

ISSQN 0103-5339

IIPB

Volume 62 (1)
Março
2020

INSTITUTO PENIDO BURNIER



ARQUIVOS

Arquivos do Instituto Penido Burnier

VOLUME 62 (1) MARÇO 2020

Editora Chefe:

Dra. Elvira Barbosa Abreu

Conselho Editorial:

Dr. Carlos Walter Arzabe Argandona – Sta.Cruz de La Sierra/Bolívia

Dra. Eloisa Klein Lopes – Boa Vista/RR

Dra. Fernanda Nonato Federici – Campinas/SP

Dr. Gustavo Barbosa Abreu – Campinas/SP

Dr. Kleyton Barella – Campinas/SP

Dr. Marcelo Carvalho Cunha – São Paulo/SP

Dr. Márcio Nogueira Costa – Campinas/SP

Dr. Marcos Alonso Garcia – Santos/SP

Dra. Maria Virgínia R. F. Miyahara – Bauru/SP

Dr. Raul Gonçalves Paula – Bauru/SP

Dra. Renata Louise Battisti Archer – Santos/SP

Dr. Rodolfo Ramirez Niemann – Temuco/Chile

Dr. Rodrigo Barbosa Abreu – Campinas/SP

Dr. Rogério João de Almeida Torres – Curitiba/PR

Dr. Rogil José de Almeida Torres – Curitiba/PR

Dra. Raquel Mezzalira – Campinas/SP

Dra. Rosana Nogueira Pires Cunha – São Paulo/SP

Dra. Sandra Flávia Fiorentini – Lisboa/Portugal

Dr. Sérgio Rodrigo Acevedo Salazar – Santiago/Chile

Dra. Telma Gondim de Freitas – Fortaleza/CE

Dr. Wagner José Xavier de Vieira – Goiânia/GO

Dr. Walter da Justa Freitas – Fortaleza/CE

Secretária:

Vanda Regina da Silva Jucá

Publicação sob os auspícios da

FUNDAÇÃO DR. JOÃO PENIDO BURNIER

Rua Dr. Mascarenhas, 279 Campinas/SP CEP 13013-175

Fone: (19) 3233-8880

E-mail: fundac@penidoburnier.com.br, penido@penidoburnier.com.br

ENVIOS DE TRABALHOS PARA PUBLICAÇÃO (CONFORME MODELO DISPONÍVEL ONLINE): <http://fundacaopenidoburnier.com.br>

Arquivos do Instituto Penido Burnier

VOLUME 62 (1) MARÇO 2020

SUMÁRIO

07 APRESENTAÇÃO

09 EDITORIAL

11 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS NOS ARQUIVOS DO IPB

13 ACUIDADE VISUAL: IMPORTÂNCIA NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS
Pietro Dechichi, Luís Felipe Canova Ogliari, Théo Dechichi, Júlio Cesar Fontana Rosa

19 DIPLOPIA PERSISTENTE PÓS ANESTESIA RETROBULBAR PARA CIRURGIA DE CATARATA: DESCRIÇÃO DE DOIS CASOS E REVISÃO DE LITERATURA
Valdez Melo dos Anjos Filho, Isabella de Oliveira Lima Parizotto Paula, Raul Gonçalves Paula

25 TUMOR SOLITÁRIO MAIS ACOMPANHADO DO MUNDO: MALIGNIZAÇÃO GRADUAL NAS RECORRÊNCIAS

Luiza Abreu Minussi, Isabela Corrêa Casadio, Raul Gonçalves Paula, Isabella Parizotto Paula, Thiago Mortari Gonçalves Paula, Gustavo Mortari Gonçalves Paula

29 OCLUSÃO VENOSA DA RETINA: QUADRO EVOLUTIVO DE 10 CASOS DA VIDA REAL
Lucas Barasnevicius Quagliato, Débora Muriel Müller, Marina Matos Lima Leite, Paulo Eduardo Baldini Lucena

33 DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE EM PACIENTES COM AFECÇÕES NEUROFTALMOLÓGICAS
Lucas Barasnevicius Quagliato, Millena de Arruda Sousa Pacheco, Pietro Dechichi, Valdez Melo dos Anjos Filho, Thaisy Ventura Batistel, Gunther Albuquerque Beckedorff, Elizabeth M. A. B. Quagliato

39 SARCOMA GRANULOCÍTICO EM RECIDIVA DE LEUCEMIA: UM RELATO DE CASO
Thaisy Ventura Batistel, Millena Pacheco, Elvira Abreu

43 NEURITE ÓPTICA DESMIELINIZANTE EM CRIANÇA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19: UM RELATO DE CASO

Elisa Moya Kazmarek, Luis Felipe Canova Ogliari, Pablo A. Torricos Uzqueda, Lucas Barasnevicius Quagliato

47 DESCOLAMENTO DE COROIDE BILATERAL EM PACIENTE COM POLIMIOSITE
Isabela Vianello Valle, Gunther Albuquerque Beckedorff, Fernanda Barbosa Nonato Federici

51 OCLUSÃO DE VEIA CENTRAL DA RETINA DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA: RELATO DE PACIENTE PORTADORA DE ESFEROCITOSE

Isabela Vianello Valle, Gunther Albuquerque Beckedorff, Daniel Machado Medeiros, Natalia Rodrigues Belo

55 RETINOPATIA POR VALSALVA EM LOCALIZAÇÃO ATÍPICA

Gunther Albuquerque Beckedorff, Isabela Vianello Valle, Lucas Barasnevicius Quagliato

59 COROIDITE SERPIGINOSA-LIKE POR TUBERCULOSE PRESUMIDA: RELATO DE CASO
Heitor Santos Nogueira, Mateus Pimenta Arruda, Guilherme Ferreira Bandeira Coelho Dias, Márcio Augusto Nogueira Costa

63 MENINGIOMA EXPANSIVO DO TUBÉRCULO SELAR: RELATO DE CASO

Mateus Pimenta Arruda, Heitor Santos Nogueira, Lucas Barasnevicius Quagliato

67 MACULOPATIA VITELIFORME POLIMORFA EXSUDATIVA AGUDA (MVPEA): RELATO DE CASO

Rodrigo Barbosa Abreu, Pablo Andres Torricos Uzqueda, Márcio Augusto Nogueira Costa

71 NOTICIÁRIO

75 RESUMO DAS ATAS DA AMIPB 1º SEMESTRE DE 2019

APRESENTAÇÃO

Quis o destino que, justamente no centenário desta casa tão amada, no ano emblemático de 2020, o mundo estivesse passando pela pandemia do novo Coronavírus, o que acabou por atrasar a impressão deste número.

Até o presente momento, cerca de 32.000 vidas foram ceifadas no Brasil e os números continuam evoluindo.

Nesse clima de isolamento social e apreensão, esperando que possamos em breve nos encontrar num grande abraço, é que apresentamos o número 62 fascículo 1 (um) dos nossos arquivos.

Esperamos que, na paz o acolhimento dos seus lares, aproveitem a leitura.

EDITORIAL

No final de 2019, na província de Wuhan, China, foi detectado um novo coronavírus, parente daquele que causou a SARS em 2002, que no atual contexto globalizado, acabou por levar à uma pandemia.

O incrível é que, em plena progressão científica, encontra-se o mundo à mercê de um ser microscópico, mudando toda a nossa rotina laboral e social, à espera de medicamentos que consigam impedir a evolução natural da doença, milhares de normas em busca de diminuir o contágio e a longa espera (que parece infundável), por uma vacina que nos imunize. Que a ciência seja capaz de vencer logo esses desafios.

Esse tempo nos leva a repensar nossos valores e a nossa rotina maluca que nos impede de conviver com aqueles que amamos.

Que seja esse o legado destes tempos tão difíceis e que possamos nos abraçar em breve!

Abraços,

Elvira Abreu

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS NOS ARQUIVOS DO IPB

Instruções para Autores

Desde sua primeira edição, em 1932, a única norma para publicação de artigos nos Arquivos do Instituto Penido Burnier era a seguinte:

Os Arquivos publicam unicamente os trabalhos dos membros titulares e honorários da Associação Médica do Instituto Penido Burnier e aparecem em fascículos, sem data fixa.

Desde 1984, no entanto, com o crescente aumento no interesse para publicação de artigos e opiniões, os arquivos passaram a ser editados semestralmente, tendo sido comunicados os órgãos de competência.

À partir de 2004, passaram a ser as seguintes normas para publicação nos Arquivos:

Sua publicação é semestral, tendo como objetivo registrar a produção científica em Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Anestesiologia, estimular o estudo, o aperfeiçoamento e a atualização dos profissionais da especialidade. São aceitos trabalhos originais, em português, inglês, espanhol e francês, sobre experimentação clínica e aplicada, relatos de casos, análises de temas específicos, revisões de literatura, opiniões, cartas ao editor e comentários.

Todos os trabalhos, após aprovação prévia pelos editores, serão encaminhados para análise e avaliação de dois ou mais revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para modificações no texto ou justificativas de sua conservação. Somente após aprovação final dos revisores e editores, os trabalhos serão encaminhados para publicação.

As normas que se seguem foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicadas no artigo: Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals.

O respeito às instruções é condição obrigatória para que o trabalho seja considerado para análise.

Requisitos Técnicos

Devem ser enviadas:

A – Três cópias, em papel tamanho ISO A4, digitadas em espaço duplo, fonte tamanho 12, margem de 2,5cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando-se cada seção em uma nova página, na sequência: página de título, resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, texto, agradecimentos (eventuais), referências, tabelas e legendas;

B – Permissão para reprodução do material;

C – Aprovação do comitê de ética da instituição onde foi realizado o trabalho, quando forem trabalhos de experimentação.

Após as correções sugeridas pelos revisores, a forma definitiva do trabalho deverá ser encaminhada em duas vias com as modificações.

Preparo do Artigo

- Página de identificação: Deve conter:

a) Título do artigo, em português e inglês; b) Nome de cada autor, com seu grau acadêmico e afiliação institucional; c) nome do departamento e instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço e email do autor a quem deve ser encaminhada correspondência; e) fontes de auxílio à pesquisa.

- Resumo e descritores: A segunda página deve conter o resumo em português de não mais que 250 palavras. Especificar três descritores, em português que definam o assunto do trabalho.

- Texto:

a) Artigos originais devem apresentar as seguintes partes: Introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão e referências. b) Relato de casos devem apresentar introdução (com breve revisão de literatura), relato do caso, discussão, conclusão e referências. c) artigos de revisão: divisões diferentes podem ser adotadas, mas convindo que apareçam informações de um breve histórico do tema, seu estado atual de conhecimento e as razões do trabalho, métodos de estudo, hipóteses e linhas de estudo, etc. Em todas as categorias, as referências devem estar contidas no final do trabalho e enumeradas.

- Referências: Devem ser enumeradas consecutivamente, com algarismos arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado *Vancouver style*, com forme exemplos abaixo. Os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *Journal Indexed in Index Medicus, de National Library of Medicine*.

Para todas as referências, cite todos os autores, até seis. Nos trabalhos com mais autores, cite apenas os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Exemplos de como devem ser citadas:

1. Artigos de periódicos

Paixão FM, Abreu M. Distrofia de cones. Arq IPB. 1998; 40(2): 21-9

2. Livros

Abreu GB. Ultrassonografia: Atlas & texto. 3. Ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2002.

3. Teses

Schor P. Idealização, desenho, construção e teste de ceratômetro cirúrgico quantitativo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.

4. Documentos eletrônicos

Herzog Neto G, Curi RLN. Características anatômicas das vias lacrimais excretoras nos bloqueios funcionais ou Síndrome de Milder. Ver Bras Oftalmol [periódico online] 2003, 62(1). Disponível em: <http://www.sboportal.org.br>

Endereço para envio do trabalho

Os trabalhos deverão ser enviados pelo correio, ao endereço:

Arquivos do Instituto Penido Burnier

Rua Dr. Mascarenhas, 249

CEP 13020-050 – Campinas - SP

ACUIDADE VISUAL: IMPORTÂNCIA NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS

VISUAL ACUITY: IMPORTANCE IN AUTOMOBILE ACCIDENTS PREVENTION

Pietro Dechichi¹

Luís Felipe Canova Ogliari¹

Théo Dechichi²

Júlio Cesar Fontana Rosa³

Instituto Penido Burnier.

¹ Médico residente do segundo ano de oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier.

² Acadêmico do 4º ano do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Jundiá

³ Professor Doutor do Depto de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Avenida Andrade Neves, 683

Pietro Dechichi

Avenida Andrade Neves, 683, Campinas/SP
13013-161

Recebido para publicação em: 18/05/2020

Aceito para publicação em: 25/05/2020

RESUMO

Introdução: A incidência de acidentes automobilísticos no Brasil é crescente e coloca o país em quinto lugar no ranking mundial em mortes no trânsito, segundo Relatório Mundial sobre a Situação da Segurança no Trânsito (2018). Dentre as causas, destaca-se parcela de acidentes atribuídos à baixa acuidade visual dos motoristas, principalmente por esta ser uma causa evitável. **Objetivo:** avaliar a acuidade visual de pacientes que possuem Carteira Nacional de Habilitação (CNH) atendidos em ambulatório geral de Oftalmologia e correlacionar esse dado com acidentes sofridos pelos mesmos nos últimos 12 meses. **Materiais e Método:** aplicação de questionário a respeito de dados demográficos, acidentes automobilísticos recentes e acuidade visual em pacientes acompanhados no ambulatório geral de oftalmologia do Instituto Penido Burnier, em Campinas, para avaliar a frequência de acidentes e comparar entre os grupos com acuidade visual satisfatória à condução veicular ou não. **Conclusão:** os acidentes automobilísticos são reconhecidos como um problema de saúde pública e, de acordo com estudo sobre acidentes de trânsito da Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (ABRAMET), sabe-se que a baixa acuidade visual pode triplicar a chance de acidentes. Nesse contexto, os resultados do trabalho realizado alinham se com os dados publicados sobre o assunto. Deste modo, reforça-se, portanto a necessidade de novas políticas públicas direcionadas à conscientização dos motoristas brasileiros, sobretudo sobre a importância do exame oftalmológico atualizado para a prática de direção segura.

Palavras-chave: Trânsito; Acidente automobilístico; Prevenção

INTRODUÇÃO

A visão é reconhecidamente o sentido que é mais requerido durante a condução de um veículo automotor. A maioria das informações que o motorista deve interpretar são obtidas através dos olhos. Segundo a Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (ABRAMET), 90% dos acidentes são causados por falha humana, entre elas a baixa acuidade visual.^{1 2 7 9}

As causas de baixa acuidade visual incluem toda a gama de doenças oftalmológicas, excorrendo desde a córnea com opacidades e ectasias, o cristalino com sua opacificação, a retina com degenerações e afecções relacionadas à diabetes e hipertensão e o nervo óptico que é geralmente acometido em quadros de glaucoma. Cada espectro de doenças citadas que causa baixa visual traz mais chances do condutor se envolver em acidente automobilístico.^{3 4}

No espectro das doenças, observam-se padrões diferentes de idade de acometimento e perda visual.

As doenças corneanas, nas quais se destaca o pterígio são mais comuns em pacientes jovens e não são responsáveis por redução importante na acuidade visual. Já o comprometimento do cristalino, que é chamado de catarata, inicia sua prevalência em 0,9% das pessoas entre 40-50 anos e chega a 90% em pacientes acima de 80 anos. O glaucoma mostra-se uma doença que acomete geralmente maiores de 40 anos com perda significativa da visão. As doenças da retina, com ênfase especial na retinopatia diabética são frequentemente associadas com o tempo da afecção de base e controle da doença (por exemplo hipertensão e diabetes) e estão ligados, principalmente em pacientes que têm mais de 15 anos de doença.^{3 4 6}

A incidência de acidentes automobilísticos no Brasil é crescente e coloca o país em quinto lugar no ranking mundial em mortes no trânsito, segundo Relatório Mundial sobre a Situação da Segurança no Trânsito (2018), o que traz interesse em dados que tenham caráter preventivo neste cenário.⁵

A avaliação e pesquisa sobre a acuidade é im-

portante para o Médico do Tráfego, pois é comprovado que a baixa visão é um fator de risco para a ocorrência de acidentes nas mais diversas categorias de habilitação. O teste de acuidade visual faz parte da propedêutica básica do Médico do Tráfego e tem seus cortes ajustados de acordo com a categoria pretendida pelo requerente da Carteira Nacional de Habilitação (CNH). (Tabela 1).^{1 9}

| Categoria | Acuidade Visual |
|---|--|
| Acc: veículos de duas ou três rodas com potência até 50 cilindradas. | 20/40 em ambos os olhos ou 20/30 no melhor olho com ou sem estrabismo. |
| A: veículo motorizado de duas ou três rodas com ou sem carro lateral | 20/40 em ambos os olhos ou 20/30 no melhor olho com ou sem estrabismo. |
| B: veículos cujo peso bruto total não exceda a três mil e quinhentos quilogramas ou cuja lotação não exceda a 8 lugares, excluído o do motorista, contemplando a combinação de unidade acoplada reboque, desde que a soma dos dois não ultrapasse 3.500 kg. | 20/30 em ambos os olhos ou 20/30 no melhor olho com 20/40 no pior olho e 20/25 binocular sem estrabismo. |
| C, D e E: utilizados em transporte de carga ou pessoas cujo peso bruto total exceda a três mil e quinhentos quilogramas. | Visão menor que 0,1. |

Tabela 1 - Pontos de Corte para Obtenção de CNH

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo estudar a relação acuidade visual do motorista atendido em ambulatório geral de oftalmologia com o ponto de corte estabelecido para a categoria em que está habilitado, a presença de restrições (tabela 2) na carteira (e o respeito à elas) e mensurar o número de acidentes que os pacientes atendidos se envolveram nos últimos doze meses. O trabalho objetiva comparar a ocorrência de aciden-

tes com os pacientes entrevistados, utilizando como separação entre os grupos a acuidade visual dentro do corte para a categoria em que são habilitados, para comprovar, dentro da amostra, a relação entre o corte da acuidade visual e a ocorrência de acidentes de trânsito.

| Restrição | Letra correspondente |
|--|----------------------|
| Obrigatório uso de lentes corretivas | A |
| Vedado dirigir em rodovias e vias de trânsito rápido | T |
| Vedado dirigir após o pôr-do-sol | U |
| Obrigatório o uso de capacete de segurança com viseira protetora sem limitação do campo visual | V |
| Visão monocular | Z |
| Diminuição do prazo de validade da CNH | |

Tabela 2 – Restrições para CNH

METODOLOGIA

Critérios de Inclusão

Foram incluídos no trabalho indivíduos maiores de 18 anos e habilitados que foram atendidos no ambulatório de Oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier de outubro de 2019 à fevereiro de 2020.

Critérios de Exclusão

Indivíduos menores de idade, indivíduos não habilitados e indivíduos habilitados com a CNH vencida foram excluídos do estudo.

População do Estudo

Foram entrevistados 33 pacientes atendidos em ambulatório geral de Oftalmologia na Fundação Dr. João Penido Burnier em Campinas.

Informação Colhida

Os pacientes informaram sua categoria de habilitação, qual a correção ótica que usam para dirigir (se utilizar), quais as restrições de suas CNH, se estiveram envolvidos em acidente au-

tomobilístico nos últimos 12 meses e se houve vítima fatal em caso de acidente

Acuidade Visual

Foi mensurada a acuidade visual dos dois olhos, separadamente, em todos os pacientes. A correção ótica utilizada é a que o paciente declarou usar para dirigir. O ponto de corte para avaliar se o paciente está dentro do padrão são os cortes estabelecidos pela ABRAMET no exame de aptidão física e mental

RESULTADOS

A população alvo do estudo apresentou 73 % de homens e 27 % de mulheres, com 12% sendo habilitados na categorias D e os outros 88% nas categorias A e B.

A acuidade visual foi de 100% em cada olho em 21% dos pacientes.

18% dos pacientes apresentaram acuidade visual insatisfatória, ou seja, que os reprovaria no exame de aptidão física para obtenção de CNH apenas pela baixa acuidade visual. Destes pacientes, um terço se envolveu em acidente automobilístico.

9% dos pacientes se envolveram em acidentes automobilísticos nos últimos 12 meses. Entre eles, a média de idade foi de 65 anos.

59% dos pacientes apresentam restrições na CNH, destes, 96% cumprem a restrição segundo informaram no questionário.

DISCUSSÃO

O tema abordado na pesquisa é muito relevante e hoje reconhecido como problema de saúde pública pois influi diretamente em uma das principais causas de mortes evitáveis no Brasil e no mundo, que são os acidentes no trânsito.^{1 2 10}

A população estudada foi em parte idosa, o que pode se tornar um viés para a pesquisa no sentido de que indivíduos com idade avançada também possuem reflexos diminuídos, podem

ter déficits cognitivos e de memória entre outros.

Portanto, apesar do fato de que na amostra estudada a maioria (63%) dos indivíduos com mais de 60 anos possuíam boa acuidade visual e não apresentavam histórico de acidentes, ainda assim aqueles que já haviam se envolvido não podem ter inicialmente a baixa visão como único fator de risco para os acidentes.

A baixa incidência de acidentes no trabalho, atribuída no caso à boa qualidade de visão (resultado de seguimento regular com oftalmologista) é outra questão que deve ser discutida. Estes pacientes são regularmente acompanhados (em geral, no mínimo uma consulta anual) em instituição voltada para ensino (Hospital Escola) no estado do Sudeste. Entretanto, sabe-se que esta é uma realidade diferente da saúde pública no país, principalmente em outras regiões – onde grande parte da população não possui fácil acesso à consulta de especialista.^{8 10}

Neste sentido, é importante que novos estudos sejam desenhados de forma a abranger populações maiores, mais diversificadas, de diferentes idades e níveis socioeconômicos. Assim, esses estudos poderão de fato ser representativos e tornarão-se caminhos para elaboração de estratégias públicas para a direção segura.

CONCLUSÃO

Os acidentes automobilísticos são hoje reconhecidos como um problema de saúde pública e, de acordo com estudo sobre acidentes de trânsito da ABRAMET, sabe-se que a baixa acuidade visual pode aumentar em até três vezes a chance de acidentes. Nesse contexto, os resultados do trabalho de fato, alinham-se com a dados anteriores, mostrando menor ocorrência de acidentes automobilísticos no grupo de pacientes com boa acuidade visual e exame oftalmológico atualizado. Reforça-se assim a necessidade de novas políticas públicas direcionadas à conscientização dos motoristas brasileiros, sobretudo sobre a importância do exame oftalmológico regular para a prática de direção segura.

ANEXOS

Exame de acuidade visual e Questionário sobre acidentes automobilísticos

Nome:

Prontuário:

Sexo:

Idade:

Categoria da habilitação:

Acuidade visual (correção atual):

Restrição na CNH? Qual?

