RESUMOS VII CONGRESSO ACADÊMICO DE OFTALMOLOGIA

Resumo

DISTROFIA RETINIANA COM PADRÃO STARGARDT: EVOLUÇÃO APÓS 6 ANOS DE ACOMPANHAMENTO

RETINAL DYSTROPHY WITH STARGARDT PATTERN: EVOLUTION AFTER 6 YEARS OF FOLLOW-UP

Karollyne Prado [1], Gisanna Brito [1], Lucas Costa [1]

[1] Instituto de Olhos Ciências Médicas (IOCM), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
Autor correspondente: Karollyne Francisco Prado. E-mail: Karollyneprado@hotmail.com

Introdução: Descrever caso de distrofia retiniana com padrão sugestivo de Stargardt destacando a importância do monitoramento da progressão e aconselhamento familiar. Descrição do caso: Paciente feminina, 25 anos, encaminhada para avaliação oftalmológica em 2016 devido a baixa acuidade visual (AV) progressiva e fotofobia intensa, desde os oito anos de idade. Avaliações oftalmológicas prévias sem definição diagnóstica. Sem histórico familiar de patologias oftalmológicas. Melhor AV corrigida era conta-dedos (CD) a 3 metros em olho direito (OD) e CD a 1 metro em olho esquerdo (OE). Fundoscopia: Discos fisiológicos, brilho macular reduzido, com aspecto de bronze batido, depósitos sub-retinianos branco-amarelados disciformes (flecks) difusamente em máculas e periferias. Angiografia com fluoresceína demonstrou hipofluorescência difusa coroidiana (dark choroid), e autofluorescência evidenciou flecks hipoautofluorescentes e áreas hipoauto maculares. As características clínicas e propedêutica complementar reforçaram a suspeita diagnóstica de distrofia com padrão Stargardt. Atualmente, após 6 anos de seguimento, houve piora progressiva da acuidade visual, com acometimento foveal importante e padrão de maculopatia em alvo e melhor AV CD a 20 cm em ambos os olhos. Discussão: Trata-se da distrofia macular autossômica recessiva, rara, mais comum, por mutação no gene ABCA4 e se manifesta em geral na primeira infância ou adolescência. A apresentação clínica é variável, sendo mais comum perda visual central bilateral, fotofobia, discromatopsias, escotomas centrais e redução da adaptação ao escuro. A progressão usualmente é rápida e o prognóstico visual é altamente dependente da idade de início dos sintomas. Conclusões: Diante disso, destaca-se a importância do diagnóstico precoce e consequente início do acompanhamento em departamento de visão subnormal, para que propicie uma melhor qualidade de vida ao paciente com a evolução da doença. Aconselhamento familiar é de extrema importância, dado a possibilidade de transmissão à prole. Quando disponível, a testagem genética corrobora o diagnóstico.

Palavras-chave: Retina. Doença de Stargardt. Transtornos da visão.

Resumo

HIPERTROFIA CONGENITA DO EPITELIO PIGMENTADO DA RETINA COMO UMA FERRAMENTA DE DIAGNÓSTICO PRECOCE DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR

CONGENITAL HYPERTROPHY OF THE RETINAL PIGMENTED EPITHELIUM AS AN EARLY DIAGNOSTIC TOOL OF FAMILIAR ADENOMATOUS POLYPOSIS

Vitória Bouchardet Carvalho Pinto Coelho [1], Vitória Salvador [1], Henrique Gama [1]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
Autor correspondente: Vitória Bouchardet Carvalho Pinto Coelho. E-mail: Vitoria.bc07@gmail.com

INTRODUÇÃO: A hipertrofia congênita do epitélio pigmentado da retina (CHRPE), é uma condição ocular caracterizada pelo aparecimento de manchas planas, bem delimitadas e pigmentadas na retina, geralmente benignas e que não geram problemas visuais significativos. No entanto, a CHRPE pode ser uma das primeiras manifestações extracolonicas da Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), apresentando considerável importância clinica no diagnóstico precoce dessa condição. A PAF consiste em uma doença autossômica dominante, caracterizada pelo desenvolvimento de múltiplos adenomas e pólipos adenomatosos no reto e no cólon, que invariavelmente se tornam malignos na quarta década de vida. Sendo a principal síndrome genética relacionada ao aumento da predisposição do carcinoma colorretal. De acordo com o INCA, o câncer colorretal ocupa a terceira posição entre os tipos de câncer mais comum no Brasil, foi responsável por cerca de vinte mil mortes no ano de 2020. OBJETIVOS: Relatar a importância do rastreio da CHRPE como forma de diagnóstico precoce da PAF. METODOLOGIA DE BUSCA: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, a partir da consulta nas bases de dados Pubmed, utilizando os descritores ''CHRPE'', ''FAP'', combinados com o operador boleano ''AND''. Foram encontrados 13 artigos publicados entre 2014 e 2023 em português e inglês, dos quais 5 foram descartados pois não contemplavam o objetivo trabalho, sendo 8 artigos selecionados para a revisão. DISCUSSÃO: A relação entre a CHRPE e a PAF está associada à genética dessas condições. Ambas são causadas por mutações no gene APC (Polipose Adenomatosa Coli). No olho, o gene é responsável pela melanogênese do epitélio pigmentar da retina, mutações no APC podem levar a CHRPE, já no cólon mutações nesse gene podem causar o desenvolvimento de pólipos adenomatosos, o que aumenta significativamente o risco de câncer colorretal. Portanto, a presença de CHRPE pode ser um marcador clínico que leva à suspeita de PAF em um paciente, possibilitando um diagnóstico precoce e colectomia profilática, que são importantes para prevenção do desenvolvimento de futura neoplasia maligna. Ademais, o rastreamento da retina tem sido utilizado como um marcador diagnostico da PAF por possuir um custo efetivo inferior, além de ser feito de forma muito menos invasiva que uma colonoscopia, facilitando sua realização. Apesar desse tipo de rastreio ser útil e uma ferramenta cada vez mais utilizada no meio médico, o diagnóstico preciso de PAF requer testes genéticos para identificar mutações no gene APC e, em alguns casos, a realização de colonoscopia para identificar pólipos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: a CHRPE avaliada pela fundoscopia possui boa sensibilidade, especificidade e valor preditivo negativo em relação à associação com pólipos colonicos de PAF, possibilitando o diagnóstico precoce dessa condição relacionada ao terceiro tipo de câncer mais frequente no Brasil. Portanto, são necessários mais estudos para que esse método de baixo custo e alta efetividade seja implementado de rotina diante da suspeita de PAF.
Palavras-Chave: CHRPE. PAF. Câncer colorretal. Triagem.

Resumo

COLOBOMA VERDADEIRO ASSOCIADO A MICROCÓRNEA: RELATO DE CASO

TRUE COLOBOMA ASSOCIATED WITH MICROCORNEA: A CASE REPORT

Luisa Santana Santos[1], Lívia Hastenreiter e Melo Batalha[2], Júlia Pinheiro Amantéa Vilela[2], Valentina Vallim Costa de Carvalho[3], Thaisa Pacheco Vilela [4].

1. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUCMG), Contagem, Minas Gerais, Brasil
2. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUCMG), Betim, Minas Gerais, Brasil
3. Faculdade Ciências Médicas Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
4. Centro Oftalmológico de Minas Gerais (COMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Júlia Pinheiro Amantéa Vilela. E-mail: jupinheiro1807@gmail.com

INTRODUÇÃO: O coloboma verdadeiro ou típico refere-se ao fechamento incompleto da fissura ótica embrionária, ocasionando a anomalia em região nasal inferior do olho. Sua etiologia está relacionada a anormalidades cromossômicas, hereditariedade e causa idiopática e leva a quadros diversos: colobomas de pálpebra, córnea, íris, zônula e corpo ciliar, coróide, retina, nervo óptico entre outros. Enquanto isso, a microcórnea, uma afecção rara, é caracterizada por córneas de diâmetro horizontal inferior a 11mm em adultos e sua etiologia é pouco conhecida. O presente caso visa ilustrar o caso de um paciente com coloboma de íris, disco e retina associado a microcórnea. DESCRIÇÃO DO CASO: L.P.S, 32 anos, sexo masculino, sem comorbidades, comparece ao ambulatório geral com queixa de baixa acuidade visual (BAV) em olho direito (OD). Nega acompanhamento oftalmológico prévio. Informa história prévia de amaurose congênita em olho esquerdo (OE) sem conhecimento de diagnóstico causal ou propedêuticas prévias. Ao exame, AVSC 20/150 e NPL em OE. Refração estática OD: -7.00, -2.00 a 30 (20/80). BIO OD: pálpebras e anexos sem alterações, olho calmo, córnea transparente, de tamanho reduzido (8mm diâmetro horizontal), coloboma de íris, cristalino transparente com leve opacidade puntiforme inferior e nistagmo leve. OE: pálpebras e anexos sem alterações, olho calmo, nistagmo e phthisis bulbi. PIO OD: 14mmhg. FO OD: coloboma de disco e coloboma de retina acometendo quase toda a parte inferior do PP, reflexo macular presente, vasos afilados. Vítreo claro. OE inviavel. DISCUSSÃO: Trata-se de um caso desafiador, uma vez que o paciente apresenta uma associação congênita de etiologia desconhecida em OD, phitisis bulbi em OE e se encontra em idade adulta sem acompanhamento oftalmológico ou informações de história ocular prévia. Questiona-se se a amaurose em OE tem ou não mesma etiologia das anomalias em OD. A investigação genética também é um desafio devido à inacessibilidade dos testes. A literatura, por sua vez, é escassa quanto a tal associação e traz casos extremamente raros de síndromes as quais o paciente em questão não possui. O tratamento, portanto, em atual contexto, se restringe à reabilitação visual, paralelo à investigação de diagnósticos tardios. Além disso, a simultaneidade das malformações congênitas traz paradoxos à clínica. Devido a microcórnea espera-se um olho hipermétrope, porém nesse caso o paciente apresenta alta miopia, provavelmente devido ao coloboma retiniano, responsável por aumentar o comprimento axial do globo ocular. CONCLUSÕES: O bom prognóstico visual do paciente com malformação congênita está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e acompanhamento longitudinal. O caso em questão evidencia a limitação do oftalmologista frente a ausência de tal diagnóstico precoce ou acompanhamento e ressalta a importância da Oftalmologia no primeiro ano da infância. Teria o paciente supracitado maior acuidade visual se tivesse conhecimento da sua condição? Palavras-Chave: Coloboma. Microcórnea. Baixa Visão.

Resumo

POSSÍVEIS CONDUTAS NO CERATOCONE AVANÇADO COM LIMITAÇÕES DE MANEJO: UM RELATO DE CASO

POSSIBLE MANAGEMENT IN ADVANCED KERATOCONUS WITH MANAGEMENT LIMITATIONS: A CASE REPORT

Luísa Santana Santos [1], Gabryella Tuczynski Carneiro[2], Felipe Silva Teixeira [3], Lívia Hastenreiter e Melo Batalha [3], André Lopes Carvalho Pereira[4]

1. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Contagem, Minas Gerais, Brasil

2. Centro Universitário de Valença, Valença (CUV), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

3. Faculdade de Medicina de Olinda (FMO), Olinda, Pernambuco, Brasil

4. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Betim, Minas Gerais, Brasil

5. Centro Oftalmológico de Minas Gerais (COMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Luísa Santana Santos. E-mail: luisasantana1805@gmail.com

INTRODUÇÃO: Entende-se que o manejo do ceratocone varia de acordo com a gravidade, sendo a decisão pelo transplante penetrante o processo mais invasivo, com chances relevantes de rejeição e uma grande fila de espera pela córnea doadora. Portanto, é apenas indicado para pacientes com <400 micras de espessura corneana e Kmáx >60 D com baixa visão. Sendo assim, o cuidado com o paciente com ceratocone visa impedir ou postergar a necessidade de um transplante. O relato de caso em questão visa discutir um caso desafiador de manejo no ceratocone avançado em progressão, a fim de evitar um desfecho final desfavorável. DESCRIÇÃO DO CASO: EFSM, 16 anos, sexo masculino, ceratocone protuso em OE com histórico de crosslinking e pedido negado de implantação de anel intraestromal, ambos em 2020. É acolhido em novembro de 2022 em serviço de urgência do Centro Oftalmológico de Minas Gerais com hidropsia aguda central de 3mm em OE (figura 1), realizado tratamento clínico com Dimetilpolisiloxane, Ster, Vigamox profilático e compressão externa. Após trinta dias evolui para perfuração corneana espontânea. No dia seguinte, à biomicroscopia: tamponamento da perfuração com Seidel negativo, evoluindo após três dias com leucoma central (figura 2) devido à cicatriz densa e piora da acuidade visual, sendo indicado transplante penetrante (PK). DISCUSSÃO: Considerando tal desfecho, é válido levantar condutas - prévias a complicações - que poderiam evitar a evolução para leucoma central com baixa acuidade visual, fazendo-se necessário o PK. Afinal, trata-se de um paciente jovem que entra para a fila de transplante penetrante com risco de rejeição e falência, além de, no futuro, provavelmente, precisar de novos transplantes já que os transplantes penetrantes possuem sobrevida menor que a expectativa de vida do paciente. Dito isso, em casos nos quais o paciente com ceratocone avançado já fez a cirurgia de crosslinking deve-se avaliar, a possibilidade de realizar um transplante anterior lamelar profundo (DALK), que possui menor risco de rejeição e é mais longevo comparado ao PK; ou implantação de anel intraestromal de arco longo, para aplainamento central. Ambas as condutas visam evitar uma rotura na camada de Descemet, causa da hidropsia aguda e devem ser consideradas como possíveis indicações de autorização do procedimento em casos especiais, prevenindo dessa forma complicações irreversíveis e condutas futuras mais invasivas, que impactam de forma significativa a qualidade de vida. CONCLUSÕES: O que se observa são critérios rígidos para indicação de procedimentos menos invasivos que o transplante penetrante, tal qual a implantação de anel intra estromal. Tal implantação, no relato de caso em questão, foi negada devido a doença estar em progressão durante a época do pedido. Não seria, contudo, uma opção a ser levada em consideração como forma de postergar a necessidade do transplante? Não teria o anel intra estromal a função de aplainar, evitando a formação da hidropsia, responsável pela cicatriz corneana que levou ao pedido de transplante?

