



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

Título: E UM CLÁSSICO CASO DE SÍNDROME DE BROWN MCLEAN

Nome do(s) autor(es): *Guido Aquino Junior, Alline Carvalho de Souza, Rafael Teruo Arikj, João Pedro Cantúcio Teixeira Leite, Wilson Nahmatallah Obeid.*

Palavras-chave: SÍNDROME DE BROWN MCLEAN, AFACIA, SÍNDROME DE MARFAN

Nome da instituição: *Hospital Cema*

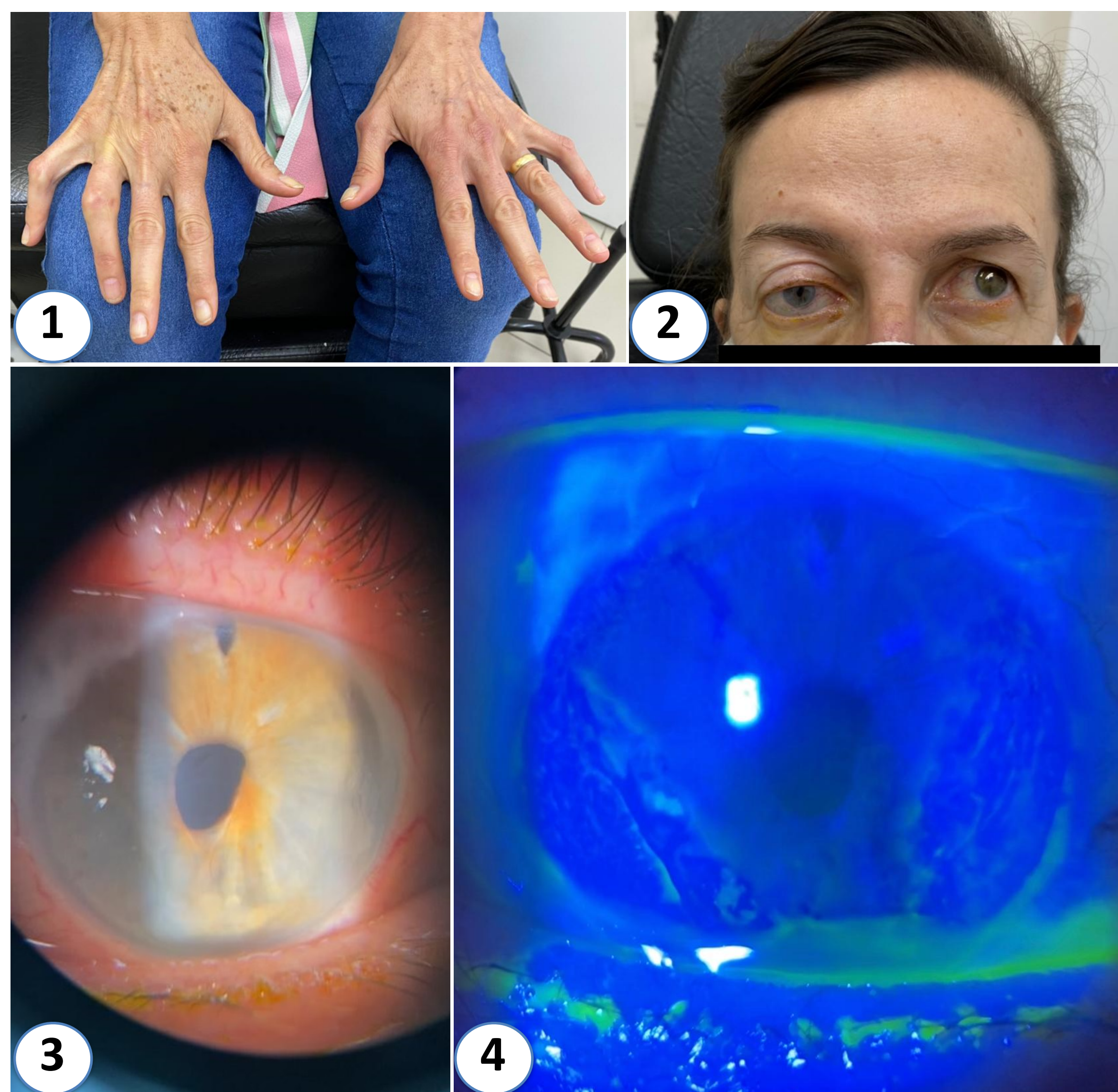
Introdução

A Síndrome de Brown McLean é uma condição oftalmológica em que se observa clinicamente edema corneano periférico após longo período de afacia. Tal edema inicia após um período de latência de vários anos posterior a facectomia e tipicamente afeta dois a três milímetros da córnea periférica, iniciando-se inferiormente com extensão para os quadrantes lateral e medial em casos mais avançados.

