

Catarata e glaucoma: tratamento em um único tempo cirúrgico

Entrevista com o **Dr. Homero Gusmão de Almeida**, realizada pelo Dr. Marcelo Occhiutto. O Dr. Homero G. de Almeida é Ex-presidente da SBCII e da Sociedade Brasileira de Glaucoma, Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e Chefe dos Serviços de Catarata e de Glaucoma do Instituto de Olhos de Belo Horizonte.

FOCO – A vasta experiência que o senhor tem em relação à subespecialidade de glaucoma, aliada à sua reconhecida intimidade com a aplicação dos procedimentos de cirurgia de catarata, certamente o fez vivenciar as várias tentativas terapêuticas para tratamento dessas duas doenças tão comuns em nosso dia-a-dia. Como o senhor resumiria o histórico da combinação de técnicas para a realização desse tratamento?



Dr. Homero Gusmão de Almeida –

Inúmeras técnicas que permitem o tratamento de glaucoma e de catarata em um único tempo cirúrgico têm sido relatadas, desde que Wright descreveu, em 1937, a possibilidade de se fazer uma asso-

ciação entre extração intracapsular de catarata e esclerotomia (extração intracapsular combinada com iridênclise, com ciclodíalise e com esclerotomia por cautério).

Os resultados desse tipo de procedimento mostraram-se animadores, mas durante um longo período sua aplicação foi motivo de controvérsia, devido à significativa incidência de complicações.

Sem dúvida, solucionar o problema da presença de catarata e de glaucoma em um só ato cirúrgico seria a opção ideal. No entanto, ao fazermos isso, estaríamos perseguindo objetivos conflitantes:

uma boa técnica de extração de catarata é aquela que proporciona um excelente fechamento da ferida cirúrgica, com um pronto restabelecimento da câmara anterior, enquanto a cirurgia filtrante para o tratamento do glaucoma objetiva uma contínua drenagem do humor aquoso.

Com o advento da trabeculectomia, a ocorrência de filtração excessiva, com hipotonia acentuada e atalamia, foi substancialmente reduzida. Inúmeros trabalhos demonstraram que a facectomia associada à trabeculectomia é uma técnica confiável, com baixo índice de complicações e com duradoura redução da pressão intra-ocular.

Outros avanços também importantes foram o desenvolvimento da extração extracapsular e o aprimoramento das lentes intra-oculares de câmara posterior, na década de 70. Anteriormente, a presença de atalamia diante da implantação de uma lente de câmara anterior ou de fixação iriana era desastrosa para o endotélio corneano (Fig. 1)



FIG. 1 – EXTRAÇÃO EXTRACAPSULAR DE CATARATA E TRABECULECTOMIA

Finalmente, outra inovação fundamental para forjar as bases para o atual estágio de evolução técnica da cirurgia combinada no tratamento de catarata e glaucoma foi o surgimento da faco

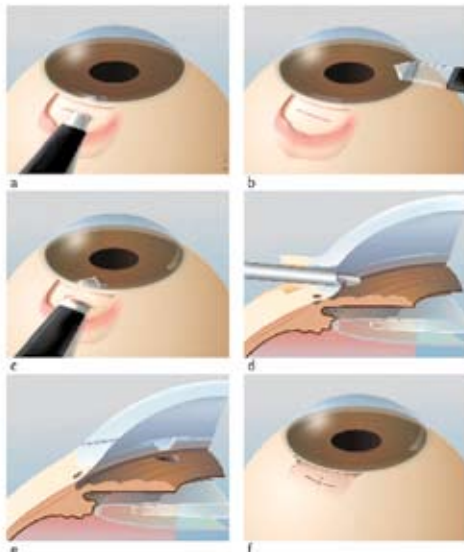


FIG. 2 – FACOTRABECULECTOMIA (FACOTREC)

emulsificação, juntamente com o aperfeiçoamento das microincisões, que vieram proporcionar maior segurança ao processo de extração de catarata e uma recuperação visual muito mais rápida (Fig. 2).

Mais recentemente, técnicas inovadoras, como a esclerectomia profunda não penetrante, têm sido propostas para substituir a trabeculectomia nas cirurgias combinadas. Os resultados têm sido animadores. Em minha opinião, seu índice de sucesso no controle da pressão intra-ocular é similar ao da trabeculectomia associada. A vantagem reside no fato de que a incidência de complicações, como a existência de câmara anterior rasa, hifema e bolsas císticas, é menor com a utilização da esclerectomia profunda (Fig. 3).