Palavras-Chave: Ceratocone. Tratamento. Anel Estromal. Transplante.

Resumo

SÉRIE DE CASOS DE ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES COM COMPROMETIMENTO OFTALMOLÓGICO: UMA URGÊNCIA OFTALMO-REUMATOLÓGICA

CASE SERIES OF GIANT CELL ARTERITIS WITH OPHTHALMOLOGICAL IMPAIRMENT: AN OPHTHALMO-RHEUMATOLOGICAL EMERGENCY

Artur de Tassis Cabral Fernandes [1], Bruna Bastos Pacheco[1], João Pedro Mores Artifon [1], Paula Ferraz Pereira[1], Lucas Moyses Carvalho de Oliveira [1]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil..

Autor correspondente: Artur de Tassis Cabral Fernandes. E-mail: artur.tassis@icloud.com

INTRODUÇÃO: Arterite de Células Gigantes (ACG) é a vasculite mais comum na população, na qual há inflamação crônica de vasos de grande calibre, sendo a artéria temporal comumente acometida. Pode haver acometimento oftalmológico grave, geralmente com neurite óptica isquêmica anterior (NOIA) por arterite de artérias ciliares posteriores, evoluindo em até 70% dos pacientes com amaurose irreversível, principalmente se houver atraso no tratamento. DESCRIÇÃO DOS CASOS: Caso 01: Homem, 67 anos, sem comorbidades, iniciou claudicação de mandíbula insidiosa, evoluindo com amaurose súbita em olho direito (OD) e, após 7 dias, amaurose em olho esquerdo (OE). Foi tardiamente avaliado com achados de NOIA em OE e proteína C reativa (PCR) 40 mg/dL, sendo aventada hipótese de ACG. Realizado biópsia de artéria temporal e pulso de metilprednisolona 5g, seguido de prednisona 1 mg/kg/d. Após 30 dias, resultado da biópsia disponível com infiltrado mononuclear em parede vascular, espessamento intimal e fragmentação da limitante elástica, de caráter saltatório, compatível com ACG. Ambulatorialmente, iniciado metotrexato (MTX) e desmame progressivo de prednisona, mas mantém amaurose bilateral. Caso 02: Homem, 67 anos, com diagnóstico prévio de polimialgia reumática já em remissão, iniciou cefaleia, perda ponderal e claudicação de mandíbula insidiosas, evoluindo com baixa acuidade visual (BAV) súbita em OE. Avaliado após 7 dias com achados de NOIA (edema disco óptico e hemorragias peridiscais) e ultrassom de artéria temporal com sinal do halo, sendo diagnosticada ACG, e tratado com metilprednisolona 3g seguido de prednisona 0.5 mg/kg/d + metotrexato. Ao seguimento ambulatorial, manteve amaurose em OE e faleceu de acidente vascular encefálico isquêmico. Caso 03: Mulher, 67 anos, hipertensa e coronariopata, iniciou cefaleia e perda ponderal insidiosas, evoluindo com BAV súbito em OD, tratada com prednisona por 5 dias em atenção secundária. Após 30 dias, intercorre com amaurose em OE, sendo reavaliada com achados de NOIA, PCR 37 mg/dL, ultrassom de artéria temporal com sinal do halo, e tratada com metilprednisolona 3g seguido de prednisona 1 mg/kg/d + metotrexato. Ambulatorialmente foi suspensa prednisona, mas, mantém amaurose bilateral. DISCUSSÃO: NOIA é a principal neuropatia óptica após os 50 anos e, apesar da ACG contabilizar cerca de 10% destes casos, é uma urgência pelo alto risco de acometimento contralateral e perda irreversível da visão. Apesar da biópsia de artéria temporal ou imagem vascular compatível serem necessárias para o diagnóstico definitivo, o atraso no tratamento piora o prognóstico visual, requerendo início empírico e imediato de pulsoterapia de corticoide na presença de achados de NOIA. Cefaleia, sintomas constitucionais, claudicações, polimialgia reumática, e elevação de provas inflamatórias podem acompanhar o quadro ou estar ausentes. Após indução, a manutenção pode ser feita com MTX ou tocilizumabe, com desmame de corticoide oral. CONCLUSÕES: Todos os pacientes descritos permanecem com sequelas visuais devido ao atraso no diagnóstico e tratamento da ACG. O reconhecimento precoce da NOIA pode ser feito com exame de fundo de olho, e o tratamento pode ser empírico, impactando no prognóstico visual desta urgência oftalmo-reumatológica.

Palavras-chave: Arterite de Células Gigantes. Amaurose. Neurite Óptica Isquêmica Anterior.

Resumo

TÉCNICA YOKOYAMA COM RECUO DO RETO MEDIAL PARA ESOTROPIA EM ALTO MIOPE: UM RELATO DE CASO

YOKOYAMA TECHNIQUE WITH MEDIAL RECTUS RECESSION FOR ESOTROPIA IN HIGH MYOPIA: CASE REPORT

Valentina Vallim Costa de Carvalho [1], Anna Laura Rohrmann Murta [1], Melissa Papazoglu [2]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
[2] Centro Oftalmológico de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Valentina Vallim Costa de Carvalho. E-mail: Valentinavccarvalho@gmail.com

INTRODUÇÃO: A esotropia (ET) de alta miopia é uma condição oftalmológica em que o paciente apresenta grande ângulo de ET e hipotropia, com forte dificuldade de abduzir e elevar o olho desviado. Ocorre em pacientes que apresentam alta miopia e estrabismo convergente. É uma forma rara de estrabismo e de difícil tratamento, tendo em vista a mudança no posicionamento dos músculos extraoculares devido a um comprimento axial aumentado nos olhos com alta miopia. DESCRIÇÃO DO CASO: Sexo feminino, 27 anos, refere desvio ocular desde a infância, desejando cirurgia para realinhamento. Fez uso de tampão e possui histórico de baixa acuidade visual de longa data em olho direito. Nega cirurgias e demais patologias pregressas. Conta dedos no olho direto e 20/20 no olho esquerdo. Possui refração de -13,00 no olho direito e -0,50 olho esquerdo. À avaliação ortóptica, apresentava esodesvio de grande ângulo e hipotropia no olho direito. Na movimentação ocular apresentava uma limitação na abdução e na supra dextro versão do olho direito. Biomicroscopia sem alteração e fundoscopia apresentava, no olho direito, retinopatia miópica e atrofia de disco óptico. Fundoscopia do olho esquerdo sem alterações. Foi solicitado para melhor propedêutica ressonância magnética de órbita, para avaliação da posição dos músculos extraoculares, e o estudo do comprimento axial do olho direito. Após a avaliação dos exames, foi encontrado na ecobiometria 26,28 milímetros no olho direito e 23 milímetros no olho esquerdo. Na ressonância magnética foi visualizado leve deslizamento inferior do reto lateral e leve deslizamento medial do reto superior do olho direito. Foi optado pela correção do desvio uma abordagem cirúrgica utilizando a técnica de Yokoyama para criação de um vetor de força muscular na região temporal superior do olho direito e o recuo do reto medial do mesmo olho. DISCUSSÃO: A técnica proposta por Yokoyama aborda a causa do desvio como um todo, sendo descrita para o tratamento de pacientes com esotropia e hipotropia, associado a alta miopia. É criado um vetor de força unindo a porção lateral do reto superior com a porção superior do reto lateral na região temporal superior do olho, a 15 milímetros do limbo. Esse procedimento irá melhorar a hipotropia do olho acometido, com a mudança da posição anatômica dos músculos extraoculares em olhos míopes (que possuem o diâmetro axial aumentado). Como a técnica preserva as artérias musculares do reto superior e reto lateral, pode-se associar o recuo do reto medial para corrigir a esotropia de grande ângulo. Esse método permite a correção em um só momento cirúrgico de pacientes alto míopes que possuem a esotropia e a hipotropia como desvio ocular. Faz-se necessário o diagnóstico prévio da correta posição dos músculos extraoculares para indicação da técnica. CONCLUSÕES: Yokoyama é uma cirurgia inovadora e muito eficiente, sendo de grande valia a utilização desse método, visto que ele permite a manipulação dos retos superior, lateral e medial, não ocasionando isquemia do segmento anterior, durante uma única intervenção cirúrgica.

Palavras-Chave: Comprimento axial do olho. Esotropia, Estrabismo. Miopia. Músculos extraoculares.

Resumo

MANIFESTAÇÕES OFTALMOLÓGICAS DA NEUROFIBROMATOSE TIPO I (NF1): UM CASO CLÍNICO E DISCUSSÃO MULTIDISCIPLINAR

OPHTHALMIC MANIFESTATIONS OF NEUROFIBROMATOSIS TYPE I (NF1): A CLINICAL CASE AND MULTIDISCIPLINARY DISCUSSION

Maria Clara Grassi Mendes Marinho [1], Laura Carvalho [2], Bruna Lages [2]

1- Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
2- Centro Oftalmológico de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Maria Clara Grassi Mendes Marinho. E-mail: mclara.marinho@gmail.com

Introdução: A neurofibromatose tipo I (NF1) é uma doença autossômica dominante com incidência aproximada de 1 a cada 2600-3000 indivíduos. As manifestações clínicas da doença incluem manchas café com leite, efélides axilares ou inguinais e nódulos de Lisch. Os nódulos de Lisch são hamartomas elevados de coloração amarelo-acastanhada na íris e estão presente em mais de 90% dos adultos com NF1. Eles podem ser vistos com um oftalmoscópio indireto, porém, a biomicroscopia na lâmpada de fenda deve ser realizada para distinguir os nódulos de nevos de íris, que não estão relacionados a NF1. O objetivo desse trabalho é descrever os achados oftalmológicos de uma paciente com as alterações típicas da doença. Descrição: Paciente, sexo feminino, 49 anos, em acompanhamento com dermatologista devido diagnóstico prévio de NF1, procura o serviço de oftalmologia com queixas estéticas, solicitando encaminhamento para departamento de oculoplástica. Ao exame, acuidade visual com correção 20/25 AO. À biomicroscopia, apresentava irregularidade dos bordos palpebrais superiores e inferiores devido a presença de neurofibromas, múltiplos nódulos de Lisch em região inferior e ectrópio uveal 360º bilateralmente. Fundoscopia sem alterações, E/D 0,4 AO e PIO de 12/12 mmHg AO. A paciente foi encaminhada para check-up no departamento de glaucoma e para avaliação no departamento de plástica ocular. Discussão: A NF1 pode se apresentar com diversas alterações oftalmológicas, como nódulos de Lisch, glaucoma e gliomas. Além desses, o acometimento das pálpebras por neurofibromas, majoritariamente localizados em pálpebras superiores, pode promover ptose e deformidades oculares. O diagnóstico da NF1 é clínico e baseado em critérios definidos pela National Institutes of Health (NIH), sendo dois deles: Gliomas ópticos e a presença de dois ou mais nódulos de Lisch. Para definir o diagnóstico de NF1 são necessários dois critérios de NIH. Os nódulos de Lisch são exclusivos dessa doença constituindo importante ferramenta em seu diagnóstico. O glioma óptico, acomete principalmente crianças jovens sendo raro o aparecimento do tumor após os 10 anos e apesar de benigno, pode se comportar de forma agressiva. Conclusão: A NF1 não apresenta um tratamento definido, sendo recomendado o acompanhamento clínico multiprofissional com oftalmologista e dermatologia por toda a vida. O tratamento das manifestações órbito-palpebrais da NF-1 é majoritariamente cirúrgico, e consiste na excisão dos tumores, tratamento das alterações palpebrais secundárias e dos defeitos orbitários. Tais cirurgias são de difícil execução pelo caráter difuso, infiltrativo e vascular do neurofibroma. Geralmente são necessárias múltiplas cirurgias, e as recidivas são comuns. Com relação aos gliomas, as condutas poderão ser conservadoras, ressecção cirúrgica ou radioterapia e quimioterapia, a depender do grau do acometimento visual do paciente.
Palavras-chave: Neurofibromatose Tipo 1. Iris. Nódulos de Lisch.

