

E-PÔSTER

Título: SINDROME DE WOLFF-ZIMMERMAN - RELATO DE CASO

Nome dos autores: *Lilian Leite Nogueira; Rodrigo de Toledo Mota; Bruno de Luca, Victor Cvintal, Rodrigo Barros, Wagner Loduca Lima.*

Nome da instituição: *Faculdade de Medicina do ABC - FMABC*

Palavras-chave: trauma ocular; glaucoma secundário; síndrome de Wolff Zimmerman

Introdução

O traumatismo do globo ocular pode, como complicaçāo da agressão ao olho, resultar em elevação da pressão intraocular (PIO) e consequentemente neuropatia óptica glaucomatosa logo após o ocorrido ou anos após o evento. O trauma pode levar ao retrocesso da iris e do corpo ciliar e acredita-se que a lesão da malha trabecular leve a obstrução ao fluxo do humor aquoso resultando na elevação da pressão intraocular e consequente lesão do nervo óptico.¹ Nos casos em que há o surgimento do glaucoma secundário ao trauma, o aumento da PIO pode ocorrer imediatamente ou anos após o trauma, e quando associado ao retrocesso da iris e do corpo ciliar caracteriza-se a síndrome de Wolff-Zimmerman.²

Relato do Caso

Paciente masculino, 44 anos, pardo, motorista encaminhado da unidade básica de saúde ao setor de Oftalmologia FMABC para avaliação de quadro de dor ocular no olho esquerdo (OE) após trauma contuso há 9 meses. Encontrava-se em uso de maleato de timolol 0,5% de 12 em 12 horas, tartarato de brimonidina 0,2% de 12 em 12 horas e cloridrato de dorzolamida 2% de 12 em 12 horas sem controle adequado da pressão intraocular (PIO).

Ao exame apresentava acuidade visual corrigida (tabela de Snellen) em olho direito (OD) 20/20 e em OE 20/60, PIO em OD igual a 16 mmHg e em OE 54 mmHg. A biomicroscopia do OD não apresentava alterações dignas de nota e no OE notava-se presença câmara anterior profunda com desinserção zonular nasal, catarata subcapsular posterior 2+ em eixo visual. A avaliação do segmento posterior apresentava em ambos os olhos nervo de bordos nítidos, coloração rósea e escavação 0,3 x 0,3, com rima preservada 360º. A Gonioscopia do OD (Figura 1) se observava ângulo aberto sem alterações e no OE (Figura 2) notava-se ângulo aberto com recesso de íris 360º.

A espessura corneana através da paquimetria ultrassônica era de 565 micras em OD e 555 micras em OE. A alteração da campimetria computadorizada é apresentada na figura 3.

Após avaliação clínica e através de exames completares a principal hipótese diagnóstica foi de síndrome de Wolff-Zimmerman e a conduta indicada foi o implante de válvula de Ahmed (Figura 4) em OE. No pós operatório paciente evolui bem sem alteração da AV inicial, PIO controlada, sem alteração da fundos copia direta. Segue em acompanhamento para realizar cirurgia de facectomia em OE.

