

ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS EM PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER

ARTHUR GRIBEL DOS REIS¹, ÁLVARO COTA DIAS¹, JÚLIA MAGGI VIEIRA¹, LILIANA ALICE DA SILVA CAMPOS¹, FABIO NISHIMURA KANADANI¹

¹Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Introdução: A doença de Alzheimer (DA) é uma doença neurodegenerativa do sistema nervoso central. Ela representa cerca de 60 a 80% de todos os casos de demência no mundo e possui um curso que avança progressivamente através de três estágios – leve, moderado e avançado. Apesar disso, a DA pode se associar a acometimentos oculares, que, devido a sua prevalência significativa e ao impacto na qualidade de vida dos portadores, são de extrema importância. Dentre as alterações, foi observada redução da espessura retiniana e da densidade de sua microvasculatura, achados que podem ser encontrados em estágios iniciais da DA e permitir um diagnóstico precoce desta doença. Além disso, a DA pode se manifestar por meio de sua variante visual, em que há predominância de sintomas visuais sobre os cognitivos, por meio de alterações glaucomatosas. **Objetivos:** Realizar uma revisão bibliográfica sobre as alterações oftalmológicas presentes em portadores da doença de Alzheimer e seu impacto na visão e qualidade de vida do paciente. **Metodologia de busca:** Foi desenvolvido um levantamento bibliográfico de artigos sobre alterações oftalmológicas em portadores da doença de Alzheimer nas bases de dados PubMed e Scielo a partir de palavras chaves padronizadas por meio de buscas no DeCS e MeSH. **Discussão:** Dentre as áreas afetadas, a retina apresenta alterações com mais frequência, justamente por ser como uma extensão do SNC. Na pesquisa feita por Iseri et. al, em 2006, que relacionou deficiência cognitiva a anormalidades funcionais, morfológicas e visuais da retina na DA, foi observada uma redução da espessura da camada de fibras nervosas parapapilares e maculares da retina, além da redução do volume macular, conforme aferido por tomografia de coerência óptica. A redução do volume macular foi relacionada à gravidade do comprometimento cognitivo. Além disso, foi observado um vínculo entre DA e um maior risco de desenvolver alterações semelhantes ao glaucoma mesmo sem níveis elevados de pressão intraocular. **Conclusão:** Devido às propriedades ópticas únicas do olho, que permitem a realização de exames de imagem não invasivos e *in vivo*, é possível que a retina forneça uma janela para o diagnóstico precoce e monitoramento da DA antes da manifestação de sintomas. Isso não só suporta o estado da retina como um alvo de imagem pré-sintomática de DA, mas também sugere que a doença afeta simultaneamente o cérebro e a retina.

Palavras-chave: Alzheimer disease. Ophthalmology. Vision disorders. Retina. Glaucoma.

ALTERAÇÕES OFTALMOLÓGICAS NA SÍNDROME DE BOURNEVILLE – RELATO DE CASO

CAROLINE ALVES COTRIM¹, MATHEUS ALVES COTRIM², MATHEUS MARQUES DE OLIVEIRA BRITO³, GISANNA MARQUES DE OLIVEIRA BRITO⁴, GEYSLA ALMEIDA CARVALHAIS MOURÃO⁵

1. Residente de Oftalmologia no Instituto de Olhos Ciências Médicas.
2. Acadêmico de Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais.
3. Residente de Oftalmologia no Instituto de Olhos Ciências Médicas.
4. Faculdade de Minas - FAMINAS.
5. Fellowship de Plástica Ocular no Instituto de Olhos Ciências Médicas.

Introdução: A Síndrome de Bourneville (SB), também conhecida como Esclerose Tuberosa, é uma rara desordem genética de caráter autossômico dominante. Ela é caracterizada pelo crescimento de tumores benignos, chamados hamartomas, comuns em pele e sistema nervoso, mas que também podem acometer outros órgãos, como os olhos. As manifestações oculares são principalmente retinianas, podendo ocorrer também hipopigmentação iriana irregular e colobomas irianos atípicos. **Descrição do caso:** Paciente de 29 anos, sexo masculino. Em acompanhamento por SB diagnosticada aos 9 anos de idade por biópsia de lesões em face compatíveis com angiofibromas. Histórico de exérese de astrocitoma de células gigantes intraventricular, com hemiparesia pós-operatória à esquerda. Exame oftalmológico: acuidade visual corrigida no olho direito (OD) de 0,28 e no olho esquerdo (OE) de 0,4 (EDTRS). Biomicroscopia sem alterações em ambos os olhos (AO). O fundo de olho evidenciou palidez de disco óptico, atenuação vascular e brilho macular alterado em AO, atrofia do epitélio pigmentar da retina (EPR) com padrão miliar na fóvea do OD e pontos de atrofia do EPR na fóvea do OE. Campimetria: escotomas absolutos difusos, sem ilha de visão no OD e ilha de visão central no OE. Angiografia fluoresceínica prévia: atrofia de EPR localizada, palidez de disco, membrana epirretiniana (MER) e astrocitomas em AO. Tomografia de Coerência Óptica (OCT): atrofia dos tecidos retinianos com MER bilateral. Foi solicitada nova campimetria e retorno anual ao departamento.

Discussão: O diagnóstico precoce da SB está diretamente relacionado à evolução e ao prognóstico do quadro, sendo a presença de hamartoma retiniano um dos critérios maiores de diagnóstico da síndrome, o que ressalta a importância do acompanhamento oftalmológico desses pacientes. As alterações observadas no caso são de extrema relevância, podendo culminar com perdas irreversíveis no campo visual. **Conclusões:** Apesar de não haver tratamento específico, o diagnóstico e o acompanhamento multidisciplinar visam uma melhor qualidade de vida, por meio do controle das manifestações e do aconselhamento genético familiar. É, portanto, de suma importância o conhecimento das manifestações clínicas para o diagnóstico da síndrome.

Palavras-chave: Bourneville, Esclerose Tuberosa, Hamartoma.

ANOMALIA DE PETERS COM OCORRÊNCIA DE ESTRABISMO E AMBLIOPIA: RELATO DE CASO

LARISSA FOUAD IBRAHIM¹, LEONARDO SANTOS RESENDE¹, ANNA FLAVIA RIBEIRO PEREIRA², ISABELLA CRISTINA TRISTÃO PINTO², FRANCISCO HIGOR RIBEIRO RODRIGUES¹

1. Residentes de oftalmologia no Instituto de Olhos Ciências Médicas.
2. Acadêmicos da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Introdução: A anomalia de Peters ocorre por um defeito na migração das células da retina neural durante o desenvolvimento fetal, resultando na malformação do segmento anterior, opacidade corneana central e sinéquias da íris e/ou do cristalino com a região do leucoma. Podem estar presentes: catarata, glaucoma, anomalias craniofaciais e do sistema nervoso central. Sua etiologia é incerta, sendo aventadas causas genéticas, infecciosas, traumáticas e tóxicas. **Descrição do caso:** M.A., sexo feminino, 13 anos, hígida, acompanhada da mãe, realizou primeira consulta oftalmológica com queixa de baixa acuidade visual (AV) no olho direito (OD) de longa duração e desvio ocular desde a infância. Negou traumas oculares prévios. Ao exame, apresentava AV de movimento de mãos no OD - sem melhora com correção - e 20/20 no olho esquerdo (OE). Na biomicroscopia, não apresentava alterações no OE e, no OD, observou-se sinéquia anterior temporal superior e opacidade corneana acometendo eixo visual. A pressão intraocular era 14 mmHg em ambos os olhos (AO). Na fundoscopia, observava-se disco óptico com relação escavação/disco (E/D) de 0,3 no OD e de 0,1 no OE. Retina sem alterações em AO. Na gonioscopia do OD, difícil avaliação das estruturas devido à redução da transparência corneana, mas visualizava-se sinéquia anterior temporal superior e, o OE apresentava faixa ciliar 270°, e pigmentação 2+/4+. Aventou-se a hipótese de anomalia de Peters devido aos achados biomicroscópicos. Avaliação no departamento de estrabismo constatou esotropia de 30 dioptrias (D) associada à hipertropia OD sobre o OE de 12 D. Ao exame da motilidade ocular extrínseca, apresentava, no OD, hiperfunção de músculos oblíquos e hipofunção de reto lateral. Paciente aguarda correção cirúrgica do desvio ocular. **Discussão:** A anomalia de Peters é a causa mais comum de opacidade corneana congênita. Quando a opacidade é intensa e acomete o eixo visual, pode comprometer o desenvolvimento de visão normal e levar à ambliopia. Nesses casos, a ceratoplastia penetrante é indicada, a fim de manter o eixo visual livre, para permitir a maturação visual. No caso relatado, a paciente foi diagnosticada tardiamente, evoluindo com ambliopia severa. **Conclusões:** A anomalia de Peters exige diagnóstico e tratamento precoces, pois pode comprometer o prognóstico visual. Além disso, são necessários mais estudos sobre sua etiologia, a fim de promover melhorias no tratamento e na prevenção da doença.

Palavras-chave: anomalia de Peters; estrabismo; ambliopia; opacidade corneana congênita.

ATROFIA ÓPTICA DOMINANTE: UM RELATO DE CASO

NATHÁLIA GABRIELA SOARES MORATO¹, MARCO CÉSAR ROSA MARTINS², ROBERTA FANTAUZZI BORGES², JÚLIA CARVALHO BARBOSA³, LUCIANO MESQUITA SIMÃO⁴

1. Autora principal e acadêmica do 6º ano de Medicina da CMMG.
2. Acadêmicos do 6º ano de Medicina da CMMG.
3. Especializanda do 2º ano de Oftalmologia do IOCM.
4. Orientador e preceptor da especialização de Oftalmologia do IOCM.

Introdução: A atrofia óptica dominante (AOD) ou neuropatia de Kjer é uma doença autossômica dominante, com mutação do gene OPA1, que cursa com neuropatia óptica bilateral e acomete campo visual (CV), visão de cores, acuidade visual (AV) e disco óptico (DO). Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de uma criança com baixa acuidade visual (BAV) e a propedêutica realizada até se chegar ao diagnóstico. **Descrição do caso:** Criança, previamente hígida, 11 anos, masculino, com queixa de BAV progressiva associada à discromatopsia há 4 anos. História familiar sem relato de BAV.

Ao exame oftalmológico, AV de 20/150 no olho direito e 20/200 no olho esquerdo, biomicroscopia sem alterações e fundoscopia com palidez temporal bilateral de DO. Teste de Ishihara, para avaliação do senso cromático, teve resultado de 1/15 em ambos os olhos (AO). Teste de cores Farnsworth Munsell Hue revelou tritanopia e deuteranopia. Campimetrias computadorizada e manual mostraram redução difusa da sensibilidade e aumento da mancha cega em AO. Tomografia de Coerência Óptica (OCT) do DO revelou redução das camadas de fibras nervosas. Ressonância magnética de crânio e órbitas apontou afinamento de ambos os nervos ópticos e o estudo eletrofisiológico sugeriu neuropatia óptica bilateral. Realizado teste genético para pesquisa de AOD e confirmada hipótese diagnóstica após alteração no gene OPA1. **Discussão:** A AOD foi descrita no século XIX pelo oftalmologista dinamarquês Kjer. É uma doença hereditária com mutação do gene OPA1 e prevalência de 3:100.000 pessoas. Suas principais manifestações começam geralmente na infância e incluem BAV insidiosa e progressiva, discromatopsia, redução do CV e palidez do DO. A AV pode estar diminuída ou normal, mas está comumente reduzida em AO, como no paciente relatado. Ademais, a atrofia do disco óptico apresenta-se em graus variáveis, podendo ser sutil e temporal, com escavação triangular ou difusa. A discromatopsia se associa mais com alterações no eixo azul-amarelo (tritanopia), mas o paciente estudado também apresentou deuteranopia (eixo verde-azul). Não há tratamento específico, sendo o controle feito com exame oftalmológico regular, avaliação da AV e da visão de cores e realização de OCT. **Conclusões:** Apesar da grande relação familiar, a AOD mantém-se uma doença rara, com pouco conhecimento acerca de sua fisiopatologia. A ausência de tratamento torna o manejo desafiador, havendo necessidade de mais estudos para compreensão desta doença.

Palavras-chave: Atrofia óptica dominante; Neuropatia de Kjer; Baixa acuidade visual; Discromatopsia.

AVALIAÇÃO DA PROGRESSÃO DE CERATOCONE INCIPIENTE EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL NO OLHO CONTRALATERAL

DÉBORA FALEIROS LEITE¹; ROBERTO FERREIRA DE ALMEIDA ARAÚJO²; REINALDO DE OLIVEIRA SIEIRO³

1. Especializanda de Oftalmologia da Pós-Graduação Ciências Médicas de Minas Gerais.
2. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.
3. Doutor em Clínica Médica/Biomedicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte.

