

III CURSO SOBRE ATUALIZAÇÃO EM OFTALMOLOGIA, PARA OS OFTALMOLOGISTAS DAS SECRETARIAS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO DE SÃO PAULO: DOENÇAS EXTERNAS OCULARES.*

R. Belfort Jr.; H. Molinari; P. Bei; I. Neustein;
R. Uras; W. A. Silva e W. Portellinha

Doenças externas oculares são aquelas que se localizam na córnea, conjuntivas, pálpebras, glândulas e vias excretoras lacrimais.

São as doenças mais comuns da patologia ocular e, após os problemas de refração ocupam o primeiro lugar em frequência nos pacientes examinados em nossos consultórios.

1ª AULA: ROTINA DE EXAME CLÍNICO E LABORATORIAL

1. Rotina de Exame Clínico

Anamnese — Deve ser incisiva, indo direto aqueles sintomas que podem levar à orientação do diagnóstico.

Exemplo: duração dos sintomas, olho incomoda mais pela manhã ou à tarde; piora em determinada época do ano, ou em outra cidade, se coça, se arde, se doi ou apresenta fotofobia, se tem tido febre ou dor de garganta, se tem conhecidos com problema igual, se tem boca seca, se apresenta reumatismo, se usou medicamentos com esteróides etc.

Exame externo — O oftalmologista precisa se acostumar à palpação do gânglio pré-auricular (emplantado nas conjuntivites agudas foliculares).

A inspeção do rebordo palpebral verificando triquiases e sinais de blefarite, verruga ou molusco contagioso pode elucidar frequentes casos de cerato-conjuntivites crônicas.

O exame biomicroscópico das conjuntivas e da córnea pode ser realizado rapidamente e em todos os casos.

A observação inicial de um sinal ou sintoma que sugira diagnóstico deve ser sempre confirmada pelo exame biomicroscópico.

No exame das conjuntivas um dos conhecimentos mais gratificantes para o diagnóstico etiológico exato é a identificação de papilas e folículos. E, no entanto, fundamental sua diferenciação. Papilas são pequenas elevações poligonais com vaso central. São inespecíficas e estão presentes em qualquer tipo de conjuntivite.

Folículos são estruturas maiores, arredondadas, branco acinzentadas, sem vascularização central, constituídos de aglomerados de linfócitos.

Os folículos podem aparecer em crianças normais (folículo) e nas seguintes condições: viroses oculares (especialmente adenovírus), molluscum contagiosum, na ação de certos colírios (IDU, pilocarpina, etc.) e nas clamídias (conjuntivite de inclusão e tracoma).

Os adenovírus são os responsáveis pelos surtos epidêmicos de conjuntivites observados entre nós e não têm sido corretamente diagnosticados, nem tratados.

No tratamento das conjuntivites, a simples troca de antibióticos nos colírios em pacientes que não melhoram, é quase sempre inútil.

Não se pode admitir oftalmologistas prescrevendo colírios a esmo. Quem indica colírio ao acaso é o balconista de farmácia.

Deve ser incrementada a ação dos oftalmologistas e dos Serviços de Oftalmologia no sentido de se proibir a venda de colírios anestésicos ou com esteróides sem que haja orientação expressa do oculista.

Na córnea, ao lado da biomicroscopia com fluoresceína, em casos de úlcera ou de opacificação, é importante a avaliação da sensibilidade corneana pois a sensibilidade baixa ou nula orienta para o diagnóstico diferencial entre herpes, bactérias e fungos.

Um pequeno chumaço de algodão levemente roçado na superfície corneana é suficiente para se avaliar, subjetiva e objetivamente, a sensibilidade da córnea.

Primeiro deve-se pesquisar a sensibilidade do olho não acometido e os resultados devem ser comparados.

As causas mais comuns de diminuição de sensibilidade corneana são: herpes simples e zoster, diabetes, operação de catarata, edemas crônicos de córnea e áreas corneanas transplantadas.

Em casos de suspeita de olho seco ou sofrimento corneano sem erosão, o colírio de rosa-bengala a 1% facilitará e abreviará o diagnóstico.

Esse colírio é fornecido aos oftalmologistas, gratuitamente, pelo Laboratório Alcon.

2. Rotina de Exame Laboratorial

Dois são os exames comumente solicitados: citológico e cultura. São fáceis de serem realizados, em qualquer laboratório geral, devendo obedecer alguns aspectos técnicos específicos.

Em ambos os casos deve-se anestésicar topicamente o olho.

Exame Citológico

Com uma espátula previamente esterilizada raspa-se a conjuntiva ou a córnea. O material colhido é distendido na lâmina em camada bem fina, fixado com álcool metílico por cinco minutos e corado com Giemsa.

O infiltrado celular é estudado.

As células epiteliais, calciformes, fungos, bactérias, clamídias ou células inflamatórias presentes nos levarão ao diagnóstico.

Cultura

A colheita de material é feita esfregando-se um cotonete estéril no fornix conjuntival ou na área ulcerada da córnea.

Semeia-se, depois, em meio sólido de cultura (placa de agar sangue e agar Sabouraud).

As vantagens do meio sólido são as de excluir contaminação do ar ou da própria placa e de se poder avaliar a intensidade da infecção pela densidade do crescimento da cultura.

As placas são incubadas a 37° e os resultados lidos a partir de 24/48 horas.

2ª AULA: HERPES SIMPLES CORNEANO

O herpes simples ocular é, entre nós, uma das causas mais comuns de cegueira por lesão de córnea, ao lado das consequências dos traumatismos oculares, das infecções bacterianas e do tracoma.

O número crescente de casos verificados é devido ao melhor controle das infecções bacterianas, à maior exatidão diagnóstica e ao uso indiscriminado de esteróides.

Epidemiologia

Cerca de 80% da população já foi infectada pelo vírus do herpes simples. Uma primo-infecção costuma ocorrer nos primeiros anos de vida associada a um quadro sub-clínico ou inespecífico (resfriado, gripe). Os sintomas clínicos desaparecem, porém o vírus persiste no organismo. Anos após, certas pessoas desenvolvem manifestações herpéticas que são as que comumente vemos em nossos consultórios (herpes labial, genital, cutâneo, ocular, etc.).

As recidivas que não são raras seriam devidas a falhas no sistema de defesa imunológica.

Há fatores que desencadeiam as recidivas e devem ser evitados: febre (assim que a temperatura subir, usar anti-térmico), período pré-menstrual (usar 2 g/dia de aspirina), exposição à luz ultravioleta (sol, praia, neve), alcoolismo, esteróides sob qualquer via e tensões psíquicas (indicar calmantes).

* Laboratório Doenças Externas Oculares, Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina, FAPO-CEO Moacir Alvaro.

