

RECENTES AQUISIÇÕES NA TERAPÊUTICA CIRÚRGICA DO GLAUCOMA

Prof. GERALDO QUEIROGA (*) - Belo Horizonte

A indicação da terapêutica cirúrgica na síndrome glaucomatosa se faz quando:

1 — Diante uma excavação patológica da papila e modificações no campo visual não se conseguir baixar a tensão ocular aquém de 30 mm. de Hg., mesmo que não haja piora nestes dois elementos apontados acima.

2 — Se a tensão ocular manter-se constante (não importa qual) e o campo visual e excavação patológica piorarem lentamente.

3 — Elevação periódica da tensão ocular acompanhada de crise congestiva.

Esta orientação terapêutica é sobretudo oportuna mormente porque, atualmente, dois medicamentos vieram modificar a conduta cirúrgica imediata quanto a certos tipos de glaucoma, principalmente o agudo. O uso dos inibidores da anidrase carbônica (Diamox) e vários compostos de meprobamato permitem hoje ao cirurgião uma escolha mais adequada do tipo de operação considerando a sua experiência pessoal.

Houve época em que o gonioscopia opinava de forma decisiva sobre o tipo de operação a ser indicada no glaucoma de ângulo aberto e de ângulo fechado. Assim, as operações como iridectomia total ou basal, bem como a ciclodialise eram indicadas no glaucoma de ângulo fechado. As operações fistulizantes, como esclerectomia e iridencleisis eram reservadas para os casos de glaucoma de ângulo aberto.

A nosso ver o gonioscopia é muito útil para evitar que se faça uma ciclodialise sobre uma região do ângulo da câmara anterior onde haja um pequeno vaso.

Recente trabalho de Antonio de Almeida (1) sobre tratamento cirúrgico da hipertensão glaucomatosa é completo quanto as várias técnicas de operações anti-hipertensivas. Não vou rever estas técnicas.

Um trabalho muito interessante de Teng, C. C. e outros (2), sobre histologia e mecanismo das operações fistulizantes, lança alguns princípios básicos para a compreensão do modo de ação destas operações. Neste trabalho, os autores esclarecem que há três vias principais que podem ser criadas pelas operações fistulizantes. A primeira via é a conjuntival; a segunda via através as áreas de degeneração perivascular; a terceira via

(*) Prof. Fac. Ciências Med. da Univ. Católica de Minas Gerais.

por intermédio da recanalização capilar.

A primeira via, a conjuntival, é consequência do contacto do humor aquoso com o tecido conetivo sub-jacente. Este, degenera e torna mais permeável o epitélio e a membrana basal da conjuntiva, permitindo maior saída do humor aquoso através da cicatriz filtrante.

A segunda via ocorre quando o humor aquoso modifica o colágeno em redor dos vasos, especialmente os capilares, produzindo uma degeneração perivascular que facilita a filtração. A episclera e tecido sub-conjuntival são muito mais ricos em vasos sendo aí que desenvolve a drenagem perivascular.

A terceira via, recanalização direta, origina-se especialmente nos casos onde a incisão escleral foi feita junto à região trabecular. Esta área (região trabecular) é repleta de capilares. Em consequência da ação do humor aquoso formam-se lacunas nesta região, lacunas estas que são recobertas por proliferação do endotélio que provem, principalmente, das extremidades dos capilares que foram seccionados. Origina-se assim um novo canalículo de drenagem recoberto por endotélio. Este tipo de drenagem explica muitos casos de pressão ocular baixa após operações fistulizantes nas quais não se vê a vesícula de filtração. Nos casos de bom funcionamento da vesícula de filtração a tensão ocular é baixa em consequência da drenagem estar sendo feita através a via transconjuntival ou então através a área de degeneração perivascular. Porém, naqueles casos de tensão ocular baixa sem vesícula de filtração visível a drenagem se faz pela recanalização direta, como foi dito acima, e também pela área de degeneração perivascular. Nos casos de fechamento da vesícula McCulloch (3) a reabre por meio de uma incisão com faca de catarata sob a conjuntiva no local da vesícula de filtração.

Pelas razões acima apontadas é aconselhado a localização da borda posterior da incisão com trepano na região trabecular, que é muito rica em vasos, facilitando uma melhor chance para a recanalização direta ou então filtração através a área perivascular.

O melhor teste para verificar a filtração via transconjuntival é o teste de Seidel, instilando uma gota de fluoresceína sobre a vesícula de filtração seguida de compressão e observação da saída do humor aquoso.