Acidente automobilístico nos últimos 12 meses?

Se sim, houve vítima fatal?

ABSTRACT

Introduction: The incidence of automobile accidents in Brazil is growing and puts the country in fifth place in the world ranking of deaths in transit, according to the Transit Safety Situation World Report (2018). Among the causes, it is important to highlight the portion related to the low visual acuity, mainly for the fact it is a preventable death cause. **Purpose:** To evaluate visual acuity in patients that have driver license which where attended in ophthalmology's general ambulatory, correlating with its personal transit accidents history. **Method:** Apply survey concerning demographics, visual acuity and recent automobile accidents in patients attended at Penido Burnier Institute's ophthalmology's general ambulatory, in Campinas to evaluate the frequency off accidents and compare between groups divided by visual acuity. **Conclusion:** Traffic accidents are recognized as a public health issue and it is known, according to the Brazilian Traffic Medicine Association, that low visual acuity can triple accidents chance. In this sense, results of this research, align with previous study. Thus, it reinforces the necessity of new public policy aimed at awaring brazilian drivers, especially about the importance of the ophthalmological exam uptaded to the safety driving practice.

Keywords: Low Visual Acuity, Automobile Accident.

REFERÊNCIAS

1. Adura FE. Medicina de tráfego. São Paulo: Associação Brasileira de Medicina de Tráfego; 2011. cap. 14, p. 39.
2. Brandão EO, Oliveira NM, Pereira MVC, Maia NCF, Pereira GC. Acuidade visual de motoristas de veículos pesados numa rodovia de grande circulação: problemática e sugestões. Arq Bras Oftamol. 1995;121(6):121-6.
3. Kansky, J.J. Oftalmologia Clínica Ed. Elsevier 7ª Ed 2012.
4. Ávila, M.; Lavinsky, J.; Moreira Júnior, C.A.; Retina e Vítreo. Conselho Brasileiro de Oftalmologia 2014. Ed Cultura Médica.
5. Adura, F. E.; Manual do Exame de Aptidão Física e Mental Para Condutores e Candidatos a Condutores de Veículos Automotores. Ed. Abramet.
6. Dantas, A. M. Anatomia do Aparelho Visual. Conselho Brasileiro de Oftalmologia 2014. Ed Cultura Médica
7. Chagas, D.M. Estudo Sobre Fatores Contribuintes de Acidentes de Trânsito Urbano, Tese para Título de Mestrado Universidade Federal do Rio Grande do Sul 2011
8. Quagliato, L.B. et al Avaliação Oftalmológica de um grupo de motoristas profissionais de Campinas, São Paulo, Revista Medicina. 2012 ; 91(4) Available from: <http://www.journals.usp.br/revistadc/article/view/58995/0>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. Brasília; 2010. p. 225-49 [citado em 10 dez. 2012]. Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_11_saude_brasil_2010.pdf
10. Sá, E.C. et al Proposta de aprimoramento de técnicas de diagnóstico oftalmológico para motoristas profissionais no Brasil, São Paulo, Revista Medicina. 2013;18
11. Owsley C., McGwin J. G. Vision Impairment and Driving. Surv Ophthalmol. 1999; 43(6): 535-50. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0039-6257\(99\)00035-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0039-6257(99)00035-1)

DIPLOPIA PERSISTENTE PÓS ANESTESIA RETROBULBAR PARA CIRURGIA DE CATARATA: DESCRIÇÃO DE DOIS CASOS E REVISÃO DE LITERATURA

PERSISTENT DIPLOPIA AFTER RETROBULBAR ANESTHESIA FOR CATARACT SURGERY: DESCRIPTION OF TWO CASES AND LITERATURE REVIEW

Valdez Melo dos Anjos Filho¹

Isabella de Oliveira Lima Parizotto Paula²

Raul Gonçalves Paula³

Trabalho realizado no Instituto Penido Burnier.

¹Médico residente do terceiro ano (R3) em oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier – Campinas/SP

²Médica oftalmologista colaborador da Fundação Dr. João Penido Burnier, subespecialista em Plástica Ocular e Vias Lacrimais

³Médico oftalmologista, subespecialista em Plástica Ocular e Vias Lacrimais

Valdez Melo dos Anjos Filho

Av. Andrade Neves, 683,

Campinas/SP CEP 13013-161

Recebido para publicação em: 05/09/2019

Aceito para publicação em: 10/09/2019

RESUMO

Introdução: Quando ocorre diplopia no pós-operatório de catarata, é frequente o descontentamento tanto do cirurgião, quanto do paciente. Os maiores estudos recentes, revelam uma incidência entre 0,17-0,75% de diplopia após cirurgia de catarata. Apesar da cirurgia estar evoluindo para o uso de anestésias tópicas, a técnica da anestesia mais comum ainda é o bloqueio regional. Os principais riscos de uma anestesia regional são a perfuração do globo ocular, hemorragia retrobulbar, e a diplopia associada à lesão do músculo extraocular. **Objetivo:** Relatar dois casos de diplopia pós cirurgia de catarata e discutir sobre a patologia. **Material e Método:** Relatos de casos e revisão da literatura. **Conclusão:** A diplopia após a cirurgia de catarata possui uma incidência menor que 1%. Cirurgias de catarata devem estar cientes do potencial de distúrbios motores que podem acontecer após cirurgias oculares, seus mecanismos, como prevenir e o tratamento, quando necessário.

Palavras-chave: Diplopia, Catarata, Anestesia.

INTRODUÇÃO

A cirurgia de catarata é atualmente a cirurgia mais realizada na oftalmologia moderna. Devido a sua evolução técnica, os resultados são excelentes, assim com as expectativas dos pacientes, por isso que qualquer exceção é considerada

uma “complicação”. Quando ocorre diplopia no pós operatório de catarata, é frequente o descontentamento tanto do cirurgião, quanto do paciente.¹

Os maiores estudos recentes, revelam uma incidência entre 0,17% até 0,75% de diplopia após cirurgia de catarata.¹

Apesar da cirurgia de catarata estar evoluindo para o uso de anestésias tóxicas, a técnica da anestesia para cirurgias intra-oculares mais comum ainda é o bloqueio regional. As vantagens da anestesia, por via retrobulbar ou peribulbar são a recuperação rápida e evitar os riscos de uma anestesia geral.^{2,3}

Os principais riscos de uma anestesia regional são a perfuração do globo ocular, hemorragia retrobulbar, lesão do nervo óptico, oclusão vascular da retina e a diplopia associada à lesão do músculo extraocular.^{2,3}

RELATOS DE CASOS

Caso 1:

1993 = L..C., feminina, caucasiana, 71 ANOS, procedente de Bauru - SP, chega ao ambulatório com queixa de diplopia. De antecedentes pessoais nada digno de nota. De antecedentes oftalmológicos referia facectomia com lio há 7 meses.

Acuidade visual:

Olho direito (OD): 20/20 com correção

Olho esquerdo (OE): 20/20 com correção

Teste ortóptico: hipertropia D/E 2 D.

Foi prescrito óculos prismados, 2D, com base superior em OE.

Em 12/06/2001, paciente retorna ao ambulatório.

Acuidade visual:

Olho direito (OD): 20/20 com correção

Olho esquerdo (OE): 20/20 com correção

Teste ortóptico: hipertropia D/E 5 D

Foi prescrito óculos prismados, 2D, com base

inferior em OD e 3D, com base superior em OE.

Caso 2:

2001 = A.J.S, feminina, caucasiana, 76 anos, procedente de Bauru – SP, chega ao ambulatório com queixa de baixa acuidade visual em olho direito.

Na biomicroscopia:

Olho direito (OD): catarata nuclear 3+/4+

Olho esquerdo (OE): catarata nuclear 2+/4+

Paciente ortofórica.

Acuidade visual:

Olho direito (OD): 20/40 com correção

Olho esquerdo (OE): 20/30 com correção

Indicado cirurgia OD de facectomia com implante de lio e anestesia retrobulbar.

Em 22/08/2003, paciente retorna referindo diplopia.

Na biomicroscopia:

Olho direito (OD): pseudofácica, lente intra-ocular tóxica.

Olho esquerdo (OE): catarata nuclear 3+/4+

Acuidade visual:

Olho direito (OD): 20/20 com correção

Olho esquerdo (OE): 20/80 com correção

Teste ortóptico: hipertropia D/E 12 D. Limitação leve em infraversão OD. (Foto 1)

Supraversão e supradestroversão = hiperfunção RSD. (Fotos 2 e 3)

Foi prescrito óculos prismados, 7D, com base inferior em OD e 5D, com base superior em OE

Em 10/02/2005, paciente retorna e mantém desvio. Realizada cirurgia facectomia com anestesia tóxica OE, sem intercorrências.

Até 24 outubro 2006:

Acuidade visual:

Olho direito (OD): 20/20 com correção

Olho esquerdo (OE): 20/20 com correção

Com prisma.



Foto 1



Foto 2



Foto 3

DISCUSSÃO

Diplopia e estrabismo podem acontecer em qualquer cirurgia ocular. Cirurgias de catarata, cirurgias vitreoretinianas, cirurgias de glaucoma, cirurgias conjuntivais e cirurgias refrativas já foram citadas com causa de diplopia, sendo a cirurgia de catarata a mais realizada hoje em dia.³

A diplopia binocular acontece devido a um desalinhamento visual, com melhora quando o paciente oclui um dos olhos. A diplopia monocular é percebida quando o paciente olha por apenas um olho. Os dois tipos de diplopia podem acontecer após uma cirurgia de catarata, e o diagnóstico entre os dois tipos é essencial para o acompanhamento desses pacientes.¹

Etiologias binoculares geralmente remetem a complicações, como miotoxicidade relacionada a anestesia, trauma do nervo e/ou músculo pela agulha ou trauma pelos fios de sutura. Etiologias monoculares sugerem descentrações de LIO ou persistência de materiais cristalinos, mas que são muito menos frequentes.¹

A cirurgia de catarata geralmente é feita com bloqueio retrobulbar e peribulbar. Bloqueios retrobulbares são realizados com o uso de agulhas de 3cm de comprimento, entre 22-27g, pela via transcutânea ou transconjuntival. A agulha é inserida na região inferotemporal da órbita, em direção ao ápice. Os bloqueios peribulbares são realizados com agulhas mais curtas, no espaço extra conal. Os anestésicos usados geralmente são a lidocaína (2%) e a bupivacaína (0,5 e 0,75%).^{2,4}

A anestesia retrobulbar é realizada no quadrante inferolateral da cavidade orbitária, enquanto a peribulbar geralmente é feita com duas injeções, nas regiões inferolateral e inferomedial. Em ambos os casos o músculo reto inferior foi o mais exposto ao trauma (direto e indireto), devido sua localização anatômica próximo ao sítio da injeção. Alguns autores relatam a possibilidade de lesão direta do músculo com a agulha do anestésico, causando parestesia do músculo ou hematoma, gerando uma posterior fibrose em decorrente da isquemia causada.^{2,4}

Enquanto o trauma direto a um músculo extraocular ainda é a forma mais intuitiva de lesão pela anestesia, a miotoxicidade dos anestésicos ainda é provavelmente a etiologia mais frequente de diplopias.^{1,5}

Lesões no músculo levantador da pálpebra superior e ao músculo orbicular também podem acontecer, causando lagofalmo e ptose.⁵

Geralmente a diplopia causada pós cirurgia é binocular e com um estrabismo vertical. Pacientes examinados logo após a cirurgia tendem a apresentar hipertropia, em decorrente da paresia do reto inferior. Com o passar do tempo a hipertropia pode evoluir com hipotropia devido à fibrose do músculo reto inferior e a contratatura muscular.¹ A diplopia pós cirurgia de catarata tende a ocorrer imediatamente. O paciente deve ser acompanhado imediatamente e realizado o teste ortóptico, para documentar a motilidade ocular.²

A incidência de diplopia pós cirurgia de catarata varia de 0,1% até 1,4%. Em alguns casos, após a cirurgia, com a melhora da acuidade visual é possível evidenciar estrabismos pré-existentes, de paralisias de 4º par, doenças tireoidianas ou ambliopia secundária a baixa visão por longo período (supressão visual).⁶ Em grandes estudos, seis etiologias foram descritas: descompensação de estrabismo prévio (34%), restrição ou paresia de músculo extraocular (25%), manifestação de doenças sistêmicas concomitante (5%), alteração de fusão central (5%), diplopia monocular (2,5%) e causas refrativas (0,5%). Em outro estudo, foram citadas causas como: trauma cirúrgico 75%, condições pré-existentes (18%), aniseiconia e anisometropia (5%) e patologias maculares (2,5%).⁶

Hamada e colaboradores, ao avaliaram 7,205 pacientes que foram submetidos à cirurgia de catarata, evidenciaram uma diferença na manifestação da diplopia em paciente que foram submetidos a anestesia com hialuronidase e sem, com nenhum paciente acometido no primeiro grupo e 0,75 no segundo. Concluíram assim, que o uso de hialuronidase pode diminuir o potencial de miotoxicidade caudado pela anestesia.¹

Diplopia pós anestésias regionais tendem a ser mais frequentes em olhos esquerdos, devido à dificuldade anatômica do bloqueio por profissionais destros, além de ser mais comum sem o uso da hialuronidase, aumentando o tempo de contato do anestésico com o músculo, causando mais danos no tecido.⁶

A anestesia tópica pode ser usada para evitar a necessidade dos bloqueios retrobulbares e peribulbares. Entre as vantagens dessa técnica, po-

demos citar o não uso de agulhas ou a administração de anestésicos que possam comprometer a musculatura ocular.¹ A diplopia causada por uso de anestésias tópica é muito menos comum, com poucos casos atribuídos à erros refrativos e subluxação de LIO (diplopia monocular).⁶

O tratamento da diplopia pós cirurgia de catarata envolve abordagem conservadora, uso de prismas e procedimentos cirúrgicos. A escolha do tratamento depende da causa da visão dupla, e em alguns casos, a ressonância magnética se torna necessária. Há um consenso para a espera de alguns meses (4 a 6) após a cirurgia, para os sintomas estabilizarem ou regredirem, e alguns pacientes referem retorno da fusão visual espontaneamente.^{2,4,6}

Se a cirurgia para correção for proposta, geralmente é indicada o retrocesso do reto inferior. A eficácia desse procedimento varia, sendo uma boa opção para pacientes com menos que 12 graus de desvio, mas pode não ser suficiente para desvios maiores. Suturas ajustáveis podem ser usadas para melhorar os resultados.⁶

CONCLUSÃO

A diplopia após a cirurgia de catarata não é um problema recorrente para cirurgias de catarata hoje em dia, já que incidência é menor que 1%, menor ainda com a modernização das técnicas cirúrgicas e com o uso de medicações tópicas.

As cirurgias são feitas em pacientes cada vez mais jovens e, por isso, cataratas densas que causariam lesões sensoriais permanentes são cada vez mais raras.

Cirurgias de catarata devem estar cientes do potencial de distúrbios motores que podem acontecer após cirurgias oculares, seus mecanismos, como prevenir e o tratamento, quando necessário.

ABSTRACT

Introduction: When diplopia occurs in the

postoperative period of cataracts, dissatisfaction is frequent from both the surgeon and the patient. The largest recent studies reveal an incidence between 0.17-0.75% of diplopia after cataract surgery. Although surgery is evolving to the use of topical anesthesia, the most common anesthesia technique is still regional block. The main risks of regional anesthesia are perforation of the eyeball, retrobulbar hemorrhage, and diplopia associated with injury to the extraocular muscle. **Objective:** Report two cases of diplopia after cataract surgery and discuss the pathology. **Material and Method:** Case reports and literature review. **Conclusion:** Diplopia after cataract surgery has an incidence of less than 1%. Cataract surgeons should be aware of the potential for motor disorders that can happen after eye surgery, its mechanisms, how to prevent it and treatment when necessary.

Keywords: Diplopia, Cataract, Anesthesia

6. Sobol, E. K., & Rosenberg, J. B. (2017). Strabismus after ocular surgery. *Journal of pediatric ophthalmology and strabismus*, 54(5), 272-281.

REFERÊNCIAS

1. Bouffard, M. A., & Cestari, D. M. (2018, January). Diplopia after Cataract Extraction. In *Seminars in ophthalmology* (Vol. 33, No. 1, pp. 11-16). Taylor & Francis.
2. MacDonald, I. M., Reed, G. F., & Wakeman, B. J. (2004). Strabismus after regional anesthesia for cataract surgery. *Canadian journal of ophthalmology*, 39(3), 267-271.
3. Shen, B. H. (2017). Vertical diplopia after cataract surgery, overacting, and/or underacting extraocular muscle. *Taiwan journal of ophthalmology*, 7(1), 48.
4. Gawęcki, M., & Grzybowski, A. (2016). Diplopia as the Complication of Cataract Surgery. *Journal of ophthalmology*, 2016.
5. Kalantzis, G., Papaconstantinou, D., Karagiannis, D., Koutsandrea, C., Stavropoulou, D., & Georgalas, I. (2014). Post-cataract surgery diplopia: aetiology, management and prevention. *Clinical and Experimental Optometry*, 97(5), 407-410.

TUMOR SOLITÁRIO MAIS ACOMPANHADO DO MUNDO: MALIGNIZAÇÃO GRADUAL NAS RECORRÊNCIAS

WORLD'S MOST CLOSELY MONITORED SOLITARY TUMOR: GRADUAL MALIGNANCY IN RECURRENCES

Luiza Abreu Minussi¹

Isabela Corrêa Casadio¹

Raul Gonçalves Paula²

Isabella Parizotto Paula³

Thiago Mortari Gonçalves Paula²

Gustavo Mortari Gonçalves Paula⁴

Local /Instituição onde foi realizado o trabalho.

¹ Residente do terceiro ano de Oftalmologia na Fundação Dr. João Penido Burnier

² Médico Assistente da Fundação Dr. João Penido Burnier

³ Chefe do Setor de Plástica e Órbita na Fundação Dr. João Penido Burnier

⁴ Fellow de Córnea e Doenças Externas na Fundação Dr. João penido Burnier.

Endereço para Correspondência:

Luiza Abreu Minussi

Avenida Andrade Neves, 683 Campinas/SP

CEP 13013-161

Recebido para publicação em: 18/02/20

Aceito para publicação em: 10/03/20

RESUMO

Introdução: O Tumor Fibroso Solitário da Órbita (TFT) é uma patologia rara, cujo comportamento ainda é pouco elucidado. Possui características benignas e cerca de 15 a 25% dos casos apresentam alto potencial de recorrência e malignidade, afetando principalmente pessoas na quarta década de vida. **Objetivo:** Relatar um caso de manifestação atípica de SFT em órbita em um paciente de 84 anos com alto número de recidivas e sinais de malignidade da doença. **Materiais e Método:** Relato de caso e revisão de literatura. **Conclusão:** A SFT ainda tem um comportamento desconhecido e, apesar de seu caráter majoritariamente benigno, o acompanhamento do paciente é extremamente importante, considerando as altas chances de recidiva e possível malignidade.

Palavras-chave: Órbita; Exoftalmia; Recidiva Local de Neoplasia

INTRODUÇÃO

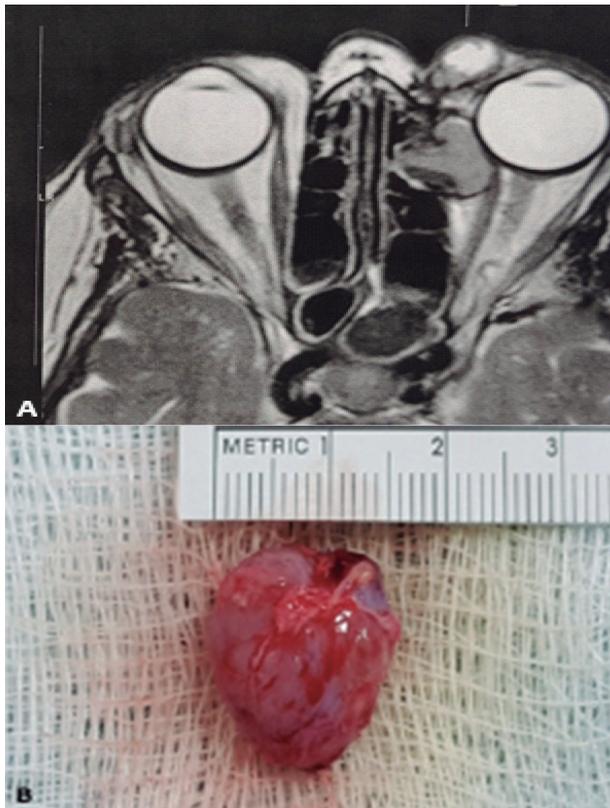
O tumor fibroso solitário foi encontrado e descrito pela primeira vez na pleura, em 1931, por Klemperer e Rabin. A partir de então, essa lesão vem sendo descrita em outras partes do corpo, principalmente na região de cabeça e pescoço. Tireoide, peritônio, pericárdio e mesentério são exemplos de outros sítios de apresentação (1,2).

A média de idade dos pacientes é de 40 anos (3) e sua apresentação tem caráter essencialmente benigno, porém, cerca de 15-25% dos casos podem apresentar recidiva local e metástase (1).

RELATO DE CASO

O presente artigo busca relatar o caso de uma mulher de 84 anos de entrada no serviço, há 6 anos, apresentando quadro recente de proptose e diminuição da motilidade ocular à direita, progressiva e indolor. Ao exame oftalmológico, apresentava acuidade visual corrigida de 0,8 em ambos olhos. À ecotscopia, observou-se proptose e distopia à direita, associada a ausência de motilidade ocular completa ipsilateral. A biomicroscopia evidenciou reflexos pupilares presentes e simétricos e, assim como a fundoscopia, não havia alterações a serem relatadas.

A tomografia de crânio com ênfase em órbitas demonstrou lesão arredondada, com margens bem definidas e levemente hiperdensa, em região orbitária nasal superior (Foto 1A). Foi realizada biópsia excisional via transpalpebral, com anatomopatológico elucidando o diagnóstico de tumor fibroso solitário de órbita, com poucas áreas de necrose.



A paciente seguiu em acompanhamento por 6 anos, sem qualquer sinal ou sintoma. Após tal período, apresentou novamente proptose indolor e progressiva, sem nenhuma outra alteração ao exame oftalmológico. À tomografia de crânio com ênfase em órbitas foi observada nova massa, com as mesmas características e localização da primeira lesão. Nova biópsia excisional foi realizada, com anatomopatológico apresentando mesma descrição.

