

BURACO MACULAR BILATERAL (*)

Dr. JÚLIO PEREIRA GOMES (**) — São Paulo

Inúmeros casos desta afecção têm sido descritos na literatura oftalmológica, desde quando Ivanhoff (1865), Knapp (1869), Noyes (1871), Kuhnt (1900), Ogilvie (1900), Haab (1900), Fuchs, Schweinitz (1904) e outros autores descreveram os primeiros (segundo A. C. Sauter).

Compilando alguns trabalhos mais recentes, bem como suas citações sobre os mais antigos, podemos observar a raridade dos casos de buraco de mácula bilateral publicados.

Assim sendo, segundo A. Rados tanto Kuhnt, Haab e Ogilvie não descreveram casos bilaterais nos seus trabalhos. Ainda segundo o mesmo autor, Schmidt em 14 casos relatados assinalou um olho com buraco macular e degeneração cística na retina e no outro lado degeneração macular.

A Encyclopédia Americana cita casos de buraco bilateral da mácula. Um deles descrito por A. C. Clapp (Ophthalmic Record, fevereiro 1913), num homem de côr de 35 anos de idade que sofrera traumatismo (pedaço de pau sobre o olho direito) há dois anos e o outro apresentado por Deutschmann (Beitrage Zur Augenheik, 87, 1914), em 1911, em jovem de 21 anos que não tinha sofrido traumatismo. Os pais eram parentes entre si. Além do buraco macular não notou qualquer alteração do «fundus».

(*) Apresentado no IV Congresso Sul Americano Meridional de Oftalmologia.

(**) Assistente voluntário da 1.^a Enfermaria de Olhos — Homens da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Serviço do Dr. Durval Prado) e da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina de Sorocaba da Universidade Católica.

Elwyn, da mesma forma, cita que ocasionalmente são encontrados casos de buraco da mácula bilateral e que examinou um caso sem que houvesse história anterior de traumatismo, num homem de seus sessenta anos e o «fundus» apresentava apenas arteriosclerose moderada.

A. L. Kornzweig e Morris Feldstein estudando os olhos de pessoas idosas, apresentaram um caso de degeneração cistóide num olho e buraco da mácula no outro do mesmo paciente e este, segundo os mesmos autores, teria sido o primeiro examinado anatomo-patologicamente após autópsia. No caso descrito os autores afirmam que a degeneração cistóide da retina aliada a alterações vasculares locais e gerais, bem como a alterações próprias da sensibilidade, precederiam a formação do buraco na mácula. Não tinha havido trauma ou inflamação dos olhos.

Leo J. Croll e Maurice Croll tiveram ocasião de observar 14 casos de buraco macular em 3.600 accidentados de guerra. Um deles era de um aviador que tinha feito descida forçada e que apresentava buraco macular bilateral.

I — HISTÓRIA CLÍNICA : (observação feita em outubro 1956).

Passemos agora a apresentar o nosso caso : Trata-se do paciente J. M. S., do sexo masculino, de côr parda, de 21 anos de idade, solteiro, lavrador e natural de Jaicós, Estado do Piauí. Foi internado na 1^a Enfermaria de Olhos Homens da Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo no dia 11 de Julho de 1956. Apresenta facies inexpressiva e indiferente com aspecto de atrazado mentalmente.

Referiu-nos ter nascido de parto normal e que desde os 11 anos de idade, sua visão vem piorando lenta e gradativamente. Notou que sempre piorou mais do olho direito e que enxergava menos à noite. Refere ter tido algumas quedas sendo a maior há 5 anos, quando caíu de um caminhão, não tendo contudo batido a cabeça. Não refere fraturas ou maiores danos. De um ano para esta data notou maior diminuição na visão do olho esquerdo. Refere sentir às vezes tonturas e cefaléia, notando então maior baixa tran-

sitória, da visão. Não perde os sentidos, nem tem convulsões. A noite sempre enxerga menos.

