

# Hipertensão ocular cortisônica no pós-operatório recente de trabeculectomias \*

Yehuda Waisberg, Sebastião Cronemberger Sobrinho & Nassim Calixto

## INTRODUÇÃO

É prática comum o uso de injeção subconjuntival de corticosteróides ao final de cirurgias oculares e a instilação de colírios de antibióticos e corticosteróides no pós-operatório dessas cirurgias. O efeito antifibrilatório dos diversos corticosteróides poderia teoricamente aumentar a porcentagem de sucessos em cirurgias anti-glaucomatosas, impedindo a fibrose cicatricial e o fechamento da fistula. HAVENER (1974) chama a atenção de que, apesar de inúmeras referências a essa possibilidade, não se encontra na literatura nenhum trabalho adequadamente controlado que comprove o fato. O efeito anti-inflamatório dos corticosteróides justificaria também o seu uso no pós-operatório de cirurgias intra-oculares, com a finalidade de combater a iridoclitose pós-operatória habitual.

A elevação da pressão intra-ocular decorrente da instilação repetida de corticosteróides no olho já é um fato bem conhecido. O glaucoma cortisônico pode ocorrer em qualquer idade, inclusive em crianças e adultos jovens e geralmente responde mal ao tratamento clínico. A hipertensão ocular cortisônica em geral aumenta com a duração da aplicação da droga e mostra marcada variação individual, diferenciando-se indivíduos com resposta fraca, moderada e forte. A magnitude da hipertensão ocular cortisônica é acentuadamente maior em olhos portadores de glaucoma crônico simples. A resposta cortisônica é reversível na maioria dos casos (GRANT, 1974).

ARMALY (1967) afirma que olhos com glaucoma crônico simples submetidos a cirurgia fistulante bem sucedida não desenvolvem hipertensão ocular cortisônica. SPAETH (1977) relata que olhos submetidos a trabeculectomia podem responder ao uso tópico de corticosteróides, apresentando uma elevação moderada da Po (em torno de 30 mmHg), geralmente entre a terceira e a quarta semanas do pós-operatório. Esse comportamento seria diferente daquele encontrado em olhos submetidos a outras cirurgias fistulantes. Esse mesmo autor relata também elevações acentuadas da Po, oca-

sionalmente entre 40 e 50 mmHg, ocorrendo geralmente no 2.º dia do pós-operatório e supostamente decorrentes de sangramento excessivo no ato cirúrgico que levaria a um acúmulo de sangue entre os retalhos escleral e conjuntival. PIFFARETTI et alii (1975) relatam que "não raramente encontram-se picos de elevação tensional nos primeiros dias do pós-operatório de trabeculectomias". Esses autores adotam como rotina a prescrição de corticosteróides tópicos no pós-operatório de seus pacientes sem, entretanto, relacionar as elevações ocasionais da Po a esse fato.

O objetivo deste trabalho é apresentar quatro casos clínicos em que pacientes submetidos a trabeculectomia desenvolveram no pós-operatório recente uma elevação acentuada da Po pela instilação de corticosteróides. Essa elevação ultrapassou na maioria dos casos os níveis pré-operatórios da Po e desapareceu ao suspender-se a instilação de colírios contendo dexametasona, que constituía nossa rotina de prescrição no pós-operatório dos pacientes submetidos a trabeculectomia.

## Apresentação dos casos clínicos

Paciente n.º I: P.M.T., 48 anos, Masc., Leuc, Cas, Farmacêutico, Nat: Nova Era.

Procurou atendimento após ter sido constatada Po elevada em exame de rotina com outro oftalmologista. Veio em uso de Pilocarpina<sup>R</sup> 2% e Glaucofen<sup>R</sup>. É portador de grave distúrbio psiquiátrico que justificou várias internações e convulsoterapia; é diabético há dois anos. História familiar negativa para glaucoma.

