



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: FCOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR EM OLHO NANOFTÁLMICO GLAUCOMATOSO

Nome do(s) autor(es): Juliana Angélica Estevão de Oliveira
Isabela Costa Guerra Barreto de Almeida
Ricardo Danilo Chagas de Oliveira

Nome da instituição: Hospital Universitário Professor Edgard Santos - UFBA

Palavras-chave: glaucoma de ângulo fechado, catarata, vitrectomia.

Objetivo

Relatar a cirurgia de facoemulsificação (FACO) com implante de lente intraocular (LIO) em paciente com olho único, apresentando nanofthalmia e glaucoma de ângulo fechado.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 52 anos, deu entrada no serviço para avaliar FACO com implante de LIO em olho direito (OD). Diagnosticada com nanofthalmia e glaucoma crônico de ângulo fechado em ambos olhos (AO) há cerca de 20 anos com uso crônico de pilocarpina em OD. Olho esquerdo (OE) era amaurotótico há 7 anos após diversas cirurgias.

Ao exame oftalmológico de OD, apresentava acuidade visual (AV) corrigida de 20/200, câmara anterior rasa, pupila miótica, sinéquias posteriores, iridotomia superior pérvia, catarata nuclear +3 e PIO 17mmHg (Figuras 1.1 e 1.2). Em OE, apresentava phtisis bulbi. Ultrassonografia ocular evidenciou nanofthalmia com espessamento escleral em AO e descolamento de coróide 360° em OE.

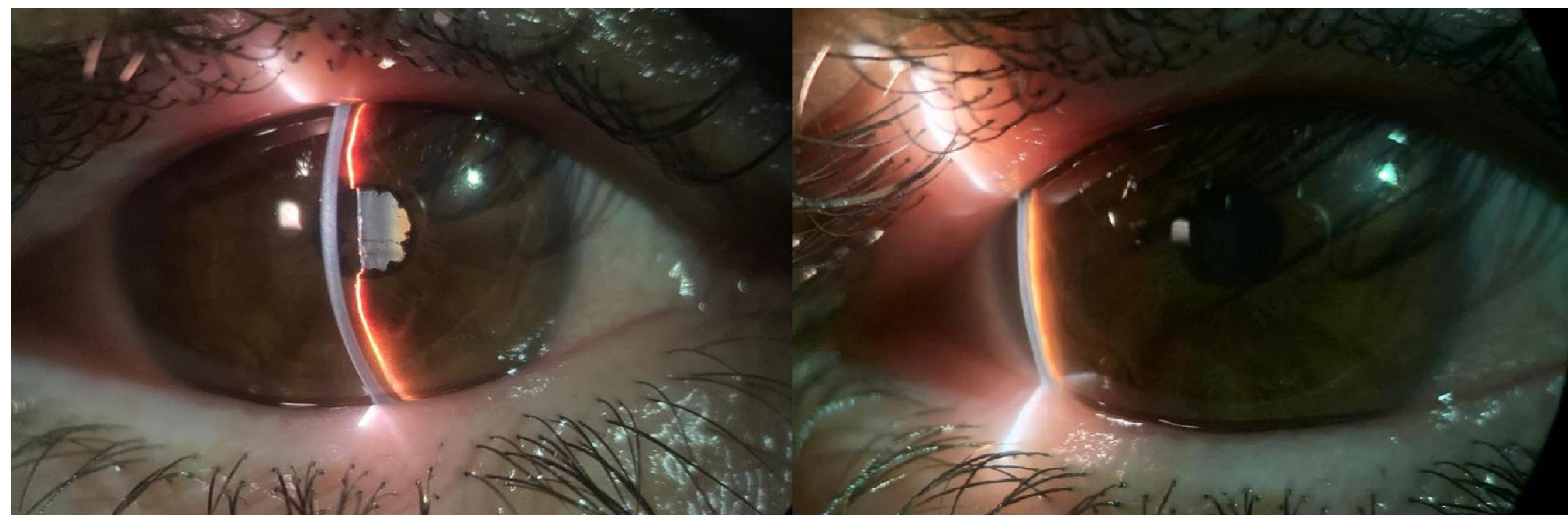
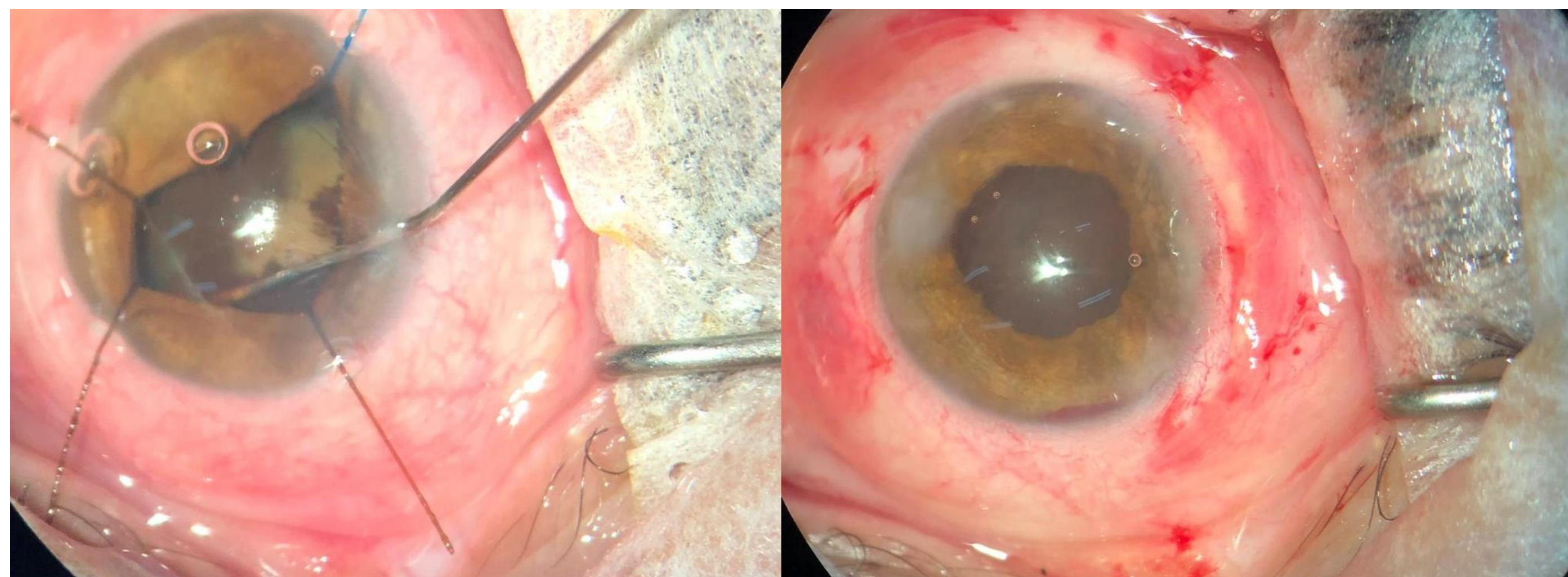