Antecedentes Hereditários : Pai e mãe são primos entre si. Tem 11 irmãos, 8 homens e 3 mulheres. Tem um irmão com cerca de 23 anos que não enxerga dos dois olhos bem como uma irmã, logo abaixo da mais velha, cuja idade não sabe ao certo que também vê mal dos dois olhos.

Antecedentes Pessoais : Fumava 4 cigarros por dia. Estilo moderado. Informa ter tido apenas moléstias de infância (sarampo, varicela), não sabe bem quais, e sapiranga.

II — EXAME ESPECIAL : Quanto ao exame especial :

1) — Acuidade visual

OD — 1/30

OE — 1/25

2) — Movimentação ocular : não possui fixação central apresentando nistagmo horizontal. Apresenta certa dificuldade em dirigir os olhos para o alto.

3) — Motilidade óculo-palpebral: normal.

4) — Sensibilidade corneana : normal.

5) — O exame externo dos globos oculares e dos anexos não apresenta nada digno de nota. Diâmetros corneanos : OD = 8 mm; OE = 7,9 mms.

6) — Pupilas : isocônicas e isocrônicas com reflexos à luz, consensual e acomodação presentes e normais.

7) — Refração (com atropina) :

AO +7
 +6,50

Não melhora com lentes.

— Quanto ao exame de fundo do olho notamos :

Fig. 1 — Retinografia do olho direito



Fig. 2 — Retinografia do olho esquerdo (ambas as retinografias foram feitas pelo dr. Borges Vieira do Serviço Social do Dr. Gallo)



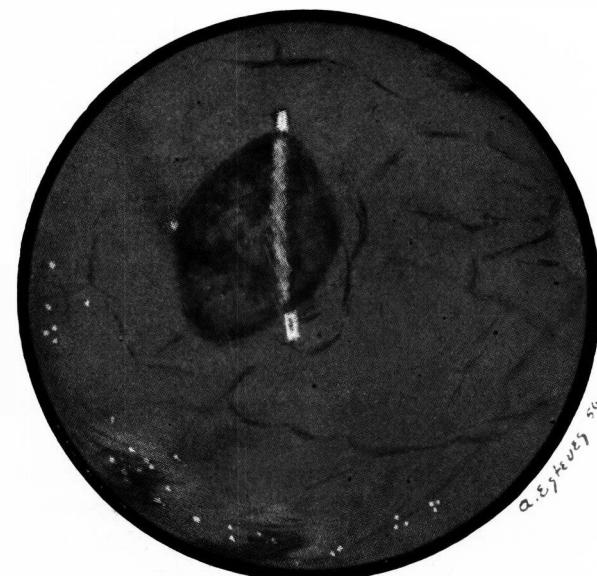


Fig. 3 — Desenho do fundo do olho direito mostrando o buraco macular com o feixe de luz da lâmpada de fenda



Fig. 4 — Desenho do fundo de olho esquerdo mostrando o buraco macular com o feixe de luz da lâmpada de fenda

Papila de aspecto normal com nível não elevado, contornos nítidos e colaboração rósea avermelhada;

Vasos : artérias e arteríolas difusamente estreitadas com diminuição da transparência das arteríolas nos cruzamentos, simulando ligeiro alargamento do reflexo central das mesmas, aspecto êsse que pode ser mascarado pelo aumento do reflexo do «fundus» peculiar à sua raça; vasos com tortuosidade ligeiramente aumentada e discretas alterações de calibre; veias de espessura igualmente estreitadas.

Mácula : formação ovalar róseo-acastanhada de maior eixo vertical com margens de limites «a pique» da retina circunjacente. Esta depressão horizontalmente seria de diâmetro pouco maior que o da papila e seu diâmetro vertical seria aproximadamente duas vêzes o diâmetro papilar. Seu fundo apresenta um aspecto pulverulento com grânulos de côr amarelado brilhante e outros de coloração cinza acastanhado, grânulos fínissimos sempre. Do lado temporal do buraco vemos pequena formação branca bem delimitada simulando um opérculo remanescente. Logo acima do mesmo existe formação do tamanho de «cabeça de alfinete» com pigmento cinza, lembrando pequena placa de córiorretinite.

