

## TÉCNICA PARA A CIRURGIA DA CATARATA NA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Dr. Roberto Lorens Marback \*

Neste trabalho descrevemos e comentamos a técnica presentemente usada como rotina na cirurgia da catarata em nosso Serviço. Até a presente data, já nos utilizamos desta técnica em cerca de 100 cirurgias. O relato e análise dos resultados obtidos constituirão a complementação deste trabalho, a ser publicada posteriormente.

Desde 1952, adotávamos na operação de catarata, as suturas córneo-esclerais de Mac Lean, com ou sem retalho conjuntival, ou as suturas córneo-corneanas. Esta técnica foi minuciosamente descrita e analisada por ALVES (1).

As modificações recentemente introduzidas referem-se principalmente à incisão, suturas e uso do crio-extrator. A primeira, é denominada por Castroviejo, que nos fez demonstração pessoal, de incisão com mini-flap. Tais modificações e suas vantagens acreditamos, merecem ser divulgadas.

**PREPARO DO PACIENTE** — Já completamente estudado, o paciente é internado na véspera da operação. Não dispensamos a tricotomia dos cílios e supercílios, uma vez que não dispomos das toalhas plásticas 3M criadas por ILLIF (2) as quais isolam totalmente o solo ciliar do campo operatório. Lavagem intestinal é rotineiramente usada em todos os pacientes.

A dilatação da pupila é obtida através instilações de colírio de homatropina a 2% cada 15 minutos, durante de colírio de fenilefrina a 10% aos 60 e 30 minutos antes da cirurgia.

Ainda na enfermaria, o saco conjuntival do olho a ser operado é irrigado com salina estéril após instilação de colírio Argiro1 a 10%. Um penso oclusivo é aplicado ao referido olho até a sala de operações.

---

\* Da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia  
— Serviço do Prof. Heitor Marback.

**MEDIÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA** — Compreende: 1 compr. (100 mg) de Luminal na noite que antecede o dia da cirurgia. 1 cápsula (100 mg) de Seconal duas horas antes da operação. 1/2 ampola (50 mg) de Dolantina, via intramuscular, uma hora antes do ato cirúrgico.

**ANESTESIA** — Usamos a local como rotina. Só muito excepcionalmente utilizamos a anestesia geral. Entretanto, fazemos uso durante o ato cirúrgico da infusão gota a gota intravenosa, de Dolantina ou Inoval, a critério do anestesista. A anestesia superficial é obtida pela instilação de colírio de tetracaína a 0,5%. Utilizamos em seguida, a acinesia-anestesia pelo método de VAN LINT (3) modificado, com 8 cc de xilocaína a 2%. A solução de xilocaína incluirá ou não adrenalina, caso a tensão arterial e condições clínicas gerais do paciente o permitam. Com a mesma solução anestésica, são feitas duas injeções retrobulbares, sendo uma de 2 cc no quadrante temporal inferior, visando bloquear o gânglio ciliar e outra de 1 cc nas proximidades do reto superior.

**ASSEPSIA:** Usamos iodo e álcool para a assepsia da pele e bordos palpebrais. Mais uma irrigação do saco conjuntival com salina é utilizada.

**TONOMETRIA E MEDIDAS HIPOTENSORAS** — Consideramos ambas da maior importância. A tonometria é feita com o tonômetro de Schiötz esterilizado. Usualmente, os pacientes já apresentam níveis tensionais em torno de 12 mm de Hg em decorrência do uso prévio da acetazolamida (500 mg à noite da véspera e mais 500 mg duas horas antes do ato). Caso a tensão se apresente acima de tal nível, praticamos a manobra de Chandler. Eventualmente, recorreremos ao manitol a 20% por via intravenosa).

**FIXAÇÃO DO GLOBO OCULAR** — É assegurada através um fio de sutura (5-0) no reto superior e fixado no parafuso próprio do blefarostato de Maumenee-Parker. Este fio deverá ser folgado após a abertura da câmara anterior. A rotação do olho é evitada com o uso da pinça, tipo CASTROVIEJO (4) a mais ou menos 1 mm do limbo no meridiano correspondente às 4 horas.

**INCISÃO** — É iniciada, no meridiano das 11 horas com bisturi-gilete ou faca de Graeffe. A ponta do instrumento penetra a conjuntiva bulbar a 3 mm da penetração escleral que deverá coincidir com o limite posterior do limbo (Fig. 1). É justamente esta manobra que assegura o “mini-flap”. A lâmina do instrumento deve entrar na câmara anterior em plano paralelo ao plano da íris e o corte terá apenas a extensão que permita a passagem de uma das lâminas da tesoura corneana de CASTROVIEJO (5). Com esta

tesoura (tipos esquerdo e direito) obtemos o alargamento da incisão para 160°, aproximadamente, acompanhando rigorosamente o limite posterior do limbo (Figs. 2 e 3), como uma das lâminas do referido instrumento não sai



FIG. 1 — A ponta da faca de Graeffe penetra a conjuntiva bulbar a 3 mm da penetração escleral que deverá coincidir com o limite posterior do limbo.



FIGS. 2 e 3 — Uso da tesoura de Castroviejo (tipos esquerdo e direito) para o alargamento da incisão.

da câmara anterior durante tal processo, obtém-se perfeita continuidade e regularidade dos lábios da ferida operatória. Isto vai assegurar uma ótima coaptação.

Para a hemostasia, usamos o cauterio de Hildreth.

**IRIDECTOMIAS** — Fazêmo-las periféricas com a pinça tesoura de iris, modelo Barraquer. Via de regra usamos duas: nos meridianos de 11 e 1 hora quando fazemos a extração à pinça e uma no meridiano das 12 horas, quando o crio-extractor é utilizado.

