



# 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-POSTER

**Título:** FACOEMULSIFICAÇÃO EM CATARATA TOTAL E RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-CRISTALINIANO

**Nome do(s) autor(es):** *Alberto Luís Patriarcha<sup>1</sup>, Elder Ohara de Oliveira Júnior<sup>2</sup>, Eduardo Silva de Aguiar<sup>3</sup>, Camila Karim Nakase Yamasato<sup>4</sup>, Olívia Souza Antunes<sup>5</sup>, Nádia Meneguesso Calheiros<sup>6</sup>.*

**Nome da instituição:** *Hospital São Julião.*

**Palavras-chave:** facoemulsificação, catarata traumática, corpo estranho intra-ocular

### INTRODUÇÃO

Corpo estranho intraocular (CEIO) associado a catarata é uma complicação possível nos traumatismos penetrantes, sendo causa de baixa acuidade visual (BAV). Entre os fatores de prognóstico, o uso do Ocular Trauma Score (OTS) auxilia na predição dos resultados, sendo fatores importantes na decisão da abordagem terapêutica: Necessidade visual do paciente, grau e localização da catarata e presença de complicações incluindo glaucoma, uveíte, subluxação do cristalino e siderose ocular. Ressalta-se que, devido à embriogênese do cristalino, CEIOs alojados em seu interior causam menor reação inflamatória/tóxica por estarem isolados das demais estruturas. O presente relato descreve caso de catarata traumática total associada a traumatismo penetrante e corpo estranho intra-lenticular, com excelente resultado visual após 60 dias de facoemulsificação com implante de lente-intraocular (FACO + LIO).

### RELATO DE CASO

J.C.S, Masculino, 84 anos, negro. Refere BAV progressiva em olho direito (OD) há 01 ano e 4 meses, após sofrer traumatismo com objeto metálico enquanto realizava limpeza doméstica de calha (sic). Negava outros sintomas ou procedimentos oftalmológicos prévios.

Antecedentes: Hipertenso em tratamento regular, bom controle.

À avaliação, apresentava-se com melhor acuidade visual (AV) de movimento de mãos (MM) em OD e 20/40 em olho esquerdo (OE).

Biomicroscopia de OD com cicatriz de aproximadamente 1 mm em região central da córnea, câmara anterior (CA) ampla, ruptura em fuso da cápsula anterior do cristalino às 07 horas com fibrose capsular associada, sinéquias posteriores e catarata total (Figuras 1, 2 e 3).

Biomicroscopia de OE evidenciou catarata nuclear N2, sem outras alterações.

Tonometria: 12 e 11 mmHg, respectivamente.

Fundo de olho prejudicado por opacidade em OD; Retina aplicada, com epitélio pigmentar (EPR) rarefeito e disco óptico (DO) escavação 0,3 em OE.

Solicitados Ultrassonografia (USG) OD e Tomografia computadorizada (TC) de órbita para investigação de possível corpo estranho intra-ocular (CEIO). USG mostrava retina normoaplicada e vítreo límpido (Figura 4). TC evidenciava diminuto artefato metálico em topografia do cristalino à direita (Figura 5).

Ao Pentacam, foi possível identificar cicatriz corneana de espessura total em região central, além de opacidade do cristalino com aumento da densidade (Figura 6).

Optou-se pela realização de FACO + LIO em OD, utilizando-se auxílio de retratores de íris, sendo o paciente orientado quanto à dificuldade cirúrgica e possibilidade de conversão para extração extracapsular do cristalino (EECC) em caso de lesão na cápsula posterior. Implantada LIO no saco capsular após FACO, sem intercorrências durante o procedimento.

Após 60 dias de acompanhamento ambulatorial, paciente relatava significativa melhora de AV. AV corrigida em OD 20/25 (Refração +0,75 -1,75 cil a 50º), tonometria 12 mmHg; Biomicroscopia: Olho calmo, cónea com opacidade linear central, CA ampla, pseudofácia com LIO no saco (Figuras 7 e 8). Fundoscopia: Vítreo limpo, retina aplicada, DO bem delimitado com escavação 0,3. Tomografia de coerência óptica (OCT) com anatomia preservada em retinas interna e externa, depressão foveal mantida e ausência de edema macular.