Diagnóstico

Será feito pela anamnese (crises anteriores de úlceras corneanas, herpes extra-ocular, uso de esteróides) e pelo exame ocular.

No exame lembrar que o herpes corneano SEMPRE diminui a sensibilidade da córnea (facilmente avaliada com algodão).

A córnea examinada na lâmpada de fenda com fluoresceína poderá mostrar lesões dendríticas, úlceras geográficas, afinamentos, vascularização e diferentes opacidades (lesões disciformes, necróticas, nébulas, etc.).

Costuma ser confundido com herpes uma série grande de outras patologias oculares, principalmente o quadro de erosões puntiformes múltiplas de córnea. Essas ceratites finas são sinal inespecífico de sofrimento epitelial podendo aparecer em olho seco, em outras viroses, nas iatrogenias (IDU e neomicina) etc., e não fazem parte do quadro de herpes ativo.

Formas Clínicas de Herpes Corneano e seu Tratamento

1. Úlcera dendrítica — É a de diagnóstico mais fácil. Sabe-se hoje que o resultado do tratamento com IDU colírio 2/2 horas é igual à desepitelização mecânica ou química (álcool, éter, iodo, etc.). A crioterapia é cada vez menos praticada.

O IDU deve ser usado até vários dias após o desaparecimento das lesões.

Não esquecer, no entanto, que o IDU causa, ele mesmo, uma ceratite punteada fina.

2. Úlcera Geográfica — São lesões maiores, amebóides, de margens mal definidas, podendo ou não seguirem-se às lesões dendríticas. O tratamento inicial inclui cicloplégicos, oclusão firme, e uso do IDU várias vezes ao dia, durante semanas.

Nos casos resistentes a esse tratamento usamos lente de contato gelatinosa fina apertada continuamente IDU colírio 4 v/dia e cicloplégio 1 v/dia.

3. Ceratopatia Pós-Herpética (ou Úlcera Metaherpética). Forma-se por reulceração corneana tempos após a infecção, devido ao fato do epitélio alterar-se e, mal aderido à membrana basal, se desprender mesmo sem vírus.

Na biomicroscopia se vê o epitélio empilhado nos bordos da úlcera e com aspecto de vidro fosco.

O tratamento inclui a retirada de colírios insetos (IDU, antibióticos), oclusão firme por semanas/meses ou a tentativa de lente de contato gelatinosa fina apertada para uso contínuo, por semanas a meses.

4. Ceratite Disciforme Herpética — Caracteriza-se por opacificação central, arredondada da córnea, com edema, dobras da Descemet e precipitados ceráticos atrás da zona lesada.

As formas leves só necessitam cicloplégicos e se curam em poucas semanas.

Nas formas graves, desde que sem necrose ou ulceração, estaria indicado o uso de esteróide colírio diluído, poucas vezes ao dia juntamente com IDU colírio, de 3/3 horas. O IDU não tem indicação no processo disciforme mas é empregado para diminuir o perigo do esteróide recidivar a úlcera epitelial.

5. Ceratite Herpética Necrotizante — Assemelha-se a abscessos corneanos causados por bactérias ou fungos, com aspecto de queijo branco, revelando densa infiltração celular.

Sempre edema corneano e uveíte associada.

Contra-indicação absoluta de esteróides.

Inútil o tratamento com IDU.

É a forma herpética mais grave pelo perigo de levar à complicações sérias tais como glaucoma e úlcera perfurante, que são de conduta cirúrgica.

Nunca deixe o olho perfurar. Agindo no momento certo quase sempre se pode evitá-lo.

No Tratamento Cirúrgico do Herpes Simples Ocular devem ser lembrados, ao lado das ceratoplastias, a tarsorrafia e o recobrimento conjuntival. Este último deve ser realizado pela técnica de Gunderson e não à maneira de jaquetão, de persiana ou de bolsa de tabaco, pois estas só protegem a córnea por poucos dias.

3ª AULA: CONJUNTIVITES ALÉRGICAS

As conjuntivites alérgicas podem ser divididas em agudas e crônicas, sendo mais frequentes em

portadores de outros tipos de alergias (rinites, eczemas, etc.).

Conjuntivites Alérgicas Agudas:

Os mais frequentes causadores são pólenes, poeiras, medicamentos (ex-atropina). Dão sintoma de coceira e ardor, apresentando edema palpebral e quemose de conjuntiva (edema gelatinoso) com secreção aquosa, mucosa ou muco-purulenta.

O tratamento consiste em evitar exposição ao alérgeno, compressas frias, anti-alérgico sistêmico, colírios adstringentes ou de esteróides.

Conjuntivites Alérgicas Crônicas:

Desenvolvem-se em indivíduos expostos longa-mente a alérgenos fracos e predispostos.

A queixa inclui coceira ocular, ardor e vermelhidão que pioram com poeira e fumaca.

Ao exame nota-se edema conjuntival, conjuntivas tarsais de cor leitosa, pálida, papilas sempre presentes e secreção esbranquiçada no fórnix. Os exames citológicos mostram em alta percentagem de casos a presença de eosinófilos. As causas são muito variadas. Dentre as infecciosas lembrar sempre que estafilococos, mesmo os ditos «não patogênicos» podem levar este estado alérgico.

Dentre as drogas temos o uso tópico de penicilina, sulfá, anestésico, atropina, pilocarpina etc.

Quando a causa é infecciosa, pode-se curar o paciente mas na maior parte dos casos a etiologia fica desconhecida. Dessensibilizações e vacinas não ajudam e tem-se que recorrer ao tratamento sintomático com colírios, adstringentes ou esteróides, principalmente os ditos de «superfície».

Um tipo especial de conjuntivite alérgica é a flictenular.

Surge mais em jovens, sempre levantando suspeitas de tuberculose ou blefarconjuntivite estafilocócica.

Caracteriza-se por nódulos límbicos (flictenulas) amarelados e elevados, muitos sintomas dolorosos e hiperemia conjuntival.

A flictenula avança em direção à região limbar oposta, sendo seguida de vascularização superficial e opacidades corneanas.

É causada por proteínas bacterianas que atingem o limbo pelo sangue (ex-tuberculose) ou pela lágrima (ex-estafilocócica).

A terapêutica com esteróide tópico dá ótimos resultados, devendo-se sempre porém, excluir causa tuberculosa sistêmica e blefarconjuntivite estafilocócica.

Outro tipo de conjuntivite alérgica é a **conjuntivite primaveril**.

Trata-se de doença crônica, bilateral, predominando entre as idades de 6 a 20 anos, mais no sexo masculino e em climas quentes e secos.

