

ATUALISAÇÕES.

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

DA QUERATOPLASTIA E DA QUERATECTOMIA

GASTROVIEJO, R. — New York — Am. J. of Ophth. Set. 1946.

Em virtude da difusão de idéias errôneas por parte da imprensa leiga sobre a questão do enxerto da córnea, traduzimos aqui a última publicação sobre o assunto de autoria dum dos maiores cirurgiões da especialidade. (Nota da Redação)

Os processos cirúrgicos usados para o tratamento das opacidades da córnea são: a queratoplastia e a quereatectomia. Sempre que possível deve ser preferida a primeira por ser consideravelmente melhor a acuidade visual obtida com este processo comparado às quereatectomias.

Com a queratoplastia, quando o transplante permanece perfeitamente transparente, não é raro obter-se visão de 20/20 ou mesmo um pouco mais, enquanto que a quereatectomia deixa sempre um certo grau de astigmatismo irregular e turvação da córnea que não permitem visão além de 20/100. Estas asserções estão baseadas em estudos de mais de 600 queratoplastias e mais de 100 quereatectomias feitas no *Institute of Ophthalmology, Columbia Presbyterian Medical Center*.

As inflamações contraindicam as operações em estudo. Quando a inflamação é devida à moléstia (infecção, lesão específica ou afecção por vírus) ou consequente a traumatismo, a operação deve ser retardada até que todos os sinais da inflamação tenham desaparecido e o olho esteja calmo há seis meses no mínimo.

Nos casos de queimaduras causadas por substâncias químicas, chumbo ou metais em fusão, é aconselhável esperar aproximadamente um ano, a fim de que a cicatrização esteja completa e tenham desaparecido a fotofobia, lacrimação e blefaroespasmos. Estando afinal calmo o olho trata-se a seqüela do acidente por um dos dois processos referidos.

O glaucoma contraindica estas operações. Em olhos glaucomatosos, com opacidade da córnea, quando melhora da visão pode ser esperada pela queratoplastia ou quereatectomia, o estado glaucomatoso deve ser tratado previamente por meios cirúrgicos adequados. Aconselha-se fazer nestas intervenções contra o glaucoma uma iridectomia bastante larga. Este procedimento deixa o olho em condições mais favoráveis para a queratoplastia, com menor perigo de sinequia anterior e recorrência do glaucoma, complicações estas que muitas vezes trazem nébulas ou turvação do enxerto.

Relativamente ao prognóstico da queratoplastia e das quereatectomias,

os pacientes podem ser divididos em três grupos principais:

1.º Grupo) Compreende os casos abaixo estudados, os mais favoráveis à queratoplastia, nos quais se pode esperar uma grande percentagem de enxertos transparentes e melhora de visão, que alcança 20/50 e não raro 20/20 ou mais. Ocorrem nas seguintes condições oculares:

(a) Opacidade central da córnea onde o enxerto fica circundado por tecido corneano são.

(b) Queratocone que não tira proveito ou não tolera o uso de lentes de contacto. Nestes casos o enxerto deve ser bastante grande, interessando todo o cone, pois caso contrário o enxerto tende a cicatrizar desigualmente, podendo então fazer protusão causando astigmatismo pronunciado e mioopia, que comprometem o resultado da operação.

(c) Queratite intersticial, quando a opacidade não é muito densa nem muito extensa que permita ficar o enxerto em contacto com tecido corneano são. A fim de evitar recorrência da queratite intersticial e consequente nebulosidade ou opacificação do enxerto, a infecção responsável pela queratite deve ser esclarecida ou pelo menos o tratamento da infecção deve ser bem conduzido antes da intervenção.

2.º Grupo) Compreende os casos menos favoráveis à queratoplastia, mas ainda apresentam grande percentagem de enxertos transparentes e melhora considerável da visão. Compreende as seguintes condições:

(a) Distrofias corneanas, tipo Fleischer, Haab-Dimmer, Groenow e Salzmann.

(b) Opacidades superficiais que se estendem à toda superfície da córnea, mas com o epitélio aparentemente são, livre de vascularização superficial, apresentando ao exame simples e ao biomicroscópio a maior parte do estroma e as camadas internas da córnea normais.

(c) Queimaduras corneanas pelos gases de guerra, quando em ausência de vascularização superficial com aspecto de pano e quando a destruição da córnea inclua apenas uma área limitada das camadas superficiais deixando por baixo bastante córnea sã para nutrir o enxerto.

(d) Leucomas aderentes. A queratoplastia deve ser precedida duma iridectomia para libertar a íris da cicatriz corneana.

(e) Descemetoceses, em consequência de úlcera ou cirurgia, em plena área pupilar ou próximo dela, quando a opacidade *in totum*, incluindo a descemetocese podem ser substituídos pelo enxerto.