Exame — **Acuidade visual:** 20/20 com correção, em AO; **Biomicroscopia:** discreta esclerose lenticular em AO; **Gonioscopia:** seio amplo em AO; **Fundo de olho:** papilas não escavadas em AO; **Curva diária de pressão intra-ocular,** realizada sem o uso de medicação: OD — Pm = 19 mmHg e V = 3,7 mmHg; OE — Pm = 19 mmHg e V = 4,0 mmHg; **Campos visuais:** exclusão da mancha cega na isóptera I/1 em AO.

O paciente foi medicado com Isopto carpine 2%<sup>R</sup>. Retornou alguns meses de-

\* Trabalho realizado no Serviço de Glaucoma do Anexo São Geraldo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

pois, em uso do colírio, estando a Po em 24 mmHg em AO. Por insistência da família, devido ao problema psiquiátrico do paciente, indicou-se cirurgia em AO. Foi submetido a trabeculectomia em OE em 11-4-78 e em OD em 20-4-78. As cirurgias foram realizadas sob microscópio; não ocorreram problemas per-operatórios. O exame histológico do fragmento limbico retirado mostrou que o mesmo continha o trabeculado, canal de Schlemm e fibras longitudinais do músculo ciliar.

No olho esquerdo houve boa regulação tensional porém, três meses após a cirurgia,

constatou-se que a câmara anterior estava mais rasa do que no outro olho, o que justificou o uso permanente do colírio de atropina, que mantém a CA com profundidade praticamente normal.

O olho direito foi medicado com atropina a partir do 1.º dia de pós-operatório, introduzindo-se Maxitrol<sup>R</sup> colírio (8 X 8 horas) a partir do 4.º dia. No 20.º dia a Po estava em 44 mmHg. Suspensa a medicação, a Po passou a 18 mmHg uma semana depois, mantendo-se entre 12 e 14 mmHg nos exames consecutivos.

OLHO DIREITO			OLHO ESQUERDO		
13- 6-77	22 mmHg	Sem medicação (SM)	22 mmHg	SM	(10:35)
17- 6-77	12 mmHg	SM	14 mmHg	SM	(11:50)
21- 6-77	24 mmHg	SM	22 mmHg	SM	(12:15)
5- 4-78	24 mmHg	Pil 4%	24 mmHg	Pil 4%	(12:30)
11- 4-78			TRABECULECTOMIA OE		
18- 4-78	26 mmHg	Pil 4%	10 mmHg	Atropina	( 8:45)
20- 4-78	TRABECULECTOMIA OD				
24- 4-78	Medicado com Atropina 1% <sup>R</sup> + Maxitrol <sup>R</sup> (8 x 8 horas)				
28- 4-78	2 mmHg	Atrop. + Maxitr.	10 mmHg	SM	(10:00)
10- 5-78	44 mmHg	Atrop. + Maxitr.	10 mmHg	SM	( 8:00)
17- 5-78	18 mmHg	SM	10 mmHg	SM	( 7:30)
24- 5-78	11 mmHg	SM	10 mmHg	SM	( )
5- 7-78	12 mmHg	SM	12 mmHg	SM	(15:30)
7- 8-78	14 mmHg	SM	13 mmHg	Atropina	( )
19-10-78	12 mmHg	SM	10 mmHg	Atropina	(16:45)

Paciente n.º II: J.A.P., 40 anos, Masc., Feod., Cas., Mecânico, Nat.: Itabira

O paciente procurou o ambulatório do Hosp. São Geraldo com queixa de dores oculares ocasionais. Usava óculos e tinha boa visão. A mãe ficara cega por glaucoma e um irmão era cego por causa desconhecida.

