

GLAUCOMA NO NEGRO (*)

Dr. José Luiz Lemos da Silva — S. Paulo (**)

O estudo do glaucoma no negro em nosso país, deve ser estendido a outras pessoas de côr. A raça negra, pura, como ainda existe em outras partes do mundo, onde há o problema de diferenças e barreiras sociais entre a raça branca e aquela, não havendo cruzamento evidente de parte a parte, é este problema inexistente no Brasil, pois de longa data, desde os primeiros tempos de nossa colonização houve e há mistura de tôdas as etnias, tendo como maior resultado o nosso mulato, que chamaremos de indivíduos feo-dermos (o uso da palavra faio-dermo não é considerada pelos filólogos que últimamente tratam da língua portuguesa).

Assim, em vez de negros, chamaremos melhor de pessoas de raça escura, o que é aliás o tipo mais encontradiço em nosso meio.

O diagnóstico do glaucoma, sobretudo nos primórdios, é nessas pessoas mais difícil, não só pela ausência ou diminuição dos sintomas, e aqui em nosso meio, como bem diz Renato de Toledo em seu trabalho, o negro e o mulato tem um nível social, intelectual e econômico baixo, o que o faz procurar o médico em caso de doença grave, e especificamente nas afeções oculares, nos casos de perturbação visual acentuada ou de dor.

Assim o estudo do glaucoma nas pessoas de côr no Brasil é de uma freqüência relativa, sendo difícil fazer uma estatística correta, em comparação com as pessoas brancas, pois si nestas um levantamento sôbre a incidência é difícil, o que já foi tentado várias vêzes, naquelas é quasi impossível não se podendo contar com uma colaboração eficiente.

O nosso trabalho é baseado no exame de 120 fichas sôbre glaucoma na Enfermaria de Olhos de Mulheres da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo — (Serviço do Dr. Jacques Tupinambá), onde a maioria dos casos são de pacientes internados para cirurgia do glaucoma, e quasi todos com a afeção em gráu avançado, vindo como último recurso, praticamente de toda parte do Brasil, não se podendo assim fazer um estudo anterior da instalação evidente dos sintomas que resultaram no aumento da tensão intra-ocular.

(*) Tema Livre apresentado nas XII Jornadas Brasileiras de Oftalmologia. Recife-Pernambuco — 28 a 31 de Outubro de 1963.

(**) Assistente da Enfermaria de Olhos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Serviço do Dr. Jacques Tupinambá.

No nosso ambulatório pudemos observar que o glaucoma de ângulo fechado é raro em pessoas de côr. Nos casos encontrados neste tipo, com facilidade de escoamento, mesmo com o ataque agudo, uma iridectomia periférica tem sido tão bem sucedida como em outras raças.

A dificuldade de diagnosticar um glaucoma agudo em pessoas de côr, é como já dissemos a ausência ou diminuição dos sintomas, tais como dor, ou outras alterações como cefaléa, tonturas, vista turva, etc.

Os casos de glaucoma crônico de ângulo aberto, ou glaucomas simples o diagnóstico não apresenta maior dificuldade do que em outras raças.

A questão da cirurgia é que tem sido das mais discutidas, pois quasi tôdas as técnicas operatórias têm falhado, com baixa porcentagem de sucesso.

Vários autores, como Hass, não fazem diferença entre a cirurgia dos brancos ou de pessoas de côr nos casos de glaucoma de ângulo aberto, fazendo sempre uma esclerectomia com iridectomia periférica, não só por questão de estética, como por ser de uma cicatriz filtrante maior, menos descompressão, e pouca reação post-cirúrgica, usando midriáticos posteriormente e localmente esteróides.

A ciclodiatermia tem sido preferida por outros cirurgiões, apresentando casos com resultados mais animadores do que outros procedimentos; contudo tem havido a perda do olho por atrofia bulbar, o que se poderá talvez evitar com o uso de técnica adequada. É um bom método, pois evita infecções secundárias, evita opacidades do cristalino, não precipita tanto a perda da visão, muito comum nas operações filtrantes e poderá conservar um abaixamento da pressão por tempo relativamente longo.

Outros autores indicam a ciclodialise na cirurgia do glaucoma nas pessoas de côr, mas parece que este método é o menos indicado, pois a sua eficácia é muito relativa e de pouco tempo de duração o seu efeito hipotensor.

Outros tipos de cirurgia anti-glaucomatosa, como a trepanação de Elliot, a iridênclise, operações tipo Scheie ou Malbran, não dão o menor resultado no tratamento cirúrgico nas pessoas de côr.

Também tem sido indicado o uso de aplicação de Raios Beta nas feridas cirúrgicas, a fim de impedir o fechamento da cicatriz filtrante.

O que todos os autores concordam é que há nas pessoas de côr a tendência á formação de cicatrizes, uma proliferação epitelial intensa, e aos poucos vae se fechando a cicatriz filtrante, inutilizando toda tentativa da cirurgia anti-glaucomatosa.

