empresas da área de Saúde, obrigando a maioria dos profissionais a aceitar remuneração reduzida pelo trabalho realizado, forçando, em consequência, a acumulação de empregos, redundando em longas

Tabela 2
CFM – Conselho Federal de Medicina – Áreas de Atuação

01	Acupuntura	24	Fisiatria	46	Neurocirurgia
02	Administração Hospitalar	25	Foniatría	47	Neurofisiologia Clínica
03	Alergia e Imunologia	26	Gastroenterologia	48	Neurologia
04	Anestesiologia	27	Genética Clínica	49	Neurologia Pediátrica
05	Angiologia	28	Geriatría	50	Nutrologia
06	Broncoesofagologia	29	Ginecologia	51	Obstetrícia
07	Cancerologia	30	Hansenologia	52	Oftalmologia
08	Cardiologia	31	Hematologia	53	Ortopedia e Traumatologia
09	Cirurgia Cardiovascular	32	Hemoterapia	54	Otorrinolaringologia
10	Cirurgia de Cabeça e Pescoço	33	Homeopatia	55	Patologia
11	Cirurgia da Mão	34	Infectologia	56	Patologia Clínica
12	Cirurgia do Aparelho Digestivo	35	Mastologia	57	Pediatria
13	Cirurgia Geral	36	Medicina do Trabalho	58	Pneumologia
14	Cirurgia Pediátrica	37	Medicina do Tráfego	59	Proctologia
15	Cirurgia Plástica	38	Medicina Esportiva	60	Psiquiatria
16	Cirurgia Torácica	39	Medicina Geral e Comunitária	61	Radiologia
17	Cirurgia Vascular	40	Medicina Intensiva	62	Radioterapia
18	Citopatologia	41	Medicina Interna (Clín. Médica)	63	Reumatologia
19	Clinica Médica	42	Medicina Legal	64	Sexologia
20	Dermatologia	43	Medicina Nuclear	65	Terapia Intensiva
21	Eletroencefalografia	44	Medicina Sanitária	66	Tisiologia
22	Endocrinologia e Metabologia	45	Nefrologia	67	Urologia
23	Endoscopia Digestiva				

jornadas de trabalho. De acordo com estatísticas recentes, é comum, atualmente, os médicos acumularem três empregos, trabalhando 12 horas por dia. De um metalúrgico, por exemplo, com caga de trabalho de 44 horas semanais se exige um esforço muito menor.

ESPECIALIZAÇÃO E SUBESPECIALIZAÇÃO

As Ciências Médicas evoluíram espantosamente nas décadas recentes, quando se faz um levantamento dos equipamentos médicos utilizados atualmente, das técnicas terapêuticas ou dos recursos cirúrgicos, por exemplo, percebe-se que a absoluta maioria não existia 30 anos atrás; segmentos inteiros vedados à pesquisa tornaram-se, de repente, áreas florescentes, ativas e promissoras. O desenvolvimento é constante, amplo e

generalizado: métodos, materiais, técnicas, processos, novas especialidades etc. Todas essas notáveis descobertas e invenções impuseram um vasto redimensionamento nos territórios da Medicina, alargando, aprofundando e criando novas frentes de atuação.

A Medicina respondeu a esta contínua expansão, do único modo possível, se dividindo em especialidades. Como na Renascença, em que um indivíduo isolado não conseguia mais abarcar todo o saber disponível; analogamente, nas Ciências Médicas, a multiplicidade e o acúmulo de novos conhecimentos, impossibilita a formação e a atualização permanente do médico, como generalista.

Como corroboração basta ver que o CFM – Conselho Federal de Medicina reconhece 67 áreas específicas de atuação, ou especialidades (Tabela 2). E esta lista é crescente.

O quadro fica ainda mais complexo quando se observa que quase todas as especializações ainda se subdividem em subespecializações. Assim a formação do médico vai, progressivamente, afunilando seu campo de interesse, concomitantemente exigindo um domínio sempre maior e mais abrangente das matérias, descobertas, pesquisas e particularidades pertinentes à área de especialização escolhida.

A conjugação de dois vetores – especialização e concentração na área de interesse – tem consequências controversas e paradoxais: a especialização e subespecialização restringem o número de pacientes potenciais, e, irreversivelmente, conduzem a elevação dos custos fixos dos atendimentos (investimentos dos médicos em cursos, treinamento e equipamentos), com a agravante de que a conduta terapêutica passa a requerer aparelhagem sofisticada e de custos elevados para a realização dos exames necessários. Nas páginas seguintes estas considerações serão retomadas e expandidas.

A enumeração das subdivisões registradas em duas áreas típicas da Medicina, Oftalmologia e Ortopedia, de acordo com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (Tabela 3) e Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (Tabela 4), respectivamente, permite demonstrar sobejamente a enorme capilaridade das subespecialidades.

Com alguns cálculos simples pode-se fazer uma idéia do crescimento quase exponencial das subespecialidades: tomando as 67 áreas específicas, com uma média de 14 subespecialidades (14 Oftalmologia e 13 Ortopedia) para cada uma delas, e multiplicando estes fatores, chega-se a um total de 938 campos de interesse ($67 * 14 = 938$). Seria exagerado esse número ou uma projeção razoável?

EXAMINAR É PRECISO

Quando o paciente entra no consultório, geralmente portando um massudo catálogo, o *Manual do Cliente*, classificado por cidade, bairro, especialidade, subespecialidade, contendo, por ordem alfabética, todos os médicos credenciados na empresa, começa a rotina de consulta.

Tabela 3
Sociedades Filiadas ao CBO - Conselho Brasileiro de Oftalmologia

01	Administração em Oftalmologia
02	Catarata e Implantes Intra Oculares
03	Cirurgia Plástica Ocular
04	Cirurgia Refrativa
05	Estrabismo
06	Glaucoma
07	Laser e Cirurgia em Oftalmologia
08	Lentes de Contato, Córnea e Refratometria
09	Oftalmologia Pediátrica
10	Oncologia Oftalmológica
11	Retina e Vítreo
12	Trauma Ocular
13	Uveíte
14	Visão Subnormal

Fonte: INTERNET - CBO-Conselho Brasileiro de Oftalmologia
<http://www.cbo.com.br/subesp.htm>

Tabela 4
Comitês do SBOT - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

01	Artroscopia
02	Cirurgia da Mão
03	Cirurgia de Ombro e Cotovelo
04	Cirurgia de Joelho
05	Cirurgia do Pé
06	Fixadores Externos
07	Ortopedia Pediátrica
08	Osteoporose e Doenças Osteometabólicas
09	Patologia da Coluna Vertebral
10	Patologia do Quadril
11	Traumatologia Desportiva
12	Trauma Ortopédico
13	Tumores Músculo-Esqueléticos

Fonte: INTERNET - SBOT - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
<http://www.sbot.org.br/comites.asp>

Depois de ouvir a história da enfermidade e formular as perguntas pertinentes ao caso, o médico começa a formar sua proposta de diagnóstico. Para corroborar sua hipótese é necessário submeter o paciente a uma série de exames preliminares, normalmente feitos no próprio consultório. O conjunto de exames realizados depende de múltiplos e distintos fatores: as alternativas de diagnósticos em avaliação, as características da manifestação da doença, os equipamentos disponíveis etc.

Na maioria das situações os médicos possuem, ou tem acesso fácil, aos aparelhos de uso mais freqüente, geralmente utilizados nas consultas e diagnósticos simples e corriqueiros. Quando surgem enfermidades raras e complexas é obrigatório, para um bom prognóstico, solicitar exames dirigidos e sofisticados para outras instituições de apoio, tais como: clínicas, laboratórios, centros especializados etc.

Aí tem início uma das etapas mais críticas e imprevisíveis da conduta terapêutica, porque o processo começa a escapar do âmbito e do controle pessoal do médico. Primeiro, a duração da realização dos exames varia enormemente, uma vez que depende das agendas dos envolvidos, das condições do paciente, etc.; segundo, ao longo da coleta dos exames, começa a se formar um elenco de pareceres médicos que é preciso considerar e ponderar; terceiro, alguns equipamentos são raros, de custo elevado e super especializados; quarto, pode ser preciso mais de uma rodada de exames complementares para dirimir dúvidas ou esclarecer diagnósticos diferenciados.

Alguns dos exames são raríssimos, havendo apenas duas ou três instalações capazes de realizá-los na região, estado ou país. Também, não é incomum, exigirem uma equipe altamente especializada e treinada para operar os equipamentos. Tomando novamente a Oftalmologia como parâmetro (Tabela 5), se verifica que passam de três dezenas os exames disponíveis.

É importante salientar que meramente para coordenar a solicitação e utilização eficiente do conjunto de exames necessários para um bom diagnóstico, o profissional já precisa ter, além do conhecimento médico padrão, algum treinamento em gerenciamento de processos, isso significa planejar, agendar, acompanhar, cobrar os resultados etc.

A obrigação de examinar e reexaminar, usando avançadíssimos aparelhos, pode ser um procedimento absolutamente necessário, mas potencialmente controverso. Numa entrevista concedida à Revista *Veja*, em 11/09/2002, o Doutor Luis Roberto Londres, proprietário da conceituada Clínica São Vicente, alerta que a multiplicação de exames, em muitos casos, mais

Tabela 5
Exames Típicos de Oftalmologia

01	Analisador da Espessura retiniana
02	Analisador de Fibras Nervosas (GDx)
03	Angiografia com Fluoresceína
04	Angiografia com Indocianina Verde
05	Biometria da córnea
06	Biomicroscopia (Segmento Anterior ou Posterior)
07	Biomicroscopia Ultrassônica
08	Ceratometria
09	Eletro-oculografia
10	Eletrorretinografia
11	Eletrorretinografia Multifocal
12	Esquiascopia
13	Exame de Motilidade Extrínseca
14	Fundoscopia
15	Gonioscopia
16	Mapeamento da Retina
17	Métodos Invasivos - Biópsia de Tecidos
18	Métodos Invasivos - Punção da Câmara Anterior
19	Métodos Invasivos - Punção do Vítreo
20	Microscopia Especular da Córnea
21	Oftalmoscopia de Varredura a Laser
22	Paquimetria da Córnea
23	PAM (Potential Acuity Meter)
24	Pontencial Visual Evocado
25	Reflexos Papilares
26	Refração
27	Ressonância Magnética
28	Tabela de Ishihara
29	Tela de Anslar
30	Teste de Campo Visual (Campimetria)
31	Teste de Farnworth-Munsell
32	Teste de Foto-extess
33	Tomografia Computadorizada
34	Tomografia de Coerência Óptica
35	Tonometria de Aplanção
36	Topografia de Córnea
37	Ultrassonografia

do que uma estrita exigência terapêutica, pode se constituir numa salutar medida de prudência jurídica. Comentando casos de desvios e excessos da prática médica, sobre ações contra médicos, diz: *"Com medo de serem processados, eles cercam-se de todos os cuidados. No caso, o maior número possível de exames e internações."* Ressalva, porém, que o uso excessivo de aparatos técnicos produz dois efeitos indesejados

e perigosos: encarece o tratamento e distancia o médico do paciente: *"Os aparelhos que deveriam ser coadjuvantes, roubaram a cena principal. A tecnologia, citando o médico americano Eric Cassell, um estudioso do assunto, tornou-se a vassoura da feiticeira: adquiriu vida própria. Os médicos perderam o contato com os pacientes, não os ouvem mais como deveriam."*

Enfatizando esse mesmo viés, outra fonte bastante acreditada, o Doutor Ben Carson, Diretor do Departamento de Neurocirurgia Pediátrica do Hospital Johns Hopkins, no livro *Grande Visão*, no capítulo 14, Um Diagnóstico da Crise no Atendimento Médico Americano, analisando os indutores da proliferação dos exames médicos e os custos acumulados e progressivos provocados pela exacerbação dessa conduta nas últimas décadas, conclui criticamente:

"Para piorar, com a crescente mentalidade médica bem-intencionada que se guiava por idéias do tipo 'melhor pagar mais do que se arrepender depois' e 'quanto mais informação melhor', e com os médicos se sentindo cada vez menos limitados pelo lado financeiro, tornou-se rotina a solicitação de uma série de testes e procedimentos novos e caros. Esses e outros fatores foram responsáveis por um aumento vertiginoso dos custos médicos e taxas de seguro saúde nos anos que se seguiram. Agora, no final do milênio, os custos com a saúde respondem por um sétimo de toda a economia dos Estados Unidos."

ANOVA E DESAFIANTE MEDICINA

Depois de terminada a faculdade, cumprida a residência, adquirida a formação técnica e científica fundamental para o exercício da Medicina, aprendido e treinado o essencial para a prática médica, o novo profissional é lançado num mundo desconhecido, agitado e múltiplo, cheio de novos parceiros, participantes e outros jogadores: as empresas de convênios e seguros saúde, os laboratórios, as clínicas, os hospitais, as instituições governamentais etc. Sem falar na concorrência que cresce, como se viu, a taxas alarmantes.

Nesse admirável mundo, novo é o conjunto de técnicas, habilidades e conhecimentos que é

exigido e, infelizmente, não são, normalmente, ensinados na escola.

Nos primeiros segmentos desse trabalho, quando foi abordado o livro *Os Novos Médicos Administradores*, foi antecipado que apenas alguns médicos deveriam optar pelos caminhos dos médicos-administradores, porém todos os novos profissionais precisariam adquirir habilidades próprias da área de Administração de Empresas. Porque a carreira médica, paulatinamente, está sendo invadida por requisitos e exigências típicas do setor empresarial e comercial. Poderia se dizer que atualmente cada médico funciona como uma pequena empresa, com obrigações legais, rotinas administrativas, planos contábeis etc. Sem deixar, entretanto, para o paciente, de ser um médico do modelo antigo: sábio, infalível, atencioso e permanentemente ao dispor do doente, em qualquer situação, hora e lugar.

Os tópicos abaixo relacionados ilustram uma série de procedimentos administrativos que, paulatinamente, estão interpenetrando o expediente diário dos médicos, em consequência, requerendo dos profissionais novas habilidades e conhecimentos não contemplados na formação padrão recebida nas faculdades. Sob certos aspectos essas atividades administrativas, apesar de, estrito senso, não fazerem parte do exercício da Medicina pura, e, pior, contribuirão pesadamente para a redução da produtividade do profissional, são irrecusáveis, pois fazem parte das configurações que tem alterado a carreira médica nos dias atuais.

- Gerência de Processos – Nas enfermidades mais raras, graves e incomuns os médicos necessitam coordenar um detalhado plano de exames e avaliações de resultados, envolvendo laboratórios, clínicas, pareceres de especialistas diversos etc. Precisam também organizar, conciliar e ordenar as agendas dos envolvidos. Todo esse processo pode ganhar severidade quando existem riscos de vida e prazos exíguos envolvidos.

- Gerência Financeira – A introdução das empresas de convênios e seguros saúde no universo médico, estabelece um novo fluxo de caixa no dia a dia do consultório. Antes as fontes de rendimentos dos profissionais eram numericamente restritas: salários, honorários, etc.

Hoje os médicos se credenciam em inúmeras (até 20 ou 30) empresas de convênio e seguros saúde, cada organização vincula o pagamento a um determinado Banco e define prazos e periodicidades diferentes para realizar os pagamentos. Operar com múltiplas empresas, além de forçar a abertura e manutenção de contas em diversas instituições financeiras, obriga os médicos a realizar um périplo diário (pessoal, por telefone ou eletrônico) por contas ou agências bancárias para conferir, controlar, conciliar e aplicar os valores recebidos.

Também, com a multiplicidade de convênios, seguros e consultas os profissionais são compelidos a instituir processos de gestão e controle para conferir, cotidianamente, as consultas realizadas e os valores recebidos. Como nem tudo é perfeito, acontecem erros, falhas e mal-entendidos na prestação de contas. Cada irregularidade dá origem a um processo, cujo acompanhamento e resolução demora e toma tempo.

- **Computação** – Antes de qualquer coisa, noções de computação são requisitos para quaisquer carreiras hoje em dia. No que tange aos médicos, a informática está imbricada em quase todos os novos equipamentos disponíveis, de tal forma que o treinamento e a utilização dessa aparelhagem pressupõe o entendimento dos sistemas e programas funcionando por trás dos processos. A *Veja* de 01/05/2002, por exemplo, narra casos graves de erros nas operações de miopia que são resultantes de falhas de programação: *“A cirurgia de laser consiste na aplicação de feixes de luz na córnea do paciente, para deixá-la o mais arredondada possível. Todo esse processo é feito por computador. Há relatos de médicos que erraram ao programá-lo. Resultado: o paciente que era míope virou hipermetrópe. Ou ao contrário.”*

Nas rotinas de consultório a assistência de sistemas de processamentos de dados é corriqueira, para cadastramento dos pacientes, serviços de agenda, registro das consultas e acompanhamento dos históricos médicos. Sem contar o E-Mail (correio eletrônico) e a Internet que cada vez mais monopolizam as comunicações e as pesquisas e consultas.

- **Administração** – A carreira de médico tem sido, progressivamente, invadida por atividades e características próprias da área de Administração de Empresas, essa nova conformação leva o médico, inescapavelmente a atuar como se fosse uma pequena empresa, com diversos processos e atividades ocorrendo paralelamente, tais como: credenciamento em empresas de convênios, prestação de contas para empresas credenciadoras, controles financeiros e contábeis, gestão dos pagamentos de impostos, etc. Todas essas atividades acumulam obrigações que demandam atividades típicas de administração e secretaria que o médico deve executar diariamente, ou contratar quem as execute.

CONCLUSÃO

Retomando o tema da Medicina e Administração pode-se constatar que o domínio da Medicina Empresarial na área da Saúde, com a inclusão das grandes clínicas, hospitais, laboratórios e institutos governamentais, atuando juntamente com os médicos no atendimento diário, produziu duas revoluções: a primeira foi uma revolução profissional, ao convocar uma pequena parte dos médicos para tornarem-se médicos-administradores, percurso que o Prof. Edson Yamamoto descreve admiravelmente; a segunda foi uma revolução estrutural, quando transformou profundamente todos os aspectos do exercício da Medicina.