Com exame minucioso verificamos movimentos do vítreo posterior.

Não há aspecto de deslocamento da retina na região.

Retina : não vi hemorragias. Nas porções periódicas dos setores temporal, tanto superior como inferior, mas especialmente neste, notam-se agrupadas pequenas formações brancas de aspecto cístico

ora isoladas ora formando conglomerações, ao lado das quais há áreas esbranquiçadas com pigmento cinza esparsos, simulando aspecto degenerativo. Nas porções superiores do setor temporal apenas encontramos raras formações císticas esbranquiçadas. Nada constatamos nos setores nasais. De um modo geral a retina é róseo-pálida.

Papila : de coloração rósea mais velada com nível e limites de aspecto normal. O deslocamento vítreo é mais extenso do que no olho direito, indo da região macular até além do lado nasal da papila. Sobre a papila verificamos finíssimos grânulos conglomerados dispostos em semi-lua com a concavidade inferior.

Vasos de igual aspecto ao anterior.

Mácula : formação semelhante à do olho direito mas de menor tamanho, lembrando mais a forma de lente biconvexa com diâmetro horizontal maior (aproximadamente uma vez e 1/3 a mais que o diâmetro papilar) e o vertical meio diâmetro papilar. As bordas e o aspecto do fundo da formação são idênticos. Notamos do lado temporal uma formação branca de forma aproximadamente triangular, de base para o buraco, ligeiramente móvel, lembrando opérculo de buraco da retina. Formações císticas isoladas foram encontradas apenas no setor temporal inferior e em menor número do que as do

olho direito, com maior tendência à conglomeração e sem a presença de áreas acinzentadas de degeneração. Sobre a região macular flutuando no vítreo, vemos pequena formação cinza-acastanhada simulando um pedaço de retina desprendido.

Em AO a profundidade dos buracos é de 1 DE e notamos em torno dos buracos uma retina ligeiramente «flou» com aspecto de estrias cinzas, espessas e paralelas.

Não encontramos mais buracos nas vizinhanças da ora serrata.

III — EXAMES PEDIDOS : No início foram pedidos vários exames. Ei-los enumerados juntamente com os resultados :

- 1) — Exame endocrinológico : — metabolismo basal + 8,5%.
Não foi encontrada qualquer alteração (4.8.56);
- 2) — Reação de Mantoux com antígeno 1/500 — positivo (+ +) ;
- 3) — Serviço torax : exame físico negativo;
- 4) — Reações sorológicas para lues : negativas (R. Wassermann, Migliano e V. D. R. L.);
- 5) — Dosagem da uréia no sangue : 35 mg%;
- 6) — Dosagem colesterol no sangue : 230 mg%;
- 7) — Homossementação : 1^a hora 16 mms; 2^a hora 38 mms (método de Westergreen); índice de Katz 17,5;
- 8) — Exame de urina : n. d. n. ;

- 9) — Exame hematológico : ligeira diminuição da taxa de hemoglobina para 98%, leucocitose de 11.300 por mm³, ligeiro desvio à esquerda, monocitose de 10%; linfocitose de 33%; eritrocitos 4.500.000 p/mm³; V. G. 1 basófilos 1% e demais elementos dentro da normalidade.
- 10) — Exame de fézes parasitológico: ovos de ancilostomídeos;
- 11) — Exame odontológico : alguns fócos dentários foram removidos;
- 12) — Exame O. R. L. ;
audiograma: normal;
amidalite crônica o que explicaria
o quadro sanguíneo;
- 13) — Exame do líquido céfalo-raquiano : pi 12 e pf (após 10cc) : 4; demais reações liquóricas dentro da normalidade sendo que as reações de Steinfeld e a reação para cisticercose não foram feitas por falta de antígeno na ocasião.

Com os exames pedidos foram constatados apenas dados de interesse relativo que dispensam maiores comentários.

