

Coordenador: Dr. Jorge Alberto F. Caldeira

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

Baun, O.; Moller, B. & Kessing, S.V. – **Evaluation of the retinal nerve fiber layer in early glaucoma. Physiological and pathological findings.** *Acta Ophthalmologica* 68: 669-673, 1990.

RESUMO: Neste estudo de avaliação da camada de fibras nervosas retinianas no glaucoma incipiente foi investigado se o maior calibre de veia da retina pode ser usado como parâmetro para distinguir achados fisiológicos de defeitos patológicos iniciais. Foram fotografados 7 (sete) olhos-controle normais e 23 (vinte e três) olhos glaucomatosos com pequenos defeitos relativos ao campímetro "Octopus" (> 10 e < 20 db).

No grupo-controle 3 (três) olhos não tinham perda na camada de fibras nervosas retinianas e 4 (quatro) olhos tinham defeitos localizados < 1 (um) calibre da veia. No grupo de glaucomatosos 1 (um) olho tinha um defeito localizado < 1 (um) calibre da veia, 7 (sete) olhos tinham defeitos localizados ≥ 1 (um) calibre da veia e 12 (doze) olhos tinham defeitos difusos. Com base no presente estudo parece razoável definir pequenos defeitos localizados como patológicos se em qualquer ponto eles são ≥ 1 (um) calibre da veia. De acordo com esta definição, nossa pesquisa mostrou uma especificidade de 100% e uma sensibilidade de 95%, o que significa que o método pode ser usado como um parâmetro extra no diagnóstico do glaucoma incipiente.

Mieler, W.F.; Ellis M.K.; Williams, D.F. & Han, D.P. – **Retained intraocular foreign bodies and endophthalmitis.** *Ophthalmology* 97: 1532-1538, 1990.

RESUMO: Corpos estranhos intra-oculares retidos estão associados à endoftalmite em aproximadamente 7 a 13% dos casos. A importância da remoção cirúrgica imediata do corpo estranho, juntamente com o uso de antibióticos no vítreo, na redução das cifras acima não está definida. Os casos de corpos estranhos retidos, diagnosticados no Colégio Médico de Wisconsin entre julho de 1986 e junho de 1989, foram revistos. Vinte e sete casos foram avaliados e tratados cirurgicamente. Nenhum dos 27 casos apresentou-se com ou desenvol-

veu sinais clínicos de endoftalmite; contudo, culturas para bactérias do material intra-ocular removido foram positivas em sete casos (corpo estranho em cinco casos, humor aquoso em um caso e corpo vítreo em um caso). Todos os casos diagnosticados dentro de 24 horas do traumatismo foram operados imediatamente (média de 4 1/2 horas depois do exame). Dos sete casos com culturas positivas, todos foram submetidos à vitrectomia via "pars plana" e remoção do corpo estranho e três destes olhos receberam antibióticos no vítreo durante a cirurgia em virtude do alto risco de infecção. Em dois destes olhos a cultura revelou *Bacillus sp.* Todos os olhos receberam antibióticos sob a conjuntiva e usaram no pós-operatório antibióticos por via tópica e sistêmica. Nenhum dos olhos desenvolveu sinais de infecção, mesmo aqueles com culturas positivas. Todos os sete olhos mantiveram uma excelente acuidade visual de 20/70 ou melhor, depois de um seguimento médio de 10 meses. O seguimento estendeu-se de um a 31 meses. Intervenção cirúrgica imediata, uso de antibióticos no vítreo em traumatismo de alto risco e o uso possível de vitrectomia podem reduzir a incidência e a gravidade de endoftalmite.

Baker, R.S. & Epstein, A.D. – **Ocular motor abnormalities from head trauma.** *Survey of Ophthalmology* 35: 245-267, 1991.

RESUMO: Traumatismos da cabeça são responsáveis pela hospitalização de 200-300 pessoas por 100.000 habitantes anualmente. Os oftalmologistas encarregam-se do diagnóstico e terapêutica de pacientes com trauma do olho, nervo óptico, órbita e aparelho motor ocular. Os movimentos oculares podem ser comprometidos por trauma em qualquer nível desde o sistema nervoso central até a unidade motora periférica. Avaliação motora ocular abrangente do paciente traumatizado pode contribuir substancialmente para a compreensão do tipo de traumatismo, sua recuperação e sua reabilitação. Esta revisão considera todos os aspectos de traumas da cabeça que podem levar a perturbações da motilidade ocular.

O roteiro do trabalho é o seguinte: I – Epidemiolo-

RESUMO DOS MELHORES ARTIGOS DA BIBLIOGRAFIA OFTALMOLÓGICA

gia. II – Técnicas diagnósticas. A) Duções, versões e vergências. B) Perturbações do olhar voluntário. C) Medida do deslocamento do olho. D) Duções forçadas. E) Geração de forças. F) Teste das três fases. G) Teste do vidro vermelho. H) Reflexo vestibulo-ocular. I) Estudo por imagens. III – Mecanismos de trauma cerebral. A) Traumas por contato. B) Traumas por aceleração. IV – Categorias clínicas. A) Trauma de partes moles. B) Fratura da órbita. C) Trauma de nervos cranianos. D) Trauma do tronco do encéfalo. E) Lesão cerebral. V – Sumário.

Sparrow, J.M.; Bron, A.J.; Brown, N.A.P. & Neil, H.A.W. – **Biometry of the crystalline lens in early-onset diabetes.** *British Journal of Ophthalmology* 74: 654-660, 1990.

RESUMO: Foi feita biometria do cristalino não opacificado através de fotografia "Scheimpflug" e análise digital de imagem em 153 pacientes com diabetes insulino-dependente de aparecimento precoce e em 153 controles não-diabéticos. Foram determinadas a espessura ântero-pósterior axial do cristalino, a espessura da cortical, a espessura do núcleo, as curvaturas anterior e posterior do cristalino e a profundidade da câmara anterior. Depois de tomar em consideração o efeito da idade no subgrupo diabético, a duração do diabetes foi altamente significativa na determinação das dimensões do cristalino, de modo que as alterações dimensionais

ligadas à idade para vários parâmetros biométricos foram aceleradas entre 52% e 121% depois do aparecimento do diabetes. Como a duração do diabetes nos pacientes com doença de aparecimento precoce desta pesquisa era bem conhecida, este trabalho é o primeiro em que uma determinação precisa do efeito da duração do diabetes na biometria do cristalino foi possível.

Gottlob, I.; Catalano, R.A. & Reinecke, R.D. – **Surgical management of oculomotor nerve palsy.** *American Journal of Ophthalmology* 111: 71-76, 1991.

RESUMO: Sete pacientes com paralisia unilateral do nervo oculomotor foram tratados com transposição da inserção do tendão do oblíquo superior para um ponto anterior e medial à inserção do músculo reto superior, sem trocleotomia (procedimento do Scott). A par disto, grandes retrocessos do músculo reto lateral do olho acometido e, ocasionalmente, retrocesso-resseção dos músculos retos horizontais do outro olho foram feitos.

Todos os pacientes foram seguidos por um período de um a oito anos. Em quatro pacientes foi obtida ortoforia na posição primária, que se manteve com uma operação. O quinto paciente tinha uma pequena exotropia residual. Em dois pacientes, com regeneração aberrante do nervo oculomotor, cirurgia dos músculos retos horizontais do olho não acometido melhorou a posição da pálpebra do olho afetado, depois de três operações.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA
CGC 49.030.250/0001-19