

ISSQN 0103-5339

IPB

Volume 61 (1)
Março
2019

INSTITUTO PENIDO BURNIER



ARQUIVOS

Arquivos do Instituto Penido Burnier

VOLUME 61 (1) MARÇO 2019

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 61 (1) MARÇO 2019

SUMÁRIO

07 APRESENTAÇÃO

09 EDITORIAL

11 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS NOS ARQUIVOS DO IPB

13 MELANOSE PRIMÁRIA ADQUIRIDA SIMULANDO EPISCLERITE REFRACTÁRIA: RELATO DE CASO

João Vítor Fernandes Félix, Valdez Melo dos Anjos Filho, Taise Tognon

17 NEUROPATIA ÓPTICA ISQUÊMICA ANTERIOR NÃO ARTERÍTICA APÓS CATETERISMO CARDÍACO

Luis Felipe Canova Ogliari, Paulo Eduardo Baldini Lucena, Márcio Augusto Nogueira Costa

21 NEUROFIBROMATOSE TIPO-1 EM LACTENTE: UM RELATO DE CASO ATÍPICO

Valdez Melo dos Anjos Filho, João Vítor Fernandes Félix, Gustavo Mortari G. Paula, Elvira Barbosa Abreu

25 GLAUCOMA DE PRESSÃO NORMAL: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Rafael Nassralla Morandi, Rafael Nojiri Moreira, Milena Almeida, Felipe Petermann C. Bugalho

31 REGENERAÇÃO ABERRANTE DO TERCEIRO NERVO: SUAS VARIÁVEIS, CONDUTAS CIRÚRGICAS E UM PACIENTE SEM PERDA FUNCIONAL

Luiza Abreu Minussi, Elvira Barbosa Abreu

35 RECIDIVA DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DE CONJUNTIVA: COMO CONDUZIR?

Pietro Dechichi, Millena Sousa Pacheco, Elvira Barbosa Abreu, Márcio Augusto Nogueira Costa

39 MELANOMA DE CONJUNTIVA ASSOCIADO À HEMANGIOMA DE CONJUNTIVA: DOIS TUMORES EM UM MESMO OLHO

Thaisy Ventura Bastistel, Jéssica Souza, Débora Muriel Muller, Marcio Augusto N. Costa, Taise Tognon

43 CÁLCULO BIOMÉTRICO EM PACIENTE COM NANOFTALMO E CATARATA - RELATO DE CASO

Débora Muriel Müller, Thaisy Ventura Batistel, Daniella Thomaz, Kleyton Barella

47 ANEL CORNEANO INTRAESTROMAL DE ARCO LONGO: “QUANDO NEM TUDO SÃO FLORES”

Paulo Eduardo Baldini Lucena, Luis Felipe Canova Ogliari, Valdez Melo dos Anjos Filho, Taise Tognon

51 AMAUROSE UNILATERAL APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OTORRINOLARINGOLÓGICO

Isabela Corrêa Casadio, Lucas Quagliatto, Gustavo M. G. Paula

57 IMPORTÂNCIA DO ESTUDO IMUNOHISTOQUÍMICO EM CASOS DE HIPERPLASIA LINFOIDE DE CONJUNTIVA

Millena Pacheco, Pietro Dechichi, Marcio Costa

61 NOTICIÁRIO

65 RESUMO DAS ATAS DA AMIPB 1º SEMESTRE DE 2018

APRESENTAÇÃO

As vésperas do 99 aniversário do Penido, é que lhes apresento o número 61 (volume1).

Vive essa Casa um momento de paz e de prosperidade, ávida por comemorar seu primeiro centenário.

Em nossos corações a certeza de haver retribuído, com trabalho e gratidão, o empenho que tantos grandes oftalmologistas dedicaram à nossa formação.

Que o caminho dessa Instituição, ao longo dos próximos cem anos, continue sendo esse de iluminar a vida das pessoas.

Espero que a leitura seja proveitosa.

Forte abraço a todos.

EDITORIAL

Alguns anos de experiência em oftalmologia levaram a prática do principal fundamento da medicina que é “primum non nocere”.

Quando mais jovem, deslumbrava-me com o poder das cirurgias e dos artifícios técnicos exuberantes da nossa especialidade, e pensava, com bastante frequência, que todos os problemas podiam ser resolvidos, com a indicação de uma cirurgia.

Ao longo do tempo, no entanto, minhas indicações cirúrgicas começaram a, cada vez mais, requerer a participação do paciente nas minhas decisões.

Acompanho, por exemplo, dois pacientes com hemangiomas cavernosos da órbita há mais de quinze anos. Depois de muito conversarmos sobre o assunto, eles mesmos optaram pelo acompanhamento, e qual não foi a minha surpresa ao constatar que, por ora, as lesões ainda não evoluíram.

Casos como esse me levaram a acreditar que não se pode ter segredos com nosso paciente. Na verdade, só a verdade deve ser exposta, levando-se em conta a boa e velha relação risco-benefício, que por si só, é fundamento de qualquer terapia a ser instituída.

Nossa responsabilidade, desse modo, ainda é surpreendentemente grande, mas totalmente compartilhada com o maior interessado e razão dos nossos dias, o paciente.

Que as novas gerações tenham sempre isso em mente, mesmo com o advento das ‘Startups’ e da “telemedicina”.

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*, conforme 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

MELANOSE PRIMÁRIA ADQUIRIDA SIMULANDO EPISCLERITE REFRACTÁRIA: RELATO DE CASO

PRIMARY ACQUIRED MELANOMA SIMULATING REFRACTORY EPISCLERITIS: CASE REPORT

João Vítor Fernandes Félix¹

Valdez Melo dos Anjos Filho¹

Taise Tognon²

Trabalho realizado no Instituto Penido Burnier.

¹Médicos residentes do segundo ano (R2) em oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier – Campinas/SP

²Médica oftalmologista colaboradora da Fundação Dr. João Penido Burnier, subespecialista em Córnea, Doenças Externas e Cirurgia Refrativa

João Vítor Fernandes Felix

Av. Andrade Neves, 683,

Campinas/SP CEP 13013-161

Recebido para publicação em: 10/04/2019

Aceito para publicação em: 09/05/2019

RESUMO

Introdução: Melanose primária adquirida (PAM) é uma proliferação melanocítica neoplásica que geralmente se inicia epitélio conjuntival, na grande maioria unilateral. Pode ser dividida em PAM de dois tipos: PAM sem atipia e PAM com atipia. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso raro de melanose primária adquirida, que simula episclerite de forma refratária. **Materiais e Método:** Relato de caso de um paciente atendido no Instituto Penido Burnier. **Conclusão:** Pacientes com PAM sempre necessitam seguimento cuidadoso, observando-se toda a conjuntiva, mapeando a lesão, para que se identifique as lesões com maior risco (espessamento conjuntival, conjuntiva tarsal), para que sejam prontamente excisadas e submetidas ao exame anatomopatológico.

Palavras-chave: Melanose primária adquirida, episclerite, tumor conjuntival.

INTRODUÇÃO

Melanose primária adquirida é uma proliferação melanocítica neoplásica que geralmente se inicia no epitélio conjuntival. Na grande maioria unilateral, acometendo mais indivíduos brancos e de meia-idade¹. Representa aproximadamente 20 a 35% dos tumores conjuntivais pigmentados

e o acometimento corneano é observado em aproximadamente em 23% dos casos²⁻⁴. Histo logicamente a PAM é classificada em dois tipos:

1-PAM sem atipia: Aparece geralmente na 4ª década de vida e apresenta baixo risco de malignização, provavelmente é precursora da PAM com atipia. Há proliferação benigna de melanócitos normais, restrita à camada basal da conjuntiva.

2-PAM com atipia: A idade média de aparecimento é na 5ª década de vida e a progressão para melanoma ocorre em 75-90% dos casos. Trata-se de uma condição pré-maligna onde há aumento no número de melanócitos grandes, com nucléolos proeminentes e citoplasma abundante, podendo envolver todas as camadas da conjuntiva (crescimento pagetóide)^{4,5}. Cerca de 13% dos casos de PAM conjuntival que apresentam atipias intensas evoluem para melanoma, aproximadamente 75% dos melanomas da conjuntiva evoluíram a partir de um quadro inicial de PAM^{3,4}. Ao longo dos anos também foi chamada melanose pré-cancerosa de Reese, melanose adquirida benigna ou idiopática, hiperplasia melanocítica intraepitelial atípica, efélide senil e melanose lântigo, entre outras.

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso raro de PAM.

RELATO DE CASO

Paciente P.A.S.V., feminino, 29 anos, leucoderma, casada, supervisora de almoxarifado, natural e procedente de Indaiatuba/SP e residente em zona urbana. Atendida pela primeira vez em 28/10/2014, para uma consulta de rotina. Queixava-se de cefaleia. Já usuária de lentes corretivas, relata possuir ametropia de -1,00 D em ambos os olhos. Nega antecedentes pessoais e familiares. Acuidade visual sem correção OD 20/25 e OE 20/25; refração dinâmica OD -0,25 esf. 20/20 e OE -0,25 esf. 20/20; refração estática OD -1,25 esf. 20/20 e OE -1,00 esf. 20/20. Biomicroscopia e Fundoscopia: dentro da normalidade. Receitados óculos e recomendadas reavaliações anuais.

Retorna em uma nova consulta após pouco mais de três anos, em 2018. Paciente veio se queixando de que OD se encontrava hipere miado temporalmente, há cerca de um ano. Já havia consultado outros cinco serviços na cidade, obtendo diagnóstico de episclerite em todos eles. Foi tratada de diversas maneiras e passou por exames seriados na tentativa de estabelecer a etiologia da moléstia. Continuou negando quaisquer alterações em sistemas osteomuscular, gastrointestinal, hematológico e genituri nário; bem como quaisquer patologias prévias, cirurgias ou traumas oculares. Nega uso de medicações sistêmicas. Antecedentes familiares negativos. Estava em uso de ceterolaco três vezes ao dia (há quinze dias) e lubrificante.

Acuidade visual c/c ODV -1,25 esf. 20/20 e OEV -1,00 esf. 20/20. À biomicroscopia: OD: hiperemia conjuntival temporal em posição interpalpebral até a região limbar, com pontos escurecidos na região perilimbar (FOTO 1). OE: sem particularidades. Fundoscopia: dentro da normalidade AO. Apresentando teste do fenil positivo. Após discussão do caso entre a equipe, foi reintroduzido corticosteroides em altas doses, associado a um vaso constritor local por 20 dias.

Não apresentando melhora após essa tentativa terapêutica, foi realizada, em 10/01/2018, biópsia excisional da lesão conjuntival e episcleral com crioterapia, e avaliação anatomopatológica (IMAGEM 1) e imunohistoquímica (IMAGEM 2). No pós-operatório foi prescrito colírio combinado de corticosteroide e antibiótico, 4x ao dia, durante o período de 15 dias. Foram recomendados retornos com a equipe no dia seguinte, 7 dias após e 30 dias após o procedimento (FOTO 2). A primeira análise anatomopatológica revelou achados compatíveis com ceratose actínica acantolítica. Posterior análise imunohistoquímica revelou tratar-se de melanose primária adquirida.

