

Tratamento cirúrgico da necrose de esclera após exérese de pterígio e betaterapia ⁺

Surgical treatment of scleral necrosis after pterygium excision and postoperative beta-irradiation ⁺

Suzana Matayoshi ⁽¹⁾
Sheila Maria Lacerda Romano ⁽²⁾
João Prado Júnior ⁽¹⁾
Milton Ruiz Alves ⁽³⁾

RESUMO

Os autores apresentam como complicação tardia da exérese de pterígio e aplicação de betaterapia, necrose de esclera com exposição uveal que ocorreu em 3 pacientes (4 olhos). Descrevem o tratamento cirúrgico para as áreas necrosadas (enxerto de esclera homóloga). Ressaltam a necessidade de se tratar essas áreas para evitar a ocorrência de infecção que, freqüentemente leva esses olhos a dano funcional irreversível.

Palavras chave: Pterígio; Betaterapia; Necrose escleral; Enxerto de esclera.

INTRODUÇÃO

A recorrência do pterígio após remoção e uso pós-operatório de betaterapia é, infelizmente, freqüente e o seu emprego aumenta o risco potencial de complicações que incluem: conjuntivite crônica, simbléfaro, atrofia de íris, catarata, corneossclerite, necrose de esclera e infecções bacterianas dessas áreas ¹⁻¹⁰. As áreas de afinamento escleral grave devem ser tratadas cirurgicamente porque expõem os pacientes ao risco de desenvolvimento de endoftalmite ^{6,8}. Neste estudo, apresentamos como complicação tardia da excisão do pterígio e uso de betaterapia, necrose de esclera com exposição uveal que ocorreu em 3 pacientes (4 olhos) e que foram tratados com enxerto de esclera e recobrimento conjuntival.

PACIENTES E MÉTODOS

Descreveram-se em três pacientes (4 olhos) a ocorrência de necrose de

esclera como complicação de exérese de pterígio e utilização pós-operatória de betaterapia. Em todos os pacientes os exames clínicos e laboratoriais realizados para afastar doenças do tecido conectivo foram negativos.

Para o tratamento da área de necrose escleral utilizou-se anestesia local com acinesia do músculo orbicular segundo Van Lint precedendo a injeção subconjuntival de Lidocaína 2% com Adrenalina 1:10.000. A conjuntiva e Tenon adjacentes à área de necrose foram dissecadas para preparação do leito receptor. A hemostasia com eletrocautério bipolar foi parcimoniosa. Empregou-se esclera homóloga, proveniente do Banco de Olhos do Hospital das Clínicas, conservada em Glicerina e lavada com solução de Cloreto de Sódio a 0,9% e Gentamicina 80 mg/ml. O retalho de esclera, com tamanho adequado para cada caso, foi colocado sobre o leito receptor e nele suturado com 5 a 6 pontos simples de mononylon 10-0 com os nós sepultados. O local do enxerto foi recoberto com Tenon e conjuntiva deslizadas das áreas adjacentes.

⁺ Trabalho realizado na Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Prof. Titular A. F. Caldeira).

⁽¹⁾ Médico assistente

⁽²⁾ Ex-residente

⁽³⁾ Médico assistente doutor

Endereço para correspondência: Dra. Suzana Matayoshi - Rua Jaguaretê 437, Conj. 4. Fone: (011) 8586503 - CEP 02515-010 - São Paulo - Capital