Introdução: Ceratocone é uma patologia progressiva, na qual a córnea assume uma forma cônica secundária ao afinamento estromal e à protrusão apical, associadas a um astigmatismo irregular. A incidência da doença é de um caso para 2.000 indivíduos na população geral, sendo mais comum bilateralmente, porém, em algumas pessoas, o ceratocone é unilateral, mas com altas chances de desenvolvimento da patologia no olho sadio. Como o tempo de progressão pode variar de meses a anos, a terapêutica nos olhos não afetados não é aconselhada até que a doença se manifeste. **Objetivo:** Avaliar se portadores de implante de anel intraestromal unilateral apresentaram evolução de ceratocone no olho contralateral, de forma a justificar a realização de crosslinking (CXL) mais precocemente. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, realizado com dados de prontuários de uma amostra inicial de 42 pacientes de uma clínica oftalmológica localizada em Belo Horizonte. Após a exclusão de 22 pacientes, por diversas razões, tais como realização prévia de CXL e não retorno para a consulta de follow-up, foi feita a avaliação da progressão de ceratocone assimétrico dos restantes, por meio da análise de medidas do K_{max} da Topografia Corneana. **Resultados:** A amostra final foi composta por 20 pacientes, dos quais 11 (55%) fizeram cirurgia no olho direito. A idade média à cirurgia foi $31,25 \pm 14,80$ anos (variação entre 18 e 69 anos), e o tempo médio entre as medidas de K_{max} antes e após a cirurgia (follow-up) foi de $3,49 \pm 1,20$ anos. Não foram observadas diferenças significativas nas medidas de K_{max} do olho não operado à cirurgia e no follow-up para toda a amostra (p-valor 0,891), nem para as faixas etárias até 25 anos (p-valor 0,641) e mais de 25 anos (p-valor 0,087). **Conclusão:** Tendo como base os resultados da presente pesquisa, não seria aconselhado realizar o CXL no olho com ceratocone incipiente de todos os pacientes que foram submetidos a algum procedimento no olho contralateral, como o implante de anel intraestromal, visto que não houve progressão da doença no tempo de follow-up do estudo. Esse retardo na aplicação visaria postergar o risco de complicações do CXL, como “haze” corneano, ceratites infecciosas e edema corneano persistente, para um momento em que os benefícios poderiam superar ainda mais os malefícios.

Palavras-chave: Ceratocone. Anel de Ferrara. Progressão do ceratocone. Crosslinking.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM TERAPIA INTRAVÍTREA COM ANTIANGIOTICOS

LEONARDO SANTOS RESENDE¹, ISABELLA CRISTINA TRISTÃO PINTO¹, LARISSA LIMA MAGALHÃES¹, MARIA ISABEL PASSOS SIMÕES DIAS SAMPAIO², FREDERICO BRAGA PEREIRA²

1. Acadêmicos da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.
2. Preceptores de oftalmologia no Instituto de Olhos Ciências Médicas.

Introdução: A utilização de antiangiogênicos no tratamento de vasculopatias retinianas é uma das maiores revoluções da medicina moderna. Essa abordagem terapêutica gerou grande avanço no tratamento de doenças oftalmológicas de grande relevância global, como a degeneração macular relacionada à idade, a oclusão venosa da retina, a retinopatia diabética e o edema macular diabético. Seus benefícios, comprovados pela literatura, incluem: ganhos na acuidade visual, diminuição do risco de perda de visão futura e ausência de danos consideráveis à retina. Neste trabalho, avaliou-se pacientes submetidos a esse tratamento no Instituto de Olhos Ciências Médicas (IOCM). **Objetivo:** Construir o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes em terapia intravítrea com antiangiogênicos no IOCM e especificar a conduta terapêutica, a evolução e as eventuais complicações ao longo do tratamento. **Materiais e métodos:** Trata-se de estudo descritivo prospectivo que coletou e analisou dados clínicos contidos em prontuário médico de pacientes em terapia intravítrea com antiangiogênicos no serviço de retina do IOCM. Foi avaliado todo o histórico de aplicações dos pacientes em tratamento com injeções durante o período de 6 de abril de 2017 até 28 de fevereiro de 2018. **Resultados:** A amostra foi constituída por 84 olhos de 56 pacientes, dos quais 46,4% eram do sexo masculino, a idade média era $66,23 \pm 9,88$ anos e 69,6% eram de Belo Horizonte. Quanto às comorbidades: 90,6% apresentavam HAS e 79,6% diabetes mellitus. Ao longo do período avaliado, foram feitas 262 aplicações de injeções intravítreas, uma média de $3,08 \pm 1,55$ aplicações por olho e uma mediana de 3 aplicações por olho (mínimo: 1; máximo: 9). Os motivos de tratamento mais citados foram: edema macular (69%) e retinopatia diabética (RD) não proliferativa (57,1%). Quase metade da amostra, 44%, realizou três aplicações, e 25% realizaram quatro ou mais aplicações. A prevalência de eventos adversos foi de 10,7%. O fármaco mais comum nas aplicações foi o bevacizumab, utilizado em 83,2% das aplicações; o segundo mais utilizado foi o ranibizumab. Não foi observada diferença estatisticamente significativa na acuidade visual na avaliação final em comparação com a inicial. **Conclusões:** Por meio desse trabalho, obteve-se um panorama do tratamento com antiangiogênicos no IOCM, o que pode auxiliar na identificação dos eventos adversos de maior incidência e contribuir na melhora da utilização dessa terapia na instituição.

Palavras-chave: retina; antiangiogênicos; injeção intravítrea; edema macular; neovascularização.

BRAQUITERAPIA COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA NO MELANOMA DE COROIDE EM PACIENTE OLHO ÚNICO: RELATO DE CASO

DEBORAH CRISTINA DA SILVA CARDOSO¹, ISABELLA FERNANDES RIBEIRO MELO¹, KARILA KAREN NOVAIS SALES¹, RAYSSA GARIBE BAPTISTA RODRIGUES¹, ANA CAROLINA CANEDO DOMINGOS LIMA²

1. Acadêmico(a) da Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBh
2. Médica oftalmologista pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBh)

Introdução: O melanoma de coroide representa cerca de 70% dos tumores oculares malignos¹. Geralmente é unilateral e o principal sintoma é a baixa da visão, apesar de assintomático em sua maioria. Apresenta incidência 50 vezes maior em brancos que em negros e sua prevalência eleva após 6ª década de vida². As terapêuticas mais usadas são braquiterapia e enucleação. **Descrição do caso:** Masculino, 66 anos, caucasiano, queixa BAV em olho esquerdo (OE) há 4 meses, nega dor ocular e trauma. Portador de Glaucoma neovascular avançado em olho direito (OD). Hipertenso, Diabético insulino dependente, Dislipidêmico. Ao exame: AV com correção em OD de percepção luminosa, OE de 20/200. Biomicroscopia: OD edema de córnea, rubefusão irídica, câmara anterior formada (CAF) sem Reação de Câmara anterior (RCA). OE edema leve de córnea, CAF com RCA 3+/4+. PIO: 48mmHg OD e 13mmHg OE. Fundoscopia e Mapeamento de Retina: OD Retinopatia Diabética Proliferativa e OE Retinopatia Diabética Proliferativa + Massa sub-retiniana temporal amarronzada sugestiva de melanoma. ECO-B: OE massa cupuliforme em região temporal, com 11,5mm de altura e 9,8mm de base, sem escavação parietal.

Ausência de metástase. Iniciado Braquiterapia com Iodo 125. Inicialmente o ECO-B mostrou redução significativa no tamanho tumoral: altura de 9,4mm e base de 7,5mm. **Discussão:** A conduta diante do melanoma de coróide considera, sobretudo, o tamanho do tumor, localização, crescimento e estado de saúde geral. Para tumores de até 10mm indica-se braquiterapia associada ou não à termoterapia transpupilar (TTP), para os maiores de 10mm indica-se enucleação. O *Collaborative Ocular Melanoma Study* indicou que não há benefício de sobrevida entre a enucleação e outras terapêuticas conservadoras. A Braquiterapia é indicada em tumores de até 10mm de espessura e 16mm de base, com raras indicações em tumores maiores. É contraindicada quando há extensão escleral, melanomas em anel e que ocupam mais da metade do corpo ciliar. A associação com a TTP é uma nova tendência a nível mundial. Possíveis complicações da braquiterapia são retinopatia, catarata, glaucoma neovascular e maculopatia, que podem ocorrer de 9 a 27% dos casos no período de 3 anos³. **Conclusão:** Apesar das condutas preconizadas para o melanoma coróide, essas devem ser individualizadas e com critérios bem fundamentados buscando melhor resultado e qualidade de vida para o paciente.

Palavras-chave: tumor maligno intraocular, melanoma de coróide, braquiterapia, enucleação.

BURACO MACULAR E SEQUELA VISUAL BILATERAL DECORRENTES DE UMA BRINCADEIRA NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

FREDERICO DE MIRANDA CORDEIRO¹, GUILHERME MALTA PIO¹, PAULO HENRIQUE DE MIRANDA CORDEIRO², HECTOR NERY PINEDA CORREA¹, FRANCISCO HIGOR RIBEIRO RODRIGUES¹

1. Instituto de Olhos Ciências Médicas - Belo Horizonte/MG.
2. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - Belo Horizonte/MG.

Introdução: A maculopatia solar é uma lesão na retina, provocada pela observação direta do sol por um período de tempo excessivo, sem proteção ocular, durante um eclipse solar ou num dia normal. A observação por mais de 90 segundos excede o limiar de segurança para que não se formem lesões fotoquímicas na retina. Os sintomas, como a baixa acuidade visual, metamorfopsias, fotofobia, escotoma, cefaleia e dor ocular, ocorrem nas primeiras horas após a exposição solar. A maculopatia é geralmente bilateral, contudo a lesão é mais grave no olho dominante. O comprometimento da acuidade visual é variável de acordo com a gravidade do quadro. **Relato de caso:** Feminina, 58 anos, hipertensa e hipotireoideia, apresenta queixa de baixa acuidade visual (AV) desde a infância com piora progressiva. Nega antecedentes oftalmológicos. Relata que, quando criança, ficava competindo com os amigos de quem ficava mais tempo olhando para o sol, "até o mesmo ficar azul". Ao exame: AV com óculos de 20/50 em ambos os olhos (AO). À biomicroscopia: catarata nuclear incipiente AO. À fundoscopia: relação escavação/disco 0,7 AO, brilho macular alterado e alteração do epitélio pigmentar da retina foveolar AO. Pressão intraocular: 14mmHg AO. Paquimetria: 510 micra AO. Campo visual computadorizado: escotomas paracentrais AO. Tomografia de Coerência Óptica: buraco macular grau IA AO. **Discussão:** A Maculopatia solar apresenta como característica retiniana inicial uma pequena mancha foveolar amarela ou vermelha que desaparece dentro de algumas semanas. Essa mancha posteriormente evolui para um defeito foveolar bem definido com bordas irregulares, ou um buraco lamelar. Não há tratamento para essa doença. A maioria dos doentes melhoram após algumas semanas mas são necessários alguns meses para recuperar a visão habitual. Entretanto, pode deixar sequelas irreversíveis, como em nosso relato, em que a paciente evoluiu com buraco macular e baixa acuidade visual. **Conclusão:** O relato faz-se necessário para diagnóstico e prevenção de novos casos de maculopatia solar e suas complicações. É de grande importância o oftalmologista orientar seus pacientes sobre os riscos que o sol possa desencadear na função visual, podendo levar a danos retinianos e baixa de visão irreversíveis.

Palavras-chave: Acuidade visual; maculopatia solar; buraco macular.

CERATITE HERPÉTICA BILATERAL: UM RELATO DE CASO

CAROLINA MIRANDA HANNAS¹, DENISE MATOS TAKAHASHI¹, DIMITIRIA FORTES DE OLIVEIRA BORGES¹, ROBERTA FANTAUZII BORGES¹, TÚLIO REIS HANNAS²

1. Acadêmicas do 6º ano de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.
2. Médico Oftalmologista, com título de Doutor em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução: O vírus Herpes Simplex (HSV) é responsável por diversas manifestações oculares, principalmente a ceratite epitelial. Geralmente o acometimento é unilateral, podendo ser bilateral em 1,3 a 12% dos casos. Quando não bem conduzida, a ceratite herpética pode levar à perda da visão devido ao desenvolvimento de opacidade de córnea severa e, em casos mais graves, à perfuração corneana por necrose do tecido. Os diagnósticos diferenciais incluem outras ceratites virais e as infecciosas, estas últimas principalmente em pacientes usuários de lentes de contato. **Descrição do caso:** Trata-se de paciente masculino, 51 anos, usuário de lente de contato rígida gás-permeável (LCRGP) há cerca de 10 anos. Compareceu ao serviço de Oftalmologia com queixa de lacrimejamento, sensação de corpo estranho e mancha em olho esquerdo (OE) há um mês, sem outros sintomas associados. Relatava utilizar com frequência água da torneira para higiene das lentes. Ao exame observou-se acuidade visual (AV) com correção de 0.8 em ambos os olhos (AO) e presença de infiltrado dendrítico em região central da córnea em AO. Solicitou-se culturas do estivo das lentes e da secreção ocular e foi prescrito aciclovir tópico (Zovirax) 5 vezes ao dia por 10 dias, além da suspensão do uso da LCRGP por 2 meses. As culturas foram negativas e a avaliação de especialista em córnea descartou a possibilidade de Acanthamoeba e confirmou suspeita de herpes simples ocular. Houve melhora significativa da ceratite epitelial após o tratamento, porém o paciente evoluiu com envolvimento estromal, apresentando infiltrados em AO. Após otimização do tratamento com aciclovir tópico e oral, o seguimento mostrou presença de núbículas em AO. Iniciou-se Flutinol tópico após cicatrização da ceratite epitelial. Foram trocadas as LCRGP para XO e suspenso o uso de aciclovir via oral após 58 dias. No último exame, a acuidade visual era 1.0 em AO, com correção. **Discussão:** O uso de lentes de contato é um fator de risco em pacientes com doença ocular herpética. É comum que nos casos de ceratite herpética, o HSV não seja isolado nas culturas obtidas, mas os sinais clínicos evidenciados ao exame e a resposta ao tratamento com antiviral possibilitam o diagnóstico. **Conclusões:** O caso relatado constitui uma rara forma de apresentação da ceratite herpética - com acometimento bilateral em paciente usuário de lente de contato rígida, com boa resposta ao tratamento instituído.

