

Corpo estranho intra-ocular e siderose bulbar (*)

W. CARVALHO PINTO e J. MENDONÇA DE BARROS
Drs. W. CARVALHO PINTO e J. MENDONÇA DE BARROS

F. D. Moreno, de 42 anos, espanhol, cas., servente de pedreiro, residente em S. Paulo, dá entrada na 1.^a Enfermaria de Olhos, da Santa Casa, serviço do Dr. Pereira Gomes, no dia 26 de junho de 1941, queixando-se de que, 3 semanas antes, pingára cal em OE. e desde então não mais enxerga com esse olho.

Examinando-se o paciente e tendo-se a atenção voltada para OE., notou-se, desde logo, que o cristalino estava quasi totalmente opacificado, exibindo uma coloração levemente esverdeada e apresentando pequenos ninhos de depósito de cor ferruginosa, aparentemente localizados sobre a capsula anterior da lente. Vendo que o caso merecia um exame mais atento e cuidadoso, o paciente foi conduzido para lugar apropriado e pudemos, então, observar:

OD. sem qualquer alteração, iris de tonalidade predominantemente esverdeada, com tom castanho claro da região do mesoderma profundo situada entre a golhilha e a bainha pupilar. Os reflexos pupilares são normais, os meios transparentes não apresentam alteração, o fundus se ilumina homogeneamente e não exhibe patologia alguma, a acuidade visual é igual a 1.

OE. cornea aparentemente sem alteração, iris de cor castanha, simulando folha morta, sem brilho, em evidente contraste com a de OD. Cristalino opacificado. Pupila levemente deformada, que foi dilatada com homatropina para melhor se poder estudar o caso à lampada de fenda.

O exame com este aparelho mostra: cornea tomada por uma pigmentação, que se localiza em quasi toda a altura do seu parenquima, deixando apenas poupado o 1/4 ou 1/5 anterior da membrana, pigmentação essa de cor levemente avermelhada, formando granulos de tamanho diverso desde muito pequenos, finos, até outros mais conspícuos e densos, havendo uma zona mais ou menos poupada na vizinhança imediata do limbo. Ha um fino pontilhado de edema endotelial, indicador de leve reação ciliar, melhor evidenciada ainda por exsudatos finos que flutuam no humor aquoso, enquanto outros aderem à face posterior da cornea.

A iris mostra seus desenhos borrados, com estroma levemente atrofico, e despigmentação ligeira em alguns pontos da membrana pupilar; o cristalino evidencia faixas de densidade e coloração diversas,

(*) Trabalho apresentado à Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, em 15-XI-1944, sessão em homenagem ao ex-presidente Dr. J. Pereira Gomes. J. A. SENÁ — Cuerpos extraños endo-oculares - B. A. - 1930.

notando-se uma coloração amarelo-esverdeada, especialmente acentuada nas camadas anteriores, havendo superficialmente, logo abaixo da capsula anterior, acumulos de granulos castanhos. A capsula apresenta aspecto comparavel ao de formação de pequenas vesiculas como se um edema estivesse presente.

Como vimos, nada faltava no caso para se estabelecer o diagnostico de **siderose bulbar**, razão pela qual interpelamos o paciente sobre se sofrera anteriormente qualquer traumatismo ocular, sobretudo penetração de corpo estranho, obtendo sempre resposta decididamente negativa a todas as nossas perguntas e relacionando o inicio de seus padecimentos ao pingo de cal que se projetara em seu olho esquerdo, ha 3 semanas.

Enviado o paciente ao gabinete de radiologia do Hospital com a indagação "**Corpo estranho intra-ocular?**", obtivemos a resposta positiva para corpo estranho embora dúbia no referente a localização intra-bulbar dizendo o relatorio haver "**corpo estranho projetando-se na parte inferior da região orbitaria esquerda, no eixo mediano vertical**".

Fez-se uma prova ccm electro iman, notando-se que o paciente se queixava de dor ao incidir o aparelho na vizinhança immediata da inserção do reto inferior. Com este dado, no dia 16 de julho foi o doente colocado na mesa operatoria, só se fazendo anestesia após se ter assegurado que o ponto de maior sensibilidade residia na linha mediana vertical, a uma distancia de 6 mms. aproximadamente do limite esclero-corneano. Rebateu-se a conjuntiva, incisou-se a esclera em uma linha paralela ao limbo e a 6 mms. dele, por uma distancia de 2 mms. aproximadamente. Em uma primeira tentativa, applicando-se o electro iman sobre a ferida e fazendo-o passear ligeiramente, nada se obteve; mudou-se a ponta para uma mais delgada, introduzida entre os labios da incisão, ligou-se a corrente e retirando-se delicadamente o aparelho verificou-se que presa à ponta do mesmo se encontrava um fragmento metalico escuro, medindo 2.5×0.5 mm. Não houve perda de vitreo, suturou-se o retalho conjuntival, fez-se o penso oclusivo. A cicatrização se fez rapidamente, sem qualquer reação.