## FIGURAS

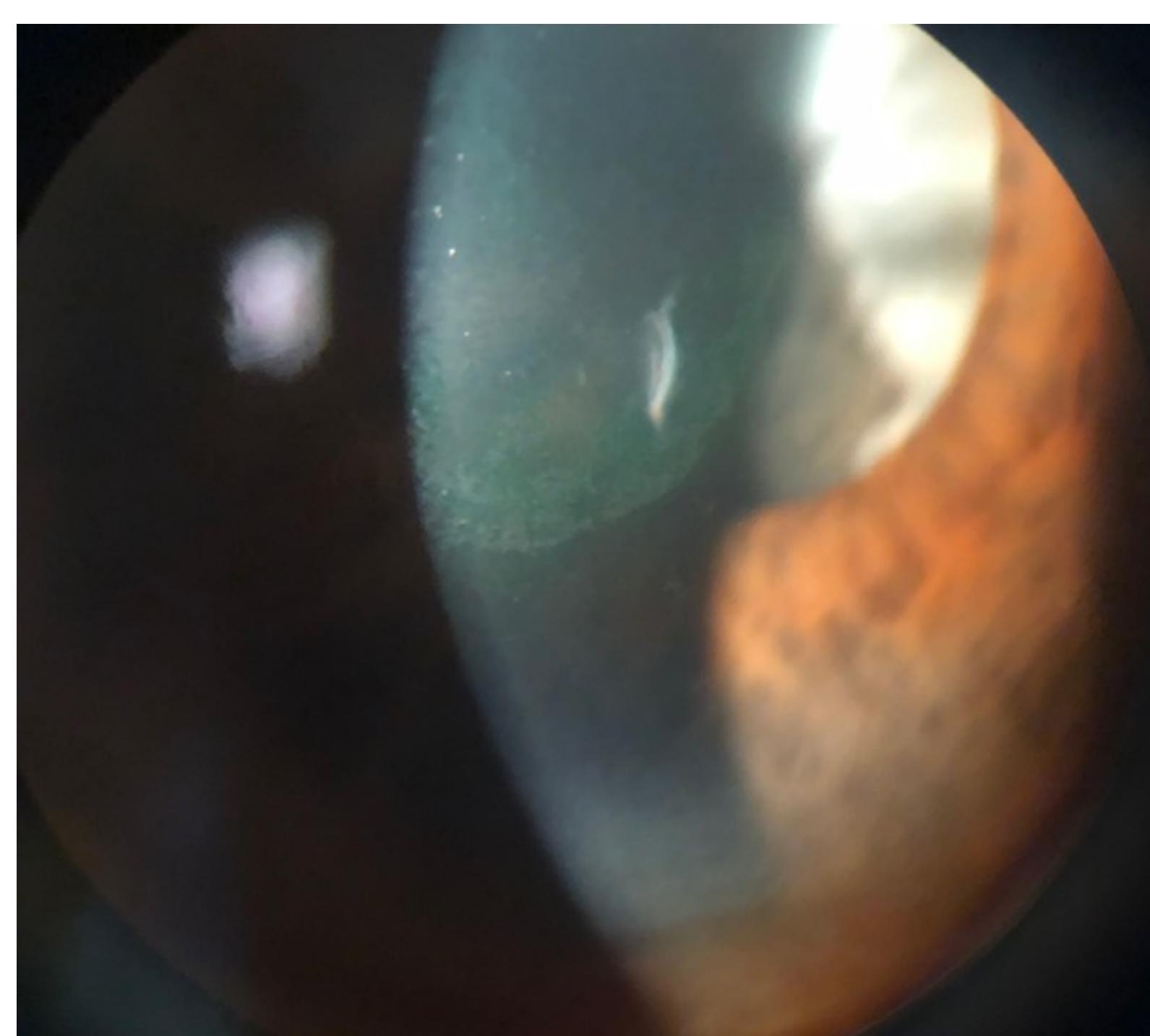


FIGURA 1 – Cicatriz corneana de espessura total de aproximadamente 1 mm em região central (orifício de entrada)



FIGURAS 2 e 3 – Ruptura em fuso da cápsula anterior associada a catarata densa. Midriase pobre após administração de Fenilefrina e Tropicamida (sinéquias posteriores).