Conforme adiantado nos parágrafos iniciais, o objetivo deste trabalho era apenas delinear, demarcar e acompanhar alguns desdobramentos resultantes dessa segunda revolução, a transformação estrutural provocada pela progressiva implementação da Medicina em moldes empresariais. Sem a pretensão, em decorrência do escopo do curso e do tempo disponível, de mapear, inventariar e analisar todas as atividades, rotinas e procedimentos introduzidos ou modificados pelas novas práticas médicas.

Em outras circunstâncias, a retomada do tema com o instrumental teórico apropriado, com uma agenda mais elástica, um levantamento extenso e planejado contemplando um número

expressivo de vivências médicas em várias especialidades, com uma bibliografia mais rica e variada, com subsídios da Sociologia, Economia, Estatística, Administração de Empresas e ciências afins, poderia, evidentemente, resultar num trabalho mais profundo, abrangente e interessante. E, certamente, mais conclusivo e revelador.

Endereço para correspondência:

Dr. Noemi Naomi Nishide
Rua Paulo Licio Rizzo, 392 - apto. 11
Jardim Bela Vista
Osasco - SP - CEP: 06018-010
e-mail: nnnishid@terra.com.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buchala AP. *Olho no Laser*. In. *Revista Veja*, ano 35 - nº 17 - edição 1.749, São Paulo, Editora Abril, 01/05/2002.
- Buchala AP. *Médicos Ditadores*. In. *Revista Veja*, ano 35 - nº 36 - edição 1.768, São Paulo, Editora Abril, 11/09/2002.
- Campos VF. TQC - *Gerenciamento da Rotina do Dia a Dia*, Belo Horizonte, QFCO, 1996.
- Carson B. *A Grande Visão*, São Paulo, Editora Vida, 2001.
- Nava P. *Galo das Trevas - Memórias 5*, Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira S/A, 1987.
- Portal do Conselho Federal de Medicina, Especialidades Reconhecidas (www.cfm.org.br).
- Yamamoto E. *Os Novos Médicos Administradores*, São Paulo, Editora Futura, 2001.

Vitrectomia para luxação de lente intra-ocular em segmento posterior

Juliana Vendramini Rossi*, Paulo Henrique Limeira Soares**, Andréa Mara Simões Torigoe***, Gildo Yuso Fujii****, Valdir Balarin Silva*****

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência do serviço em casos de luxação de lente intra-ocular para o segmento posterior.

Local: Serviço de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Método: Estudo retrospectivo das vitrectomias por luxação de lente intra-ocular para cavidade vítrea após cirurgia de catarata, pós-trauma e espontânea. Dados demográficos, detalhes da técnica cirúrgica e presença de complicações foram registrados. Foi comparada a acuidade visual pré e pós-vitrectomia.

Resultados: Vinte e sete olhos tiveram luxação da lente intra-ocular para segmento posterior, identificados conforme critérios de inclusão. Vinte e três casos ocorreram em decorrência da cirurgia de catarata, 3 casos após trauma, e 1 caso definido como luxação espontânea. O tempo médio de seguimento foi de 6 meses. A variação média da acuidade visual do pré para o pós-operatório foi um aumento médio de 8.8 linhas de acuidade visual.

Conclusão: Concluimos que a cirurgia de vitrectomia para tratamento de luxação de LIO para o segmento posterior é relativamente segura e apresenta resultados visuais satisfatórios na maioria dos casos.

*Vitreoretinal "Fellow" do Doheny Eye Institute (University of Southern California).

**Residente do Serviço de Oftalmologia da Universidade Estadual de Campinas.

***Professora do Serviço de Oftalmologia da Universidade Estadual de Campinas.

****Instructor of Clinical Ophthalmology do Doheny Eye Institute (University of Southern California).

*****Professor e Chefe do Serviço de Retina do Departamento de Oftalmologia da Universidade Estadual de Campinas.

Recebido para publicação em 19/08/02.

ABSTRACT

Vitrectomy for posterior dislocated intra-ocular lens

Objective: To report our clinical experience on the management of posterior dislocated intra-ocular lens.

Location: Ophthalmology Department of Clinical Hospital of State University of Campinas (UNICAMP).

Methods: Retrospective study of eyes that underwent vitrectomy for posterior dislocated intraocular lens after cataract surgery, blunt trauma, and spontaneous displacement. Demographic data, surgical description, pre and postoperative visual acuity, and complications were evaluated.

Results: Twenty-seven eyes with posterior dislocated intra-ocular lens were identified according to the inclusion criteria. There were 23 eyes after cataract surgery, 3 eyes after blunt trauma and 1 eye after spontaneous displacement. The mean follow-up period was 6 months. The mean change in visual acuity after surgery was an increase of 8.8 visual acuity lines.

Conclusion: Vitrectomy for posterior dislocated intra ocular lens is associated with significant visual improvement and is an effective treatment of this condition.

INTRODUÇÃO

A luxação de lente intra-ocular (LIO) está frequentemente relacionada à baixa significativa de acuidade visual e usualmente necessita de reparo cirúrgico.¹ A luxação posterior pode ocorrer no intra ou pós-operatório da cirurgia de catarata, em geral secundário a um suporte capsular ou zonular inadequado, ou mesmo após trauma causando o deslocamento da LIO.^{2,3,4}

Várias técnicas cirúrgicas são descritas para reposicionamento da LIO.¹⁻¹³ A abordagem é guiada principalmente pelo grau do deslocamento da LIO e por outros fatores como a presença de suporte adequado.^{13,14} Em casos onde há suporte adequado, a realização de vitrectomia via pars plana (VVPP) seguido de reposicionamento da LIO é bem indicada.² Por outro lado, em casos onde não existe suporte adequado para o reposicionamento da LIO, esta pode ser suturada à esclera utilizando-se os seus hápticos ou pode ser removida com implante de lente de segmento anterior.⁵ Em alguns casos, pode ser feita a opção de se deixar o paciente afático.^{13,15}

Este estudo tem por objetivo relatar a experiência do serviço do Hospital das Clínicas da

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) em casos de luxação de LIO para o segmento posterior. Os dados avaliados incluem: a acuidade visual (AV), pressão intra-ocular (PIO), técnica cirúrgica empregada, tipo de implantação da LIO, tempo entre data da luxação e VVPP e ocorrência de complicações.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo no período de junho de 1996 a agosto de 2001. Os critérios de inclusão foram: (1a) luxação de lente intra-ocular pós-cirurgia de catarata, (1b) ou luxação de lente intra-ocular pós-trauma, (1c) ou luxação de lente intra-ocular espontâneo; (2) realização de vitrectomia para tratar de umas das três condições citadas acima; (3) e pelo menos um mês de acompanhamento pós-operatório. Todos os pacientes tiveram avaliação de acuidade visual com tabela de Snellen corrigida com refração, medida de pressão intra-ocular, biomicroscopia e avaliação do fundo de olho pré e pós-operatória. Dados demográficos foram colhidos assim como detalhes da técnica cirúrgica utilizada e a presença de complicações pós-operatórias.

As variáveis estudadas foram: idade, sexo, olho operado, etiologia, acuidade visual corrigida por refração pré e pós-operatória, pressão intra-ocular pré e pós-operatória, presença de edema de córnea, tempo entre luxação e vitrectomia, técnica cirúrgica utilizada para a remoção da lente intra-ocular luxada, tipo de implantação de lente intra-ocular (caso implantado na mesma cirurgia), e ocorrência de complicações. Toda informação foi então incluída em uma tabela para agrupamento, avaliação e análise. O teste Qui-quadrado foi utilizado para comparar a acuidade visual pré e pós-vitrectomia.

Em geral, a técnica cirúrgica utilizada envolveu vitrectomia via pars plana e reposicionamento intra-ocular da lente ou remoção via câmara anterior. Na primeira técnica, após a vitrectomia ao redor da lente e sua liberação do vítreo, esta foi implantada no sulco ciliar ou fixada pelos hápticos na esclera, conforme a presença ou não de restos de cápsula posterior. Na segunda técnica a lente retirada geralmente era trocada e reposicionada no sulco ciliar ou fixada na esclera, após avaliação da cápsula posterior. Nesta última ainda, o cirurgião poderia optar por deixar afácico o paciente conforme indicação cirúrgica. Em todos os casos foi efetuado vitrectomia principalmente ao redor da lente e certificação de sua liberação total do vítreo. Perfluorocarbono líquido foi utilizado, na maioria dos casos, como adjunto para proteção do pólo posterior.

RESULTADOS

Dentre 655 cirurgias consecutivas de vitrectomia realizadas no nosso serviço no período do estudo, 27 casos de luxação de lente intra-ocular para o segmento posterior foram identificados de acordo com os critérios de inclusão.

No geral, a idade média dos pacientes foi de 65 anos (com variação de 11 a 83 anos), 17 olhos (66%) eram de pacientes do sexo masculino e em 16 (56%) olhos a ocorrência foi em olho direito. A acuidade visual média pré-operatória dos 27 pacientes pesquisados foi de 20/1000 (com variação de 20/32 a percepção de luz [PL]). A pressão intra-ocular média pré-operatória foi de 18.10mmHg (com variação

de 10 a 39mmHg), e o tempo médio entre a data da luxação e a data da cirurgia foi de 59 dias (com variação de 8 a 240 dias).

Quanto à técnica cirúrgica utilizada, a remoção da lente intra-ocular via câmara anterior foi feita em 11 olhos (41%), enquanto que 14 olhos (52%) tiveram a lente reposicionada intra-ocularmente. Não havia informação disponível quanto a técnica utilizada em 2 casos (8%). Em 22 olhos (81%) foi realizado reimplantação de lente de câmara posterior, sendo que 19 (86%) destes tiveram implantação no sulco ciliar e 3 (14%) destes tiveram a lente fixada na esclera. Quatro olhos (15%) foram deixados afácicos e em 1 caso (4%) não havia informação quanto ao tipo de implantação de LIO. Nenhum dos casos apresentados tiveram implante de lente intra-ocular de câmara anterior. O perfluorocarbono foi utilizado em 20 casos (74%). A média da pressão intra-ocular no pós-operatório foi de 13 mmHg (com variação de 10 a 18mmHg) e a acuidade visual média pós-cirúrgica de 20/160 (com variação de 20/20 a movimentos de mão). A variação média da acuidade visual do pré para o pós-operatório foi um aumento médio de 8.8 linhas de acuidade visual após um tempo médio de seguimento de 3 meses (com variação de 2 a 9 meses).

Para efeito de análise dos resultados e comparação entre os diversos grupos etiológicos, dividimos os casos em três grupos, representados nas tabelas 1 e 2.

O tempo médio de seguimento pós-operatório do grupo pós-cirurgia de catarata foi de 4 meses, enquanto no grupo pós-traumático e espontâneo foi respectivamente de 3 e 2 meses. Quanto ao tempo entre a data de luxação e a realização da cirurgia, no grupo pós-cirúrgico, a média foi de 61 dias (com variação de 8 a 219 dias) e nos grupos pós-traumático e idiopático foram respectivamente de 50 (variação de 21 a 70 dias) e 240 dias. A extração extracapsular foi responsável por 75% (17 casos) das luxações após cirurgias de catarata enquanto 2 casos (8%) ocorreram após extração extracapsular de catarata. (Tabela 1)

Enquanto no grupo de pacientes que tiveram luxação pós-cirurgia de catarata a acuidade visual média pré-operatória foi de 20/1250 (com variação

Tabela 1
Dados demográficos, características clínicas, técnica operatória e resultados

	Pós-catarata N, variação (%)	Pós-trauma N, variação (%)	Espontânea N, variação (%)
Número	23	3	1
Total	(100%)	(100%)	(100%)
<u>Sexo</u>			
Masculino	15 (65%)	1 (33%)	1 (100%)
Feminino	8 (35%)	2 (67%)	0 (0%)
Idade	64 (11,83)	72 (63,78)	59
<u>Olho</u>			
Direito	13 (57%)	2 (67%)	1 (100%)
Esquerdo	10 (43%)	1 (33%)	0 (0%)
Acuidade visual pré-operatória	20/1250 (PL, 20/40)	20/500 (CD, 20/200)	20/33
Pressão intra-ocular pré-operatória	17.70 (10,38)	21.30 (10,39)	14
Edema de córnea pré-operatória	3 (13%)	2 (67%)	0 (0%)
Luxação da LIO pós-faco	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)
Luxação da LIO pós-EECP	17 (75%)	0 (0%)	0 (0%)
Retina descolada pré-operatório	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)
Tempo entre luxação e vitrectomia (dias)	61 (8, 219)	50 (21,70)	240
<u>Retirada da LIO</u>			
Pela Câmara Anterior	11 (49%)	1 (33%)	0 (0%)
ND	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)
<u>Tipo de implantação de lente intra-ocular</u>			
Câmara anterior	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Câmara posterior	19 (82%)	2 (67%)	1 (100%)
Afático	3 (13%)	1 (33%)	0 (0%)
ND	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
Perfluorocarbono	16 (70%)	3 (100%)	1 (100%)
Acuidade visual pós-operatória	20/160 (SPL, 20/20)	20/63 (20/200, 20/32)	20/20
Variação média de linhas de acuidade visual	9	8.9	2
Pressão intra-ocular pós-operatória	13.50 (10,18)	11 (10,12)	17
Descolamento de retina pós-operatória	5 (22%)	0 (0%)	0 (0%)
Seguimento (meses)	6 (1,11)	7 (3,12)	2

Tabela 2
Distribuição da acuidade visual pré e pós-operatória entre os três grupos

Acuidade Visual Pré-operatória	Pós-Catarata N (%)	Pós-Traumática N (%)	Espontânea N (%)
> 20/40	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)
20/40 a 20/80	3 (13%)	0 (0%)	0 (0%)
20/100 a 20/160	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
20/200 a 20/320	1 (4%)	2 (67%)	0 (0%)
20/400 a 20/640	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
20/800 ou pior	19 (83%)	1 (33%)	0 (0%)
Acuidade Visual Pós-operatória			
> 20/40	7 (30%)	2 (67%)	1 (100%)
20/40 a 20/80	5 (22%)	0 (0%)	0 (0%)
20/100 a 20/160	2 (9%)	0 (0%)	0 (0%)
20/200 a 20/320	2 (9%)	1 (33%)	0 (0%)
20/400 a 20/640	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
20/800 ou pior	7 (30%)	0 (0%)	0 (0%)

de 20/40 a PL), no grupo de luxação pós-traumática e no grupo de luxação espontânea a acuidade visual média foi respectivamente de 20/500 (com variação de 20/200 a conta-dedos) e 20/33. A média da variação de acuidade visual para cada grupo foi de 9, 8,9 e 2 linhas de acuidade visual respectivamente para luxação pós-cirurgia de catarata, pós-traumática e espontânea. A média da acuidade visual pós-operatória final de cada grupo foi de 20/160 (com variação 20/20 a ausência de percepção de luz), 20/63 (com variação de 20/32 a 20/200) e de 20/20, respectivamente para os casos de luxação pós-cirurgia de catarata, pós-traumática e espontânea. (Tabela 2)

Dez olhos do grupo de pacientes pós-luxação cirúrgica (43% dos casos deste grupo) e o caso de luxação traumática (33% dos pacientes deste grupo) tiveram a lente intra-ocular retirada através de incisão na câmara anterior, enquanto que 11 olhos (49%) do grupo pós-cirurgia de catarata, 2 olhos (67%) do grupo pós-traumática e o caso de luxação espontânea tiveram reposicionamento intra-ocular da lente (com ou sem fixação escleral).

Para efeito de comparação, os casos foram divididos em dois grupos conforme a técnica

cirúrgica utilizada: um grupo de pacientes que tiveram a lente intra-ocular retirada via câmara anterior e um grupo com os pacientes que tiveram o reposicionamento intra-ocular da lente sem a sua retirada. Onze pacientes (41% dos casos) tiveram a lente retirada via câmara anterior e trocada para nova implantação no mesmo ato cirúrgico ou então deixado afático conforme indicação cirúrgica, e 14 pacientes (52% dos casos) tiveram reposicionamento intra-ocular da lente. Não houve diferença nos resultados de acuidade visual final alcançados pelos pacientes nestes dois grupos (Tabela 3).

Quanto ao tipo de implantação de lente intra-ocular implantada, 19 (82%) dos casos de luxação pós cirurgia de catarata, 2 (67%) dos casos pós-traumática e o paciente da luxação espontânea (100%) tiveram implante de lente de câmara posterior durante a cirurgia de vitrectomia. A lente foi fixada na esclera em 17 olhos (89% dos casos de lente de câmara posterior) pós-cirurgia de catarata, 1 olho (50% dos casos de implante de lente de câmara posterior) do grupo de luxação pós-traumática e no olho que teve luxação espontânea (100%). Não houve implante de lente intra-ocular de câmara anterior nos pacientes analisados. Após a realização da vitrectomia,

3 olhos (11%) do grupo de luxação pós-cirurgia de catarata, apresentaram descolamento de retina (Tabela 1).

DISCUSSÃO

A grande maioria dos pacientes operados foram provenientes do serviço interno de residência médica da UNICAMP, após a realização de cirurgia de catarata. Destes casos, a maioria foi decorrente de extração extracapsular.

Em geral, os resultados visuais de casos de luxação de LIO para o segmento posterior são relativamente bons.^{4;11;13} Na nossa série houve melhora significativa após a cirurgia. ($P=0.010$, teste Qui-quadrado). A variação média de acuidade visual considerando todos os casos deste estudo foi de melhora de 8.8 linhas de acuidade visual após a cirurgia.