IV — CAMPO VISUAL E TENSÃO OCULAR : A perimetria foi realizada em duas ocasiões, sendo os achados aproximadamente semelhantes (vide figura 5). Notamos principalmente retração concêntrica em AO. Perimetria 6 mm/333mm. O campo visual central foi efetuado na tela de Bjerrum com os índices 18 m/1000mm para o olho direito e 9mm/1000mm para o olho esquerdo. Neste exame constatamos de interesse o escotoma central em AO.

Temos que salientar que êsses exames foram feitos com relativa dificuldade, devido à ausência de fixação central e à presença do nistagmo horizontal do paciente, devendo-se levar em conta, certa margem de êrro que os mesmos devem apresentar.

Entretanto os dados obtidos confirmam os achados fundoscópicos da degeneração cística periférica e dos buracos maculares, respectivamente nas retrações concêntricas e nos escotomas centrais.

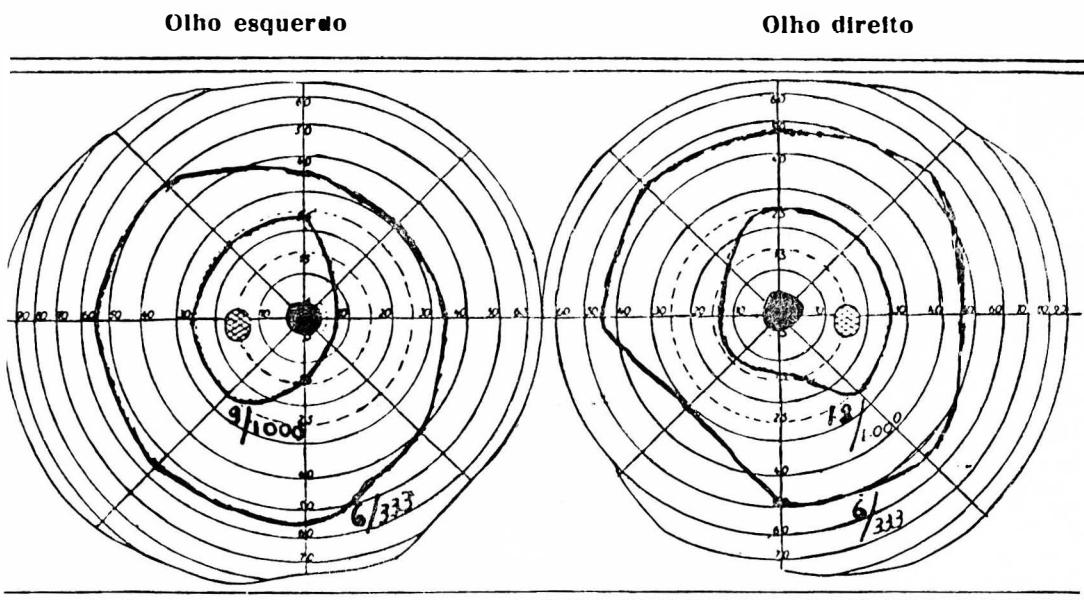


Fig. 5 — Campo visual periférico e central notando-se a retração do campo visual periférico bem como o escotoma central em ambos os olhos

TENSÃO OCULAR : No dia 30 de outubro de 1956 foi medida sua tensão ocular e constatamos 23mm Hg para o ôlho direito e 36 mm para o ôlho esquerdo. As medidas foram feitas com o tonômetro de Schiotz. O paciente passou a empregar o colírio de pilocarpina a 1%, três vêzes ao dia no ôlho esquerdo. Como sua tensão ocular permanecesse em torno de 30mm Hg, a despeito do uso do miótico e também como medida profilática, foi resolvido operá-lo.

No dia 9 de novembro o Dr. Durval Prado realizou a ciclodíálise do olho esquerdo. No dia 19 de novembro efetuamos a curva tonométrica diária e esta apresentou-se dentro dos limites da normalidade. A tensão ocular a 4 de dezembro acusava 16mm Hg para o olho direito e 21,5 mm Hg para o olho esquerdo, sem pilocarpina.

V — COMENTÁRIOS: Com o caso relatado presta-se a algumas considerações.