Id:30554

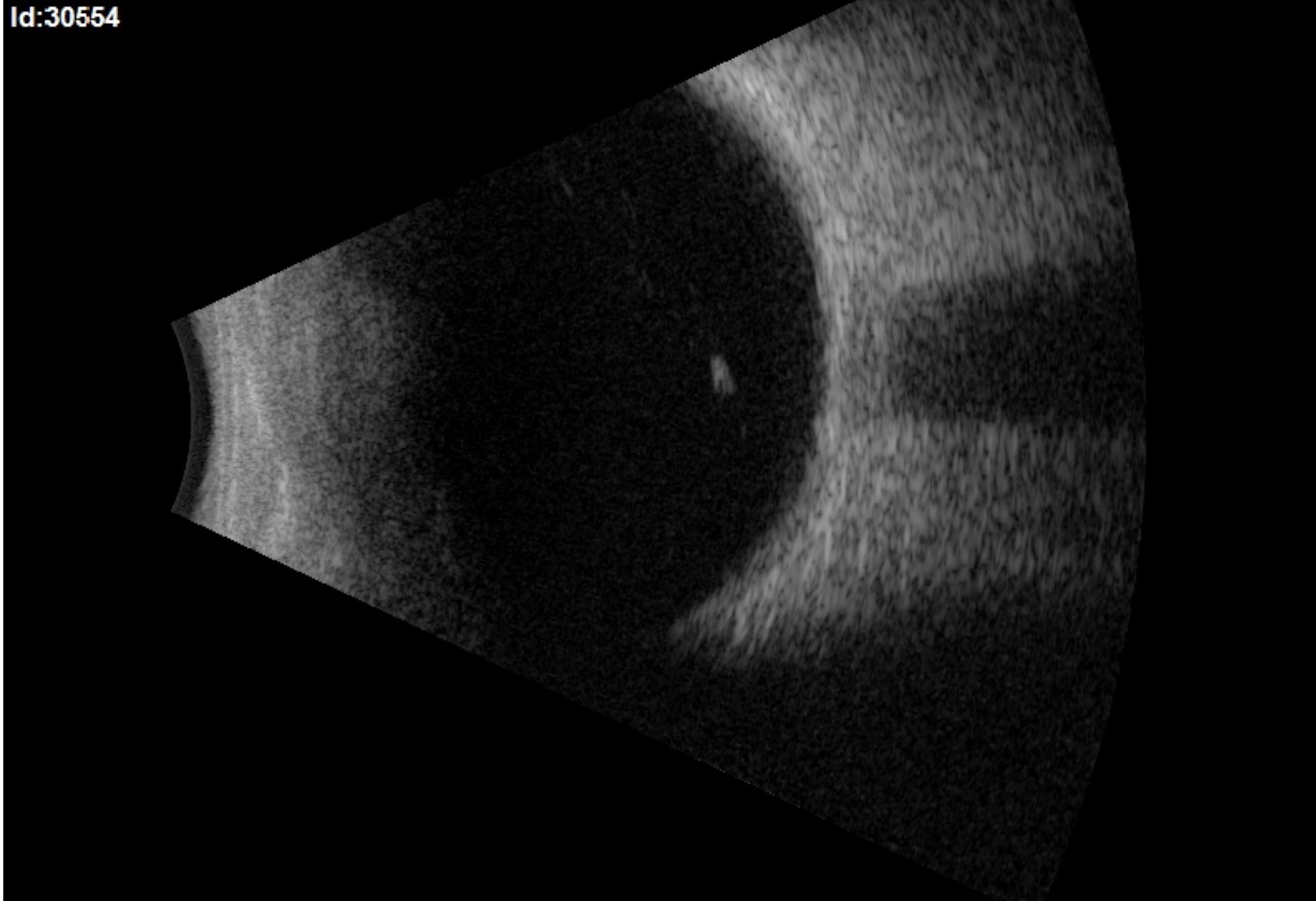


FIGURA 4 – Ultrassonografia de OD: Retina normoaplicada e ausência de turvação vítreia



FIGURA 5 – Corte sagital de TC evidenciando artefato metálico intra-cristaliniano em OD

