

Coordenador: DR. JORGE ALBERTO FONSECA CALDEIRA

Prof. Titular de Oftalmologia

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ESSWEIN, M. B. & VON NOORDEN, G. K. - **Paresis of a vertical rectus muscle after cataract extraction.** *American Journal of Ophthalmology* 116: 424-430, 1993.

Resumo: Nove pacientes tiveram paresia permanente de um músculo reto vertical após extração de catarata. Procuramos determinar os fatores comuns associados com e sua contribuição em paresia de músculo vertical após extração de catarata. O programa de pesquisa incluiu uma investigação feita entre os cirurgiões de catarata que encaminharam os pacientes e anestesiologistas, com particular ênfase na técnica cirúrgica e anestésicos empregados, bem como história médica, exame e testes de laboratório pertinentes. Os pacientes foram submetidos a exame oftalmológico completo, incluindo teste do prisma-e-cover nas nove posições diagnósticas, teste das duções forçadas, velocidade sacádica e teste de geração de forças. Os resultados da pesquisa demonstraram não haver correlação entre as paresias e o uso de sutura de tração, injeção de antibiótico ou corticoide, doença sistêmica ou técnica cirúrgica. A anestesia peribulbar foi o achado mais encontrado em sete dos nove casos. Nos outros dois, uma injeção retrobulbar atípica foi dada. Baseados no local das injeções, tipo de agulha, bem como concentração e quantidade do anestésico utilizado, concluímos que paresias permanentes de um músculo reto vertical pode ser causadas por um efeito miotóxico do anestésico local.

MÜLLER, M.; KESSLER, C.; WESSEL, K.; MEHDORN, E. & KÖMPF, D. - **Low-tension glaucoma: A comparative study with retinal ischemic syndromes and anterior ischemic optic neuropathy.** *Ophthalmic Surgery* 24: 835-838, 1993.

Resumo: Em glaucoma de baixa pressão (GBP) admite-se que os defeitos em feixe de fibra são consequência de isquemia dos ramos coroídeos das artérias ciliares devida a alterações vasculares locais ou, presumivelmente doença arterial carotídea com oclusão hemodinâmica. Com o objetivo de estudar possível origem hemodinâmica do GBP, foram examinados e comparados, clinicamente e por ultra-som ("continuous-wave Doppler and duplex scanning") as artérias carótidas extracranianas de: 1) 21 pacientes (34 olhos) com GBP; 2) 48 pacientes (49 olhos) com síndromes isquêmicas retinianas (SIR); 3) 15 pacientes (17 olhos) com neuropatia óptica isquêmica anterior (NOIA). Estenose acentuada e oclusões das arté-

rias carótidas internas ipsilaterais aos olhos afetados foram significativamente mais frequentes em pacientes com SIR (17 em 49) do que em pacientes com GBP (2 em 34; $p < 0,01$ e pacientes com NOIA (zero em 17; $P < 0,01$). Em nosso relativamente pequeno grupo de pacientes com GBP não foi encontrada evidência que suporte uma origem hemodinâmica do GBP.

GAUDRIC, A.; FARDEAU, C.; GOBERVILLE, M.; COHEN, D.; PAQUES, M. & MIKOL, J. - **Ablation de la membrane limitante interne, déplissement maculaire et devenir visuel dans la chirurgie des membranes épimaculaires idiopathiques.** *Journal Français d' Ophthalmologie* 16: 571-576, 1993.

Resumo: As observações de 40 pacientes operados de membrana epimacular foram revistos com o objetivo de correlacionar o resultado anatômico e funcional da cirurgia com a presença ou ausência de limitante interna da retina, nos exames histológicos das membranas epimaculares removidas. Foram incluídos apenas olhos com membrana idiopática. Registrou-se a acuidade visual pré-operatória, bem como a acuidade 6 meses após a cirurgia. Foi feito um exame angiofluoresceinográfico antes da cirurgia e outro após a mesma, em todos os casos. A superfície do polo posterior foi medida antes da cirurgia e após a mesma através de imagens no computador. Através de exame histopatológico em microscopia óptica pesquisou-se a presença da limitante interna da retina. Em 28 olhos (Grupo 1) havia longos fragmentos da limitante interna da retina aderidos à membrana epimacular e em 12 casos (Grupo 2) não havia qualquer fragmento ou apenas pequenos fragmentos da limitante interna. A acuidade visual pós-operatória média dos dois grupos foi idêntica; 64% dos olhos do grupo 1 e 50% dos olhos do Grupo 2 obtiveram uma acuidade final superior ou igual a 0,5. A superfície do polo posterior aumentou 25% no Grupo 1 e somente 15% no grupo 2 ($p < 0,025$). A ablação da limitante interna da retina não impede uma recuperação visual ótima e garante melhor dissolução pós-operatória do pregueamento do polo posterior.