Exame — **Acuidade visual:** 20/20 com correção, em AO; **Biomicroscopia:** hiperemia conjuntival em AO; **Gonioscopia:** seio amplo em AO; **Fundo de olho:** papilas róseas, escavação ++/+++ em OD e ++ em OE; **Campos visuais:** exclusão da mancha cega na isóptera I/1 em OD e aumento da mancha cega em OD; **Tonografia:** OD — C = 0,15 e C = 0,10; OE — C

= 0,15 e C<sup>0-4</sup><sub>3-7</sub> = 0,05; **Teste celestone em**

**OD:** a Po elevou-se de 34 para 44 mmHg ao final da quarta semana de teste (resposta intermediária). No olho esquerdo (controle) a Po manteve-se inalterada.

O paciente foi medicado inicialmente com epinefrina a 1%, associando-se depois pilocarpina 2% devido ao controle insatisfatório da Po. A CDPo realizada com o uso da medicação mostrou que a Po não estava bem regulada, com valores mais elevados em OD

(OD — Pm = 24 mmHg; V = 3,4 mmHg; OE — Pm = 21 mmHg; V = 1,7 mmHg). Foi indicada trabeculectomia para OD. O paciente foi operado sob anestesia geral, sendo a cirurgia realizada sob microscópio. Não ocorreram problemas per-operatórios. O exame histológico do fragmento limbico retirado mostrou que o mesmo continha o trabeculado e o canal de Schlemm.

No 1.º dia de pós-operatório foi medicado com Atropina 1%<sup>R</sup> e Dexafenicol<sup>R</sup> colírio (8 x 8 horas). No 4.º dia de pós-operatório a Po era de 46 mmHg; o olho estava congesto e com edema difuso de córnea. Substituiu-se o Dexafenicol<sup>R</sup> por Gentamicina<sup>R</sup> colírio. Dois dias após a suspensão do colírio contendo dexametasona a Po era de 24 mmHg, mantendo-se aproximadamente nesse nível após a suspensão de medicação.

Paciente n.º III: MB, 44 anos, Fem, Mel, Nat: Minas Gerais

Procurou atendimento no Hosp. São Geraldo em março de 1975, um ano após ter se submetido a cirurgia anti-glaucomatosa em OD, em outro Serviço. Apresentava queixas de dor ocular e fazia uso irregular de Diamox<sup>R</sup>.

---

**OLHO DIREITO**

---

25- 8-76	26 mmHg	SM	(10:30)
17-12-76	24 mmHg	SM	( 9:00)
17- 2-77	22 mmHg	Glaucon 1% <sup>R</sup>	( 9:00)
12- 7-77	24 mmHg	Epilo 2% <sup>R</sup>	( 8:00)
25- 1-78	30 mmHg	Pil 2% + Epin 1%	( 9:00)
7- 6-78	22 mmHg	Pil 2% + Epin 1%	( 8:15)
8- 6-78	<b>TRABECULECTOMIA</b>		
9- 6-78	Medicado com Atropina 1% <sup>R</sup> + Dexafenicol <sup>R</sup> (8 x 8 horas)		
12- 6-78	46 mmHg	Atrop. + Dexaf.	( 7:30)
14- 6-78	24 mmHg	Atrop. + Gentamicina <sup>R</sup>	( 8:00)
19- 6-78	28 mmHg	Atrop. + Gent.	( 7:45)
28- 6-78	26 mmHg	Atrop. + Gent.	( 7:30)
10- 7-78	22 mmHg	SM	( 8:50)
21- 8-78	20 mmHg	SM	( 8:15)
29- 9-78	24 mmHg	SM	( 7:40)
31-10-78	26 mmHg	SM	( 7:55)

---

Exame — **Acuidade visual:** OD = zero; OE = 20/25; **Biomicroscopia:** OE — nada digno de nota; **Fundo de olho:** OE — papila rósea, escavação ++; **Pressão intra-ocular:** OE = 44 mmHg (8:50).

Foi receitado pilocarpina 4%<sup>R</sup> + 1 Diamox<sup>R</sup> de 12 em 12 horas. No 1.º controle, uma semana depois, a paciente não havia usado a medicação. A Po no olho esquerdo era de 36 mmHg. Foram pedidos exames para cirurgia.

