

"O conhecimento é o contínuo presente do homem que pensa".

Chegando ao término da nossa missão na direção da Revista Brasileira de Oftalmologia com palavras de agradecimentos aos colegas que sempre colaboraram de um modo efetivo e afetivo, acreditamos ser inútil expressar a alegria pelo trabalho executado e, agora, deixando-o, nas mãos de mais jovens com mais criatividade e entusiasmo numa rotatividade sempre benéfica e salutar nos regimes de liberdade, de democracia!

Acreditamos em evidências e não aceitamos aparências; acreditamos nas palavras quando estabelecem sobretudo um diálogo construtivo e, no curso de nossas atividades sempre procuramos manter esta tônica. Julgamos que dialogar não seja apenas uma interação recíproca imediata, mas, também, a expressão daquilo que se vive, que nos leva a nos definir sobre aquilo que ocasiona. Dentro deste espírito, julgamos que deva existir a Revista Brasileira de Oftalmologia e, sobretudo a Sociedade Brasileira de Oftalmologia do passado, do presente, do futuro. S.B.O. do passado, do presente, do futuro! S.B.O. do tempo, no tempo, para o tempo, porque já é do tempo de todos nós e pertencerá ao tempo de nossos descendentes, como o foi de nossos ascendentes; sempre voltada, na sua energia a vitoriosa existência para o oftalmologista, sem qualquer discriminação, pois foi e é obra de todos oftalmologistas brasileiros que pensaram e pensam, por acreditar nas possibilidades criativas do homem em sua existência, infinitas em sua essência, que faz a própria espécie humana no desenvolvimento da história, da ciência e das artes.

Nossas palavras finais aos colegas mais jovens que constituem a infra-estrutura, sobre a qual a oftalmologia complementa o seu trabalho. Complemento-palavra ambígua-não é algo secundário; é parte integrante, pois a verdade é a interdependência em unidade. Oftalmologistas mais jovens e mais antigo se interdependem, são uma unidade, cada um com seu conhecimento, em maior ou menor escala, mas todos com seus compromissos com o ser humano, com o próximo e, sobretudo com o mais carente na luta por um mundo melhor! Estaremos sempre procurando, perseguindo objetivos que são, em última análise, comuns.

Sabemos que os caminhos podem ser diversos, mas sempre dentro dos princípios éticos . . . e sabendo que a chegada acaba sendo a mesma.

Sentimos agora o que disse certa vez um poeta

"Se eu não me queimo

Se tu não te queimas

Se nós não nos queimamos

Como as trevas se tornão realidade?"

Claudio Humberto Savastano Ramalho

Entrevista com um Mestre

Fazer a apresentação do nosso entrevistado, é desnecessário: Alfredo Arruga é um mestre internacional, filho do inesquecível e grande amigo nosso, Hermenegildo Arruga, que deu tanto impulso à Oftalmologia no Brasil nos anos 30; professor adjunto da cátedra de Oftalmologia do Prof. M. Soria e da Escuela Profesional de Oftalmologia, do Prof. J. Casanova; com mais de 150 trabalhos publicados principalmente sobre estrabismo, duas vezes galardoado com os prêmios Indo e mais uma vez com o prêmio Linksz da International Strabismological Society, é o mínimo que se pode destacar do seu interminável **curriculum**.

1 - Como se recorda da figura inesquecível de seu pai - Conde Hermenegildo Arruga, mestre dos mestres - que foi tão admirado pelos oftalmologistas brasileiros?

R - La estima fué mútua. La hospitalidad de los oftalmólogos brasileños durante nuestra guerra fué algo extraordinario. Pero hubo más: Reiteradas veces recibió la promesa de que si las cosas acababan mal en España siempre habría un lugar para él en el Brasil, donde no le faltaría nada. Fué un gesto que jamás olvidó.

Lo recuerdo como un trabajador incansable, estudioso, disciplinado, con sentido de la responsabilidad: Con un gran amor por su profesión, por sus enfermos, por sus colegas. Prueba del amor por sus enfermos fué que, habiendo conseguido, con enorme suerte, huir de España, con su familia, recién iniciada la Guerra Civil, quiso regresar (algo que todos los que habían conseguido escapar consideraron poco menos que un suicidio) para ver a sus recién operados, hasta darles el alta. Las cosas habían empeorado mucho en Barcelona en pocos días. El mero hecho de ser sospechoso de ser creyente y, por supuesto, el de intentar salir, podía significar el fusilamiento. Cuando, de nuevo, llegó a la frontera, ésta ya no era vigilada por la policía, que había sido sustituida por los milicianos anarquistas. Gracias a Dios entre ellos se



Prof. Alfredo Arruga

hallaba uno, probablemente el más matón del grupo, a quien mi padre había curado. El aludido miliciano, en un momento de gratitud, amenazó a quien se opusiera a la salida de mi padre, que así pudo pasar de nuevo a Francia.

Su compañerismo fué correspondido con creces por colegas de todos los países. Ya me he referido al trato excepcional que recibió en el Brasil. "There is no ophthalmologist of his generation who has received more admiration and love from his colleagues", escribía de él Duke-Elder en su "System".

Era, creo, tremendamente tímido y sentimental. Pero detestaba parecerlo. Había conseguido hacerse una "coraza" de duro e pragmático. Al conocer la muerte de un colega, al que había conocido, pero no tuvo muchas ocasiones de tratar, tuvo una reacción "práctica", intentando disimular su sentimiento, aunque no consiguió disimular unas lágrimas: Tomó su libreta de direcciones y tachó la del fenecido. Los

que los vimos tuvimos que contenernos ante la actitud que nos evocó la historietta del póker en la trinchera: Al caer un jugador, los otros se preguntaron qué hacer. A lo que el más pragmático respondió: – “Jugar sin los ‘sietes’...” –.

El famoso escritor José Plá escribió: – “Visito al Dr. Arruga con un amigo y su hija, casi ciega. Le he llevado a veces enfermos, siempre muy pobres, – gratuitos – y siempre me sorprendió su acogida cordialísima, su generosidad y su humanidad. He oído decir que es malhumorado, displaciente; que a veces se manifiesta con exabruptos directísimos. Quizás será con los ricos... Mientras habla miro sus manos: Dedos largos, finos, delgados, que parecen tentáculos de un insecto prodigioso. La niña no tiene cura (me lo dice aparte, angustiado, triste). Siempre me pareció contrario a la vanidad, al exhibicionismo y a la propaganda. Hablaba poco, pero cuando lo hacía no adoptaba ni un tono ni un aire “profesoral”, un aire de tarima de catedrático” –.

2 – Como explica a Espanha ser um dos maiores e mais respeitados centros oftalmológicos internacionais?

R – En España se dan la habilidad manual y el ingenio, más que la disciplina de equipo. Los escasos medios para la investigación han hecho que los que tenían esta vocación emigraran, aunque se han dado casos de auténticos héroes, que sin ninguna ayuda han hecho contribuciones importantes.

Es notorio que en países industrializados los españoles son muy apreciados para tareas de alta precisión y por si inventiva para perfeccionar ingenios. La cirugía no podía ser excepción. Y la cirugía tiene más “eco” que las disciplinas básicas.

No es probable que el que describió por primera vez la extracción intracapsular de la catarata con pinza, en el “Précis ou Cours d’Opération des Yeux” – editado en Montpellier en 1789 (‘el año de la Revolución Francesa’) – pensara que su método pasaría ignorado un siglo y medio, ni que

sería la pinza diseñada por un español el instrumento más empleado durante varias décadas.

Tampoco es probable que cuando Stoewer, en el congreso celebrado en Heidelberg en Agosto de 1902, presentó su invento “Un Instrumento para la Extracción del Cristalino en la Cápsula”, sospechara que su método, la extracción por succión, no tendría difusión hasta 18 años más tarde. Cuando otro español, Ignacio Barraquer, hizo construir su “erisífac”, aparato muy perfeccionado con posibilidad de controlar la intensidad de la succión por un motor eléctrico. Otro español, Pérez-Llorca, diseñó una ventosa magistralmente simplificada, que, en parte gracias a la introducción de la alfaquimotripsina en cirugía ocular por Joaquín Barraquer, constituyó para muchos el instrumento ideal, por su sencillez, eficacia y economía.

La idea, sin lugar a duda muy ingeniosa, de López-Lacarrère, el “electrodiafaco”, no tuvo en la práctica la eficacia que del método cabía esperar, y que por su inteligente fundamento teórico merecía.

Para no extenderme me he ceñido a la extracción de cataratas. Pero la lista de instrumentos, aparatos, medios de exploración y técnicas, ideados o perfeccionados por españoles sería interminable. Aditamentos para la lámpara de hendidura, oftalmoscopia, fotografía endocular, cirugía lagrimal, retiniana, de los anexos... (López-Enríquez, López-Lacarrère, H. Arruga, Costi, Díaz-Caneja, Burch, Casanovas, Soria, los Leoz y tantos otros).

Quizás este prestigio a que Vd. alude se deba a que los españoles han sido viajeros. Muchos son los que pasaron parte de sus años formativos en clínicas extranjeras y que posteriormente frecuentan congresos y cursos en otros países. Es posible que tuvieran influencia las guerras. Oftalmólogos residentes en lugares próximos a la frontera o a puertos de mar pudieron escapar del terro anarquista: Los “seniors” se dieron a conocer en el mundo gracias a la hospitalidad y facilidades para

ejercer en los países que los acogieron. Los más jóvenes aprovecharon el exilio temporal para formarse en clínicas donde se les dieron posibilidades para aprender. Terminada la Guerra Española empieza la segunda Mundial: España acogió muchos extranjeros que devinieron pacientes de oftalmólogos españoles, a los que siguieron visitando terminada la guerra.

En tiempos más recientes la enseñanza en España ha vivido un impulso importante, gracias a las Escuelas Profesionales de Oftalmología". De ellas el pionero fué José Casanovas, fundador de la primera, en Barcelona; a ésta han seguido posteriormente varias que han sido creadas en diferentes ciudades universitarias españolas.

3. Quais os mais importantes nomes da oftalmologia espanhola e internacional em todas as épocas?

R – Son tantos. Cito algunos de memoria, consciente de no pocas omisiones. Fuchs, von Graefe, Graefe, Gullstrand, Javal, Elschnig, Lagrange, Gonin, Bielchowsky, Parson, Löwenstein, Bailliart, Busacca, Amsler, Mawas, Bietti, Weve, Duke-Elder, Walsh, Linksz . . . De los que, por fortuna, aún están entre nosotros: Leoz, Goldmann, Hilton Rocha, Ashton, Meyer-Schwickerath, Cüppers, Sanders, Larmande, Bec, Hoyt; como cirujanos Tessier, Klöti, Charleux. No-oftalmólogos, a los que nuestra especialidad debe aportaciones importantes: Helmholtz, Ramón y Cajal, Sherrington, y, entre los contemporáneos Granit, Kinsbourne, Wiessel, Hubel, Zimmermann . . .

En España destaca, sobre todos, la figura inconmesurable de Don Galo Leoz. A él, y un grupo de colaboradores en la escuela de Cajal, debemos la "mayoría de edad" de la oftalmología española. Graduado Leoz en 1902, ejerció hasta 1983. Hace unos meses cumplió ciento diez años. Pero lo extraordinario de Leoz no es su "record", de la carrera médica más larga. Son sus importantes contribuciones originales sobre los procesos regenerativos en

el nervio óptico y la retina, sus estudios sobre la llamada neuritis retrobulbar, su contribución decisiva al conocimiento del esquema del quiasma, sus trabajos pioneros sobre la viabilidad de los injertos de córnea y tantos otros cuya enumeración haría esta lista interminable. En el campo de la investigación se distinguieron también Muñoz-Urra, Balbuena, López-Enriquez, Gallego . . . Su trabajo fué especialmente meritorio pues no contaron con la más mínima ayuda oficial. Como cirujanos, H. Arruga, I. Barraquer y R. Castroviejo.

4 – Conhece trabalhos de oftalmologia brasileira; em caso positivo citaria alguns?

R – Quién, en el mundo oftalmológico, no conoce esa figura extraordinaria que es Hilton Rocha? La admiración que con su gran prestigio y autoridad científicos se ha ganado sólo tiene comparación con el respeto y afecto que como hombre de bien, modelo de ética profesional y caballero a carta cabal todos le profesamos. ¿Qué biblioteca oftálmica puede preciarse de completa sin la "biomicroscopía e Histopatología" de Archimede Busacca, una excelente obra de consulta y joya iconográfica, a pesar del tiempo transcurrido? En São Paulo hizo también escuela Ciro Rezende. Belo Horizonte sigue siendo un centro de prestigio oftálmico: Los nombres de Calixto da Silvera y Celso de Carvalho y su Clínica de Glaucoma son bien conocidos. Cvinhal goza de un merecido prestigio como cirujano de segmento anterior y son conocidos los trabajos sobre retina de L. N. de Rezende.

Entre los trabajos pioneros vienen a la memoria los de Abreu Fialho, que fué uno de los primeros en estudiar la toxoplasmosis. A Nelson Moura-Brazil hay que reconocerle su intuición profética: El vió en la fotocoagulación unas posibilidades en retinopatía diabética cuando los inicios de este método. Recuerdo que Duke-Estrada se distinguió en varias participaciones en congresos en Europa.

Temo que memoria me traicione y que, si algún día releo esto, lamentaré algunas omisiones involuntarias. Como afir-

cionado a la estrabología no puedo menos que encomiar el enorme impulso que esta rama ha vivido en el Brasil en estos últimos años, por las valiosísimas aportaciones de los Almeida, Bicas, Caldeira, Cunha, Sousa-Dias, Bottos y tantos otros. Sin ningún propósito de adulación, debo decir que he aprendido mucho de lectura de sus trabajos, de sus conferencias en congresos, en conversaciones... (1).

5 – Na sua opinião: medicina estatal ou medicina liberal?

Creo que deben complementarse. Solas, ni una ni la otra. Ello entraría o un mal servicio o un riesgo de abuso. Creo que el estado debería velar para todo aquél que no tenga medios para no necesitarlo estuviese asegurado. En una institución o en una libre. La competencia entre ambas redundaría en favor de la calidad. Lo que me parece absurdo es que personas aseguradas en una entidad privada, que les merece confianzam tengan además la obligación de cotizar a la seguridad estatal, de la que probablemente no se beneficiarán jamás, porque no tienen la intención de servirse de ella. Si como, al parecer, ocurre en algunos casos, el estado tiene en el seguro obligatorio un medio de recaudar sumas ingentes y, a cambio, ofrece un servicio deficiente, con lo cual la gente puede evitarlo no acude, resulta que a cambio de mucho no devuelve nada, o casi nada. Esto es el negocio más limpio, o, mejor dicho, más sucio, que cualquier "money maker" quisiera para sí.

Naturalmente es posible que una medicina estatal funcione bien y si en algún caso se da ello, merece un aplauso. Pero sigo creyendo que, aunque como todo, ambas pueden ser buenas o malas. La coexistencia medicina libre-obligatoriedad, por debajo de ciertas rentas, de un seguro, de preferencia de libre elección, es la fór-

mula que más beneficiaría el estímulo para un servicio de calidad.

Tenemos el ejemplo del seguro del automóvil. El estado obliga a que todo vehículo este asegurado contra los daños que pueda causar. Pero la compañía la elige el usuario, es privada: Ello es bueno porque la competencia hace que haya un interés en ofrecer unas condiciones lo mejor posibles.

6 – Sua opinião sobre a cirurgia refrativa e sobre o implante intraocular pós facectomia.

R – Las primeras intervenciones humanas de innovaciones quirúrgicas entran siempre un algo de experimento. Una actitud contraria, intransigente, frenaría el progreso. Pero toda innovación debe hacer sus pruebas, ser practicada por unos pocos, ser controlada meticulosamente con rigor científico, prolongar suficientemente la observación de los casos, antes de recomendar su difusión. Me temo que estos requisitos no han sido siempre respetados. Muchos se han lanzado a imitar las técnicas antes de esperar una experiencia a largo plazo por los innovadores. A veces presionados por la demanda. Esta, muchas veces es debida a la publicidad en la prensa no médica, que debiera estar proscrita en todos los países. El "Código de Deontología Oftálmica", dice bien claro en su capítulo 3: "Cualquier publicidad, directa o indirecta, está prohibida... El oftalmólogo no debe aceptar entrevistas con periodistas ni participar en emisiones de radiodifusión o de televisión".

Su pregunta implica varias respuestas, puesto que hay varios tipos de cirugía refractiva y varios de lenticulos intraoculares.

Desterrado el "Fukala", el principio de la keratomileusis me parece cautivante, aunque, en cuanto a sus resultados prácticos, carezco de experiencia y no puedo

(1) Nota: Creo que los trabajos brasileños serían más conocidos si se publicaran resúmenes en las llamadas "Revistas de revistas". Me sorprende que en los últimos años, la publicación inglesa "Ophthalmic Literature", que recoge prácticamente todo lo publicado en revistas oftálmicas, no tiene ningún editor asociado brasileño ni portugués: Los trabajos en este idioma quedan así en gran parte ignorados.

opinar. Es una técnica delicada, pero parece que, en manos expertas, cabe esperar de ella un porvenir interesante.

