

DESCOLAMENTO DA RETINA DEVIDO A CISTO RETINIANO(*)

W. BELFORT MATTOS — S. Paulo.

ATALIBA CAMARGO — Campinas.

OBSERVAÇÃO

A. N. de 34 anos, branco, brasileiro, torneiro, residente na Capital compareceu a consulta no dia 13 de Agosto de 1941 trazendo uma carta de apresentação do meu prezado colega Dr. Aталiba Camargo. Apresentava um descolamento da retina bilateral, datando de 8 meses. Fazia vagas referencias a um traumatismo no olho esquerdo, datando de 8 anos, bem como outro na raiz do nariz, a-cerca-de 1 ano. Vários colegas da Capital já o haviam examinado e a operação vinha sendo adia-da por ser o descolamento atípico e de prognóstico duvidoso. A visão do olho direito era de-contagem de dedos a 5 metros e a do olho esquerdo apenas de percepção de movimentos da mão. O olhar era vago com estrabismo divergente do olho esquerdo. Em midriase maxima examinei ambos os olhos e após repetidas e demoradas pesquisas pude verificar em ambos um cisto retiniano típico. No olho direito era ele infero externo e no olho esquerdo supero interno. Formados apenas por tecido retiniano, transparentes só podiam ser diagnosticados pela posição dos vasos retinianos e por uma orla de sombra produzida pelos movimentos do oftalmoscópio. O que me fez procurar com insistencia os cistos foi a existencia em ambas as retinas da chamada degeneração cística da retina, pequenas formações brancas, as vezes com forma de cacho de uva, as vezes com a disposição de dedos de luva que se destacavam da retina tal como as descreveram vários autores, entre eles Anderson no seu magnífico livro **Detachment of the Retina-1931**, estampa II.^a. Além destas degenerações não descobri nenhuma perfuração retiniana nem desinserção. A retina de ambos os olhos estava deslocada da coroide em varios lugares apresentando diversas ondas em **telha de zinco**. Todos os vasos retinianos eram ondulados e existiam estrias retinianas, poucas no olho direito e em mais numero no esquerdo. O cisto do olho direito era bem maior que o do olho esquerdo e em ambos, não se podia, com a oftalmoscopia, examina-lo em toda a sua extensão porque os seus contornos se perdiam na ora serrata. No desenho do fundo do olho direito (fig. 1), foram assinaladas apenas as maiores ondas do descolamento retiniano perto da região macular, outras em grande numero só eram percebidas pelos movimentos paralíticos. Ambas as papilas apresentavam ligeira atrofia. No olho esquerdo (fig. 2) existiam diversas raturas da coroide.

(*) Com. feita a Soc. de Oft. de S. Paulo, sessão de 15 de Set. de 1941.



Fig. 1



Fig. 2

No dia 19 de Agosto pratiquei a operação auxiliado pelos Drs. Ataliba Camargo, Geraldo de Castro Andrade e Alfredo Rocco. Depois de praticar o tenotomia provisória do musculo reto inferior fiz na séde do cisto uma diatermo punctura, penetrando cerca de 1 centimetro no interior do olho. Pela oftalmoscopia verifiquei não ter alcançado o cisto o qual continuava intacto. Nova punctura alcançou-o produzindo o seu esvasiamento. Em torno desta foram feitas outras diatermo puncturas perforantes. Digno de registro foi a hemorragia que se processou no funil muscular, devido a injeção anestésica retro bulbar, a ponto de determinar forte exoftalmia que dificultou grandemente os movimentos oculares no ato operatorio. Contudo, nenhuma hemorragia ocular se processou e todo o ato operatorio bem como o post-operatorio foi completamente branco. No dia 5 de setembro a visão do olho direito era igual a 0.2 com cyl +1.50D a 90°. Não operei o olho esquerdo devido a grande baixa visual e por relutancia do paciente. Até hoje o cisto esquerdo lá está. O aspécto do fundo do olho direito é normal e a visão melhorou muito, a ponto do paciente poder ler com toda a facilidade.

