

O GLAUCOMA — TRATAMENTO MÉDICO E CIRÚRGICO MINÚCIAS DE TÉCNICA E ARTIFÍCIOS PER-OPERATÓRIOS *

A. A. DE ALMEIDA **

Há alguns anos atrás, durante discussão no XIII Congresso Brasileiro de Oftalmologia, realizado no Rio, houve certa celeuma, entre os participantes, sobre o tratamento do glaucoma. É que havia duas correntes que falavam linguagens diferentes: uma defendia o tratamento cirúrgico precoce e outra se abstinha de qualquer processo cruento. Ambas se referiam ao glaucoma campimétrico, com baixa da acuidade visual e em pacientes mais ou menos recalcitrantes. Depois dos estudos de Grant, de Leydecker, de Sampaolesi, de Calixto e de Carvalho a aplanometria e a curva tensional diária entraram na rotina dos consultórios e o glaucoma é diagnosticado antes de ser percebido pelo paciente, o que permite o tratamento médico por vários anos, sob condições bastante rígidas de parte do paciente. Enquanto tonométrico o glaucoma crônico evidentemente comporta tratamento clínico. Se, com frequência, os primeiros sinais de deterioramento visual e campimétrico, surgem após 10 anos de doença, durante este período os doentes disciplinados e que tenham facilidade de verificar, periodicamente o efeito salutar da medicação empregada, poderão continuar a medicação clínica. Há que ser levada em conta a possibilidade da elevação tensional, diariamente, no limite horário das instilações. Se estas se fazem de 6 em 6 ou de 8 em 8 horas ao se aproximar o momento da instilação a pressão deve estar mais elevada que nos primeiros minutos que se seguirem à última gota. Além dos descuidos, da dificuldade de obter a medicação prescrita, da impossibilidade de verificações constantes, a progressão inevitável da doença leva ao período intervencionista. A discussão travada àquela época deveria ater-se a este estágio.

Extremo cuidado devem ter os adeptos de ambas as correntes quando do tratamento médico e quando não muito elevada a tensão ocular. A elevação da pressão de 22 a 28 mm. de Hg. pode ser considerada para efeito do tratamento médico como pré-glaucoma, desde que baixe a 16 e 18 com as instilações de mióticos e aí nesses níveis se mantenha. Devem ater-se ao tratamento da "pequena elevação", sem falar em glaucoma. Nesta fase é extremamente importante que os pacientes ignorem o nome da afecção.

* Trabalho apresentado no XVII Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

** Professor de Clínica Oftalmológica na F. C. Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Oftalmologia do Instituto Penido Burnier. Livre Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.

Doença divulgada ao extremo, qualquer pessoa semi-instruída sabe o que é glaucoma, mas ignora a duração de sua evolução. Muitas vezes, "o glaucomatólogo é mais nocivo que a hipertensão" da fase inicial do glaucoma. Não lendo a bula e sendo advertido que a medicação é para normalizar ou para impedir que a pressão se eleve, terá o doente melhores condições para as prescrições, sem as apreensões peculiares da labilidade emocional que lhe é própria. A angústia que deles se apodera ao saber serem portadores de glaucoma, torna-lhes e aos parentes, insuportável a existência. É melhor que só saibam às vésperas da intervenção. Essa época poderá ser bastante remota!

Nestes 10 primeiros anos de evolução, tal seja ela, tal seja o comportamento do doente há sempre tempo de ser programada a intervenção. Se, por acaso, o glaucomatoso já chega às mãos do oftalmologista com a visão e o campo visual deteriorados, quer por displicência de exames anteriores, quer por condições próprias ao nível intelectual ou econômico do paciente, o cirurgião poderá ou não decidir-se pela intervenção. Aí é que poderá haver distinção entre intervencionistas ou não. Fatores vários têm que ser medidos e pesados. Obediência da afecção e do doente aos recursos médicos, distância entre a residência do enfermo e a dos centros a que poderá recorrer, condições psicológicas do paciente, etc.