Assim sendo, de início notamos o aspecto bilateral do buraco macular o qual já foi analizado na introdução.

Chama-nos ainda a atenção, o fato de não ter havido traumatismo significativo na sua história clínica que pudesse esclarecer a bilateralidade da lesão. Ogilvie considera a mácula como ponto de encontro das linhas de força que passam pelas paredes do globo ocular nos casos de traumatismo.

No presente caso a etiopatogenia parece ser devido à degeneração cística. Não há sinais de inflamação progressa ou atual, o vítreo é limpo e transparente apesar de estar presente o deslocamento posterior do mesmo, bem como no olho esquerdo, finíssimos grânulos escuros sobre a papila (figura 3), aparentemente de camada pigmentar da retina. Além disto, a presença de cistos periféricos da retina em ambos os olhos fala mais a favor da nossa suposição. De há muito é sabido que as áreas da retina mais sujeitas a alterações císticas são a região macular e a ora serrata devido principalmente à deficiência de circulação.

Por outro lado é interessante notarmos a presença do glaucoma crônico simples no olho esquerdo, achado este que B. Samuels já assinalára como frequente associação nos casos de degeneração cística da retina.

Outro fato digno de atenção é a presença desta afecção bilateral em paciente com 21 anos. Com efeito, nós verificamos que quase sempre os achados bilaterais não traumáticos ocorrem em pacientes idosos com degeneração da retina. Segundo Duke-Elder a

degeneração periférica cística seria mais frequente em olhos senís e míopes o que não sucede com êste caso em que o paciente além de jovem é hipermetrópe.

Chama também a atenção o tamanho do buraco, especialmente o do olho direito que é bem maior do que as dimensões geralmente encontradas. Assim Elwyn, na maior parte das vêzes, encontrou dimensões oscilando entre 1/6 e 1/2 do diâmetro papilar.

Considerando ainda o tamanho dos buracos maculares o fato de estarem presentes em paciente jovem e com hipermetropia alta, poderíamos aventar a hipótese de ter havido a ruptura de cisto congênito da retina, haja visto o trabalho de M. A. Zuccoli nos «Bulletins em Memoires de la Société Française D'Ophtalmologie» sobre os cistos idiopáticos da retina. Neste trabalho o autor descreve duas observações, uma de pessoa de sexo masculino com 46 anos e a outra, também masculino, de 59 anos, que apresentam associação de hipermetropia alta, microftalmia e cisto retiniano bilaterais. Seguem-se vários comentários, destacando-se o de Franceschetti que também apresenta dois casos, um em paciente de onze anos e o outro num homem de setenta e cinco anos, apresentando ambos cistos bilaterais da retina. O menino apresentava alta hipermetropia ($OD = + 18$ DE; $OE = + 17$ DE), estrabismo convergente e ligeira microftalmia. O paciente mais idoso, além dos cistos bilaterais, tinha hipermetropia menos elevada ($AO = + 2$ DE).

Caso semelhante ao nosso foi o descrito por Deutschmann citado na «American Encyclopedia» (pg. 5977) e já comentado no início. Eentretanto neste, a acuidade visual era bem mais elevada para os dois olhos ($OD = 5/12$ e $OE = 5/10$), o paciente tinha a estigmatismo miótico e as dimensões da mácula eram de 1/4 do diâmetro da papila. Não foi encontrado outro achado patológico no fundo de olho e os pais também eram aparentados (no nosso caso são primos-irmãos).

Finalmente para terminar, lamentamos não poder ter tido ensejo de examinar os familiares do nosso paciente para que pudéssemos aventar algumas considerações de ordem familiar e here-

ditária. Isto não nos foi possível devido à grande distância que os separa, bem como à falta de recursos para reuní-los.

VI — TRATAMENTO E PROFILAXIA : — O tratamento foi principalmente higieno-dietético e profilático. Procurou-se melhorar o estado geral do paciente bem como tratar sua verminose e operá-lo das amídalas.

Como tratamento profilático para evitar maior dano à visão, foi realizada com pleno êxito, a ciclodálise no olho esquerdo.

