

CONSIDERAÇÕES SOBRE UM CASO DE CÍLIO NA CAMARA ANTERIOR (*)

DR. AVELINO GOMES DA SILVA — S. Paulo (**)

Na literatura oftalmológica são raras as citações de cílios ou cabelos intra-oculares, que não hajam produzido danos de maior ou menor monta. As consequências da penetração de cílios no globo ocular, podem ser desde simples irites, limitadas, às iridociclites graves, purulentas, até a formação de cistos ou perláceos, ou ainda de tumores epiteliais.

Wüderman (1) refere-se à raridade de cílios na câmara anterior após as operações cirúrgicas ou acidentes e *Cowen* (2) faz uma estimativa que pouco ultrapassa de uma centena de casos publicados até 1942, nos quais inclui os 75 casos colecionados por *Sharpe* (3) nos 100 anos anteriores a 1925. Quanto ao número de cílios, é regra ser único, ou apenas 2 ou 3, se bem que no "Graefe Saemisch Handbuch" haja referência a um máximo de 14 cílios.

Como sabemos, é rara a permanência inerte dos cílios na câmara anterior, sendo regra o advento de reações inflamatórias, quasi sempre precedidas de fotofobia, irritação, lacrimação, injeção periquerática, etc., como preâmbulo de irites, iridociclites agudas ou tórpidas, com a proliferação epitelial e a formação de cistos. *Cowen* (2) refere glaucoma, catarata complicada, na ou a posterior formação de cistos da iris. Para *Cuvier* (5) e *von Graefe* (6), tática.

Quanto à formação de cistos provenientes da inclusão de cílios ou cabelos na iris, *Duke-Elder* (7) refere-se a cistos serosos ou perláceos, citando, para justificar a formação destes últimos, *von Graefe* (6), *Monoyer* (8), *Wintersteiner* (9), *Moore* (10) e *Bonnet e Paufigue* (11). *Gallino* e *Benjamin* (12), lembram a raridade de serem múltiplos os cistos perláceos, e descrevem a proliferação do epitélio iriano ao redor do cisto, em 3 camadas, como se fôra a epiderme: a basal, a malpighiana e a granulosa, esta ultima elaborando um produto hialino esbranquiçado que daria

(*) Comunicação à Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo, em 15 de Março de 1948.

(**) Hospital das Clinicas — Clinica Oftalmológica
(Serviço do Prof. Ciro de Barros Rezende)

a cõr perlácea ao cisto. *Scotti* (4) lembra que o cisto perláceo fórma-se sempre algum tempo após o trauma, quando já é completa a cicatrização da ferida perfurante e que quando este alcança um relativo volume, pôdem-se produzir reações violentas

aparecimento de fenômenos hipertensivos. *Damel e Durando* (26) tiveram oportunidade de fazer um exame anátomo-patológico de um cisto perláceo produzido pela inclusão de cílio na íris, onze meses após o traumatismo da córnea. *Roth e Geiger* (13) e *Marbourg* (14) lembram que o cílio pôde estar acolado à parede do cisto e *Moore* (10) afirma que se pôde localizar longe dela. *Gallino e Benjamin* (12) esposaram as duas opiniões e afirmam

Autores há, entretanto, e entre eles *Norris e Landis* (15), *Grae*, (16), *Hughes* (17) e *Sharpe* (3), que negam esta ação dos cílios na câmara anterior, considerando-os como corpos estranhos inertes e indiferentes, quer química, quer fisicamente. *Müller* (18), confirmando o trabalho de *Bulson* (19), refere-se a cílios na câmara anterior sem resultados sérios.

Hirschberg (20) refere-se a 2 casos de cílios intra-bulbares com a produção de inflamação purulenta circunscrita, cuja sintomatologia desapareceu rapidamente após a retirada dos cílios implantados na íris.

São raras as citações de cílios retidos no interior da câmara anterior por longo espaço de tempo, como é a do nosso caso (cerca de 34 anos). *Graedle* (16) fez uma publicação de um caso de 19 anos e entre nós, *Belfort Mattos* (21) publicou um outro de 20 anos, no qual procedeu à intervenção cirúrgica de extração, com bons resultados. No nosso caso, dispensamos a extração do cílio, por se tratar de um olho absolutamente calmo e de acuidade visual muito reduzida pelas lesões de retinopatia hipertensiva.

