

Senhor Editor,

Após ter lido o artigo “Achados Oculares entre Habitantes do Município de Pauini e possível associação entre as Lesões Corneanas e Mansonelose na Amazônia” de autoria de V. Sa. juntamente com os doutores Bruno Castelo Branco, Wallace Chamon, Rubens Belfort Neto e Antônio J. da Costa, publicado nos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, vol. 61, nº 2, pags. 674-682, gostaria de trazer para conhecimento dos leitores desse conceituado periódico médico, nossa experiência com achados idênticos aos registrados por V. Sa.

Em julho de 1980, participei de uma expedição multidisciplinar organizada pelo Instituto de Medicina Tropical do Amazonas/Universidade do Amazonas na qual participaram, o Dr. Mário Jorge de Castro Lima (então Ministro da Saúde) Dr. Aluísio Prata (tropicalista), Dr. Evandro Ribeiro (Imunologista) além de técnicos e para-médicos, e sob a orientação do Dr. Heitor Dourado (então diretor do IMT-AM). Essa equipe percorreu durante 15 dias grande parte da calha do Rio Solimões iniciando a viagem por Tabatinga – limite do Brasil com a Colômbia e indo até a cidade de Tefé, tendo sido visitados os municípios de Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá, além de vilarejos e comunidades ao longo das margens do Rio tais como Nova Betânia e Amaturá.

Os dados que dispomos sobre a viagem registram o atendimento a 2.675 habitantes, de ambos os sexos e todas as faixas etárias. Desses, 857 pessoas tinham algum problema ocular. 28% dos pacientes examinados tinham pterígio comprometendo pelo menos um terço da córnea, e com menor frequência, pterígio medial e lateral comprometendo o centro da córnea.

Foram registradas outras patologias comuns a quaisquer outras populações tais como catarata, glaucoma, estrabismo e vícios de refração. No entanto o que nos chamou atenção, foi a presença freqüente de ceratite puntiforme, em número que variava de 1 a 5 por olho, associada a positividade para mansonelose, em biópsia de pele, no sangue periférico, em 103 pacientes – cerca de 12% dos pacientes examinados.

Infelizmente esse material não foi objeto de publicação na época, o que, se tivesse acontecido, com certeza serviria como marco para outros trabalhos e descobertas do gênero. Creio, no entanto, na validade histórica desta comunicação, e longe de qualquer mérito ao autor, serve para encorajar outros novos pesquisadores, convidar V. Sa. e sua brilhante equipe (Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina) juntamente conosco (Instituto de Oftalmologia/Universidade do Amazonas) enfrentar novos desafios, desvendar outras possíveis patologias que possam comprometer a saúde ocular das populações desta imensa área do território brasileiro.

Importante também registrar os outros estudos feitos, anteriormente por pesquisadores da Universidade do Amazonas sobre mansonelose e comprometimentos sistêmicos: doutores Djalma Batista e Wallace Oliveira nos anos 60 no município de Codajás no Rio Solimões (publicado no livro de Parasitologia Médica do Dr. Samuel Pessoa); Achados no Município de Benjamim Constant (dissertação de mestrado do Dr. Menabarro Segadilha França); Achados no Rio Ituxi, município de Pauini na calha do Rio Purús (tese de doutorado do Dr. Antônio de Matos Tavares).

Receba os cumprimentos cordiais renovados do colega e amigo,

Dr. Jacob Cohen

Resposta dos Autores

Agradecemos muito a carta do Dr. Jacob Cohen comunicando achados originais de julho de 1980 entre habitantes da calha do Rio Solimões. Julgamos esses resultados de grande importância uma vez que, sem dúvida, parecem ter sido os pioneiros em registrar não somente a alta porcentagem de pacientes na Amazônia acometidos de pterígio, inclusive lateral mas também as ceratites numulares (ou puntiformes) em pacientes com mansonelose.

Lamentamos que, por ignorância, decorrente da não publicação destes dados, não os tenham citado e reconhecemos agora a devida antecedência dos autores.

Temos conhecimento também atualmente que os Drs. Jacob Cohen e Cláudio Chaves encontraram essa ceratite em outras áreas do Amazonas. Aguardamos estas publicações bem como outros estudos que consigam esclarecer a etiologia e história natural dessa provável nova afeção ocular que parece, infelizmente, ser mais uma doença ocular importante a ser enfrentada e tratada por nós oftalmologistas.

Mais uma vez agradecemos ao Dr. Jacob Cohen e ao Dr. Cláudio as informações e os felicitamos pelos muitos anos de trabalho sério na Amazônia na área de ensino, pesquisa e assistência.

Bruno C. Branco
Wallace Chamon
Rubens Belfort N.
Rubens Belfort Jr.
Antonio J. A. da Costa

ANÚNCIO

Senhor Editor,

Em relação ao artigo publicado no vol. 62 (Nº 3), intitulado “Apnéia pós-bloqueio peribulbar em cirurgia de catarata: relato de caso e revisão da bibliografia”, da colega Rosa Maria da Silva Ribeiro, considero oportuno os comentários a seguir.

