

# Causas de Excisão de Globos Oculares Pós - Ferimento Perfurante

Milton Ruiz Alves \*; Newton Kara José \*\*; Keila Miriam Monteiro de Carvalho \*\*\*

## INTRODUÇÃO

A indicação de enucleação ou evisceração (excisão) de olhos após ferimentos perforantes diminuiu muito com a era dos antibióticos e corticóides. Para tal, contribuiu também o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas (microcirurgia), materiais e instrumentos cirúrgicos (3 e 5). Ainda, reforçando a conduta conservadora nos casos de ferimentos perforantes oculares (FPO), tem-se os avanços em cirurgias combinadas (ceratoplastias com vitrectomias) que têm conseguido reabilitar muitos desses olhos (3 e 12).

No entanto, persiste arraigado em nosso meio o temor da ocorrência da oftalmia simpática e isto tem encorajado a muitos a excisão dos globos oculares muito traumatizados já no primeiro ato cirúrgico (3). Devido ser a incidência dessa afecção extremamente reduzida (a literatura brasileira registra três casos (1, 8 e 9), ser de difícil diagnóstico, cuja comprovação na verdade necessita de exame anátomo-patológico, cremos que a oftalmia simpática continua perigosamente supervalorizada em nosso meio.

Com a finalidade de despertar a possibilidade de recuperação funcional de muitos desses olhos gravemente traumatizados, discutiremos neste trabalho as causas de indicação de excisão do globo ocular nesses casos.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo de 768 pacientes portadores de ferimento perforante ocular (FPO) admitidos no Pronto Socorro de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PSOHC) — serviço do Prof. Paulo Braga de Magalhães — no período de 1970 a 1977. Os pacientes incluídos neste estudo apresentavam os seguintes diagnósticos: ferimento perforante de córnea, esclera, limbo, córneo-escleral, ruptura de globo ocular e corpo estranho intra-ocular (CEIO).

A atividade do paciente no momento do acidente, a causa, achados clínicos como o local e a extensão da perfuração, presença de CEIO, as complicações precoces e tardias, acuidade visual registrada na última consulta e a duração do tratamento hospitalar já foram previamente analisadas (3, 4 e 5). Também foram registradas as causas de excisão do globo ocular per-operatória ou tardias em 39 desses pacientes.

## RESULTADOS

As causas de excisão do globo ocular pre-operatória (FPO com prolapso irremediável do conteúdo ocular) ou pós-operatória (endoftalmite, "phthisis bulbi" e hemoftalmo com CEIO) estão assinaladas na Tabela n.º 1.

TABELA 1

Causas de excisão do globo ocular em 39 pacientes com FPO dentre os 768 admitidos no PSOHC com FPO 1970-1977.

Causa	N.º pacientes	% (Total FPO)
F.P.O. com prolapso irremediável de material intra-ocular	18	2.34
Endoftalmite	17	2.21
'Phthisis bulbi'	03	0.39
Hemoftalmo + CEIO	01	0.13

## COMENTÁRIOS

A indicação de excisão do globo ocular tendo como causa FPO com prolapso irremediável do material intra-ocular ocorreu em 18 casos (2,34% do total). Analisando 1000 casos de FPO em Munique, entre 1959 e 1963, Remky e col. (11) relataram que em apenas 15 casos (1,5% do total), a excisão foi realizada imediatamente e sempre imposta pela impossibilidade de restauração do globo ocular por meio de cirurgia. Seguramente, muitos dos pacientes que recebemos tiveram suas chances diminuídas por manipulações prévias inadequadas. O manuseio do olho perfurado pode levar a complica-

\* Médico Assistente Doutor da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

\*\* Professor Titular de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Professor Livre Docente da Disciplina da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

\*\*\* Professor Assistente da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

ções como prolapso de conteúdo intra-ocular devido ao edema palpebral e blefaroespasmofrequentemente associado ao quadro traumático. Assim, é de boa conduta que, uma vez determinada a necessidade de intervenção cirúrgica, o exame seja imediatamente interrompido para continuar após anestesia geral do paciente. É no Centro Cirúrgico que se estabelece o tipo de cirurgia a ser realizada (6). Sempre devemos tentar reconstruir o globo ocular já que avanços em cirurgia combinadas (vitrectomias com ceratoplastia) têm conseguido reabilitar muitos desses olhos.

Endoftalmite foi responsável por 2,21% do total de excisões do globo ocular (17 casos). A incidência de endoftalmite como complicação entre os 768 de FPO foi de 3,9% (30 casos) e é considerada alta quando comparada com 0,1 a 1,4% de ocorrências nas cirurgias programadas. Dentre os 30 casos de endoftalmite 17 tiveram seus olhos excisados (4).