Após permanecer mais um ano assintomática, a paciente retornou ao serviço novamente com proptose. A propedêutica foi repetida e o terceiro anatomopatológico mostrou o mesmo diagnóstico inicial, porém, com um maior número de áreas de necrose e à imuno-histoquímica, sugeriu malignização do tumor (Foto 2). Por ter sido a última biópsia excisional, a paciente segue em acompanhamento trimestral no serviço.

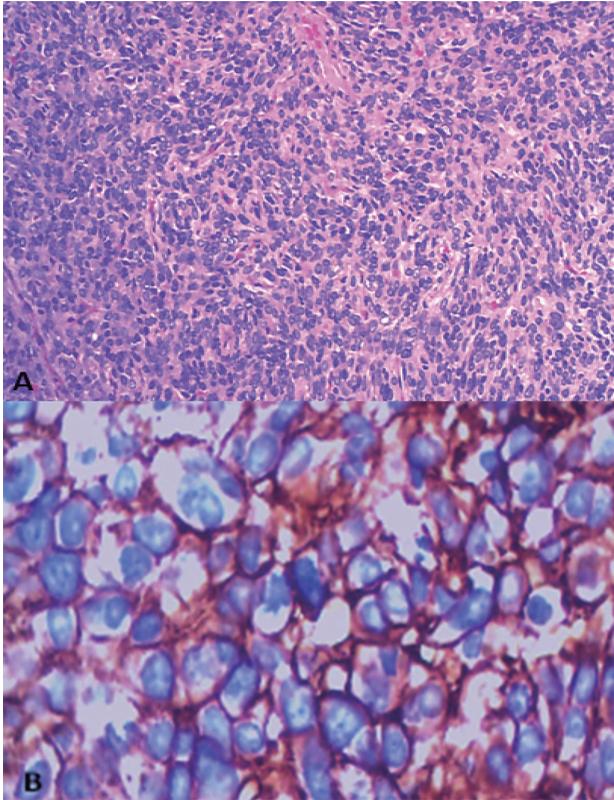
DISCUSSÃO

O tumor fibroso solitário (TFS) foi inicialmente descrito, em 1931, por Klemperer e Rabin, quando o tumor fora encontrado na pleura. A lesão de origem

mesenquimatosa foi também encontrada em outras regiões do corpo, que variam desde o pericárdio, peritônio, mesentério, tireoide e próstata. A região de cabeça e pescoço é uma das suas principais localizações (1,2) e já foi registrado em um amplo espectro de idade, que varia de 9-76 anos, sendo que na maioria das vezes surge em torno dos 43 anos (3).

Sua apresentação tem caráter benigno, apesar de recidiva local e metástase terem ocorrido em 15-25% dos casos (1). Em relação às apresentações orbitárias, o tumor geralmente se manifesta com proptose. Seu crescimento é extraconal, podendo levar à limitação da motilidade ocular extrínseca e o acometimento ocular grave pode aparecer por culpa da compressão causada pela massa. Não há casos relatados de invasão dos músculos extraoculares e do nervo óptico, sugerindo que o tumor surge como uma lesão encapsulada, bem definida.

Em situações avançadas, pode levar à compressão do nervo óptico e glaucoma (3), mas raramente invasão óssea ou acometimento infraorbitário (4).



Por conta da proptose indolor e progressiva, as primeiras hipóteses podem ser de Schwannomas, histiocitoma fibroso, tumores da bainha do nervo óptico, linfangioma, hemangioma, pseudotumor inflamatório ou meningiomas. Para diferenciá-la, pode ser realizada manobra de Valsalva, com lesão imutável, endurecida, pouco móvel e sem sopros (4).

Considerando a grande quantidade de diagnósticos diferenciais, o segundo passo na avaliação deste paciente são os exames de imagem. As características internas do tumor são melhor elucidadas quando o submetido à Ressonância Magnética, onde se mostra isointenso em T1 e hipointenso em T2 (5). Porém, somente exames de imagem não fecham o diagnóstico da patologia, sendo fundamental o resultado do anatomopatológico. Aqueles podem, e devem, guiar a escolha da biópsia: excisional ou incisional.

Caso a massa se mostre com limites bem definidos, a biópsia excisional deve ser escolhida, tendo em vista que já estaria sendo realizado o

tratamento padrão ouro do paciente - exérese completa da lesão (1,3,4).

À análise anatomopatológica, o tumor tem origem mesenquimatosa, com áreas de hiper-celularidade alternando com hipocelularidade por bandas de colágeno. A imunohistoquímica é fundamental para diferenciar o TFS dos hemangiopericitomas, principal tumor com o qual o TFS pode ser confundido.

O principal marcador utilizado é o CD34, sendo positivo em 79-99% dos casos, apesar de não estar relacionado ao grau de gravidade ou recorrência do tumor. A imunoreatividade pode não estar presente, mas quase nunca em tumores com alta taxa de recorrência (3). Apesar de 13-23% dos tumores terem caráter maligno, fatores histopatológicos que preveem tal comportamento ainda não estão bem definidos e, a existência de malignidade se baseia nos achados de um dos seguintes fatores: alta celularidade, grande número de figuras mitóticas, pleomorfismo nuclear, invasão de tecidos adjacentes e metástases a distância. A presença de áreas de necrose e o tamanho do tumor podem indicar mal prognóstico (1).

O tratamento de eleição é exérese cirúrgica completa e, seguimento dos pacientes a longo prazo é mandatório, uma vez que já foi registrado na literatura recidivas após 8 anos da retirada da primeira lesão (1,2,4,5). Por apresentar características benignas, o acompanhamento pode ser clínico e não há necessidade de realizar exames de rastreio após o seu diagnóstico, exceto se o anatomopatológico evidenciar sinais de invasão.

No caso apresentado, observamos que o número de recidivas excede o dos casos já relatados na literatura. Além disso, a paciente está fora da faixa etária relatada e se encontra dentro da pequena porcentagem que apresenta características malignas. A sua primeira apresentação ainda está dentro das estatísticas, quando o tumor se mostra com caráter extremamente benigno, mas a evolução de seu acompanhamento evidencia uma malignização gradual das recidivas. Fato tal que pode estar relacionado à idade da paciente, apesar de não haver comprovação na literatura.

CONCLUSÃO

O tumor solitário fibroso de órbita é uma patologia rara e que pouco se tem conhecimento sobre seu comportamento, apesar de, na maioria dos casos, ter apresentações benignas.

A exérese cirúrgica é o tratamento de eleição e o seguimento do paciente a longo prazo é fundamental pela sua imprevisibilidade.

O relato do presente caso também se mostra importante, visto que evidencia a existência de potenciais malignizações nas suas recorrências, mesmo que, por isso, o seguimento do paciente não mude.

ABSTRACT

Introduction: The Orbit Solitary Fibrous Tumor (SFT) is a rare pathology whose behavior is still poorly elucidated. It has benign characteristics and about 15-25% of the cases have high potential for recurrence and malignancy, affecting mainly people in the fourth decade of life. **Purpose:** To report a case of atypical manifestation of orbit SFT in an 84-year-old patient with a high number of recurrences and signs of malignancy of the disease. **Method:** Case report and literature review. **Conclusion:** The SFT still has its behavior unknown and, despite its mostly benign character, the follow-up of the patient is extremely important, considering the high chances of recurrence and possible malignancy.

Keywords: Orbit; Exophtalmos; Local Neoplasm Recurrence

REFERÊNCIAS

- 1) SILVA-MORALES, Francisco et al. Tumor fibroso solitario de orbita como caso inusual de proptosis. Archivos de Neurociencias, v. 11, n. 1, p. 52-55, 2006.
- 2) MONTALVÃO, Pedro et al. TUMOR FIBROSO SOLITARIO DO ETMOIDE. Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, v. 44, n. 1, p. 89-92, 2006.
- 3) MONTESDEOCA, Laura Bernal et al. Tumor maligno fibroso solitario de la órbita en un niño de 13 años. Archivos de la Sociedad Canaria de Oftalmología, n. 26, p. 88-91, 2015.
- 4) GALLEGOS-VALENCIA, Arturo Jaime; FUENTES-CATAÑO, M. Cinthia; PLAZOLA, Sara Isabel. Tumor fibroso solitario orbitario: reporte de un caso. Revista Mexicana de Oftalmología, v. 81, n. 2, p. 110-113, 2007.
- 5) GIGANTELLI, James W. et al. Orbital solitary fibrous tumor: radiographic and histopathologic correlations. Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery, v. 17, n. 3, p. 207-214, 2001.

OCCLUSÃO VENOSA DA RETINA: QUADRO EVOLUTIVO DE 10 CASOS DA VIDA REAL

RETINAL VENOUS OCCLUSION: EVOLUTIONARY PICTURE OF 10 REAL-LIFE CASES

Lucas Baranesvicius Quagliato¹

Débora Muriel Müller²

Marina Matos Lima Leite³

Paulo Eduardo Baldini Lucena.⁴

Trabalho realizado no Instituto Penido Burnier, Campinas, SP.

1 Oftalmologista especialista em Retina clínica e Neurooftalmologia

2,4 Médico residente de oftalmologia do Instituto Penido Burnier, SP

3 Acadêmica de Medicina da Faculdade São Leopoldo Mandic

Endereço para Correspondência:

Nome do autor correspondente: Débora Muriel Müller

Avenida Andrade Neves, 683, Campinas, São Paulo, CEP 13013-161

Recebido para publicação em: 18/02/2020

Aceito para publicação em: 14/03/2020

RESUMO

Introdução: A oclusão venosa é a segunda mais frequente doença vascular da retina.¹ Classificam-se de acordo com o nível da oclusão em central ou de ramo. Edema macular é a complicação mais comum, sendo tratado com injeções intravítreas de anti-VEGF mensais ou implantes intravítreos de dexametasona. **Objetivo:** Avaliar a acuidade visual e correlacionar com o número de injeções intra-vítreas de Anti-VEGF realizadas. **Materiais e Método:** Foram analisados retrospectivamente prontuários de 10 olhos de 10 pacientes com diagnóstico de oclusão venosa da retina, provenientes da clínica de um especialista em retina clínica. O tempo de acompanhamento variou de 3 a 43 meses. **Conclusão:** Devemos sempre ter como objetivo tratar os paciente da melhor maneira possível, enquadrando as estratégias dos principais guidelines para a nossa realidade médica brasileira .

Palavras-chave: Veia retiniana, edema macular e Oclusão Venosa Retiniana.

INTRODUÇÃO

A oclusão venosa é a segunda mais frequente doença vascular da retina, depois da retinopatia diabética. Associa-se a diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e glaucoma.¹ Classificam-se, de acordo com o nível da oclusão, em central ou de ramo.

A oclusão pode acarretar hipóxia severa da

camada neurossensorial da retina, causa importante de perda visual nessa patologia.² O vazamento que ocorre após a oclusão é agudo e acarreta hemorragias intra e sub retinianas, causando edema macular.

A apresentação clínica é variável. Na maior parte dos casos a perda visual é unilateral, indolor, sem sinais inflamatórios à biomicroscopia. Alguns casos podem ser assintomáticos. O curso da doença tende a ser crônico, com exacerbações eventuais.²

A complicação mais severa- glaucoma neovascular- deve-se a extensa área de ausência de perfusão capilar. A complicação mais comum é o edema macular, secundário à quebra da barreira hematorretiniana. Pode-se observar edema de disco associado.³ O edema macular é tratado com injeções intravítreas de anti-VEGF ou implantes intravítreos de dexametasona. A área isquêmica da retina é tratada com laser argônio.

OBJETIVO

O objetivo do trabalho foi analisar a acuidade visual final e correlacionar com o número de injeções intra-vítreas de Anti-angiogênicos realizadas. Assim como avaliar a quantidade de injeções intra-vítreas realizadas e comparar com o número indicado dessas injeções pelos principais guidelines vigentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram analisados prontuários retrospectivamente de 10 olhos de 10 pacientes com diagnóstico de oclusão venosa da retina, provenientes da clínica de um especialista em retina clínica, avaliados de janeiro de 2016 a agosto de 2019. O tempo de acompanhamento variou de 3 a 43 meses.

RESULTADOS

A média das idades foi de 56,5 anos (de 36 a 96 anos); 60% de homens; 6 apresentaram oclusão de ramo (ORVCR) e 4 oclusão de veia

central da retina (OVCR). Desenvolveram edema macular 80% dos pacientes e 20% apresentou edema de disco. Não foram relatadas comorbidades sistêmicas em 70% dos pacientes; 10% apresentavam diabetes melittus e 20% hipertensão arterial sistêmica. Glaucoma foi observado em 30% dos pacientes na ocasião do diagnóstico da oclusão.

Laser argônio foi indicado para tratar 70% dos pacientes, com áreas retinianas isquêmicas, sendo 3 com Oclusão de Veia Central da Retina e 4 com Oclusão de Ramo de Veia Central da Retina. Receberam injeções de anti-VEGF 90% dos pacientes, com média de 3,8 injeções por paciente. Apenas um paciente teve tratamento observacional, pois não apresentou áreas isquêmicas nem edema macular ao longo de dois anos de acompanhamento.

O número de injeções intravítreas variou de 0 a 15 entre 3 a 43 meses de acompanhamento (média de 16,6 meses). Tabela 1. Em média cada paciente recebeu uma injeção a cada 3 meses. Tabela 1. Entre as injeções de Anti-VEGF foram utilizadas 3 injeções de Aflibercept (Eylea®), 5 de Bevacizumabe (Avastin®) e 30 de Ranibizumabe (Luscentis®).

A acuidade visual inicial variou de 'conta dedos a 0,5 metro' a 1,0. Apenas um paciente com OVCR evoluiu para acuidade visual "conta dedos ante-face", demorou um ano para iniciar o tratamento após o início dos sintomas e desenvolveu glaucoma neovascular. Três pacientes evoluíram com visão de 0,1 a 0,3, tendo um deles abandonado o tratamento. Dois pacientes com ORVCR evoluíram com visão de 0,6. Quatro pacientes evoluíram com visão 1,0, um deles com OVCR e três com ORVCR.

Tabela 1: Comparativos de acuidade visual inicial e final com número de injeções e tempo de acompanhamento

| Tipo de oclusão | AV inicial | AV final | Número de injeções | Tempo de acompanhamento |
|-----------------|------------|--------------|--------------------|-------------------------|
| ORVCR | CD 2m | 0,3 | 3 | 7 meses |
| OVCR | CD 1m | 0,25 | 15 | 43 meses |
| OVCR | 0,3 | 1,0 | 2 | 10 meses |
| ORVCR | 0,05 | 0,6 | 2 | 7 meses |
| OVCR | CD 0,5m | CD anteface* | 4 | 36 meses |
| OVCR | 0,1 | 0,2 | 2 | 18 meses |
| ORVCR | 0,1 | 0,6 | 5 | 24 meses |
| ORVCR | 0,4 | 1,0 | 3 | 6 meses |
| ORVCR | 0,5 | 1,0 | 1 | 3 meses |
| ORVCR | 1,0 | 1,0 | 0 | 12 meses |

DISCUSSÃO

A idade e sexo dos pacientes são concordantes com a literatura⁴. 70% dos pacientes não apresentavam fatores de risco para oclusão venosa retiniana, tais como diabetes e hipertensão arterial^{5,6}.

Glaucoma primário de ângulo aberto foi observado em 30% dos nossos pacientes no momento do diagnóstico da oclusão. A literatura refere que mais de 70% dos pacientes com oclusão venosa terão glaucoma ao longo das suas vidas⁷.

Houve uma associação positiva entre o número de injeções recebidas e a melhora da AV em 5 anos segundo estudos, o que é consistente com outros trabalhos onde injeções mais frequentes geraram resultados visuais melhores⁹. No nosso estudo a média do número de injeções foi de 3,8 o que nem sempre é o intervalo validado pelos guidelines⁹.

70% dos nossos casos foram submetidos a tratamento com laser de argônio. O ganho visual de pelo menos duas linhas na acuidade visual nos pacientes tratados com laser de argônio que tinham edema macular em oclusão de ramo de veia central da retina justifica a indicação de laser de argônio para pacientes com edema macular associado a oclusão de ramo de veia central da retina¹⁰.

Há de ser considerada a perda de seguimento dos pacientes com oclusão venosa durante o seguimento. Aproximadamente 1 em cada 4 pacientes não retornam durante um ano ou mais, depois de terem recebido injeção de anti-VEGF por oclusão venosa da retina¹¹.

CONCLUSÃO

A indicação de anti-VEGF para melhora da acuidade visual nos casos de oclusão vascular da retina é clara. Entretanto na vida real nem sempre é possível realizar o número de injeções no intervalo correto indicado pelos guidelines. Entre os motivos que levam a não serem realizadas as injeções na frequência e tempo prescritos, são a dificuldade do paciente em conseguir os recursos, a não-liberação pelo convênio e o abandono do tratamento pelo paciente.

Este trabalho tem relevância a medida que mostra, que mesmo com menor número de injeções, a acuidade visual final foi melhor do que a inicial; e o único paciente que abandonou o tratamento evoluiu com a complicação mais grave, o glaucoma neovascular, resultando em acuidade visual final pior que a inicial. Desta forma, é importante ao diagnóstico ressaltar ao paciente a importância das medidas terapêuticas propostas e do seguimento correto.

ABSTRACT

Introduction: Venous occlusion is the second most common vascular disease of the retina.¹ It is classified, according to the level, in the central or branch occlusion. Macular edema is the most common complication, being treated with monthly intravitreal injections of anti-VEGF or intravitreal dexamethasone implants. **Objective:** to analyze visual acuity and correlate with the number of intra-vitreous injections of Anti-VEGF performed. **Materials and Methods:** Medical records of 10 eyes of 10 patients diagnosed with retinal venous occlusion were retrospectively analyzed. Result of the clinic of a specialist in clinical retina. The follow-up time ranged from 3 to 43 months. **Conclusion:** We

must always aim to treat the patient in the best possible way, framing as strategies of the most important guidelines for our Brazilian medical reality.

Keywords: retinal vein, macular edema, retinal vein occlusion.

REFERÊNCIAS

1. Branch Retinal Vein Occlusion (BRVO): Cochran, M.L.; Ahabadi, A.; Czyz, C.N. disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535370/>
2. Guidelines for the Management of Retinal Vein Occlusion by the European Society of Retina Specialists (EURETINA), Schmidt-Erfurth, U. et al; *Ophthalmologica* 2019;242:123–162.
3. Occlusions veineuses rétinienes: Pierru, A.; Girmens, J.F.; Héron, E.; Paques, M.; Centre national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, 75012 Paris, France
4. Clinical Effectiveness of Intravitreal Therapy With Ranibizumab vs Aflibercept vs Bevacizumab for Macular Edema Secondary to Central Retinal Vein Occlusion: A Randomized Clinical Trial. Hykin P et al, *JAMA Ophthalmol.* 2019 Aug 29.
5. Etiological factors in young patients with Retinal Vein Occlusion; Nalcali, S.; Defirmenci, C.; Akiin, C.; Mentis, J. *Pak J Med Sci.* 2019 Sep-Oct; 35(5): 1397–1401.
6. Comparison of systemic conditions at diagnosis between central retinal vein occlusion and branch retinal vein occlusion. Bum-Joo Cho et al, Published online 2019 Aug 8.
7. Thrombophilia - a risk factor of retinal vein occlusion? Karska, B., Kubicka, T., Romanowska, D., Undas, A. *Klin Oczna.* 2013;115(1):29-33.
8. Association of glaucoma with risk of retinal vein occlusion: A meta-analysis. Yin, X., Li, J., Zhang, B., Lu, P.: *Acta Ophthalmol.* 2019 May 24.
9. Five-year outcomes of retinal vein occlusion treated with vascular endothelial growth factor inhibitors. Spooner K, Fraser-Bell S, Hong T, Chang AA. *BMJ Open Ophthalmol.* 2019 Mar 29.
10. Argon Laser Photocoagulation For Macular Edema In Branch Vein Occlusion. Branch Vein Occlusion Study Group. *Am J Ophthalmol.* 2018 Dec;196.
11. Loss to Follow-Up in Patients With Retinal Vein Occlusion Undergoing Intravitreal Anti-VEGF Injections. Gao X, Obeid A, Adam MK, Hyman L, Ho AC, Hsu J. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina.* 2019 Mar 1;50(3):159-166.

DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE EM PACIENTES COM AFECÇÕES NEUROFTALMOLÓGICAS

DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS IN PATIENTS WITH NEURO-OPHTHALMIC DISORDERS

Lucas Barasnevicius Quagliato¹

Millena de Arruda Sousa Pacheco²

Pietro Dechichi²

Valdez Melo dos Anjos Filho²

Thaisy Ventura Batistel²

Gunther Albuquerque Beckedorff²

Elizabeth M. A. B. Quagliato³

Instituto Penido Burnier.

¹ Médico Oftalmologista colaborador da Fundação Dr. João Penido Burnier, subespecialista em Neuroftalmologia.

² Médicos Residentes de Oftalmologia do Instituto Penido Burnier.

³ Médica Neurologista.

Endereço para Correspondência:

Millena de Arruda Sousa Pacheco

Avenida Andrade Neves, 683, Campinas – SP, CEP 13013-161

Recebido para publicação em: 18/02/2020

Aceito para publicação em: 14/03/2020

RESUMO

Introdução: Na prática diária, observa-se que muitos pacientes com doenças neuroftalmológicas apresentam transtornos mentais graves, não necessariamente relacionados com a intensidade da perda visual. **Objetivo:** Avaliar a presença de transtornos psíquicos em um grupo de pacientes com diagnóstico de doenças neuroftalmológicas, relacionando a intensidade dos sintomas com o grau de comprometimento visual. **Materiais e Método:** Estudo transversal. **Conclusão:** Os dados obtidos no estudo apontam grande prevalência de transtornos mentais em pacientes com doenças neuroftalmológicas. Observou-se correlação positiva entre a gravidade do comprometimento visual, incidência e intensidade dos sintomas psíquicos.

Palavras-chave: transtornos mentais, doenças do nervo óptico, acuidade visual.