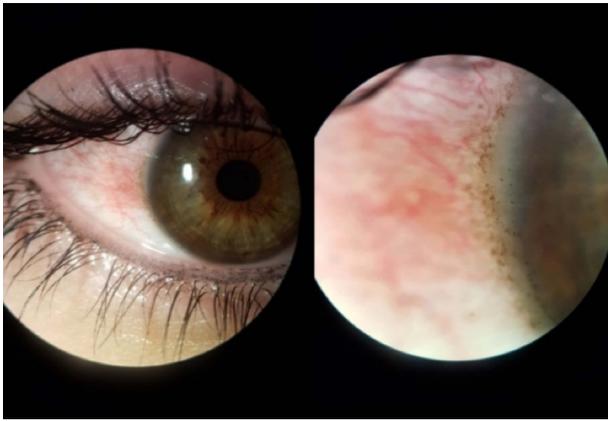


FOTO 1: hiperemia conjuntival temporal em posição interpalpebral até a região limbar, com pontos escurecidos na região perilimbar

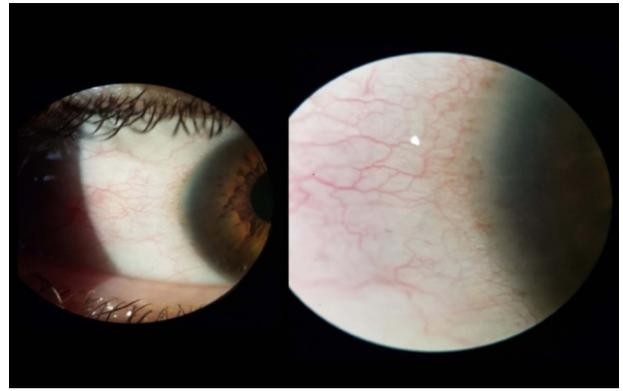


FOTO 2: 30 dias após o procedimento

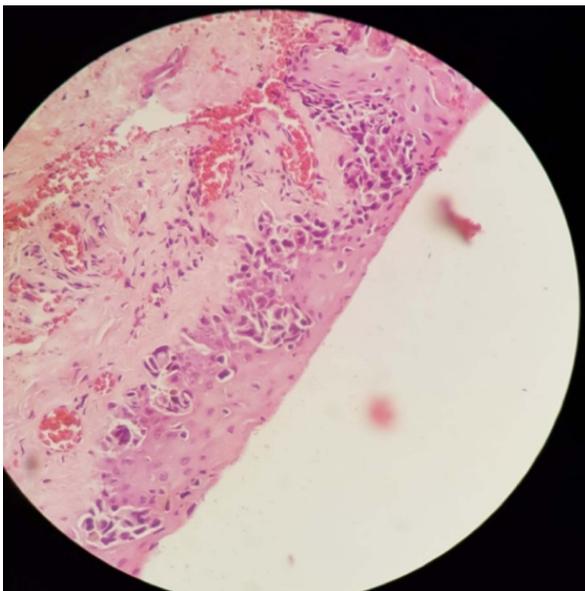


IMAGEM 1: Hipótese errônea de ceratose actínica acantolítica ao exame anatomopatológico.

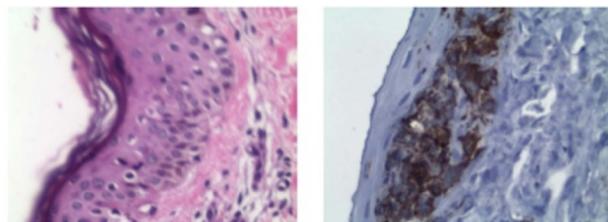


IMAGEM 2: Melanose primária adquirida, confirmada à imunohistoquímica. Aumento no número de melanócitos grandes, com nucléolos proeminentes e citoplasma abundante, podendo envolver todas as camadas da conjuntiva (crescimento pagetoide)

DISCUSSÃO

Apesar de ser uma situação relativamente comum na prática oftalmológica, quadros de episclerite de repetição, muitas vezes até sem uma causa definida, esse caso começou a chamar ainda mais atenção no momento em que não respondia aos tratamentos, o que não é comum em episclerite. Não é encontrado na literatura uma relação de causa e efeito entre o PAM e a episclerite.

A episclerite é uma doença benigna, aguda e autolimitada, que cursa com desconforto ocular, hiperemia e lacrimejamento, com duração variável entre 2 a 21 dias. No caso da paciente se estendia há mais tempo. A episclerite afeta principalmente mulheres jovens e de meia-idade, o que coincidia com a idade da paciente do caso. O acometimento é unilateral em até 2/3 dos casos⁶. Pode apresentar recorrência no mesmo olho ou no contralateral. Todas essas coincidências levaram à confusão diagnóstica entre episclerite e PAM.

A imunohistoquímica, exame de mais especificidade para a identificação dos tipos celulares e seus derivados, foi solicitada após a hipótese de ceratose actínica formulada após a primeira análise patológica. O exame revelou que além de se tratar de PAM o quadro apresentava atipia, o que definiu a terapêutica a ser instituída. Em caso de presença de atipia o tratamento é a excisão cirúrgica, seguida de quimioterapia tópica.

Nos casos de onde não forem encontradas células atípicas, pode-se acompanhar a lesão com

fotografias periódicas.

Neste caso de PAM com atipia, a biopsia excisional realizada apresentava margens livres e já havia sido feito a crioterapia local, o que melhorou significativamente seu prognóstico. Foi recomendado seguimento anual, para mapear o surgimento de novas lesões.

CONCLUSÃO

A evolução desses casos é, de certo modo, imprevisível. Pode ocorrer o desaparecimento da pigmentação numa área e o aparecimento ou aumento noutra. A velocidade de progressão é variável, mas geralmente lenta. Por isso, é sempre necessário um seguimento cuidadoso, observando-se toda a conjuntiva, mapeando-se a lesão, para que lesões de maior risco (espessamento conjuntival, conjuntiva tarsal) sejam identificadas, excisadas e submetidas à análise anatomopatológica.

ABSTRACT

Introduction: Primary acquired melanosis (PAM) is a neoplastic melanocytic proliferation that usually initiates at conjunctival epithelium, mostly unilateral. It can be divided into two types: PAM without atypia and PAM with atypia. **Objective:** The objective of this study is to report a rare case of primary acquired melanosis that simulates refractory episcleritis. **Material and Methods:** Case report of a patient attended at Instituto Penido Burnier. **Conclusion:** PAM always requires careful observation of the entire conjunctiva, and making maps of the lesion, in order to identify higher risk lesions (conjunctival thickening, tarsal conjunctiva), so that they can be excised and analyzed by the pathologist.

Keywords: Acquired primary melanoma, episcleritis.

REFERÊNCIAS

1. Shields CL, Shields JA. Conjunctival primary acquired melanosis and melanoma: tales, fairy tales, and facts. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2009;25(3):167-72.
2. Shields CL, Demirci H, Karatza E, Shields JA. Clinical survey of 1643 melanocytic and nonmelanocytic conjunctival tumors. *Ophthalmology.* 2004;111(9):1747-54.
3. Novais GA, Fernandes BF, Belfort RN, Castiglione E, Cheema DP, Burnier MN Jr. Incidence of melanocytic lesions of the conjunctiva in a review of 10 675 ophthalmic specimens. *Int J Surg Pathol.* 2010;18(1):60-3.
4. Shields JA, Shields CL, Mashayekhi A, Marr BP, Benavides R, Thangappan A, et al. Primary acquired melanosis of the conjunctiva: risks for progression to melanoma in 311 eyes. The 2006 Lorenz E. Zimmerman lecture. *Ophthalmology.* 2008;115(3):511-519.e2.
5. Sugiura M, Colby KA, Mihm MC Jr, Zembowicz A. Low-risk and high-risk histologic features in conjunctival primary acquired melanosis with atypia: Clinicopathologic analysis of 29 cases. *Am J Surg Pathol.* 2007;31(2):185-92.
6. Read RW, Weiss AH, Sherry DD. Episcleritis in childhood. *Ophthalmology* 1999;106:2377-9.

NEUROPATIA ÓPTICA ISQUÊMICA ANTERIOR NÃO ARTERÍTICA APÓS CATETERISMO CARDÍACO

NON-ARTERITIC ANTERIOR ISCHEMIC OPTIC NEUROPATHY AFTER CARDIAC CATHETERIZATION

Luis Felipe Canova Ogliari¹

Paulo Eduardo Baldini Lucena¹

Márcio Augusto Nogueira Costa²

Trabalho realizado no Instituto Penido Burnier.

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

²Médico Oftalmologista do Instituto Penido Burnier.

Endereço para Correspondência:

Luis Felipe Canova Ogliari

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

Recebido para publicação em: 10/04/2019

Aceito para publicação em: 09/05/2019

RESUMO

Introdução: A neuropatia óptica isquêmica não arterítica (NOIA-NA) é uma forma drástica de perda de visão decorrente de dano isquêmico agudo ao nervo óptico. Apresenta-se, em sua maioria, de forma repentina e indolor. Pouco ainda se sabe sobre os fatores de risco predisponentes desta patologia, da mesma forma que não se chegou ainda a um consenso sobre seu tratamento de forma eficaz. **Objetivo:** Revisão bibliográfica acerca do tema, bem como descrição de um caso de NOIA-NA após exame de Cateterismo Cardíaco. **Materiais e Método:** Relato de caso e revisão bibliográfica. **Conclusão:** São necessários mais estudos para correlacionarmos, de forma contundente, os eventos tromboembólicos após realização de procedimentos invasivos com a NOIA-NA.

Palavras-chave: Neuropatia óptica anterior, cateterismo, nervo óptico.

