

IRIDENCEISIS (*)

DR. JONAS DE ARRUDA — Rio

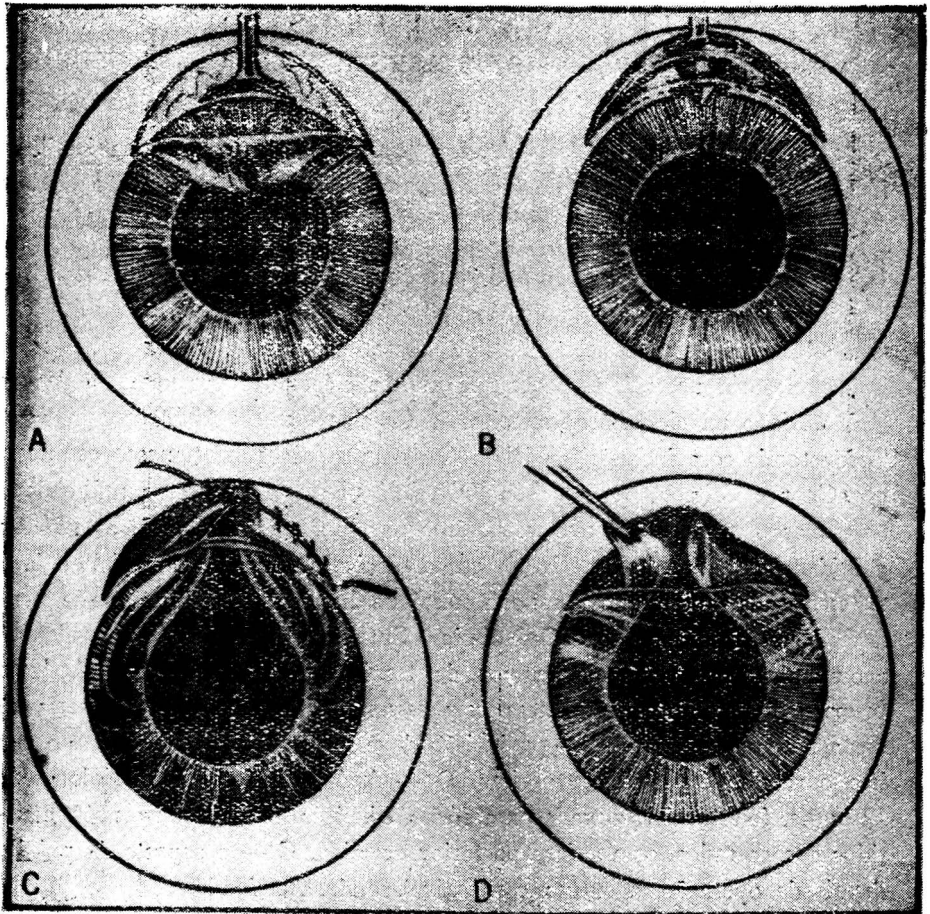
Iridenceisis é uma técnica de operação antiglaucomatosa, que faz parte de um plano geral denominado: “operações de inclusão da iris”. A idéia de manter a filtração de humor aquoso por meio da inserção da iris na ferida operatoria, surgiu em 1812, quando Adams criou a *Iridotaxis*.

A observação frequente de que as iridectomias antiglaucomatosas complicadas de encarceramento dos pilares eram mais bem sucedidas em seus objetivos (conservação visual e baixa tensional) do que aquelas de post-operatorio normal, fez com que muitos cirurgiões procurassem deixar tecido iriano na cicatriz, á maneira de Coccius que em 1859 preconizou a “iridectomia com inclusão da iris”. O assunto foi brilhantemente estudado por George Critchett, criador da *Iridodéisis*, Bader, Herbert e muitos outros, mas o marco decisivo foi plantado por Holth em 1906, ao apresentar a *Iridenceisis*, que logo se impôs como técnica autônoma, bem planejada e sistematizada, apontando um novo rumo na luta contra a hipertensão ocular. Nas figuras do *Ophthalmic Surgery* de Spaeth, podemos acompanhar os principais tempos da técnica de Holth: A — Após o preparo do retalho conjuntival, a câmara anterior é subconjuntivalmente aberta por um kératomo. B — a incisão deve ser controlada pela vista e por isto o retalho é puxado para cima. D — Após a iridotomia meridional às 12 horas, feita na iris puxada para fóra da incisão, os dois pilares são mantidos encarcerados, com a face posterior evertida. C — o aspecto da pupila depois da operação, a sutura conjuntival sendo terminada.