No me seduce la keratomía radial. Dada la profusión con que se practica, mi opinión puede estar algo desviada de la realidad, pues es natural que yo vea a los descontentos (los satisfechos no tienen porqué consultar para una segunda opinión). En mi experiencia, aparte de las complicaciones (a veces gravísimas, aunque poco frecuentes), entre los resultados "buenos" abundan las quejas de deslumbramiento y molestias astenópicas. Quizás peor es, aún, que en algunos casos los resultados refractivos son relativamente efímeros.

En cuanto a los implantes intraoculares, es evidente que desde su introducción en 1951, técnicas, lentes y resultados han evolucionado favorablemente. Las constantes modificaciones sugieren que aún queda bastante por recorrer para aproximarse a la perfección. Debemos reconocer que el progreso se ha debido a una cierta audacia. Se habían insertado cientos de miles de lentillas cuando un inglés demostró, que, con el lentículo solo, los receptores retinianos se hallaban poco protegidos, e incluso la luz natural podía inducir maculopatías. Se insertaron lentículos a una edad en la que al ojo le faltaba aún mucho tiempo para crecer hasta su tamaño adulto.

Naturalmente esto no excluye indicaciones formales: intolerancia o imposibilidad práctica de uso de lentes de contacto, cataratas unilaterales (sobre todo si poderosas razones profesionales); cataratas em fuertes hipermetropías, sobre todo en edades avanzadas, poca habilidad manual y si fracasó una prueba previa de lentes de contacto. Pero, excluyendo las complicaciones, entre los casos "satisfactorios" aún se oyen a veces quejas de molestias como deslumbramiento ("ya no me atrevo a conducir de noche"), astenopía, variaciones de refracción de un momento a otro.

Una lentilla en la cápsula (las de cámara anterior pertenecen a la historia, sal-

vo casos muy especiales, generalmente traumáticos, donde no existe otra alternativa) debe ser lo suficientemente liviana para evitar dislocaciones, hipertensiones; su soporte suficientemente seguro para evitar desplazamientos, para lograr una suficiente tensión en la cápsula que evite sus pliegues; suficiente ocupación de la periferia para evitar la formación de proliferaciones a ese nivel. En suma, sus características deben ser tales que eviten la formación de perlas de Elschnig, anillos de Soemmering y formación de opacidades en la cápsula. Está claro que la capsulotomía laser, con o sin lentilla, no es siempre inocua. A pesar de los muchos ciudadanos que circulan con implantes, haría falta una estadística de casos con un "follow-up" muy largo para dar a la intervención carta de naturaleza. Sobre todo probar que en todo caso, y cualquiera que sea el tiempo transcurrido, los resultados sean suficientemente superiores a la cirugía clásica y los riesgos, en todos los aspectos, inferiores.

Si en el momento actual yo tuviera cataratas, buscaría un cirujano experimentado, al que no se le hubiera olvidado cómo practicar una intracapsular "lege artis". . . Esto pienso hoy, sin poder asegurar que, dentro de uno, dos o más años, cambie de opinión. Si así fuere, dedicaría un recuerdo muy sincero de gratitud a los muchos "cobayos humanos" que habrán permitido llegar a aquel grado de perfección.

7 – Como será a medicina e, em especial – a oftalmologia – no século XXI?

R – Cuando en tan pocos años se han producido cambios tan importantes, no me atrevería ni a vaticinar cómo será dentro de cinco años. Si Gonin viera que, en algunos casos, perforamos la retina para curar un desprendimiento! Cuando comparamos aquellos oftalmólogos de la primera mitad del siglo que, amén de buenos clínicos, operaban cataratas, desprendimientos, dacriostenosis, estrabismos, practicaban cirugía palpebral y orbitaria, injertos de córnea. . . con la actual superespecialización.

Creo que los cambios han sido muy beneficiosos en muchos aspectos, pero algo negativos en otros. El "péndulo" aún no se ha centrado del todo. Recuerdo que, hace unos años, un joven, que operaba admirablemente por el método de Krwawicz, se vió totalmente perdido cuando le falló el criodo; tuvo que pedir auxilio, porque se veía incapaz de usar una pinza o una ventosa. Más recientemente, un eminente retinólogo vió que, al concluir una difícil operación con importantes indentaciones, el ojo quedaba en exotropía. Con una recesión, posiblemente se hubiera solucionado el problema en el mismo acto operatorio. Pero sus escrúpulos, al no considerarse estrabólogo, le hicieron decidir que no debía actuar sobre músculos. . . Total, otra operación ("ergo" otra anestesia) a practicar por un estrabólogo más adelante. Con un poco más de interés por la motilidad por parte de los retinólogos y, por parte de los estrabólogos, por conocer algo más sobre cirugía escleral, los primeros se evitarían

algunas diplopías postoperatorias y los segundos algún disgusto por complicación intraocular.

Todo eso me hace recordar una frase de un eminente retinólogo inglés, con su característico sentido del humor. Preguntado por una señora, a quien había curado de un desprendimiento, si podría operar a su hijo, estrábico, contestó: – "No, madam, I do not treat squints. I rather cause them, from time to time. When my operations are successful, my patients often get double vision" –.

Ya que el progreso obliga a la superespecialización, serían convenientes simposios entre especialistas y superespecialistas de disciplinas fronterizas (retinólogos, miólogos, dacriólogos, cirujanos plásticos; oftalmólogos-neurólogos-otólogos-internistas-dermatólogos. . .).

Equipos, pero no como algunos de ahora, grupos de una superespecialidad, sino grupos en que colaboraran uno o más especialistas en cada disciplina.

RESUMO

Relatamos caso de distiquiase tratado eficientemente com laser de argônio azul/verde. Comentamos a natureza e raridade desta patologia e seus tratamentos.

SUMMARY

Argon Laser Treatment of Distichiasis

A case of distichiasis sucessfully treated with blue/green argon laser photocoagulation is reported. The nature, rarity and other forms of treatment of this type of pathology are commented.

A utilização do laser de argônio no tratamento da triquiase relatada por AWAN (1986) nos levou a empregar tal terapêutica em nossos pacientes com triquiase. Recentemente, tivemos oportunidade de usar o laser de argônio no tratamento de paciente portador de distiquiase, fato que constitui a razão do presente relato.

APRESENTAÇÃO DO CASO

E. J. V. 35 anos, masculino, lavrador. Natural de Santo Antônio de Jesus. Bahia. Registro Nº 35.779 do Hospital São Rafael.

Referia que desde a infância apresentava muitos cílios e que os mesmos arranhavam muito os olhos produzindo lacrimejamento abundante. Por isso, costumava arrancá-los com a finalidade de melhorar o desconforto. Informava ter dois filhos de sexos opostos apresentando problema semelhante, fato por nós confirmado posteriormente.

O exame mostrou posicionamento normal das pálpebras. Vários cílios com implantação anômala, inclusive em glândulas de Meibomio, faziam-se presentes, exibindo diferentes estágios de maturidade. Alguns tinham implantação vizinha à margem interna das pálpebras. Por vezes, dois ou três cílios originavam-se de um só orifício, sobretudo nos terços externos das pálpebras inferiores. Existia irregularidade na distribuição dos orifícios das glândulas de Meibomio, ausentes em alguns trechos. Muitos cílios apresentavam-se direcionados aos globos oculares (Fig. 1). A córnea, em ambos os olhos, corava pelo rosa de Bengala de modo puntiforme na metade inferior. O restante do exame oftalmológico não demonstrou anormalidades.

Foi submetido à fotocoagulação, com laser de argônio azul/verde dos folículos pilosos das pálpebras direitas após instilação de colírio de tetracaína a 0,5% obedecendo aos seguintes parâmetros: um watt de potência, cinquenta micra de diâmetro

- (1) Chefe da Clínica Oftalmológica. Hospital São Rafael. Fundação Monte Tabor. Salvador – Bahia. Prof. Adjunto de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.
 - (2) Coordenador da Clínica Oftalmológica. Hospital São Rafael. Fundação Monte Tabor. Salvador – Bahia.
 - (3) Oftalmologista do Hospital São Rafael. Fundação Monte Tabor. Salvador – Bahia.
- Recebido para publicação em 21/09/89

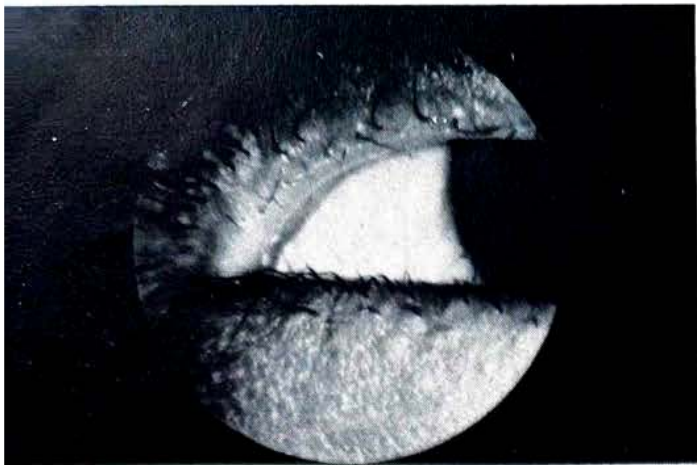


FIGURA 1 – OD – Aspecto clínico da distiquiase. Muitos cílios anômalos se direcionam ao globo ocular.

para cada "spot" e tempo de dois décimos do segundo, até a formação de pequena cratera em cada folículo piloso anormal (Fig. 2). Vinte e quatro horas após, tratamento semelhante foi realizado nas pálpebras esquerdas. Ao fim de uma semana retornou referindo recrudescimento dos sintomas de lacrimejamento e sensação de corpo estranho. Ao exame observou-se que alguns cílios com posição viciosa se faziam presentes em ambas as pálpebras bilateralmente. Informou então ter removido mecanicamente alguns cílios em dias que precederam as fotocoagulações. Procedeu-se então novo tratamento seguindo os parâmetros antes mencionados resultando em cura da distiquiase após período de meses de acompanhamento.

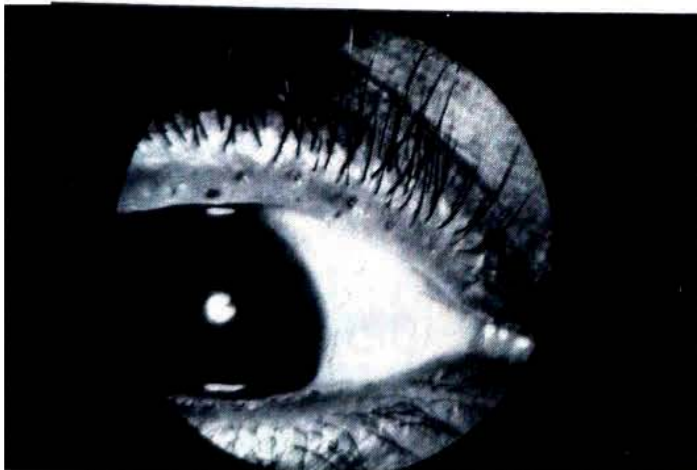


FIGURA 2 – OD – Imediatamente após a fotocoagulação com laser formam-se pequenas queimaduras nos locais correspondentes aos folículos pilosos anormais.

COMENTÁRIOS

Segundo DUKE-ELDER (1964) o termo distiquiase tem origem no grego, significando dupla fileira. A condição é classificada no capítulo da politríquia no qual inclui a triquiase e a tetratriquiase. Para o mesmo autor, a distiquiase foi reconhecida a partir de 1839. Salienta que nenhuma das politríquias é comum e justifica citando BRAILEY (1906) que conseguiu observar apenas quatro casos de distiquiase em vinte anos de Clínica Viena, responsável pelo atendimento anual de vinte mil pacientes. Ainda DUKE-ELDER (1964) considera embriologicamente a distiquiase como uma diferenciação heterotípica na qual as glândulas de Meibomio são substituídas por folículos pilosos. Algumas vezes, as glândulas de Meibomio perdem todas suas características sendo inteiramente modificadas em folículos pilosos nos quais desembocam glândulas sebáceas. Outras vezes, alguns ácinos típicos de glândula de Meibomio desembocam nos folículos dos cílios posicionados. Além disso, menciona que a distiquiase pode se fazer presente em vários indivíduos de uma mesma família e em várias gerações, afetando uma ou mais pálpebras como resultado de transmissão hereditária com característica dominante. Eventualmente a condição pode estar associada com ectrópio ou entrópio palpebral. Conforme observado em nosso paciente, a sintomatologia clínica causada pela distiquiase depende basicamente da irritação corneana e conjuntival resultantes dos cílios mal direcionados.

Alertamos quanto a possibilidade de contaminação das microabrasões resultando em graves complicações corneanas consequentemente, sobre a função visual.

DUKE-ELDER (1964) chama atenção para o fato dos pacientes portadores de distiquiase só serem freqüentemente diagnosticados aos cinco ou seis anos de idade pois antes, os pelos são delicados permitindo algum grau de adaptação do epitélio corneano ao trauma por eles produzido. Quanto ao tratamento o autor o desacon-

selha na ausência de sintomatologia clínica. Quando esta se faz presente, indica basicamente soluções terapêuticas semelhantes àquelas empregadas no tratamento da triquiasse.

Outras terapêuticas cirúrgicas também têm sido utilizadas por ROUGIER, TESSIER, HERVOUET, WOILLEZ, LEKIEFFRE e DEROME (1977), ILIFF, ILIFF e ILIFF (1979) e MATAYOSHI, CHRISTOV, KIKUTA e MOURA (1985) alguns deles indicados para a situação em que a triquiasse ou distiquiasse se associam a defeitos de posicionamento das bordas palpebrais.

Em nossa experiência, o tratamento da triquiasse não tem sido dos mais eficientes. A simples epilação do cílio em posição viciosa certamente resultou em recidiva conferindo apenas alívio temporário da sintomatologia clínica. Por outro lado, em nossas mãos, o emprego da eletrólise ou diatermia resultaram freqüentemente em recidivas com necessidade de repetição dos tratamentos. Finalmente, empregamos a crioterapia segundo KING Jr. e WADSWORTH (1981) e LEONE Jr. (1982) que também mostrou-se insatisfatória face a alta freqüência de recorrências. Vale lem-

brar que a crioterapia, além do seu baixo índice de cura da triquiasse pode levar à necrose palpebral e destruição de outros folículos pilosos com posição normal. Além disso, há risco de despigmentação da pele palpebral nas vizinhanças das áreas tratadas. Conforme mencionado na introdução deste relato, temos utilizado a fotocoagulação com laser de argônio em nossos casos de triquiasse com parâmetros idênticos àqueles já anteriormente descritos. Os resultados obtidos têm sido animadores e pretendemos divulgá-los tão logo alcançarmos um número estatisticamente significativo de casos tratados. Outro ponto de importância diz respeito ao tipo de anestesia empregado no tratamento da triquiasse. Utilizando eletrólise, diatermia ou crioterapia foi sempre necessária a infiltração da pálpebra a ser tratada com anestésico local, causando dor, tumefação e algumas vezes desagradáveis hematomas palpebrais. Nos casos de triquiasse até hoje por nós tratados e no caso de distiquiasse que ora apresentamos, o tratamento com laser foi efetuado e muito bem suportado pelos pacientes utilizando apenas a instilação de colírio de tetracaina a 0,5%.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — AWAN, K. J.: Argon laser treatment of trichiasis. *Ophthalmic. Surg.* 17: 658-660, 1986.
- 2 — DUKE-ELDER, S.: *Sistem of Ophthalmology. Normal and abnormal development. Vol. III. Part 2. Congenital deformities.* Henry Kimpton. London, 1964.
- 3 — ILIFF, C., ILIFF, W. J. and ILIFF, N.: *Oculoplastic Surgery.* W. B. Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto, 1979.
- 4 — KING Jr., J. H. and WADSWORTH, J. A. C.: *An Atlas of Ophthalmic Surgery. Third Edition.* J. B. Lippincott Company. Philadelphia. Toronto, 1981.
- 5 — LEONE Jr., C. R.: *Plastic Surgery.* In: SPAETH, G. L.: *Ophthalmic Surgery Principles and Practice.* W. B. Saunders Company. Philadelphia. London. Toronto. Mexico City. Rio de Janeiro. Sidney. Tokyo, 1982.
- 6 — MATAYOSHI, S., CHRISTOV, R., KIKUTA, H. e MOURA, E. M.: Nova técnica cirúrgica para correção de distiquiasse. *Arq. Bras. Oftal.* 52: 137, 1989.
- 7 — ROUGIER, J., TESSIER, P., HERVOUET, F., WOILLEZ, M., LEKIEFFRE, M., DEROME, P.: *Chirurgie Plastique Orbito-Palpébrale.* Société Française D'Ophthalmologie. Masson. Paris. New York. Barcelone. Milan, 1977.

