

## SOBRE UM CASO DO CILIO NA CAMARA ANTERIOR

DR. JOÃO CELESTE \* — São Paulo

Certos corpos estranhos podem ser tolerados no interior do globo ocular durante muito tempo, e sabemos que esta tolerancia raramente é indefinida e em qualquer momento podem se apresentar fenomenos inflamatórios capazes de exigir a enucleação. A prudencia manda então que em tais casos, se faça todo o possível para os extrair; isto se applica também ao caso presente, mesmo que esta tolerancia já date de 18 anos.

Os ferimentos dos tecidos oculares expõe sempre o globo a graves complicações, que podem ser immediatas e tardias.

Este perigo é naturalmente maior nas feridas perforantes, que são de prognostico bastante reservado.

Entre as complicações immediatas mais comuns citam-se: a catarata traumatica, luxação do cristalino, irido-ciclite, panoftalmia; entre as complicações tardias: o glaucoma secundário, o descolamento da retina, a oftalmia simpatica e atrofia do globo,

A penetração de corpos estranhos na camara anterior, pode-se fazer por traumatismo perforante (como no caso presente causado por uma lima de ferro) ou pelo ato operatório.

Localizado no seguento anterior pode permanecer livre no angulo irido-corneano, ou contrair adherencias com a superficie anterior da iris, determinando reações que variam de acordo com a sede, natureza e forma.

Seguindo-se a um ferimento perforante da cornea, pode-se dar que um ou mais cilios possam penetrar na camara anterior, permanecendo adherentes a cicatris corneana, na parede anterior da iris ou no angulo irido-corneano na sua parte inferior. A presença do cilio pode ocasionar uma irite mais ou menos pronunciada com pouca tendencia a cura, dado o contato irritativo do corpo estranho. Hirschberg refere dois casos de infecção endo-ocular motivada pela presença de cilio no interior do globo, curada pela retirada dos cilios.

Outra complicação frequente é dada pelo aparecimento de cistos perlaceos ou serosos, que são ocasionados pela implantação do elemento da bainha da raiz do cilio.

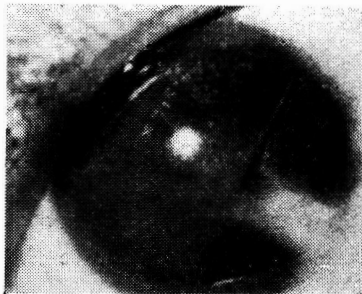
---

\* Adjunto do H. C. Serviço do Dr. Ciro de Rezende.

Rothmund em 36 casos de cistos encontrou 3 com inclusão de cílios intraoculares, estabelecendo a teoria da transferência mecânica de elementos epiteliais no interior do globo.

De acôrdo com Scotti teriamos então os cistos de implantação, pois são oriundos de tecidos epiteliais trazidos pelo próprio traumatismo. Ainda relacionado com o aparecimento de cistos Duke Elder cita os trabalhos de v. Graefe, Monoyer, Bonet e Paufigue. O cílio pode estar implantado no cisto ou longe do mesmo.

Como sabemos são raras as observações de cílios intra oculares bem tolerados, Berliner porém afirma, parecem ser bem tolerados quando situados na camara anterior; de acordo com o autor referido, quase sempre se prendem a iris e se cobrem de delicada pelicula translucida dada por exsudato fibrinoso devida a uma reação de corpo estranho.



As citações de cílios localizados na camara anterior e que ai permaneceram por longo espaço de tempo são raras. Graedle publicou um caso de 19 anos e Berens um caso de 27 anos. Entre nós Belfort Mattos apresentou um de 25 anos. A. Gomes da Silva um de 34 anos' e o presente de 18 anos.

Experiencias realizadas por Kroonfeld em animais, chegou a conclusão de que cílios desengordurados são bem tolerados, permanecendo na camara anterior sem reações inflamatórias. Devemos considerar que estando os cílios expostos ao meio ambiente, podem provocar diferentes tipos de inflamações endooculares - imediatas ou tardias.

Quanto a conduta os autores são unanimes em indicar a extração quanto antes, levando-se em conta as condições do globo.