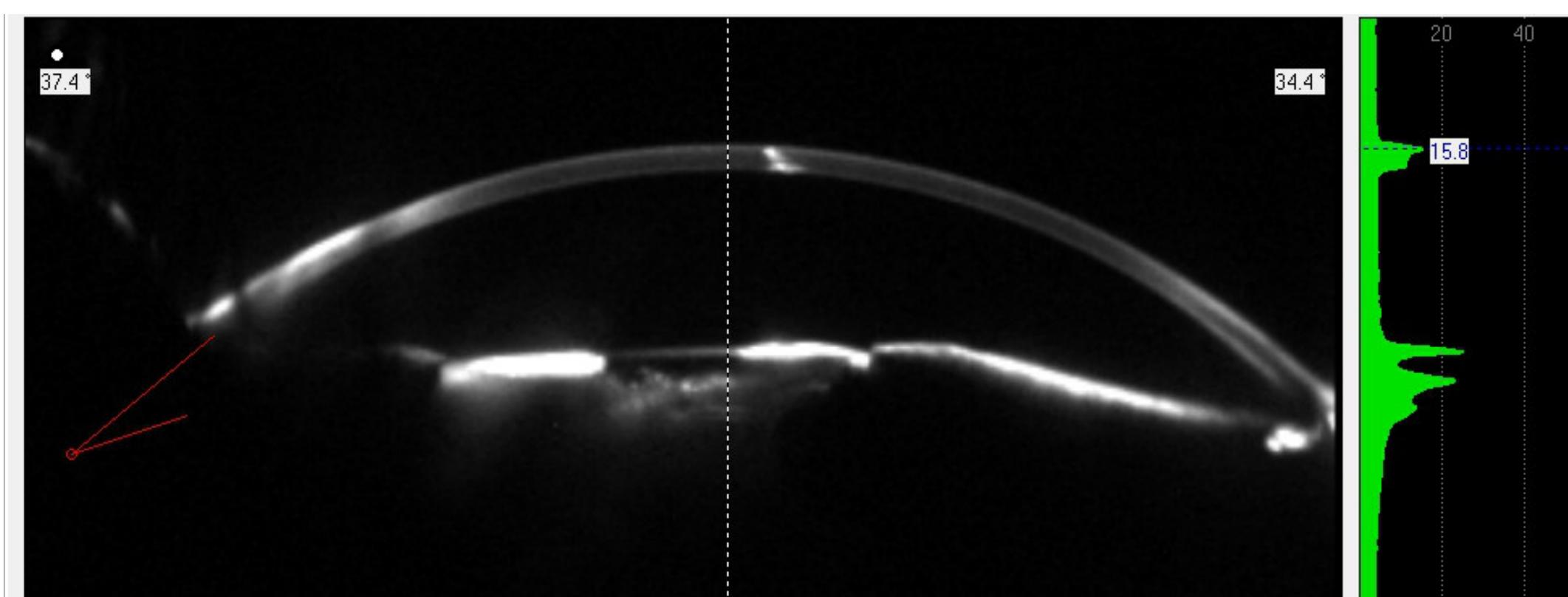