Os intervencionistas tratam clinicamente o glaucoma crônico, mas vigilantes propõem o tratamento cirúrgico aos primeiros sinais da baixa visual ou de alterações campimétricas. Ao notarem a ineficácia dos mióticos e dos inibidores da anidrase carbônica empregados, a impossibilidade de trazerem a níveis compatíveis as pressões elevadas, ao notarem que a variabilidade média, à curva tonométrica diária ou a normalização à tonografia, não se reduz, ao verificarem a displicência e a indisciplina dos pacientes, os chamados intervencionistas se aprestam a propor o tratamento cirúrgico. Os não intervencionistas aguardam principalmente por temerem as consequências pós-operatórias, e esta espera leva também e mais depressa a perdas irreparáveis. Os intervencionistas operam mesmo quando o campo visual se reduz a um funil e a acuidade a 0,1 ou menos; os não intervencionistas se negam a intervir sob o pretexto de que as fistulizantes são o tiro de misericórdia na visão. De que a cirurgia apressa o aparecimento de catarata e por isto, induz a necessidade de 2.^a intervenção! O fato é que os não intervencionistas deixam escapar, uma a uma, as oportunidades que se oferecem para conservar a visão. Não deveria e não deverá haver, pois, qualquer divisão entre os oftalmologistas. Todos devem estar preparados para tratar clínica e cirurgicamente os diferentes tipos de glaucoma e para discernir o limite permissível ao tratamento clínico.

O tratamento cirúrgico merece várias considerações. A técnica das várias intervenções preconizadas são de fácil execução. Em linhas gerais não há segredos, a não ser em pequenos detalhes de uso pessoal de cada

cirurgião para evitar o bloqueio da fístula, as irites pós-operatórias, o efeito cataratogênico, a atalamia, para corrigir com plástica do retalho as roturas conjuntivais e para impedir as ampolas gigantes.

a) O bloqueio da fístula se evita deixando frouxo o retalho conjuntival e não o dissecando até o limbo nas porções laterais e executando a iridectomia, periférica ou segmentar de modo que o coloboma tenha maior amplitude que o orifício escleral. Evidentemente, assim agindo, serão evitadas as goniosinéquias e as aderências da íris na face posterior do limbo corneano. (Figs. 1, 2 e 3).

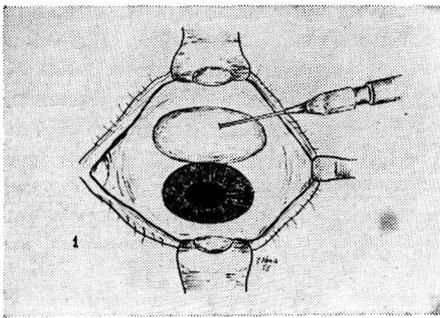


Fig. 1 — Injeção subtenoniana de soro.

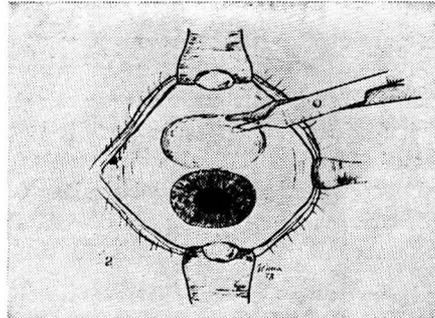


Fig. 2 — Incisão da conjuntiva e da cápsula de Tenon.

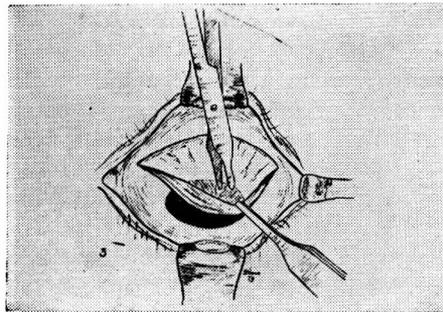


Fig. 3 — Preparo do retalho.

b) É sabido que o uso prolongado de mióticos mormente o da pilocarpina, provoca a formação de nódulos na borda do esfíncter iriano. Ao seccionar a base ou o setor da íris para a iridectomia, este nódulo emite relativamente grande quantidade de pigmento que se espalha na face posterior da córnea e na superfície anterior do cristalino. Por outro lado a miose

permanente favorece adesões da face posterior da íris à cristalóide anterior. É pois necessário desfazer desde logo esta miose, provocando midríase rápida e evitar as irites pós-operatórias com a loção abundante e suave da câmara anterior com soro fisiológico contendo uma gota de solução milesimal de cloridrato de adrenalina. Elimina-se o pigmento solto e se provoca midríase acentuada.

c) A opacidade cristalíniana é evitada, sobretudo, pela absoluta interdição de se introduzir qualquer instrumento na câmara anterior, pela eliminação do pigmento para que não se deposite na cristalóide anterior adotando medidas para evitar a atalamia prolongada. (Figs. 4, 5 e 6).

