

TRATAMENTO DAS CERATITES SUPERFICIAIS PELO SELÊNIO

DR. JOSÉ LUIZ LEMOS DA SILVA (*) — São Paulo

As ceratites superficiais apresentam uma fase aguda ou crônica, a maioria das vezes sub-aguda, com a sua sintomatologia de epífora, fotofobia, diminuição da acuidade visual e secreção mucosa, raramente purulenta.

Sob o ponto de vista físiopatológico as 6 camadas constituintes da córnea, podem ser agrupadas em 3:

- 1 — Camada superficial, constituída pelo epitélio e membrana basal.
- 2 — Camada média, formada pela membrana de Bowman e estroma.
- 3 — Camada interna, composta pela membrana de Descemet e epitélio.

O nosso trabalho não se refere à etiologia das ceratites superficiais, pois um mesmo agente é capaz de originar variadas fôrmas que se apresentam na clínica, ou outros diferentes vírus, cada um dos quais dá lugar a uma forma determinada.

Em relação à topografia das lesões, observamos as ceratites superficiais, erosivas e as profundas, sem perda de substância. As primeiras, induzem a suspeitar uma natureza exógena, produzidas por vírus que penetra a córnea, procedente do exterior, por uma lesão da camada epitelial. Neste grupo podemos incluir as ceratites punctatas superficiais, as cerato-conjuntivites epidêmicas, as úlceras marginais (hepergitas ou não traumáticas ou não) e a própria ceratite herpética (dendríticas).

Marin-Amat, no seu trabalho apresentado em 1961 chegou às seguintes conclusões: aumento das ceratites micóticas e dendríticas — a evolução lenta ou rebelde das úlceras serpiginosas da córnea, a despeito dos antibióticos — a transformação clínica das úlceras serpiginosas em ceratites micóticas ou dendríticas, sob a terapêutica antibiótica — a resistência de certas conjuntivites catarrais aos antibióticos — o comportamento da cortisosa e derivados no tratamento das ceratites.

O uso (ou abuso) dos antibióticos ocasionam uma luta entre as bactérias, que se encontram atualmente em retirada, deixando o campo livre

(*) Chefe de Clínica do Departamento de Oftalmologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

aos vírus, que têm aumentado o seu campo de ação, ao lado da virulência reforçada dos fungos.

Segundo François as micoses oculares são muito mais frequentes desde o emprêgo dos antibióticos e dos corticóides — os antibióticos exterminando a flora bacteriana saprofita e modificando a virulência das bactérias, rompe o equilíbrio natural fungo-bactéria, até o ponto que os fungos saprofitas tornam-se patogênicos. A corticoterapia, bloqueando os fenômenos reacionários da defesa, favorecem igualmente a infecção micótica.

Por outro lado, o ataque aos vírus no interior das células, sem detrimen- to destas (o vírus fora do organismo se comporta como substância inerte), explica o fracasso de tôdas as terapêuticas empregadas até agora.

A prolixidade dos medicamentos empregados no tratamento das ceratites superficiais, bem demonstra a incerteza terapêutica, pois ao lado do uso externo de drogas, colírios ou pomadas, como azul de metileno, sais de prata ou de zinco, soluções de sulfamidas, esteróides, antibióticos ou alfa-quimo-tripsina, temos outras medidas como o uso de vaporizações, ionizações, e cauterizações com álcool, iodo, éter ou mesmo galvano-cautério.

Também por via oral ou injetável têm sido usados os mais diversos tipos de medicamentos, antibacterianos ou anti-fungicidas, que si em alguns casos representa melhoria, em outros são completamente inertes.

Um dos mais recentes medicamentos para o tratamento das ceratites superficiais (herpéticas principalmente) tem sido o IDU (5-iodo — 2-dexoyuridina) que parece ser de grande valor nesta virose, havendo unicamente o inconveniente de sua aplicação, pois tem que ser feita dia e noite continuamente. Existem também trabalhos recentes do uso do IDU, juntamente com corticóides e com bons resultados.

Ao lado do aumento das afecções da córnea por fungos ou vírus, não são os antibióticos ou corticóides, os únicos responsáveis por esta situação. Surpreende, devéras, que as células dotadas de maior resistêncai aos ataques dos vírus, são “as mais depauperadas pela desnutrição e pela idade”. Ao contrário, as células mais jovens embrionárias, melhor dotadas para a vida, são as que sucumbem mais facilmente!

A elevação progressiva do nível da vida, se acompanha paradoxalmente, de um aumento paralelo da frequência das infecções virásicas, pois os vírus necessitam precisamente de uma coletividade de células plétóricas de vida, para tirar-lhes a energia vital que possuem, para seu próprio desenvolvimento.

