

Glaucoma e aniridia: experiência inicial. Quatro olhos tratados cirurgicamente com o implante de Schocket modificado.

Glaucoma and aniridia: preliminary experience obtained with four eyes treated surgically with the modified Schocket implant.

Ralph Cohen⁽¹⁾
Geraldo Vicente de Almeida⁽²⁾
Carlos Akira Omi⁽³⁾
Carmo Mandia Jr.⁽¹⁾
Sérgio Kwitko⁽³⁾

RESUMO

Quatro olhos de 2 indivíduos portadores de glaucoma associado à aniridia foram submetidos a tratamento cirúrgico com o implante de Schocket modificado.

Um dos pacientes tinha 1 mês de idade e o outro, 6 anos.

No primeiro, a pressão intraocular pré-operatória era 30 e 34 mmHg no olho direito e esquerdo, respectivamente. Depois do procedimento cirúrgico, a pressão intraocular se manteve por volta de 16 mmHg, em ambos os olhos, sem medicação, com seguimento de 13 e 12 meses, respectivamente.

No segundo paciente, a pressão intraocular pré-operatória era 42 mmHg, em ambos os olhos, com a medicação. A pressão intraocular pós-operatória permaneceu, após o seguimento de 10 meses (olho direito) e 7 meses (olho esquerdo), em níveis de 20 mmHg, com medicação.

O implante de Schocket modificado pode ser uma opção válida para o tratamento de glaucomas refratários.

Palavras-chave: Aniridia, Glaucomas refratários, Implante de Schocket modificado

INTRODUÇÃO

A assim chamada aniridia é uma alteração ocular bilateral, congênita, rara, que se caracteriza clinicamente pela quase ausência da íris.

A aniridia pode estar associada a outras alterações oculares, presentes no nascimento ou manifestas entre a infância e o início da idade adulta.

As alterações oculares mais frequentemente associadas a essa anomalia são o "pannus" e as opacidades da córnea, opacidades lenticulares, hipoplasia foveal e glaucoma⁽⁵⁾.

O glaucoma ocorre em 50 a 70%

dos indivíduos portadores de aniridia e não se manifesta, em geral, antes do final da infância ou da adolescência⁽⁴⁾.

O tratamento do glaucoma desses olhos é difícil, pois ele responde mal às drogas hipotensoras oculares, e os procedimentos cirúrgicos, tais como as fistulantes, a ciclocrioterapia e a goniotomia, produzem resultados pobres ou catastróficos⁽¹⁾.

Alternativamente, com a finalidade de obter o controle da pressão intraocular, em algumas formas de glaucoma rebelde a tratamento clínico ou cirúrgico convencional, a implantação de dispositivos artificiais

Trabalho realizado na Escola Paulista de Medicina e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

- (1) Professor Assistente da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
- (2) Professor Titular da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
- (3) Pós-Graduando (nível doutorado) do Setor de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

Endereço para correspondência: Ralph Cohen: Av. Paulista, 1814 - cj. 1005 - CEP 01228 - São Paulo

de drenagem do humor aquoso, valvulares ou não, tem sido sugerida^(2,3).

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência dos autores obtida com o implante de Schocket modificado, em quatro olhos de dois indivíduos portadores de glaucoma associado à aniridia.

RELATO DOS CASOS

Caso Nº 1

F.E., do sexo masculino, 15 dias de idade, branco, natural de São Paulo, foi examinado com a queixa referida pelos pais de que os olhos estavam grandes desde o nascimento. Não havia antecedentes familiares dignos de nota.

O exame externo e a biomicroscopia revelaram, em ambos os olhos, edema de córnea, esclerocórnea e aniridia. O olho esquerdo era bupfáltmico. O fundo de ambos os olhos não pode ser observado, devido às opacidades dos meios transparentes. A pressão intraocular, tomada com tonômetro de aplanção manual modelo Perkins, era 35 e 34 mmHg no olho direito e no olho esquerdo, respectivamente.