Após ter-se provado ao doente que, de fato, ele possuia um corpo estranho intra-ocular então retirado, no sossêgo de seu leito, rebuscando em sua memoria, lembrou-se ele que em janeiro de 1940, isto é, 1 ano e meio antes, trabalhando em uma obra à rua Bom Pastor, fazendo uso de martelo sobre uma talhadeira sentiu saltar um fragmento desta que lhe atingiu OE. "**abaixo da menina**". Caiu da escada em que se encontrava, tendo perdido os sentidos. Ficou com OE. muito vermelho, desaparecendo isto com o tempo, mas não de maneira completa. Esteve em tratamento na Companhia de Seguros. mas ao fim de 3-4 dias foi-lhe dito que nada mais tinha de anormal e que devia retornar ao seu trabalho. Nunca percebeu que não via

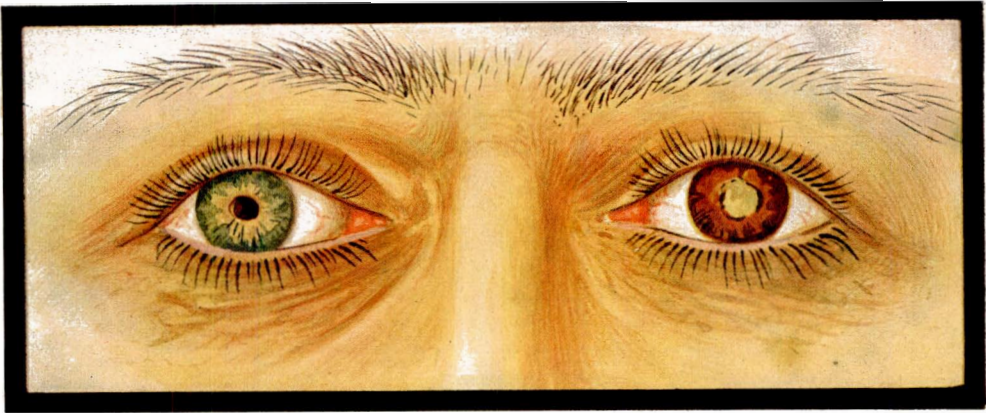


Fig. 1



Fig. 2

bem com OE. mas sua senhora, em conversa conosco, nos disse que notara que, em janeiro deste ano, a “menina” começara a se tornar esbranquiçada, e que o paciente por vezes se queixava de dor no referido olho.

* * *

11 dias depois da retirada do corpo estranho, após pequena ausência, o paciente retorna à Enfermaria, notando-se, então, pequena diferença na coloração da íris, parecendo-nos que não se alterara a pigmentação da córnea. Apesar da discreta reação ciliar, a 30 de julho, foi retirada a catarata. Fez-se iridectomia total, tentou-se a extração intra-capsular com pinça de Arruga, rompendo-se a capsula, sendo a operação terminada com uma comum intervenção extra-capsular.

O post-operatorio foi relativamente bom, agravando-se ligeiramente a reação ciliar, mas tudo clareando em pouco, saindo o paciente da Enfermaria a 14 de agosto, com visão de dedos a 1 metro, sem correção, no lado operado.

Vimo-lo novamente a 10 de setembro e 10 de outubro, podendo-se examinar perfeitamente o fundus, não conseguindo visualizar ponto provável de penetração do corpo estranho, nem tampouco a cicatriz da primeira intervenção. Nessa ocasião ainda era nítida a diferença entre uma e outra íris e ainda bastante conspicua a impregnação da córnea. Perdeu-se de vista o doente depois dessa data.

* * *

Quais os pontos de contato deste caso com outros de corpo estranho intra-ocular? Lembremos que no que diz respeito ao sítio de penetração, embora esta se dê na quasi totalidade dos casos pela córnea, deixando, então, traços visíveis e permanentes de sua passagem, a via escleral, como parece se ter dado em nosso caso, não é rara embora esteja em grande minoria frente às outras vias: 10% na estatística de Haab, segundo Sená.

Quanto à localização: os alojados no vitreo, ainda segundo Sená, compreendem 75% do total dos casos.

No que concerne à natureza do corpo estranho, está entre a maioria, porquanto os ferruginosos dominam amplamente (75% segundo Sená).

Tolerancia: é sabido que o olho pode abrigar, tolerando-se razoavelmente bem, corpos estranhos de ferro que são bem melhor acolhidos que os de cobre, embora não tanto como os de vidro, ouro, carvão, etc. Ha casos de olhos que, por mais de 40 anos, mantiveram em seu interior corpos estranhos de ferro.

Olho atingido: contra a opinião de Ivert que diz que é o direito, o esquerdo mostra grande predomínio aliás facilmente entendido porquanto muitos destes acidentes, como no nosso caso, resultam de

pancadas em que o operario, mais vezes, se coloca com o lado esquerdo voltado para o objeto a ser batido.

Quanto à **catarata siderotica** sem que o corpo estranho esteja dentro ou tenha perfurado o cristalino não é achado raro, porquanto o mecanismo da catarata pode tambem ser indireto, estando o corpo estranho proximo ao cristalino, alojado na sua vizinhança.

O interêsse que para nós tem este caso reside no diagnostico feito a despeito das negativas do paciente e no problema de compensação que casos semelhantes podem acarretar.

É conhecida a frequencia com que portadores de corpos estranhos intra-oculares muitas vezes deles não tem conhecimento: aliás a denominação de siderose bulbar foi primitivamente usada por Bunge em caso em que, pela cor da iris e cornea, suspeitou a existencia de um corpo estranho intra-ocular. Lembramo-nos que, à Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo, ha mais ou menos 10 anos, o dr. Busacca apresentou um doente portador de uma catarata cujo tipo correspondia perfeitamente ao da catarata siderotica, fazendo por ela o diagnostico contra a afirmativa do paciente que negava terminantemente qualquer traumatismo ocular.

O problema de compensação pode ser criado pelo fato de que, tratando-se indubitavelmente de um acidente de trabalho, a possibilidade de poder ser revelado só muito tempo depois do sucedido, poderá criar obstaculos à compensação que o mesmo evidentemente tem direito.

BIBLIOGRAFIA

J. A. Sená — Cuerpos estranos endo-oculares - B. A. 1930.