

Ferimentos perfurantes oculares com lesão cristaliniana:

Considerações sobre a conduta cirúrgica inicial

Milton Ruiz Alves *; Décio de Brong Mattar *; Yoshitaka Nakashima * & Marcos Wilson Sampaio *

INTRODUÇÃO

Os ferimentos perfurantes oculares (F.P.Os.) não são raros, principalmente em nosso meio, tendo como causas principais em crianças objetos pontiagudos e em adultos acidentes de trânsito e trabalho (1, 3, 7 e 9).

Duke-Elder & Mac Faul (1971) ressaltam ser o tratamento imediato do olho perfurado, de extrema importância, pois a possibilidade de retenção da função visual, e do próprio globo ocular depende primordialmente da rápida limpeza da ferida e da prevenção de infecção. A reparação de lacerações do globo ocular não deve ser encarada como procedimento simples, a responsabilidade e gravidade nestes casos é muito maior do que em cirurgias programadas, exigindo perícia e experiência do cirurgião (7 e 8). Um grande número dos FPOs. são acompanhados de ruptura da cápsula cristaliniana permitindo que as massas se não removidas no ato cirúrgico, se interponham nos lábios do ferimento retardando a cicatrização, bloqueando o espaço pupilar determinando hipertensão ou mesmo favorecendo a ocorrência de endoftalmite (4).

A remoção incompleta das massas cristalinianas, no ato cirúrgico inicial, poderia ser evitada ou minimizada, com a utilização de microscópio e o emprego desde técnicas mais simples como irrigação da câmara anterior com soro fisiológico, à outras mais sofisticadas que incluem tipos diferentes de vitreofagos ou facoemulsificadores.

No entanto, quando as massas cristalinianas persistem na câmara anterior após a intervenção cirúrgica inicial, seja pela falta ou por utilização inadequada dos recursos disponíveis, impõe-se uma avaliação quanto a ocorrência de reabsorção espontânea das massas e complicações decorrentes, nestes olhos com FDOs. e lesão cristaliniana. Foi este objetivo que motivou a realização deste trabalho.

CASOS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo de 411 pacientes portadores de FPO admitidos

no Pronto Socorro de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Serviço do Prof. Paulo Braga de Magalhães) de janeiro de 1976 à dezembro de 1980. Destes selecionaram-se 52 que apresentavam no ato cirúrgico inicial além do FPO rotura cristaliniana, que após submetidos à irrigação da câmara anterior para remoção das massas, estas persistiram no pós-operatório. Tais ferimentos foram classificados como limitados apenas no segmento anterior (córnea, córneo-escleral, cristalino roto com cápsula posterior íntegra) e com envolvimento também do segmento posterior (hérnia vítrea, rotura de cápsula posterior cristaliniana, etc.). Também foram divididos em 2 grupos etários (0-11 anos e 12 anos ou mais). O tempo de seguimento variou de 5 a 54 meses. Na evolução de cada caso, anotou-se a ocorrência ou não de reabsorção espontânea das massas, presença de complicações (phthisis, hipertensão secundária, endoftalmite, uveíte, hemorragia vítrea, descolamento de retina) e indicação de cirurgia complementar (dissecção de cápsula posterior, reconstrução do segmento anterior, etc.) e a acuidade visual final corrigida quando ocorreu reabsorção espontânea das massas.

RESULTADOS

Na Tabela n.º 1 evidencia-se que entre os 52 pacientes com FPO e rotura do cristalino, ocorreu uma reabsorção espontânea no grupo etário de 0-11 anos e 2 casos do grupo de 12 ou mais anos, determinando acuidade visual que dispensasse nova intervenção cirúrgica.

TABELA 1
Ocorrência de reabsorção espontânea de massas cristaliniana em 52 pacientes com ferimento perfurante ocular com rotura de cristalino.

Grupo etário anos	N.º de pacientes	Reabsorção espontânea	% do total
0 — 11	20	1*	5,0%
12 — 62	32	2**	6,3%
Total	52***	3	5,8%

* A Acuidade Visual Corrigida é 20/60.

** A Acuidade Visual Corrigida é 20/25 e 20/30.

*** Dos 34 Pacientes com Reindicação Cirúrgica, a Intervenção foi Realizada em 30.

* Médico Assistente da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (Serviço do Prof. Paulo Braga de Magalhães).

