

Análise clínica, cirúrgica e laboratorial de pacientes com conjuntivocálase

Clinical, surgical and laboratorial analysis of patients with conjunctivochalasis

Carlos Eduardo Borges Souza¹
Dinorah Piacentini Engel²
Bruno Castelo Branco³
Ana Luiza Höfling-Lima⁴
Luciene Barbosa de Souza⁵
Jaison Barros⁶
Denise de Freitas⁷

RESUMO

Objetivo: Avaliação clínica, cirúrgica e laboratorial de pacientes com conjuntivocálase. **Métodos:** Foi realizado exame oftalmológico antes e após tratamento cirúrgico em dez pacientes com conjuntivocálase avaliando os seguintes dados: acuidade visual, biomicroscopia do segmento anterior, padrão de coloração pela rosa bengala, teste de Schirmer e citologia de impressão. **Resultados:** Após a cirurgia todos os pacientes apresentaram melhora na sintomatologia e no padrão de rosa bengala. A citologia de impressão revelou metaplasia escamosa em oito pacientes. **Conclusão:** A cirurgia pode ser eficaz na melhora da sintomatologia dos pacientes com conjuntivocálase. Metaplasia escamosa foi achado frequente nesses pacientes.

Descritores: Doenças da conjuntiva/cirurgia; Doenças da conjuntiva/terapia; Conjuntiva/patologia; Síndromes do olho seco/patologia; Olho/patologia

INTRODUÇÃO

Conjuntivocálase caracteriza-se pela presença de dobras redundantes, frouxas, não edematosas da conjuntiva bulbar inferior interposta entre o globo e a pálpebra inferior, como descrito inicialmente por Braunschweig em 1921⁽¹⁾. Essa condição tende a ser bilateral, podendo localizar-se na parte lateral, central e medial da conjuntiva. É mais comumente encontrada em idosos, embora já tenha sido descrita em pacientes jovens com até quinze anos de idade⁽²⁾. Há associações com dermatocálase, lagofalmo, pseudopterígio e pinguécua⁽³⁻⁴⁾.

Os sintomas são bastante variáveis, podendo não haver queixas nos casos leves, queixa de lacrimejamento e sensação de corpo estranho nos moderados e dor, irritação conjuntival, presença de hemorragia subconjuntival e úlcera marginal nos mais severos⁽⁵⁻⁸⁾.

Existem diferentes teorias sobre a fisiopatologia da conjuntivocálase^(6,9), assim como diferentes classificações; dentre estas se consideram: localização, número de dobras, altura das dobras em relação ao menisco lacrimal, mudança na altura das dobras em diferentes ducções e com pressão digital⁽⁵⁾.

O tratamento varia, de observação, nos casos leves a tratamento clínico, com lubrificantes sem preservativos associados a corticosteróides, anti-histamínicos e oclusão noturna em casos moderados e severos, além de tratamento cirúrgico nos casos refratários ao tratamento clínico⁽⁵⁻⁸⁾. O tratamento cirúrgico inicialmente descrito por Braunschweig⁽¹⁾ propõe incisão em forma de crescente na conjuntiva bulbar inferior a 5mm do limbo seguido de fechamento primário com sutura. Outras técnicas se sucederam com modificações da técnica citada acima^(5,7) sendo que esta última utiliza a

Trabalho realizado no Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

¹ Médico pós-graduando do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

² Médica residente do segundo ano do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo - (UNIFESP).

³ Doutor em Oftalmologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁴ Chefe do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁵ Chefe do setor de Doenças Externas Oculares e Córnea do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁶ Tecnólogo do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

⁷ Professora Livre Docente e afiliada do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Endereço para correspondência: Carlos Eduardo Borges Souza - Rua Três de Maio, 130 ap 174 São Paulo (SP) - CEP 04044-020 E-mail: ce.bsouza@uol.com.br

Recebido para publicação em 14.05.2003

Versão revisada recebida em 25.11.2003

Aprovação em 17.12.2003

membrana amniótica para recobrir a área de retirada da conjuntiva.

O presente estudo pretende analisar dados clínicos, cirúrgicos e achados laboratoriais de pacientes com conjuntivocálase.

