

1º Consenso Brasileiro de Glaucoma Primário de Ângulo Fechado



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira de Livro, SP, Brasil)

Consenso Brasileiro de Glaucoma Primário de Ângulo Fechado (1. : 2006 : São Paulo)

Glaucoma primário de ângulo fechado / Sociedade Brasileira de Glaucoma ; editores Paulo Augusto de Arruda Mello, Carmo Mandia Jr., Roberto Pedrosa Galvão. -- São Paulo : PlanMark, 2006.

Vários autores.

1. Glaucoma de ângulo fechado 2. Glaucoma de ângulo fechado - Diagnóstico 3. Glaucoma de ângulo fechado - Tratamento I. Sociedade Brasileira de Glaucoma. II. Mello, Paulo Augusto de Arruda. III. Mandia Junior, Carmo. IV. Galvão, Roberto Pedrosa.

06-9094

CDD-617-741
NLM-WW 290

Índices para catálogo sistemático:

1. Glaucoma primário de ângulo fechado : Diagnóstico e tratamento : Oftalmologia : Medicina 617.741



Av. Miruna, 601 - Moema - CEP 04084-002 - São Paulo - SP

Fone/Fax: 11 5543-0040

E-mail: atendimento@editoraplanmark.com.br - www.editoraplanmark.com.br

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade dos autores.

A Editora Planmark e a Pfizer não se responsabilizam por informações contidas neste material.

Todos os direitos reservados; nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outro), sem autorização prévia e por escrito dos Editores.

■ Apresentação	07
■ Autores	08
■ Conceitos	11
■ Mecanismos de Fechamento Angular Primário	12
■ Classificação	12
■ Diagnóstico Diferencial	13
■ Principais Fatores de Risco	14
■ Avaliação Clínica	14
■ Sinais de Fechamento Angular Prévio	18
■ Exames Complementares.....	20
■ Tratamento do Glaucoma Primário de Ângulo Fechado	21
■ Tratamento Clínico e a Laser.....	21
■ Tratamento Cirúrgico	23
■ Profilaxia do Glaucoma Primário de Ângulo Fechado	24



A Sociedade Brasileira de Glaucoma (SBG) orgulhosamente apresenta mais um Consenso. É uma das iniciativas de extrema importância da nossa Sociedade.

Os seus membros, preocupados com os problemas de saúde pública em nosso país, redigiram este documento que tem o propósito de nortear os cuidados médicos necessários na tentativa de evitarmos a cegueira.

É o terceiro Consenso da SBG e há tempos percebermos sua grande utilidade. Muitos oftalmologistas brasileiros poderão balizar suas atitudes não só em relação aos chamados convênios de saúde como no próprio relacionamento médico-paciente.

Todos os participantes elaboraram este trabalho com o conhecimento de que ele se tornará também um documento para a jurisprudência nacional.

Estamos cientes da extrema responsabilidade que é produzir um texto de tal importância. Ele é fruto de vários meses de estudos, reuniões, debates e revisões.

A SBG agradece a colaboração dos participantes, cumprimentando-os pelo excelente trabalho aqui apresentado, bem como a colaboração e incentivo recebidos para a elaboração deste 1º CONSENSO DE GLAUCOMA PRIMÁRIO DE ÂNGULO FECHADO.

Tenham um bom proveito.

Paulo Augusto de Arruda Mello
Carmo Mandia Jr.
Roberto Pedrosa Galvão
Coordenadores e Editores do Consenso



Da esquerda para a direita, na primeira fila ao alto: Dr. Remo Susanna Jr., Dr. Ruitiro Yamane, Dr. Sebastião Cronemberger Sobrinho, Dr. João Antônio Prata Jr., Dr. Geraldo Almeida e Dra. Wilma Lellis Barbosa. Da esquerda para a direita, na fila do meio: Dr. Walter Gomes Amorim Filho, Dr. Paulo Afonso Batista dos Santos, Dr. Francisco Eduardo Lopes de Lima, Dr. Roberto Freire Santiago Malta, Dr. Alberto Jorge Betinjane, Dr. Ralph Cohen, Dr. Maurício Della Paolera, Dr. Roberto Pedrosa Galvão e Dr. Paulo Augusto de Arruda Mello. Da esquerda para a direita, na primeira fila ao alto: Dr. Rogério João de Almeida Torres, Dr. Carlos Rubens Lucas de Figueiredo, Dr. Vital Paulino da Costa, Dr. Homero Gusmão, Dr. Akira Omi, Dr. Camo Mandia Jr. e Dr. Felício Aristóteles da Silva.

Dr. Alberto Jorge Betinjane

Professor Associado e Livre-Docente da Faculdade de Medicina da USP (Universidade de São Paulo)

Dr. Augusto Paranhos Jr.

Professor Afiliado, Chefe do Setor de Glaucoma - UNIFESP - EPM
Mestre e Doutor em Oftalmologia - UNIFESP - EPM
Post doc em Glaucoma - YALE - USA

Dr. Carlos Akira Omi

Mestre e Doutor em Oftalmologia pela Escola Paulista de Medicina
Membro do Serviço de Glaucoma da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP)
Responsável pelo Serviço de Glaucoma do Instituto Paulista de Oftalmologia Especializada (IPOE)

Dr. Carlos Rubens Lucas de Figueiredo

Professor Assistente do Curso de Pós em Oftalmologia da Clínica de Olhos da Santa Casa de Belo Horizonte

Dr. Carmo Mandia Jr.