Os sintomas podem impossibilitar atividade diária normal pelo prurido, ardor, fotofobia e sensação de areia. Há diferentes formas clínicas: palpebral, limbar e mista, conforme a localização da patologia. Ao exame, na forma palpebral há inúmeras papilas de tamanho muito grande (em mosaico) na pálpebra superior.

Na forma limbar formam-se massas esbranquiçadas elevadas no limbo.

Ambas formas podem se acompanhar de hiperemia difusa, secreção branco-amarelada no fórnix e pannus discreto.

Os pontos de Trantas, patognômicos desta doença, são pequenos pontos esbranquiçados, elevados, presentes em córnea clara bem próximos do limbo e mais na parte superior.

O esfregaço conjuntival costuma revelar eosinófilos.

Na terapêutica desta alergia deve-se ter em mente a cronicidade da doença.

As vacinas e dessensibilizações não são mais feitas pelo alto número de fracassos, acreditando-se hoje que estes pacientes sejam organismos que respondem defeituosamente a um número grande e variado de substâncias presentes no meio ambiente.

Deve-se pensar em mudar o tipo de resposta do organismo e em se adequar o meio ambiente.

Assim, costuma ajudar muito a remoção dos ambientes com póis, pelos e poeira, bem como a mudança para locais mais úmidos, além do emprego de ar condicionado e vaporizadores. Quanto à medicação deve-se começar pelas mais brandas (colírios adstringentes) recorrendo-se a esteróides só com o fracasso destas.

Há muitos casos na literatura de cegueira por glaucoma e catarata corticogênicos em crianças com conjuntivites alérgicas.

O esteróide deve ser tentado diluído 1, 2 vezes por dia, descontinuado sempre que possível, iniciando-se pelos de «superfície».

Recentemente, uma nova droga tem sido testada na conjuntivite primaveril. Trata-se do Cromoglicato dissódico (nome comercial INTAL) também usado para asma.

Esta droga parece ser tão boa quanto os esteróides mas sem os efeitos nocivos destes.

Como os esteróides, uma vez suspenso o uso, reaparecem os sintomas.

Num dos próximos números dos ABO será artigo comentando nossa experiência com o uso do Intal colírio.

BIBLIOGRAFIA

1. DANIEL VAUGHAN — Oftalmologia Geral — Editora Atheneu. Tradução: Renato de Toledo, 1977.
2. D. L. EASTY, N. S. C. RICE and B. JONES — Clinical Trial of ftropical disodium cromoglycate in vernal kerato-conjunctivitis. Clinical Allergy, 1972, Vol. 2, pag. 99-107.

4ª AULA: OLHO SECO (CERATO CONJUNTIVITE SECA)

Este nome abrange uma série de doenças caracterizadas por diminuição da lágrima. A incidência é muito grande, passando no entanto despercebido em boa parte dos casos.

Acima de 80 anos, 16% das pessoas apresentam déficit na produção lacrimal e sofrimento cétrato-conjuntival.

Sempre desconfiar de olho seco no paciente de mais de 40 anos que chega ao consultório com bloco de receitas diferentes de vários oculistas.

O diagnóstico é baseado em testes fáclimos e pode ser feito rapidamente desde que o médico esteja alertado.

As queixas variam muito sendo as mais frequentes o desconforto visual, segura e areia ocular, nuvem passando na frente dos olhos, sensação de corpo estranho, fotofobia, dor e muco nos olhos.

Os sintomas costumam piorar ao final do dia e em temperaturas quentes com baixa umidade. Principalmente em mulheres acima de 50 anos o olho seco costuma ser acompanhado de boca seca e alterações reumáticas constituindo a Síndrome de Sjogren.

Admite-se que o filme lacrimal é composto de três camadas:

- a) **superficial:** fina e oleosa;
- b) **média:** aquosa constituindo a maior parte e
- c) **profunda:** mucóide, bem fina e aderida ao epitélio.

A diminuição em qualquer uma das três camadas mesmo com as outras normais pode levar ao quadro patológico de olho seco.

Os seguintes exames são os mais usados no diagnóstico:

Teste de Schirmer, Biomicroscopia com rosa bengala e Citológico.

Teste de Schirmer: Usa-se o papel de Schirmer (americano e barato) ou papel de filtro tipo Whartman 41 cortado em tira de 35 mm por 5 mm, com uma dobra de 5 mm em uma das extremidades para ser colocado dependurado entre a conjuntiva bulbar e a pálpebra inferior.

A grosso modo, depois do paciente ficar com os dois olhos fechados e a tira de papel pendurada por 5 minutos, o nível de papel molhado acima de 15 mm é normal, entre 15 e 5 mm suspeito e abaixo de 5 mm patológico.

Biomicroscopia: Os sinais mais precoces são diminuição do menisco lacrimal (usualmente presente ao longo do contato do bordo palpebral com a superfície anterior do globo) e quantidade aumentada de muco no fórnix.

Os sinais mais adiantados incluem: ceratite epitelial (lesões arredondadas), úlceras, filamentos corneanos, infiltração e neovascularização superficial de córnea.

É fundamental nestes casos o uso rotineiro de colírio de rosa bengala a 1%. A fluoresceína só cora as úlceras mas o rosa bengala tem a capa-

cidade de corar as células mortas e em degeneração revelando todo o sofrimento epitelial de córnea e conjuntiva.

Nos pacientes com olho seco torna vermelha ampla área de conjuntiva e córnea em sofrimento ficando óbvio o diagnóstico.

O exame **Citológico** de conjuntiva corado por Giemsa ajuda muito, revelando número aumentado de células produtoras de muco (caliciformes) e células queratinizadas. O exame costuma também revelar células inflamatórias. Isto acontece porque a lágrima é importante mecanismo de defesa e em sua falta os olhos tornam-se imunodeprimidos e muito susceptíveis à infecções repetidas (principalmente estafilococos).

TRATAMENTO: 1) Lágrima artificial (Isoptears ou Metilose a 0.5%) várias vezes ao dia.

Novos produtos são necessários, estando alguns deles para serem lançados ainda em 78, no mercado brasileiro. 2) Oclusão do ponto lacrimal inferior, com eletrocautério aumentando a quantidade da lágrima residual. 3) Agentes mucolíticos (acetilcisteína a 5% em pH 8.4). 4) Medidas gerais tais como uso de máscaras e óculos especiais para diminuir a evaporação, nebulizador em ambientes fechados (igual ao usado em crianças com bronquite). Eventualmente é mesmo aconselhado a mudança para regiões mais úmidas e frias. 5) Devido ao maior risco de infecções recomendar regras rígidas de higiene, nunca colocar mãos nos olhos e limpeza diária de pálpebras e cílios com Shampoo Johnson Infantil. Evitar esteróides.

Importante lembrar que as lentes de contato gelatinosas anteriormente recomendadas para esta patologia se revelaram inúteis e mesmo perigosas.