Resumo

APRESENTAÇÃO NÃO USUAL DE DRUSAS DE DISCO ÓPTICO: CAMPO VISUAL TUBULAR

UNUSUAL PRESENTATION OF OPTIC DISC DRUSEN: TUBULAR VISUAL FIELD

Ana Júlia Gonçalves Silva Resende[1], Ana Luiza Faria Gonçalves[1], Leonardo Santos Resende[2]; Valentina Vallim Costa de Carvalho[3], Juliana Lambert Oréfice[2]

1 Universidade de Itaúna, Itaúna, Minas Gerais, Brasil;
2 Centro Oftalmológico de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil;
3 Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Ana Júlia Gonçalves Silva Resende. E-mail: anajuliagresende@gmail.com

INTRODUÇÃO: Drusas de disco óptico (DDO) são alterações congênitas e, geralmente, estão associadas a condições oftalmológicas que normalmente diagnosticadas mais tardiamente, como alterações no campo visual. Este relato descreve um caso excepcional de DDO com uma apresentação de campo visual tubular unilateral, demonstrando como essa condição pode se manifestar de forma atípica, sendo o paciente jovem, saudável e sem histórico familiar de alterações oftalmológicas. DESCRIÇÃO DO CASO: Sexo feminino, 20 anos, previamente hígida, apresentou-se com queixa de campo visual reduzido em olho esquerdo em comparação com o olho direito. À avaliação oftalmológica, apresentou acuidade visual de 20/20 em ambos os olhos, biomicroscopia e pressão intraocular normais. À fundoscopia, foram notadas DDO em ambos os olhos. Foi realizada uma avaliação multimodal, utilizando ultrassonografia ocular modo B (ECO-B), tomografia de coerência óptica (OCT), autofluorescência e angiofluoresceinografia (AGF), confirmando o diagnóstico de DDO em ambos os olhos. Além disso, foi realizado o campo visual computadorizado, repetido 3 vezes e com parâmetros confiáveis, indicando escotoma localizado em quadrante nasal superior em olho direto e campo tubular em olho esquerdo. DISCUSSÃO: Este caso atípico ilustra uma apresentação pouco convencional de DDO. É possível que DDO ocorram em pacientes jovens e saudáveis de forma atípica, como mencionado nesse relato. Existem relatos na literatura médica de casos em que as DDO são detectadas em pacientes mais jovens, sem nenhuma doença ocular preexistente. Essa manifestação pode ser resultado de fatores genéticos, traumas ou outras condições sistêmicas subjacentes. É importante ressaltar que a alteração no campo visual não tem, necessariamente, relação com as drusas de disco óptico observadas à fundoscopia. CONCLUSÕES: Esse caso enfatiza a necessidade de considerar drusas de disco como uma possível causa de alterações no campo visual, em todod os tipos de paciented. O diagnóstico precoce e o acompanhamento são importantes, podendo utilizar exames como OCT, AGF, autofluorescência e ECO-B para a confirmação do diagnóstico. As drusas de disco se apresentam em 3,4 a 24 em 1000 habitantes, porém, apesar de não serem tão infrequentes, podem levar a alterações diversas e, em alguns casod, raras no campo visual, como a alteração não usual do caso descrito. Logo, é importante estar atento às drusas de disco como diagnóstico diferencial e às diferentes alterações que podem ser observadas nos exames de imagem e no campo visual.

Palavras-chave: Drusas de disco óptico. Disco Óptico. Campo Visual.

Resumo

UVEÍTE ANTERIOR COMO MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DAS DOENÇAS REUMATOLÓGICAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

ANTERIOR UVEITIS AS A CLINICAL MANIFESTATION OF RHEUMATOLOGICAL DISEASES: A LITERATURE REVIEW

Maria Eduarda de Almeida Braga [1], Anna Carlinda Arantes de Almeida Braga [2]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
[2] Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI-BH), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Maria Eduarda de Almeida Braga. E-mail: duda-ab@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A Uveíte é uma manifestação inflamatória intraocular que envolve, preferencialmente, íris, corpo ciliar e coróide. Anatomicamente, tem como subtipos: anterior – mais comum – intermediária, posterior e panuveíte. Considerando sua grande diversidade etiológica, essa patologia pode ter manifestação estritamente ocular ou ser decorrente de doenças sistêmicas autoimunes. Dentre elas, temos as doenças reumáticas, que são um desafio, tanto no diagnóstico, quanto no tratamento adequado da inflamação uveal. Isso pode ser afirmado pela semelhança do quadro clínico em pacientes com e sem a desordem imunológica sistêmica. Dessa forma, apesar de não totalmente elucidada a relação entre uveíte e doenças reumáticas, torna-se importante desenvolver um trabalho multidisciplinar entre o oftalmologista e o reumatologista na condução dos pacientes, principalmente quando a evolução e a recorrência não são esclarecidas. OBJETIVO: Levantar, analisar e correlacionar as principais doenças reumatológicas que podem cursar com uveíte anterior. METODOLOGIA DE BUSCA: Foi realizada uma busca nas bases de dados PubMed, Cochrane, SciELO e LILACS a partir dos descritores em inglês "Rheumatic Diseases" AND "Uveitis, Anterior". A partir disso, 270 artigos foram encontrados e 8 foram selecionados para análise. DISCUSSÃO: A inflamação da úvea pode ser influenciada por fatores genéticos, geográficos e ambientais. O controle inadequado desse processo inflamatório leva a complicações que vão desde impactos na qualidade de vida, até o comprometimento parcial ou total da visão. A uveíte anterior aguda (UAA) apresenta-se, geralmente, com quadro clínico de início unilateral, mostrando-se sintomática, com hiperemia ocular, fotofobia e sensibilidade dolorosa. Assim, muitas vezes, seu diagnóstico é confundido com o de conjuntivite. Acomete, preferencialmente, pacientes entre 20 e 50 anos, em duas principais categorias: infecciosas e não-infecciosas. Em doenças reumáticas, complicações oculares, como manifestação extra-articular, são frequentes, apresentando-se como ceratoconjuntivite seca, glaucoma e uveítes. Dentro desse contexto, temos em destaque a UAA, ocorrendo em aproximadamente 40% dos pacientes com espondilite anquilosante com caráter de início súbito, acometimento unilateral e quadros recorrentes. Na doença de Behçet, a uveíte acomete de 60 a 80% dos pacientes, geralmente como panuveíte, bilateral, recorrente e com vasculite retiniana associada. Na artrite idiopática juvenil (AIJ), a UAA é a manifestação extra-articular mais comum, ocorrendo em cerca de 13% dos pacientes. Especialmente no subtipo oligoarticular da AIJ, essa prevalência é ainda maior e está associada à uveíte anterior crônica, sintomática e com complicações como glaucoma, ceratites e redução da visão. Em relação à Sarcoidose, tem-se como achado sugestivo de uveíte, a elevação da enzima de conversão da angiotensina ou alveolite linfocítica, com dois fenótipos clínicos individualizados que perpassam desde um padrão anterior e bilateral a um padrão anatômico não especificado com envolvimento focal da coroide. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As manifestações oculares podem indicar a presença de doenças autoimunes, demonstrando a importância de um exame oftalmológico minucioso. O desenvolvimento de mais estudos observacionais para a realização de metanálises e revisões sistemáticas de qualidade mostram-se necessários para trazer resultados mais robustos a respeito da relação entre uveíte e patologias reumatológicas. Nesse sentido, percebe-se que são inegáveis os benefícios advindos da multidisciplinaridade dos profissionais das áreas da oftalmologia e da reumatologia.

Palavras-chave: Uveíte. Uveíte Anterior. Doenças Reumáticas.

Resumo

PULSOTERAPIA NA NEURITE ÓPTICA: PORQUE A OFTALMOLOGIA É ESSENCIAL

PULSE THERAPY IN OPTIC NEURITIS: WHY THE OPHTHALMOLOGY IS ESSENCIAL

Maria Júlia Andrade Rodrigues[1], Gustavo Quintão Santana [1], Isadora Vieira Menicucci Ferri [2], Eduardo Quitão Santana [2], Luis Felipe da Silva Alves Carneiro [2]

[1]Faculdade de Medicina de Barbacena - Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada, Barbacena, Minas Gerais, Brasil; [2]Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
Autor correspondente: Maria Júlia Andrade Rodrigues. E-mail: majuandrade1999@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Bartonella henselae é uma bactéria gram-negativa com grande potencial causador de doenças oculares, dentre elas a Doença da Arranhadura do Gato. Entretanto, o quadro pode ser insidioso, e outras formas de neurite óptica podem mimetizá-lo. As consequências do tratamento inadequado ou retardado podem ser catastróficas para a visão. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente sexo feminino, 18 anos, encaminhada de serviço externo com histórico de baixa acuidade visual (AV), dor ocular, formação de escotoma central em olho direito (OD) há cinco dias e cefaléia. Realizou exame oftalmológico que evidenciou edema de disco difuso associado a estrela macular ipsilateral e AV de 20/80. A hipótese levantada foi neurite de causa a esclarecer, e iniciada pulsoterapia com corticóide durante três dias, com piora da visão. Paciente foi encaminhada para pronto atendimento oftalmológico da Santa Casa de Belo Horizonte, com AV em OD de 20/400 e 20/30 em olho esquerdo (OE), sem achados relevantes à biomicroscopia, tonometria, reflexo pupilar e movimentação ocular em ambos os olhos. Informou durante exame contato com gato doméstico e possibilidade de arranhadura pelo mesmo, além de formação de linfonodomegalia cervical à direita na semana anterior ao início do quadro. À fundoscopia apresentava edema de disco com borramento difuso, formação de estrela macular em OD e mancha em cruzamento arteriovenoso superior de olho esquerdo sugestivo de exsudato. O exame de tomografia de coerência óptica e a retinografia corroboraram os achados fundoscópicos, demonstrando acúmulo de líquido intra retiniano parafoveal com aumento da espessura de células ganglionares peridiscais com perda dos limites do disco e exsudato setorial perimacular em OE. Aventada a hipótese diagnóstica de doença da arranhadura do gato. Foram solicitados exames de rastreio com sorologia IgG positiva para toxoplasmose e IgM/IgG positiva para bartonella henselae, e iniciado tratamento oral com doxiciclina 100mg de 12 em 12 horas. Após 90 dias de tratamento e acompanhamento, paciente evoluiu com remissão dos achados do edema e alterações maculares em ambos os olhos, atingindo acuidade visual final de 20/40 em OD e 20/20 em OE. DISCUSSÃO: A doença da arranhadura do gato, causada pela Bartonella henselae, um bacilo gram-negativo, é transmitida em sua maioria pela arranhadura do gato e em alguns casos pela picada da pulga do gato (Ctenocephalides felis). 5 a 10% dos indivíduos acometidos podem cursar com neurorretinite, um acometimento oftalmológico com inflamação da vasculatura do disco ótico e formação de um edema, evoluindo com exsudação para retina peripapilar, provocando exsudato macular com configuração em estrela. Embora seja a causa mais comum, apenas 1 a 2% cursam com neurorretinite e outras manifestações oculares são diagnósticos diferenciais, como a síndrome oculoglandular de Parinaud e retinocoroidite. O tratamento de escolha é antibioticoterapia, todavia no caso descrito a corticoterapia foi primeira escolha, pois outra hipótese foi levantada, prejudicial nesta situação devido a sua capacidade imunossupressora e piora do quadro. CONCLUSÕES: É imprescindível detectar precocemente as causas de neurorretinite, como a Doença da Arranhadura do Gato, para que medidas errôneas não sejam tomadas e consequências desastrosas aconteçam.

Palavras-Chave: Neurite óptica. Pulsoterapia. Bartonella Henselae. Doença da Arranhadura do Gato, Infecções por Bartonella.