Professor Doutor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Dr. Felício Aristoteles da Silva

Doutor em Medicina pela Universidade de Würzburg, Alemanha
Assistente Voluntário da Clínica de Olhos da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, MG

Dr. Francisco Eduardo Lopes de Lima

Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP)

Dr. Geraldo Almeida

Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Dr. Homero Gusmão de Almeida

Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Dr. João Antônio Prata Jr.

Livre-Docente em Oftalmologia UNIFESP - Escola Paulista de Medicina
Setor de Glaucoma Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro

Dr. Maurício Della Paolera

Assistente do Departamento de Glaucoma da Santa Casa de São Paulo
Doutorando na Santa Casa de São Paulo
Pós-Graduação na UNIFESP

Dr. Paulo Afonso Batista dos Santos

Mestrado e Doutorado pela USP de Ribeirão Preto
Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da FAMED-UFBA

Dr. Paulo Augusto de Arruda Mello

Professor Doutor Adjunto e da Pós-Graduação do Departamento de Oftamologia da Universidade Federal de São Paulo (EPM)

Dr. Ralph Cohen

Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Dr. Remo Susanna Jr.

Professor de Pós-Graduação na FMUSP e UNIFESP

Dr. Roberto Freire Santiago Malta

Professor Livre-Docente da Clínica de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Dr. Roberto Pedrosa Galvão

Presidente da Sociedade Brasileira de Glaucoma
Chefe do Departamento de Glaucoma do Instituto de Olhos do Recife

Dr. Rogério João de Almeida Torres

Preceptor Residência Médica Setor de Glaucoma do Hospital Angelina Caron

Dr. Ruitiro Yamane

Professor Titular de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

Dr. Sebastião Cronemberger Sobrinho

Professor Titular de Oftalmologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Dr. Vital Paulino da Costa

Chefe do Setor de Glaucoma da UNICAMP
Professor Livre-Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)

Dr. Walter Gomes Amorim Filho

Professor Doutor Chefe do Setor de Glaucoma da Faculdade de Medicina do ABC

Dra. Wilma Lellis Barbosa

Doutora em Medicina pela USP (Universidade de São Paulo)

1º CONSENSO DE GLAUCOMA PRIMÁRIO DE ÂNGULO FECHADO

CONCEITOS

1. Glaucoma Primário de Ângulo Fechado

É a entidade clínica caracterizada pelo fechamento parcial ou completo do ângulo da câmara anterior, decorrente de condições anatômicas que propiciam aposição ou adesão da periferia da íris à parede externa do ângulo da câmara anterior (goniossinéquias), com conseqüente elevação da pressão intra-ocular (PIO) de forma aguda, intermitente ou crônica, com eventual lesão do disco óptico.

2. Ângulo Oclusível

É aquele que apresenta grande risco de fechamento. A caracterização desta condição é subjetiva e se baseia na impossibilidade de se observar a porção pigmentada da malha trabecular em mais de 180° de extensão, sem manobras complementares, em ambiente escuro e com fenda luminosa estreita, evitando iluminar a pupila.

A constatação de fechamento angular primário prévio no olho contralateral consolida este diagnóstico.

3. Ângulo Fechado

É uma condição objetiva confirmada pela gonioscopia e/ou outros exames complementares.

MECANISMOS DE FECHAMENTO ANGULAR PRIMÁRIO

1. Bloqueio pupilar

É o mecanismo responsável pela grande maioria dos casos de fechamento angular primário.

Nessa condição, o fluxo de humor aquoso através da pupila para a câmara anterior é bloqueado, fazendo com que a pressão na câmara posterior torne-se maior que na câmara anterior. Como resultado, a periferia da íris é projetada anteriormente, com conseqüente fechamento do ângulo da câmara anterior.

O aumento da resistência ao fluxo do humor aquoso através da pupila é causado pela aposição da superfície posterior da íris contra a superfície anterior do cristalino.

A prevalência desse mecanismo é maior em olhos hipermétropes, indivíduos idosos, mulheres e algumas raças. O cristalino volumoso pode atuar como fator coadjuvante do bloqueio pupilar.

2. Íris em Platô (*Plateau*)

Nessa condição, o ângulo é fechado pela periferia da íris, quando da dilatação pupilar, seja por maior espessura da periferia da íris, sua inserção mais anterior e/ ou posicionamento mais anterior dos processos ciliares. Tipicamente, esses olhos apresentam câmara anterior média ou profunda na região central, em contraposição a câmara rasa na periferia e ângulo estreito. Pode estar associado a bloqueio pupilar.

A síndrome de íris em platô pura é extremamente rara, pois o seu diagnóstico definitivo é feito quando ocorre aumento da PIO, em um olho com iridectomia patente.

CLASSIFICAÇÃO

O glaucoma primário de ângulo fechado pode se manifestar através de três formas clínicas: aguda, intermitente e crônica.

Aguda

Sinais

- PIO elevada, freqüentemente acima de 40 mm Hg
- Redução da acuidade visual
- Edema de córnea, predominantemente epitelial
- Câmara anterior rasa
- Abaulamento periférico da íris
- Fechamento angular em 360°
- Midríase média paralítica ou pupila hiporreativa
- Hiperemia conjuntival com injeção ciliar
- *Tyndall* inflamatório e pigmentar
- Edema do disco óptico, congestão venosa, hemorragia em chama de vela

Sintomas

- Dor ocular intensa
- Cefaléia
- Visão turva
- Halos coloridos
- Náusea e vômitos

Intermitente

Sinais

- PIO normal entre as crises
- Presença ou não, de goniossinéquias
- Palidez e/ou aumento da escavação do disco óptico eventuais
- Vestígios pigmentares de aposição iridotrabecular prévia

Sintomas

- Quadro clínico semelhante à crise aguda, porém com manifestações mais brandas e recorrentes, que se resolve espontaneamente.

