

Cirurgia da cisticercose sub-retiniana. (*)

Um novo processo

W. BELFORT MATTOS

No presente artigo referir-me-ei a um novo processo cirúrgico no tratamento da cisticercose sub retiniana. E este mesmo processo poderá também ser usado em todos os casos em que o parasita esteja imóvel dentro do olho, preso à parede ocular, como em casos de parasitismo sub-hialóideo. Em varias comunicações feitas às sociedades médicas do Brasil (1.2.3.4.5.6.) e em artigos outros (7.8.9.), trouxe ao conhecimento do meio médico especializado os meus casos de cisticercose ocular: os meus sucessos e os meus insucessos, a terapêutica que adotei e a minha maneira de entender a patogenia da cisticercose intra-ocular. Os meus casos são aqueles que diagnostiquei ou operei. A grande maioria deles figura na estatística do Instituto Penido Burnier, sem referencias ao verdadeiro autor. Com os dois casos do presente trabalho, somam 18 os casos de cisticercose ocular que diagnostiquei e operei até hoje. O processo cirúrgico que empregava na extração de um cisticerco sub-retiniano, e que ficou estandarizado, sendo usado por aqueles que tentavam a extração de parasita preso à parede ocular, era o seguinte:

- Anestesia bulbar; aquinesia;
- Exteriorização perfeita do lugar da superficie escleral, sede do parasita, fazendo-se a tenotomia provisoria do músculo indicado, bem como a cantotomia, quando fossem necessarias;
- Incisão da esclerótica, feita com faca de catarata ou bisturi, de fora para dentro; abertura da coróide;
- Caso a saída do parasita não se desse espontaneamente:
- Recolocação do bulbo em sua posição normal e oftalmoscópica, para a verificação da sede da incisão.
- Introdução no interior do olho de uma pinça de ramos delgados (a de cápsula ou mesmo a de iris), a qual, guiada pela oftalmoscopia, iria à cata do parasita.

Tais eram os tempos essenciais de extração de um cisticerco intra-ocular fixado à parede do globo ocular. E, destarte, somente uma vez não conseguí a extração do parasita; das outras vezes, porem com visão muito reduzida, o olho foi sempre conservado em ótimas condições. De uma feita, retirei dois cisticercos juntos, com traumatismo mínimo. Em um caso apenas, publicado no Bol. da Soc. de Medicina e Cirurgia de São Paulo — *numero especial da Semana oftalmo-neurológica*, pág. 339, e que figura na estatística de Penido Burnier — Arquivos do Instituto

(*) Comunicação feita à Sociedade de Oftalmologia de S. Paulo, sessão de 14 de Agosto de 1940.

Penido Burnier, Vol. V, Fasc. II, págs. 151 e 160, observação 24.012, consegui conservar a boa visão anterior à operação, que era de 0,5.

Estava satisfeito com os meus resultados, bem como os colegas que empregaram, mais ou menos, a mesma técnica (Pereira Gomes, Lech Junior, Penido Burnier e outros). Salvava-se o globo ocular, já que se não podia salvar a vista, nem mesmo conservar a existente, devido ao fato de que o descolamento retiniano determinado pelo parasita progredia depois da intervenção cirúrgica. Si não retirássemos de dentro do olho o cisticerco, graves distúrbios determinariam a perda completa do órgão, tornando-se indispensável a sua enucleação.

O processo da electrólise, aconselhado por alguns autores, era teórico e problemático.

Em uma comunicação feita à Sociedade de Oftalmologia de São Paulo (10), disse que a diatermo-coagulação tinha a sua indicação em casos de cisticercose sub-retiniana, e, logo que se me oferecesse a oportunidade para tal, eu a empregaria.

No corrente ano, esta oportunidade me veio por duas vezes.