Palavras-chave: Herpes simples ocular; lentes de contato; bilateral.

COLOBOMA DE DISCO ÓPTICO - RELATO DE CASO

HECTOR NERY PINEDA CÔRREA¹, LUDYMILA KEREN DE CARVALHO², MARCIA DE BARROS VITOR³, OLÍVIA MOURA DE PAULA RICARDO¹

1. Instituto dos Olhos Hospital Ciências Médicas de Minas Gerais.
2. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Introdução: Coloboma(CB) de disco óptico(DO) é um defeito decorrente do fechamento incompleto da fissura coroidal durante o desenvolvimento embrionário. Condição rara, com prevalência de 1/10000 nascidos vivos³, que pode se desenvolver por agressão externa ocorrida durante o desenvolvimento fetal ou por mutação genética (herança autossômica dominante)². O CB pode ser uni ou bilateral e pode estar associado a implicações sistêmicas. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 7 anos, encaminhado ao departamento de retina com história de estrabismo convergente desde os 15 dias de idade, de uso de tampão no olho direito (OD), e relato de baixa acuidade visual (AV) no olho esquerdo (OE). Nega comorbidades, gestação e parto à termo, sem intercorrências. Em 2016 realizou retinoscopia, com AV sem correção em OD

de 20/20 e OE 20/200, sendo prescrito estática total e tampão no OD 3 horas/dia. Em 2018 retornou ao serviço, sem tampão ocular devido a não melhora da AV. Ao exame oftalmológico, AV com correção no OD 20/15 e OE com correção 20/100. À fundoscopia apresentou coloboma bilateral. Novo mapeamento de retina evidenciou vítreos transparentes, retinas aplicadas, arteriola/vênula 2:3 bilateralmente, bordas bem definidas do DO D com presença de coloboma inferiormente ao DO, e coloboma de DO E acompanhado de faixa hipopigmentada. Foi programado retorno em 1 ano para acompanhamento. **Discussão:** O CB pode apresentar-se com diminuição da AV, sendo essa a principal queixa desse paciente. A perda da AV apresenta-se com instalação brusca (devido a um desprendimento de retina) ou paulatina (por diminuição progressiva de tecido neural da papila). O paciente não apresentava descolamento retiniano, mas existe a possibilidade de complicar para tal. Além desta, outras complicações podem ocorrer, como alargamento progressivo da escavação do disco e afinamento da rima neural com pressão intra-ocular normal. Dessa forma, há uma extrema necessidade de acompanhamento desses pacientes. Faz-se necessário excluir diversas associações sistêmicas, dentre elas anomalias cromossômicas e síndrome CHARGE. O paciente não apresenta sinais ou sintomas que remetam a esses acometimentos. **Conclusão:** É importante um acompanhamento rigoroso e precoce com oftalmologista para investigação de associações sistêmicas e oculares, e para acompanhamento essencial do olho "normal" e do colobomatoso, com objetivo de se tentar garantir o desenvolvimento apropriado da visão ao longo do crescimento da criança.

Palavras-chave: Coloboma, Disco óptico, Acuidade Visual.

CONJUNTIVITE ALÉRGICA REFRACTÁRIA: UM RELATO DE CASO

GIOVANA FREITAS ROCHA DE SOUZA¹, CAROLINA MIRANDA HANNAS¹, BERNARDO CAMPOLINA MELO¹, TÚLIO REIS HANNAS²

1. Acadêmicos do 6º ano de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

2. Médico Oftalmologista, com título de Doutor em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução: As alergias oculares constituem um grupo heterogêneo de doenças inflamatórias recorrentes da superfície ocular, com manifestações que variam de leve a grave. Conjuntivite alérgica abrange conjuntivite sazonal, conjuntivite perene, ceratoconjuntivite atópica (com a sua variação, blefaroceratoconjuntivite atópica), ceratoconjuntivite primaveril e conjuntivite papilar gigante. O tratamento de alergias oculares envolve uma abordagem gradual, iniciada com medidas preventivas. Anti-histaminicos tópicos podem ser inicialmente utilizados, mas terapias mais agressivas, como uso de drogas imunossupressoras, podem ser necessários nas formas mais graves da doença. **Descrição do caso:** Trata-se de paciente feminina, 10 anos idade, com crises de doença ocular alérgica há 5 anos. Ao exame, havia fotofobia, prurido e blefaroespasma, acuidade visual de 0,3 em ambos os olhos (AO), hiperemia conjuntival, papilas tarsais, edema palpebral, triquiase em pálpebras inferiores e ceratite puntata. Tonometria e fundoscopia sem alterações. A intensidade das crises de doença ocular alérgica levava a paciente a se privar de uma vida normal, prejudicando o convívio social e o aspecto educacional. Foram feitas tentativas de remissão do quadro com antialérgico e corticosteróide tópico ocular e sistêmico, sem melhora. Então, foi prescrito Tacrolimus (TCL) pomada 0.03% duas vezes ao dia. A paciente evoluiu com resolução do quadro, além do restabelecimento das suas atividades. **Discussão:** A terapia com TCL pode ser utilizada com parcimônia após tentativa com tratamento convencional, a fim de controlar o quadro ocular. A paciente foi submetida, por 5 anos, a tratamentos habituais com antialérgicos e corticosteróides, sem nenhuma resposta clínica. Os achados oculares regrediram apenas com o tratamento com TCL que, em modelos animais experimentais, atua inibindo a infiltração de eosinófilos e linfócitos de maneira significativa. Além disso, compromete a expressão gênica nas células-alvo e inibe eventos dependentes de cálcio. Nenhum efeito adverso foi observado durante a fase de tratamento e acompanhamento. **Conclusões:** O uso de TCL tópico ocular contribuiu para a melhora da alergia ocular refratária aos tratamentos convencionais, além de ajudar na reintegração social e educacional da paciente. Porém, é importante ressaltar que ainda faltam estudos para determinar com segurança dose, duração de tratamento e possíveis efeitos colaterais.

Palavras-chave: Conjuntivite alérgica, Imunossupressores, Tacrolimus.

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DUAS PATOLOGIAS CAUSADORAS DE LEUCOCORIA: RETINOBLASTOMA E TOXOCARISE OCULAR

GUILHERME TOFANE MAIA VILASBOAS¹, LUIZA GONTIJO LAMOUNIER¹, GABRIELA GONÇALVES ALAM¹, LARISSA FOUAD IBRAHIM²

1. Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

2. Instituto de Olhos Ciências Médicas – Belo Horizonte (MG).

Introdução: A leucocoria é um sinal clínico sugestivo da presença de anormalidade anterior à retina, podendo decorrer de tumor intra-ocular, membrana vítrea, doença de Coats, toxocaríase ocular, retinopatia da prematuridade ou descolamento retiniano. A leucocoria em lactentes é sempre um sinal de perigo, já que o retinoblastoma, um tumor maligno da retina, é responsável por metade dos casos nessa faixa etária, com prevalência de cerca de 1 em cada 20000 nascimentos. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de um retinoblastoma simulando um quadro de toxocaríase ocular. **Descrição do caso:** Paciente de 9 meses de idade, admitido para avaliação pelo departamento de retina com hipótese de toxocaríase ocular. Ao exame oftalmológico, observaram-se leucocoria unilateral no olho esquerdo (OE) e estrabismo convergente. A fundoscopia do OE revelou uma massa branca no disco óptico envolvendo o polo posterior, além de uma membrana que se estendia dessa massa até a cavidade vítrea com vasos da retina dilatados penetrantes na lesão. O olho direito não apresentou anormalidades ao exame oftalmológico. Ressonância magnética (RM) mostrou a presença de um tumor intra-ocular no OE apresentando calcificação compatível com retinoblastoma. Ultrassonografia (US) de globo ocular corroborou o diagnóstico demonstrando massa com depósitos de cálcio presentes como focos hiperrefringentes e sombra acústica posterior. Paciente foi submetido a enucleação. **Discussão:** Na toxocaríase ocular o diagnóstico é substancialmente clínico e de difícil realização, uma vez que requer a realização de biópsia para confirmação. O diagnóstico laboratorial de infecção por *Toxocara* é feito pelo método Elisa, com sangue periférico ou aspirado vítreo. Os achados de imagem ajudam a excluir o retinoblastoma e outras afecções como causa de leucocoria. Na US observa-se lesão periférica hiperecogênica e calcificação é incomum. No Retinoblastoma, o diagnóstico é realizado através de US, RM e tomografia. **Conclusão:** O granuloma por toxocaríase no pólo posterior pode apresentar sinais semelhantes a um retinoblastoma endoftálico. Isso porque há a presença de sinais semelhantes entre as duas doenças, tais como leucocoria unilateral e a morfologia das lesões. Além disso, algumas complicações podem estar presentes em ambas as patologias, como o desenvolvimento de estrabismo e o descolamento retiniano. O erro diagnóstico provoca ação terapêutica equivocada, que pode ter consequências irreversíveis.

Palavras-chave: Leucocoria, Retinoblastoma, Toxocaríase ocular.

EDEMA MACULAR PÓS FACOEMULSIFICAÇÃO E O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO: RELATO DE CASO

MAURO CÉSAR GOBIRA GUIMARÃES FILHO¹, BRUNA CARVALHO SOARES DIÓRIO PAIXÃO¹, DEBORAH CRISTINA DA SILVA CARDOSO¹, LARISSA REIS BAËTA¹, ANA CAROLINA CANEDO DOMINGOS LIMA²

1. Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBh

2. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Introdução: O edema macular é uma das principais complicações pós facectomia. Apresenta-se na maioria das vezes na forma subclínica e ainda não possui patogênese bem definida. **Descrição do caso:** paciente sexo feminino, 64 anos, hipertensa e diabética com queixa de baixa acuidade visual (BAV) em ambos os olhos (AO), mais acentuada em olho esquerdo (OE) associada a fotofobia. História progressiva de facectomia em olho direito (OD) há 5 meses e em OE há 4 meses. Desde então, evoluiu com hiperemia ocular e BAV progressiva. Em uso de corticoide tópico por conta própria, após tentativas mal sucedidas de retirada pelo oftalmologista. Acuidade

visual (AV) com correção: OD 20/50 e OE 20/100. Pressão intraocular normal. Biomicroscopia: OD hiperemia, RC +/4+, lente intraocular (LIO) centrada. OE hiperemia, RC ++/4+, LIO centrada com alguns imprints. Fundo de olho: diminuição do brilho macular AO. Solicitada angiofluoresceinografia (AGF), propedêutica laboratorial e prescrito dexametasona 0,1% tópica. Angiografia: vasculite retiniana com dilatação capilar em OE. Exames laboratoriais evidenciaram PCR: 2,4 mg/dL, VHS: 16mm e teste tuberculínico (PPD): 23mm/72h. Paciente nega qualquer sinal ou sintoma além das queixas anteriores. Nega imunização para TBC na infância e não apresenta cicatriz de BCG. Refere contato próximo prolongado com familiar, que faleceu há um ano por tuberculose (TB) pulmonar. Foi iniciada terapêutica e após 3 semanas de início do esquema RIPE paciente relatou melhora dos sintomas. Após 4 meses de tratamento apresentou-se sem queixas, AV com correção OD 20/20 e OE 20/25, câmara anterior opticamente vazia, fundo de olho sem alterações significativas AO e demais propedêutica sem alteração. **Discussão:** O diagnóstico de TB ocular muitas vezes é presumido, diante de uma uveíte de etiologia a esclarecer acompanhado da ausência de melhora com o tratamento, história de contato positiva e PPD positivo, e, a melhora clínica após o tratamento indicado reforça a suspeita. O diagnóstico em tempo hábil interfere diretamente no prognóstico. **Conclusões:** o edema macular pós facoemulsificação é um evento comum, entretanto, em casos de uveítes pós-operatórias devem ser considerados outros diagnósticos etiológicos como neoplasias, causas mecânicas, inflamatórias e infecciosas. O diagnóstico e indicação de tratamento da TB ocular é um desafio clínico que exige boa avaliação pré-operatória.