Prescreveu-se colírio de maleato de timolol a 0,25% a cada 12 horas.

Sete dias após, a pressão intraocular estava 30 mmHg, no olho direito e 34 mmHg no olho esquerdo.

Caso Nº 2

T.R.G. do sexo feminino, 6 anos, branca, natural de São Paulo, apresentou-se à consulta por encaminhamento de outro oftalmologista para tratamento do glaucoma. A mãe relatou que o diagnóstico de "alteração ocular congênita" foi realizado desde os 6 dias de vida, mas que a tomada da pressão intraocular foi realizada apenas aos 6 anos, quando foi confirmado o diagnóstico de glaucoma associado à aniridia. Foi instituído, nesta ocasião, o tratamento clínico que consistiu na instilação de colírio de maleato de timo-

lol a 0,5% de 12 em 12 horas e colírio de pilocarpina a 2% de 6 em 6 horas, em ambos os olhos. A mãe negou qualquer antecedente pessoal ou familiar.

Ao exame oftalmológico, a acuidade visual com correção era conta dedos a 2 m e conta dedos a 30 cm, no olho direito e no olho esquerdo, respectivamente.

O exame biomicroscópico revelou, em ambos os olhos, córneas transparentes, com diâmetro aproximado de 12 mm, aniridia, coloboma de cristalino, com deformidade equatorial, no olho esquerdo, e uma opacidade puntiforme na região polar anterior, no olho direito.

O disco óptico, na avaliação oftalmoscópica, tinha escavação de 0,8 no olho direito e 0,9 no olho esquerdo.

A pressão intraocular, medida com tonômetro de aplanção era 42 mmHg, em ambos os olhos, com a medicação prescrita.

CONDUTA

Devido à ineficiência do tratamento clínico e à gravidade dos dois casos, optou-se pelo tratamento cirúrgico com o implante de Schocket modificado. Este implante é constituído de um segmento de aproximadamente 6 cm de comprimento de

uma faixa sulcada de silicone nº 31 para retinopexia, na qual é conectado um tubo de Silastic de 0,3 mm de calibre e 0,6 de diâmetro externo (Fig. 1).

TÉCNICA CIRÚRGICA

A técnica cirúrgica seguida foi a mesma nos 4 olhos.

Foi realizada uma incisão curvilínea através da conjuntiva e da cápsula de Tenon a 8 mm de distância do limbo corneoescleral, 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 divulgação, para preparar o leito receptor da faixa. Essa foi, então, posicionada naquele espaço, com a superfície sulcada voltada para a esclera e fixada à mesma, a aproximadamente 10 mm do limbo corneoescleral, com 2 suturas com fio de mersilene 5-0. O comprimento da faixa foi o suficiente para que suas extremidades ficassem recobertas pelos 2 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. A extensão do tubo dentro do sulco foi de 15 a 20 mm. O tubo foi seccionado num comprimento tal que sua extremidade livre atingisse aproximadamente uma posição situada a meia distância entre o colarete da íris e a margem pupilar. Essa secção foi feita em bisel. Introduziu-se uma agulha hipodérmica de calibre nº 7 através do limbo corneoescleral, 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, um fragmento de esclera humana de cadáver (retângulo de 10 x 5 mm) conservada em álcool absoluto ou glicerina, sobre toda a extensão livre do tubo, para a sua proteção. Suturou-se a cápsula de Tenon e a conjuntiva com Vicryl 7-0, com sutura contínua. Injetou-se, subconjuntivalmente, uma solução de gentamicina e dexametasona (Fig. 2).

