

Implante de Schocket modificado para o controle do glaucoma pós-ceratoplastia penetrante

Modification of Schocket technique for control of post-penetrating keratoplasty

Carlos Akira Omi⁽¹⁾

Geraldo Vicente de Almeida⁽²⁾

Sérgio Kwitko⁽¹⁾

Ralph Cohen⁽³⁾

Carmo Mandia Jr⁽³⁾

RESUMO

Nove olhos de 9 pacientes portadores de glaucoma pós-ceratoplastia penetrante foram submetidos à cirurgia com implante de Schocket modificado. Seis olhos era áfacos.

A média das pressões intraoculares pré-operatórias era 38.2 mmHg \pm 5.6, com variação de 32 a 46 mmHg. A média das pressões intraoculares pós-operatórias foi 14.6 mmHg \pm 2.4. O tempo médio de seguimento foi 10.6 meses \pm 3.0, com variação de 6 a 15 meses. Todos os olhos tiveram a pressão intraocular igual ou menor que 20 mmHg, 6 dos quais (66,6%) com medicação complementar. Num olho, houve obstrução do tubo por humor vítreo. Este olho desenvolveu, 6 meses após, descolamento de retina. Não houve, em nenhum dos olhos, rejeição do enxerto.

Palavras-chave: Implante de Schocket modificado, glaucoma pós-ceratoplastia penetrante, pressão intraocular, tubo de Silastic, faixa de silicone.

INTRODUÇÃO

O glaucoma é uma das causas mais freqüentes de perda permanente da visão após uma ceratoplastia penetrante, principalmente em olhos áfacos⁽⁴⁾.

Diversos mecanismos podem contribuir para o desenvolvimento da hipertensão ocular nesses olhos. O mais importante deles é a formação de sinéquias anteriores periféricas extensas⁽²⁾.

O tratamento clínico dessa forma de glaucoma tem sido ineficaz e, na grande maioria das vezes, tem-se recorrido ao tratamento cirúrgico, sendo a trabeculectomia o procedimento de eleição. Ela porém, freqüentemente, fracassa⁽²⁾.

A ciclocrioterapia também tem sido indicada para o controle da pressão intraocular nesse tipo de glaucoma,

todavia com graves complicações, incluindo até a atrofia bulbar⁽¹⁾.

O objetivo deste trabalho é descrever o resultado da nossa experiência com o implante de Schocket modificado, em pacientes com glaucoma secundário à ceratoplastia penetrante.

MATERIAL E MÉTODO

Foram submetidos à cirurgia 9 olhos de 9 pacientes portadores de glaucoma pós-ceratoplastia penetrante. Seis olhos eram áfacos. A idade variava de 5 a 73 anos, com média de 40,4 anos \pm 21,7. Eram 5 homens e 4 mulheres. Seis olhos foram submetidos previamente a cirurgia antiglaucomatosa.

Foram utilizados implantes confeccionados a partir de uma faixa de silicone sulcada nº 31 para retinope-

Trabalho realizado nos Serviços de Glaucoma da Escola Paulista de Medicina e da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

(1) Pós-Graduando (nível doutorado) do Serviço de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina

(2) Professor Titular da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

(3) Professor Assistente da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Endereço para correspondência: Rua João de Santa Maria, 485 – Jardim da Saúde – São Paulo – Capital – CEP: 04158

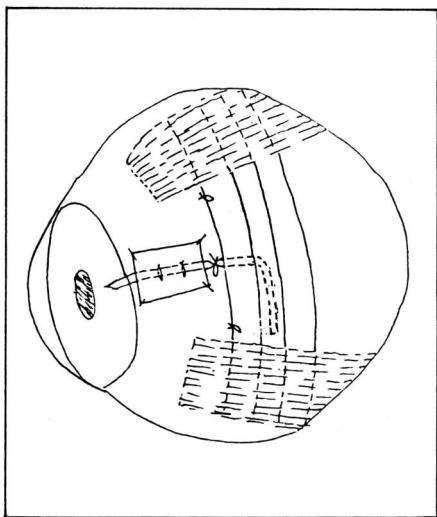


Fig. 1 – Diagrama do implante de Schocket modificado.