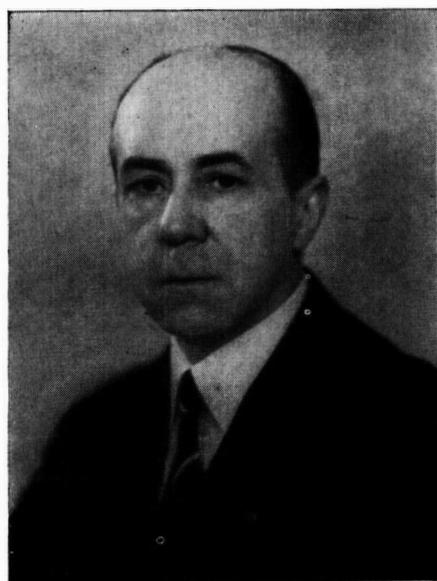
O paciente foi encaminhado para um instituto de cegos, para melhor adaptação à sua baixa acuidade visual.

VII — SUMÁRIO : Trata-se de um caso de buraco bilateral da mácula em paciente brasileiro, pardo, de 21 anos de idade. O paciente apresentava retração concêntrica do campo visual e esicotoma central de ambos os olhos. Não há referência de traumatismo grave em sua história. Como lesões oftalmoscópicas associadas, encontramos degeneração cística periférica da retina em ambos os olhos e glaucoma crônico simples no olho esquerdo. Após a ciclodálise realizada com pleno êxito no olho esquerdo, foi instituído um tratamento higieno-dietético. Ainda como dado de interesse, lembra-mos o maior tamanho dos buracos maculares e o fato do paciente ter hipermetropia elevada. Os exames clínicos subsidiários pouco apresentaram de interesse.

VIII — SUMMARY : The author presents a case of bilateral macular hole in a 21 years old, Brazilian, coloured patient. His visual field showed concentric retraction and central scotoma of both eyes. There is no mention of serious traumatism in his clinical history. As associated ophthalmoscopic lesions we found retinal peripheric cystic degeneration in both eyes and chronic simple glaucoma in his left eye. Succesful cyclodialysis was performed on the left eye. Still as a matter of interest, we considered the large extension of the macular holes and the presence of high degree of hypermetropia. The patient was submitted to hygieno-dietetic treatment. Subsidiary exams didn't show much interest.

IX — BIBLIOGRAFIA

- 1 — SAMUELS, B. — Degeneration of the Retina. Arch. Ophth. 4:476-486, 1930.
- 2 — VERHOEFF e GROSSMAN — Pathogenesis of Disciform Degeneration of the Macula. Arch. Ophth. 18:561, 1937.
- 3 — DUKE-ELDER, W. S. — Textbook of Ophthalmology, St. Louis, Mosby, 1941, v. 3, pg. 2755.
- 4 — LISTER, W. — Holes in the retina and their clinical significance. Brit. J. Ophth., 8:1, 1924.
- 5 — WOOD, C. A. — The American Encyclopedia of Ophthalmology. Chicago Cleveland Press. V. VIII, pg. 5971-5977.
- 6 — ELWYN, H. — Diseases of the Retina. Blakiston, 1953, pg. 596-602.
- 7 — LEO J. CROLL e MAURICE CROLL — Hole in the Macula. Am. J. Ophth. V. 33: n.º 2, 1950, pg. 248-252.
- 8 — A. L. KORNZWEIG, M. D. e MORRIS FELDSTEIN — Studies of the Eye in Old Age — II — Hole in the Macula: A clinico-pathologic study. Am. J. Ophth. V. 33: n.º 2, 1950, pg. 243-247.
- 9 — A. RADOS — Macular Hole with Extensive Peripheral Detachment of the Retina. Arch. Ophth. 38, 596-604, Novembro, 1947.
- 10 — M. A. ZUCCOLI — Kystes Idiopathiques de la Rétine — Bull. et Mém. Soc. Fr. d'Ophth., 1956, 69, pg: 103-109.



Dr. José Pereira Gomes