BOURQUE, L.B.; LYNN, M.J.; WARING III, G.O.; CARTWRIGHT, C. - **The prospective evaluation of radial keratotomy study group - spectacle and contact**

lens wearing six years after radial keratotomy in the prospective evaluation of radial keratotomy study.
Ophthalmology 101: 421-431, 1994.

Resumo: *I - Introdução:* Pacientes do "Prospective Evaluation of Radial Keratotomy (PERK) Study" afirmaram que a razão principal para se submeterem a ceratotomia radial (CR) era ver sem a dependência de lentes corretoras. Os autores avaliaram os padrões de uso de lentes 6 anos depois da cirurgia. *II - Métodos:* Dos 435 pacientes no "PERK Study" os autores avaliaram as respostas de 328 (75,4%) que decidiram ser submetidos a cirurgia em ambos os olhos, que completaram um questionário depois de 6 anos e dos quais foram obtidos acuidade visual e exame da refração sob cicloplegia. *III - Resultados:* 64% (106/167) dos pacientes com menos de 40 anos e 38% (64/161) dos pacientes com mais de 40 anos não usavam lentes para longe ou para perto. A proporção de tempo em que as lentes foram usadas aumentou com a idade para aqueles que usavam-nas apenas para trabalho de perto (de 18% antes dos 40 anos para 25% depois dos 40 anos) e diminuiu com a idade para aqueles que usavam-nas somente para longe (de 41% para 27%). Os autores examinaram a acuidade visual e o critério de erro de refração para os pacientes se libertarem do uso de lentes para longe. Dos 359 pacientes com acuidade visual de 20/20 ou melhor sem correção em um ou ambos os olhos, 77% (n=198) não usavam correção para longe, enquanto dos 53 pacientes com acuidade 20/25 a 20/40 em ambos os olhos ou no melhor olho, somente 34% (n=18) não usavam correção para longe. Dos 72 pacientes com um erro de refração de $\pm 0,50$ dioptria (D) em ambos os olhos, 85% (n = 61) não usavam correção para longe, enquanto 87 pacientes com $\pm 1,0$ D em ambos os olhos, somente 39% (n=34) não usavam correção para longe. Dos 328 pacientes, 60% (n=197) estavam muito satisfeitos com os resultados da cirurgia e a satisfação era primariamente previsível por haver uma acuidade visual de 20/20 ou melhor em ao menos um olho e não usar óculos para visão de longe. Antes da cirurgia, 57% dos pacientes revelaram preocupação a respeito de sua visão, e 47 restrições nas ati-

vidades por causa de seus olhos; estes números caíram para 31% e 9%, respectivamente, após 6 anos. Dos 328 pacientes, 74% (n=243) disseram que seus objetivos pré-operatórios foram completamente atingidos e 94% (n=308) disseram que se submeteriam a CR novamente. *IV - Conclusão:* O uso de acuidade visual não corrigida e um erro de refração residual de $\pm 1,00$ D foram insuficientes para avaliar a independência quanto aos óculos para longe. A capacidade para viver sem lentes aumentou substancialmente somente quando os pacientes tinham uma acuidade visual sem correção de 20/20 ou melhor em ao menos um olho e um erro de refração dentro de $\pm 0,50$ D.

DROSLUM, L.; DAVANGER, M. & HAASKJOLD, E. - Risk factors for an inflammatory response after extracapsular cataract extraction and posterior chamber IOL.
Acta Ophthalmologica 72: 21-26, 1994.

Resumo: Foram estudados os fatores de risco para o aparecimento de uma resposta inflamatória após extração extracapsular de catarata com implantação de lente intra-ocular de câmara posterior. Dos 1154 casos incluídos na pesquisa foi encontrada uma resposta inflamatória em 63 olhos (5,5%). A resposta inflamatória foi definida como um aumento do "flare" celular e/ou uma reação fibrinóide durante um seguimento de 4 meses. Treze dos 63 olhos (20,6%) apresentaram precipitados celulares e sinéquias posteriores foram vistas em 34 desses olhos (54,0%). Entre 10 fatores de risco imputáveis pré-operatórios e 10 per-operatórios, analisados segundo um modelo de regressão logística, 5 variáveis tinham uma insuficiência estatisticamente significativa quanto à probabilidade de desenvolvimento de inflamação pós-operatória: 1) Uveíte na história (p=0,0001); 2) Síndrome de pseudo-esfoliação (p=0,0224); 3) Impossibilidade de obter midríase adequada no início da cirurgia (p<0,0001); 4) problemas na implantação da lente intra-ocular (p=0,0111); e 5) Efusão de pigmento durante a cirurgia (p=0,0258).