



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: FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR EM PACIENTE PORTADOR DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Nome do(s) autor(es): Juliana Angélica Estevão de Oliveira
Isabela Costa Guerra Barreto de Almeida
Bruno Castelo Branco

Nome da instituição: Hospital Universitário Professor Edgard Santos - UFBA

Palavras-chave: espondilite anquilosante, uveíte anterior, catarata.

Objetivo

Relatar a cirurgia de facoemulsificação (FACO) com implante de lente intraocular (LIO) em paciente com olho único, portador de espondilite anquilosante (EA), HLA-B27 positivo e seclusão pupilar.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, de 53 anos, deu entrada no serviço com queixa de piora progressiva da baixa acuidade visual (AV) em olho direito (OD) há cerca de 3 anos, mais acentuada nos últimos 6 meses. Relatava episódios de uveítes em ambos olhos (AO) desde os 14 anos de idade, resultando em amaurose em olho esquerdo (OE) há cerca de 13 anos e baixa AV em OD há cerca de 10 anos após crise de glaucoma. Paciente portador de EA, com antígeno HLA-B27 positivo, diagnosticado aos 18 anos de idade, com quadro de anquilose da coluna lombossacra, artrite de joelhos, quadris e tornozelos. Em uso de anti TNF-alfa, infliximabe, metotrexate, ácido fólico e prednisona orais, dorzolamida, timolol e brimonidina colírios. No momento da avaliação oftalmológica, estava com doença reumatológica controlada, sem manifestações articulares ou oftalmológicas, sendo a última uveíte há 10 meses.

Ao exame oftalmológico de OD, apresentava AV corrigida de conta dedos, câmara anterior ampla, seclusão pupilar, sem sinais de uveíte em atividade, pressão intraocular (PIO) 13mmHg, fundoscopia impraticável e ângulo aberto Schaffer 4, com trabeculado em bom aspecto e sinéquias discretas apenas no quadrante inferior. Em OE, apresentava leucoma corneano central denso (Figura 1.1 e 1.2). A ultrassonografia de OD evidenciou comprimento axial grande, cristalino denso e vitreíte discreta.

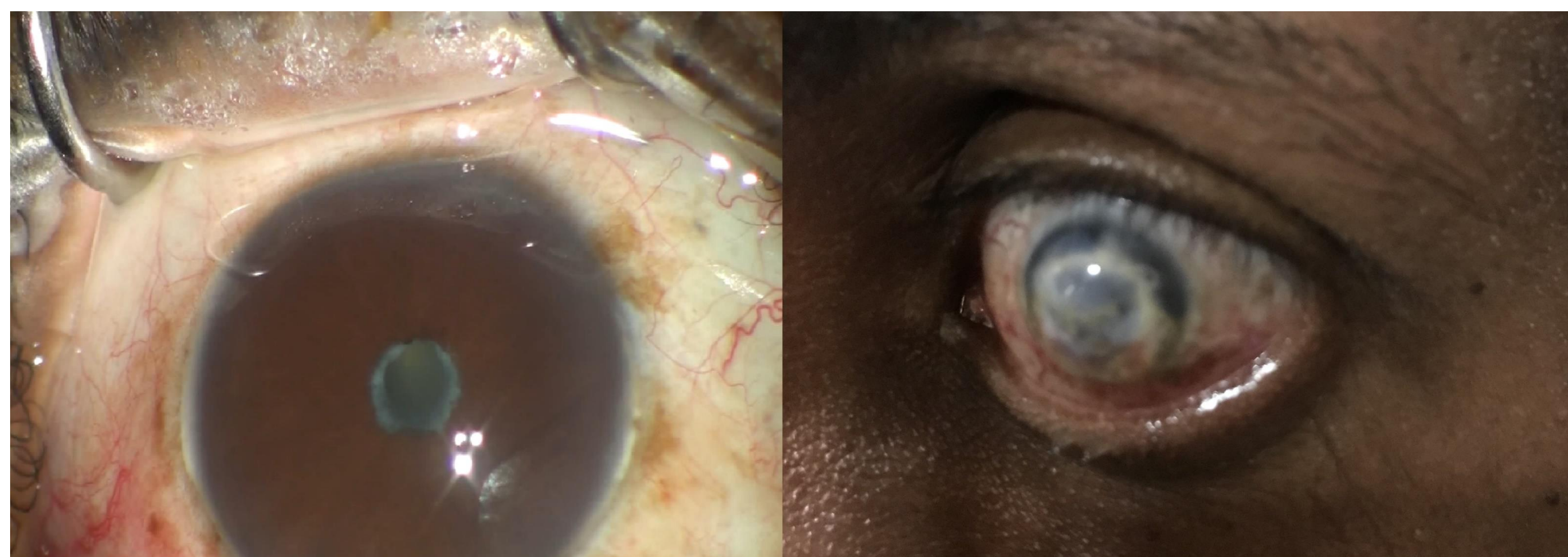


Figura 1.1 e 1.2 – Aspecto externo de OD e OE, respectivamente, no pré-operatório.

Paciente foi submetido a FACO com implante de LIO em OD, com auxílio do anel de Malyugin para garantir midríase mecânica peroperatória. Devido a anquilose da coluna lombossacra do paciente, o posicionamento da maca foi adaptado para melhor ergonomia (Figuras 2.1, 2.2 e 2.3). LIO acrílico hidrofóbico de peça única foi implantada no saco capsular.