Em relação à técnica cirúrgica empregada, não houve diferença significativa de variação de acuidade visual entre o grupo de pacientes que teve remoção da LIO seguido de reimplante e do grupo de pacientes que teve reposicionamento da LIO sem a sua remoção (9.03 versus 8.64, respectivamente). Este resultado é semelhante ao obtido por Sarrafzadeh e cols. no qual a média de acuidade final foi semelhante nos dois grupos.⁴ Em relação à distribuição de acuidade visual entre os dois grupos, observamos que a percentagem de olhos com acuidade visual final igual ou melhor que 20/40 foi a mesma (42.8%). No estudo de Sarrafzadeh e cols.⁴ foi observado um maior número de pacientes com este mesmo nível de acuidade visual no grupo de pacientes que tiveram retirada da lente seguido de reimplante.

No nosso serviço não foi indicado nenhuma implantação de lente de câmara anterior. Isto pode ter ocorrido devido à preferência de técnica dos cirurgiões do serviço.

A incidência de descolamento de retina foi maior no grupo de pacientes que tiveram implante LIO com sutura escleral. Isso ocorreu provavelmente devido ao fato de haver necessidade de maior manuseio intra-ocular para se efetuar a fixação com sutura escleral e conseqüentemente maior risco de causar tração com rotura secundária de retina.¹⁵

Este estudo retrospectivo teve uma casuística relativamente pequena e seguimento pós-operatório relativamente curto e não foi possível fazer nenhuma análise estatística conclusiva. Entretanto, ficou evidente que a cirurgia de vitrectomia para luxação de LIO em segmento posterior é associada a uma melhora significativa da acuidade visual. Não pôde ser definido qual a melhor técnica cirúrgica no grupo heterogêneo estudado mas acreditamos que esta escolha deve ser tomada levando-se em conta o estado do suporte capsular e a relação risco benefício de se fazer uma fixação escleral, quando necessária.

Concluimos que a cirurgia de vitrectomia para tratamento de luxação de LIO para o segmento posterior é relativamente segura e apresenta resultados visuais satisfatórios na maioria dos casos.

Endereço para correspondência:

Dra. Juliana Vendramini Rossi
Rua Campina 261 - Bairro Higienópolis
Catanduva - SP - Brasil - CEP: 15800-000

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smiddy WE, Ibanez GV, Alfonso E, Flynn HW, Jr. Surgical management of dislocated intra-ocular lenses. *J Cataract Refract. Surg.* 1995; 21: 64-69.
2. Stark WJ, Michels RG, Bruner WE. Management of posteriorly dislocated intra-ocular lenses. *Ophthalmic Surg.* 1980; 11: 495-97.
3. Smiddy WE. Dislocated posterior chamber intra-ocular lens. A new technique of management. *Arch Ophthalmol* 1989; 107: 1678-80.
4. Sarrafzadeh R, Ruby AJ, Hassan TS, Williams GA, Garretson BR, Trese MT *et al.* A comparison of visual results and complications in eyes with posterior chamber intra-ocular lens dislocation treated with pars plana vitrectomy and lens repositioning or lens exchange. *Ophthalmology* 2001; 108: 82-89.
5. Friedberg MA, Pilkerton AR. A new technique for repositioning and fixating a dislocated intra-ocular lens. *Arch Ophthalmol* 1992; 110: 413-15.
6. Busin M, al Naweiseh I, Spitznas M. Long-term results after removal of dislocated intra-ocular lenses from the retinal surface through a limbal approach. *Ophthalmology* 1994; 101: 1833-36.

7. Omulecki W, Nawrocki J, Bogorodzki B, Sempinska-Szewczyk J. [Surgical management of intra-ocular lens dislocation into the vitreous cavity]. *Klin. Oczna* 1996; 98: 433-36.
8. Nacel L, Daghtous F, Bouguila H, Baccar M, Ayed S. [Retinal detachment and posterior lens luxation. Value of liquid perfluorocarbons]. *J Fr. Ophtalmol.* 1996; 19: 432-34.
9. Schneiderman TE, Johnson MW, Smiddy WE, Flynn HW, Jr., Bennett SR, Cantrill HL. Surgical management of posteriorly dislocated silicone plate haptic intra-ocular lenses. *Am. J Ophthalmol* 1997; 123: 629-35.
10. Seo MS, Yoon KC, Yang KJ, Park YG. A new technique for repositioning a posteriorly dislocated intra-ocular lens. *Ophthalmic Surg. Lasers* 1998; 29: 147-50.
11. Johnston RL, Charteris DG, Horgan SE, Cooling RJ. Combined pars plana vitrectomy and sutured posterior chamber implant. *Arch Ophthalmol* 2000; 118: 905-10.
12. Seo MS, Kim CR, Nah HJ, Lee Y, Park YG. Management of posteriorly dislocated intra-ocular lens using pars plana vitrectomy. *Korean J Ophthalmol* 2000; 14: 80-84.
13. Chan CK, Agarwal A, Agarwal S, Agarwal A. Management of dislocated intra-ocular implants. *Ophthalmol Clin. North Am.* 2001; 14: 681-93.
14. Smiddy WE, Ibanez GV, Alfonso E, Flynn HW, Jr. Surgical management of dislocated intra-ocular lenses. *J Cataract Refract. Surg.* 1995; 21: 64-69.
15. Lee JG, Lee JH, Chung H. Factors contributing to retinal detachment after transscleral fixation of posterior chamber intra-ocular lenses. *J Cataract Refract. Surg.* 1998; 24: 697-702.

Nosologia do trauma palpebral em hospital universitário

Fernando Gonçalves*, Ana Carolina Pasquini Raiza*, Silvana Artioli Schellini**, Carlos Roberto Padovani***

RESUMO

Objetivo: Verificar a nosologia do trauma palpebral em um Hospital Universitário.

Local: Faculdade de Medicina de Botucatu.

Método: Foi feito estudo retrospectivo em portadores de trauma palpebral, atendidos no Pronto-Socorro da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - no período de 1995 até 2000, avaliando-se 206 prontuários de portadores de trauma palpebral, estudando-se: a idade, o sexo, a data, o horário e o local de atendimento, a queixa, o exame óculo-palpebral, o lado do trauma, a pálpebra afetada, o tipo e a causa do trauma, o tratamento o acompanhamento médico pós-trauma.

Resultados: Os traumas aconteceram mais em homens, na faixa etária de 20 a 39 anos, principalmente durante a noite. Os traumas mais prevalentes foram os contusos e os penetrantes, sendo a causa mais comum, os acidentes automobilísticos. 58,33% tiveram lesão ocular concomitante. A maioria dos pacientes foi tratada clinicamente.

Conclusão: O trauma contuso, bipalpebral, unilateral foi o mais freqüente, estando os olhos acometidos na maioria dos casos. Os autores chamam a atenção para a necessidade de exame oftalmológico nos portadores de trauma palpebral e do uso de medidas preventivas eficientes.

*Graduandos da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

**Professor Livre-Docente da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

***Professor Titular - Departamento de Bioestatística - Instituto de Biociências - UNESP.

Trabalho apresentado como Pôster no Congresso Brasileiro de Oftalmologia - 2001.

Recebido para publicação em 11/01/02.

ABSTRACT

Eyelids injuries in a University Hospital

Purpose: To evaluate the occurrence of the eyelid trauma in a University Hospital.

Place: Faculdade de Medicina de Botucatu.

Method: Retrospective study was done in eyelid trauma carriers assisted at the Emergency Service of the Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - between 1995 and 2000. 206 patients were studied according age, sex, date, time and place of appointment, complain, side of trauma, affected eyelid, type and cause of trauma, treatment and follow-up.

Results: The males were the most affected, mainly between 20 and 39 years old, most of them occurred during the night. The most common trauma was blunt and penetrating and the mainly cause of trauma was automotive accident. 58,33% had ocular trauma too. The majority of the patients received clinical treatment.

Conclusion: The blunt eyelid trauma affecting unilateral both eyelids and with ocular trauma associated was the most frequently observed. The authors call attention to the eye evaluation and effective preventable judgment.

INTRODUÇÃO

A pálpebra faz parte do mecanismo protetor dos olhos. A manutenção de sua integridade está diretamente relacionada com a preservação da visão.

Freqüentemente as pálpebras são acometidas por traumas que poderão ser restritos às mesmas ou afetar também os olhos. Porém, nem sempre o trauma palpebral é valorizado, existindo poucos estudos que tratam do assunto.

O objetivo deste trabalho é identificar, em nosso meio, a nosologia do trauma palpebral.

PACIENTES E MÉTODOS

Foi realizado estudo retrospectivo nos portadores de trauma palpebral, atendidos no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, entre os anos de 1995 e 2000.

Os dados de 206 pacientes portadores de trauma palpebral foram recuperados, tendo sido avaliados: a idade, o sexo, a data, o horário e o local de atendimento, a queixa apresentada,

o exame óculo-palpebral, a lateralidade do trauma, a pálpebra afetada, o tipo e as circunstâncias do trauma, o tratamento efetuado e o acompanhamento pós-trauma.

As alterações oculares detectadas, associadas ao trauma palpebral, foram classificadas de acordo com Kuhn et al.¹

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística, avaliados segundo a freqüência de ocorrência.

RESULTADOS

Dos 206 pacientes portadores de trauma palpebral avaliados, a prevalência foi maior em indivíduos do sexo masculino (78,15%), ocorrendo em 3,57 homens para cada mulher (Gráfico 1).

A faixa etária mais acometida foi entre 20 e 39 anos (Tabela 1). E os meses com maior número de ocorrências foram os de julho e agosto (Tabela 2).

O período do dia de maior prevalência foi o noturno (31,76%), seguido do período vespertino (27,64%) e matutino (27,05%) e por último o período da madrugada (13,52%) (Gráfico 2).

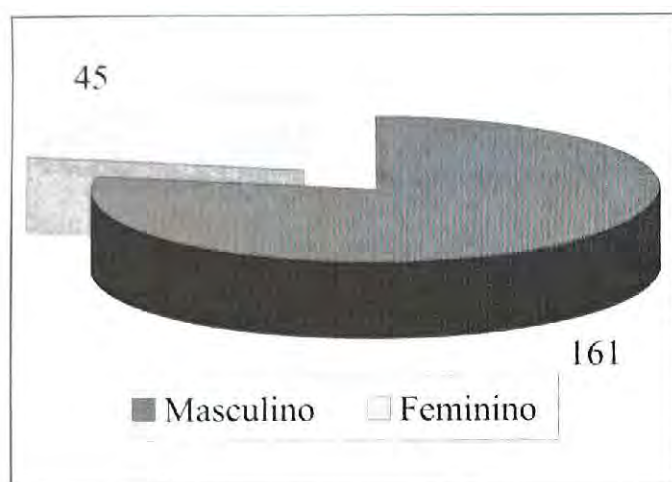


Gráfico 1: Distribuição por sexo dos pacientes atendidos na FMB-UNESP por trauma palpebral de 1995 a 2000.

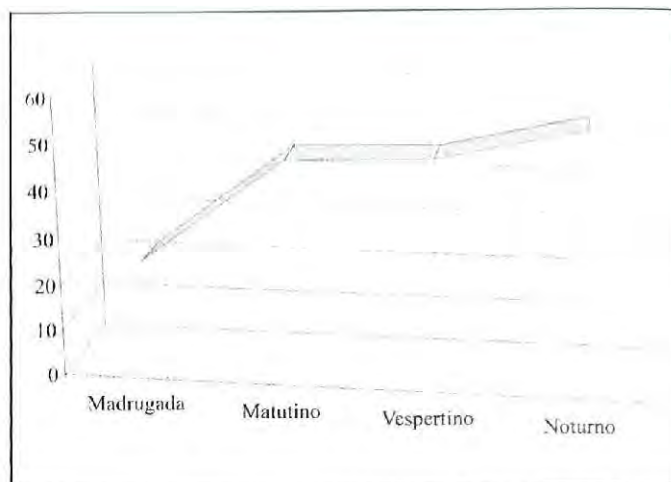


Gráfico 2: Distribuição dos atendimentos dos pacientes na FMB-UNESP por trauma palpebral de 1995 a 2000, segundo o período do dia.

Tabela 1

Distribuição por idade dos pacientes com trauma palpebral atendidos na FMB-UNESP, de 1995 a 2000

Idade	Quantidade	Porcentagem (%)
0 a 9 anos	32	15,53
10 a 19 anos	32	15,53
20 a 29 anos	47	22,81
30 a 39 anos	38	18,44
40 a 49 anos	21	10,19
50 a 59 anos	18	8,73
60 a 69 anos	7	3,40
Maior que 70 anos	9	4,36
Sem informação	2	0,97
Total	206	100,00

As queixas mais freqüentes referidas pelos pacientes foram de dor (40,74%), dor com diminuição da acuidade visual (15,74%) e diminuição da acuidade visual apenas (11,11%), sendo que muitos pacientes não apresentava queixas relacionadas ao aparelho visual (22,22%).

Os traumas afetaram apenas as pálpebras em 40,77%. Em 58,33% dos pacientes houve acometimento de alguma estrutura ocular concomitantemente ao trauma palpebral. As pálpebras e conjuntiva (31,06%) e pálpebras e estruturas intra-oculares (7,76%) foram as associações mais freqüentes (Tabela 3).

A proporção de traumas palpebrais do lado esquerdo foi não significativamente maior que do direito (1,13 vez a mais), sendo o acometimento

Tabela 2

Distribuição dos pacientes atendidos por trauma palpebral na FMB-UNESP segundo os meses, entre 1995 e 2000

Mês do ano	Quantidade	Porcentagem (%)
Janeiro	17	8,25
Fevereiro	14	6,80
Março	20	9,70
Abril	17	8,25
Maio	20	9,70
Junho	15	7,28
Julho	21	10,20
Agosto	22	10,70
Setembro	11	5,34
Outubro	11	5,34
Novembro	13	6,34
Dezembro	18	8,73
Sem informação	7	3,40
Total	206	100,00

bilateral de menor freqüência (Gráfico 3). Já, o acometimento de ambas as pálpebras foi maior que o acometimento de apenas uma delas; a pálpebra superior foi 1,59 vez mais acometida que a inferior (Gráfico 4).

O tipo de trauma mais encontrado no presente estudo foi o contuso (40,78%), seguido de contuso associado ao penetrante (26,7%) e penetrante (14,56%) (Tabela 4).

As causas dos traumas palpebrais encontradas foram: acidente automobilístico

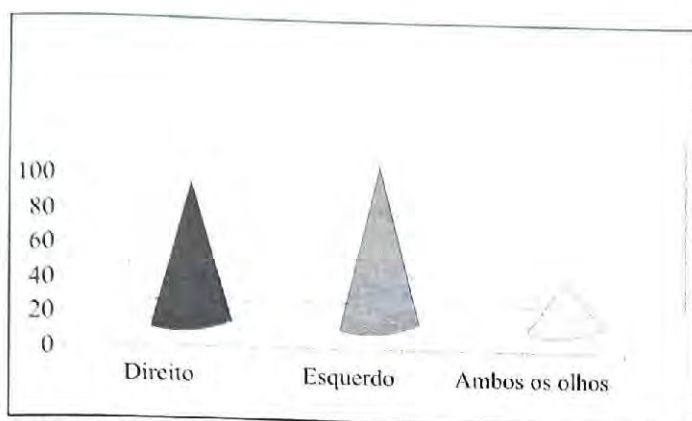


Gráfico 3: Proporção entre lateralidade nos pacientes atendidos na FMB-UNESP por trauma palpebral de 1995 a 2000.

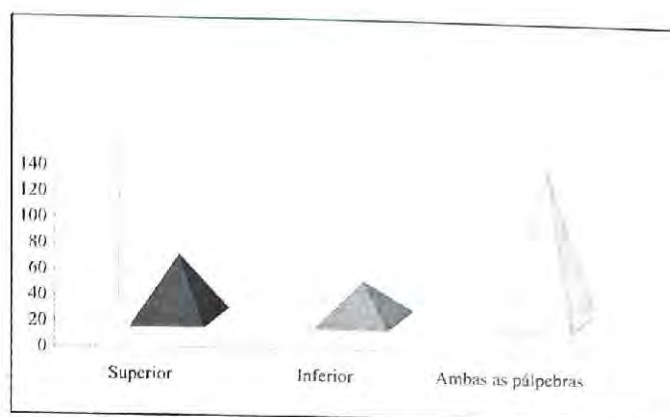


Gráfico 3: Proporção entre lateralidade nos pacientes atendidos na FMB-UNESP por trauma palpebral de 1995 a 2000.

Tabela 3

Local das lesões ao exame oftalmológico dos pacientes atendidos na FMB-UNESP por trauma palpebral de 1995 a 2000

Lesão	Quantidade	Porcentagem (%)
Apenas palpebral	84	40,77
Pálp. + conjuntiva	64	31,10
Pálp. + córnea	11	5,34
Pálp. + I.O.	16	7,80
Pálp.+córnea+conjunt.	14	6,80
Pálp.+conj.+I.O.	7	3,40
Pálp.+córnea + I.O.	3	1,46
As quatro juntas	5	2,43
Sem informação	2	0,97
Total	206	100,00

Pálp. = pálpebra, I.O. = intra-ocular

Tabela 4

Distribuição do tipo de trauma ocular dos pacientes atendidos por trauma palpebral na FMB-UNESP, de 1995 e 2000

Tipo de trauma	Quantidade	Porcentagem (%)
Contuso	84	40,78
Contuso+penetrante	55	26,70
Penetrante	30	14,56
Corpo estranho extra-ocular	13	6,31
Queimadura Química	12	5,82
Térmica	9	4,36
Sem informação	3	1,45
Total	206	100,00

(32,47%), recreação (24,74%), agressão (13,91%) e acidente de trabalho (11,85%) (Tabela 5).

Cinquenta e sete por cento dos pacientes foram tratados clinicamente e 41,26% necessitaram de cirurgia (Tabela 6).

Após o trauma ocular, 58,25% dos pacientes necessitaram de acompanhamento oftalmológico (Tabela 7).

DISCUSSÃO

Dos 206 pacientes portadores de trauma palpebral atendidos no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu-UNESP, houve predomínio do sexo masculino, o que é comum quando se estuda trauma^{2,3,4}.

Provavelmente isso seja devido ao sexo masculino ser mais agressivo, realizar trabalhos mais susceptíveis, participar de esportes e recreações mais violentas, expondo-se mais do que as mulheres.