MÉTODOS

1- Pacientes

Foram estudados onze olhos de dez pacientes, examinados no ambulatório de Doenças Externas Oculares e Córnea do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo, com diagnóstico de conjuntivocálase, sem outra doença ocular ou sistêmica. Os pacientes tratados clinicamente com melhora dos sintomas e sinais foram excluídos do trabalho, permanecendo apenas os pacientes refratários ao tratamento clínico com indicação de cirurgia. Todos os pacientes incluídos nesse estudo assinaram consentimento livre e esclarecido aprovado pela comissão de ética e pesquisa da UNIFESP.

2- Exame Oftalmológico

Todos os pacientes foram submetidos a anamnese dirigida na qual respondiam questionário sobre a queixa principal que motivou a consulta e a presença de sintomas associados tais como lacrimejamento, sensação de corpo estranho, irritação, dor. Foi classificado como leve, moderado ou severo de acordo com a significância subjetiva dos sintomas pelo paciente.

Após esta, foi realizado a medida da acuidade visual, biomicroscopia à lâmpada de fenda, pressão intra-ocular, foto na lâmpada de fenda, oftalmoscopia indireta, teste de Schirmer sem anestésico, teste da coloração por rosa bengala a 1%, e citologia de impressão da conjuntiva bulbar inferior (Quadro 1).

O teste de Schirmer tipo I (sem anestésico) avalia a secreção basal e reflexa da lágrima em resposta ao estímulo conjuntival. Foi colocado papel de filtro milimetrado na pálpebra inferior entre o terço medial e externo, o paciente permaneceu de olhos fechados, e após cinco minutos foi realizada a leitura. Valores menores que 10 mm foi considerado sugestivo de olho seco, superior a 15 mm como lacrimejamento em excesso.

Quadro 1. Exame oftalmológico e complementares realizados em pacientes

	AV	LF/Pio/FO	Foto	Sc total	RB	CI	Rx
Pré	X	X	X	X	X	X	X
1º dia	(-)	X	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
7º dia	X	X	X	(-)	(-)	(-)	(-)
2º sem	X	X	X	(-)	(-)	(-)	(-)
3º sem	X	X	X	(-)	(-)	(-)	(-)
4º sem	X	X	X	X	X	(-)	(-)
2º mês	X	X	X	X	X	(-)	(-)

AV: acuidade visual; LF/Pio/ FO: exame na lâmpada de fenda e medida da pressão intra-ocular e fundoscopia; Foto: foto externa e na lâmpada de fenda; Sc total: teste de Schirmer sem anestésico; RB: teste de rosa bengala; CI: citologia de impressão; Rx: exame de refração

O teste da coloração por rosa bengala a 1%, utiliza a classificação proposta por Van Bijsterveld que usa escala numérica que varia de zero a nove pontos, dividindo-se o olho em três áreas imagináveis: conjuntiva medial, córnea, e conjuntiva temporal. A intensidade de coloração varia de zero a três em cada área examinada. Pontuação igual ou maior que três em um olho é considerada anormal⁽¹⁰⁾.

3- Técnica cirúrgica e tratamento pós-operatório:

3.1 Procedimento cirúrgico como descrito por Serrano e Mora⁽⁵⁾:

- Peritomia inferior, de 90°, com tesoura de Wescott, duas incisões relaxantes radiais em direção ao fundo de saco inferior;
- A conjuntiva é separada da membrana de Tenon e elevada sobre a córnea. O tamanho da conjuntiva a ser ressecado é determinado pelo excesso de conjuntiva sobre a córnea, que passa pelo limbo inferior às seis horas;
- Refaz-se o fundo de saco inferior antes da ressecção da conjuntiva;
- Ressecção da conjuntiva previamente determinada;
- Sutura da conjuntiva ao limbo nas bordas usando nylon 10-0, ancorando na episclera e deixando uma margem de segurança de 1 mm;
- Retirada da sutura dez a quinze dias após o procedimento.

3.2 Uso de colírio com a combinação de antibiótico e corticosteróide (Tobradex®), seis vezes por dia por sete dias, quatro vezes por dia até completar dez dias e depois mantido com o corticosteróide três vezes por dia até que todos os sinais inflamatórios desapareçam.

3.3 O tempo de seguimento dos pacientes foi de dois meses a contar da primeira consulta após a cirurgia.

RESULTADOS

A idade média dos pacientes foi de $72,5 \pm 5,0$ anos. Os sintomas e sinais mais frequentes referidos pelos pacientes na anamnese dirigida em ordem decrescente foram:

• Sensação de corpo estranho 10 (100%), epífora 8 (80%), dor 6 (60%), irritação ocular 3 (30%), hemorragia subconjuntival 1 (10%) (Gráfico 1).