Sendo assim, o glaucoma entre as pessoas de côr deverá ser tratado, tanto quanto mais tempo puder com o uso de mióticos, e de outras medicações como o uso de inibidores da anidrase carbônica, e felizmente os individuos escuros são praticamente imunes aos efeitos secundários do uso prolongado da acetazolamida.

Nas nossas observações os pacientes estão assim distribuídos por raça

Leucodermos	70%
Feodermos	19%
Negros	7%
Xantodermos	4%

Entre os indivíduos de côr, sômente encontramos uma pequena porcentagem de glaucoma agudo e que foram tratados com iridectomia simples de Von Grafe, tendo tido bons resultados, ao lado da medicação adequada, tanto de mióticos como inibidores da anidrase carbônica. Os níveis tensionais se mantiveram bons, com conservação razoável da visão e do campo visual, controlados por mais de 3 anos.

Nos outros casos de glaucomas simples tentamos a cirurgia fistulizante, tanto Elliot como iridenclyse, com fracasso em todos os casos. A ciclodialise também não se mostrou eficiente, e sendo assim fizemos na maioria das vêzes uma esclerectomia com iridectomia periférica e larga abertura escleral, tendo feito diatermia dos bordos da ferida, para haver maior retração e assim evitar uma formação de quelóide precoce. Também nestes casos em que o aumento da tensão ainda continuava, tentamos fazer depois uma ciclodiatermia secundária, primeiramente num setor de preferência inferior, e si necessario depois no superior.

Infelizmente constatamos alguns casos de atrofia bulbar, sobretudo nos casos de glaucoma maligno ou naqueles onde havia trombose da veia central da retina, com hipertensão intra-ocular secundária.

OBSERVAÇÕES

1) C. A. — 55 anos, feminino. Internada com muitas dores dos olhos e grande perda de visão. Tensão ocular em AO de 80 hg, havendo injeção peri-ceratica edema das conjuntivas e da córnea, impossível visão de fundo de olho. Visão de dedos a 3 ms. sem melhoria com o uso de lentes. Tratava-se de uma pessoa de raça prêta, de aspecto físico normal e exames de laboratório normais.

Foi feita intervenção tipo Lagrange, com larga abertura escleral e iridectomia total; uso posterior de mióticos e de Diamox. A tensão de OD caiu para 30 Hg, mais a de OE depois de ter diminuído, se elevou novamente 30 dias após, o que nos levou a fazer uma ciclodiatermia inferior. Não houve porém melhoria, tendo êste olho entrado em atrofia posterior. A visão de OD se conservou em 0.10 mal.

2) B. C. — 48 anos, feminino. Feoderma. Há mais de 3 anos está em tratamento de glaucoma crônico, com o uso de mióticos e periodicamente é feita a prescrição de Glaucosin, sem reações secundárias. O nível tensional se mantém em 22 Hg e com ligeira retração do campo visual.

3) A. P. S. — 59 anos, feminino. Feoderma. Veio do interior com dores dos olhos já tendo sido operado de glaucoma (sic), sem resultado. VAO dos dedos a 2 ms. sem melhoria com lentes. Vestígios de cicatriz filtrante no limbo superior obliterada. Tensão de OD: 43 e de OE: 38 Hg. Fizemos ciclodiatermia de Weekers em AO, e com o uso de mióticos e Glaucosin, conseguimos a tensão em 25 HG, controlada durante 90 dias. Não houve melhoria visual.

4) H. C. R. 60 anos. Raça preta. Masculino. OD normal a todos os exames com visão de 0.9 e presbiopia. OE visão de 0.10, com tensão de 30 HG, e não melhorando com o uso de mióticos e de Glaucosin, tendo havido retração do campo visual, trinta dias após fizemos intervenção tipo Lagrange. Houve melhoria aparente, porém 60 dias depois houve novo aumento de tensão ocular para 60 Hg, com obstrução da cicatriz filtrante, e apesar de ter sido feito ciclodiatermia, foi necessário fazer alcoolização retro-bulbar e posterior atrofia do globo ocular.

BIBLIOGRAFIA

GONÇALVES, Paiva — Constituição e Olho. IV Congresso Bra. de Oftalmologia. 1941.

ADROGUÉ, Esteban — Constitucion, herencia y oftalmologia. IV Congreso Bras. de Oftalmologia. 1941.

TOLEDO, Renato — Glaucoma no Negro. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia. Vol. 15-3 e 4. 1952. Págs. 25 a 39.

ILIFF, C. E. — Uso de Raios Beta na cirurgia glaucomatosa do negro. Am. J. Opht. 27: 731-738. July 1949.

CLARCK, William — Symposium on Glaucoma. 1959 — Mosby Co.

BOYD, W., Haas, J., Stocker, F., e Becker, B. — Glaucoma in Negroes. Highlights of Ophthalmology. August 1958. Vol. III, págs. 201 a 209.

CASSIDY, J. — Iridencleisis in Negroes and Whites. A.M.A. of Ophth. Vol. 62, n.º 2. Aust. 1959. 239-241