A prevalência de trauma palpebral foi maior em jovens, como em outros estudos similares^{5,6}; esse fato pode ter implicações sócio-econômicas, já que se trata da faixa economicamente ativa.

O período com maior número de atendimentos foi o noturno, provavelmente período de final de expediente de trabalho, exposição maior a violência urbana durante a noite e quedas da própria altura. Durante o período da manhã e a tarde, o atendimento decorreu das atividades laborativas, recreações domésticas e escolares, esportes, acidentes automobilísticos, mais comuns durante este período.

O retorno do período de férias pode ter sido o responsável pelo maior número de atendimentos nos meses de julho e agosto⁴.

O trauma palpebral provoca desconforto e irritação ocular; assim sendo, as queixas mais freqüentemente encontradas foram dor óculo-palpebral, seguida de dor com diminuição da acuidade visual. Um fato a destacar, foi a ausência de sintomas em cerca de 22,0% dos portadores de lesões oculares, reforçando a necessidade de exame completo, mesmo que a queixa não esteja presente.

As estruturas lesadas foram em primeiro lugar as pálpebras, as pálpebras e conjuntiva e as pálpebras e estruturas oculares. Outros estudos sobre traumas, enfocam apenas os olhos e não as pálpebras, referindo o acometimento mais prevalente de estruturas como córnea e conjuntiva^{7,8}.

Estudos sobre traumas palpebrais são menos realizados. Porém, sem dúvida, as pálpebras devem estar acometidas em porcentagem expressiva de casos, como foi constatado no presente estudo.

Não houve diferença significativa em relação ao lado acometido. O acometimento bpalpebral foi mais freqüente, com predomínio do trauma palpebral unilateral.

O tipo de trauma mais freqüentemente aqui encontrado foi o contuso, da mesma forma que o observado em outro levantamento brasileiro⁹. Os corpos estranhos e as queimaduras foram menos freqüentes.

Os traumas palpebrais causados por acidentes automobilísticos foram os mais prevalentes, seguidos das causas recreacionais, agressão e acidentes do trabalho, como também relatado por outros^{9,10}.

Devido ao grande número de traumas contusos, o tratamento realizado na maioria dos pacientes foi clínico, apesar de ter sido necessário realizar cirurgia em 41,26%. Isso não significa que os traumas palpebrais e óculo-palpebrais sejam enfermidades de baixo risco, pois é o primeiro causador de cegueira monocular em todo mundo^{2,3}. Reflexo disso, o número de pacientes que tiveram que fazer seguimento após a primeira consulta foi maior que os que não necessitaram.

Tabela 5

Distribuição das causas dos traumas palpebrais que acometeram os pacientes atendidos na FMB-UNESP entre 1995 e 2000

Causa do trauma	Quantidade	Porcentagem (%)
Ac. Automobilístico	63	30,58
Recreação	48	23,30
Ac. Trabalho	23	11,16
Agressão	27	13,11
Outros*	25	12,13
Corpo estranho	8	3,88
Sem informação	12	5,82
Total	206	100,00

(*) Quedas da própria altura, trabalho em casa e picada de inseto.

Tabela 6

Condutas tomadas aos pacientes atendidos por trauma palpebral na FMB-UNESP, de 1995 a 2000

Condutas	Quantidade	Porcentagem (%)
Clínica	119	57,76
Cirúrgica	85	41,26
Sem informação	2	0,98
Total	206	100,00

Tabela 7

Necessidade de acompanhamento dos pacientes atendidos por trauma palpebral na FMB-UNESP, de 1995 a 2000, após a primeira consulta

Acompanhamento	Quantidade	Porcentagem (%)
Sim	120	58,25
Não	84	40,77
Sem informação	2	0,98
Total	206	100,00

Gostaríamos de ressaltar que o trauma palpebral pode se associar ao trauma ocular, o que foi observado em cerca de 60,0% dos pacientes, devendo-se sempre examinar os olhos quando se encontra defeito palpebral.

Independentemente do tipo de trauma óculo-palpebral, a procura do atendimento oftalmológico deve ser o mais rápido possível para que se tente evitar perdas visuais importantes^{10,11}. E mais importante que isso é saber que a grande maioria dos traumas poderia ser prevenida. Por isso, a

prevenção dos traumas oculares decorrentes de acidentes de trânsito, ocupacionais, recreacionais e esportivos, entre outros, é buscada com o uso de cintos de segurança, capacetes, óculos protetores e precauções domiciliares simples com as crianças^{12,13}.

Endereço para correspondência:

Dra. Silvana Artioli Schellini
DEP. OFT/ORL/CCP
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP
Botucatu - SP - Brasil - CEP: 18618-000
e-mail: sartioli@fmb.unesp.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kuhn F, Morris R, Witherspoon D, Heimann K, Jeffers JB, Treisser G. A Standardized Classification of Ocular Trauma. *Ophthalmology* 1996; 103: 240-3.
2. Parver LM, Dannenberg AL, Blacklow B, Fowler CJ, Brechner RJ, Tielsch JM. Characteristics and causes of penetrating eye injuries reported to the National Eye Trauma System Registry. *Public Health Rep* 1993; 108: 625-32.
3. Asbury T, Saniato JJ. Trauma. In: Vaughan DG. *Oftalmologia Geral*, Nova York, Appleton & Lange – Ateneu, p. 357-63, 1997.
4. Filipe JA, Barros H, Castro-Correia J. Sports related ocular injuries – a three years follow up study. *Ophthalmology* 1997; 104: 313-8.
5. Alves MR, Sampaio MW, Kara-José N. Ferimentos perfurantes oculares- considerações sobre a responsabilidade industrial e social. In: *Congresso Brasileiro de Oftalmologia*, 21, Recife, 1981. *Anais*. Recife, 1981, p.96-8.
6. Sternberg P, Aaberg TM. The persistent challenge of ocular trauma. *Am J Ophthalmol* 1995; 102: 1696-701.
7. Morris RE, Whitherspoon D, Helms HA, et al. Eye injury registry of Alabama: demographics and prognosis of severe eye injury. *South Med J* 1987; 80: 810-6.
8. Cohen J, Carvalho RC, Romão E. Trauma Ocular por Acidente de Trabalho em Manaus. *Rev Bras Oftalmol* 1994; 53: 69-72.
9. Silva RE, Nassaralla BRA. Prevalência de trauma ocular infantil no Ambulatório do S.U.S. do Instituto de Olhos de Goiânia. *Rev Bras Oftalmol* 1998; 57: 865-8.
10. Bernucci EA, Lopreto RCC, Veronesi ML. Traumatismos Oculares em uma Unidade de Emergência. *Rev Bras Oftalmol* 1993; 52: 43-7.
11. Tielsh JM, Parver L, Shankar B. Time trends in the incidence of hospitalized ocular trauma. *Arch Ophthalmol* 1989; 107: 519-23.
12. Kara-José N, Alves MR, Oliveira PR. Como educar a população para prevenção do trauma ocular. *Arq Bras Oftal* 1992; 55: 160-1.
13. Rosenwasser TL, Potter JW, Parr RB. Vision loss prevented by using protective eyewear. *Occup Health Saf* 1985; 54: 63-66.

Artigo de Revisão

Tratamento das uveítes

Fernando Oréfice*, Fernada Belga Ottoni Porto**, Wesley Ribeiro Campos***, Juliana Lambert Oréfice**, Fabrício Ribeiro Laender****

APRESENTAÇÃO

O objetivo deste trabalho sobre tratamento das uveítes foi de tornar para o colega mais rápido o tratamento das várias etiologias. Não obstante, é necessário antes do procedimento terapêutico o diagnóstico preciso, pois o tempo perdido no tratamento inadequado pode resultar em pior prognóstico visual e aumento da morbidade e mortalidade.

UVEÍTES FÚNGICAS

ESPOROTRICOSE

Forma cutânea:

- Iodeto de potássio (Iodepol®) (solução saturada) – VO.
 - Dose inicial 5 gotas (1ml-0,25g) 3 vezes/dia – diluir suco ou leite;
 - Esta dose é aumentada em 3 a 5 gotas, até um total de 120 gotas (6g/dia)*;
 - Manter por 4 semanas após a cura.
- Calor local.
- Cetoconazol (Cetonax®) (400mg/dia).
- Anfotericina B (Fungizon®) (dose total 2g) em caso de intolerância ou falência dos outros tratamentos.

Forma extracutânea:

- Anfotericina B (Fungizon®) (dose total entre 2 e 2,5g).
- Iodeto de potássio (Iodepol®) pode ser útil em alguns casos.

*Professor Titular de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

**Assistente do Serviço de Uveítes do Hospital São Geraldo, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais. Iniciação Científica do Serviço de Uveítes do Hospital São Geraldo, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais.

***Professor Adjunto de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Chefe do Serviço de Uveítes do Hospital São Geraldo, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais.

****Iniciação Científica do Serviço de Uveítes do Hospital São Geraldo, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais. Recebido para publicação em 31/03/03.

Forma ocular:

- Um desafio.
- Anfotericina B (Fungizon®) tópica e intravítrea.
- Anfotericina B (Fungizon®) sistêmica.
- Fluconazol (Flunazol®) sistêmico + Anfotericina B (Fungizon®) intravítrea.

* Interromper o tratamento com iodeto de potássio em caso de distúrbios gastrointestinais, lacrimejamento, sialorréia ou aumento das glândulas salivares (interromper por alguns dias e reiniciar com dose inferior).

* Erupção cutânea acneiforme é comum e não requer descontinuação da droga.

PARACOCCIDIOIDOMICOSE

Para o tratamento existem 3 tipos de drogas: derivados de sulfamídicos, Anfotericina B, derivados de azólicos.

Derivados de sulfamídicos:

- Indicado em casos menos graves.
- Usar durante 3 a 5 anos (dependendo do acompanhamento clínico).
- Dosagem conforme droga usada.
- Tratamento de manutenção para pacientes em uso de Anfotericina B (Fungizon®).
- Baixo custo e toxicidade, boa absorção a partir do trato gastrointestinal.

Anfotericina B (Fungizon®)

- Indicado nos casos graves previamente tratados ou não, ou ineficiência/intolerância a outros medicamentos.
- Endovenosa (doses crescentes até 0,6-1,0mg/kg/dia).
- Dose total média de 2 a 3g.
- Controle rigoroso renal e cardíaco devido a alta toxicidade.
- Após tratamento manter com sulfamídicos ou azólicos.

Azólicos

- Cetoconazol (Cetonax®) (200-400mg/dia) por 6 meses. Hepatotoxicidade, interferência na síntese de cortisol e testosterona.
- Itraconazol (Sporanox®) (50-200mg/dia) por 2 a 12 meses.
- Após tratamento manter com sulfamídicos.
- Controle após "cura".

HISTOPLASMOSE

Forma pulmonar aguda:

- Em geral não requer tratamento.
- Anfotericina B (Fungizon®) (dose total 0,5-1,0g) por 2 a 3 semanas.
- Itraconazol (Sporanox®) (100mg/dia) por 3 a 6 semanas.

Forma pulmonar crônica:

- Anfotericina B (Fungizon®) (dose total 2,0-2,5 g) – paciente apresentando ao Rx de tórax cavitações espessas.
- Cetoconazol (Cetonax®) (400-800mg/dia) por 6 a 12 meses.
- Itraconazol (Sporanox®) (100mg/dia) por 6 meses.

Histoplasmose disseminada:

- Anfotericina B (Fungizon®) (doses totais de 2,5-3,0g).

CANDIDÍASE

Sistêmica:

- Anfotericina B (Fungizon®) (1,5-2,0g).
- 5-flucitosina* associada a Anfotericina B (Fungizon®) para melhorar a resposta terapêutica e reduzir a dose da Anfotericina B (Fungizon®).
- Fluconazol* (Flunazol®) (400mg/dia) por até 1 ano.

*Para alguns autores estas drogas estariam restritas ou a manutenção do tratamento efetivo com Anfotericina, ou a quimioprofilaxia em imunossuprimidos.

ENDOFTALMITE FÚNGICA

- Anfotericina B (Fungizon®) endovenosa associada a vitrectomia e Anfotericina B intravítrea.
- Fluconazol (Flunazol®) (grupo imidazol) 1000 microgramas sistêmico.

A – Intra-ocular

- Anfotericina B (Fungizon®) 0,005mg/0,1ml ou miconazol (Daktarin®) 0,025mg/0,1ml + Dexametasona (Minidex®) 0,4mg/0,1ml.

B – Tópico (colírio)

- Corticóide + cicloplégico.
- Anfotericina B (Fungizon®) (pouca penetração).

C – Sistêmico (com acompanhamento clínico)

- Fluconazol (Flunazol®) – 100mg VO 12/12 hs por 2 a 4 semanas ou;
- Itraconazole (Sporanox®) – 200mg VO 12/12 hs por 2 a 4 semanas ou;
- Anfotericina B (Fungizon®) – 0,25-1,0mg/kg IV durante 6 horas (se houver doença sistêmica).

PREPARAÇÃO PARA INJEÇÃO INTRAVÍTREA

As drogas são preparadas em um volume **mínimo de 1ml**, sendo que o frasco contendo o antibiótico deve ser rotulado com o nome da droga.

Anfotericina B (Fungizon®) – 0,005mg/0,1ml (5 microgramas/0,1ml)

1. Frasco de 50mg de Anfotericina B;
2. Adicionar 10ml de água destilada, USP (sem preservativos) ao frasco nº 1;
3. Injetar 0,1ml da solução nº 2 em um frasco vazio estéril;
4. Adicionar 9,9ml de água destilada, USP ao frasco nº 3 para produzir uma solução contendo 0,005mg/0,1ml;
5. Lacrar o frasco contendo a solução nº 4 e identificá-lo.

ESPONDILOARTROPATIAS

ESPONDILITE ANQUILOSANTE

1 - Uveíte anterior aguda:

- Tópico: corticosteroide de hora/hora + cicloplégico e midriático 8/8hs.
- Prednisona (Meticorten®) 40mg/dia (casos graves) com redução gradativa após melhora clínica.
- Dose de manutenção 5mg/dia durante 30 dias (mesmo na ausência de sintomas).

2 - Uveíte anterior crônica:

- Manter pupila dinâmica com uso de midriático e corticosteróide tópico.

3 - Edema cistóide de mácula:

- Corticosteróide VO e subtenoniano.
- Ciclosporina A (Sandimmun®) (casos rebeldes).

ARTRITES REATIVAS - SÍNDROME DE REITER

1 - Conjuntivite papila: vasoconstritores tópicos.

2 - Conjuntivite folicular: tetraciclina VO (1,5g/dia durante 15 a 21 dias).

3 - Irite aguda: cicloplégico e corticóide tópico.

4 - Iridociclite aguda: corticóide tópico de hora/hora, midriáticos e cicloplégicos de 8/8hs. Nos casos graves associar com corticosteróide VO e, como última escolha, imunossupressores.

ARTRITE PSORIÁTICA / ARTRITE DAS ENTEROPATIAS

- Mesmo das Artrites Reativas

UVEÍTES REUMÁTICAS – REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

ARTRITE REUMATÓIDE JUVENIL

- Inflamação aguda: cicloplégico tópico 8/8 h e corticosteróide tópico 2/2 h.
- Nos casos graves associa-se Prednisona (Meticorten®) 40mg/dia, diminui-se gradativamente.
- Inflamação crônica: Cicloplégico 2x/dia (para evitar formação de sinéquias posteriores) + corticosteróide tópico 2x/dia.
- Monitora Po, principalmente nos 3 primeiros meses, de 10/10 dias, utilizando tonômetro pneumático, mais indicado para crianças.
- Se houver hipertensão intra-ocular secundária ao corticosteróide, substituí-lo por colírio de AINE (Antiinflamatório não esteróides).
- Casos de hipotonia ocular: Atropina 12/12hs e corticosteróide tópico várias vezes ao dia. O prognóstico nesses casos é pior e pode-se tentar vitrectomia.
- **NÃO TENTAR ELIMINAR FLARE OU HAZE.**
- Catarata complicada: facectomia sem LIO associada ou não a vitrectomia (em casos de comprometimento intenso de vítreo).

Ceratopatia em faixa (localizada no eixo visual):

- Quelação com EDTA 1% a 2% (ethylene diamine tetracetic acid): pode ser realizada sob anestesia tópica. Técnica: aplicar a solução estéril de EDTA + água ou solução salina com cotonete ou aplicadores de celulose sobre a córnea com uma pressão suave, removendo o epitélio corneano e solubilizando gradualmente os depósitos de cálcio. O procedimento dura aproximadamente 30 minutos. Ocasionalmente depósitos resistentes podem ser suavemente removidos com espátula ou faca de Tooke, mas este procedimento pode deixar cicatriz na membrana de Bowman e deve ser evitado no eixo visual. Ocluir o olho até a cicatrização total.
- Excimer laser: tem a desvantagem de recidivar com mais frequência.
- Enxerto lamelar ou pendunculado (rotatório): também não previne as recidivas.

CICLITE HETEROCRÔMICA DE FUCHS

- Observar Acuidade visual e Po.
 - Midriáticos: presença de nódulos irianos com tendência a formação de sinéquias posteriores (raro).
 - Corticóide: não está indicado normalmente, ele diminui a reação inflamatória da câmara anterior, mas quando interrompido retornam os sinais e sintomas. Os pacientes se tornam refratários e levam a formação de catarata e glaucoma cortisonico.
 - Glaucoma: resistente ao tratamento. Drogas antiglaucomatosa, trabeculotomia ou trabeculoplastia a laser não funcionam bem. A fístula da trabeculectomia fecha rapidamente. **La Hey et al. (1993)** sugeriram a intervenção cirúrgica precoce associada ao uso de antimetabólicos.
 - Catarata: controversia. Estudos recentes sugerem a realização de facectomia extracapsular com lente intra-ocular.
- 1 - Complicações: uveíte pós-operatória, glaucoma, depósito na LIO, descompensação do endotélio corneano.
 - 2 - Fatores de risco: glaucoma, atrofia iriana grave, rubeosis íris, uveíte ativa (deve ser controlada).
 - 3 - Pós-operatório: corticosteróide tópico para reação de câmara anterior. Betabloqueadores em caso de glaucoma. Vitrectomia para opacidades vítreas intensas que prejudiquem a acuidade visual. No caso de opacificação de cápsula posterior a capsulotomia com Yag laser ou cirúrgica podem levar ao glaucoma, portando deve-se ter muito cuidado.

