

## RESUMO DOS MELHORES ARTIGOS DA BIBLIOGRAFIA OFTALMOLÓGICA

**Coordenador:** Dr. Jorge Alberto F. Caldeira

*Prof. Titular de Oftalmologia  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*

Hardesty, H.H. – **Management of intermittent exotropia.** *Binocular Vision* 5:145-152, 1990.

**RESUMO:** A frustração comum neste campo resulta de expectativas não realistas da cirurgia e tratamento inadequado das hipocorreções e das hipercorreções. A fusão é a chave de uma cura funcional permanente (interrupção de toda terapêutica suplementar, ausência de tropia em qualquer tempo e estereopsia). Cirurgia no momento adequado e tratamento suplementar pós-operatório, com prismas das hipo e hipercorreções, são responsáveis por uma cura funcional a longo prazo de 81%. A primeira cirurgia para todos os casos é retrocesso bilateral do reto lateral de 4 mm para 20 dioptrias prismáticas, de 6,5 mm para 40 dioptrias prismáticas de exotropia para longe. Isto é feito tão logo o diagnóstico seja confirmado e, especialmente, se o quadro é progressivo. Hipocorreções são tratadas assim que constatadas com prismas de base nasal de valor médio para o desvio de longe e perto. Se a cura com prismas não é obtida depois de seis meses, está indicada ressecção bilateral do reto medial. Hipercorreções são tratadas a partir da terceira semana de pós-operatório com oclusão constante do olho dominante ou oclusão alternada e correção da hipermetropia de 1,5 dioptria ou mais. Se um esodesvio persiste depois de três a quatro semanas, prescrevem-se prismas de base temporal de valor igual ou um pouco maior do que o esodesvio. Se após seis meses não for obtida a cura, estará indicado o retrocesso de ambos os retos mediais. Planejamento cuidadoso e seguimento pós-operatório constante são essenciais para um alto índice de cura.

Specht, C.S.; Mclean, I.W. & Biscot, B.W. – **Traumatic enucleation for posterior uveal melanoma.** *American Journal of Ophthalmology* 110: 518-521, 1990.

**RESUMO:** Artefato de mielina da cabeça do nervo óptico e hemorragia aguda dentro do tumor são dois aspectos de olhos enucleados por melanoma uveal posterior que podem servir de indicação de enucleação traumática e disseminação relacionada de células tumorais no momento da cirurgia. Artefato de mielina

ocorre quando o tecido do nervo óptico é esmagado e espremido para o interior do olho durante a enucleação. Hemorragia intralesional pode ocorrer durante a cirurgia e estar relacionada a flutuações da pressão intra-ocular. Revimos 519 casos de melanoma uveal posterior tratados por enucleação, entre 1950 e 1970. Sem conhecimento prévio de dados de seguimento, examinamos cortes histológicos para artefato de mielina, hemorragia intralesional, hemorragia subretiniana, célula tipo Callender, tamanho do tumor, necrose e invasão escleral ou orbitária. Artefato de mielina e hemorragia intralesional não foram fatores de risco prognóstico independentes. Estes achados não suportam ou refutam a hipótese de que trauma excessivo durante a enucleação resulta em pior prognóstico.

Forster, D.J.; Cano, M.R.; Green, R.L. & Rao, N.A. – **Echographic features of the Vogt-Koyanagi-Harada syndrome.** *Archives of Ophthalmology* 108: 1421-1426, 1990.

**RESUMO:** A Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada representa um aspecto de panuveíte bilateral com manifestações associadas no sistema nervoso central e pele. O diagnóstico é baseado em achados clínicos e angiográficos, mas alguns dos dados característicos podem estar ausentes ou ser de difícil visualização na presença de meios opacos. Com o uso de ecografia estandarizada (ecografia A estandarizada e ecografia B de contato) examinamos nove pacientes com meios transparentes e evidência clínica da síndrome.