Palavras-chave: edema macular, tuberculose ocular, uveíte pós facectomia.

ESCLERITE POSTERIOR SIMULANDO UMA TUMORAÇÃO COROIDIANA: UM RELATO DE CASO

RAPHAEL MARIANO PELINSARI DE PAULA¹; JÚLIA CARVALHO BARBOSA²; DANIEL DE PINHO BOTELHO²; SENICE ALVARENGA RODRIGUES SILVA²; FABIO BORGES NOGUEIRA²

1. Faculdade da Saúde e Ecologia Humana.
2. Instituto de Olhos Ciências Médicas.

Introdução: A esclerite posterior é uma doença inflamatória grave e corresponde de 5 a 20% das esclerites. Pode ser idiopática ou associada a doenças sistêmicas reumatológicas (30%). As alterações fundoscópicas podem estar ausentes ou simularem outras patologias como tumor intraocular. **Relato de caso:** Masculino, 49 anos, com queixa de dor e baixa acuidade visual (AV) apenas no olho direito (OD) apresentava lesão elevada nodular amelanótica, justadiscal inferior atingindo a mácula. Encaminhado à oncologia ocular com suspeita de tumoração coroidiana. Ao exame oftalmológico, AV de 20/40 no OD e 20/20 no olho esquerdo (OE) e á fundoscopia confirmada tumoração intraocular. Ecografia B mostrou um nódulo parietal disciforme, justapapilar temporal; líquido no espaço subtenoniano suprajacente, imprimindo aspecto em 'sinal do T'; Descolamento de retina plano sobre a referida lesão. Tomografia de coerência óptica com descolamento seroso justadiscal envolvendo a mácula. A hipótese diagnóstica de esclerite posterior nodular foi formulada e a investigação clínica hematológica completa para uveíte posterior também, porém todos os exames desta foram negativos. O diagnóstico final foi esclerite idiopática ou de causa reumatológica ainda não manifesta. Instituiu-se o tratamento com Prednisona oral e após 2 meses o paciente encontrava-se sem dor e com AV de 20/20 em ambos os olhos, além de regressão total da lesão aos exames de imagem. A resolução completa da lesão após o uso de esteróides permitiu a exclusão da malignidade com maior confiabilidade e reforça o diagnóstico de esclerite posterior nodular. **Discussão:** A esclerite posterior geralmente é unilateral, recorrente e acomete mais mulheres de meia idade. O principal sintoma é a dor ocular intensa. Os sinais e sintomas, no entanto, dependem da extensão do quadro e da relação com as estruturas adjacentes. A ecografia B é indispensável para o diagnóstico. O espessamento da parede escleral posterior é o sinal ecográfico mais comum, no entanto, outros achados também podem ser pontuados como a ausência de sombreamento acústico posterior e o sinal do T. No tratamento utiliza-se principalmente corticosteróide oral, assim como antiinflamatórios não-esteróides orais. **Conclusão:** A má interpretação clínica da esclerite como tumor maligno intraocular leva à terapia equivocada e a resultados devastadores. Uma prova de medicação antiinflamatória pode servir como um teste terapêutico, poupando pacientes de intervenções desnecessárias.

Palavras-chave: esclerite posterior, sinal T, tumor coroidiano.

ESTAFILOMA ESCLERAL PÓS TRAUMA SIMULANDO TUMOR INTRAOCULAR: RELATO DE CASO

LETICIA ARIEL CREPALDI¹, ALINE VILANI DA SILVA REZENDE², LARISSA FOUAD IBRAHIM³, LARISSA LIMA MAGALHÃES⁴, HECTOR NERY PINEDA CORREA⁵

1. Especializando no Primeiro ano de Oftalmologia no Instituto de Olhos Ciências Médicas – Belo Horizonte (MG).
2. Especializando no Primeiro ano de Oftalmologia no Instituto de Olhos Ciências Médicas – Belo Horizonte (MG).
3. Especializando no Segundo ano de Oftalmologia no Instituto de Olhos Ciências Médicas – Belo Horizonte (MG).
4. Acadêmica de medicina do Quarto ano na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG).
5. Especializando no Terceiro ano de Oftalmologia no Instituto de Olhos Ciências Médicas – Belo Horizonte (MG).

Introdução: O trauma ocular é facilmente diagnosticado pela coleta da história e realização de um exame oftalmológico cuidadoso. No entanto, se os meios oculares estiverem opacos, uma adequada avaliação oftalmológica se tornará mais difícil de ser realizada e os exames de imagem se tornam muito importantes. Neste trabalho vamos mostrar um caso de aumento do globo ocular, pós-trauma, com suspeita inicial de tumor de corpo ciliar, que resultou em enucleação. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 24 anos, compareceu à consulta oftalmológica com queixa de dor em olho esquerdo (OE), e crescimento deste globo ocular, de início há 02 anos. Alegou trauma perfurante no OE, há 11 anos, com pedaço de madeira, sendo submetida a procedimento cirúrgico que não soube relatar, após o acidente. Ao exame apresentava aparente proptose, com leucoma e neovascularização corneana, além de elevação escleral superior entre três e nove horas. A ultrassonografia de globo ocular apresentou aumento do diâmetro anteroposterior ocular. Tomografia computadorizada mostrou aumento de globo ocular esquerdo, pequenas calcificações nodulares no seu interior junto a parede ântero inferior e ausência de cristalino. Inicialmente foi indicada evisceração, no entanto, no intra-operatório foi necessária conversão para enucleação. Aventou-se a hipótese diagnóstica de tumor de corpo ciliar, e solicitou-se estudo anatomopatológico. No pós operatório, a paciente evoluiu com cavidade anoftálmica em ótimo aspecto. O anatomopatológico teve como resultado achados correspondentes a hemorragia na câmara anterior (hifema) e volumoso coágulo na câmara posterior com ocupação do espaço sub-retiniano. **Discussão:** A suspeita inicial era de tumor de corpo ciliar, devido a evolução e aspecto biomicroscópico. No entanto, um trauma ocorrido há 11 anos teve como consequência a ocorrência de um estafiloma escleral associado a hemorragia intraocular, com aumento do globo ocular, evoluindo há cerca de 2 anos. Há relatos na literatura de ocorrência de grandes estafilomas até 60 anos após o evento traumático. **Conclusão:** Nem sempre é fácil o diagnóstico de uma anormalidade ocular, principalmente quando figura entre uma das hipóteses uma lesão tumoral. A obtenção de dados consistentes na anamnese, exame clínico e de propedêutica complementar pode aumentar a acurácia diagnóstica e possibilitar a realização de um tratamento apropriado.

Palavras-chave: enucleação, acompanhamento, estafiloma, trauma.

GLAUCOMA CONGÊNITO BILATERAL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY-WEBER: RELATO DE CASO

SENICE ALVARENGA RODRIGUES¹, JÚLIA CARVALHO BARBOSA¹, FREDERICO DE MIRANDA CORDEIRO¹, PAULO HENRIQUE DE MIRANDA CORDEIRO², FÁBIO NISHIMURA KANADANI^{1,2}

1. Instituto de Olhos Ciências Médicas - Belo Horizonte/MG.
2. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - Belo Horizonte/MG.

Introdução: A Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber (SKTW) é uma facomatose congênita, com anormalidades nos componentes mesodérmicos, porém de etiologia não totalmente elucidada. A incidência varia de acordo com a literatura, sendo em torno de 2-5:100.000, com maior prevalência no sexo masculino. O objetivo desse trabalho é apresentar um interessante caso clínico de paciente portadora de glaucoma congênito bilateral que, em consulta com glaucomatologista, é diagnosticada com uma SKTW. **Relato de caso:** Feminino, 7 anos, com baixa acuidade visual (AV) progressiva. História prévia de asma brônquica, sem outras considerações. Indicado cirurgia devido ao glaucoma há 2 anos, não realizada por questões sociais. Ectoscopia: manchas vinho do porto (MVP) na face direita, tronco e região lombar, hemangioma perinasal, assimetria

de face e déficit cognitivo moderado. Exame oftalmológico: AV de movimento de mãos, nevos de Ota e estrias de Haab em ambos os olhos (AO). Pressão intraocular (PIO) com iCare: 40 mmHg no olho direito (OD) e 38 mmHg no olho esquerdo (OE). Fundoscopia: relação escavação/disco subtotal AO. Prescrito Latanoprost 0,005% e Dorzolamida 2%, além da programação da cirurgia antiglaucomatosa. Retornou em 2 semanas com PIO de 30 e 20 mmHg no OD e OE respectivamente e a trabeculectomia foi planejada para AO. **Discussão:** A apresentação clássica da SKTW engloba a tríade de MVP, hipertrofia de ossos e partes moles e malformações venosas, sendo necessárias duas das três características para o diagnóstico. As manifestações oftalmológicas descritas são anormalidades vasculares na órbita, íris, coróide, retina e nervo óptico, como varizes orbitais e retinianas, glaucoma, estrabismo, melanoma, heterocromia iridiana, persistência da vascularização fetal, pupila de Marcus-Gunn e angioma de coróide, sendo esta a manifestação mais comum. O glaucoma, geralmente ipsilateral à MVP, apresenta fisiopatologia semelhante à Síndrome de Sturge-Weber, baseada em duas teorias: teoria mecânica, com malformação da câmara anterior e maior resistência ao escoamento do humor aquoso e teoria vascular, onde há aumento da pressão venosa episcleral. **Conclusão:** Diante da baixa incidência, além de ser mais comum no sexo masculino, o diagnóstico da SKTW é um desafio para oftalmologistas na prática clínica. E, quando associado a glaucoma, como no caso bilateral, o complexo mecanismo das alterações oftalmológicas evidencia a dificuldade no controle farmacológico e cirúrgico da PIO desses pacientes.

Palavras-chave: síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber, glaucoma congênito, manchas vinho do porto, síndrome de Sturge-Weber.

GLAUCOMA CONGÊNITO - DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO PRECOZE, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO

JÚLIA MAGGI VIEIRA¹, ARTHUR GRIBEL DOS REIS¹; LILIANA ALICE DA SILVA CAMPOS¹; LUCAS MAGGI VIEIRA², FÁBIO NISHIMURA KANADANI¹

1. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.
2. Universidade Federal de Viçosa.

Introdução: Glaucoma é um conjunto de condições que lesam o nervo óptico, podendo causar alterações na visão. O glaucoma congênito é uma doença rara, porém grave, sendo uma das principais causas de cegueira na infância. O diagnóstico precoce é um grande desafio, uma vez que os principais sinais e sintomas são inespecíficos e variam de acordo com o grau de malformação anatômica e com a idade de aparecimento destes. Sendo assim, os exames oftalmológicos são primordiais para confirmar a suspeita clínica e direcionar o tratamento, que é essencialmente cirúrgico e deve ser instituído o mais precocemente possível para evitar a cegueira irreversível. A goniotomia e a trabeculectomia são as principais técnicas cirúrgicas utilizadas e podem ser associadas ou não ao tratamento clínico. O seguimento adequado pode ser dificultado pela necessidade da colaboração do paciente. Na maior parte dos casos, é preciso realizar os exames sob sedação, aumentando seus riscos. **Objetivos:** Realizar uma revisão bibliográfica sobre os desafios do diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento do glaucoma congênito. Serão abordadas também as cirurgias mais indicadas e as diferenças entre elas. **Metodologia de busca:** Foi desenvolvido um levantamento bibliográfico de artigos sobre diagnóstico, tratamento e acompanhamento do glaucoma congênito nas bases de dados Pubmed e Scielo a partir de palavras-chaves padronizadas por meio de buscas no DeCS e MeSH. **Discussão:** O glaucoma congênito pode ser dividido em primário e secundário, sendo o glaucoma infantil primário o mais comum. Geralmente, decorre de um defeito anatômico congênito que resulta em prejuízo à drenagem do humor aquoso com consequente aumento da pressão intraocular e danos às células ganglionares da retina. Os principais sinais e sintomas são: epífora, blefaroespasma, fotofobia, buftalmia, edema corneano, alargamento de córnea e escavação do nervo óptico. A escolha da técnica cirúrgica varia de acordo com a etiologia do quadro e a clínica do paciente. **Considerações finais:** Apesar de não apresentar elevada prevalência, o glaucoma congênito pode acarretar em consequências potencialmente graves e irreversíveis quando não diagnosticado e abordado de forma precoce e correta. O conhecimento dos sinais e sintomas pode auxiliar para que profissionais de saúde e familiares fiquem atentos à possibilidade de a criança apresentar essa patologia ocular.