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A CIRURGIA BINOCULAR E A MONOCULAR NO TRATAMENTO DA ESOTROPIA

LEONARDO HIDEO SHIMIZU (1), CARLOS RAMOS DE SOUZA DIAS (2)

RESUMO

Realizamos estudo retrospectivo de 61 pacientes portadores de esotropia, comparando os efeitos do retrocesso bilateral de retos mediais com a cirurgia monocular (retrocesso do reto medial e ressecção do reto lateral) e constatamos que o procedimento binocular foi mais adequado para os casos de esotropia mista, com alta relação CA/A, pois corrigiu de forma previsível não apenas o desvio básico como também a incomitância entre os desvios de longe e de perto. Por outro lado, a cirurgia monocular mostrou ser mais previsível quanto à correção da esotropia sem ou com pequena incomitância longe-perto.

SUMMARY

Comparative Study between Binocular and Monocular Surgery in Treatment of Esotropia

We performed a retrospective study of 61 patients with esotropia. We compared the effects of the bilateral recession of the medial recti with the monocular surgery (recession of the medial recti and resection of the lateral rectus) on the correction of the basic deviation and on the accommodative component.

We observed that the binocular surgery was the best procedure for the cases of esotropia with high AC/A ratio, since it corrected equally well both the basic and the accommodative deviations. The monocular surgery was the best one for the correction of the esotropia without or with small far-near incomitance.

INTRODUÇÃO

A esotropia mista, também denominada parcialmente acomodativa, caracteriza-se por um desvio convergente básico moderado, em torno de 20 dioptrias prismáticas, que se acompanha de importante fator acomodativo, representado por acentuado aumento do desvio quando o

paciente fixa objetos situados a curta distância, o que chamaremos incomitância longe-perto. Ao contrário do que se observava na esotropia acomodativa pura, apesar da correção total da hipermetropia resta sempre um certo desvio ao olhar objetos a longa distância, portanto sem fazer uso da acomodação.

A interpretação fisiopatológica da in-

(1) Oftalmologista voluntário da Clínica Oftalmológica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Seção de Estrabismo.

(2) Professor Associado da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Chefe de Clínica da Clínica Oftalmológica da Santa Casa de São Paulo.

Recebido para publicação em 24/07/89

comitância longe-perto é a existência de elevada relação entre a convergência acomodativa e a acomodação (CA/A) em paciente portador de esotropia (3, 6, 7).

Quando, apesar do uso da correção total da hipermetropia, resta uma esotropia importante, o tratamento cirúrgico se impõe. Este, entretanto, traz alguns problemas que, se não devidamente considerados, podem resultar em fracasso. O primeiro deles refere-se à magnitude da hipermetropia; se esta é grande, acima de 3,5 ou 4,0 dioptrias esféricas, o risco de supercorreção cirúrgica, a médio ou longo prazo, é grande. (4) O segundo problema diz respeito à magnitude da operação. Esta deve ater-se unicamente ao componente básico da esotropia. O recurso proposto por alguns (2) de avançar cirurgicamente sobre o desvio acomodativo, causando propositadamente uma exotropia para em seguida controlá-la através da subcorreção óptica da hipermetropia, não é recomendável, pois, além de causar astenopia refrativa, leva, quase seguramente, a médio ou longo prazo, ao aumento da exotropia e à impossibilidade de eliminá-la por meios ópticos, o que exige uma re-operação. (7).

Outro problema relacionado ao planejamento do ato cirúrgico para esses pacientes é o tipo de operação. Há algumas opções, sobre as quais as opiniões podem variar. Uma delas é representada pela cirurgia monocular, que consiste em retrocesso do reto medial e ressecção do reto lateral de um mesmo olho. Outra é a operação binocular, baseada no retrocesso de ambos os retos mediais. Uma terceira opção consiste na mioescleropexia posterior (Fadenoperation), acompanhada ou não de retrocesso dos retos mediais. O procedimento ideal será aquela que, além de corrigir o desvio básico, leve à redução da incomitância longe-perto, por meio da redução da relação CA/A. Isso significa que ele corrigirá igualmente o desvio, em termos percentuais, com o paciente fixando ao longe e de perto, isto é, corrigirá, em ter-

mos absolutos, mais acentuadamente o desvio de perto do que o de longe.

O planejamento cirúrgico deve levar em consideração também o fato de que esses pacientes não possuem visão binocular normal, como ocorre na esotropia acomodativa pura. Considerando que, na maioria das vezes, os pacientes são crianças e que, por volta da adolescência os desvios acomodativos tendem a reduzir-se espontaneamente, a falta do bloqueio fusional poderá levar à supercorreção tardia. (7) Por isso, o ideal é uma pequena subcorreção imediata do desvio básico, entre 5 a 8 dioptrias, o que, aliás, não representa problema de ordem estética.

O intuito deste trabalho é avaliar o resultado do retrocesso dos retos mediais para a correção da esotropia mista, comparando-o com o da cirurgia monocular (retrocesso do reto medial e ressecção do reto lateral), quanto à magnitude e à previsibilidade da correção do desvio básico e da incomitância longe-perto. Não levamos em consideração a mioescleropexia posterior, por ser técnica com a qual não concordamos, devido aos maus resultados por nós obtidos, à semelhança de outros autores. (5).

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudados os prontuários de 61 pacientes portadores de esotropia, oriundos da Clínica Oftalmológica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e de clínica particular de um dos autores (C. R. S. D.), que foram agrupados do seguinte modo:

- grupo A – 22 pacientes com incomitância longe-perto maior ou igual a 10 dioptrias prismáticas, submetidos à cirurgia binocular (tabela 1)

- grupo B – 9 pacientes com incomitância longe-perto menor que 10 dioptrias, submetidos à cirurgia binocular (tabela 2)

- grupo C – 17 pacientes com incomitância longe-perto maior ou igual a 10 dioptrias, submetidos à cirurgia monocular (tabela 3)

TABELA 1 - EFEITOS DO RETROCESSO BILATERAL DE RETOS MEDIAIS NOS PACIENTES PORTADORES DE ESOTROPIA MISTA COM INCOMITÂNCIA LONGE-PERTO MENOR QUE 10 DIOPTRIAS (GRUPO B)

PACIENTE	SEXO	IDADE	ACUIDADE VISUAL		ET PRÉ-OPERATÓRIA (Δ)			RETROCESSO (mm)	ET PÓS-OPERATÓRIA (Δ)			CORREÇÃO (Δ)		
			OD	OE	LONGE	PERTO	DIFER.		LONGE	PERTO	DIFER.	LONGE	PERTO	DIFER.
1	m	8	1.0	1.0	25	30	5	5	20	20	0	5	10	5
2	f	24	1.0	1.0	25	30	5	4	15	17	2	10	13	3
3	m	4	1.0	1.0	18	20	2	4	7	18	11	11	2	-9
4	f	7	1.0	0.8	14	20	6	4	4	4	0	10	16	6
5	f	4	1.0	1.0	18	26	8	4	10	17	7	8	9	1
6	m	5	0.9	1.0	16	18	2	4	4	4	0	12	14	2
7	f	11	1.0	1.0	17	25	8	4	7	15	8	10	10	0
8	f	8	1.0	1.0	32	40	8	5	10	12	2	22	28	6
9	m	4	1.0	1.0	20	23	3	4	14	15	1	6	8	2
MÉDIAS		8.3	1.0	1.0	20.6	25.8	5.2	4.2	10.1	13.6	3.4	10.4	12.2	1.8
DESVIO PADRÃO		5.98	0.03	0.06	5.38	6.44	2.35	0.42	5.07	5.52	3.89	4.62	6.75	4.31
												55.5%	46.9%	

A diferença entre as médias das correções dos desvios de longe e perto é significativa ($t = 5.8$, $T_{crit} = 3.11$, $P < 0.005 = 1\%$)

TABELA 2 – EFEITOS DO RETROCESSO BILATERAL DE RETOS MEDIAIS NOS PACIENTES PORTADORES DE ESOTROPIA MISTA COM INCOMITÂNCIA LONGE-PERTO MAIOR OU IGUAL A 10 DIOPTRIAS (GRUPO A)

PACIENTE	SEXO	IDADE	ACUIDADE VISUAL		ET PRÉ-OPERATÓRIA (Δ)			RETROCESSO (mm)	ET PÓS-OPERATÓRIA (Δ)			CORREÇÃO (Δ)		
			OD	OE	LONGE	PERTO	DIFER.		LONGE	PERTO	DIFER.	LONGE	PERTO	DIFER.
1	m	7	0.7	0.9	25	50	25	5.0	2	7	5	23	43	20
2	m	5	0.9	0.9	25	40	15	5.0	10	15	5	15	25	10
3	m	21	0.7	0.9	30	55	25	5.0	4	10	6	26	45	19
4	m	6	0.8	0.8	30	40	10	4.0	15	22	7	15	18	3
5	f	6	1.0	0.9	40	55	15	5.0	20	25	5	20	30	10
6	m	5	1.0	1.0	20	38	18	4.0	20	25	5	0	13	13
7	f	6	0.8	0.9	18	35	17	4.0	10	12	2	8	23	15
8	m	14	1.0	1.0	17	30	13	4.0	6	16	10	11	14	3
9	f	7	1.0	1.0	20	35	15	4.5	15	22	7	5	13	8
10	f	10	1.0	1.0	16	50	34	4.0	13	30	17	3	20	17
11	f	7	0.8	0.8	27	45	18	4.5	14	25	11	13	20	7
12	f	10	0.8	1.0	12	40	28	4.0	2	20	18	10	20	10
13	f	8	0.8	1.0	14	37	23	4.0	14	28	14	0	9	9
14	m	7	0.7	0.9	16	50	34	4.0	12	26	14	4	24	20
15	f	15	1.0	0.7	14	35	21	5.0	8	16	8	6	19	13
16	f	9	1.0	1.0	15	45	30	4.0	2	14	12	13	31	18
17	m	5	1.0	1.0	10	40	30	4.0	0	10	10	10	30	20
18	m	11	1.0	1.0	20	40	20	4.0	17	35	18	3	5	2
19	f	9	1.0	1.0	10	35	25	4.0	6	20	14	4	15	11
20	m	7	0.9	0.9	25	40	15	4.5	12	25	13	13	15	2
21	f	11	1.0	0.8	13	35	22	4.0	7	25	18	6	10	4
22	f	8	1.0	1.0	30	40	10	5.0	10	12	2	20	28	8
MÉDIAS		8.82	0.90	0.93	20.32	41.36	21.05	4.3	9.95	20.00	10.05	10.36	21.36	11.00
DESVIO PADRÃO		3.76	0.11	0.09	7.62	6.73	7.03	0.44	5.72	7.22	5.09	7.17	9.96	6.02
												55.0%	53.5%	

A diferença entre as médias das correções dos desvios de longe e perto não é significativa ($t = 3.23$, $T_{crit.} = 3.68$, $P < 0.01$)

TABELA 3 – EFEITOS DO RETROCESSO DO RETO MEDIAL E RESSECÇÃO DO RETO LATERAL DO MESMO OLHO EM PACIENTES PORTADORES DE ESOTROPIA MISTA, COM INCOMITÂNCIA LONGE-PERTO MAIOR OU IGUAL A 10 DIOPTRIAS (GRUPO C)

PACIENTE	SEXO	IDADE	ACUIDADE VISUAL		ET PRÉ-OPERATÓRIA (Δ)			RESSECÇÃO (mm)	RETROCESSO (mm)	RESSECÇÃO (mm)	ET PÓS-OPERATÓRIA (Δ)			CORREÇÃO (Δ)		
			OD	OE	LONGE	PERTO	DIFER.				LONGE	PERTO	DIFER.	LONGE	PERTO	DIFER.
1	f	27	0,7	1,0	40	55	15	7	5	7	15	30	15	25	25	0
2	m	6	1,0	0,9	25	35	10	6	4	6	7	25	18	18	10	-8
3	m	11	1,0	0,7	25	35	10	7	5	7	0	15	15	25	20	-5
4	m	11	1,0	1,0	20	50	30	6	5	6	5	27	22	15	23	8
5	m	8	0,9	0,9	32	45	13	7	5	7	5	20	15	27	25	-2
6	f	5	0,8	0,7	22	35	13	5	4	5	5	10	5	17	25	8
7	m	7	0,7	1,0	10	35	25	5	4	5	7	20	13	3	15	12
8	f	4	0,8	0,8	35	45	10	7	5	7	15	30	15	20	15	-5
9	m	9	1,0	1,0	40	55	15	7	5	7	10	20	10	30	35	5
10	m	6	0,6	0,9	20	30	10	5	4	5	0	15	15	20	15	-5
11	f	13	0,9	0,7	25	37	12	7	5	7	5	15	10	20	22	2
12	f	22	1,0	1,0	25	47	22	7	5	7	15	20	5	10	27	17
13	f	8	1,0	1,0	25	50	25	7	5	7	5	25	20	20	25	5
14	f	18	1,0	0,8	25	40	15	6	5	6	4	20	16	21	20	-1
15	f	14	0,9	1,0	10	25	15	5	4	5	7	10	3	3	15	12
16	f	5	0,9	0,9	30	45	15	7	6	7	10	20	10	20	25	5
17	m	17	1,0	0,7	30	40	10	7	5	7	12	20	8	18	20	2
MÉDIAS		11,2	0,9	0,9	25,8	41,4	15,6	6,4	4,8	6,4	7,5	20,1	12,6	18,4	21,3	2,9
DESVIO PADRÃO		6,34	0,13	0,12	8,21	8,31	5,99	0,84	0,55	0,84	4,59	5,81	5,21	7,17	5,86	6,80
														71,8%	53,3%	

A diferença entre as médias das correções dos desvios de longe e perto não é significativa ($t = 2,0$, $T_{crit.} = 2,89$, $P > 0,02$)

TABELA 4 - EFEITOS DO RETROCESSO DO RETO MEDIAL E RESSECÇÃO DO RETO LATERAL DO MESMO OLHO EM PACIENTES PORTADORES DE ESOTROPIA MISTA, COM INCOMITÂNCIA LONGE-PERTO MENOR QUE 10 DIOPTRIAS (GRUPO D)

PACIENTE	SEXO	IDADE	ACUIDADE VISUAL		ET PRÉ-OPERATÓRIA (Δ)			RESSECÇÃO (mm)	RETROCESSO (mm)	RESSECÇÃO (mm)	ET PÓS-OPERATÓRIA (Δ)			CORREÇÃO (Δ)		
			OD	OE	LONGE	PERTO	DIFER.				LONGE	PERTO	DIFER.	LONGE	PERTO	DIFER.
1	f	4	0.9	0.9	40	45	5	5	5	7	15	20	5	25	25	0
2	f	33	0.9	1.0	25	27	2	4	4	5	7	10	3	18	17	-1
3	f	4	0.8	0.9	38	45	7	5	5	7	18	25	7	20	20	0
4	m	6	1.0	1.0	27	35	8	5	5	6	8	20	12	19	15	-4
5	f	8	0.9	0.8	37	45	8	5	5	7	5	15	10	32	30	-2
6	f	12	0.6	0.9	25	27	2	5	5	6	10	15	5	15	12	-3
7	m	16	1.0	0.9	25	33	8	5	5	6	8	10	2	17	23	6
8	m	20	0.6	0.8	25	30	5	5	5	6	12	16	4	13	14	1
9	m	12	0.8	0.8	30	35	5	4	4	7	10	20	10	20	15	-5
10	f	4	0.7	0.7	40	47	7	6	6	7	10	10	0	30	37	7
11	m	9	0.7	0.8	22	25	3	4	4	5	10	12	2	12	13	1
12	m	9	0.8	0.9	26	15	-11	5	5	5	14	18	4	12	17	5
MÉDIAS		11.4	0.9	0.9	30.0	34.1	4.1	4.8	4.8	6.2	10.6	15.9	5.3	19.4	19.8	0.4
DESVIO PADRÃO		8.06	0.13	0.08	6.47	9.53	5.02	0.55	0.55	0.80	3.50	4.65	3.54	6.33	7.30	3.71
											64.6%				55.5%	

A diferença entre as médias das correções dos desvios de longe e perto é significativa ($t = 4.4$, $T_{crit} = 3.42$)

TABELA 5 – COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO (r)
ENTRE A INCOMITÂNCIA LONGE-PERTO
E A SUA CORREÇÃO

GRUPO	r	Tr	TCrft.	P
A	0.70	3.28	3.11	P < 0.005 significativo
B	0.52	1.56	3.68	P < 0.1 não significativo
C	0.60	2.72	3.22	P < 0.01 não significativo
D	0.38	1.31	3.42	P < 0.1 não significativo

TABELA 6 – COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO (r)
ENTRE A MAGNITUDE DOS DESVIOS BÁSICOS
E A SUA CORREÇÃO

GRUPO	r	Tr	TCrft.	P
A	0.70	3.25	3.11	P < 0.005 significativo
B	0.49	1.38	3.68	P < 0.1 não significativo
C	0.83	3.32	3.22	P < 0.005 significativo
D	0.85	2.49	2.90	P < 0.01 significativo

– grupo D – 12 pacientes com incomitância longe-perto menor de 10 dioptrias, submetidos à cirurgia monocular (tabela 4)

Todos os pacientes possuíam as seguintes características:

- idade mínima de 4 anos e máxima de 33 anos (média de 9,8 anos)
- pós-operatório mínimo de 24 meses
- hipermetropia menor de 4 dioptrias esféricas
- ausência de distúrbios neurológicos e ambliopia
- anisometropia máxima de 2,5 dioptrias esféricas
- todos os pacientes haviam sido submetidos unicamente à cirurgia referente ao seu grupo. Nas operações bilate-

rais, a magnitude do retrocesso dos retos mediais foi sempre igual em ambos os olhos e variou entre 4 e 5 mm ($\bar{X} = 4,3$ mm). Nas unilaterais, o retrocesso do reto medial variou entre 4 e 6 mm ($\bar{X} = 4,8$ mm) e a ressecção do reto lateral variou entre 5 e 7 mm ($\bar{X} = 6,4$ mm).