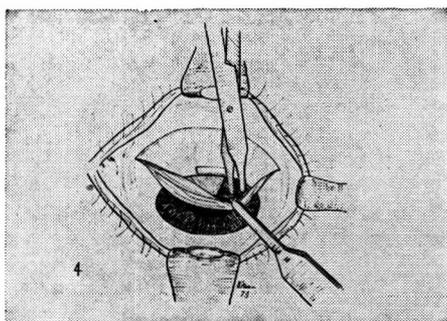


Fig. 4 — Perforação inadvertida do retalho.

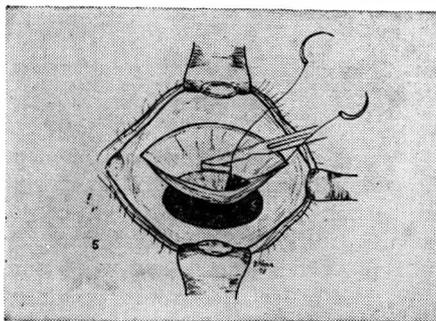


Fig. 5 — Início das incisões esclero-limbares; ponto de Liègard para transplantar o retalho.

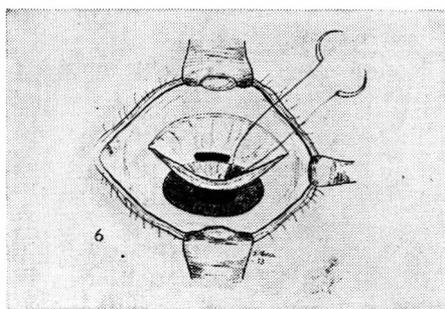


Fig. 6 — Incisão esclero-limbar completa.

d) A atalamia não existirá se houver a preocupação de preencher a câmara anterior, após a sutura hermética do retalho, com 5 decimilitros de soro fisiológico, ou de humor aquoso sintético, contendo outra gota de solução milesimal de cloridrato de adrenalina. Câmara anterior e espaço sub-

conjuntival se enchem de líquido e quando da cicatrização a câmara anterior nunca estará vazia. (Figs. 7 e 8).

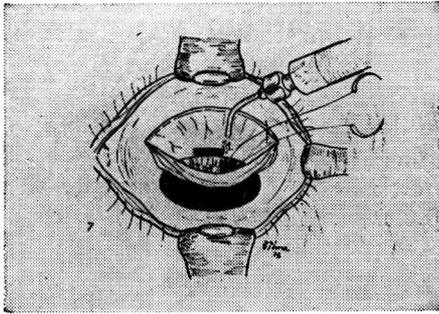


Fig. 7 — Lavagem da câmara anterior para provocar midríase e retirar o pigmento.

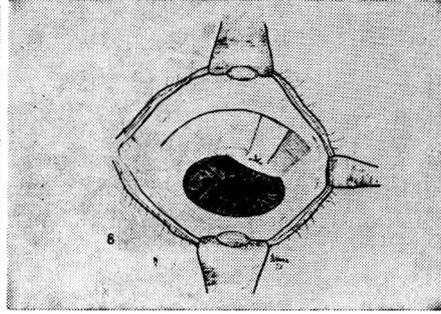


Fig. 8 — Iridectomia periférica. Reposição do retalho. Secção na porção externa da conjuntiva. Nodulação do ponto corneano.

e) Nas pessoas idosas, com conjuntiva muito delgada, e nas que sofreram intervenções anteriores, por mais cuidadoso seja o descolamento, mesmo usando gota de líquido sub-conjuntival prévia, sucede, às vezes, romper-se a conjuntiva junto ao limbo. É inexequível a fistulização neste setor, pois que não haverá cicatrização nem formação da ampola. Torna-se necessária a plástica conjuntival. O cirurgião deverá improvisar. Como o retalho ultrapassa o local da futura fístula de alguns milímetros, mas sem atingir o limbo, tem ele ali a possibilidade de mobilizá-lo e de suturá-lo à córnea com ponto duplo, mas sempre deixando a conjuntiva mais ou menos flácida para possibilitar a formação da cicatriz filtrante e da ampola. (Figs. 9-10).

