

— ANÁLISES, RESUMOS E COMENTÁRIOS —

CERATOMICOSSES

De Voe, A. G. — Keratomycosis — Am. J. Ophthal. 71: 406-414, 1971.

O A. faz um estudo sobre a biologia e a taxionomia dos fungos, referindo que das 2.000 espécies conhecidas, somente aproximadamente 50 são patogênicas para o homem, e que em condições de baixa resistência, espécies não-patogênicas podem tornar-se parasíticas.

Descreve seu meio habitual de vida, sua estrutura filamentosa, e classifica-os em cinco classes principais: esquizomicetos, ficomicetos, ascomicetos, basidiomicetos e deuteromicetos. Que poucas espécies são contagiosas, exceptuando-se a dermatofitoses.

Refere que o diagnóstico da ceratite micótica não é fácil. Ajudam antecedentes de doenças como a diabetes, neoplasia ou debilidade geral. história de trauma ou doença ocular precedente como por exemplo e mais freqüentemente o herpes simples. A incidência aumenta em trabalhos que têm contato com o solo, como agricultores e jardineiros. A terapia precedente com antibióticos não tem relação com a incidência, mas o uso de esteróides reduz a resistência corneana à infecção. A aparência clínica leva à suspeita: comumente uma ceratite profunda sub-epitelial, sem ulceração superficial, um infiltrado "mole", lanoso, branco e amarelo no estroma anterior, envolvido por pequenas lesões adjacentes. Quemose e secreção discretas. O laboratório estabelece o diagnóstico de certeza, com material colhido com espátula, retirado da parte profunda da lesão. A terapia pode ser instituída pela suspeita clínica, enquanto se espera o resultado laboratorial.

O tratamento desta doença está longe de ser satisfatório. Sulfato de cobre a 1/8%, mercuriais, como o thimerosal são algumas substâncias inorgânicas em uso, porém em geral preteridas em favor de drogas mais recentes. A griseofulvina não tem ação comprovada em ceratites. A nistatina é usada localmente em gotas de 100.000 U/ml com eficácia comprovada contra aspergillus e candida. A anfotericina B pode ser usada localmente em gotas, de 5 mg/ml de hora em hora, ou em pomada a 5 mg/g. contra a maioria das espécies de fungos. Os antibióticos podem ser usados contra algumas espécies, como por exemplo, o cloranfenicol e a penicilina contra actinomicetos e a estreptomicina e as sulfonamidas contra a Nocardia. A

piramicina é bastante efetiva e tem espectro similar à anfotericina B. E' usada na forma de colírio a 5%, de hora em hora, combinada com iodeto de sódio a 2%.

São citadas outras formas de tratamento de eficácia discutida tais como o frio, raios ultra-violeta e termóforo.

Refere que o recobrimento conjuntival tem sido preconizado como medida última. O autor sugere, baseado em sua experiência, a ceratectomia lamelar profunda no tecido limpo. A conduta poderia ser apoiada com um recobrimento conjuntival bipediculado. E' descrito com detalhes um caso em que este procedimento foi usado.

Dr. Isaac Neustein

PENETRAÇÃO INTRA-OCULAR DA CEFALEXINA NO HOMEM.

Boyle, G. L., Hein, H. F. & Leopold, I. L. — Intraocular penetration of cephalexin in man. *Am. J. Ophthalm.* 69: 868-72, 1970.

A cefalexina é um novo antibiótico de absorção pelo trato gastrintestinal, semi-sintético, derivado da cefalosporina C, interferindo na síntese protéica da célula bacteriana, e com amplo espectro de ação.

Os autores avaliaram a penetração ocular, após administração oral da droga. Submeteram trinta e quatro pacientes internados em hospital, após cirurgia de catarata. Empregaram doses de 1, 2 e 3 gramas, em uma única ingestão.

A cefaloxina foi detectada no aquoso após uma hora da ingestão mas os níveis máximos ocorreram entre duas e três horas. Estes níveis decresceram após seis horas e uma detecção mínima após doze e meia horas.

Discutem que AA anteriores mostraram, "in vitro", que baixas concentrações de cefalexina inibem vários agentes patogênicos comuns. O presente estudo mostra que dentro de um intervalo relativamente curto de tempo, a cefalexina atinge concentrações significantes que, no humor aquoso, poderiam ser de eficácia terapêutica contra organismos G + e G —. Não houve, nas dosagens empregadas, evidência de toxicidade renal ou outros efeitos adversos.

Concluem que, com o uso de 2 gramas de cefalexina por via oral, cada 12 horas, poder-se-ia manter um nível constante e alto da droga no aquoso do olho normal, e que em dosagens mais altas, a concentração sérica e no aquoso aumentam.

Dr. Isaac Neustein

ESTADO ATUAL DA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E MANEJAMENTO DAS ÚLCERAS BACTERIANAS DA CÓRNEA

ALLEN, H. F. — CURRENT STATUS OF PREVENTION, DIAGNOSIS, AND MANAGEMENT OF BACTERIAL CORNEAL ULCERS — *Annals of Ophthalmology*, 3: 235-46, 1971

O propósito do artigo em questão é alertar e orientar os oftalmologistas dos possíveis erros que podem ser cometidos quando da instalação e quanto à prevenção das úlceras corneanas, principalmente de origem bacteriana.

Apesar da etiologia variar de acordo com a procedência do paciente é apresentada uma tabela com os organismos capazes de produzir uma úlcera corneana e é feita principal referência ao *Diplococcus pneumoniae*, a *Pseudomonas aeruginosa* e a *Moraxella liquefaciens*.

A chave da prevenção das úlceras corneanas é o conhecimento das causas predisponentes; causas mecânicas ou anatómicas, químicas ou farmacológicas e doenças sistêmicas.

Para um diagnóstico acertado, são discutidos os seguintes tópicos:

- a — história da instalação da úlcera
- b — exame do aparelho ocular
- c — estudos laboratoriais

1 — gerais

- 2 — locais {
 citologia
 cultura

Antes de se saber qual a etiologia da úlcera, a droga de eleição para o tratamento inicial é a Gentamicina. Para o tratamento orientado e específico é apresentada uma tabela relacionando-se a droga com o organismo encontrado e ainda com as doses a serem administradas.

A via de administração preferencial para o tratamento das úlceras é a injeção episcleral.

O paciente em tratamento deve ser observado com frequência e suas condições avaliadas cuidadosamente, principalmente quando os esteróides e os antimetabolitos foram usados inadvertidamente.

Pedro Paulo de O. Bonomo