



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: RASGADURA EM DOBRA DE FLAP DE LASIK: MANEJO CLÍNICO – RELATO DE CASO

Nome do(s) autor(es): Giovanna Agda Moraes Mesquita, Gabriela Cecílio Ventura Bariani, Luiz Paulo Ferreira Mesquita, Wander Alves Ferreira Júnior, Laryssa Paiva de Ávila, Alexandre Chater Taleb

Palavras-chave: rasgadura; flap; LASIK

Introdução

O Laser in situ Keratomileusis (LASIK) é considerada a técnica de cirurgia refrativa mais utilizada atualmente, sendo esta segura e eficaz para correção de ametropias. Nesta técnica é realizada uma abertura na córnea (flap), e as mudanças na estrutura da córnea são feitas diretamente no estroma através da aplicação do excimer laser.^{1,2} Mesmo sendo um dos procedimentos eletivos com os menores índices de complicação, elas podem ocorrer no intra e pós operatório. Dentre elas temos as complicações decorrentes do flap (flap incompleto, deslocamento do flap, perfuração corneana, defeito epitelial e estrias no flap), complicações da interface flap estroma, olho seco, ectasia corneana, ceratites microbianas e hipo ou hipercorreção.^{3,4}

O objetivo deste trabalho é relatar a evolução clínica de uma paciente com rasgo na dobra em eixo visual no flap de LASIK e formação de fibrose com resolução após tratamento com corticóide tópico.

Descrição do caso

A.R.V., 21 anos, estudante de medicina, refere miopia desde os 10 anos e estabilidade do grau há 3 anos, comparece para avaliação de cirurgia refrativa. Refração dinâmica de olho direito (OD) -5,25 DE / -0,25 DC 110° e de olho esquerdo (OE) -5,50 DE / -0,50 DC 40° com acuidade visual (AV) de 20/20 em ambos os olhos (AO). A tomografia de córnea demonstrou astigmatismo regular e simétrico em ambos os olhos com ceratometria de 45.9D 4° x 47.0D 94° em OD e 45.5D 177° x 46.8D 87° em OE, paquimetria mínima de 530µm e 540 µm respectivamente. Após exames complementares favoráveis para a realização do procedimento corretivo, foi indicado LASIK em AO. A cirurgia transcorreu sem qualquer tipo de intercorrência sendo realizado flap com microcerátomo Hansatome™ Bausch & Lomb de 120 µm em AO com hinge superior e ablação personalizada com excimer laser Bausch & Lomb Technolas 217z de -4,96 DE / -0,17 DC 100° em OD e -5,02 DE / -0,56 DC 29° em OE. Foram prescritos cloridrato de moxifloxacino 5mg/mL + fosfato dissódico de dexametasona 1mg/mL 1 gota de 6/6 horas por 7 dias e lubrificante sem conservante 1 gota de 2/2 horas por 2 meses em ambos os olhos. No primeiro dia após cirurgia a paciente se apresentava com AV de 20/20 em AO e biomicroscopia com flap bem posicionado. Foram feitas orientações e agendado retorno para o sétimo dia de pós operatório. No quinto dia a paciente referiu visão embaçada em OE. A mesma foi prontamente atendida e detectada AV de OD de 20/20 e OE 20/30 parcial; biomicroscopia em OE com dobras em flap. Apesar de todas as orientações passadas logo após o procedimento, a paciente referiu então que estava usando corretamente apenas o colírio com antibiótico, o lubrificante foi administrado poucas vezes pois não sentiu necessidade do uso do mesmo. Frente ao quadro, foi indicada reintervenção cirúrgica com irrigação da interface e reposicionamento do flap. Durante o procedimento para regularização da superfície ocorreu um rasgo em uma das dobras localizadas no eixo visual. Foi optado por reposicionamento do flap com coaptação completa das bordas. As medicações foram mantidas e a paciente foi advertida sobre o uso incorreto do lubrificante. No primeiro dia após reintervenção cirúrgica, o flap apresentou-se bem posicionado, sem dobras, com tênue linha de cicatrização, AV de 20/25. Sete dias após o procedimento a paciente estava satisfeita com AV. No vigésimo dia porém, apesar de AV ter se mantido quantitativamente, a paciente referiu leve distorção das imagens em OE. À biomicroscopia foi observado que na região do rasgo, uma opacidade cicatricial subepitelial de 2+/4 se formava. Foi então, prescrito colírio de acetato de prednisolona 1% de 2/2 horas em esquema regressivo. Após 14 dias a paciente compareceu em nova consulta apresentando ótima resposta ao tratamento: AV 20/20 parcial, pressão intraocular de 16 mmHg e cicatriz remanescente em flap de 1+/4. O tratamento seguiu o tempo indicado e atualmente, após 3 meses da complicação, a paciente está muito satisfeita e o exame encontra-se dentro da normalidade.