Resumo

MELANOMA AMELANÓTICO DE CORÓIDE: UM RELATO DE CASO

AMELANOTIC CHOROIDAL MELANOMA: A CASE REPORT

Geovana Madureira Teixeira Lacerda Alves [1], Gabriela Moreira Ireno [1], Sophia Silva Coxir [2], Luiza César Corrêa [3]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil;
[2] Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Betim, Minas Gerais, Brasil;
[3] Hospital de Olhos Curvelo (HOC), Curvelo, Minas Gerais, Brasil

Autor correspondente: Geovana Madureira Teixeira Lacerda Alves. E-mail: Geovanamtla@hotmail.com

INTRODUÇÃO: O melanoma é uma neoplasia dos melanócitos que, além da pele e de outros órgãos, pode acometer também os olhos. Os melanomas oculares acometem diferentes estruturas do olho, desde as pálpebras e conjuntiva, até a úvea que compreende a coróide, o corpo ciliar e a íris. O melanoma uveal é o tumor maligno intraocular primário mais comum no adulto, embora raro, com incidência aproximada de 6 a 10 casos por milhão, por ano nos diferentes países do mundo. Os melanomas de coróide somam 85% dos melanomas oculares. No entanto, os subtipos de melanoma podem apresentar-se clinicamente como lesões amelanocíticas, sendo menos comum do que o tipo pigmentado. Localizam-se mais comumente na mácula e periferia retiniana próxima, são unilaterais e a média de idade é acima dos 50 anos. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente sexo masculino, 33 anos, atendido na urgência com baixa acuidade visual em olho esquerdo (OE) há 4 dias. Nega comorbidades. Acuidade visual (AV) corrigida : 20\20 e conta dedos a 2 m. Biomicroscopia: sem alterações. Fundoscopia: Olho direito (OD): sem alterações. OE: lesão hipocrômica arredondada sub-retiniana em metade inferior da mácula e arcada temporal inferior, densa, com área melanocítica superiormente. Descolamento seroso superior e inferior à massa. Ultrassonografia. OE: massa tumoral elevada com dimensão de cerca de 10mm e descolamento seroso de retina. Devido às características da lesão foi feito diagnóstico de melanoma amelanótico de coróide. Solicitados exames laboratoriais, tomografia de abdome e tórax e paciente orientado sobre o diagnóstico e terapêutica. Exames realizados sem alterações. Optada pela enucleação. DISCUSSÃO: O presente trabalho visa elucidar a importância do diagnóstico do melanoma amelanótico de coróide, haja vista que é um tipo raro e é frequentemente confundido com lesões benignas pela ausência de pigmentação. Além disso, o risco de metástase entre pacientes com melanoma uveal é de até 50% mesmo após o tratamento. Embora o melanoma de coróide seja comum em indivíduos de etnia branca, sexo masculino e de idade média de 53 anos, o paciente em questão é jovem, o que torna esse relato atípico. Ademais, os melanomas uveais se apresentam assintomáticos e, em sua maioria, descobertos em exames de rotina, entretanto, algumas manifestações clínicas podem estar presentes, como flashes, moscas volantes ou defeitos no campo visual. O diagnóstico é realizado por meio do fundoscópico, juntamente a um exame de imagem, como ultrassonografia, tomografia ou angiografia com fluoresceína. O diagnóstico diferencial mais comum é o nevo uveal que, muitas vezes, não consegue ser distinguido do melanoma. Portanto, faz-se necessária a biópsia aspirativa por agulha fina para a avaliação do prognóstico que pode influenciar na definição do manejo inicial. Por fim, a escolha terapêutica mais adequada nesse caso é a enucleação devido ao tamanho da lesão, embora a maioria dos tratamentos tenham apenas efeito local e raramente alteram a sobrevida. CONCLUSÕES: Dessa forma, é imprescindível o estudo desde os fatores de risco até a terapia dessa lesão, a fim de melhorar o prognóstico dos pacientes para a melhoria da qualidade de vida e morbimortalidade.

Palavras-Chave: Melanoma Amelanótico, Neoplasias Uveais, Neoplasias da Coroide, Neoplasias Oculares, Enucleação ocular.

Resumo

ENUCLEAÇÃO DE GLOBO OCULAR EM TUMOR INTRAOCULAR RARO - MELANOMA DE CORPO CILIAR: RELATO DE CASO

ENUCLEATION OF OCULAR GLOBE IN RARE INTRAOCULAR TUMOR - CILIARY BODY MELANOMA: A CASE REPORT

Artur Luiz D. Ferreira[1], Deborah Cristina S. Cardoso[2], Maria Clara C.D. Duarte [2], Maria Eduarda S. Ribeiro [3], Rodrigo Otávio E. Santo[2]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil;
[2] Instituto de Olhos do Hospital Universitário Ciências Médicas (IOCM - MG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
[3] Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
Autor correspondente: Artur Luiz Dias Ferreira. E-mail: diasartur99@gmail.com

INTRODUÇÃO: Melanomas oculares correspondem a 5% dos melanomas e 85% deles são oriundos do trato uveal. Cerca de 10% dos tumores do trato uveal são representados pelo melanoma maligno de corpo ciliar, acometendo mais frequentemente homens a partir da quinta década de vida e com potencial metastático por via hematogênica. O tratamento pode envolver enucleação, ressecção local ou braquiterapia. O caso relatado refere-se à melanoma de corpo ciliar em paciente masculino de 60 anos com consequente enucleação de globo ocular. DESCRIÇÃO DO CASO: Masculino, 61 anos, queixa baixa de visão em olho direito (OD) há meses. Ao exame: acuidade visual com correção 20/20 em ambos os olhos (AO). Biomicroscopia: olho calmo, câmara anterior formada sem reação de câmara anterior, fácico AO. OD: vaso sentinela em região nasal. Mapeamento de retina AO: vítreo claro, disco óptico habitual, mácula livre. OD: dispersão de pigmento em cavidade vítrea, abaulamento em retina nasal superior, lesão de corpo ciliar cupuliforme pigmentada entre 12 e 15 horas. Ecografia-B OD: elevação retiniana com conteúdo hiperreflectivo de aspecto homogêneo a nível de coróide, próximo do corpo ciliar entre 11 e 14 horas. Tomografia computadorizada de órbitas: lesão expansiva nodular sólida no interior do globo ocular direito, medindo 1,2 x 1,25 x 1,0 cm (LxTxAP), sem sinais de invasão de estruturas adjacentes. Paciente encaminhado à oncologia para acompanhamento e estadiamento - ausência de metástases. Encaminhado à plástica ocular, optado pela enucleação de globo ocular direito com enxertia de tecido dermoadiposo, com boa evolução pós-operatória. Anatomopatológico: melanoma intraocular sem invasão de esclera ou acometimento do nervo óptico. Paciente segue em acompanhamento, aguarda adaptação de prótese ocular. DISCUSSÃO: O caso relatado é notável por tratar de neoplasia rara, com potencial metastático relevante, além de taxa de mortalidade importante, principalmente em casos de diagnóstico tardio. Pequenas lesões podem ser assintomáticas e as maiores podem causar baixa de visão, metamorfopsia, perda de campo visual e fotopsia. Em alguns casos, relata-se dor como consequência do aumento súbito da pressão intraocular. Segundo a literatura, a taxa de mortalidade possui maior correlação com o tamanho do tumor e a presença de metástases. Evidencia-se relação entre maior sobrevida e ausência de metástase à distância por mais que 42 meses, pacientes com menos de 60 anos, assintomáticos e TNM com classificação M1A. Há possibilidade de tratamento por radioterapia local (braquiterapia), mas em casos selecionados, pois não mostra-se eficaz em estágios avançados. A enucleação mostra-se como escolha na maioria dos casos de melanomas intraoculares. CONCLUSÕES: O melanoma de corpo ciliar é uma neoplasia ocular rara, agressiva e com diagnóstico precoce dificultado por se apresentar oligossintomática em suas fases iniciais, portanto faz-se necessária avaliação oftalmológica completa cuidadosa de rotina, mesmo na ausência de sintomas. O principal determinante na escolha do tratamento é o tamanho do tumor, sendo a enucleação do globo ocular o tratamento mais indicado na maioria dos casos. Aproximadamente 20% dos pacientes enucleados desenvolvem doença metastática, de 24 a 36 meses após enucleação. Portanto, o seguimento oftalmológico e sistêmico após a enucleação é imprescindível.

Palavras-chave: Melanoma. Tumor intraocular. Neoplasia ocular.

Resumo

ABORDAGEM CIRÚRGICA PARA CRIPTOFTALMIA INCOMPLETA NA SÍNDROME DE FRASER, BASEADA NA TÉCNICA DE MUSTARDÉ

SURGICAL APPROACH FOR INCOMPLETE CRYPTOPHTHALMOS IN FRASER SYNDROME, BASED ON THE MUSTARDÉ TECHNIQUE

Valentina de Monteiro Bontempo[1], Isadora Camata [1], Letícia Barbosa [1], Raquel Canabrava [1], Jéssica Machado [2]

[1] Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil;
[2] Hospital de Olhos do Paraná (HOP), Curitiba, Paraná, Brasil.
Autor correspondente: Valentina de Monteiro Bontempo. E-mail: valentinaamonteiro@gmail.com

INTRODUÇÃO: A criptoftalmia incompleta é uma anomalia congênita ocular rara caracterizada por coloboma da pálpebra superior e simbléfaro da pálpebra com o bulbo ocular, geralmente na porção medial do globo. Pode estar associada a várias outras anomalias e se enquadrar em algumas síndromes, como a Síndrome de Fraser, também conhecida como síndrome criptoftalmia-sindactilia. Essa corresponde a uma malformação autossômica recessiva, caracterizada por criptoftalmia completa ou incompleta, sindactilia e anormalidades do trato respiratório e genitourinário. Embora exista uma grande variedade de estudos sobre as variadas formas de criptoftalmia e as síndromes associadas, poucos são os trabalhos que descrevem técnicas cirúrgicas para melhor abordar a criptoftalmia incompleta. Portanto, diante do cenário de pouca literatura disponível para a correção da alteração periocular mencionada, a técnica de Mustardé se mostrou ter maior relevância e será o objeto desta revisão. OBJETIVOS: Discutir a intervenção cirúrgica para a criptoftalmia incompleta na Síndrome de Fraser utilizando a técnica de Mustardé. METODOLOGIA DE BUSCA: Revisão integrativa, por buscas nas bases de dados "PubMed", "Scielo" e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando os descritores "Cryptophthalmos", "Fraser Syndrome", "Treatment" e "Mustardé flap". Foram excluídos artigos publicados há mais de 10 anos e aqueles que não condizem com o objetivo do estudo. Foram incluídos 14 artigos para elaboração do resumo. DISCUSSÃO: A criptoftalmia incompleta é resultado de uma falha primária na diferenciação embrionária, principalmente do ectoderma que origina a pele e a conjuntiva. Pacientes com criptoftalmia incompleta podem ter comprometimento corneano devido ao déficit de fechamento palpebral e exposição da córnea devido ao coloboma e ao simbléfaro. Desse modo, a intervenção cirúrgica é de grande importância e complexidade, e muitas vezes, exige múltiplas cirurgias ao longo da vida, sempre com o objetivo de preservar a função visual e garantir a melhor saúde ocular. Nesse contexto, a técnica de Mustardé se caracteriza pela construção de um retalho palpebral inferior no qual é transposto em direção ao defeito palpebral superior para reconstruir a perda tecidual local, seguindo os princípios de Mustardé para fechamento palpebral com sutura nos planos muscular, cutâneo e tarsoconjuntival, e por fim, após um processo de cicatrização normal, o pedículo vascular do retalho deve ser seccionado em um segundo tempo cirúrgico. O resultado esperado é a recuperação funcional e estética da pálpebra superior com ausência de ptose e de simbléfaro, para que a pálpebra possa manter fechamento e abertura adequados, garantindo principalmente a proteção e lubrificação ocular. Todavia, a dificuldade do tratamento cirúrgico aumenta quando não há possibilidade de preservação do bulbo ocular, bem como quando existem riscos de perfuração do globo ocular e a necessidade de enucleação estão presentes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se que apesar dos desafios específicos, de acordo com a gravidade da anormalidade e o potencial de visão, a técnica de Mustardé é uma opção viável para o tratamento da criptoftalmia incompleta em pacientes com Síndrome de Fraser devido à possibilidade de reconstrução completa das pálpebras, garantindo um resultado satisfatório estético e funcional.

Palavras-Chave: Criptoftalmia incompleta. Síndrome de Fraser. Tratamento. Técnica de Mustardé.