PRIMEIRA:

Em 26 de fevereiro último, compareceu ao meu consultório o Sr. J. N. N. M., de 21 anos, branco, brasileiro, solteiro, residente em Baurú, portador de uma carta do Dr. Bittencourt Prado. Nela, o meu prezado colega relatou o caso clínico: há 20 dias, grave uveíte serosa do olho esquerdo debelado pelo tratamento geral e local (protinjetol, bismuto e injeções sub-conjuntivais hipertônicas de cloreto de sodio). Tendo clareado o vitreo, pudera então o colega ver um cisticerco sub-retiniano. O quadro oftalmoscópico era característico: quisto entozario visto debaixo dos vasos retinianos, repleto irisado nas bordas, escollex invaginado, coroidite perto do parasita, vitreo ligeiramente turvo. A foto-retinografia n.º 13 mostra o aspecto do parasita no interior do olho.

Acedendo ao pedido do colega, opereí o nosso doente no dia 1 de Março de 1940. Auxiliaram-me na intervenção os Drs. Bittencourt Prado, Mario Malavazzi e Januario Nicoletti. Iria praticar a extração do parasita e secundariamente a diatermo-coagulação para bloqueio do descolamento por meio da coroidite adesiva, e, caso não conseguisse a sua extração, seria praticada então a diatermo-coagulação do parasita. Julguei preferível tentar primeiro a extração do parasita, antes de destruí-lo pela electricidade, no que errei. A localização foi feita com precisão como se tratando de uma perfuração retiniana. No ato operatório, pratiquei a tenotomia do M.R.I. para poder rodar para fora e para baixo o globo ocular, pondo a nu a superfície escleral onde devia ser feita a incisão, sede do parasita. A incisão foi paralela ao limbo e de cerca de 1 centímetro de comprimento, tendo-se dado a dilaceração da coróide e saída do liquido do descolamento. Como o parasita não saísse, tentei, como sempre fizera, a sua retirada por meio da pinça, guiada pela oftalmoscopia. A retina caminhando frente a pinça, empurrada por esta, deslocava o parasita da sua posição primitiva e impedia a sua apreensão. Nas

diversas tentativas que fiz, o que veio preso aos ramos da pinça foram fragmentos retinianos. Pela oftalmoscopia, não se pode ver se existe retina entre a pinça e a presa, por ser a retina transparente. Como tudo já estivesse disposto para a diatermo-coagulação e como uma hemorragia sub retiniana impedia agora novas tentativas de pegada e o vitreo apurava-se em direção à superfície, cercando quanto possível, toda a zona traumatizada e no lugar provável da sede do parasita pratiquei diversas diatermo coagulações perfurantes de maneira a alcançar o seu corpo. Dada por finda a operação, reconstruí tudo, suturando musculo e conjuntiva. O paciente ficou com os dois olhos cobertos e em posição adequada durante 5 dias, findos os quais instilei atropina para só descobri-los novamente depois de 10 dias da intervenção e examinar o fundo do olho que se apresentava com a retina toda colada, menos no lugar da intervenção onde se via grande bolsa sanguínea sub retiniana com o cisticerco dentro. A visão era igual a anterior a operação, de 0,3 da normal. Em repouso e com o uso diario de atropina, permaneceu o nosso doente em São Paulo mais alguns dias para depois viajar até Baurú afim de ser examinado por Bitencourt Prado. Percebia-se nessa ocasião a bolsa quística de contornos fluos imóvel, vitreo transparente. As hemorragias intra oculares iam-se reabsorvendo.

Dois meses após a intervenção, o parasita diminuiu rapidamente de tamanho para no fim de 90 dias da operação não mais ser observavel. Havia eu dado alta ao nosso doente, quando em meados de Junho apareceu-me novamente no consultorio com forte irite, vitreo completamente turvo, fotofobia, dores. Com atropina, repouso, injeções de leite, etc. tudo cedeu, clareou o vitreo para permitir ver a retina toda descolada. A visão agora é de movimentos da mão. Contudo, como nos outros casos o olho está perfeito, exteriormente!