Crônica

Sinais

- PIO elevada
- Goniossinéquias em grau variado
- Palidez e/ou aumento da escavação do disco óptico eventuais
- Possível concomitância de fechamento angular intermitente ou agudo

Sintomas

- Frequentemente assintomático

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Bloqueio pupilar secundário a uveítes
- Glaucomas facogênicos
 - Intumescência
 - Subluxação
- Glaucoma maligno
- Efusão ciliocoróideia
 - Esclerite posterior
 - Panfotocoagulação retiniana
 - Cintagem escleral
- Glaucoma neovascular
- Uveíte hipertensiva

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO

Demográficos

- Idade avançada
- Sexo feminino
- Ascendência asiática
- História familiar (não universalmente reconhecido)

Oculares

- Ângulo oclusível
- Câmara rasa
- Pequeno comprimento axial
- Diâmetro corneano diminuído
- Hipermetropia
- Cristalino volumoso

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Nos pacientes com glaucoma ou suspeita de ângulo fechado, o exame oftalmológico básico, como refração, tonometria e biomicroscopia do segmento anterior e posterior, deve ser complementado obrigatoriamente por:

1. Avaliação da profundidade periférica da câmara anterior pela classificação de Van Herick

- Grau I: Profundidade da câmara anterior (PCA) < 1/4 da espessura da córnea (EC) - ângulo estreito ou oclusível
- Grau II: PCA entre ¼ e ½ EC - ângulo estreito ou oclusível
- Grau III: PCA entre ½ e 1 EC
- Grau IV: PCA > 1 EC

2. Gonioscopia

O exame deve ser realizado em condição de luminosidade adequada e as seguintes perguntas devem ser respondidas:

1. A porção pigmentada do trabeculado é visível? Em qual extensão?

2. A íris toca a malha trabecular?
3. Se não, existem evidências de contato prévio? (Sinéquias anteriores periféricas ou impressão iriana)
4. Se não, qual a extensão circunferencial das sinéquias?
5. Se sim, o contato é reversível?

Princípios para uma boa gonioscopia:

- Anestesia
- Sala escura
 - usar feixe de luz de 1 mm, estreito e mantê-lo longe da pupila
 - paciente em posição primária do olhar
 - não inclinar a lente
 - usar corte óptico para identificar a Linha de Schwalbe (figura 1)
 - após avaliar toda a circunferência do ângulo, aumentar a iluminação para a gonioscopia dinâmica (indentar e manipular a lente)
 - pedir ao paciente para olhar em direção ao espelho

Figura 1. Anatomia - Gonioscopia

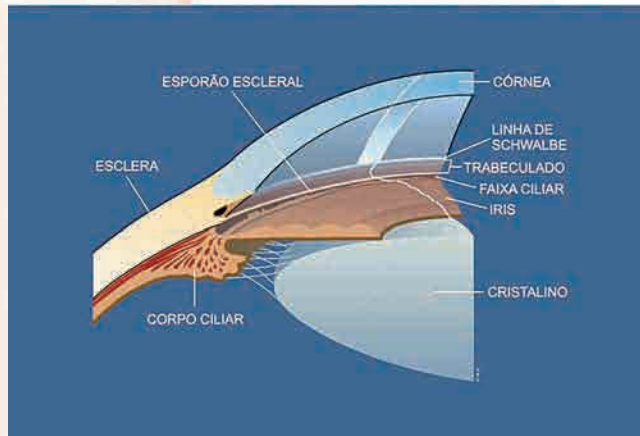


Imagem gentilmente cedida por Dr. Homero Gusmão de Almeida

Observar quando a linha de perfil anterior é interrompida. Ai localiza-se a Linha de Schwalbe.

Lentes para Gonioscopia

- Lente de Goldmann
- Lente de Zeiss/Possner/Sussmann (de indentação)

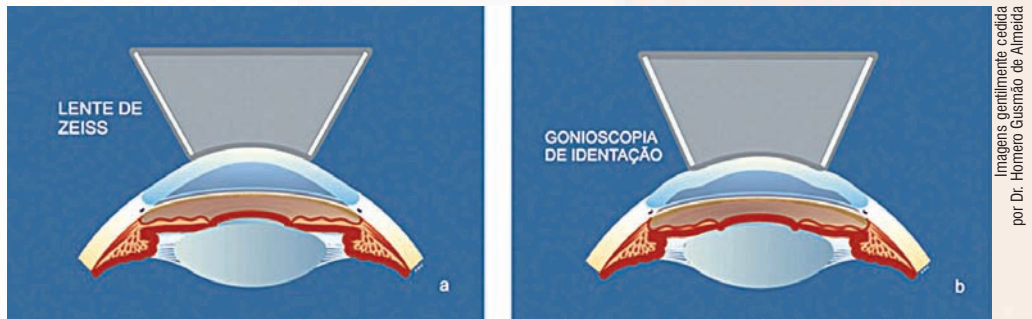
Para usar a lente de Goldmann há necessidade do uso de viscoelástico. Apoiando-se no limbo, essa lente não permite indentação e pode transmitir pressão sobre a periferia da córnea, estreitando o seio camerular.