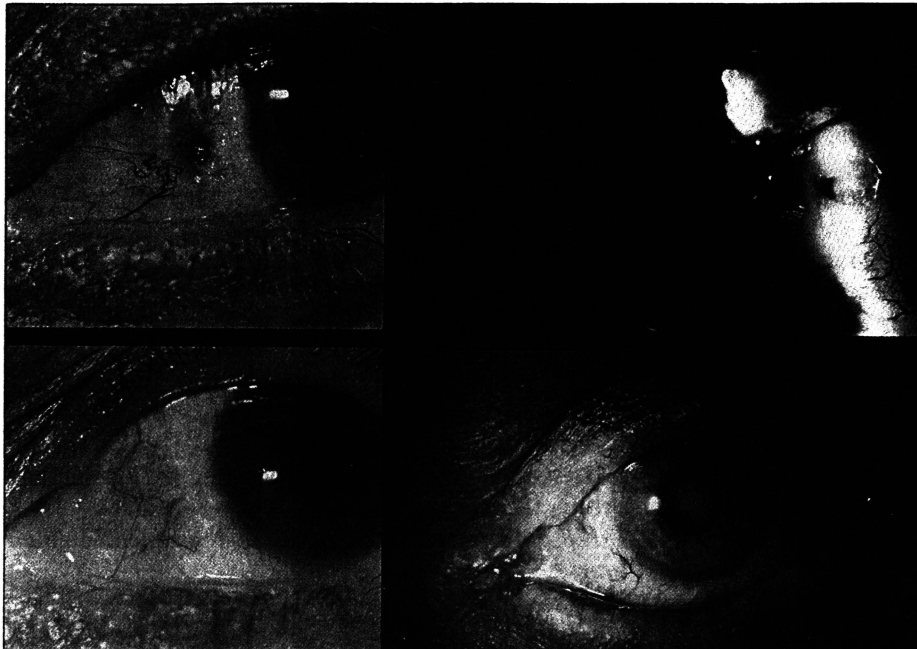


Figura 1 - Lado esquerdo: Olho esquerdo do caso 1 - superior (pré) e inferior (4^o mês de pós-operatório). Lado direito: Olho esquerdo do caso 2-superior (pré) e inferior (3^o mês de pós-operatório).

DESCRIÇÃO DOS CASOS

Caso 1. E. P. G., 66 anos, branca, casada, procedente de S. Paulo, procurou o ambulatório de Oftalmologia do HCFMUSP, em março de 1990 com sensação de corpo estranho no olho direito. Referia cirurgia de pterígio em ambos os olhos há 5 anos e utilização de betaterapia na dosagem de 2800 rads fracionadas em 7 sessões, em dias alternados.

Ao exame oftalmológico apresentava no OD. AV. = 20/20, pseudofacia, PIO = 12 mmHg, FO normal e na conjuntiva nasal havia uma área de necrose escleral com exposição de úvea, medindo 2,5 x 3,0 mm (vertical x horizontal). No OE apresentava AV. = 20/20, PIO = 12 mmHg, FO normal e uma área de necrose escleral severa, com exposição uveal, medindo 2,0 x 2,5 mm. Em dezembro de 1990, a paciente foi submetida à enxerto de esclera em ambos os olhos, e evoluiu bem com o desaparecimento das queixas iniciais (Figura-lado esquerdo-OE pré e pós-operatório).

Caso 2. P. F.; 68 anos, branco, casado, aposentado, procedente de S. Paulo, procurou o ambulatório de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da FMUSP em agosto de 1990, pelo aparecimento de ponto escuro na região nasal do olho esquerdo, local de exérese de pterígio e betaterapia (dose ignorada) há 10 anos. No exame do olho direito foram anotados: AV. = 20/30 c/c, catarata incipiente, PIO = 16 mmHg e FO normal. Apresentava no olho esquerdo: AV. = conta dedos a 50 cm, catarata nuclear ++/+++, PIO = 16 mmHg, FO com degeneração senil de mácula e na região correspondente à remoção do pterígio, observava-se uma área de necrose escleral com exposição uveal, medindo 2 mm de diâmetro. O paciente foi submetido à cirurgia de enxerto de esclera homólogo e recobrimento conjuntival, evoluindo com boa integração no leito receptor (Figura-lado direito: pré e pós-operatório).

Caso 3. R. F. M., 52 anos, branco, solteiro, motorista, procedente de S. Paulo, foi atendido em janeiro de 1991, referindo dificuldade visual para perto.

Relatava cirurgia progressiva de pterígio e utilização de betaterapia (dose ignorada) no olho direito, há 15 anos. O exame demonstrava em AO: AV=20/20, PIO = 10 mmHg e FO normal e no OD área de necrose escleral nasal de 2 mm de diâmetro, a 3 mm do limbo. Em março de 1991, o OD foi submetido ao recobrimento conjuntival simples que deslizou no sétimo dia de pós-operatório, expondo a área de necrose. Optou-se, então, pelo recobrimento dessa região com esclera homóloga, que como nos casos anteriores, evoluiu favoravelmente com integração do enxerto.

DISCUSSÃO

A exérese do pterígio constitui-se em nosso meio no procedimento oftalmológico mais comum, sendo considerada cirurgia menor e segura. A utilização de betaterapia, tiotepa ou mitomicina como terapêutica complementar, com o objetivo de reduzir os níveis de recidivas pós-operatórias, contribuem para que este procedimento não esteja totalmente isento de complicações.