Johan Borthen, depois de operar 26 Iridenceisis com bons resultados, propôs em 1911, que um tempo operatorio por ele julgado desnecessário. — a iridotomia — fôsse retirado do plano cirurgico. Desta forma, ele retornou á Iridotaxis de Adams (1812), segundo a qual, a inclusão da iris até a borda pupilar, é feita na incisão escleral, sem que a iris seja cortada. A preferencia de Borthen

da iris num sentido, produzia em outros pontos, a abertura dos condutos naturais de esvaziamento do aquoso, conseguindo-se assim, dois tipos de drenagem: um, extra-ocular, pela inclusão e outro, intra-ocular, pelas vias excretoras do angulo camerular. Como, em certos casos a tração muito forte determinasse a desinclusão espontanea da iris, logo após a operação, ele aconselhava operar sob midriase atropinica. Ele usou sua tecnica em 97

(*) Tema de Relatorio das IV jornadas Brasileiras de oftalmologia - Co-relator.

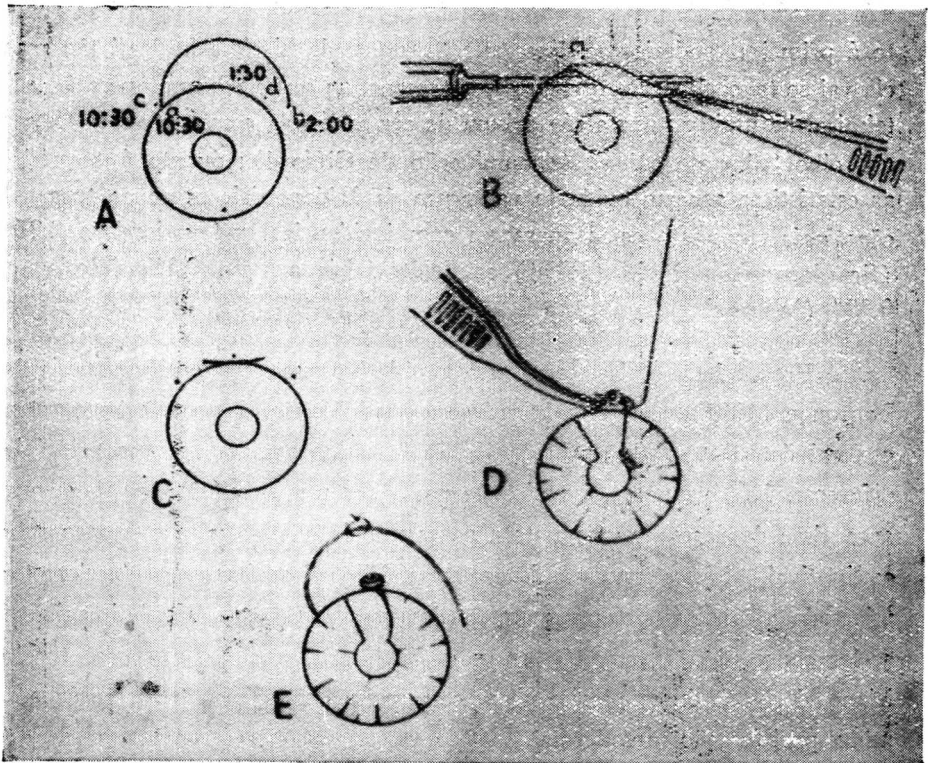


casos de glaucoma crônico, e somente 5, do tipo inflamatório, apresentaram recidiva da hipertensão.

Greenwood, em 1930, trouxe uma alteração à técnica da Iridencleisis; para evitar o repuxamento das porções de íris opostas ao ponto de inclusão, ele fez dois cortes radiais na íris, do esfíncter à base, e distando entre si, cerca de 3 milímetros; assim, fica isolado um retalho de íris em forma de lingueta que é revirado e incluído na incisão, com a face posterior da íris para diante. Em alguns casos, Greenwood ressecou uma pequena porção do lábio corneal da incisão escleral, como se faz na técnica de Lagrange; mas este tempo, embora desejável, não é por ele considerado de vital importância para o bom êxito operatório; quando a lingueta iriana fica muito extensa e aproxima-se da ferida conjuntival, deve-se ressecar pequena porção a fim de não facilitar uma possível infecção.

