



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: Facoemulsificação em paciente com ceratite ulcerativa periférica, um relato de caso

Nome do(s) autor(es): Ribeiro, G.R.B; Mesquita, G.A.M.; Cazorla, F.P.; Taleb, A.C.

Nome da instituição: Hospital de Olhos Aparecida - HOA

Palavras-chave: Facoemulsificação; ceratite ulcerativa periférica; Catarata.

Introdução

Artrite Reumatoide (AR) é uma doença autoimune que tem como manifestação primária a sinovite. Pode também causar manifestações extra articulares que, muitas vezes, aparecem como primeira manifestação da doença. A manifestação ocular mais frequente é o olho seco, e a mais grave é a Ceratite Ulcerativa Periférica (PUK). A PUK ocorre devido a uma esclerite na junção córneo-limbar secundária a depósitos de imunocomplexos e ativação do complemento, que evolui com afinamento corneano periférico podendo levar a perfuração ocular.

A PUK é uma manifestação extra-articular rara da AR, porém é a segunda complicação ocular mais comum associada a doenças auto-imunes, perdendo apenas para a uveíte anterior. O diagnóstico de AR está presente em cerca de 34-42% dos pacientes portadores de PUK (3).

Descrição do caso

Paciente M.P.S.L, sexo feminino, 52 anos, deu entrada no ambulatório de catarata em maio de 2020 queixando de baixa da acuidade visual. Apresentava como antecedentes pessoais patológicos: AR e diabetes melitus tipo 2, em uso de Metotrexate, Prednisona e Metformina. Antecedentes oculares: exérese de pterígeo em ambos olhos (AO), evoluindo com perfuração corneana em olho esquerdo (OE) há 10 anos; transplante conjuntivo-escleral em olho direito (OD) há 10 anos; facoemulsificação com implante de lente intraocular em OD, vitrectomia posterior via pars plana em OD, blefaroplastia superior e correção de ptose em OD.

Ao exame oftalmológico: acuidade visual com correção (AV cc) OD +1,75 -1,00 @ 80 20/80 -2, e sem correção (AV sc) OE movimento de mãos.

À biomicroscopia apresentava em OD: cílios e pálpebras sem alterações, conjuntiva clara com afinamento escleral nasal superior, cicatriz marginal 360° em córnea, câmara anterior ampla, pseudofacia; em OE: cílios e pálpebras sem alterações, conjuntiva clara, córnea com afinamento 360° com acometimento limbar, pseudopterígio inferior com neovasos, tamponamento de íris no mesmo quadrante, catarata rubra.

Apresentava à fundoscopia excelente aspecto pós-vitrectomia em OD. No OE, foi realizada Ultrassonografia devido a opacidade de meios, vindo sem alterações.

A paciente foi avaliada pelo setor de córnea e interrogada hipótese diagnóstica de sequela de ceratite periférica ulcerativa (PUK) e em seguida foi encaminhada ao setor de catarata para facoemulsificação e implante de lente intraocular em OE, apresentando microscopia especular com contagem celular por mm² 2084 OD e 1911 OE. A facoemulsificação foi então realizada fevereiro de 2021, sem intercorrências. No primeiro dia pós-operatório, a paciente estava em uso de colírio de cloridrato de moxifloxacino 5mg/mL + fosfato dissódico de dexametasona 1mg/mL 1 gota de 2/2 horas, e referiu melhora parcial da acuidade visual, apresentando AV sc OE 20/400.

À biomicroscopia apresentava em OE: cílios e pálpebras sem alterações, conjuntiva com hipofagma temporal-inferior, córnea com edema 3+/4+ central, dobras de Descemet 2+/4+, afinamento corneano periférico 360° com acometimento limbar, pseudopterígio inferior com neovasos, tamponamento de íris da borda pupilar ao endotélio às 4h, LIO tópica, Pressão intraocular (PIO) OE: 19 mmHg. Foi então acrescentado colírio de dimetilpolisiloxane 1 gota de 6/6h na tentativa de melhora do edema corneano.

Retornou no oitavo dia pós-operatório com AV sc OE 20/100, biomicroscopia com melhora do edema corneano, PIO OE 16 mmHg. Foram mantidos os colírios em uso.