INTRODUÇÃO

A Neuropatia Óptica Isquêmica Anterior Não-Arterítica (NOIA-NA) pode ser considerada uma forma devastadora de perda visual que resulta de um suprimento sanguíneo inadequado para as artérias ciliares posteriores.^{1,2} Esta patologia é caracterizada por ser um even-

to indolor, de instalação súbita, na maioria das vezes irreversível e geralmente acompanhado de perda visual não progressiva, defeito pupilar aferente e edema de disco óptico.^{3,4} Em indivíduos com mais de 50 anos é considerada a neuropatia aguda mais comum, acometendo mais os pacientes caucasianos, de forma semelhante em ambos os sexos, com incidência anual estimada de 2,3 a 10,2 por 100.000 nas pessoas acima da quinta década de vida.^{5,6} Normalmente, nenhuma condição clínica é encontrada como a causa aparente da variedade não-arterítica, embora fatores que contribuam para aterosclerose como Diabetes Mellitus, tabagismo, hipertensão arterial, doenças isquêmicas, hipercolesterolemia, medicamentos (tais como a amiodarona e possivelmente inibidores da fosfodiesterase), doenças cerebrovasculares, síndrome de apneia obstrutiva do sono, distúrbios de hipercoagulabilidade e cirurgias do seguimento anterior dos olhos tenham sido identificadas e associadas como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento da NOIA-NA.⁷ Não há tratamento eficaz disponível, uma vez que nem o uso de corticoides nem a fenestração cirúrgica da bainha do nervo óptico se mostraram efetivas na resolução do quadro.⁸ Porém, alguns autores sugerem que o uso de Aspirina na dose de 325mg/dia pode ser eficaz na redução da frequência do acometimento do olho contralateral por NOIA-NA.⁹

O presente estudo visa relatar um caso de uma paciente que apresentou diagnóstico de NOIA-NA após a realização de um exame de cateterismo cardíaco, tendo sido esta a provável causa desta patologia.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 73 anos, branca, professora, natural e procedente de Campinas/SP. Procurou atendimento oftalmológico especializado na referida instituição por queixa de baixa da acuidade visual em olho esquerdo (OE), de início abrupto e indolor há 30 dias. Em sua história pregressa possuía diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e tabagismo. Relata ter sido submetida a exame de cateterismo cardíaco

há 34 dias. Negava diabetes mellitus ou outras patologias sistêmicas. Como antecedentes oftalmológicos relatava cirurgia de catarata em ambos os olhos há 4 meses. Antecedentes oftalmológicos familiares negativos.

Ao exame oftalmológico apresentava o seguinte quadro:

Olho Direito (OD): 1,0

Olho Esquerdo (OE): 0,06

Fundoscopia:

OD: Nervo Óptico corado, escavação fisiológica, mácula e vasos sem alterações. Retina aplicada.

OE: Nervo Óptico com palidez temporal, vítreo limpo, mácula com brilho foveal preservado.

Biomicroscopia:

OD: conjuntiva clara, córnea transparente, íris trófica, Câmara anterior formada, sem reação, pupila fotorreagente e LIO tópica.

OE: conjuntiva clara, córnea transparente, íris trófica, câmara anterior formada, sem reação, reflexo pupilar diminuído, LIO tópica.

Foram levantadas as hipóteses de neuropatia óptica isquêmica anterior não-arterítica, ou neurite (de causa infecciosa ou desmielinizante).

Foram solicitados exames laboratoriais, RNM de encéfalo e de órbitas, Raio-x de tórax e OCT.

Paciente retornou após 14 dias com resultado de exames solicitados. Nega melhora do quadro visual, mantendo-se sem queixas álgicas.

Resultado de RNM de encéfalo e órbitas: sem alterações dignas de nota.

Radiografia de tórax: revelava presença de calcificações parietais no arco aórtico. Demais achados dentro da normalidade para idade.

Campo visual: defeito altitudinal inferior em olho esquerdo. Em olho direito, campo visual dentro da normalidade

Exames laboratoriais: Fator Reumatoide (FR): 4,1UI/ml (VR: <14,00). PCR 0,64 (VR <1,0), Glicemia de jejum 117mg/dl, Treponema Pallidum IgM e IgG: não reagente, Bordetella Pertussis IgM e IgG: não reagente, VDRL quantitativo:

não reagente, Toxoplasmose IgG: 14,8 (reagente), Toxoplasmose IgM: 0,16 não reagente. Eletroforese de proteínas: dentro da normalidade. Hemograma Completo: dentro da normalidade.

Diante dos resultados obtidos, foi sugerida a hipótese de NOIA-NA de causa embólica, após procedimento de cateterismo cardíaco.

DISCUSSÃO

Devido as muitas oportunidades de entrada de ar, coágulos ou partículas sólidas na circulação sistêmica, a embolia é uma das complicações mais graves associadas ao cateterismo cardíaco.¹⁰

A ocorrência de êmbolos após o cateterismo cardíaco justifica uma cuidadosa investigação vascular, incluindo a busca dos êmbolos no arco aórtico, nos grandes vasos e nas câmaras cardíacas. A artéria oftálmica é o primeiro ramo principal da artéria carótida interna e, portanto, êmbolos do coração e grandes vasos proximais à carótida tendem a ir diretamente para o olho.¹¹

A consulta imediata com um oftalmologista deve ser considerada se os sintomas sugestivos de distúrbio visual aparecerem durante ou após o cateterismo cardíaco.¹¹

Em estudos anteriores, foi encontrada uma incidência de 2% de embolia retiniana aguda após o cateterismo cardíaco, o que indica que a circulação retiniana e possivelmente cerebral pode estar mais gravemente comprometida do que clinicamente aparenta.¹²

O prognóstico deste nosso caso é reservado. Em geral, a atrofia do nervo óptico é irreversível e não há tratamento eficaz disponível, uma vez que nem o uso de corticoides nem a fenestração cirúrgica da bainha do nervo óptico se mostraram efetivas na resolução do quadro.⁸

Nosso caso se encontra em consonância com a literatura ao não conseguirmos de fato associar o presumível evento tromboembólico resultante do cateterismo cardíaco com a NOIA-NA, porém sendo essa uma provável causa, levando-se em consideração onexo causal entre as duas entidades.

CONCLUSÃO

O caso clínico em questão demonstra uma paciente com quadro de NOIA-NA, de origem presumivelmente tromboembólica, tendo em vista alguns fatores de risco possivelmente associados a gênese do quadro, bem como umnexo causal entre o exame de cateterismo cardíaco e o desenvolvimento do quadro óptico agudo. Os cardiologistas que realizam o cateterismo necessitam estar atentos aos sinais e sintomas visuais que eventualmente possam ocorrer após o procedimento, encaminhando o paciente com urgência ao oftalmologista.

ABSTRACT

Introduction: Non-arteritic ischemic optic neuropathy (NAION) is a drastic form of vision loss due to acute ischemic damage to the optic nerve. It is mostly sudden and painless. Not much is known about the predisposing risk factors of this pathology, in the same way that a consensus on its treatment has not yet been reached effectively. **Objective:** Literature review on the subject, as well as a description of a case of NAION after cardiac catheterization. **Material and Methods:** Case report and literature review. **Conclusion:** Further studies are needed to conclusively correlate thromboembolic events after performing invasive procedures to elucidate the diagnosis with NAION.

Keywords: Anterior optic neuropathy, catheterization, optic nerve.

REFERÊNCIAS

1. Hayreh SS. Posterior ciliary artery circulation in health and disease: the Weisenfeld lecture. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2004;45(3):749-57;748
2. Optic nerve decompression surgery for nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy (NAION) is not effective and may be harmful. The Ischemic Optic Neuropathy Decompression Trial Research Group.

- JAMA. 1995;273(8):625-32.
3. Salomon O, Huna-Baron R, Steinberg DM, Kurtz S, Seligsohn U. Role of aspirin in reducing the frequency of second eye involvement in patients with non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy. *Eye*. 1999;13(Pt3a):357-9.
 4. Peixoto MAL. A etiologia da neuropatia óptica isquêmica anterior; estudo de 328 casos e revisão de literatura. *Rev Bras Oftalmol*. 1994;53(6):53-52.
 5. Miller NR, Arnold AC. Current concepts in the diagnosis, pathogenesis and management of nonarteritic anterior ischaemic optic neuropathy. *Eye* 2015; 29: 65–79.
 6. Bawazir A, Gharebaghi R, Hussein A, WanHitam WH. Non-arteritic anterior ischaemic optic neuropathy in Malaysia: a 5 years review. *Int J Ophthalmol* 2011;4(3):272-274.
 7. Garrity, James; MacMillan Whitney; MacMillan Betty. *Neuropatia óptica isquêmica*. Mayo Clinic College of Medicine. Abril, 2016.
 8. Hayreh SS. Management of ischemic optic neuropathies. *Indian J Ophthalmol*. 2011;59(2): 123-136
 9. Ophira Salomon, Ruth Huna-Baron, David M Steinberg, Shimon Kurtz, Uri Seligsohn (1999). Role of aspirin in reducing the frequency of second eye involvement in patients with non-arteritic anterior ischaemic optic neuropathy. *Eye*, 13 (3a), 357.
 10. Inoue H, Muneuchi J, Ohno T, Arikawa A, Ishibashi T, Hara T. Central retinal artery occlusion following transcatheter balloon aortic valvuloplasty in an adolescent with aortic valvular stenosis. *Pediatr Cardiol*. 2008;29:830–833.
 11. Kojuri, J., Mehdizadeh, M., Rostami, H., & Shahidian, D. (2011). Clinical significance of retinal emboli during diagnostic and therapeutic cardiac catheterization in patients with coronary artery disease. *BMC cardiovascular disorders*, 11(1), 5.
 12. Kreis AJ, Nguyen T, Rogers S, Wang JJ, Harper CA. Acute retinal arteriolar emboli after cardiac catheterization. *Stroke*. 2008;39(11):3086–7.
 13. Bordas, M., Tabacaru, B., & Stanca, T. H. (2018). Non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy-case report. *Romanian Journal of Ophthalmology*, 62(3), 231.

NEUROFIBROMATOSE TIPO-1 EM LACTENTE: UM RELATO DE CASO ATÍPICO

NEUROFIBROMATOSIS TYPE-1 IN INFANT: AN ATYPICAL CASE REPORT

Valdez Melo dos Anjos Filho¹

João Vítor Fernandes Félix¹

Gustavo Mortari G. Paula²

Elvira Barbosa Abreu³

Trabalho realizado no Instituto Penido Burnier.

¹Médicos residentes do segundo ano (R2) em oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier – Campinas/SP

²Médico residente do terceiro ano (R3) em oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier – Campinas/SP

³Médica oftalmologista colaboradora da Fundação Dr. João Penido Burnier, subespecialista em Córnea, Doenças Externas e Plástica Ocular

Valdez Melo dos Anjos Filho

Av. Andrade Neves, 683,

Campinas/SP CEP 13013-161

Recebido para publicação em: 10/04/2019

Aceito para publicação em: 09/05/2019

RESUMO

Introdução: Neurofibromatose tipo 1 (NF-1), é uma rara displasia neurodermal com manifestações extremamente variáveis. Mais conhecida como doença de Von Recklinghausen's, é uma "facomatose" causada por um gene autossômico dominante, associado a uma mutação do braço longo do cromossomo 17. **Objetivo:** Relatar um caso em que o achado oftalmológico foi responsável pelo diagnóstico, em uma criança de quatro meses. **Material e Método:** Relato de caso e revisão da literatura. **Conclusão:** Em qualquer caso de proptose em crianças é necessário uma investigação e anamnese mais completas, como a procura de manchas melanodérmicas e nódulos irianos, para elucidação diagnóstica nesta patologia, para que o tratamento adequado possa melhorar a qualidade de vida das crianças, aliviando o estigma social relacionado a esta doença.

Palavras-chave: Neurofibromatose tipo 1, Nódulos irianos, Tumores da órbita.