A paciente retornou 15 meses depois.

Exame — **Acuidade visual:** OD = zero; OE — 20/50; **Fundo de olho:** não visualizado pela miose; **Po:** OE = 34 mmHg (8:30) em uso de Pilocarpina 4%<sup>R</sup>.

Indicou-se cirurgia para o olho esquerdo. Realizada trabeculectomia sob micros-

cópio e com anestesia geral em 7-8-77. Não ocorreram problemas per-operatórios. O exame histológico do fragmento límbico retirado mostrou que o mesmo continha o trabeculado e fibras longitudinais do músculo ciliar.

No 1.º dia do pós-operatório foi prescrito Atropina 1%<sup>R</sup> + Dexafenicol<sup>R</sup> colírio (8 x 8 horas). No 4.º dia a câmara anterior era média e havia sinéquia anterior superiormente, de 10 às 11 horas, deixando livre a iridectomia. No 9.º dia a Po era de 45 mmHg; a sinéquia anterior desaparecera deixando pigmentos na face posterior da córnea. Suspendeu-se o Dexafenicol<sup>R</sup>, manteve-se a Atropina. No 11.º dia a Po era de 22 mmHg, mantendo-se nesse nível no 15.º dia.

---

**OLHO ESQUERDO**

---

12- 3-75	44 mmHg	SM	(8:50)
17- 3-75	36 mmHg	SM	(9:00)
19- 7-77	34 mmHg	Pil 4%	(8:30)
2- 8-77	38 mmHg	?	(8:30)
7- 8-77	<b>TRABECULECTOMIA</b>		
8- 8-77	Medicado com Atropina 1% <sup>R</sup> + Dexafenicol <sup>R</sup> colírio		
16- 8-77	46 mmHg	Atrop. + Dexaf.	(manhã)
18- 8-77	22 mmHg	Atrop.	(manhã)
23- 8-77	22 mmHg	Atrop.	(manhã)
14- 9-77	26 mmHg	Atrop.	(8:45)
12-10-77	34 mmHg	SM	(7:35)
16-11-77	23 mmHg	Epilo 4% <sup>R</sup>	(7:10)
25- 1-78	19 mmHg	Epilo 4% <sup>R</sup>	(8:00)
27- 6-78	24 mmHg	Epilo 4% <sup>R</sup>	(7:45)

---

Paciente n.º IV: J. A. B., 64 anos, Masc., Leuc., Cas., Func. público, Nat.: Pitangui (MG)

O paciente veio para exame relatando ser glaucomatoso e já ter recebido indicação cirúrgica para o olho esquerdo. Faz uso de pilocarpina a 4%.

Exame em junho de 1973 — **Acuidade visual:** 20/20 em OD e 20/50 em OE, com correção; **Fundo de olho:** papilas quase totalmente escavadas, halo glaucomatoso peripapilar e veias túrgidas em AO; **Po:** OD = 18 e OE = 28 mmHg (8:30).

Foi prescrito Isopto carpine 4%<sup>R</sup> (8 x 8 horas). Após alguns controles, como a Po mantinha-se elevada no olho esquerdo, indicou-se cirurgia para este olho. Foi submetido a trepanação de Elliot em agosto de 1973. O pós-operatório foi bom, houve formação de bolsa e a Po manteve-se em torno de 10 mmHg, sem medicação.

Reexame em julho de 1974 — **Acuidade visual:** 20/20 em OD e 20/50 em OE, com correção; **Biomicroscopia:** OD — esclerose lenticular, homogeneização nuclear incipiente; OE — homogeneização nuclear mais intensa que em OD, opacidade sub-capsular, descolamento posterior do vitreo com colap-

so; **Fundo de olho:** OD — papila rósea nasalmente, hemorragias juxta-papilares, escavação +++/++++; OE — papila pálida e totalmente escavada, vasos rebatidos para o lado nasal, turgor venoso, trofia temporal da coróide juxta-papilar.