CRISE GLAUCOMATOCICLÍTICA

- 1 - Autolimitada.
- 2 - Hipertensão ocular: drogas adrenérgicas (alfa-agonista e beta-antagonista) + inibidores de anidrase carbônica (tópico ou sistêmico).
- 3 - Corticosteróide tópico: usar com cautela e controlar a Po 2x/semana, suspender se a Po elevar.
- 4 - Inibidores da síntese de prostaglandina (tipo indometacina) podem abreviar o episódio.
- 5 - Cirurgia (trabeculectomia): em caso de Po muito elevada, recorrências freqüentes, sofrimento do nervo óptico. Não previne novas crises.

UVEÍTE DE CAUSA TRAUMÁTICA

- Importante diferenciar o quadro inflamatório do infeccioso.

Quadro inflamatório:

- Corticóide tópico de hora/hora ou subtenoniano (40mg metilprednisolona).
- Uveíte facioinduzida; remoção dos restos corticais + prednisona oral (Meticorten®).
- Oftalmia simpática resistente à corticoterapia: imunossupressores.
- Casos crônicos que não melhoram com o tratamento com reação significativa atribuída LIO: remoção da LIO + vitrectomia se necessária.
- Iridociclite pós-operatória grave com formação de fibrina: injeção intracamerular de 5 a 25 µg de rt – PA nos primeiros dias após a instalação do quadro.

Quadro infeccioso:

- Realizar vitrectomia via pars plana, coleta de corpo vítreo para cultura e antibiograma, injeção intravítrea de antibiótico.
- A associação de gentamicina (Garamicina®) + vancomicina (Vancocina®) (utilizada quando não se sabe qual a bactéria está presente) + dexametasona (Decadron®) 400µg/0,1ml. Repetir a aplicação após o antibiograma, se for necessário.
- Em caso de germe anaeróbio: usar cefalosporina (cefazolina, Cefamezin®).
- Infecção fúngicas: não usar corticosteróide, aplicar anfotericina B (Fungizon®) ou miconazol (Daktarin®) intra-ocular. Associar com antifúngico sistêmico cetoconazol (Cetonax®).
- É de boa prática ainda a utilização dos medicamentos por vias tópica, subconjuntival e sistêmica até a devida estabilização do quadro.

Tabela
Antibióticos comumente utilizados nas infecções intra-oculares

	Intra-Vítrea (0,1ml)	Subconjuntival (0,5ml)
Amicacina-	400 µg	25 mg
Ceftazidima-	2 mg	100 mg
Gentamicina -	100 µg	20 mg
Carbenicilina+	2 mg	100 mg
Cefazolina+	2 mg	100 mg
Vancomicina+	1 mg	25 mg
Anfotericina B*	5 µg	evitar
Miconazol*	50 µg	não preconizado

(-) cobertura de gram-negativos, (+) cobertura de gram-positivos, (*) antifúngicos.

UVEÍTE INTERMEDIÁRIA

- A acuidade visual é o critério principal, iniciar tratamento < 0,5.

Corticosteróide:

- Via oral em casos bilaterais e subtenonia nos unilaterais.
- Dose inicial pela manhã 0,5-1,0mg/kg/dia prednisona (Meticorten®) nas crianças. Adulto até 60mg/dia/dose única por 7 dias, reduzir gradativamente e no mínimo manter dose mínima por 4 meses.

Via subtenoniana:

- Acetonido de triancinolona (Theracort®) 20mg.
- Técnica: Assepsia, anestesia tópica (cloridrato de proximetacaína, Anestalcon®), blefarostato olhar na direção infero-nasal, injeção de 0,3ml de xilocaína 2% subconjuntival no quadrante temporal superior. No mesmo quadrante aplicar injeção subtenoniana de corticóide (1ml) utilizando seringa de 1ml e agulha de 30 G1/2.
- Repetir após 15 dias senão houver melhora, tentar até no máximo 3 aplicações antes de mudar o tratamento.
- Corticóide de depósito tem efeito antiinflamatório por 2 a 4 semanas.
- Complicações: perfuração ocular, glaucoma, catarata. A Po pode elevar após semanas de aplicação. Blefaroptose, ptose, atrofia gordurosa orbitária, hemorragia subconjuntival, quemose infecção.

Crioterapia:

- Casos resistentes ao corticóide.
- Técnica: anestesia peribulbar com xilocaína a 2%, crioterapia na área de *snowbank* e retina adjacente, observando-se através da OBI, subtenoniana de corticóide.
- Efeito ocorre após algumas semanas e persiste por 3 a 6 meses. Repetir pode ser necessário após este período.
- Prognóstico visual: melhor se a área de *snowbank form* < 60 graus.
- Fotocoagulação a laser na periferia também é uma opção nestes casos.
- Complicações: aumento transitório da vitreíte, diminuição da acomodação, catarata, hifema, edema macular.

Ciclosporina A (Sandimmun®)

- Uveíte intermediária bilateral.
- Pacientes que não respondem ao corticosteróide via oral, ou só respondem a doses muito elevadas que contra indicam o uso.
- Avaliação clínica e nefrológica.
- Dose; 4,0-5,0mg/kg/dia (em 2 dose) via oral e corticóide oral de 5,0-10,0mg/dia.
- Concentração sérica máxima após 2 a 4 horas. Exame de dosagem sérica é realizado 30 minutos antes da ingestão da medicação.
- Nível sérico 100-200ng/ml.
- Avaliar resposta após 3 meses, se for positiva manter por 12 meses e retirar gradualmente.
- Recidiva; retornar a dose inicial por mais 6 meses.

Vitrectomia

- Casos resistentes aos outros tratamentos.
- Em casos de hemorragia vítrea, descolamento de retina tracionais, membrana epi-retiniana.
- Complicações: catarata, hemorragia vítrea, descolamento de retina regmatogênico e glaucoma.

Edema cistóide de mácula

- Acetazolamida (Diamox®) dose: 500mg/dia durante 30 dias + 40mg/dia de Meticorten® durante 30 dias + Colírio não hormonal Acular® 2 vezes ao dia durante 30 dias.
- Fotocoagulação a laser Grid: diminuem o edema de mácula mas não melhoram a acuidade visual.

Catarata

- É uma complicação comum: facectomia com LIO, vitrectomia com lensectomia (casos com acometimento vítreo intenso).

SARCOIDOSE

- O quadro sistêmico apresenta remissão espontânea após alguns anos, raramente com recorrência. O uso de corticosteróides reduz os granulomas, mas não altera o curso natural da doença e pode haver recidiva com a interrupção do tratamento. Por isso a indicação para o início da corticoterapia obedece a critérios definidos.

INDICAÇÕES PARA O INÍCIO DA TERAPIA COM CORTICOSTERÓIDES, SEGUNDO O COMITÊ INTERNACIONAL DE SARCOIDOSE:

FORMA PULMONAR:

- Função pulmonar persistentemente alterada por um período superior a 12 meses;
- Piora progressiva da função pulmonar.

FORMAS EXTRAPULMONARES:

- Lesão de órgãos vitais (cérebro, medula, coração, rins);
- Lesões neurológicas como paralisia facial de repetição;
- Lesões oculares, especialmente agudas (uveítes);
- Lesões cutâneas deformantes, especialmente na face;
- Hipercalcemia e hipercalcúria persistentes;
- Esplenomegalia, especialmente associada à anemia, leucopenia, trombocitopenia e hemorragia;
- Lesão de glândula lacrimal ou salivar (ausência de lacrimejamento e boca seca) com aumento da parótida;
- Eventualmente em artrite, lesões musculares ou ósseas;
- Sintomas gerais persistentes e incapacitantes.

- Uveíte anterior leve: corticosteróides tópicos e cicloplégicos.
- Uveíte anterior moderada ou nódulos irianos: injeções perioculares de corticosteróides.
- Uveíte anterior ou posterior, presença de neovascularização retiniana, acometimento do nervo óptico, casos refratários: corticosteróide oral.
- Corticosteróide oral: dose de início 30 a 40mg/dia ou 50 a 60mg/dias alternados de prednisona, reduzir gradativamente até dose de manutenção 10 a 15mg/dias alternados por alguns meses. Em caso de recidiva, após retirada da medicação, reintroduzi-la.
- Casos graves: pulsoterapia com metilprednisolona (1g EV/ 3 dias) seguido do tratamento oral.
- Casos refratários: agentes citotóxicos como o metotrexato, o clorambucil (Leukeran®) e a azatioprina (Imuran®).
- Ciclosporina A (Sandimmun®) é associada a corticosteróide via oral ou como implante intra-ocular é uma opção nos casos graves.
- Fotocoagulação a laser: neovascularização retiniana ou membrana neovascular sub-retiniana.
- Glaucoma: não usar pilocarpina, cirurgias são ineficazes.
- Catarata: vitrectomia associada para remoção do corpo vítreo opacificado. Usa corticosteróide sistêmico em altas doses no pré e pós-operatório.
- Edema cistóide de mácula tratar precocemente.

DOENÇA DE BEHÇET

- Corticosteróide, agentes citotóxico e não citotóxico, colchicina.
- Iridociclite: corticosteróide e midríaticos tópicos.
- Vasculite retiniana tratar como doença sistêmica por via oral.

Corticosteróides

- Fase aguda: 60mg/dia diminuir logo após a melhora clínica. Reduzir lenta e progressivamente e iniciar o imunossupressores antes da redução do corticosteróide.

Imunossupressores

- Segundo o grupo internacional para estudo das uveítes a doença de Behçet é indicação absoluta para o uso de imunossupressores.

Citotóxicos – drogas alternativas para o tratamento da Doença de Behçet

- Clorambucil (Leukeran®): dose inicial de 6mg/dia aumentar 2mg semanalmente até resposta clínica ou efeitos colaterais como queda significativa de plaquetas ou leucócitos.
- Ciclofosfamida (Endoxan®): dose inicial de 50mg/dia, aumentar 50mg a cada 4 semanas até melhora clínica.
- Azatioprina: dose 2-3mg/kg/dia em 2-3 doses.
- Avaliação semanal da contagem de plaquetas e leucócitos

Não citotóxicos – droga de primeira linha no tratamento da Doença de Behçet

- Ciclosporina A (Sandimmun®) ou FK506 em associação com corticosteróide.
- FK506 tem se mostrado ser 10 a 20 vezes mais potente que a ciclosporina A (Sandimmun®).
- FK506: dose de 0,05-2,0mg/kg/dia, efeitos colaterais mais comuns são a nefrotoxicidade e alterações neurológicas; contra-indicados no tratamento do Neuro-Behçet.

Ciclosporina A (Sandimmun®):

- Dose: 4,0-5,0mg/kg/dia associada com corticosteróide na dose de 10mg/dias alternados. Usar por 3 meses e reavaliar o quadro ocular, se houver melhora manter por 1 ano e depois reavaliar se há indicação de retirada lenta.
- Efeitos colaterais e toxicidade: nefrotoxicidade (eleva a creatinina sérica), anemia normocítica normocrômica, elevação da taxa de hemossedimentação, elevação dose-dependente das transaminases plasmáticas e da bilirrubina, neurotoxicidade, hiperuricemia, elevação do colesterol, doenças linfoproliferativas, infecções oportunistas, hirsutismo, hiperplasia gengival.
- Efeitos colaterais oculares: baixa da visão, eritema palpebral, conjuntivite inespecífica, alucinações visuais, hemorragias retinianas e conjuntivais secundárias à anemia, exsudatos retinianos e oclusões vasculares retinianas.
- Contra-indicação: hipertensão sistêmica não controlada, doença hepática, insuficiência renal, gravidez, amamentação, história de hipersensibilidade à droga.
- Interações medicamentosas: aumentando a concentração sérica são antagonistas do cálcio [exceto nifedipina, (Adalat®)], ketoconazol, acetazolamida (Diamox®), colchicina, eritromicina (Eritrex A®),

Fluconazol (Flunazol[®]), metoclopramida (Plasil[®]), sulfametoxazol. Atuam diminuindo a concentração sérica são os barbitúricos, carbamazepina (Tegretol[®]), griseofulvina (Fulcin[®]), heparina, rifampicina (Rifaldin[®]).

- Fase aguda e recidiva: iniciar com corticosteróide oral na dose de 60mg/dia de prednisona (Meticorten[®]).
- Fase subaguda: Ciclosporina A (Sandimmun[®]) neoral + corticosteróide a longo prazo.

Monitorização do tratamento:

- Antes de iniciar: urina rotina, uréia, creatinina, TGO, TGP, bilirrubinas, hemograma e plaquetas, clearance de creatinina.
- Medir pressão intra-ocular.

Monitorização da ciclosporina

- Método: RIE ou TDX. O TDX é mais rápido e mais fidedigno, mas não é feito em muitos laboratórios.
- Nível desejado: 100 a 200ng/ml (RIE) ou 60 a 160ng/ml (TDX).
- Colher o material 30 min antes da próxima tomada.
- Frequência da dosagem: 15 em 15 dias no primeiro mês e depois uma vez ao mês.
- Esperar no mínimo três dias para repetir a dosagem.

Monitorização de fígado e rins – sinais de alerta:

- Creatinina sérica 30% acima do nível basal.
- TGO e TGP 40% acima do nível basal (são as últimas a sofrer alterações).
- Aumento das bilirrubinas (a direta altera-se antes da indireta).
- Os exames devem ser semanais no primeiro mês, quinzenais no segundo e mensais a seguir.

Colchicina:

- Indicado no tratamento das manifestações muco-cutâneas.
- Melhora o curso clínico e a recorrência dos ataques inflamatórios, mas ineficaz nas crises agudas oculares.
- Dose para o tratamento das manifestações cutâneo-mucosas: 2mg/dia. Manutenção com 0,5-1,0mg/dia.
- Associação: corticosteróides e imunossupressores.
- Efeitos colaterais: diarreia, vômito, leucopenia, agranulocitose, anemia aplástica, miopatia e alopecia.

Talidomida:

- Indicado no tratamento das manifestações muco-cutâneas.
- Previne o desenvolvimento de alterações oculares.

Tratamento ocular adicional:

- Catarata: facectomia com implante de lente intra-ocular após 3 a 6 meses de inativação da doença ocular.
- Fotocoagulação a laser: áreas de não perfusão capilar devido a oclusão vascular.
- Glaucoma: deve ser investigado por causa do uso crônico de corticosteróides e alto risco de formação de sinéquias posteriores e de ângulo.

ESCLERITE E EPISCLERITE

Episclerite: autolimitada; Pouco sintomáticos: compressas frias, colírios de lágrimas artificiais. Usar corticóide tópico apenas em casos com muita sintomatologia (cria dependência).

Esclerite:

Anteriores:

- Antiinflamatórios não esteróides (AINE), não há droga de escolha, por isso não passar para o corticóide sistêmico antes de usar dois AINE diferentes.
- Indometacina (Indocid®) 75mg/2x/dia – Diclofenaco (Voltaren®) 75mg/2x/dia.
- Naproxen 250-500mg/2x/dia – Fenilbutazona (Butazonil®) 100mg/3x/dia.
- Flubiprofen (Ocufer®) 100mg/3x/dia.

Não necrosantes resistentes aos AINE, e esclerites posteriores:

- Corticosteróides sistêmico (prednisona – Meticorten). Dose inicial: 60-80mg/dia, por 1 semana com redução lenta até 20mg/dia, reduzir mais lentamente ainda até atingir 10-15mg/dia. Neste nível, com quadro estável, manter por 6 meses antes de nova redução.
- Medicação antiácida em casos de sintomatologia gástrica ou dose elevada.
- Avaliação clínica em pacientes idosos ou com alteração tipo hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e osteoporose.

Esclerite necrosante:

- Tratamento sistêmico imediato.
- Internação: investigar doença sistêmica associada.
- Pulsoterapia: metilprednisolona 500mg-1,0g, de 1 a 3 dias consecutivos.
- Manutenção: alta dose oral de prednisona (Meticorten®) 1,0-1,5mg/kg com redução lenta.
- Associação: imunossupressores como azatioprina (Imuran®) ou ciclofosfamida com corticosteróide em baixa dosagem.
- Ciclosporina A (Sandimmun®): também pode ser usada, não é indicada em pacientes idosos, ou com alteração renal. Não induz período de remissão, tendo efeito apenas enquanto está sendo administrada.
- Ciclofosfamida (Endoxan®): induz períodos longos de remissão da doença ocular e sistêmica. Dose 100-150mg/dia por um ano (de acordo com toxicidade), redução progressiva (5mg/dia) e interrupção após esse período.
- Complicação: toxicidade medula óssea, infecção generalizada, cistite hemorrágica.
- Não usar mais do que 18 meses

Escleromalacia *perforans*: não requer uso de drogas antiinflamatórias. Não é um quadro inflamatório.

Catarata: incisão corneana.

Quadros infecciosos:

- Antibioticoterapia após identificado o agente etiológico.
- Infecção viral: aciclovir (Zovirax®) ou valaciclovir (Valtrex®).

Fungo ou bactéria: pode ser necessário debridamento cirúrgico, crioterapia e antibiótico.

Perfuração escleral: reduzir o processo inflamatório com tratamento clínico, preferir esclera fixada.

UVEÍTE DE CAUSA TUMORAL

Linfoma primário intra-ocular

- Tratamento precoce; este tipo de tumor é fatal.
- Corticosteróide: melhora temporária, com recidiva mais agressiva.
- Radioterapia externa ocular: doença apenas ocular.
- Radioterapia + quimioterapia (sistêmica ou intratecal): extensão cerebral.
- Remissão de 41 meses (média) e sobrevida em 5 anos de 5 a 23%.
- Assistência e estadiamento da oncologia e hematologia.