INTRODUÇÃO

Neurofibromatose tipo 1 (NF-1), é uma displasia neurodermal com manifestações extremamente variáveis, com incidência de uma pessoa a cada 2500/3000.^{1,2} Mais conhecida com a doença de Von Recklinghausen's, é uma "facomatose" causada por um gene autossômico do-

minante hereditário, associado a uma mutação do braço longo do cromossomo 17, e se caracteriza por manchas cutâneas (café com leite) e neurofibromas.^{1, 2, 3, 4}

Além destas alterações, é possível encontrar em crianças, gliomas que afetam o trato óptico, glaucoma e nódulos irianos.⁵

O envolvimento da pálpebra, órbita e da fossa craniana medial varia de acordo com o fenótipo, e geralmente se apresenta com proptose, devido ao prolapso do lobo temporal ou devido à tumoração do nervo óptico.³

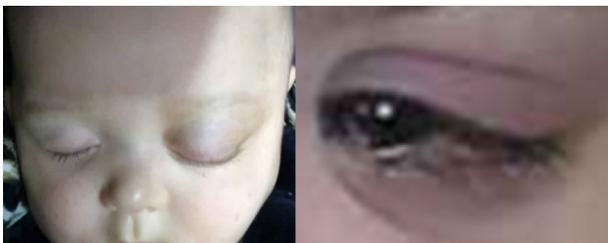
As alterações físicas causadas secundariamente pela ptose, proptose, e desfiguração facial podem causar, no futuro, prejuízos a autoestima e constrangimentos sociais.⁵

Aqui descrevemos uma apresentação rara de NF-1, onde um neurofibroma orbitário levou à instalação de uma rápida proptose inferior em uma menina de apenas quatro meses de idade. O formato em “S” da pálpebra superior nos levou a uma investigação mais profunda, e ao consequente diagnóstico de neurofibromatose tipo 1.

RELATO DE CASO

M. E. C. H. P, feminino 3 meses, natural de Votorantim-SP, foi trazida ao hospital, com um relato da mãe de “inchaço” em pálpebra superior OE progressivo e assimetria orbitária (OE>OD). Mãe negou trauma e antecedentes familiares.

Ao exame oftalmológico observamos proptose inferior do olho esquerdo, e aspecto da pálpebra superior em “S”. (Fotos 1 e 2)



Fotos 1 e 2: Aspecto da proptose inferior e pálpebra em “S”.

Ao exame físico, foram encontradas várias manchas café com leite pelo tronco e membros superiores (Foto3)



Foto 3: mancha café com leite encontrada no tronco da paciente. A presença de 6 ou mais delas num paciente é considerada patognomônica de neurofibromatose.

Pelos achados clínicos, foi levantada a hipótese de neurofibroma plexiforme, e a paciente foi encaminhada para a realização de tomografia computadorizada de crânio, cujos achados fortaleceram nossa hipótese, sendo então encaminhada para neuocirurgia. (Foto 4) O exame anátomo-patológico da lesão confirmou a existência do neurofibroma.

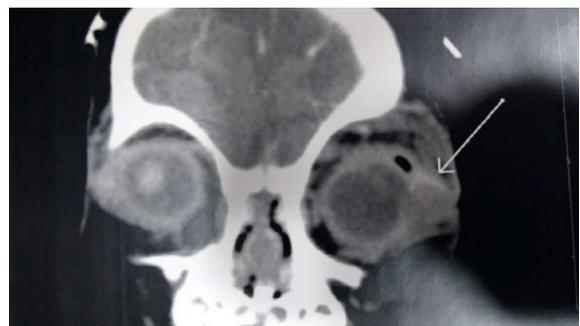


Foto 4 - Tomografia computadorizada demonstrando proptose em OE com presença de neurofibroma em reguão temporal superior.

Durante a neurocirurgia foi realizada a reconstrução da cavidade órbita com placas de titânio, devido ao acometimento de teto da órbita.

Em última consulta, paciente com 2 anos

apresentou melhora da assimetria, com boa fixação, aguardando cirurgia para a correção da ptose residual.

DISCUSSÃO

A Neurofibromatose tipo 1, foi descrita pela primeira vez em 1882, pelo patologista Friedrich Daniel Von Recklinghausen.⁶

A herança da NF-1 segue um padrão clássico mendeliano autossômico dominante, com penetrância completa e expressão variável. Devido a sua grande taxa de mutação, metade dos casos de NF-1 surgem devido a mutações esporádicas em cada indivíduo.⁶

A doença se manifesta pelo aparecimento de “neurofibromas”, que são tumores complexos da bainha de mielina, e compreendem agrupamentos entrelaçados de células de Schwann, axônios e fibroblastos endoneurais.^{4,5,7}

Geralmente são diagnosticados na infância, demonstram crescimento rápido e imprevisível durante esse período, e possuem potencial para malignização em alguns casos.^{5,7,8}

As alterações oculares mais frequentes são os nódulos de Lisch (maior incidência), alterações do nervo óptico, gliomas e desordens bulbo-motoras.⁸

Proptose unilateral em crianças sem história de trauma deve criar suspeita sobre NF-1.³

As alterações em pacientes com NF-1 devem ser pesquisadas atentamente em pacientes assintomáticos, que podem apresentar assimetria entre os olhos.

Anormalidades oculares são raras, e podem ser classificadas em 3 tipos:

1. Alteração de tecidos moles envolvente apenas um olho.
2. Alteração de tecidos moles com envolvimento ósseo, com apenas um olho acometido.
3. Alteração de tecidos moles, com envolvimento ósseo significativo com olho cego ou ausente.¹

Lesões em pálpebra superior se apresentam

como lesões em “s”, e podem causar ptose moderada.⁵ Lesões em região periorbital causam ptose grave e proptose, com provável obstrução do eixo visual, gerando ambliopia.⁵

Esse acometimento foi confirmado por Avery e colaboradores, que realizaram um estudo em 2013, com 21 crianças com diagnóstico confirmado de neurofibroma plexiforme orbito-temporal. Mais da metade possuíam ambliopia, causada na maioria das vezes por anisometropia ou por oclusão do eixo visual.⁷

Crianças diagnosticadas com neurofibromas orbito-temporais devem ser reavaliadas semestralmente, com consultas completas, incluindo avaliação quantitativa da acuidade visual, pressão intraocular e motilidade ocular.⁷

Apenas casos sintomáticos ou com crescimento documentado necessitam de tratamento.⁸ A quimioterapia é a terapia de primeira linha para pacientes jovens, e sua associação com a radioterapia pode interromper o crescimento, ou até reduzir tumores.⁸

A proposta cirúrgica para pacientes com alterações oculares envolve ressecção do tumor associado à cirurgia de correção de ptose.⁴ Embora na maioria dos casos há redução da massa tumoral, é comum novas abordagens para melhor resultado estético ou por recidiva da lesão.⁴

O prognóstico varia devido à localização das lesões, e tumores em região quiasmática possuem maior mortalidade do que tumores localizados no nervo óptico.⁸

Deformidades faciais graves frequentemente são tratadas com exenteração ocular, e devido ao tipo do procedimento, é mandatória a discussão com os familiares sobre o aspecto pós-operatório da cavidade orbitária e opções para a reconstrução, principalmente quando a proposta cirúrgica está atrelada a uma finalidade “reparadora”.⁴

CONCLUSÃO

NFI é uma condição relativamente comum, e de alta complexidade, sendo abordada em diversas áreas dentro da medicina. Deve ser

lembrada nos diagnósticos diferenciais de alterações palpebrais, principalmente em crianças sem histórico de trauma. O diagnóstico é clínico, tendo em vista a alta relação entre a doença e as manifestações mais comuns (neurofibromas, nódulos de lisch e manchas café com leite).

É necessário uma abordagem multidisciplinar nesses casos, visando melhor resultado funcional e estético. O oftalmologista é essencial para o acompanhamento desses pacientes, e crianças assintomáticas, com NF-1, devem ser avaliadas com frequência, até os 10 anos, devido ao alto risco de ambliopia.

ABSTRACT

Introduction: Neurofibromatosis type 1 (NF-1) is a rare neurodermal dysplasia with extremely variable manifestations. More commonly known as Von Recklinghausen's disease, it is a "facomatosis" caused by an autosomal dominant gene associated with a mutation of the long arm of chromosome 17. **Objective:** To report a case in which the ophthalmologic findings were responsible for the diagnosis in a four month old child. **Material and Method:** Case report and literature review. **Conclusion:** In any case of proptosis in children, a more complete investigation and anamnesis, such as the search for melanodermic patches and iris nodules, is necessary for diagnostic elucidation in this pathology, so that adequate treatment can improve the children's quality of life, alleviating the social stigma related to this disease.

Keywords: Neurofibromatosis type 1, Iris nodules, Tumors of the orbit

REFERÊNCIAS

1. Prathibha, S., Parasar, V., Yasmin, S., & Pramila, V. S. (2018). A multidisciplinary approach to sphenoid wing dysplasia presenting with pulsatile proptosis in neurofibromatosis Type 1: A rare case report. *Indian journal of ophthalmology*, 66(1), 157.
2. Abaloun, Y., & Ajhoun, Y. (2017). Nodules de lisch dans la neurofibromatose type 1. *The Pan African Medical Journal*, 27.
3. Singh, S., Mulay, K., & Mittal, V. (2017). Isolated nonpulsatile enophthalmos in neurofibromatosis: An uncommon entity. *Indian journal of ophthalmology*, 65(10), 1063.
4. Madill, K. E., Brammar, R., & Leatherbarrow, B. (2007). A novel approach to the management of severe facial disfigurement in neurofibromatosis type 1. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*, 23(3), 227-228.
5. Avery, R. A., Katowitz, J. A., Fisher, M. J., Heidary, G., Dombi, E., Packer, R. J., ... & Liu, G. T. (2017). Orbital/periorbital plexiform neurofibromas in children with neurofibromatosis type 1: multidisciplinary recommendations for care. *Ophthalmology*, 124(1), 123-132.
6. Kinori, M., Hodgson, N., & Zeid, J. L. (2018). Ophthalmic manifestations in neurofibromatosis type 1. *Survey of ophthalmology*, 63(4), 518-533.
7. Avery, R. A., Dombi, E., Hutcheson, K. A., Acosta, M. T., Baldwin, A. M., Madigan, W. P., ... & Widemann, B. C. (2013). Visual outcomes in children with neurofibromatosis type 1 and orbitotemporal plexiform neurofibromas. *American journal of ophthalmology*, 155(6), 1089-1094.
8. Moraes, F. S., Santos, W. E. D. M., & Salomão, G. H. (2013). Neurofibromatosis type I. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 72(2), 128-131.

