

# Complicações per e pós-operatórias na cirurgia extracapsular e nos implantes intraoculares\*

Alvacir Raposo Filho<sup>1</sup>; Clóvis Paiva Filho<sup>2</sup>; Fernando Paiva

## I — INTRODUÇÃO

O mundo oftalmológico assistiu a partir dos anos 70 o ressurgimento da cirurgia extracapsular da catarata e dos implantes intraoculares. De tal maneira, que em 1982, nos EEUU, 600.000 cirurgias foram realizadas por este método, sendo 70% delas com implantação de lentes intraoculares. A tendência inicial para as lentes de câmara anterior foi, gradativamente, se invertendo para aquelas de câmara posterior, retomando-se a idéia inicial de RIDLEY, e hoje mais de 60% dos implantes são realizados na câmara posterior. A oftalmologia Pernambucana, na pessoa do Prof. Clóvis Paiva, participou, de forma pioneira, desta grande aquisição na correção da afacia, ao fazer no Hospital Pedro II, em julho de 1952, o primeiro implante no Brasil da lente de RIDLEY. Evidentemente, com o uso cada vez maior dos implantes, é natural que um número maior de complicações sejam observadas. Sobre elas nos ocuparemos nesta mesa redonda.

## II — COMPLICAÇÕES

### 1. Per-operatórias:

- 1.1. Miose
- 1.2. Midríase
- 1.3. Hifema
- 1.4. Iridodíálise
- 1.5. Descolamento da membrana de Descemet
- 1.6. Ruptura da cápsula posterior
- 1.7. Perda de vítreo

### 2. Pós-operatórias:

- 2.1. Posição da LIO
  - 2.1.1. Descentralização
  - 2.1.2. Captura pupilar
  - 2.1.3. Síndrome do "limpador de para-brisa"
  - 2.1.4. Sunset síndrome
- 2.2. Complicações corneanas
  - 2.2.1. Ceratite estriada
  - 2.2.2. Edema da córnea
  - 2.2.3. Ceratopatia bolhosa
- 2.3. Glaucoma

- 2.3.1. Pseudofacia e glaucoma crônico simples
- 2.3.2. Hipertensão secundária à viscocirurgia
- 2.4. Uveíte facioanafilática/Síndrome de toxicidade da LIO
- 2.5. Edema macular cistoide (Irvine-Gass)
- 2.6. Opacificação da cápsula posterior
- 2.7. Descolamento da retina
- 2.8. Precipitados sobre a LIO
- 2.9. Síndrome UGH/CRIS
- 2.10. Bloqueio pupilar
- 2.11. Membrana pupilar
- 2.12. Córtex residual
- 2.13. Deiscência da ferida operatória
- 2.14. Cicatriz filtrante
- 2.15. Descolamento cílio-coroidiano
- 2.16. Endoftalmite bacteriana e fúngica
- 2.17. Complicações refrativas
  - 2.17.1. Astigmatismo
  - 2.17.2. Erro no cálculo do poder dióptrico da LIO

### 1. Per-operatórias:

#### 1.1. Miose:

É comum, em pacientes glaucomatosos, em uso prolongado de mióticos, certa dificuldade na obtenção de uma boa midríase. Recomenda-se nestes casos a interrupção do miótico uma semana antes da cirurgia, utilização de acetazolamida e indometacina. A indometacina facilita a obtenção de midríase e sua manutenção durante o ato operatório. Na eventualidade, mesmo com estas medidas, de uma midríase insatisfatória, deve-se realizar uma iridectomia basal seguida de iridotomia radial. Ao término da implantação procede-se a pupiloplastia pela colocação de um ponto de sutura (polipropileno) unindo as bordas do coloboma cirúrgico.

#### 1.2. Midríase:

A midríase límbica não se constitui uma complicação. Um cuidado, entretanto, deve ser tomado: a capsulotomia anterior não de-

\* Mesa redonda sobre complicações da cirurgia extracapsular e dos implantes intraoculares. (Natal, 1986).

<sup>1</sup> Prof. Assistente da UFPE.

<sup>2</sup> Prof. Assistente da FCM-PE.

<sup>3</sup> Prof. Assistente da UFPE.

ve ser realizada muito periféricamente pelo risco de desinserção da zônula.

