

Vitrectomia na uveíte

João Alberto Holanda de Freitas **

INTRODUÇÃO

Com o advento da vitrectomia, não só foram beneficiados as patologias do segmento posterior como também tem sido possível a abordagem de inúmeras patologias do segmento anterior outrora intocáveis e de prognóstico sombrio. A microcirurgia foi por demais enriquecida com a introdução deste método cirúrgico. A via pars plana tem sido largamente utilizada não só como acesso à câmara vítrea como ao segmento anterior.

DUKE-ELDER (1969)², comentava que a extração da catarata complicada na presença de uveíte crônica é conhecida como perigosa pois além de exacerbar o processo inflamatório, poderia levar a perda definitiva da visão e atrofia do globo. Acrescentava por outro lado que somente em casos bem selecionados, tensão intra-ocular normal, globo calmo por muito tempo, a cirurgia realizada com boa cobertura de corticoide poderia levar a resultado satisfatório.

MICHELS e RYAN (1975)⁵, numa ampla revisão de 100 vitrectomias consecutivas consideraram a possibilidade de remover opacidades vítreas nas uveítes usando-se a vitrectomia via pars plana.

DIAMOND e KAPAN (1978)¹, julgam como bons resultados em 15 casos consecutivos de catarata complicada por uveíte crônica, operados pela vitrectomia via pars-plana. Chamam atenção para uma boa semiologia incluindo ecografia A e B e eletrofisiologia retiniana.

PUIG-LLANO et alii (1979)⁷, empregaram a vitrectomia via limbo para remover membrana pupilar de 3 pacientes portadores de uveíte crônica. Em todos os casos obtiveram melhora na acuidade visual.

FITZGERALD (1980)³, realizou vitrectomia em 4 pacientes portadores de membranas vítreas por episódio de toxoplasmose. Em todos houve melhora na acuidade visual e não foi observada recidiva no pós-operatório.

PETRILLI et alii (1982)⁶, empregaram a fragmentação ultrasônica via pars plana para remoção de catarata complicada em 39 olhos portadores de uveíte crônica. O resultado anatômico foi sempre bom e o visual dependeu do estado do fundo do olho.

NOBE et alii (1983)⁵, apresentam os resultados obtidos em 12 olhos portadores de catarata complicada por uveíte crônica. Todos os olhos foram submetidos a cirurgia simultânea de facectomia e vitrectomia via pars plana. Concluem como o método mais indicado para resolver esta condição.

A intenção deste trabalho é discutir os resultados e as vantagens obtidas pela vitrectomia via pars plana no tratamento das seqüelas da uveíte crônica. Foram operados 25 olhos sendo observados melhora da acuidade visual em 56% dos casos. Não ocorreu atrofia do globo ou recidiva do processo inflamatório em nenhum deles.

MATERIAL E MÉTODOS

A facectomia e vitrectomia foram sempre realizadas via pars plana. Empregou-se o mini — SITE — Federman em todos os casos. Microscópio cirúrgico utilizado foi o ZEISS OPMI — 2. A indicação da facectomia e vitrectomia foi quando a acuidade visual era inferior a 0,06 e o paciente apresentava uma uveíte crônica, clinicamente curada e que não apresentasse recidiva com menos de 6 meses. Em todos os casos foi realizado ultrassom A e B.

TÉCNICA

— Abertura límbica da conjuntiva bulbar. — Fixado o músculo Reto Lateral (RL) e Reto Medial (RM) por fio de seda preta 4,0 e exposto os quadrantes nasal superior, temporal superior e inferior. — Diatermia episcleral com bipolar ao redor da área a ser aberta na pars plana. — Quando foi apenas realizada a facectomia era feita uma incisão com faca de Graefe a 3,5mm do limbo no setor temporal superior. Nesta situação o vitreóforo era introduzido no segmento anterior com infusão simultânea acoplada a ponta de corte e aspiração. Por outro lado, quando além do segmento anterior era necessário intervir no segmento posterior, eram feitas 3 incisões: temporal superior para o vitreóforo, nasal superior para fibra ótica e temporal inferior para fixar o cateter de infusão para repor o volume retirado e manter o tonus ocular. Se o cristalino era transpa-