INTRODUÇÃO

Pacientes com afecções neuroftalmológicas apresentam frequentemente sintomas de ansiedade e depressão acentuados, não relacionados necessariamente com a intensidade da perda visual.^{1,3}

Um estudo sobre depressão em pacientes com diagnóstico de esclerose múltipla e neuromielite

óptica revelou que a prevalência da depressão nesse grupo de pacientes é altíssima, chegando a 50%.⁴

Jones et al. (2012) mostrou que mais de três quartos dos pacientes com sintomas depressivos graves experimentam ansiedade moderada a grave em um estudo em larga escala de pacientes com esclerose múltipla no Reino Unido.⁶

Burns et al. (2010) sugeriu que pacientes com esclerose múltipla e depressão podem se beneficiar de sessões de tratamento adicionais para ansiedade, baseadas nas características dos sintomas dos pacientes. Assim como na depressão, a ansiedade também está relacionada à menor qualidade de vida. Assim, a prevenção desses sintomas é crucial para a manutenção das atividades de vida diária dos pacientes. É importante um atendimento multidisciplinar para que o tratamento seja realizado o mais cedo possível.⁷

Um estudo que avalia a relação do tratamento inadequado da depressão severa na neuromielite óptica revelou que 28% dos pacientes apresentou transtorno depressivo moderado/grave, e 48% apresentou dor neuropática como causa/consequência. Neste estudo, 40% dos pacientes que foram diagnosticados com transtorno depressivo receberam tratamento. Deste número, metade não obteve êxito no controle dos sintomas associados à doença.¹

Os sintomas psiquiátricos comprometem a qualidade de vida desses pacientes, que frequentemente retornam as consultas temendo recidiva dos episódios.^{1,3,4}

Muitos pacientes com acuidade visual 20/20, sem praticamente nenhuma sequela, evoluem com sintomas de ansiedade e depressão severos, não se podendo excluir a presença dessas morbidades previamente à instalação do quadro neurooftalmológico.

Na prática clínica, observa-se que pacientes com outras doenças que causam comprometimento visual mais grave como retinopatias e glaucoma, apresentam menores níveis de ansiedade e depressão e demonstram melhor compreensão dos seus sintomas.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo avaliar a presença de transtornos psíquicos (ansiedade, depressão e estresse) em um grupo de pacientes com doenças neurooftalmológicas atendidos no Instituto Penido Burnier. Também é objetivo do estudo avaliar a relação entre a gravidade do comprometimento visual e a intensidade dos sintomas psíquicos, correlacionando os transtornos psíquicos com os diagnósticos neurooftalmológicos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram selecionados 30 pacientes com diagnóstico de doenças neurooftalmológicas.

Todos os pacientes receberam um termo de consentimento livre e esclarecido e o questionário “Depression and Anxiety Scales” (DASS-21) pelo aplicativo Google Forms, enviados por email e respondidos em suas casas. (**Anexo 1 e 2**).

Os resultados foram analisados individualmente com o auxílio do mesmo aplicativo.

O questionário DASS-21 é validado por diversos estudos em diferentes países como uma forma de screening de transtornos psiquiátricos. As 21 questões recebem respostas que são somadas em notas de 0-3, sendo cada pergunta direcionada a uma das três afecções listadas. Somando-se as notas de cada pergunta direcionada é obtido um resultado que varia em 4 graus (de normal a muito severo).

RESULTADOS

A equipe entrou em contato com todos os 30 pacientes, e apesar da insistência, 14 pacientes não enviaram suas respostas. O estudo foi feito com os resultados obtidos pelo questionário DASS-21 em 16 pacientes. (**Tabela 1**).

Dentre os 16 pacientes (12 mulheres e 4 homens) que responderam ao questionário, 12 (75%) apresentaram sintomas de depressão, 13 (81%) apresentaram ansiedade e 8 (50%) apresentaram sintomas de estresse.

A depressão foi classificada como leve em 1 paciente (6%), moderada em 2 (12%), severa em 2 (12%) e muito severa em 7 (44%).

A ansiedade foi considerada leve em nenhum caso, moderada em 4 (25%), severa em nenhum caso e muito severa em 9 casos (56%).

O estresse foi leve em 1 (6%), moderado em 3 (19%), severo em nenhum caso e muito severo em 4 (25%).

| | Depressão | Ansiedade | Estresse |
|--------------|-----------|-----------|----------|
| Normal | 4 (25%) | 3 (19%) | 8 (50%) |
| Leve | 1 (6%) | 0 | 1 (6%) |
| Moderado | 2 (12%) | 4 (25%) | 3 (19%) |
| Severo | 2 (12%) | 0 | 0 |
| Muito severo | 7 (44%) | 9 (56%) | 4 (25%) |

Tabela 1 – Resultados obtidos com o questionário DASS-21.

Dos 16 pacientes avaliados, 10 (60%) apresentavam diagnóstico de neurite óptica; 4 (25%) de neuropatia óptica isquêmica não arterítica; 1 (6%) de doença de Devic e 1 (6%) de AVC isquêmico (**Tabela 2**).

| Diagnósticos avaliados | Total (M/F) |
|------------------------|----------------|
| Neurite óptica | 10 (60%) (1/9) |
| NOIA não arterítica | 4 (25%) (0/4) |
| Devic | 1 (6%) (0/1) |
| AVC isquêmico | 1 (6%) (1/0) |

Tabela 2 – Número de pacientes nas doenças oftalmológicas analisadas.

Dentre os 10 pacientes (60%) com neurite óptica, 80% apresentaram depressão, sendo depressão leve em 1 caso, depressão moderada em 1 caso, nenhum com depressão severa e 4 com depressão muito severa. Quanto a ansiedade, de 7 pacientes (70%), 1 apresentou ansiedade leve, 2 apresentaram ansiedade moderada e 4 apresentaram ansiedade muito severa. Quanto ao estresse, de 5 pacientes (50%), 1 apresentou estresse moderado e 4 apresentaram estresse muito severo.

Dentre os 4 (25%) casos de neuropatia óptica isquêmica não arterítica, 3 pacientes (74%) apresentaram depressão, sendo moderada em 1 (25%) e muito severa em 2 (50%). Quanto a ansiedade, 2 pacientes (50%) apresentaram ansiedade moderada e 2 (50%) muito severa. Apenas 1 paciente (25%) apresentou estresse moderado.

A doença de Devic foi diagnóstico em 1 caso (6%). A paciente apresentou depressão severa, ansiedade muito severa e estresse moderado.

Apenas 1 paciente (6%) com AVC isquêmico e comprometimento da via visual foi avaliado. Esse paciente apresentou depressão severa, ansiedade muito severa e estresse leve.

O estudo da relação entre a acuidade visual no olho acometido e os sintomas psíquicos foi avaliado da seguinte forma:

Grupo 1- 8 pacientes (50%) apresentaram acuidade visual satisfatória (igual ou acima 20/25 em AO); 5 (62,5%) apresentaram depressão (leve em 1, severa em 1 e muito severa em 3); 6 (75%) apresentaram ansiedade (moderada em 1 e muito severa em 5); 4 (50%) apresentaram estresse (2 moderado e 2 muito severo).

Grupo 2 - 5 pacientes (31,2%) apresentaram acuidade visual moderada (20/40 a 20/30); 4 (80%) apresentaram depressão (2 moderada, 1 severa e 1 muito severa); ansiedade foi relatada por 4 (80%) (moderada em 2 e muito severa em 2); estresse foi relatado por 1 (20%), na forma leve.

Grupo 3 – 3 pacientes (18,7%) apresentaram baixa acuidade visual (abaixo de 20/40), todos com depressão, ansiedade e estresse muito severos.

Com essa avaliação, foi possível observar que 100% dos pacientes com acuidade visual abaixo de 20/40 no olho acometido apresentaram depressão e ansiedade e estresse muito severos.

Em 80% dos pacientes com acuidade visual entre 20/40 e 20/30 no olho acometido foram observados sintomas psíquicos com intensidades de leve a muito severos.

Em 75% dos pacientes com acuidade visual satisfatória foram observados sintomas de depressão, ansiedade e estresse de leve a muito severos.

Ao analisar individualmente o diagnóstico, a acuidade visual e a intensidade dos sintomas foi possível concluir que 81,2% dos pacientes neuroftalmológicos apresentaram sintomas de depressão, ansiedade e/ou estresse.

Observou-se correlação positiva entre a gravidade do comprometimento visual, incidência e gravidade dos sintomas psíquicos. No entanto, mesmo no grupo dos pacientes com visão satisfatória, 75% apresentaram sintomas de depressão, ansiedade e estresse, de leve a muito severos.

O diagnóstico de neurite óptica foi o mais frequente (60%) nessa casuística de pacientes neuroftalmológicos. Dentre os pacientes com neurite óptica 70% apresentaram sintomas de depressão, ansiedade e/ou estresse; todos os pacientes com doença de Devic, AVC isquêmico e neuropatia isquêmica anterior não arterítica apresentaram sintomas de depressão, ansiedade e/ou estresse.

DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil
Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0, 1, 2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

Anexo 1 – Questionário DASS-21

| | | |
|----|--|---------|
| 1 | Achei difícil me acalmar | 0 1 2 3 |
| 2 | Senti minha boca seca | 0 1 2 3 |
| 3 | Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo | 0 1 2 3 |
| 4 | Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico) | 0 1 2 3 |
| 5 | Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas | 0 1 2 3 |
| 6 | Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações | 0 1 2 3 |
| 7 | Senti tremores (ex. nas mãos) | 0 1 2 3 |
| 8 | Senti que estava sempre nervoso | 0 1 2 3 |
| 9 | Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a) | 0 1 2 3 |
| 10 | Senti que não tinha nada a desejar | 0 1 2 3 |
| 11 | Senti-me agitado | 0 1 2 3 |
| 12 | Achei difícil relaxar | 0 1 2 3 |
| 13 | Senti-me depressivo (a) e sem ânimo | 0 1 2 3 |
| 14 | Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo | 0 1 2 3 |
| 15 | Senti que ia entrar em pânico | 0 1 2 3 |
| 16 | Não consegui me entusiasmar com nada | 0 1 2 3 |
| 17 | Senti que não tinha valor como pessoa | 0 1 2 3 |
| 18 | Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais | 0 1 2 3 |
| 19 | Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca) | 0 1 2 3 |
| 20 | Senti medo sem motivo | 0 1 2 3 |
| 21 | Senti que a vida não tinha sentido | 0 1 2 3 |

Anexo 2 – Questionário DASS-21

DISCUSSÃO

A baixa acuidade visual está associada a altos índices de transtornos psíquicos devido à diminuição da qualidade de vida. No entanto, os dados obtidos no estudo mostraram que mesmo pacientes com acuidade visual satisfatória apresentaram índices altos de depressão, ansiedade e estresse, o que pode sugerir a presença dessas morbidades previamente à instalação do quadro neuroftalmológico.

Em busca de correlacionar esses fatores, este estudo utilizou primeiramente um questionário de screening para transtornos psiquiátricos, o DASS-21. Após análise dos resultados obtidos individualmente, os pacientes foram divididos em grupos quanto ao diagnóstico e a acuidade visual.

Os resultados mostraram altos índices de depressão (75%), ansiedade (81%) e estresse (50%).

O diagnóstico mais frequente no estudo foi neurite óptica, observada em 60% dos casos.

A presença de sintomas psíquicos foi observada de forma intensa tanto em pacientes com acuidade visual comprometida como nos pacientes com visão satisfatória.

CONCLUSÃO

Os transtornos psíquicos como depressão, ansiedade e estresse estão presentes de forma significativa em pacientes com afecções neuroftalmológicas.

Dados obtidos neste estudo, por meio de um questionário reconhecido mundialmente na identificação de sintomas psíquicos (DASS-21), apontam que a depressão está presente em 75% dos pacientes analisados, a ansiedade em 81% e o estresse em 50%.

Foram avaliados pacientes portadores das seguintes patologias: neurite óptica, neuropatia óptica isquêmica não arterítica, doença de Devic e AVC isquêmico com comprometimento da via visual.

A acuidade visual de cada paciente também foi avaliada e classificada em 3 grupos: acuidade visual igual ou superior a 20/25, acuidade visual entre 20/30 e 20/40 e acuidade visual inferior a 20/40.

A análise dos resultados obtidos neste estudo mostrou que 81,2% dos pacientes com afecções neurooftalmológicas apresentaram sintomas de depressão, ansiedade e/ou estresse.

Observou-se correlação positiva entre a gravidade do comprometimento visual, incidência e intensidade dos sintomas psíquicos. No entanto, mesmo no grupo dos pacientes com visão satisfatória, 75% apresentaram sintomas de depressão, ansiedade e estresse, de leve a muito severos.

A neurite óptica foi a afecção mais presente no estudo, em 60% dos casos. Dentre os pacientes com neurite óptica 70% apresentaram sintomas de depressão, ansiedade e/ou estresse. Todos os pacientes com doença de Devic, AVC isquêmico com comprometimento da via visual e neuropatia isquêmica anterior não arterítica apresentaram sintomas de depressão, ansiedade e/ou estresse.

Esses dados comprovam a alta prevalência de transtornos mentais em pacientes com doenças neurooftalmológicas.

ABSTRACT

Introduction: In daily practice, many patients with neuro-ophthalmological diseases have severe mental disorders and it is not always related with de intensity of the visual loss. **Objective:** Analyze the presence of mental disorders in a group of patients with neuro-ophtalmic disease and the relation of the intensity of the symptoms to the visual acuity. **Material and Methods:** Cross-sectional study. **Conclusion:** There is a high prevalence of mental disorders in patients with neuro-ophtalmological diseases. This study confirmed a correlation between the severity of visual impairment, incidence and severity of psychic symptoms.

Keywords: mental disorders, optic nerve diseases, visual acuity.

REFERÊNCIAS

1. Insufficient treatment of severe depression in neuromyelitis optica spectrum disorder. Chavarro, V. S., Mealy, M. A., Simpson, A., Lacheta, A., Pache, F., Ruprecht, K., ... Levy, M. (2016).
2. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. Santos EG; Siqueira MM; J. bras. Psiquiatr. Vol 59, no 3, Rio de Janeiro 2010.
3. The Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21): Further Examination of Dimensions, Scale Reliability, and Correlates. Osman, A., Wong, J.L., Bagge, C.L; Freedenthal, S., Gutierrez, P.M., Lozano, G. J Clin Psychol 2012 Dec, 68 (12):1322-38.
4. Depressão e esclerose múltipla: uma visão geral. Cerqueira, A.C.R., Nardi, A.E. Rev. Bras. Neurol. 47(4), out-dez 2011.
5. Influence of visual acuity on suicidal ideation, suicide attempts and depression in South Korea. British Journal of Ophthalmology, 99(8), 1112–1119. Rim, T. H., Lee, C. S., Lee, S. C., Chung, B., & Kim, S. S. (2015).
6. A Large-Scale Study of Anxiety and Depression in People with Multiple Sclerosis: A Survey. Web Portal of the UK MS Register. Jones, K. H., Ford, D. V., Jones, P. A., John, A., Middleton, R. M., Lockhart-Jones, H., Noble, J. G. (2012).
7. Comorbid anxiety disorders and treatment of depression in people with multiple sclerosis. Rehabilitation Psychology, 55(3), 255–262. Burns, M. N., Siddique, J., Fokuo, J. K., & Mohr, D. C. (2010).

SARCOMA GRANULOCÍTICO EM RECIDIVA DE LEUCEMIA: UM RELATO DE CASO

GRANULOCYTIC SARCOMA IN LEUKEMIA RELASTED: A CASE REPORT

Thaisy Ventura Batistel¹

Millena Pacheco²

Elvira Abreu³

Instituto Penido Burnier, Campinas, São Paulo, Brasil

¹ Médica Residente em Oftalmologia do Instituto Penido Burnier

² Médica Residente em Oftalmologia do Instituto Penido Burnier

³ Médica Oftalmologista do Instituto Penido Burnier

Endereço para Correspondência:

Thaisy Ventura Batistel

Avenida Andrade Neves, 683, Campinas, SP.

CEP: 13013-161

Recebido para publicação em: 04/02/2020

Aceito para publicação em: 10/03/2020

RESUMO

Introdução: Sarcoma granulocítico é um tumor composto por celular mieloides malignas que ocorre fora da medula óssea. A apresentação na órbita é rara e mais comum em crianças. Pode se apresentar como primeiro sinal da leucemia mieloide aguda ou recidiva. **Objetivo:** Descrever um raro caso de sarcoma granulocítico em órbita em paciente de 56 anos como primeiro sinal de recidiva da leucemia. **Materiais e Método:** Relato de caso e revisão de literatura. **Conclusão:** Na presença de tumoração orbitária, mesmo que em pacientes assintomáticos, deve ser excluída a hipótese diagnóstica de sarcoma granulocítico orbitário; devido à seriedade do diagnóstico e prognóstico da doença.

Palavras-chave: Sarcoma mieloide; Leucemia mieloide, Órbita

INTRODUÇÃO

Sarcoma mieloide, também conhecido como tumor mieloide extramedular, sarcoma granulocítico ou cloroma¹, foi descrito pela primeira vez por Allen Burns em 1811.² É um tumor raro composto por células mieloides malignas ocorrendo em outros sítios anatômicos, fora da medula óssea.³ Pele e gengivas são os locais mais acometidos, porém há descrições de acometimento de linfonodos, intestino delgado, mediastino, útero e ovários. O acometimento da órbita é raro e mais comum em crianças, entretanto pode ocorrer em adultos.²

Sarcoma granulocítico se manifesta principalmente nos subtipos M4 e M5 da leucemia mieloide aguda (LMA). Pode aparecer junto com a doença sistêmica ou preceder as manifestações sistêmicas do sangue periférico ou medula óssea, em alguns casos em até 1 ano.⁴

No seguinte relato de caso trata-se da apresentação de um sarcoma granulocítico orbitário em paciente já tratada previamente para leucemia mieloide aguda. Que após avaliação oncológica foi diagnosticada com recidiva da doença.

RELATO DE CASO

M.M.C, 56 anos, sexo feminino, branca, apresentou-se em consulta em fevereiro de 2020 no Instituto Penido Burnier com queixa de edema de pálpebra superior de olhos esquerdo há 3 semanas. Negava alterações visuais e referia a presença nódulos em região cervical direita, mama e axila. A paciente apresentava histórico de leucemia mieloide aguda com remissão há aproximadamente 1 ano após o tratamento com quimioterapia. Ao exame apresentava massa endurecida, móvel, indolor, com discreto aumento da pigmentação em pálpebra esquerda, acarretando em diminuição da fenda palpebral e distopia inferior de olho esquerdo (foto 1). À biomicroscopia e fundoscopia não apresentava alterações em ambos os olhos. A paciente apresentava também presença de massa móvel, de consistência fibroelástica e indolor em região cervical direita (foto 2).



Foto 1: Sarcoma granulocítico em pálpebra superior esquerda



Foto 2: Massa em região cervical direita

Foi solicitada tomografia computadorizada de órbita (foto 3) que revelou presença de lesão com densidade de partes moles, homogênea, extraorbitária, abaixo da pálpebra superior esquerda em íntimo contato com globo ocular, porém sem sinais de invasão intraorbitária. Medindo 2,5x0,8cm. A lesão apresentava discreta impregnação por contraste e não apresentava plano de clivagem com a glândula lacrimal esquerda. Não apresentava acometimento das estruturas ósseas, nervo óptico e musculaturas extrínsecas.



Foto 3: Tomografia computadorizada de crânio e órbita.

A hipótese diagnóstica de cloroma foi levantada e a paciente foi orientada a procurar imediatamente a equipe de oncologia que a acompanhava. Porém, a mesma se mostrava resistente quanto a possibilidade de recidiva da leucemia e demorou a procurar atendimento oncológico, fazendo-o apenas quando os sintomas sistêmicos iniciaram. A paciente foi imediatamente internada e submetida à quimioterapia. Houve regressão do tumor palpebral com presença de ptose aponeurotica de pálpebra esquerda (foto 4). A paciente continua em acompanhamento oncológico e aguarda transplante medular.



Foto 4: Após quimioterapia, com presença de ptose aponeurótica em olho esquerdo

DISCUSSÃO

Sarcoma granulocítico é um tumor localizado composto por células malignas de origem mieloide. Devido a sua aparência esverdeada, causada pela exposição da enzima mieloperoxidase à luz ultravioleta, foi denominado de cloroma⁵ por Burns em 1811, porém 30% dos tumores podem ter apresentação branca, cinza ou marrom, sendo assim, Rappaport, em 1967, propôs o termo sarcoma granulocítico.⁶

Sarcoma mieloide frequentemente ocorre simultaneamente com a leucemia mieloide aguda, como uma manifestação extramedular da mesma, ou como uma recidiva extramedular após tratamento com remissão da leucemia mieloide aguda.¹

O envolvimento orbitário pode ser a apresentação inicial da Leucemia Mieloide Aguda, mielodisplasia ou outra doença mieloproliferativa, dificultando o diagnóstico preciso.³ Quando o sarcoma granulocítico precede o desenvolvimento da leucemia, o envolvimento do sangue periférico e medula óssea ocorre, frequentemente, em até 1 ano.⁵

O sarcoma granulocítico é uma condição rara que

acomete frequentemente a população pediátrica e é menos comum em adultos.³ O acometimento ocular é facilmente identificado através de sinais como: proptose, inflamação orbitária, aumento da glândula lacrimal, tumoração palpebral, iriana ou conjuntival, uveíte e massa escleral. Dentre estes sinais a proptose é o mais comum.⁴ Pode apresentar como causas infiltrados leucêmicos, hemorragia retrobulbar, infiltração da musculatura orbitária ou bloqueio venoso.⁶

A clínica e os achados radiológicos, não são específicos do sarcoma granulocítico, por esse motivo, podem não auxiliar o diagnóstico². Em pacientes que desenvolveram o tumor orbitário antes da leucemia, a tomografia ou ressonância magnética não são suficientemente específicas para distinguir o tumor granulocítico de outros tumores.⁵ A imunistoquímica é o padrão ouro para o diagnóstico, sendo o sarcoma granulocítico imunorreativo para MPO, CD117, CD68, CD43 (positivo na maioria dos casos), e 75% são reativos para CD45.22.²

Quando pacientes com histórico de leucemia desenvolvem sarcoma granulocítico orbitário, o diagnóstico não é difícil. Entretanto, quando o tumor orbitário precede o desenvolvimento sistêmico da leucemia, o diagnóstico pode ser difícil tanto para clínicos quanto para patologistas, devido ao fato desses tumores serem pouco diferenciados. O diagnóstico diferencial inclui linfoma maligno, rabdo-miossarcoma e neuroblastoma.⁵

Pacientes com sarcoma granulocítico isolado, têm bom prognóstico quando tratados com a terapia atual para leucemia mieloide aguda. Já pacientes com sarcoma granulocítico e acometimento medular e pacientes com doença limitada à pele, apresentam pior prognóstico do que pacientes que não apresentam o tumor orbitário.⁶

Não há consenso sobre o melhor tratamento para sarcoma granulocítico. A terapia pode variar dependendo da apresentação inicial ou recidiva. O tratamento frequentemente envolve quimioterapia, radioterapia, tratamento cirúrgico e transplante haplogênico de células hematopoiéticas.³ O tempo médio de sobrevivência de pacientes com sarcoma granulocítico sem leucemia mieloide aguda é em média 36 meses. Os pacientes que progridem com leucemia mieloide aguda, apresentam uma sobrevivência média

de 6 a 14 meses.² Apesar da taxa de sobrevivência de pacientes com leucemia ter aumentado com as terapias modernas, a mortalidade em pacientes com tumores leucêmicos orbitários ainda é alta.³

CONCLUSÃO

O sarcoma granulocítico é um tumor raro, principalmente em adultos. Que pode se apresentar como primeiro sinal de leucemia mieloide aguda ou como marco da recidiva da doença. No nosso caso a paciente já se apresentava em remissão do primeiro episódio de leucemia há aproximadamente um ano, apresentando então o aparecimento de cloroma em olho esquerdo, como primeiro sinal da recidiva da doença. A leucemia mieloide aguda é uma doença que apresenta prognóstico reservado, principalmente quando ocorre a associação do acometimento ocular com medular.

