

E-PÔSTER

Título: Desafios da facoemulsificação com diálise intra-operatória

Nome do(s) autor(es): Paula Reis Guimarães, Luiz Gustavo Vilela, Gustavo Oliveira Sieiro

Nome da instituição: Centro Oftalmológico do Hospital Evangélico, Unidade Belo Horizonte

Palavras-chave: diálise zonal, catarata, anel de tensão capsular

INTRODUÇÃO

Diálise zonal, quer seja adquirida, iatrogênica ou hereditária, ainda representa um desafio cirúrgico. A presença de diálise zonal é geralmente reportada em casos de síndrome de pseudoexfoliação e trauma, mas quando estas condições estão ausentes as evidências sobre seu manejo são limitadas.¹ O achado pré-operatório de descentralização do cristalino, diálise ou facodonese sugerem fraqueza zonal severa, enquanto os casos leves ou moderados geralmente passam despercebidos no pré-operatório.² Aproximadamente 5% dos casos são descobertos durante a cirurgia, mas especificamente durante a remoção do núcleo ou material cortical na facoemulsificação.³ Sua presença está associada a vários desfechos negativos, incluindo descentralização imediata ou tardia de LIOs no saco capsular e contração capsular assimétrica progressiva.²

RELATO DE CASO

V.R.L, sexo feminino, 73 anos, veio a consulta oftalmológica queixando baixa acuidade visual progressiva. Ao exame, apresentou AVCC 20/50 AO, biomicroscopia anterior catarata nuclear 2/4+ AO, sem alterações na fundoscopia. Realizada facoemulsificação sem implante de LIO em OE. Durante a quebra do núcleo, foi percebido uma desinserção zonal superior a 90° graus. Optado por suspender a cirurgia após facoemulsificação e retirada a catarata. No 6º dia de pós-operatório, realizado nova abordagem cirúrgica com implante de LIO sem a colocação de anel de tensão capsular. O ato cirúrgico foi realizado com incisão principal e *sideport*, seguida de vitrectomia anterior automatizada em local de diálise zonal devido a presença de vítreo. Logo após o local foi tamponado com viscoelástico, além da dilatação do saco capsular com a substância viscoelástica. (FIGURA 1). Visualizada diálise zonal de aproximadamente 100º superior, e optou-se por colocar a LIO no saco capsular para testar estabilidade e centralidade. As hapticas foram inseridas em locais sem diálise para manter a LIO estável (FIGURA 2). Observada boa centralidade e encerrada cirurgia. No 1º pós-operatório, AVCC 20/70 OE, biomicroscopia mostrava edema 2/4+, sem reação de câmara anterior. No 50º pós-operatório, a AVCC 20/40 em OE, biomicroscopia sem alterações e discreta descentração da LIO inferior pouparando eixo visual (FIGURA 3).