Estudos demonstram que em pacientes submetidos à ressecção de pterígio e utilização de betaterapia, em seguimento por mais de 10 anos, a ocorrência de escleromácia em 10% e afinamento escleral severo em 4,5% deles⁶. A ocorrência de necrose escleral induzida, freqüentemente, pela betaterapia, ressalta que a sua dosagem no pós-operatório de pterígio, representa ainda hoje matéria controversa¹⁰. Enquanto a esclera posterior parece ser resistente a altas doses de radioterapia, anterior é, em realidade, susceptível à combinação de cirurgia e betaterapia¹⁰.

Para o desencadeamento de necrose escleral parecem contribuir tanto a ausência de conjuntiva na área lesada como alterações locais na camada do filme lacrimal⁴. A esclera afinada e exposta torna-se susceptível à infecção e essa nova complicação, a despeito de

tratamento intensivo, usualmente evoluiu com prognóstico sombrio^{1-4, 8, 9}. O tratamento da necrose ou afinamento importante da esclera está voltado para a proteção da área afetada, recobrando-a com conjuntiva e nos casos de exposição uveal, utilizando-se de enxerto de fascia lata, esclera homóloga ou de perióstio, posteriormente recoberto por Tenon e conjuntiva. Neste trabalho, optamos por esclera homóloga por tratar-se de estrutura o mais semelhante em termos anátomo-histológicos.

O retalho de esclera utilizado foi sempre maior que a área necrosada, visto que, o processo degenerativo é bem maior que a área ulcerada estimada pela biomicroscopia.

A esclerite necrotizante, manifestação das vasculites auto-imunes (doença reumatóide, granulomatose de Wegener, lupus, poliarterite nodosa, etc), foi afastada, logo de início, através de avaliações clínico-laboratoriais. A evolução dessas esclerites necrotizantes é devastadora e requerem terapêutica agressiva à base de imunossupressores⁷.

Neste estudo, os olhos operados evoluíram com boa integração do enxerto. A técnica cirúrgica empregada pareceu-nos segura e de fácil realização. Quando empregada nos casos de necrose escleral com exposição uveal podem agir profilaticamente contra infecção bacteriana.

SUMMARY

Pterygium excision was complicated by scleral necrosis and uveal exposition in four eye of three patients who had received postoperative beta-irradiation. They emphasize that a scleral patch is a valid therapeutic approach to cover the wound. The kind of treatment plays an important role in avoiding bacterial corneoscleritis and endophthalmitis with would cause serious damage even when aggressively treated.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 ALFONSO, E.; KENYON, K. R.; ORMEROLD,

- L. D.; STEVENS, R.; WAGONER, M. D.; ALBERT, D. M. - Pseudomonas corneoscleritis. *Am. J. Ophthalmol.*, 13:90, 1987.
- 2 BERLER, D. K.; ALPER, M. G. - Scleral abscess and ectasia caused by *Pseudomonas aeruginosa*. *Ann. Ophthalmol.*, 14:665, 1982.
- 3 CODERE, F.; BROWNSTEIN, S.; JACKSON, W. B. - Pseudomonas aeruginosa scleritis. *Am. J. Ophthalmol.*, 91:706, 1981.
- 4 FARREL, P. L. R.; SMITH, R. E. - Bacterial corneoscleritis complicating pterygium excision. *Am. J. Ophthalmol.*, 107:515, 1989.
- 5 JOSÉ, N. K.; SILVA, W. R.; LARGURA, W.; OLIVEIRA, M. R.; MARCONDES, A. M.; ALVES, M. R. - Complicações tardias pós-betaterapia em tratamento de pterígio. *Anais do XXI Congr. Bras. Oftalmol.*, Recife, 1981. p. 86.
- 6 MACKENZIE, F. D.; HIRST, L. W.; KY-NASTON, B.; BASW, C. - Recurrence rate and complications after irradiation for pterygium. *Ophthalmology*, 98:1776, 1991.
- 7 MAZA, M. S.; FUSTER, S. - Necrotizing scleritis after ocular surgery. A clinicopathologic study. *Ophthalmology*, 98:1720, 1991.
- 8 MORIARTY, A. P.; CRAWFORD, G. J.; MC-ALLISTER, I. L.; CONSTABLE, I. J. - Severe corneoscleral infection. A complication of beta irradiation scleral necrosis following pterygium excision. *Arch. Ophthalmol.*, 111:947, 1993.
- 9 RABER, I. M.; LAIBSON, P. R.; KURZ, G. H.; BERNADINO, V. B. Pseudomonas corneoscleral ulcers. *Am. J. Ophthalmol.*, 92:353, 1981.
- 10 TARR, K. N.; CONSTABLE, I. J. - Late complications of pterygium treatment. *Brit. J. Ophthalmol.*, 64:496, 1980.