Figura 1.1 e 1.2 – Biomicroscopia anterior em OD mostrando câmara rasa, grau I de Van Herick

Inicialmente, foi suspensa a pilocarpina e tentado o controle da PIO com antiglaucomatosos tópicos e acetazolamida oral. No entanto, a paciente evoluiu com redução da AV (conta dedos), aumento da PIO (40mmHg) e catarata nuclear 4+. Prescrito atropina colírio numa tentativa de aumentar a câmara anterior (CA) e indicado FACO com implante de LIO combinada a vitrectomia anterior via pars plana. Foi utilizada fórmula de quarta geração Hoffer-Q, com cálculo da LIO de +56,5 DE (constante: 118.4; AV: -0,11; comprimento axial: 15,94 mm; K médio: 51,33).

No pré-operatório imediato, foi utilizado manitol a 10% endovenoso para redução da PIO. A cirurgia foi iniciada com a vitrectomia de alívio para aumentar a profundidade da CA. Durante a FACO, foi mantida a infusão contínua de solução salina balanceada a 10 mmHg em cavidade vítrea para prevenir hemorragia supracoróideia. Em seguida, foram realizadas quatro paracenteses para utilização de ganchos de íris para desfazer as sinéquias posteriores e possibilitar a midríase. Durante a capsulorrexe, foi identificado desinserção zonular inferior com cerca de 180°. A técnica foi convertida para facectomia extracapsular, com extração do cristalino com alça de Snellen através de incisão escleral superior. Utilizada lente de PMMA de 7,0mm, com fixação escleral do háptico inferior (Figuras 2.1 e 2.2).



Figuras 2.1 e 2.2 – Intraoperatório

No primeiro dia pós-operatório (DPO), a paciente apresentava AV de vultos, PIO 10mmHg, média midríase, edema corneano 2+, dispersão pigmentar difusa e reação de CA 4+ (Figura 3.1). Fundoscopia de OD dentro da normalidade. Foi iniciado antibióticos e corticoterapia tópica de 1/1h. No 45° DPO, foi indicado capsulotomia posterior a laser por opacidade capsular. Paciente evoluiu com AV de 20/30 com correção de +10,00 -1,50 a 160°. (Figuras 3.2 e 3.3).