Devido a possibilidade de ser a primeira apresentação da leucemia mieloide aguda, na presença de tumoração orbitária a hipótese diagnóstica de sarcoma granulocítico orbitário deve ser aventada, mesmo que o paciente esteja assintomático e independente da faixa etária.

ABSTRACT

Introduction: Granulocytic sarcoma is a tumor composed of malignant cells of myeloid origin that occurs extramedullary. Orbital granulocytic sarcoma is rare and more common in children. It can be the first manifestation of acute myeloid leukemia or relapse. **Objective:** To describe a rare orbital granulocytic sarcoma case in a 56 years patient as the first manifestation of leukemia recurrence. **Material and Methods:** Case report with literature review. **Conclusion:** In the presence of orbital tumor, even in asymptomatic patients, the diagnostic hypothesis of orbital granulocytic sarcoma should be excluded due to the severity of the diagnosis and prognosis of the disease.

Keywords: Myeloid sarcoma; Leukemia myeloid; Orbit

REFERÊNCIAS

1. Zhu T, Xi XY, Dong HJ. Isolated myeloid sarcoma in the pancreas and orbit: A case report and review of literature. *World J Clin Cases* 2018; 6(11): 477-482 Available from: URL: <http://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v6/i11/477.htm>
2. Aggarwal E, Mulay K, Honavar S G. Orbital extra-medullary granulocytic sarcoma: clinicopathologic correlation with immunohistochemical features. *Survey of Ophthalmology* 59 (2014) 232-235.
3. O'Neill J P, Harrison A R, Cameron J D, Mokhtarzadeh A. Granulocytic Sarcoma of the Orbit Presenting as a Fulminant Orbitopathy in an Adult With Acute Myeloid Leukemia. *Ophthal Plast Reconstr Surg*, Vol. XX, No. XX, 2015
4. Junior N L F, Paves L, Nakanami D M, Seixas M T, Manso P G. Sarcoma granulocítico em órbita: relato de caso. *Arq Bras Oftalmol.* 2005;68(4):557-60
5. Stockl F A, Dolmetsch A M, Saornil M A, Font R L, Burnier M N. Orbital granulocytic sarcoma. *British Journal of Ophthalmology* 1997;81:1084-1088
6. Thakur B, Varma K, Misra V, Chauhan S. Granulocytic Sarcoma Presenting as an Orbital Mass: Report of Two Cases. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2013 Aug, Vol-7(8): 1704-1705

NEURITE ÓPTICA DESMIELINIZANTE EM CRIANÇA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19: UM RELATO DE CASO

DEMYELINATING OPTIC NEURITIS IN A CHILD DURING COVID-19 PANDEMIC: A CASE REPORT

Elisa Moya Kazmarek¹

Luis Felipe Canova Ogliari¹

Pablo A. Torricos Uzqueda¹

Lucas Barasnevicius Quagliato²

RESUMO

Introdução: Em crianças, a maioria dos casos de neurite óptica tem etiologia parainfecciosa. Pode estar associada a infecções ou ocorrer após episódios de vacinação. A apresentação costuma ser bilateral e assimétrica no início, com deterioração da visão por horas a dias. Após, a maioria apresenta remissão espontânea e o prognóstico visual é bom. **Objetivo:** Descrever um caso de neurite óptica desmielinizante em uma criança no contexto da atual pandemia. **Materiais e Método:** relato de caso e revisão de literatura. **Conclusão:** A investigação com exames laboratoriais e de imagem é importante para afastar diagnósticos diferenciais e avaliar espectros da doença, além de identificar presença fatores de risco para recorrência que podem estar associados à neurite óptica desmielinizante.

Trabalho realizado no Instituto Penido Burnier

1 Médicos residentes de oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier

2 Médico Oftalmologista do Instituto Penido Burnier

Endereço para Correspondência:

Elisa Moya Kazmarek

Avenida Andrade Neves, 683, Campinas – SP, CEP 13013-161

Recebido para publicação em: 21/02/2020

Aceito para publicação em: 10/03/2020

Palavras-chave: Neurite óptica; Infecções por Coronavirus; Neurite (Inflamação)

INTRODUÇÃO

A neurite óptica desmielinizante é uma entidade que acomete a faixa etária pediátrica de forma esporádica. Corresponde a cerca de 23% das desmielinizações adquiridas no sistema nervoso central de crianças, as quais, englobadas também as outras causas, atingem uma incidência anual de apenas 0,9 a cada 100000¹. Diferentemente do que ocorre em adultos, em que as neurites ópticas são em sua maioria idiopáticas e estão associadas a maior risco de conversão para esclerose múltipla, em crianças

costumam prosseguir quadros febris ou vacinações (neurite óptica parainfecciosa ou pós-vacinal)². Nestes casos, a desmielinização é secundária à reação imunomediada por mimetismo molecular. Quando este processo ocorre de forma mais difusa, acometendo o encéfalo e a medula espinhal, ocorre a encefalomielite aguda disseminada (ADEM).

A neurite óptica parainfecciosa está principalmente associada a infecções virais, entre elas o sarampo, a caxumba, a varicela, a influenza e a infecção por Epstein-Barr³. A prevalência dos patógenos envolvidos tem relação com a área geográfica estudada e a sazonalidade. No Brasil, por exemplo, há relatos de casos após quadros de dengue⁴. Desta forma, no contexto da atual pandemia de Covid-19, torna-se relevante esta hipótese como síndrome viral associada. Apesar da ausência de relatos em seres humanos, existe documentação de neurite óptica em felinos e roedores por outros sorotipos de coronavírus.⁵

RELATO DE CASO

C.D., 7 anos, feminina, caucasiana, proveniente de Campinas (SP), chegou à consulta relatando diminuição da acuidade visual bilateral com início no mesmo dia e cefaleia aguda. A paciente havia apresentado quadro de infecção de vias aéreas superiores há uma semana. Mantinha coriza e a mãe relatava que a paciente havia apresentado sonolência no dia anterior, sem outros sintomas. De antecedentes pessoais, a paciente possuía hipótese diagnóstica de autismo, ainda não confirmada, tendo apresentado início da fala aos 3 anos e meio de idade. Como antecedente oftalmológico, apresentava estrabismo. Ao exame, apresentou acuidade visual (AV) com correção de 0,06 no olho direito (OD) e de 0,4 no olho esquerdo. Não havia alterações na biomicroscopia e na fundoscopia (FO) ambos os discos ópticos estavam edemaciados (2+/4+ no OD e 3+/4+ no OE), com o restante do exame dentro dos padrões esperados para a idade.

Optou-se por encaminhar a paciente para investigação neurológica. Foi internada no Hospital Vera Cruz durante 4 dias. Apresentou um episódio de vômito isolado durante este período. Realizou ressonância magnética (RNM) de encéfalo no pri-

meiro dia da internação, sem evidência de processo expansivo, porém que não permitiu avaliação do nervo óptico. Foi colhido líquido, com resultado dentro dos limites da normalidade, e solicitada nova RNM com sedação. O novo exame mostrou focos de alteração de sinal na substância branca justacorticais frontais bilaterais, inespecíficos; alteração de sinal associado a realce pelo meio de contraste dos nervos ópticos, indicando sinais inflamatórios atuais (neurite óptica bilateral); conjunto de achados que pode estar relacionado a doença com substrato desmielinizante. Após 4 dias de pulsoterapia com dexametasona, paciente teve alta para seguimento ambulatorial com prescrição de prednisona 1mg/kg/dia por 3 semanas.

Paciente retornou ao nosso serviço quatro dias após alta para reavaliação oftalmológica, referindo melhora importante. A AV com correção havia progredido para 0,25 no OD e 1,0 no OE. Na fundoscopia observava-se palidez de papila temporal 2+/4+ no OD e edema de disco 2+/4+ no OE. Foi realizada tomografia de coerência óptica (OCT), na qual o OD apresentou perda de fibras nervosas no setor temporal superior e ausência de edema de disco; e o OE, discreta perda de fibras nervosas no setor temporal inferior e edema de disco 2+/4+. Foi solicitado realização de Potenciais Evocados Visuais (PEV), dosagem de anticorpos contra glicoproteína da mielina do oligodendrócito (anti-MOG), anticorpos anti-aquaporina 4 (anti-AQP 4) e sorologias virais, incluindo Covid-19. A paciente foi encaminhada para avaliação pediátrica, para tratamento com antibioticoterapia e anti-viral caso necessário, e também para avaliação por neurologista. A família optou por não realizar as sorologias virais pois a criança não estava confortável com os exames. Os resultados do PEV indicaram comprometimento miélico de ambos os nervos ópticos, predominando no nervo óptico direito. O anti-MOG e o anti-AQP4 foram negativos. Esses resultados levaram ao diagnóstico de neurite óptica desmielinizante parainfecciosa. Como os pais não realizaram as sorologias, a etiologia permanece desconhecida.

Paciente retornou para consulta oftalmológica 3 semanas após a última avaliação, apresentando melhora dos sintomas e dos achados de exame: AV com correção de 0,50 no OD e 1,0 no OE; palidez

de papila temporal 1+/4 na fundoscopia do OD e edema de disco 1+/4+ no OE. Realizada retinografia (fotos 1 e 2) e optado por manter prednisona.



Foto 1- Retinografia OD



Foto 2- Retinografia OE

DISCUSSÃO

Neurites ópticas são patologias relacionadas à inflamação do nervo óptico, podendo cursar ou não com desmielinização. Ocorre mais frequentemente como um processo imunomediado desmielinizante isolado, ou seja, sem sintomas ou antecedentes neurológicos associados, porém existe risco de conversão em esclerose múltipla (EM). A presença de lesões na ressonância é um fator preditivo muito forte de desenvolvimento futuro de EM. Na infância, este risco é consideravelmente menor.

Em crianças, a neurite óptica é parainfecciosa na maioria das vezes. Pode estar associada a diversas infecções, geralmente virais, ou vacinas. O início dos sintomas visuais ocorre após 1 a 3 semanas do quadro, geralmente de forma assimétrica entre os olhos⁶. É mais frequentemente bilateral e a perda visual é aguda (horas a dias) e grave⁷. Quando a visão permanece em deterioração após 3 semanas deve-se suspeitar de outras causas. No exame, a fun-

doscopia tipicamente mostra papilite bilateral, ocasionalmente com neurorretinite ou discos normais. A maioria dos pacientes tem boa recuperação espontânea. Pode ser necessária corticoterapia intravenosa em casos graves e uso de anti-virais, quando apropriados.

É importante ressaltar que crianças com edema de disco bilateral devem ser submetidas a ressonância de crânio para avaliar presença de lesões centrais, além desmielinização do nervo óptico e outros achados. Na ausência de processo expansivo, o líquido deve ser colhido, sendo geralmente normal nas neurites ópticas desmielinizantes.

A desmielinização também é avaliada através do potencial evocado visual. Prolongamento da latência e preservação da amplitude e da forma do potencial P100 são característicos de neurites ópticas desmielinizantes, enquanto a diminuição da amplitude do potencial sugere associação de lesão axonal ao dano da mielina. Já para avaliação quantitativa da espessura da camada de fibras nervosas da retina, que costuma estar discretamente espessada na fase aguda da neurite óptica, o melhor método é a tomografia de coerência óptica (OCT).

O anticorpo anti-AQP4 tem sensibilidade acima de 70% e especificidade superior a 90% para neuromielite óptica (NMO), também chamada de doença de Devic. Sua negatização no soro, na ausência de lesão medular, afasta o diagnóstico⁸. O anticorpo anti-MOG tem associação com diversas doenças desmielinizantes como ADEM (encefalomielite aguda disseminada), EM, NMO e seus espectros. Sua detecção em pacientes com NMO ou neurite óptica sugere aumento do risco de recorrência e necessidade de seguimento mais cuidadoso. Apesar disso, o prognóstico visual é muito bom e o curso costuma ser limitado⁹.

A etiologia do quadro que desencadeou a neurite óptica parainfecciosa pode ser importante quando necessita de tratamento específico, por exemplo no caso de doença de Lyme¹⁰. Em casos virais autolimitados, não altera o tratamento ou o prognóstico, porém a documentação é importante para que em novos casos do mesmo quadro sistêmico, sintomas visuais sejam melhor valorizados e investigados.

CONCLUSÃO

Neurite óptica desmielinizante é uma doença rara, principalmente em crianças. Apesar da maioria dos pacientes evoluírem com boa recuperação espontânea, as síndromes associadas e os fatores de risco para recorrência e conversão para outros espectros devem ser avaliados cuidadosamente para manejo adequado e melhor prognóstico.

No contexto da atual pandemia de Covid-19, é importante pensar neste diagnóstico para o quadro viral que antecipa casos de neurite óptica parainfecciosa, já que esta infecção apresenta manifestações inespecíficas. A suspeita e o reconhecimento deste agente são importantes para os devidos cuidados de isolamento e para documentação, já que a neurite óptica ainda não foi relatada como manifestação ocular deste sorotipo do vírus.

ABSTRACT

Introduction: In children, most cases of optic neuritis have parainfectious etiology. It may be associated with infections or vaccination episodes. The presentation is usually bilateral and asymmetric at the beginning, with visual deterioration for hours to a few days. Afterwards, most patients display spontaneous remission and the visual prognosis is good. **Purpose:** To describe a case of demyelinating optic neuritis in a child during COVID-19 pandemic. **Conclusion:** Investigation with laboratory and imaging exams is important to withdraw differential diagnoses and assess disease spectra, as well to identify risk factors for recurrence that may be associated with demyelinating optic neuritis.

Keywords: Neuritis; Coronavirus Infections; Optic Neuritis

REFERÊNCIAS

1. Banwell B, Kennedy J, Sadovnick D, et al. Incidence of acquired demyelination of the CNS in Canadian children. *PubMed Neurology*. 2009 Jan 20;72(3):232-9.
2. Iqbal S, Klein BL. Diagnostic approach to acute vision loss in children. Dec 30, 2019.

Disponível em: <http://www.uptodate.com>

3. Farris BK, Pickard DJ. Bilateral postinfectious optic neuritis and intravenous steroid therapy in children. *PubMed Ophthalmology*. 1990;97(3):339
4. Aragão R, Barreira I, Lima L, Rabelo L, Pereira F. Neurite óptica bilateral após infecção viral por dengue: relato de casos. *Arq. Bras. Oftalmol*. Vol. 73 nº2; 2010
5. Seah I, Agrawal R. Can the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) affect the eyes? A review of Coronaviruses and Ocular Implications in Humans and Animals. *PubMed Central (PMC)*; 2020
6. Bowling B. *Kanski Oftalmologia clínica: Uma abordagem sistêmica*. 8. Ed. Elsevier; 2016
7. Lotze, TE. Differential diagnosis of acute central nervous system demyelination in children. Sep 24, 2019. Disponível em: <http://www.uptodate.com>
8. Wingerchul DM, Lennon VA, Pittock SJ, Lucchinetti CF, Weinshenker BG. Revised diagnostic criteria for neuromyelitis optica. *Neurology*, 2006; 66:1485-89
9. Oliveira LM, Apostolos-Pereira SL, Pitombeira MS, Toretta PH, Callegaro D, Sato DK. Persistent MOG-IgG positivity is a predictor of recurrence in MOG-IgG-associated optic neuritis, encephalitis and myelitis. *Multiple Sclerosis*, v.25, n.14, p. 1907-1914, Dec 2019
10. Rodrigues B, Castelo Branco AB, Amaral BA, Franca MD, Loureiro T. Neurite óptica e coriorretinite como manifestações oculares da borreliose no Brasil: três casos relatados. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, vol.76, nº5, set./out. 2017

DESCOLAMENTO DE COROIDE BILATERAL EM PACIENTE COM POLIMIOSITE

BILATERAL CHOROIDAL DETACHMENT IN PATIENT WITH POLYMYOSITIS

Isabela Vianello Valle¹

Gunther Albuquerque Beckedorff¹

Fernanda Barbosa Nonato Federici²

RESUMO

Introdução: Relato de caso de paciente do sexo feminino com embaçamento visual bilateral de um dia de evolução, em tratamento para polimiosite. Após mapeamento de retina e ultrassonografia, foi diagnosticada com descolamento de coroide e tratada com Prednisona 40mg ao dia, apresentando melhora. **Objetivo:** relatar um caso de descolamento de coroide e discutir suas possíveis causas. **Materiais e Método:** Relato de caso e revisão da literatura. **Conclusão:** Em paciente com doenças reumatológicas, alterações visuais podem se relacionar à atividade inflamatória sistêmica. Há correlação importante dessas condições a quadros de ceratoconjuntivite seca, uveíte, vasculite e esclerite posterior. É rara a ocorrência de descolamento de coroide.

Palavras-chave: Descolamento de coroide, polimiosite, dobras de coroide

Instituto Penido Burnier, Campinas, São Paulo, Brasil

¹Médicos Residentes em Oftalmologia do Instituto Penido Burnier

²Médica Oftalmologista do Instituto Penido Burnier

Avenida Andrade Neves, 683, Campinas/ SP, CEP: 13013-161

Recebido para publicação em: 15/02/2020

Aceito para publicação em : 10/02/2020

INTRODUÇÃO

O descolamento de coroide, também conhecido como efusão uveal, é uma condição rara causada pelo acúmulo de líquido ou sangue no espaço supracoroide. Trata-se de um espaço virtual entre a coroide e a esclera composto por lamelas fibrosas, melanócitos e fibroblastos.(1) Geralmente ocorre por hipotonia ocular, relacionando-se a trabeculectomia. Além disso, pode também acontecer em doenças inflamatórias e infecciosas, neoplasias ou trauma.(2)

Há duas entidades distintas envolvidas. No descolamento seroso de coroide, há extravasamento de conteúdo seroso dos vasos da coroide. Já no quadro hemorrágico, ocorre ruptura de um vaso ciliar com preenchimento do espaço supracoroideo. Na síndrome de efusão uveal, há uma disfunção na drenagem na parte posterior do globo, com aumento da espessura escleral.(3)

O quadro clínico é variável, podendo ocorrer embaçamento visual, descolamento seroso da retina, dor ocular de leve a intensa e fechamento angular. O exame oftalmológico deve procurar sinais de inflamação ocular, como hiperemia e células em câmara anterior; sinais de fechamento angular, hipotonia e outras alterações relevantes. O aspecto fundoscópico é de dobras na coroide, com fundo mais escuro devido ao tecido uveal subjacente. Geralmente são horizontais ou radiais, mas podem apresentar-se em outras orientações. Pode haver acometimento dos quatro quadrantes.(2)

É importante avaliar o paciente com anamnese detalhada e exame oftalmológico completo, incluindo exames complementares que auxiliem no diagnóstico. Por ser uma condição raro, o grau de suspeição deve ser alto para o diagnóstico, excluindo outras doenças.

O diagnóstico diferencial inclui descolamento seroso da retina, cujo aspecto clínico é bastante semelhante. O mapeamento detalhado da retina, assim como a ultrassonografia e o OCT podem ajudar a diferenciar esses dois quadros.(4)

OBJETIVO

Relatar caso de Descolamento de Coroide bilateral, discutir os aspectos da investigação e a abordagem terapêutica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 64 anos, procurou o pronto atendimento do Instituto Penido Burnier com queixa de embaçamento visual bilateral há um dia. Negou dor, escotomas ou outros sintomas associados. Em tratamento para polimiosite com Metotrexato, cuja dose havia sido reduzida há 2 me-

ses, e Prednisona 5mg ao dia. Apresentava também hipertensão arterial sistêmica. Negava sintomas sistêmicos associados e relatava bom controle clínico da doença reumatológica.

Ao exame oftalmológico, melhor acuidade visual corrigida de 20/30 em olho direito (OD) e 20/25 em olho esquerdo (OE). Biomicroscopia de ambos os olhos (AO) evidenciando conjuntiva clara, córnea transparente, câmara anterior formada e sem células, fâcica. Pressão intraocular de 16mmHg AO.

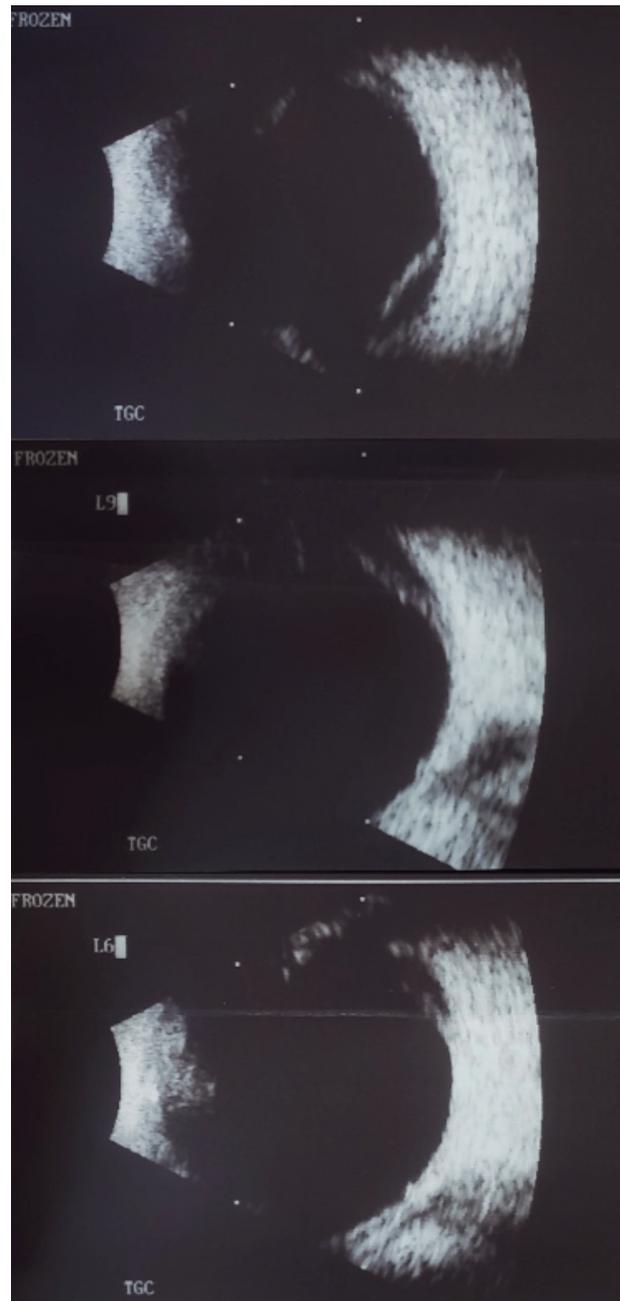


Figura 1: ultrassonografia de OD mostrando cortes longitudinais L12, L9 e L6 compatíveis com descolamento de coroide.