I Consenso da Sociedade Brasileira de Glaucoma

Glaucoma Primário de Ângulo Fechado

As lentes de indentação apóiam-se sobre a córnea, não necessitam de interface viscoelástica e possibilitam a gonioscopia de indentação, ou seja, ao serem pressionadas contra o olho, deslocam posteriormente o diafragma iridocristaliniano, possibilitando a diferenciação entre um fechamento angular aposicional e um fechamento por sinéquias anteriores periféricas (figura 2).

Figura 2. A gonioscopia de indentação permite o exame do recesso do seio camerular, mesmo em olhos de ângulo estreito.



Imagens gentilmente cedida por Dr. Homero Gusmão de Almeida

Existem diversas classificações para os achados gonioscópicos que do ponto de vista prático pouco contribuem para as decisões clínicas, principalmente pela subjetividade do exame (figura 3).

Figura 3. Classificação da amplitude do seio camerular de acordo com as estruturas que são observadas no exame gonioscópico.

¾+ = Seio amplo / muito amplo

Todas as estruturas são observadas, incluindo a faixa ciliar.

2+ = Seio intermediário

As estruturas posteriores ao esporão escleral não são observadas.

1+ = Seio estreito

É observada somente a linha de Schwalbe ou, às vezes, nem ela.

O corte óptico permite identificar uma descontinuidade entre a linha de perfil posterior da córnea (endotelial) e a linha de perfil iriano, indicando que há um espaço real entre a íris e a parede externa.

0 = Seio fechado

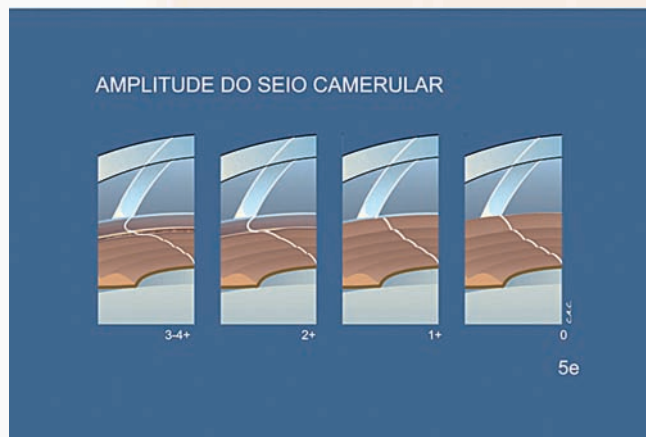


Imagem gentilmente cedida por Dr. Homero Gusmão de Almeida

Não se observa nenhuma estrutura do seio camerular e as linhas de perfil posterior da córnea (endotelial) e da íris se encontram, indicando toque iridocorneano.

Fundamental é determinar a presença de sinais que indiquem a ocorrência de fechamento angular, tais como impressão iriana e goniossinéquias. Na ausência desses sinais, a possibilidade de fechamento angular pode ocorrer quando o terço posterior do trabeculado não é observado em mais de 180° de extensão, sendo as demais estruturas visíveis (ângulo oclusível).

A presença de câmara central profunda com ângulo estreito sugere a configuração de íris em platô.

Na figura 4 estão representados os vários tipos de íris: Plana, Convexa, Côncava e em Platô (*Plateau*).

Figura 4. A configuração da íris é importante na avaliação da amplitude do ângulo da câmara anterior.

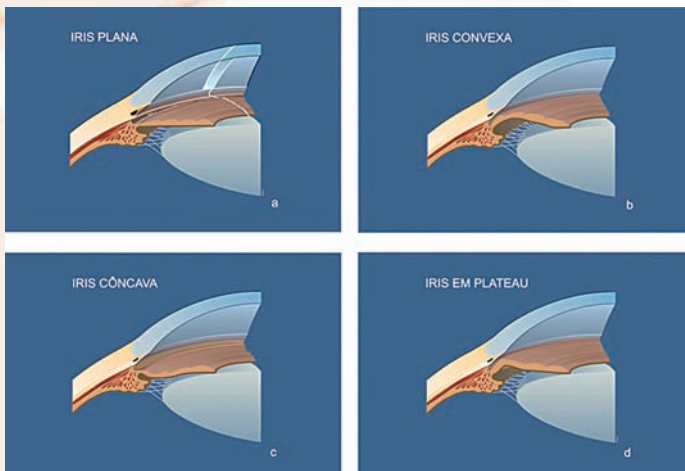
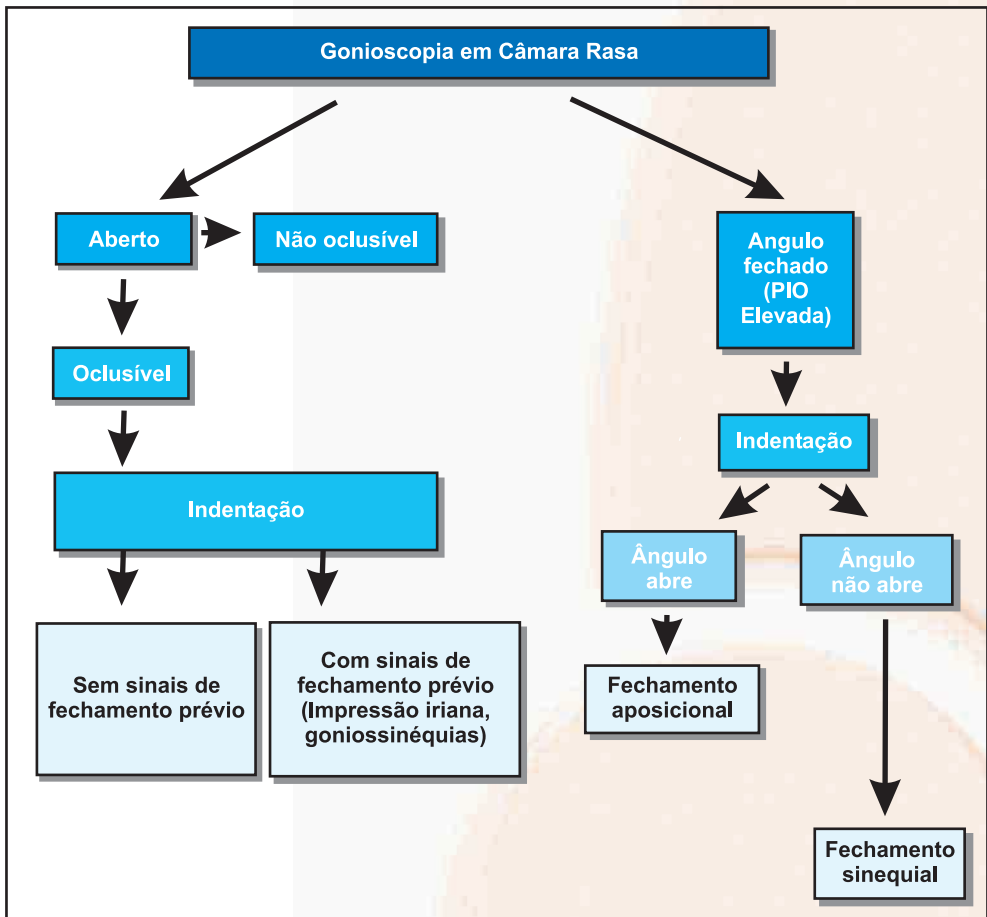