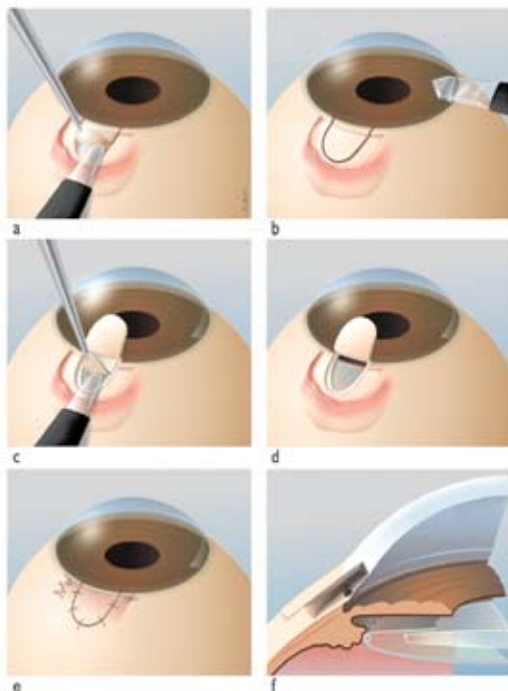


FIG. 3 – FACOESCLERECTOMIA PROFUNDA (FACOENP)

FOCO – Já que as modalidades cirúrgicas de sua preferência são a esclerectomia profunda e a trabeculectomia, que critérios o senhor aplica para indicar a realização de cada uma dessas técnicas?

Dr. Homero Gusmão de Almeida – Alguns estudos sugerem que a trabeculectomia proporciona níveis mais baixos de pressão do que aqueles alcançados por meio da esclerectomia profunda. Isso provavelmente é verdade no que se refere às diversas técnicas analisadas.

Acredito que existe um detalhe a ser aplicado ao procedimento cirúrgico que faz uma grande diferença: a retirada da parede interna do canal de Schlemm e do tecido justacanalicular. Dessa forma, apenas uma fina membrana de trabeculado esclerocorneano e uveal é preservada, o que permite um fluxo mais adequado de humor aquoso (Fig. 4).

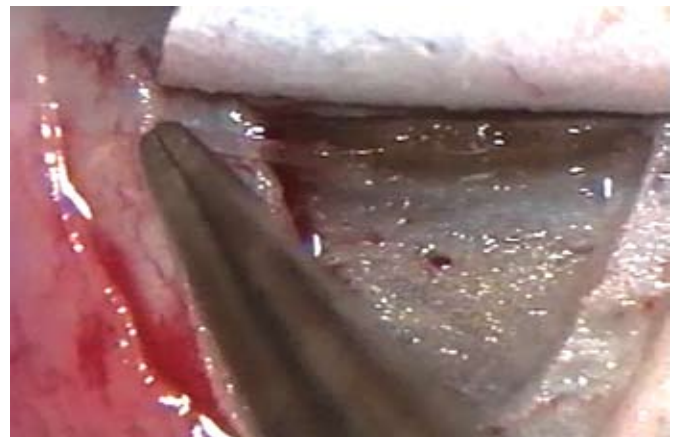


FIG. 4 – RETIRADA DE MEMBRANA CONSTITUÍDA DE PAREDE INTERNA DO CANAL DE SCHLEMM E TECIDO JUSTACANALICULAR

Em minha opinião, a esclerectomia profunda é indicada para os casos de glaucoma de ângulo aberto em que não há nenhum comprometimento da malha trabecular. Em olhos com alterações estruturais congênitas, sinéquias anteriores periféricas e outras formas secundárias de glaucoma, prefiro realizar a trabeculectomia. Também opto pela aplicação dessa técnica quando o paciente apresenta glaucoma num grau muito avançado, pois ela me proporciona maior liberdade na modulação da filtração, visando a obter níveis mais baixos de pressão.

FOCO - Em linhas gerais, como se pode determinar em que momento o paciente deve ser submetido a um tratamento cirúrgico de glaucoma?

Dr. Homero Gusmão de Almeida – As indicações de quando se deve fazer o tratamento cirúrgico de glaucoma são clássicas: impossibilidade de se obter o controle da doença através de procedimento clínico, baixa grau de fidelidade ao tratamento e monitoramento do problema por parte do paciente e significativo comprometimento da qualidade de vida do portador da doença.

FOCO – Levando-se em consideração os aspectos centrais do tratamento e seus efeitos sobre as estruturas anexas, o que deve ser feito, durante a realização do procedimento cirúrgico, para aumentar o índice de sucesso das cirurgias filtrantes?