Comentarios

Antes da invenção dos vitoriosos processos cirúrgicos para a cura do descolamento da retina, a sua etiologia não era tão investigada como hoje é.

Diante de um caso de descolamento da retina, examina-se todo o fundo de olho desenha-se, tiram-se fotografias e colhem-se todos os dados para a verificação da etiologia e para o sucesso da intervenção: as ruturas, as desinserções e os cistos são procurados com o máximo cuidado.

Na literatura oftalmológica existem estudos clínicos e anátomo patológicos incompletos sobre a etiologia, patogenia e patologia dos cistos retinianos.

Recomendo os trabalhos de: Veil-Guillaumat e Petrigari apresentado á Sociedade Franceza de Oftalmologia em 1938, discutido brilhantemente por Weve; o artigo de Kornzweig, publicado nos **Archives of Ophthalmology** vol. 23, pag. 491, 1940; o artigo de Henrique Moutinho publicado no **Boletim da sociedade portuguesa de oftalmologia** Tomo 2 pag. 99, 1940; o artigo de Weve do **Modern trends in ophthalmology** pag. 553, 1940; além do já citado tratado de Anderson. A. Fuchs tem estudos anátomo-patológicos feitos no **Atlas de histopatologia do olho**.

Em todas estas publicações existem citações bibliográficas mais completas. Os casos de cistos retinianos são raros, sempre acompanhados de descolamento da retina. As vezes são unicos outras vezes bilaterais. No caso citado por Kornzweig a séde do cisto, bilateral, era idêntica em ambos os olhos. No nosso caso é ele bilateral porém com sédes muito diversas.

Weve tem grande numero de casos estudados e acredita que o cisto é observado sempre nas regiões das ruturas sendo responsavel por estas.

Ridley cita vários casos de cistos dois dos quais bilateraes.

V. de Hoene relata um caso que recobria toda a papila.

Fuchs cita dois casos, um acompanhado de glaucoma.

Deritshmam relata um caso de cisto da orla serrata que aparecia e desaparecia durante a observação. Talvez não se tratasse de cisto e sim de dobras retinianas.

Paulo Filho, do Rio de Janeiro apresentou ao IV Congresso brasileiro de oftalmologia realizado no Rio, em 1941, um interessante caso de cisto da retina no polo posterior do olho, caso este que foi examinado por todos os congressistas presentes.

O traumatismo e a congenidade são acusados como causadores do cisto retiniano. São os cistos mais frequentes nas hipermetropias.

Cistos retinianos e degeneração cistoide serão a mesma cousa? Os estudos feitos ainda não elucidaram nem sistematisaram tal questão.

Sob o ponto de vista terapeutico, o descolamento da retina produzido pelo cisto da retina é de prognostico relativamente benigno. Destruir cirurgicamente um cisto é mais facil do que obliterar uma perfuração. Ainda mais, o cisto localisando-se de preferencia na **ora serrata** é de acesso facil e o descolamento existente, quasi sempre em **telha de zinco** é mais facil de ser curado.

Devemos sempre pesquisar como causa etiologica do descolamento da retina, o cisto retiniano, principalmente quando o descolamento apresenta o aspécto de **telha de zinco** e quando não se encontra a perfuração retiniana ou quaesquer outras degenerações retinianas, parasitas, tumores, etc.

LESÕES PERFURATIVAS DA MÁCULA (*)

PAIVA GONÇALVES — Rio de Janeiro.

Docente da Universidade do Brasil e da Escola de Med. e Cirurgia do Rio, Prof. da E. S. E. e Chefe do Serviço de Olhos do H. C. E.

Tem o acaso posto ao alcance de meu oftalmoscópico nestes últimos anos, uma serie de pacientes portadores de alterações patológicas que bem poderão ser classificadas de relativamente raras, ou pelo menos de interessantes. Assim, foi em 1938, com a manifestação que denominámos de **extranha alteração congênita do fundo de olho**, para qual demos uma interpretação, sem encontrar até hoje da parte de colegas brasileiros e estrangeiros explicação outra que satisfizesse; assim

(*) Trabalho apresentado a Soc. Bras. de Oft. sessão de Novembro de 1941.