Imagem gentilmente cedida por Dr. Homero Gusmão de Almeida

Fluxograma 1. Fluxograma da gonioscopia em portadores de câmara anterior rasa



SINAIS DE FECHAMENTO ANGULAR PRÉVIO

Biomicroscópicos:

- Íris: atrofia setorial (figura 5), pupila dilatada não-responsiva (figura 6), distorção do contorno pupilar de íris pós-crise aguda (figura 7), sinéquias posteriores (figura 8).
- Cristalino: *Glaukomflecken* (Figura 8).

Imagem gentilmente cedida por
Dr. João Antônio Prata Jr.

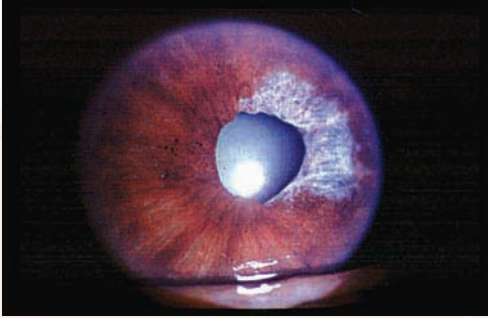


Figura 5. Atrofia setorial de íris pós-crise aguda.

Figura 6. Pupila dilatada não-responsiva pós-crise aguda.

Imagem gentilmente cedida por
Dr. Roberto Freire Santiago Malta

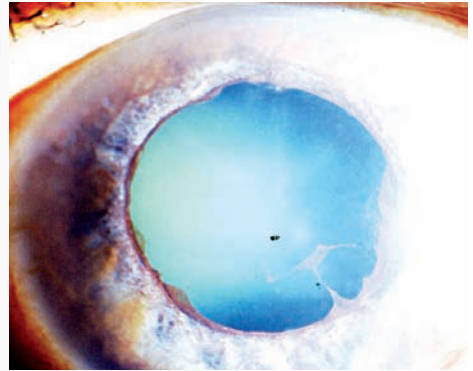
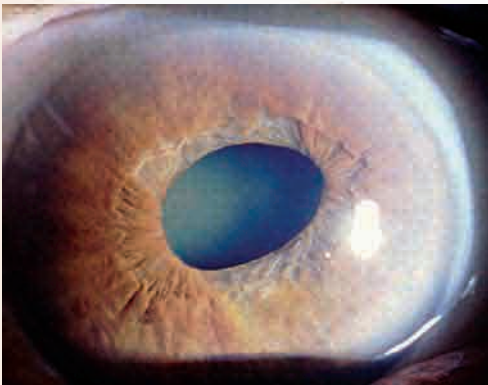


Imagem gentilmente cedida por
Dr. Roberto Freire Santiago Malta

Figura 7. Distorção do contorno pupilar pós-crise aguda.

Figura 8. Sinéquias posteriores e *Glaucomflecken* pós-crise aguda.

Imagem gentilmente cedida por
Dr. Roberto Freire Santiago Malta

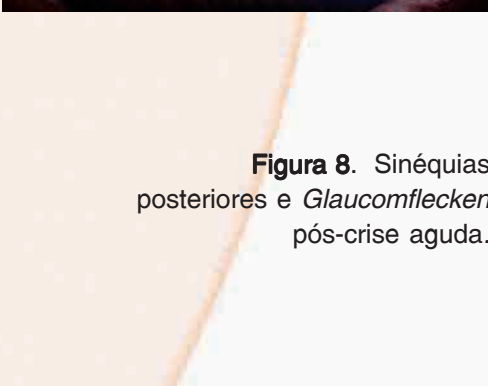


Imagem gentilmente cedida por
Dr. Roberto Freire Santiago Malta

Gonioscópicos:

- Impressão iriana (depósito de pigmentos grosseiros sobre o seio cameralar em setor onde houve aposição iriana).
- Sinéquias anteriores periféricas (figura 9 e figura 10).

