

Iridencleisis protegida. Uma nova opção no tratamento cirúrgico do glaucoma primário

Fernando Paiva **

INTRODUÇÃO

Escolhemos para a realização deste trabalho um velho tema. Velho mas sempre em evidência graças às suas múltiplas implicações médico-sociais, constituindo-se em todo o mundo num grave problema de saúde pública pelo alto índice de cegueira que é capaz de determinar. Trata-se do glaucoma, que segundo recentes estatísticas da ONU, atinge cerca de 2 a 4% da população mundial. Isso significa em termos de Brasil que, aproximadamente, dois milhões e seiscentos mil brasileiros são portadores de glaucoma.

Neste trabalho adotamos a classificação aprovada no Simpósio sobre "Glaucoma Primário", organizado por "THE COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATION OF MEDICAL SCIENCES" e realizado no Canadá, em 1954, sob os auspícios da UNESCO e WHO. Nesse Simpósio que foi presidido por Duke-Elder (3) o glaucoma primário foi dividido em: a) glaucoma de ângulo fechado ou glaucoma agudo e b) glaucoma crônico simples.

Feita a escolha do tema "Glaucoma Primário" nos fixamos especificamente no seu tratamento cirúrgico.

Embora o glaucoma crônico simples possa ser tratado de modo satisfatório por meios clínicos, sendo excepcionais os casos que necessitam de cirurgia, devemos encará-lo do ponto de vista sócio-geo-econômico, como uma doença muitas vezes de indicação operatória.

Os métodos cirúrgicos empregados nos pacientes do serviço hospitalar onde trabalhamos são: a Iridencleisis, a Termocauterização de Scheie, a Trabeculectomia e a Iridectomia basal.

No presente trabalho iremos relatar nossa experiência com um processo cirúrgico combinado intitulado de "Iridencleisis Protegida" ou "Iridencleisis sub-escleral"; tal como foi descrita por Giessmann e Pambor (6), El-Schewy (4) e Paiva (9).

MATERIAL E MÉTODO

A intervenção cirúrgica, motivo deste trabalho, foi realizada em doze olhos de pacientes portadores de glaucoma primário.

Levamos em consideração apenas um parâmetro, a pressão intraocular.

Todos os pacientes são matriculados na Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Dos casos operados três eram portadores de glaucoma de ângulo estreito, tendo todos história de crise aguda controlada clinicamente.

Cumprimos um pré-operatório adequado para cada caso, constante de uma série de exames clínicos e laboratoriais que julgamos necessários.

O processo cirúrgico empregado consiste na associação da Iridencleisis com um retalho escleral lamelar, semelhante ao utilizado nas Trabeculotomias e Trabeculectomias por Harms e Dannheim (7) e Cairns (1) com finalidade de cobrir e dar melhor proteção ao pilar iriano encravado entre os lábios da esclerotomia. Com essa dupla proteção, isto é, escleral e conjuntivotenoniana pretendemos evitar a formação das ampolas gigantes, sem prejuízo do mecanismo de drenagem responsável pela normalização da pressão intraocular, e, também, proporcionar melhor proteção à área de filtração contra agentes infecciosos, exógenos.

TÉCNICA OPERATÓRIA

- 1) Anestesia do globo ocular.
- 2) Fixação do músculo reto superior com fio 5-0.
- 3) Abertura das pálpebras com blefarostato.
- 4) Preparação de amplo retalho conjuntivotenoniano, de base límbica, que é rebatido sobre a córnea.
- 5) Feitura do retalho escleral lamelar de 5 x 5 milímetros cuja dissecação deve se estender até a intimidade das lâminas transparentes da córnea, facilmente identificável pela sua coloração azulada. O retalho assim preparado é mantido sobre a córnea por meio de um fio de sutura ou por uma pinça.
- 6) Abertura da câmara anterior por uma incisão horizontal, paralela ao limbo de cerca de três milímetros de comprimento, no leito escleral previamente preparado pela dissecação de um terço da sua espessura.

* Resumo da dissertação apresentada para a obtenção de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco.

** Professor colaborador de Oftalmologia da Faculdade

de título de mestre em Oftalmologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco.

7) Exposição da raiz da íris por meio de pequena pressão no lábio escleral da limbotomia, quando ela não exterioriza espontaneamente.

8) Iridotomia radial. O pilar nasal é deixado preso entre os lábios da incisão escleral enquanto o pilar temporal é espatulado para dentro da câmara anterior ou seccionado. Em alguns casos, os de número 2 e 3, incluímos os dois pilares e o caso de número 12 foi incluído o pilar temporal. Há quem

prefira fazer uma iridotomia periférica e deixar encravada a pequena lingueta de íris assim preparada. Nesse caso fica conservado o esfíncter pupilar.

9) Sutura do retalho escleral com um ou mais pontos. Nos últimos casos operados fizemos apenas dois pontos de sutura, um em cada ângulo do retalho escleral. O retalho conjuntivotenoniano é suturado em seguida. (Figs. 1 a 3).

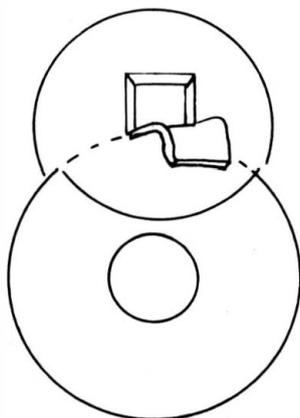


Figura 1

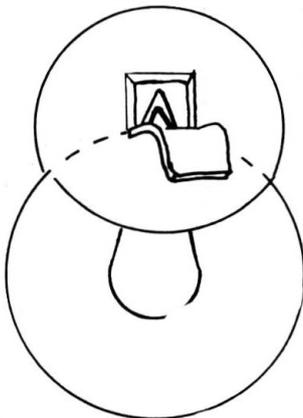


Figura 2

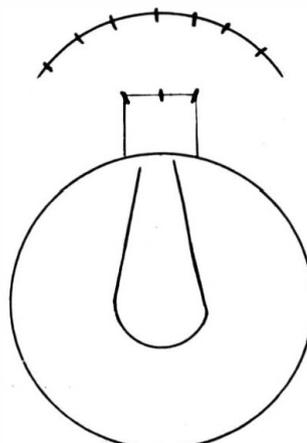


Figura 3

10) O ato operatório termina com uma injeção de corticoide sub-conjuntival, colírio de atropina a 1% e de antibiótico (Gentamicina).