*Observação clínica*

A. S. 49 anos, casado, brasileiro, branco, apresenta-se á consulta devido queixa referente ao olho esquerdo.

Ao exame do segmento esterno, constatamos ligeira hiperemia da conjuntiva bulbar do olho esquerdo, do tipo superficial com alguns grumos de secreção no fundo do saco inferior e canto interno da fenda palpebral.

Ao examinar o olho direito, nossa atenção logo é voltada, para um leucoma aderente localizado as 5 horas, partindo do limbo e dirigindo-se para o centro da córnea sem contudo a alcançar.

A pupila, acha-se decentrada em direção ao leucoma, sendo escondida em parte por essa opacidade. Na área pupilar são vistas formações que podemos definir a vista desarmada. A seguir nossa atenção se prende a uma formação alongada com uma extremidade presa na parede anterior da íris, próximo ao angulo irido-corneano as duas horas; a outra extremidade está voltada para a região da area pupilar. Esse globo não apresenta qualquer sinal inflamatório.

Aquidade: OD projeção e percepção luminosas boas OE 9/10 sem correção.

Ao exame á lâmpada de fenda constatamos:

**CORNEA.** As 5 horas partindo do limbo, opacidade da córnea interessando todos os planos; o exame da Descemet não revelou sinais inflamatórios.

**IRIS.** Coloração castanha escura, igual a de OE, inserindo-se na face posterior do leucoma, repuchando a pupila nessa direção — **AREA PUPILAR.** São vistas restos de capsula organizada, indicando uma catarata secundaria.

**CILIO.** Com a parte que deve corresponder ao bulho (pois é a mais espessa), acha-se aderente á face anterior da íris, próximo ao angulo irido-corneano, mais ou menos as 2 horas; com a outra extremidade mais fina que está livre, faz proeminencia na area pupilar sem entrar em contato com a face posterior da córnea. Esta posição era pouco alterada com o uso da atropina, quando sob o efeito, desta, aproximava-se da face posterior da córnea sem a atingir.

A dilatação pupilar era insignificante devido as adherencias com os restos capsulares.

Examinando-se o cílio, pudemos verificar com grande minúcia a porção medular do cílio mais escura, e a periférica mais clara envolta por dedicada membrana translúcida resultante de encapsulização por um processo fibrinoso.

Pelo • que espusemos constatamos um cílio na câmara anterior, preso pelo bulbo a íris na sua face anterior as duas horas, daí dirigindo-se para o centro da face posterior da córnea sem a atingir, aí permanecendo por 18 anos sem produzir reações inflamatórias. O cílio não foi extraído devido recusa por parte do paciente em se submeter a cirurgia.

#### RESUMO

O autor relata um caso, de um cílio permanecer na câmara anterior há 18 anos, preso na porção anterior da íris nas duas horas, flutuando na câmara anterior, sem entrar em contacto com outras partes da mesma. O cílio não foi extraído devido a recusa do paciente em submeter-se ao ato cirúrgico.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.º DUKE ELDER. Text Book of Optalmologye C W Mosby co. S. Louis — 1945. Vol. 3.º pag. 2432 a 38.
- 2.º ROTHMUND — cit. Duke Elder (1)
- 3.º SCOTTI — Lesioni traumatiche dell apparato visivo  
Edit. Dott. A. Milani. Padova 1938. XVI 324, 240, 243.
- 4.º V. GRAEFE. cit. D. E. (1)
- 6.º BONNET E PAUFIQUE cit. D. E. (1).
- 6.º BONNET E PAUFIQUE cit. D. E. (1).
- 7.º BERLINER — ML Biocrosopy of the eye. Paul. B. Hoche, inc. N. Y.  
Lond. Vol. 1 pr. XXXIX figs. 5 e 6.
- 8.º GRAEDLE cit. por Cowen.
- 9.º BERENS C. M. D. — W. B. Saunders Company 1936 — pag. 923
- 10.º BELFORT MATTOS — Arquivos Bras. de Ofth vol.: n.º 2 1943
- 11.º A. GOMES DA SILVA — Arq. Bras. de Oft. vol. 11 n.º 5 1948.
- 12.º KRONFELD. cit por Wowen. J. P. Cilia implantation in anterior chamber through traumatic corneal perforation. Amer. Jour. Opht. 25: 271 1924.