* Trabalho do Instituto Penido Burnier apresentado em 09.06.83 na 1.261.ª reunião da Associação Médica do I.P.B.
** Oftalmologista do Instituto Penido Burnier. Professor Titular e Livre — Docente de Oftalmologia da PUCAMP — Campinas — Est. S. Paulo.

rente fazíamos a incisão um pouco mais afastada do limbo a 4,5mm. Concluída a vitrectomia, suturada as incisões da pars plana era administrado anti-inflamatório não esteroide, atropina e corticóide colírio por um mês.

RESULTADOS

De um total de 1.050 vitrectomias consecutivas, 21 pacientes eram portadores de uveíte crônica, apresentando 25 olhos comprometidos com opacidades dos meios transparentes (Tabela 1).

TABELA I
Distribuição pela idade

Idade	Número	%	sexo	
			Masc.	Fem.
10 — 20	4	(19%)	2	2
21 — 30	6	(28,5%)	3	3
31 — 40	9	(42,8%)	7	2
41 — 50	2	(9,5%)	2	—
Total	21	100%	14 (67%)	7 (33%)

Houve portanto maior incidência no sexo masculino com 67% dos casos.

Com relação à acuidade visual final houve acentuada melhora (Tabela 2). Assim é que 56% deles obtiveram acuidade visual superior a 0,3.

TABELA II
Resultado funcional

Acuidade visual Antes	Número	Depois	Número %	
			Número	%
Conta dedos	11	inferior 0,1	10 (40%)	
Mov. Mão	10	0,1 — 0,3	01 (4%)	
Percep. Luz	04	0,3 — 0,6	07 (28%)	
	—	Maior 0,6	07 (28%)	
Total	25		25 (100%)	

Em 8 olhos portadores de Doença de Harada, além da vitrectomia foi realizada facectomia com vitreófago (Tabela 3).

TABELA III
Doença de Harada

Sexo	Idade	Antes		Depois	
Masc.	32 a.	OD. Conta dedos a 1 m	0,5		
		OE. Conta dedos a 50 cms	0,5		
Masc.	31 a.	OD. Mov. de mão	0,8		
		OE. Mov. de mão	Conta dedos a 1 m.		
Fem.	23 a.	OD. Conta dedos a 30 cms	0,3		
		OE. Conta dedos a 1 m	0,3		
Fem.	16 a.	OD. Conta dedos a 30 cms	0,06		
		OE. Conta dedos a 2 m	0,5		

OBS: Nenhuma complicação.

DISCUSSÃO

Um pessimismo paira entre os oftalmologistas quanto à cirurgia de catarata complicada pela uveíte. É conceito geral que a intervenção sobre o vítreo nestes pacientes possa provocar a recidiva do processo ou a atrofia do globo.

DIAMOND e KAPLAN (1978)¹, acreditam que a extração extracapsular programada na catarata complicada, por tratar-se em geral de pacientes jovens pode deixar restos de materiais cortical, perda vítrea e formação de membrana ciclítica, membranas vitreas e provocar inflamações severas. Com o advento da vitrectomia é possível combinar com facectomia via pars plana em olhos com uveíte crônica. Na maioria dos casos obtiveram bom resultado funcional. A principal causa de baixa visual prende-se ao edema macular cistóide crônico.

PETRILLI et alii (1982)⁶, ao invés dos instrumentos de vitrectomia, preferiram empregar o facofragmentador de GIRARD via pars plana permitindo efetuar não só a extração da catarata complicada, como também a vitrectomia.

NOBE et alii (1983)⁵, efetuaram a vitrectomia e facectomia simultânea em 9 pacientes (12 olhos) portadores de uveíte crônica, sempre pela via pars plana com bons resultados. A vitrectomia não cura a uveíte mas o que se observa é que há redução nas recidivas do processo, porém quando há reativação é mais leve, não se organiza pois não há vítreo. Como complicações citam o descolamento da retina em 3 olhos, hifema em 2 casos, hemorragia vítrea em 2 olhos e glaucoma em 2 outros.