Pós-operatório: midríaticos e corticoide locais durante vinte dias, em média, e depois descontinuado.

A pressão intra ocular é medida com o tonômetro de aplanção de Goldmann a partir do terceiro dia.

COMENTÁRIOS

Na literatura sobre associação de métodos cirúrgicos conhecidos, com a finalidade de aproveitar os benefícios de cada um deles na normalização da pressão intra ocular em glaucomatosos, encontramos os seguintes: a) Trepanação de Elliot sob retalho escleral, b) Iridencleisis periférica com trabeculectomia, c) Termocauterização de Scheie sob retalho escleral, d) Iridencleisis sob retalho escleral (5, 2, 10, 8, 6, 4, 9).

Todas essas combinações tiveram como motivação contornar algumas complicações que vez por outra aparecem em cada uma delas quando feitas isoladamente, embora sejam todas excelentes meios cirúrgicos, con-

forme mostram de forma consagrada, as estatísticas.

Na nossa experiência com a Iridencleisis Protegida observamos que a câmara anterior sempre se apresenta refeita precocemente e a ampola de filtragem em todos os casos era plana e difusa, quase imperceptível.

Ao contrário da trabeculectomia, iridencleisis protegida não necessita de microscópio cirúrgico para a sua realização e além disso é menos mutilante para o olho, pois não remove parte do tecido escleral e corneano, nem destrói o canal de Schlemm e trabeculado.

A reação uveal foi mínima e o olho manteve-se "calmo" todo o pós-operatório.

RESULTADOS

A Iridencleisis Protegida ou sub-escleral correspondeu plenamente ao que tínhamos imaginado. Os resultados funcionais foram bons, assim como a boa proteção dada pelo retalho escleral à área de drenagem do humor aquoso.

Obtivemos 91,6% de normalização da pressão intra ocular, sem auxílio de medica-

mentos hipotensores e 8,4% com colírio de Pilocarpina a 2%.

QUADRO SINÓPTICO
IRIDENCLEISIS PROTEGIDA EM 12 OLHOS COM
GLAUCOMA PRIMARIO

Casos	Olho	Data da cirurgia	PO antes	PO depots
1	D	13.03.79	32	10
2	D	22.03.79	40	18
3	D	20.04.79	32	10
4	D	08.05.79	34	13
5	E	08.05.79	30	14
6	E	15.05.79	60	13
7	D	28.05.79	24	06
8	D	15.06.79	60	12
9	E	26.06.79	34	12
10	D	26.06.79	38	12
11	D	13.07.79	22	08
12	E	19.07.79	28	08

RESUMO

O autor realizou doze cirurgias em olhos portadores de glaucoma primário, empregando um novo processo cirúrgico, a "Iridencleisis Protegida" ou Sub-escleral. Considerou apenas, a normalização da pressão intra ocular. Obteve 91,6% de normalização da pressão intra ocular, sem auxílio de medicamentos hipotensores e 8,4% com o uso de colírio de pilocarpina a 2%. Conseguiu também uma boa proteção na área de filtração, graças ao retalho escleral.

SUMMARY

The author conducted twelve surgeries in eyes affected by Primary Glaucoma Process the PROTECTED IRI-DENCLEISIS or SUBSCLERAL.

He solely considered the normalization of intra-ocular pressure. He obtained a normalization of 91,6 per cent of intraocular pressure without the support of hypotensory drugs and 8,6 per cent with the use of pilocarpine eyedrops at 2 per cent.

He also achieved good protection of the filtration area due to the scleral patch.

BIBLIOGRAFIA

1. CAIRNS, J. E. — Trabeculectomy. Preliminary report of a new method. Amer. J. Ophthal. 66: 673, 1968.
2. CASTILLA, C. — Técnica da trepano-trabeculectomia. XII Cong. Panam. Oftal. — Miami, 1979.
3. DUKE-ELDER, S. and others — Glaucoma. A Symposio organised by the Council for International Organizations of Medical Sciences (UNESCO and WHO). — Masson et Cie. Paris, 1955.
4. EL-SHEWY, T. M. — Subcleral iridencleisis in open angle glaucoma. Ophthalmologica. 169: 285, 1974.
5. Fronimopulus — Klin. Mbl. Angenheilk. — 159: 564, 1971.
6. GIESSMANN, H. G. & PAMBOR, R. — Iridencleisis mit Skleradeck.c. Klin. Mbl. Angenheilk. 163: 486, 1973.
7. HARMS, H. & DANNHEIM, R. — Erfahrungen mit der Trabekulomie ob Externo, beim Angeborenen Glaukom. — Ber. Dtsch. Ophthal. Ges. — 69: 272, 1968.
8. MOSTAFA, S. — Tagg. D. Agypt. Ges. Angenarzte. 1973.
9. PAIVA, C. — Iridencleisis Protegida. — 1.º Encontro Norte-Nordeste de Oftalmologia Recife, 1979.
10. SILVA, J. M. Vineusa — Peripheral Iridencleisis with Trabeculectomy. XII Cong. Panam. Oftal. Miami, 1979.