Imagem gentilmente cedida por
Dr. Roberto Freire Santiago Malta

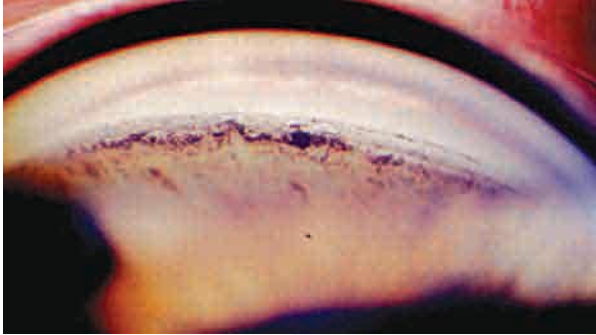


Figura 9. Sinéquias anteriores periféricas

Figura 10. Sinéquias anteriores periféricas

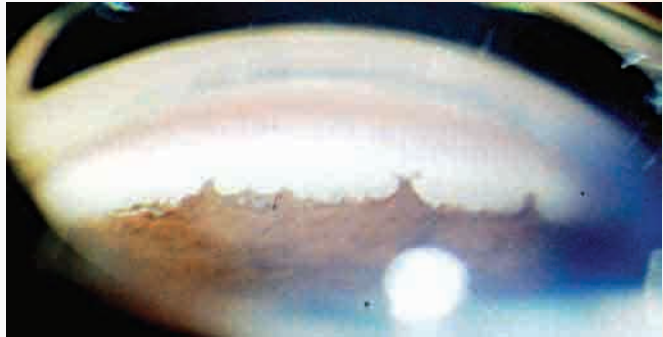


Imagem gentilmente cedida por
Dr. Roberto Freire Santiago Malta

Fundoscópicos:

- Pode haver alterações glaucomatosas do disco óptico.

EXAMES COMPLEMENTARES

Testes Provocativos: O teste funcional que pode ser realizado, nos casos suspeitos de ângulo fechado, é o teste de prono posição em quarto escuro, para verificar a probabilidade de fechamento angular e só deve ser considerado o resultado positivo. O resultado negativo não afasta o risco de fechamento angular.

Biomicroscopia Ultra-sônica (UBM): É a alternativa para a avaliação objetiva do segmento anterior e para sugerir a patogênese, como nos casos suspeitos de presença de cisto de íris, alterações do corpo ciliar e íris em Platô (*Plateau*).

Pentacam e OCT de segmento anterior: São alternativas para a avaliação objetiva do ângulo da câmara anterior.

TRATAMENTO DO GLAUCOMA PRIMÁRIO DE ÂNGULO FECHADO

A. Agudo

A crise aguda de glaucoma é uma urgência oftalmológica.

Tratamento Clínico e a Laser

O objetivo do tratamento é interromper a crise o mais rápido possível.

Diversas são as medicações e os procedimentos utilizados e instituídos quase que simultaneamente. O paciente deve ser posicionado em decúbito dorsal e medicado com as seguintes drogas:

1. Agentes hiperosmóticos: manitol a 20% via intravenosa: de 1,5 a 2 g/kg de peso (80 a 100 gotas/minuto) de 8/8 horas ou glicerina 50% via oral - 1,5 g/kg de peso de 8/8 horas. Em relação aos agentes hiperosmóticos orais deve-se levar em consideração que muitos desses pacientes podem apresentar náuseas e vômitos, o que impede o uso desta droga. As condições clínicas cardiorrespiratórias e cerebrais do paciente devem ser avaliadas. Essas medicações podem alterar as condições hemodinâmicas de pacientes muitas vezes idosos, de tal modo que uma monitorização clínica adequada é fundamental.
2. Inibidores da anidrase carbônica: acetazolamida 250 mg via oral de 6 em 6 horas. Pode-se iniciar com uma dose de ataque de 500 mg.
3. Pilocarpina a 2% colírio: 1 gota de hora em hora nas primeiras três horas, 1 gota de 6 em 6 horas a seguir.
4. Maleato de timolol a 0,5% colírio: 1 gota de 12 em 12 horas.
5. Tartarato de brimonidina 0,15% ou 0,2% colírio: 1 gota de 12 em 12 horas em pacientes que apresentam contra-indicação ao timolol.
6. Colírio de corticosteróide: 1 gota de 2 em 2 horas nas primeiras 24 horas.

Associada ao tratamento medicamentoso pode-se fazer a depressão central da córnea utilizando-se o cone do tonômetro ou lente de indentação, com o intuito de abrir o seio cameralar. Este procedimento é recomendável no tratamento do glaucoma agudo primário e deve ser realizado imediatamente após o início do tratamento medicamentoso.

A compressão deve ser realizada três vezes durante dez segundos com intervalos de dez segundos e pode ser repetida duas a três vezes, dependendo da resposta inicial.

I Consenso da Sociedade Brasileira de Glaucoma

Glaucoma Primário de Ângulo Fechado

O tratamento clínico interrompe a crise em cerca de 90% dos casos nas primeiras 12-24 horas.

Prossegue-se o tratamento com a realização de iridectomia de preferência com YAG-laser. Este é um procedimento relativamente fácil em indivíduos sem edema de córnea e sem edema do estroma iriano. Em geral, utilizando-se a lente Abraham. Um disparo de alta potência (5-8 mJ) em uma pseudocripta periférica, preferencialmente superior, é suficiente para a realização do orifício na íris, que comunica a câmara posterior com a câmara anterior, rompendo o bloqueio pupilar (figura 11). Também é possível realizar esse procedimento utilizando laser de argônio.