No presente, os testes mais importantes para verificação do bom funcionamento de uma operação antiglaucomatosa são a tonografia e o teste de fluoresceína de Goldman.

Dois grupos de operações servem-se da diatermia na cirurgia do glaucoma. Um grupo, usa a diatermia para diminuir a secreção do humor aquoso por atrofia de parte dos processos ciliares; outro grupo, emprega a diatermia no local da esclerotomia com o fim de produzir uma retração secundária dos lábios da incisão escleral.

Pequenos cuidados em velhas técnicas cirúrgicas parecem ser as novidades na terapêutica cirúrgica do glaucoma.

Scheie (4), depois de fazer um amplo retalho conjuntival incisa ab-externo a esclera a 1 milímetro do limbo seguida de cauterização dos lábios da incisão. Em seguida faz uma iridectomia periférica. A finalidade da cauterização é retrair os lábios da incisão escleral.

Alvis (5) faz um retalho conjuntival e depois uma incisão radiária de 3 milímetros partindo do limbo. A espátula do ciclodialise é passada nos dois lados da incisão escleral a fim de separar o esporão escleral. Os dois lábios da incisão são tocados com cautério para retração dos mesmos.

Malbran e Malbran (6) em vez de cauterizar os lábios da incisão escleral usam a diatermia para obterem a retração da incisão.

Quanto ao uso da diatermia para atrofia secundária e parcial do corpo ciliar — a ciclodiatermia — parece que os resultados não são permanentes. A operação tem que ser repetida, sendo esta a razão porque esta operação não ocupa a primazia entre as operações hipotensoras. Porém, a sua indicação faz-se nos casos de glaucoma complicado por rubeosis.

Hartman e Haye (7) praticam a ciclo-electrolise de Berens porquanto é uma operação fácil de fazer e de repetir.

Quanto a iridencleisis, o tecido iriano encravado atrofia-se estabelecendo uma fístula entre a câmara anterior e a cicatriz filtrante.

A iridencleisis basal tem a grande vantagem de conservar o esfinter pupilar para ação dos mióticos. Cohen (8) combina a iridencleisis com a esclerotomia seguida de irradiação beta.

Golovine (9) nos glaucomas intratáveis faz uma esclerectomia com trepano a 6 ou 7 milímetros do limbo, sob a conjuntiva, com escapamento de humor vítreo.

Riise, (10) estudando a evolução de 1.057 olhos operados de glaucoma simples durante o período de 1930 a 1956, chegou à conclusão de que quando o campo visual era normal ou ligeiramente contraído havia uma perda de 1 por cento do campo após oito anos de operação. Em outro grupo, com perda do campo visual para mais da metade, o resultado post-operatório foi máu quanto à visão.

Kalt e Loisillier (11) analisaram a infecção post-operatória em 464 operações e concluíram que havia 3,23% na operação de Elliot, 1,6% após a operação de Lagrange e 1,4% depois da iridencleisis.

Para terminar resta a velha questão. Em que condições a cirurgia é contraindicada? A observação tem evidenciado que não se deve operar um olho com excavação patológica pronunciada e com um campo visual onde haja retração na área de cinco graus. A operação nestes casos precipitaria a cegueira total.

OPERAÇÃO DE ESCOLHA PARA OS VÁRIOS TIPOS DE GLAUCOMAS

<i>Tipos de Glaucoma</i>	<i>Primeira Operação</i>	<i>Segunda Operação</i>
Congestivo Agudo	Iridectomia basal ou total	Ciclodialise na área da iridectomia
Crônico Simples não Congestivo	A. iridencleisis B. Trepano-Fistulizante	A. Ciclodiatermia B. Ciclodialise
Crônico Congestivo	A. Iridencleisis B. Ciclodiatermia	Ciclodiatermia
Congenito	A. Goniotomia B. Goniopunção C. Ciclodiatermia	A. Ciclodiatermia B. Fistulizante
Hemorrágico Maligno Rubeosis	Ciclodiatermia	A. Ciclodiatermia B. Escleorotomia posterior
Absoluto	Irido-Esclerecto-Ciclo Dialise	A. Esclerotomia posterior B. Enucleação

Treatment of Chronic Simple Glaucoma — Frederick W. Stocker
(quadro mod.)