A rápida recuperação (30 minutos) do paciente após o início dos sintomas que culminaram com a apnéia não é uma característica da anestesia do tronco cerebral. Esta seria uma complicação de longa duração, e também sabemos que a marcaína a 0,75% é um anestésico de longa vida.

A utilização do balão de Honan, embora de uso dissemina-

do, não é um consenso entre os oftalmologistas, e incomoda quem pensa em seus efeitos adversos. Uma das complicações de seu uso seria a indução do reflexo oculo-vagal, cuja evolução pode ser muito bem a apnéia.

Acredito ser precipitado atribuir a apnéia deste caso exclusivamente à anestesia peribulbar, menosprezando a possibilidade acima lembrada.

Atenciosamente,
Adriano R. Toledo

Resposta do autor

Respondendo às considerações do colega sobre o meu artigo publicado no número 3 do vol. 62 tenho a dizer o seguinte:

Em relação ao primeiro questionamento podemos citar Ronald Miller¹ quando ele diz que “Nicolls e cols. descobriram que a disseminação direta do anestésico local ao SNC pela bainha do nervo óptico, embora infreqüente, causava complicações graves imprevisíveis, potencialmente fatais dentro de 2 a 40 minutos após a injeção em 1 em cada 750 bloqueios retrobulbares. Se diagnosticada no início e tratada rapidamente, os pacientes geralmente se recuperam dentro de 60 a 90 minutos e saem bem”. Portanto, a complicação tem resolução relativamente rápida, o que ocorreu com nosso paciente. Além disso a midríase no olho contralateral fala a favor de comprometimento do SNC, segundo trabalhos de Ahn e Stanley². Fizemos nova revisão bibliográfica e encontramos, além dos citados na referência de nosso artigo, dez novos trabalhos onde a etiologia da apnéia em bloqueios retrobulbares (onde é mais comumente encontrada) foi atribuída à anestesia do tronco cerebral, tendo os pacientes recuperado a consciência dentro de um período de 20 minutos³ a 1 hora⁴. Segundo Davis e Mandel ainda que com o planejamento de bloqueio peribulbar, o anestésico pode ser injetado dentro do cone muscular em 1,3% dos casos⁵.

Com relação ao reflexo oculovagal, concordamos que o mesmo pode ser desencadeado pelo Balão de Honan ou qualquer outra oculopressão, mas podemos afirmar que não ocorreu em nosso caso pela ausência de alterações no ritmo cardíaco do paciente. Segundo John V. Donlon Jr.¹ “o reflexo oculo-cardíaco é um reflexo trigeminovagal manifestado por disritmias cardíacas, como a bradicardia, o ritmo nodal, batimentos ectópicos, fibrilação ventricular ou assistolia”. Também sabe-

mos que “o reflexo oculo-cardíaco pode ocorrer em qualquer cirurgia oftalmológica, sendo que é mais freqüente e tem efeitos mais intensos nas cirurgias para correção do estrabismo, tanto pelo tipo de tração exercida sobre os músculos extra-oculares quanto pelo fato desta cirurgia ser realizada principalmente em crianças, faixa etária em que o nível do tônus vagal é elevado⁶”. Portanto os idosos estão menos vulneráveis a este fenômeno; por este motivo utilizamos rotineiramente o balão de Honan com a finalidade de baixar a PIO, imprescindível na facectomia extra-capsular.

O objetivo de nosso trabalho não foi estudar a etiologia da parada respiratória na cirurgia da catarata, mas sim alertar os colegas da possibilidade de ocorrer este episódio, envolvendo risco de vida para o paciente, independente de sua etiopatogenia.

A anestesia peribulbar é um procedimento relativamente novo que requer mais tempo de acompanhamento para melhor estudo de suas complicações.

Agradeço ao colega o interesse em nosso trabalho.

Atenciosamente,
Rosa Maria S. Ribeiro

1. Miller RD. Anestesia, 3ª edição, Vol.2 Artes Médicas, 1993;2003-8.
2. Ahn JC, Stanley JA. Subarachnoid injection as a complication of retrobulbar anesthesia. *Am J Ophthalmol* 1987;103:225-30.
3. Singer SB, Preston R, Hodge WG. Respiratory arrest following peribulbar anesthesia for cataract surgery. *Can J Ophthalmol* 1997;32:450-4.
4. Brookshire GL, Gleitsmarin KY, Schenk EC. Life threatening complication of retrobulbar block. *Am J Ophthalmol* 1986;93:1476-8.
5. Davis DB, Mandel MR. Efficacy and complication rate of 16,224 consecutive peribulbar blocks. *J Cataract Refract Surg* 1994;20:327-37.
6. SAESP. Anestesiologia, 1ª edição, Atheneu, 1996;591.