Paciente teve boa evolução pós-operatória, apresentando após 30 dias, AV corrigida de 20/40 (-0,25 -0,75 110°), PIO de 11mmHg, ausência de reação de câmara anterior, LIO tópica, disco óptico grande com escavação de 0,75, sem perda localizada de fibras nervosas, sem alterações vasculares e mácula íntegra.

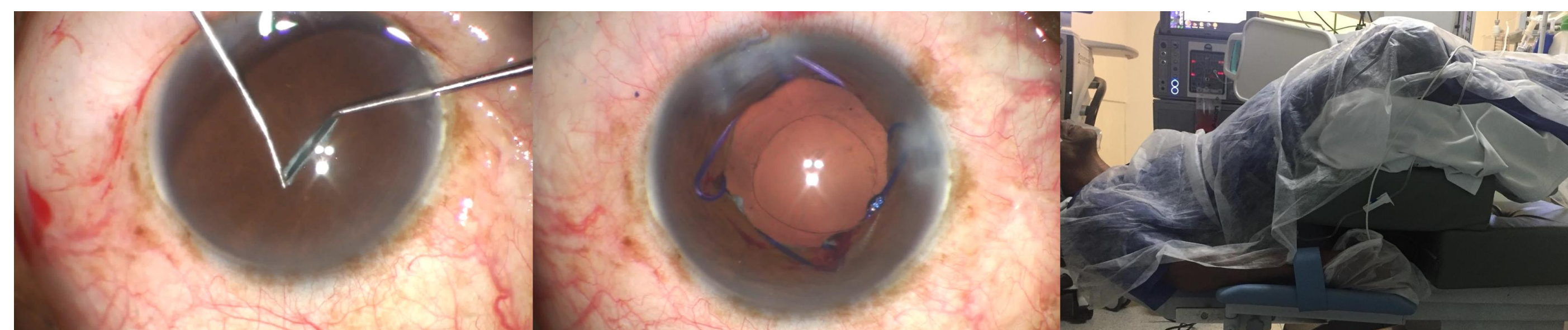


Figura 2.1, 2.2 e 2.3 – Uso de ganchos de íris, uso de anel de Malyugin e posicionamento do paciente.

Discussão

A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória, crônica e progressiva que afeta primariamente as articulações sacroilíacas e a coluna vertebral.¹ Geralmente, tem início na segunda década da vida, acometendo mais homens, caucasianos, com forte associação com o antígeno HLA-B27.¹ O uso de anti-inflamatórios não hormonais e a prática de atividades físicas são o tratamento de escolha, embora não alterem o curso da doença.¹ Nos pacientes refratários, os corticoides podem ser usados, assim como drogas antirreumáticas (sulfassalazina, metotrexato) e, mais recentemente, os anti-TNF (infliximabe, etanercepte, adalimumabe) que podem modificar a evolução da doença.¹

Quanto às manifestações extra-articulares, a mais frequente é a uveíte anterior, geralmente associada à positividade do HLA-B27 e podendo ocorrer anos antes das manifestações clássicas.² A uveíte anterior é tipicamente bilateral assimétrica, aguda, recorrente, não granulomatosa e responsiva aos corticosteroides e midríáticos tópicos, apresentando bom prognóstico.³

Quando existe uma evolução crônica poderemos ter complicações, como seclusão pupilar, catarata, glaucoma secundário e edema macular cistóide.⁴ Atualmente, não é possível estabelecer estratégias terapêuticas satisfatórias para a prevenção da recorrência das uveítes anteriores na EA e, somente os pacientes com acometimento do polo posterior ou com alta tendência de recorrência ou cronicidade, são beneficiados com imunossupressor.³

Conclusão

Como a uveíte anterior pode ser a manifestação inicial da EA, é fundamental investigação reumatológica em pacientes do gênero masculino, jovens, com uveíte anterior aguda recorrente e idiopática.⁵ O tratamento oftalmológico precoce dos episódios de uveíte anterior previne complicações e necessidade de cirurgias que podem representar um grande desafio técnico pela presença de sequelas, como no caso relatado.

Referências bibliográficas

- Gouveia EB, Elmann D, Morales MSA. Espondilite anquilosante e uveíte: revisão. Rev. Bras. Reumatol; 2012; 52 (5): 749-756.
- Martin TM, Smith JR, Rosenbaum JT. Anterior uveitis: current concepts of pathogenesis and interactions with the spondyloarthropathies. Curr Opin Rheumatol; 2002; 14 (4): 337-41.
- Sampaio-Barros PD. Epidemiology of spondyloarthritis in Brazil. Am J Med Sci; 2011; 341 (4): 287-8.
- McCannel CA, Holland GN, Helm CJ, Cornell PJ, Winston JV, Rimmer TG. Causes of uveitis in the general practice of ophthalmology. Am J Ophthalmol; 1996; 121 (1): 35-46.
- Trevisani VF, Mattos KT, Esteves RF, Olivalves SM, Andrade LE. Autoantibodies specificity in acute anterior uveitis according to the presence of the HLA-B27 allele. Ocul Immunol Inflamm; 2001; 9 (4): 231-42.