Caso haja necessidade, irrigamos a câmara anterior com salina ou aquoso artificial.

**SUTURA MESTRA** — É colocada às 12 horas com agulha atraumática e fio de seda 8-0 (Fig. 4). Afastamos o fio na porção correspondente à incisão, formando uma alça, para facilitar as manobras posteriores. Esta, como as demais suturas, não devem ultrapassar a metade da espessura dos lábios da incisão o que é assegurado pelo uso do microscópio cirúrgico ou de lupa binocular. As suturas devem ser dispostas radialmente em relação ao centro da córnea para que quando ajustadas, seja conservada a relação anômica pré-existente, o que evita os acentuados astigmatismos.



FIG. 4 — Sutura mestra colocada às 12 horas e afastada «em alça» da incisão.

**EXTRAÇÃO** — Com a pinça, preferimos a de ação cruzada modelo Castroviejo. Para romper a zônula, utilizamos os clássicos movimentos laterais e o gancho compressor de Wilmer-Bagley. Últimamente, temos usado manobra que consiste em pinçar a conjuntiva e tecidos episclerais, às 6 horas, exercendo tração em direção oposta ao movimento do cristalino cata-

ratoso, ao ser tracionado em direção à incisão. Tal manobra, recomendada por CASTROVIEJO (6), rompe facilmente as fibras zonulares da metade inferior, iniciando a extração que é completada através delicados movimentos de compressão.

Com o crio-extrator, utilizamos o afastador de iris modelo WILMER, pois apresenta a vantagem de com leve torção libertar-se da iris, quando desejado. Dispomos do crio-extrator Amoils o qual apresenta a vantagem do descongelamento rápido. A crio-extração é sistematicamente utilizada em todos os casos de catarata intumesciente ou hipermadura.

Enxugamos a iris e face anterior do cristalino, para a aplicação da ponta do crio-extrator, com as esponjas de celulose. Temos o máximo cuidado para não desprender fragmentos das mesmas no interior do olho. Tal acidente foi recentemente descrito por nós (7).



FIG. 5 — Mostra a disposição dos pontos, coincidindo com o limite da incisão conjuntival. Câmara anterior reconstituída.

Efetuada a extração, ajustamos a iris com espátula e verificamos que os lábios da incisão estão limpos, damos o nó da sutura das 12 horas tendo o cuidado de dispor o nó no limite da incisão conjuntival. Isto representa duas vantagens: a conjuntiva não deixa o nó ficar saliente, evitando a incômoda sensação de corpo estranho e facilita sobremaneira a retirada do mesmo. Fechamos a incisão com sete a oito suturas adicionais, obedecendo os cuidados de disposição antes referidos. Resulta daí uma sutura sem vasos, tanto que, ao término da operação (Fig. 5), a câmara anterior já está em reconstituição. Quando isto não ocorre reconstituímos-la com ar.

Após instilação de pilocarpina a 6%, o penso oclusivo e a placa protetora são colocados no olho operado.

Não usamos antibióticos sistêmicos ou injeção subconjuntival de corticosteróide.

Os pacientes recostam no leito com seis horas para as refeições. Podem deambular e são postos em repouso relativo no 2.º dia. A alta hospitalar pode ser dada dentro de 4 a 5 dias, caso o paciente tenha condições domésticas de higiene e repouso.

Os curativos são feitos diariamente, sendo o primeiro 48 horas após a operação. Consistem na troca do penso, instilação de colírio contendo neomicina e corticosteróide e no controle da pupila que é mantida em midriase média.

A sensação de corpo estranho causada pelos pontos é nula, tanto que, alguns pacientes mais esclarecidos, podem ficar sem o penso após o 6.º dia. Muitos pontos são espontaneamente eliminados após o 12.º dia. Os que permanecem são retirados a partir do 16.º dia.

A prescrição de lente temporária para afaquia é dada, em geral, 4 semanas depois da operação. A lente definitiva ou lente de contato só é prescrita após 120 dias.

#### SUMARIO

O autor descreve detalhadamente a técnica presentemente empregada na Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia para a operação de catarata. Algumas vantagens da referida técnica são salientadas.

#### SUMMARY

The author describes in detail a surgical technique for cataract operation. Such procedure is being presently used at the Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Some advantages of the incision and sutures are emphasized.

Agradecemos ao doutorando Osório José de Oliveira Filho a documentação fotográfica do presente trabalho.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — ALVES, M. C. — Cirurgia da catarata senil. Arq. Bras. de Oftalm., Vol. 21, Nº 3, (1958).
- 2 — ILIFF, C. E. — A plastic drape for intraocular surgery. Am. Journ. Ophth., Vol. 60, Nº 1, (1965).
- 3 — VAN LINT, A. In: Kirby, D. B. — Surgery of cataract p. 246 (Lippincott Company, Philadelphia/London/Montreal, (1950).
- 4 — CASTROVIEJO, R. — Double purpose forceps for cataract surgery. Tr. Am. Ophth. Soc., Vol. 63, (1965).
- 5 — CASTROVIEJO, R. — New scissors for enlarging cataract incisions. Am. Journ. Ophth., Vol. 47, Nº 3, (1959).
- 6 — CASTROVIEJO, R. — Cataract surgery. The maneuver of countertraction to facilitate intracapsular lens extraction. Am. Journ. Ophth., Vol. 58, Nº 3, (1964).
- 7 — MARBACK, R. L. — Esponja de celuloze como corpo estranho intraocular após cirurgia de catarata. (A ser publicado na Revista Brasileira de Oftalmologia).