

Iridectomia retrógrada*

Ribeiro Gonçalves, J. O. **

INTRODUÇÃO — LITERATURA

No presente trabalho relatamos a nossa experiência com a técnica da IRIDECTOMIA RETRÓGRADA (CHARLEUX e ETIENNE — 1974), no controle e prevenção das crises de glaucoma agudo, em olhos portadores de glaucoma primário agudo de ângulo fechado e forma intermediária e naqueles considerados como pré-glaucoma agudo.

CHESELDEN (1732), praticou, pela primeira vez, a iridectomia introduzindo uma agulha na esclera, por trás da íris, e realizando uma secção iriana transversal ao retirar o instrumento cirúrgico.

Von GRAEFFE (1856), após observação do efeito hipotensor da iridectomia em olhos com estafiloma corneano, realizou sua primeira iridectomia para controlar a pressão intraocular em paciente do sexo feminino, de 51 anos de idade, portadora de glaucoma agudo. A iridectomia realizada por von GRAEFFE era do tipo sectoral e segundo o autor, a cirurgia diminuiria a secreção do humor aquoso.

CARVALHO (1965), em Tese de Livre Docência, descreveu e analisou os seus resultados com a prática da Iridectomia Periférica em pacientes portadores de pré-glaucoma agudo (7 olhos); Glaucoma primário subagudo de ângulo fechado (4 olhos); glaucoma primário agudo de ângulo fechado (3 olhos) e glaucoma primário de ângulo fechado, forma intermediária (2 olhos). O autor utilizou a técnica clássica de iridectomia, fazendo retalho conjuntival base limbica e uma iridectomia basal através de incisão escleral, a qual era suturada com um ponto de seda virgem. Após análise acurada dos seus resultados chegou a conclusões importantes dentre as quais destacamos: "a iridectomia periférica, ao restabelecer o equilíbrio das pressões nas câmaras anterior e posterior, atua única e exclusivamente desfazendo os efeitos do bloqueio pupilar" e "a iridectomia periférica mostrou-se eficaz durante o tempo de observação, no sentido de prevenir a eventual ocorrência de um surto hipertensivo agudo em olhos com "pré-glaucoma".

CHARLEUX e ETIENNE (1974) realizaram, pela primeira vez a iridectomia basal transcorneana no tratamento do glaucoma agudo.

COLLIGNON (1977), operou 40 olhos, portadores de glaucoma agudo, pela iridectomia basal transcorneana. O autor conseguiu o controle da pressão intraocular em 34 olhos e observou, em apenas 3 olhos, o aparecimento de opacificações cristalínias, após um ano de observação.

HENROTTE (1977), utilizou a iridectomia transcorneana de CHARLEUX, no tratamento de 39 olhos portadores de glaucoma agudo. Em 28 olhos (72%) não apareceram complicações. Persistência do folheto posterior da íris ocorreu em 8%, reação inflamatória com sinéquias posteriores em 13% e hifema em 10%, dos olhos operados. Para o autor a técnica traz poucas complicações, sobretudo se é realizada em olho perfeitamente calmo e por cirurgia experimentada.

PRIJOT (1977), descreveu, com minúcias, a iridectomia transcorneana retrógrada de CHARLEUX e ETIENNE: incisão corneana no sentido ântero-posterior e do centro para a periferia da córnea, com a ponta da lâmina orientada para o ângulo iridocorneano; incisão corneana de 3 mm de extensão; inclinação de 30% em direção do dorso da lâmina, ao retirá-la; íris pinçada com pinça de Bonn a uma curta distância da raiz; ressecção de uma porção da íris com tesoura de Wecker; lavagem da incisão corneana com humor aquoso artificial (B.S.S. Alcon). O autor utilizou, para a incisão corneana, a lâmina Beaver n.º 65. Curativo oclusivo oftálmico por 24 horas com antibiótico/corticóide e atropina/fenilefrina durante alguns dias. Chamou atenção para o fato de que o restabelecimento da pressão intraocular tende a fechar a incisão e de que a conjuntiva permanece intocada. Teceu considerações sobre as possibilidades de uma hemorragia per-operatória e da persistência do folheto posterior da íris.

RIBEIRO GONÇALVES (1985), no I.º Simpósio Brasileiro de Glaucoma, apresentou os seus resultados com a prática da IRI-

* Tema Livre apresentado ao II.º Simpósio Brasileiro de Glaucoma. São Paulo 21-23 maio 1987.