Dr. Homero Gusmão de Almeida – Em termos de técnica cirúrgica, podemos salientar os seguintes aspectos:

Retalho conjuntival – vários estudos demonstram que não há diferença nos resultados pressóricos em função do retalho ser de base límbica ou fórnice. O retalho de base fórnice proporciona uma melhor exposição do leito escleral e é a opção preferível no caso de uso de cirurgias combinadas, pois favorece uma perfeita visualização do segmento anterior durante a realização de facoemulsificação. Também permite uma melhor divulsão da Tenon, posteriormente, o que parece resultar na formação de uma bolsa filtrante mais difusa, de acordo com a técnica proposta por Peng Khaw. Sua desvantagem está no fato de provocar uma maior incidência de Seidel positivo incisional, no pós-operatório imediato.

De acordo com minha experiência, a mitomicina C pode ser aplicada tanto sob o retalho conjuntival como sob o escleral, nos casos indicados, com resultados similares.

Retalho escleral – deve ter uma espessura média ($\pm 300 \mu$). Se for bastante espesso, tenderá a cicatrizar mais facilmente. Por outro lado, se for muito fino, haverá uma maior incidência de hiperfiltração/hipotonia.

Trabeculectomia – o fato de ela ser realizada com bisturi ou com saca-bocado não provoca diferenças quanto aos resultados. Deve ser bem posicionada, para evitar a ocorrência de lesão no corpo ciliar, o que poderia aumentar a chance de surgimento de hifema no pós-operatório.

Iridectomia – precisa ser suficientemente ampla, para evitar a oclusão da filtração, e completa, envolvendo os dois folhetos da íris.

Suturas – a sutura do retalho escleral deve propiciar um fechamento adequado, permitindo apenas uma leve filtração, para evitar a ocorrência de atalamia e hipotonia acentuada, no pós-operatório imediato. A sutura conjuntival precisa ser hermética. O vazamento incisional pode comprometer a formação da bolsa filtrante.

FOCO – Em resumo, quais são os elementos fundamentais para a correta condução de um tratamento cirúrgico de glaucoma?

Dr. Homero Gusmão de Almeida – A cirurgia de glaucoma envolve três etapas, sendo que todas são muito importantes para o sucesso do tratamento: a pré, a per e a pós-operatória.

A pré-operatória exige a realização de uma propedêutica esmerada, que auxilie na definição de qual é a melhor estratégia cirúrgica a ser aplicada em cada caso.

A per-operatória consiste na execução da cirurgia propriamente dita (assunto que já comentei acima).

Já a pós-operatória é tão importante quanto a per-operatória (se é que não é ainda mais importante). Requer um cuidadoso acompanhamento biomicroscópico e o monitoramento da pressão intra-ocular. Eventualmente, pode ser necessária a realização de um exame gonioscópico. Com frequência, é preciso efetuar massagens no bulbo ocular, para estimular o fluxo de humor aquoso através da fístula. A liberação de suturas por meio da aplicação de laser de argônio é um recurso valioso para promover a modulação da filtração. Realizo esse tipo de procedimento em cerca de 50% dos pacientes que atendo. Em alguns casos refratários, pode ser feita, em raros momentos, a infiltração suplementar de substâncias antiláblicas. Quando se tratar de esclerectomias profundas, às vezes se deve fazer goniopuntura da membrana trabéculo-Descemet com YAG-laser.

FOCO – O senhor acredita que, após o advento dos colírios oculares hipotensores, os pacientes passaram a apresentar modificações anatômicas e funcionais da conjuntiva? De que forma esse fato pode provocar alterações na evolução de um procedimento filtrante?

Dr. Homero Gusmão de Almeida – Não tenho nenhuma dúvida em relação a isso. Em sua tese de doutoramento, em que estudou os efeitos da trabeculectomia, o saudoso Prof. José Carlos Reys demonstrou que os olhos submetidos a tratamento crônico com o uso de drogas antiglaucomatosas apresentavam resultados cirúrgicos inferiores. Ele creditou essa diferença à ocorrência de alterações histoquímicas na conjuntiva.

Num excelente trabalho, o Dr. Marcelo Palis Ventura mostrou a existência de um efeito quimiotáxico (atração de células inflamatórias) provocado por diversos colírios antiglaucomatosos, o qual é mais intenso com o uso de α -2 agonistas e derivados das prostaglandinas.

Antes da década de 80, o pós-operatório das trabeculectomias era uma etapa tranqüila do tratamento cirúrgico de glaucoma. Era rara a ocorrência de encapsulamento e falência precoce da bolha filtrante. Isso porque, até então, o tratamento dessa doença consistia basicamente na instilação de pilocarpina. Depois vieram os betabloqueadores, os derivados das prostaglandinas e outros medicamentos. E, hoje, o pós-operatório exige um rigoroso monitoramento e medidas especiais para a obtenção de um bom resultado pressórico.

FOCO - Qual o papel das medicações anti-inflamatórias no pós-operatório de um procedimento filtrante?

