

Ciclodiatermia anterior sub-escleral no glaucoma neovascular

Remo Susanna Junior *, Walter Y. Takahashi *, Alcides Hirai ** e Alexandre T. Almada **

O glaucoma neovascular constitui um desafio ao oftalmologista que frequentemente se vê diante da necessidade de remover o globo ocular, face aos fracassos do tratamento médico e cirúrgico que se dispõe atualmente. A cirurgia é extremamente desfigurante, apesar do aperfeiçoamento das próteses oculares e das técnicas cirúrgicas empregadas, ocasionando frequentemente problemas psicológicos graves.

A conduta estabelecida de que um olho doloroso sem visão deva ser removido, não implica de forma alguma, que todos os esforços não devam ser utilizados no sentido de manter a integridade física e psicológica do paciente, na qual a manutenção do globo ocular mesmo que cego, mas cosmeticamente aceitável é de grande importância.

Em recente publicação (1) apresentamos, em nota prévia, cirurgia com a qual propúnhamos reduzir a pressão intra-ocular e aumentar o conforto ocular de pacientes portadores de glaucoma neovascular. Os resultados referentes à pressão intraocular mostraram-se desencorajadores, embora a sintomatologia dolorosa houvesse desaparecido na grande maioria dos pacientes.

No mesmo trabalho observamos que uma cirurgia mais simples, a ciclodiatermia anterior sub-escleral mostrava resultados semelhantes à diatermotrabeculectomia sub-escleral.

A presente comunicação tem como objetivo avaliar os resultados de 15 (quinze) pacientes operados por esta técnica cirúrgica.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram selecionados retrospectivamente 15 (quinze) pacientes, por terem sido submetidos a ciclodiatermia anterior sub-escleral há pelo menos 8 (oito) meses.

Todos apresentavam antes da cirurgia fundo de olho visível, com diagnóstico de trombose da veia central ou retinopatia diabética e com indicação de enucleação por se tratarem de olhos sem percepção luminosa e com intensa sintomatologia dolorosa.

O tempo de seguimento foi de 18,5 meses com uma mediana de 17 meses.

A cirurgia consiste dos seguintes tempos cirúrgicos:

- 1) Anestesia retrobulbar com 2 ml de xilocaína 2% sem adrenalina;
- 2) Fixação mm reto superior com seda 4 zeros (foto 1);



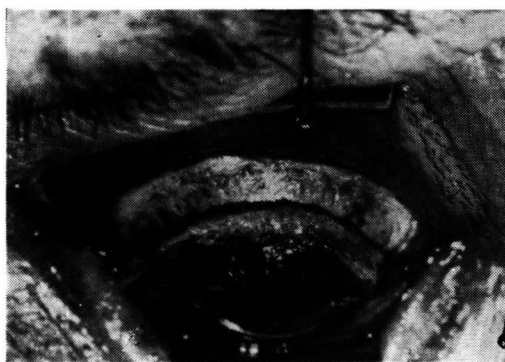
- 3) Confecção de retalho conjuntival superior, base limbica de 180.º de extensão e 7 mm de largura (foto 2);



- 4) Retalho escleral, também base limbica de 5 mm de largura e extensão de 180.º (foto 3).

* Médico Assistente do departamento de oftalmologia do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P. — Serviço Prof. Dr. Paulo Braga Magalhães.

** Médico do departamento de oftalmologia e otorrinolaringologia da Escola Paulista de Medicina.



- 5) Diatermia do leito escleral com aparelho MIRA e intensidade de 25U e duração de 1" (um segundo) (fotos 4 e 5);
- 6) Sutura do retalho escleral com seda 8 zeros, pontos separados;
- 7) Sutura do retalho conjuntival com catgut simples 6 zeros, pontos contínuos;
- 8) Injeção sub-conjuntival de dexametasona de depósito 0,5 ml.

Pós-operatório com atropina 1%, dexametasona e cloranfenicol colírios, três vezes ao dia por mais ou menos dois meses (conforme a intensidade do processo inflamatório).

DISCUSSÃO

Resultados encontram-se na tabela I:

TABELA I
RESULTADOS
CICLODIATERMIA ANTERIOR SUB-ESCLERAL

N.º de olhos	15
Seguimento maior 1 ano	13
PIO menor ou igual a 25 e maior ou igual a 10 mmHg	5 (33,3%)
PIO menor que 10 mmHg	2 (13,3%)
Phthisis bulbi	3 (20,0%)
Dor	2 (13,3%)
Necrose segmento anterior	0

A variabilidade dos resultados pressóricos pode ter decorrido do número, duração, localização e intensidade das aplicações, bem como o da espessura escleral no local da diatermia. Mas, provavelmente, o fator mais importante é a variação individual do suprimento sanguíneo uveal.