Retinoblastoma difuso

- Enucleação.

Leucemias

- Quimioterapia sistêmica e intratecal podendo ser complementado por irradiação.
- Infiltração do disco óptico: resposta rápida e eficiente a radioterapia ocular.
- Assistência e estadiamento da oncologia e hematologia.

Tumores metastáticos

- Tratamento oncológico e estadiamento da doença.
- Tratamento ocular; sintomático, ressecção tumoral local, enucleação, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia.

Xantogranuloma juvenil

- Corticoterapia local ou sistêmica.

VASCULITE RETINIANA

Doença de Eales (TRUE EALES):

- Fotocoagulação ou crioterapia em área de má perfusão retiniana.
- Vitrectomia: hemorragia vítrea.

Vasculite retiniana periférica idiopática (SO – CALLED EALES):

- Corticosteróide 40-80 mg/dia prednisolona dependendo da gravidade.
Imunossupressores (quando for contra-indicado o uso de corticosteróide): ciclosporina A (Sandimmun®), azatioprina (Imuran®), clorambucil (Leukeran®), ciclofosfamida (Endoxan®).

Doença de Behçet:

- Fotocoagulação em área de má perfusão capilar retiniana.

Iridociclite bilateral com capilarite retiniana (BIRC):

- Corticosteróide tópico e sistêmico.

Vasculite idiopática, aneurisma e neuro-retinite (IRVAN):

- Fotocoagulação em área de má perfusão capilar retiniana (isquemia e neovasos).
- Vitrectomia: hemorragia vítrea.

Periflebite retiniana aguda congelada (PRAC):

- Idiopática: corticoterapia sistêmica. Alguns autores relatam bons resultados com corticoterapia local (subconjuntival e tópica).
- Portador de AIDS e retinite CMV: medicação antiviral com ou sem corticóide oral.

Retinopatia associada ao câncer (CAR):

- Sem tratamento estabelecido.

Necrose retiniana aguda (NRA):

- Aciclovir (Zovirax®) intravenoso 10-12mg/kg/peso 8/8h de 10-12 dias seguido de administração oral 400-600mg 5 vezes ao dia por mais seis semanas. Associa-se a terapia antitrombótica (Aspirina® de 125mg a 650g, 2 vezes/dia) e prednisona (Meticorten®) (60-80mg/dia).
- Fotocoagulação à laser profilática posterior às áreas de retinite ativa na tentativa de evitar o descolamento de retina.
- Descolamento de retina: vitrectomia com injeção de óleo de silicone, prognóstico reservado.

Vasculite retiniana hemorrágica multifocal aguda (BLUMENKRANZ):

- Sem tratamento estabelecido.

Vasculite retiniana associada à esclerose múltipla:

- Fotocoagulação à laser: área de oclusão vascular periférica e neovasos.
- Vitrectomia: hemorragia vítrea e tração retiniana e/ou descolamento de retina.

Vasculite retiniana associada à Granulomatose de Wegener:

- Ciclofosfamida (Endoxan®) 2mg/kg/dia VO.
- Corticosteróide prednisona (Meticorten®) 1mg/kg/dia inicialmente com diminuição gradativa.
- Tratamento prolongado até a remissão dos sintomas em torno de 6 meses a 1 ano.

Vasculite retiniana associada à artrite reumatóide:

- Presente em casos assintomáticos, melhora com o tratamento sistêmico da artrite.

Vasculite retiniana associada à uveíte anterior HLA-B27:

- Cicloplégico tópico, corticosteróide tópicos, subconjuntivais e sistêmicos. Em uma pequena proporção é necessário o uso de imunossupressores.

Vasculite retiniana associada à poliarterite nodosa (PAN):

- Pode ser uma doença fatal.
- Corticosteróide sistêmico associado ou não a ciclofosfamida.

Vasculite retiniana associada à toxoplasmose:

- Responde a terapêutica específica associada a corticosteróides.
- Fotocoagulação à laser, no caso de vasculopatia oclusiva com isquemia retiniana, como profilaxia para neoformação vascular.

Vasculite retiniana associada à sífilis:

- Tratamento sistêmico específico com penicilina.

Vasculite retiniana associada à tuberculose:

- Tratamento sistêmico específico.

Vasculite retiniana associada à doença de Lyme:

- Não há tratamento estabelecido.
- Nas síndromes inflamatórias intra-oculares: ceftriaxone intravenosa (2g/dia) ou cefotaxime (6g/dia) por 2 a 4 semanas.
- Alguns usam amoxicilina (Amoxil®) oral (500mg/3x/dia) associada a probenecid (500mg 3x/dia) após tratamento intravenoso.
- Corticosteróide sistêmico: apenas nos casos de neurite óptica.

Vasculite retiniana associada à tratamento hormonal para infertilidade e contraceptivos:

- Corticosteróide sistêmico.

Retinopatia falciforme:

- Fotocoagulação a laser na retina isquêmica e vitrectomia nos casos avançados.
- Em casos que necessitem o uso de *buckling* escleral, deve-se observar a grande incidência de isquemia do segmento anterior (aproximadamente 70% dos casos).

Retinopatia vascular e síndrome antifosfolípide:

- Tratamento controverso:
- Anticoagulante oral + fotocoagulação a laser na retina isquêmica ou;
- Heparina subcutânea, prednisona e imunossupressores.

Vasculopatia oclusiva retiniana e resistência à proteína C ativada:

- Anticoagulante [Warfarina (Marevan®)/AAS®], risco de hemorragia intra-ocular.

Síndrome de Susac:

- Iniciar com anticoagulantes, senão houver melhora recomenda-se metilprednisolona intravenosa ou ciclofosfamida em última estância.

Doença de Kawasaki:

- Corticosteróide tópico, não usar sistêmico.
- No período febril: gamaglobulina intravenosa (infusão de 2g/kg de peso/dose única por 10 a 12 horas) + salicilatos.

COROIDITES

Cório-retinopatia de Birdshot:

- Objetivo é tratar as alterações da retina interna, principalmente na mácula e não o envolvimento coroidiano.
- Edema de mácula é o maior responsável pela baixa da visão.
- Tratamento de base: corticosteróide sistêmico e periocular.
- Prednisona (Meticorten®) 1mg/kg/dia com redução gradativa até dose mínima de manutenção por um período prolongado.
- Corticosteróide periocular: doença assimétrica, exacerbação durante tratamento sistêmico.
- Corticosteróide não tem eficácia consistente.
- Ciclosporina A (Sandimmun®): 3,0-5,0mg/kg/dia associado a prednisona (Meticorten®) sistêmico 10mg/dia.
- Tratamento da membrana neovascular sub-retiniana com baixa de visão.

Epiteliíte pigmentária retiniana aguda:

- Resolução gradual sem tratamento em 6 a 12 semanas.

Síndrome dos pontos brancos múltiplos evanescentes (MEWDS):

- Observação clínica e sem medicação.
- Complicação tardia: membrana neovascular submacular (rara).

Neuro-retinopatia macular aguda (AMN):

- Resolução gradual sem tratamento.

Coroidite Serpiginosa:

- Resolução em 1 a 2 meses com ou sem tratamento.
- Corticosteróide tópico, sistêmico ou periocular atuam no segmento anterior e na vitreíte, com resultados questionados nas lesões coroidianas.
- **Nussenblatt et al** (1983) recomendam o uso de metilprednisolona intravenoso (1g/dia/3 dias) nos quadros agudos.
- Ciclosporina A eficácia questionável maior na fase aguda que na crônica.
- **Hooper e Kaplan** (1991) recomendaram a Terapia Tríplice nas lesões ativas próximas à fóvea ou ao disco óptico: Azatioprina (Imuran®) (2mg/kg/dia), Ciclosporina A (Sandimmun®) 3,0-5,0mg/kg/dia e prednisona (Meticorten®) 1mg/kg/dia.
- Membrana neovascular sub-retiniana: presente em 10 a 25%, tratamento específico (laser, PDT, triamcinolona subtenoniana).

Epiteliopatia pigmentária placóide multifocal posterior aguda EPPMPA:

- Edema cistóide de mácula e edema de disco: corticosteróide sistêmico.
- Recaída ou recorrência: Ciclosporina A (Sandimmun®).

Síndrome de fibrose sub-retiniana e uveíte:

- Edema cistóide de mácula: corticosteróide.
- Agentes citotóxicos que inibem os linfócitos B e T.
- Ciclofosfamida: não altera o curso da doença.
- Metotrexato: usado para controlar a seqüela glial ou fibrótica.

Coroidite multifocal e síndrome de pan-uveíte (MFC):

- Corticosteróides orais ou sistêmicos.
- Imunossuppressores nos casos crônicos.
- Membrana neovascular sub-retiniana: corticosteróides (injeção subtenoniana), ou fotocoagulação a laser (pode aumentar a resposta inflamatória), ou PDT.

Coriopia punctata interna (PIC):

- Resolução gradual sem tratamento.
- Membrana neovascular sub-retiniana: responsável pela baixa da visão, presente em 25% dos casos na maioria extrafoveal podem envolver espontaneamente. A fotocoagulação a laser pode ser usada.

Cório-retinite multifocal periférica: Sem tratamento estabelecido.

Pseudo-síndrome presumida de histoplasmose ocular (pseudo-SPHO; *HISTO LIKE*):

- Corticosteróides orais e perioculares: nos casos de baixa acuidade visual súbita associada à coroidite focal no centro da mácula.
- Membrana neovascular subfoveal presente na angiofluoresceinografia: altas doses de corticosteróides e outros agentes imunossuppressores (principalmente nos estádios precoces da doença). Não tratar com fotocoagulação a laser. A remoção cirúrgica está indicada quando já tiver passado a fase aguda, recorrências após a cirurgia são comuns.
- Membrana neovascular extrafoveal ou justafoveal: tratamento específico.

Retinopatia externa zonal oculta aguda (AZOOR):

- Corticoterapia: regressão dos sinais inflamatórios, sem melhora nos defeitos do campo visual.

Retinopatia externa anular aguda.

Síndrome do aumento agudo idiopático da mancha cega (AIBSE).

UVEÍTES DE CAUSA INFECCIOSA

BACTERIANAS

a) Hanseníase

Ceratitis	Esclerites e episclerites	Iridociclites
Secundária à crise hansênica: Corticóides tópicos e/ou sistêmicos	Secundárias a reações imunes: Anti-inflamatórios tópicos e/ou sistêmicos hormonais ou não hormonais ou Corticosteróides.	Ciclopégicos e midríaticos (escolher de acordo com intensidade do processo inflamatório) para evitar ou tratar complicações, como sinéquias posteriores.
Secundária à invasão bacilar: Tratamento sistêmico específico da hanseníase	Secundária à invasão bacilar: Drogas sistêmicas padronizadas para hanseníase.	Corticosteróides VO e/ou tópicos em doses efetivas para retirar o paciente da crise aguda o mais rapidamente possível e impedir a cronificação da uveíte.

Monitorizar a pressão intra-ocular. Inibidores da anidrase carbônica, VO e/ou tópico, associado a colírios de beta-bloqueadores ajudam no controle da pressão nas fases agudas. Recomenda-se consultas oftalmológicas frequentes e regulares (a cada seis meses), dependendo da frequência e gravidade das crises, e que o uso de corticosteróides tópicos e midríaticos devem ser monitorados de tal maneira

que haja equilíbrio entre evitar a instalação de complicações por falta de medicamento e o aparecimento de iatrogenia pelo uso inadequado desses medicamentos.

b) Leptospirose

As manifestações oculares da leptospirose ocorrem de 3% a 92% dos pacientes, entre duas semanas e um ano da infecção. As alterações oculares aparecem na fase imune da leptospirose.

Penicilina G intravenosa dose: 2,4 a 3,6 milhões de unidades por dia (adultos), divididas de 6/6h; Ou **Tetraciclina (Tetrex®)** VO 2g/dia sendo contra-indicadas em gestantes ou **doxiciclina (Vibramicina®)** 100mg/2x/dia VO; ou **Ampicilina (Amplofen®)** 500mg/4x/dia por sete dias.

Corticosteróides tópicos e midríaticos.

Corticosteróide sistêmico em casos de reação intensa na câmara anterior, com grande celularidade, ou na forma granulomatosa, com células e flare de 2+/4+ a 4+/4+ e células no corpo vítreo.

A hidratação do paciente é essencial, de preferência por via endovenosa com soro fisiológico ou Ringer lactato, devido ao comprometimento renal.

c) Sífilis

Na sífilis ocular, mesmo com o tratamento adequado, pode ocorrer baixa dosagem de antimicrobianos dentro dos olhos.

Tratar ceratite e uveíte anterior com esquema de acordo com o estágio da doença, associando-se corticóides e midríaticos tópicos.

As esclerites, uveítes posteriores e neurite óptica devem ser tratadas como neuro-sífilis, associando-se corticóides via oral.

Repetir o tratamento:

- quando sinais e sintomas clínicos de sífilis persistirem ou recidivarem;
- caso ocorra aumento de 4 vezes do título do teste lipoídico;
- se alto título inicial não decrescer 4 vezes em 1 ano;
- quando a gestante não tenha seu título diminuído de 4 vezes em um período de 3 meses.

O re-tratamento deve ser realizado com esquemas recomendados para sífilis de mais de 1 ano de duração.

Nos casos de HIV positivos, usam-se os mesmos esquemas, exceto se houver alterações líquóricas, onde deve-se utilizar o esquema para neuro-sífilis.

Sífilis primária, secundária ou precoce (< 1 ano) latente	Sífilis latente (> 1 ano), latente ou terciária com líquido normal	Neuro-sífilis	Sífilis na gravidez	Sífilis congênita (mãe tratada adequadamente)
Penicilina G benzatina <i>Adulto:</i> 2,4 milhões UI IM <i>Criança:</i> 50.000UI/kg IM (Até a dose do adulto)	Penicilina G benzatina <i>Adulto:</i> 2,4 milhões UI IM/ 1 semana por 3 semanas <i>Criança:</i> 50.000UI/kg IM/ 1semana por 3 semanas	Penicilina G cristalina 2-4 milhões UI IV 4/4h por 10 dias seguidos de Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM, semanalmente, por 3 semanas ou	As gestantes que não forem alérgicas à penicilina devem ser tratadas, segundo o estágio, com mesmos esquemas de não-gestantes	Criança deve ser examinada ao nascer, após 1 mês e a cada 3 meses, nos primeiros 15 meses, e após a cada 6 meses até negatificação ou estabilização em baixos títulos das reações lipoídicas. Se o teste para sífilis for positivo aos 3 meses, a criança deve ser tratada.

Alérgicos a penicilina: Tetraciclina HCl 500mg VO 6/6h por 15 dias Eritromicina 500mg VO 6/6h por 15 dias	Alérgicos a penicilina: Tetraciclina HCl 500mg VO 6/6h por 30 dias Eritromicina 500mg VO 6/6h por 30 dias	Penicilina G procaína 2,4 milhões UI IM, diárias, por 10 dias associada a probenecid 500mg VO por 10 dias seguidos de penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM, semanalmente, por 3 semanas ou	Crianças de pacientes tratadas com o esquema não-penicilínico devem ser tratadas precocemente com penicilina	Filhos assintomáticos cujo controle não possa ser realizado, tratar com 50 mil UI/kg de penicilina G benzatina dose única
		Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM, semanalmente, por 3 semanas		Sífilis tardia Penicilina G cristalina 50mil UI/kg/dia IV 8/8 ou 12/12h por 10 a 14 dias, ou Penicilina G procaína 50mil UI/kg/dia IM

d) Doença de Lyme

Na fase aguda – primeira escolha Doxiciclina (Vibramicina®) 100mg 2x/dia VO por 30 dias	Envolvimento disseminado ou crônico ou do segmento posterior Ceftriaxone 2g/dia IV por 30 dias
---	--

O tratamento por 4 semanas objetiva evitar possíveis recidivas

e) Tuberculose

O tratamento da tuberculose ocular segue os mesmos princípios da pulmonar, e deverá ser acompanhado normalmente por pneumologistas que detêm a intimidade tanto com a doença quanto com o manuseio das drogas. O oftalmologista indica, avalia e acompanha o tratamento da tuberculose ocular.

Indicações de tratamento:

- Paciente que tenha o *M. tuberculosis* isolado de material de anexos ou bulbo ocular;
- Paciente que apresente tuberculose sistêmica em atividade e inflamação ocular concomitante;
- Paciente que tenha inflamação ocular sem tuberculose extra-ocular em atividade e apresente PPD com valores iguais a 21mm de enduração (desvio-padrão de 4mm);
- Paciente com lesão ativa solitária, apresentando PPD com valores iguais a 21mm de enduração (desvio-padrão de 4mm), e sorologia positiva para toxoplasmose (qualquer título), o tratamento misto está plenamente justificado;
- Paciente em que a inflamação ocular piore após a realização de um teste de PPD (reação sindrômica ocular);
- Paciente que apresente um quadro de inflamação ocular, com viragem tuberculínica recente, e se não se encontrar outra etiologia provável para justificar o processo.

Sempre que se decidir pelo tratamento específico quimioterápico, fazê-lo de modo completo usando o esquema 1 e obedecendo o tempo normal de tratamento. Entretanto, se após 2 meses de tratamento não houver uma resposta terapêutica esperada, deve-se reconsiderar o diagnóstico de tuberculose, e uma nova avaliação do caso será necessária.

Esquema 1 – tratamento de todas as formas de tuberculose, exceto a meningite

Fases	Drogas	Até 20kg (mg/kg/dia)	Mais de 20kg a 35kg (mg/dia)	Mais de 35kg a 45kg (mg/dia)	Mais de 45kg (mg/dia)
1ª fase (2 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
2ª fase (4 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	450

R: rifampicina (Rifaldin®); H: isoniazida; Z: pirazinamida

No tratamento da tuberculose ocular, a isoniazida poderá ser mantida por mais 6 meses, a critério médico.