VANTAGENS E DESVANTAGENS DE ALGUMAS OPERAÇÕES PARA GLAUCOMA CRÔNICO

<i>Operação</i>	<i>Vantagens</i>	<i>Desvantagens</i>
Trepano-Fistulizante	A. Hipotonia imediata B. Resultados permanentes \pm bons	A. Perigo de catarata devido a hipotonia prolongada B. Perigo de infecção tardia C. Fechamento precoce por tecido cicatricial (negro)
Iridencleisis	A. Menor perigo de catarata B. Ausência de infecção tardia	Aumento da incidência de oftalmia simpática
Ciclodiatermia	A. Ausência de infecção tardia B. Ausência de catarata C. Facilmente repetida	A. Redução tardia da tensão B. Raramente reação inflamatória C. Resultados tardios incertos

Treatment of Chronic Simple Glaucoma — Frederick W. Stocker
(quadro mod.)

RESUMO

Na síndrome glaucomatosa a hipertensão ocular é o sistema que o oculista procura dominar por meios médicos e cirúrgicos. Desde que a semiótica nos revela uma retração do campo visual em direção ao centro e uma hipertonía ocular não controlada por mióticos, inicia-se a fase cirúrgica no tratamento do glaucoma. Dois são os métodos para dominar cirurgicamente a hipertensão ocular; reduzindo a produção do humor aquoso ou então aumentando sua via de evacuação.

A fim de diminuir a formação do humor aquoso procura-se atrofiar parte dos processos ciliares por meios físicos como a diatermia perfurante ou em superfície.

Para restabelecer ou aumentar a via de evacuação do humor aquoso temos desde a simples iridectomia total ou periférica no glaucoma agudo, as operações fistulizantes, a ciclodialise e as várias operações combinadas. O critério adotado na escolha destas intervenções varia com as condições da anatomia e fisiologia patológica do ângulo da câmara anterior e da íris.

O insucesso das operações fistulizantes é motivado, muitas vezes, por uma formação de tecido cicatricial ao nível da drenagem. Conseqüentemente, deve-se cuidar de impedir ou retardar seu aparecimento precoce. A diatermia nos lábios da incisão escleral, bem como o uso post-operatório de cortico esteroides parecem atingir este escopo.

Medicamentos inibidores da anidriase carbônica (Diamox) bem como os relaxantes e os tranquilizantes usados no pré-operatório muito contribuem para melhorar as condições do olho a ser operado.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALMEIDA, Antonio — Tratamento Cirúrgico da Hipertensão Glaucomatosa. Revista Brasileira de Oftalmologia 19:73:1960. Junho.
- 2 — TENG, C. C.; CHI H. M.; KATZIN H. M. — Histology and Mechanism of the Filtering Operations. A. J. O. 47:16:1959.
- 3 — MC CULLOG, C. — The Incision of Inadequate Filtration Blebs. The Canada Ophth. Soc. 10:45:1958.
- 4 — SCHELE H. G. — Retraction of Scleral Wound Edges as a Fistulizing Procedure for Glaucoma. A. J. O. 45:220:1958.
- 4a — SCHEIE, H. G. — Peripheral Iridectomy with Scleral Cautery for Glaucoma. Arch. of Ophth. 61:291:1959.
- 5 — ALVIS, B. Y. — Cyclodialysis with Scleral Shrinkage for Open-Angle Glaucoma. Tr. Am. Opht. Soc. 56:263:1958.
- 6 — MALBRAN, J. and MALBRAN, E. — Surgical Management of Primary Glaucoma. A. J. O. 47:34:1959.
- 7 — HARTMAN, E. and HAYE, C. — Berens Cycloelectrolysis in Glaucoma. Ann. Ocul. 191:97:1958.

- 8 — COHEN, L. B.; GRAHAN, T. F.; and FRY, W. E. — Beta Radiation as an Adjunct to Glaucoma Surgery in Negro. A. J. O. 47:54:1959.
- 9 — GOLOVINE, S. — La Sclerotripanation Posterieur, large, Antiglaucomateuse. Arch. D'Opht. 18:185:1958.
- 10 — RIISE, P. — Long Term Prognosisin Glaucoma Surgery. A. J. O. 45:807:1958.
- 11 — KALT, M. and LOISILLIER, F. — Late Infections Following Anti-Glaucomatous Fistulizing Operations. Ann. Ocul. 191:713:1958.
- 12 — STOCKER, W. Frederic — Treatment of Chronic Simple Glaucoma. The George Washington University.