Discussão

De acordo com a literatura, as estrias ou dobras do disco são as complicações precoces pós LASIK mais frequentes localizadas na periferia. A frequência de dobras no disco na literatura é bastante variável e encontra-se entre 0 e 12.8%.⁵

Nome da instituição: Hospital de Olhos de Aparecida

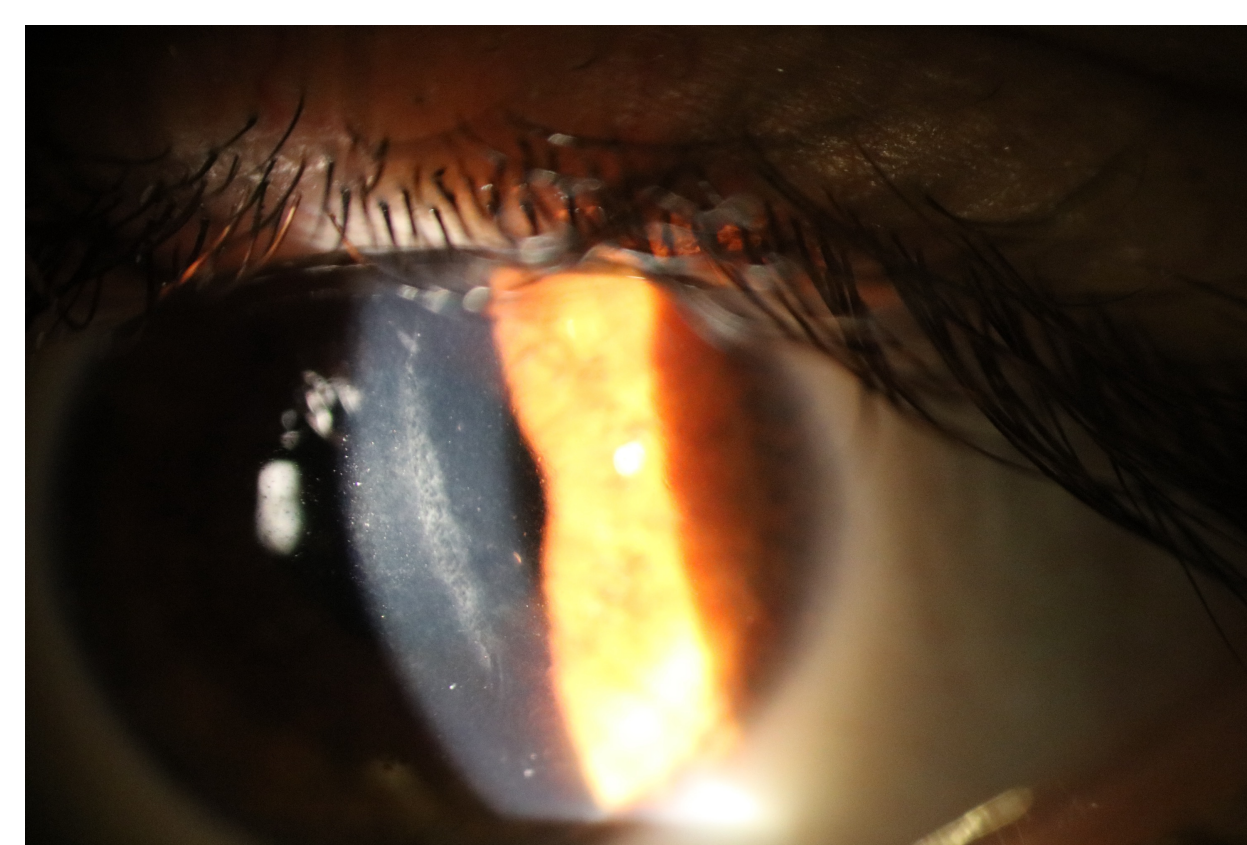


Figura 1 - Opacidade cicatricial na região do rasgo no flap



Figura 2- Biomicroscopia 3 meses após o LASIK

A maioria dos pacientes não apresenta sintomas e a incidência de estrias clinicamente significativas que necessitam de intervenção varia de 0.2% a 1.5%³. A frequência de dobras aumenta em altos míopes e hipermetropes e muitas vezes elas podem ser inevitáveis.⁶