Palavras-chave: Glaucoma/cirurgia; glaucoma congênito; glaucoma infantil primário; goniotomia; trabeculectomia.

HEMANGIOMA DE CORÓIDE: UM TUMOR BENIGNO DE COMPORTAMENTO MALIGNO

ANA LUISA SOUTO GANDRA¹, ANA MARIA SOARES LACERDA¹, GABRIELA CASTANHEIRA BENETTI², LARISSA LIMA MAGALHÃES¹, FÁBIO BORGES NOGUEIRA²

1. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.
2. Instituto de Olhos Ciências Médicas.

Introdução: O hemangioma circunscrito de coróide é um tumor vascular benigno de coloração vermelho-alaranjada que aparece de forma isolada nas regiões macular ou perimacular. Pode estar associado ao angioma venoso facial, sendo importante a avaliação oftalmológica diante deste quadro. Dentre os diagnósticos diferenciais estão: melanomas e metástases. A terapêutica inclui radioterapia externa, terapia fotodinâmica, braquiterapia e termoterapia transpupilar. **Descrição do caso:** Paciente feminino, 30 anos, com queixa de baixa acuidade visual (BAV) persistente no olho direito (OD). À ecoscopia, notava-se lesão angiomatosa em hemiface direita compatível com *Nevo Flammeus*. Ao exame oftalmológico, acuidade visual (AV) conta dedos a 3 metros no olho direito (OD) e 20/20 no olho esquerdo (OE). Sem alterações à biomicroscopia. Ao mapeamento de retina, foi identificada lesão vermelho-alaranjada justa discal nasal inferior com presença de descolamento de retina (DR) exsudativo sobre a tumoração, que acometia retina inferior e região macular. À tomografia de coerência óptica (OCT) foi evidenciado edema macular e descolamento de retina. Ultrassonografia do OD evidenciou lesão com espessura de aproximadamente 4,8 milímetros. O diagnóstico foi de hemangioma circunscrito de coróide com DR, sendo iniciado tratamento por meio de Radioterapia externa. A despeito da boa resposta anatômica com reabsorção total do edema macular e resolução do DR exsudativo, não houve melhora da acuidade visual. **Discussão:** O hemangioma de coróide apresenta quadro clínico variável. As queixas são de BAV e redução do campo visual, podendo ser assintomático. A BAV pode ser atribuída à presença de edema intrarretiniano bem como DR exsudativo. A associação entre o *Nevo Flammeus* e a investigação da possível presença de hemangioma de coróide é fundamental para o diagnóstico e tratamento precoces visando um melhor prognóstico. O diagnóstico tardio pode levar a destruição dos fotorreceptores secundária ao edema macular de longa data, ocasionando perda visual irreversível. O tratamento com radioterapia externa visa otimizar a AV bem como evitar a evolução para glaucoma neovascular e possível quadro de *phthisis bulbi*. **Conclusão:** Devido a possibilidade de dano visual permanente e consequente impacto na qualidade de vida, é fundamental que o médico generalista conheça a correlação entre *Nevo Flammeus* e o hemangioma coroidal, encaminhando tais pacientes para avaliação oftalmológica.

Palavras-chave: Retina, Hemangioma de coróide, Malformações vasculares.

LANOSTEROL: UMA NOVA ABORDAGEM TERAPÊUTICA

LARISSA BAGNO GARCIA¹; ANA LAURA MOREIRA TEIXEIRA¹; MELINA MEDEIROS DA ROCHA¹; SARAH FREITAS FERREIRA¹; LEANDRO DUARTE DE CARVALHO²

1. Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.
2. Médico Oftalmologista, Mestre pela Santa Casa de BH, Professor da FCMMG.

Introdução: A catarata é a maior causa de cegueira tratável nos países em desenvolvimento e seu tratamento deve ser resolutivo. Esta revisão detalha uma nova abordagem terapêutica por meio da utilização do colírio de Lanosterol para tratar a catarata, opção menos invasiva comparando com a tradicional intervenção cirúrgica. **Objetivos:** Descrever o tratamento para a catarata por meio do colírio de Lanosterol, explicando seu mecanismo de funcionamento no organismo. **Metodologia de busca:** Realizou-se um levantamento bibliográfico por artigos científicos nas bases de dados PubMed e LILACS, por meio dos descritores: catarata, opacidade do cristalino e diretrizes da catarata. Foram selecionados artigos publicados em português e inglês, entre os anos 2008 e 2017. O artigo base para o estudo foi divulgado em 2015 pela Revista Nature intitulado como: "Lanosterol reverses protein aggregation in cataracts". **Discussão:** A catarata é definida por uma opacidade do cristalino, que pode levar desde pequenas distorções visuais até a cegueira. Elemento determinante da gênese da catarata relaciona-se com expressões de um gene, LSS, que codifica as proteínas cristalinas da lente. Então, indivíduos nesta situação apresentam uma elevada agregação proteica, perfazendo a catarata. Por outro lado, a expressão de um gene normal para a LSS reduz significativamente a quantidade e o tamanho das

proteínas agregadas no cristalino. Isso acontece, pois, esse gene sintetiza a enzima lanosterol sintase, responsável pela produção do Lanosterol que é uma molécula-chave na prevenção da agregação de proteínas na lente. Essa molécula anfipática é capaz de se intercalar em áreas de grandes agregações proteicas, tornando-as gradualmente mais hidrossolúveis. Desse modo, estudos experimentais recentes demonstram que, devido a essa propriedade, a adição do Lanosterol no meio das células mutantes do cristalino pode prevenir a agregação proteica e até mesmo diminuir a catarata pré-formada. **Considerações finais:** A cirurgia para correção de catarata apresenta bons resultados, mas costuma estar associada a complicações. Por isso, o tratamento farmacológico, não invasivo, por meio do colírio de Lanosterol, representa a possibilidade de um grande impacto na saúde coletiva, com reflexos financeiro, pela redução de custos do procedimento tradicional. Assim que a fase experimental que este colírio se encontra for conclusiva, a introdução deste modelo de tratamento revelar-se-á uma grande inovação para a medicina.

Palavras-chave: Catarata; Lanosterol; Cristalino; Tratamento.

MALFORMAÇÕES OCULARES ASSOCIADAS À SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS

PABLO SOUSA DE OLIVEIRA¹; ANA PAULA PEREIRA MIRANDA GROSSI¹; EDUARDO HENRIQUE MENESES PRADO¹; ANA CAROLINA DIAS MUNAIER LAGES²

1. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

2. Docente de pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais, da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais e da Universidade Presidente Antônio Carlos.

Introdução: Recentemente o Zika vírus (ZIKV) surgiu como arbovírus importante devido a sua alta prevalência. No Brasil, o ZIKV foi inicialmente identificado no início de 2015 no Rio Grande do Norte e Bahia. As principais características clínicas da síndrome congênita do zika (CZS) incluem microcefalia, desproporção facial, hipertonia / espasticidade, hiperreflexia, artrogripose, perda auditiva neurossensorial (PASN), e anormalidades oculares, que são as manifestações conhecidas mais recentemente. **Objetivos:** O estudo busca realizar um levantamento bibliográfico e descrever as principais manifestações oculares em indivíduos infectados pela Síndrome Congênita do Zika vírus. **Metodologia:** Revisão de literatura científica, utilizando as bases de dados Scielo e PubMed. Para tanto, foram pesquisadas expressões-chave, como: “Zika vírus”, “Anormalidade ocular”, “retina”. **Discussão:** Recentemente, pesquisas efetuadas em áreas endêmicas do ZIKV permitiram a expansão do conhecimento acerca das implicações oculares da Síndrome congênita do Zika vírus. As principais manifestações relatadas incluem atrofia coriorretiniana, maculopatia pigmentar, alterações nos vasos sanguíneos da retina, no nervo óptico, na coróide e na íris. Dado o exposto, sugere-se que a retina é o principal alvo do ZIKV no olho. Estudos evidenciaram a alta permissividade do epitélio pigmentado da retina ao Zika e demonstraram que o vírus é capaz de romper a barreira hemato retiniana, e assim, causar lesões. O principal alvo são as células gliais de Muller, implicando um decréscimo na função neurotrófica e estimulando o aparecimento de citocinas pró-inflamatórias após a infecção. No tocante ao nervo óptico, achados laboratoriais demonstraram que o ZIKV pode implicar alterações atroficas e autólise. Deve-se ressaltar ainda, que em alguns casos, a coróide pode sofrer uma redução na sua espessura e apresentar infiltrado inflamatório, o qual pode se expandir para a íris e gerar lesões nesta estrutura. **Considerações finais:** A infecção por ZIKV surgiu recentemente como uma grave ameaça para as gestantes e para os lactentes. Novos estudos são ainda necessários para maior identificação e esclarecimento dessa associação. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de reforçar as medidas de prevenção contra o mosquito vetor desta comorbidade, principalmente nas áreas de grande incidência, bem como a busca de terapias limitantes contra as consequências da contaminação por esse vírus.

Palavras-chave: “Zika vírus”, “Anormalidade ocular”, “retina”.

MELANOMA DE CORPO CILIAR

GABRIELA GUIMARÃES NOGUEIRA¹, JÚLIA CARVALHO BARBOSA², DANIEL DE PINHO BOTELHO², SENICE ALVARENGA RODRIGUES SILVA² E FÁBIO BORGES NOGUEIRA³

1. Acadêmica do terceiro período da Faculdade de medicina do UniBH.

2. Especializando do segundo ano de Oftalmologia do Instituto de Olhos Ciências Médicas.

3. Oftalmologista especializado em Oncologia Ocular, Preceptor do departamento de Retina do Instituto de Olhos Ciências Médicas e Coordenador do serviço de oftalmologia do Hospital Vwvera Cruz.

Introdução: O melanoma uveal é o tumor intraocular primário maligno mais comum em adultos. É subdividido em melanoma uveal anterior quando acomete a íris e posterior quando acomete a coróide ou o corpo ciliar. A idade no momento do diagnóstico varia em média entre a 4ª e 5ª décadas de vida e ocorre preferencialmente em homens brancos de íris clara. Sugere-se associação com exposição solar,

entretanto ainda não há comprovação. Outros fatores predisponentes incluem história familiar, nevus uveal, melanocitose ocular congênita e xeroderma pigmentoso. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de um paciente com melanoma de corpo ciliar com diagnóstico tardio, e mostrar a importância de um exame biomicroscópico detalhado, mapeamento de retina avaliando a extrema periferia e o exame de ecografia B para o diagnóstico correto. **Descrição do caso:** Masculino, 89 anos, Polonês, com queixa de baixa acuidade visual progressiva no olho direito (OD) há três meses. Em uso de brimonidina tópica e acetazolamida oral para tratamento de glaucoma e “hifema”. Ao exame oftalmológico apresentava acuidade visual de percepção luminosa no OD. À biomicroscopia, presença de tumoração melanocítica ocupando praticamente toda a câmara anterior, impedindo visualização da íris e do cristalino. A pressão intraocular era de 30mmHg neste olho. Olho esquerdo sem alterações. Ecografia B do OD evidenciou lesão sólida, de baixa reflexibilidade acústica, com estrutura interna pouco heterogênea, séssil, presente na região do corpo ciliar temporal, invadindo a raiz iriana e se projetando para a câmara anterior, sugestivo de melanoma de corpo ciliar. O paciente foi submetido à enucleação cuja biópsia comprovou o diagnóstico. **Discussão:** O melanoma do corpo ciliar é de incidência rara e de prognóstico reservado. O melanoma do corpo ciliar pode ter longos períodos de crescimento assintomático, uma vez que surge atrás do diafragma iriano. A sua evolução local pode mostrar mais precocemente vasos episclerais dilatados e hipotensão ocular por lesão do epitélio ciliar. Também pode causar o aparecimento de lesão hiperpigmentada episcleral caso haja infiltração, catarata, subluxação ou astigmatismo cristalino. A anteriorização do diafragma iridocristaliniano e infiltração na malha trabecular estão associados ao fechamento angular. **Conclusão:** Apesar de ser um tumor raro na prática médica, o melanoma do corpo ciliar é uma neoplasia que exige diagnóstico precoce para evitar a enucleação como tratamento.

Palavras-chave: Melanoma uveal, corpo ciliar, neoplasia intraocular.