O paciente fez alguns controles com o uso da medicação em OD. Em junho de 1978, estando a Po de OD em 30 mmHg sob medicação, foi indicada cirurgia. Realizada trabeculectomia com anestesia geral no dia 29-7-78. Não ocorreram problemas per-operatórios. Foi prescrito Atropina 1%<sup>R</sup> logo após a cirurgia e no 8.º dia do pós-operatório introduziu-se Maxitrol<sup>R</sup> colírio (4 vezes ao dia). Quatro dias após, a Po em OD era de 38 mmHg. Suspenso o colírio Maxitrol<sup>R</sup> e mantida a atropina, a Po passou a 12 mmHg dois dias após, mantendo-se aproximadamente nesse nível nos exames subsequentes.

OLHO DIREITO				OLHO ESQUERDO			
21- 8-77	18 mmHg	Pil	4%	10 mmHg	SM	( 9:30)	
22-11-77	26 mmHg	Pil	4%	10 mmHg	SM	(10:35)	
12- 6-78	30 mmHg	Pil	4%	10 mmHg	SM	(12:00)	
29- 7-78	TRABECULECTOMIA EM OD						
30- 7-78	Medicado com Atropina 1% <sup>R</sup>			(12 x 12 horas)			
6- 8-78	Medicado com Atropina 1% <sup>R</sup> +			Maxitrol <sup>R</sup> colírio (4 x dia)			
10- 8-78	38 mmHg	Atrop. +	Maxitr.	12 mmHg	SM	(11:00)	
12- 8-78	12 mmHg	Atrop.		10 mmHg	SM	( 7:00)	
16- 8-78	12 mmHg	SM		12 mmHg	SM	( 7:00)	
16- 9-78	11 mmHg	SM		10 mmHg	SM	(12:10)	

## DISCUSSÃO

A elevação da Po encontrada nesses casos parece claramente ter sido causada pelo corticosteróide tópico prescrito no pós-operatório, tendo ocorrido uma queda média de 24,5 mmHg com a suspensão do colírio contendo dexametasona. Considerando-se o início do uso de colírios contendo dexametasona no pós-operatório, a resposta cortisônica foi notada no 16.º dia, no 3.º dia, no 8.º dia e no 4.º dia de instilação, respectivamente, nos quatro pacientes. Considerando-se o tempo transcorrido a partir da trabeculectomia, a resposta cortisônica foi constatada no 20.º, 4.º, 9.º e 12.º dias do pós-operatório, respectivamente. A representação das variações da Po com os colírios usados a partir da trabeculectomia encontra-se na Figura 1.

As elevações da Po que ocorreram nos quatro pacientes podem ser classificadas como respostas cortisônicas fortes ("high responders") e ocorreram dentro do período padronizado do teste cortisônico. Vale a pena ressaltar que o paciente n.º II, submetido

ao teste cortisônico padronizado apresentou resposta intermediária antes da cirurgia (pLpH). A resposta forte encontrada após a cirurgia pode ser explicada pela má reprodutibilidade do teste cortisônico como já foi assinalado por PALMBERG et alii (1975), apesar de que a situação especial do olho, submetido a trabeculectomia quatro dias antes, não corresponde à do teste cortisônico padronizado.

Esse tipo de resposta não é muito comum, uma vez que nos últimos dois anos, em um levantamento de aproximadamente 200 trabeculectomias encontramos apenas quatro casos (2%). Por outro lado, é possível que essa frequência seja um pouco maior e que a hipertensão ocular cortisônica não seja detectada pelo fato de muitas vezes não se medir a Po no pós-operatório recente da cirurgia e também pelo espaçamento dos controles após a 1.ª semana da cirurgia. Muitas vezes a tonometria é feita apenas após o desaparecimento dos sinais inflamatórios, quando já se suspendeu o colírio de corticosteróide.