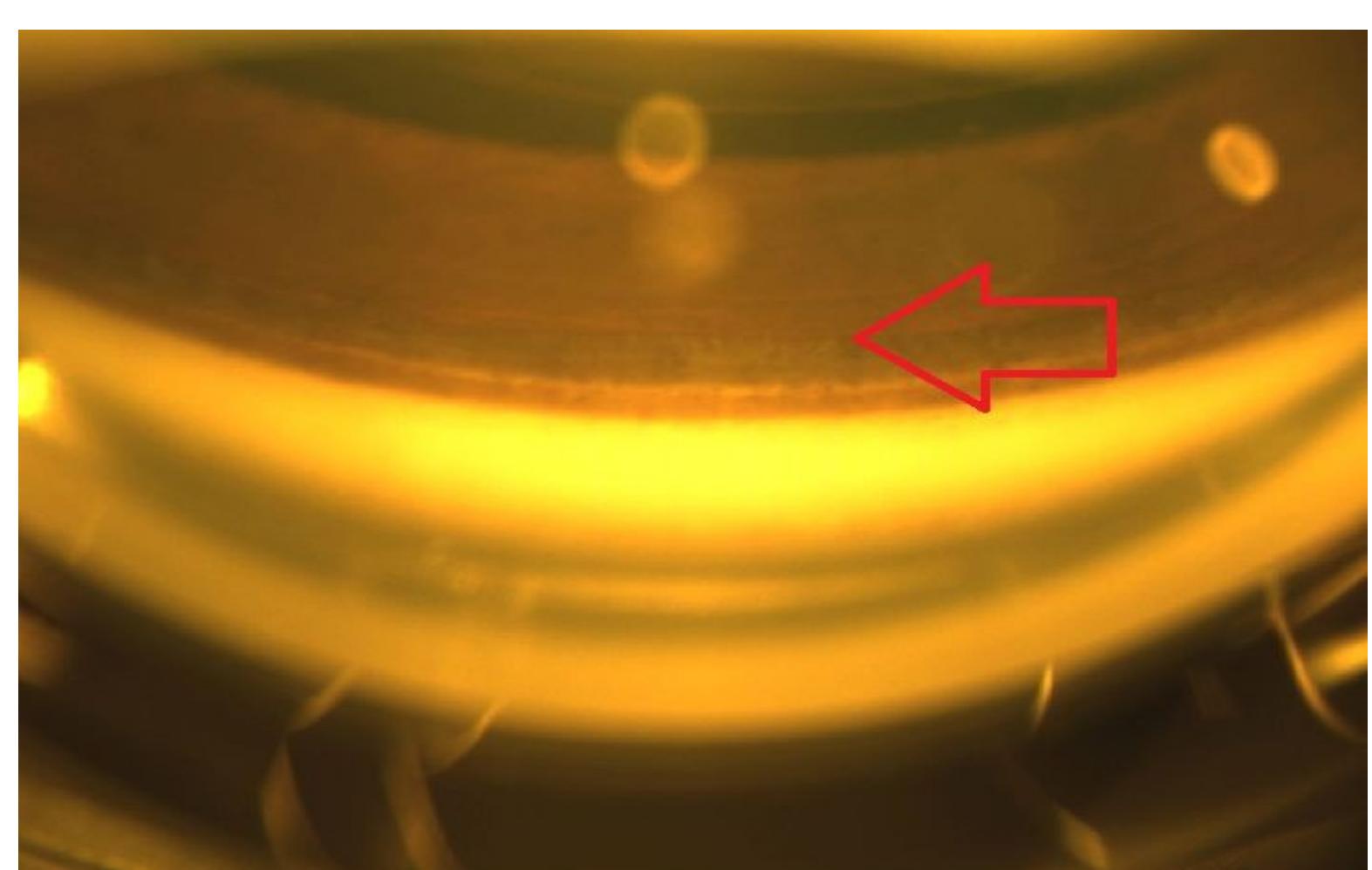


Figura 1

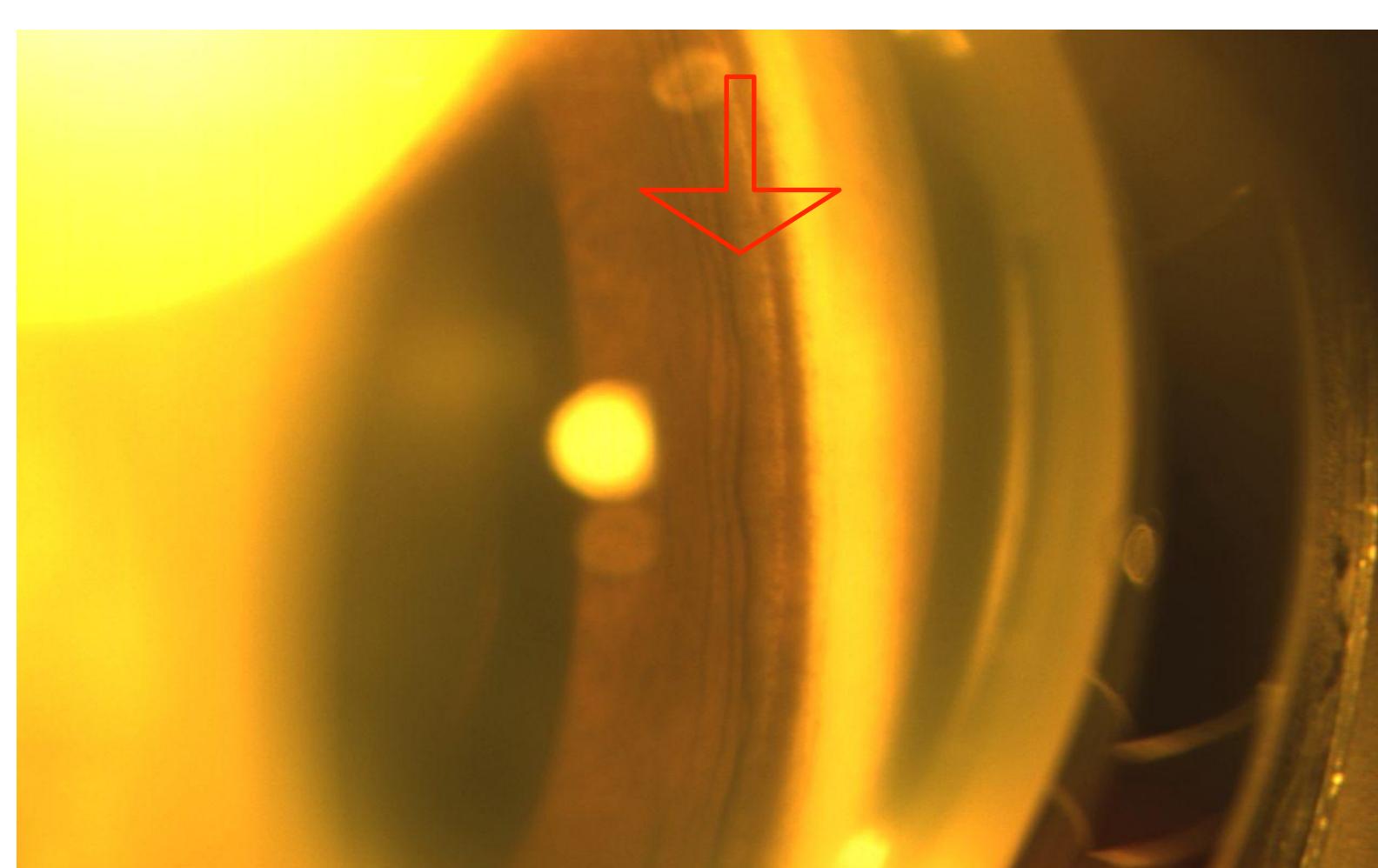


Figura 2

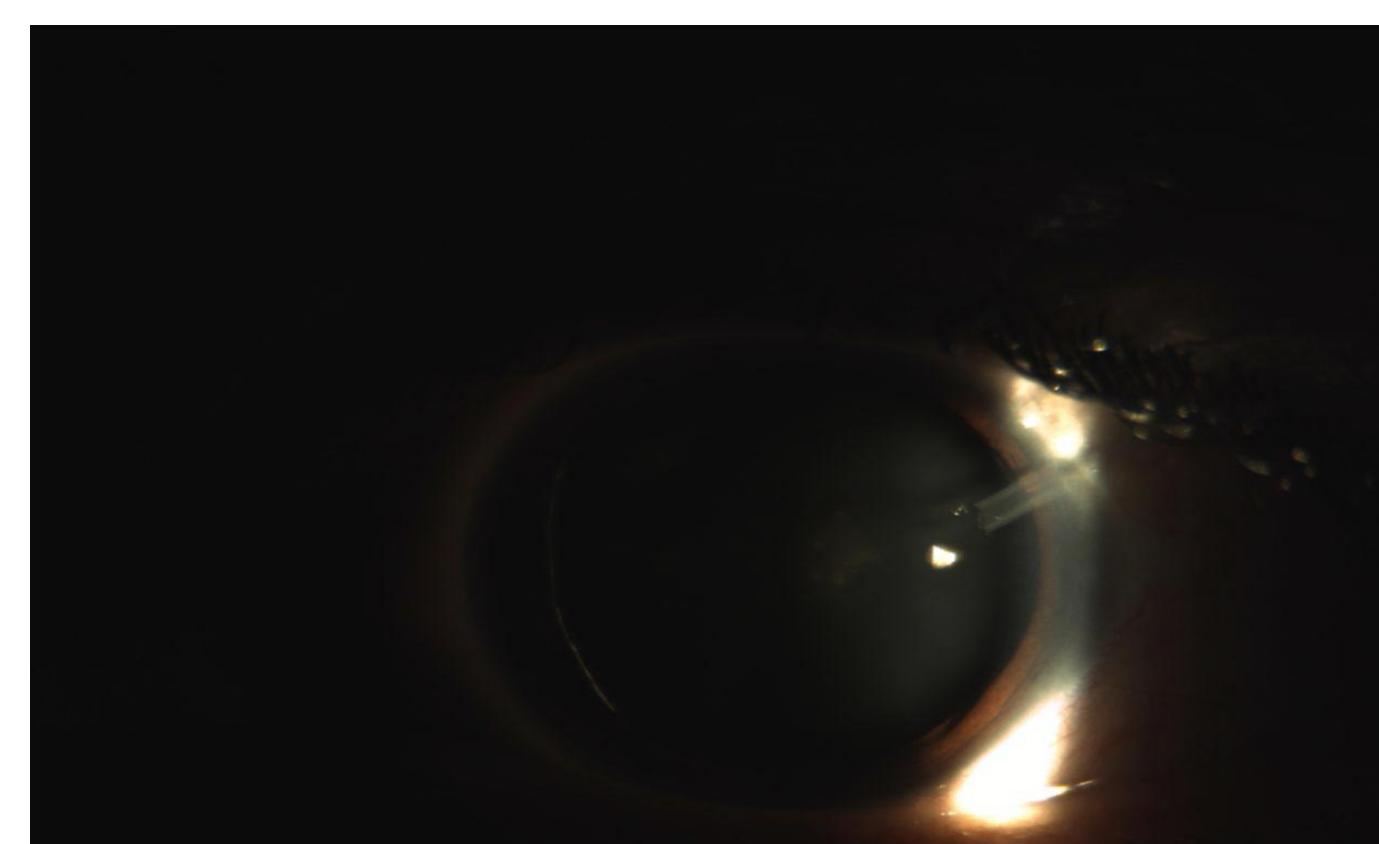


Figura 4 – 7º pós operatório

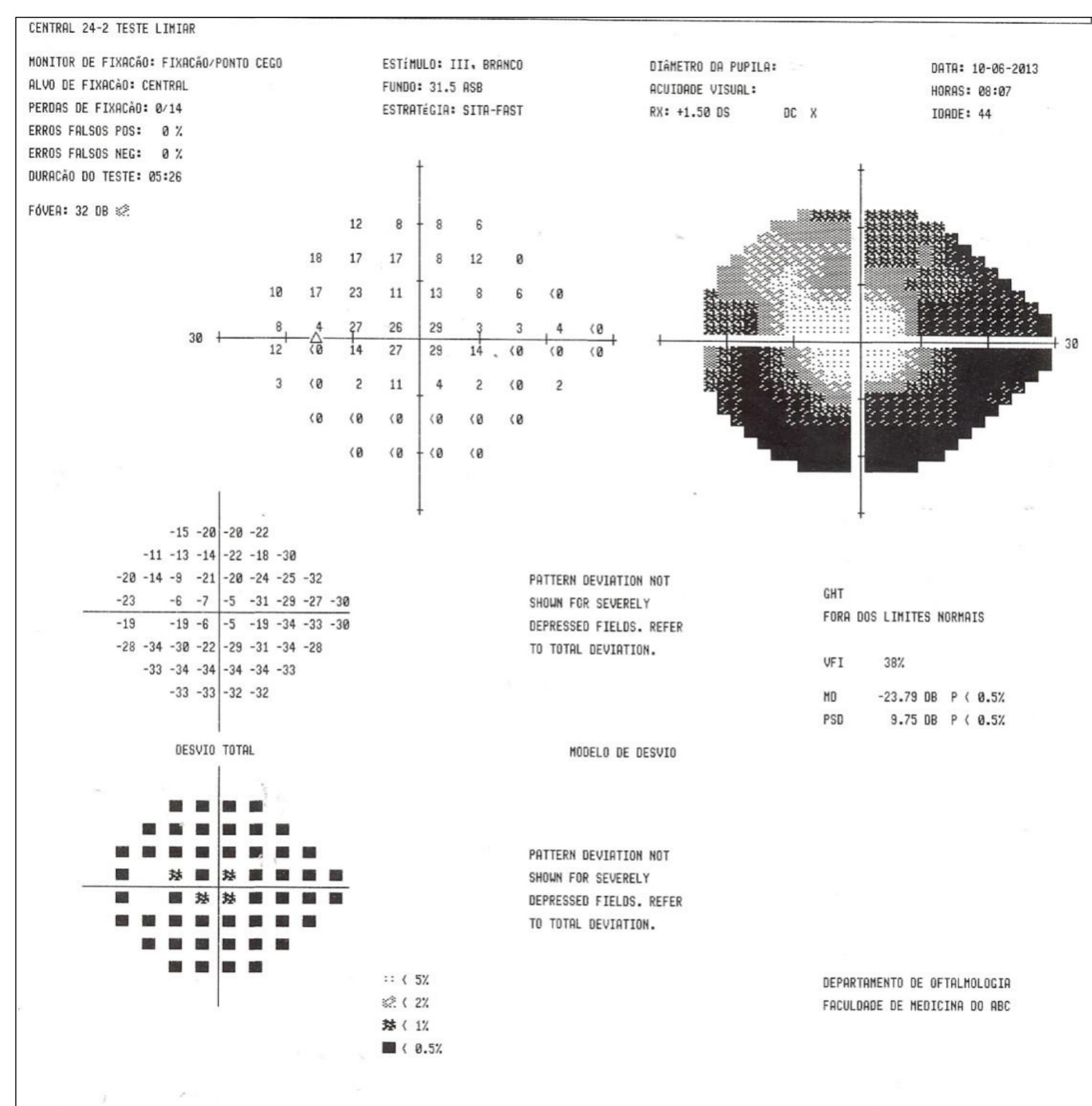


Figura 3

Considerações Finais

Embora a elevação da PIO após trauma contuso ocular seja transitória na maioria dos casos, em pacientes com recessão angular maior que 180º eventualmente ocorre a presença de