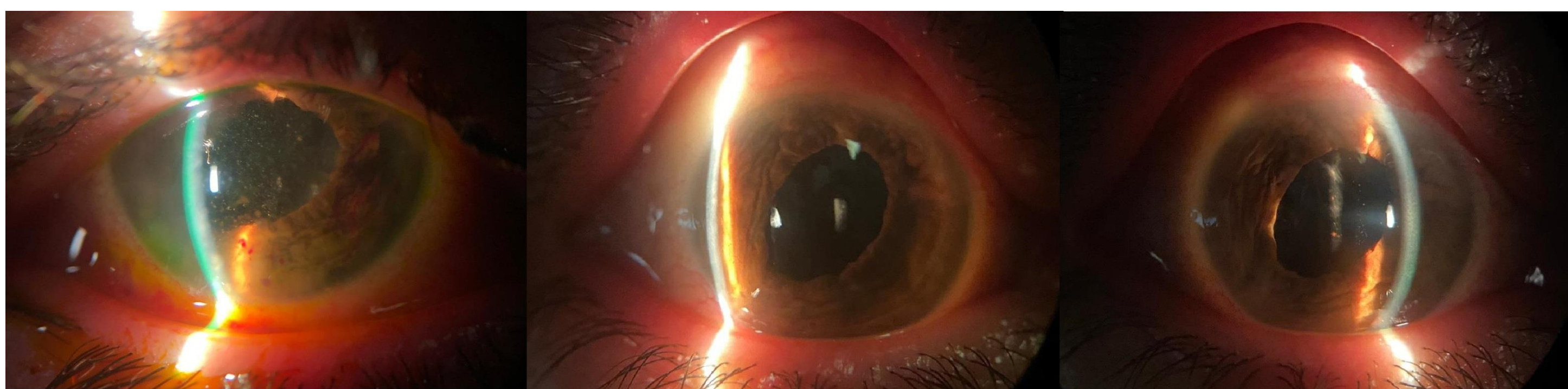


Figura 3.1 – Primeiro DPO.

Figura 3.2 e 3.3 – 45° DPO.

Discussão

A nanofthalmia é uma doença rara bilateral que comumente apresenta um padrão hereditário autossômico recessivo¹. O olho nanofthalmico é essencialmente pequeno, com comprimento axial reduzido (variando de 14 mm a 20 mm), microcórnea, cristalino de tamanho normal, alta hipermetropia (variando de +10 DE a +20 DE), estreitamento do ângulo da CA e alta incidência de glaucoma de ângulo fechado². A AV em pacientes que ainda não tenham desenvolvido complicações costuma ser normal³. Em todos os olhos nanofthalmicos, a esclera se apresenta anormalmente espessada, prejudicando o fluxo das vorticosas e interferindo com a drenagem supracoróideia, podendo provocar a síndrome de efusão uveal com descolamento não-regmatogênico da retina ou de coróide⁴. A microftalmia difere da nanofthalmia por ser comumente unilateral, associada a uma baixa acuidade visual e apresentar todas as estruturas proporcionalmente pequenas¹.

No caso relatado, além do objetivo de melhora da AV pela remoção da catarata, havia indicação de FACO com implante de LIO para tratamento do bloqueio pupilar e controle dos níveis pressóricos. No cálculo biométrico, foi utilizada fórmula de quarta geração de HOFFER-Q, indicada para olhos com comprimento axial muito reduzido⁵. Foi inserida LIO de +27,00 DE, a maior dioptria disponível no serviço. Devido a nanofthalmia e a desinserção zonular, não consideramos a realização de um piggyback, ou seja, a colocação de mais de uma LIO no saco capsular, dividindo o poder total entre as diferentes lentes⁵. Porém, a paciente estava ciente e concordante com o erro refracional residual.

Conclusão

Os olhos nanofthalmicos ainda representam um grande desafio para os cirurgiões de catarata devido a dificuldade no cálculo biométrico e na técnica cirúrgica. Dessa forma, relatos de caso contribuem para a redução de complicações intra e pós-operatórias.

Referências bibliográficas

1. Kitada SPS. Frequência da microftalmia associada à catarata congênita, sua frequência etiológica e o resultado visual pós-cirúrgico. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 1999.
2. Moreno Gerson López, Morales Maira S., Nunes João Cláudio Rebelo, Lopes Yara Cristina, Ribeiro Junior Manoel J.. Nanofthalmos: relato de caso. Arq. Bras. Oftalmol. 2004; 67 (5): 815-818.
3. Othman MI Sullivan AS, Skuta GL, Cockrell DA, Stringham HM, Downs CA et al. Autosomal dominant nanophthalmos (NNO1) with high hyperopia and angle-closure glaucoma maps to chromosome 11. Am J Hum Genet. 1998; 63(5): 1411-8.
4. Khairallah M, Messaoud R, Zaouali S, Ben Yahia S, Ladjimi A, Jenzi S. Posterior segment changes associated with posterior microphthalmos. Ophthalmology. 2002; 109(3): 569-74.
5. Oshika T, Imamura A, Amano S, Eguchi S, Nakayama M, Emi K. Piggyback foldable intraocular lens implantation in patients with microphthalmos. J Cataract Refract Surg. 2001; 27(6): 841.