O tempo de seguimento é um fator importantíssimo na avaliação dos resultados quando se trata de cirurgias que têm como base a isquemia produzida no corpo ciliar (1) (2) o que provavelmente explica os resultados menos alentadores desta cirurgia quando comparados os resultados com os da ciclocrioculação apresentados por outros autores, com tempo de seguimento menor (3) (4) (5).

Em trabalho recentemente publicado, com período de seguimento semelhante ao por nós apresentado (2), não se verificaram diferenças significativas dos resultados referentes à pressão intra-ocular, percentagem dos casos que evoluíram para phthisis bulbi e dos que permaneceram com a sintomatologia dolorosa.

Contudo, com a ciclodiatomia sub-escleral anterior, o pós-operatório imediato mostrava-se mais calmo e em nenhum dos casos houve necrose do segmento anterior, provavelmente em decorrência da preservação dos 2/3 superficiais de esclera delaminada durante a diatermia, bem como a necessidade de se utilizar menos intensidade de energia, visto que esta é feita em leito extremamente fino de esclera (1/3 da espessura escleral).

O desaparecimento da sintomatologia dolorosa em 86,7% dos pacientes mantendo um olho indolor e cosmeticamente aceitável, coloca a indicação desta cirurgia nos casos em que se possa afastar seguramente massa tumoral intra-ocular, quer através da oftalmoscopia, quer através da ecografia em olhos com glaucoma neovascular e dolorosos.

Devemos lembrar contudo, devido à frequência e severidade das complicações pós-operatórias encontradas nas cirurgias isquemiantes do corpo ciliar, que a indicação das mesmas em olhos com visão em potencial, deve ser cuidadosamente avaliada.

A tabela II mostra o estudo comparativo entre a ciclocriocogulação e a diatermocoagulação no glaucoma neovascular.

TABELA II
ESTUDO COMPARATIVO
CICLOCRIOCOAGULAÇÃO X DIATERMOCOAGULAÇÃO NO GLAUCOMA NEOVASCULAR

	Feibel-Bigger ³	Boniuk ⁴	Bellow-Grant ⁵	Krupin ²	Susanna e col.
N.º de olhos	38	19	10	50	15
Seguimento maior 1 ano	8	11	—	45	13
PIO menor ou igual a 25 e maior que 10 mmHg	63%	—	30%	34%	33,3%
PIO menor que 10 mmHg	32%	37%	—	10%	13,3%
Phtisis bulbi	—	10%	10%	34%	20,0%
Dor	8%	21%	—	6%	13,3%
Necrose segmento anterior	—	—	—	8%	0,0%

SUMMARY

To determine the long term effects of intra scleral cyclodiatermy we conducted a follow-up with a mean of 18,5 months and a median of 17 months in 15 eyes of 15 patients. On final examination intraocular pressure in 3 eyes (20%) was > 26 mmHg, in 5 (33,3%) ≤ 25 mmHg and > 10 mmHg, in 2 (13,3%) < 10 mmHg and 3 (20%) developed phtisis bulbi, 2 patients developed pain (13,3%) and required enucleation.

All patients were comfortable except the two who required enucleation.

BIBLIOGRAFIA

1. SUSANNA, Jr. R. — Diatermo Trabeculectomia — Cirurgia no Glaucoma Neovascular. Revista Brasi-

- leira de Oftalmologia — 36: 155, 1977.
2. KRUPIN, T.; MITCHELL, K. B.; BECKER, B. — Cyclocryotherapy in Neovascular Glaucoma. American J. Ophthalmology — 86: 24, July 1978.
3. FEIBEL, R. M.; BIGGER, J. F. — Rubeosis Iridis and Neovascular Glaucoma — Evaluation of Cyclocryotherapy. American J. Ophthalmology — 74: 679, 1973.
4. BONIUK, M. — Symposium, Glaucoma Cryotherapy in Neovascular Glaucoma. Trans. American Academy Ophthalmology Otolaryngology — 78: 337, 1974.
5. BELLOW, A. R.; GRANT, W. M. — Cyclocryotherapy in Advanced Inadequately controlled Glaucoma. American J. Ophthalmology — 78: 337, 1974.