### 1.3. Hifema:

A presença de sangue na câmara anterior durante o ato cirúrgico é molesta. Dificulta muito a aspiração do material cortical podendo dar origem a acidentes (Desinserção e ruptura da cápsula posterior). Os coágulos impedem a diferenciação das "massas" e abas de cápsula anterior. A cauterização escleral e límbica, principalmente nos lados nasal e temporal, diminui muito a incidência do hifema. Iridodíálises ou iridectomias muito basais podem ser causa de hifemas.

### 1.4. Iridodíálise:

As iridodíálises ocorrem com maior frequência quando da abertura da câmara anterior ou mesmo pela manipulação instrumental durante a cirurgia. Podem ser, como referimos anteriormente, causa de hifema. Pequenas iridodíálises não necessitam de reparo cirúrgico (funcionam como iridectomias). As iridodíálises extensas, ao contrário, devem ser reparadas cirurgicamente pela sutura da raiz da íris ao lábio escleral da ferida operatória.

### 1.5. Descolamento da membrana de Desemet:

É uma complicação pouco frequente. Decorre, também, da manipulação instrumental na câmara anterior. Se a área descolada é pequena, não requer tratamento e, via de regra, tem curso benigno. Se, entretanto, o descolamento é extenso, potencialmente pode levar a uma descompensação corneana. O tratamento consiste em reformar a câmara anterior com ar ou substância viscoelástica com o intuito de reaplicar a membrana descolada e, em seguida, suturar a córnea, em toda a sua espessura, exatamente na área correspondente ao descolamento. Alguns autores contra-indicam o implante primário na vigência desta complicação. Preferem implantar secundariamente para que haja tempo de observar a córnea.

### 1.6. Ruptura da cápsula posterior:

É uma das complicações mais temíveis. A maior ou menor incidência de ruptura da cápsula posterior está diretamente relacionada à experiência do cirurgião com a técnica extracapsular.

|               |                          |
|---------------|--------------------------|
| Cleasby et al | 22% (50 primeiras circ)  |
|               | 16% (após 100 cirurgias) |
| Emery         | 6% (100 casos iniciais)  |
| Kelmann       | 9% (500 cirurgias)       |
| Kratz         | 5% (2000 cirurgias)      |

As principais causas de ruptura não intencional da cápsula posterior são:

- Apreensão inadvertida da cápsula posterior pelo aspirador.
- Desinserção da zônula por ocasião da capsulotomia anterior.
- Durante as manobras de extração do núcleo.
- Na tentativa de solucionar abas de cápsula anterior.

A ruptura da cápsula posterior por si só não impede a colocação dos implantes de câmara posterior. Deve-se levar em consideração a extensão, o local da ruptura e se houve perda de vítreo.

### 1.7. Perda de vítreo:

Da mesma maneira que a ruptura acidental da cápsula posterior, a perda de vítreo está ligada ao maior domínio da técnica extracapsular. Apresentamos alguns dados de vários cirurgiões em relação a esta complicação

|               |                              |
|---------------|------------------------------|
| Cleasby et al | 10% (50 cirurgias iniciais)  |
|               | 8% (100 cirurgias iniciais)  |
| Emery et al   | 3.5% (200 cirurgias)         |
| Kelman        | 10% (100 cirurgias iniciais) |
|               | 3% (400 cirurgias)           |

As perguntas fundamentais diante da complicação são as seguintes:

- a — Que conduta adotar?
- b — Que tipo de implante deve ser realizado?

Deve-se proceder uma vitrectomia anterior até que a câmara anterior fique completamente livre de vítreo. Uma bolha de ar colocada na câmara anterior deve preencher a integralmente. Opta-se pela colocação de uma lente de câmara anterior.

## 2. Pós-operatórias:

### 2.1. Posição da LIO:

#### 2.1.1. Descentralização:

A descentralização de uma lente de câmara posterior resulta na presença da borda de sua porção óptica na área pupilar. Quase sempre não compromete o resultado visual. As descentralizações observadas durante a cirurgia devem ser corrigidas imediatamente. Quando, nesta ocasião, ao se tentar corrigir a posição viciosa da lente volta esta a descentrar, significa que uma das alças está no sulco ciliar e a outra no saco capsular. Em algumas situações uma das alças prende a raiz da íris dando à pupila uma forma ovalada.