Em vista da ausencia de sinais reacionários, somos levados a crer que o cílio de nossa presente publicação não levou consigo o bulbo, daí o não aparecimento de fenômenos inflamatórios permanentes e muito menos da formação de cistos ou tumores de natureza epitelial, como afirmam *Wüderman* (1), *Rothmund* (22) e *Belfort Mattos* (21).

Kronfeld (23), após experiencias em animais, chegou à conclusão de que o que produz inflamações é o material sebáceo que envolve o cílio, pois cílios desengordurados permanecem na câmara anterior por muito tempo sem nenhum sinal inflamatório. Acrescente-se à gordura dos cílios o fato de estarem expostos ao meio ambiente e podemos compreender as irites agudas, purulentas, graves e as de natureza tórpida e plástica.

Localmente, como no caso presente, o cílio produz uma pequena reação inflamatória, formando um conglomerado de fibrina, facilmente visível pelo bio-microscópio, o que procuramos destacar em nosso desenho (Fig. 1) com o aparecimento de células gigantes como afirma *Cowen* (2).

Póde também o cílio, quando permanecer por muito tempo no interior da câmara anterior, ser incistado por massa gelatinosa ou ainda, quebrar-se fender-se ou branquear, o que não é confirmado por *Belfort Mattos* (21) e pelo caso presente, no qual o cílio permanece íntegro.

Berliner (24) no seu trabalho de bionicroscopia, referindo-se a pequenos corpos estranhos intra-bulbares, lembra que entre eles podem ser descobertos, por um estudo cuidadoso com a lâmpada de fenda ou pela gonioscopia, cílios acolados ou implantados na íris e que tais cílios são vistos envoltos por delicada e translúcida película, resultante da encapsulação por exsudato fibrinoso ou por uma reação do tipo do corpo estranho.

Vogt (25), no seu mais recente livro, refere-se a dois cílios na câmara anterior; um num olho que sofrera anos antes um traumatismo com perfuração da córnea e que sempre se apresentou calmo e outro retirado 14 dias após traumatismo ocular.

Quanto à conduta terapêutica, deduzimos pelo manuseio da literatura, a respeito disso, que a extração do cílio deve ser a mais precoce possível e como quer *Wüdermann* (1), esta deve ser feita com pinça através do próprio ferimento corneano.

Cowen (2) refere a extração de dois cílios da câmara anterior em traumatismo recente (uma semana), com a posterior formação de sinéquias posteriores e de precipitados na face posterior da córnea, resultantes de uma iridociclite aguda.

A conduta terapêutica deve, pois, ser diferente para cada caso, levando-se em conta a possibilidade do aparecimento, ainda que tardio, de fenômenos inflamatórios, com irites ou uveites, ou reacionários com a formação de cistos ou tumores.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

B.M.S., branca, 34 anos, casada, brasileira, residente em Pirapora, neste Estado, encaminhada à consulta com pedido de exame dos fundos oculares e com o diagnóstico clínico de “glomérulonefrite sub-crônica”.

Submetida a paciente ao exame de rotina, nada foi encontrado a olho desarmado quanto ao segmento externo, tendo sido apenas constatada uma baixa na acuidade visual de OD (visão de dedos a 2 ms.) em relação, ao OE (visão um pouco superior a 0,2).

Feita o oftalmoscopia com o oftalmoscópio comum de equipo, notamos um quadro típico de retinopatia hipertensiva, o que nos levou, consoante nosso hábito, a fazer a biomicroscopia estereoscópica dos fundos oculares pela lâmpada de Haag-Streith.

Colocado o vidro de contacto, dispunhamo-nos ao exame, quando notamos algo como uma membrana pupilar persistente, presa ao rebordo pupilar de OD.

Prosseguimos em nosso exame estereoscópico do fundo, constatando um adiantado quadro de retinopatia hipertensiva, com produção de hemorragias e manchas brancas, principalmente sobre a região macular, o que justifica a baixa acuidade visual.

