

nutricional, os fios empregados e o uso de esteróides.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BERGER, B. B. & EMERY, J. M. — The lens, cataract, and its management. In Principles and Practice of Ophthalmology. Vol. 1. Peyman, G. A. Sanders, D. R., Goldberg, M. F. eds. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1980, p. 489-632.
2. BLAYDES, J. E. — An evaluation of 8-0 polyglactin 910 synthetic absorbable suture in cataract surgery. Ophthalmic surg. 7: 55, 1978.
3. EVE, F. R. & TROUTMAN, R. C. — Placement of sutures used in corneal incisions. Am. J. Ophthalmol., 82: 786, 1976.
4. KRONENTHAL, R. L. — Intraocular degradation of nonabsorbable sutures. Am. Intraoc. Implant Soc. J., 3: 222, 1977.
5. LUNTZ, M. H. & LIVINGSTON, D. G. — Astigmatism in cataract surgery. Brit. J. Ophthalmol., 61: 360, 1977.
6. SALTHOUSE, T. N.; MTLIGA, B. F.; WYKOFF, M. H. — Comparative tissue response to six suture materials in rabbit cornea, sclera and ocular muscle. Am. J. Ophthalmol., 84: 224, 1977.
7. SHAHINIAN, L. & BROWN, S. I. — Postoperative complications with protruding monofilament nylon sutures. Am. J. Ophthalmol., 83: 543, 1977.
8. WORST, J. G. F. — Iris sutures for artificial lens fixation: Perlon vs. stainless steel. Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol., 81: 102, 1976.

## Manipulação da íris na extração infracapsular da catarata

Yoshitaka Nakashima \*

A iridectomia foi proposta por Albert Mooren, em 1862 (apud Duke-Elder<sup>2</sup>, 1969), para evitar prolapso da íris, e em 1885 Baidard (apud Duke-Elder<sup>2</sup>, 1969) propunha a iridectomia periférica com vantagens ópticas e cosméticas.

A cirurgia da íris na facectomia intracapsular tem como finalidades (Barraquer<sup>1</sup>, 1964; Frayer<sup>5</sup>, 1979):

1. Facilitar a extração do Cristalino.
2. Estabelecer uma comunicação entre as Câmaras Anterior e Posterior, para evitar prolapso e hérnia de íris e bloqueio pupilar.

#### Classificação:

- A. Iridectomia:
  - a) periférica ou basal;
  - b) setor, radial ou total.
- B. Iridotomia:
  - a) periférica ou basal;
  - b) radial total;
  - c) radial parcial ou esfínterectomia.
- C. Iridodiálise.

A indicação do tipo de cirurgia depende muito da preferência de cada cirurgião (Barraquer<sup>1</sup>, 1964), alguns autores acham até desnecessária (Jaffe<sup>6</sup>, 1981), mas de um modo geral, usam a iridectomia em setor para cirurgia de catarata complicada, miopse resistente à medicação, quando necessário o exame da periferia da Retina e em casos de perda vítrea (Kirby<sup>7</sup>, 1950).

A iridectomia periférica, por não deformar a pupila, permitiria uma ação mais efetiva de mióticos, daria proteção contra hérnia de Vítrea, e traria menos fotofobia.

A iridotomia periférica teria as mesmas vantagens da iridectomia periférica, sendo ainda menos mutilante.

A iridotomia radial pode ser usada em caso de rigidez pupilar ou ser associada a iridectomia em setor, para facilitar a extração do Cristalino, ou nos casos de perda Vítrea ou iridociclite crônica.

A iridodiálise é um substituto para as iridectomia ou iridotomia periférica, praticamente não é usada.

#### TÉCNICA CIRÚRGICA

Chamamos a atenção a três aspectos em relação a cirurgia da íris:

1. Utilizar pinça de íris sem dentes para evitar atrofia de íris e tesouras de ponta romba para evitar traumatismo do Epitélio Corneano ou da Cápsula do Cristalino (Eisner<sup>3</sup>, 1980).
2. Outro aspecto peculiar é a pequena hemorragia que pode aparecer quando a íris é cortada, isto é atribuído à elasticidade do estroma e à peculiar estrutura em dupla parede de seus vasos (Barraquer<sup>1</sup>, 1964). Evita-se o sangramento afastando-se da raiz da íris. Se ocorrer hemorragia da íris, ela pode ser controlada com irrigação, com solução salina balanceada, injeção de Ar na Câmara Anterior, o uso de Adrenalina, raramente é necessária a cauterização (Fasanella<sup>4</sup>, 1963).
3. O cirurgião deverá estar familiarizado com a grande mobilidade da íris, pois ela é facilmente deformada e deslocada quando manuseada.