### 2.1.2. Captura pupilar:

Consiste na passagem de parte da porção óptica da lente para uma posição anterior à íris através do orifício pupilar. Tão logo seja identificada a complicação as seguintes medidas devem ser tomadas: Inicialmente com dilatação pupilar, estando o paciente em posição supina, tentar, com o "jogo" pupilar (midríase-miose) reposicionar a lente. Ou então cirurgicamente através de pequena incisão corneana e utilização do gancho de SINSKEY. A captura pupilar é compatível com boa acuidade visual.

### 2.1.3. Síndrome do "limpador de para-brisa":

Ocorre com maior frequência nos implantes secundários. Há uma instabilidade da LIO na câmara posterior. As porções hápticas da lente descrevem movimentos pendulares atitando constantemente o corpo ciliar. A instabilidade da LIO decorre da falta de adesão com a cápsula posterior ou a não fixação das alças por fibrose insuficiente ou perda de pressão do prolene. A solução cirúrgica para esta complicação consiste na realização da sutura de McCANNEL.

### 2.1.4. Sunset syndrome:

É uma das mais graves complicações das lentes de câmara posterior. Pode ocorrer precocemente ou tardiamente. Decorre de uma diálise zonular quando a LIO tem suas alças em posição vertical. Uma das formas de prevenir consiste na rotação das alças para posição horizontal e a utilização de lentes com porção háptica flexível. As soluções para esta complicação seriam: sutura de McCANNEL ou provocar deliberadamente captura pupilar.

## 2.2. Complicações corneanas:

### 2.2.1. Ceratite estriada:

Muito freqüente e de curso benigno. Decorre do trauma cirúrgico. Não requer nenhum tratamento. O uso de substâncias viscoelásticas reduz consideravelmente esta complicação.

### 2.2.2. Edema da córnea:

Os edemas corneanos podem ser transitório ou caminhar para descompensação de extrema gravidade. O endotélio corneano é alvo de muitas agressões iatrogenicamente provocadas. Inegavelmente a população celular endotelial fica reduzida após as manipulações cirúrgicas. Da mesma maneira o uso das substâncias viscoelásticas reduz esta perda celular.

TABELA 1  
Edema corneano pós-operatório

|               | Transitório | Permanente |
|---------------|-------------|------------|
| Cleasby at al | 8%          | 2%         |
| Kelman        | 12%         | 3%         |
| Kratz         | 15%         | 1%         |

### 2.2.3. Ceratopatia bolhosa:

Corresponde à descompensação total corneana. Está intimamente relacionada ao grau de traumatismo sofrido e às doenças corneanas prévias (córnea gutata). A ceratopatia bolhosa associa-se com maior frequência às lentes de câmara anterior e as de fixação iriana. A impossibilidade de controle clínico desta patologia leva invariavelmente à ceratoplastia.

## 2.3. Glaucoma:

### 2.3.1. Pseudofacia e glaucoma crônico simples:

O glaucoma crônico simples não constitui uma contraindicação aos implantes, desde que a PO esteja controlada. A presença das alças no sulco ciliar não interfere com a produção do humor aquoso, segundo DODEN, W.

### 2.3.2. Hipertensão secundária à viscocirurgia:

O uso de substâncias viscoelásticas determina moderado aumento da PO nos primeiros dias de pós-operatório perfeitamente controlável com maleato de timolol ou inibidores da anidrase carbônica. Hipertensões secundárias podem ocorrer em função de processos inflamatórios. Da mesma maneira de caráter fugaz.

### 2.4. Uveíte facoanafilática/síndrome de toxicidade da LIO:

Consiste em intensa reação inflamatória intraocular provocada por reações imunológicas às proteínas do cristalino. O uso de corticosteróides tem feito desta complicação um fato esporádico. As técnicas atuais de aspiração integral do material cortical tem contribuído para a baixa incidência da complicação. Por outro lado, reações inflamatórias determinadas pela má qualidade das LIO (falta de polimento, cristais de bário) provocam um quadro dramático (Síndrome de toxicidade da LIO) clinicamente semelhante à endoftalmite facoanafilática e bacteriana. A remoção da lente está indicada nos casos refratários ao tratamento clínico.

## 2.5. Edema macular cistoide (síndrome de Irvine-Gass):

A experiência tem demonstrado ser o EMC mais freqüente nas seguintes situações:

- Cirurgia intracapsular
- Na extracapsular quando se realiza a capsulotomia posterior primária ou secundariamente.
- Quando há perda de vítreo
- Nos pacientes mais idosos (acima dos 60 anos)

Pode-se fazer a profilaxia do EMC?