Sweet, em 1931, apresentou uma interessante modificação para os casos em que a técnica da Iridencleisis não pode ser aplicada; por exemplo, nos glaucomas secundários com iris degenerada, ou quando fazendo o retalho de Greenwood, a lingueta de iris se destaca da sua base. Ele propõe que o fragmento de iris deliberada ou acidentalmente obtido, seja mergulhado em sôro fisiológico e em seguida insinua da incisão escleral de forma a ficar bem seguro. A sua experiencia tem mostrado que desta forma consegue-se um canal filtrante.

Ainda pertence ao grupo das operações de inclusão da iris, a técnica que Denig chamou Iridotorsão, em 1930, mas cuja idéa já se encontra no trabalho de Goldenburg do Amer. Journal de Maio de 1923, onde se lê: “em alguns casos, experimentei torcer a iris, formando um pediculo, antes de encarcera-la, procurando com isto obter um maior afastamento dos lábios da incisão. Denig, enrola em uma fina agulha de canal dentario, um dos pilares resultantes da iridotomia e a porção enrodilhada de iris é deixada do lado de fora da incisão escleral e recoberta pelo retalho conjuntival. (Fig. 2)



A Iridencleisis teve má acolhida por parte da maioria dos oculistas e numerosas foram as objeções erguidas contra ela. Ainda hoje ouve-se com frequencia que ela produz propositadamente um acidente bastante temido, qual seja o prolapso da iris. Entretanto, isto é puro engano; a cicatriz da Iridencleisis é “filtrante” porque a borda pupilar da iris está incluída nela e isto assegura a formação de um canal forrado de tecido epitelial que permanecerá permeavel, deixando que o aquoso passe para o espaço sub-conjuntival e seja aí reabsorvido. No prolapso de iris, que as vezes complica uma operação de catarata ou uma trepanação de Eliot, há uma cicatriz “cistoide”, compartimento estanque, sem possibilidade de filtração e sem nenhuma relação com a camara anterior. Nesta última cicatriz, a iris degenera e um constante estado inflammatorio do olho é observado, possivelmente devido ao repuxamento da iris, enquanto que, na iridoencleisis, a iridotomia resguarda-a deste inconveniente e sua técnica simples e precisa protegerá o olho de longos processos irritativos. Spaeth diz com boa dose de “humour” que as duas condições são tão diferentes, quanto “uma punhalada no ventre” e uma “incisão de laparotomia”. As outras acusações que explicavam as reservas com que ella era considerada, referiam-se a frequencia de oftalmia simpática e de infecções intra-oculares, em seguida á sua prática; quanto á primeira, poderíamos dizer que “trata-se de história antiga” tão rara ella vai se tornando com o correr dos tempos, ou que nenhuma operação oftálmica, ha muitos anos atrás deixou de ser apontada como capaz de tornar um olho “simpatogenico” (denominação de Gifford); quanto á segunda, as estatísticas accusam evidente vantagem da Iridencleisis sobre as trepanações, pois enquanto estas aparecem com incidencias que variam de 2,27% (Scardapane) a 18,2% (Pillat) as Iridencleisis accusam 0,3% (Erola) e 0,38% (Wilmer).

Propondo-se a alcançar o mesmo objetivo que a irido-esclerectomia de Lagrange (1905) e suas mais sedutora modificação, a trepanação corneo-escleral de Eliot (1909) a Iridencleisis de Holth apoiava-se num principio diferente. Efetivamente, a aspiração era obter um canal de drenagem que garantisse de forma permanente a passagem do aquoso para o espaço sub-conjuntival. Mas, enquanto Lagrange e Eliot depositavam na esclerectomia toda a confiança na conservação da cicatriz filtrante, Holth imaginava poder consegui-la insinuando entre os labios de uma esclerotomia, tecido iriano, derivado do ectoderma e por conseguinte não podendo ser englobado numa proliferação mesodermal.