Nas Tabelas n.ºs 2 e 3 destacam-se entre as complicações o maior número de Phthisis no primeiro grupo (4 casos), e 11 casos de

hipertensão secundária no segundo grupo. Reintervenção cirúrgica ocorreu em 30 dos pacientes: reconstrução do segmento ante-

TABELA 2
Complicações em 20 pacientes com F.P.O. e rotura cristalíniana no grupo etário de 0 a 11 anos.

Complicações	F.P.O. com envolvimento		Total	%
	Segmento anterior	Segmento anterior e segmento posterior		
Phthisis	02	02	04	20,00
Descolamento de retina traumático	00	02	02	10,00
Endoftalmite	01	00	01	05,00
Hemorragia vítrea	00	01	01	05,00

TABELA 3
Complicações em 32 pacientes com F.P.O. e rotura cristalíniana no grupo etário de 12 anos ou mais.

Complicações	F.P.O. com envolvimento		Total	%
	Segmento anterior	Segmento anterior e segmento posterior		
Hipertensão secundária	08	03	11	34,40
Descolamento de retina traumático	00	02	02	06,20
Phthisis	00	01	01	03,10
Endoftalmite	01	00	01	03,10
Uveíte	00	01	01	03,10

rior e vitrectomia (15 casos), lensectomia (9 casos), capsulotomia (5 casos) e lensectomia via pars-plana (1 caso). Outros 4 pacientes também tiveram nova cirurgia indicada e não compareceram.

COMENTARIOS

A indicação de enucleação ou evisceração (excisão) de olhos após ferimentos perforantes oculares, diminuiu com a era dos antibióticos e corticóides, bem como com o desenvolvimento de novas técnicas, materiais e instrumentos (3). A conduta conservadora mesmo nos casos mais graves, graças aos avanços em cirurgias combinadas (ceratoplastias com vitrectomias) tem conseguido reabilitar muitos desses olhos (2, 3 e 10). Não se justifica o temor da ocorrência de oftalmia simpática, que continua perigosamente valorizada em nosso meio, já que nos últimos 20 anos não temos um só caso diagnosticado em nosso serviço (2).

De fato, a reparação sempre que possível de todo olho perfurado acidentalmente permite um melhor conhecimento da evolução dos casos mais graves e não encerra, a priori, a possibilidade de recuperação funcional de alguns deles. Existe nítida correlação en-

tre a gravidade o FPO e o prognóstico visual final, sendo este pior quando ocorre lesão cristalíniana (3, 4 e 9). A presença de massas cristalínianas na Câmara Anterior é fator agravante de complicação como retardo de cicatrização dos lábios da ferida, estebelecimento de sinéquias, maior reação inflamatória, hipertensão secundária e mesmo endoftalmite (4).

Em crianças e adultos jovens considera-se que a lesão traumática do cristalino, via de regra, caminha para a reabsorção espontânea (6). No entanto, neste trabalho, no grupo etário até 11 anos ocorreu apenas 1 reabsorção espontânea com área pupilar transparente, que alcançou a visão de 20/60 com lente de contato, devido a opacidade corneana e astigmatismo irregular. E no grupo etário de 12 ou mais anos, ocorreram 2 casos de reabsorção espontânea com acuidade visual corrigida de 20/25 e 20/30 respectivamente, em pacientes que apresentavam envolvimento dos segmentos anterior e posterior. Todos os demais ou apresentaram complicações graves (Tabelas n.ºs 2 e 3) ou tiveram indicação para cirurgia complementar. Portanto a remoção incompleta das massas cristalínianas no ato cirúrgico inicial representa a necessidade de reintervenção ci-

rúrgica na quase totalidade dos casos (Tabela n.º 1).

Alguns autores não removem massas cristalínias no primeiro ato cirúrgico alegando dificuldade de diferenciá-las de fibrina. Se existe dúvida e o segmento posterior não está envolvido, a remoção das massas pode ser realizada sem riscos após alguns dias. A mesma prudência deve ser levada em conta quando a presença de hifema, mesmo após tentativa de remoção com irrigação com soro fisiológico, impede visualização adequada do cristalino (6). No entanto, se existe lesão cristalínica e perda vítrea é essencial a remoção do cristalino em vitrectomia anterior, pois a mistura de restos cristalínios, principalmente cápsula, vítreo e sangue leva rapidamente à desorganização do segmento anterior favorecendo complicações graves como phthisis e descolamento de retina (6).