Resumo

DRUSAS OCULTAS DE PAPILA SIMULANDO EDEMA DE DISCO ÓPTICO BILATERAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

OPTIC DISC DRUSEN MIMICKING PAPILLEDEMA: A CHALLENGING DIAGNOSTIC

Letícia Rennó Schuamann[1], Laura Paiva Eisenberg[1], Ana Carolina Carneiro Batista[1], Lucas Ferreira de Sales[2], Laura Pinheiro Vizibelli Chaves[2]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
[2]Centro Oftalmológico de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Letícia Rennó Schumann - leticiarennoschumann@gmail.com

INTRODUÇÃO: As drusas de disco óptico (DDO) são depósitos de material amorfo hialino extracelular na região pré-laminar do nervo e apresentam-se de forma bilateral em 75% dos casos. Sua importância reside no fato de poder simular um quadro de edema de papila, principalmente nas drusas do tipo internas ou ocultas, pois elevam os bordos do disco. O diagnóstico pode ser feito por meio de achados clínicos juntamente com uma extensa avaliação multimodal. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de drusa oculta de disco que simulou um quadro de papiledema no qual os exames de imagem foram fundamentais para realizar o diagnóstico diferencial. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 64 anos, queixava-se de baixa acuidade visual progressiva em ambos os olhos (AO), sem antecedentes oftalmológicos. Ao exame apresentava melhor acuidade visual corrigida AO de 20/60, pressão intraocular basal de 25 mmHg em olho direito e 21 mmHg em olho esquerdo. Apresentava catarata nuclear e subcapsular posterior acometendo eixo visual AO, dificultando avaliar detalhes de fundoscopia. Realizou a cirurgia de catarata primeiramente no olho esquerdo, evoluiu sem intercorrências no período pós-operatório. Após midríase farmacológica no 25º dia de pós-operatório, o exame de fundo de olho revelava disco óptico (DO) pequeno com as margens elevadas e discreto borramento de margem nasal, relação escavação-disco praticamente ausente, sem sinais de hemorragia ou exsudação em retina peripapilar. O exame de ultrassom modo B (Eco-B) evidenciou alta ecogenicidade e presença de calcificações em topografia de nervo óptico. A Tomografia de Coerência Óptica (OCT) mostrou sinal hiporrefletivo no nervo e a angiofluoresceinografia (AGF) não mostrou extravasamento de contraste do nervo, descartando edema verdadeiro de disco. O exame de autofluorescência revelou hiperautofluorescência no disco óptico em AO. Esses achados são compatíveis com o diagnóstico de drusas ocultas de disco óptico. Paciente continuou em acompanhamento no serviço e foi encaminhada ao departamento de glaucoma devido quadro de hipertensão ocular. DISCUSSÃO: As drusas ocultas de disco são consideradas um desafio diagnóstico na oftalmologia pois podem manifestar de forma semelhante a um papiledema. Geralmente elas não cursam com sintomas de baixa visual e podem ser evidenciadas em uma consulta de rotina. Alguns pontos que também falam a favor de drusas e contra edema verdadeiro de disco é o fato de não ocorrer dilatação vascular e obscurecimento dos vasos. A avaliação multimodal bem feita incluindo exames de Eco-B, OCT, Autofluorescência e AGF são importantes para fechar o diagnóstico. Além disso, é fundamental manter o acompanhamento desses pacientes devido ao maior risco de apresentarem Neuropatia Óptica Isquêmica Anterior (forma não-arterítica), sendo o exame de campo visual importante para detectar escotomas secundários a defeitos na camada de fibras nervosas da retina peripapilar. CONCLUSÃO: Diante de um quadro de edema de disco óptico deve-se primeiro descartar lesões neurológicas e considerar drusas de disco óptico como um possível diagnóstico. É de grande auxílio e de suma importância reconhecer a história clínica associado a um exame bem feito de fundoscopia juntamente com os exames complementares, de forma a evitar intervenções desnecessárias nos pacientes.

Palavras-chave: Drusas do Disco Óptico. Papiledema. Imagem Óptica. Tomografia de Coerência Óptica.

Resumo

O USO DE IMPLANTES RETINIANOS PARA RESTABELECIMENTO DA VISÃO NA RETINOSE PIGMENTAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

THE USE OF RETINAL IMPLANTS TO RESTORE VISION IN RETINITIS PIGMENTOSA: A LITERATURE REVIEW

Izabella Martins Augusto Pereira Botelho[1], Andre Lucas Loureiro Rubatino[1], Etelvino Pereira Donato Neto[1], Júlia Silva Souza[1], Bruno Gonçalves da Silva[1]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Izabella Martins Augusto Pereira Botelho - bellamapb@gmail.com

INTRODUÇÃO: A retinose pigmentar (RP) consiste de um grupo de distrofias hereditárias da retina, caracterizadas pela degeneração dos fotorreceptores, acometendo primeiro os bastonetes, prejudicando a visão noturna, e posteriormente os cones, responsáveis pela visão de cores. Consequentemente, os indivíduos sofrem de uma perda gradual da visão, com os sintomas iniciais incluindo nictalopia progressiva, redução dos campos visuais e, por fim, perda da visão central. Atualmente, a RP é considerada uma doença incurável, e sabe-se que ela leva a diversas dificuldades físicas, socioeconômicas e culturais para os indivíduos, tornando-os vulneráveis e prejudicando significativamente sua qualidade de vida. Dessa maneira, o desenvolvimento do tratamento da RP é essencial, sendo que atualmente as poucas opções consistem no uso de implantes retinianos e nas terapias gênicas. OBJETIVO: Comparar os implantes retinianos disponíveis na terapêutica da RP. Metodologia de Busca: Trata-se de uma revisão integrativa, utilizando artigos científicos disponíveis nas bases de dados PubMed, Cochrane, BVS e Scielo, utilizando os seguintes descritores: Retinose Pigmentar, Implantes de Retina, Restauração da Visão, Tratamento publicados entre 2004 e 2023, em português ou em inglês. Foram excluídos artigos não relacionados ao tema e que foram publicados anteriormente à esse período. DISCUSSÃO: Foram analisados cinco modelos de implantes retinianos: O Argus II, da empresa Second Sight Medical Products, é do tipo epiretinal, o tempo de cirurgia para implantar o dispositivo é de 4:04 horas, o ângulo visual é 22 graus e pode ocorrer erosão conjuntiva, hipotonia, endoftalmite; O Alpha-IMS, da empresa Retina Implant AG, é do tipo subretinal, o tempo de cirurgia para implantar o dispositivo é de 1-1.3 horas, o ângulo visual é 15 graus e pode ocorrer erosão conjuntiva, edema, hipertensão ocular e hemorragia vascular da retina; O Epi-Ret 3, da empresa Epi-Ret-3 Group, é do tipo epiretinal, o tempo de cirurgia para implantar o dispositivo é de no máximo 2:00 horas, o ângulo visual é desconhecido e pode ocorrer ruptura da retina e hipopion(hypopyon); O Boston Retinal Implant, da empresa Retinal Implant Research Group, é do tipo subretinal, o tempo de cirurgia é desconhecido, o ângulo visual é 14 graus e pode ocorrer erosão conjuntiva; O Intelligent Medical implants, da empresa IMI, é do tipo epiretinal, o tempo de cirurgia para implantar o dispositivo é de 1 hora, o ângulo visual é desconhecido e pode ocorrer descolamento de retina. CONCLUSÃO: O uso de próteses estimula a retina remanescente de pacientes com retinopatias avançadas e perda visual severa, com o objetivo de promover uma função visual básica, sendo uma boa escolha para pessoas com RP crônica, pois a resolução atual da visão é baixa. O futuro das próteses retinianas deve se concentrar no aumento da resolução da visão, dos campos visuais e na minimização dos efeitos adversos resultantes da implantação do feixe de eletrodos, o que requer inovação em termos de engenharia, software e perspectivas eletrofisiológicas.

Palavras-chave: Retinose Pigmentar. Próteses e Implantes. Retina. Terapêutica.

Resumo

DEPÓSITO ENDOTELIAL CORNEANO POR USO PROLONGADO DE CLORPROMAZINA: UM RELATO DE CASO

CORNEAL ENDOTHELIAL DEPOSITS FROM PROLONGED USE OF CHLORPROMAZINE: A CASE REPORT

Giovanna Andrade Lopes[1], Ana Madeira Carneiro Braga de Freitas[1], Lara Andrade Lopes[1], Marcella Moreira Madeira[2], Gustavo Moreira Madeira[3]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
[2]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Lavras, Lavras, Minas Gerais – Brasil
[3]Instituto dos Olhos Ciências Médicas, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil.
Autor correspondente: Giovanna Andrade Lopes - gioandradelopes@gmail.com

INTRODUÇÃO: Opacidades corneanas podem ser desencadeadas por uma série de etiologias que podem ser agrupadas em: distrofias, doenças inflamatórias, doenças não inflamatórias e depósitos induzidos pelo uso de drogas. A camada corneana onde ocorre o depósito e a história do paciente são essenciais para a delimitação dos diagnósticos diferenciais e para o planejamento das intervenções. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 35 anos, foi encaminhado ao serviço de referência em oftalmologia devido à opacidade corneana associada à baixa acuidade visual em ambos os olhos (AO). Durante realização de consulta, o paciente relatou o uso de Hidroxicloroquina, Quetiapina, Nortriptilina, Fenergan, Levomepromazina, Diazepam, Gabapentina e Fenobarbital devido às comorbidades de lúpus vascular, esquizofrenia e epilepsia. Além disso, referiu uso prévio de Clorpromazina (CPZ), 10 comprimidos por dia durante 20 anos, que foi suspenso por recomendação oftalmológica. Nega cirurgias oftalmológicas, uso de colírios ou uso de óculos. À biomicroscopia, o paciente apresentava, em AO: opacidade corneana difusa, mais importante em região central, devido à impregnação de pigmentos finos em endotélio, estroma posterior e cápsula anterior do cristalino, além de catarata subcapsular anterior. A acuidade visual corrigida era de 20/100 em AO. Fundoscopia com avaliação prejudicada devido a opacificação. Paciente em seguimento com serviço de oftalmologia, sendo indicada cirurgia de facoemulsificação com lente intraocular associado a um transplante de córnea em olho esquerdo (OE). DISCUSSÃO: A CPZ é uma droga antipsicótica da classe fenotiazina. O seu uso prolongado e em altas doses está associado ao acúmulo cutâneo e ocular de pigmentos. As principais áreas de depósito ocular são áreas fotoexpostas, como pálpebras, conjuntiva, córnea e cristalino. Alterações na retina são possíveis, apesar de raras. Os depósitos corneanos ocorrem, tipicamente, no estroma e endotélio, assim como o apresentado no caso acima, podendo gerar perda de acuidade visual. Esses depósitos ocorrem em áreas expostas à luz solar em decorrência da reação fototóxica da CPZ, que resulta em um pigmento composto por melanina e metabólitos do medicamento. Essas alterações ocorrem principalmente quando a dose total de CPZ atinge valor maior que 2.000g, e são irreversíveis, até mesmo com a interrupção do uso da medicação. Ademais, a CPZ acelera o processo de envelhecimento lenticular, o que pode contribuir para o glaucoma de ângulo fechado. CONCLUSÕES: Estar familiarizado com os possíveis efeitos colaterais oculares da Clorpromazina é de suma importância na prática clínica para a auxiliar a delimitação da etiologia das opacidades de córnea e para o conhecimento dos sintomas iniciais e dose total máxima para prevenção do surgimento de novos casos.

Palavras-chave: Córnea. Endotélio Corneano. Clorpromazina.