Noves dos dez pacientes referiram melhora dos sintomas após o tratamento cirúrgico, e apenas um paciente permane-

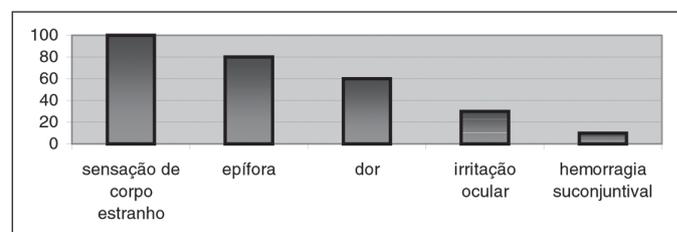


Gráfico 1 - Sinais e sintomas mais frequentes apresentados em pacientes com conjuntivocálase

Tabela 1. Relação dos pacientes estudados e avaliação complementar pré e pós-procedimento cirúrgico

Pacientes	Sexo	Idade	Rosa bengala	Schirmer	Citologia de impressão	Rosa bengala PO	Schirmer PO
1	Fem	75 a	6	20 mm	Grau II	2	11 mm
2	Masc	67 a	5	18 mm	Grau II	2	18 mm
3	Fem	68 a	7	15 mm	Grau II	2	11 mm
4	Fem	68 a	4	15 mm	Grau II	0	10 mm
5	Masc	78 a	5	15 mm	Grau I	2	11 mm
6	Fem	66 a	4	15 mm	Grau II	2	10 mm
7	Fem	69 a	6	5 mm	Grau I	0	12 mm
8	Fem	81 a	5	5 mm	Grau II	1	10 mm
9	Fem	76 a	4	15 mm	Grau II	1	15 mm
10	Masc	74 a	8	27 mm	Grau III	1	17 mm
11	Fem	75 a	4	5 mm	Grau II	2	5 mm

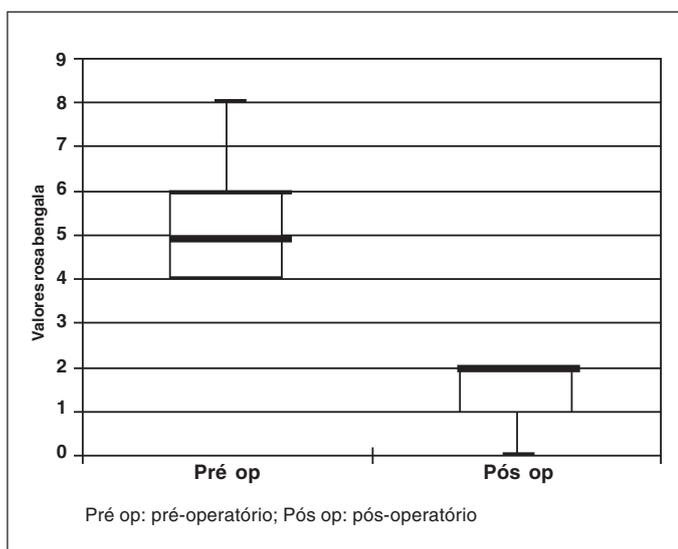


Gráfico 2 - Valores de rosa bengala dos pacientes com conjuntivocálase antes e após a cirurgia

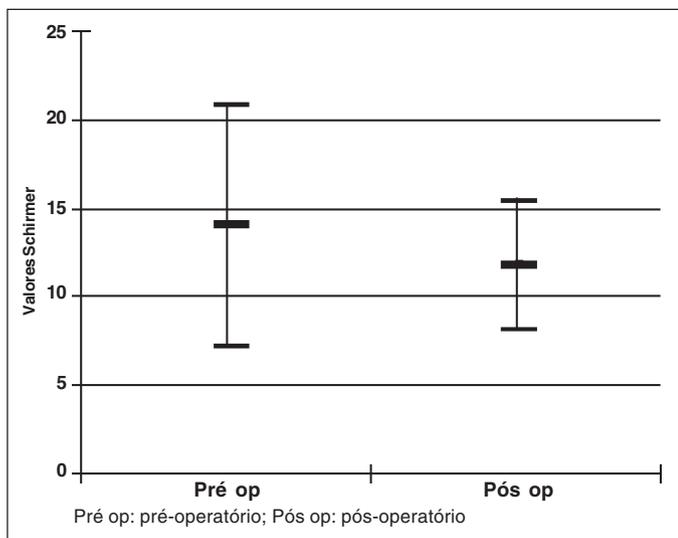


Gráfico 3 - Média dos valores do teste de Schirmer antes e depois da cirurgia em pacientes com conjuntivocálase, com respectivos valores de desvio padrão. A média pré-operatória 14,1(±6,8); pós-operatória 11,8(±3,7)

ceu com queixa de epífora após a conclusão do estudo. Este paciente apresentava oclusão de ponto lacrimal para tratamento de olho seco associado.