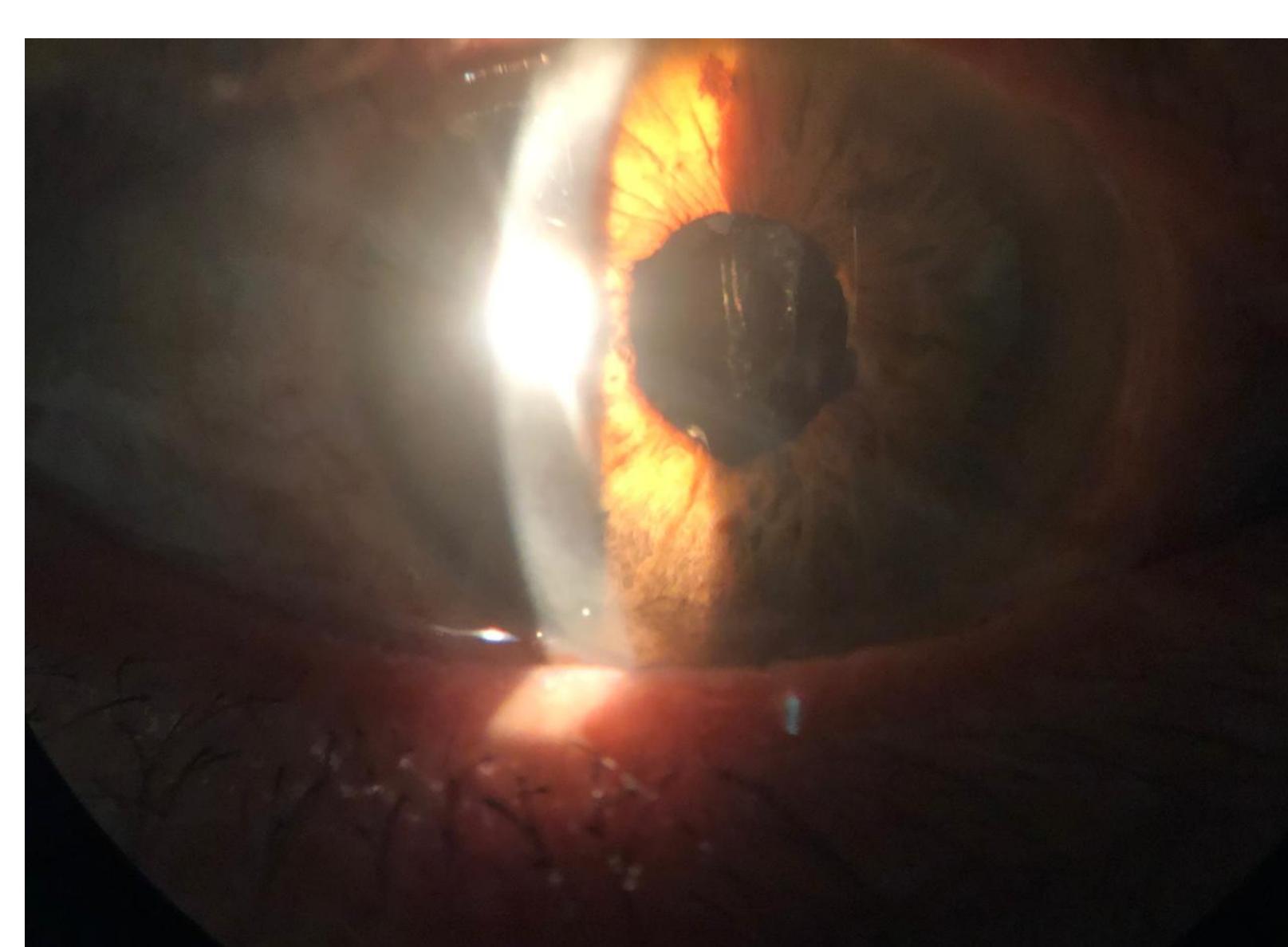