Segundo alguns autores o uso da INDO-METACINA no pré e pós-operatório diminui a incidência desta complicação. Na nossa experiência não temos observado tal efeito.

TABELA 2

| Cirurgia | Autor | %EMC |
|----------|-------|------|
| IC+LIO   | Jaffe | 3,4  |
| EC+LIO   | Jaffe | 0,0  |
| FE+LIO   | Kratz | 0,6  |

## 2.6. Opacificação da cápsula posterior:

Estatisticamente 30 a 40% das cápsulas se opacificam em 3 a 5 anos. A incidência de opacificação é maior nos pacientes mais jovens. A decisão de abrir a cápsula posterior primariamente depende de alguns fatores:

- Idade do paciente
- Condições inerentes ao olho — Ex: miope forte
- Tratamento dado à cápsula posterior (Limpeza)
- Edema cistoide no olho contra-lateral
- Paciente monocular
- DR no olho adelfo
- Degenerações vítreo-retinianas
- Disponibilidade de YAG-LASER na região

TABELA 3

| Opacificação da cápsula posterior — após 3 anos |    |
|-------------------------------------------------|----|
| Autor                                           | %  |
| Emery                                           | 32 |
| Kratz                                           | 40 |
| Wilkinson                                       | 33 |

## 2.7. Descolamento da retina:

De uma maneira geral a incidência do deslocamento da retina é menor na cirurgia

extracapsular. A presença da cápsula posterior integra diminui o fenômeno da endodone se pela manutenção da compartimentalização. A presença da LIO não aumenta a incidência do descolamento da retina. Alguns pacientes, entretanto, apresentam maior risco:

- Pacientes míopes
- DR no olho contra-lateral
- Degenerações vítreo-retinianas

TABELA 4

Incidência de descolamento da retina

| Tipo de cirurgia | Autor     | %   |
|------------------|-----------|-----|
| IC               | Jaffe     | 1,7 |
| IC+LIO           | Linkhorst | 2,1 |
| EC+LIO           | Pearce    | 0,0 |
| FE+LIO           | Kratz     | 0,9 |

## 2.8. Precipitados sobre a LIO:

Com alguma freqüência observamos depósitos de pigmentos sobre a lente. Decorrem da energia estática da própria lente. Não trazem nenhuma complicação em relação à acuidade visual final. Uma maneira de evitá-los consiste na lavagem cuidadosa da LIO antes da implantação.

## 2.9. UGH síndrome e CRIS síndrome:

A UGH síndrome caracteriza-se por surgimento de glaucoma, hifema e uveíte. É mais comum nas lentes de câmara anterior e nas de fixação iridiana. Em relação a CRIS síndrome admite-se dever-se a reações imunológicas a nível corneano e retiniano pela presença do corpo estranho intraocular (?).

## 2.10. Córtex residual:

Decorre da aspiração imperfeita do material cortical. Pode dar origem a processos inflamatórios de natureza facoanafilático. Em alguns casos torna-se necessário a re-aspiração das massas.

## 2.11. Deiscência da ferida operatória:

As principais causas das deiscências da ferida operatória são:

- Traumatismos
  - Hipertensão (Bloqueio pupilar)
  - Infecção
  - Retirada precoce da sutura
- Tratamento: sutura

## 2.12. Cicatriz filtrante:

Há formação de bolhas (quemose pálida) em decorrência, principalmente, de su-

turas mal-posicionadas. O uso de fios de sutura absorvíveis também favorece o surgimento destas bolhas de filtração. As pequenas bolhas podem ser resolvidas pela cauterização com ácido tricloracético. As grandes bolhas necessitam tratamento cirúrgico (sutura).

### 2.13. Descolamento cílio-coroidiano:

Hipotensão, atalamia, teste de seidel negativo caracterizam o descolamento cílio-coroidiano. A oftalmoscopia podem ser identificadas as bolsas de descolamento seroso de cor castanho-escuro. Tem normalmente curso benigno resolvendo com ampla miíase, repouso e curativo binocular.