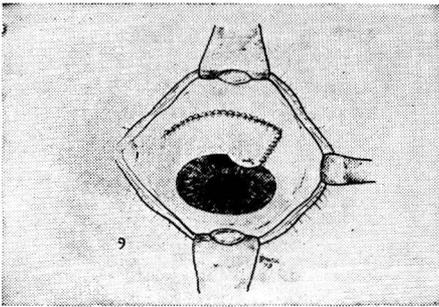


Fig. 9 — Chuleio do retalho conjuntival; com ponto central apanhando a inserção do R.S.

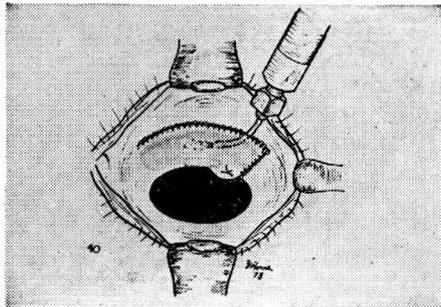


Fig. 10 — Injeção de soro debaixo do retalho e na câmara anterior.

f) As ampolas gigantes e os cistos pericorneanos são evitados facilmente. O retalho deve ser talhado com cuidado. Não atingir o limbo em

seus limites laterais e no centro dissecar de modo que a incisão paralela do Lagrange e do Foroni ou a circular do Elliot se localizem em 3/5 da esclera e 2/5 do limbo o que evitará a formação cística corneana. O desabamento da ampola não ocorrerá se houver o cuidado de transfixar a inserção do R.S. no momento do chuleio do retalho.

RESUMO

O A. divide os oftalmologistas em intervencionistas e não intervencionistas no tratamento do glaucoma mostrando que, via de regra, nos primeiros 10 anos da doença todos podem filiar-se aos não intervencionistas, dentro de determinadas condições: pressão redutível com drogas, doentes obedientes e facilmente observáveis. Fora destas condições todos devem ser intervencionistas antes que apareçam as deficiências visuais e campimétricas. Quanto ao tratamento cirúrgico o A. descreve detalhes técnicos para diminuir o bloqueio da fístula, a incidência de irites, de opacidades cristalínicas, para impedir a atalâmia, para refazer o retalho quando rompido, para evitar as ampolas gigantes, o desabamento do retalho conjuntival sobre a córnea e o aparecimento de cistos epicorneanos. Sugere não falar em glaucoma quando a pressão for obediente aos mióticos e não for muito elevada para não alarmar os pacientes. Às vezes o «glaucomatólogo é mais nocivo que o glaucoma», em fase que se poderá considerar como de pré-glaucoma.

SUMMARY

The A. divided the Ophthalmologists related to the glaucoma treatment, in two groups: those who do surgery precociously and those who don't, demonstrating that, frequently, at the first ten years of the disease, under special circumstances, all Ophthalmologists may have the expectant attitude.

These circumstances are: good control of intraocular pression by drugs, disciplined patients, frequent examinations. Besides these conditions, all Ophthalmologists must do surgery as soon as possible before visual and campimetric glaucomatous deficiencies appears.

The A. relates technical details in order to diminish; he relates also details to prevent atalâmia, to repair a ruptured conjunctival flap, to avoid great conjunctival ampullae, to impede the fall of the conjunctival flap above the cornea, and to avoid the appearance of epicorneal cysts.

When the intraocular pression is well controlled by miotics, or it is not very high, the A. advises the physician to avoid defining to the patient this situation using the name «glaucoma», in order not to frighten him. Sometimes «the glaucomatologista is more deleterious than the glaucoma», at the stage one may consider the condition as a pre-glaucoma.