SEGUNDA:

Numa feliz coincidência 27 dias após ter vindo ao meu consultorio a pessoa da observação anterior, consultou-me o snr. J. B. de 39 anos, solteiro, dentista residente na Capital, queixando-se de que não via bem do OE. e que esta vista diminuira a ponto de não permitir o trabalho de perto. Examinei-o: OE v-0.6 vitreo turvo com mancha branca na retina, suspeita de cisticerco. Ao mesmo tempo que praticava todos os exames de laboratorio, e demais outros elucidativos do caso, fiz diversas injeções sub conjuntivais de cloreto de sódio em solução hipertônica. O exame de fezes revelou grande numero de ovos de parasitas intestinais, inclusive o de taenia, prejudicando a reação do desvio do complemento. No fim de 10 dias de tratamento, clareando o vitreo, pude observar com toda a nitidez um cisticerco sub retiniano, quando o olhar era dirigido bem para dentro. Aceita a intervenção pelo paciente, que aliás era muito nervoso, dispuz tudo para praticar a operação que imaginara: a *destruição do parasita pela diatermo-coagulação trans-escleral, com formação de uma coroidite adesiva circular* abrangendo toda a zona de sede do parasita e suas circunvizinhanças.

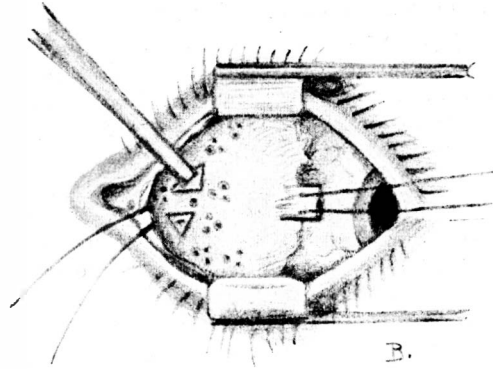


Fig. 1

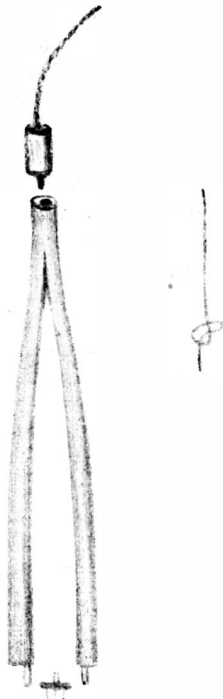


Fig. 2



Fig. 3

Assim foi feita a operação:

Aquinesia; anestesia superficial e profunda; incisão da conjuntiva (fig. 1); tenotomia do M.R.I.; marcação sobre a superfície escleral a sede do parasita; introdução no interior do olho de um eletrodo ativo, um fio de aço finíssimo, preso à pinça própria de diatermo coagulação (fig. 2), fazendo-o penetrar 5 a 6 milímetros; oftalmoscopia comprovante, deixando o fio mergulhado do interior do olho para ponto de reparo; constatação de que o eletrodo não atingiu o alvo (fig. 3, semi-esquemática.) nova perfuração agora corrigida; nova oftalmoscopia comprovante de ter sido atingido o parasita que perdeu os seus contornos, e está todo branco roseo; outras aplicações diatermicas, agora com os eletrodos de Safar (fig. 1), contornando toda a séde do parasita e estendendo-se às porções onde a retina se achava edemaciada antes da operação, lugares por onde o descolamento retiniano pudesse se iniciar; sutura muscular e sutura conjuntival; atropina; aparelho oclusivo binocular; repouso no leito-mesa operatoria, em posição adequada; injeção profilática de 8 cc3 de leite. Após 5 dias levantamento do curativo: ligeira irite, atropina, nova injeção de leite. O período post-operatorio foi bom, apesar do paciente ser um pouco rebelde às prescrições e não manter a cabeça imóvel. Quando examinei o fundo de olho, 20 dias após a intervenção, a retina estava toda colada, com mancha branca do tamanho de 4 diâmetros papilares no local do cisticercos, sem se perceber o escolex. Com o passar dos dias tudo foi se normalizando: o vitreo ficou completamente limpo, permitindo ver com toda a nitidez as placas da coroidite adesiva com muito pigmento, e no lugar do antigo cisticercos uma placa branca com pouco pigmento, de contornos irregulares e vasos retinianos sob a mesma. A visão foi subindo gradativamente a ponto de se tornar normal.