NEUROPATIA ÓPTICA RELACIONADA A ACHADOS NÃO OFTALMOLÓGICOS PARA O DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS OCULAR: RELATO DE CASO

BERNARDO FONTOURA CASTRO CARVALHO¹, BRENDOW MIRANDA PERDIGÃO²; FERNANDA GUIMARÃES LOPES²; LAURA FONTOURA CASTRO CARVALHO²; GUILHERME DE CASTRO CARVALHO³

1. Faculdade de Medicina de Petrópolis.

2. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

3. Oftalmologista graduado pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução: A sífilis é uma enfermidade infecciocontagiosa sistêmica de evolução crônica, acometendo cerca de 6 milhões de pessoas por ano. A apresentação dos sintomas da doença é variável e complexa. Apesar de outras manifestações clínicas ocorrerem com mais frequência, as complicações oftalmológicas causam morbidade significativa, sobretudo nos casos de diagnóstico tardio ou mau controle da doença. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 41 anos, recorreu ao clínico em dezembro de 2017, queixando-se de dores abdominais difusas e à ultrassonografia, apresentou esplenomegalia. Em maio de 2018, relatou aparecimento de máculas eritematosas confluentes nos membros, tronco, abdome, sem linfonodos palpáveis. Por recomendação do dermatologista, fez uso de corticoide oral apresentando melhora transitória das lesões. No mesmo período, devido ao aparecimento de uma sombra na visão inferior do olho direito, procurou o oftalmologista e, ao exame, apresentou sinais de neurite óptica no OD, porém com acuidade visual preservada em ambos os olhos. Foi submetido a Tomografia de Coerência Óptica do disco óptico e polo posterior, que revelou espessamento de fibras nervosas em disco do OD, sem acometimento da retina na região macular. A angiofluoresceinografia mostrou hiperfluorescência do disco. Foram solicitados então exames que apresentaram VDRL reagentes (1:4096), FTA-ABS IgM+ e IgG+, compatíveis com o diagnóstico de sífilis e anticorpo anti-HIV negativo. O paciente iniciou o tratamento referente a neurosífilis apresentando melhora da dor no flanco direito, das lesões dermatológicas e do escotoma visual. **Discussão:** Embora a sífilis ocular se apresente, na maior parte das vezes, como uma uveíte posterior ou panuveíte associadas a diminuição da acuidade visual, relatos na literatura mostram que a infecção pode atingir quase todas as estruturas oculares, sendo a neurite óptica uma das possíveis manifestações. De forma isolada, o comprometimento do nervo óptico não seria suficiente para colocar a sífilis como uma das principais hipóteses diagnósticas, porém, quando relacionada aos sintomas não oftalmológicos, é importante que o médico investigue um possível quadro infeccioso para tratá-lo corretamente e impedir sua progressão. **Conclusão:** A sífilis é uma patologia grave que pode se manifestar de diferentes formas. Conhecer suas possíveis alterações e correlaciona-las é de fundamental importância para se chegar ao diagnóstico e iniciar o tratamento adequado.

Palavras-chave: sífilis, neurosífilis, sífilis ocular, neurite óptica.

NEURORRETINITE SECUNDÁRIA A DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO: RELATO DE CASO

CAMILA DIAS MEDEIROS¹, ANA FLÁVIA DIAS MEDEIROS²

1. FAMINAS-BH.

2. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

Introdução: A doença da arranhadura do gato é uma infecção sistêmica subaguda causada por bacilos intracelulares gram-negativos *Bartonella* (B.) *henselae*. A transmissão ocorre pela arranhadura, lambida ou mordida do animal infectado, geralmente gatos¹. A doença é caracterizada por linfadenopatia, febre, hipoxemia e prostração. O acometimento ocular ocorre em cerca de 10% dos casos e sua manifestação mais característica é a neurorretinite². **Descrição do caso:** Paciente de 33 anos, sexo feminino, residente em Belo Horizonte – MG. Atendida na urgência da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte com quadro de baixa acuidade visual em olho esquerdo há 7 dias. Relata que há 12 dias apresentou dois episódios de febre não termometrada associada a dor de garganta e linfadenomegalia submandibular. Portadora de artrite reumatoide em uso de prednisona 15 mg/dia e metotrexato. História de contato com gato. Ao exame apresentava acuidade visual 20/200 em olho esquerdo e 20/20 em olho direito. Biomicroscopia sem alterações. Fundoscopia apresentando edema de disco óptico setorial inferior, neurorretinite com estrela macular em olho esquerdo, e olho direito sem alterações. Sorologia para B. *henselae* positiva. Tratamento com Doxiciclina oral na dose de 100mg 12/12h. Apresentou melhora gradativa do quadro e ao final do primeiro mês apresentava acuidade visual no olho esquerdo de 20/25, disco óptico corado com limites bem definidos e reabsorção de grande parte dos exsudatos retinianos. **Discussão:** A neurorretinite é uma neuropatia óptica caracterizada por diminuição da acuidade visual devido a edema de disco óptico associado a exsudatos peripapilares e maculares frequentemente formando uma estrela macular³. Cerca de 60% dos casos de neurorretinite são causados pela doença da arranhadura do gato¹. O diagnóstico da infecção por B. *henselae* é clínico, com exames laboratoriais como a sorologia para B. *henselae* utilizados para confirmar a suspeita inicial³. O tratamento permanece controverso, entretanto antibióticos sistêmicos parecem encurtar a duração da doença e a velocidade de recuperação visual. As drogas de escolha são os macrolídeos, podendo ainda ser utilizado doxiciclina⁴. **Conclusão:** A neurorretinite secundária a doença da arranhadura do gato é usualmente negligenciada e, apesar de autolimitada, pode comprometer a qualidade de visão do paciente. Dessa forma, seu diagnóstico deve ser sempre considerado mesmo que não ocorram manifestações sistêmicas da doença.

Palavras-chave: doença da arranhadura do gato; neurorretinite.

POR QUE ACOMPANHAR UMA LESÃO BENIGNA? MELANOCITOMA DE DISCO ÓPTICO: UM RELATO DE CASO

PAULO HENRIQUE DE MIRANDA CORDEIRO², FREDERICO DE MIRANDA CORDEIRO¹, ALINE VILANI DA SILVA REZENDE¹, DIMITRIA FORTES DE OLIVEIRA BORGES², SENICE ALVARENGA RODRIGUES SILVA¹

1. Instituto de Olhos Ciências Médicas - Belo Horizonte/MG.

2. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - Belo Horizonte/MG.

Introdução: Variante específica do nevo melanocítico uveal, o melanocitoma de disco óptico apresenta-se como uma lesão densamente pigmentada, pouco elevada, arredondada, variando de cor e tamanho. Acomete tipicamente o disco óptico, mas pode ser encontrado na íris, coróide, esclera, corpo ciliar e conjuntiva. Como raramente existe sintomatologia específica, a estimativa da prevalência torna-se um desafio. Apresenta predileção pelo sexo feminino e por indivíduos melanodérmicos. Apesar da pouca predisposição à transformação maligna, o melanoma primário é um importante diagnóstico diferencial devido às altas taxas de morbi-mortalidade. Na literatura há relatos de transformação maligna de melanocitomas, com taxas presumidas de 1-2%. O objetivo deste caso é ressaltar a importância do correto diagnóstico e do correto seguimento e propedêutica a fim de evitar complicações dessa lesão benigna. **Descrição do caso:** Feminino, 58 anos, hipertensa e diabética, em acompanhamento oftalmológico semestral devido a melanocitoma de disco óptico diagnosticado em exame de rotina. Ao exame: acuidade visual (AV) 20/20-1 em ambos os olhos. Biomicroscopia sem alterações. Fundoscopia: relação escavação/disco fisiológico, com rima preservada e mácula sem alterações bilateralmente. No olho direito visualizava-se lesão hiperpigmentada, elevada, bem delimitada, na região justapapilar nasal superior. Achados ultrassonográficos de lesão justapapilar sólida não móvel e de média e alta reflectividade sugeriram lesão característica de melanocitoma de disco, sem evolução do quadro até então. **Discussão:** O melanoma primário, tumor intraocular mais comum entre os pacientes acima de 50 anos, é um dos diagnósticos diferenciais do melanocitoma, junto com nevo peripapilar, hamartoma combinado da retina com epitélio pigmentado da retina (EPR),

hiperplasia e adenoma de EPR e melanoma metastático do disco óptico. O crescimento da lesão com espessamento local, baixa da AV, comprometimento extenso do disco óptico, achados ecográficos característicos e presença de fluido subretiniano são evidências de uma possível transformação maligna, sendo um dos tratamentos de eleição a enucleação. **Conclusão:** Diante da suspeita do melanocitoma os pacientes devem ser acompanhados rotineiramente com exame oftalmológico completo, campo visual, retinografia, ultrassonografia, angiografia fluoresceínica e tomografia de coerência óptica para, assim, ser diagnosticado precocemente a transformação maligna em melanoma.

Palavras-chave: Melanocitoma do disco óptico, melanoma, diagnóstico diferencial.

RELATO DE CASO: FASCEÍTE NECROSANTE DA PÁLPEBRA

ANDRÉA ALVES MORATO¹; LARISSA RODRIGUES GALVÃO¹; PAULA BARATZ KAC¹; VICTORIA FURQUIM WERNECK MARINHO²; GABRIEL DE PAULA CASTRO SILVA²

1. Acadêmicas de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

2. Médico Oftalmologista HC USP-SP.

Introdução: A fascíte necrosante é uma infecção potencialmente letal do tecido subcutâneo e da fáscia subjacente decorrente de uma invasão bacteriana que provoca necrose liquefativa do tecido mole, da pele, do subcutâneo e da derme.¹ O acometimento periorbital é raro e inicia com celulite, eritema e edema; podendo evoluir de forma desfavorável, inclusive com perda visual. Pouco mais de 100 casos são descritos na literatura.² **Descrição do caso:** Paciente A.S.R., 6 anos, feminino, procura assistência médica apresentando edema palpebral à direita, sangramento, crostas escuras, dor e febre há 4 dias. Nega trauma e infecção de via aérea superior. Em tratamento para celulite orbitária com Ceftriaxone + Clindamicina, com evolução para toxemia e necrose superficial de pálpebra. Exame físico: tumoração em pálpebra superior direita de aspecto necrótico, hiperemia e edema adjacente. Exame do olho direito prejudicado pelo edema e tecido necrótico; biomicroscopia sem alterações. Olho esquerdo sem alterações. Tomografia de órbitas evidenciou coleção em região periorbitária direita que não se estende para a área pós-septal, medindo 2,9x1,9x2,1 cm. Exames laboratoriais: leucocitose 15.880mm³ e PCR: 79,23mg/dl. Coletado material para cultura, iniciada antibioticoterapia venosa e realizado debridamento cirúrgico com blefarorrafia intraoperatória e cicatrização por segunda intenção. Paciente apresentou boa recuperação, alta hospitalar no 7º dia pós-operatório e evoluiu com cicatrização quase completa e boa oclusão palpebral no 30º dia. **Discussão:** A abordagem diagnóstica e terapêutica na população pediátrica deve ser rápida e agressiva, atrasos estão relacionados com pior prognóstico e aumento da mortalidade. A suspeita clínica de um diagnóstico com etiologia infecciosa e o alto risco de acometimento pós-septal justificaram o início precoce da antibioticoterapia venosa. A presença de tecido necrótico e a evolução alarmante para toxemia tornaram a abordagem cirúrgica mandatória, com debridamento da ferida e cicatrização por segunda intenção. **Conclusões:** A pálpebra é um tecido muito vascularizado e raramente acometido por isquemia e necrose, o que torna a fascíte necrosante da pálpebra um diagnóstico raro e por vezes devastador.³ O diagnóstico e a intervenção imediatos são mandatórios dado o risco de evolução para acometimento pós-septal e necrose. Ademais, a cicatrização por segunda intenção surge como uma boa opção para intervenções na pálpebra, principalmente em casos infectados.

Palavras-chave: fascíte necrosante; pálpebra; celulite orbitária.

RELATO DE CASO DE NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA CONDUZIDA COMO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

LARISSA FOUAD IBRAHIM¹, SENICE ALVARENGA RODRIGUES SILVA¹, LEONARDO SANTOS RESENDE², FREDERICO DE MIRANDA CORDEIRO, GLAUBER COUTINHO ELIAZAR³

1. Residentes de oftalmologia no Instituto de Olhos Ciências Médicas.

2. Acadêmico da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

3. Médico oftalmologista preceptor do Instituto de Olhos Ciências Médicas e da Santa Casa de Belo Horizonte.

Introdução: O trauma periocular pode afetar o nervo óptico (NO), causando baixa acuidade visual (BAV) ou alteração de campo visual. A lesão pode ser classificada como direta (compressão, contusão ou laceração do NO) ou indireta (lesão do NO por desaceleração). A seguir, apresenta-se um caso de neuropatia óptica traumática (NOT) que vinha sendo conduzido como acidente vascular encefálico (AVE). Após uma avaliação clínica e propedêutica

detalhada, foi possível obter o diagnóstico correto. **Descrição do caso:**

Paciente feminina, 29 anos, atendida em serviço de urgência após queda da própria altura com perda da consciência. Foi suturada ferida corto-contusa em supercílio direito e constatada BAV no olho direito (OD). Na ressonância magnética (RM), observou-se pequeno foco de isquemia recente em córtex do lobo occipital à esquerda e órbitas sem anormalidades. Na retinografia, não foram encontradas alterações. Campo visual normal no olho esquerdo (OE) e não confiável no OD, pela baixa de visão. Após os achados isquêmicos na RM, obteve-se o diagnóstico de AVE. Três meses após o incidente, ao ser avaliada em serviço de neuro-oftalmologia, referia melhora da acuidade visual (AV), porém ainda com BAV no OD e comprometimento da estereopsia. Ao exame, AV (Snellen) de 20/60 no OD e 20/20 no OE. A única alteração à biomicroscopia foi a palidez no disco óptico do OD. Logo, concluiu-se que a baixa de visão era decorrente de uma NOT e optou-se por tratamento conservador. **Discussão:** A paciente foi à consulta neuro-oftalmológica em busca de orientações prognósticas após diagnóstico de AVE isquêmico. A investigação feita pela história clínica e evolução do quadro permitiu o diagnóstico correto e melhor orientação. A área isquêmica no exame de RM não explica as queixas e trata-se de um achado que levou à confusão diagnóstica. No AVE isquêmico occipital esquerdo, o BAV e a possível palidez discal ocorreriam bilateralmente, devido ao cruzamento quiasmático de fibras nasais. No quadro de NOT, entretanto, tais alterações ocorrem apenas no lado do NO afetado. A RM de órbitas normal excluiu o mecanismo compressivo por hemorragia orbital, a NOT mais comum. A segunda mais comum, hipótese do caso, é a NOT indireta posterior, uma lesão por desaceleração das estruturas orbitárias durante o trauma. **Conclusões:** O conhecimento da NOT e da anatomia das vias ópticas tem extrema importância no raciocínio topográfico e etiológico das lesões traumáticas que cursam com comprometimento visual.