Após um mês a paciente retornou para reavaliação, e estava em uso de lubrificante ocular e dimetilpolisiloxane 1 gota a noite. AV sc OD: 20/60 e OE: 20/150. À biomicroscopia OE apresentava melhora do edema corneano. Foi então suspenso colírio de dimetilpolisiloxane e mantido colírio lubrificante e a paciente foi encaminhada para seguimento no ambulatório de córnea, sendo indicado transplante penetrante em OE.

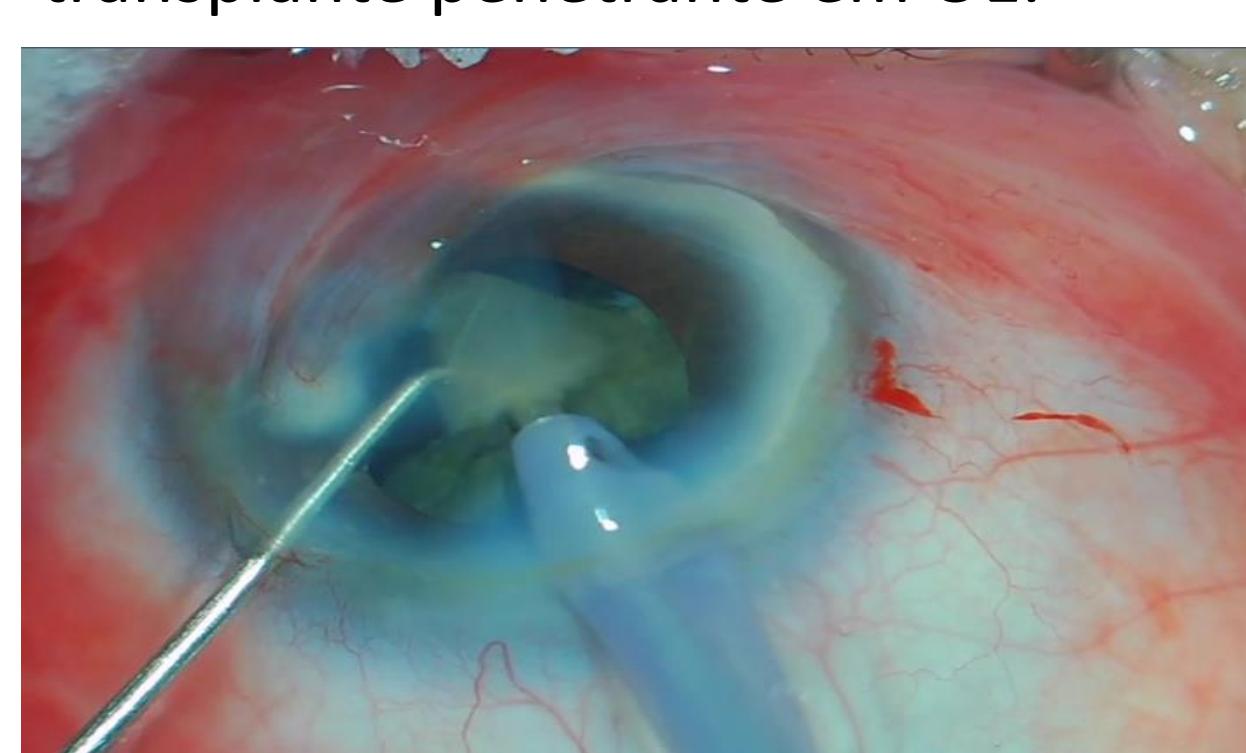


Figura 3 – fratura do núcleo da catarata

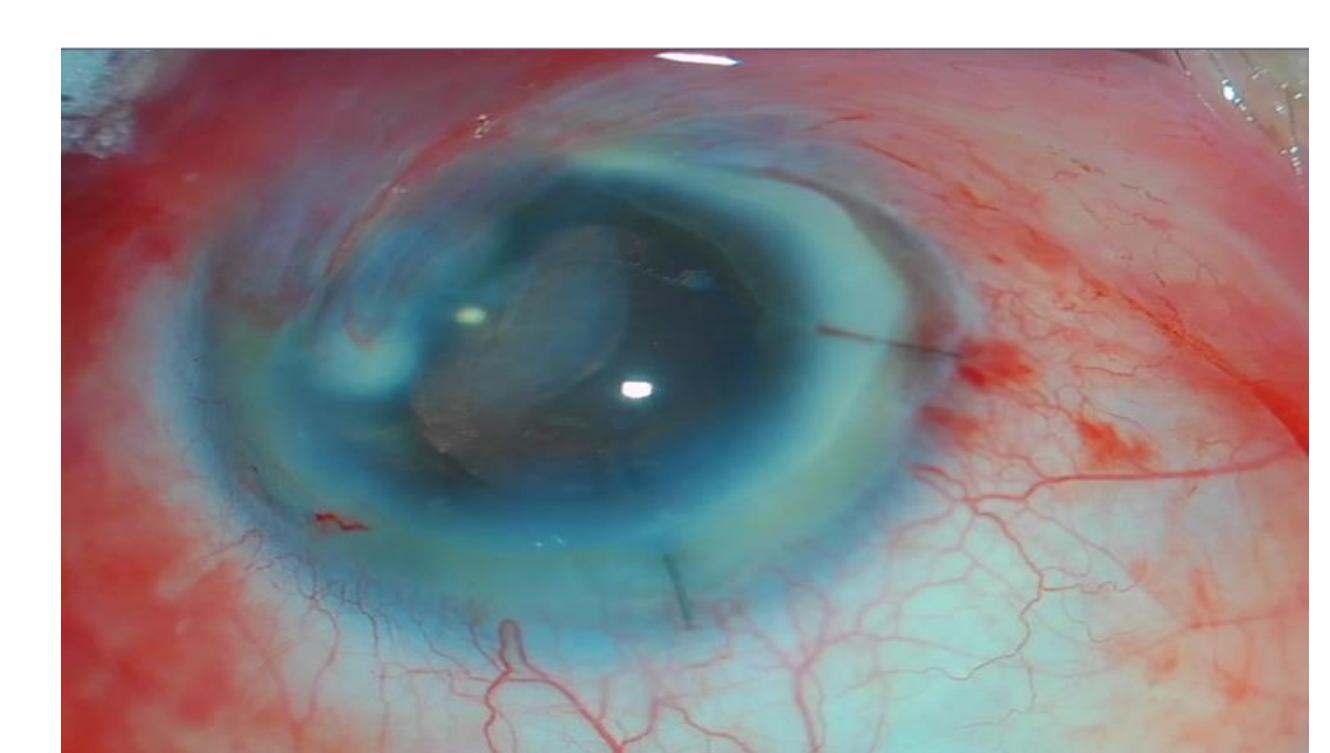


Figura 4 – pós-operatório imediato

Discussão

AR é doença inflamatória crônica progressiva com início insidioso, imunomedida, mais prevalente em mulheres entre os 40 e 50 anos, como a paciente descrita no caso.

Em relação a incidência, cerca de 38,4% dos pacientes manifestam alterações extra-articulares. No caso acima, a paciente veio encaminhada com história previa de transplante conjuntivo-escleral associado a afinamento corneano, que gerou um pseudopterígio inferior com neovasos associado a tamponamento de íris no mesmo quadrante. Assim, o caso veio com desafios durante a realização da facoemulsificação, como reduzida visualização da câmara anterior durante a cirurgia, além do risco de perfuração corneana intra operatório.

Assim, é importante ressaltar que PUK com envolvimento corneano e escleral frequentemente é uma manifestação de gravidade das doenças do tecido conjuntivo, devendo os oftalmologistas estarem vigilantes para diagnóstico e tratamento precoce com drogas imunossupressoras eficazes.

Referências

- 1- CAO, Yan et al. Peripheral ulcerative keratitis associated with autoimmune disease: pathogenesis and treatment. Journal of ophthalmology, v. 2017, 2017.
- 2- HARDY, S. et al. Necrotising Scleritis and peripheral ulcerative keratitis associated with rheumatoid arthritis treated with rituximab. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, v. 234, n. 04, p. 567-570, 2017.
- 3- MURRAY, Philip Ian; RAUZ, Saeaha. The eye and inflammatory rheumatic diseases: the eye and rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis. Best Practice & Research Clinical Rheumatology, v. 30, n. 5, p. 802-825, 2016.