O paciente que teve uma crise de glaucoma agudo deve ser acompanhado periodicamente, pois pode já ser portador de glaucoma crônico (sobre o qual se desenvolveu uma crise aguda) ou vir a apresentar um glaucoma crônico após a crise aguda.

O olho contralateral deve ser avaliado e na maioria das vezes submetido a uma iridectomia profilática.

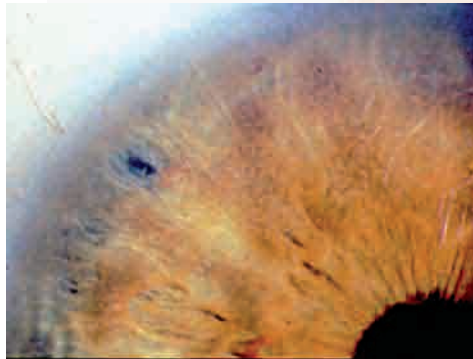


Imagem gentilmente cedida por
Dr. Roberto Freire Santiago Malta

Figura 11 – Iridectomia periférica.

B. Glaucoma Intermitente (Subagudo)

Este tipo de glaucoma deve ser tratado com a realização de iridectomia.

C. Glaucoma Crônico De Ângulo Fechado

O tratamento inicial deste tipo de glaucoma é medicamentoso, associado a uma iridectomia.

Não havendo resposta ao tratamento, está indicada a trabeculectomia.

D. Síndrome Da Íris em Platô (*Plateau*)

Os pacientes devem ser tratados com mióticos de baixa concentração duas ou três vezes ao dia (pilocarpina a 0,5% ou 1%) ou iridoplastia periférica com laser de argônio.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

A. Glaucoma Primário De Ângulo Fechado - Agudo

1. Com o tratamento clínico foi normalizada a PIO (com ou sem abertura do seio camerular)

Opções cirúrgicas

- a. Iridectomia periférica incisional: **na impossibilidade** da realização do procedimento com laser. Após realizar a iridectomia é fundamental a avaliação gonioscópica.

2. Apesar do tratamento clínico a PIO não foi normalizada

Opções cirúrgicas

- a. Iridectomia periférica incisional: na impossibilidade de realização do procedimento com laser. A incisão na córnea deve ser perpendicular ao plano iriano para facilitar o prolapso da íris.
- b. Trabeculectomia: no caso da iridectomia periférica não ter resolvido a crise aguda. A trabeculectomia realizada em olhos com câmara anterior rasa tem alta probabilidade de apresentar complicações graves como atalamia e bloqueio ciliar (glaucoma maligno). Portanto, deve-se considerar o uso pré-operatório de manitol, paracentese de câmara anterior e sutura adequada do retalho escleral para evitar a hiperfiltração.
Obs.: Cirurgias não penetrantes: não estão indicadas nestes casos.
- c. Remoção do cristalino: deve ser considerada quando existe suspeita de componente lenticular, podendo ser associada com a goniossinequiálise.
- d. Paracentese de câmara anterior: é uma opção para reduzir temporariamente a PIO e possibilitar a realização de outros procedimentos, como a iridectomia periférica a laser. Cuidados devem ser tomados no sentido de evitar complicações como toque no cristalino e infecção.

PROFILAXIA DO GLAUCOMA PRIMÁRIO DE ÂNGULO FECHADO

- a. Iridectomia: nos olhos com seio camerular oclusível e na impossibilidade de ser executada com laser procede-se a iridectomia incisional.
- b. Remoção do cristalino: apesar da literatura médica recente apresentar referências a esta indicação, ainda não é consenso da Sociedade Brasileira de Glaucoma.

B. Glaucoma Primário De Ângulo Fechado Intermitente (Subagudo)

- a. Iridectomia com laser ou na sua impossibilidade, incisional.
- b. Remoção do cristalino transparente não está indicada em olhos com glaucoma primário de ângulo fechado.

C. Glaucoma Crônico De Ângulo Fechado

- a. Trabeculectomia: é a cirurgia mais indicada quando há impossibilidade de controle da PIO após iridectomia e tratamento clínico.
- b. Cirurgia combinada: trabeculectomia associada à facoemulsificação e/ou goniossinequiálise na vigência de opacidade do cristalino.

D. Crise Aguda De Ângulo Fechado Associada À Síndrome De Íris Em Platô (Plateau)

Quando o tratamento clínico ou com o laser (iridoplastia) não foi suficiente para normalizar a PIO, está indicada a trabeculectomia.



Documento Resumido do Produto

Xalacom*

(latanoprostá, maleato de timolol)