Resumo

O IMPACTO DA DEGENERAÇÃO EM TRELIÇA (LATTICE) DE RETINA NA SAÚDE VISUAL DOS PACIENTES

THE IMPACT OF RETINAL LATTICE DEGENERATION ON THE VISUAL HEALTH OF PATIENTS

Ana Julia Bromenschenkel Vasconcelos[1], Catarine Reis De Sousa Prata[1], Débora Beatriz Romão Braga[1], Luana Siqueira Martins[1], Sérgio Jacobovitz[1]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Ana Julia Bromenschenkel Vasconcelos - ana_vasconcelos@cienciasmedicasmg.edu.br

INTRODUÇÃO: A Degeneração Lattice (em Treliça) de Retina é uma condição de degeneração retiniana periférica que afeta cerca de 8% da população geral e 16,9% dos míopes. Ela caracteriza-se majoritariamente por acometimento bilateral, temporal e superior, apresentando afinamento retiniano, ramificações em linhas brancas e aderências vitreorretinianas nas suas bordas. A abordagem terapêutica atual prioriza a fotocoagulação a laser focal, visando prevenir o descolamento de retina. Entretanto, degenerações reticulares assintomáticas não requerem tratamento profilático, apenas o acompanhamento do caso. OBJETIVO: Revisar a literatura sobre Degeneração Lattice de Retina, explorando a clínica e o tratamento. MÉTODO: Foram pesquisados artigos científicos indexados em bases de dados, como PubMed, Cochrane e Scielo, a fim de analisar a abordagem na Degeneração em Treliça de Retina. DISCUSSÃO: Essa degeneração consiste em uma condição oftalmológica caracterizada por lesões degenerativas nas áreas periféricas da retina em forma de linhas finas. Essas regiões afetadas, geralmente, não apresentam os mesmos níveis de pigmentação e estrutura que as saudáveis, tornando-as mais vulneráveis a complicações. É prevalente, principalmente, em míopes, mas pode estar presente em portadores de síndromes raras como Stickler, Ehlers-Danlos e Marfan. Sua patogênese não é totalmente esclarecida, mas, patologicamente, há uma descontinuidade da membrana limitante interna, com atrofia variável da retina subjacente. O vítreo sobrejacente é sinquítico, mas suas adesões ao redor das margens da lesão são exageradas. A relevância clínica na degeneração Lattice, dá-se pelo risco de descolamento de retina regmatogênico, facilitado pela adesão vítrea nas bordas da lesão e pelo adelgaçamento da retina. Inicialmente, não apresenta sintomas significativos. No entanto, à medida em que a condição progride, é possível experimentar flashes de luz e moscas volantes. Tradicionalmente, a oftalmoscopia indireta é considerada suficiente para o seu diagnóstico, contudo, outras técnicas de imagem, como exame de imagem de campo ultra-amplo e tomografia de coerência óptica (OCT), permitem documentação precisa, melhor estratificação dos riscos de descolamento de retina e maior compreensão da etiologia desta condição. Em casos assintomáticos, o tratamento consiste no acompanhamento do paciente. Caso haja sintomas, rupturas e demais riscos associados - altos míopes e olhos com características microestruturais suscetíveis (tração vitreorretiniana grave, rupturas retinianas e líquido sub-retiniano) -, é necessário o tratamento profilático através da fotocoagulação, reforçando as áreas degeneradas e diminuindo o risco de complicações. CONCLUSÃO: A degeneração em Treliça de Retina é uma condição ocular que altera a integridade da retina e que requer a realização de oftalmoscopia indireta para o diagnóstico precoce. Dessa forma, o acompanhamento regular somado ao tratamento correto pode ser essencial para evitar complicações visuais graves.

Palavras-chave: Degeneração Retiniana, Descolamento Retiniano. Procedimentos Cirúrgicos Oftalmológicos.

Resumo

AMAUROSE CAUSADA POR PICADA DE HIMENÓPTERO (MARIMBONDO) EM CÓRNEA, UM RELATO DE CASO

AMAUROSIS CAUSED BY A HYMENOPTERA (HORNETS) BITE IN THE CORNEA, A CASE REPORT

Ana Madeira Carneiro Braga de Freitas[1], Luiza Machado Ribeiro Glória[1], Lara Andrade Lopes[1], Marcella Moreira Madeira[2], Gustavo Moreira Madeira[3]

[1]Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil

[2]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Lavras, Lavras, Minas Gerais – Brasil

[3]Instituto dos Olhos Ciências Médicas, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil.
Autor correspondente: Ana Madeira Carneiro Braga de Freitas - anamcbfreitas@gmail.com

INTRODUÇÃO: Traumas oculares podem resultar em desfechos trágicos pela complexidade e sensibilidade do sistema ocular. Os casos de picada de inseto são acidentes raros que costumam ter resultados complicados devido a inoculação, através do ferrão, de substâncias tóxicas nos tecidos oculares causando alterações anatômicas e funcionais, necessitando da intervenção cirúrgica. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 49 anos, com história de trauma por picada de marimbondo em olho direito. Foi referenciado ao serviço em Belo Horizonte após 11 dias do acidente, quando queixava-se de dor ocular leve e periorbitária. Referia boa visão antes do trauma. Ao exame, a motilidade ocular se encontrava preservada, apresentava proptose do olho direito (OD) e sem percepção luminosa nesse olho. À biomicroscopia do OD: edema palpebral, hiperemia 4+, quemose, melting corneano em toda a extensão, com membrana inflamatória segurando conteúdo uveal, atalamia. Foi iniciado Ciprofloxacino 500mg de 12/12 horas, Vigamox 1/1 hora e Atropina 1% de 6/6 horas. Realizada uma ecografia B de urgência, onde foi constatado conteúdo inflamatório em vítreo de OD, sugestivo de endoftalmite. Após dois dias da avaliação inicial, foi indicada a evisceração de urgência em OD devido ao prognóstico visual reservado e à possibilidade de encefalite. Nesse momento, o paciente se encontrava com dor ocular importante com irradiação para região frontal. DISCUSSÃO: A repercussão de um acidente com himenópteros podem ser graves, uma vez que a reação ao veneno inoculado depende do sistema imunológico e da composição genética corporal do acidentado, resultando em desfechos imprecisos. Esse veneno pode agir pelo efeito tóxico direto e pela reação imune estimulada pelo hospedeiro. A picada é capaz de causar destruição mecânica do tecido ocular perfurado, causando danos na câmara anterior, que podem implicar em uma opacificação do cristalino. Associado ao quadro de destruição, existe ainda o enorme risco de infecção devido a presença do corpo estranho, o que piora o prognóstico, já que o olho é amplamente vascularizado, levando a toxina e microorganismos para o segmento posterior do olho. É importante ressaltar que esse veneno é composto por diversas aminas biológicas enzimáticas, como a histamina, juntamente de toxinas polipeptídicas, como o metil estanho, substâncias desgranuladoras de mastócitos e agentes não enzimáticos, como a hialuronidase, que resulta em neurotoxicidade, hemólise, quimiotaxia de leucócitos. Dessa forma, esse veneno é capaz de prejudicar a visão, resultando em perda da visão ou redução expressiva da acuidade visual. CONCLUSÕES: A picada de himenópteros no olho é rara e potencialmente grave. Uma ampla gama de manifestações clínicas pode ser observada dependendo do tipo do agressor e do local da picada. Um exame oftalmológico completo é necessário para detectar todas as manifestações, que podem se estender além do local inicial pela difusão da toxina. O tratamento, caso instituído precocemente, pode ajudar a prevenir a perda permanente da visão.

Palavras-chave: Cegueira. Congelamento. Mordeduras e Picadas de Insetos. Endoftalmite.

Resumo

ORTOCERATOLOGIA NA CORREÇÃO VISUAL: RELATO DE CASO

ORTHOCERATOLOGY IN VISUAL CORRECTION: CASE REPORT

Thalita Baptisteli Fernandes[1], Marianna França[1], Fernanda Maria Godinho[2], Letícia Arriel Crepaldi[3]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
[2]Instituto de Olhos Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
[3]Instituto dos Olhos Ciências Médicas, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil.
Autor correspondente: Thalita Baptisteli Fernandes - tatabf99@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Ortoceratologia é um método terapêutico, não cirúrgico e reversível que possibilita a redução temporária da miopia e astigmatismo através da utilização de lentes de contato durante o sono, que remodelam a superfície da córnea de maneira previsível e controlada. Com essas lentes, a grande maioria dos pacientes consegue passar o dia sem usar qualquer tipo de correção visual e geralmente alcança satisfatória correção de graus moderados de miopia e astigmatismo. O objetivo é que o paciente apresente uma boa visão para distância sem ter que usar óculos ou lentes de contato durante o período que passa acordado. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente J.H.R,, masculino, 24 anos, sem comorbidades, em uso de óculos. Já fez consulta para realização de cirurgia refrativa, porém esta foi contra-indicada devido a espessura da córnea do paciente. Ao exame, acuidade visual (AV) corrigida de 20/15 com -2,00 -2,25 x 175, em olho direito (OD) e 20/15 com -2,25 -2,50 x 10, em olho esquerdo (OE). DISCUSSÃO: A ortoceratologia (Orto-K) é um procedimento que já foi muito utilizado e, que acabou caindo em desuso pelos oftalmologistas. Entretanto, com o surgimento de novas tecnologias que otimizaram o processo, o método voltou a ser praticado e a trazer ótimos resultados para os pacientes. Esta técnica, teoricamente, é indicada para os pacientes com até 8,00D de miopia e 3,00D de astigmatismo. É recomendada para aqueles que não se adaptam a lentes de contato;(conjuntivite papilar gigante, olhos secos, vascularização corneal por hipóxia); esportistas; profissões que necessitem boa visão sem uso de óculos; adolescentes cujo grau não estabilizou e ainda não podem operar e principalmente, pacientes contra-indicados à cirurgia a laser. A Orto-K é o único método disponível atualmente que consegue corrigir a visão sem a necessidade do paciente passar por uma cirurgia refrativa. Tanto o uso quanto os efeitos do procedimento são reversíveis, logo, se o paciente suspender a lente, sua cornea retorna ao formato original. Esta ajuda, também, na prevenção e no retardo da progressão da miopia em crianças e adolescentes. As lentes usadas durante a noite são confiáveis e seguras, o paciente consegue dormir normalmente sem sentir nenhum desconforto. Nesse caso, o que diferencia dos outros casos de orthoceratologia é o grau mais alto de astigmatismo em relação a miopia, não sendo uma indicação, teoricamente, no entanto, houve uma boa resposta. CONCLUSÕES: Por conseguinte, é notável a importância da orto-k, já que melhoram a inconveniência do uso de lentes ou óculos durante o dia, permitindo que os pacientes tenham uma visão satisfatória para exercer suas atividades diárias, melhorando a qualidade de vida e acuidade visual. Após a interrupção do uso, em algumas semanas a córnea retorna ao seu estado original e o grau volta ao que era antes do início do uso, sendo assim, um procedimento não invasivo, reversível e eficaz.

Palavras-chave: Procedimentos Ortoceratológicos. Cristalino. Visão Ocular.

Resumo

GLAUCOMA SECUNDÁRIO EM CRIANÇA DEVIDO AO USO PROLONGADO DE CORTICOSTEROIDES: UM RELATO DE CASO

SECONDARY GLAUCOMA IN CHILDREN DUE TO LONG-TERM USE OF CORTICOSTEROIDS: A CASE REPORT

Beatriz Nunes Passos de Andrade[1], Gabriela Guerra de Vasconcellos Lima[1], Maria Clara de Araújo Gontijo[1], Francisco Caetano da Silva Júnior[2]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
[2]Hospital de Olhos Hilton Rocha, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Beatriz Nunes Passos de Andrade - beatrinpandrade@gmail.com

INTRODUÇÃO: O glaucoma é uma patologia multifatorial e é considerada a principal afecção causadora de cegueira irreversível do mundo. Ademais, tem como principais características: a atrofia do nervo óptico, o afinamento da camada de fibras nervosas da retina e a perda do campo visual. Nesse sentido, o glaucoma pode ser de etiologia primária ou secundária. O glaucoma cortisônico é considerado um glaucoma secundário, ocasionado pelo uso prolongado de corticosteróides. O risco de desenvolver esse quadro está associado com a predisposição genética, o tempo de uso e a potência da droga. Além disso, o uso exacerbado desses medicamentos também pode resultar na opacificação do cristalino, o que gera um quadro de catarata secundária. DESCRIÇÃO DE CASO: Paciente sexo feminino, 7 anos, em tratamento para prurido ocular extremo há aproximadamente 1 ano, em uso de Flutinol de 6/6 horas e Patanol S à noite. Evoluiu com queixa de baixa acuidade visual em ambos os olhos (AO). Nega histórico familiar para glaucoma. Ao exame oftalmológico, foi observada catarata subcapsular AO, aumento da pressão intraocular (PIO) (22/20 mmHg) e escavação total AO. Câmara anterior ampla AO. Gonioscopia com seio camerular aberto, visualizado até faixa ciliar em todos os quadrantes AO. Acuidade visual de 20/150 AO. Frente ao quadro descrito, foi realizado o diagnóstico clínico de glaucoma cortisônico e, como conduta, desmame com posterior suspensão dos colírios corticoides e tratamento para controle da PIO com colírios anti-hipertensivos. Diante da manutenção de PIO elevada com tratamento clínico, foi indicado o tratamento cirúrgico, com trabeculectomia e facoemulsificação AO. No momento, paciente em acompanhamento para controle de PIO. DISCUSSÃO: O uso prolongado de corticosteróides pode levar a alterações estruturais na malha trabecular, local responsável pela drenagem do humor aquoso, aumentando a resistência ao seu escoamento e, consequente acúmulo e aumento de PIO. Ademais, os corticóides também estimulam a proliferação de células no cristalino, aumentando o estresse oxidativo, o que favorece o desenvolvimento de catarata. Ainda assim, apesar da paciente relatar histórico familiar negativo para glaucoma, foi indagada a possibilidade desse quadro estar associado a fatores genéticos, haja vista a idade da paciente e o fato dela não possuir nenhum outro fator de risco para o desenvolvimento desse distúrbio, além da PIO aumentada e o uso prolongado de corticosteróides. CONCLUSÃO: Pacientes em uso de corticóides, seja tópico ou sistêmico, devem realizar um acompanhamento regular junto ao oftalmologista para controle da PIO. O tratamento visa interromper a progressão da doença, e quanto mais precoce for realizado o diagnóstico, melhor será o prognóstico visual do paciente.