Nunca é demais ressaltar que em crianças, especialmente até 9 anos de idade, a remoção das massas deve ser mandatória no primeiro ato cirúrgico. Se isto não ocorreu, nova intervenção cirúrgica, e precoce, deverá ser realizada com o objetivo de clarear os meios visando prevenir ambliopia (6, 7 e 9). Concluindo, é necessário que toda reparação de laceração do globo ocular não deve ser encarada como procedimento simples, visto que a responsabilidade e gravidade nestes casos é muito maior do que em cirurgias programadas, exigindo instrumentação, perícia e experiência do cirurgião. É fundamental que se tenha em mente a necessidade de sempre que houver massas cristalínias na Câmara Anterior de um olho perfurado acidentalmente, havendo segurança em diagnósticá-las, que sejam removidas já no primeiro ato cirúrgico e se houver perda vítrea, que se realize vitrectomia anterior.

RESUMO

Os autores realizaram um estudo retrospectivo envolvendo 52 pacientes com lesão cristalínica entre 411 pacientes com FPO nos quais no ato cirúrgico inicial não se realizou remoção completa das massas. Des-

tacaram que apenas 3 deles (5,8%) apresentaram reabsorção espontânea com acuidade visual final de 20/60 e 20/25. Concluem pela necessidade de remoção das massas quando houver segurança no diagnóstico de presença delas em Câmara Anterior bem como de vitrectomia anterior quando do envolvimento do segmento posterior.

SUMMARY

In a retrospective study of 411 perforating ocular injuries, 52 had lens damage noticed on admission or during the emergency surgical repair, and were not completely removed. Three of them (5,8%) underwent spontaneous absorption of the lens material with final visual acuity ranging from 20/60 to 20/25. The need for total removal of lens material in the anterior chamber, during the emergency procedure is stressed, as well as for anterior vitrectomy when there is posterior segment involvement.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVES, M. R.; SAMPAIO, M. W. & KARA-JOSÉ, N. — "Ferimentos Perfurantes Oculares: Considerações sobre a Responsabilidade Industrial e Social". Anais do XXI Congr. Bras. Oftal. Recife, 96, 1981.
2. ALVES, M. R.; CARVALHO, K. M. M. & KARA-JOSÉ, N. — "Causas de Excisão de Globos Oculares pós Ferimento Perfurante". Anais do XXI o Congr. Oftal. Recife, 114, 1981.
3. BONANOMI, M. T. B. C.; ALVES, M. R.; KARA-JOSÉ, N. & SOUZA, N. A. — "Ferimento Perfurante Ocular". Anais do XXI Congr. Bras. Oftal. Oftal. 43: 81, 1980.
4. BONANOMI, M. T. B. C.; ALVES, M. R. & KARA-JOSÉ, N. — "Endoftalmite em Ferimento Perfurante Ocular". Anais do XXI Congr. Bras. Oftal. Recife, 107, 1981.
5. DUKE-ELDER, S. & Mc FAUL, P. A. — System of Ophthalmology, ol. XIV, part 1, Henry Kimpton, London, 1972, p. 363.
6. EAGLING, E. M. — "Perforating injuries of the eye". Brit. J. Ophthal. 60: 732, 1976.
7. KARA-JOSÉ, N.; SAMPAIO, M. W. & ALVES, M. R. — "Diagnóstico e Conduta na Presença de Ferimentos Perfurantes do Globo Ocular". Rev. Bras. Saúde Ocupacional 9: 25, 1981.
8. KARA-JOSÉ, N.; RANGEL, F. F. & BARBOSA, N. L. M. — "Perfurações do Globo Ocular e Ferimentos de Face — Necessidade de Diagnóstico Precoce". Anais do XXI Congr. Bras. Oftal. Recife, 99, 1981.
9. KARA-JOSÉ, N.; ALVES, M. R. & BONANOMI, M. T. B. C. — "Ferimento Perfurante do Globo Ocular na Infância". Em publicação.
10. SUZUKI, H.; NAKASHIMA, Y. & BEVILACQUA, C. S. — "Reconstituição do Segmento Anterior Pós-Trauma Antigo". Anais do XIX Congr. Bras. Oftal. Rio de Janeiro, 185, 1977.