

**DO EMPRÊGO DE FIOS FINOS SILICONADOS EM SUTURA SEPULTADA  
NA CIRURGIA DA CATARATA (\*)**

**Drs. Jorge Cavalheiro Willmersdorf (\*\*)  
Manoel de Barros Mattos (\*\*\*) — São Paulo**

Convencidos das vantagens da sutura sepultada, e, em continuação à pesquisa que nos propusemos fazer sobre o emprego de fios de reduzido

3 f.s.	31,6	27,0
2 f.s.	31,6	27,5

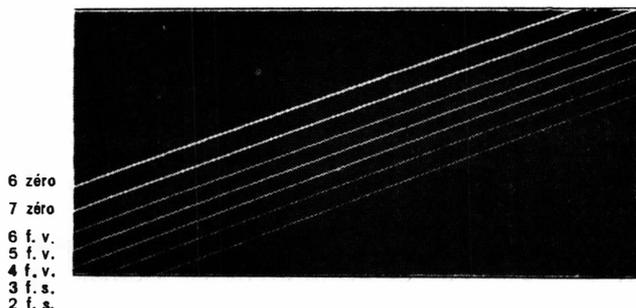
diâmetro neste tipo da cirurgia, consultamos nosso colaborador técnico sobre a possibilidade siliconar este material. Isto conseguido, podemos agora apresentar nossas observações sobre o uso de fios de 2 e 3 filamentos, siliconados.

Resumidamente exporemos, para confronto, nossos resultados anteriores com fios de sêda virgem, assim como apresentaremos uma variante na técnica usada até então, visando facilitar e difundir este tipo de sutura.

Para simplificar esta apresentação, organizamos um quadro com os diferentes tipos de fios que temos utilizados em sutura sepultada — virgem e siliconada — assim como colocamos para comparação fios de diâmetro 6 e 7 zero — sêda comum — usadas em sutura não sepultada. Destes diferentes fios determinamos o diâmetro (micra), e a resistencia à tração (gramas).

- 
- (\*) Tema Livre do Seminário J. Brito da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (Serviço do Professor Cyro de Rezende), apresentado ao VII.º Congresso Argentino de Oftalmologia, realizado em Rosário, Argentina.
- (\*\*) Docente-livre da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo. Assistente Efetivo da Clínica Oftalmológica do H. das Clínicas. (Serviço do Professor Cyro de Rezende.)
- (\*\*\*) Assistente Extra-numerario da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Médico Auxiliar da Clínica Oftalmológica do H. das Clínicas. (Serviço do Prof. Cyro de Rezende).

Natureza do fio	Diametro	Resistência à tração
6 zéro	142,2	325,0
7 zéro	126,4	179,0
7 f.v.	47,4	86,2
6 f.v.	46,4	42,6
5 f.v.	63,2	49,3
4 f.v.	63,2	46,2
3 f.v.	31,6	23,3
2 f.v.	31,6	17,9
2 f.s.	31,6	27,5
3 f.s.	31,6	27,0
2 f.s.	31,6	27,5



Os dados aqui expostos representam medidas de amostras de fios de diferentes origens. Os fios 6 e 7 zéro de sutura não sepultada patenteiam bem seu maior diametro e sua maior resistencia à tração quando comparados com os fios finos da sutura sepultada (englobados no grupo dos 8 zér na nomenclatura usada na industria de material de sutura cirurgia). No caso particular dos fios de 2 e 3 filamentos, verificamos que tanto o virgem (fi v.) como o siliconado (f. s.) apresentam praticamente o mesmo diametro, sendo no entanto algo maior a resistencia à tração destes últimos.

#### **Técnica operatória.**

Para tornar mais didatica a exposição dividiremos o evoluir da operação em 3 tempos: via de acesso à camara anterior, ação sobre a iris, e cristalino, recomposição da via de acesso. Sòmente o 1.º e 3.º tempos serão objetos de nossas considerações.

#### **1.º tempo. Via de acesso à camara anterior.**

Compõem-se de 3 sub-tempos: (a) Preparação de largo retalho pro-cimal cuja incisão inicia-se junto à inserção do músculo réto superior, conjuntival no começo, logo após engrossado pela capsula de Tenon, que é rebatido até o limbo, numa extensão de 0—180º, de 7mm mais ou menos de largura.

(b) Preparação da aba esclero-corneana, que compreende a cauterização dos vasos, a incisão escleral, a delaminação das bordas. A cauterização é superficial, paralimbica, e visa a hemostasia dos pequenos vasos numa faixa de 2,5mm. A incisão deve ser feita perpendicularmente à superfície da esclera, interessando aproximadamente  $\frac{1}{2}$  da fibrose ocular, de 0—180°, sendo feita com faca ou bisturi-gilete. A delaminação da borda distal é algo menor que da proximal, que é feita em direção à camara anterior, de modo a formar uma larga aba esclero-corneana, delimitando um amplo sulco.