GLAUCOMA DE PRESSÃO NORMAL: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

NORMAL PRESSURE GLAUCOMA: THE IMPORTANCE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Rafael Nassralla Morandi¹

Rafael Nojiri Moreira²

Milena Almeida³

Felipe Petermann C. Bugalho⁴

Instituto Penido Burnier, Campinas, São Paulo, Brasil

¹Médico Residente em Oftalmologia do Instituto Penido Burnier

²Médico Oftalmologista Fellow do setor de glaucoma do Instituto Penido Burnier

³Médico residente em Oftalmologia do Instituto Penido Burnier

⁴Médico Oftalmologista do setor de glaucoma e retina da Fundação João Penido Burnier

Endereço para Correspondência: Avenida Andrade Neves, 683, Campinas-SP, CEP: 13013-161

Rafael Nassralla Morandi

Recebido para publicação em: 10/04/2019

Aceito para publicação em: 09/05/2019

RESUMO

Introdução: Glaucoma é uma neuropatia óptica caracterizada pela perda progressiva de células ganglionares e alterações do nervo óptico e da camada de fibras nervosas da retina. Entretanto, alguns pacientes apresentam PIO na faixa de normalidade (menor ou igual a 21mmHg), assim denominados como portadores de glaucoma de pressão normal (GPN). Muitas doenças neurológicas podem apresentar defeitos anatômicos e funcionais semelhantes aos do GPN. **Objetivo:** relatar um caso raro de uma paciente sem manifestações neurológicas e previamente diagnosticada, erroneamente, com glaucoma de pressão normal unilateral. **Materiais e Método:** Relato de caso e revisão de literatura. **Conclusão:** Reconhecer os defeitos neurológicos e que o glaucoma não é a única condição que gera a escavação suspeita do disco óptico é de extrema importância, para se evitar diagnósticos errados de GPN. Realizar o diagnóstico diferencial do glaucoma é fundamental, já que em algumas ocasiões outras patologias podem simular a doença.

Palavras-chave: Glaucoma de pressão normal, nervo óptico, diagnóstico diferencial glaucoma.

INTRODUÇÃO

Glaucoma é uma neuropatia óptica caracterizada pela perda progressiva de células ganglionares e alterações do nervo óptico e da camada de fibras nervosas da retina, e a pressão intra-

ocular (PIO) elevada é um dos principais fatores de risco para glaucoma primário de ângulo aberto (GPAB).^{1,2}

Entretanto, alguns pacientes apresentam PIO na faixa de normalidade (menor ou igual a 21mmhg), e são assim denominados como portadores de glaucoma de pressão normal (GPN). Estudos mostram que o GPN é mais comum em mulheres jovens com história de enxaqueca, achados sistêmicos de vaso espasmos e pressão sistêmica baixa, assim como histórico familiar positivo.^{1,2}

Muitas doenças neurológicas podem apresentar defeitos anatômicos e funcionais semelhantes aos do GPN. Essas doenças incluem neuropatias ópticas isquêmicas e hereditárias, neurite óptica desmielinizante (esclerose múltipla), trauma, infecções intraoculares e massas intraorbitais ou intracranianas.¹ O diagnóstico de GPN deve ser feito por exclusão e avaliado com história clínica, exames complementares e neuroimagem, a fim de evitar falsos positivos.⁴ A base do tratamento é a redução da PIO que retarda a evolução da doença.^{3,4}

O objetivo foi relatar um caso raro de uma paciente sem manifestações neurológicas e previamente diagnosticada, erroneamente, como portador de glaucoma de pressão normal unilateral. Após investigação diagnosticou-se alteração funcional decorrente de aneurisma sacular de carótida.

RELATO DE CASO

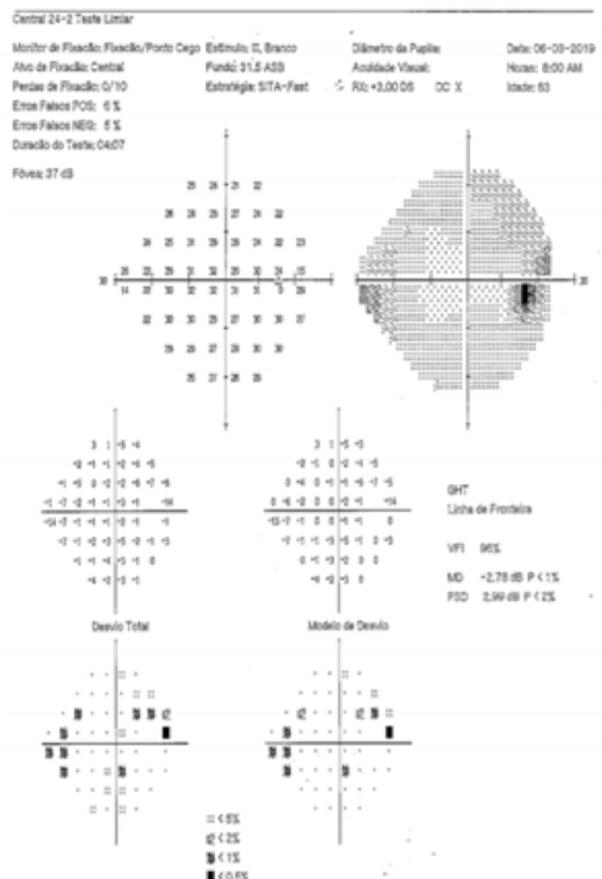
MLF, 63 anos, sexo feminino, natural e procedente de Campinas-SP, do lar, foi encaminhada ao nosso serviço, Fundação Dr. João Penido Burnier, para acompanhamento de glaucoma. Possuía queixa de baixa acuidade visual para perto e episódios esporádicos de cefaleia, sem outros sintomas neurológicos. Estava em uso de Maleato de timolol 0,5% 12/12h. Como antecedentes pessoais tinha Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão arterial sistêmica, em uso de Glibenclamida e Losartana 50mg. Como antecedentes Oftalmológicos e familiares: apresentava nada digno de nota. Negou história familiar de glaucoma.

Ao exame oftalmológico apresentou acuidade visual com melhor correção de 20/20 em ambos os olhos (AO). Reflexos pupilares normais em AO. Mobilidade ocular preservada AO. PIO de 16 AO. À biomicroscopia anterior apresentava catarata incipiente em AO. À fundoscopia do olho direito (OD) apresentava disco óptico róseo, ovalado, relação escavação/disco 0,8 x 0,7, mácula livre, vasos sem alterações e retina aplicada. A fundoscopia do olho esquerdo disco óptico róseo, ovalado, relação escavação/disco 0,6 x 0,5, vasos e mácula sem alterações, retina aplicada 360°. A fundoscopia revelava assimetria de 0,2 entre as escavações dos nervos.

A Gonioscopia revelou que o ângulo estava aberto em ambos olhos. Teste de Ishihara dentro da normalidade.

Exames trazidos pela paciente na primeira consulta:

1. Paquimetria: OD:550µm, OE: 560µm
2. Campo Visual (CV): Hemianopsia homônima direita (Figura 1)



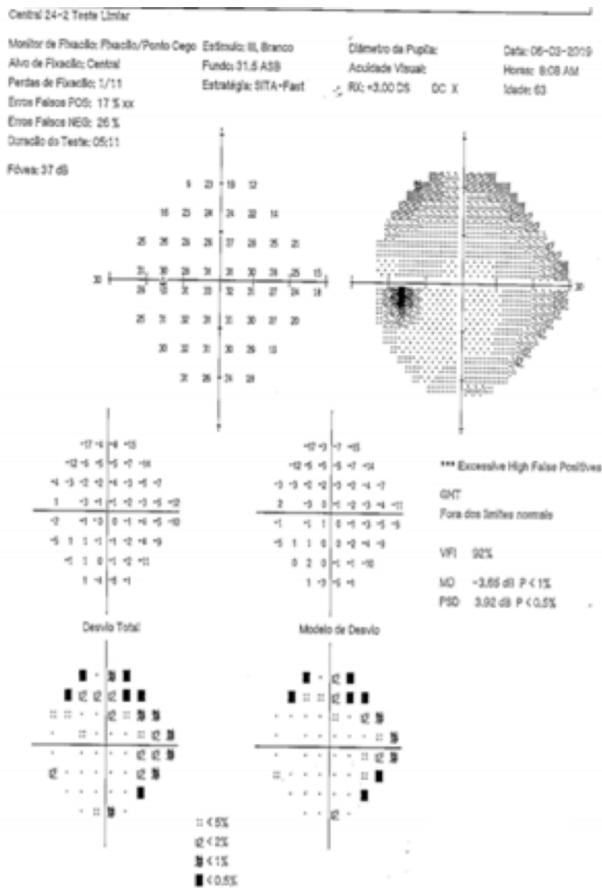


Figura 1

Diante do caso solicitamos exames complementares e de neuroimagem, a seguir:

1. Retinografia (figura 2)
2. OCT de Nervo Óptico (Figura 3)
3. Novo CV 24.2: semelhante ao CV inicial
4. TC crânio: Formação expansiva no seio cavernoso esquerdo medindo 1,3x1,1x1,2cm, de aspecto inespecífico. Proptose bilateral. (Figura 4)