As medidas acima resolvem a grande maioria dos casos, existindo outras no entanto, mais especializadas.

Os casos mais brandos de olho seco costumam responder bem à terapia mas os mais graves são altamente frustrantes, não melhorando com nada.

As principais etiologias incluem: Artrite Reumatóide, Lupus Eritematoso Disseminado, Eritema Multiforme, Penfigóide Ocular, Steven Johnson, Tracoma III e IV e Queimaduras Químicas.

BIBLIOGRAFIA

1. KARA, JOSÉ. N.; SCARPI, M. I. — Roteiro Diagnóstico Xerofthalmia. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia 40: 24-30, 1977.
2. ALMADA, A. T.; BELFORT Jr., R.; SCHWARTZ, T. — Uso da Associação Fluoresceína — Rosa Bengala no Diagnóstico das Alterações Patológicas do Segmento Anterior Ocular. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia 37:2-7, 1974.
3. OSTLER, H. B. — The Physiology of the Pre-corneal Film. Transactions of the Pacific Coast Oto Ophthalmological Soc.: 247-252, 1976.

5ª AULA: BLEFARITES E ESTAFILOCOCCIAS OCULARES

Blefarite é a inflamação crônica bilateral e comum das bordas palpebrais. Apesar de não apresentar gravidade constitui situação às vezes muito difícil de ser curada se não forem observados certos pontos fundamentais. Há três tipos de blefarite: a seborréica, estafilocócica e mista.

A queixa comum é a da irritação, ardor, coceira, vermelhidão e caspas ou escamas aderidas aos cílios.

Blefarite Seborréica: (ou escamativa) é a dermatite seborréica afetando bordas palpebrais.

Os pacientes podem, também, ter seborréia no couro cabeludo, supercílios e orelhas.

Ao exame há hiperemia de bordas palpebrais, caspas aderidas aos cílios e ausência de úlceras palpebrais.

A terapêutica deve ser dirigida à seborréia.

Evidentemente, antibióticos, esteróides ou óculos não são de nenhuma utilidade.

O couro cabeludo, fronte e supercílios devem ser lavados uma a duas vezes por semana com shampoo anti-caspa (tipo Selsum).

As caspas dos cílios devem ser removidas diariamente com cotonetes embebidos em Shampoo tipo Johnson Infantil (não ardem).

Após lavar, enxaguar e secar, aplicar um pouco de pomada de óxido amarelo de mercúrio, 1 vez/noite.

Em casos mais rebeldes, pode-se diluir 10 x o shampoo anti-caspa e passá-lo nos cílios com cotonete 1 vez/semana.

Blefarite Estafilocócica: (ou ulcerativa):

Os sintomas podem ser os mesmos, mas o exame tem sempre achados diferentes: a hiperemia das bordas costuma ser mais intensa e pequenas áreas ulceradas são encontradas na implantação dos cílios.

Normalmente estas úlceras são cobertas pelas crostas de fibrina e uma vez retiradas aparecem as áreas ulceradas, patognomônicas de infecção estafilocócica, das bordas palpebrais.

Neste tipo de blefarite não há caspa mas sim o colarete envolvendo o cílio. É a crosta de fibrina que cobre a úlcera na base do cílio e que, com o crescimento deste, se destaca e vai se distanciando da pálpebra.

Os cílios neste tipo de blefarite tendem a cair, e se desalinham, pela fibrose palpebral que acaba desviando-os.

Podem haver também cílios quebrados e poliose.

O tratamento deve também ser dirigido contra a gordura (pois ela favorece muito o desenvolvimento de estafilocócos).

Shampoo Infantil e cotonetes para limpar as margens palpebrais 2 x por dia já melhoram muito os sintomas.

Geralmente o quadro é o de blefaroconjuntivite estafilocócica estando também indicado juntamente com pomada de antibiótico o uso de colírio com antibiótico diferente do da pomada, várias vezes ao dia. O colírio deve ser usado por 7 a 10 dias e interrompido.

O shampoo continuado sempre e a pomada aplicada por três semanas. Após este tempo, o paciente ficará uma semana sem antibióticos e voltará ao exame. Importante lembrar que cloranfenicol e gentamicina nunca devem ser empregados conjuntamente, pois são antagonistas.

Por via sistêmica, quando o tratamento tópico não for suficiente, costumamos receitar tetraciclina por via oral em dose de 500 mg a 1 g/dia por 3 a 6 meses (ação antibiótica e bioquímica).

Blefarite Mista: É tratada associando-se a terapia dos dois primeiros tipos.

Estafilococias Oculares: Além da blefaroconjuntivite crônica, os estafilocócos costumam causar simultaneamente ceratite punteada fina que acomete apenas a parte inferior da córnea, flictenulas, infiltrados e úlceras marginais de córnea (reações locais de hipersensibilidade), hordéolos, calázios e meibomites. A ceratite, por ser causada pela ação tóxica direta, é tratada com antibióticoterapia.

As reações de hipersensibilidade devem ser tratadas com associação de antibióticos mais esteróides, tomando-se o cuidado de fazer o diagnóstico diferencial entre os infiltrados periféricos estafilocócicos e o herpes simples marginal.

BIBLIOGRAFIA

OSTLER, H. B. — Infections and Inflammations of the Eyelids. In «Ocular Microbiology and External Diseases», Stanford Course of Ophthalmology, Proctor Foundation, 1976.

6ª AULA: DOENÇAS EXTERNAS OCULARES DO RECÉM-NASCIDO

CONJUNTIVITE DO RECÉM-NASCIDO (RN): ou Oftalmia Neonatal, compreende todas as conjuntivites das primeiras duas semanas de vida.

A pior delas, causada pelo gonococo, é ainda frequente graças à profilaxia mal feita.

A profilaxia com o nitrato de prata é obrigatória por lei e a Secretaria da Saúde de São Paulo gratuitamente distribui o nitrato de prata a 1% adequadamente acondicionado.

O Nitrato de Prata a 1% é ainda o melhor, menos custoso e mais eficiente profilático. É superior aos antibióticos e aos sais orgânicos de prata tipo argirol que são ineficientes.

A sua única desvantagem é a conjuntivite irritativa que causa, na grande maioria dos RN. Esta conjuntivite química no entanto é sempre benigna, desaparecendo em poucos dias.

Conjuntivite Gonocócica (ou Blenorragia): É a mais grave das que atinge o RN. O diagnóstico

é suspeitado pelo quadro clínico e confirmado pela constatação de diplocócos reniformes gram negativos e pela cultura do material.

O quadro clínico é sugestivo: Secreção purulenta intensa, grande edema palpebral, dificuldade em entreabrir as pálpebras e em fazer a inspeção ocular. Deve-se suspeitar de gonocócica ocular e agir prontamente.