### 2.14. Endoftalmite bacteriana e fúngica:

Uma das características da endoftalmite bacteriana é o seu aparecimento precoce (primeira semana). O diagnóstico etiológico deve ser feito pela punção da câmara anterior e identificação do germe. A presença de uma cápsula posterior integra dificuldade a progressão do processo para a cavidade vítrea.

As endoftalmítes por fungo tem aparecimento mais tardio. O diagnóstico, da mesma maneira, deve ser feito pela identificação das hifas no exame direto.

### 2.15. Complicações refrativas:

**Astigmatismo pós-operatório:** Normalmente nas primeiras semanas é comum o aparecimento de astigmatismos com a regra. A retirada dos pontos de sutura favorece o restabelecimento da esfericidade da córnea. As incisões corneanas provocam muito mais astigmatismos que as posteriores. A ceratometria transoperatória ajuda no controle do vício de refração provocado.

**Erro no cálculo do poder dióptrico da LIO:** decorrentes principalmente de imperfeições na biometria.

#### RESUMO

Os autores apresentam o resumo das principais complicações da cirurgia extracapsular da catarata e dos implantes intraoculares.

#### SUMMARY

The authors present a summary of the main complications concerning extracapsular cataract surgery and intraocular lens implantation.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ALPAR, J. J. — Toxic lens syndrome. *J. Ocul. Ther. Surg.*, 1(5): 306-8, 1982.
2. ARON ROSA, D.; COHN, H. C.; ARON, J. J.; BOUQUETY, C. — Methylcellulose instead of Healon in extracapsular surgery with intraocu-

- lar lens implantation. *Ophthalmology*, 90(10): 1235-8, 1983.
3. AZEN, S. P.; HURT, A.; STEEL, D. et al — Effects on Shearing posterior chamber intraocular lens on the corneal endothelium. *Am. J. Ophthalmol.*, 95(6): 798-802, 1988.
4. BERLER, D. K. & PEYSER, R. — Light intensity and visual acuity following cataract surgery. *Ophthalmology*, 90(8): 933-6, 1983.
5. CHARLIN, R. — Peripheral corneal edema after cataract extraction. *Am. J. Ophthalmol.*, 99(8): 298-303, 1985.
6. DRAEGER, J. & WINTER, R. — Implant surgery using high-viscosity hyaluronic acid. *Klin. Monatsbl. Augenheilkd.*, 181(5): 421-4, 1982. (Engl. Abstract).
7. DODEN, W.; SCHNAUDIGEL, O. E.; WELT, R. — Tonography after Sincos posterior chamber lenses. *Fortschr. Ophthalmol.*, 80(8): 242-3, 1983. (Germ. Abstract).
8. GASS, J. D. M. & PARRISH, R. — Outer retina ischemic infarction-A newly recognized complication of cataract extraction and closed vitrectomy. *Ophthalmology*, 89(12): 1467-71, 1982.
9. GWIN, R. M.; WARREN, J. K.; SAMUELSON, D. A. & GUM, G. G. — Effects of phacoemulsification and extracapsular lens removal on corneal thickness and endothelial cell density in dog. *Invest. Ophthalmol. Visual Sci.*, 24(2): 227-36, 1983.
10. HILLMAN, J. S. — Intraocular lens power calculation for planned ametropia. *Br. J. Ophthalmol.*, 67(4): 255-8, 1983.
11. HOLMBERG, A. S. & PHILIPSON, B. T. — Sodium hyaluronate in cataract surgery. I — Report on the use of Healon in two different types of intraocular cataract surgery. *Ophthalmology*, 91(1): 45-52, 1984.
12. HOLMBERG, A. S. & PHILIPSON, B. T. — Sodium hyaluronate in cataract surgery. II — Report on the use of Healon in extracapsular cataract surgery using phacoemulsification. *Ophthalmology*, 91(1): 53-9, 1984.
13. JAFFE, N. S.; CLAYMAN, H. M. & JAFFE, M. S. — Retinal detachment in myopic eyes after intracapsular and extracapsular cataract extraction. *Am. J. Ophthalmol.*, 97(1): 48-52, 1984.
14. JAFFE, N. S. — The intracapsular-extracapsular controversy. *Aust. J. Ophthalmol.*, 10(2): 115-9, 1982.
15. KATZEN, L. E.; FLEISCHMAN, J. A. & TROKEL, S. — Yag laser treatment of cystoid macular edema. *Am. J. Ophthalmol.*, 95(5): 589-92, 1983.
16. KEATES, R. H. & MCGOWAN, K. A. — The effect of topical indomethacin ophthalmic solution in maintaining mydriasis during cataract surgery. *Ann. Ophthalmol.*, 16(12): 1116-21, 1984.
17. KRAFF, M. C.; SANDERS, D. R. & JAMPOL, L. M. — Prophylaxis of pseudo phakic cystoid macular edema with topical indomethacin. *Ophthalmology*, 89(8): 885-90, 1982.
18. LIESEGANG, T. J.; BOURNE, W. M. & ILUSTRUP, D. M. — Short and long term endothelial cell loss associated with cataract extraction and intraocular lens implantation. *Am. J. Ophthalmol.*, 97(1): 82-9, 1984.
19. MACARGAL, L. E.; GOLDBERG, R. E. & URAM, M. et al. — Recurrent microhyphema in the pseudophakic eye. *Ophthalmology*, 90(10): 1231-4, 1983.
20. MC DONNELL, P. J.; GREEN, W. R.; MAUMENE, A. C. & HIFF, W. J. — Pathology of intraocular lenses in 88 eyes examined postmortem. *Ophthalmology*, 90(4): 386-408, 1983.
21. PERCHEREAU, A.; BODEREAU, X. & BAIKOFF, G. — Specular microscopy of the corneal endothelium during different methods of lens implant surgery. *J. Fr. Ophthalmol.*, 5(2): 115-20, 1982.