Terminado o exame, retiramos o vidro de contáto e procedemos ao exame biomicroscópico do segmento anterior, notando então, com fenda reduzida e luz de média intensidade, uma nébula linear em sentido vertical, na zona central da córnea, chegando quasi ao limbo, no setôr inferior. Esta nébula, que na gravura está exagerada para melhor elucidação, interessava toda a espessura da córnea, havendo, entretanto, perfeita epitelição, tanto anterior como posterior.

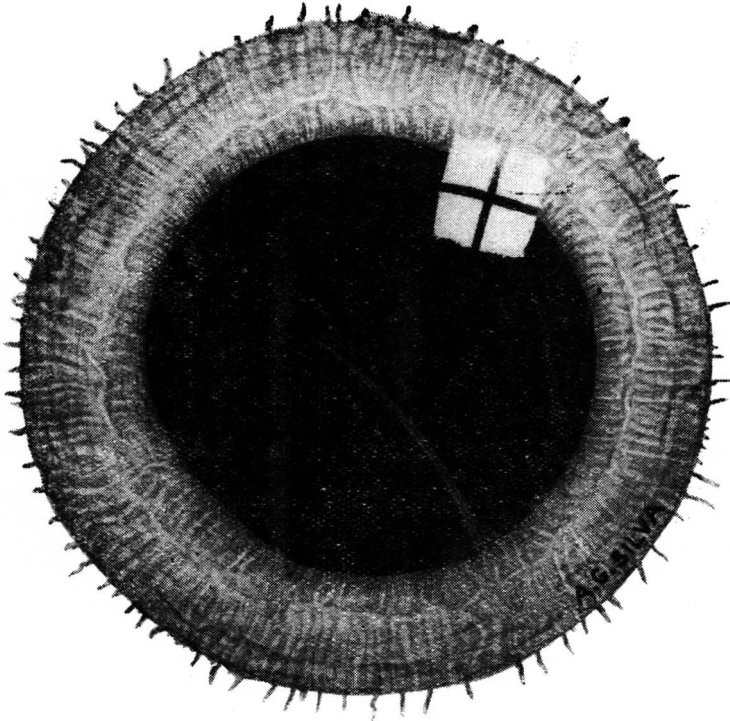
Em correspondência com esta nébula da córnea, havia na cristaloide anterior uma pequena opacidade, também linear e um pouco mais larga, quasi imperceptível, a não ser com os efeitos do jogo de luz da fenda e que também aparece exagerada no desenho.

Junto ao rebordo pupilar, entretanto, fixava-se um cílio, perfeitamente visível e identificável, que se prendia por trás da iris, mais ou menos na altura das 5 horas e flutuava na câmara anterior, dirigindo-se para a face posterior da córnea, sem nela, todavia, roçar.

A iris, de uma tonalidade azul-claro, idêntica à do OE, nada apresentava de anormal, a não ser uma pequena aglutinação de exsudato ou tecido conjuntivo junto à implantação do cílio e uma pequena deformidade no contorno da pupila, em forma de achatamento, entre 7 e 8 horas.

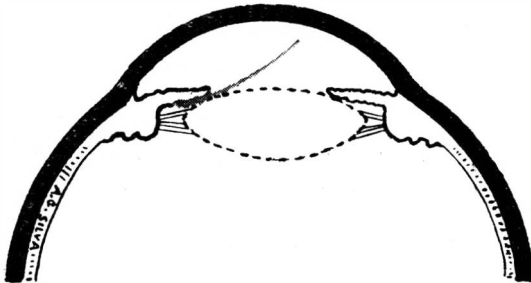
Sobre a cristaloide anterior, além da zona opacificada já descrita, havia completa ausência de pigmento iriano, exsudato, etc.

FIG. 1



Tendo tido oportunidade de examinar esse olho após o efeito do cicloplégico, usado para a biomicroscopia estereoscópica, pudemos notar uma maior acentuação da deformidade pupilar e também que o cílio acompanhava os movimentos de contração e dilatação da pupila, achegando-se ou afastando-se da face posterior da córnea sem nela tocar, o que nos leva a concluir estar ele afixado na camada pigmenta da íris, como demonstramos esquematicamente na figura seguinte.