* Trabalho realizado na Clínica Oftalmológica do Hospital Getúlio Vargas-CCS-FUFPI-Teresina-Pi

** Prof. de Clínica Oftalmológica-HVG-CCS-FUFPI.

Endereço do Autor: Rua Felix Pacheco, 2478 — 64.000 Teresina-Piauí — Tel. (086) 222-3895/7279.

DECTOMIA RETRÓGRADA — técnica de CHARLEUX e ETIENNE — em 14 olhos portadores de pré-glaucoma agudo (7 olhos); glaucoma primário agudo de ângulo fechado, pós crise (6 olhos) e glaucoma primário agudo de ângulo fechado, forma intermediária (1 olho). O autor observou os seus pacientes, no pós-operatório, de 6 meses a 6 anos; conseguiu o controle das crises do glaucoma primário agudo de ângulo fechado, bem como evitou-se o aparecimento de crises nos olhos portadores de pré-glaucoma agudo e glaucoma primário agudo de ângulo fechado, forma intermediária. As seguintes complicações foram observadas: persistência do folheto posterior da íris (7.1%); sinéquias anteriores (7.1%). Ausência de complicações em 92.9 dos olhos.

MATERIAL E MÉTODO

O nosso material consta de 18 pacientes sendo 12 do sexo feminino e 6 do sexo masculino; idade compreendida entre 41-72 anos, num total de 22 olhos.

Após exame oftalmológico constante de anamnese, acuidade visual, biomicroscopia, oftalmoscopia, tonometria e gonioscopia os olhos ficaram assim distribuídos:

- PRÉ-GLAUCOMA AGUDO . 11 olhos
- GLAUCOMA PRIMÁRIO AGUDO DE ÂNGULO FECHADO 10 olhos
- GLAUCOMA PRIMÁRIO AGUDO FORMA INTERMEDIÁRIA 1 olho

Em todos os pacientes foi estudado a conformação da câmara anterior segundo BUSACCA (1964). Esta se apresentou do tipo **MENISCO CONCAVO CONVEXO** nos 22 olhos examinados.

A gonioscopia mostrou o seguinte aspecto:

- PRÉ-GLAUCOMA AGUDO SC-E... 10 olhos
SC-I ... 1 olho
- GLAUCOMA PRIMÁRIO AGUDO DE ÂNGULO FECHADO SC-F... 5 olhos
SC-E... 5 olhos
- GLAUCOMA PRIMÁRIO AGUDO FORMA INTERMEDIÁRIA SC-I ... 1 olho

Convém salientar que os olhos portadores de glaucoma primário agudo de ângulo fechado foram operados após o controle da crise, razão pela qual os denominamos de **GLAUCOMA AGUDO PÓS-CRISE**.

Utilizamos o seguinte instrumental para a realização da **IRIDECTOMIA RETRÓGRADA**:

- BLEFAROSTATO COLIBRI
- PINÇA DE FIXAÇÃO
- PORTA-GILETTE

— PINÇA COLIBRI

— TESOURA DE VANNAS

A técnica cirúrgica foi assim realizada:

- 1 — Anestesia retrobulbar com xilocaína a 2%
- 2 — Abertura palpebral com blefarostato colibri
- 3 — Fixação da conjuntiva bulbar às XII horas
- 4 — Incisão corneana retrógrada à frente da zona das malhas terminais, com 3 mm de extensão
- 5 — Pressão sobre o lábio posterior da incisão para a exteriorização da íris. Quando não se consegue o intento, introduz-se a pinça colibri para a apreensão e exteriorização da íris
- 6 — Iridectomia com tesoura de Vannas
- 7 — Pressão sobre a incisão para a reposição da íris
- 8 — Lavagem da incisão corneana com jato de salina
- 9 — Curativo oclusivo monocular com pilocarpina colírio

No pré-operatório deve-se ter o cuidado de se produzir uma boa miose e não baixar muito a pressão intraocular o que dificulta a exteriorização da íris. O curativo oclusivo monocular é retirado com 24 horas e o olho é colocado em uso de colírio de antibiótico/corticóide, 2 vezes ao dia, durante 10 dias.

RESULTADOS

Em todos os olhos submetidos à **IRIDECTOMIA RETRÓGRADA** conseguiu-se uma melhora na conformação da câmara anterior que de menisco côncavo-convexo passou para menisco côncavo convexo menos angustiado ou para a câmara anterior do tipo plano-convexo.