As cirurgias do FPO, ao contrário das cirurgias eletivas, devem ser consideradas contaminadas, isto é, cirurgias em olhos penetrados por objetos podendo conter bactérias ou fungos (7). Prego, arame e tesoura, objetos altamente contaminados foram responsáveis por 10 dos 30 casos de endoftalmite (33%). Imediata antibioticoterapia sistêmica quando do diagnóstico de FPO e suspeita o mais precoce possível de endoftalmite, propiciando manuseio correto, evitará que olhos que de outra forma seriam perdidos pela infecção pudessem ser salvos (7). Inflamação desproporcional à esperada no pós-operatório de cirurgia de trauma deve levar o oftalmologista a suspeitar de endoftalmite infecciosa. O prognóstico dependerá da virulência do agente infeccioso e do tempo decorrido entre o início da doença e a instituição do tratamento, aliás fato bem detalhado por Peyman & Baum (10).

Em 3 casos "phthisis bulbi" foi indicação tardia para excisão porque a hipotonia era responsável por dor ocular. Oftalmia simpática não foi levada em consideração em nenhum dos nossos casos para indicação de excisão. Para Bloch-Michel (2) a possibilidade de um FPO determinar oftalmia simpática varia de 1:1000, considerando-se todos os FPO do olho anotados nas grandes estatísticas de guerra.

Revisando na literatura as condições de ocorrência de oftalmia simpática Andrade & Rangel (1) relataram que os FPO são causadores de 60%, as cirurgias programadas de 25 a 30% e o restante das causas por 10 a 15% dos casos. Relatam ainda que o intervalo entre o traumatismo e o início da oftalmia simpática, apesar de muito discutível, seria 65% de 2 semanas a 2 meses, 80% de 2

semanas a 3 meses e 90% de 2 semanas e 12 meses.

Não cremos que se deva considerar o risco de oftalmia simpática para a indicação de excisão de globo ocular imediatamente ao trauma. O tratamento deverá ser sempre conservador no primeiro ato cirúrgico quando possível. Apesar de se ter em mente que o prognóstico visual destes olhos ainda estará longe de ser o desejado, especialmente nas lesões extensas, não temos o direito de determiná-lo por antecipação.

#### RESUMO

Os autores apresentam as causas de excisão de 39 olhos de 768 pacientes com ferimento perfurante ocular. Lembram que nenhuma excisão ocorreu por receio de oftalmia simpática. A excisão em 18 casos foi determinada pela ocorrência de FPO com prolapso irremediável do material intra-ocular, em 17 casos por endoftalmite não controlável clinicamente, em 3 por "phthisis bulbi" e em 1 por hemofalmo e CEIO. Ressaltam que a conduta inicial deve ser conservadora, destacando que mesmo olhos severamente lesados podem ser recuperados através de cirurgias combinadas.

#### SUMMARY

The cause of excision in 39 eyes from 768 patients with ocular penetrating injuries in discussed by the authors.

They noted that none of the excisions occurred from fear of sympathetic ophthalmia. In 18 cases the excision was determined by irreversible loss of intraocular material, in 17 cases by clinically uncontrolled endophthalmitis, in 3 cases for "phthisis bulbi" and in one case for hemophthalmos with intraocular foreign body. They point out that the initial steps should be conservative and that even the most severe cases can be functionally preserved by combined surgery.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ANDRADE JR., L. & RANGEL, A. M. — Oftalmia simpática. Anais do XVII Congr. Bras. Oftal. Salvador, BA., 161, 1973.
2. BLOCH-MICHEL, E. — apud 1, p. 161
3. BONANONI, M. T. B. C.; ALVES, M. R.; KARA-JOSÉ, N. & SOUZA, N. A. — Ferimento Perfurante do Globo Ocular em Adultos. Arq. Bras. Oftal. 43:81, 1980.
4. BONANONI, M. T. B. C.; ALVES, M. R.; KARA-JOSÉ, N. — Endoftalmite em Ferimento Perfurante Ocular. Anais do XXI Congresso Bras. Oftal. Recife, PE., 107, 1981.
5. KARA-JOSÉ, N.; ALVES, M. R.; BONANONI, M. T. B. C.; SOUZA, JR., N. A. — Ferimento Perfurante do Globo Ocular na Infância. Rev. Bras. Oftal. 40: 243, 1981
6. KARA-JOSÉ, N.; SAMPAIO, M. W.; ALVES, M. R. — Diagnóstico e Conduta na Presença de Ferimento Perfurante de Globo Ocular. Rev. Bras. Saúde Ocupacional 9:25, 1981.
7. LEOPOLD, I. H. — Management of intraocular infection. Trans. Ophthal. Soc. U. K. 91: 577, 1971.
8. MONTE, F. Q. — Oftalmia Simpática Pós-Cirúrgica Arq. Eras. Oftal. 43: 109, 1980.
9. PERET, P. — Oftalmia Simpática. Rev. Bras. Oftal. 12: 2, 1963.
10. PEYMAN, G. A. & BAUM, J. L. — Antibiotic administration in the treatment of bacterial endophthalmitis. Survey Ophthal. 21: 332, 1977.
11. REMKY, H.; KOBOR, J.; PFEIFFER, H. — Traumatologia cirúrgica do segmento anterior (a propos de mille cas). An. Inst. Barraquer 7: 487, 1967.
12. SUZUKI, H.; NAKASHIMA, Y.; BEVILACQUA, C. S. — Reconstituição do segmento anterior após trauma antigo. Anais do XIX Congr. Bras. Oftal. Rio de Janeiro, 185, 1977.