Figura 2

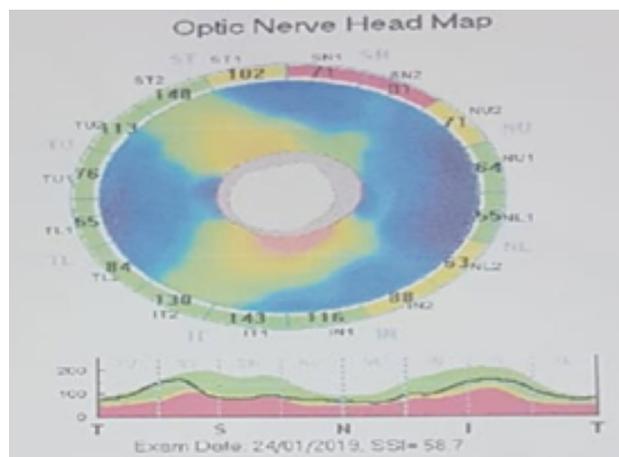


Figura 3 OD

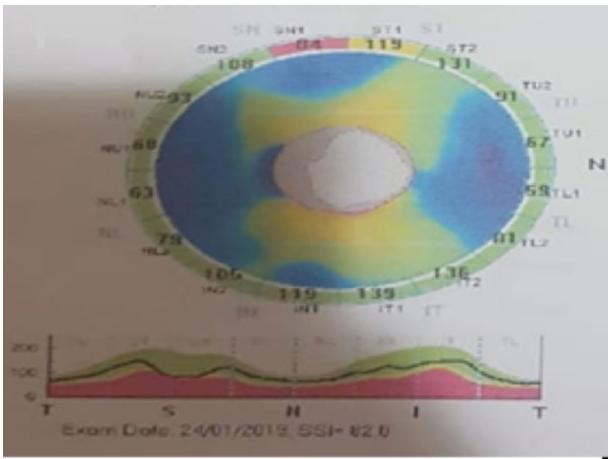


Figura 3 OE

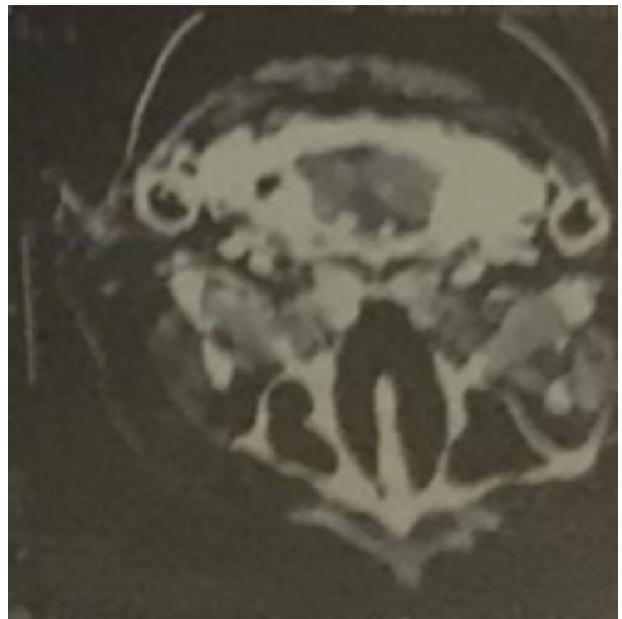
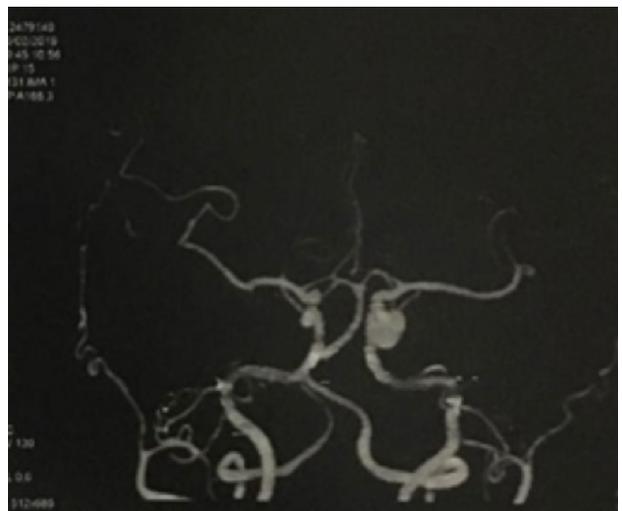
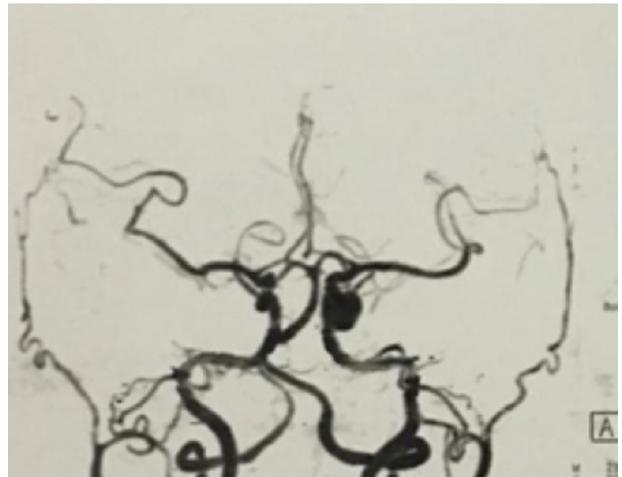
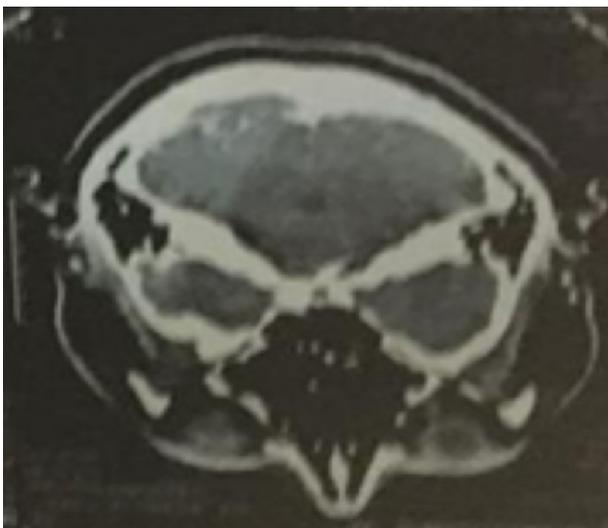
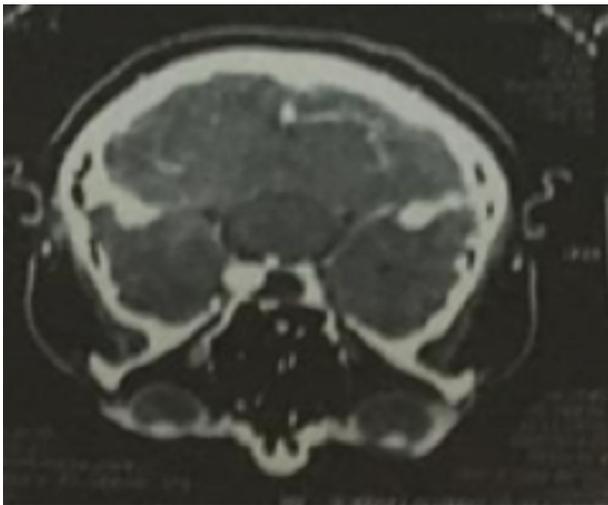


Figura 4

Como conduta: feito encaminhamento ao neurologista que solicitou angiotomografia, evidenciando aneurisma sacular de carótida interna cavernosa esquerda. (Figura 5)



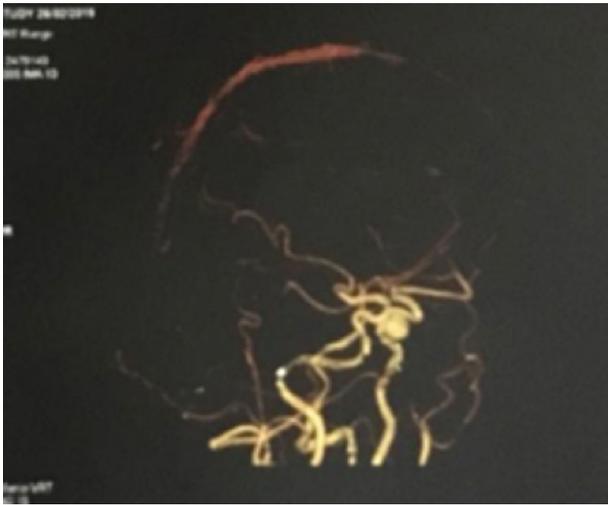


Figura 5

Após avaliação complementar e seguimento paciente foi diagnosticada com aneurisma de carótida interna causando compressão no nervo óptico em seu trajeto intracraniano. Assim foi suspensa a medicação antiglaucomatosa e recomendada neurocirurgia.

DISCUSSÃO

A patogênese do GPN ainda não é clara. Acredita-se que o desenvolvimento da doença é decorrente de uma complexa interação de fatores sistêmicos e oculares. Estudos mostraram que o sistema cardiovascular e pressão intracraniana podem estar envolvidos nas principais vias de lesão do nervo óptico.³

Ainda há a tendência, errônea, de diagnosticar o GPN se a PIO estiver dentro do intervalo aceitável, muitas vezes sem investigar causas não glaucomatosas. A interpretação errônea dos campos visuais é outro fator significativo para o diagnóstico errado.⁴ Qualquer defeito no campo visual atípico e que não esteja de acordo com perda de campo glaucomatosa deve ser melhor investigado.⁵ Um defeito de campo visual bem demarcado e que não comprometa o hemi-campo vertical é altamente suspeito de neurodegeneração não glaucomatosa.^{5,6}

A avaliação da diferenciação de escavação glaucomatosa e não glaucomatosa é uma grande dificuldade ainda nos dias atuais, mesmo para especialistas.^{1,4,6} Idade inferior a 50 anos, pali-

dez do nervo óptico superior à escavação e defeitos no campo visual alinhados verticalmente são sensíveis para escavação não glaucomatosa em média de 45-47% dos pacientes.⁴ De fato, em muitos casos, a neuropatia óptica de longa duração pode resultar em escavação do disco óptico. As causas de escavação do disco óptico não glaucomatoso incluem envenenamento por metanol, neuropatia óptica isquêmica anterior arterítica, e raramente lesões compressivas crônicas do nervo óptico. Lesões que causam defeitos no disco óptico e defeitos de campo visual sem elevação da PIO.^{3,4} Tais condições podem afetar a cabeça do nervo óptico e dificultar o diagnóstico de GPN.³

A neuroimagem de rotina para pacientes com GPN presumido é considerada desnecessária devido a um baixo rendimento para se detectar patologias intracranianas. Recomenda-se o uso para pacientes mais jovens (<50 anos) e / ou com doença unilateral, palidez do disco óptico desproporcional à escavação, acuidade visual atípica (<20/40), defeitos de campo e deficiência de cor.⁴ Nosso paciente apresentou apenas 1 (um) critério.

A frequência de aneurismas intracranianos na população geral é de aproximadamente 5%, e em sua maioria assintomáticos. Dor de cabeça, doença cerebrovascular isquêmica, déficits nos nervos cranianos, sintomas de efeito de massa e perda visual são relatados como sintomas de alerta de um aneurisma intracraniano não roto. Esses aneurismas podem mimetizar outras causas de neuropatia óptica, incluindo glaucoma, e devem ser levados em consideração⁵. Três casos descritos na literatura apresentavam uma relação escavação\disco assimétrica, diagnóstico primário de glaucoma e manifestação neurológica mais tardia.^{1,5,7} Diferente dos demais, nosso caso não apresentou manifestação neurológica diversas, apenas cefaleia, além de permanecer assintomática a maior parte do tempo.

Nossa paciente apresentava alteração de campo visual e PIO dentro da normalidade, fato que a trouxe já com tratamento prévio para glaucoma. Realizado uma avaliação cuidadosa do quadro clínico total e mantido um alto índice

de suspeita durante o acompanhamento, optamos por investigar adequadamente a acuidade visual, o disco óptico e os campos visuais, e os mesmos não seguiam o padrão glaucomatoso esperado. Assim minimizamos a chance de um potencial erro de diagnóstico. A neuroimagem contribuiu de forma relevante para o diagnóstico e para prognóstico da paciente.

CONCLUSÃO

Reconhecer os defeitos neurológicos e que o glaucoma não é a única condição que gera a escavação suspeita do disco óptico é de extrema importância para se evitar diagnósticos errados de GPN.

Realizar o diagnóstico diferencial do glaucoma é fundamental, já que em algumas ocasiões outras patologias podem simular a doença. O exame oftalmológico cuidadoso é fundamental para evitar um erro diagnóstico que pode impactar negativamente na vida do paciente.

ABSTRACT

Introduction: Glaucoma is an optic neuropathy characterized by progressive loss of ganglion cells and alterations of the optic nerve and layers of retinal nerve fibers. However, some patients have IOP in the normal range (less than or equal to 21mmhg) and are thus called normal pressure glaucoma (GPN). Many neurological diseases may present anatomic and functional defects similar to those of GPN. **Materials and Method:** Case report and literature review. **Conclusion:** Recognizing neurological defects and that glaucoma is not the only condition that generates suspected optic disc excavation is of paramount importance to avoid misdiagnosis of GPN. Performing the differential diagnosis of glaucoma is fundamental, since in some occasions other pathologies can simulate the disease.