Deante de tal sucesso, aliás esperado, acho que todo o caso de cisticercose sub retiniana, quando o parasita esteja fixo à parede ocular a operação a se praticar deva ser a diatermo-coagulação do parasita com a formação de uma coroidite adesiva de maneira a evitar um possível descolamento posterior da retina. Devo ainda acrescentar que todos os cuidados, idênticos aos que se toma comumente num caso de operação de descolamento da retina, devam ser observados: purgante, injeções de coaguleno (preventiva, em parte, da pior complicação, a hemorragia intraocular) hemostasia completa da região, exame das conjuntivas, exame clínico geral, etc.

A simples extração do parasita deve ser condenada. Mesmo nos casos de localização no polo posterior a diatermo coagulação do cisticercos póde ser praticada com sucesso, enquanto que a sua extração torna-se praticamente impossível.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BELFORT Mattos W. — Dois casos de cisticercose sub-retiniana. Bol. da Soc. Med. Cirurg. S. Paulo, vol. VI, n.º 1 1923.

- 2 BELFORT Mattos W. e Penido Burnier J. — Mais três casos de cisticercose intraocular. — *Bol. da Soc. Med. Cirurg. S. Paulo.* — Vol. VI n.º 1 1924.
- 3 BELFORT Mattos, W. — Cinco novos casos de cisticercose intraocular. — *Soc. Med. de Campinas* — Sessões de 5-4-1926 e 5-5-1926.
- 4 BELFORT Mattos, W. — Estudo de 24 casos de cisticercose ocular. *Semana Oftalmo-neurológica da Soc. Med. e Cir. de S. Paulo*, 1927. Numero especial pg. 302.
- 5 BELFORT Mattos, W. — Cisticercose ocular. Mais dois casos. — *Bol. da Soc. Med. e Cir. de S. Paulo.* Vol. XI n.º 1 pg. 30 — 1928.
- 6 BELFORT Mattos, W. — Dois novos casos de cisticercose ocular. *Bol. Soc. Med. e Cir. S. Paulo*, vol. XII n.º 7 pag. 291 — 1929.
- 7 BELFORT Mattos, W. — Cisticercose ocular — *Cirurgia Ocular*, tomo I, pagina 40.
- 8 BELFORT Mattos, W. — Cisticercose sub-conjuntival supurada — *Revista de Oftalmologia de S. Paulo*, 1932. Vol. II, pag. 3.
- 9 BELFORT Mattos, W. — Lesões intra oculares da cisticercose sub-retiniana — *Revista oto-neuro-oftalmológica y de cirurgia neurológica Sul Americana* — n.º 9, Setembro, 1936.
- 10 BELFORT Mattos, W. — Resultados parciais e totais na operação do descolamento da retina. — *Soc. de oftalmologia de S. Paulo* — Sessão de Abril de 1939.

O tratamento sulfamídico do tracoma (*)

Contribuição da Secção do Tracoma do Departamento de Saude do Estado de São Paulo.

B. PAULA SANTOS — S. Paulo.

INTRODUÇÃO

Senhor Diretor.

Designados por V. S. e pelo médico-chefe do Instituto do Tracoma, eu e o Dr. Osvaldo Urioste, para estudarmos os efeitos terapêuticos das chamadas sulfamidas no tracoma, vimos apresentar-lhe o relatório do que tivemos ocasião de observar, lamentando, de principio, o nosso afasta-

(*) Relatório apresentado ao Diretor da Secção do Tracoma, em São Paulo, Dr. Aristides Rabello.