As medidas do desvio ocular foram obtidas pelo “cover test” alternado associado a prismas, com o paciente olhando um pequeno foco luminoso situado a 6 metros de distância e uma pequena figura localizada a 0,33 metros, com a correção total da ametropia.

Os dados obtidos foram analisados pelo teste “t” para amostras pareadas e submetidos à análise de regressão e cálculo do coeficiente de correlação (r). (1)

RESULTADOS

Os resultados obtidos encontram-se dispostos nas tabelas 1 a 6.

COMENTÁRIOS

Comparando os resultados pós-operatórios dos grupos B e D, constatamos que não ocorreu redução significativa da incomitância longe-perto nos dois procedimentos cirúrgicos. Da mesma forma, a previsibilidade da cirurgia binocular, quanto à correção do desvio básico, foi baixa, ou seja diante de pequenas incomitâncias, o retrocesso bilateral de retos mediais não foi o procedimento mais adequado, uma vez que a cirurgia monocular promoveu resultados mais previsíveis e uma correção percentualmente maior do desvio básico. (tabelas 2, 4, 5 e 6)

Nas incomitâncias longe-perto maiores, os dados obtidos através da cirurgia binocular (grupo A) demonstram correção percentualmente semelhante de ambos os desvios, de longe e de perto, ou seja, houve correção maior, em termos absolutos, do desvio de perto, ao contrário da cirurgia

monocular (grupo C), que praticamente não modificou o valor da incomitância longe-perto. O procedimento monocular apresentou previsibilidade discretamente maior de seus resultados quanto à correção do desvio básico, mas a técnica binocular corrigiu de forma relativamente previsível não apenas o desvio básico como também a incomitância longe-perto. Portanto, o retrocesso bilateral de retos mediais mostrou ser o procedimento mais adequado para o tratamento da esotropia mista com incomitância maior ou igual a 10 dioptrias. (tabelas 1, 3, 5 e 6)

Estas observações não se aplicam aos pacientes portadores de distúrbios neurológicos centrais, ambliopia e alta hipermetropia, pois esses fatores predispõem à supercorreção do desvio básico e à variabilidade de resultados pós-operatórios. (7)

AGRADECIMENTOS

– À Profa. Marilda da Silva Guedes, pela orientação estatística.

– Ao Dr. Carlos Fumiaki Uesugui e ao Dr. Mario Ogata, pela colaboração na obtenção dos dados clínicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 – ARMITAGE, P.: Statistical methods in medical research 2.a edição, Oxford, Blackwell S. C. Publication, 1973, pág. 147-149.
- 2 – BERARD, P. V.; NEYDY, R.; BERARD Jr, P. V.: Simultaneous horizontal and vertical surgery in esotropia. In International Strabismological Association – ISA V, Emílio C. Campos ed. Athena, Modena, 1986, pp. 345-350.
- 3 – CENTRO BRASILEIRO DE ESTRABISMO: Tratamento cirúrgico dos desvios horizontais. Caderno 5, 1987, pág. 12-13.
- 4 – JAMPOLSKY, A.: Ocular divergent mechanisms. Am. Ophthal. Soc., 68: 730, 1970.
- 5 – KUSHNER, B. J.; PRESLAN, M. W.; MORTON, G. V.: Treatment of partly accommodative convergence-accommodation ratio. Arch. Ophthalmol. 105: 805-818, 1987.
- 6 – MULET, E. M.: Tratamiento de las alteraciones de la relación convergencia acomodativa/acomodação (CA/A) Anais do Conselho Latino Americano de Estrabismo, 1968, pág. 16-19.
- 7 – PRIETO-DIAZ, J. & SOUZA DIAS, C. R.: Estrabismo, 2.a Edição, São Paulo, Ed. Roca, 1986, pág. 173-192.

RESUMO

Relata-se um caso de uma paciente de 11 anos que apresentou esotropia de aparecimento súbito acompanhada de espasmo de acomodação, onde a única causa provável detectada foi a psicossomática, tendo a evolução mostrado-se favorável com tratamento psiquiátrico.

SUMMARY

Psychosomatic Strabismus

The author reports a case of a sudden onset esotropia with accommodative spasm in a 11-year-old girl. The analysis of the case revealed only psychosomatic factors as possible cause. This resolved completely after psychiatric treatment.

INTRODUÇÃO

Alguns casos de estrabismo têm sua origem de um distúrbio psicológico(1). São de frequência rara e surgem geralmente de forma súbita, sem que nenhum outro fator predisponente ou alteração neurológica, possa ser detectada(2). A razão do problema psicológico é diversa, muitas vezes advém de conflitos familiares, escolares, existenciais ou de choque emocional importante(2).

Normalmente, incidem após os seis anos de idade, podendo ocorrer em adultos. Na grande maioria apresentam-se como esodesvios, sendo os exodesvios excepcionais(3). Caracteristicamente, demonstram-se muito variáveis quanto a sua magnitude e apresentação(4). Como são tardios, o paciente freqüentemente relata diplopia. Por ser passível de influência psicogênica(5;6), transtornos acomodativos podem estar associados(7).

Na literatura recente, Pratt-Johnson(7) e posteriormente, Pongratz(8) divulgaram três casos onde a etiologia da esotropia teve como a mais aceita, a psicossomática.

Na presente comunicação, relata-se um caso em que a etiologia psicogênica foi apontada como a mais provável, diante do quadro clínico e da impossibilidade de detectar-se outras causas.

RELATO DO CASO

Paciente de 11 anos, fem., Br., est. procurou o serviço em 9/2/87 pela primeira vez, com queixa de prurido ocular em OE há 1 dia. Nenhuma alteração ocular ao exame oftalmológico completo foi observada. Motilidade: ortofórica. Refração sob ciclop.: + 0,50 DE/+ 0,50 DC em OD e + 1,00 DE em OE, não prescrita. Em 11/5/87, retornou referindo diplopia intermitente longe e perto há 1 dia. Ao exame, os dados positivos: A.V. 1,0 em A.O.; CT

(1) Oftalmologista estagiário dos setores de estrabismo e glaucoma da Disciplina de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.
Recebido para publicação em 27/07/89

c prismas: E...T30Δ longe e perto; versões: normais; Parks: hipofunção de obliquo inf. direito; sensorialidade: diplopia horizontal homônima e vertical E/D. Em 20/05/87 o quadro regrediu por completo. Avaliação neurológica solicitada em 11/05, não revelou nenhuma alteração ao exame neurológico, bem como à tomografia computadorizada de crânio. Em 05/06/87, retornou com as mesmas queixas de 11/05, apresentando limitação de abdução no campo de reto late. esq., sendo o ângulo de desvio muito variável. A.V. normal em A.O. Três dias após, relatou baixa súbita de visão em ambos os olhos (0,1). Ao exame, nítido espasmo de acomodação, que cedeu à instilação de ciclopentolato, tendo após, o ângulo diminuído consideravelmente e c/c A.V. 1,0 A.O. Versões normais. Desde a consulta inicial, era evidente a presença de um importante distúrbio psicológico (problemas escolares), e assim sendo, foi encaminhada à psiquiatria. Nesta ocasião, foi orientado uso de atropina 1%, 1x/d, correção óptica total e adição, +3,00 DE, para atividades de leitura, associados a oclusão de alívio. Em 30/07/87, a psiquiatria confirmou a existência de conflitos psicológicos significativos que podiam justificar uma desordem psicossomática, tendo então, iniciado psicoterapia. A partir desta data, a paciente foi examinada quinzenalmente, mostrando esotropia intermitente, sem que nenhuma característica cíclica pudesse ser evidenciada, acompanhada de diplopia horizontal e mantendo-se sob psicoterapia, até que em 14/10/87 nenhuma alteração foi observada, quando a terapêutica cicloplégica e óptica foi progressivamente retirada. Em 03/12/87 assintomática e sem tratamento oftalmológico há 30 dias, mostrava-se ortofórica e com amplitudes fusionais normais.

DISCUSSÃO

Frente a uma esotropia de aparecimento súbito e tardio, hipóteses etiológicas tais como comprometimento do VI par,

as esotropias agudas do adulto e mais raramente a psicossomática devem ser consideradas, obviamente, não se abstendo da eventualidade da deteriorização de uma esoforia anteriormente compensada. Na primeira hipótese, é evidente uma incapacidade parcial ou total de abdução ocular e muitas vezes um problema neurológico ou sistêmico é passível de ser detectado. Nas esotropias agudas, geralmente, surgem após períodos em que um olho permaneceu ocluído por determinado tempo, devido a algum processo ocular (tipo Franceschetti), ou em míopes, onde observa-se esotropia e diplopia somente para longe (tipo Bielchowsky)(9). Em sua grande maioria, estas entidades evoluem para a conduta cirúrgica.

É importante salientar a influência que os distúrbios de origem psicológica podem exercer sobre a função ocular. Em recente publicação, Oaymada, MK e cols.(10), discutem casos de ambliopia funcional onde a alteração básica era de origem psíquica. No presente caso, a desordem psicológica fez-se expressar somaticamente como uma esotropia intermitente acompanhada de espasmo de acomodação. Justificam esta afirmação, a grande variabilidade das alterações motoras, que em momentos estavam presentes e em outros não, bem como a inconstância do desvio e espasmo de acomodação que, como os demais sinais, não foi possível apontar outra etiologia, se não, a psicossomática.

Cabe destacar, que os casos existentes na literatura recente, ocorreram também no sexo feminino, o que talvez leva a crer em uma maior incidência no referido sexo.

Apesar de rara, esta modalidade de esotropia deve ser considerada. Camargo Vianna(4) chama a atenção sobre a necessidade da eliminação do problema emocional como primeira conduta nesta entidade e que os casos eventualmente submetidos a cirurgia, demonstram desagradáveis hipercorreções. Portanto, é fundamental a análise do paciente como um to-

do a fim de que, situações como a em discussão não passem em desapercibido e terapêuticas desgastantes, impróprias e onerosas sejam evitadas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 – Duke-Elder, Sir Stewart and Wybar, Kenneth; System of Ophthalmology, vol. VI. Ocular Motility and Strabismus. London, Henry Kimpton, 1973, pág. 244.
- 2 – Duke-Elder, Sir Stewart and Wybar, Kenneth; System of Ophthalmology, vol. VI. Ocular Motility and Strabismus. London, Henry Kimpton, 1973, pág. 611.
- 3 – Hugonnier, René; Estrabismos – Hereroforias – parálisis oculomotrices, Toray-Masson, 1973, pág. 239.
- 4 – Camargo Vianna, Raul; Endoforias e endotropias; Enciclopédia Médica Brasileira – Oftalmologia, vol. I, seção V, cap. 6, pág. 5.
- 5 – E. Gil del Rio; Óptica fisiológica clínica, 5ª ad. 1984, pág. 250.
- 6 – Friesen, H & Mann, WA; Follow-up study of hysterical ambliopia. American Journal of Ophthalmology, 1966, 62, 1106-1115.
- 7 – Pratt-Johnson, JA; Emotional factors in Strabismus; Canadian Journal of Ophthalmology, 1977 12, 258-60.
- 8 – Pongratz, E et al; Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1987, 191(5) 415. A case of acute alternating concomitant squint.
- 9 – Prieto Diaz, J. Sousa Dias, C; Estrabismo 2ª ed. pág. 204.
- 10 – Oyamada, MK, e cols; Ambliopia funcional na idade escolar; Revista Brasileira de Oftalmologia, vol. XLVIII (2), 1989.

NOVA TÉCNICA DE REMOÇÃO DO NÚCLEO EM EXTRAÇÃO EXTRACAPSULAR MANUAL PLANEJADA PARA IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR

THALES VILHENA GIACCHETTA (*)

RESUMO

O autor descreve técnica que idealizou para remoção do núcleo cristalino em extração extracapsular manual planejada da catarata com implante de lente intraocular através de instrumentos também criados por ele e suas vantagens.

SUMMARY

A New Technique for Removing the Nucleous in Extracapsular Extraction with Intraocular Lens Implantation

The author describes a technique he idealized to remove crystalline nucleus in planned manual extracapsular cataract extraction with intraocular lens implantation by means of instruments he created, and its advantages.

INTRODUÇÃO

Como nos diz SIMCOE: "Os procedimentos cirúrgicos e a instrumentação assim como os desenhos das lentes intraoculares devem ser os mais simples e econômicos possíveis, sem comprometer o resultado desejado. Há uma forte tendência humana nas situações cirúrgicas difíceis a imputar a responsabilidade àqueles instrumentos que podem nos ajudar; consideramos as máquinas e sua infalibilidade diretamente proporcionais ao seu custo e à sua complexidade. Nada poderia estar mais longe da verdade."

MATERIAL E MÉTODO

A extração extracapsular manual planejada (EECMP) da catarata com implante

de lente intraocular (LIO) de câmara posterior torna-se dia a dia mais difundida no Brasil, dentre outros fatores pela sua simplicidade (se comparada a métodos como facoemulsificação, EEC automatizada com unidade de irrigação/aspiração).

Um dos tempos cirúrgicos mais importantes, senão o mais, é justamente a retirada do núcleo cristalino. A remoção do núcleo sem fragmentá-lo e de modo a causar o menor dano possível à íris, ao endotélio, à capsula posterior e à zônula é o objetivo. Manobras mal feitas na tentativa de se retirar o núcleo podem impossibilitar ou dificultar um implante de LIO, seja de câmara posterior ou câmara anterior. Na remoção do núcleo em EECMP o que geralmente se usa são a alça (tipo Snellen) e o gancho (Arruga, estrabismo). As alças são introduzidas sob (debaixo do) núcleo

(*) Departamento de Oftalmologia do Hospital Santa Casa MACHADO – MINAS GERAIS.
Ex residente do Serviço do prof. João Agostini Netto em BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS.
Recebido para publicação em 16/08/89

ou são usadas para fazer pressão no lábio escleral da ferida cirúrgica, sendo que em ambos os casos podem ser auxiliadas por instrumentos com ação de contrapressão (ganchos, colheres ou espátulas). Há alças com orifícios de irrigação visando criar um plano de clivagem com o jato líquido e fazer com que o núcleo flutue e seja tracionado. Outras possuem serrilhas inclinadas que não têm ação no momento em que se introduz a alça, agindo somente quando a alça é trazida para fora (introduzidas sob o núcleo). Alguns preferem alças simples sem nenhuma modificação que incremente a espessura. O que as alças têm em comum são os dois modos como são utilizadas: introduzidas sob (debaixo do) o núcleo ou exercendo pressão no lábio escleral da ferida cirúrgica (deformando o globo ocular, aumentando a pressão vítrea e expulsando o núcleo).

No primeiro caso – alça sob o núcleo – há uma tendência da alça de levar o núcleo de encontro ao endotélio. Muitas vezes ocorre um toque de parte inferior da alça com a cápsula posterior, no momento da introdução, que poderá lesar a cápsula posterior. Às vezes um plano de clivagem núcleo/cápsula posterior fica difícil de ser conseguido e o cirurgião menos experiente na tentativa de achar este plano poderá terminar por empurrar o núcleo na direção do vítreo, podendo romper zônula ou cápsula posterior e fragmentar o núcleo. A utilização simultânea das alças com os ganchos como instrumentos de contrapressão nem sempre é manobra fácil. O núcleo poderá ser levado de encontro ao endotélio, lesando-o. As forças na alça e no gancho devem ser bem dosadas, o gancho não deve comprimir a parte central da córnea. Um contacto aparentemente insignificante entre núcleo e o endotélio poderá não ser clinicamente no pos-operatório tardio, por exemplo. Poderá ter havido uma diminuição da população de células endoteliais que mais tarde poderá levar a um quadro de descompensação corneana, principalmente com a presença futura de

algum fator coadjuvante como inflamação intraocular, aumento da pressão intraocular, traumas físicos etc. De grande interesse é a possível lesão endotelial adicional pela introdução de uma LIO. A colocação da alça sob o núcleo muitas vezes é uma manobra às cegas nos casos de núcleos muito opacos, pois não podemos visualizar a extremidade da alça e não percebemos com certeza se alcançamos um plano de clivagem núcleo/cápsula posterior. Visando proteger o endotélio alguns cirurgiões realizam a chamada técnica em envelope ou endocapsular, em que a cápsula anterior é mantida para evitar o atrito núcleo/endotélio. Consideramos tal técnica mais complicada, quando o que procuramos é a simplificação das manobras, mas reconhecemos que quando bem executada sem dúvida oferece uma proteção adicional ao endotélio.

