

SOCIEDADE BRASILEIRA DE LENTES DE CONTATO E CÓRNEA (SOBLEC)

Transplante de conjuntiva

Conjunctival transplantation

Sérgio Kwitko ⁽¹⁾**RESUMO**

Apresentamos aqui uma atualização sobre o transplante de conjuntiva, tanto em relação à sua técnica cirúrgica como em relação às indicações para o pterígio, tumores conjuntivais, úlceras verais, ceratoconjuntivite límbica superior e necrose conjuntival de fistula glaucomatosa.

Palavras-chave: Conjuntiva; Transplante; pterígio

O transplante de conjuntiva tem se tornado um procedimento cada vez mais utilizado devido à sua comprovada eficácia para diversas situações, com baixíssimos índices de complicações. O transplante de conjuntiva pode ser acompanhado de transplante de limbo ou não, conforme o caso. Abordaremos aqui somente o transplante de conjuntiva sem o de limbo, pois este último será abordado em outro capítulo específico.

Quando a patologia for unilateral e houver conjuntiva sadia no mesmo olho ou no olho contra-lateral, o transplante autólogo, portanto, de conjuntiva deverá ser realizado. Quando, no entanto, não houver disponibilidade de sítio conjuntival doador saudável do paciente receptor, doador HLA-compatível deverá ser utilizado, sem necessidade de imunossupressão sistêmica.

O transplante de conjuntiva está indicado nas seguintes situações:

Pterígio

Sabe-se que a recorrência do pterígio após exérese simples é alta, sendo relatada em até 88% dos casos ¹. Diversos procedimentos têm sido associados à exérese simples do pterígio para reduzir esta alta recorrência, tais como o uso de beta-terapia, mitomicina-C, oncotitepa, membrana amniótica e transplante de conjuntiva.

O uso isolado de membrana amniótica reduz a recorrência do pterígio em relação à exérese simples para 10,9% a 37,5%, ainda maior que o transplante autólogo de conjuntiva ². Todos os outros procedimentos acima reduzem drasticamente o índice de recorrência do pterígio para uma média de 5% a 10% ^{2,3}. Entretanto, a incidência de complicações associadas ao uso de irradiação por beta-terapia e uso de substâncias anti-fibroblásticas (como a mitomicina-C e oncotitepa), principalmente necrose escleral tardia, têm sido relativamente freqüentes, com índices que chegam a 10% após 10 anos da cirurgia ⁴.

Como o transplante autólogo de conjuntiva reduz também a taxa de recorrência do pterígio para níveis semelhantes às do uso de beta-terapia e de agentes anti-fibroblásticos, sem as complicações graves da necrose

⁽¹⁾ Mestre e Doutor em Oftalmologia.
Médico do Setor de Córnea e Doenças Externas do
Serviço de Oftalmologia do Hospital de Clínicas de
Porto Alegre.

escleral^{5,6}, utiliza-se esta técnica cada vez mais de rotina, tanto para pterígios primários como recidivados.

A técnica que utilizamos é a proposta por Kenyon e cols⁵, com algumas modificações:

- Anestesia sub-conjuntival na maioria dos casos, exceto nos casos de muitas recidivas com simbléfaro e/ou aderência no reto medial, onde utilizamos o bloqueio peri-bulbar;

- Iniciamos o isolamento do pterígio por seu corpo, por planos abaixo da conjuntiva, com 2 ganchos de estrabismo, para afastar o pterígio do reto medial; não há necessidade de cauterização na grande maioria das vezes. A cauterização excessiva pode proporcionar necrose escleral e dificuldade no processo cicatricial do transplante de conjuntiva;

- Removemos a cabeça do pterígio da córnea com cuidadosa dissecação superficial com lâmina 15 ou ceratótomo para trabeculectomia e esponja de celulose, com a córnea seca;

- A conjuntiva doadora é preparada com dissecação a mão livre, deixando-se a cápsula de Tenon subjacente, do mesmo olho ou olho contra-lateral quando há um comprometimento muito grande do olho receptor; não há necessidade de suturarmos a conjuntiva desta região;

- Preferimos o quadrante temporal inferior para a obtenção da conjuntiva doadora, para pouparmos a conjuntiva superior caso o paciente necessite no futuro cirurgia anti-glaucomatosa por exemplo. Não vemos a necessidade de levarmos o limbo desta região para a região receptora, pois julgamos que o pterígio não é uma deficiência límbica.

- Suturamos o enxerto na região onde o pterígio foi retirado com sutura isolada de Vicryl[®] 8.0;

- O pós-operatório necessita de colírio de associação de corticóide e antibiótico de 3/3h nos primeiros 10 dias, pois é comum o edema do enxerto e da cápsula de Tenon da região doadora. A utilização de corticóide tópico em pequenas doses pode levar ao aparecimento de formação granulomatosa na região doadora.⁷

Tumores conjuntivais

Quando, após a ressecção de tumores conjuntivais e/ou límbicos, a área de exposição escleral for muito grande, colocamos um transplante autólogo de conjuntiva seguindo-se a mesma técnica descrita acima. Quando o comprometimento límbico for maior que 180°, sugerimos o uso concomitante de transplante de limbo para evitar a indução de deficiência límbica pela exérese do tumor.⁸

Úlcera vernal

Várias são as opções de tratamento cirúrgico existentes para a úlcera em escudo da ceratoconjuntivite vernal, quando esta não responde a tratamento clínico, quais sejam, exérese das papilas do tarso superior, crioterapia, transplante de mucosa oral, além do transplante autólogo de conjuntiva. De todos estes procedimentos, o transplante autólogo de conjuntiva tem se mostrado para estes casos o mais eficaz para a cicatrização da úlcera, com menor índice de recidivas, e de fácil execução⁹.

