

Iridectomia no glaucoma agudo primário

Resultados cirúrgicos

Remo Susanna Jr. *, Roberto Freire Santiago Malta *

Atualmente a iridectomia é considerada como a cirurgia inicial de escolha para o tratamento do glaucoma agudo primário (1, 2), tendo em vista a simplicidade do ato e as raras complicações cirúrgicas que dela possam advir.

Contudo, a persistência de pressão intraocular elevada mesmo após a realização desta cirurgia não é infrequente (glaucoma residual) (3), o que levou alguns autores a propor como cirurgia inicial, a trabeculectomia (4).

Com o objetivo de se verificar a existência de possíveis parâmetros predictivos quanto a evolução da pressão no pós-operatório, idealizou-se o presente trabalho.

PACIENTES E MÉTODOS

Vinte e três pacientes (25 olhos) foram selecionados da clínica de glaucoma do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Estes pacientes apresentavam crise de glaucoma agudo primário tendo sido submetidos a iridectomia (periférica ou setorial). Eles preencheram o pré requisito de terem tido um período de seguimento pós operatório igual ou superior a 3 meses. Em nenhum dos pacientes houve complicações durante o ato operatório, tendo a cirurgia ocorrido sem anormalidades.

A idade dos pacientes variou entre 36-72 anos (média 54,2 anos) sendo 6 do sexo masculino e 17 do sexo feminino.

Correlacionou-se o tempo de duração da crise de glaucoma agudo, os valores iniciais de pressão intraocular, presença ou não de atrofia setorial de íris e glaukomflecken com o sucesso ou insucesso cirúrgico.

Três pacientes (3 olhos) não apresentavam referências quanto ao valor da pressão intraocular no momento da crise e de duração da mesma, motivo pelo qual não foram incluídos no estudo respectivo.

Considerou-se sucesso cirúrgico quando a pressão intraocular no pós operatório não foi superior a 22 mmHg. Sucesso com medicação quando necessitou-se do uso de Pilocarpina 2% para se manter a pressão intraocular inferior ou igual a estes valores e insucesso quando mesmo com esta medicação a pressão foi igual ou superior a 23 mmHg. O tempo de seguimento variou de 3 meses a 2 anos (média 8 meses).

RESULTADOS

Dos 26 olhos operados, 15 (62,5%) tiveram suas pressões intra oculares reduzidas a valores iguais ou inferiores a 22 mmHg., 7 (29,1%) necessitaram do uso de miótico (Pilocarpina 2%) e 3 (8,4%) mesmo com o uso da Pilocarpina 2% apresentaram pressões intra oculares superiores a 22 mmHg.

Os resultados da correlação da duração da crise, valor inicial da pressão intraocular e a presença ou não de atrofia setorial de íris e glaukomflecken com o sucesso ou insucesso cirúrgico e medicamentoso, encontram-se nas tabelas I, II e III respectivamente.

DISCUSSÃO

A persistência de pressões intra oculares elevadas em pacientes iridectomizados, pode levar a consequências desastrosas mormente em nosso meio onde o baixo padrão sócio-econômico e cultural dificultam tanto a aquisição de medicamento como o acesso aos postos de atendimento.

TABELA I
Duração dos sintomas e subsequente controle da pressão intraocular

Tempo de crise	sucesso n.º olhos	sucesso c/ medicação n.º olhos	insucesso n.º olhos	total n.º olhos
≤ 7 dias	9	4	1	14
8-14 dias	4	—	—	4
> 14 dias	1	2	1	4
total	14	6	2	22

* Médicos assistentes do departamento de oftalmologia e otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da FMUSP.

TABELA II
Pressão intra ocular durante a crise e subsequente controle

Pressão intra ocular	sucesso n.º olhos	sucesso c/ medicação n.º olhos	insucesso n.º olhos	total n.º olhos
40-50	7	4	1	12
51-60	2	1	—	3
61-70	4	1	—	5
> 70	1	—	1	2
total	14	6	2	22

TABELA III
Presença ou não de atrofia setorial de íris e glaukomflecken e subsequente controle

	sucesso n.º olhos	sucesso c/ medicação n.º olhos	insucesso n.º olhos	total n.º olhos
s/atrofia de íris e ou glaukomflecken	9	2	—	11
c/atrofia de íris e ou glaukomflecken	6	5	3	14
total	15	7	3	25

O presente estudo vem confirmar a eficácia da iridectomia no tratamento ao glaucoma agudo.

62,5% dos olhos apresentaram pressões intra oculares ≤ 22 mmHg somente com a iridectomia e 91,6% dos olhos apresentaram estes níveis de pressão quando associou-se Pilocarpina 2% após a cirurgia.

Seria contudo de grande importância, principalmente em nosso meio, se dispuséssemos de parâmetros predictivos que nos orientassem se um dado paciente necessitaria de complementação com tratamento miótico ou mesmo uma eventual cirurgia filtrante após uma iridectomia inicial.

Acredita-se que a melhor forma de se avaliar pré-operatoriamente estes pacientes, seja através da extensão das goniossinéquias mediante gonioscopia de identação (5) ou gonioscopia cirúrgica (6). Estes métodos são pouco usados em nosso meio e para alguns, não só esta correlação não é absoluta como também não é confiável (1).

Os resultados do presente trabalho evidenciam a dificuldade de se prognosticar os resultados pós-operatórios baseados na duração da crise ou intensidade da pressão intra ocular durante a mesma (tabelas I e II).