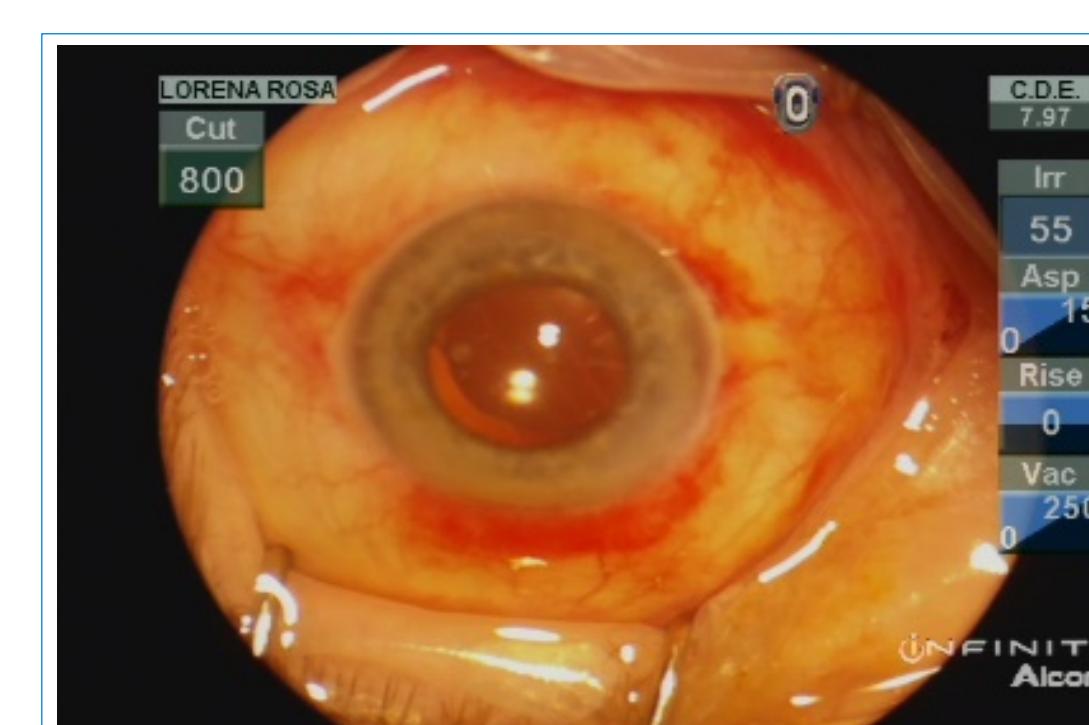


FIGURA 2 – Ao final da 2ª cirurgia, LIO centralizada.

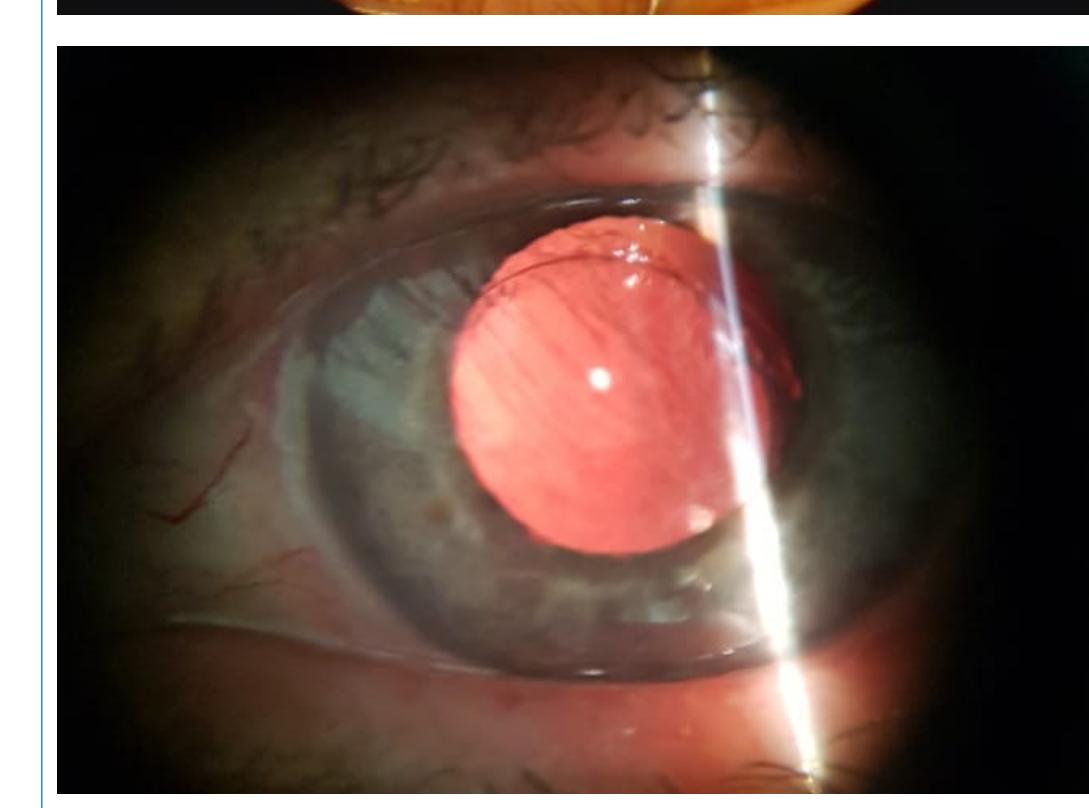


FIGURA 3 – 50º pós-operatório, após segunda cirurgia.

DISCUSSÃO

Os anéis de tensão capsular (ATC) são capazes de compensar as zonulas enfraquecidas ou danificadas de várias maneiras, atuando como aparelho de suporte intra e pós-operatório, entretanto tem vantagens e desvantagens. O ATC redistribui as forças mecânicas induzidas pela aspiração de núcleo e inserção da lio. Similarmente, o ATC reduz pressões centrípetas, diminuindo dobras capsulares, prevenindo movimentos da capsula posterior, e, portanto, agindo contra as forças contrateis pós-operatórias da capsula. Em contraste, é necessário forte pressão para implantar o ATC, a qual pode aumentar os danos zonulares já presentes.⁴ Ainda, sabe-se que aspiração cortical total pode ser comprometida pela presença do ATC ao aprisionar o córtex no fórnice capsular.⁵ Finalmente, estudos mostram não haver diferenças estatísticas no equivalente esférico com ou sem o uso de ATC, e não há associação consistente entre o uso do ATC e desfecho refrativo.⁶ Ainda assim, são considerados por vários cirurgiões como a melhor técnica ou parte de uma técnica combinada para abordar casos de diálise zonal.⁷