Ao nosso ver a vitrectomia na uveíte baseia-se em 3 indicações fundamentais:

- a — remover opacidades vitreas e biópsia
- b — reparar descolamento da retina
- c — operar catarata complicada

Achamos que devemos esperar que o processo esteja clinicamente curado pelo menos 4 meses para intervir. Evitar efetuar vitrectomia em olhos na vigência de uveíte em atividade exceção quando há descolamento de retina.

É fundamental uma boa semiologia incluindo: acuidade visual, tonometria, oftalmoscopia binocular indireta, ecografia A e B e eletrofisiologia retiniana.

Nos 25 olhos operados não observou recidiva do processo em nenhum deles.

A indicação da vitrectomia foi quando a acuidade visual era inferior a 0,06, os meios transparentes bastante comprometidos e o processo inflamatório ausente.

A causa da baixa visual final prende-se a maculopatia cistóide crônica.

A complicação pós-operatória mais severa foi o descolamento de retina em 5 olhos (20%) comprometendo o resultado final. Glaucoma foi verificado em 2 olhos mas bem controlado clinicamente.

Sobre a etiologia da uveíte nem sempre foi possível concluir.

A longo prazo não se sabe o resultado final da facectomia e vitrectomia na uveíte, porém a melhora na acuidade visual justifica o procedimento cirúrgico na uveíte crônica.

Considerando que todos os 25 olhos operados estavam legalmente cegos, a idade inferior a 45 anos e obtendo-se acuidade visual final superior a 0,3 em 56% dos casos conclui-se: que o procedimento cirúrgico é bastante útil e promissor.

RESUMO

O A. apresenta resultados obtidos em 25 olhos portadores de sequelas por uveíte. A maioria era do sexo masculino (87%). Empregou a vitrectomia via pars plana como forma mais adequada de remover catarata complicada e opacidades vítreas. O resultado foi bom pois 56% alcançaram acuidade visual superior a 0,3. O descolamento da retina foi a complicação mais severa, ocorreu em 20% dos casos. A baixa da acuidade visual final prende-se a maculopatia cistóide crônica.

SUMMARY

Vitrectomy by pars plana was the most adequate procedure to remove complicated cataracts and vitreous opacities of 25 eyes with sequelae of uveitis, 67% of the patients were male. The visual results reached 0,3 and more in 56% of the patients. Retinal detachment was the most severe complication, occurring in 20% of the eyes. The final low visual acuity could be due the cystoid maculopathy.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DIAMOND, J. G. & KAPLAN, H. J. — Lensectomy and vitrectomy for complicated cataract secondary to uveitis. Arch. Ophthalmol., 96: 1798-1804, 1978.
2. DUKE ELDER, S. — Diseases of the lens and vitreous; Glaucoma and Hypotony. Vol. XI. In: System of Ophthalmology. St. Louis — C.V. Mosby, 1969, pág. 210-214.
3. FITZGERALD, C. R. — Pars plana vitrectomy for vitreous opacity secondary to presumed toxoplasmosis. Arch. Ophthalmol., 98: 321-323, 1980.
4. MICHELS, R. G. & RYAN, S. J. — Results and complications of 100 consecutive cases of pars plana vitrectomy. Amer. J. Ophthalmol., 80: 24-29, 1975.
5. NOBE, J. R.; KOKORIS, N. & DIDDIE, K. R. — Lensectomy — vitrectomy in chronic uveitis. Retina, 3: 71-76, 1983.
6. PETRILLI, A. M. N.; BELFORT, R. Jr.; ABREU, M. T.; DIAS, J.; LIMA, A. L. H.; SILVA, M. G. A. R.; BONOMO, P. P. & AUN, L. L. — Fragmentação ultra-sônica via pars plana associada a vitrectomia em pacientes com catarata e uveíte. Arq. Bras. Oftalmol., 45: 111-114, 1982.
7. PUIG-LLAND, M.; IRVINE, A. R. & STONE, R. D. — Puppilary membrane excision and anterior vitrectomy in eyes after uveitis. Amer. J. Ophthalmol., 87: 533-535, 1979.