



X CONGRESSO BRASILEIRO DE CATARATA E CIRURGIA REFRATIVA
II CURSO DE APERFEIÇOAMENTO E CERTIFICADO DE AUXILIARES DE OFTALMOLOGIA
VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO EM OFTALMOLOGIA
III CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM OFTALMOLOGIA

Brasília - 29/05 a 01/06
www.brascrs2019.com.br

X CONGRESSO BRASILEIRO DE CATARATA

E CIRURGIA REFRATIVA

29 de maio a 01 de junho de 2019

Brasília - DF

E-PÔSTER

Título: TRATAMENTO AFACIA SECUNDÁRIA PELA TÉCNICA NET: RELATO DE CASO

Nome do(s) autor(es): Eduardo Nogueira Lima Sousa; Wilson Ramos de Oliveira Neto; Paulo Neroni Stina; Pedro Carlos Carricando.

Nome da instituição: Departamento de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC FMUSP)

Palavras-chave: afacia, catarata, facoemulsificação.

INTRODUÇÃO

A fixação escleral de lente intraocular (LIO) de câmara posterior é uma indicação comum para os casos em que não há suporte no saco capsular ou no sulco ciliar para o implante da LIO pós-facectomia. Em alguns casos, a LIO fixada pode sofrer inclinação e descentralização em razão do deslocamento de um dos hápticos por erosão da sutura ou diálise.¹

Na ausência de suporte capsular adequado que impeça o implante da LIO no saco capsular ou no sulco ciliar, a mesma pode ser implantada na câmara anterior (CA) ou câmara posterior (CP) através de diferentes técnicas. Na câmara anterior existe a opção de implante de LIO com hastes flexíveis de apoio angular, LIO de captura iriana (*iris claw*) e LIO de fixação retro-pupilar.² Na CP as opções consistem na fixação transescleral de LIO na câmara posterior. A técnica de sutura transescleral de LIO apresenta vantagens sobre as outras técnicas, que podem causar perda de células endoteliais da córnea, glaucoma e sinéquias anteriores periféricas. No entanto, a erosão e a ruptura da sutura continuam sendo preocupações significativas quando se utiliza uma sutura transescleral da LIO.⁴

Esta técnica NET, consiste em criar um novo plano para suporte da LIO, na câmara posterior, realizando uma “rede” fixada na esclera para servir de apoio para a LIO. É considerada uma técnica de fácil realização, e com baixo índice de complicações.⁵

RELATO DE CASO

Sexo masculino, 61 anos, aposentado, compareceu ao serviço de Catarata do Hospital das Cínicas da FMUSP com história de afacia pós-cirúrgica do olho direito (OD), o qual relatou Baixa da acuidade visual (BAV) deste olho desde então.

Nos seus antecedentes pessoais, apresentava Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial sistêmica. Relatou história de traumatismo contuso no OD há 3 anos, levando a descolamento de retina regmatogênico pós trauma, tendo realizado cirurgia de vitrectomia posterior via pars plana e gás.

Ao exame oftalmológico apresentou acuidade visual (AV) melhor corrigida no OD 20/400 e no olho esquerdo (OE) 20/40. À biomicroscopia no OD: afacia; OE: catarata nuclear N2. A pressão intraocular era 12/14 mmHg (às 10 horas). À Fundoscopia no OD foi possível evidenciar marcas de laser em periferia inferior, alteração do brilho foveal e retina aplicada; no OE foi observado nervo óptico corado, escavação fisiológica, mácula sem edema e retina aplicada 360 graus.