Palavras-chave: neuro-oftalmologia; neuropatia óptica traumática; acidente vascular encefálico; vias ópticas; trauma periocular.

RELATO DE CASO: ESPOROTRICOSE

BÁRBARA KELLY DE ASSIS VIANA¹; DANIELA ROSSETTI LESSA¹; HELENA GUIMARÃES FERREIRA LIMA¹; JÉSSICA RESENDE VAZ DE MELO¹; GABRIELLE MACEDO PEDROSA¹

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Introdução: O caso a ser apresentado se refere à Esporotricose, uma micose transmitida por ferimentos com farpas de vegetais contaminados e mordeduras de animais contaminados.¹ O acometimento ocular da doença caracteriza a Síndrome Oculoglandular de Parinaud (SOP), que consiste em conjuntivite granulomatosa unilateral + linfadenopatia regional.² **Relato do caso:** G.S.A, masculino, 13 anos, natural do Rio de Janeiro, compareceu ao ambulatório no dia 03/04/17 apresentando hiperemia ocular à direita, tumoração granulomatosa em pálpebra inferior OD e linfadenomegalia ipsilateral pré-auricular há cerca de 25 dias. Foi diagnosticado com doença de arranhadura do gato, fez uso de Azitromicina por 5 dias, sem melhora. Cartão vacinal atualizado. Relata ter gato em casa vacinado e assintomático. Ao exame: AV 20/20 AO, motilidade ocular extrínseca preservada. À biomicroscopia apresentava lesão nodular em terço medial de PID, múltiplas lesões granulomatosas em conjuntiva tarsal OD, fundo de saco e carúncula de base séssil, consistência macia, indolores à palpação, com folículos e secreção mucosa ao redor. Linfadenomegalia pré-auricular à direita, pouco endurecida, indolor, medindo cerca de 2x2 cm. PIO 10/11 mmHg. Fundoscopia sem alterações. Exames laboratoriais normais. Sorologia para Bartonella henselae não realizada por questões financeiras. A hipótese diagnóstica foi de Esporotricose devido ao quadro clínico característico, realizado coleta do material granulomatoso para SWAB e cultura de fungos, crescendo Sporothrix schenckii complexo. O tratamento instituído foi Itraconazol 100-400 mg/dia por 3 meses. **Discussão:** A Esporotricose é uma infecção de caráter subagudo ou crônico causada pelo fungo Sporothrix schenckii.³ Promove lesões dos tecidos cutâneos e subcutâneos e de canais linfáticos adjacentes, que podem supurar, drenar e ulcerar. O envolvimento ocular através da SOP e se dá, na maioria das vezes, após trauma local contaminado.¹ Seu diagnóstico é confirmado por citodiagnóstico, cultura, histopatológico ou sorologia. É válido reforçar que a Esporotricose apresentou um aumento significativo de casos em seres humanos nos últimos anos, devendo ser lembrada diante um quadro clínico semelhante ao apresentado. **Conclusão:** Embora a Síndrome de Parinaud tenha como principal etiologia o B. henselae, é fundamental o diagnóstico diferencial com outros agentes menos comuns, como o Sporothrix schenckii, para a condução adequada do tratamento.

Palavras-chave: Esporotricose; Síndrome Oculomotora de Parinaud; Granuloma Conjuntival.

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO ROPSCORE COMO PREDITOR DA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE

LUCAS DE BARROS ANASTÁCIO^{1,2}; ISABELE SANTOS PIUZANA BARBOSA^{1,2}; LAURA ENEIDA SANTOS^{1,2}; JÚLIA AMÉLIA RICCI^{1,2}; SIURA APARECIDA BORGES SILVA^{2,3}

1. Santa Casa da misericórdia de Belo Horizonte.
2. Universidade de Itaúna.
3. Maternidade Odete Valadares - FHEMIG.

Introdução: A Retinopatia da prematuridade (ROP) é a principal causa de deficiência visual permanente na infância, sendo encontrada em até 29,9% dos nascidos vivos com até 1500g. A identificação precoce da forma grave da ROP pode prevenir a cegueira. Existem diversas ferramentas que, por meio de um sistema de pontuação de possíveis fatores de risco da doença, são utilizadas como preditores da ROP, dentre elas o ROPScore. Além de prever o risco da ROP, o uso desse escore pode otimizar as avaliações e reavaliações dos RN. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do ROPScore como fator preditivo de desenvolvimento de ROP em neonatos pré-termo. **Metodologia de Busca:** Revisão sistemática de acordo com o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (Prisma). Para realização da busca foi estabelecido o PICOS: "P" (population): recém nascidos pré-termo; "I" (intervention): Uso do ROPScore; "C" (control): recém nascidos não avaliados com o ROPScore; "O" (outcomes): Diagnóstico ou não-diagnóstico de ROP; "S" (study design): ensaios clínicos randomizados ou estudos retrospectivos. A seleção de artigos foi realizada nas bases de dados PubMed e ScienceDirect, utilizando-se dos descritores ROPScore e Retinopathy of prematurity. Dos artigos encontrados, 5 foram escolhidos como base da revisão, tendo como critérios de inclusão e exclusão, respectivamente, análise do abstract e o ano de publicação (últimos 7 anos). **Discussão:** O ROPScore foi uma ferramenta desenvolvida em 2012, para avaliar os principais fatores de risco envolvidos no desenvolvimento da ROP: Peso ao Nascimento (PN) e Idade Gestacional (IG), ganho de peso proporcional ao PN nas seis primeiras semanas de vida, uso do oxigênio com ventilação mecânica e necessidade de transfusão sanguínea. Nos estudos avaliados, o ROPScore apresentou sensibilidade de 90 à 100% e especificidade de 55 à 59,8% para diagnóstico de ROP. Além disso, O ROPScore mostrou-se mais eficaz no estabelecimento do diagnóstico da doença, quando comparado a outras ferramentas de mesmo objetivo e permitiu racionalizar a realização de exames entre os RN de risco. **Considerações Finais:** Em conclusão, é possível afirmar que ROPScore é uma ferramenta de triagem eficaz, promissora e não invasiva para prever a ROP. Entretanto o número de ensaios clínicos para validação do ROPScore ainda é muito reduzido. Mais estudos, em especial de fase II e IV, devem ser realizados para garantir eficácia baseada em evidência dessa ferramenta.

Palavras-chave: ROPscore, Prematuridade, Retinopatia da prematuridade, Screening.

SÍNDROME DE BARDET-BIEDL - RELATO DE CASO

MARIA PAULA COSTA LIMA DE CASTRO MISERANI¹, JACQUELINE ARAÚJO LIMA¹, JÚLIA COSTA GARCIA¹, LAILA RAHME NOGUEIRA¹, RAÍZA JACOMETTI²

1. Acadêmicas do 8º período de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG).
2. Residente do 3º ano da Especialização em Oftalmologia do Instituto de Olhos de Belo Horizonte (IOCM).

Introdução: A síndrome de Bardet-Biedl (SBB) é uma doença genética com padrão autossômico recessivo. Manifesta-se ainda na infância, mas o diagnóstico geralmente é feito na vida adulta por meio de critérios bem definidos. Está associada com uma distrofia de fotorreceptores retinianos, principalmente uma distrofia de cones e de bastonetes, formando a retinose pigmentar. **Descrição do caso:** Trata-se de um paciente do sexo masculino, de 15 anos, encaminhado ao ambulatório de retina devido a baixa acuidade visual (AV), bilateral. Paciente nega queixas ou antecedentes oftalmológicos progressivos. Possui retardo mental leve e história familiar de retinose pigmentar (RP). Ao exame oftalmológico, apresenta AV corrigida de 20/50 e 20/80. Biomicroscopia anterior inalterada. Ao mapeamento de retina, observa-se discos ópticos bem delimitados e normocorados; estreitamento arteriolar difuso; espículas ósseas em média periferia e brilho macular reduzido. À ectoscopia, presença de obesidade central e polidactilia. Feita angiografia com fluoresceína com hipótese diagnóstica de RP. À tomografia de coerência óptica de máculas, observa-se redução difusa da espessura retiniana, com comprometimento da retina externa. Nota-se discreto aplainamento da depressão foveal, redução da espessura do umbo e diminuição da espessura da fóvea central (160 e 159 micras).

Não se identifica zona elipsóide. **Discussão:** Foi aventada a hipótese de SBB pela presença de RP, polidactilia, obesidade de tronco, retardo mental e falar lento, fechando seu diagnóstico clínico. Essa síndrome pode ser definida clinicamente por seis critérios principais: distrofia progressiva retiniana (bastonetes e cones), obesidade central, hipogonadismo, polidactilia, disfunção renal e distúrbios de aprendizagem. O diagnóstico baseia-se nas características clínicas e pode ser confirmado por sequenciação molecular dos 18 genes causadores da doença. A presença de quatro critérios maiores ou de três critérios maiores e dois menores fecham o diagnóstico. O tratamento da SBB é sintomático, e visa prevenir impactos secundários das manifestações da doença, como o diabetes melito, a hipertensão e a síndrome metabólica. **Conclusões:** Torna-se necessário o conhecimento das alterações sistêmicas e oftalmológicas da SBB para que se possa fechar seu diagnóstico clínico, uma vez que, em nosso meio, o estudo genético é de difícil acesso, e o tratamento correto pode prevenir complicações secundárias à doença.

Palavras-chave: síndrome de Bardet-Biedl, retinose pigmentar.

SÍNDROME DE BROWN – UM RELATO DE CASO

HECTOR NERY PINEDA CORRÊA¹; DANIEL DE PINHO BOTELHO¹; JULIA CARVALHO BARBOSA¹; LARISSA LIMA MAGALHÃES²; ERICA BORGATTI MOURA¹

1. Instituto de Olhos Ciências Médicas de Minas Gerais.
2. Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Introdução: A Síndrome de Brown caracteriza-se pela limitação de movimento do tendão do músculo oblíquo superior (MOS) através da tróclea com limitação da elevação do olho em adução. Pode ser de etiologia congênita, com o encurtamento da bainha do tendão, ou adquirida, por processos inflamatórios ou iatrogênicos. **Descrição do caso:** Paciente feminino, 5 anos, atendida no Departamento de Estrabismo deste serviço. A mãe informou que aos 2 anos foi observada limitação da elevação do olho esquerdo (OE) em adução. Notava-se posição normal da cabeça e negava: diplopia, dor à movimentação, trauma craniano ou de face. Hígida desde o nascimento, antecedentes gineco-obstétricos sem intercorrências e desenvolvimento neuro-psico-motor normal. Informava prima com estrabismo. Apresentava acuidade visual (AV) sem correção (SC) de 20/50+2 no olho direito (OD) e 20/30 no OE (Snellen), com refração de +0,75 -2,50 x 1700 no OD (20/30), mantendo 20/30 no OE, mesmo com PL -1,00 x 10°. Sem alterações à biomicroscopia. Ao Cover Test SC, ortofórica para longe e perto, com ponto próximo de convergência a 5 cm, sem alterações da fenda palpebral. Possuía limitação significativa de elevação do OE ao olhar para a direita, com elevação normal ao olhar para esquerda. No OD, discreta hiperfunção do músculo oblíquo inferior e no OE discreta hiperfunção do MOS. Foram prescritos óculos com refração estática total devido à ambliopia e solicitado acompanhamento anual. A mãe da paciente foi orientada sobre o diagnóstico clínico e sobre a não indicação cirúrgica, devido a ausência de hipotropia na posição primária do olhar, torcicolo ou depressão do olho em adução. **Discussão:** A Síndrome de Brown é uma forma de estrabismo vertical restritivo. Pode ser congênito ou adquirido e manifestar-se unilateral ou bilateral, sendo as formas congênita e unilateral as mais comuns. O quadro clínico clássico é composto por limitação na elevação em adução, depressão do olho em adução, divergência em supravisão e teste de dução passiva positivo, podendo nem todas as alterações estarem presentes. **Conclusão:** A síndrome de Brown congênita é uma forma de estrabismo de improvável resolução espontânea. Possui indicação cirúrgica quando o paciente assume posição de cabeça compensatória com impacto nas atividades diárias. O diagnóstico precoce e acompanhamento são fundamentais para o desenvolvimento pleno da visão e melhor qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Síndrome de Brown; Estrabismo; Transtornos de motilidade ocular.

