

## GLAUCOMA DE ÂNGULO FECHADO

### Introdução

Glaucoma de Ângulo Fechado é um tipo de glaucoma que actualmente é designado Glaucoma por Encerramento do Ângulo.

Não é o tipo de glaucoma mais frequente na Europa, nem no Mundo, já que ocorre em 25% dos casos de glaucoma a nível mundial. É no entanto mais grave, sendo responsável por cerca de metade dos casos de cegueira por esta doença.

Ambos os tipos de glaucoma (Glaucoma de Ângulo Aberto e Glaucoma por Encerramento do Ângulo) podem ocorrer como complicações de outras doenças oculares (glaucomas secundários) mas a grande maioria dos casos (primários) ocorre sem causa conhecida.

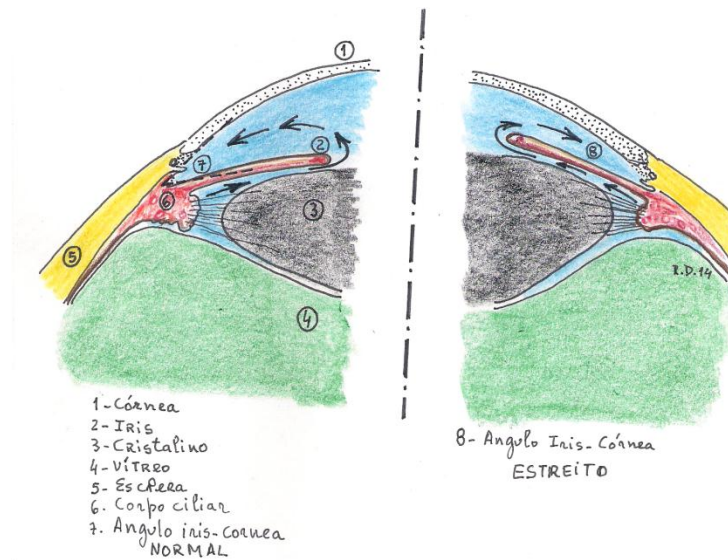
A distinção destes dois tipos de glaucoma é feita pelo médico oftalmologista na consulta, através do exame da gonioscopia.

### Mecanismos

O humor aquoso que é um líquido límpido existente no olho que flui para um espaço existente na parte anterior do globo, a câmara anterior, fornecendo nutrientes aos tecidos circundantes. Sai depois do interior do olho através de uma rede de canais (malha trabecular) localizada no chamado ângulo camerular. Este é formado pela junção da íris (parte colorida do olho) com a parede externa do globo (córneo-escleral).

Nos olhos predispostos, com determinadas características anatómicas e fisiológicas (dinâmicas) este ângulo está mais preenchido e a íris tem mais probabilidades de obstruir os canais de drenagem podendo ocasionar então a subida da pressão intraocular. Isto pode acontecer de uma forma súbita e dolorosa chamada de *crise aguda de encerramento do*

ângulo (antigamente referido como glaucoma agudo) ou de uma forma gradual e silenciosa, amais frequente, denominado encerramento *crónico do ângulo*. Pode ainda haver a chamada forma *subaguda* que pode acompanhar-se de sintomas como: halos à volta de pontos luminosos, dores oculares de tipo peso ou mesmo dores de cabeça localizadas, de forma transitória e/ou de forma regular.



### Factores de risco

As pessoas mais idosas, sobretudo a partir dos 60 anos estão mais predispostas a desenvolver a doença.

As mulheres apresentam um risco cerca de 3 vezes superior ao dos homens, talvez por terem os olhos mais pequenos ou maior longevidade.

Os indivíduos de raça chinesa ou indiana também têm maior risco, sendo a doença bastante mais frequente na Ásia que na Europa e restantes países ocidentais.

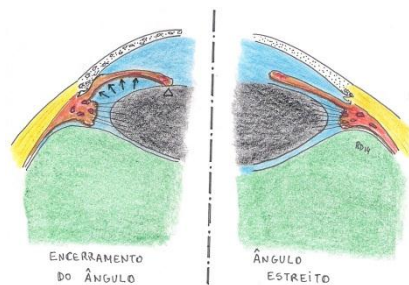
Ser familiar em 1º grau de um doente com glaucoma por encerramento do ângulo pode aumentar o risco de o desenvolver em 3,5 vezes.

