

Vitrectomia anterior*

João Alberto Holanda de Freitas ** e Eduardo Paulino ***

INTRODUÇÃO

Com o advento da vitrectomia novos horizontes foram abertos ao tratamento cirúrgico de problemas que envolvem os segmentos anterior e posterior do globo ocular.

Verificou-se que com os instrumentos construídos (vitreóforos) além de sua aplicação na cirurgia do vítreo, outras patologias do segmento anterior poderiam ser beneficiadas.

Muitas complicações, devidas à presença do humor vítreo na câmara anterior, outrora de difícil solução, hoje são contornadas graças a esta nova técnica cirúrgica.

Os traumatismos sobre o segmento anterior, envolvendo: córnea, íris, cristalino, vítreo, etc., podem ser reparados com maior sucesso com a ajuda de vitreóforos.

Trata-se portanto da técnica cirúrgica bastante útil e lógica no tratamento de diversas patologias que envolvem o segmento anterior do globo ocular.

MATERIAL E MÉTODOS

Empregou-se o vitreóforo SITE (Suction Infusion Tissue Extractor) FEDERMAN, de fabricação Keeler. O microscópio usado foi o OPM-2 de procedência Zeiss.

A rotina pré-operatória foi: anamnese, acuidade visual, aplanotometria, biomicroscopia, ecografia pela onda A e oftalmoscopia binocular indireta.

Como medicação pré e pós-operatória, foram instilados colírios a base de atropina a 1% e cloranfenicol 0,4%.

O acesso à câmara anterior foi alcançado por duas vias:

- a) limbica
- b) "pars plana"

A escolha do local de introdução do instrumento dependeu da patologia a ser tratada.

O controle pós-operatório, na primeira semana, foi realizado ainda no hospital, prosseguindo no consultório, após 15 dias da alta e cada 30 dias subsequentes até a normalização do processo.

TÉCNICA CIRÚRGICA

1. Antissepsia com álcool/éter e mertiolate
2. Colocação de campo plástico adesivo.
3. Fixação das pálpebras com seda preta 3-0
4. Ajuste e focalização do microscópio
5. Abertura da conjuntiva (ab-externo) junto ao limbo no setor temporal superior, quando se pretende abrir a "pars plana" o que é geralmente efetuado a 5mm do limbo. Quando se deseja introduzir diretamente o instrumento na câmara anterior a incisão limbica é realizada sempre na porção temporal inferior.
6. Cauterização de vasos episclerais ou limbicos com diatermo-coagulador MIRA ou WET-FIELD CODMAN e SHURTLEFF.
7. A complementação da abertura da coróide é efetuada pela tesoura de CASTROVIEJO.
8. Concluída a vitrectomia, a incisão é fechada com Dexon 7-0.
9. O tonus ocular é restabelecido pela injeção de soro fisiológico na câmara anterior ou posterior.
10. Medicação tópica: colírios a base de cloranfenicol a 0,4% e atropina a 1%.
11. Oclusão binocular.

COMENTÁRIOS

A cirurgia do corpo vítreo anterior ganhou enorme impulso com a introdução de instrumentos adequados e precisos. A intervenção sobre este gel outrora temida, é hoje realizada com o auxílio da microcirurgia em campo fechado, com muita segurança e eficiência.

Com a descoberta desta nova tecnologia pode-se atualmente ampliar as indicações e emprego do vitreóforo no tratamento e controle de diversas afecções do segmento anterior:

- a) Hérnia de vítreo, através da pupila, em contato com o endotélio corneano (ceratopatia bolhosa).

* Trabalho do Instituto Penido Burnier, apresentado no IV Simpósio da APO Segmento Anterior — Curitiba, abril de 1979.