(c) A abertura da camara anterior é precedida pela passagem de um ponto de segurança, simples ou em U, de fio de sêda 6 zero, no meridiano das 12 horas. A passagem de apenas este ponto precede então a abertura com lança, completada com tesoura.

**2.º tempo. Ação sobre a íris e cristalino.**

**3.º tempo. Recomposição da via de acesso.**

(a) Os lábios da incisão são aproximados graças ao ponto de segurança, e a íris é reposta. A acetilcolina é colocada na camara anterior para fechar a pupila. A sutura definitiva é feita com sêda fina, virgem ou siliconada, o número de pontos que varia de 3 a 11, de acôrdo com o operador. Particularmente passamos de 7 a 11, procurando uma melhor coaptação da ferida esclero-limbica, já que isto não determina qualquer inconveniente no pós-operatório. O ponto prévio de segurança é removido e substituído pelo que deverá ficar sepultado.

(b) A conjuntiva é recomposta por sutura contínua, com fio 6 zero, que é interrompido às 12h, deixando extremidade livre para facilitar a retirada no 2.º ou 3.º dia do pós-operatório.

**Resultados.**

Os resultados obtidos com fios finos de sêda virgem em sutura sepultada, nos permitiu, à semelhança de outros AA, chegar a resultados bastante satisfatórios, razão pela qual apresentamos agora nossa experiência com fio siliconado. Para comparação tomamos um grupo de 100 casos operados com sêda virgem, seguidos de alguns anos para cá, com um outro grupo (40 doentes) cuja sutura foi feita com fio siliconado, metade com fio de 2 filamentos, a outra com 3 filamentos. Este último grupo é observado a dias ou meses.

Com este material de estudo pudemos chegar aos seguintes resultados:

(1) — A tolerancia do olho a o fio fino, virgem ou siliconado, é muito boa.

(2) — O fio siliconado dá uma reação tecidual neutra, ao passo que o virgem a apresenta discretamente ácida.

(3) — O aparecimento de complicações imediatas ou tardias decorrentes deste tipo de sutura é praticamente ausente. A possibilidade de