Na grande maioria das vezes empregamos anestesia geral, pois a forma severa de úlcera vernal acomete geralmente crianças. O tarso superior é devidamente evertido com uma pinça de chalázio de tamanho grande, proporcionando uma excelente hemostasia. As papilas são excisadas com uma lâmina 15, e um fragmento de conjuntiva bulbar é obtido da região inferior do mesmo olho, a 3 mm do limbo, e suturado no tarso superior com Vicryl[®] 9.0. Colocamos uma lente de contato terapêutica ao final da cirurgia, e no pós-operatório utilizamos colírio de associação antibiótico e corticóide com redução progressiva, de acordo com o fechamento da úlcera.

Ceratoconjuntivite límbica superior

A ceratoconjuntivite límbica superior é uma entidade rara que às vezes tem pouca resposta ao tratamento clínico convencional, incluindo a aplicação tópica de nitrato de prata, e ao tratamento cirúrgico com crioterapia, termocoagulação, recuo ou ressecção da conjuntiva bulbar superior. O transplante autólogo de conjuntiva bulbar superior tem se mostrado eficaz para os casos refratários, com baixos índices de recidiva do processo inflamatório e importante melhora sintomática do paciente, especialmente nos casos associados à ceratoconjuntivite seca¹⁰.

Resseca-se a conjuntiva bulbar superior adjacente ao limbo, e sutura-se o flap conjuntival doador, obtido da região bulbar inferior do mesmo olho, com Vicryl[®] 8.0.

Necrose conjuntival de fistula glaucomatosa.

Transplante autólogo de conjuntiva também é utilizado para refazer a parede externa de fistulas de trabeculectomias, quando há importante isquemia e/ou necrose conjuntival após uso de mitomicina-C. A técnica utilizada é semelhante à descrita acima.

SUMMARY

We report herein an update on conjunctival transplantation, as regard to its technique as well as to its indication for pterigium, conjunctival tumors, vernal ulcers, superior limbic keratoconjunctivitis and conjunctival necrosis of trabeculectomy blebs.

Keywords: *Conjunctiva; Graft; Pterigium.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez-Thorin JC, Rocha G, Yelin JB. Meta-analysis on the recurrence rates after bare sclera resection with and without mitomycin C use and conjunctival autograft placement in surgery for primary pterygium. *Br J Ophthalmol* 1998;82:661-5.
2. Prabhasawat P, Barton K, Burkett G, et al. Comparison of conjunctival autografts, amniotic membrane grafts, and primary closure for pterygium excision. *Ophthalmology* 1997;104:974-85.
3. Alves, MR. Terapias para controle da recidiva pós-operatória do pterígio. In: Alves, MR. *Conjuntiva cirúrgica*. Roca, São Paulo, 1999. Cap. 10. Pp. 83-93.

4. MacKenzie FD, Hirst LW, Kynaston B, et al. Recurrence rate and complications after irradiation of pterygium. *Ophthalmology* 1991;98:1776-80.
5. Kenyon KR, Wagoner MD, Hettinger ME. Conjunctival autograft transplantation for advanced and recurrent pterygium. *Ophthalmology* 1985; 92:1461-70.
6. Cunha M, Alleman N. Transplante autólogo de conjuntiva no tratamento de pterígio primário e recidivado. *Arq Bras Oftalmol* 1993;56:78-81.
7. Kwitko S, Marinho D, Barcaro S, Rymer S, Bocaccio F, Fernandes S, Neumann J. Allograft Conjunctival Transplantation for Bilateral Ocular Surface Disorders. *Ophthalmology* 1995;102:1020-5.
8. Bocaccio F, Kwitko S, Marinho D, Rymer S. Corneal Epithelial Rejection After Allograft Conjunctival Limbus Transplantation for Conjunctival Papilloma. *World Cornea Congress IV, Orlando, FL, EUA, 1996.*
9. Marinho D, Cunha M, Kwitko S, Rymer S. Transplante Autólogo de Conjuntiva no Tratamento da Ceratoconjuntivite Primaveril. *Arq Bras Oftalmol* 1996;59:27-9.
10. Marinho D, Cunha M, Kwitko S, Rymer S. Transplante Autólogo de Conjuntiva em Ceratoconjuntivite Límbica Superior. *Arq Bras Oftalmol* 1995;58:177-9.

THIRD INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON OPHTHALMOLOGY IN THE DEVELOPING WORLD

March 23-25, 2001

**Holiday Inn Financial District
San Francisco, California - USA**

Course Description:

This two- and one-half-day symposium will bring together internationally recognized experts to discuss current issues in global blindness, including the diagnosis, prevention, and treatment of the major causes of blindness worldwide. The focus of the course will be on the Developing World but causes of blindness in the developed world will be address as well. The course is intended for ophthalmologists, general physicians, nurses, public health workers, health administrators, policy makers, and health planners.

Contact Information: Karen Baranick
Medical Conference Planners, Inc.
1251 Post Road
Scarsdale, NY 10583 USA
Tel.: (914) 722-0664
Fax: (914) 722-0465
e-mail: medconfs@aol.com
web site: <http://www.medconfs.com>

Informações no Brasil: Dr. Rubens Belfort Jr.
e-mail: eyebr@webmail.epm.br