Achados ecográficos consistentes incluem: 1) espessamento difuso da coróide posterior, com refletividade baixa ou média; 2) descolamento retiniano seroso localizado inferiormente ou no pólo posterior; 3) opacidades vítreas leves sem descolamento posterior do vítreo; 4) espessamento posterior da esclera e/ou da episclera. Melhora desses achados ocorreu com tratamento sistêmico por esteróide. A ecografia estandarizada deve ser considerada um recurso de diagnóstico importante nesta síndrome, especialmente quando a visualização do fundo é pobre ou quando o quadro clínico é atípico.

## RESUMO DOS MELHORES ARTIGOS DA BIBLIOGRAFIA OFTALMOLÓGICA

The Glaucoma Laser Trial Research Group – **The Glaucoma Laser Trial (GTL): 2. Results of argon laser trabeculoplasty versus topical medicines.** Ophthalmology 97: 1403-1413, 1990.

**RESUMO:** O “Glaucoma Laser Trial”, um ensaio clínico multicêntrico ao acaso, com 271 pacientes, foi planejado para verificar a eficácia e segurança da trabeculoplastia com laser de argônio como alternativa do tratamento com medicação tópica para controle da pressão intra-ocular (PIO). Os pacientes tinham glaucoma primário de ângulo aberto, recentemente diagnosticado e não tratado. Cada paciente tinha um olho tratado, inicialmente, ao acaso, com laser e outro, inicialmente, com maleato de timolol 0,5%. A medicação era iniciada ou modificada para qualquer olho, de acordo com o mesmo regime planejado, se a PIO não estivesse controlada. Ao longo de um seguimento de dois anos, os olhos tratados inicialmente com laser tinham média de PIO mais baixa que os tratados com medicação (1-2 mmHg); menos olhos com laser do que com medicação exigiram a prescrição simultânea de duas ou mais drogas para controlar a PIO ( $P < 0,001$ ). Depois de dois anos de seguimento, 44% dos olhos inicialmente tratados com laser foram controlados; 70% foram controlados por laser ou laser e timolol e 89% o foram com o regime planejado de medicação. Depois de dois anos, 30% dos olhos inicialmente tratados com medicação permaneciam controlados com timolol e 66% controlados com o regime planejado de medicação. Não houve grandes diferenças entre os dois tratamentos propostos no que diz respeito a modificações na acuidade visual ou no campo visual, durante os dois anos de seguimento.

Dark, A.J. & Streeten, B.W. – **Precapsular film on the aging human lens: precursor of pseudoexfoliation?** British Journal of Ophthalmology 74: 717-722, 1990.

**RESUMO:** Em muitos pacientes idosos observamos uma tênue camada de opacificação da cápsula anterior do cristalino, aparecendo biocrossopicamente como um filme vítreo. Este filme pré-capsular podia ser uniforme, mas freqüentemente tinha linhas acinzentadas, radiadas, na zona central, buracos na região paracentral e ocasionalmente enrolada em fios. Material capsular do cristalino obtido após a extração de catarata foi estudado em pacientes com e sem filme. Por biomicroscopia eletrônica “scanning” o filme apareceu como camada fibrilar, incompleta, friável, enrolada nas margens, sugerindo fraca aderência. Ultra-estruturalmente suas fibrilas componentes tinham de 3 a 6 mm de diâmetro e eram parecidas com fibrilas mais finas do material de pseudo-esfoliação. Semelhantemente a este material a camada corou para proteína de microfibrila elástica e fibrilina, em um cristalino com estriações radiadas. Estas semelhanças sugerem que as duas condições têm alguma relação e que o filme pré-capsular pode ser um precursor do material de pseudo-esfoliação. O encontro de placas de rede fibrilar em alguns pacientes-controle significa que o filme pré-capsular é comum em pacientes em idade de ter catarata, embora raramente diagnosticado clinicamente.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA  
CGC 48.939.260/0001-18