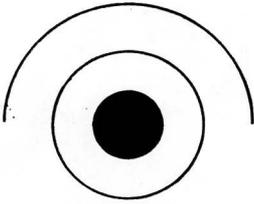


Fig. 1

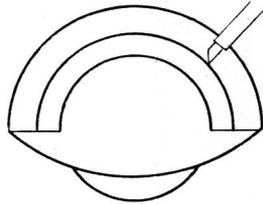


Fig. 2

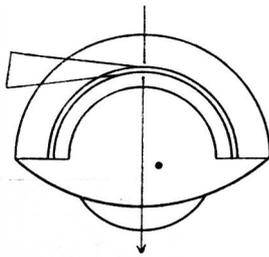


Fig. 3

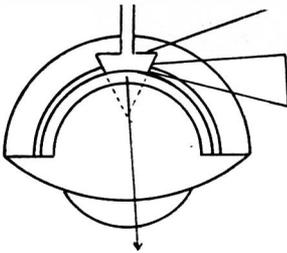


Fig. 4

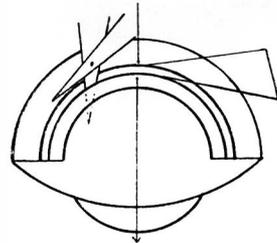


Fig. 5

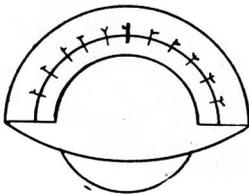


Fig. 6

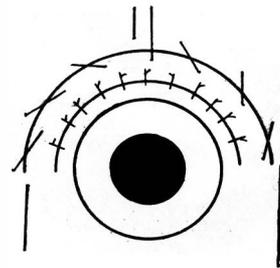


Fig. 7

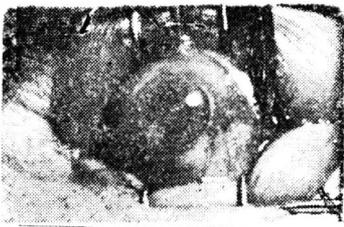


Fig. 8

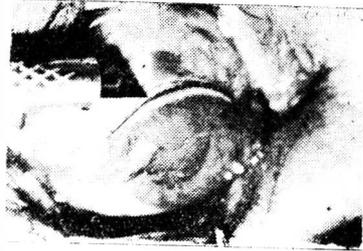


Fig. 9

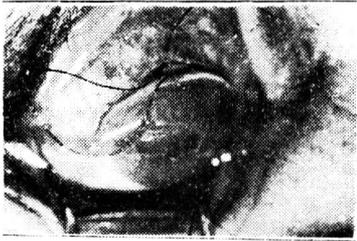


Fig. 10



Fig. 11

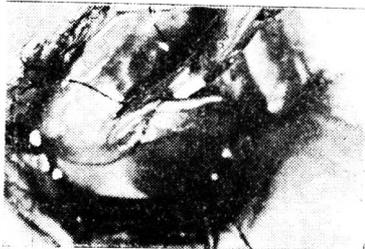


Fig. 12



Fig. 13

hernias de iris é uma raridade. A descentração da pupila, como em outras técnicas de cirurgia da catarata, está em geral condicionada a eventual perda de vitreo.

(4) — A tranquilidade do olho no pós-operatório imediato é notável. A camara anterior se refaz rapidamente, a cornea se apresenta com ótima transparência, a pupila é negra, central e redonda. A garantia de perfeita cicatrização da ferida permite um levantar precoce com menor tempo de internação do doente, o que é de indiscutível vantagem.

(5) — A alteração da técnica cirurgica inicial, está no que concerne a via de acesso à camara anterior e ao emprego de um ponto prévio de segurança.

A abertura da fibrose ocular é feita em 2 planos, um superficial e outro profundo, de tal forma que não haja coincidência das incisões. A incisão superficial perpendicular segue-se a delaminação para formação de duas abas, sendo que a proximal ao limbo é mais larga, com o que se delimita um amplo sulco.

O ponto de segurança é feito com fio grosso (6 zéro), no meridiano das 12h, o que facilita em muito a introdução da lança ao abrir a camara anterior, uma vez que neste ato não temos no campo operatório a presença dos fios finos, de mais difícil visualização. Estes serão passados posteriormente e substituirão também o ponto de segurança. Outra vantagem do ponto prévio é a de coaptar rapidamente os lábios da ferida em caso de eventual perda do vitreo. Estas variações de técnica se recomendam em um serviço de Hospital-escola, como o nosso, pois permite maior facilidade e segurança àqueles que se iniciam.

(6) — A prescrição das lentes no pós-operatório, em geral, mostra um astigmatismo à favor da regra, fato este levado em conta do desligamento dos planos quando da cicatrização.

(7) — O fio siliconado, de 2 e 3 filamentos, de diametro praticamente igual ao do fio virgem, de igual número de filamentos, é no entanto discretamente mais resistente à tração.

#### **Resumo.**

Os AA apresentam as primeiras observações com fios de 2 e 3 filamentos, siliconados, em sutura sepultada na cirurgia da catarata. Ao lado da ótima tolerancia individual (reação neutra), verificaram que o fio siliconado de diametro praticamente igual ao de mesmo número de filamentos de seda virgem, apresenta no entanto uma resistencia à tração levemente superior.

Apresentam uma variante de técnica que visa facilitar e difundir o emprego da sutura sepultada.

### Summary

The AA present the first cases operated with silicon st strands with 2 and 3 filaments. Besides the excellent tissue toleranca (neutral reaction) they observed thah the silicon diameter was practically the same as the virgin's silk 2 and 3 filaments. However they have advantage of a higher and persistant resistance. They also propose a variation of the technique regarding the widespread use of the buried suture as will as it's easeness.

### Bibliografía.

**BARRAQUER, J. M.**

Notre technique actuelle de suture du lambeau corneo-conjunctival dans l'operation de la catarate.

And. d'Ocul. 1:572-576, 1955.

**BARRAQUER, J. M.**

Sub-conjuntival suture catarate operation.

A. M. A. Arch. of. Opht. 5:815-820, 1957.

**WILLMERSDORF, J. C. X ATTADIA, R. E.**

Nossa experiencia sobre sutura sepultada na operação de catarata.

Rev. Bras. Oftal. 5:55-61, 1959.

**WILLMERSDORF, J. C. X ATTADIA, R. E.**

Sutura sepultada com dois filamentos de sêda virgem na cirurgia da catarata.

Arq. Bras. Oftalm. 5:3-8, 1959.

**REZENDE, C.**

La incision y la sutura ideales. Contribucion a su sistematizacion para la formacion de ciurjanos especializados.

Annaes do III Curso Internacional de Oftalmologia. Barcelona 1:27-39, 1961.



Na realização deste trabalho contamos com a colaboração:

Dr. Afonso Krug Filho, na parte de documentação fotográfica.

Dr. André Roseira de Mattos, do Laboratório Crino Sêda, que nos possibilitou a obtenção dos fios e nos orientou a respeito.

Sr. João Galha, responsável pela Secção de ensaios tecnológicos de produtos industriais do Instituto de Pesquisas Tecnológicas de S. Paulo.

Os nossos agradecimentos.