Ao exame do fundo AO, era possível observar nervo óptico de dimensões normais e bordos definidos, sem sinais de edema, mácula livre, ausência de alterações vasculares. Em média e extrema periferia temporal, superior e nasal, visualizavam-se dobras retinianas concêntricas de tamanho variado, mais exuberantes em OD.

Foi realizado OCT de papila descartando alterações nas camadas de fibras nervosas e de células ganglionares ou edema.

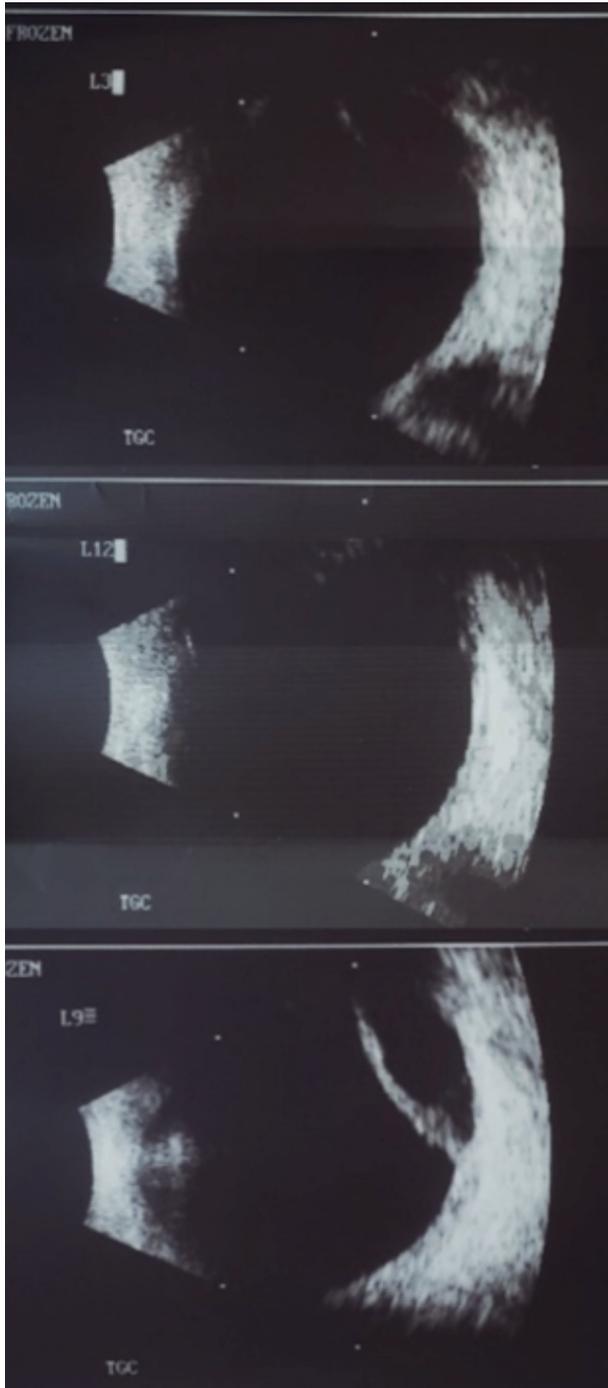


Figura 2: ultrassonografia de OE mostrando cor-

tes longitudinais L3, L12 e L9 compatíveis com descolamento de coroide.

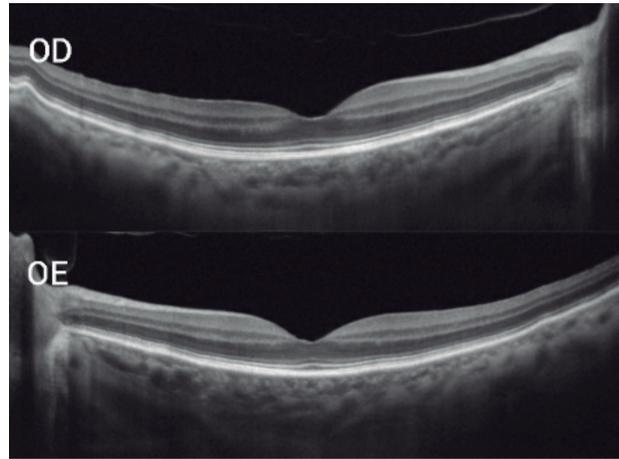


Figura 3: OCT macular sem edema ou alterações estruturais.

O OCT de mácula mostrava arquitetura foveal preservada, sem alterações significativas.

A paciente foi submetida a ultrassonografia, onde se constatou descolamento de coroide bilateral em regiões temporal, superior e nasal AO e inferior em OD. Não foi observado o sinal do “T” ou sangue em espaço supracoroideio.

Optou-se, então, por aumentar a dose de Prednisona para 40mg ao dia. No primeiro dia de seguimento, já relatava melhora discreta da visão, sem ganhos na tabela de Snellen. Ao exame, foi possível observar melhora importante no padrão das dobras, assim como achatamento do descolamento de coroide, mantendo-se apenas em extrema periferia.

A paciente foi mantida com dose de 40mg ao dia de Prednisona e encaminhada ao reumatologista assistente para adequação da terapia imunossupressora.

DISCUSSÃO

O descolamento de coroide é uma condição rara que pode associar-se a diversas doenças oftalmológicas ou sistêmicas. Dentre as causas autoimunes, não há na literatura correlação da polimiosite à ocorrência de efusão uveal, mas sabe-se que a atividade inflamatória tem papel fundamental nesses casos. A paciente descrita havia realizado diminuição recente da medicação imunossupressora e, ape-

sar da ausência de sinais inflamatórios sistêmicos, desenvolveu um descolamento de coróide.

Pela possibilidade de associação com esclerite posterior, é importante estar atento aos seus possíveis sinais para garantir um desfecho favorável. Sinais de uveíte anterior, neurite e alterações ultrassonográficas típicas podem auxiliar nessa investigação. A ausência de dor ocular não deve afastar por si só o diagnóstico.

A realização de OCT é importante para descartar descolamento seroso de retina associado. Além disso, em alguns casos é possível observar uma linha separando a coróide da esclera.

Em relação ao tratamento, é necessário individualizar os pacientes, levando em conta os fatores desencadeantes para a condição. No caso citado, havia correlação da história oftalmológica com a doença sistêmica e, dessa forma, o aumento da dose do corticoide possibilitou melhora importante logo no início do tratamento.

CONCLUSÃO

O descolamento de coróide deve ser identificado e sua causa bem estabelecida a fim de iniciar tratamento imediato. O desfecho visual depende da terapêutica instituída e o médico oftalmologista deve estar atento para associação com doenças sistêmicas ou outras condições oftalmológicas.

Os exames complementares devem ser utilizados para excluir doenças associadas e auxiliar no diagnóstico final da condição.

Pacientes com quadros reumatológicos e autoimunes estão mais sujeitos a certas condições oftalmológicas. É indispensável que haja uma interdisciplinaridade com o reumatologista na adequação do tratamento e na condução do caso.

ABSTRACT

Introduction: Case report of 64 yo female complaining of bilateral visual haze. She was treating for polymyositis. After investigation, diagnosis of Choroidal Detachment treated with oral prednisone 40mg per day. **Objective:** to report a case of

choroidal detachment and to discuss possible causes. **Materials and Methods:** case report and literature review **Conclusion:** rheumatologic patients are more often affected for ophthalmological conditions, corresponding to systemic inflammation. Choroidal detachment is a rare condition and not usually occurs in autoimmune diseases.

Keywords: choroidal detachment, polymyositis, choroidal folds

REFERÊNCIAS

1. Moisseiev E, Loewenstein A, Yiu G. The suprachoroidal space: From potential space to a space with potential. *Clin Ophthalmol*. 2016 Jan 25;10:173–8.
2. Bowling B. Kanski's clinical ophthalmology [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 15]. Available from: <http://kubalibri.cz/files/228---Kanski-s-Clinical-Ophthalmology.pdf>
3. Uyama M, Takahashi K, Kozaki J, Tagami N, Takada Y, Ohkuma H, et al. Uveal effusion syndrome: Clinical features, surgical treatment, histologic examination of the sclera, and pathophysiology. *Ophthalmology*. 2000 Mar;107(3):441–9.
4. Shah PR, Yohendran J, Hunyor AP, Grigg JR, McCluskey PJ. Uveal effusion: Clinical features, management, and visual outcomes in a retrospective case series. *J Glaucoma*. 2016;25(4):e329–35.

OCCLUSÃO DE VEIA CENTRAL DA RETINA DE APRESENTAÇÃO ATÍPICA: RELATO DE PACIENTE PORTADORA DE ESFEROCITOSE

CENTRAL RETINAL VEIN OCCLUSION WITH ATYPICAL ONSET: CASE REPORT OF PATIENT WITH SPHEROCYTOSIS

Isabela Vianello Valle¹

Gunther Albuquerque Beckedorff¹

Daniel Machado Medeiros²

Natalia Rodrigues Belo³

Instituto Penido Burnier, Campinas, São Paulo, Brasil

¹Médicos Residentes em Oftalmologia do Instituto Penido Burnier

²Médico Fellow de Retina do Instituto Penido Burnier

³Médica Oftalmologista do Instituto Penido Burnier

Avenida Andrade Neves, 683, Campinas/ SP. CEP: 13013-161

Recebido para publicação em: 19/02/2020

Aceito para publicação em: 10/03/2020

RESUMO

Introdução: Relato de caso de paciente portadora de esferocitose, sem outras comorbidades, que desenvolveu oclusão de veia central da retina com apresentação atípica. **Objetivo:** relatar um caso de oclusão de veia central da retina e discutir suas possíveis etiologias e diagnósticos diferenciais. **Materiais e Método:** Relato de caso e revisão da literatura. **Conclusão:** A oclusão de veia central da retina é uma das principais causas de perda visual súbita indolor e tem como principais fatores de risco a hipertensão arterial sistêmica, aterosclerose e glaucoma. Na ausência dessas condições, deve-se considerar outras causas como predisponentes. A esferocitose é uma hemoglobinopatia que cursa com deformidade no formato das hemácias. Fenômenos tromboembólicos e isquêmicos são raros, mas podem estar associados.

Palavras-chave: Oclusão vascular, oclusão veia central da retina, esferocitose

INTRODUÇÃO

As oclusões vasculares da retina se apresentam como perda súbita, completa e não dolorosa da visão, geralmente de causa tromboembólica. As oclusões venosas são o segundo acometimento mais frequente da retina, atrás apenas da retinopatia diabética.(1) A oclusão de veia central da retina (OVCR) corresponde a 20% das oclusões venosas. Além de estar relacionada a hipertensão arterial sistêmica, aterosclerose e diabetes, outros fatores

podem contribuir para a fisiopatologia da doença. Estados de hiperviscosidade sanguínea, glaucoma e apneia do sono parecem se correlacionar a OVCR. (2)

Durante a fase aguda da doença, é possível observar alterações que vão desde a presença de ingurgitamento e aumento da tortuosidade vascular e hemorragias retinianas até exsudatos algodonosos e hemorragia vítrea. Essas modificações são decorrentes do aumento da pressão intravenosa e congestão capilar retiniana. A história natural envolve diferentes graus de isquemia que podem cursar inclusive com neovascularização.(1)

A esferocitose hereditária (EH) é uma hemoglobinopatia marcada pela alteração na forma das hemácias devido à deficiência nas proteínas da membrana eritrocitária. Isso acarreta modificações na viscosidade sanguínea, o que contribui para quadros isquêmicos, incluindo a OVCR.(3)

OBJETIVO

Apresentar um caso de oclusão de veia central da retina em paciente com esferocitose e discutir a ocorrência de fenômenos tromboembólicos nessa condição.

RELATO DE CASO

Mulher, 71 anos, atendida no pronto atendimento do Instituto Penido Burnier com queixa de baixa visual de início súbito, associada a moscas volantes em olho direito (OD), com 2 dias de evolução. Negava dor, flashes de luz ou outros sintomas associados. Como antecedente oftalmológico, apresentava apenas história de trauma contuso e perda visual em olho esquerdo na infância. Antecedente pessoal de EH, sem outras doenças sistêmicas, referindo bom seguimento clínico.

Ao exame oftalmológico, melhor acuidade visual corrigida em ambos os olhos foi 20/80.

À biomicroscopia de ambos os olhos, conjuntiva clara, córnea transparente, câmara anterior formada e sem células, catarata nuclear grau 3. Pressão intraocular de 14mmHg em ambos os olhos.



Figura 1: Retinografia de OD com hemorragia retiniana em feixe papilo-macular e diversas hemorragias em chama de vela por toda a retina com algumas áreas de exsudação. Visualização dificultada por opacidade de meios devido a catarata nuclear.

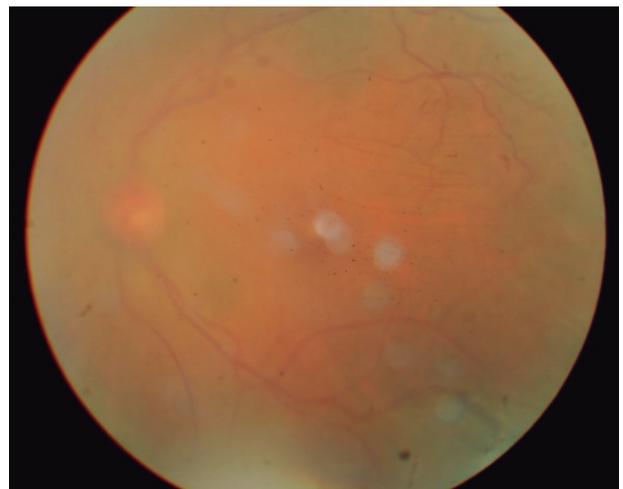


Figura 2: Retinografia de OE com aumento da tortuosidade vascular. Opacidade de meios devido a catarata.

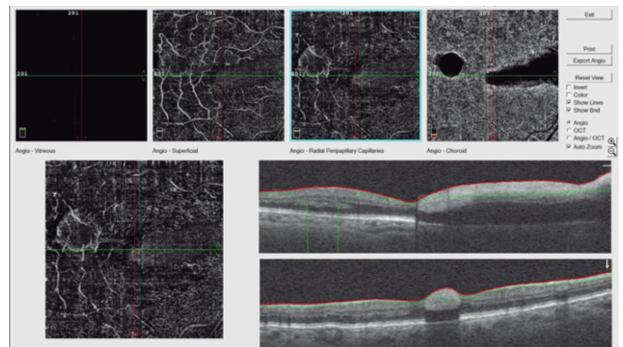


Figura 3: Angio OCT de OD evidenciando espessamento das camadas internas da retina e camada de fibras nervosas em feixe papilo-macular. Artefato em imagens dos plexos vasculares pela presença de sangramento intraretiniano.

Exame do fundo do OD evidenciou hemorragia retiniana em feixe papilo-macular com diversos pontos pequenos de hemorragia em chama de vela em toda a retina associados a exsudatos. Em olho esquerdo, observou-se apenas discreto aumento da tortuosidade vascular.

Ao OCT de mácula do OD, notou-se um espessamento das camadas internas da retina e camada de fibras nervosas, principalmente no feixe papilo-macular, sem edema macular. Não foi possível realizar angiografia fluoresceínica por história de hipersensibilidade ao contraste.

Pelo tempo de evolução, optou-se por conduta expectante, reavaliação em duas semanas e orientação de hidratação via oral. A paciente perdeu seguimento.

DISCUSSÃO

Apesar da EH poder se relacionar a fenômenos tromboembólicos e isquêmicos, estes são raros, principalmente quando se considera as oclusões vasculares da retina. Há poucos casos descritos, sendo a maioria em pacientes jovens. Em um estudo caso-controle incluindo 180 pacientes, foi sugerido que o fluxo reduzido poderia agravar alterações na parede vascular, principalmente em áreas como a lâmina crivosa, onde o fluxo já é mais lento.(2) Outro estudo correlacionou também a ocorrência de eventos tromboembólicos e isquêmicos nesses pacientes à esplenectomia, procedimento não realizado na nossa paciente.(4)

Em nosso caso, devido à ausência de outros fatores de risco, como hipertensão arterial sistêmica, é plausível considerar a EH e a idade como fatores predisponentes para a OVCR. As alterações retinianas observadas eram compatíveis, porém discretas, o que pode ser justificado por uma redução no fluxo sanguíneo, sem evento tromboembólico associado. Muitos pacientes com EH são assintomáticos, o que

pode mascarar sua relação com fenômenos vasculares, principalmente em pacientes idosos.

CONCLUSÃO

Na vigência de perda súbita visual indolor, é mandatória realização de um exame oftalmológico completo incluindo acuidade visual, biomicroscopia e mapeamento de retina, devendo-se considerar sempre a possibilidade de oclusão vascular retiniana.

É importante que o oftalmologista considere realizar investigação hematológica, além de cardiovascular, em pacientes com oclusões vasculares da retina sem outros fatores de risco aparentes.

ABSTRACT

Introduction: Patient with spherocytosis presenting central retinal vein occlusion with atypical onset. **Objective:** to report a case of central retinal vein occlusion and to discuss risk factors. **Materials and Methods:** case report and literature review **Conclusion:** Central Retinal Vein Occlusion is an important cause of sudden painless vision loss. In cases which atherosclerosis risk factors are not identified, it is necessary to exclude other predisposing causes. Spherocytosis is an hemoglobinopathy that causes alteration in the shape of red blood cells. Thromboembolic phenoms are rare but can be associated to this condition.

Keywords: Central Retinal Vein Occlusion, Spherocytosis, Vascular Occlusions

REFERÊNCIAS

1. Ip M, Hendrick A. Retinal vein occlusion review. Vol. 7, Asia-Pacific Journal of Ophthalmology. Asia-Pacific Academy of Ophthalmology; 2018. p. 40–5.
2. Sofi F, Mannini L, Marcucci R, Bolli P, Sodi A, Giambene B, et al. Role of haemorrhological factors in patients with retinal vein occlusion. *Thromb Haemost.* 2007 Dec;98(6):1215–9.

3. Colin Y, Van Kim C Le, El Nemer W. Red cell adhesion in human diseases. Vol. 21, Current Opinion in Hematology. Lippincott Williams and Wilkins; 2014. p. 186–92.
4. SCHILLING RE, GANGNON RE, TRAVER MI. Delayed adverse vascular events after splenectomy in hereditary spherocytosis. J Thromb Haemost [Internet]. 2008 Aug 1 [cited 2020 May 26];6(8):1289–95. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1538-7836.2008.03024.x>

RETINOPATIA POR VALSALVA EM LOCALIZAÇÃO ATÍPICA

ATYPICAL TOPOGRAPHY OF VALSALVA RETINOPATHY

Gunther Albuquerque Beckedorff¹

Isabela Vianello Valle¹

Lucas Barasnevicius Quagliato²

Instituto Penido Burnier, Campinas, São Paulo, Brasil

¹Médicos Residentes em Oftalmologia do Instituto Penido Burnier

²Médico Oftalmologista do Instituto Penido Burnier

Avenida Andrade Neves, 683, Campinas/ SP. CEP: 13013-161

Recebido para publicação em: 02/02/2020

Aceito para publicação em: 10/03/2020

RESUMO

Introdução: Relato de caso de paciente com embaçamento visual após a prática de atividade física em que foi constatada retinopatia por Valsalva associada a hemorragia vítrea. **Objetivo:** relatar um caso de retinopatia por Valsalva e discutir suas opções terapêuticas. **Materiais e Método:** Relato de caso e revisão da literatura. **Conclusão:** É necessário considerar a queixa do paciente, assim como acuidade visual e suas necessidades individuais em casos de retinopatia por Valsalva. A realização de Nd:YAG laser oferece menos riscos que a vitrectomia, mas não é uma técnica isenta de complicações. Sempre que não há urgência pela recuperação visual ou em casos em que esta não se encontra muito alterada, é possível aguardar a resolução espontânea do quadro.

Palavras-chave: Retinopatia por Valsalva, hemorragia pré-retiniana, hemorragia vítrea

INTRODUÇÃO

A retinopatia por Valsalva é caracterizada por hemorragia pré-retiniana secundária à realização da Manobra de Valsalva, quando ocorre aumento da pressão intratorácica e, conseqüentemente, da pressão venosa intraocular. Dessa forma, há ruptura dos capilares retinianos superficiais e se forma um bolsaço de sangue abaixo da membrana limitante interna.(1)

O quadro clínico se caracteriza por turvação visual, escotoma central ou baixa de visão de início

súbito, geralmente unilateral. Devemos aventar essa hipótese quando os sintomas surgem após prática de exercícios físicos, esforço, crise de tosse ou vômitos, defecação ou atividade sexual.(2)

Seu tratamento pode ser realizado através de vitrectomia, membranotomia com Nd:YAG laser ou por conduta expectante. Cada caso deve ser individualizado, levando em conta a visão no olho acometido, visão contralateral, volume do sangramento e necessidades do paciente.(3)

OBJETIVO

Relatar caso de Retinopatia por Valsalva em localização atípica e discutir opções de tratamento.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 37 anos, procurou o pronto socorro oftalmológico do Instituto Penido Burnier com queixa de baixa acuidade visual de início sú-

bito e manchas de sangue em olho direito (OD) há 4 horas. Correlacionava o início dos sintomas com prática de atividade física (corrida). Negou dor, flash de luz ou qualquer outro sintoma associado. Apresentava como antecedente pessoal hipertensão arterial sistêmica controlada e negava antecedentes oftalmológicos.

Ao exame, melhor acuidade visual corrigida de 20/20 em ambos os olhos (AO). Biomicroscopia AO evidenciando conjuntiva clara, córnea transparente, câmara anterior formada e sem células, fática. Pressão intraocular de 13mmHg AO.

Ao exame do fundo do OD, observou-se disco óptico de dimensões normais, escavação 0,5 profunda, hemorragia vítrea emergindo da porção nasal do disco sobre arcada temporal inferior. Presença de hemorragia pré-retiniana com nível de sangue em região nasal ao disco, sem alterações maculares. Presença de degeneração tipo lattice periférico superior. Exame do fundo de olho esquerdo sem alterações.