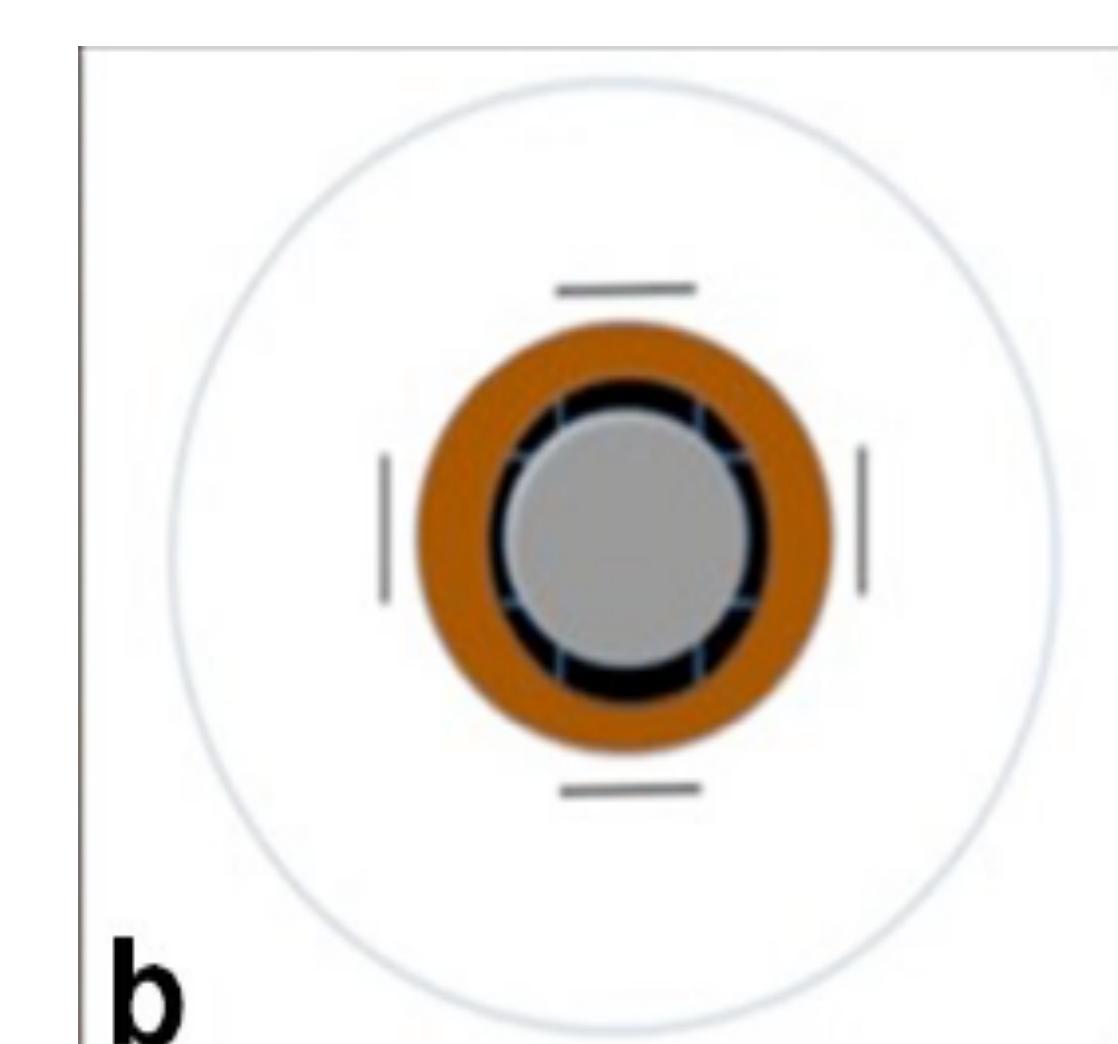
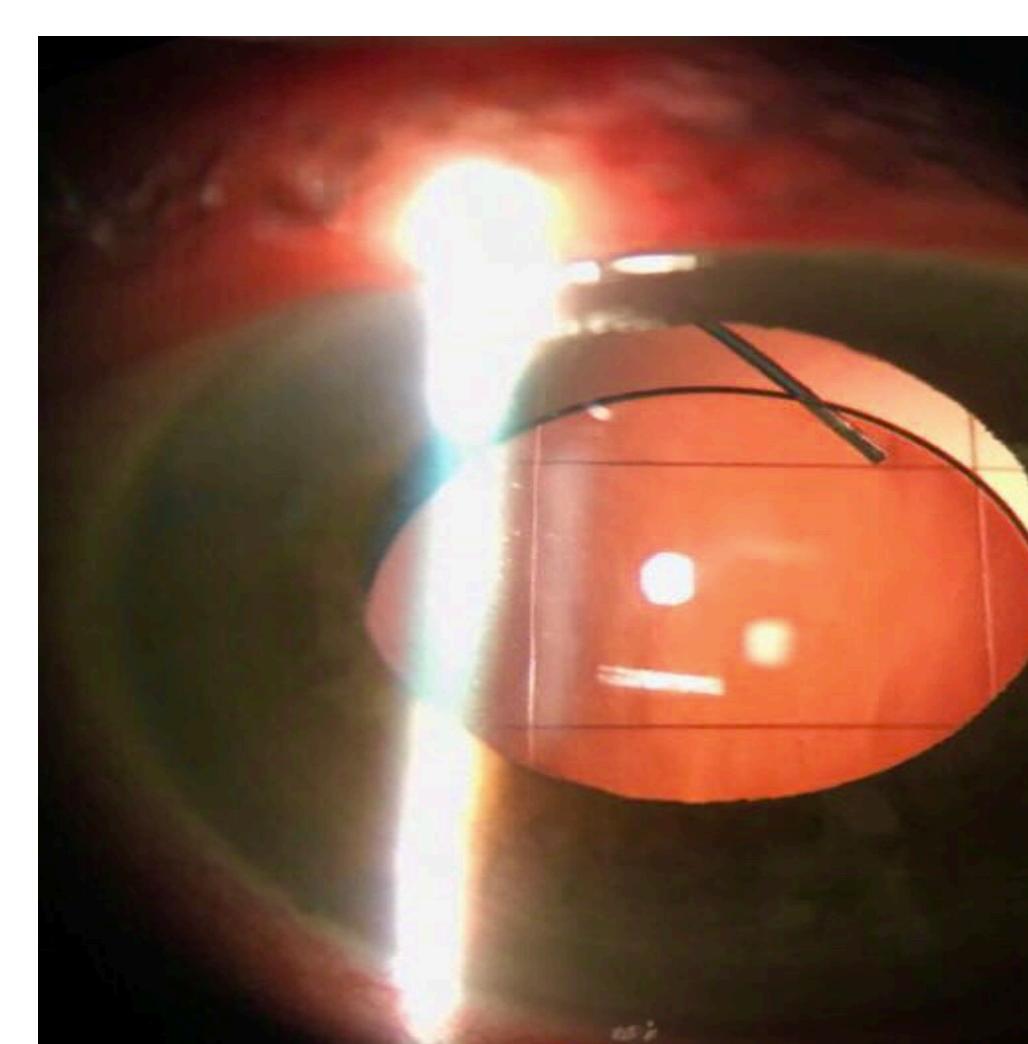