Palavras-chave: Glaucoma. Corticosteroides. Catarata. Criança.

Resumo

CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA PARA GLAUCOMA: UM AVANÇO REAL?

MINIMALLY INVASIVE SURGERY FOR GLAUCOMA: A REAL ADVANCEMENT?

Maria Eduarda de Almeida Braga[1], Marcela França Costa[1], Maria Eduarda Oliveira Castro[1], Anna Carlinda Arantes de Almeida Braga[2]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
[2]Centro Universitário de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Marcela Costa França - marcelacostafranca@gmail.com

INTRODUÇÃO: O glaucoma é a principal neuropatia causadora de cegueira irreversível no mundo, com perspectiva de aumento da prevalência devido ao próprio processo de envelhecimento populacional. Ele é caracterizado pelo aumento da pressão intraocular (PIO) devido à falha no escoamento do humor aquoso, líquido que preenche as câmaras do olho. Apesar de incurável, há tratamentos que são capazes de controlar a doença, como o uso de fármacos, lasers e cirurgias. Entre as intervenções cirúrgicas, as cirurgias minimamente invasivas do glaucoma (MIGS) vêm ganhando popularidade. As MIGS foram implementadas na prática médica com a finalidade de se obter um tratamento menos invasivo e mais seguro para o paciente, quando comparada à trabeculectomia, padrão-ouro no tratamento do glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA). Apesar dos seus potenciais benefícios, há discordância na literatura entre a superioridade dos métodos menos invasivos em detrimento aos convencionais. OBJETIVO: Efetuar uma análise comparativa das respostas clínicas das técnicas MIGS com as demais intervenções disponíveis para o tratamento cirúrgico do glaucoma. METODOLOGIA DE BUSCA: Foi realizada uma busca nas bases de dados PubMed e Cochrane, a partir dos descritores em inglês "Glaucoma" AND "Minimally Invasive Surgical Procedures". Foram filtrados trabalhos dos últimos 5 anos e dos 202 artigos encontrados, 8 foram selecionados para análise. DISCUSSÃO: Estima-se que 3% da população mundial com idade entre 40 e 80 anos é acometida por GPAA - forma mais comum do glaucoma - que causa danos irreversíveis ao nervo óptico e, consequentemente, perda progressiva da visão. A abordagem médica inicial para o controle dessa doença é o uso de colírios hipotensores, que atuam reduzindo a PIO. Quando essa conduta não é suficiente para se obter o controle, a cirurgia de drenagem do humor aquoso é uma opção eficaz, com capacidade de reduzi-la em mais de 50%. No entanto, é possível que haja complicações como hipotonia crônica, vazamento da bolha, excesso de cicatrização e endoftalmite. As MIGS englobam um conjunto de procedimentos cirúrgicos que têm como objetivo o controle da PIO, com a mínima manipulação conjuntival. Nesse sentido, observa-se que essas técnicas promovem rapidez e menores chances de complicações ao envolverem diferentes materiais biocompatíveis, que promovem várias vias de escoamento - canal de Schlemm e canais coletores. Apesar disso, as MIGS proporcionam uma menor redução da PIO, fator que restringe a sua indicação para pacientes portadores de glaucoma de ângulo aberto leve e moderado. CONCLUSÃO: As MIGS foram desenvolvidas para oferecer uma abordagem mais segura para redução da PIO, menos traumática, com pouca manipulação da esclera e conjuntiva. Como várias técnicas foram desenvolvidas, o oftalmologista consegue oferecer um tratamento personalizado para o seu paciente, além de uma possível vantagem econômica, pela diminuição no uso de colírios, lasers e outros procedimentos. Contudo, a capacidade de redução da PIO é inferior quando comparada à técnica convencional (trabeculectomia), o que limita a sua indicação. Portanto, além de cautela na adoção dessas técnicas, é imperativa a necessidade de estudos e de evidências científicas mais robustas, haja vista o desconhecimento a longo prazo da eficácia e das eventuais complicações das MIGS.

Palavras-chave: Glaucoma. Procedimentos Cirúrgicos Oftalmológicos. Procedimentos Cirúrgicos Minimamente Invasivos

Resumo

DEISCÊNCIA DE SUTURA NO INTRAOPERATÓRIO DE FACOEMULSIFICAÇÃO EM CÓRNEA PÓS CERATOTOMIA RADIAL

INTRAOPERATIVE SUTURE DEHISCENCE OF CORNEAL PHACOEMULSIFICATION AFTER RADIAL KERATOTOMY

Maria Paula Lima Lourençoni[1], Laura Parreira Pires Gonçalves[2], Larissa Lima Magalhães[2], Marcella Moreira Madeira[3], Gustavo Moreira Madeira[2]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade José Rosário Vellano, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
[2]Instituto de Olhos Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
[3]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Lavras, Lavras, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Maria Paula Lima Lourençoni - maria.lourenconi@aluno.unifenas.br

INTRODUÇÃO: No final do século XX, a cirurgia de ceratotomia radial (RK) foi amplamente difundida, sendo realizada em milhões de pacientes. Com o passar dos anos, muitos desses pacientes encontram a necessidade da cirurgia de catarata, um procedimento que apresenta desafios significativos tanto no planejamento pré-operatório quanto na sua realização. O propósito deste artigo é apresentar o caso de uma paciente que desenvolveu uma complicação durante o procedimento de facoemulsificação (FACO) devido à deiscência de uma das suturas de RK, destacando abordagens para prevenir esse desfecho adverso. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente SSQ, 61 anos, admitida no Instituto de Olhos Ciências Médicas com quadro de baixa de visão progressiva em ambos olhos (AO). Realizou RK em 1990. Acuidade visual (AV) com correção em AO era de 20/40; em olho direito (OD) com -2.75 -2.75 x 90° e em olho esquerdo (OE) com -0.75, -1.00 x 85°. Ao exame biomicroscópico AO: córneas com oito cicatrizes radiais e duas arqueadas, e catarata córtico-nuclear grau II. Apresentava na topografia de OD, K1 38.95 x 72º e K2 40.44 x 162°. Foi indicada FACO com implante de lente intraocular (LIO) em OD e optado por implantar uma Alcon Type 7B +14,50. No intraoperatório, houve deiscência da incisão radial prévia - temporal superior, sendo necessária a sutura da mesma ao final da cirurgia. Optado por realizar uma sutura horizontal e outra radial no local da deiscência. No 17° dia pós operatório (DPO), a paciente apresentava-se insatisfeita com o resultado da cirurgia, com AV de 20/50 e refração de +4.00 -5.00 x 70°. A topografia mostrava um aumento na diferença ceratométrica nesse olho, com K1 35.63 x 70° e K2 42.58 x 160°. No 60º DPO, foi retirada a sutura horizontal, que acreditava-se ser a principal causadora da mudança topográfica. Nova topografia foi realizada na semana seguinte, demonstrando uma redução significativa no astigmatismo corneano, com K1 37.76 x 76° e K2 40.54 x 166°. A paciente, por fim, se mostrou satisfeita com o resultado cirúrgico, com AV de 20/30 e refração de -0.50, -0.75 x 65°. DISCUSSÃO: A integridade das cicatrizes corneanas permanecem comprometidas mesmo anos após a RK. Assim, é essencial planejar as incisões com cautela durante a cirurgia de catarata. Nosso paciente apresentou deiscência de uma das incisões durante a FACO, mesmo tendo realizado a RK em 1990. Cirurgiões devem considerar a incisão corneana apenas se houver espaço adequado entre as incisões da RK, considerando um túnel escleral caso contrário. A deiscência pode ser tratada com sutura da incisão radial para otimizar o manejo dessa complicação em pacientes com histórico de RK. CONCLUSÃO: Esse caso ilustra o desafio que a FACO em córneas com RK pode representar, especialmente quando há deiscência de sutura. Assim, torna-se essencial um planejamento pré-cirúrgico e execução intraoperatória cuidadosos, já que tal complicação pode levar a um desfecho visual desfavorável.

Palavras-chave: Ceratotomia Radial. Facoemulsificação. Deiscência da Ferida Operatória.

Resumo

RELATO DE CASO: CORPO ESTRANHO INTRAOCULAR

CASE REPORT: INTRAOCULAR FOREIGN BODY

Júlia Silva Souza[1], Isabela Assis Romanholo[1], Mario Carlos Alves Ribeiro[2]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
[2]Centro Oftalmológico de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil.
Autor correspondente: Júlia Silva Souza - juliassouza4@hotmail.com

INTRODUÇÃO: Os traumas oculares associados com a presença de corpo estranho intraocular (CEIO) são quadros de alta morbidade visual, com graves consequências para a vida dos pacientes. Esse cenário é incidente sobretudo em homens, está relacionado ao ambiente de trabalho e ausência de paramentação adequada para segurança e pode levar a desfechos graves como perda visual definitiva. Isso impacta tanto na qualidade de vida desses pacientes quanto traz consequências socioeconômicas, pois muitos são jovens e em idade trabalhista. A abordagem normalmente é cirúrgica e depende da localização do CEIO (anterior ou posterior). As possíveis técnicas incluem: vitrectomia via pars plana com excisão do CEIO pela esclera (com micro-pinça ou com auxílio de eletroimã) ou vitrectomia via pars plana associada a facectomia. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente, masculino, 43 anos chegou a urgência se queixando de dor ocular. História de trauma ocular no olho esquerdo (OE) há 1 dia, com CEIO de natureza metálica, medindo 0,6 mm. Ao exame físico apresentou, em OE, hiperemia conjuntival +2/+4, edema corneano de +2/+4, hifema total, laceração conjuntival perilimbar nasal, teste de seidel negativo. A ecografia: presença de CEIO, processo hemorrágico e inflamatório no vítreo, suspeita de descolamento de retina inferior. Foi realizada terapêutica cirúrgica no dia 31/07/2023: facectomia sem implante de LIO + vitrectomia posterior via Pars Plana (VVPP) + retirada de CEIO pelo segmento anterior com micropinça de retina + endolaser + implante de óleo de silicone. Achados intra operatórios: catarata subcapsular, hemorragia vítrea densa, rotura retiniana importante em região nasal superior e em região inferior da mácula, corpo estranho metálico em região periférica inferior. DISCUSSÃO: A técnica de VVPP foi aplicada levando em consideração a localização do CEIO (posterior), a presença de hemorragia vítrea e ainda o provável descolamento da retina. O procedimento permite a retirada do CEIO, sendo ele magnético ou não, com auxílio de pinças, além de reparo da retina. A facectomia constitui outra opção para acesso do globo ocular, sendo útil nos casos em que o CEIO está em outras localizações. Nesse caso, foi realizada em decorrência de uma catarata subcapsular, descoberta no peroperatório. Por fim, existe também a possibilidade de se abordar os quadros de CEIO com eletroimãs internos e externos, variando de acordo com o tamanho, composição, tipo e forma do corpo estranho.Para tratamento da rotura e do descolamento de retina, foi realizada a técnica de endolaser e implante de óleo de silicone. CONCLUSÕES: Os traumas oculares com presença de CEIO são eventos de grande importância clínica considerando que podem causar alta morbidade ocular e complicações graves como baixa acuidade visual, hemorragias vítreas e retinianas, roturas e descolamento de retina. Nesse contexto, sabe-se que atualmente existem várias opções cirúrgicas para a abordagem desses casos, como VVPP, Facectomia e Eletroímã. A melhor abordagem é tema de discussão e é preciso individualizar o tratamento em cada caso. Vale ressaltar que os estudos acerca do tema ainda são escassos e é nítida a necessidade de mais conteúdo científico acerca do tratamento dessa urgência oftalmológica.

Palavras-chave: Procedimentos Cirúrgicos Oftalmológicos. Oftalmopatias, Emergências.