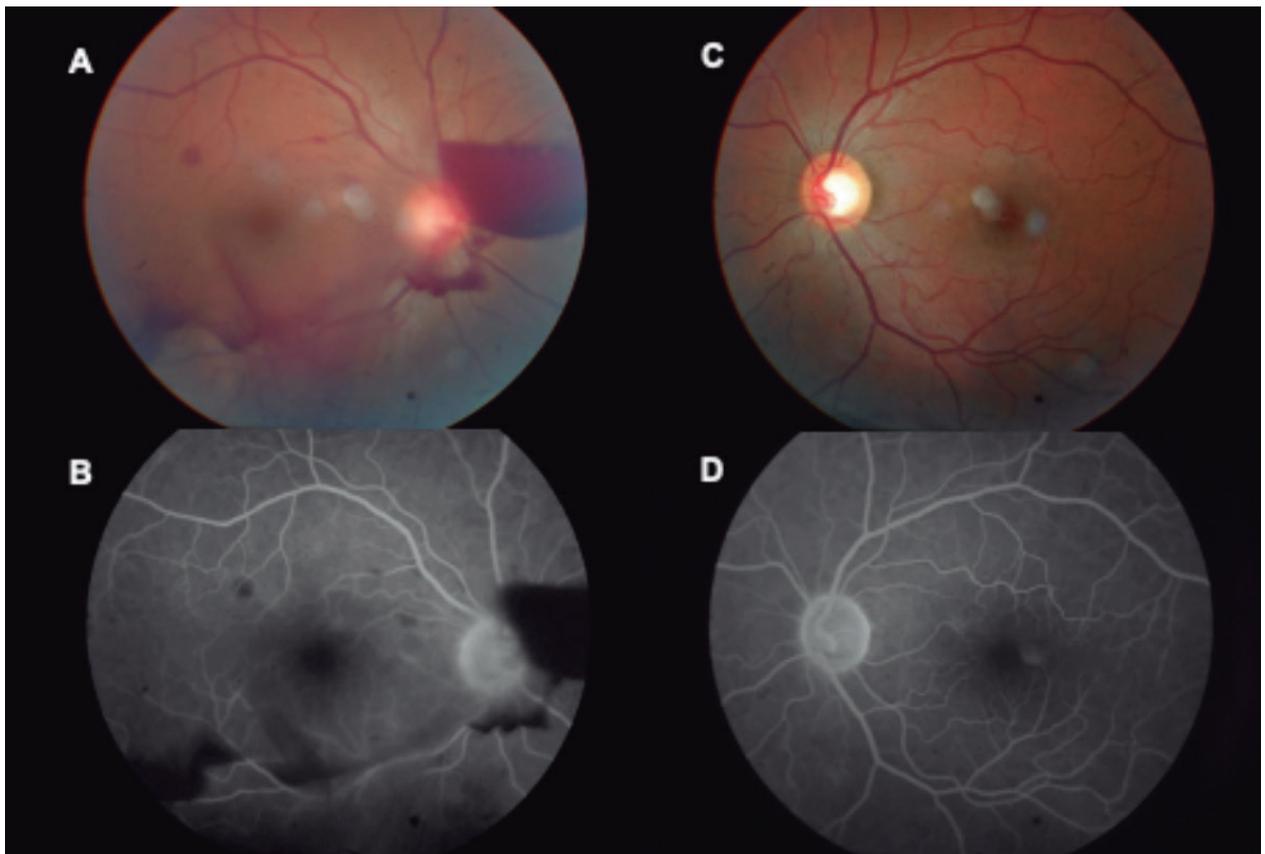


Figura 1: A) Retinografia OD evidenciando hemorragia vítrea da porção nasal do disco sobre arcada temporal inferior e presença de hemorragia pré-retiniana nasal ao disco; B) Angiografia fluoresceínica OD com bloqueio nas áreas com presença de sangue, sem extravasamento vascular ou isquemia. C e D) Retinografia e angiografia OE sem alterações.

OCT macular AO sem alterações. À Angiografia Fluoresceínica do OD, observado bloqueio nas áreas com presença de sangue, sem áreas de extravasamento vascular ou isquêmicas. OE sem alterações.

Foi, assim, optado por conduta expectante e seguimento clínico da paciente.

DISCUSSÃO

A retinopatia por Valsalva geralmente acomete a região da mácula. Acredita-se que a presença anatômica da bursa pré-macular forneça espaço para esse tipo de hemorragia.(1) Assim, geralmente ocorre perda de visão central. No caso descrito, foi observado acometimento em localização atípica, nasal ao nervo óptico, o que explica a visão de 20/20.

Por se tratar de uma paciente previamente hipertensa, se fez necessário excluir outras causas de hemorragias vítreas e pré-retinianas, como oclusão venosa, através de angiografia fluoresceínica.

A conduta nos casos de Retinopatia por Valsalva deve ser individualizada.(3) Em casos em que a hemorragia é muito volumosa ou que é desejável a recuperação rápida da visão (olho único ou necessidade de visão binocular), as principais opções terapêuticas são a realização de vitrectomia ou Nd:YAG laser. Entretanto, nos demais casos, é possível aguardar a reabsorção do sangue, que ocorre dentro de semanas a meses. É necessário estar atento para os efeitos tóxicos do sangue acumulado sobre o epitélio pigmentar da região macular e, também, seu papel na indução de membrana epirretiniana.(1) No caso descrito, a hemorragia poupava a região macular e a visão estava preservada, o que nos fez optar por conduta expectante.

CONCLUSÃO

A Retinopatia por Valsalva é uma entidade rara, mas bem estabelecida em relação à história clínica e apresentação. É necessário sempre estar atento para os possíveis diagnósticos diferenciais do quadro, como alterações vasculares e em casos de discrasias sanguíneas. A realização de exames como a angiografia fluoresceínica e OCT podem ajudar a elucidar o quadro.

Em relação ao tratamento, é imprescindível considerar a queixa do paciente, assim como acuidade visual e suas necessidades individuais. A realização de Nd:YAG laser oferece menos riscos que a vitrectomia, mas não é uma técnica isenta de complicações. Opta-se por essa medida terapêutica em pacientes que necessitam da recuperação visual rápida e naqueles em que a visão binocular é indispensável, como pilotos de avião ou atletas. Sempre que não há urgência pela recuperação visual ou em casos em que esta não se encontra muito alterada, é possível aguardar a resolução espontânea do quadro, reservando a vitrectomia posterior via pars plana para casos persistentes. (4)

ABSTRACT

Introduction: Case report of 37 yo female complaining of visual haze following exercise. After investigation, diagnosis of Valsalva Retinopathy and vitreous hemorrhage. **Objective:** to report a case of Valsalva Retinopathy and to discuss possible treatments. **Materials and Methods:** case report and literature review. **Conclusion:** It is necessary to consider visual acuity and individual needs in cases of Valsalva Retinopathy. Nd:YAG laser is a technique with less risks than vitrectomy, but can still cause damage. If there is no urgency in visual recovery or the vision is preserved, it is possible to wait until spontaneous resolution of this condition.

Keywords: Valsalva retinopathy, vitreous hemorrhage, pre-retinal hemorrhage

REFERÊNCIAS

1. Morgado G, Barros P, Carvalho R, Martins J, Teixeira C, Monteiro R, et al. Tratamento da Hemorragia Pré-Macular com Laser Nd:YAG:-A propósito de dois casos clínicos. Vol. 34, Oftalmologia. 2010.
2. García Fernández M, Navarro JC, Castão CG. Long-term evolution of Valsalva retinopathy: A case series. J Med Case Rep. 2012;6.
3. MOREIRA JUNIOR CA, VIANELLO SMP, A CARDILLO J. Valsalva Retinopathy: to

intervene or not? Case report with OCT evaluation. *E.ofalmo.cbo Rev Digit Oftalmol.* 2017;1:1-7.

4. Liu, Z., Pan, X., & Bi, H. (2014). Treatment of Valsalva Retinopathy. *Optometry and Vision Science*

COROIDITE SERPIGINOSA-LIKE POR TUBERCULOSE PRESUMIDA: RELATO DE CASO

TUBERCULAR SERPIGINOUS-LIKE CHOROIDITIS: CASE REPORT

Heitor Santos Nogueira¹

Mateus Pimenta Arruda¹

Guilherme Ferreira Bandeira Coelho Dias²

Márcio Augusto Nogueira Costa³

Trabalho realizado no Instituto Penido Burnier.

¹ Médicos residentes do primeiro ano (R1) em oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier.

² Médico oftalmologista colaborador da Fundação Dr. João Penido Burnier, subespecialização em Retina Clínica e Cirúrgica pela Fundação João Penido Burnier e Uveítes pela Universidade Federal de São Paulo.

³ Médico oftalmologista colaborador da Fundação Dr. João Penido Burnier, subespecialista em Retina clínica e cirúrgica pela Fundação Dr. João Penido Burnier e ultra-sonografia e oncologia ocular pela Universidade Federal de São Paulo.

Heitor Santos Nogueira

Av. Andrade Neves, 683, Campinas/SP CEP 13013-161.

Recebido para publicação em: 15/02/2020

Aceito para publicação em: 10/03/2020

RESUMO

Introdução: A Coroidite Serpiginosa (CS) é uma doença bilateral, crônica, progressiva, caracterizada por uma inflamação da coriocalilar, corioideia e EPR. Essa entidade pode ser dividida em quatro grupos diferentes: Coroidite Serpiginosa Clássica, Coroidite Serpiginosa Macular, Coroidite Serpiginosa por Tuberculose presumida e Coroidite Ampiginosa. **Objetivo:** Relatar um caso de um paciente com Coroidite Serpiginosa presumidamente tuberculosa. **Método:** Relato de caso. **Conclusão:** A Coroidite Serpiginosa-like por Tuberculose presumida é um importante diagnóstico diferencial para a Coroidite Serpiginosa em sua forma clássica, principalmente em se tratando de países endêmicos para a doença. Portanto, orientamos uma boa investigação clínica e complementar para o diagnóstico correto.

Palavras-chave: "Coroidite Serpiginosa" e "Coroidite Serpiginosa-like presumidamente Tuberculosa"

INTRODUÇÃO

A Coroidite Serpiginosa (CS) é uma patologia crônica, de caráter inflamatório, recorrente e progressiva, geralmente bilateral, do epitélio pigmentar da retina (EPR), coriocalilar e corioide. Afeta indivíduos entre a quarta e sexta década de vida. É mais comum em homens e pode estar associada a HLA-B27. Já a Coroidite Serpiginosa-like presumidamente tuberculosa (CSL), apesar de poucas

descrições na literatura, é uma patologia que afeta predominantemente pessoas mais jovens, em áreas endêmicas para tuberculose, com apresentação unilateral, frequentemente associada à vitreíte e lesões multifocais em periferia da retina e polo posterior.

RELATO DE CASO

A.B.C, 41 anos, sexo masculino, solteiro, branco, brasileiro, católico, baixa escolaridade, acompanhado de sua mãe, procurou atendimento de oftalmologia no Instituto Penido Burnier em Campinas, São Paulo, referindo baixa acuidade visual em olho direito (OD) há 30 dias. Antecedente pessoal de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Nega antecedentes familiares. Nega internação hospitalar e procedimentos cirúrgicos prévios. Nega uso de medicações contínuas e substâncias ilícitas. Relata baixa visual em OE desde a infância.

Ao exame oftalmológico:

Acuidade visual OD: + 5,00 Esférico

V = 0,4.

Acuidade visual OE: -20,00 Esférico

V = Conta dedos à 20 cm.

Biomicroscopia: córnea transparente, conjuntiva clara, íris trófica, fácico, ausência de reação de câmara anterior, ausência de hipópio e hifema.

Reflexo pupilar: Sem alterações.

Pressão intraocular: 12mmHg em ambos os olhos.

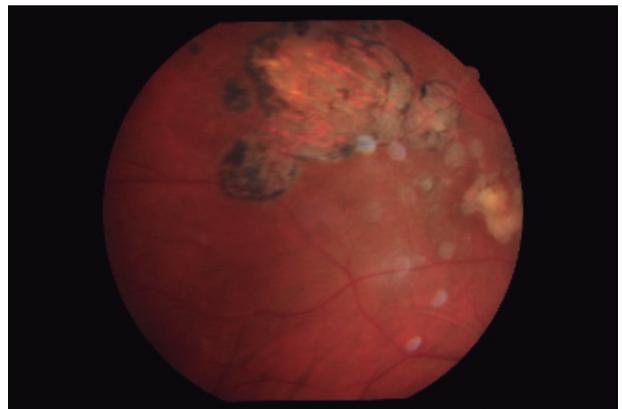
Fundoscopia:

OD: vitreíte +1, lesões cinza amareladas ao redor do nervo óptico e se estende para área macular, localizadas no EPR. Área de atrofia coriorretiniana em arcada temporal superior. (Imagens 1 e 2)

OE: Coroidose miópica com áreas de atrofia difusa do EPR. (Imagem 3)



(1)



(2)



(3)

Exames complementares:

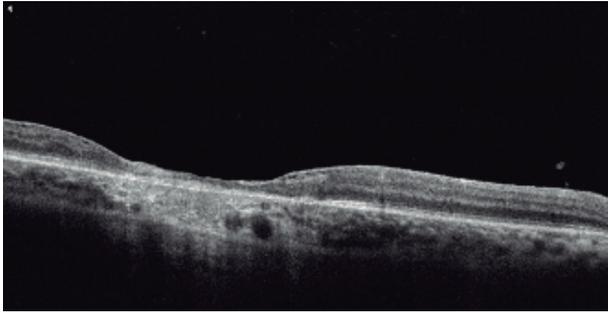
Angiografia: não realizada. (Nefropata)

Tomografia de Coerência Óptica:

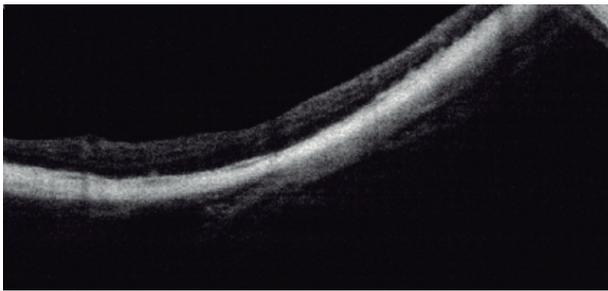
OD: Afinamento das camadas internas e externas da retina causando um sombreamento posterior

(Imagem 4).

OE: imagem sugestiva de estafiloma com afinamento das camadas da retina. (Imagem 5).



(4)



(5)

Hemograma: sem alterações.

Fator antinúcleo (FAN): negativo.

Fator reumatóide (FR): negativo.

VDRL e FT-ABS: sem alterações.

Sorologia para HIV, Hepatite B e C: negativos.

Sorologia para toxoplasmose: IgG e IgM negativos

PPD ou Teste Tuberculínico: 18mm

Radiografia de tórax PA e Perfil: sem alterações.

Dado o diagnóstico de Coroidite Serpiginosa-like por tuberculose presumida, o paciente foi submetido ao tratamento com RIPE por 9 meses.

DISCUSSÃO

O grupo de coroidite serpiginosa consiste de 4 diferentes tipos, de acordo com sua etiologia e manifestações clínicas. Elas são: 1) Coroidite serpiginosa

clássica 2) Coroidite serpiginosa macular 3) Coroidite serpiginosa like (tuberculose por exemplo) 4) Coroidite ampinginosa. Para o diagnóstico de Coroidite Serpiginosa-like por tuberculose presumida é necessário um alto nível de suspeita clínica, principalmente quando em região endêmica para Tuberculose, além da exclusão de outras causas. PPD, teste de interferon gama (IGRA), radiografia de tórax ou presença do Mycobacterium tuberculosis ou seu DNA em tecidos confirmam o diagnóstico. O tratamento da CSL é desafiador, e muitas vezes exige, além da terapia anti-Tuberculosa por 9 meses, o longo uso de corticosteroides sistêmicos ou perioculares, ou imunossupressores poupadores de corticosteroides, para evitar o avanço da inflamação coriorretiniana e prevenir episódios recorrentes.

CONCLUSÃO

A Coroidite serpiginosa like (CSL) por Tuberculose tem se mostrado, nas últimas décadas, como um importante diagnóstico diferencial da sua forma clássica (CS). Em países endêmicos, como é o caso do Brasil, a sua investigação deve ser feita com o máximo de arsenal de exames complementares disponíveis. Em relação ao tratamento, compreender a etiologia do quadro permite uma melhor escolha terapêutica individualizada em busca do retardo no avanço da inflamação, bem como a prevenção de episódios recorrentes.

ABSTRACT

Introduction: Serpiginous choroiditis (CS) is a bilateral, chronic, progressive disease, characterized by inflammation of the choriocapillaris, choroid and RPE. This entity can be divided into four different groups: Classical Serpiginous Choroiditis, Macular Serpiginous Choroiditis, Presumably Tuberculous Choroiditis and Ampinginous Choroiditis. **Objective:** To report a case of a patient with presumably tuberculous Serpiginous Choroiditis. **Method:** Case report. **Conclusion:** Serpiginous Choroiditis, presumably tuberculous, is an important differential diagnosis for Serpiginous Choroiditis in its classic form, especially in the case of endemic countries for Tuberculosis. Therefore, we guide a good clinical

cal and complementary investigation for the correct diagnosis.

Keywords: "Serpiginous choroiditis", "Tubercular Serpiginous-like Choroiditis".

REFERÊNCIAS

1. MAJUMDER, Parthoprati Dutta. Enigma of serpiginous choroiditis. In: MAJUMDER, Parthoprati Dutta et al. Enigma of serpiginous choroiditis. *Indian Journal of Ophthalmology*: [s. n.], 2019. v. 67(3).
2. GUPTA V, GUPTA A, Arora S, Bambery P, Dogra MR, Agarwal A, et al. Presumed tubercular serpiginouslike choroiditis: Clinical presentations and management. *Ophthalmology*.
3. VASCONCELOS-SANTOS D V, Rao PK, Davies JB, Sohn EH, Rao N a. Clinical features of tuberculous serpiginouslike choroiditis in contrast to classic serpiginous choroiditis. *Arch. Ophthalmol.* 2010;128(7):853–8.
4. CARDILLO PICCOLINO F, Grosso A, Savini E. Fundus autofluorescence in serpiginous choroiditis. *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.* 2009;247(2):179–85.
5. GUPTA V, BANSAL R, Gupta A. Continuous progression of tubercular serpiginous-like choroiditis after initiating antituberculosis treatment. *Am. J. Ophthalmol.* 2011;152(5):857– 63.e2.
6. AKPEK EK, Jabs DA, Tessler HH, Joondeph BC, Foster CS. Successful treatment of serpiginous choroiditis with alkylating agents. *Ophthalmology.* 2002; 109(8): 1506-13

MENINGIOMA EXPANSIVO DO TUBÉRCULO SELAR: RELATO DE CASO

EXPANSIVE TUBERCULUM SELLAE MENINGIOMA: CASE REPORT

Mateus Pimenta Arruda¹

Heitor Santos Nogueira¹

Lucas Barasnevicius Quagliato²

Trabalho realizado no Instituto Penido Burnier.

¹ Médicos residentes do primeiro ano (R1) em oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier.

² Médico oftalmologista colaborador da Fundação Dr. João Penido Burnier, subespecialista em Retina clínica e Neuroftalmologia.

Mateus Pimenta Arruda

Av. Andrade Neves, 683, Campinas/SP CEP 13013-161.

Recebido para publicação em: 25/02/2020

Aceito para publicação em: 10/03/2020

RESUMO

Introdução: Meningiomas possuem um prognóstico reservado quando acometem as vias ópticas. A minoria dos casos consegue uma boa melhora da acuidade visual (AV) após a remoção cirúrgica, o que torna fundamental o diagnóstico precoce para obter uma abordagem precisa. **Objetivo:** Relatar um caso de um paciente com meningioma do tubérculo selar com ótimo prognóstico pós cirúrgico. **Materiais e Método:** Relato de caso. **Conclusão:** Devido a localização anatômica complexa, a remoção cirúrgica pode trazer danos até mesmo permanentes para a visão. É importante que haja uma avaliação precisa do quadro para que se tenha uma abordagem precoce.

Palavras-chave: "meningioma do tubérculo selar"; "acuidade visual"; prognóstico.

INTRODUÇÃO

Meningiomas representam aproximadamente 35% de todos os tumores que envolvem o nervo óptico^{1,4}. A região selar é um sítio clássico de localização e devido à complexidade anatômica dessa região, há um risco elevado de morbidade não só do nervo como também das vias ópticas como um todo, após sua ressecção cirúrgica^{4,5}.

RELATO DE CASO

F.M.B, 40 anos, sexo feminino, branca, brasileira, procurou atendimento de oftalmologia no Instituto Penido Burnier em Campinas, São Paulo, ao perceber uma “sombra” no olho direito (OD) há meses. Sem antecedentes mórbidos pessoais e história familiar nada digno de nota. Trouxe ressonância magnética da sela túrcica que apresentava lesão sugestiva de meningioma expansivo.

Ao exame oftalmológico:

AV OD: CD 30 cm com correção (c.c).

AV OE: Visão de 1,0 c.c.

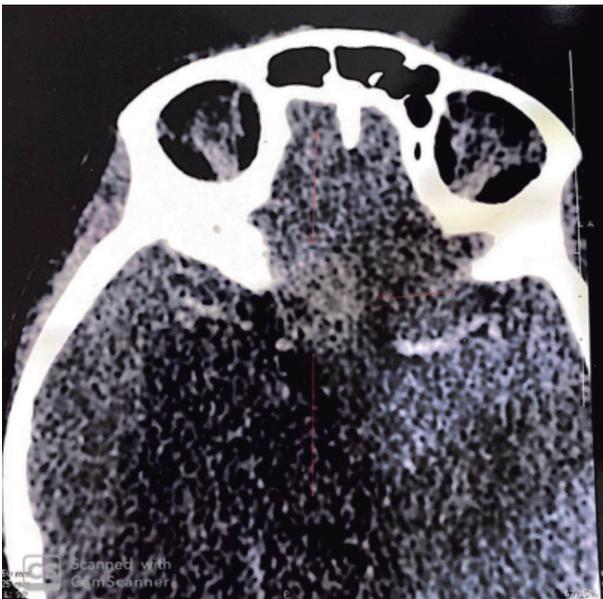
Biomicroscopia: Sem alterações.

Reflexo pupilar: Defeito pupilar aferente em OD e em OE reflexo sem alterações.