** Oftalmologista do Instituto Penido Burnier

*** R-2 do Instituto Penido Burnier.

- b) Glaucoma por bloqueio pupilar.
- c) Perdas vitreas durante cirurgia de catarata.
- d) Remoção de vítreo encarcerado na cicatriz operatória.
- e) Ressecção de cistos de íris.
- f) Lavagem e drenagem de hifemas totais.
- g) Reconstituição do segmento anterior após traumas.
- h) Iridectomia óptica.
- i) Extração de corpos estranhos.
- j) Ressecção de membranas pupilares.
- k) Extração de cataratas moles:
 - congenita
 - traumática
 - complicada
 - secundária

Na **Hérnia de vítreo** que está provocando ceratopatia bolhosa, introduz-se o vitreó-fago via limbica e, pouco a pouco, vai-se aspirando e cortando o vítreo. Uma idéia interessante é injetar fluoresceína na câmara anterior, corando as fibras vitreas, o que orienta o cirurgião para a sua completa remoção.

O **glaucoma por bloqueio pupilar**, complicação da afacia, só será resolvido uma vez retirado completamente o vítreo detrás da pupila, iridectomia e do plano retro-iriano. Aqui usa-se a via de acesso pela "pars plana" temporal a 4,5mm do limbo. A mesma técnica é adotada para ressecar membranas papilares, cistos de íris e iridectomias ópticas.

Atualmente é bastante discutida a etiologia tradicional sobre a mácula responsável pelo desencadeamento da maculopatia cistoide pós-facetomia. A biomicroscopia, em grande parte destes casos, mostra o encarceramento das fibras vitreas entre os lábios da ferida operatória. A vitrectomia deve ser efetuada via limbica temporal inferior, permitindo que a ponta do vitreó-fago aborde as fibras vitreas aderidas a raiz da íris e sobre a região trabecular.

Com relação às **cataratas moles** inclusive as traumáticas, pode-se efetuar a sua extração usando-se o vitreó-fago. É comum encontrar-se vítreo por entre as massas cristalínicas nos fortes traumatismos perfurantes do segmento anterior. Desta forma, está justificada a remoção destas cataratas, ou mesmo simples extração de massas pelo vitreó-fago. Assim sendo, evitam-se complicações e acidentes tão comuns, como são as perdas vitreas durante a cirurgia destes casos. A via de acesso é o limbo inferior o que proporciona ato cirúrgico com muita segurança e eficiência (Figuras 1 e 2).

A paracentese, tão bem indicada no tratamento dos hifemas totais, quando auxiliada pelo vitreó-fago via limbica, propor-



Fig. 1 — Extração de catarata traumática e vitrectomia.

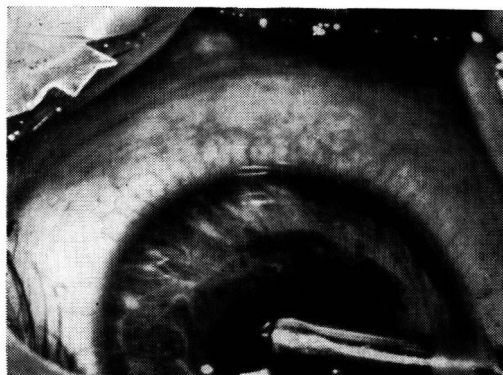


Fig. 2 — Final de cirurgia.

ciona lavagem mais adequada e completa da câmara anterior.

São, portanto, eventualidades cirúrgicas que melhoram sensivelmente de prognóstico, uma vez lançando-se mão dos modernos métodos de micro-cirurgia empregando-se paralelamente o vitreó-fago.

É preciso deixar bem claro que pretende-se com este trabalho fornecer à oftalmologia mais uma opção para solucionar casos tão difíceis que muitas vezes deixam o cirurgião em situação delicada. Não se trata de abandonar as técnicas tradicionais, mas, apenas, melhorá-las e adequá-las para melhor resolução das complicações cirúrgicas ou traumáticas sobre o segmento anterior.

RESUMO

Os AA discutem as indicações da vitrectomia anterior. Sugerem o emprego do vitreó-fago como instrumento adequado ao tratamento cirúrgico de diversas patologias do segmento anterior: ceratopatia bolhosa, hifema, membrana pupilar, cisto de íris, catarata mole ou traumática e glaucoma por bloqueio pupilar.

SUMMARY

The authors present a new technique for surgery on anterior segment using the SITE machine (FEDERMAN Keeler).