A paciente apresentou discreta descentração de LIO no 50º pós-operatório, exatamente a mesma visualizada durante o ato cirúrgico (FIGURA 2 e 3). Esperava-se que houvesse alguma alteração do posicionamento da LIO até cicatrização final. Nossa relato é consistente com a literatura a qual mostra que apesar da preferencia de especialistas pelo ATC, o resultado cirúrgico e refracional final, em casos selecionados, independe de seu uso.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

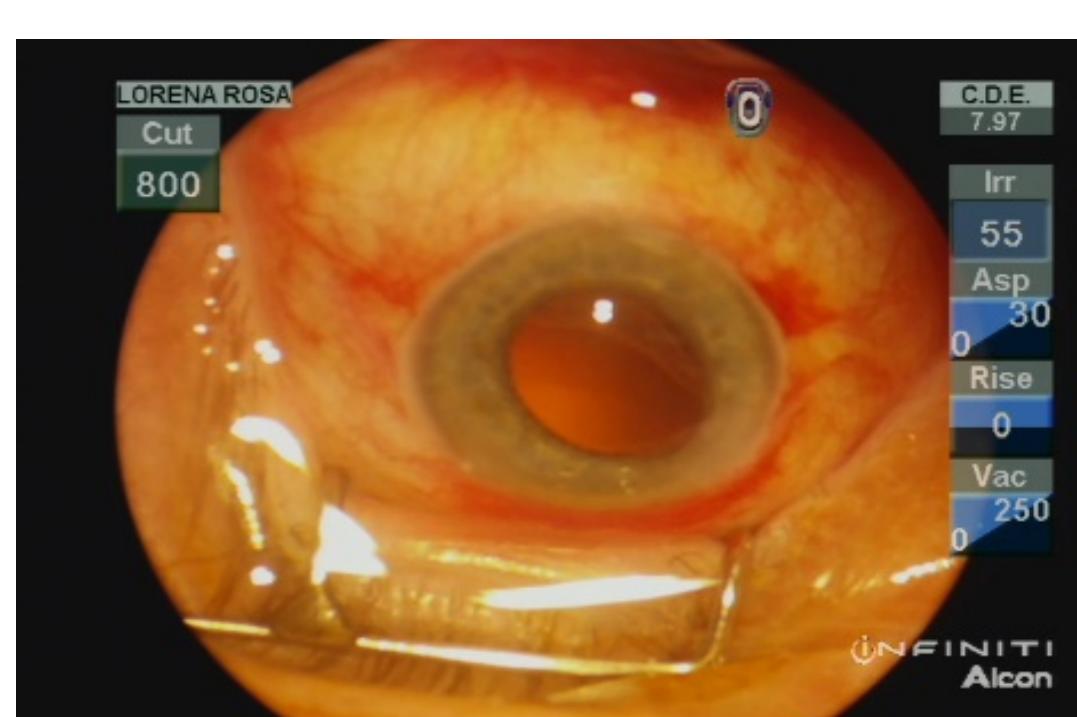


FIGURA 1 – Diálise zonal de 100º observada no intra-operatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marques, D.M.V et al. Subtle signs of zonular damage. J Cataract Refract Surg, 20014; Vol 30, Issue 6, 1295 - 1299
2. Yaguchi, S et al. Objective classification of zonular weakness based on lens movement at the start of capsulorhexis. 2017.
3. Turgut, B. To know the Indicators and Predictors of Zonulopathy can Prevent the Headache of Eye Surgeon. JCataractRefractSurg.2017; vol 3. 30.
4. Soosoan, J et al. Efficacy of a capsular tension ring for phacoemulsification in eyes with zonular dialysis. J Cataract Refract Surg. Volume 29, Issue 2 , 315 - 321
5. Georgopoulos, GT. et al. Management of large traumatic zonular dialysis with phacoemulsification and IOL implantation using the capsular tension ring. Acta Ophth Scand, 2007, 85: 653-657.
6. Trikha, S et al. Visual outcomes in patients with zonular dialysis following cataract surgery. Eye (Lond). 2016; 30(10): 1331-1335.
7. Devranoglu, K et al. Intraocular lens optic capture in eyes with zonular weakness in cataract patients. J Cataract Refract Surg. 2013; Vol 39, Iss 5, 669 - 672