Todos os pacientes apresentaram melhora no padrão da coloração por rosa bengala (Tabela 1). A mediana do padrão de rosa bengala pré-operatória foi de 5, com valores de 4 e 6 para o percentil 25 e 75 respectivamente. A mediana pós-operatória foi de dois, com valores de 1 e 2 para o percentil 25 e 75 respectivamente (Gráfico 2).

Oito dos dez pacientes apresentaram citologia de impressão alterada com metaplasia escamosa grau 2 (de 0 = bom a 3 = ruim), e apenas dois pacientes obtiveram citologia de impressão dentro da normalidade (Grau 1). A mediana da citologia de impressão foi de dois (Tabela 1).

A média do teste de Schirmer pré-operatório foi de 14,1 (±6,8) mm, e a média do pós-operatório foi de 11,8 (±3,7) mm. (Gráfico 3).

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou ser fácil o diagnóstico clínico de conjuntivocálase, utilizando a propedêutica clínica habitual como já descrito por Braunschweig. Conjuntivocálase é achado comum, porém muitas vezes não diagnosticado ou tido como sendo alteração normal em indivíduos idosos (Figura 1).

A patogênese da conjuntivocálase ainda é incerta. É descrita a associação freqüente com pinguécula e pseudopterígio⁽⁴⁾. Postula-se que a conjuntivocálase seja causada por alteração elastótica da mesma forma que ocorre no pterígio^(8,11). Estudos demonstraram a presença exacerbada de metaloproteínas que podem degradar a matriz conjuntival e a Tenon, em fibroblastos cultivados depois de retirados da conjuntiva de pacientes com conjuntivocálase⁽¹²⁻¹³⁾.

Casos severos de conjuntivocálase podem ocasionar problemas relacionados à exposição, como lagoftalmo, *dellen*, e ulceração conjuntival⁽⁶⁻⁸⁾. A detecção de conjuntivocálase requer apenas métodos habituais de exame oftalmológico onde se percebe à biomicroscopia na lâmpada de fenda a presença de dobras redundantes não edematosas na conjuntiva bulbar

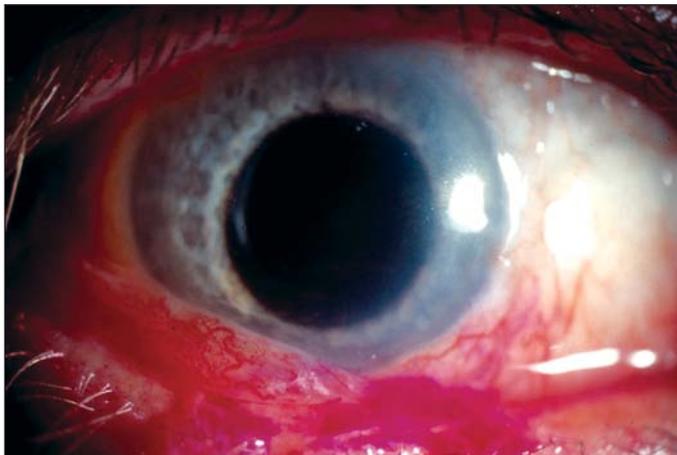


Figura 1 - Biomicroscopia do segmento externo ocular evidenciando a presença de conjuntivocálase. A conjuntiva encontra-se corada por rosa bengala a 1%

inferior. A conjuntiva está muitas vezes associada à alteração no padrão da coloração da rosa bengala 1% (Van Bijsterveld), e da fluoresceína com coloração da área não exposta da superfície ocular^(3-4,6). Em alguns casos, esses pacientes apresentam aumento da produção de lágrima, seja por lacrimamento reflexo ou por alteração do escoamento da lágrima⁽⁶⁻⁷⁾. Estes achados podem auxiliar no diagnóstico de conjuntivocálase, uma vez que outras causas de lacrimamento como obstrução das vias lacrimais, ectrópio, e entrópio estejam excluídas.