elevação crônica da pressão e consequente desenvolvimento tardio de neuropatia glaucomatosa. A síndrome relatada por Wolff e Zimmerman, sugere que o trauma inicial da rede trabecular estimularia mudança degenerativas ou proliferativas no tecido trabecular resultando na obstrução na drenagem do humor aquoso, não sendo portanto a recessão angular a causa real da obstrução do fluxo.²

No pós-contusão imediato a PIO elevada é bem controlada com fármacos que reduzem a produção aquosa como os inibidores da anidrase carbônica, beta-bloqueadores e alfa agonistas, quando há falha do tratamento farmacológico, a trabeculectomia ou implante vavluilar estão bem indicados.^{3,4}

Referências

1. Tonjum AM. Intraocular pressure and facility of outflow late after contusion. Acta Ophtahalmol, 46:886-908,1968
2. Wolff SM, Zimmerman LE. Chronic secondary glaucoma associated with retrodisplacement of iris root and deepening of the anterior chamber angle secondary to contusion. Am J Ophthalmol. 1962; 54:547-563
3. Mermoud A, Salmon JF, Barron A et al. Surgical management of post-traumatic angle recession glaucoma. Ophthalmology. 1993;100:634-642.
4. Fuller JR, Bevin TH, Molteno AC. Long-term follow-up of traumatic glaucoma treated with Molteno implants. Ophthalmology. 2001; 108:1796-1800