SÍNDROME DE WOLFRAM COM QUADRO CLÁSSICO COMPLETO: UM RELATO DE CASO

OLIVIA MOURA DE PAULA RICARDO¹, CAROLINA SERPA BRAGA¹, LARISSA FOUAD IBRAHIM¹, LARISSA LIMA MAGALHÃES², GABRIELA CASTANHEIRA BENETI GC³

1. Especializando de Oftalmologia no Instituto de Olhos Ciências Médicas – IOCM.
2. Acadêmica Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – FCMMG.
3. Fellowship de Retina Clínica no Instituto de Olhos Ciências Médicas – IOCM.

Introdução: A Síndrome de Wolfram (SW) é uma condição neurodegenerativa progressiva, com prevalência de 1: 770000 nascidos vivos e herança autossômica

recessiva. É caracterizada pelo diabetes melitus (DM) e atrofia óptica. Pode ocorrer diabetes insipidus (DI) disacusia neurossensorial, bexiga neurogênica, ataxia, nistagmo e predisposição a doenças psiquiátricas. **Descrição do caso:** Paciente de 27 anos, sexo feminino, com queixa de baixa acuidade visual (AV) progressiva. Apresentava DM tipo I diagnosticada há 21 anos, DI, doença renal crônica estágio II, surdez e bexiga neurogênica. Em uso de desmopressina, fluoxetina, insulina, carbamazepina, sinvastatina e nitrofurantoina. Ao exame oftalmológico a AV com correção era de conta dedos junto ao rosto em ambos os olhos (AO). A fundoscopia notava-se palidez de disco óptico e escavação de difícil delimitação. Ressonância magnética de crânio solicitada evidenciava adelgaçamento de bilateral e simétrico de nervos ópticos, associado a hipotrofia do quiasma óptico. Angiografia fluoresceínica mostrou atrofia óptica em AO. Diante do quadro paciente preenchia critérios para diagnóstico de SW. Avaliada no departamento de retina sem sinais de retinopatia diabética, a despeito do controle clínico irregular e diagnóstico de longa data. Mantém acompanhamento e foi encaminhada para o setor de visão subnormal. Em dois anos de seguimento, apresentou baixa AV progressiva evoluindo para AV de percepção luminosa AO. **Discussão:** A raridade e aparecimento gradual dos sintomas, torna difícil o diagnóstico da SW. A primeira manifestação é o DM tipo I seguindo com atrofia do nervo óptico, hipoacusia e distúrbios neurológicos. Diagnósticos diferenciais incluem a síndrome da rubéola congênita, atrofia óptica hereditária de Leber, anemia tiamino responsiva. O quadro oftalmológico inclui deterioração da AV, constrição periférica do campo visual, associado ou não a escotomas centrais e atrofia bilateral do disco óptico. É importante a detecção precoce para controle dos sintomas e orientação dos pacientes quanto ao prognóstico, apesar da inexistência de uma terapia curativa. **Conclusão:** Por vezes subdiagnosticada, a relevância desse relato está em descrever um caso com achados completos dessa patologia, contribuindo para o reconhecimento precoce. É necessário acompanhamento multidisciplinar e, apesar de não existir terapia curativa, existem métodos que visam otimizar a baixa visão, tornando essencial a participação do oftalmologista.

Palavras-chave: Síndrome de Wolfram; Atrofia Óptica; Diabetes.

TELANGIECTASIA MACULAR ASSOCIADA A MEMBRANA EPIRETINIANA: RELATO DE CASO

ALINE VILANI DA SILVA REZENDE¹, FREDERICO DE MIRANDA CORDEIRO¹, LETICIA ARRIEL CREPALDI¹, PAULO HENRIQUE DE MIRANDA CORDEIRO², HECTOR NERY PINEDA CORRÊA¹

1. Residentes do Instituto de Olhos Ciências Médicas.
2. Acadêmico da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

Introdução: Telangiectasias retinianas (MacTel) se caracterizam por alterações telangiectásicas capilares, perimaculares, uni ou bilaterais com dilatação e incompetência vascular. São classificadas em três grupos principais: tipo 1, unilateral, congênita, incomum e similar à Doença de Coats, que complicam com edema macular cistóide e exsudação lipídica; tipo 2, adquirida e bilateral, sendo a forma mais comum, que evoluem com atrofia macular; e tipo 3, raro fenômeno de oclusão e isquemia. O objetivo do trabalho é apresentar um relato de caso de edema macular cistóide confrontando com o diagnóstico de Irvine Gass e MacTel tipo 1. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 68 anos, hipertenso, faz acompanhamento oftalmológico devido a edema macular cistóide e membrana epiretiniana (MER) no olho direito (OD). História prévia de facoemulsificação com implante de lente intraocular em ambos os olhos. Diagnosticado com Irvine Gass no OD, sendo realizado 4 injeções intravítreas (IV) de triancinolona, sem melhora. Ao exame: acuidade visual (AV) conta dedos a 1 metro no OD e 20/20 no olho esquerdo (OE). Fundoscopia: aumento da tortuosidade vascular, edema macular, microaneurismas e área de lesão vascular exsudativa no OD; brilho macular discretamente alterado, com drusas e mobilização de pigmento no OE. Angiografia fluorescente: sugestiva de edema macular bilateral a esclarecer. Tomografia de coerência óptica (OCT): compatível com edema macular cistóide no OD e discreta MER em ambos os olhos. **Discussão:** MacTel do tipo 1 são congênitas, parafoveolares e unilaterais que se caracterizam por capilares telangiectásicos, que ocupam 1 a 2 diâmetros de disco na metade temporal da mácula. Podem ocorrer exsudatos lipídicos nas margens da área acometida, tomando forma de retinite circinata. Maior incidência na 4ª década e no sexo masculino. Devido ao edema macular cistóide e exsudação, pode ocorrer baixa AV. Como tratamento e prevenção utiliza-se a fotocoagulação a laser afim de melhorar ou preservar a AV central. Essa opção apresenta como foco as telangiectasias transudativas e distantes da fóvea por, pelo menos, 500 micra. Outras opções de tratamento são IV de esteróides ou anti VEGF's. **Conclusão:** Os diagnósticos diferenciais de edema macular cistóide podem retardar o diagnóstico precoce da MacTel tipo 1. Tal atraso pode repercutir diretamente na qualidade de vida do paciente, retardando a terapêutica adequada e consequente redução da AV devido ao acometimento da mácula central.

Palavras-chave: telangiectasias retinianas, MacTel tipo 1, edema macular cistóide.

TRANSPLANTE DE CÓRNEA: QUAL A REALIDADE BRASILEIRA?

ROBERTA COUTINHO VASCONCELOS¹ LUCAS OLIVEIRA MARQUES¹,
GABRIELA SOUZA DINIZ RICARDO¹, ANA CRISTINA NOGUEIRA
RODRIGUES PESTANA¹

1. Faculdade de Medicina, Universidade de Itaúna, MG.
2. Faculdade Ciências Médicas Minas Gerais.

Introdução: Doenças que acometem a córnea são a segunda principal causa de cegueira humana. Segundo a Organização Mundial da Saúde, há atualmente cerca de 39 milhões de pacientes cegos e 250 milhões de indivíduos com diminuição na capacidade visual. Para isso, o transplante de córnea é considerado a principal medida para melhoria e tratamento da cegueira, aumentando, assim, a qualidade de vida dos pacientes. **Objetivo:** Revisar a literatura afim de analisar a realidade epidemiologia acerca de transplante de córnea no Brasil. **Metodologia de busca:** Para o presente estudo, as informações sobre transplantes de córnea no Brasil, entre os anos de 2012 a 2017, foram adquiridas por meio de dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, ofertadas pelas Centrais Estaduais de Transplantes, e também por meio da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Os dados obtidos foram analisados em relação à quantidade de procedimentos, à lista de espera e a demandas anuais, tanto no âmbito nacional quanto em Minas Gerais. Além disso, foram avaliados artigos nas bases de dados, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando o descritor “corneal transplantation” e “epidemiology”, limitando a busca pelos parâmetros de relevância (descritores presentes no título e/ou “abstract”) e pelo ano de publicação (não anterior a 2012). **Discussão:** Apesar da quantidade de demanda por transplante de córnea ter aumentado 8% de 2012 até 2017, o número de ceratoplastias realizadas, no Brasil, também apresentou crescimento a partir de 2013 (cerca de 19%). Além disso, observada a quantidade de pacientes na fila de espera, nota-se redução de, aproximadamente, 10% em 2017, quando comparada ao ano de 2015, demonstrando melhoria nesse serviço. Ainda, observa-se que a demanda desse transplante em Minas Gerais se manteve estável durante o período de 2012 a 2014 e cresceu a partir de 2015. A quantidade de transplantes de córnea nesse estado apresentou-se como oscilante. **Considerações finais:** O Brasil demonstra-se como país com eficaz organização no serviço público para transplante de córnea, uma vez que seu sistema informatizado e atualizado, por meio do Sistema Nacional de Transplantes, permite quantificação epidemiológica de dados para possíveis atuações de investimento governamentais.

Palavras-chave: Epidemiologia brasileira. Transplante de córnea.

UVEÍTE POSTERIOR COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE NEUROTOXOPLASMOSE E SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA): RELATO DE CASO

JÉSSICA VÉRAS GONZAGA DE MOURA², DANIEL BODOUR DANIELIAN FILHO¹, LARISSA FOUAD IBRAHIM¹, SENICE ALVARENGA RODRIGUES SILVA³, CAROLINA SERPA BRAGA¹

1. Especializando de Oftalmologia no Instituto de Olhos Ciências Médicas - IOCM.
2. Médica graduada na Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS BH.
3. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Introdução: A toxoplasmose é a causa mais frequente de uveíte posterior infecciosa. O parasita afeta principalmente as camadas internas da retina podendo progredir para a coróide, esclera e gerar dano tecidual às fibras nervosas. A toxoplasmose é geralmente autolimitada em pessoas imunocompetentes, mas com risco de vida em indivíduos imunocomprometidos. **Relato do Caso:** Paciente feminino, 30 anos, previamente hígida com relato de baixa acuidade visual (AV) súbita no olho esquerdo (OE) há 2 semanas e hemibalismo ipsilateral há 5 dias. Realizada avaliação oftalmológica em conjunto com a Neurologia. O OE apresentou AV de conta dedos a 1 metro e lesão brancacenta em região macular com opacidade vítrea. Ecografia do OE: ecos de média ecogenicidade sugerindo inflamação ou hemorragia vítrea; hialóide espessada e retina aplicada. O Olho direito não apresentou alterações. A Tomografia de crânio revelou lesão expansiva com realce anelar em região nucleocapsular esquerda, circundada por edema. Exames Anti-HIV, IgG e IgM para toxoplasmose reagentes. Diante do exposto, paciente foi diagnosticada com uveíte posterior associada à Neurotoxoplasmose e SIDA. Iniciado terapia antirretroviral, sulfadiazina, pirimetamina, ácido fólico e corticoide. Paciente evoluiu com melhora do quadro sistêmico e ocular com AV final de 20/200 (tabela de Snellen) e cicatriz em região macular no OE. **Discussão:** A doença oftálmica afeta 50% a 75% dos pacientes com infecção pelo HIV em algum momento da história natural da doença. Grande parte dos pacientes desconhecem o acometimento até o surgimento de complicações graves. Embora raramente relatadas, as manifestações oculares podem ser o sinal inicial de uma infecção sistêmica. O diagnóstico da toxoplasmose ocular é clínico e tipicamente se apresenta como retinocoroidite com retinite granulomatosa necrotizante associada à coroidite granulomatosa reativa, vitreíte e até iridociclites. Indivíduos imunocomprometidos podem ter uma apresentação mais agressiva, com grave evolução das lesões oculares, como no caso relatado. A decisão terapêutica depende de vários fatores como a imunidade do paciente. **Conclusão:** O caso ilustra a possibilidade da uveíte ser a manifestação inicial de um paciente com SIDA e Neurotoxoplasmose. Isso demonstra a importância do exame oftalmológico minucioso e investigação multidisciplinar em casos de uveíte com apresentação atípica. O diagnóstico e o tratamento precoces favorecem um melhor prognóstico visual e sistêmico.

Palavras-chave: Uveíte, SIDA, Neurotoxoplasmose.