Fatores predisponentes são: baixo nível social, mães solteiras, parto em casa ou em hospitais de profilaxia mal feita.

TRATAMENTO: Fazer limpeza cuidadosa lavando os olhos até retirar toda a secreção; Colírio de Penicilina instilado de 10 em 10 minutos (100.000 u de penicilina cristalina em 10 cc de soro fisiológico e Penicilina Cristalina IM (150.000 u cada 12 horas).

Não associar esteróide. Internar ou observar de perto a criança.

Outras Conjuntivites Bacterianas: Geralmente por estafilococo aureus ou por Pseudomonas, pela contaminação hospitalar, algumas vezes com repercussões sistêmicas. Tratamento tópico com antibiótico adequado sem esteróide. Se necessário usar também terapia sistêmica. Usamos como antibióticos de primeira escolha a neomicina, polimixina B e a Garamicina.

Conjuntivites de Inclusão Blenorragia. Causada pela *Chlamydia oculogenitalis*, semelhante ao tracoma, um vírus grande, sensível à sulfa, tetraciclina e cloranfenicol.

Ainda raramente diagnosticada em nosso meio. Nos EUA afeta 3% dos RN. Tem início na 2ª semana de vida, com presença de papilas, secreção sanguinolenta e micropannus.

Tratamento tópico com sulfas de 4/4 horas por 2 semanas.

DACRIOSTENOSE CONGÊNITA E DACRIOCISTITE DO RN

Uma fina membrana, às vezes, permanece durante os primeiros dias de vida ocluindo o óstio inferior que separa o canal naso lacrimal da cavidade nasal. Em determinados casos, a membrana persiste e é responsável, então, pela dificuldade de drenagem lacrimal.

Estima-se que 70% dos casos são devidos à persistência desta membrana e 30% devido a obstrução ou no canalículo ou ponto lacrimal. Até os 4 meses de idade a conduta é clínica.

A maior parte dos casos se curam por si. Pode-se prescrever colírios de antibiótico para combater e evitar conjuntivites secundárias e dígito-pressões sobre a região do saco lacrimal com o intuito de mecanicamente abrir-se a passagem.

Após o 4º mês, persistindo o quadro, deve-se sondar a via lacrimal tomando-se os seguintes cuidados: anestesia geral, evitar a criação de falsas vias ou laceração de canalículo e sondar sempre pelo ponto lacrimal superior, inicialmente.

O insucesso da sondagem acaba levando à indicação de cirurgia de dacriostomia, em nossa opinião a partir da idade de 1 ano.

BIBLIOGRAFIA

1. BELFORT Jr., R.; BONOMO, P. P.; IMAMURA, P. — Evaluacion de la Profilaxia de la Oftalmia Neonatal en la Ciudad de São Paulo. Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana vol. LXXVIII: 212-220, 1975.
2. OSTLER, B. — Oculogenital Disease. Survey Ophthalmol 20:233-245, 1976.

7ª AULA: ATUALIZAÇÃO EM LENTES OFTÁLMICAS

O tipo de cristal com o qual as lentes de óculos são usualmente preparadas, (Crown — índice de refração 1.523) não é ideal, apresentando, entre outros inconvenientes, o perigo de acidentes, peso excessivo e bordas inestéticas pela excessiva espessura em algumas correções.

A primeira alternativa desenvolvida foi a lente de acrílico que apresenta vantagem de menor risco acidental e peso menor. Porém, elas arranham-se facilmente, perdem a transparência com o tempo e danificam-se com álcool, acetona, etc. Além disso, a espessura precisa ser maior, devido ao índice de refração ser menor que o Crown.

Por essas desvantagens o acrílico é pouco usado, empregando-se em seu lugar outro material plástico, uma resina orgânica conhecida como CR39.

Esta resina tem as vantagens do plástico sobre o Crown e sendo mais resistente que o acrílico, suporta os solventes comuns (só se danificando com ácidos), não perde a transparência com o tempo e resiste melhor às abrasões, não riscando facilmente. Além disso, as lentes de CR39 são muito leves e podem ser tingidas, obtendo-se qualquer cor uniforme ou ainda tons diferentes na mesma lente (efeito degradée).

Em relação às lentes de vidro, apresentam duas grandes desvantagens: alto custo (pelo menos o dobro do preço) e espessura maior pelo baixo índice de refração.

Para resolver o problema de lentes de bordas espessas, surgiram lentes com índice de refração maior que o Crown, tal como a «Thin Flint». Elas tem espessura menor mas peso maior que as de Crown pois, estas lentes, são feitas com chumbo.

Recentemente, surgiu o tipo «High Lite», composta de titânio e com mesmo índice de refração do «Thin Flint», mas com peso igual ao Crown.

Esta lente, no entanto, apresenta a desvantagem de custo 3 vezes maior que o do Crown.

LENTE MULTIFOCALIS

1. **Lentes Bifocais** — As lentes bifocais apresentam diferentes tipos que serão especificados no Encontro. Abaixo apresentaremos suas indicações principais:

A — Flat-top ou Panoptik — Indicado para todos os tipos de miopia e nas hipermetropias, quando o grau de longe for menor que a adição.

B — Kriptok — Tem indicação principal quando o grau de longe for igual ao da adição.

C — Ultex ou Balux — Indicado para hipermetropia quando o grau de longe for maior que a adição.

D — Executive — Boa indicação para os bifocais de baixa adição e para que necessitam de grande campo visual para perto.

2. **Lentes Trifocais** — Podem ser do tipo Flat-top e Executive.

3. **Lentes Multifocais Progressivos** — Varilux 2 — Apresenta, sobre o Varilux 1, certas diferenças técnicas visando diminuir as aberrações laterais e inferiores. Tem necessidade de armação adequada e montagem perfeita, além de esforço grande de adaptação, muitas desistências e alto custo.

4. **Lentes Asféricas** — Tem a face anterior da lente em forma de elipse com a finalidade de diminuir as aberrações periféricas, sendo indicadas para correção de astigmatismos.

ENDURECIMENTO — O endurecimento das lentes de vidro é o processo pelo qual as lentes se tornam mais resistentes aos traumas, diminuindo muito as chances de acidentes oculares. Há dois processos de endurecimento.

No Térmico, a lente, submetida a grandes variações de temperatura, muda sua estrutura molecular e fica mais resistente. Para resistir, no entanto, à alteração térmica, a lente tem de ser mais espessa que o normal. No segundo processo, chamado de Químico, a lente é banhada por 16 horas em mistura de nitrato de potássio e ácido silícico à 450°. Apresenta a vantagem de endurecer lentes de qualquer espessura.