REFERÊNCIAS

1. Netto MP, Ferrari PV, Herrerias BT, Hirai FE, Gracitelli CPB. Internal carotid artery aneurysm mimicking normal-tension glaucoma. *Arq. Bras. Oftalmol.* vol.81 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2018
2. Igarashi N, Honjo M, Asano S, Takagi A, Aihara M. Optic disc cupping characteristics of normal pressure hydrocephalus patients with normal-tension glaucoma. *Sci Rep.* 2019; 9: 3108.
3. Esporcatte BLB, Tavares IM. Normal-tension glaucoma: an update. *Arq. Bras. Oftalmol.* vol.79 no.4 São Paulo July/Aug. 2016
4. Choudhari, N. S., Neog, A., Fudnawala, V., & George, R. (2011). Cupped disc with normal intraocular pressure: The long road to avoid misdiagnosis. *Indian journal of ophthalmology*,59(6), 491.
5. Nucci, Carlo, et al. "Ophthalmic segment of internal carotid artery aneurysm mimicking normal tension glaucoma." *International ophthalmology* 36.6 (2016): 907-914.
6. Greenfield, David S. "Glaucomatous versus nonglaucomatous optic disc cupping: clinical differentiation." *Seminars in ophthalmology*. Vol. 14. No. 2. Taylor & Francis, 1999.
7. Kulkarni AA, Beale DJ, Byrne JV. Glaucoma mimicked by carotid-ophthalmic artery aneurysm: a rare insidious cause of progressive visual loss. *Eye (Lond)*. 2000;14(Pt 3A):405-6.

REGENERAÇÃO ABERRANTE DO TERCEIRO NERVO: SUAS VARIÁVEIS, CONDUTAS CIRÚRGICAS E UM PACIENTE SEM PERDA FUNCIONAL

THIRD NERVE ABERRANT REGENERATION: ITS VARIABLES, SURGICAL PROCEDURES AND A PATIENT WITHOUT FUNCTIONAL LOSS

Luiza Abreu Minussi¹

Elvira Barbosa Abreu²

Instituto Penido Burnier, Campinas, São Paulo, Brasil

¹Médica Residente em Oftalmologia do Instituto Penido Burnier

²Médica Oftalmologista do Instituto Penido Burnier

Luiza Abreu Minussi

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

Recebido para publicação em: 10/04/2019

Aceito para publicação em: 09/05/2019

RESUMO

Introdução: O presente trabalho traz um relato de caso de um paciente que apresentou regeneração aberrante do terceiro nervo após traumatismo cranioencefálico devido a acidente automobilístico. A regeneração aberrante do III par ocorre após lesões compressivas no trajeto do nervo e que sua abordagem cirúrgica é extremamente dependente da queixa do paciente e do risco de iatrogenias ao se corrigir tais alterações, que só extremamente variadas. **Objetivo:** relatar um caso de regeneração aberrante do terceiro nervo, bem como suas apresentações clínicas e suas abordagens cirúrgicas. **Materiais e Método:** Relato de caso e revisão da literatura. **Conclusão:** A regeneração aberrante do terceiro par consiste em uma série de apresentações variadas e sem uma regra, o que torna complexa sua abordagem cirúrgica. Apesar do quadro clínico florido, nem todos tem indicação de correção cirúrgica, como o paciente relatado. Por isso é importante avaliação oftalmológica completa em tais pacientes.

Palavras-chave: Regeneração aberrante, terceiro par, estrabismo, trauma cranioencefálico.

INTRODUÇÃO

A regeneração aberrante do III nervo craniano é uma desordem rara onde há uma regeneração anômala do nervo após uma lesão nervosa compressiva. Dentre as causas descritas na literatura, temos: pós-trauma, aneurisma, cirurgia neurológica, tumores e até mesmo rinossinusites.

^{1,2,3,4} O presente relato de caso busca evidenciar uma regeneração aberrante do III nervo após traumatismo crânio encefálico grave em região frontotemporal esquerda há 15 anos, onde o paciente apresentou-se sem perdas funcionais oftalmológicas, apenas estéticas, demonstrando que as formas de apresentação desta desordem podem ser extremamente variadas, tais como suas abordagens cirúrgicas.^{2,4} Elas variam desde defeitos pupilares, diplopias de difícil correção, ptose palpebral ou até mesmo sem perda funcional como mostrado no caso a seguir.

RELATO DE CASO

Paciente de 35 anos, encaminhado ao setor de plástica da Fundação Dr. João Penido Burnier para avaliação de ptose palpebral em olho esquerdo há 15 anos após acidente automobilístico. Paciente referiu que o trauma acometeu a região frontotemporal esquerda e que, desde então passou a apresentar ptose palpebral ipsilateral e retração palpebral a infraversão do olho esquerdo. Negou qualquer queixa visual, inclusive diplopia. Na ocasião foi realizada cirurgia neurológica para correção de fratura em osso frontal (SIC). Ao exame oftalmológico, apresentava melhor acuidade visual sem correção igual a 20/20 em ambos olhos. Biomicroscopia, pressão intraocular e fundoscopia dentro da normalidade. Á ectoscopia, paciente apresentava uma ptose palpebral à esquerda, com função do músculo elevador sem alteração. Hirshberg apresentava-se com reflexo pupilar centrado, cover test e cover test alternado dentro da normalidade. Ao exame das versões, paciente apresentava retração da pálpebra superior à inferiorização do globo ocular no olho esquerdo e restrição da abdução do globo acompanhada de retração palpebral ipsilateral. (figura 1). De exames complementares, o paciente trazia um campo visual com uma hemianopsia homônima esquerda e uma tomografia de crânio evidenciando uma fratura de teto da órbita, no osso frontal, sem encarceramento de estruturas. Por ser um paciente assintomático, foi optada por uma conduta expectante.



Figura 1: Versões do paciente descrito; Observe a retração palpebral do olho esquerdo à infraversão ipsilateral e a retração palpebral também no olho esquerdo à levoversão.

DISCUSSÃO

Dentre os pares cranianos que são responsáveis pela inervação oftalmológica, pode-se dizer que o III par, oculomotor, é o que tem a maior participação de caráter quantitativo quando se trata de estruturas oculares. Ele é responsável pela inervação do músculo reto superior, reto inferior, reto lateral, oblíquo inferior, músculo elevador da pálpebra superior, músculo ciliar e músculo constritor da íris.¹ Considerando sua grande contribuição à inervação oftalmológica, é sabido que sua perda funcional pode acarretar em sintomas que variam desde diplopia binocular, até ptose palpebral severa. É importante por tanto que, quando um paciente admitido por queixa de diplopia e ou ptose palpebral tenha seu reflexo pupilar cuidadosamente avaliado, uma vez que acometimentos do terceiro par por desordens compressivas são a principal causa de acometimento pupilar. Raramente desordens vasculares causam alterações nos reflexos pupilares.^{1,2} No caso apresentado aqui, podemos dizer que não houve uma perda funcional desde nervo, mas sim uma alteração nas suas estruturas alvo após o trauma sofrido pelo paciente, o que a literatura chama de Regeneração Aberrante. Isso ocorre porque o processo de regeneração periférica dos axônios após sofrerem algum tipo de trauma ou compressão ocorre de forma errônea, alterando o caminho do estímulo nervoso e atingindo outras estruturas alvo. No caso do terceiro par, é comum que passe a existir um movimento sinérgico envolvendo pálpebras e

músculos extraoculares.^{1,3}

Uma série de sinais clínicos da regeneração aberrante do terceiro par devem ser buscados quando há suspeita da patologia. O primeiro de deles é um pseudo-Von Graef, onde há a retração da pálpebra superior à inferiorização do globo ocular. O sinal de Von Graef geralmente se dá em casos de exoftalmia, principalmente na Oftalmopatia de Graves e é bilateral, ao contrário do pseudo-Von Graef. O sinal de Duane inverso, onde há uma restrição da abdução do olho, acompanhada de uma retração palpebral, estreitamento da fenda palpebral e pseudoptose quando o paciente realiza este movimento.³ A pseudo-pupila de Argyll Robertson também pode estar presente e é caracterizada pela constrição pupilar quando o paciente realiza adução.⁴ No entanto, apesar de existirem sinais já caracterizados para tal patologia, os sinais clínicos da regeneração aberrante podem ser extremamente variados, pois até onde se sabe, não há uma regra de como ocorre a regeneração neuronal, podendo esta seguir inúmeros caminhos até suas estruturas alvo.

No caso relatado neste artigo, o paciente tem uma história de trauma crânio encefálico grave, inclusive com Campo visual de Goldman 24:2 evidenciando uma hemianopsia homônima direita que caracteriza lesão na região próxima ao quiasma óptico e, ao exame oftalmológico possui o pseudo-sinal de Von Graef e Sinal de Duane invertido. Mesmo tendo os reflexos pupilares presentes e simétricos, somente pela história e pelos dois sinais apresentados, o diagnóstico já pode ser fechado.

Com relação a abordagem cirúrgica, é importante que ela seja programada de forma a melhorar a qualidade de vida do paciente, principalmente quando há queixas de diplopia e baixa visual devido a ptose. Caso contrário, pacientes com queixas apenas estéticas, como do paciente relatado, devem passar por avaliação oftalmológica completa buscando-se evitar iatrogenias. O sinal mais importante a ser avaliado é o reflexo de Bell quando se programa uma cirurgia para correção da ptose, visto que estes pacientes normalmente apresentam fenômeno de Bell

fraco.^{3,5} Fenômeno de Bell fraco ou ausente são contraindicação de correção de ptose nestes pacientes. O paciente descrito acima tinha como sua principal queixa a ptose, sendo meramente estética. Seu reflexo de Bell era fraco, então foi optado pela não abordagem cirúrgica.

O caso, por tanto, nos mostra que mesmo com um exame clínico extremamente florido e o paciente tenha suas queixas estéticas, a não ser que exista perdas funcionais importantes ou que a abordagem estética não leve à iatrogenias, a abordagem cirúrgica pode ser realizada.

CONCLUSÃO

Talvez o maior desafio na hora de estabelecer uma conduta cirúrgica para o paciente seja este enorme leque de variantes que regeneração pode ter. Antes de qualquer planejamento, o paciente deve passar por uma avaliação neurológica minuciosa, buscando-se, principalmente, lesões de caráter compressivo no trajeto do III par, uma vez que estas são as principais culpadas pelas anomalias. E então, após tratada a causa base, as queixas e sinais clínicos do paciente devem ser avaliadas e partir daí a conduta cirúrgica deve ser traçada.