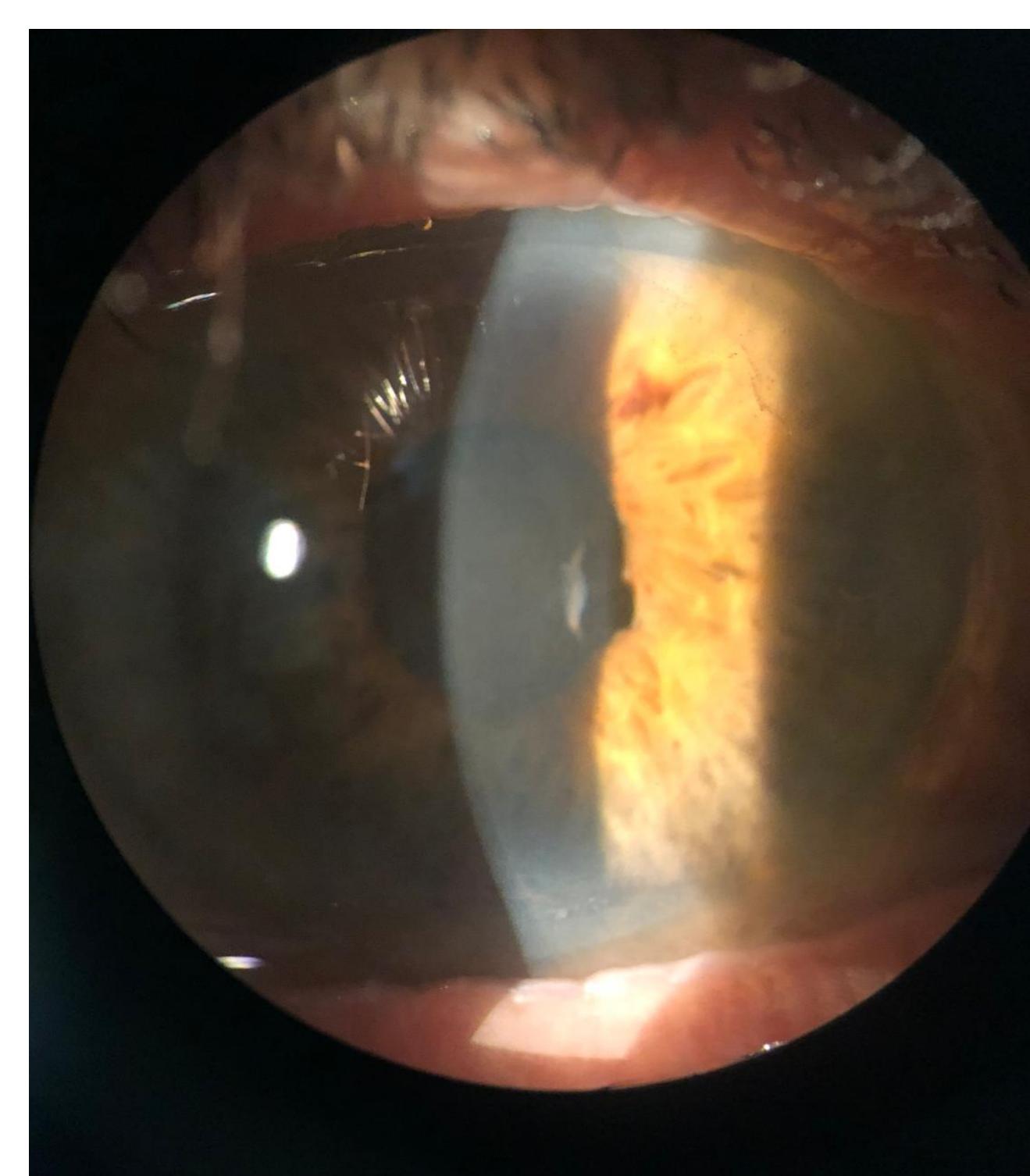