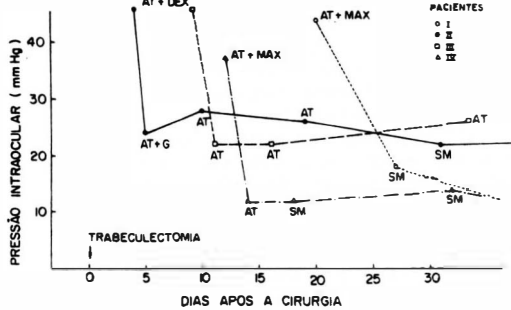


Fig. 1 — Variações da Po e colírios usados por cada paciente, no pós-operatório recente das trabeculectomias (AT = Atropina 1%R; DEX = DexafenicolR, MAX = Maxitrol R; G = Gentamicina R; SM = sem medicação)

É interessante que em dois desses pacientes (J.A.P. e M.B.) não houve boa regulação da Po com a cirurgia, apesar da ausência de problemas per-operatórios e apesar do local correto da retirada do fragmento limbico, confirmado pelo laudo histopatológico.

Não encontramos no levantamento as fichas de pacientes operados nos últimos dois anos nenhum caso de elevação acentuada da Po no pós-operatório que pudesse ser atribuído a sangramento, como relata SPAETH (1977). Por outro lado, um de nossos pacientes apresentou resposta cortisônica no 4.º dia do pós-operatório que nos permite levantar a hipótese de que talvez alguns dos casos relatados por SPAETH (1977) e por PIFFARETTI et alii (1975) constituam também exemplos de resposta cortisônica.

É importante ressaltar que encontramos outros casos de elevação da Po no pós-operatório recente de trabeculectomias que não puderam ser atribuídos com segurança ao uso tópico de corticosteróides, constituindo talvez exemplos de resposta cortisônica moderada. Tivemos também alguns casos de elevação tensional no pós-operatório recente indicativos de insucessos precoces da cirurgia e cujos níveis da Po exigiram a reintrodução de medicação anti-glaucomatosa e, por vezes, à reoperação.

FRANÇOIS & VICTORIA TRONCOSO (1974, 1977) mostraram que os corticosteróides reforçam as membranas lisossômicas dos fibroblastos, impedindo que sejam liberadas suas enzimas catabólicas necessárias à despolimerização dos mucopolissacarídes contido nos goníocitos da parede interna do seio camerular. Em consequência, há um acúmulo de mucopolissacarídes com edema do trabeculado que pode dificultar a drenagem do humor aquoso. Os mesmos autores relataram que há clones de goníocitos que são corticosteróide-sensíveis e outros que

não o são. Dependendo da predominância de um ou de outro, o teste cortisônico será positivo ou negativo.

A presença de uma hipertensão ocular cortisônica é difícil de ser explicada na presença de uma fistula cirúrgica. Entretanto, a trabeculectomia possui diversas características diferentes das outras cirurgias fistulantes que podem ajudar a compreender o fenômeno:

- 1 — A câmara anterior reforma-se precocemente, em geral estando presente já ao final do ato cirúrgico. São raros os casos de CA rasa no pós-operatório.
- 2 — Apesar de ocorrer formação de bolsa fistulante em grande proporção dos casos, pode haver boa regulação da Po mesmo em sua ausência.
- 3 — Os níveis finais da Po após a trabeculectomia são geralmente superiores aos obtidos com as outras cirurgias clássicas.

Esses aspectos mostram que o retalho escleral protetor constitui um mecanismo de retenção do humor aquoso que não existe nas outras cirurgias clássicas. Nessa situação, a instilação tópica de corticosteróides, levando a um edema da parede interna do seio camerular em indivíduos sensíveis, poderia determinar um desequilíbrio entre Produção x Reabsorção do humor aquoso, mesmo no olho recém-trabeculectomizado. Quanto a esse aspecto, devemos ressaltar que em todos os pacientes operados no Serviço, o retalho escleral foi suturado em seu local primitivo com cinco pontos isolados de fio seda 8-0 ou Dexon 7-0.