Dr. Homero Gusmão de Almeida – As drogas anti-inflamatórias são parte integrante e obrigatória da terapêutica pós-operatória de cirurgias filtrantes. Existem inúmeros trabalhos na literatura que deixam bem clara a importância da utilização de corticosteróide em procedimentos cirúrgicos antiglaucomatosos. O índice de sucesso no controle da pressão intra-ocular e, conseqüentemente, do glaucoma, é muito maior em olhos submetidos ao uso de corticóides no pós-operatório.

Além de seu papel fundamental na inibição do processo de cicatrização da bolsa filtrante, melhorando os resultados obtidos a médio e longo prazos, a corticoterapia proporciona um significativo nível de conforto para o paciente no pós-operatório imediato.

Em minha opinião, o corticóide tópico é bem mais eficiente do que os anti-inflamatórios não esteróides.

FOCO – O senhor considera fundamental a utilização de substâncias antimetabólicas em todos os procedimentos filtrantes? Que critérios aplica para o uso desses medicamentos?

Dr. Homero Gusmão de Almeida – Não utilizo substâncias antiblásticas de forma linear em todos os pacientes. Reservo o uso desses medicamentos para os casos em que há um risco maior de falência da filtração, como por exemplo os de glaucomas secundários a inflamação, de neovascularização do segmento anterior, associada a afacia e pseudofacia e de pacientes que já foram previamente submetidos a cirurgia filtrante. Ou seja, para as situações de glaucoma que são chamadas de refratárias. Outras possíveis indicações referem-se a pessoas jovens e de raça negra. Já, em cirurgias combinadas, uso sempre essas substâncias, independentemente da técnica aplicada para o tratamento do glaucoma (trabeculectomia ou esclerectomia profunda). Nesses casos, aplico mitomicina C, na concentração de 0,5 mg/ml, durante dois minutos.

FOCO – Gostaria de acrescentar alguma outra consideração a respeito de cirurgia combinada para catarata e glaucoma?

Dr. Homero Gusmão de Almeida – Acredito que, na grande maioria dos casos, a cirurgia combinada é a melhor opção para a pessoa portadora de catarata e de glaucoma. Efetuar o tratamento cirúrgico em dois tempos significa duplicar os riscos relativos aos procedimentos intra-oculares e aumentar, desnecessariamente, os custos para o paciente.

A indicação de cirurgia combinada é nítida quando a baixa visual ocasionada pela catarata é significativa e

a pressão intra-ocular não está em níveis adequados, apesar de o paciente já estar fazendo uso da quantidade máxima de medicação por ele tolerada.

Em outras circunstâncias, a realização de cirurgia combinada pode ser ditada primariamente em função da presença de catarata ou de glaucoma, como nos casos citados a seguir:

- pode ser que seja necessário fazer a cirurgia de catarata (por exemplo: quando a acuidade visual é de 20/100 ou pior), mas que a PIO esteja controlada. Nessa situação, é possível optar-se apenas pela elaboração da facectomia com implante de lente intra-ocular, se a PIO for de fácil controle com o uso de apenas um tipo de colírio. Entretanto, se a medicação já estiver num índice máximo tolerado pelo paciente, apenas a extração da catarata com implante pode, eventualmente, agravar o grau de controle da pressão. Então, a melhor alternativa será acrescentar-se o procedimento filtrante à técnica cirúrgica. Se o glaucoma estiver num nível muito avançado, a minha tendência também é de optar pela realização de cirurgia combinada, mesmo que a pressão esteja bem controlada.
- por outro lado, pode ser que a indicação de cirurgia seja nítida para o glaucoma, em função da ausência de controle tensional. Nessa situação, é possível optar-se pela aplicação do procedimento combinado, mesmo quando o comprometimento da acuidade visual causado pela catarata ainda não é grande (por exemplo: 20/30), pois sabe-se que, na maioria dos casos, haverá o agravamento dessa doença após a realização da cirurgia filtrante.

No que se refere à técnica cirúrgica a ser empregada, minha escolha depende do estágio evolutivo do glaucoma e do grau de controle da pressão intra-ocular. O procedimento combinado de esclerectomia profunda e facoemulsificação amplia nossas opções para o tratamento cirúrgico do paciente portador de glaucoma e catarata.

De uma maneira simplificada, gostaria de reafirmar o que já disse anteriormente: se o paciente é portador de um glaucoma pré-perimétrico e apresenta controle adequado com o uso de apenas um tipo de colírio, sem sofrer efeitos colaterais, minha alternativa é operar apenas a catarata. Se as lesões glaucomatosas são incipientes ou moderadas, prefiro associar a esclerectomia profunda à facoemulsificação (Facoenp). Se o glaucoma é avançado, minha tendência é de optar pela realização de facotrabeculectomia (Facotrec - Fig. 2).