



BRASCRS 2022

XIX Congresso Internacional de Catarata e Cirurgia Refrativa

XIII Congresso Internacional de Administração em Oftalmologia

III Curso de Auxiliares em Oftalmologia

25 A 28 DE MAIO | SALVADOR - BAHIA

E-PÔSTER

Título: GLAUCOMA SECUNDÁRIO À MICROESFEROFACIA

Nome do(s) autor(es): *Sabrina Abed¹, Abdo Abed², Farid Abed,¹ Tician Granzotto², Islam Maruf²*

Nome da instituição: *Universidade de Santa Cruz do Sul¹
Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre²*

Palavras-chave: Glaucoma; microesferofacia; facoemulsificação.

Introdução

A microesferofacia é uma condição de herança autossômica dominante ou recessiva caracterizada por um cristalino pequeno e relativamente esférico, com aumentada espessura anteroposterior; pode estar associada a síndromes como a de Weill–Marchesani e a de Marfan. Glaucoma (reportado em 51% dos casos), alta miopia, subluxação do cristalino e descolamento de retina são consequências frequentes. Para fins de diagnóstico, a história familiar é essencial e a biomicroscopia ultrassônica (UBM) pode ser utilizada.

Relato de caso

Feminina, 17 anos, hígida. A paciente foi encaminhada ao retinólogo devido a suspeita de distrofia retiniana por baixa visual a esclarecer. Durante o primeiro exame oftalmológico, constatou-se acuidade visual (AV) com correção em olho direito (OD) 20/80 e em olho esquerdo (OE) conta dedos 30 cm, refração de -12,00 em ambos os olhos (AO), e aumento de pressão intraocular (PIO) de 40 mmHg em OD e 28 mmHg em OE. Na biomicroscopia evidenciou-se intumescência do cristalino AO e visualização da borda inferior do cristalino na linha pupilar em olho esquerdo; na gonioscopia, ângulo fechado em todos os quadrantes. No exame de fundoscopia, apresentou escavação do disco óptico de 0,8 em OD e 0,6 em OE, com mácula sem alterações. Foram prescritos colírios hipotensores, cloreto de potássio (KCl) e acetazolamida 250 mg via oral de 6 em 6 horas e solicitados tomografia de coerência óptica (OCT), retinografia e campimetria visual (CV). No retorno, apresentou descolamento de retina exsudativo secundário à acetazolamida via oral, que evoluiu bem após suspensão dessa medicação e tratamento clínico. Paciente mostrou melhora parcial da acuidade visual e da PIO. O exame de OCT indicou diminuição da camada de fibras nervosas, sendo essa maior no olho direito. O CV apresentou defeitos inespecíficos em OD e defeitos sugestivos de glaucoma em OE. A biometria óptica destacou OD comprimento axial (AL) 21,98, profundidade da câmara anterior (ACD) 1,92, espessura cristalina (LT) 4,60, distância branco a branco (WTW) 12,4 e OE AL 21,87, ACD 1,79, LT 4,61 e WTW 12,5. O exame de UBM mostrou anteriorização do diafragma iridocristalino e ângulo fechado em vários meridianos AO. Após a UBM, aumentou-se a suspeita de glaucoma intermitente secundário a bloqueio pupilar, e, por isso, indicou-se facoemulsificação bilateral. No transoperatório foi realizado o diagnóstico de microesferofacia. Paciente evoluiu de forma satisfatória, com melhor controle da PIO e da AV no pós-operatório. Após o diagnóstico, foi solicitado o exame do irmão, em razão de a história familiar poder ser positiva nesses casos; foi, então, diagnosticado quadro clínico semelhante de glaucoma por microesferofacia.