Com relação ao segundo caso (colocação da alça no lábio escleral da ferida cirúrgica), concordamos com ENGELSTEIN que considera tal procedimento antifisiológica, pois a saída do núcleo é conseguida às custas de deformação do globo ocular e aumento da pressão vítrea. Também geralmente se usa junto com a alça assim posicionada um instrumento de contrapressão (gancho) na região das 6 hs. A manobra costuma dar certo principalmente se há pressão vítrea positiva que facilita a expressão do núcleo mas que traz a cápsula posterior para frente, dificultando o tempo seguinte de irrigação/aspiração. Por meio desta técnica de comprimir o lábio escleral da ferida cirúrgica o núcleo tende a sair bruscamente, abruptamente. As forças exercidas na deformação do lábio escleral, o local exato onde se posicionar a alça e a manobra simultânea de contrapressão no lado oposto devem ser muito bem calculados. Caso o cirurgião posicione a alça ligeiramente na frente do núcleo, o que ele vai fazer é empurrar o núcleo para trás, ao invés de trazê-lo para frente. Parece-nos impossível garantir que não ocorreu ruptura de zônula por exemplo, principal-

mente pequenas rupturas. Uma descentração de uma LIO posteriormente poderá ser o resultado de lesão a nível de zônula. Com a saída forçada, sob pressão, do núcleo poderá ocorrer lesão a nível do endotélio e ruptura da cápsula posterior, esta última complicação poderá, conforme a extensão, inviabilizar a inserção de uma LIO de câmara posterior, ou pelo menos dificultar o implante. A compressão do globo ocular tende também a provocar hérnia de íris, principalmente quando o cirurgião trabalha, propositalmente ou não, com pressão vítrea positiva.

SIMCOE idealizou uma pinça (pinça nuclear de SIMCOE) com a qual apreende delicadamente o núcleo luxado, evitando assim manobras mais traumatizantes. Em núcleos mais moles, além da pinça acima, utiliza uma agulha na outra mão para auxiliar na retirada destes núcleos (não se deve fechar totalmente a pinça para não fragmentar o núcleo).

O uso da crioonda para apreensão do núcleo em EEC parece-nos técnica de poucos adeptos. Já conhecemos as complicações da crioonda na extração intracapsular tais como toque na íris, córnea, transmissão da bola de gelo para além da estrutura do cristalino.

Alguns utilizam outras manobras ou técnicas para facilitar a saída do núcleo como a injeção de Healon sob o núcleo, visando trazê-lo para a frente, ou a colocação da íris, através de uma espátula, sob o polo superior do núcleo (visando colocar o polo superior na frente da íris). O uso do Healon no primeiro caso requer que um plano de clivagem seja encontrado, o que pode ser difícil. O uso da espátula para colocar a íris sob o núcleo poderá levar à uma miose reacional, que por sua vez poderá dificultar a inserção de LIO de câmara posterior ou exigir o uso de adrenalina intracamerular por exemplo.

Pensando num modo que removesse o núcleo sem ocasionar uma hipertensão vítrea, que não implicasse em manobras às cegas (alça sob o núcleo opaco), que não

levasse o núcleo de encontro ao endotélio, que não acarretasse deformação do globo ocular, que evitasse o toque na cápsula posterior, que fosse útil mesmo em núcleos mais moles, que não penetrasse mais profundamente na câmara posterior, que desse sensibilidade quanto aos movimentos na câmara anterior, um modo cômodo e seguro, idealizamos dois simples instrumentos os quais temos utilizado com êxito nesta etapa da EECMP, visando na quase totalidade dos casos, implantar uma LIO de câmara posterior.

Basicamente usamos um dos instrumentos na região das 6 hs e o outro na região das 12 hs, como se pode observar pelo formato da curvatura da extremidade de cada instrumento.

PREPARO DOS INSTRUMENTOS

Tomamos duas agulhas de insulina e sob microscopia, inicialmente lixamos as pontas (bisel) de modo a torná-las bem rombas, retirando o corte dos biseis. Polimos depois com camurça e observamos em aumento maior se não há arestas. Achatamos então com um porta agulhas (reservado para isto) a área correspondente ao bisel e imediatamente adjacente, dando assim à extremidade de cada agulha o formato de uma pá (ou da concha de uma colher). As curvaturas que vamos dar a seguir em cada um dos instrumentos terão os contornos das partes superior e inferior do núcleo (respectivamente região das 12 hs e 6 hs). Estas curvaturas podem ser modificadas no per-operatório conforme o tamanho do núcleo. Na foto 1 vemos o instrumento que utilizamos na região das 12 hs que chamaremos instrumento A e na foto 2 o instrumento que utilizamos na região das 6 hs (instrumento B). Podemos observar que o instrumento B possui uma curvatura mais aberta com o objetivo de abranger maior área de contacto com a parte inferior do núcleo, acompanhando o contorno das 4 às 8 hs aproximadamente. A curvatura da extre-



FIGURA 1 – Instrumento A

midade do instrumento A acompanha o contorno do núcleo das 11 hs à 1 h. Deixamos agora um espaço de aproximadamente 3 mm após o término das curvaturas. Para se entender melhor, com os instrumentos posicionados verticalmente estes espaços têm a direção horizontal ou seja permanecem entre os lábios da ferida cirúrgica e como têm a direção horizontal não levantam a córnea. A seguir vamos dar mais duas angulações no sentido de deixar os canhões das agulhas na posição vertical, posição esta em que normalmente seguimos os instrumentos. Preferimos dar duas curvaturas ao invés de uma só (em ângulo reto) porque isto facilita o manuseio dos instrumentos dentro da câmara anterior. Por fim adaptamos a cada instrumento o êmbolo de uma seringa de insulina para funcionar como cabo (preferimos apenas o êmbolo à seringa por sentirmos mais facilidade de movimentar os instrumentos, aumentando também a sensibilidade táctil). Após o término do ato cirúrgico limpamos bem cada instrumento e temos usado cada jogo de instrumentos (o par) para até três cirurgias consecutivas, quando então fazemos novos. Na foto 3 vemos um dos instrumentos com o cabo adaptado (êmbolo).



FIGURA 1 – Instrumento A (visto de outro ângulo)

TÉCNICA DE REMOÇÃO DO NÚCLEO

Após a capsulotomia anterior utilizamos inicialmente o instrumento B na região das 6 hs, com movimentos rotatórios do cabo no sentido antihorário e vamos luxando o núcleo, liberando-o de suas aderências. O instrumento B como que abraça o núcleo, envolvendo-o, mas não é introduzido sob (debaixo do) o núcleo e assim visualizamos constantemente sua extremidade. A ponta achatada do instrumento B (assim como a do instrumento A) não corta o núcleo. Evita-se assim a fragmentação do núcleo. Podemos observar que a luxação do núcleo ocorre através da pressão simultânea em vários pontos (toda a curvatura da extremidade), diferentemente de um cistítomo ou agulha de ponta dobrada por exemplo, que têm contacto num só ponto do núcleo de cada vez. Isto proporciona a cada instrumento uma eficácia muito grande quanto à capacidade de luxação do núcleo. Em algum caso em que a pupila não dilatou bem, as curvaturas agem como espátulas de Íris, empurrando a Íris suavemente, embora, como mencionamos anteriormente, procuremos evitar o toque na Íris. Os cabos dos instrumentos podem ser inclinados para qualquer lado

pois os seguramos comodamente na posição vertical, com apenas dois ou três dedos, o que nos dá também muita facilidade de manuseio além de sensibilidade. Seguramos cada instrumento como seguramos uma caneta. Após observarmos que o núcleo está suficientemente luxado inferiormente, na região das 6 hs, passamos a utilizar o instrumento A na região das 12 hs. Colocamos a extremidade (curvatura) do instrumento A em contacto com a borda do núcleo na região das 12 hs e inicialmente procuramos luxar bem o núcleo nesta região, além das áreas adjacentes (das 10 às 2 hs). Depois procuramos erguer o polo superior do núcleo para passá-lo para a câmara anterior ou pelo menos colocá-lo no plano da íris. Neste momento importante podemos sentir a facilidade com que realizamos tal manobra. Basta muitas vezes que se incline o cabo do instrumento A (em direção ao peito do cirurgião) colocando a curvatura da extremidade do instrumento na borda superior do núcleo para que consigamos passar o polo superior do núcleo para a câmara anterior ou pelo menos para o plano da íris. Vemos aqui também que a curvatura da extremidade do instrumento A proporciona uma boa área de contacto com a borda superior do núcleo, facilitando sua luxação e sua passagem para a câmara anterior. Assim

como o instrumento B o instrumento A não tende a trespassar o núcleo pois sua extremidade é achatada. Voltamos então a utilizar o instrumento B na região das 6 hs para terminar de retirar o núcleo para fora da câmara anterior, de maneira calma e segura, com movimentos de rotação do cabo no sentido antihorário e também com movimentos de tração, após naturalmente havermos ampliado a incisão, já que até aqui podemos trabalhar através de uma incisão ligeiramente maior da que utilizamos para a capsulotomia anterior. Geralmente utilizamos alguma substância viscoelástica (Healon ou metilcelulose) após havermos ampliado a incisão. Núcleos mais moles tendem a se fragmentar quando se tenta luxá-los, principalmente quando se utiliza cistítomos ou agulhas com as pontas dobradas. Mesmo a pinça nuclear de SIMCOE não funciona bem nestes casos. Como as pontas dos instrumentos A e B possuem o formato de pás (são achatadas) não observamos tal tendência em alguns casos. Há ocasiões em que o globo ocular não se dirige bem para baixo (ação residual do reto superior em casos operados sob anestesia local ou rédea do reto superior não muito efetiva). Isto dificulta a utilização de alça. Nestes casos basta modificarmos o ângulo das inclinações que havíamos dado aos instrumentos no mo-



FIGURA 2 – Instrumento B

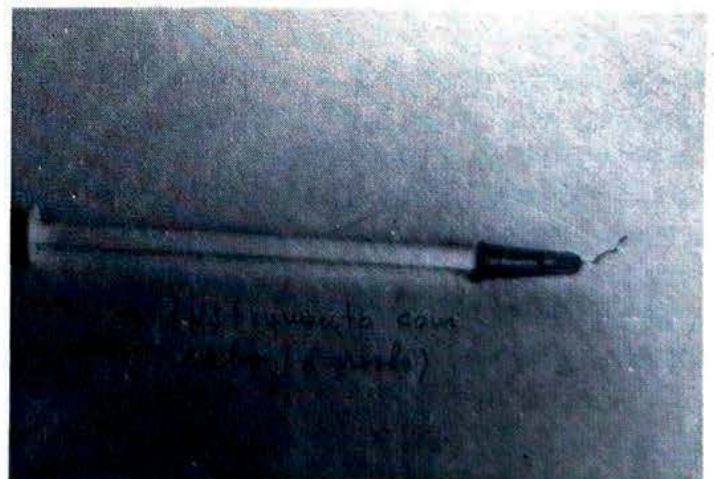


FIGURA 3 – Instrumento com cabo (bólo)

mento de fazê-los para que em segundos tenhamos uma boa posição para trabalharmos. Além de podermos modificar as curvaturas das extremidades de cada instrumento, adaptando-as melhor aos contornos do núcleo, como já dissemos. Conseguimos deste modo ter o instrumento ideal para cada caso e também a cada momento do ato cirúrgico. Não necessitamos de muito espaço entre o rebordo orbitário superior e a incisão para que possamos trabalhar, já que os instrumentos são utilizados na posição vertical. O núcleo é removido sem que vá de encontro ao endotélio pois não há força atuando no sentido vertical (como quando se coloca a alça sob o núcleo) e sim apenas no sentido horizontal (no momento final da retirada do núcleo). Não se provoca deformação do globo ocular com conseqüente aumento da pressão vítrea. Pelo menos teoricamente há menos riscos de ruptura de cápsula posterior ou zônula. Pelo lado prático ainda não tivemos nenhum caso de ruptura de cápsula, na casuística que relataremos adiante. Não introduzimos nenhum instrumento sob o núcleo. Tanto o instrumento A como o instrumento B penetram pouco na câmara posterior. Não ocorre praticamente nenhum contacto dos instrumentos com a cápsula posterior. Caso ocorra no per-operatório diminuição da profundidade da câmara anterior, a introdução dos instrumentos A e B não aumenta as dificuldades de manobras, já que os mesmos ocupam uma altura mínima dentro da câmara anterior. Trabalhamos com os lábios da ferida cirúrgica apenas levemente entreabertos e mesmo com a incisão ampliada praticamente não se levanta a córnea. São instrumentos extremamente leves possibilitando uma movimentação dentro da câmara anterior com muita sensibilidade nos movimentos. Podem ser autoclavados e reutilizados.

RESULTADOS

No início de nossas cirurgias extracapsulares com implante de LIO de câmara posterior, em julho de 87, utilizávamos alça e gancho para a retirada do núcleo. Os inconvenientes já citados levaram-nos a buscar uma outra técnica que nos desse segurança (principalmente) e passamos a adotar o método descrito neste trabalho a partir de janeiro de 88.

De um total de 23 pacientes (31 olhos) submetidos a EECMP de catarata com implante de LIO de câmara posterior (SINSKEY-KRATZ), desde janeiro de 88, não conseguimos atribuir aos instrumentos e à técnica por nós utilizados qualquer complicação no ato cirúrgico ou no pós-operatório (incluimos aqui os quatro casos que relataremos a seguir). Em quatro cirurgias não conseguimos deslocar os núcleos para a câmara anterior ou para o plano da íris (sem que corrésemos o risco de fragmentá-los). Em dois dos casos as pupilas não apresentavam boa dilatação (ambos os casos de pacientes diabéticos) e nos outros dois havia uma aderência mais intensa do núcleo com a córtex e cápsula posterior, nestes casos preferimos não insistir e utilizamos alça (introduzida sob o núcleo) e gancho. Temos assim o hábito de deixar sempre ao nosso alcance alça e gancho para utilizamos como último recurso. A idade dos pacientes variou de 41 a 79 anos. Os cálculos do poder das lentes foram realizados com ecobiômetro TEKNAR e fórmula SRK. Do total de 31 cirurgias de janeiro de 88 a julho de 89, 28 foram realizadas sob anestesia local em caráter ambulatorial e 3 com geral.

Endereço do Autor:
R. Barão do Rio Branco, 33
37750 – Machado – MG

BIBLIOGRAFIA

- 1 – ENGELSTEIN, J.M. *Cataract Surgery. Current Options and Problems*. New York, Grune & Stratton, Inc., 1984.

- 2 – JAFFE, N. S. – Cataract Surgery and its Complications 4 th ed. St. Louis, The C. V. Mosby Co, 1984.
- 3 – CVINTAL, T. – Experiência pessoal com a cirurgia da catarata com implantes intraoculares. *Anais de Oftalmologia*, 6:31-39, 1987.
- 4 – DIAS, F. R; Técnica de extração extracapsular e inserção de lentes intraoculares. *Anais de Oftalmologia*, 6: 16-23, 1987.
- 5 – PADILHA, M. A. – Cirurgia da Catarata pela técnica da Facoemulsificação. *Rev. Bras. Oftal.* 41: 21-51, 1982.
- 6 – JOSÉ, N.K., ALVES, M.R; SAMPAIO, M. W; Extração extracapsular do cristalino: complicação. *Arq. Bras. Oft.* 48: 67-72, 1985.
- 7 – HELAL, J., Jr. Técnica de extração extracapsular programada da catarata. *Arq. Bras. Oft.* 48: 23-27, 1985.
- 8 – BAS, M. – Extração extracapsular do cristalino. Aspiração manual. *Rev. Bras. Oft.* 42: 353-360, 1983.

GOTAS

O Museu da República

Quando se reinaugura o Museu da República, no Palácio do Catete, é interessante saber que, segundo Lycurgo Santos Filho, na Viagem aos Planaltos do Brasil, Burton descreve as casas dos médicos do Brasil.

“Dentre todas, uma das mais formosas da Côrte, era a do médico e barão do Catete, solar que pertencera ao marquês de Abrantes. Casando-se com a viúva marquesa, o barão conseguiu que a rica mansão, honrada outrora com a visita dos imperadores, mantivesse a costumeira e fidalga maneira de receber a nobreza e os políticos do Segundo Império”.