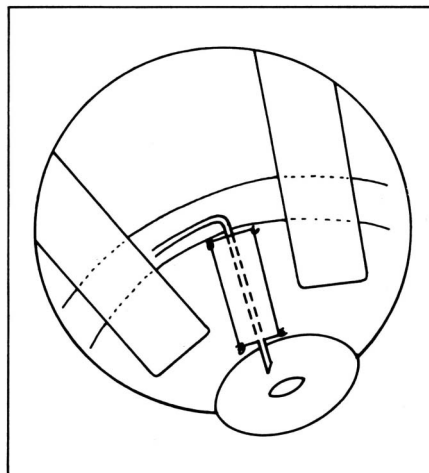


Figura 1 - Diagrama do Implante de Schocket Modificado

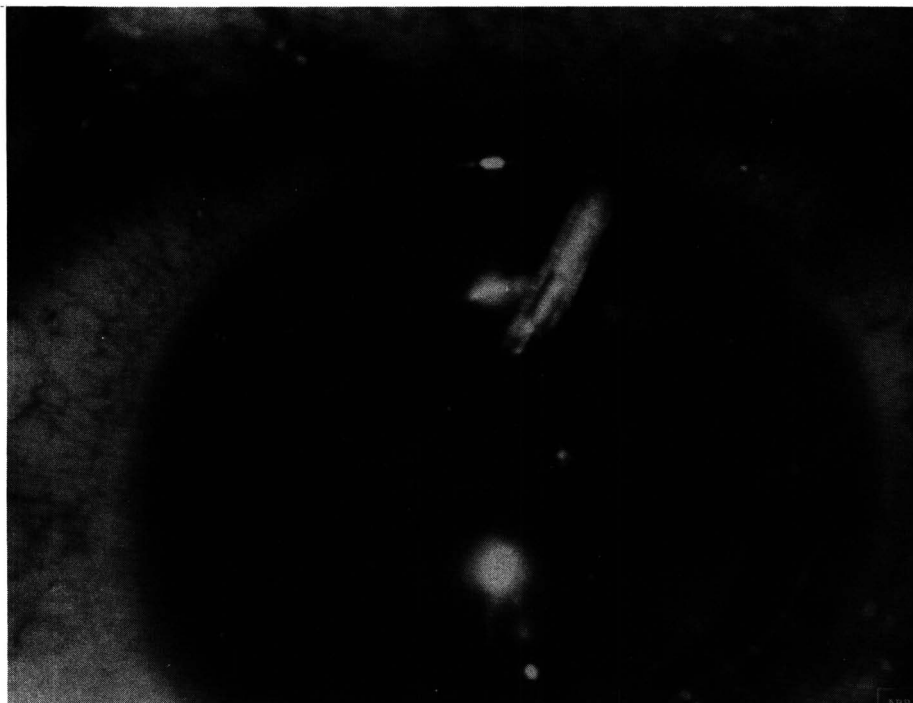


Figura 2 - Implante de Schocket no olho portador de glaucoma associado à aniridia.

RESULTADOS

A pressão intraocular pós-operatória, no caso nº 1, foi de 16 mmHg em ambos os olhos, sem medicação, com seguimento de 13 meses (olho direito) e 12 meses (olho esquerdo).

No caso nº 2, a pressão intraocular pós-operatória do olho direito manteve-se em níveis de 20 mmHg, com medicação, após 10 meses de seguimento. A pressão intraocular pós-operatória do olho esquerdo permaneceu controlada até o quarto mês, quando começou a elevar-se novamente, tendo alcançado 26 mmHg, com medicação máxima tolerada. Foi realizada uma revisão cirúrgica da ampola filtrante e encontrou-se um tecido fibroso, duro, branco nacarado, que envolvia a faixa de silicone, o qual foi ressecado. A pressão intraocular desse olho, após 7 meses da reintervenção, permaneceu em níveis de 20 mmHg com medicação.

COMENTÁRIOS

O termo aniridia, embora clinicamente consagrado, é impróprio, pois o tecido irídico, ainda que rudimentar, pode ser visível à gonioscopia ou, ainda, uma porção periférica da íris pode ser observada no exame externo ou no biomicroscópico⁽⁵⁾.