Por este motivo, as inclusões oferecem mais possibilidades de perdurar do que as esclerectomias. Estas, obturam-se frequentemente, quando preenchidas por tecido cicatricial denso, derivação de proliferação escleral (Holth) ou devido ao crescimento do endotélio dentro do orifício da esclerectomia (Collins) ou por prolapso dos processos ciliares (Greeves) sempre possível quando ha prolongada hipotensão post-operatória ou quando a câmara anterior demora a se refazer.

da brecha escleral, mas para que ela se conserve filtrando, é necessário que o tecido derive da subconjuntiva, seja livre de endotélio e possua espaços de intercomunicação através os quais possa circular livremente o aquoso. Com o correr dos anos, a contribuição da pratica cirurgica e os trabalhos científicos baseados na histopatologia e na gonioscopia, têm feito decrescer o prestigio das esclerectomias e ciclodialisis, ao mesmo tempo que orientam as nossas esperanças para as irido-inclusões. Calculos feitos por Wilmer constataam que no periodo compreendido entre 1912 e 1926, a operação hipotensora mais usada foi a de Eliot, seguida da Ciclodialisis, em terceiro lugar a de Lagrange e em ultimo a Iridencleisis, enquanto que de 1927 a 1941, a de Eliot ainda ocupa o primeiro lugar, porem com menor diferença para as outras, e que a Iridencleisis colocou-se imediatamente depois.

Isto significa que a operação de Eliot está perdendo adeptos, porque estes procuram adotar outros processos e que a Iridencleisis está conquistando a maior parte dos descontentes.

Inegavelmente, a maioria dos oculistas fazem o Eliot porque se habituaram a faze-lo e sentem-se mais seguros em realizar a sua tecnica; por outro lado, os outros processos mais usados, Lagrange e Ciclodialisis, não prometem melhores resultados do que a trepanação; porem, todos os que analisarem seus proprios casos, verão, ao lado de bôa proporção de casos felizes, os fracassos completos, mesmo com reoperação, e as complicações, algumas irrecorrivelmente fatais para o o'ho operado. Entre estas, devemos ressaltar as panoftalmias tardias, a hipotonia que leva á oftalmomalacia, e esvaziamento definitivo da câmara anterior, as irido-ciclites, os descolamentos de corioide com prolongada hipotensão, os prolapso de corpo ciliar nos orifício da trepanação e as opacificações cristalínicas. Sidney Fox em seu artigo "Resultados da cirurgia do glaucoma" no Am. Journal de Janeiro de 1943, cita algumas opiniões sobre a trepanação, que bem refletem o estado de espirito dos oculistas de nossos dias: Parsons diz que "a trepanação é incerta em seus resultados, mas parece ser ainda o melhor meio de se agir contra o glaucoma crônico"; Butler acredita que "a trepanação dá

excelente percentagem de bons resultados, mas se fôr encontrada outra operação melhor, deve ser abandonada”; finalmente Constantine confessa: de minha parte, depois de usar o Eliot durante 26 anos, a cada ano que passa, gosto menos dele. . . Por outro lado, vemos que hoje a maioria dos cirurgiões que têm realizado varias tecnicas com fins comparativos, manifestam-se otimistas com os resultados obtidos com a Iridencleisis e unanimemente acentuam ser o processo mais facil de fazer e o que protege o olho de complicações, alem de ser o que apresenta maiores cifras de cura da hipertensão. Eggers, que adota a variante de Greenwood (dupla incisão da iris) e realizou-a 100 vezes com apenas 2 insucessos, dá importancia fundamental á preparação do retalho conjuntival. Ele preconiza uma incisão conjuntival que englobe ao mesmo tempo a capsula de Tenon, afim de que a difusão e absorção do aquoso possam se fazer nos dois espaços, suconjuntival e subtenoniano; aconselha ainda que ao fazer o retalho, execute-se cortes pequenos e sucessivos por baixo dele, e que não sejam afastados os tecidos por meio da abertura dos ramos da tesoura, pois desta forma provoca-se mais extensas cicatrizes, sem duvida prejudiciaes á absorção. No pos-operatorio deve-se usar mioticos e massagens oculares; si houver necessidade de midriaticos, não deve ser usada atropina e sim adrenalina, cocaina ou homatropina.