O barão do Catete era Joaquim Antonio de Araujo e Silva, nascido no Rio de Janeiro, em 15 de dezembro de 1827, oculista, Chefe do Serviço de Olhos da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (1860-1863), quando sucedeu a Carron du Villards. Tinha consultório na rua do Príncipe do Catete, nº 37.

Em Portugal, teve o título de Visconde Silva, hoje rua no Rio de Janeiro, onde se localiza o Colégio Brasileiro de Cirurgias.

AMBLIOPIA: DETECÇÃO E PREVENÇÃO NO PACIENTE PEDIÁTRICO

(*) LUCIA C. VENTURA URBANO, (**) RICARDO QUEIROZ GUIMARÃES

(***) MARCIA REIS GUIMARÃES

RESUMO

A ambliopia freqüentemente unilateral, é a maior causa de déficit visual no Brasil. O diagnóstico precoce feito por exame oftalmológico, em crianças pequenas (em torno de três anos ou antes), é fundamental para se fazer o tratamento. Estrabismo (mal alinhamento dos eixos visuais), ametropia (vícios refracionais), anisometria (diferença significativa no erro refracional dos dois olhos) e privação (obstrução para se formar uma imagem nítida alcançando a fóvea), são as causas mais freqüentes de ambliopia. O tratamento, que não responde bem após os seis ou sete anos de idade, consiste em remoção de qualquer opacidade no eixo visual, oclusão do olho adelfo e correção com óculos ou lente de contato, implantação de uma lente intra-ocular, a colocação de uma córnea humana doadora torneada com o grau desejado (epiceratofacia), ou a correção óptica através da ceratomileusis "in situ".

SUMMARY

Amblyopia Detection and Prevention in Pediatric Patient

Amblyopia, frequently unilateral, is a major cause of visual deficit in Brazil. Its early detection requires early eye examination and it should be done in a child before the age of three, by an ophthalmologist. The most frequent causes of amblyopia are strabismus (a malalignment of the visual axis), ametropia (problem of refraction), anisometropia (a significant difference in the refractive error between the two eyes) and deprivation (a block preventing a clear image to reach the fovea). The treatment should be undertaken before the age of six or seven; because the results obtained afterwards are generally very disappointing. It consists of surgical removal of any opacity interposed in the visual axis, occlusion, the use of spectacles or contact lenses, the implantation of an intraocular lens, the transplant of a previously carved human cornea to reach the desired shape and degree (epikeratophakia), or the optical correction through the Keratomileusis.

(*) Prof. Adjunto IV da FM-UFMG

(**) Prof. Pesquisador CNPq da FM-UFMG

(***) Patologista Ocular – FM-UFMG.

Recebido para publicação em 17/08/89

INTRODUÇÃO

Ambliopia é a diminuição da acuidade visual foveal em um ou mais raramente, ambos os olhos, sem que se identifique um fator ou doença orgânica como responsável. É mais provavelmente devido a uma falta de uso contínuo de uma ou ambas as fóveas para a fixação visual durante um período de desenvolvimento do sistema nervoso central, que em relação ao sistema visual se estende até os 7 anos. Basicamente é um fenômeno de privação causado pelo desuso do reflexo de fixação. A fixação deve ser desenvolvida no início de vida e estimulada até que a criança atinja aproximadamente 7 anos de idade. Caso contrário pode surgir a ambliopia. O leigo se refere ao olho ambliope como olho preguiçoso. Os casos de redução da visão devido a degeneração da mácula, atrofia do nervo óptico, cicatrizes na retina ou catarata em adulto não são considerados como ambliopia pois apresentam de per-si, uma justificativa orgânica para o comprometimento da função visual. A ambliopia decorre de alterações funcionais.

CARACTERÍSTICAS

A diminuição da visão na ambliopia tem certas características definidas. A leitura isolada (angular) de letras, símbolos ou figuras direcionais mostradas a 5 metros é melhor que as mesmas quando apresentadas em conjunto (linear). Parece que há uma certa interferência se os optotipos são apresentados de uma só vez. Assim pode se subestimar o déficit visual quando letras ou figuras isoladas são utilizadas para testar a visão, obtendo uma acuidade visual melhor do que a real. A baixa visual na ambliopia deve-se essencialmente a uma deficiência da acuidade central. A visão periférica não é afetada. Em local mal iluminado a percepção aproxima-se daquela de olhos normais. É sob boa iluminação e contraste acentuado que a redução é mais pronunciada. Além disso,

a acomodação (focalização) está frequentemente diminuída no olho acometido quando comparada com a do contra-lateral.

ETIOLOGIA DA AMBLIOPIA

A mais freqüente é a estrabísmica. Outras são causadas por ametropia, anisometria e privação.

AMBLIOPIA ESTRABÍSMICA

É a condição na qual os eixos visuais dos dois olhos não estão alinhados paralelamente. O olho desviado pode estar voltado para a região medial (esotropia) lateral (exotropia) superior (hipertropia) ou inferior (hipotropia). Como uma compensação a fim de evitar a diplopia das fóveas orientadas em duas diferentes direções deverá haver uma inibição na região foveal do olho desviado resultando em ambliopia estrábica.

Se o estrabismo é ocasional (intermitente), a ambliopia não é um problema grave. Porém, o mesmo não se pode dizer se um olho está em constante desvio, sem ser utilizado para enxergar em frente pela mácula, principalmente se ocorre nos primeiros seis anos de vida. Após esta idade, o aparecimento tardio do desvio, não é causa da ambliopia, desde que a visão tenha sido normal até esta época.

AMBLIOPIA AMETRÓPICA

Cada olho apresenta significativa alteração de refração (miopia, hipermetropia ou astigmatismo), de modo que imagens nítidas não chegam à retina. Uma boa percepção não se desenvolve, desde que a visão está comprometida nos dois olhos, o diagnóstico na criança é feito pelos sinais evidentes de dificuldade visual.

AMBLIOPIA ANISOMÉTRICA

As três ametropias (miopia, hipermetropia, astigmatismo), isoladas ou associa-

das podem ser a causa. Enquanto pequenas diferenças são bem toleradas, as superiores a 2.5 dioptrias entre os olhos poderão perturbar a visão binocular e induzir o paciente a uma visão alternante ou suprimir a imagem obscurecida de um dos olhos provocando desse modo, ambliopia naquele olho.

AMBLIOPIA POR PRIVAÇÃO

Aqui há uma alteração dos meios transparentes impedindo a formação de uma imagem bem definida na retina (principalmente na mácula), durante os primeiros meses de vida. Resulta de catarata congênita (traumática ou metabólica); opacidades (corneanas ou vítreas), sangue na câmara anterior (hifema).

A baixa visual surge precoce e dificilmente responde ao tratamento depois de seis meses de idade. É a ambliopia mais grave e pode ser uni ou bilateral, sendo a forma unilateral a mais difícil de tratar.

PROFILAXIA

A maioria das formas de ambliopia não responde ao tratamento após os seis ou sete anos de idade, resultando déficit visual permanente. Quando bilateral (como por exemplo por ametropias altas e algumas formas de privação) o paciente tem uma acentuada diminuição da visão e pode ser considerado legalmente cego. Se unilateral há perda da visão estereoscópica e diminuição da percepção de profundidade.

A única profilaxia é o diagnóstico e tratamento precoce. Isto pode ser feito nos casos de estrabismo, anisometropia e ametropia. Quando o estrabismo é pequeno, ele pode passar despercebido; se acentuado é reconhecido pelos pais da criança que a levam ao oftalmologista. A ambliopia secundária à privação, mesmo tratada, dificilmente é prevenida.

ÉPOCA DO EXAME

Uma consulta oftalmológica de rotina é recomendada em todas as crianças aos três anos de idade. Se há uma história familiar de estrabismo ou ambliopia o exame deve ser realizado até no máximo seis meses de idade. Estrabismo, ametropia, anisometropia e opacificações corneanas ou cristalínicas podem ser reconhecidas nesta época permitindo que se realize o tratamento adequado.

TRATAMENTO

Ambliopia estrabísmica - Quando o estrabismo é ocasional, esta, não se desenvolve. Se constante, e secundário ao desvio de um só olho, ocorre sempre baixa visual. O tratamento consiste em ocluir o olho não afetado de forçar o funcionamento do desviado. A oclusão continua é mais eficaz quando combinada com intervalos de uma semana por ano de vida. Quando a visão é igualada a oclusão alternada diária ou mesmo algumas horas por dia, deve ser instituída, por algum tempo, para a manutenção do resultado obtido. A supressão da fixação do olho não (na hipermetropia) é uma outra forma de tratamento que tem se mostrado adequada. Um cicloplégico, como por exemplo atropina, é aplicado apenas no olho normal. Isto provoca visão borrada no olho dominante e pode resultar na troca de preferência da fixação ou seja, no uso do olho ambliópico. Quanto maior a hipermetropia, maior será o déficit produzido pela cicloplegia e melhores serão os resultados. Em ambliopias muito severas (visão pior que 20/200) o olho submetido à cicloplegia pode ser ainda o preferido para a fixação e nestes casos este tratamento não deve ser utilizado.

A ambliopia ametrópica é tratada pela correção óptica com óculos, resultando num aumento gradual e estável da acuidade visual.

Ambliopia anisométrica: aqui indicase óculos com oclusão do olho não durante seu uso, ou melhor uma lente de contacto

(no olho ambliope). É difícil de tratar porque muitas vezes só é percebida a baixa visual tardiamente, quando o quadro já é permanente.

A ambliopia por privação é a mais difícil de tratar. Primeiro, a causa do bloqueio deve ser removida o mais precocemente possível (por exemplo: extração de catarata, transplante de córnea e correção de ptose). Outro aspecto é a correção óptica adequada afim de fornecer uma imagem definida igual à encontrada no olho sã. Isso é particularmente difícil em casos de visão monocular congênita ou catarata adquirida precocemente, já que a criança ficará afática depois da cirurgia e desse modo tem um olho muito hipermetrope e outro com pequeno erro de refração. No uso de óculos, a diferença no tamanho das imagens não permite a sua fusão e o olho normal deve ser ocluído enquanto este óculos é utilizado. Não há estímulos para a visão binocular e estas crianças invariavelmente desenvolvem estrabismo. Melhor indicação é a lente de contacto no olho operado, porque a imagem é aproximadamente do mesmo tamanho nos dois olhos, permitindo que eles sejam usados juntos; contudo, a colocação e remoção da mesma pode ser uma tarefa difícil; muitas lentes se perdem quando a criança pisca ou esfrega os olhos. Assim o tempo de correção é, mínimo e a ambliopia se desenvolve apesar dos maiores esforços por parte do oftalmologista e dos pais. Recentemente foi desenvolvida uma lente de contacto de uso prolongado especialmente para estes casos com ótimos resultados.

São lentes retiradas do olho uma vez por mês, apenas para limpeza. O implante de uma lente intraocular após a extração da catarata é também outra opção; um de nós, (RG), acumula uma experiência de 6 casos com bons resultados. Faz-se entretanto uma restrição ao implante devido ao esperado crescimento dos olhos até a idade adulta, obrigando teoricamente a uma troca de implante com algum tempo. A possibilidade de colocação do implante dentro do saco capsular impedindo o contacto das alças da lente com o tecido vascular e a limitação dos outros métodos reacendeu recentemente o interesse por este procedimento.

Uma técnica recentemente desenvolvido para correção óptica de afacia unilateral é a epiceratofacia. Consiste na sutura de um disco de córnea humana, previamente modelado segundo a curvatura e poder refrativo desejados, na córnea do paciente. O disco transplantado corrige a hipermetropia e dentro de algumas semanas estará firmemente aderido à córnea da criança. Não conhecemos a evolução a longo prazo, embora pareça que seja seguro, uma vez que o tecido doado adere à superfície anterior e não no interior do globo. A questão quanto à alteração do poder de refração decorrente do crescimento, e a idade de colocação permanece aberta. Se necessário entretanto, sua remoção é fácil e feita até em consultório. Outra cirurgia, também corneana e externa é a ceratomileusis in situ, também recente e com a qual temos experiência em apenas 1 caso.

Endereço da Autora:
Rua Tomé de Souza, 395 – aptº 301
30000 – Belo Horizonte – MG

BIBLIOGRAFIA

- 1 – FYODOROV, S. N. – The results of intra-ocular lens correction of aphakia in children – D. A. Hiles, Grune-Stratton, New York, 1980.
- 2 – HILES, D. A. – The need for intra-ocular lens in children. *Ophtal. Surg*; 8: 162-65, 1977.

- 3 – HOLOPIGIAN K; BLACK R; GREENWALD D; Clinical suppression and amblyopia. Invest. Ophthalmol Vis. Sci 29: 441-51, 1988.
- 4 – HOLOPIGIAN K; BLACK R; GREENWALD M; Seletive Loss in binocular vision in anisometropic amblyopes. Vision Res: 26: 621-31, 1986.
- 5 – MORGAN, K. S. – Arffa R. C.; Marvell, L. T. – Epikeratophakia in the pediatric patients In: Refractive corneal surgery, Sanders, Slach In., 1985.
- 6 – PRIETO DIAZ J., Souza Dias C – Sensorialidad In: Estrabismo, Rocca e Editorial Jims, 2 ed., Rio de Janeiro, 1987.
- 7 – SIRETEANIS R; Binocular vision in strabismic humans with alternating fixation. Vision Res. 22: 889-96, 1982.
- 8 – VON NORDEN G. – Examinations of patient In: Binocular vision and ocular motility, Mosby Company, 2 ed. New York, 1985.

USO DO YAG LASER EM CATARATA TRAUMÁTICA (*)

REYNALDO REZENDE, SELMA ALLEONI, ANA MARIA JUNQUEIRA
e ARCÉLIO HERMOÇO

RESUMO

Os autores descrevem um caso de catarata traumática no qual, usando-se o YAG laser, há maior facilidade no ato cirúrgico da retirada da catarata e menor traumatismo para o olho.

SUMMARY

The Use of YAG Laser in Traumatic Cataract.

The authors describe a surgery which a patient had developed traumatic cataract several years after the accident; using the YAG laser the surgery was easier and quicker than the common surgery to traumatic cataract and less intraocular damage.

L.A.P. 38 anos, brasileiro, servente escolar há 08 anos teve o olho atingido por fragmentos de vidro quando trabalhava e

como consequência houve uma perda progressiva da visão tendo desenvolvido catarata traumática.

A.P. sem outras alterações

A.F. NDN

A.V.O.D. 20/20

O.E. Percepção luminosa

Biomicroscopia; pálpebras NDN.

conjuntiva N.D.N.

córneas O.D. NDN

O.E. leucoma pequeno fora do eixo visual.

cristalino O.D. N.D.N.

O.E. Opacificação total do cristalino e núcleo reabsorvido.

P.I.O. 10:00 Hs. O.D. 10 mmHg

O.E. 12 mmHg

Fundoscopia O.D. N.D.N

O.E. impossível

O paciente foi encaminhado para o centro cirúrgico onde lhe foi aplicado Marcaina e Xilocaina para anestesia peribulbar. Após acinesia foram feitas

aplicações de YAG laser na cápsula anterior com pontos lado a lado, semelhante aos buracos de um selo a picotar. Após YAG a câmara anterior

(*) Trabalho realizado no Instituto de Olhos Reynaldo Rezende em Ribeirão Preto – SP.
Recebido para publicação em 30/08/89

estava com Tyndall de (+++++) e muitas placas soltas no humor aquoso. A cirurgia foi realizada com a fixação do globo ocular, abertura conjuntival base fôrnice, abertura esclero corneana, e colocação de substância viscoelástica na câmara anterior.

A ruptura da cápsula anterior foi no ato cirúrgico com relativa facilidade, porém restos do cristalino com placas fibrosadas estavam fortemente

aderidas à cápsula posterior e grande parte reabsorvida; ainda havia presença de sinéquias posteriores; após a lise das mesmas e retirada das massas do cristalino restava uma parte que resistia às tentativas de extração com uma dupla via; optou-se por deixá-las, pois estavam fora do eixo visual e posteriormente se causassem algum transtorno poderia ser rompida a cápsula posterior com o YAG; após estes procedimentos, foi implantada uma lente na cápsula posterior.

No 1º P.O.;

Biomicroscopia: Presença de dobras de Descemet no 1/3 superior da córnea.

Câmara anterior: células em pouca quantidade

LIO. N.D.N.

Cápsula posterior com área de fibrose (restos do cristalino)

acuidade visual O.D. inalterada 20/20

O.E. conta dedos a 2 metros e com "pinhole" 20/40-1

Fundoscopia; O.D. inalterado

O.E. N.D.N.

57º P.O.

Acuidade visual O.D. 20/20

sem correção O.E. 20/30-1 e com "Pin hole" 20/20

Ceratometria 42,50 x 46,50

Biomicroscopia permaneciam os restos na cápsula posterior na região nasal e a área central limpa

Tonometria de aplanção O.D. 16 mmHg

O.E. 15 mmHg às 9 horas

Fundoscopia compatível com normalidade.

90º P.O.