\* Médico Assistente da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

## Iridectomia periférica

Tracionando-se a Iris com uma pinça, cria-se uma pirâmide de tecido iriano, o grau e a direção desta tração determinarão a tensão da Iris e a sua seccionabilidade, assim o cirurgião, juntamente com a inclinação das lâminas da tesoura em relação a esta pirâmide poderá controlar o local, a forma e o tamanho da iridectomia.

## Iridectomia total

Poderá ser feita com apenas um golpe de tesoura com a pinça prendendo a Iris mais próxima da borda pupilar: neste caso a iridectomia ficará com formato arredondado. A iridectomia poderá ser feita em três tempos: prende-se a Iris na margem pupilar com uma pinça, faz-se dois cortes radiais e um terceiro seccionando a Iris paralelamente à base, obtendo assim a chamada iridectomia em "buraco de fechadura", onde as margens ficarão mais retas.

## Iridotomia radial

Introduz-se um dos ramos da tesoura através da pupila, na profundidade desejada e efetua-se a secção, sem necessidade do auxílio de pinça.

## Iridotomia periférica

Prende-se a Iris próximo à sua base e secciona-se paralelamente à sua inserção.

## Iridodiálise

Prende-se a Iris na sua base com uma pinça, traciona-se até conseguir a sua desinserção.

## Reposição de Iris (Eisner<sup>3</sup>, 1980):

Se a reposição da Iris não ocorre espontaneamente, deve-se eliminar todas as resistências e auxiliar o seu posicionamento correto.

Na iridectomia periférica, o posicionamento da Iris é indicado por um pequeno

achatamento da pupila na região da iridectomia. Haverá encarceramento se a pupila se mantiver redonda ou com abaulamento em direção à iridectomia.

Na iridectomia setorial, a reposição é dada pela pupila centrada, pelas margens pupilares equidistantes da base, os lados da iridectomia são de iguais larguras e os cantos estão bem formados. Haverá encarceramento unilateral se a margem pupilar estiver deslocada para cima sem uma nítida angulação. Se a margem pupilar estiver voltada para a incisão e a iridectomia não tem nítida angulação há o encarceramento bilateral.

A resistência para reposição espontânea da Iris pode ser diminuída por:

1. Preenchimento da Câmara Anterior com líquido
2. Uso de mióticos
3. Abrir ligeiramente a incisão
4. Uso de instrumento para forçar a Iris: a espátula de Iris deve ser movimentada centripetamente, do local do encarceramento em direção à pupila.

A falha destas manobras implica na presença de outras complicações, tais como hífera, encarceramento de Cápsula do Cristalino ou do Vítreo, e a sua correção consiste no tratamento das estruturas envolvidas.

## BIBLIOGRAFIA

1. BARRAQUER, J. & RUTLLAN, J. — *Cirurgia del Segmento Anterior del Ojo*. Barcelona, 225-240, 1964.
2. DUKE-ELDER, S. — *System of Ophthalmology. Disease of the Lens, Vitreous, Glaucoma and Hypotony*. Vol. XI: 248-263, 1969. Saint Louis, Mosby.
3. EISNER, G. — *Eye Surgery*, 129-145, 1980. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
4. FASANELLA, R. M. — *Modern Advances in Cataract Surgery*. 39-51, 1963. J.B. Lippincott Company. Philadelphia and Montreal.
5. FRAYER, W. C. & SCHEIE, H. G. — *Cataract Surgery*. Chap. 7, Vol. 5, *Clinical Ophthalmology*, Ed. Thomas D. Duane, Harper & Row, Publishers, 1979.
6. JAFFE, N. S. — *Cataract Surgery and its Complications*. The C.V. Mosby Company. Saint Louis — Toronto — London, 1981.
7. KIRBY, D. B. — *Surgery of Cataract*. 442-446, 1950. J.B. Lippincott Company. Philadelphia.

## Crioextração do cristalino

Walter Takahashi\*

## Crioextração do cristalino

A idéia original de crioextração foi publicado por Krwawicz<sup>3</sup>, seguido por Kelman e

Cooper<sup>2</sup>. Sudarsky apresentou um instrumento para crioextração de catarata com uso de freon líquido, no Congresso de Aca-

\* Médico Assistente da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.