Imagens

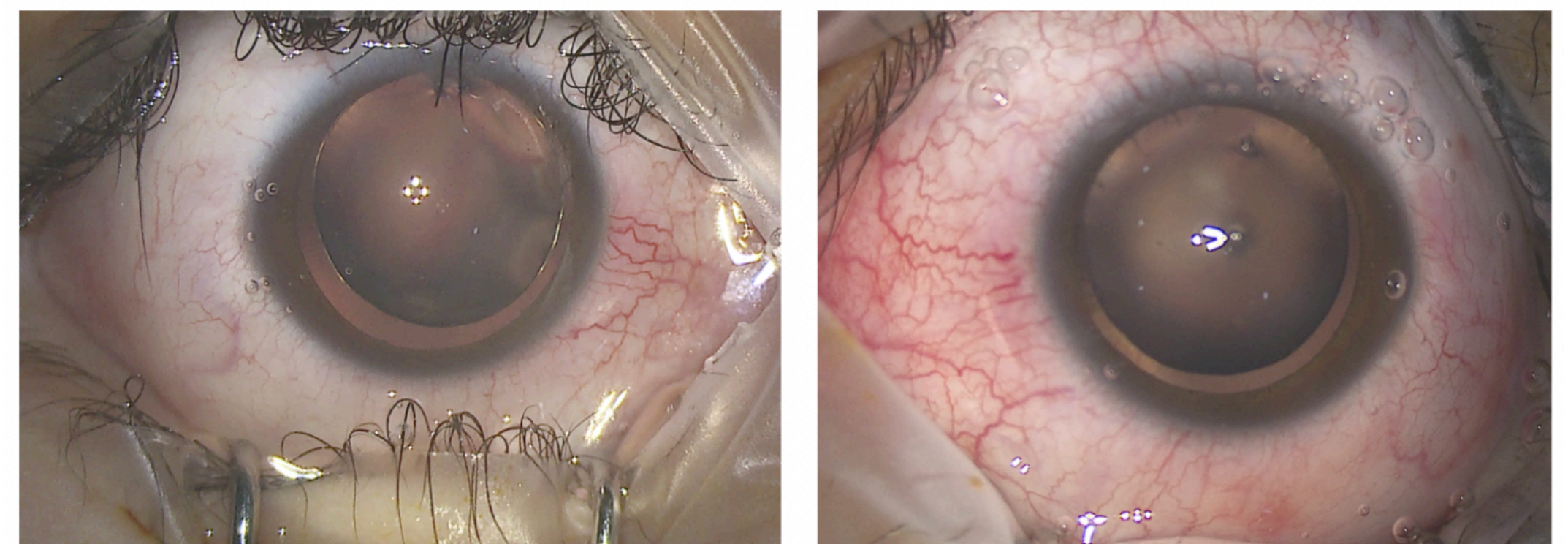


Imagem 1. Microesferofacia com visualização da margem inferior e zônula, e anteriorização do cristalino sobre o eixo pupilar em olho direito e em olho esquerdo, respectivamente; bloqueio pupilar parcial e intermitente.

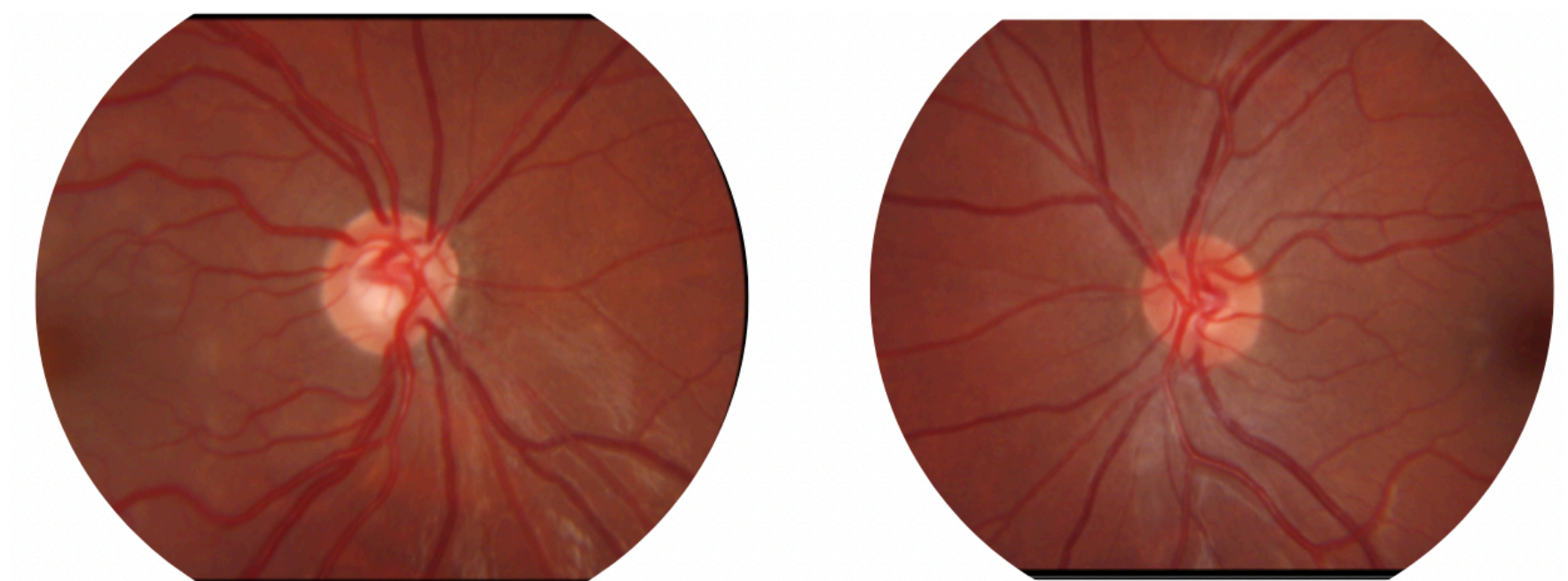


Imagem 2. Escavação do nervo óptico em olho direito e em olho esquerdo, respectivamente.

Conclusão

A microesferofacia está comumente associada a desordens sistêmicas, como síndromes genéticas, história familiar e alterações oculares sugestivas (alta miopia, glaucoma agudo, catarata, entre outras). Este relato tem como objetivo mostrar o caso de microesferofacia isolada, sem condições sistêmicas associadas, e com história familiar prévia negativa. A indicação de cirurgia foi devido a hipótese diagnóstica de glaucoma secundário a alteração no cristalino. O diagnóstico de microesferofacia foi confirmado no transoperatório, quando foi possível visualizar o formato arredondado e a anteriorização do cristalino sobre a pupila. Portanto, ressaltamos a importância de se atentar à possibilidade de apresentação atípica das patologias e de se valorizar achados inusitados do exame oftalmológicos.

Referências

1 Chan RT, Collin HB. Microspherophakia. Clin Exp Optom. 2002 Sep;85(5):294-9.

2 Şimşek T, Beyazıldız E, Şimşek E, Öztürk F. Isolated Microspherophakia Presenting with Angle-Closure Glaucoma. Turk J Ophthalmol. 2016 Oct;46(5):237-240.

3 Senthil S et al. Glaucoma in microspherophakia: presenting features and treatment outcomes. J Glaucoma. 2014 Apr-May;23(4):262-7.

4 Malik KP, Goel R, Jain K, Nagpal S, Singh S. Management of bilateral microspherophakia with secondary angle closure glaucoma. Nepal J Ophthalmol. 2015 Jan-Jun;7(1):69-73.

5 Lim SH, Son JH, Cha SC. Acute angle-closure glaucoma in a highly myopic patient secondary to Weill-Marchesani syndrome: histopathologic lens features. Int Ophthalmol. 2016 Dec;36(6): 921-924.