Acuidade visual O.D. 20/20

sem correção O.E. 20/25-1 e com "Pin hole" 20/20

Ceratometria 42,50 x 45,00

Biomicroscopia os restos na cápsula posterior na região nasal tinham sido quase totalmente absorvidos e a área central permanecia limpa.

Tonometria de aplanção O.D. 16 mmHg

O.E. 16 mmHg às 10 horas

CONCLUSÃO:

Com a utilização do YAG LASER, a cirurgia de catarata tem uma relativa diminuição dos riscos de perda vítrea com a diminuição do tempo e do trauma cirúrgicos dando maior segurança ao cirurgião e

principalmente naqueles casos sabidamente complicados e que com as técnicas tradicionais poderiam ter um resultado duvidoso e insatisfatório para o paciente e portanto pouco gratificante para o profissional.

BIBLIOGRAFIA:

- CATLIER, E.: The Cornea. In Moses, R.A., Adler's physiology of the eye, St. Louis, 1972, The C.V. Mosby Co.
- JAFFE, N.S.: Cataract Surgery and it's Complications, St. Louis, 1981, The C.V. Mosby Co.
- ROSEN, E.S.; HAINING, W.M.; ARNOTT E. J.: Intraocular Lens Implantation, St. Louis, 1984, The C.V. Mosby Co.
- MARCH, W.F. MD.: Ophthalmic Lasers, Laser Therapy of the Anterior segment, Thorofare, N.J., 1984, Slack Incorporated.
- SCHWARTZ, L. MD.; SPAETH, G. MD.; BROWN G. MD., Laser Therapy of the Anterior segment, Thorofare, N.J., 1984, Slack Incorporated.

GOTAS

The Use of Cyclosporine in High-Risk Keratoplasty-John C. Hill
Am. J. Opht. 107: 506-510, May, 1989

Em 57 olhos de 56 pacientes, foram realizadas ceratoplastias de alto risco, assim chamadas as que foram feitas quando os quatro quadrantes das córneas estavam vascularizados e o número de vasos excediam 20. Foram divididos em 3 grupos, o primeiro dos quais recebeu apenas instilação de corticosteróides, o 2º recebendo o corticosteróide local e sistêmico e o 3º adicionando aos corticosteróides local e sistêmico, a ciclosporina sistêmica intravenosa no ato cirúrgico. Em seguida, 15 mg/kg peso do paciente durante dois dias, por via oral, duas vezes por dia, e depois, 7,5 mg/kg. de peso do paciente por mais 2 dias. Procurava manter o nível de 250 a 400 ug/l no sangue total.

No 1º grupo, em 19 olhos, houve rejeição em 17; no 2º grupo, em 20 olhos, houve rejeição em 19 e no 3º. dentre 18 olhos operados, só houve duas rejeições.

A CORREÇÃO DA ANISOMETROPIA QUANDO SOBREVEM A PRESBIOPIA

CELSO PACIELLO, FABIO C. PACIELLO

RESUMO

Os autores preconizam o emprego de lentes progressivas nos casos de anisometropia, considerando sempre o valor do meridiano vertical, como forma de eliminar a diplopia.

SUMMARY

Correction of Anisometropia when Presbiopia Arrives

The authors employ progressive lenses in cases of anisometropia considering the value of vertical meridian in order to eliminate Diplopia.

INTRODUÇÃO

Trataremos aqui da anisometropia estritamente sob o aspecto da correção óptica, embora vez por outra nos permitamos incursionar no campo médico já que o tema entrelaça as duas atividades, mas sempre o faremos no intuito mais puro de embasar a presente proposição.

Após quase três anos de estudo e trato de cerca de 15 pacientes, ajudados ou autorizados pelos seus oftalmologistas, podemos dizer que todos como difíceis para correção com multifocais progressivos, tiveram êxito clínico e estético. Por êxito clínico queremos dizer que logramos acuidade satisfatória com ausência de diplopia e estético porque os usuários tiveram atendidas as suas necessidades com um só par de óculos e com boa aparência.

A nosso ver, a montagem das lentes nos óculos dos anisométropes jovens (visão simples) deve ser feita de tal forma que os centros ópticos (C.O.) fiquem situados à meia-distância entre o olhar para longe (posição primária) e de perto, ou ponto de visão para leitura, de tal sorte que o desvio produzido pelos diferentes prismas induzidos seja minimizado e não

provoque uma possível diplopia. O critério de posicionamento dos C.O. variará de acordo com a idade do paciente, uma vez que para crianças o campo de visão será, devido à sua pouca estatura, tanto para baixo como para cima da linha do horizonte.

Aparentemente o uso de lentes corretoras desde a infância aumenta a tolerância dos anisométropes para os efeitos prismáticos diferentes entre as duas lentes, já que não se ouvem queixas quanto a diplopia na infância e mesmo na fase adulta, ao mesmo tempo que o limite do ponto de ruptura foi, nos casos observados, até 7,00 D prismáticas na vertical.

Com o início da presbiopia começam realmente as dificuldades para a correção. Já na década de cinquenta, A. CORÓPES preconizava o uso de bifocais bicêntricos para a solução do problema. A aparência das lentes não era das melhores, mas era um recurso técnico para evitar o intolerável salto de imagem ou a diplopia. Outra técnica que tivemos oportunidade de usar foi a dos bifocais diferentes nos mesmos óculos, que a maioria não aceitava principalmente pela estética.

MATERIAL

A oportunidade de fazer óculos para pessoa de nossas relações levou-nos a tentar a solução com lentes progressivas e, diante da aceitação plena do trabalho, não tivemos receio em estender a outros casos a técnica usada e proporcionar aos usuários a possibilidade de ter lentes de boa aparência que lhes trouxessem também visão nítida, binocular e confortável.

Entre os 15 casos anteriormente mencionados contamos com 9 de antimetropia e outros com diferenças que oscilam entre 2,00 e 7,00 D. prismáticas no sentido vertical (90°).

A anisometropia no consenso geral é a diferença de correção entre dois olhos e que, para ser considerada como tal, deve ser superior a 2,00 D. Ao penetrar nos meandros da anomalia e, como ópticos que somos, começamos a cultivar dúvidas.

Por exemplo. Numa prescrição em que se lê:

$$\text{O.D.} + 3,50 - 5,00 = 10^\circ$$

Ad. 2,50 seria considerada aniso?

$$\text{L.O.E.} + 3,50 - - - -$$

Para nós, para a correção óptica sim, porque o valor do meridiano vertical aponta uma diferença de 4,25 D. entre os dois olhos. Se não esmiuçássemos essa prescrição e não fizéssemos lentes adequadas o paciente teria problemas de fusão, provavelmente.

Para nós a experiência que obtivemos até o momento nos faz crer que o emprego de lentes progressivas é mais bem tolerado do que o de bifocais, em virtude talvez da transição mais suave e natural do que da passagem abrupta do grau de longe para o de perto, embora a atividade do usuário seja fator preponderante na escolha do tipo de lente.

Transcrevemos, a seguir, um resumo dos casos constantes em nossos arquivos:

Cliente: M.C. 2-4-86

$$\text{O.D.} + 3,25 - 1,00 = 95^\circ$$

$$\text{L.O.E.} + 2,25 - 1,50 = 35^\circ$$

Trabalho executado com bifocais de topo reto sup.

Oftalmo: Dr. Carlos Henrique Bessa

prisma 2 b. INF

Ad 2,75

prisma 1 b. SUP

Cliente: M.A.S. 10-4-86

$$\text{O.D.} + 1,50 - 1,50 = 3^\circ$$

$$\text{L.O.E.} - 4,50 - 3,00 = 25^\circ$$

Cliente usava bifocais topo reto e acusava supressão. Mudamos para lentes progressivas com bases diferentes. Acomodou plenamente.

Oftalmo: Prof. Paiva Gonçalves Fº 4-4-86

prisma 1,50 b. INF

Ad. 3,00

prisma 1,50 b. SUP

Cliente: J.A.R. 6-3-87

$$\text{O.D.} - 2,00 - 1,50 = 60^\circ$$

$$\text{L.O.E.} + 1,75 - 3,50 = 85^\circ$$

Trabalho executado com lentes progressivas. Acomodação normal.

Oftalmo: Prof. Paiva Gonçalves Fº

Ad. 3,00

Cliente: D.B.O. 16-11-87

$$\text{O.D.} + 2,00 - 1,50 = 180^\circ$$

$$\text{L.O.E.} - 3,00 - 2,00 = 120^\circ$$

Receita aviada com lentes progressivas de bases diferentes e com correção prismática. Aceitação normal da correção.

Oftalmo: Dr. Paulo Nakamura

Ad. 2,50

Cliente: M.M.B.T.M. 16-11-87

$$O.D. + 1,25 - 0,50 = 65^\circ$$

$$L.O.E. + 3,25 - 0,50 = 97^\circ$$

Executamos a prescrição com lentes progressivas. Aceitação normal.

Oftamo. Dra. Liane de Rezende

Ad. 2,75

Cliente: M.E.M.R. 15-1-88

$$O.D. - 0,50 - 3,00 = 5^\circ$$

$$L.O.E. - 2,50 - 2,50 = 175^\circ$$

Utilizamos lentes bifocais de topo reto sup. a que a cliente estava habituada.

Oftalmo: Dr. Ruy C. Fernandes

Ad. 2,50

Cliente: J.V.V. 6-1-88

$$O.D. + 2,25 - 2,75 = 20^\circ$$

$$L.O.E. - 2,50 - 0,75 = 16^\circ$$

Prescrição aviada com lentes progressivas de bases diferentes. Aceitação normal, sem queixas posteriores.

Oftalmo: Dr. Roberto Lucio Caetano Silva

Ad. 1,50

Cliente: M.S.F. 8-9-88

$$O.D. + 1,50 + 0,50 = 105^\circ$$

$$L.O.E. - 1,50 - 1,50 = 80^\circ$$

Trabalho executado com lentes bifocais de topo reto superior.

Oftalmo: Dr. Paulo Galvão (Inst. Hilton Rocha)

Ad. 3,00

Cliente: M.F.C. 21-12-88

$$O.D. - 2,50 - 1,25 = 75^\circ$$

$$L.O.E. - 7,00 - 0,50 = 120^\circ$$

Usamos lentes progressivas que o cliente já usava mas com desconforto. Portador de assimetria facial, vertical de 2 m/m.

Oftalmo: Dr. Carlos Magno de Almeida

Ad. 3,00

Cliente: D.L.C. 9-1-89

$$O.D. + 1,75 - 0,25 = 20^\circ$$

$$L.O.E. - 1,00$$

Sem informações sobre antecedentes. Executamos o trabalho com lentes progressivas de bases diferentes. Sem queixas.

Oftalmo: Dr. Roberto Lucio C. da Silva

Ad. 2,50

Cliente: F.S.T.B.Q. 28-2-89

$$O.D. - 0,25 - 1,75 = 80^\circ$$

$$L.O.E. - 1,75 - 1,00 = 150^\circ$$

Cliente já adaptado a lentes progressivas. Voltou há pouco para refazer uma lente quebrada.

Oftalmo: Dra. Edith Finkel

Ad. 2,75

Cliente: L.T.L. 16-3-89

$$O.D. - 2,25 - 1,50 = 80^\circ$$

$$L.O.E. + 0,50 + 0,50 = 90^\circ$$

Cliente já adaptado às lentes progressivas mas com desconforto. Insistimos na indicação das lentes e 1 mês após a informação foi positiva.

Oftalmo: Dr. Ney Feijó

Ad. 3,25

Cliente: P.B.L. 3-3-89

Oftalmo: Dr. Humberto Sampaio

O.D. – 6,75 – 1,50 = 80º

L.O.E. – 11,50 – 1,50 = 82º

Ad. 3,50

Cliente habituado a lentes bifocais mas acusando desconforto para o trabalho (é arquiteto). Indicamos lentes progressivas e após relativo período de adaptação informou em sucessivas ocasiões boa aceitação.

Cliente: M.S.P. 19-4-89

Oftalmo: Prof. Henri Curi

O.D. + 3,50 – 5,00 = 10º

L.O.E. + 3,00

Ad. 2,50

O meridiano vertical apresenta um desnível de 4,25 D. Continuamos usando lentes progressivas com plena aceitação em todos os campos.

Cliente: M.C.S. 5-6-89

Oftalmo: Dr. Marco Antonio de Almeida

O.D. – 0,25 – 1,00 = 70º

L.O.E. + 2,25 – 0,75 = 103º

Ad. 2,50

Continuamos aplicando bifocais de topo reto sup. que já era usado.

Cliente: O.S.M. 30-6-89

Oftalmo: Dr. Eduardo da Silva (H. Carmo)

O.D. – 3,50 – 1,25 = 140º

L.O.E. + 2,25 – 1,50 = 135º

Ad. 3,25

Cliente atendida em 1975, usando bifocais de bases prismática central. Em 1982, com nova prescrição passou a usar topo reto sup. Nesta ocasião, com nova refração e ajudada por correção prismática descobriu-se que havia supressão anteriormente.

AGRADECIMENTOS

Aos senhores oftalmologistas que acreditaram, apoiaram e incentivaram a nossa idéia e o nosso trabalho.

Endereço dos Autores:

Rua Uruguaiana, 55, salas 907/908

Rio de Janeiro – RJ

BIBLIOGRAFIA

- 1 – Bifocais, Trifocais e Multifocais – Aderbal de A. Alves
- 2 – Elementos de Óptica para o Balconista – Jerônimo J. da Motta
- 3 – Lições de Ótica – Alfred Reinhardt
- 4 – Manual del Óptico – Alejandro Gleichen, Erich Klein e Alois Gerold
- 5 – Memento Varilux – Essel, Paris
- 6 – Noções de Óptica – Durval Prado
- 7 – O prisma na área de perto dos bifocais – A. Coropes
- 8 – Ophthalmic Dispensing – Russel Stimson
- 9 – Óptica Fisiológica Clínica – E. Gil Del Rio
- 10 – Palestras realizada no I.A.P.I. – A Coropes
- 11 – Rodenstock Information
- 12 – Sugerencias Utiles en Optica Oftalmica – Bausch & Lomb
- 13 – Técnica de Ótica Optometrica – Adelino Miranda

SÍNDROME DE PARRY ROMBERG COM COMPROMETIMENTO PALPEBRAL PRECOCE (Relato do Caso)

† VALENTIM NUNES ARAÚJO (*)

RESUMO

O autor relata um caso de síndrome Parry Romberg com atrofia hemifacial, em um paciente, sexo masculino, de 34 anos, branco, natural de Alegrete, RS., com comprometimento ocular devido a dificuldade do fechamento palpebral.

SUMMARY

Parry Romberg's Syndrome with early Palpebral Compromising.

The author reports a case of Parry Romberg's Syndrome in a patient 34 years old, white, man, with ocular compromising due to difficulty in palpebral closing, where there is progressive hemifacial atrophy, reaching the zygomatic and temporal region, presenting a picture of keratitis by exposure, presence of conjunctival secretion; the temporal region biopsy-resulting in collagenosis.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Parry Romberg é uma enfermidade crônica do tecido conectivo que compromete a flexibilidade da pele, sua capacidade de ser pregueada e deprimida, apresenta-se compacta à palpação. De etiologia desconhecida, é uma forma de esclerose sistêmica, progressiva, de início edematoso e a seguir atrofiante, levando a quadros de atrofia rígida. (1-4-8).

Localiza-se mais freqüentemente na porção alta do tronco e do pescoço.

A forma em faixa se caracteriza por seus elementos serem dispostos em tiras lardáceas, aderentes ou não aos planos subjacentes, atingindo os membros e face. Na face a lesão cruza na fronte e parte do couro cabeludo, sob a forma atrófica, de-

primida ou pigmentada, na qual pode desenvolver-se uma hemiatrofia facial e, uma hemiatrofia lingual, esta forma envolve estruturas subjacentes ou seja, musculatura e ossos dos membros e face, sob o nome de esclerodermia linear, descrita em 1948 por Rubin-Rothman. (3).

Dois fatores são importantes no aparecimento da esclerodermia, o excesso de colágeno e alterações vasculares, levando a alterações cutâneo-viscerais, incide mais no sexo feminino (3:2), entre a terceira e quarta década de vida (6) geralmente unilateral em 90% dos casos, mais freqüente na hemiface esquerda; pode vir acompanhada com o fenômeno de Raynaud.

Nos casos precoces pode aparecer como um enoftalmo unilateral. A córnea pode apresentar-se com ceratite por expo-

(*) Médico Oftalmologista – Alegrete, RS.

Recebido para publicação em 08/08/89

sição, devido ao ectrópio; quadro similar observa-se também na síndrome de Horner.

RELATO DO CASO:

Paciente L.A.A. 34 anos, sexo masculino, leucodérmico, natural de Alegrete, RS., Brasil, procurou o consultório com queixa de secreção conjuntival no olho direito e afundamento da órbita direita há menos de 1 ano. Esta secreção regredia com o uso de colírios à base de antibióticos e que logo após a interrupção do tratamento, reincidia a secreção com intensidades variadas, sendo mais pelo período da manhã. Foi feito um teste de sensibilidade aos antibióticos cujo material foi colhido da conjuntiva do olho direito dando como isolado *Staphylococcus áureus*, presença de *Plasma* coagulase positiva, prova da DNA se positiva. (7).