Quanto à gonioscopia, esse exame mostrou, no pós-operatório, o seio cameral menos angustiado em todos os olhos, com uma nítida tendência de uma periferia da íris plana ou menos convexa.

Os achados da pressão intraocular no pré e pós-operatório estão expressos no Quadro I.

QUADRO I
Iridectomia retrógrada: 22 olhos
Pressão intraocular: pré e pós

TIPO DE GLAUCOMA	$\bar{X}$ Po PRÉ	$\bar{X}$ Po PÓS
Pré-glaucoma agudo	15.54	13.04
Gl. agudo pós crise	16.56	14.20
Gl. agudo forma int.	16.00	14.00

As complicações nos olhos operados assim se distribuíram:

— SEM COMPLICAÇÕES	81.8%
— SINEQUIAS POSTERIORES	9.0%
— SINEQUIAS ANTERIORES	9.0%
— PERSISTÊNCIA DO FOLHETO POSTERIOR	4.5%
— HÍFEMA DISCRETO	4.5%
— OPACIFICAÇÃO CRISTALINIANA	4.5%

Os pacientes foram acompanhados durante um período compreendido entre 2 meses e 8 anos, com uma média de 2 anos.

COMENTÁRIOS

A iridectomia na prevenção e tratamento do glaucoma agudo é prática utilizada há longo tempo. Questiona-se o tempo ideal para a indicação da técnica e que condições reuniria um olho predisposto para haver necessidade de se realizá-la.

No nosso meio, carente de recursos médicos oftalmológicos, pensamos que em face de um glaucoma primário agudo de ângulo fechado, com pressão intraocular controlada e calmo, bem como no olho contralateral devemos pensar fortemente na realização da iridectomia, como medida de normalizar a pressão entre as duas câmaras anterior e posterior — no primeiro caso, e de prevenir uma crise aguda no segundo caso. A cirurgia contribuiria para melhorar as condições de um olho após uma crise de glaucoma agudo: glaucoma agudo pós-crise. No caso do olho contralateral, embora a biometria ocular tenha trazido novo aporte ao estudo do problema, não se pode prever com exatidão quando o mesmo será acometido por uma crise aguda. Acharmos que nestes olhos a iridectomia periférica se impõe.

A técnica clássica da Iridectomia Periférica apresenta o inconveniente de se lesar a conjuntiva bulbar e além do mais de haver necessidade de suturas para a esclera e a própria conjuntiva. Isto dificultaria uma fistulizante clássica, caso necessário posteriormente. A técnica da IRIDECTOMIA, idealizada por CHARLEUX e ETIENNE (1974), além de não apresentar os inconvenientes citados é de realização extremamente fácil e de pós-operatório tranquilo.

Como não há necessidade de retalho conjuntival ou de suturas a técnica é de realização mais rápida e fácil, permitindo, em qualquer eventualidade, a realização de uma técnica fistulizante em condições excelentes.

CHESELDEN (1732), realizou a primeira iridectomia. Von GRAEFFE (1856) pela primeira vez utilizou a iridectomia sectoral no tratamento de um olho acometido de

glaucoma agudo. A técnica evoluiu e atualmente a mesma é realizada através de incisão escleral justa-límbica, fazendo-se antes um retalho conjuntival de base límbica. A incisão escleral e o retalho conjuntival necessitam de suturas.

A IRIDECTOMIA RETRÓGRADA — CHARLEUX e ETIENNE (1974), foi minuciosamente analisada por PRIJOT (1977).

CARVALHO (1965) conseguiu excelentes resultados tratando olhos com glaucoma primário agudo de ângulo fechado e pré-glaucoma agudo com a iridectomia clássica.

COLLIGNON (1977) HENROTTE (1977) utilizaram a IRIDECTOMIA RETRÓGRADA de CHARLEUX e ETIENNE no tratamento de olhos portadores de glaucoma agudo. Chamaram atenção para a facilidade de realização da técnica e da frequência mínima de complicações.

RIBEIRO GONÇALVES (1965) mostrou em 14 olhos portadores de Pré-glaucoma agudo (7 olhos), Glaucoma agudo pós crise (6 olhos) e de glaucoma primário agudo de ângulo fechado, forma intermediária (1 olho), excelentes resultados utilizando a IRIDECTOMIA RETRÓGRADA.