Ser hipermetrope pode constituir um factor de risco.

Determinadas características da anatomia da parte anterior do globo ocular (segmento anterior) bem como o comportamento da íris podem ser determinantes no desenvolvimento da doença.

### Formas de Apresentação

O encerramento do ângulo apresenta um leque variado de situações clínicas que vão desde casos suspeitos até à cegueira.



O encerramento progressivo do ângulo pode originar aumento da pressão intraocular e outras alterações que apontam já para sofrimento do segmento anterior do globo. O indivíduo permanece normalmente sem queixas e a doença pode progredir se não for detectada e tratada convenientemente.

No estadió crónico mais avançado verifica-se já lesão do nervo óptico (glaucoma) com as alterações observáveis no exame do fundo do olho, em testes mais sofisticados de análise estrutural ou no exame dos campos visuais.

Pode ocorrer ao longo deste tempo ou como forma inicial, uma subida aguda (repentina) e acentuada da pressão intraocular originando um quadro característico- *a crise aguda de encerramento do ângulo*. Esta situação apresenta-se normalmente com dor ocular intensa, acompanhada por dor de cabeça, náuseas e vómitos, por vezes dor abdominal. A visão está turva, por vezes muito diminuída, frequentemente acompanhada por halos corados em redor das luzes. O olho está duro, vermelho e é doloroso ao toque. Se não for rapidamente tratada pode originar perda acentuada e permanente da visão.

Noutros casos pode haver um quadro intermédio, intermitente com queixas de ligeira perturbação da visão acompanhada também de halos corados. Qualquer tipo de perturbação ou alteração notada deve ser referido ao oftalmologista assistente.

## Tratamento

O tratamento tem como objectivo principal reduzir a pressão dentro do olho (intraocular).

Podemos diferencia-lo consoante a fase da doença: **fases iniciais da doença** ou **fases mais tardias** em que o diagnóstico de glaucoma já foi definido.

Nas **fases iniciais** pretende-se essencialmente alterar a configuração anatómica existente para evitar a obstrução da malha trabecular (canais de drenagem) pela íris e sua consequente lesão irreversível. Pode ser feito com procedimento laser: a iridotomia (abertura de um orifício na íris).

Em casos mais raros ou como complemento do anterior pode fazer-se outro tipo de procedimento laser, a iridoplastia periférica que procura afastar a íris da parede córneo-escleral, criando espaço para a drenagem do humor aquoso.

Em certos casos pode estar indicado ou ser necessário intervenções cirúrgicas para o mesmo fim como a iridectomia e a cirurgia de extracção do cristalino (semelhante à cirurgia de catarata).

Nas **formas mais tardias** pretende-se a diminuição da pressão intra-ocular para evitar a progressão do glaucoma. Pode ser realizada através da diminuição de produção do humor aquoso ou melhoria do seu escoamento. Para tal usam-se colírios anti hipertensores ou, na ausência de resultados satisfatórios, realizam-se cirurgias.

Nas **crises agudas de encerramento do ângulo** o tratamento é urgente para baixar rapidamente a pressão intraocular, aliviar a dor e o quadro de náuseas e vómitos, quando existentes. Utilizam-se medicamentos em forma de colírios, injectáveis e/ou comprimidos. Quando a pressão começa a regularizar procede-se à iridotomia com laser assim que possível,

para evitar novos episódios. Executa-se sistematicamente iridotomia no olho não afectado dada a grande probabilidade de crise semelhante nesse olho.

### Prevenção

Excluindo um pequeno número de casos com crise aguda, a grande maioria dos doentes apresenta-se sem sintomas até fases tardias da doença, à semelhança do tipo mais frequente de glaucoma de ângulo aberto. Uma vigilância regular feita pelo oftalmologista, sobretudo na presença de factores de risco, poderá detectar os sinais suspeitos e orientar os tratamentos necessários.

Existem medicamentos como certos antidepressivos e outros usados na asma, alergias, perturbações do foro digestivo e enxaqueca, que possuem componentes que eventualmente poderão desencadear uma crise aguda em pessoas predispostas. Se for esse o seu caso não deve tomar esses medicamentos sem prévio conhecimento e consentimento do seu oftalmologista.

*Nota de autor: os desenhos são cortesia do colega Ricardo Dias*

Maio 2014