Corticoterapia sistêmica 20 a 60 mg/dia de prednisona, por semanas ou meses, com redução gradual até a suspensão total, é indicada para preservar a visão, no caso de inflamação ocular grave, inclusive a hipersensibilidade à tubérculo-proteína e a vasculite retiniana. Sempre associada à medicação antituberculosa específica. Isso possibilitará que o receio de imunossupressão ou recidiva da doença induzida pelo corticóide seja quase que ausente.

f) Endoftalmite bacteriana

aguda até 72 horas

tardia > 72 horas

crônica > 30 dias

trauma, cirurgia, endógena

punção da câmara anterior e vítrea - cultura e antibiograma

ecografia

medida da acuidade visual

vitrectomia total com remoção da hialóide posterior

antibiótico intra-vítreo e via oral

TRATAMENTO

Pré-operatório

Hidrocortizona 4-5mg/kg EV, 10 a 20 minutos antes do antibiótico.

Per operatório

1 - Coleta de vítreo

2 - Antibiótico intravítreo para manter nível por um mínimo de 10 dias.

Vancomicina – válido por 14 dias em geladeira.

500ml + 10ml de diluente

→ 1ml + 4,0ml de diluente

→ aplicar 0,1ml a cada 3 dias.

Ceftazidina

1000mg + 10ml de diluente

→ 1ml + 4,0ml

→ aplicar 0,1ml a cada 3 dias.

Amicacina

1. casos precoces de evolução rápida

2. se o Germe for Pseudomonas, Klebsiella, Enterobacter ou Serratia no material de cultura.

100mg + 10ml de diluente

→ 1ml + 1,5ml de diluente

→ aplicar 0,1ml a cada 3 dias.

3 - Prednisona 1mg/kg/dia por 7 dias.

4 - Ciprofloxacim 500mg VO 08/08 hs, por 14 dias.

5 - Usar colírio de quinolona.

6 - Ajustar a terapêutica a partir da cultura.

VIRAIS**g) Vírus Herpes Simplex (HSV) e Vírus Varicela Zoster (VZV)****Uveíte anterior****Tratamento tópico**

Colírios corticosteróides

Menor concentração e menor frequência necessárias para controle da inflamação, devido ao risco de estimular a replicação viral. Retirar lentamente para evitar recorrência.

Está contra-indicado na presença de lesão epitelial ativa, ficando o seu uso na dependência da regeneração do epitélio corneano.

Pomada antiviral aciclovir 3% (Zovirax®)

Profilaxia no caso de uso prolongado ou em alta dose de corticóides tópicos, e quando houver indícios de episódios anteriores de ceratite. Quando usada 5x/dia por 14 a 21 dias também melhora a regeneração do epitélio corneano.

O uso de corticóide tópico na ceratite epitelial aguda presente no Herpes Zoster Oftálmico (HZO) parece não trazer risco de superinfecção. Deve ser tratada com **debridamento** delicado da lesão e uso de pomada de antibiótico (ou somente o uso desta última). Usar pomada de aciclovir no caso de dúvida diagnóstica entre cerato-uveíte por HSV ou VZV, ou quando a iridociclite disciforme ou ceratite estromal determinarem a necessidade de uso freqüente do corticosteróide.

Os pseudodendritos de aparecimento tardio no HZO melhoram espontaneamente.

Cicloplégicos para evitar dor e sinéquias nas uveítes herpéticas.

Usar **compressas de água morna e soluções anti-sépticas** (permanganato de potássio) na dermatite do HZO.

Tratamento sistêmico

Nas uveítes graves pelo HSV-Aciclovir (Zovirax®) **400mg 5x/dia via oral (VO) ou valaciclovir (Valtrex®) 1g 8/8h VO** pode ser tentado, embora não esteja comprovada sua eficácia.

Paciente imunocompetente HZO-Aciclovir (Zovirax®) **800mg 5x/dia VO ou valaciclovir (Valtrex®) 1g 8/8h VO por 10 dias** (preferencialmente 72 horas antes do aparecimento das lesões cutâneas) - reduzem o tempo e a intensidade da erupção do HZO e conseqüentemente o sofrimento do paciente.

Paciente imunodeprimido HZO-Aciclovir (Zovirax®) **venoso (10mg/kg de 8/8h por 10 a 14 dias), seguido de aciclovir (Zovirax®) 800mg 5x/dia ou valaciclovir (Valtrex®) 1 g 8/8 h VO por 2-3 semanas.**

Cimetidina (Cimetil®) 400mg de 12/12h VO por 2 semanas para melhorar a dor, o prurido e o eritema da fase aguda (Preferencialmente 72 antes do início da doença).

Doses mais altas de 1200mg/dia podem ser necessárias.

Corticóide sistêmico não é aprovado pelo FDA para tratamento do HZO.

h) Necrose Retiniana Aguda (ARN)

Sendo a maioria dos casos de ARN causados por VZV e HSV, a medicação de eleição no paciente imunocompetente é o aciclovir endovenoso. Quando o agente etiológico for o citomegalovírus (HCMV), ou quando houver resistência ao aciclovir, deve-se fazer uso do ganciclovir ou foscarnet. Essas são as drogas mais usadas no tratamento das retinites pelo HCMV.

Tratar segmento anterior com **medicação tópica** quando necessária-corticóide, midríático e antiglaucomatoso

Aciclovir (Zovirax®) (apresentação em frascos de 250mg) 10mg/kg a cada 8h/IV por 14 dias (paciente internado), depois usar medicação oral na dosagem abaixo.

Nota: diluir o aciclovir em 100ml de soro fisiológico a 0,9% se a dose for até 500mg; ou em 200ml, se a dose ultrapassar 500mg. Administrar por infusão lenta (pelo menos 1 hora).

Aciclovir (Zovirax®) (apresentação em comprimidos de 200mg e 400mg) 800mg 5x/dia (4/4h no período diurno) reduzindo a dosagem para 400mg, 200mg e 100mg 5x/dia. Duração do tratamento oral: 6 a 14 semanas para evitar acometimento no olho contralateral, ou **Valaciclovir (Valtrex®)** (comprimidos de 500mg), 1g de 8/8h durante 6 a 14 dias.

Ácido acetilsalicílico (ASS®) (agente antitrombótico) 500mg ao dia na fase aguda para prevenir complicações vasculares oclusivas.

Corticosteróide (prednisona – Meticorten®) 40-60mg/dia por 1 semana. Iniciar 24 horas após o antiviral e diminuir progressivamente a dose por aproximadamente 6 semanas.

Fotocoagulação a LASER o quanto antes - 3 ou 4 fileiras com *spot* de 500 micras no bordo posterior livre de necrose da retina, para que funcione como uma boa ora serrata. Objetivo: formar uma barreira de maior adesão corio-retiniana posterior à área de necrose, proporcionando maior resistência à tração vítreo-retiniana existente e bloqueando as rupturas, o que pode evitar o descolamento da retina.

Cirurgia vítreo retiniana quando o comprometimento do vítreo não permite a laserterapia, ou quando existe descolamento de retina (vitrectomia + endo-laser, com ou sem facectomia, com ou sem cintagem escleral, com ou sem membranectomias, com ou sem óleo de silicone ou C3F8).

i) Vírus Epstein-Barr (EBV)

O tratamento das manifestações oculares relacionadas ao EBV não está ainda definido devido ao pequeno número de casos descritos.

Aciclovir (Zovirax®) tópico na ceratite epitelial e corticóide tópico na ceratite estromal. Excluir etiologia pelo HSV.
Aciclovir (Zovirax®) 800mg 5x/dia VO nos casos mais graves de ceratite ou quando se desejar melhor nível de inibição do EBV nos tecidos.
Corticóide e aciclovir sistêmicos e tópicos nos casos de comprometimento do segmento posterior (uveíte difusa, coroidite e papilite) e inflamação intra-ocular crônica que ameaça o prognóstico visual.

j) Rubéola

Na doença adquirida a conjuntivite é a alteração mais encontrada (70%), mas é possível ainda o aparecimento de ceratite superficial e irite. A retinite é rara na forma adquirida, enquanto a retinopatia é a complicação mais comum da rubéola congênita.

Não há tratamento antiviral específico. O edema corneano é autolimitado.
Vacina parenteral em crianças e adultos para evitar rubéola. Índice de conversão sorológica: 98%.

PROTOZOÁRIOS

k) Toxoplasmose

Adulto Imunocompetente Clássico	Gestante ¹ Tratar por 3 semanas, podendo ser repetido após 3 semanas. Utilizar doses menores de sulfadiazina e pirimetamina	Imunossuprimido ² Medicamentos devem ser mantidos por toda vida para evitar recidivas	Crianças ³ Tratar recém-nascido com diagnóstico de toxoplasmose congênita por 1 ano, mesmo sem lesão ocular ativa ou cicatrizada
Sulfadiazina 500mg 2 comp. 6/6h 35 dias	1º trimestre Espiramicina 250mg 2 comp. 6/6h – 3 sem + Sulfadiazina	Mesmo esquema Imunocompetente	Sulfadiazina 50-100mg/kg/dia
Pirimetamina (Doraprim®) 25mg 3 comp./dia por 2 dias 2 comp./dia por 2 dias 1 comp./dia por 30 dias	2º trimestre (após 14ª sem) Espiramicina + Sulfadiazina + Pirimetamina + Ac. Folínico	Mesmo esquema Imunocompetente	Pirimetamina (Doraprim®) 1mg/kg/dia
Ácido Folínico (Leucovorim®) 15mg 1/2 comp./dia enquanto usar pirimetamina	3º trimestre Espiramicina + Pirimetamina + Ac. Folínico	Mesmo esquema Imunocompetente	Ac. Folínico (Leucovorim®) Manipulação do Ác. Folínico
Prednisona (Meticorten®) 20mg 2 comp. manhã 7 dias 1 comp. 6 dias 1/2 comp. 6 dias 1/4 comp. 6 dias	Prednisona (Meticorten®) (metocorten) pode ser utilizada	Não usar	

Drogas optativas:

- 1 - Clindamicina(*) (Dalacin C®) 300mg de 6/6h por 30 a 40 dias.
- 2 - Sulfametoxazol + Trimetoprima (Bactrim F®) 160mg Trimetoprima + 800mg sulfametoxazol 1 comp. de 12/12h por 30 a 40 dias.
- 3 - Espiramicina (Rovamicina®) 500mg de 6/6h por 30 a 40 dias.
- 4 - Azitromicina (Zitromax®) 1g no 1º dia 500mg/dia por 3 semanas.

(*) Se suspeita de colite pseudomembranosa suspender a Clindamicina e usar Vancomicina (Vancocina®) (Adultos: 150mg-500mg 4 vezes ao dia; Crianças: 10mg/kg 4 vezes ao dia).

Esquemas de Tratamento:

Existem vários esquemas terapêuticos para o tratamento da toxoplasmose ocular. Abaixo estão descritas as associações mais comumente utilizadas:

- 1 - Pirimetamina + Sulfadiazina + Ác. Folínico + Prednisona
- 2 - Pirimetamina + Sulfadiazina + Clindamicina + Ác. Folínico + Prednisona
- 3 - Pirimetamina + Clindamicina + Ác. Folínico + Prednisona
- 4 - Clindamicina + Prednisona
- 5 - Clindamicina + Sulfadiazina + Prednisona
- 6 - Sulfametoxazol + Trimetoprima + Prednisona
- 7 - Azitromicina + Prednisona

Na maioria dos casos de toxoplasmose sistêmica em adultos imunocompetentes o tratamento não é necessário, pois a infecção é subclínica ou adquire uma forma benigna como a ganglionar. O tratamento deve ser instituído nos casos arrastados da forma ganglionar ou com grande comprometimento do estado geral, envolvimento de órgãos como coração, pulmão e toxoplasmose ocular em atividade. O esquema terapêutico mais utilizado é a associação de sulfadiazina, pirimetamina e ác. folínico por 3 a 4 semanas.

No caso de acometimento ocular ativo as drogas são mantidas por até 120 dias e são utilizados corticosteróides durante o tratamento.

A retirada dos corticosteróides sempre 10 dias antes dos específicos.

Obs.:

- 1 - O tratamento clássico visto no esquema, pode ser repetido tantas vezes quanto for necessário;
- 2 - Tentativas de diminuição das recorrências: Usar Bactrim F®, segunda, quarta, sexta durante 12 meses com acompanhamento do Pediatra ou Clínico sem o uso de corticóides. (segundo **Silveira et al. 2000**).

Tratar todas as lesões de retino coroidite toxoplasmica, independente do estágio de evolução, do tamanho e do local da lesão retiniana.

O Laser de Argônio está indicado durante a gestação, nos casos de intolerância às drogas, membrana sub-retiniana, resistência ao tratamento e cronicidade da lesão. Técnica: circundar a lesão com 3 fileiras coalescentes e preencher toda a área central.

A vitrectomia está indicada nos casos de vitreíte residual intensa, opacidades vítreas persistentes e membrana epi-retiniana.

Tratar segmento anterior, caso necessário, com cicloplégico (mydriacyl 1% ou atropina 1%) e esteróide tópico (predfort ou maxidex). Avaliar intensidade da reação da câmara anterior:

- 1 ou 2+/4+ céls > mydriacyl 1% 8/8h;
- 3 ou 4+/4+ céls > atropina 1% 12/12h.

Dicas:

- começar tratamento somente após resultado de pelo menos hemograma - certificar da inexistência de plaquetopenia e/ou leucopenia (contra-indicar pirimetamina se plaquetas abaixo de 100mil/ml).
- controlar efeito tóxico da pirimetamina (plaquetopenia, leucopenia, anemia megaloblástica) com hemograma de 10/10 dias, suspendendo-a se plaquetas abaixo de 100mil/ml.

¹ Aparentemente o resultado obtido com o tratamento das crianças intra-útero é melhor que o pós-natal para prevenir a doença ocular subsequente. É imprescindível o acompanhamento pelo obstetra.

² Nesses pacientes há maior incidência de reações alérgicas aos medicamentos e a depressão medular deve ser cuidadosamente evitada.

³ Estudos têm demonstrado que a antibioticoterapia precoce e prolongada reduz a gravidade da doença ocular, previne a recorrência e o aparecimento de novas lesões.

l) Leishmaniose

Methylglucamine 800mg/dia ou anfotericina B (Fungizon®) lipossomal 20mg/kg/dia IV por 20-28 dias;

Associação opcional com anfotericina 0,010mg intravítrea.

As doses utilizadas no grupo pediátrico são as mesmas.

HELMINTOS

m) Oncocercose

Ivermectin 150µg/kg VO dose única anual por 10-15 anos (tempo médio de vida do verme adulto).

Extirpação cirúrgica dos nódulos contendo vermes adultos também é importante, porém somente esta medida não é aconselhável porque alguns nódulos podem ser impalpáveis.

As doses utilizadas no grupo pediátrico são as mesmas.

n) Esquistossomose

O tratamento do quadro ocular é realizado somente quando existe edema macular ou no disco óptico. Usamos corticoterapia associada ao esquema específico abaixo:

Oxaminiquina (Mansil®) 15mg/kg VO dose única.

Praziquantel (Cisticid®) 40mg/kg VO dose única.

Na forma aguda, o tratamento específico leva à remissão completa do quadro em 2 a 6 dias, mas os pacientes geralmente continuam eliminando ovos e necessitam de novo tratamento.

o) Cisticercose

Prednisona (Meticorten®) em dose diárias acima de 80mg/dia (único tratamento clínico - bloquear inflamação).

Fotocoagulação a LASER ao redor da vesícula e no centro da mancha leitosa – escólex (indicada em vesículas menores que 2 DD, e com pouca reação inflamatória uveal).

Remoção cirúrgica do cisticercos localizado na câmara anterior (incisão esclero-corneana), no vítreo (vitrectomia) ou sub-retiniano (vitrectomia e esclerocoroidotomia) é recomendada.

p) Toxocaríase e DUSN

Toxocaríase	DUSN
Tiabendazol (Foldan®) 50mg/kg/dia por 7 dias, porém tem baixa penetração no olho, sendo questionado o seu uso	Principal tratamento - Laser confluyente para destruir o nematódeo sub-retiniano (larva) - evita progressão da doença e melhora a função visual.
Principal tratamento - Prednisolona 0,5-1,0mg/kg/dia	Corticóides e anti-helminto (Tiabendazol ou ivermectina) no caso de impedimento de avaliação fundoscópica e aplicação de Laser. Os anti-helmintos são mais eficazes na presença de inflamação (barreira hemato-retiniana alterada).
Cirurgia para tratar descolamento da retina, catarata e glaucoma.	

A maioria dos casos de larva migrans visceral é leve e autolimitado, não necessitando de tratamento. Porém os casos assintomáticos em crianças devem ser tratados para evitar uma possível migração futura de larvas para o olho.

Nota: (Cunha de Souza, E. et al 2002, comunicação pessoal) Albendazol é uma droga que tem capacidade de cruzar a barreira hematocefálica e retiniana, aumentando a sua potencialização nos casos da quebra da barreira hemato-retiniana devido há processos inflamatórios da retina e coróide.

Dose: Albendazol 200mg 1cap. De 12/12h por 30 dias. (**É preciso o acompanhamento por um infectologista.**)

UVEÍTES DE CAUSA NÃO INFECCIOSA

q) Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada

A duração média da uveíte é de 3 a 8 meses em pacientes tratados até 2 semanas após o início da doença, porém se o início da terapia é retardado, às vezes, é necessário usar o corticosteróide por até 45 meses.

Tratamento de escolha: corticosteróide sistêmico

Normalmente **Prednisona (Meticorten®)** 80 a 100mg/dia VO com retirada lenta (mínimo de 3 a 4 meses) é suficiente para controlar a doença, porém as formas mais graves são mais resistentes à terapia, sendo necessário doses de 200mg ou mais de corticóide endovenoso (até pulsoterapia: metilprednisolona 250mg IV de 6/6h por 3 dias). Pode encurtar a duração da doença, prevenir progressão para o estágio crônico, e reduzir a frequência de manifestações extra-oculares. Sua retirada rápida pode levar à exacerbação da doença, sendo que as recidivas podem se tornar resistentes ao mesmo, tornando necessária a introdução de imunossupressores.