O presente relato vem confirmar os trabalhos realizados por COLLIGNON (1977), HENROTTE (1977) e RIBEIRO GONÇALVES (1965).

Em todos os nossos casos houve uma melhora do aspecto do seio cameralar, o que está de acordo com CARVALHO (1965) e do formato da câmara anterior. Conseguimos manter a pressão intraocular controlada em todos os olhos operados, bem como evitou-se o aparecimento de crise de glaucoma agudo em olhos com pré-glaucoma agudo.

As complicações aqui relatadas estão em concordância com os achados de COLLIGNON (1977) e HENROTTE (1977). (Quadro II).

Concordamos com CARVALHO (1965), e estes foram os nossos achados, que a iridectomia periférica evita novos surtos de glaucoma agudo naqueles olhos que já a sofreram, bem como previne o aparecimento de surto agudo em olhos com pré-glaucoma agudo.

No nosso meio — Estado pobre em recursos oftalmológicos — achamos que a IRIDECTOMIA PERIFÉRICA — principalmente a IRIDECTOMIA RETRÓGRADA se impõe na prevenção das crises de glaucoma agudo. Mesmo em relação ao LASER de argônio, pensamos ser a técnica da iridectomia mais fidedigna e de resultados mais imediatos.

QUADRO II
Iridectomia retrógrada — Complicações

	COLLIGNON (1977) 40 Olhos	HENROTTE (1977) 39 Olhos	RIBEIRO GONÇALVES (1987) 22 Olhos
Opacificação crist	7.5%	—	4.5%
Persist. folhet. post.	—	8.0%	4.5%
Reação inflamatória	—	13.0%	—
Hifema	—	10.0%	4.5%
Sinéquias post.	—	13.0%	9.0%
Sinéquias ant.	—	—	9.0%

RESUMO

O autor descreve a técnica da IRIDECTOMIA RETRÓGRADA de CHARLEUX e ETIENNE, chamando atenção para a facilidade de sua execução e o aparecimento de poucas complicações. Relata os resultados encontrados em 22 olhos operados, portadores de vários tipos de glaucoma primário agudo, enfatizando a utilidade da iridectomia na prevenção das crises de glaucoma agudo de ângulo fechado.

SUMMARY

The author describes the RETROGRADE IRIDECTOMY of CHARLEUX and ETIENNE. He emphasizes the facility and the few complications with this technic, as well the prevention of closed-angle glaucoma crisis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUSACCA, A. — Biomicroscopie et histopathologie de l'oeil. v. II. Zurich, Schweizer Druck und Verlaghaus Ag., 1964.
- CARVALHO, C. A. — Iridectomia periférica e bloqueio pupilar. (Contribuição ao tratamento do glaucoma primário de ângulo fechado). Tese Livre Doc. Fac. Med. Univ. São Paulo. Rev. bras. Oftal. 24(1): 5-40, 1965.
- CHESELDEN — apud LAGRANGE, F. et VALUDE, E. — Encyclopédie française d'ophtalmologie. v. I, 1903.
- CHARLEUX, J. & ETIENNE, R. — Iridectomie basale transcornéene. apud PRIJOT, E. — Bull. Soc. Belge d'Ophtal. 1977.
- COLLIGNON, J. — Les complications tardives de la chirurgie du glaucome à angle fermé. Bull. Soc. Belge d'Ophtal. 177: 69-78, 1977.
- DUKE-ELDER, S. — System of ophthalmology. v. 11. Diseases of the lens and vitreous; glaucoma and hypotony. London, Henry Kimpton, 1969.
- von GRAEFKE, F. W. E. A. — apud DUKE-ELDER — System of Ophthalmology, 1969.
- HENROTTE, J. — Les complications précoces de la chirurgie du glaucome à angle fermé. Bull. Soc. Belge d'Ophtal. 177: 60-68, 1977.
- LAGRANGE, F. & VALUDE, E. — Encyclopédie française d'ophtalmologie. v. I. Paris, Octave Doin et Fils. Ed., 1903.
- PRIJOT, E. — Techniques chirurgicales actuelles dans le traitement du glaucome à angle fermé. Bull. Soc. Belge d'Ophtal. 177: 26-46, 1977.
- RIBEIRO GONÇALVES, J. O. — Iridectomia retrógrada. Tema Livre I.º Simp. bras. Glaucoma, 1985.