FIGURA 6 – Imagem de Scheimpflug evidencia lesão corneana opacidade do cristalino com aumento da densidade (> 20).



FIGURAS 7 e 8 – Biomicroscopia no pós operatório: Cicatriz corneana central, CA ampla, ausência de sinais de infecção, Pseudofácia com LIO tópica

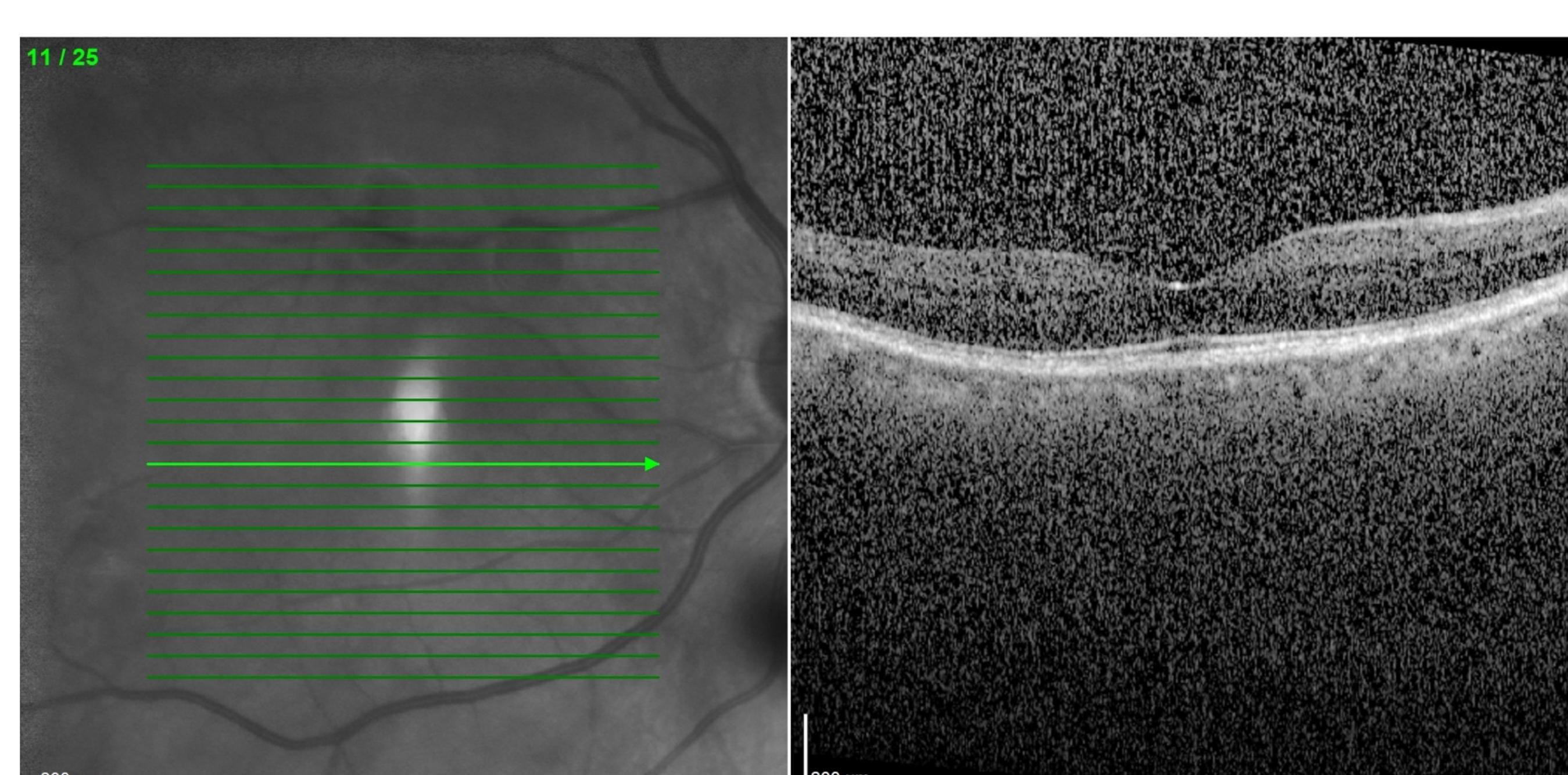


FIGURA 9 – OCT realizado após 1 mês de acompanhamento pós-operatório. Nota-se a preservação da arquitetura retiniana e ausência de sinais sugestivos de edema macular

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Catarata traumática configura-se a mais frequente indicação de cirurgia nos casos de trauma associados a CEIO. Costuma ser mais prevalente em homens de meia idade (média 30 anos), sendo os CEIOs metálicos mais comuns e a córnea o principal orifício de entrada.