A existência da hipertensão ocular cortisônica no pós-operatório recente de trabeculectomias vem encarecer a necessidade de tonometrias frequentes neste período, particularmente em pacientes que recebem prescrição de colírios de corticosteróides. Por outro lado, como a reação inflamatória não é muito intensa na grande maioria dos olhos submetidos a trabeculectomia, talvez fosse mais lógico prescrever apenas atropina + antibiótico profilático no pós-operatório recente dessa cirurgia. O corticosteróide seria introduzido apenas na presença de reação inflamatória mais intensa ou hipotensão acentuada. Outra alternativa seria o uso de corticosteróide de efeito hipotensor menos acentuado como a fluorometalona ou a merisona, ao invés da dexametasona.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARMALY, M. F. — Topical dexamethasone and intraocular pressure. In: INTERNATIONAL CONGRESS OF OPHTHALMOLOGY, 20, Munich, 1966. Glaucoma, Tutzing Symposium. Basel, S. Karger, 1967, p. 73-96.
2. FRANÇOIS, J. & VICTORIA-TRONCOSO, V. — Mucopolysaccharides et hypertension oculaire; pathogénie du glaucome cortisonique. Ann. Ocul., 207: 625-41, 1974.

3. ——— — Corticosteroid glaucoma. *Ophthalmologica*, 174: 195-209, 1977.
4. GRANT, W. M. — Toxicology of the eye. Springfield, Thomas, 1974, 2.º ed., p. 323-5.
5. HAVENER, W. H. — Ocular pharmacology. Saint Louis, Mosby, 1974, 3.º ed., p. 370-1.
6. PALMBERG, P. F.; MANDELL, A.; WILENSKY, J. T.; PODOB, S. M. & BECKER, B. — The reproducibility of the intraocular pressure response to dexamethasone. *Am. J. Ophthalmol.*, 80: 844-56, 1975.
7. PIFFARETTI, J. M.; RAMEL, C. & GLOOR, B. P. — Results of trabeculectomy in 99 cases. *Ophthalmologica*, 170: 133-8, 1975.
8. SPAETH, G. L. — Trabeculectomy — a good operative procedure "in its place". In: BROCKHURST, R. J.; BORUCHOFF, S. A.; HUTCHINSON, B. T. & LESSELL, S. Controversy in ophthalmology, Philadelphia, Saunders, 1977, p. 201-17.

#### RESUMO

São apresentados quatro casos de hipertensão ocular cortisonica do tipo alta resposta, ocorridos no pós-operatório recente de pacientes submetidos a trabeculectomias. A elevação tensional desapareceu ao suspender-se a instilação de colírios contendo dexametasona. A

incidência desse tipo de resposta foi de aproximadamente 2% com relação às trabeculectomias realizadas nos últimos dois anos no Serviço de Glaucoma no Anexo São Geraldo do Hospital das Clínicas da UFMG. Discute-se o provável mecanismo dessa hipertensão ocular induzida e chama-se a atenção para o cuidado que se deve ter no controle de pacientes glaucomatosos recém-operados em uso de colírios de corticosteróides que possuam grande efeito hipertensor.

#### SUMMARY

It is presented four cases of cortisonic ocular hypertension of the high response type occurring immediately in the post-operative period of patients who underwent trabeculectomy operations. The tensional elevation disappeared with the interruption of collyriums containing Dexamethasone. The incidence of this response was approximately 2% in relation to the trabeculectomies performed over the last two years at the Glaucoma Service of the São Geraldo Hospital. It is discussed the probable mechanism of this induced ocular hypertension and called attention to the care that must be taken in the control of glaucomatous patients using corticosteroid collyriums with high hypertensive effect after trabeculectomies.