Abaixo você encontrará as diferentes cores de lentes comercializadas entre nós, bem como seus fabricantes e nomes especiais.

BIBLIOGRAFIA

MANUAL OF REFRACTION: A. SLOANE. Little Brown and Company, Boston, EUA, 1970.
ARS CURANDI — Spl. Oftalmol. Temas de Óptica Prática. Aderbal de A. Alves 1. 4-50, 1975.

CORES DE LENTES: 1. VERDE Bausch Lomb — Ray Ban 50 1 — 2 — 3 American Optical — Calobar A — B — C Mac. Prado — Vermac 50 — 1. 2. AZUL Bausch Lomb — Blueban 1 — 2 American Optical — Crookes A — B Mac. Prado — Macblue A — B 3. ROSA Bausch Lomb — Soft-Lite B (rosa-claro) American Optical — Cruxite Ax — B. 4. CINZA Bausch Lomb — G 30 — G 60. 5. MARROM Bausch Lomb — Terrachrome 1 — 2 — 3 American Optical — Cosmetan G. 6. AMARELA Bausch Lomb — Kalicrome American Optical — Hazemaster. 7. FOTOCROMÁTICAS Bausch Lomb — Photogray (cinza) Terrachromática (marrom) American Optical — Photosun — Photosun degradée Mac. Prado — Mac grey — Photosun.

8ª AULA: ÚLCERAS DE CórNEA

I) HISTÓRIA E EXAME CLÍNICO

São de grande importância para o diagnóstico diferencial os seguintes aspectos:

a) **RECURRENÇA:** nestes casos suspeitar de: tipo marginal; 2) herpes simples; 3) olho com defesa diminuída (exemplo: uso de corticóide ou cerato-conjuntivite seca);

b) **TRAUMA:** pôde sugerir úlcera micótica principalmente quando produzido por vegetal;

c) **MEDICAÇÃO TÓPICA:** Exemplo: uso prolongado de corticóide e IDU ou Antibiótico. Pode predispor a córnea à infecção por germem oportunista ou mesmo herpes. Lembrar que principalmente as Pseudomonas e fungos podem contaminar os colírios usados em consultório;

d) **DOENÇA SISTÊMICA, ALCOOLISMO:** levam os pacientes a serem mais susceptíveis à germens gram negativos;

e) **LACRIMEJAMENTO CRÔNICO:** pensar em dacriocistite crônica por pneumococo no adulto e hemófilos em crianças;

f) **INDOLENCIA:** úlcera com esta característica sugere Herpes e Moraxella;

g) **FORMA:** linear, dendrítica ou geográfica sugere etiologia herpética.

II) EXAME DE LABORATÓRIO

É de muito valor, auxiliando no diagnóstico etiológico e conduta terapêutica. Colher material da úlcera para exame de citologia e cultura com antibiograma.

III) TIPO DE ÚLCERA

1) **MARGINAL:** quase sempre benigna, ocorrendo usualmente como resultado de reação de hipersensibilidade e em geral não representando invasão direta por microorganismos.

2) **CENTRAL:** resultado da invasão direta da córnea por organismo patogênico.

1) **MARGINAL:** A — Etiologia bacteriana: Stafilococo aureus associado à blefarconjuntivite crônica (é a produção de exotoxina que determina a lesão): Haemophilus aegyptius (Bacillus de Kochweeks); associados a conjuntivites crônicas devida à *Moraxella lacunata* e Streptococos beta-hemolítico.

B — Associadas com artrite reumatóide, Síndrome de Sjogren, Poliarterite nodosa. Mais raramente secundária à reação alérgica por alimentos (crustáceo, medicação tópica, etc.).

C — Ceratite Marginal por herpes simples: Lembrar sempre que este é o grande mimificador das alterações corneanas.

D — Tracoma.

E — Moorens: olho apresenta-se inflamado, muito doloroso e não há melhora com anestésico tópico. Atinge metade do estroma corneano com infiltrado cinza ou branco perto do limbo.

No início pode simular úlcera catarral. Com a progressão distribui-se circunferencialmente, vai-se aprofundando e se espalhando para o centro da córnea. Não há intervalo lúcido com o limbo.

A esclera pode estar envolvida com processo necrotizante. A perfuração é rara a menos que haja infecção secundária.

F — Degeneração marginal de Terrien: usualmente bilateral, início no quadrante nasal superior e com intervalo lúcido no limbo. Inicia-se superficialmente e aprofunda-se em 10 a 20 anos. É frequentemente assintomático e pode perfurar espontaneamente ou com trauma. Tem bom diagnóstico. A frequência nos homens é três vezes maior que nas mulheres. O sulco apresenta vascularização.

G — Úlcera Flietnular: não tem intervalo lúcido e está associada com vascularização da córnea periférica na área. É uma reação de hipersensibilidade geralmente à tuberculose ou ao estafilococo.

H — Úlcera em Anel: Associada com conjuntivite gonocócica. A necrose do epitélio vem do limbo, onde há acúmulo de secreção purulenta. Outras causas: desintéria bacilar, Lupus Eritematoso, influenza, artrite gonocócica, escleroderma e outras reações alérgicas.

TRATAMENTO: As úlceras devidas à hipersensibilidade respondem muito bem ao esteróide, havendo melhora em 24 a 48 horas. A doença de base deve ser tratada sempre com medicação específica. Os sulcos ou úlceras marginais associadas à Artrite reumatóide e poliarterite nodosa não devem nunca ser tratadas com corticóide de depósito

sub-conjuntival. Importante lembrar o uso de mi-
diáticos para tratamento da irite.

2) CENTRAL: Pode ser secundária a infecção:

a) Viral — dentre estas, o herpes simples é a causa mais importante. Podem apresentar-se nas formas dendríticas, geográfica ou amebóide, sendo esta última, uma complicação frequente do uso de corticóide (Ver aula de Herpes). Devemos lembrar o herpes zoster, que pode também causar estes mesmos tipos de lesão.

b) Bacteriana — A *Pseudomonas aeruginosa* é o principal agente etiológico. A córnea apresenta-se com lesão de aspecto necrótico, profundo, acinzentado podendo levar à perfuração. O processo é de evolução rápida, sendo o hipópio achado frequente.

Diplococcus pneumoniae; o quadro não é tão dramático como o anterior, mas também apresenta evolução rápida. Possuem aspecto serpiginoso e podem apresentar hipópio. Outros agentes causadores são:

Stafilococcus aureus, *Proteus sp*, *Streptococcus sp* e *Neisseria gonorrhoeae*.

c) Micótica: Neste tipo de úlcera quase sempre encontramos história prévia de trauma, geralmente por vegetal. A evolução é lenta, com necrose de aspecto esbranquiçado, com extensões lineares e lesões satélites. O hipópio é um achado frequente. Como principais agentes etiológicos temos: *Candida*, *Fusarium* e *Aspergillus*.