Na cultura de secreção conjuntival confirma o teste de sensibilidade aos antibióticos.

No citológico a secreção conjuntival apresentou a seguinte composição celular:

- raras células epiteliais;
- numerosos neutrófilos parcialmente degenerados;

– alguns linfócitos; pesquisa de células com inclusões: Negativa.

Foi feita uma biópsia da pele na região temporal, dando como resultado colagenase, pois apresenta um enoftalmo no olho direito com atrofia da gordura bulbar e pele, lagoftalmo com ceratite de exposição secundária.

Antecedentes pessoais: Não relata história de doenças de pele na família e nem doenças sistêmicas.

Exames oftalmológicos: Hiperemia conjuntival, OD – secreção purulenta, dificuldade no fechamento palpebral, fotofobia, perda de cílios, isocoria.

Acuidade Visual: O.D. – 20/80 (Snellen)

O.E. – 20/30 (Snellen)

Fundo de Olho: sem alterações.

Tonometria de aplanção: normotenso.

DISCUSSÃO:

A intensão do trabalho é relatar um patologia não comum em nosso meio que é a esclerose sistêmica progressiva com envolvimento ocular, o quadro clínico é predominantemente dominante por sintomas de influência vascular devido a anomalias nas arteríolas e capilares e por fibroses progressivas em outros órgãos. É uma atrofia progressiva; foi descrita por Parry e Romberg, entre 1820 e 1840, sua etiologia é desconhecida. (4).

É uma patologia habitualmente que incide mais em mulheres na terceira e quarta década de vida, dando o percentual de duas ou três vezes mais freqüente que nos homens.

A complicação ocular mais freqüente é o comprometimento na pele da face, atingindo as pálpebras produzindo blefarofimose lagoftalmo e ptose. (6-4-1).

A diminuição da secreção lacrimal, céra conjuntivite e algumas ceratites de exposição devem-se ao encurtamento dos fundos de saco devido a fibrose. É raro o envolvimento dos músculos extraoculares, que levaria a um hipolimitação de seus movimentos. (2-3).

Além do envolvimento cutâneo, podem ser acometidos, esôfago, músculos, articulações, pulmões, coração, intestinos e rins. Este último quando ocorrem lesões, 50% evoluem para o óbito.

As manifestações oculares principais na esclerodermia, são 80% palpebral, 50% alteração no filme lacrimal, 30% cerato conjuntivite, 20% diminuição do saco lacrimal. Geralmente conserva-se com acuidade visual razoável, exceto nos casos de

uveítes, de glaucoma secundário, opacidade vítrea, úlcera marginal. (8-1).

Quanto a terapêutica não existem drogas específicas que possam freiar a progressão da esclerodermia, porém o que se tenta fazer são terapêuticas voltadas para as manifestações clínicas que surgem na sua evolução, dentre estas; uveítes e ceratoconjuntivites por exposição secundária. (4.3).

BIBLIOGRAFIA

- 1 – ARNETT, F.C., and Michels, R.G.: Inflammatory ocular myopathy in systemic sclerosis (scleroderma). A case report and review of the literature. Arch. Intern. Med. 132: 740-743, 1973.
- 2 – BARA, J., et al.: Gougerot-Sjögren's syndrome revealing scleroderma and Besnier-Boeck-Schaumann's disease. Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 74:371, 1974.
- 3 – GELLIS, S.S. & FEINGOLD, M. Hemifacial atrophy (Romberg's syndrome). Am J. Dis Child, 134: 883-884, 1980.
- 4 – GRAYSON, M., and PIERONI, D.: Progressive facial hemiatrophy with bullous and band-shaped keratopathy, Am. J. Ophthalmol 70:42, 1970.
- 5 – GRAYSON, Merriel. Diseases of the Cornea, Mosby Company. St. Louis. Toronto-London, 1985, p. 489.
- 6 – MILLER, M.T.; SLOANE, H., GOLBERG, M.F., GRISOLANO, J., FRENKEL, M. & MAFEE, M.F. Progressive hemifacial atrophy (Parry-Romberg disease) – 1. Pediatr Ophthalmol Strabismus, 24 (1): 27-36, 1987.
- 7 – DANTAS, ADALMIR MORTEÁ. Doenças Sistêmicas e Olho. Pirâmide livro médico editora Ltda, 1987, p. 247.
- 8 – RABELLO e FRAGA. Atlas de Dermatologia. Editora Guanabara Koogan, 1970, p. 130.

Sociedade Brasileira de Oftalmologia

Dando seqüência ao 17º Curso de Especialização foi realizado o capítulo sobre estrabismo coordenado pelo Dr. Samuel Cukierman, de 12 de setembro a 21 de outubro; o capítulo sobre glaucoma coordenado pelo Prof. Dantas Coutinho, de 10 de outubro a 9 de novembro; o capítulo sobre Urgências coordenado pelo Dr. Flávio Rezende, de 7 a 16 de novembro; o capítulo de Neuro-Oftalmologia coordenado pelo Dr. Sergio Fernandes, de 20 a 28 de setembro.

Em prosseguimento ao 18º Curso de Especialização foi realizado o capítulo sobre propedêutica oftalmológica coordenado pelo Dr. Almir Ghiaroni, de 18 de setembro a 19 de outubro; o capítulo sobre conjuntiva coordenado pelo Dr. Murilo Fontoura Carvalho, de 16 a 25 de outubro; o capítulo sobre clínica e cirurgia de pálpebras coordenado pelo Dr. Evaldo Machado dos Santos, de 1 a 9 de novembro.

O Presidente da SBO – Dr. Flávio Rezende deu posse em 28/09/89 aos seguintes novos sócios: Membros Aspirantes – Francisco Javier Sorensen Amarilla – Klaus Teodoro Alves – Norberto Seminotti – Ricardo Silva Esper – Zaira Pinheiro Palacio. Membros Corespondentes – Arnaldo da Cruz Ribeiro – Augusto Cesar Batista e Silva – Eduardo Pinto Patury – Gabriela Corrêa Meyer – Henrique Jorge Teles de Paula – Joel Carvalhal Borges – Luiza Mieko Mori Sugiyama – Manuel Augusto Pereira Vilela – Marcos de Oliveira Santos Mascarenhas – Mário Massamitsu Ueno – Vera Rachel de Freitas Paccola. Membros Titulares – Adelmo Sousa Leão – Amaury Cesar Cagliari Hernandez – Antonio Marcelo Barbante Gasella – Arlete Maria de Oliveira Côrtes – Augusto Adam Neto – Benito Juarez Borges de Souza – Eder Massao Ueda – Edgley Maciel Lacerda – Guaracy Maia Chaves – Héctor Nery Pineda Mendoza – Hildo Pereira Lima – Jefferson Olmedo Torres – João Marcio Fernandes – Joel Edmur Boteon – José Deusaman de Souza Fernandes – José Milton Farias Moura – José Wilson de Lima – Luiz

Antonio Maiello – Luiz Roberto Silva Rodrigues – Luiz Roberto Melo de Oliveira – Mauro Muiños de Andrade – Mônica dos Santos Carvalho Cabral – Nancy Maria Nery Arantes – Pedro Pires de Souza – Renan Niederauer Coelho – Roberto Magno Nunes – Sergio Tapioca Bastos. Transferências para Membro Titular – Achyles Tomazelli Neto – Adilson Fernando Novaes – Alexandre Canhada Ayarrolho – Aluisio Antonio Balieiro Diniz – Amaro da Silva Lopes – Analia Suehiro Graminho – Antonio Carlos Pimentel Queiroz – Antonio Mendes de Oliveira – Derly Silva Streit – Durval Moraes de Carvalho – Eudes Cavalcante Costa – Fernando Medeiros de Oliveira – Helio Massa – Iran Malfitano Arantes – Jack Arnold Oliveira Lima – João Alberto Holanda de Freitas – José Cicero Dantas Filho – José Mallouk Sobrinho – José Mário Borges Fortes Lima – José Onofre Braga e Silva – José Ribeiro Simões – Laercio Motoryn – Leonardo Lanna Dolabella – Lhano Adorno – Luiz Alberto Junzo Shiramatsu – Luiz Roberto Silva Rodrigues – Luiz Sergio Pacheco Santos – Maria Elizabeth Couto Natal – Maria Juliana Rodrigo Tejerina – Maria de Lourdes de Carvalho Faissal – Marivaldo Alves Oliveira – Paulo Henrique Santana Rego – Paulo Zelter Gruenmacher – Roberto Dias de Paula – Ricardo Tavares Machado França – Roberto L. Rubinstein – Roberto W. Alvarenga Pacheco – Rodovalho Rego Souto – Rosemary Daye – Sergio Roberto Criado – Vonk Iek Leong – Yandi Curvacho de Faria. Eméritos – Levy Lopes da Silva e Oswaldo Cardoso de Melo.

28ª SESSÃO EXTRAORDINÁRIA

Em colaboração com a Clínica Oftalmológica do Hospital Universitário Gama Filho (Serviço do Prof. Yoshifumi Yamane), realizou-se em 26/10/89.

Programa:

1 – “R.I.M. GUAGE” – Novo Instrumento para Calibrar Bisturi de Diamantes nas R.K.
(10) – Darcy A. Domingues e Ricardo Costa

Silva; 2 – Amiloidose Localizada da Córnea. Relato de 2 Casos Clínicos (10) – Aileen Walsh e Armando Crema; 3 – Síndrome de Perry-Romberg: Hemiatrofia Facial. Relato de 1 Caso Clínicos (10) – Luiz Felipe G. Martins Ribeiro; 4 – Paralisia do 3º e 4º Nervos por Astrocitoma Bilobulado do IV Ventrículo (10) – Yoshifumi Yamane e Marisa Mazza; 5 – Síndrome de Sturge-Weber. Relator de 1 Caso Clínicos (10) 6 – Sergio Henrique Meireles e Maria Angela Rubini; Retinite Necrosante por Citomegalovirus – AIDS – Relato de 2 Casos Clínicos (10) – Marco Aurélio V. Figueiredo e Antonio Carlos Centelhas; 7 – Ceratoplastia Penetrante no Ceratocone. Considerações Gerais (20) – Luiz A. Molina e Rachel B. de Souza.

O Presidente da SBO – Dr. Flávio Rezende deu posse aos seguintes novos sócios: Membros Aspirantes – Bernardo Arcadio Arce – Simone Rebello Esteves Areal. Membros Correspondentes – Alba Lúcia Lisboa Lemos França – Aliana Regina Unikowski Grimberg – Carmem Silvia Kupper Marino – Carlos Roberto Fonçatti – Cezar Luiz Guindani – Clodiomar Bezerra Amorim – Constantino Kader Conde – Edson Luiz Granzotto – Eneir Luiz Colpo – Eneias Pereira da Silva – Fábio Lúcio Campos dos Santos – Fernando Bauermann Lummertz – Geraldo de Arruda Maciel – Héctor Vaca Ledesma – Hercules Bruno – Herminio De David – Hilton Antonio Guilherme Lustosa Magalhães – Ilson Barra – Jacqueline Hedva Katina – Jair Sanchez – Janio Takechi Kamei – João Carlos de Carvalho Marcondes – Jonalito Ferreira da Silva – Jorge Antonio Weissmeier – Jorge Jodi Murata – Jorge Melo Mantilla Barra – José Vicente Torres Homem Neto – Josenizia Rabelo de Castro Oliveira – Juan Carlos Sanchez Cabanero – Jupira Mazza Pedroso – Lilian Luz Leitão Guerra – Luiz Fernando Gomes – Marcio Husek Carrion – Maria de Lourdes Motta Moreira Villas Boas – Maria Virginia Gomes Vinagre – Mônica Maria Ventura Pinto de Oliveira – Paulo Fernando Domene-

ghetti – Pedro Luis Anastacio – Pedro Roberto Tirabosqui – Reinaldo Criado – Ricardo Infante Ferreira – Sandra Maria Ferreira Torres-Homem – Selma Miyazaki – Suzana Souza dos Santos Rosa. Membros Titulares – Ana Fátima Porto de Miranda Teixeira – Antonio Henrique Gambarte – Antonio Tripolini Filho – Arthur Mendes Pedroso Filho – Augusto Adam Netto – Augusto Paranhos – Carlos Augusto de O. Pimentel – Carmo Mandia Junior – César da Silva Lopes – Cosme José Albergaria da Silva – Dalva Noeli Cordeiro – Deborah do Amaral Marcondes Armando – Edilson dos Santos Araujo – Edgar Masayuki Aiziro – Edson Carvalho da Silveira – Egle Renata Attadia Costa – Francisco José Gentile Chagas – Eraldo de Albuquerque Veloso – Fabio Guimarães Lobo – Fernando Cesar Cabral – Fernando Sanaio – Gonzalo A. Espejo Gallo – Gilberto Luis Casarin Filho – Gustavo Nogueira Rocha e Silva – Hiroshi Tanaka – Ilmo da Silva Van-Gysel – Jayme Antonio Persin – Jaime Fernandes – João Alfredo Dietrich – João Carlos Bauer Schäfer – Joaquim José Xavier – Jorge Hage Amaro – José Carlos Eudes Carani – José Carlos Nardy – José Carlos Zenha – José Pardo – José Roberto Nascimento de Moraes – Juarez Gomes da Silva – Lenise Richter Zanella – Lech Michal Szymanski – Luiz Alfredo de Abreu Fialho – Luiz Carlos Yoshinobu Inada – Luiz Tadeu de Mascarenhas Ambros – Marcelo Sonehara – Marcus Vinicius de Lima Bigeli – Maria Cristina Mendes de Lima – Marília Vitoriano Portela – Marineuza Rocha Memória – Mario Ikeda – Mauricio Perin – Miriam Celeste Pereira – Nelson Norio Miyazaki – Nicolau José Loeff Neto – Nilza Elizabeth Umpierrez Amaral – Nolvar Selvino Spessatto – Olinto de Araujo Neto – Osvaldo Pereira Gomes – Paulo Mitsuru Imamura – Paulo Roberto Ribeiro Fernandes – Paulo de Tasso Paro – Procópio Miguel dos Santos – Ricardo Antonio Pereira – Ricardo Souza Feliz – Ronaldo Slud Brofman – Rubens Gurski – Rui Monteiro Casanova – Satoshi

Yasuta – Selem Ricardo Bark – Sergio Kwitko – Sergio Schuindt – Sidney Elias Abucham – Silvio Correa da Fonseca – Shigueta Sato – Tânia Mariza Martins Silva – Telmo Barros Medvnovsky – Teófilo Pereira da Silva Neto – Toufic Mohammad Sleiman – Valfrido Zacarias da Silva – Valter Pereira – Victor V.T. F. Johnson. Transferência para Membro Titular – Adilson Tecchio – Adolfo Kischinevsky – Antonio Fernandes de Miranda – Benito Ricardo Primiano – Camilo de Lelis Vieira – Carlos Daniel dos Santos Aranha – Carlos Magno de Almeida – Ciro de Camargo Andrade – Cristina de Azevedo Nascimento – Dorislay Barbosa de Souza Camargo Andrade – Dorival Arabe – Enio Torres Perez – Erma-

no Flávio Alves da Silva – Fernando Antonio Rodrigues Pinto Antunes – Geraldo Tramujas de Azevedo – Ginger Sologe Baranhuk – Gladis Marchiori Marcon – Jader da Silva Alves – João Carlos Mendonça Soares – João Edward Soranz Filho – Jougí Yamashita – Leonardo Izecksohn – Luci Maria Barbosa Vieira – Luiz Armando Gondim Guimarães Jr. – Luiz Bragança Marinho Falcão – Marcia Marinho Dantas Coutinho – Marcos Eduardo Adami – Marly Hirata Figueiredo – Nelio Capelanes Carniato – Norma Helem Medina – Paulo Cezar Freitas de Assis Pereira – Paulo Cesar dos Santos – Ruy Barbosa de Souza – Vera Christina Waller de Lima – Vilma Setter – Wania Bridon Giglio.

Perguntas e Respostas

PERGUNTA: DR. após capsulotomia com Nd: YAG Laser?

RESPOSTA: Respondendo a indagação sobre YAG Laser e descolamento de retina temos a informar o seguinte:

Que em 1.000 YAG Lasers realizados em nosso serviço pelos Drs. Francisco Tavares e Ivo Fleury tivemos 4 casos de descolamento de retina no período imediato após as aplicações.

Os 4 casos estavam no grupo de alto risco, 2 com miopias altas e 2 com história

de descolamento de retina. Antes do YAG Laser na nossa pequena série de capsulotomias mecânicas feitas segunda a técnica descrita por Mc Intire não tivemos nenhum caso de descolamento.

Não temos experiência com a capsulotomia feita através da pars plana, mas presumimos que esta estaria mais propensa a descolamentos.

TADEU CVINTAL