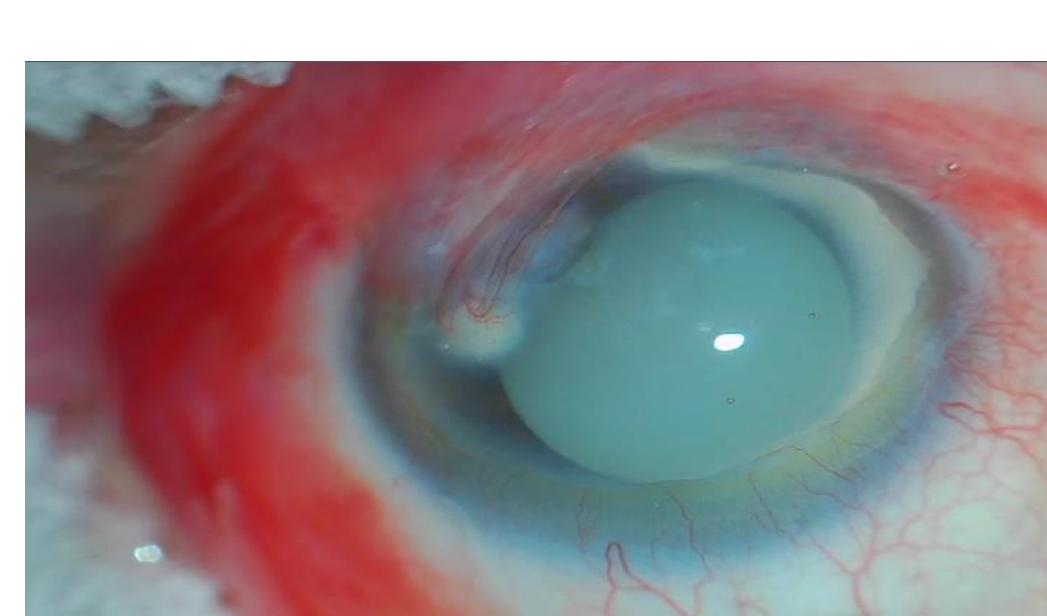


Figura 1 - OE antes da facoemulsificação

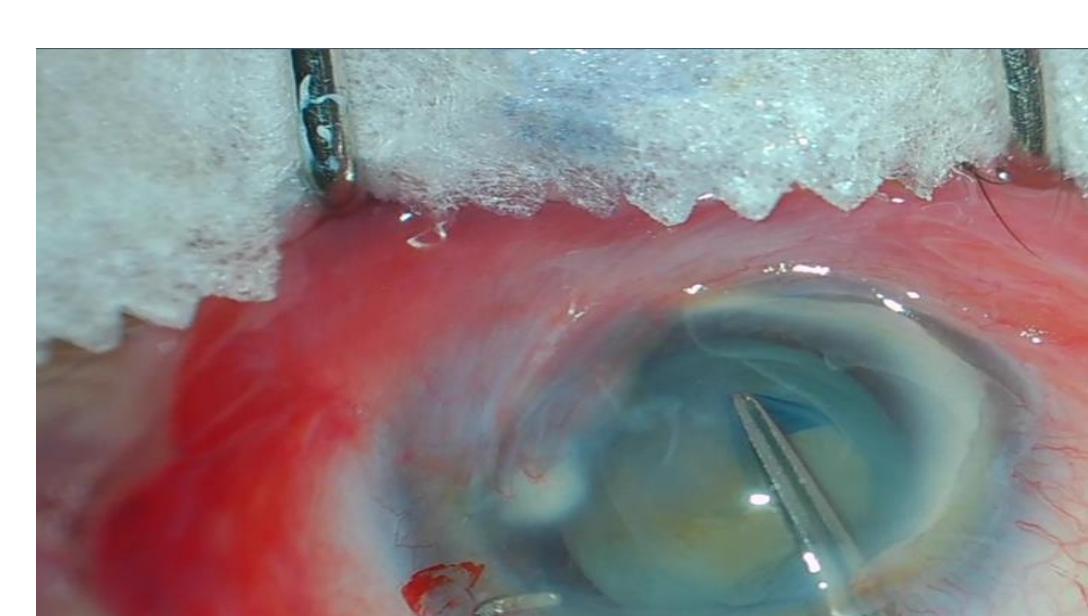


Figura 2 – OE capsulorrexis