TRATAMENTO

a) Viral — vide aula de herpes.

b) Bacteriana — o ideal é usarmos o antibiótico específico com eficácia determinada pelo antibiograma, mas quando isto não é possível devemos utilizar os de amplo espectro ou a associação.

Quanto às vias de administração devemos utilizar simultaneamente várias vias de administração.

Apresentamos a seguir esquema de amplo espectro para ser usado quando não soubermos a bactéria causadora:

Tópica: Uso de colírio de Gentamicina, Polimixina, Neomicina de 1/1 ou meia em meia hora.

Sub-conjuntival: Podemos injetar penicilina cristalina de 500.000 a um milhão de unidades em um ml. e Gentamicina de 20 a 40 mg.

Convém sempre associarmos anestésico sub-conjuntival.

Sistêmico: Devem ser usados os de largo espectro quando não identificado o agente etiológico. Possuem ação limitada devido à dificuldade de chegarem em doses efetivas na córnea.

São usados: gamicina em doses de 300 mg/dia para os gram negativos e penicilinas semi-sintéticas mais estafecilina para os gram positivos.

Devemos associar sempre atropina em gotas ou pomada.

É fundamental a avaliação clínica diária e dependendo da gravidade, teremos que internar o paciente para uma terapêutica mais satisfatória. Nunca usar Gentamicina e Cloranfenicol simultaneamente, pois os antibióticos se antagonizam.

c) Micótica: a droga mais eficaz é a pimaricina, encontrada em nosso meio. Podemos contar com a Nistatina e Anfotericina B, que podem ser usadas topicamente e com a Anfotericina B sistêmica ou sub-conjuntival.

BIBLIOGRAFIA

1. VAUGHAN, D.; ASBURY, T. — *Oftalmologia geral*. São Paulo, 1977. Atheneu, Ed. da Universidade de São Paulo, Trad. Renato de Toledo.
2. LOCATCHER-KHORAZO, D.; SEGAL, B. C. — *Microbiology of the eye*, St. Louis, 1972. the C. V. Mosby Company.
3. MOLINARI, H.; BELFORT Jr., R.; ALMADA, A. T.; SILVA, V. L. P. — «Análise Clínico Laboratorial de 247 pacientes sucessivos portadores de conjuntivite, úlcera de córnea e endoftalmite», em publicação Rev. Brasil. Oftalmol.

9ª AULA: CERATO-CONJUNTIVITES VIRAIS CERATO-CONJUNTIVITE EPIDÊMICA

A Ceratoconjuntivite epidêmica caracteriza-se por um processo inflamatório agudo ocular, com grande injeção conjuntival bulbar e tarsal, usualmente de início unilateral e com alterações corneanas subepiteliais em cerca de 50% dos casos.

O período de incubação da moléstia varia de 7 a 10 dias em média.

É um processo autolimitante, onde o paciente se apresenta com grande desconforto visual, fotofobia, lacrimejamento e secreção não purulenta.

O que nos chama atenção ao exame, é a presença de uma marcada hipertrofia folicular. Hemorragia subconjuntival, pseudomembranas, edema do tecido subconjuntival, ocasionalmente podem ser encontradas e quando presentes podem mascarar o quadro da conjuntivite folicular. Geralmente quando há comprometimento posterior do segundo olho, este apresenta reação folicular menor que o primeiro.

Outro achado clínico importante é a presença de linfonodos pré-auriculares, que podem variar de tamanho e consistência e com a regressão do processo inflamatório, desaparecem.

A etiologia deste processo é viral; sendo que o vírus pertence à família dos Adenovírus e os tipos 8, 19, 3, 7, são os mais encontrados.

As alterações corneanas são as manifestações mais duradouras apresentadas pelo adenovírus, permanecendo por semanas a muitos meses e, quando centrais, podem provocar alteração na acuidade visual.

Inicialmente encontramos uma queratite epitelial fina, 2 a 3 dias após o início dos sintomas. É transitória e vê-se bem por retro-iluminação. Na 1ª semana, as elevações epiteliais geralmente não se coram pela fluoresceína, mas podem corar-se pelo Rosa Bengala.

Após a 1ª semana, as elevações transformam-se em úlceras pequenas que se coram pela Fluoresceína e Rosa Bengala.

No início deste estágio, não há envolvimento do estroma subjacente pois estas alterações epiteliais são precursoras dos infiltrados subepiteliais do estroma, característicos da Ceratoconjuntivite epidêmica e que no fim da 2ª semana, já são bem visíveis.

As opacidades são geralmente centrais, podendo provocar distorção da luz, fotofobia e a visão pode estar diminuída de 1 a 2 décimos. Raramente podem dar alterações permanentes na Av.

De um modo geral a moléstia evolui por surtos epidêmicos e o diagnóstico precoce da enfermidade é de fundamental importância para que possamos tomar medidas que dificultem sua disseminação.

Sabe-se que um os meios mais comuns de transmissão da moléstia é pelas mãos de pessoal Médico e Paramédico (Enfermeiras, Atendentes, etc.) principalmente naqueles procedimentos onde se requer um maior contato manual, como por exemplo biomicroscopia, oft. indireta e tonometria.

Embora a presença do vírus por períodos prolongados em objetos tenha sido confirmada, experiências sugerem que uma simples limpeza na cabeça do tonômetro de aplanção com soluções antissépticas, dá uma desinfecção adequada, eliminando-o da cadeia de transmissão.

Recomenda-se que Médicos e auxiliares portadores de Ceratoconjuntivite epidêmica afastem-se por um período de duas semanas de atividades. Os Testes Sorológicos se constituem no método mais preciso para o diagnóstico nos casos destas viroses e o vírus é isolado mais facilmente durante a 1ª semana dos sintomas.

Ao analisarmos o modo de transmissão da moléstia, temos que considerar dois aspectos principais: a) a transmissão que se dá através de consultórios, hospitais, etc. e b) a transmissão que se dá na comunidade.

Nos consultórios a transmissão se processa pelo contato direto das mãos do examinador, previamente contaminadas, com os olhos de novos pacientes. Nos hospitais tem importância a existência de casos sub-clínicos, pacientes em pós-operatório tratados com corticosteróides, etc. Geralmente o contato é manual. Como já vimos anteriormente, os aparelhos têm menor importância na transmissão.

Na comunidade temos que considerar o contágio intrafamiliar e inter-familiar. No contágio inter-familiar tem importância o contato direto entre os adolescentes.

Na família as crianças tendem a propagar a moléstia aos adultos, e estes secundariamente transmitem a moléstia de uma família para outra, por via oral.