Corticóide e midriático/ciclopérgico tópicos para a uveíte anterior.

Imunossupressor quando o corticóide isolado não pode controlar a inflamação intra-ocular, ou o paciente não tolera essa medicação devido aos efeitos colaterais, ou quando o uso de corticóide é contra-indicado. **Ciclosporina A (Sandimmun®)** de até 4-5 mg/kg/dia (dose inicial) com níveis séricos ideais entre 100 e 400 ng/ml (radioimunensaio) é geralmente preferida pela menor frequência de efeitos colaterais e por sua ação preferencial sobre os linfócitos T. Aumento de 30% da creatinina sérica acima do nível basal indica nefrotoxicidade (o clearance de 24 horas é mais útil). Ou **ciclofosfamida (Endoxan®)** 1,0-2,0mg/kg/dia VO. Ou **clorambucil (Leukeran®)** 0,1mg/kg/dia (dose inicial) com ajuste de dose a cada 3 semanas até dose de 6 a 12mg/dia. Ou **azatioprina (Imuran®)** 1,0-2,5mg/kg/dia VO.

r) Oftalmia simpática

Enucleação do olho com trauma (com nenhum potencial visual) é a prevenção clássica para se evitar a indução da oftalmia simpática no olho contralateral. Após a instalação da doença, a enucleação precoce até 2 semanas após o início dos sintomas pode influenciar no prognóstico da doença.

Corticosteróide (prednisona – Meticorten®) 1,0-1,5mg/kg/dia VO com retirada lenta e progressiva num intervalo de médio de 3 a 6 meses tem grande influência no resultado visual, 0,3 ou melhor em 65% dos pacientes. É importante ressaltar que doses baixas não impedem a instalação da doença.

Corticosteróide e ciclopérgico tópicos de acordo com a presença e a intensidade da reação inflamatória do segmento anterior.

Medicação de segunda escolha: **Ciclosporina A (Sandimmun®)** 3-5mg/kg/dia (nos casos de contra-indicação, intolerância ou falha da resposta ao corticóide sistêmico). Pode ser associado o uso da ciclosporina A com a prednisona 15 a 20mg/dia. Os imunossupressores são usados quando há contra-indicação, intolerância ou falha da resposta ao corticóide e à ciclosporina. Os mais utilizados são: clorambucil (Leukeran®), ciclofosfamida (Endoxan®) ou azatioprina (Imuran®).

O prognóstico está diretamente relacionado à intensidade da inflamação, ao diagnóstico precoce e à instituição de terapia precoce e intensiva.

s) Neurites ópticas

Infecciosa (sífilis, tuberculose, borreliose, fungos, herpes e citomegalovírus)	Auto-imune (lúpus eritematoso sistêmico, esclerite, artrite reumatóide, escleroderma, tireoidite, doença de Crohn, miastenia gravis, vitiligo, poliarterite nodosa).	Desmielinizante (Esses pacientes devem ser diferenciados dos portadores de neurite óptica desmielinizante porque evoluem de modo diferente e necessitam diferente abordagem terapêutica).
Antibióticos ou quimioterápicos específicos	corticosteróides orais ou endovenosos em elevadas doses na fase aguda, seguidas de doses gradativamente menores até que dose de manutenção seja estabelecida.	Metilprednisolona endovenosa 250mg 6/6h por 3 dias seguidos.
Agentes antiedema	Freqüentemente há desenvolvimento de dependência à corticoterapia, apresentando piora da visão com a redução ou retirada do esteróide. Drogas citostáticas [azatioprina (Imuran®) e ciclofosfamida (Endoxan®)] podem ser empregadas, permitindo a retirada dos esteróides.	Prednisona (Meticorten®) VO 1mg/kg/dia por 11 dias.

t) Uveítes induzidas por drogas

A patogênese desse tipo de uveíte permanece desconhecida, mas parece ser bastante variada (ação direta do medicamento e/ou indireta por morte de agentes infecciosos).

O tratamento é geralmente feito com a **suspensão da droga e/ou corticosteróides** tópico ou sistêmico.

Sistêmicas

Rifabutim - rifampicina e rifamicina - importante em relação à inflamação intra-ocular;

Bifosfonados - pamidronato, etidronato, clodronato e risedronato - bem estabelecido como agente causal;

Sulfonamidas - importante em relação à inflamação intra-ocular;

Dietilcarbamazina;

Contraceptivos orais.

Tópicas

Metilpranolol - bem estabelecido como agente causal;

Corticosteróides - importante em relação à inflamação intra-ocular;

Inibidores da colinesterase.

Injetadas na câmara anterior

Antibióticos;

Uroquinase;

Cidofovir;

Intradérmica;

BCG;

PPD;

Vacina para a gripe.

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Fernando Oréfica
Rua Espírito Santos, 1634/102 - Bairro Lourdes
Belo Horizonte - MG - CEP: 30160-031
E-mail: forefica@bol.com.br

OBRAS CONSULTADAS

1. Uveíte - (Clínica e Cirurgia) Texto e Atlas Volumes I & II / Fernando Oréfica. - Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 2000
2. Nussenblatt RB, Whitcup SM, Palestine AG. Uveitis: Fundamentals and Clinical Practice. St. Louis: C. V. Mosby Co. USA, 1996.
3. Inflamações Oculares, Uveítes e Aids; - Mariza Toledo de Abreu - Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 2002.
4. Diagnosis and Treatment of Uveitis - C. Stephen Foster, Albert T. Vitale - W.B. Saunders Company - Philadelphia - USA, 2001.

Uso da membrana amniótica para reconstrução da superfície ocular após exérese de melanoma conjuntival

Bruno Campelo Leal*, Pedro Carlos Carricondo**, Suzana Matayoshi***, Ruth M. Santo***, Milton Ruiz Alves****

RESUMO

Objetivo: Relatar o uso da membrana amniótica para a reconstrução da superfície ocular após uma ressecção cirúrgica ampla da conjuntiva para o tratamento de um caso de melanoma da conjuntiva.

Local: Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Método: Relata de um caso.

de melanoma da conjuntiva tratado com exérese da lesão com amplas margens de segurança, empregando-se membrana amniótica na correção da área exposta

Resultado: Após a exérese cirúrgica do melanoma da conjuntiva com ampla margem de segurança, o defeito conjuntival resultante foi corrigido utilizando-se um transplante de membrana amniótica. Obteve-se excelente resultado estérico pós-operatório e mesmo após um período de dois anos não foram identificados sinais de recorrência local.

Conclusão: Demonstrou-se que a utilização da membrana amniótica para a reconstrução da superfície ocular após uma ressecção ampla da conjuntiva para o tratamento do melanoma conjuntival é segura, promovendo a epitelização e inibindo a fibrose local. As vantagens da nova técnica incluem o excelente resultado estérico pós-operatório, a ausência de morbidade do local doador e a possibilidade de monitorização da recorrência local, já que o tecido utilizado possui grande transparência.

*Médico Preceptor da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP).

**Médico Residente da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da FMUSP.

***Doutoras, Médicas Assistentes da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da FMUSP.

****Livre-Docente, Professor Associado da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Trabalho realizado na Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Recebido para publicação em 19/08/02.

ABSTRACT

Amniotic membrane transplantation for ocular surface reconstruction after surgical excision of conjunctival malignant melanoma

Purpose: To describe the use of amniotic membrane in the management of conjunctival malignant melanoma.

Place: Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Methods: Case report.

Results: After a wide surgical excision of conjunctival malignant melanoma the surface defect was reconstructed using amniotic membrane. The postoperative aspect of the ocular surface was excellent and no signs of recurrence have been detected even after two years from surgical excision.

Conclusion: Amniotic membrane transplantation in the management of conjunctival malignant melanoma is a safe method for ocular surface reconstruction promoting reepithelialization and inhibiting fibrosis. Advantages of the technique include excellent postoperative aesthetics, absence of donor morbidity, and possibility of monitoring local recurrence due to the transparency of the tissue.

INTRODUÇÃO

O melanoma é considerado a neoplasia primária mais grave da conjuntiva¹. Grande importância deve ser dada às técnicas para seu tratamento, ainda que pouco tenha sido escrito sobre o assunto^{1,2,3,4}. Tais técnicas devem levar em conta a alta taxa de recorrência local (próxima a 50%) e de metástases (em torno de 25%)^{1,3}. A ressecção da lesão com amplas margens de segurança é essencial para a obtenção de melhores resultados nestes tumores^{1,2,3,4,5}.

O fechamento primário da conjuntiva nesta terapia costuma ser o grande desafio. Uma opção para se superar este problema é a utilização da membrana amniótica, tecido de origem fetal cuja aplicação oftalmológica vem se expandindo nos últimos anos^{1,4}.

DESCRIÇÃO DE CASO

R.A., masculino, 43 anos, procurou o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP relatando o aparecimento de mancha escura em conjuntiva do olho esquerdo há aproximadamente 3 meses, próxima ao limbo. Negava alteração da acuidade visual. Referia ainda outra lesão avermelhada em conjuntiva temporal do mesmo olho, cujo aparecimento relacionava a trauma ocorrido na infância. Como

antecedente familiar, relatava que seu pai havia falecido por câncer de pulmão não relacionado a tabagismo.

Ao exame, apresentava acuidade visual corrigida de 20/30 e 20/25, sem alterações da motilidade ocular, do reflexo fotomotor e da pressão intra-ocular. No exame biomicroscópico do olho direito, realizado em lâmpada de fenda, não foram evidenciadas alterações; no olho esquerdo observou-se lesão hiperpigmentada em região temporal superior próxima ao limbo e outra lesão de aspecto papilomatoso, avermelhado com ingurgitamento vascular na região temporal. A avaliação oftalmoscópica de ambos os olhos não evidenciou alterações de interesse. O exame da lesão pela ultrassonografia biomicroscópica demonstrou a presença de lesões sólidas de aspectos distintos que sugeriam ser primárias e epioculares, sem demonstrar, com evidência, comprometimento intra-ocular, embora a superfície escleral tivesse algum grau de modificação em sua característica e seu limite fosse um pouco impreciso ao exame.

A investigação sistêmica não evidenciou comprometimento de outros aparelhos e/ou sistemas.

Foi proposto na ocasião biópsia excisional com corte de congelção e crioterapia intra-operatórios. Realizada cirurgia com ressecção de ampla margem de segurança, evitando-se a manipulação direta das lesões com retirada de epitélio corneano e episclera da região das lesões. À congelção, ambas apresentaram



Figura 1: Pré-operatório.

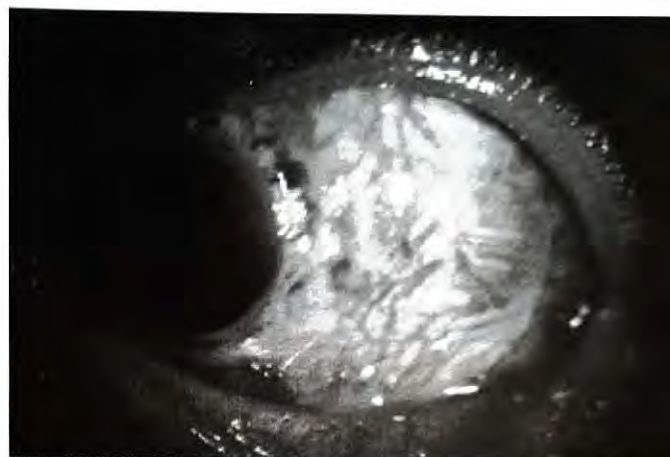


Figura 2: 1º Pós-operatório.

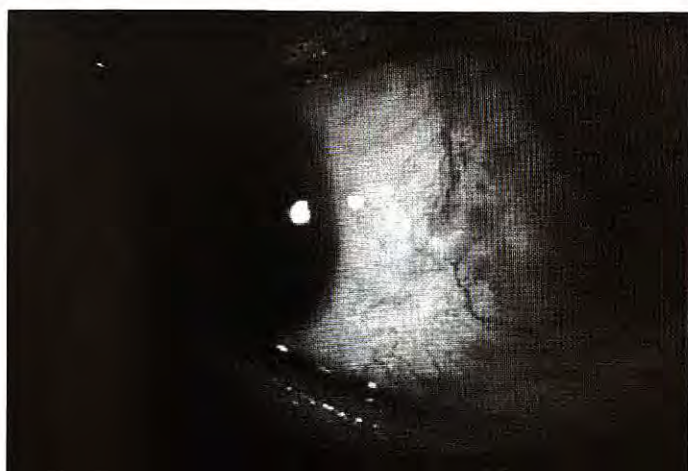


Figura 3: Pós-operatório Tardio (2 anos).



Figura 4: Exame microscópico do fragmento de conjuntiva mostrando lesão com características de melanoma maligno (HMB-45, peroxidase).

mesmo aspecto, com margens livres de lesão. Toda a margem de ressecção foi tratada com crioterapia, utilizando-se 15 s por aplicação. O leito cirúrgico foi recoberto com segmento de membrana amniótica, suturado com nylon 10-0.

O laudo histopatológico mostrou lesão compatível com melanoma maligno, de crescimento "de novo", sem evidências de invasão neural ou vascular, com margens cirúrgicas livres. O estudo imunohistoquímico, pela técnica da imunoperoxidase, foi positivo para proteína S-100 e HMB-45, sendo o perfil compatível com melanoma maligno.

O paciente evolui bem, sem sinais de recorrência do melanoma locais ou sistêmicas. Atualmente encontra-se em seguimento ambulatorial de dois anos, sem intercorrências.

DISCUSSÃO

O melanoma conjuntival é um tumor com taxa de mortalidade próxima de 25% em 10 anos,

parecendo haver uma relação entre o tamanho e a espessura da lesão e o seu prognóstico^{2,3}. Porém, o comportamento individual de cada lesão permanece uma incógnita, uma vez que pequenas lesões ocasionalmente apresentam disseminação e recorrência enquanto outras extensas e espessas são tratadas com sucesso³.

O tumor pode ser inicialmente originado de um nevus, de melanose adquirida primária ou "de novo", com probabilidades semelhantes para cada caso, sendo que em cerca de 15% dos casos não se consegue definir sua origem^{2,5}. Há uma aparente relação entre as taxas de recorrência e a origem do melanoma, sendo mais freqüente em casos de melanose primária adquirida^{2,3}.

A ressecção ampla do tumor, com margens de segurança amplas, através de técnicas que evitem a manipulação direta do melanoma e a aplicação de crioterapia nas bordas cirúrgicas parecem ser medidas importantes visando diminuir a taxa de recorrência desta neoplasia^{1,2,3,4,5}.

As novas técnicas de reconstrução de membranas mucosas e em especial a utilização de membrana amniótica para tal fim têm permitido que lesões neoplásicas sejam retiradas com margens de segurança mais amplas, sem preocupação com o tamanho do defeito causado que necessitará de tecido para seu fechamento^{1,4}.

O uso da membrana amniótica, popularizada por Tseng e cols., empregada para a reconstrução da superfície ocular, constitui excelente opção ao transplante de conjuntiva contralateral ou ao enxerto de mucosa bucal^{4,6}. Demonstrou-se que a utilização do tecido fetal, seguindo-se os protocolos propostos, é segura, promovendo a epitelização e inibindo a fibrose local. As vantagens da nova técnica incluem o excelente resultado estético pós-operatório, a ausência de morbidade do local doador, evitando-se o trauma da manipulação de uma área sadia e a possibilidade de monitorização da recorrência local, já que o tecido utilizado possui grande transparência^{1,4}.

Endereço para correspondência:

Dr. Bruno Campelo Leal
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 171/301
São Paulo - SP - CEP: 05403-010
b_campelo@hotmail.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shields CL, Shields JA, Armstrong T. Management of Conjunctival and Corneal Melanoma with Surgical Excision, Amniotic Membrane Allograft, and Topical Chemotherapy. *Am J Ophthalmol*. 2001 Oct; 132(4): 576-8.
2. Shields JA, Shields CL, De Potter P. Surgical management of circumscribed conjunctival melanomas. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 1998 May; 14(3): 208-15.
3. Lommatzsch PK, Lommatzsch RE, Kirsch I, Fuhrmann P. Therapeutic outcome of patients suffering from malignant melanomas of the conjunctiva. *Br J Ophthalmol* 1990 Oct; 74(10): 615-9.
4. Paridaens D, Beekhuis H, van Den Bosch W, Remeyer L, Melles G. Amniotic membrane transplantation in the management of conjunctival malignant melanoma and primary acquired melanosis with atypia. *Br J Ophthalmol*. 2001 Jun; 85(6): 658-61.
5. Santo RM. Tumores conjuntivais. In Alves, RM. *Conjuntiva Cirúrgica*. São Paulo, Roca, 1999, 141.
6. Tseng SCG, Prabhasawat P, Lee SH. Amniotic membrane transplantation for conjunctival surface reconstruction. *Am J Ophthalmol* 1997; 124: 765-74.
7. Seregard S. Conjunctival melanoma. *Surv. Ophthalmol* 1998; 42: 321-50.

ERRATA

RBO - Vol. 62 nº 3 - Março 2003

Pág. 220 - Resultados: 3ª linha: onde se lê 19mm; leia-se 19µm

Pág. 221 - Results: 2ª linha: - onde se lê 19mm; leia-se 19µm

Pág. 222 - 1º parágrafo - penúltima linha: - onde se lê 5mm; leia-se 5µm

2º parágrafo - 4ª linha: - onde se lê 300 x 400mm; leia-se 300 x 400µm

7º parágrafo - 4ª linha: - onde se lê 19mm; leia-se 19µm

8ª linha: - onde se lê 13mm; leia-se 13µm

Pág. 223 - Caso 2: última linha: - onde se lê 15mm; leia-se 15µm

Pág. 226 - 2ª coluna - 3ª linha: onde se lê 19 mm; leia-se 19µm

8ª linha: onde se lê 25mm; leia-se 25µm

19ª linha: onde se lê 23mm; leia-se 23µm

Obs.: Os erros ocorridos deveu-se a problemas técnicos da Informática.