Estes resultados concordam com os observados na literatura (1,7).

Observando-se a tabela III nota-se que apenas 42,8% dos olhos que apresentavam glaukomflecken e, ou atrofia de íris, tiveram sucesso unicamente com a iridectomia, enquanto 81,8% dos olhos sem estas alterações apresentaram pressões inferiores ou iguais a 22 mm Hg unicamente com a cirurgia. Esta diferença é estatisticamente significante ($\chi^2 4.9$ p < 0,05).

Resultado semelhante pode ser obtido (embora não analisado sob este aspecto) no estudo realizado por Play fair (1).

Neste estudo 57% dos pacientes com atrofia de íris e 66,6% dos pacientes com glaukomflecken apresentaram insucesso unicamente com a iridectomia, em contrastes com a grupo total (nos quais estes insucessos também são computados, que foi de apenas 28%).

Tanto a duração da crise e o valor da pressão intraocular no momento da mesma, são parâmetros bastante falhos (7). O primeiro depende da distância que o paciente se encontra do posto de atendimento, da intensidade dos sintomas e da motivação do paciente, não sendo raro o atendimento ocorrer após 7 dias do início da sintomatologia (tabela I).

A pressão intra ocular por sua vez, além de depender dos fatores acima mencionados, poderá estar muito mais baixa no momento do atendimento (embora o paciente ainda em crise) em decorrência da hipossecrção do corpo ciliar que ocorre nestes casos.

Desta forma, os sinais objetivos, vale dizer glaukomflecken e atrofia setorial de íris, consequências que são da agressão que o segmento anterior do olho foi submetido não só exprimiam a intensidade da crise para aquele olho (inclue-se nisto o conceito de susceptibilidade individual aos fatores de agressão) como também expressariam o dano trabecular quer diretamente pelos possíveis efeitos deletérios da pressão intraocular sobre esta estrutura, quer pela formação de goniossinéquias decorrentes da juxta posição da íris inflamada ao trabeculado.

Os resultados do presente trabalho suportam esta hipótese.

RESUMO

25 olhos de 23 indivíduos foram estudados por um período de tempo de 3-24 meses (média 8 meses) por terem sido submetidos a iridectomia após crise de glaucoma agudo.

Possíveis parâmetros predictivos em relação ao sucesso da iridectomia, como a duração da crise, o valor da pressão intra ocular durante a crise e a presença ou ausência de glaukomflecken e atrofia de iris, foram analisados.

62,5% dos olhos e 91,6% dos olhos tiveram sucesso cirúrgico respectivamente (pressão intra ocular 22 mmHg durante o período de seguimento) somente com a cirurgia e com o uso de Pilocarpina 2% após a mesma.

Não foi possível se determinar nenhuma correlação entre a duração da crise ou os níveis de pressão intra ocular durante a mesma com o sucesso ou insucesso cirúrgico. Contudo, apenas 42,8% dos olhos com atrofia setorial de iris, e ou glaukomflecken apresentaram após a iridectomia pressões intra oculares sem medicação iguais ou inferiores a 22 mmHg em contraste com 81,8% do grupo sem estas alterações (diferença estatisticamente significante $\chi^2 = 4,9$ $p < 0,05$).

SUMMARY

Iridectomy as a initial procedure was performed in 25 eyes (23 patients) after an acute attack of angle closure glaucoma.

Peripheral iridectomy for primary acute angle closure glaucoma controlled the condition (IOP 22 mmHg) without any need for further medical therapy in 62,5% of eyes. Additional was success ful in a further 29,1% of cases.

It was impossible to predict from preoperative criteria including duration of symptoms and intra ocular tensions during the acute attack which patient would be left with a residual raised pressure and need further medical and, or surgical therapy.

There was a statistical significant difference between those patients with atrophy of the iris and glaukomflecken, and those patients without these features.

The iridectomy alone was success ful in 42,8% of the former and in 81,8% in the later ($\chi^2 = 4,9$ $p < 0,05$).

BIBLIOGRAFIA

1. PLAY FAIR, T. J. & WATSON, P. G. — Management of acute primary angle closure glaucoma. A long term follow-up of the results of peripheral iridectomy used as an initial procedure. *Brit. J. Ophthalmol.* 63: 17, 1979.
2. KRUPIN, T.; MITCHELL, K. B.; JOHNSON, M. F. & BECKER, B. — The long term effects of iridectomy for primary acute angle closure glaucoma. *Am. J. Ophthalmol.* 86: 506, 1978.
3. FORBES, M. & BECKER, B. — Iridectomy in advanced angle closure glaucoma. *Am. J. Ophthalmol.* 57: 57, 1964.
4. WILSON, P. — Trabeculectomy: Long term follow-up. *Brit. J. Ophthalmol.* 61: 535, 1977.
5. FORBES, M. — Indentation gonioscopy and efficiency of iridectomy in angle closure glaucoma. *Transactions of the Amer. Ophthalmological Society* 72: 488, 1974.
6. SHAFFER, R. N. — Operating room gonioscopy in angle closure glaucoma surgery. *Transactions of the Amer. Ophthalmological Society* 55: 59, 1957.
7. SUSANNA Jr., R.; BONANOMI, M. T. B. C.; MALTA, R. F. S. & SUNAGA, A. H. — Alterações isquêmicas e necróticas no glaucoma agudo primário. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia* (em publicação).