Uma vez que o Adenovírus foi isolado do orofaringe em 36% dos pacientes durante surtos epi-

dêmicos, a transmissão por «droplets» (perdigotos) é também importante.

As medidas preventivas mais importantes são:

- a) Limpeza constante de tonômetros;
- b) Lavar as mãos após o exame;
- c) Limpeza da Lâmpada de Fenda quatro vezes ao dia;
- d) Pessoal infectado deve ser afastado por 15 dias a partir do início dos sintomas;
- e) Uso de toalhas descartáveis pela enfermeira e médicos;
- f) Centralização para exame e tratamento dos pacientes portadores da Ceratoconjuntivite epidêmica.

Quanto ao tratamento, até o presente momento não temos uma terapia antiviral efetiva para a Ceratoconjuntivite epidêmica.

Para melhorar a sensação de desconforto do paciente, podemos usar adstringentes e compressas frias.

Os antibióticos não são necessários e pomada com antibiótico, colocada à noite, é suficiente para evitar infecção secundária.

Os antivirais (IDU, Ara-A), mostraram-se ineficientes no tratamento da conjuntivite folicular, bem como na prevenção do aparecimento dos infiltrados subepiteliais.

Os corticóides não devem ser usados de rotina. Podemos usá-los naqueles casos onde há um maior comprometimento da córnea e baixa de visão incompatível com atividade normal do paciente, com o objetivo de diminuir a intensidade dos infiltrados subepiteliais e melhorar a AV.

Devemos usá-los diluídos e em doses decrescentes assim que obtivermos uma melhora dos sintomas, tendo sempre antes observado o paciente por alguns dias e medido sua sensibilidade corneana para afastar etiologia herpética.

BIBLIOGRAFIA

1. JAWETZ, E.; THYGESON, P.; HANNA, L.; NICHOLAS, H. and KIMURA, S. J. — The etiology of epidemic keratoconjunctivitis. *Am. J. Ophth.* 43:79, 1957.
2. LAIBSON, P. R.; ORTOLAN, G.; DUPRE-STRACHAN, S. — Community and hospital outbreak of epidemic keratoconjunctivitis. *Arch. Ophthalmol.* 80:467-473, 1968.
3. LAIBSON, P. R. — Adenoviral Keratoconjunctivitis in Ocular Viral Disease. *International Ophthalmology Clinics* 15:187-202, 1975.

10ª AULA: TERAPÊUTICA EM DOENÇAS EXTERNAS OCULARES — ALGUNS ASPECTOS ATUAIS

DOENÇAS INFECCIOSAS:

Evidentemente os antibióticos continuam sendo nossa maior arma terapêutica. De acordo com a gravidade da infecção empregam-se só colírios ou se associam também as vias sub-conjuntival e sistêmica.

O conceito de patogenicidade ocular dos microorganismos mudou muito nos últimos anos e atualmente se considera que **qualquer** germem pre-

sente na conjuntiva ou córnea, pode ser considerado patogênico.

Pacientes com sistemas de defesa comprometidos (ex: velhos, crianças, diabéticos, cancerosos, imunossuprimidos por esteróides etc.) são particularmente susceptíveis a esses organismos chamados de **oportunistas**. Um bom exemplo deste grupo de organismos é o estafilococo albus (coagulase negativa, «não patogênico») causador sem dúvida de conjuntivites, úlceras de córnea e endoftalmites.

Tem-se que tomar cuidado ao interpretar os exames de cultura e saber-se diferenciar uma contaminação ambiental do organismo realmente responsável pelo processo ocular.

Em cerca de 100 antibiogramas, sucessivos realizados em nosso Laboratório de Doenças Oculares na Escola Paulista de Medicina os resultados mostram que as bactérias mais frequentes são os estafilococos (aureus e epidermidis) e as pseudomonas.

Dos antibióticos existentes em forma de colírio ou pomada ocular em nosso meio, o cloranfenicol mostrou-se dos piores com grande % de resistência. Baseados ainda em nossos resultados, a garamicina, a neomicina e a polimixina B são os antibióticos de melhor ação terapêutica.

ANTIINFLAMATORIOS

Quando a inflamação for secundária à infecção, deve-se sempre de início esterilizar o olho ou pelo menos colocar os germens sob controle antibiótico antes de se atacar a inflamação.

Isto porque a inflamação é mecanismo complexo que inclui fatores protetores do organismo contra agentes invasores.

Existem inflamações que respondem bem aos corticóides e outras refratárias, necessitando-se empregar concentrações altas por longo tempo e com alto risco de iatrogenia. Há também determinados tipos de inflamação em que os esteróides apresentam grande risco e exemplos são as úlceras corneanas por queimadura com álcali e as úlceras herpéticas.

As principais doenças causadas pelos esteróides nunca devem ser esquecidas: catarata, glaucoma, maior predisposição à infecções e perfuração corneana.

De acordo com o diagnóstico da doença e sua fase é que a dose e o tipo de esteróide colírio devem ser escolhidos.

Há muitos processos oculares em que as concentrações altas de corticóides existentes nos colírios são indesejáveis. Exemplos destas situações são casos de conjuntivite primaveril, herpes simples, herpes zoster, inflamações em pacientes com olho seco, ceratite estafilocócica e ceratite puntata superficial de Thygeson.

Nestes casos deve-se recorrer ao emprego de diluição 1:10 de colírios comerciais.

A frequência do emprego da medicação é também crítica.

Muitos pacientes com casos crônicos tornam-se assintomáticos com 1 gota/dia ou a cada 2 dias sendo necessário, no entanto, mantê-las por longos intervalos de tempo uma vez que súbita retirada pode exacerbar o processo.

ANÁLISES, RESUMOS E COMENTÁRIOS

OFTALMOSCOPIA

Bases Técnica, Aplicações e Resultados

Tradução para o espanhol por: E. Luther y J. Rutlan

93 Páginas e 60 ilustrações

Preço: 23,50 marcos

Este livro trata das bases e técnicas da oftalmoscopia e demonstra as múltiplas possibilidades diagnósticas que oferecem os modernos oftalmoscópios.

O autor não se dirige exclusivamente ao oftalmologista e seus auxiliares mas, sim a qualquer médico que pratica a oftalmoscopia, especialmente ao médico geral, ao residente, ao pediatra, ao neurologista, ao neuro-cirurgião e ao anestesista.

Além do mais familiariza o estudante de medicina com uma técnica diagnóstica que terá de dominar no futuro e cujo conhecimento lhe será de grande utilidade na prática diária.

Apresenta ainda no apêndice ilustrações a cores, do fundo de olho normal e de algumas enfermidades muito importantes de interesse geral.

P. P. Bonomo