A aniridia é uma entidade rara, com incidência estimada de 1:80.000, cujo padrão de herança é, na maioria dos casos, autossômica dominante⁽⁶⁾.

Além de alterações oculares, a aniridia também pode estar acompanhada de anomalias sistêmicas, como ataxia cerebelar e retardo mental, além de anomalias do sistema genitourinário, especialmente, o tumor de Wilms⁽⁴⁾.

O glaucoma, na aniridia, ocorre em 50 a 75% dos casos, geralmente, com manifestação no final da primeira infância ou na adolescência⁽⁴⁾. Entretanto, pode estar presente já no nascimento como no caso nº 1.

O mecanismo do glaucoma tem

sido discutido por diferentes investigadores há anos. Lembeck, baseado em estudos histopatológicos, afirmou que a hipertensão ocular, na aniridia, era causada pelo bloqueio do seio cameralar provocado pelo coto da íris⁽⁵⁾.

Acredita-se que, nos olhos em que o glaucoma se desenvolve por ocasião do nascimento, a hipertensão ocular resulta de uma malformação do seio cameralar e que, nas formas mais comuns, as quais se manifestam entre os 5 e os 15 anos de idade, o glaucoma é devido à obstrução lenta e progressiva da malha trabecular pelo coto de tecido irídico. Nos dois casos apresentados neste relato, a patogenia do glaucoma pode ser explicada pelos mecanismos acima sugeridos.

A indicação do tratamento cirúrgico com o implante de um dispositivo artificial de drenagem do humor aquoso foi baseada na tenra idade dos pacientes, nos elevados níveis de pressão intraocular a que os nervos ópticos estavam sendo submetidos e na experiência negativa acumulada com outros procedimentos cirúrgicos, em olhos portadores de aniridia.

Pelos razoáveis níveis de pressão intraocular alcançados com esse procedimento, apesar do curto período de seguimento, para assegurar a sua permanente eficácia, entendemos ser uma opção válida para o tratamento de glaucomas rebeldes, uma vez que os resultados obtidos com outros procedimentos não têm inspirado segurança.

SUMMARY

Four eyes of 2 individuals with glaucoma associated with aniridia underwent a surgical treatment with a modified Schocket implant.

One of the patients was 1 month old and the other was 6 years old.

The first patient's intraocular pressure was 30 and 34 mmHg respectively in the right and left eye. After the surgery, intraocular pressure kept around 16 mmHg, in both

eyes, without any drug, with follow-up of 13 and 12 months, respectively. In the second patient, pre-operative intraocular pressure was 42 mmHg in both eyes, with medication. Post-operative intraocular pressure remained after follow-up of 10 months (right eye) and 7 months (left eye) at 20 mmHg with medication.

The modified Schocket implant may be worthwhile for treatment of refractory glaucomas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. MINCKLER, D.S., HEUER, D.K., HASTY, B., BAERVELDT, G., CUTTING, R.C., BARLOW, W.E.: Clinical experience with the single plate Molteno implant in complicated glaucomas. *Ophthalmology* 95:1181, 1988.
3. SCHOCKET, S.S., NIRANKARI, V.S., LAKHAMPAL, V., RICHARDS, R.D., LERNER, B.C.: Anterior chamber tube shunt to an circling band in the treatment of neovascular glaucoma and refractory glaucomas. A long-term study. *Ophthalmology* 92:553, 1985.
4. SHIELDS, M.B.: *Textbook of Glaucoma*. 2 ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1987, p. 199-219.
5. WALTON, D.S.: Glaucoma in Aniridia. In: RITCH, R. & SHIELDS, M.B.: *The Secondary Glaucomas*. St. Louis, The C.V. Mosby Co., 1982, p. 24-27.
6. WALTON, D.S.: Aniridic glaucoma: The results of goniosurgery to prevent and treat this problem. *Tr. Am. Ophth. Soc.* 84:59, 1986.