Anteriormente a fisiopatologia da doença era entendida como sendo resultante apenas da disfunção endotelial periférica que ocorria pela transmissão iriana da pressão gerada pela movimentação ocular. Entretanto hoje hipotetiza-se que existam outros fatores, além da disfunção endotelial, tendo em vista que em alguns casos observa-se a preservação do endotélio. No entanto, nos casos mais clássicos em que há iridotomia associada, constata-se a validade do mecanismo de lesão endotelial pela íris, já que na região com ausência de tecido iriano, não há lesão corneana mesmo em estágios avançados, como mostraremos no caso a seguir.

Relato de Caso

Paciente JRS, 53 anos, portadora de Síndrome de Marfan comparece ao serviço de pronto de atendimento oftalmológico do Hospital CEMA com queixa de desconforto ocular e dor em queimação em olho direito há 03 meses com piora há 01 semana. Quanto aos antecedentes patológicos pregressos apresenta coarctação de aorta torácica e hiper mobilidade em todas as articulações, compatíveis com fenótipo da Síndrome de Marfan. Com relação aos antecedentes oftalmológicos, realizou facectomia em ambos os olhos aos 12 anos de idade com afacia bilateral; e descolamento de retina em olho esquerdo há 20 anos.



FIGURAS: 1 ARACNODACTILIA, 2 EXOTROPIA SENSORIAL, 3 E 4 BIOMICROSCOPIA DO SEGMENTO ANTERIOR MOSTRANDO AFACIA, IRIDOTOMIA E DEFEITO EPITELIAL PERIFÉRICO

Ao exame oftalmológico apresenta proptose em ambos os olhos e perda fixação em olho esquerdo; acuidade visual com visual com melhor correção em olho direito 20/60 e olho esquerdo Sem Percepção Luminosa. Ao exame de biomicroscopia anterior de olho direito apresenta hiperemia conjuntival 1+/4, defeito epitelial persistente em periferia 360°, mais acentuado nos quadrantes lateral, medial e infeior, edema corneano de 1+/4, ausência de dobras, discoria, iridotomia superior pèrvia, atrofia iriana e ectrópio uveal, câmara anterior ampla e sem reação e afacia; e do olho esquerdo apresenta conjuntiva clara, córnea íntegra, miótica com membrana pupilar, câmara anterior ampla e sem reação, sem possibilidade de avaliação de segmento posterior.

Frente ao diagnóstico clínico orientamos paciente quanto a etiologia de seu desconforto, a qual fora derivada da desestruturação do diafragma iriano. Como não tem intenção de realizar cirurgia de fixação secundária, optou-se por tratamento clínico com lente de contato terapêutica de troca quinzenal, moxifloxacino colírio de 8 em 8 horas e colírio lubrificante sem conservante de 1 em 1 hora. Orientamos a paciente necessidade de seguimento bimensal, que será espaçado para anual. Após primeira reavaliação paciente referiu melhora do desconforto, todavia, ainda sem remissão da lesão. Com relação ao olho esquerdo, o tratamento de olho cego doloroso foi mantido (acetato de prednisolona a 1% de 6 em 6 horas e tropicamida a 1% de 8 em 8 horas).

Discussão/Conclusão

A condição primária da paciente, Síndrome de Marfan, levou a uma subluxação cristaliniana em ambos os olhos a qual foi tratada com facectomia intracapsular ainda quando criança, optando-se manter a paciente afáica. Essa desestruturação do diafragma iriano levou a iridodonesse que propiciou a transmissão da pressão, inerente a movimentação ocular, para a córnea, especialmente para periferia corneana, de modo a desestabilizar as células endoteliais periféricas, resultando em edema e defeito estromal e epitelial persistentes apenas na periferia. Quando essa espécie de “ceratopatiabolhosa epitelial” cursa com rotura de bolhas epiteliais a paciente apresenta queixa de desconforto ocular, como no caso apresentado. A paciente foi orientada por meio de analogias quanto a etiologia e ao prognóstico de sua patologia e optou por seguimento clínico e acompanhamento, tendo alívio dos sintomas após início do tratamento proposta.

Uma opção terapêutica cirúrgica seria a realização de fixação secundária de Lente Intra-Ocular, com estabilização iriana e/ou fotoceratectomia ablativa (PTK), todavia não fora optada pela paciente em questão.

Referências Bibliográficas

- 1) Brown SI, McLean JM. Peripheral corneal oedema after cataract extraction: a new clinical entity. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1969;
- 2) Lim JI, Lam S, Sugar J. Brown-McLean syndrome. *Arch Ophthalmol* 1991;
- 3) AR, Deen A, Epstein AJ, et al. Cataract surgery in a patient with Brown-McLean syndrome. *J Cataract Refract Surg* 2001;
- 4) Kam KW, Jhanji V, Young AL. Brown-McLean syndrome. *BMJ Case Rep.* 2013;
- 5) Suwan Y, Teekhasaene C, Lekhanont K, Supakontanasan W. Brown-McLean syndrome: the role of iridodonesis. *Clin Ophthalmol.* 2016