22. PERRITT, B. A. — The use of Healon in anterior chamber lens implantation. *Am. Intra-ocul. Implant. Soc. J.*, 8(1): 55-8, 1982.
23. PEYMAN, G. A.; ZAG, R. & SLOANE, H. — Ultraviolet-absorbing pseudophakos: An efficacy study. *Am. Intra-Ocul. Implant. Soc. J.*, 9(2): 161-70, 1983.
24. RAMSAY, R. C.; CANTRILL, H. L. & KNOBLOCH, W. H. — Pseudophakic retinal detachment. *Can. J. Ophthalmol.*, 18(6): 262-5, 1983.
25. ROPER-HALL, M. J. & WILSON, R. S. — Reduction in endothelial cell density following cataract extraction and intraocular lens implantation. *Br. J. Ophthalmol.*, 66(8): 516-7, 1982.
26. SANDERS, D. R.; KRAFF, M. C. & LIEBERMAN, H. L. et al. — Breakdown and reestablishment of blood-aqueous barrier with implant surgery. *Arch. Ophthalmol.*, 100(4): 588-90, 1982.
27. SANDERS, D.; RETZLAFF, J.; KRAFF, M. et al. — Comparison of the accuracy of Binkhorst, Colenbrander, and SRK(TM) implant power prediction formulas. *Am. Intra-Ocul. Soc. J.* 7(4): 337-40, 1981.
28. SEVERIN, S. L. — Clinical cystoid macular edema with extracapsular cataract extraction and posterior chamber lens implantation. *Ann. Ophthalmol.*, 15(7): 631-3, 1983.
29. STAINER, G. A. — The natural and modified course of post-cataract astigmatism. *Ophthalmic Surg.*, 13(10): 822-7, 1982.
30. STEGMANN, R. & MILLER, D. — Extracapsular cataract extraction with hyaluronate sodium. *Ann. Ophthalmol.*, 14(9): 813-5, 1982.
31. TAYLOR, D. M.; ATLAS, B. F.; ROMANCHUK, K. G. & STERN, A. L. — Pseudophakic bullous keratopathy. *Ophthalmology*, 90(1): 19-24, 1983.
32. TUBERVILLE, A. W.; GALIN, M. A.; PEREZ, H. D. et al. — Complement activation by nylon and polypropylene looped prosthetic intraocular lenses. *Invest. Ophthalmol. Visual. Sci.*, 22(6): 727-33, 1982.
33. WARING, G. O.; WELCH, S. N.; CAVANAGH, H. D. & WILSON, L. A. — Results of penetrating keratoplasty in 123 eyes with pseudophakic or aphakic corneal edema. *Ophthalmology*, 90(1): 25-33, 1983.
34. WOLTER, J. R. & LICHTER, P. R. — Fibroblastic-like cells on intraocular lens implants: Phagocytosing erythrocytes. *Br. J. Ophthalmol.*, 67(10): 641-5, 1983.