O tratamento das afecções virásicas da córnea, em linhas gerais, é o conhecimento ao agente causal, a elevação das defesas orgânicas, e dominar a reação inflamatória, quando esta é excessiva, eliminando suas causas e reparando suas consequências.

O nosso trabalho é baseado em numerosas observações de tratamento de ceratites superficiais, herpéticas ou de causa desconhecida, não dos casos que tiveram alta ou melhoria com os tratamentos já conhecidos, mas de

pacientes onde foi empregada e fracassada toda terapêutica, e que por acaso, usamos um composto de selênio, que existe no mercado, em combinação com corticosteróide e antibiótico. Mas se já tínhamos usado medicação à base só de antibiótico ou só de cortisona, pensamos em fazer só o emprêgo daquele metal, e realmente os resultados foram bem satisfatórios.

O selênio já é usado em medicina sob a forma de bisulfito ou sulfeto, e é constituído de uma mistura de mono sulfeto e selênio e solução de sólidos de selênio e enxôfre, sob a forma amorfa, com a fórmula $SEn eSm$, de cor alaranjada-vermelha, até marron forte, um pó amorfo, com cheiro característico e é praticamente insolúvel em água.

Tem sido utilizado externamente no tratamento da seborréa não exsudativa de couro cabeludo, sobranceiras e pálpebras e do ouvido externo. Pode também ser útil no tratamento da seborréa psoriais ou oleosa, no acné vulgaris e juvenil, e eczema tópico.

O selênio é absorvido pela pele em diminuta proporção, quando aplicado devidamente, e experiências indicam que a quantidade absorvida não é muito maior do que traços que podem estar presentes em regimens alimentares comuns. É tóxico quando ingerido, devendo-se ter o cuidado de lavar as mãos depois das aplicações e deixar fora do alcance das crianças.

O bisulfito de selênio é de grande resultado no tratamento das blefarites seborréicas, suplantando o emprêgo de verde brilhante, ácido salicílico e o resorcinal.

Em nossas observações usamos o bisulfito de selênio a 0,50%, sob a fórmula de pomada, que conforme a gravidade dos fenômenos inflamatórios das ceratites era aplicado ue uma a 3 vezes ao dia. Evitamos qualquer outra terapêutica local, só medicamentos para melhoria dos estado geral, e numa causuística local, só medicamentos para melhoria do estado geral, e numa causuística de 100 casos, tivemos melhoria acentuada em 70 dos pacientes, com o desaparecimento da fotofobia e epífora, cicatrização das lesões da córnea e elevação da acuidade visual. Em 20 casos a melhoria foi pequena e outros 10 não reagiram de maneira satisfatória.

Não notamos fenômenos irritativos com o uso do medicamento, e antes mesmo fizemos testes em olhos normais (preferivelmente ambliopes) onde o uso de solução de bisulfito de selênio não provocou danos à conjuntiva ou à córnea.

Sendo assim, é mais um medicamento para ser tentado na melhoria das conseqüências das ceratites superficiais.

— Os dados sobre selênio nos foram fornecidos pelo dr. Heitor Sarli.

BIBLIOGRAFIA

- 1) MARIN-AMAT — La transformación actual de las querato-conjuntivitis y el problema de la nueva terapêutica.
— Archivos de la Soc. Oftl. Hispano-Americana.
Tomo XXIII — Agosto 1963 — N.º 8 Pgs. 551-563.

- 2) VALCARCE AVELLO, J. — Tratamiento del herpes simplex com IDU.
— Archivos de la Soc. Oftl. Hispano-Americana.
Tomo XXIII — Janeiro 1963 — N.º 1 Pgs. 98 e 102.
- 3) CASANOVAS, JOSÉ — Queratoconjuntivitis epidemica.
— Archivos de la Soc. Oftl. Hispano-Americana.
Tomo XXIV — Agosto 1964 — N.º 8 Pgs. 615 e 633.
- 4) ARRIAGA CANTULLERA — Formas clínicas típicas de las queratites virásicas.
— Archivos de la Soc. Oftl. Hispano-Americana.
Tomo XXIV — Agosto 1964 — N.º 8 Pgs. 634 a 642.
- 5) ESTEBAN, MARIO — Formas clínicas atípicas.
— Archivos de la Soc. Oftl. Hispano-Americana.
Tomo XXIV — Agosto 1964 — Pgs. 643 a 649.
- 6) CARRERAS, MARCELO — Consideraciones generales sobre el tratamiento de las queratites virásicas.
— Archivos de la Soc. Oftl. Hispano-Americana.
Tomo XXIV — Agosto 1964 — N.º 8 Pgs. 661 a 665.
- 7) BELFORT MATTOS, RUBENS — Fisiopatologia corniana.
— Arquivos Brasileiros de Oftalmologia.
Vol. 27, N.º 3 — 1964 — Pgs. 71 a 79.