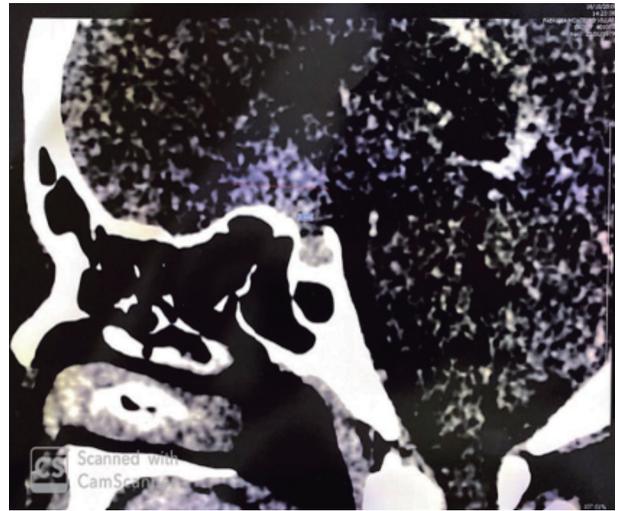
Fundoscopia: Palidez discal temporal 1+/4+, mácula, vasos e periferia sem alterações em OD. No OE com escavação fisiológica, disco corado, mácula, vasos e periferia sem alterações.

OCT de nervo OD: Perda de fibras nervosas em região temporal superior e setor nasal com fibras preservadas.

OCT de nervo OE: Discreta perda de fibras nervosas temporal.



TC de crânio.



TC de crânio.

Dado o diagnóstico de meningioma expansivo foi encaminhada ao neurocirurgião e então foi indicado o tratamento cirúrgico. No retorno após 2 meses da ressecção da lesão via endonasal, a paciente refere melhora da AV e ao exame, apresentou em OD visão de 0,5 e em OE de 1,0 c.c. No 3º mês de pós-operatório foi reavaliada e constatada uma melhora significativa da visão, apresentando uma AV em ambos os olhos de 1,0 c.c.

DISCUSSÃO

O meningioma do tubérculo selar possui uma apresentação clínica distinta dos outros meningiomas intracranianos^{4,6}. Ele surge do tubérculo selar e caracteristicamente envolve o quiasma óptico e os nervos ópticos, causando uma perda visual progressiva que pode resultar em cegueira⁴.

Várias abordagens cirúrgicas transcranianas já foram tradicionalmente utilizadas, mas a repercussão a longo prazo ainda é uma incógnita^{3,4,5,6}. Diversos estudos apontaram que são poucos os casos em que há uma recuperação satisfatória da acuidade visual, mesmo com a remoção cirúrgica do tumor^{1,4}.

Os estudos observaram que pacientes mais novos, com tumor em menor tamanho e um índice de Karnofsky bom na admissão são preditores de um prognóstico visual melhor após a cirurgia^{4,5}.

Ainda não há um consenso de qual técnica cirúrgica utilizar, mas é imprescindível que haja uma

abordagem precoce para que o paciente tenha boas condições de uma recuperação visual satisfatória⁴.

CONCLUSÃO

Neste caso, graças à uma avaliação e diagnóstico precoce do oftalmologista e do neurocirurgião, foi possível uma abordagem precisa da patologia, o que acarretou em melhora significativa da visão o que é incomum na literatura, devido a raridade da doença e de sua localização anatômica complexa.

ABSTRACT

Introduction: Meningiomas have a poor prognosis when they affect the optic pathways. The minority of cases achieve a good visual prognosis after surgical removal, which makes early diagnosis essential to obtain an accurate approach. **Purpose:** To report a case of a patient with tuberculum sellae meningioma with an excellent post-surgical prognosis. **Method:** Case report. **Conclusion:** Due to the complex anatomical location, surgical removal can cause even permanent damage to vision. It is important to have an accurate assessment for early approach.

Keywords: "tuberculum sellae meningioma"; "visual acuity"; prognostic.

th Organization Grade I) Cavernous Sinus Meningiomas-International Stereotactic Radiosurgery Society (ISRS) Practice Guideline: A Systematic Review. *Neurosurgery* 2018 Dec; 83(6): 1128-1142.

4. Margalit N, Shahar T, Barkay G, Gonen L, Nossek E, Rozovski U, et al. Tuberculum Sellae Meningiomas: Surgical Technique, Visual Outcome, and Prognostic Factors in 51 cases. *J Neurol Surg B Skull Base* 2013 Aug; 74(4): 247-258.
5. Margalit N, Kesler A, Ezer H, Freedman S, Ram Z. Tuberculum and Diaphragma Sella Meningioma – Surgical Technique and Visual Outcome in a Series of 20 Cases Operated Over a 2,5-year Period. *Acta Neurochir (Wien)* 2007 Dec; 149(12): 1199-204.
6. Tuberculum Sellae Meningiomas: Microsurgical Anatomy and Surgical Technique. *Neurosurgery* 2002 Dec; 51(6): 1432-39.

REFERÊNCIAS

1. Rassi MS, Prasad S, Can A, Pravdenkova S, Almefty R, Al-Mefty O. Prognostic factors in the surgical treatment of intracanalicular primary optic nerve sheath meningiomas. *J Neurosurg* 2018 Sep; 131(2): 481-488.
2. Leroy HA, Tuleasca C, Reyns N, Levivier M. Radiosurgery and fractionated radiotherapy for cavernous sinus meningioma: a systematic review and meta-analysis. *Acta Neurochir (Wien)* 2018 Dec; 160(12): 2367-2378.
3. Lee CC, Trifiletti DM, Sahgal A, DeSalles A, Fariselli L, Hayashi M, et al. Stereotactic Radiosurgery for Benign (World Heal-

MACULOPATIA VITELIFORME POLIMORFA EXSUDATIVA AGUDA (MVPEA): RELATO DE CASO ACUTE EXUDATIVE POLYMORPHOUS VITELLIFORM MACULOPATHY (AEPVM)

Rodrigo Barbosa Abreu²

Pablo Andres Torricos Uzqueda¹

Márcio Augusto Nogueira Costa²

RESUMO

Introdução: A Maculopatia Viteliforme Polimorfa Exsudativa Aguda é um distúrbio retiniano raro; caracterizado por baixa acuidade visual associada com múltiplas lesões de morfologia variável a nível do EPR, e descolamento seroso da retina na região macular. **Objetivo:** Descrever um caso de Maculopatia Viteliforme Polimorfa Exsudativa Aguda. **Material e Método:** Relato de um caso e revisão de literatura. **Conclusão:** O diagnóstico precoce da MVPEA é importante para descartar possíveis neoplasias ocultas relacionadas à doença.

Palavras-chave: Maculopatia viteliforme, Retina, Baixa acuidade visual.

Trabalho realizado no Instituto Penido Burnier.

¹ Médicos residentes do primeiro ano (R1) em oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier.

² Médicos oftalmologistas colaboradores da Fundação Dr. João Penido Burnier, sub-especialistas em Retina e Vítreo (Clínica e Cirúrgica).

Endereço para correspondência:

Pablo Andres Torricos Uzqueda

Av. Andrade Neves, 683, Campinas/SP CEP 13013-161.

Recebido para publicação em: 12/02/2020

Aceito para publicação em: 10/03/2020

INTRODUÇÃO

A Maculopatia Viteliforme Polimorfa Exsudativa é uma doença retiniana muito rara, que foi descrita por primeira vez por Gass et al em 1988, poucos casos foram reportados até o momento na literatura, muitas vezes associados a neoplasias ocultas e descolamento seroso da retina.

A etiologia ainda é desconhecida, como também o curso natural e resposta ao tratamento.

Este relato de caso tem como objetivo descrever um caso de maculopatia viteliforme polimorfa exsudativa aguda em uma paciente de 25 anos que faz acompanhamento no nosso serviço para futuramente facilitar o diagnóstico de casos semelhantes.

RELATO DE CASO

Paciente de 25 anos de idade, mulher, com queixa de BAV há 3 meses. Ao exame oftalmológico. ODV: 20/150, OEV: 20/100.

Biomicroscopia AO: sem alterações e sem reação de câmara anterior. Fundoscopia em OD: lesões amareladas, sub-retinianas, de aspecto viteliforme em arcadas. Presença de neovascularização da coróide em área macular. Em OE presença de lesões viteliformes em arcadas e descolamento seroso da retina em área macular. Ao exame de Angio-OCT, nota-se a presença de membrana neovascular na retina externa. Em OE, nota-se a presença de líquido sub-retiniano em área macular, sem membrana neovascular. Foi feita a hipótese diagnóstica de maculopatia viteliforme polimorfa exsudativa. Paciente foi estadiada, sem alterações, com o intuito de descartar qualquer síndrome paraneoplásica. Foram propostas 3 aplicações de Ranibizumabe em OD e uso de corticoide via oral 1mg/kg.



Fig 1 – Retinografia Olho direito



Fig 2 – Retinografia Olho esquerdo

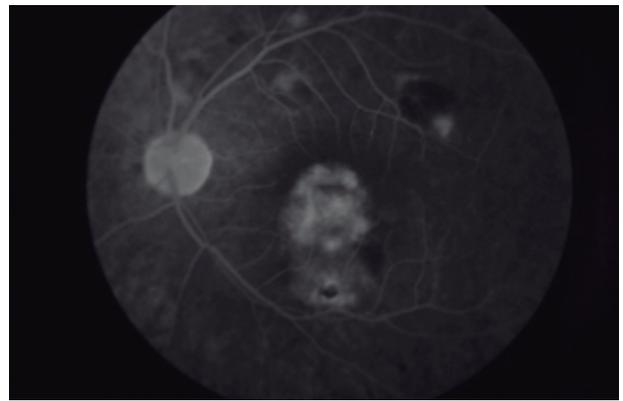


Fig 3 – Angiografia Olho direito

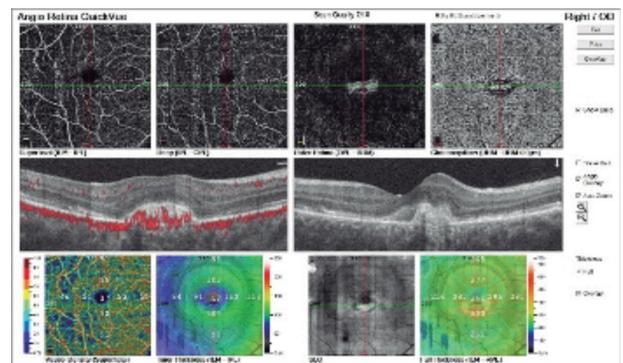


Fig 4 – Angiografia Olho esquerdo



Fig 5 – OCT-A Olho direito

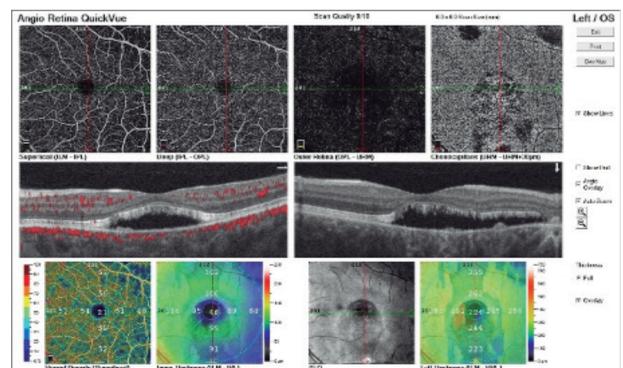


Fig 6 – OCT-A Olho esquerdo

DISCUSSÃO

A Maculopatia Viteliforme Polimorfa Exsudativa Aguda (MVPEA) é caracterizada por perda da acuidade visual, associada com lesões amarelo-esbranquiçadas a nível do EPR e descolamento seroso da mácula.

A semelhança clínica com a distrofia macular viteliforme é latente e na maioria dos casos idêntica, mas é importante indicar que nenhum paciente com diagnóstico confirmado de MVPEA idiopática apresentou mutações nas proteínas BEST1 ou PRPH2. Assim, seu diagnóstico diferencial se dá com doença de BEST, viteliforme do adulto e retinopatia polimorfa paraneoplásica. A paciente neste caso relatado foi estadiada com TC de tórax, abdômen, pelve, sem alterações, descartando assim qualquer síndrome paraneoplásica. Neste nosso caso então foi realizada a hipótese de MVPEA de causa idiopática.

A apresentação clínica da MVPEA geralmente é bilateral, com presença de lesões amareladas ao nível do EPR, podendo causar descolamento seroso.

Em relação ao tratamento com corticosteroides ainda não foi comprovada sua eficácia, porém relatos de casos apontam melhora significativa com seu uso.

CONCLUSÃO

A MVPEA é uma doença rara, com poucos casos na literatura, cuja etiologia e patogênese são ainda pouco compreendidas. Seu diagnóstico precoce é importante para descartar possíveis neoplasias ocultas relacionadas à doença.

ABSTRACT

Introduction: Acute Exudative Polymorphous Vitelliform Maculopathy is a rare retinal disorder; characterized by low visual acuity associated with multiple lesions of variable morphology at the level of RPE, and serous detachment of the retina in the macular region. **Purpose:** To describe a case of Acute Exudative Polymorphous Vitelliform Maculopathy. **Material and Method:** Bibliographic

review and case report **Conclusion:** The early diagnosis of MVPEA is important to rule out possible hidden neoplasms related to the disease.

Keywords: maculopathy, Retina, Low visual acuity

REFERÊNCIAS

1. Idiopathic Acute Exudative Polymorphous Vitelliform Maculopathy
Barbazetto, Irene et al.
Ophthalmology, Volume 125, Issue 1, 75 - 88
2. Acute exudative polymorphous vitelliform maculopathy.
Gass JD, Chuang EL, Granek H. Trans Am Ophthalmol Soc. 1988; 86:354-66.
3. Maculopatia viteliforme polimorfa exudativa aguda: um relato de caso.
Neves, Geórgia de Freitas, & Bastos, André Luís Carvalho de Moura. (2017).
Revista Brasileira de Oftalmologia, 76(2), 94-97.

Noticiário

1º Evento Comemorativo 100 anos Instituto Penido Burnier

No sábado dia 01/02 aconteceu o primeiro evento comemorativo dos 100 anos do hospital: 'Curso sobre SLT (Trabeculoplastia Seletiva a LASER)', procedimento minimamente invasivo para tratamento de glaucoma.

Esta tecnologia está chegando em Campinas, e pode substituir o uso de colírios nos pacientes com glaucoma.

Organizado pelo Dr. Kleyton Barella, oftalmologista do IPB, com o apoio da AOC (Associação dos Oftalmologistas de Campinas e Região), o curso teve como palestrante o Dr. Guilherme Guedes, uma autoridade brasileira no assunto.



1º Seminário Sobre Transplantes IPB / Fundação Dr. João Penido Burnier

Na data de 08/02 aconteceu o 1º Seminário sobre Transplantes IPB/Fundação Dr. João Penido Burnier.

Dr. Matheus Vieira, Mestre e colaborador/orientador do Setor de Córnea da Unicamp deu início no evento com a Palestra sobre Transplantes Penetrantes; Dr. Leonardo Oliveira, colaborador/orientador do Setor de Córnea do Hospital Oftalmológico de Sorocaba/BOS dividiu sua experiência em DALK e FALK e Dr. Heanes Pfluck, colaborador/orientador do Setor de Córnea do HOS/BOS e da Fundação Dr. João Penido Burnier discorreu sobre DSEK e DSAEK. Após o evento, nossos residentes e orientadores do Setor de Córnea confraternizaram em um alegre almoço.



Aula Magna sobre DMEK

Na data de 12/02 o IPB recebeu calorosamente Dr. Nicolas Pereira para Aula Magna sobre Dmek. Foi a 1ª vez que o IPB recebe uma conferência completa sobre este assunto e 1ª vez que Dr. Nicolas esteve em nossa casa.

Dr. Nicolas é Chefe do Setor de Córnea do Hospital Oftalmológico de Sorocaba/BOS e uma autoridade no assunto, reconhecido mundialmente como um entusiasta e incentivador desta técnica de transplante endotelial. A aula teve o público de oftalmologistas e residentes de todos os serviços de Campinas e trouxe novos dados sobre a técnica.



Novo Ambulatório na Fundação Dr. João Penido Burnier

Este ano a Fundação Dr. João Penido Burnier está ampliando o Departamento de Retina e Vítreo, e passa a contar com o Ambulatório de Uveítes.

A Fundação ano após ano vem se modernizando e ampliando o atendimento aos mais necessitados. A primeira tarde do ambulatório ocorreu no dia 06/03/20.



RESUMO DAS ATAS DA AMIPB 1º SEMESTRE DE 2019

1.871ª Sessão Ordinária

(14 de Março de 2019)

1ª Ordem do Dia: “Anatomia e fisiologia da retina” – Dr. Bruno Tochetto.

2ª Ordem do Dia: “Apresentação de caso clínico sobre Retinopatia de Valsalva” - Dra. Isabela Casadio. Dr. Márcio Costa discutiu sobre a conduta, intervenção x expectantia.

1.872ª Sessão ordinária

(21 de Março de 2019)

1ª Ordem do Dia: “USG” – Dr. Márcio Costa. Apresentou uma série de imagens diferenciadas do exame complementar e levantando discussões sobre possíveis diagnósticos.

2ª Ordem do Dia: “USG” - Dra. Renata Nakamura. A autora falou de uma maneira mais aprofundada do assunto, abordando desde suas indicações até achados do exame correlacionado à clínica.

1873ª Sessão Ordinária

(28 de Março de 2019)

1ª Ordem do Dia: “USG” – Dr. Márcio Costa.

1.874ª Sessão Ordinária

(25 de Abril de 2019)

1ª Ordem do Dia: “Retinopatia diabética” – Dr. Thiago Figueiredo.

2ª Ordem do Dia: “Caso clínico: Descolamento de coróide” – Dr. Valdez Melo

3ª Ordem do Dia: “Caso clínico: DUSN” - Dra. Luiza Minussi

1.875ª Sessão Ordinária

(16 de Maio de 2019)

1ª Ordem do Dia: “Degenerações periféricas da retina e descolamento da retina” - Dra. Renata Nakamura.

2ª Ordem do Dia: “Questões da prova nacional do CBO” - Dra. Jéssica Souza.

3ª Ordem do Dia: “Apresentação de caso clínico - Doença da arranhadura do gato e seu acometimento ocular” - Dr. Eudson Costa

4ª Ordem do Dia: “Eleição da Nova Diretoria da AMIPB, para o período de 31 de Maio de 2019 a 01 de Junho de 2020”. De acordo com os estatutos foi eleita por unanimidade a seguinte diretoria: Presidente: Dra. Natália Belo Rodrigues; 1ª Secretária: Dra. Taíse Tognon; 2ª Secretária: Dra. Lui-

za Abreu Minussi; Tesoureiro: Dr. Márcio Costa; Comissão de Redação dos Arquivos: Dra. Elvira Abreu, Dra. Eloisa Klein, Dra. Taise Tognon; Bibliotecário: Dr. Hilton de Mello e Oliveira.

1.876^a Sessão Ordinária

(27 de Junho de 2019)

1^a Ordem do Dia: “Achados fundoscópicos” - Dr. Milton Toledo.

2^a Ordem do Dia: “Apresentação de caso clínico: Oclusão de ramo venoso retiniano” - Dra. Letícia Rivelli.

Nossos olhos
não foram feitos
para telas digitais.
As lentes SYNC III
são.

SYNC

III

DESENVOLVIDAS PARA A MANEIRA
COMO ENXERGAMOS O MUNDO HOJE

HOYA

www.hoyavision.com

ARQUIVOS DO INSTITUTO PENIDO BURNIER

VOLUME 62 (1) MARÇO 2020

Summary

13 VISUAL ACUITY: IMPORTANCE IN AUTOMOBILE ACCIDENTS PREVENTION

Pietro Dechichi, Luís Felipe Canova Ogliari, Théo Dechichi, Júlio Cesar Fontana Rosa

19 PERSISTENT DIPLOPIA AFTER RETROBULBAR ANESTHESIA FOR CATARACT SURGERY: DESCRIPTION OF TWO CASES AND LITERATURE REVIEW

Valdez Melo dos Anjos Filho, Isabella de Oliveira Lima Parizotto Paula, Raul Gonçalves Paula

25 WORLD'S MOST CLOSELY MONITORED SOLITARY TUMOR: GRADUAL MALIGNANCY IN RECURRENCES

Luiza Abreu Minussi, Isabela Corrêa Casadio, Raul Gonçalves Paula, Isabella Parizotto Paula, Thiago Mortari Gonçalves Paula, Gustavo Mortari Gonçalves Paula

29 RETINAL VENOUS OCCLUSION: EVOLUTIONARY PICTURE OF 10 REAL-LIFE CASES

Lucas Barasnevicius Quagliato, Débora Muriel Müller, Marina Matos Lima Leite, Paulo Eduardo Baldini Lucena

33 DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS IN PATIENTS WITH NEURO-OPHTHALMIC DISORDERS

Lucas Barasnevicius Quagliato, Millena de Arruda Sousa Pacheco, Pietro Dechichi, Valdez Melo dos Anjos Filho, Thaisy Ventura Batistel, Gunther Albuquerque Beckedorff, Elizabeth M. A. B. Quagliato

39 GRANULOCYTIC SARCOMA IN LEUKEMIA RELASTED: A CASE REPORT

Thaisy Ventura Batistel, Millena Pacheco, Elvira Abreu

43 DEMYELINATING OPTIC NEURITIS IN A CHILD DURING COVID-19 PANDEMIC: A CASE REPORT

Elisa Moya Kazmarek, Luis Felipe Canova Ogliari, Pablo A. Torricos Uzqueda, Lucas Barasnevicius Quagliato

47 BILATERAL CHOROIDAL DETACHMENT IN PATIENT WITH POLYMYOSITIS

Isabela Vianello Valle, Gunther Albuquerque Beckedorff, Fernanda Barbosa Nonato Federici

51 CENTRAL RETINAL VEIN OCCLUSION WITH ATYPICAL ONSET: CASE REPORT OF PATIENT WITH SPHEROCYTOSIS

Isabela Vianello Valle, Gunther Albuquerque Beckedorff, Daniel Machado Medeiros, Natalia Rodrigues Belo

55 ATYPICAL TOPOGRAPHY OF VALSALVA RETINOPATHY

Gunther Albuquerque Beckedorff, Isabela Vianello Valle, Lucas Barasnevicius Quagliato

59 TUBERCULAR SERPIGINOUS-LIKE CHOROIDITIS: CASE REPORT

Heitor Santos Nogueira, Mateus Pimenta Arruda, Guilherme Ferreira Bandeira Coelho Dias, Márcio Augusto Nogueira Costa

63 EXPANSIVE TUBERCULUM SELLAE MENINGIOMA: CASE REPORT

Mateus Pimenta Arruda, Heitor Santos Nogueira, Lucas Barasnevicius Quagliato

67 ACUTE EXUDATIVE POLYMORPHOUS VITELLIFORM MACULOPATHY (AEPVM)

Rodrigo Barbosa Abreu, Pablo Andres Torricos Uzqueda, Márcio Augusto Nogueira Costa