Xalacom* (latanoprostá, maleato de timolol) é uma associação de 50 mcg/mL de latanoprostá e 5,0 mg/mL de timolol que agem diminuindo a pressão intraocular (PIO) elevada, de um modo maior do que quando essas substâncias são utilizadas isoladamente. **Indicações:** redução da pressão intraocular (PIO) em pacientes com glaucoma de ângulo aberto e hipertensão ocular. **Contra-indicações:** pacientes com distúrbio da reatividade da via aérea, incluindo asma brônquica ou histórico de asma brônquica e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) grave; pacientes com bradicardia sinusal, bloqueio atrioventricular de segundo ou terceiro grau, insuficiência cardíaca sintomática, choque cardiogênico; pacientes com hipersensibilidade conhecida a latanoprostá, maleato de timolol ou a qualquer componente da fórmula. **Advertências e precauções:** Xalacom* pode ser absorvido sistemicamente e desencadear os mesmos tipos de reações adversas cardiovasculares e pulmonares observadas com os beta-bloqueadores sistêmicos. Como com todo agente betabloqueador, deve-se ter cautela na administração em pacientes sujeitos à hipoglicemia espontânea ou pacientes diabéticos. A terapia com bloqueadores beta-adrenérgicos pode agravar os sintomas de miastenia grave. Pode ocorrer alteração gradual da coloração do olho pelo aumento da pigmentação da íris. Xalacom* contém cloreto de benzalcônio, que pode ser absorvido pelas lentes de contato (vide bula completa do produto). **Uso durante a Gravidez e Lactação:** deve ser usado durante a gravidez somente se o benefício previsto justificar o risco potencial para o feto. Por causa do potencial para reações adversas graves em lactentes, uma decisão deve ser tomada em relação a descontinuar a amamentação ou descontinuar o tratamento com o fármaco, levando em consideração a importância do fármaco para a mãe (vide bula completa do produto). **Interações medicamentosas:** bloqueadores do canal de cálcio, fármacos depletos de catecolaminas ou agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, antiarrítmicos, glicosídeos digitálicos, parassimpatomiméticos, narcóticos e inibidores da monoaminoxidase (vide bula completa do produto). **Reações adversas:** visão anormal, blefarite, distúrbios da conjuntiva, conjuntivite, distúrbios da córnea, defeitos na refração, hiperemia do olho, irritação e dor ocular, aumento da pigmentação da íris, ceratite, fotofobia, defeito no campo visual, infecção, sinusite, infecção no trato respiratório superior, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, depressão, cefaléia, hipertensão, hipertricose, rash, distúrbios da pele e artrite (outras reações vide bula completa do produto). **Posologia:** uma gota no(s) olho(s) afetado(s), uma vez ao dia. As lentes de contato devem ser removidas antes da instilação do colírio e podem ser recolocadas após 15 minutos. **Superdosagem:** se superdosagem ocorrer, o tratamento deve ser sintomático. **Apresentação:** solução oftálmica estéril em embalagem contendo 1 frasco gotejador de 2,5 mL. **USO ADULTO. USO OFTÁLMICO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Para maiores informações, consulte a bula completa do produto (xac02). Documentação científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica mediante solicitação. Laboratórios Pfizer Ltda., Rua Alexandre Dumas, 1860 – Chácara Santo Antônio, São Paulo, SP – CEP 04717-904. Tel.: 0800-16-7575. **Xalacom*. MS – 1.0216.0149.**



Bula Resumida do Produto

Xalatan® (latanoprostá)

Xalatan® (latanoprostá) é um análogo da prostaglandina F2a que reduz a pressão intra-ocular (PIO) aumentando a drenagem do humor aquoso. Indicações: redução da pressão intra-ocular (PIO) elevada em pacientes com glaucoma de ângulo aberto e hipertensão ocular. **Contra-indicações:** hipersensibilidade a latanoprostá ou a qualquer componente da fórmula.

Advertências e precauções: pode ocorrer alteração gradual da coloração do olho pelo aumento da pigmentação da íris. As lentes de contato devem ser removidas antes da instilação do colírio e podem ser recolocadas após 15 minutos (vide bula completa do produto). *Uso durante a gravidez e lactação:* Xalatan® deve ser usado durante a gravidez apenas se o benefício previsto justificar o risco potencial para o feto e deve ser utilizado com cautela em mulheres lactantes.

Interações medicamentosas: estudos in vitro mostraram que ocorre precipitação quando colírios contendo timerosal são misturados com Xalatan®. Também se observou em estudos que o efeito redutor da pressão intra-ocular da latanoprostá é aditivo ao do timolol, dipivalilepinefrina, acetazolamida e pilocarpina. Se tais produtos forem utilizados, o colírio deve ser administrado com um intervalo de, no mínimo, 5 minutos (vide bula completa do produto).

Reações adversas: nos estudos clínicos as seguintes reações foram relatadas: irritação ocular, blefarite, hiperemia conjuntival, dor ocular, aumento da pigmentação da íris, erosões epiteliais puntiformes transitórias, edema de pálpebra, e rash cutâneo. Após comercialização foram relatadas as seguintes reações: tontura e cefaléia, edema e erosões da córnea, conjuntivite, alteração nos cílios e lanugem da pálpebra, irite/uveíte, ceratite, edema macular incluindo edema macular cistoide, cílios irregulares que podem causar irritação ocular, visão embaçada, asma, agravamento da asma, crises agudas de asma, dispnéia, escurecimento da pele da pálpebra, reação cutânea local na pálpebra, dor muscular/articulação (vide bula completa do produto).

Posologia: 1 gota no(s) olho(s) afetado(s), uma vez ao dia. Se o paciente estiver usando outro colírio, este deve ser utilizado pelo menos 5 minutos após o uso de Xalatan®. **Superdosagem:** se ocorrer superdosagem, deve-se instituir tratamento sintomático.

Apresentação: solução oftálmica estéril 50 mcg/mL em embalagem com frasco gotejador de 2,5 mL. **USO ADULTO. USO OFTÁLMICO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Para maiores informações, consulte a bula completa do produto (xat02). Documentação científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica mediante solicitação. Laboratórios Pfizer Ltda., Rua Alexandre Dumas, 1860 – Chácara Santo Antônio, São Paulo, SP – CEP 04717-904. Tel.: 0800-16-7575. **Xalatan®. MS – 1.0216.0129.**