Figura 1. LIO implantada sob a “rede”, permanecendo estável no plano e sem *tilt*. Caso relatado. **a.** Pós operatório de 7 dias do caso. **b.** Desenho esquemático da técnica.

CONCLUSÃO

Existem diversas técnicas para fixação de LIO em pacientes sem suporte capsular. Entre as soluções definitivas, podem ser implantadas LIOs de câmara posterior ou anterior. As LIOs podem ser fixadas na íris ou esclera, ambas as técnicas possuem suas vantagens e desvantagens. Neste caso, optamos por realizar a cirurgia pela técnica de fixação *NET*, descrita por Novelli et. al em 2017.

Esta técnica consiste na fixação secundária da LIO no espaço retro-iriano, sob uma rede formada por fios de sutura prolipropileno 9.0. Esta técnica fornece um suporte total para a LIO, incluindo a zona óptica e seus hápticos. Uma vantagem desta técnica é a baixa curva de aprendizado que ela exige, e pode ser utilizada em pacientes com esclera fina. A desvantagem é em relação ao fio de prolipropileno que pode se degradar.

O paciente atingiu 20/100 com melhor correção no 7 dia pós operatório. Durante o seguimento do caso foi realizado OPD Scan III (NIDEK CO. LTD), que mostrou a estabilidade da LIO e ausência de descentração ou *tilt*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Novelli FJ, Neto TLG, de Sena Rabelo G, Blumer ME, Suzuki R, Ghanem RC. Net technique for intraocular lens support in aphakia without capsular support. *International Journal of Retina and Vitreous*. 2017;3:32.
2. Zeh WG, Price Jr FW. Iris fixation of posterior chamber intraocular lenses. *J Cataract Refract Surg*. 2000;26:1028-1034.
3. Yamane S, Inoue M, Arakawa A, Kadonosono K. Sutureless 27-gauge needle-guided intrascleral intraocular lens implantation with lamellar scleral dissection. *Ophthalmology*. 2014;121:61-66.
4. Por YM, Lavin MJ. Techniques of intraocular lens suspension in the absence of capsular/zonular support. *Surv Ophthalmology* 2005; 50:429-462.
5. Durak A, Oner HF, Koçak N, Kaynak S. Tilt and decentration after primary and secondary transsclerally sutured posterior chamber intraocular lens implantation. *J Cataract Refract Surg*. 2001;27:227-232.