As estrias podem ser classificadas como macro e microestrias. As macroestrias aparecem ao exame de lâmpada de fenda em retroiluminação como múltiplas e paralelas, podem causar redução da acuidade visual de cerca de 2 a 3 linhas, As microestrias não são vistas em retroiluminação e não influenciam a AV.⁴

Embora pouco percebidas sob o microscópio ao final do ato cirúrgico, são notadas no período pós-operatório ao exame de lâmpada de fenda (Pereira et al., 2001). Estas dobras, de acordo com a sua intensidade e localização, podem levar a astigmatismos irregulares, perda de linhas da melhor acuidade visual corrigida, distorção da imagem e diplopia⁷. O piscar excessivo ou apertar os olhos com força por dor, fotofobia ou outro desconforto no período pós-operatório podem resultar em rugas ou desalinhamento severos do flap.⁷

Pacientes com pequenas estrias com AV preservada, podem ser tratados apenas com lágrimas artificiais ou lentes de contato gelatinosas. Há concordância na literatura quanto à indicação de reposicionamento do disco nos casos com baixa de acuidade visual⁸. O tratamento precoce é indispensável pois o atraso do mesmo pode causar dificuldades no manejo.

Diversas técnicas têm sido usadas para tratar o dobras após o LASIK, desde o uso de lentes de contato terapêuticas, elevação do flap e hidratação com solução salina hipotônica, irrigação da interface com solução isotônica e reposicionamento do disco, realinhamento do flap através de pressão suave com esponja Merocel ou até mesmo sutura do flap com Nylon 10.0.^{7,8}

A aplicação e irrigação do flap diretamente na camada de Bowman com solução salina balanceada ou água destilada auxilia na redução das estrias do flap de LASIK. Entretanto, se persistir, o flap deve ser levantado para a realização da irrigação e em alguns casos é necessário tracionar e reposicionar o flap com pinça.^{7,8} Se as macroestrias estiverem presentes por 24 horas, as dobras tendem a se fixar na posição através de hiperplasia epitelial reativa nos vales e hipoplasia nas elevações dificultando a remoção das dobras.

No presente caso, embora as estrias tenham sido abordadas imediatamente após o diagnóstico, a detecção da BAV pela paciente foi lenta, proporcionando abordagem dificultosa e tardia com consequente complicação de abertura de fenda em local de dobra, resolvido com reposicionamento do flap e rasgadura e uso de corticóide.

A opacidade gerada pela fibrose em eixo visual secundária a dobra do flap de LASIK poderia representar um resultado visual ruim no pós-operatório. Diante disso, observamos a importância da introdução rápida do corticóide tópico na resposta a abertura de fenda em dobra de LASIK, reduzindo a opacidade final e melhorando a qualidade de visão do paciente. Além disso, salientamos sobre a prescrição e às orientações do pós-operatório, principalmente com relação a lubrificação corneana.

Referências

1. Moraes, RLBD, Ghanem, VC, Ghanem, RC, & Santhiago, MR. Complicações primárias da interface do 'flap' de LASIK. Revista Brasileira de Oftalmologia 2016; 75(1), 70-75.
2. Rohrbacher, I, Haddad, LH. Satisfação de pacientes após cirurgia refrativa de monovisão avançada. Revista Brasileira de Oftalmologia 2017, 76(4), 190-193.
3. Nabil KM. Flap double twist technique for prevention of LASIK flap striae. Clin Ophthalmol 2016; 10:2325-2328
4. Sridhar MS, Rao SK, Vajpayee RB, Aasuri MK, Hannush S, Sinha R. Complications of laser-in-situ-keratomileusis. Indian J Ophthalmol 2002;50:265-82
5. Wallerstein A, Gauvin M, Adiguzel E, et al. Clinically significant laser in situ keratomileusis flap striae. J Cataract Refract Surg. 2017;43:1523-33.
6. Melki SA, Azar DT. LASIK complications: etiology, management, and prevention. Surv Ophthalmol 2001;46:95-116.
7. Carpel EF, Carlson KH, Shannon S: Folds and striae in laser in situ keratomileusis flaps. J Refract Surg 15:687-90, 1999
8. Pereira T, Forseto AS, Nosé W. Complicações per e pós-operatórias em 1000 olhos submetidos a LASIK. Arq Bras Oftalmol. 2001;64(6):499-506