

## CLASSIFICAÇÃO DO GLAUCOMA (\*)

Dr. RENATO DE TOLEDO — São Paulo

Apesar do glaucoma ser um tema que vem há muito sendo exposto e debatido na maioria dos congressos, não só brasileiros como internacionais, continua oportuno e atual.

Muitos conhecimentos novos foram adquiridos nos últimos anos sobre a fisiologia e a fisiopatologia da tensão ocular — caminho para a elucidação da patogenia do glaucoma — mas muito resta para ser elucidado e discordâncias persistem a respeito de pontos fundamentais do problema.

Para este symposium que as questões práticas a él referentes pudessem ser abordadas, esperando com isso que seja apresentada uma atualização dos pontos que mais de perto interessam ao oftalmologista para a sua aplicação, como a propedeutica e o tratamento.

Coube-nos tratar da classificação dos glaucomas.

### CLASSIFICAÇÃO

A classificação geral dos glaucomas em: glaucoma primário, glaucomas secundários e glaucoma congênito e infantil, desde que se considerem como secundários apenas os consecutivos à uma afecção ocular preexistente, satisfaz sob o ponto de vista didático sendo, aliás, aceita pela quasi unanimidade dos autores.

A respeito do glaucoma primário é que persistem as divergências de opinião, mas, mesmo aqui, bem analisadas as coisas, tudo praticamente se resume à terminologia.

Muitas são as classificações propostas para o glaucoma primário, mas exceção feita de algumas, raras, que não resistem a uma

---

(\*) Do Simposium sobre Glaucoma apresentado no IX Congresso Brasileiro de Oftalmologia

análise mais cuidadosa, as demais podem ser resumidas nas duas principais, adotadas pela maioria dos oculistas na atualidade, e é a respeito destas que desejamos fazer algumas considerações.

Sabemos todos que as teorias que procuram explicar a patogenia do glaucoma primário podem ser reunidas em dois grupos: 1.o) a que atribue uma origem neuro-vascular 2.o) a que atribue à dificuldade de escoamento do aquoso a causa principal.

As classificações do glaucoma geralmente adotadas não foram propostas com base nessas teorias, porquanto, a divisão clássica em: glaucoma congestivo agudo, glaucoma congestivo crônico e glaucoma crônico simples é muito anterior à concepção atual do papel da circulação na gênese da afecção.

A outra classificação, a que divide os glaucomas de acordo com o estado de ângulo da câmara anterior, esta sim, se refere especificamente ao mecanismo patogenético.

As duas classificações são hoje, entretanto, empregadas de acordo com a teoria patogenética adotada. Daí a divergência entre os dois grupos.

E' sabido que aos glaucomas de ângulo estreito correspondem os glaucomas agudos e os congestivos crônicos e, aos de ângulo largo, o glaucoma crônico simples.

A primeira objeção ao tipo do ângulo como fundamento da classificação é que se bem que a maioria dos glaucomas crônicos simples apresenta ângulo largo, muitos casos ocorrem em olhos com ângulo estreito, e, em menor porcentagem há casos de glaucoma agudo em olhos com ângulo largo.

 A resposta dada a essa objeção é que no glaucoma crônico simples seja o ângulo largo ou estreito, permanece ele invariável durante toda a evolução, podendo ocorrer sinéquias apenas nos períodos finais da afecção ao passo que no glaucoma chamado congestivo o ângulo pode estar aberto no intervalo dos acessos mas sempre se oclue nos surtos hipertensivos e que o chamado congestivo crônico é sempre a consequência da oclusão parcial mas definitiva do ângulo.

Em consideração a isso o próprio Barkan sugeriu a modificação da terminologia para glaucoma de ângulo aberto e glaucoma de ângulo fechado.

Esta divisão sugere bem que existem dois mecanismos principais para a produção da dificuldade de escoamento do aquoso — um, a oclusão do ângulo, outro, nas vias de drenagem independente do estado do ângulo.

Esta duplidade patogênica é demonstrada além das observações clínicas pela prova da fluoreceina e pela tonografia. A tonografia revelou 1.o) que no glaucoma agudo há dificuldade na drenagem durante o acesso, dificuldade que desaparece uma vez que haja remissão completa do mesmo; 2.o) que no glaucôma congestivo crônico a dificuldade é relativa ao estado do ângulo e 3.o) que no glaucoma crônico simples há um aumento da resistência à drenagem, qualquer que seja a fase da doença.

Outra objeção a esta classificação é a importância dada ao ângulo na gênese do glaucoma. E' sabido que um ângulo anormalmente estreito pode ser uma causa predisponente a uma glaucoma agudo, indispensável mesmo em certos casos, como por exemplo no glaucoma por midriáticos. O achado de um ângulo estreito, entretanto, não autoriza o diagnóstico de um pré-glaucoma.

Também no glaucoma de ângulo largo, exclusão feita do glaucoma capsular e do pigmentar, poucos são os casos em que a gonioscopia pode revelar o fator etiológico da afecção. Em outras palavras, no estado atual dos nossos conhecimentos, não é possível afirmar que as condições anatomicas do ângulo, em sua abertura ou espressura, sejam a causa exclusiva ou mesmo fundamental da afecção.

São bem conhecidos os trabalhos de Goldmann que demonstram o aumento da resistência à drenagem no glaucoma, também as pesquisas tonográficas que levam à mesma conclusão e ainda os achados anatomo-patológicos de Kornzweig e outros que confirmam aqueles dados funcionais. Mas de outro lado não é possível ignorar os trabalhos de Duke-Elder e outros que demonstram o papel da circulação venosa local na produção da hipertensão ocular.

Não há, entretanto, antagonismo absoluto entre as duas escolas; nem uns negam a participação vascular nem outros negam a importância da integridade das vias de drenagem. Relacionando

os termos ângulo largo e ângulo estreito ao mecanismo paçogonotico e não à etiologia, as denominações não são impróprias.

Quanto à outra classificação, consagrada pelo uso, tem como objeções principais: 1.o) o fato de não ser a congestão, interna ou externa, sinal obrigatório nos glaucomas dêste tipo; 2.o) de nos períodos iniciais de elevações fáscicas da tensão haver ~~uma~~ vaso-constricção e 3.o) ocorre congestão também nas fases finais do glaucoma crônico simples, isto é, na forma chamada não congestiva. Apenas a tradição, portanto, justificaria o emprego dessa terminologia.

Em 1954, no magnífico symposium sobre o glaucoma primário, organizado pelo The Council for International Organization of Medical Sciences e apresentado por ocasião do XVII Congresso Internacional de Oftalmologia e no qual tomaram parte ~~vinte~~ das maiores autoridades mundiais no assunto, esta questão foi longamente debatida.

Concluiram os participantes por unanimidade: 1.o) que a denominação glaucôma congestivo deve ser abolida e substituída por glaucoma de ângulo fechado (não estreito) 2.o) que, apesar da denominação ângulo aberto ser melhor que ângulo largo, ainda é preferível manter a denominação glaucoma simples por não ter o tipo do ângulo, nesse caso, importância na etiologia da afecção.

Sendo essa a decisão dos representantes da oftalmologia americana e europeia penso que deve ser a adotada para que haja uma terminologia única universal.