Resumo

TRATAMENTO DE UMA ENORME BOLHA FILTRANTE SALIENTE: RELATO DE CASO

TREATMENT OF A HUGE OVERHANGING FILTERING BLEB: CASE REPORT

Alice Marge de Aquino Guedes[1], Isadora Brito Coelho[1], Gustavo Moreira Madeira[1], Leonardo Coelho Gontijo[2]

[1]Instituto de Olhos Ciências Médicas, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
[2]Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Alice Marge de Aquino Guedes - alicemargeguedes@gmail.com

INTRODUÇÃO: A bolha filtrante saliente é uma complicação rara da trabeculectomia (TREC), caracterizada por uma projeção da bolha sobre a córnea, resultando em sintomas como dor ocular e desconforto estético. A excisão da bolha é recomendada para pacientes com comprometimento da função visual e desconforto. No entanto, o mecanismo de sua formação ainda não está totalmente compreendido. Neste relato de caso, descrevemos um paciente com uma enorme bolha filtrante saliente após TREC associada a um transplante de córnea prévio e intensa dor ocular. Apresentamos fotografias pré e intraoperatórias, resultados histopatológicos e discutimos o diagnóstico e tratamento individualizados. DESCRIÇÃO DO CASO: Masculino, 77 anos, com alteração grosseira, cística e totalmente opaca no olho esquerdo (OE) há 2 anos, com piora progressiva, comparece com queixa de dor ocular e incomodo estético importantes. Refere passado de transplante de córnea e de trabeculectomia em OE. Ao exame: acuidade visual com correção 20/60 em olho direito (OD) e percepção luminosa (PL) em OE. À biomicroscopia, olho calmo, sem sinais flogísticos. À ultrassonografia de globo ocular do OE, sem alterações. O paciente foi submetido à cirurgia para maior elucidação diagnóstica. DISCUSSÃO: A lesão em questão provém de uma hérnia da bleb da TREC realizada há décadas, agora bem aderida ao transplante de córnea prévio, acometendo totalmente o eixo visual e gerando dor ocular de superfície. Foi indicada evisceração em outro serviço, por se tratar de um olho com mau prognóstico (acuidade visual do OE de percepção luminosa), mas optamos por algo menos invasivo. Realizamos a ressecção cuidadosa com auxílio de lâmina crescente para reestruturação da superfície e enviamos a lesão para o anatomopatológico, visando melhora da dor ocular e da queixa estética do paciente. No intraoperatório identificamos a lesão como uma bleb hiperfiltrante e aderida ao transplante de córnea na periferia, o qual estava íntegro e sem nenhuma perfuração. Não foi necessária a realização do patch corneano. A lâmina histopatológica indicou tecido compatível com o da bleb e após revisão da literatura diagnosticamos como uma grande bolha hiperfiltrante, com poucos casos descritos até hoje. Ao final da cirurgia e no acompanhamento pós-operatório o paciente apresentou grande satisfação pessoal e melhora da dor ocular. CONCLUSÃO: A formação de bolhas filtrantes salientes pode envolver um mecanismo complexo. Diversos fatores discutidos, como hiperplasia cicatricial, ação da gravidade e da pálpebra e superfiltração aquosa, podem interagir e contribuir para o desenvolvimento dessa complicação pós-operatória. Um diagnóstico preciso e um tratamento individualizado são fundamentais para abordar essa condição e garantir a satisfação visual e emocional do paciente.

Palavras-chave: Trabeculectomia. Cirurgia Filtrante. Glaucoma.

Resumo

CISTO IRIANO SECUNDÁRIO A FACECTOMIA ASSISTIDA POR LASER DE FEMTOSEGUNDO COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR

IRIS CYST SECONDARY TO FEMTOSECOND LASER ASSISTED FACECTOMY WITH INTRAOCULAR LENS IMPLANTATION

Lucas Assis Costa[1], Alice Marge de Aquino Guedes[1], Pedro Vizibelli Chaves[1]

[1]Instituto de Olhos Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Lucas Assis Costa - lucasassis.costa95@gmail.com

INTRODUÇÃO: Cistos irianos são espaços delimitados por epitélio que envolvem uma camada da íris, podendo ser esporádicos ou relacionados a trauma, inclusive cirúrgico. O presente caso objetiva caracterizar cisto de íris associado à cirurgia de facectomia assistida por laser de femtosegundo e bem sucedida abordagem terapêutica. DESCRIÇÃO: Paciente masculino, 72 anos, alemão, compareceu à consulta oftalmológica de rotina com queixa de redução da acuidade visual progressiva em ambos os olhos. Antecedentes pessoais: hipertenso, sem história de traumas, cirurgias e/ou procedimentos oftalmológicos. Ao exame, a acuidade visual corrigida era de 20/30-2 em ambos os olhos, à biomicroscopia identificou-se córnea clara, câmara anterior formada, íris trófica e catarata nuclear grau 2, fundoscopia sem alterações. Paciente foi submetido à facectomia assistida por laser de femtosegundo e implante de lente intraocular (LIO) asférica monofocal, sem intercorrências. Em consulta de rotina, após 3 anos, identificou-se cisto iriano em olho esquerdo, localizado das 6 às 8 horas com 3,7mm de diâmetro e extremidades finas. Observação do cisto e sua relação com as estruturas do segmento anterior foi corroborada com biomicroscopia ultrassônica (UBM). Paciente foi submetido a seriadas sessões de yag laser e laser de argônio. Houve redução do diâmetro do cisto e consequente estabilidade do quadro. DISCUSSÃO: Os cistos irianos são tumores benignos muitas vezes subdiagnosticados devido à sintomatologia discreta. Podem ser classificados em primários e secundários, os últimos ocasionados por traumas penetrantes e cirurgias. Sintomatologia com redução da acuidade visual e complicações são mais comuns nos cistos secundários. A UBM, em complementação ao exame clínico, é considerada padrão-ouro para o diagnóstico. CONCLUSÃO: O tratamento para os cistos irianos é controverso, com tendência à conduta conservadora. Embora raras, complicações possíveis envolvem fechamento angular, irite, síndrome da íris em platô e edema corneano. Em casos sintomáticos pode ser instituída a aspiração com agulha fina (PAAF) seguida da infusão de álcool ou agentes antimitóticos, a aplicação de laser de argônio ou yag laser e, em casos esporádicos, a excisão cirúrgica.

Palavras-chave: Cistos. Íris. Patologia. Lasers de Estado Sólido.

Resumo

NEUROPATIA TABACO ÁLCOOL: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

NEUROPATHY TOBACCO ALCOHOL: THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS

Gabriela Gonzaga Miranda[1], Sara Correa Costa[2], Beatriz Maria Monteiro[2], Luciano Mesquita Simão[1]

[1]Instituto de Olhos Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
[2]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Gabriela Gonzaga Miranda - gonzaga.gabriela@hotmail.com

INTRODUÇÃO: Cerca de 10% dos homens e 3 a 5% das mulheres são afetados pelo alcoolismo. Praticamente todos os órgãos e tecidos humanos são sensíveis aos efeitos deletérios do etanol e uma grande variedade de alterações oculares já foi descrita em pessoas que fazem uso abusivo da substância. A neuropatia tabaco álcool é uma neuropatia óptica adquirida e incomum que acomete indivíduos com elevado consumo destas substâncias tóxicas. O provável mecanismo é uma deficiência da função mitocondrial que atinge preferencialmente o feixe papilo-macular. Na maioria dos casos os achados estão associados a deficiências de vitaminas do complexo B, em especial a tiamina (vitamina B1), entretanto também são significativos os efeitos tóxicos diretos do álcool e do tabaco. O prognóstico é bom nos casos precoces com a suspensão do álcool e melhora nutricional. Todavia, em alguns pacientes com quadro mais avançados, a recuperação total pode não ser possível. O objetivo do presente trabalho é relatar um caso de neuropatia óptica nutricional e ressaltar a importância de um diagnóstico precoce. DESCRIÇÃO DO CASO: Masculino, 37 anos, compareceu à consulta oftalmológica para exame de rotina. História prévia de tabagismo e etilismo crônico. Ao exame oftalmológico: acuidade visual sem correção (AVSC) conta dedos a 1 metro em ambos os olhos (AO), sem melhora com refração. Biomicroscopia sem alterações e fundoscopia de AO evidenciando palidez bitemporal de disco óptico. Tonometria de 14 mmHg em AO. Exames complementares: Tomografia de Coerência Óptica (OCT) com discreta redução de espessura da retina neurossensorial em AO; e as dosagens sanguíneas de ácido fólico e de vitamina B12 estavam dentro da normalidade. DISCUSSÃO: No caso relatado, o paciente compareceu a consulta oftalmológica para exame de rotina com déficit visual avançado. Através de uma história clínica detalhada, foi constatado etilismo e tabagismo crônicos, que levou à suspeita da neuropatia tabaco-álcool. Contudo, a presente hipótese diagnóstica foi considerada somente nesta consulta oftalmológica, quando o paciente apresentava dano avançado. O diagnóstico e tratamento precoce poderiam ter prevenido a perda severa e irreversível da acuidade visual. CONCLUSÕES: A neuropatia óptica tabaco álcool é uma neuropatia óptica adquirida provavelmente subdiagnosticada. Dessa forma, cabe ao oftalmologista conhecer os agentes implicados na fisiopatologia, bem como os métodos de prevenção e tratamento a fim de preservar a função visual dos pacientes e evitar uma evolução desfavorável como no caso relatado.

Palavras-chave: Doenças do Nervo Óptico. Nicotiana. Bebidas Alcoólicas. neuroftalmologia.

Resumo

RETINOPATIA FALCIFORME EM PACIENTE COM TRAÇO FALCÊMICO, UM RELATO DE CASO

SICKLE CELL RETINOPATHY IN A PATIENT WITH SICKLE CELL TRAIT: A CASE REPORT

Maria Clara de Araújo Gontijo[1], Beatriz Nunes Passos de Andrade[1], Esther Faria Sousa Santos[1], Murilo Carlos Costa Gomes[2]

[1]Faculdade de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
[2]Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Maria Clara de Araújo Gontijo - gontijomclara@gmail.com

INTRODUÇÃO: Hemoglobinopatias falciformes geralmente são causadas por hemoglobinas anormais que induzem as hemácias a assumirem uma forma anômala sob condições de estresse fisiológico, como hipóxia e acidose, e, consequente, oclusão vascular. A retinopatia falciforme ocorre principalmente na doença falciforme (homozigótica para a hemoglobina mutante s, ou seja, ss) e na doença das células falciformes c (sc, com maior probabilidade de retinopatia grave nesta). Raramente o paciente com traço falcêmico (sa) desenvolve alterações oculares da retinopatia falciforme. DESCRIÇÃO: Paciente branco, do sexo masculino, 39 anos, comparece em ambulatório de retina para consulta oftalmológica de rotina. Assintomático no momento. Nega comorbidades e uso contínuo de medicação. Ao exame oftalmológico: acuidade visual com correção de 20/20 em ambos os olhos (AO) com -0,75 esférico AO. Biomicroscopia e tonometria sem alterações em AO. Mapeamento de retina: AO: meios transparentes, discos corados com limites definidos, grandes de inserção oblíqua, rimas preservadas, brilho macular fisiológico, tortuosidade vascular, mudança discreta da coloração da retina em periferia temporal associada a interrupção dos vasos retinianos, presença de shunts arterio-venosos, alguns microaneurismas e dilatações saculares, em olho direito (OD) observou-se lesão de aproximadamente 4 diâmetros de disco hiperpigmentada, associada a pontos de hipopigmentação em seu entremeio, em região temporal superior, aspecto sugestivo de lesão "black sunbursts". Paciente foi novamente interrogado sobre patologias prévias e histórico familiar. Levantado a hipótese diagnóstica de anemia falciforme e retinopatia falciforme, solicitado eletroforese de hemoglobina, retinografia colorida e angiofluoresceinografia (AGF). Paciente retorna com exames: eletroforese de hemoglobina: traço falciforme (sa), retinografia colorida: AO: tortuosidade vascular, alteração da coloração periférica, e em OD: manchas de hiperplasia do epitélio pigmentar da retina (EPR) com áreas de atrofia coriorretiniana (black sunbursts), AGF: AO: observa-se em região periférica temporal, oclusão arteriolar, anastomose arteriovenosa e área de isquemia. Foi realizado fotocoagulação a laser em periferia temporal, solicitado acompanhamento semestral no ambulatório de retina e encaminhado o paciente para avaliação da equipe da hematologia. DISCUSSÃO: A retinopatia falciforme quando não diagnosticada e tratada a tempo pode levar a alterações retinianas graves como consequência da oclusão vascular, isquemia, formação de neovasos e extravasamento, podendo chegar a hemorragias vítreas, retinianas e até mesmo descolamento de retina. Esse caso, mostra um achado raro, por se tratar de alterações da retinopatia falciforme, em paciente sem anemia falciforme, portador apenas do traço falcêmico. Paciente comparece em consulta para troca de óculos, assintomático, e ao se realizar exame oftalmológico completo foi diagnosticado retinopatia falciforme e traço falciforme, sendo realizado tratamento com fotocoagulação a laser e evitando complicações mais graves. CONCLUSÃO: Esse trabalho mostra a importância de se realizar o exame oftalmológico completo em todos os pacientes, uma vez, que foi realizado o diagnóstico de retinopatia falciforme e traço falciforme em paciente assintomático ao se examinar a extrema periferia da retina, através da oftalmoscopia binocular indireta (OBI).

Palavras-chave: Retina. Anemia Falciforme. Traço Falciforme. Hemoglobinopatias. Oftalmologia.