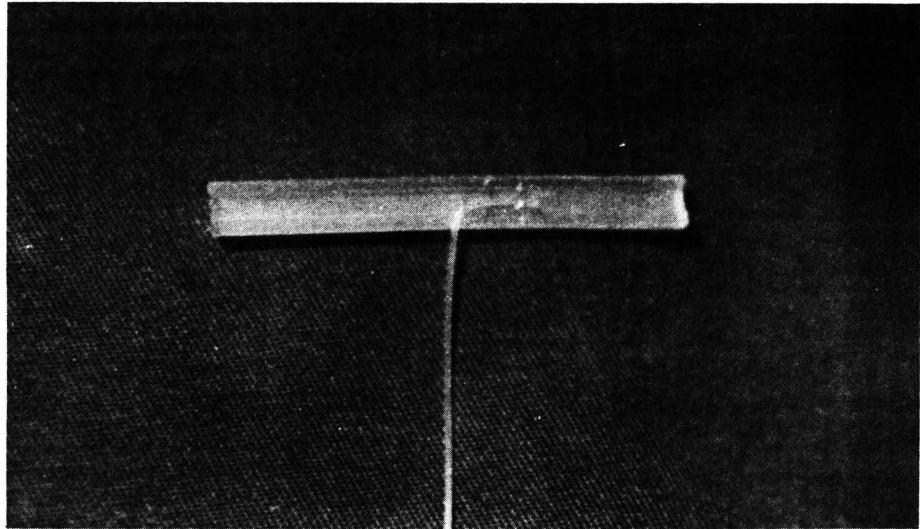


Fig. 2 – Implante de Schocket modificado.

xia, na qual foi conectado um tubo de silastic de 0,3 mm de calibre e 0,6 mm de diâmetro externo. Uma das extremidades do tubo foi introduzida no sulco da faixa através de um entalhe feito na parede anterior da mesma e fixada com sutura de mononylon 9-0 (figs. 1 e 2). A extensão do tubo dentro do sulco é de 15 a 20 mm.

A técnica cirúrgica consistiu de uma incisão curvilinea através da conjuntiva e da cápsula de Tenon a 8 mm de distância do limbo corneal, de preferência no quadrante súpero-externo, para expor a esclera entre dois músculos extrínsecos adjacentes. Liberou-se o tecido episcleral posterior com uma tesoura romba, por divulsão, para preparar o leito receptor da faixa. Esta foi, então, posicionada neste espaço com a superfície sulcada voltada para a esclera e fixada à mesma, a aproximadamente 10 mm do limbo corneal, com duas suturas com fio de mersilene 5-0. O comprimento da faixa foi o suficiente para que suas extremidades ficassem recobertas pelos dois músculos retos. Fez-se a ligadura do tubo com vicryl 7-0, próximo à faixa. Fixou-se o tubo à esclera com mononylon 9-0. O tubo foi seccionado num comprimento tal que sua extremidade livre atingisse aproximada-

mente uma posição situada a meia distância entre o colarete da fris e a margem pupilar. Esta secção foi feita em visel. Introduziu uma agulha hipodérmica de calibre nº 7 através do limbo corneal, de modo a criar um orifício por onde o tubo penetrasse e alcançasse a câmara anterior. Suturou-se à esclera receptora, com vicryl 7-0. Injetou-se, subconjuntivamente, uma solução de gentamicina e dexametasona.

A média das pressões intraoculares pré-operatórias com medicação máxima tolerada era 38,2 mmHg \pm 5,6, com variação de 32 a 46 mmHg.

RESULTADOS

A identificação, o diagnóstico, o número de cirurgias antiglaucomatosas previamente realizadas, as pressões intraoculares pré-operatórias e os resultados são apresentados na Tabela 1.

O tempo médio de seguimento foi 10,6 meses \pm 3,0, com variação de 6 a 15 meses. Todos os olhos tiveram a pressão intraocular menor que 21 mmHg. Seis olhos (66,6%) necessitaram de medicação adicional. A média das pressões intraoculares pós-operatórias foi 14,6 mmHg \pm 2,4. A média da redução da pres-

são intraocular foi 23,6 mmHg \pm 4,0. Dois olhos foram submetidos à cirurgia com o tubo introduzido via pars plana.

O olho do paciente de nº 9 teve obstrução do tubo por humor vítreo, tendo sido submetido à vitrectomia via pars plana com a introdução do tubo pela mesma via, permanecendo a sua extremidade na câmara posterior. Após 6 meses, desenvolveu um descolamento de retina regmatogênico, tendo recusado submeter-se à retinopexia.

Em nenhum dos casos houve rejeição do enxerto após o implante do dispositivo.

COMENTÁRIOS

Os nove olhos portadores de glaucoma tinham a pressão intraocular não controlada, apesar da medicação máxima tolerada e, em seis, cirurgias antiglaucomatosas prévias únicas ou múltiplas.