Quanto ás contraindicações, é comum considera-las 1) na fase congestiva aguda de qualquer tipo de glaucoma. 2) nas degenerescencias extensas da iris. 3) na uveite hipertensiva. Nos casos da primeira contraindicação, deve-se procurar silenciar a crise com o tratamento clinico e sendo isto conseguido, praticar a inclusão. Os seus efeitos no glaucoma secundario foram recentemente estudados por M. Kalt no Bul. et Mem. de 1.a Soc. Fr. d'ophthalmologie de 1946, que assim resume as suas conclusões: 22 casos de irido-ciclite hipertensiva, tratados por iridencleisis: — em 86% a tensão baixou; em 60% a visão foi melhorada; em 50% o campo visual tornou-se estavel. A unica complicação foi a recidiva da irido-ciclite em 59% dos casos.

Desta forma, resta apenas como contra-indicação, a degenerescencia da iris, que tornaria a inclusão pouco satisfatoria, embora o artificio de Swett, anteriormente descrito, contorne a dificuldade e realise uma variante de iris-inclusão.

No glaucoma absoluto, no qual a enucleação está indicada em vista do fracasso de todas as operações hipotensoras, Ho'th obteve alguns bons resultados com a sua tecnica.

A importância das idéias e o valor dos trabalhos já realizados, põe em relevo a oportunidade com que o tema “Iridencleisis” é apresentado ao estudo e á apreciação dos oculistas nacionais, nesta “4.a Jornada Brasileira de Oftalmologia”.

Enviamos a todos aqueles que ainda não formaram a sua própria experiencia sobre o assunto, um caloroso convite para

Ha em toda parte uma evidente expectativa em torno da Iri e nós não poderemos fazer a nossa opinião sobre ela si não soubermos praticar-la bem, e não tivermos feito a sua critica através as nossas observações. Nada mais justifica a abstenção mantida entre nós. A iridencleisis, concluem numerosos especialistas, após milhares de operações:

- 1) E' mais facil de fazer do que a trepanação de Eliot.
- 2) E', na sua classe, a operação que apresenta menos complicações immediatas ou tardias.
- 3) E' uma tecnica que pode ser aplicada, praticamente, a todos os tipos de glaucoma.
- 4) E' a operação que em todas as estatisticas comparativas, tem conseguido a maior percentagem de curas.

RESUMO

O trabalho é iniciado por breve historico que procura situar a Iridencleisis entre os tipos de “operações de inclusão da iris” dando ao mesmo tempo uma idéa cronologica que torna mais compreensivel a evolução das tecnicas usadas.

As principais modificações e variantes introduzidas na operação de Holth, são expostas e comentadas.

Refere-se o A., em seguida ás restrições feitas á Iridencleisis, quando do seu aparecimento, e ressalta a improcedencia de algumas das mais importantes.

Tece comentarios em torno do mecanismo de ação da Iridencleisis, confrontando-o com os principios

Interpreta a Iridencleisis nos ultimos anos, o qual atribui ás evidentes vantagens que podem ser assim resumidas: 1) Simplicidade de tecnica. — 2) Maior protecção do olho contra as complicações immediatas ou tardias. 3) Aplicação praticamente, a qualquer tipo de glaucoma. — 4) Maior percentagem de curas da hipertensão, do que a obtida por qualquer outro processo cirurgico.

Termina enviando um apelo a todos os oculistas que ainda não possuem experiencia pessoal sobre o assunto, para que pratique na Iridenceleisis.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BAILLART, etc. — Traité d'Ophtalmologia, T. VI e VII.
- 2 — BORTHEN — JOHAN — The Operative Treatmente of Glaucoma by Iridotasis.
- 3 — DENING-EUDOLF — Iridotorsão etc. — Arch. of Opht. — March, 944.
- 4 — DUKE-ELDER — Text-Book of Ophtalmology, V. III, 1945.
- 5 — EGGERS HARRY — Exp. with Iridenceleisis. — Arch. of Opht. — April, 942.
- 6 — FOX-SIDNEY A — Results of Glaucoma Surgery.
- 7 — GOLDENBURG-MICHAEL — Iridotasis, Operation for Glaucoma. — Am. J. Opht. — May, 1923.
- 8 — GREENWOOD — Comparasion of Operations etc. — Arch. Opht. Octo., 933.
- 9 — LAGRANGE — Du Glaucome et del'Hipotonie.
- 10 — SPAETH — Ophtalmic Surgery, 1944.
- 11 — TRONCOSO — Gonioscopy — 1947.