FIG. 2



Feita uma anamnése bem orientada, a paciente confessou que aos dois anos de idade, portanto há 32 anos, ao brincar com um canivete, feriu-se

em um dos olhos. não se lembrando qual dos dois, tendo ficado, segundo ouviu falar em sua casa, com um dos olhos muito inflamado, durante alguns dias.

Pe'os que expuzemos, deparamos com um cílio dentro da câmara anterior, preso por sua extremidade bulbar à face posterior da íris, roçando a cristalóide anterior sem a lesar e que aí está ha cerca de 32 anos, não tendo produzido reações inflamatórias de grande monta e nem prejudicado os outros segmentos oculares.

S U M Á R I O

O autor faz referência a um cílio que ha 32 anos aproximadamente jaz na câmara anterior, sem produzir reações inflamatórias de grande monta. Preso pela sua extremidade bulbar à face posterior da íris, roça a cristalóide anterior sem a lesar e atravessando a pupila, flutua no humor aquoso, acompanhando os movimentos da íris. Por se tratar de uma paciente portadora de retinopatia hipertensiva, com baixa acuidade visual, não foi feita a extração do cílio.

S U M M A R Y

The author reports a case of an eyelash which for about 32 years lays in the anterior chamber without producing inflammatory reactions of importance. Adhering by its bulbous extremity to the posterior surface of the iris, it touches the anterior capsule without harming same and passing through the pupil, floats in the aqueous humor, accompanying the movements of the iris. In view of the fact of the patient having an hypertensive retinopathy with low visual acuity, no attempt was made to extract the eyelash.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — WUDERMAN, H. V. — Cit. Cowen (2).
- 2 — CCWEN, J. P. — Cilia implantation in anterior chamber through traumatic corneal perforation. Amer. Jour. Ophth., 25:721, 1924.
- 3 — SHARPE, O. A. — Eyelash in the anterior chamber. Amer. Jour. Ophth., 8:301, 1925.
- 4 — SCOTTI, O. — Lesioni traumatiche dell'apparato visivo. Edit. Dott. A. Milani, Padova, 1938 — XVI. pag. 168 e 234.

- 5 — CUVIER. — Cit. Cowen (2).
- 6 — VON GRAEFE. — Cit. Cowen (2) e Duke-Elder (7).
- 7 — DUKE-ELDER. — Text-book of Ophth. — C. V. Mosby Co. — St. Louis, 1945. Vol. III, pag. 2437-38, grav. 2028.
- 8 — MONOYER. — Cit. Duke-Elder (7).
- 9 — WINTERTEIMER. — Cit. Duke-Elder (7).
- 10 — MOORE. — Cit. Duke-Elder (7).
- 11 — BONNET E PAUFIQUE. — Cit. Duke-Elder (7).
- 12 — GALLINO, J. A. E BENJAMIN, A. — Arch. Oftal. B. Aires. T. XXII, N.º 4-6: Abril - Junho. 143-144, 1947.
- 13 — ROTH E GEIGER. — Cit. Duke-Elder (7).
- 14 — MARBOURG. — Cit. Duke-Elder (7).
- 15 — NORRIS E LANDIS. — Cit. Cowen (2).
- 16 — GRAEDLE, H. S. — Cit. Cowen (2).
- 17 — HUGHES, R. A. — Cit. Cowen (2).
- 18 — MULLER. — Cit. Cowen (2).
- 19 — BULSON, A. L., Jr. — Cit. Cowen (2).
- 20 — HIRSCHBERG. — Cit. Cowen (2).
- 21 — BELFORT MATTOS, W. — Arq. Bras. Oftal., vol. 6, N.º 2, 1943.
- 22 — ROTHMUND. — Cit. Cowen (2).
- 23 — KRONFELD, P. C. — Cit. Cowen (2).
- 24 — BERLINER, M. L. — Biomicroscopy of the eye. Paul B. Hoehner, Inc. N. Y. Lond. Vol I, pr. XXXIX, figs. 5 e 6.
- 25 — VOGT. — Lehrbuch und Atlas der Spaltlampenmikroskopie des lebenden Auges., 1942, gravs. 1832, 33.
- 26 — DAMER, C. S. E DULANDO, S A. — “Quistes traumaticos del iris y pestañas en camara anterior. Arch. Oft. B. A., 10, T-XVII, Outub. 614-625, 1942.