

# Extração intracapsular

Jorge Alberto Fonseca Caldeira \*

## INTRODUÇÃO

Com o renascimento da extração extracapsular, através de vários aprimoramentos de técnica, a extração intracapsular é menos utilizada nos dias que correm, embora ainda tenha seu lugar definido entre os recursos de que dispõe o cirurgião. Todo residente que vise uma formação completa não pode prescindir do domínio da técnica de extração intracapsular. Ao par disto, em nosso meio, mesmo nos casos em que não se planeja a colocação de uma lente intra-ocular, há que considerar as cataratas secundárias que, a longo prazo surgem com frequência após extração extracapsular.

## EXTRAÇÃO COM PINÇA

O domínio da técnica é mais difícil quando comparado com a crio-extração, principalmente na catarata intumesciente. Os movimentos devem ser mais lentos, o que não é fácil para o cirurgião que se inicia, e a tração mais cuidadosa para evitar ruptura da cápsula; a apreensão com pinça é menos firme do que na crio-extração. A alfa-quimotripsina, na concentração de 1:5.000, facilita grandemente de modo especial em pacientes com menos de 60 anos. Jaffe utiliza um filtro na seringa, visando reter as partículas. A solução é injetada pela(s) iridectomia (s) e pela pupila. Após espera de um a cinco minutos o cirurgião notará a liberação do cristalino, que também pode ser comprovada através de leve pressão no limbo. A esta altura prosseguir-se-á com a extração. Alguns cirurgiões irrigam a câmara anterior com solução balanceada, antes da extração, outros apenas os lábios da incisão.

A extração pode ser feita por báculo ou deslissamento. O método de báculo requer uma incisão maior do que o de deslissamento e o endotélio corneano pode ser lesado pela pinça.

Por outro lado, a báculo é mais fácil quando a pupila é menor; também facilita a separação do vítreo.

Em contraposição, se o cristalino é plano e duro, o deslissamento é mais fácil. Se os lábios da incisão se afastam, o deslissamento é mais seguro.

## Báculo

Alguns cirurgiões colocam o gancho no fundo de saco inferior no início; outros pre-

ferem fazê-lo após a apreensão do cristalino.

Evitando a iridectomia, a pinça fechada é introduzida pela pupila, empurrando o cristalino levemente para trás e deslissando na frente da cápsula de modo que a ponta fique atrás da íris.

Os ramos são afastados cerca de 4 mm e a apreensão da cápsula é feita de modo a preegá-la, evitando a íris, um pouco abaixo do ponto indicativo de meia distância entre o polo anterior e o equador. Não é fácil certificar-se de uma apreensão adequada, mas esta é evidenciada por um formato de tenda da cápsula.

A pinça a seguir é deslocada para cima, de modo a romper as fibras inferiores da zônula, com o auxílio de pressão exercida às 6:00 horas do limbo pelo gancho.

O cirurgião move então a ponta da pinça para a sua esquerda e simultaneamente faz pressão no limbo de 6:00 às 9:00 horas. A seguir a pinça é deslocada para a direita do cirurgião e a pressão do limbo se faz de 6:00 às 3:00 horas. A pressão deve ser feita no limbo e não longe dele, para evitar perda de vítreo.

O cirurgião sente a liberação da porção inferior do cristalino e continua com movimentos oblíquos da ponta da pinça, auxiliando com o gancho, até que seja ultrapassada a incisão. As fibras superiores da zônula foram as últimas a ser rompidas. O cristalino foi basculado de modo que sua borda inferior roça a face posterior da córnea, sendo a primeira a emergir na incisão.

## Deslissamento

Após retração da íris a cápsula é pinçada próximo ao polo superior, sob visualização direta, com os ramos do instrumento em uma posição vertical ou horizontal; a última facilita a visualização da zônula, pois a mão do cirurgião fica de um lado. O primeiro movimento é feito de modo a romper as fibras superiores da zônula; seguem-se movimentos para a direita e para a esquerda, guiando o cristalino para fora do olho. O cirurgião poderá auxiliar o rompimento das fibras da zônula com o instrumento.

## EXTRAÇÃO COM ERISÍFACO

Esta modalidade é melhor do que a pinça nos casos de catarata intumesciente. Po-

\* Professor Titular de Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

dem ser utilizados modelos mais simples, em que a pressão negativa é obtida através de uma pera de silicone ou borracha, ou modelos mais elaborados, dependentes de um motor.

### **Báscula**

O erisífacio é introduzido mais lateralmente pela incisão, até atingir a porção inferior do cristalino; poderá estar preenchido por solução balanceada ou simplesmente ter o ar expulso, no caso de instrumento manual. Após fixação, na cápsula anterior, ao mesmo tempo que faz-se tração para cima o gancho pressiona o limbo inferiormente. Inicia-se então o movimento de báscula, com a borda inferior do cristalino dirigida para frente e para cima, através de rotação do instrumento entre os dedos; prossegue-se com a utilização conjugada do erisífacio e do gancho, tomando cuidado para que o polo superior do cristalino não seja introduzido no vítreo, à medida que o polo inferior roça a face posterior da córnea até a saída pela incisão.

### **Deslissamento**

Nesta modalidade, a técnica de céu aberto é vantajosa. Após o auxiliar tracionar a córnea, o erisífacio é aplicado na porção superior da cápsula; o polo superior é tracionado para a frente, em manobra oposta à que se faz na báscula, com o cuidado de não

introduzir o polo inferior no vítreo. O cristalino pode então ser submetido a um movimento de ciclodução ou ter os quadrantes nasal e temporal do equador tracionados alternadamente para a frente; esta manobra pode ser suplementada pela ruptura direta de fibras da zônula, com um instrumento tido na outra mão, até a saída do cristalino.

### **CUIDADOS FINAIS**

Após serem atados os pontos prévios serão dados outros em número condizente com a técnica preferida pelo cirurgião; a coaptação adequada dos lábios da incisão é verificada fazendo leve pressão com um instrumento rombo.

Um retalho conjuntival de base fórnix será suturado através de um ponto de seda ou catgut às 3:00 horas e outro às 9:00 horas. Retalho de base limbica poderá ser suturado com pontos separados ou por sutura contínua tipo borda grega, sendo esta removida no 4.º dia de pós-operatório.

Apenas cantotomias muito amplas requerem sutura, com pontos separados. Após a colocação de monóculos, um protetor metálico é fixado sobre os mesmos.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. JAFFE, N. S. — Cataract surgery and its complications. 3rd. ed. Saint Louis, Mosby, 1981, p. 85.

## **Técnicas Cirúrgicas**

### **Co-relatores associados**

1. Anestesia Local na Extração Intracapsular da Catarata.  
ROBERTO FREIRE SANTIAGO MALTA
2. Manipulação das Pálpebras na Extração Intracapsular da Catarata.  
JAIME ROIZENBLATT
3. Retalho Conjuntival. Hemostasia.  
LUIZ ANTONIO PEDUTI CUNHA
4. Tipos de Incisão na Extração Intracapsular da Catarata.  
REMO SUSANNA JR.
5. Suturas na Extração Intracapsular da Catarata.  
MILTON RUIZ ALVES
6. Manipulação da Iris, na Extração Intracapsular da Catarata.  
YOSHITAKA NAKASHIMA
7. Crioextração do Cristalino.  
WALTER TAKAHASHI

## **Anestesia local na extração intracapsular do cristalino**

Roberto Freire Santiago Malta \*

\* Médico Assistente da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (Serviço do Professor Dr. Jorge Alberto Fonseca Caldeira).