(f) Queratite intersticial com opacidades mais extensas e densas do que as do grupo 1, mas ainda com bastante permeabilidade no estroma que permita supor que o enxerto venha permanecer mais transparente do

que a opacidade inicial.

3.º Grupo) Compreende os casos desfavoráveis à queratoplastia. São eles:

(a) Cicatrizes corneanas incluindo a área pupilar e se estendendo até o limbo. Nestes casos o transplante vasculariza-se e consequentemente torna-se nebuloso ou mesmo opaco, e por isso a queratoplastia deve ser praticada com reservas sobre o prognóstico e, ao ser praticada, deverá ser precedida por uma larga iridectomia correspondente à opacidade corneana. Se o transplante torna-se nebuloso o olho fica em melhores condições para receber uma segunda queratoplastia, na área pupilar, visto ter ficado a córnea menos opaca do que no início.

(b) Leucomas extensos nos quais o transplante fica circundado em mais de metade da circunferência por tecido cicatricial denso. Nestas condições uma querectomia parcial, superficial, que remova tanto quanto possível da espessura da cicatriz, pode melhorar a visão. Se, após esta querectomia, a visão não apresente a melhora esperada, o olho encontra-se em condições de receber uma queratoplastia.

(c) Opacidade em faixa. Nestes casos o transplante geralmente é invadido pela opacidade e seria preferível fazer antes uma querectomia parcial e superficial, para eliminar a área afetada da córnea.

(d) Distrofia adiposa. O enxerto nestes casos é invariavelmente invadido pelo processo, tornando-se opaco. Também aqui é preferível praticar-se uma querectomia superficial e parcial, tão extensa quanto necessário para excisar toda a área afetada, preservando todavia tanto quanto possível o epitélio corneano normal da periferia que servirá para epitelização posterior da área corneana dissecada.

(e) Queimaduras corneanas profundas, devidas a gases, esteja o olho calmo ou ainda com fotofobia, blefaroespasmos e lacrimejamento. Nestes casos é aconselhável praticar uma querectomia parcial e superficial, a fim de ser removida toda a área afetada e em profundidade necessária até chegar ao tecido corneano claro sem perfuração. Por este processo pode-se já obter bastante visão para fazer desnecessária qualquer outra intervenção, mas se a melhora da visão não for suficiente, estando o olho livre de blefaroespasmos, lacrimação e fotofobia, torna-se mais favorável uma ulterior queratoplastia.

(f) Opacidades corneanas extensas causadas por explosão, que deixam a córnea com aparência de terem sido tatuadas. Uma querectomia parcial superficial pode melhorar a visão e se isto não se verificar, uma ulterior queratoplastia encontra maiores probabilidades de êxito.

(g) Opacidades corneanas em olhos afáquicos, particularmente após a extração extracapsular. Estes casos são desfavoráveis porque a íris, a cápsula do cristalino e mesmo o vítreo podem estar encarcerados na cicatriz corneana. Esta complicação é suficiente para tornar o transplante nebuloso ou opaco.

(h) Opacidades extensas da córnea, com vascularização superficial com tipo de pano, geralmente causada por queimadura (química, por chama ou metal fundente), não permitem boa queratoplastia e o transplante invariavelmente torna-se opaco. Estes casos são melhor tratados por meio de queratectomias superficiais. Se a opacidade não se estender à toda superfície da córnea, a parte sã deve ser respeitada e apenas as camadas superficiais da córnea devem ser dissecadas, inclusive a opacidade com os vasos sanguíneos. A operação deve ser seguida de aplicações de Raios X, a-fim-de prevenir a recorrência da vascularização. Sendo a opacidade total, a queratectomia deverá ser também total com os mesmos cuidados post-operatórios.

Se além da opacidade corneana houver também simblefaro, a queratectomia será combinada com plástica córneo-conjuntival ou plástica córneo-conjuntival com mucosa bucal, para a correção do simblefaro.

A distrofia epitelial de Fuchs, a opacidade extensa da córnea com degeneração calcárea, opacidades corneanas causadas pelo pênfigo e opacidades corneanas com senéquias anteriores extensas não são melhoradas por queratoplastia ou queratectomia.

Olhos com opacidades corneanas datando de muitos anos, particularmente quando há nistagmo pronunciado, não são susceptíveis de queratoplastia para fim visual, por causa da alta ambliopia destes olhos. Todavia, o transplante pode permanecer transparente sem melhoria da visão.

A queratoplastia está contraindicada mesmo em presença de olho favorável, quando durante o exame o paciente mostrou-se indócil ou não cooperante. É lógico admitir-se que por falta de cooperação o post-operatório seja acidentado, com grande perigo de complicações sérias tais como sinequia anterior e consequente glaucoma secundário ou prolapso do transplante acarretando a perda do olho.

(Omitidos os comentários e 17 figuras).

DR. DURVAL PRADO