Cirurgias tendem a ser mais complexas e com resultados imprevisíveis, em virtude de potenciais patologias que podem coexistir: Deiscência de zônula, rotura de cápsula anterior/posterior, rotura de coroide, descolamento de retina (DR) e danos ao nervo óptico. Somam-se a isso incertezas no planejamento cirúrgico, como a dificuldade obter boa leitura na biometria. Uveíte, glaucoma, luxação do cristalino e siderose ocular são outras possíveis indicações de abordagem operatória.

Em caso de cirurgia reconhecidamente difícil ou material inerte, pode-se optar por tratamento conservador e acompanhamento ambulatorial regular. Conforme as necessidades visuais do paciente, severidade da catarata e presença de complicações, pode-se indicar a retirada do cristalino.

Entre os preditores de prognóstico, destacam-se a AV prévia, magnitude do trauma/lesões associadas (Ruptura do globo, endoftalmite, lesão penetrante, DR e presença de defeito pupilar aferente relativo), localização e métodos de remoção da catarata. A simplicidade no uso do OTS permite à equipe médica ter um comum entendimento do prognóstico.

Cuidados no intra-operatório são necessários. No caso descrito, optou-se pela realização de FACO+ LIO com auxílio de ganchos retratores de íris. Capsulorrexia cuidadosa por fora da área de fibrose capsular e tentativa de hidrodelineação foram passos fundamentais. Evitou-se realizar a hidrodissecção devido a possibilidade de aumento de eventual rotura capsular previamente existente. Após confirmação de suporte capsular adequado, implantou-se LIO no saco, sem intercorrências.

No pós-operatório, especial atenção deve ser dada ao risco de infecção, sendo esta mais prevalente em CEIOs orgânicos. Melhores resultados foram documentados nos casos dos CEIOs intra-cristalinianos, com menor risco de reação inflamatória graças ao isolamento do cristalino de demais estruturas oculares. Série de 28 casos demonstrou AV final melhor que 20/30 em 27 pacientes. Inflamações pós-operatórias nesses casos costumam apresentar boa resposta ao uso de corticoides perioculares. O paciente acima seguiu tais expectativas e apresentou excelente resultado, com AV corrigida de 20/25 e sem evidências de infecção até o segundo mês de acompanhamento.

Diante da complexidade do tema, é papel do oftalmologista dar orientações detalhadas sobre riscos inerentes à cirurgia e ao pós-operatório, sendo criterioso nas indicações e no seguimento. Para tal, exames complementares, escolha adequada da técnica operatória e consultas regulares constituem-se chaves para um resultado visual de sucesso.

## REFERÊNCIAS

1. Wong JXH, Assia EI. Intraocular foreign body and traumatic cataract removal 65 years after penetrating trauma. European Journal of Ophthalmology 1-4, 2020.
2. Ng TC, Goh PL. A Patient with an Inert Intraocular Foreign Body. Cureous 11 (9) September 24, 2019.
3. Scott R. The Ocular Trauma Score. Community Eye Health Journal, Volume 28 Issue 91, 2015.
4. Lin YC, Kuo CL, Chen YM. Intraocular foreign body: A case report and literature review. Taiwan J Ophthalmol 2019;9:53-59.
5. Arora R, Sanga L, Kumar M et al. Intraocular foreign bodies: Report of eight cases and review of management. Indian Journal of Ophthalmology, 2000 - Volume 48 Issue 2, Page 119-22,