Olhos com glaucoma pós-transplante de córnea penetrante, submetidos anteriormente a múltiplos procedimentos cirúrgicos, freqüentemente apresentam cicatrização conjuntival acentuada, que dificulta ou até impossibilita a realização de uma trabeculectomia⁽⁴⁾. A ciclocrioterapia é, provavelmente, a alternativa tera-

TABELA 1
Identificação, diagnóstico, número de cirurgias antiglaucomatosas prévias e resultados obtidos com o implante de Schocket modificado, em 9 olhos de 9 pacientes portadores de glaucoma pós-ceratoplastia penetrante

Nº	Nome	Idade (anos)	Sexo	C.A.P.	P.I.O. pré (mmHg)	P.I.O. pós (mmHg)	SEGTO (meses)	MED	OBS
1	RNS	31	M	—	40	20	13	SIM	—
2	AAL	52	M	—	35	15	9	SIM	áfaco
3	SCB	30	M	2 TREC	35	10	13	SIM	áfaco
4	WTA	5	M	—	36	14	13	SIM	áfaco
5	DDS	72	F	2 TREC	50	14	12	NÃO	—
6	FLA	38	M	1 TREC	32	15	8	NÃO	áfaco*
7	LA	17	F	3 TREC	35	16	15	SIM	áfaco
8	ZNR	46	F	1 TREC	35	14	7	SIM	—
9	MT	73	F	1 TREC	46	14	6	NÃO	áfaco*

C.A.P. = Número de cirurgias antiglaucomatosas prévias

P.I.O. pré = Pressão intraocular pré-operatória

P.I.O. pós = Pressão intraocular pós-operatória

SEGTO = Tempo de seguimento

MED = Uso de medicação no período pós-operatório

OBS = Observações

TREC = Trabeculectomia

* = Tubo introduzido via pars plana

pêutica mais comumente utilizada. Ao mesmo tempo que este procedimento pode reduzir a pressão intraocular, ele pode ser responsável por uma inflamação acentuada do globo ocular, por uma lesão por congelamento do enxerto, hipotonía e potencial atrofia bulbar⁽⁴⁾.

É nossa impressão que o implante de Schocket modificado produz um processo inflamatório substancialmente menor que a ciclocrioterapia e, certamente, evita a agressão do trauma térmico ao enxerto.

Como qualquer procedimento cirúrgico intraocular, a cirurgia antiglaucomatosa, num olho submetido ao transplante de córnea, pode levar à rejeição do enxerto⁽⁴⁾. No nosso estudo, não houve nenhum caso de

rejeição do transplante após a cirurgia com o implante de Schocket modificado, ao contrário do que é relatado na literatura⁽⁴⁾.

A maioria dos trabalhos indica que os olhos áfacos são mais suscetíveis ao desenvolvimento de glaucoma pós-ceratoplastia penetrante⁽³⁾. Nossa análise confirma este fato, pois dos 9 olhos estudados, 6 (66,6%) eram áfacos.

Na nossa série, obtivemos o controle da pressão intraocular pós-operatória em 100% dos casos, com média de 14,6 mmHg ± 2,4.

O implante de Schocket modificado é portanto uma opção valiosa, para os casos de glaucoma secundários a ceratoplastia penetrante.

SUMMARY

Nine eyes of 9 patients with post penetrating keratoplasty glaucoma underwent antiglaucomatous surgery with modified Schocket implant. Six of these eyes were aphakic. The mean pre-operative intraocular pressure was 38.2 mmHg ± 5.6, ranging from 32 to 46 mmHg. The mean post-operative intraocular pressure was 14.6 mmHg ± 2.4. Follow-up ranged from 6 to 15 months (mean = 10.6 months ± 3.0).

All eyes kept intraocular pressure under 20 mmHg and 6 of these (66,6%) with additional antiglaucomatous drugs. In one eye, the intracameral tube tip was obstructed by vitreous humor. This eye developed a retinal detachment after six months. No graft rejection was observed after the device implantation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BINDER, P.S.; ABEL Jr., R.; KAUKMAN, H.E. - Cyclocryotherapy for glaucoma after penetrating keratoplasty. *Am. J. Ophthalmol.*, 79: 489, 1975.
- CHANDLER, P.A. & GRANT, W.M. - Glaucoma after penetrating keratoplasty. In: CHANDLER, P.A. & GRANT, W.M. - *Glaucoma* 3 ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1986, p. 408-10.
- FINE, M. - Problems of keratoplasty in aphakic eyes. In: CASTROVIEJO, R.; DEVÖE, A.G.; DOHLMAN, C.G., eds. - *Transactions of the New Orleans Academy of Ophthalmology. Symposium on the cornea*. St. Louis, Mosby, 1972.
- McDONNELL, P.J.; ROBIN, J.B.; SCHANZLIN, D.J.; MINCKLER, D.S.; BAER-VELDT, G.; SMITH, R.E.; HEUER, D.K.; Molteno implant for control of glaucoma in eyes after penetrating keratoplasty. *Ophthalmology*, 95: 364, 1988.