A citologia de impressão apresentou-se alterada na maioria dos casos severos de conjuntivocálase. Até onde nos foi possível averiguar na literatura nacional e internacional, este é o primeiro estudo a abordar este assunto. Nosso estudo constatou alteração na citologia de impressão da conjuntiva bulbar inferior em oito dos dez pacientes, o que pode sugerir alteração estrutural da conjuntiva no processo desencadeador da conjuntivocálase. Contudo, para melhor compreensão da patogênese da conjuntivocálase são necessários estudos mais aprofundados que permitam concluir se a alteração conjuntival é primária ou secundária a um processo de degeneração elastótica, desencadeado por reação inflamatória que degrada a matriz conjuntival.

Com a utilização do tratamento cirúrgico houve melhora na sintomatologia em nove dos dez pacientes. Todos os pacientes incluídos no trabalho foram anteriormente tratados clinicamente com lubrificantes sem preservativos, associados ou não a corticoesteróides tópicos sem melhora. O tratamento cirúrgico com a técnica de Serrano foi de fácil execução e levou a um resultado anatômico bom como anteriormente des-

crito pelo próprio Serrano, sem retração do fundo de saco. E, principalmente, melhora clínica da sintomatologia como também observaram Daniel Muller, Renato Pires usando técnica com membrana amniótica⁽¹⁴⁾.

ABSTRACT

Purpose: To evaluate clinical, surgical and laboratorial findings in patients with conjunctivochalasis. **Methods:** Ophthalmologic examinations using 1% rose bengal, Schirmer test and impression cytology were performed in ten patients and after surgery. **Results:** Sintomatology improved in all patients on surgery. Impression cytology revealed metaplasia in eight patients. **Conclusion:** Surgical treatment may improve signs and symptoms in patients with conjunctivochalasis. Scamous metaplasia was a frequent finding in these patients.

Keywords: Conjunctival diseases/surgery; Conjunctival disease/therapy; Conjunctiva/pathology; Dry eye syndromes/pathology; Eye/pathology

REFERÊNCIAS

1. Braunschweig P. Ueber faltenbildung der conjunctiva bulbi. *Klin Monatsbl Augenheilkd.* 1921;66:123-4.
2. Pinkerton OD. Bulbar conjunctivo-chalasis. *Arch Ophthalmol.* 1972;88(5):532.
3. Wollenberg A. Pseudopterygium mit Faltenbildung der Conjunctiva bulbi. *Klin Monatsbl Augenheilkd.* 1922;68:221-4.
4. Li ZY, Wallace RN, Streeten BW, Kuntz BL, Dark AJ. Elastic fiber components and protease inhibitors in pinguecula. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1991;32(5):1573-85.
5. Serrano F, Mora LM. Conjunctivochalasis: a surgical technique. *Ophthalmic Surg.* 1989;20(12):883-4.
6. Hughes WL. Conjunctivochalasis. *Am J Ophthalmol.* 1942;25(1):48-51.
7. Meller D, Tseng SC. Conjunctivochalasis: literature review and possible pathophysiology. *Surv Ophthalmol.* 1998;43(3):225-32.
8. Jaros PA, DeLuise VP. Pingueculae and pterygia. *Surv Ophthalmol.* 1988;33(1):41-9.
9. Jordan DR, Pelletier CR. Conjunctivochalasis. *Can J Ophthalmol.* 1996;31(4):192-3.
10. van Bijsterveld OP. Diagnostic tests in the Sicca syndrome. *Arch Ophthalmol.* 1969;82(1):10-4.
11. Denti AV. Sulla formazione di una plica della congiuntiva bulbare. *Boll Sper Med Chim.* 1930;4(1):26-32.
12. Li DQ, Meller D, Liu Y, Tseng SC. Overexpression of MMP-1 and MMP-3 by cultured conjunctivochalasis fibroblasts. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2000;41(2):404-10.
13. Meller D, Li DQ, Tseng SC. Regulation of collagenase, stromelysin, and gelatinase B in human conjunctival and conjunctivochalasis fibroblasts by interleukin-1beta and tumor necrosis factor-alpha. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2000;41(10):2922-9.
14. Pires RTF; Pires JLT; Tseng SCG. Transplante de membrana amniótica para reconstrução da superfície corneana e conjuntival. *Arq Bras Oftalmol.* 1999;62(3):340-50.