ABSTRACT

Introduction: The present work presents a case report of a patient who presented aberrant regeneration of the third nerve after traumatic brain injury due to car accident. Aberrant Regeneration of the third pair occurs after compressive lesions in the nerve tract, with a great number of variations. Its surgical approach is extremely dependent on the patient's complaint and the risk of iatrogenies. **Objective:** To report a case of aberrant regeneration of the third nerve, as well as its clinical presentations and its surgical approaches. **Materials and Methods:** Case report and literature review. **Conclusion:** The aberrant regeneration of the third pair consists of a series of varied presentations and without a rule, which makes its surgical approach complex. Despite the clinical picture, not everyone

has an indication of surgical correction, as the patient reported. Therefore complete ophthalmologic evaluation is important.

Keywords: Aberrant regeneration, third nerve, estrabism, brain injury.

REFERÊNCIAS

1. Nguyen, P. T. T., Tibrewal, S., & Ganesh, S. (2017). Contralateral eye surgery with adjustable suture for management of third nerve palsy with aberrant regeneration. *Indian journal of ophthalmology*, 65(10), 1058. Campo, R. V., & Aaberg, T. M. (1982). Ocular and systemic manifestations of the Bardet-Biedl syndrome. *American journal of ophthalmology*, 94(6), 750-756.
2. Malloy, K. A., Draper, E. M., & Maglione, A. K. (2019). Pupil-sparing third cranial nerve palsy with aberrant regeneration secondary to cavernous sinus arachnoid cyst. *eNeurologicalSci*, 14, 28-30.
3. Murthy, R. (2008). Inverse Duane's retraction syndrome following myocysticercosis. *Indian journal of ophthalmology*, 56(1), 89.
4. Silva, J. (1943). O reflexo foto-motor em patologia nervosa. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 1(3), 271-284.
5. Rao, A. C., Shah, S. A., Sim, B. W., Yun, S. T., Jain, N. S., Kalani, Y., & Francis, I. C. (2017). Neuroradiological Endovascular Intervention for Diplopia in a Case of Aneurysmal Aberrant Regeneration of the Third Nerve. *Cureus*, 9(6).

RECIDIVA DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DE CONJUNTIVA: COMO CONDUZIR?

SQUAMOUS CELL CARCINOMA RELAPSE: HOW TO MANAGE?

Pietro Dechichi¹

Millena Sousa Pacheco¹

Elvira Barbosa Abreu²

Márcio Augusto Nogueira Costa³

Instituto Penido Burnier – Campinas/SP.

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

²Médica Oftalmologista colaboradora da Fundação Dr. João Penido Burnier, subespecialista em Córnea, Doenças externas e Cirurgia Refrativa

³Chefe do setor de retina e vítreo e oncologia da Fundação Penido Burnier.

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

Recebido para publicação em: 10/04/2019

Aceito para publicação em: 09/05/2019

RESUMO

Introdução: O Carcinoma espinocelular (CEC) é o tipo de tumor conjuntival maligno mais comum em adultos e tem como um dos possíveis tratamentos a exérese cirúrgica. Neste caso vamos observar o tratamento e a recorrência do carcinoma de conjuntiva em uma paciente. **Objetivo:** Descrever um caso de CEC de conjuntiva com recidiva. **Materiais e Métodos:** Relato de Caso. **Conclusão:** Apesar dos avanços e dos relatos de boa resposta ao tratamento cirúrgico e clínico, o carcinoma espinocelular apresenta recidivas que devem ser diagnosticadas precocemente e tratadas. O seguimento clínico do paciente deve ser rigoroso a fim de reconhecer novas lesões e evitar a progressão da doença com complicações infiltrativas.

Palavras-chave: Neoplasia, Células escamosas; Neoplasias conjuntivais; Neoplasia recorrente.

INTRODUÇÃO

O Carcinoma Espinocelular (CEC) é o tipo de tumor conjuntival maligno mais comum do adulto.^{1,2} A exposição à agentes inflamatórios, imunossupressão e raios ultravioleta são reconhecidas como seus principais fatores de risco, o que justifica a alta prevalência nos EUA e também na realidade brasileira.^{3,4} O CEC, apesar de

ter um curso brando em relação as outras metástases, apresenta uma grande taxa de recidiva, apesar das diversas técnicas empregadas. O tratamento é baseado na exérese da lesão, com margem de segurança e crioterapia nas bordas. Dependendo do comprometimento das margens cirúrgicas vistas pelo anatomopatológico, pode-se associar quimioterapia adjuvante tópica como mitomicina (MMC), interferon ou fluoracil. Margens cirúrgicas comprometidas aumentam em 40% o risco de recidiva da lesão.

RELATO DE CASO

MR, sexo feminino, 66 anos, branca, previamente hígida, com história de CEC em olho direito há 3 anos, tratado com ressecção cirúrgica e quimioterapia tópica (2 ciclos de mitomicina 0,04%) em outro serviço. Admitida no IPB em 22/11/2018.

Ao exame foi evidenciada uma lesão sobrelevada em conjuntiva bulbar nasal do olho direito, suspeita de recidiva da lesão anterior. Foi realizada nova biópsia excisional com margem cirúrgica e crioterapia nas bordas da lesão. Laudo anatomopatológico (13/12/2018): neoplasia compatível com CEC de conjuntiva bem diferenciada e coincidente com uma das margens de extensão. Foi proposto interferon (uso contínuo) por 4 meses.

Em nova consulta de reavaliação, em 22/02/2019, foi evidenciado nova recidiva da lesão, perilimbar (foto 1). Realizada exérese de lesão em 07/03/2019 que, novamente após o resultado AP, foi classificada como CEC invasivo, com margens laterais comprometidas pela neoplasia. Paciente encontra-se em seguimento pós-operatório, fazendo uso do interferon tópico e sem sinais de recidiva após 60 dias. (foto 2).

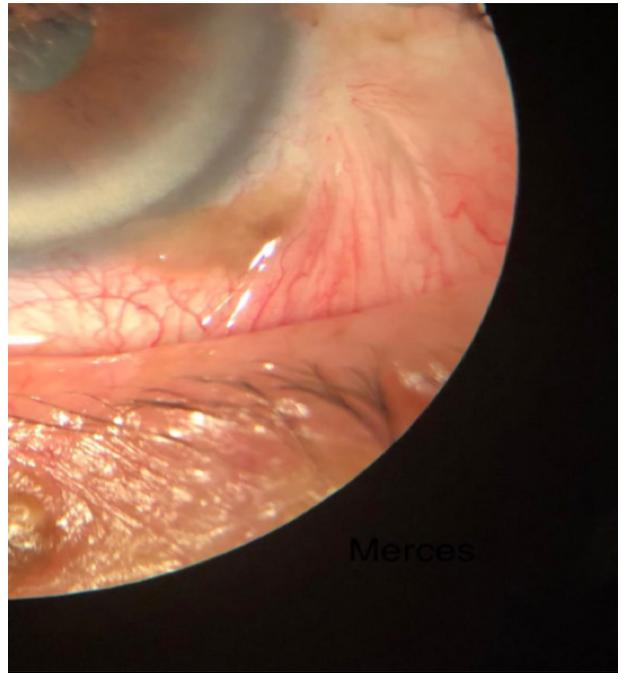


Foto 1 – Recidiva de lesão perilimbar

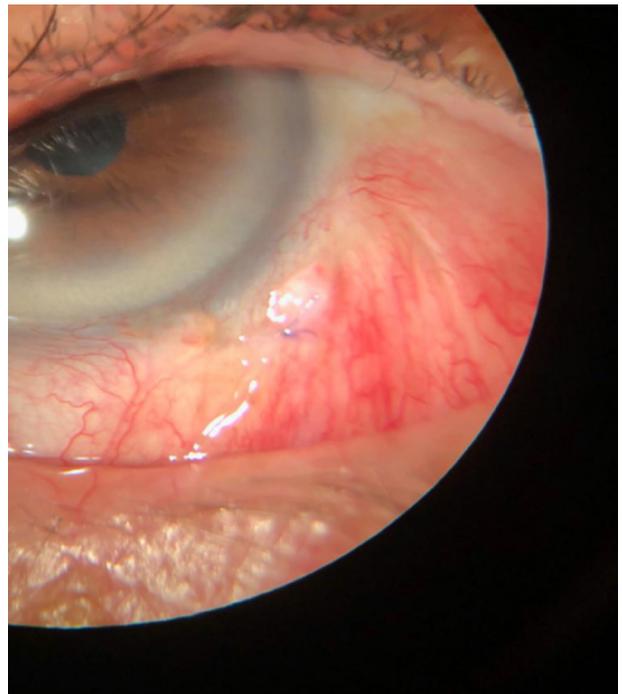


Foto 2 – Pós-operatório sem recidiva após 60 dias

DISCUSSÃO

O paciente em questão apresentava na primeira consulta, além do diagnóstico prévio de CEC, novas alterações conjuntivais sugestivas de recidiva da lesão.

Quase 40% dos casos de neoplasias com margens comprometidas terão recidivas. Já lesões com margens livres terão recidivas em aproximadamente 5% dos casos. Na maioria dos casos, as lesões recidivantes apresentam as mesmas características histológicas que a lesão primária.

As recidivas do CEC ocorrem geralmente entre 6 meses a 2 anos após o tratamento primário.

Carcinomas espinocelular de conjuntiva com margens superficiais e laterais comprometidas devem ser tratadas com quimioterapia tópica, como a mitomicina, interferon ou fluoracil. CEC com margens profundas comprometidas devem ser avaliadas com UBM e/ou TC de órbita para avaliar se há invasão escleral ou intraocular da lesão. Neste caso o tratamento consiste desde placa de braquiterapia, enucleação ou até mesmo exenteração, dependendo da extensão da lesão.

A MMC é um agente antitumoral que atua inibindo a síntese de DNA, apresentando bons resultados seja como quimioterapia adjuvante ou quimioterapia primária, neste caso em lesões menores. Apesar de diversos efeitos colaterais como ceratite e hiperemia ocular, a mitomicina é o quimioterápico mais usado atualmente. Geralmente usamos 2 ciclos de mitomicina 0,04%, com intervalo de 15 dias entre os ciclos. O ciclo mais usado, também conhecido como “7-7-7”, consiste no uso contínuo 1 gota 6/6h por 7 dias, “descansa 7 dias”, e retorna de 6/6h mais 7 dias (1 ciclo).

O Interferon alfa-2B, um agente imunomodulador com muitas aplicações atualmente sendo, no caso, utilizado como agente antiproliferativo. Seu uso, como quimioterápico adjuvante, é mais prolongado, podendo durar até 4 ou 6 meses. Seus efeitos colaterais são mais brandos comparados ao uso da mitomicina.

No nosso caso, os dois episódios de recidivas foram tratados com exérese da lesão, margens cirúrgicas, crioterapia nas bordas, associadas ao colírio de interferon, já que a paciente não tolerou mais o uso da mitomicina (hiperemia ocular intensa).

Paciente encontra-se em seguimento pós-ope-

ratório há 60 dias e até o momento não houve sinal de recidiva.

CONCLUSÃO

No caso pode-se identificar, assim como a maioria dos casos de recidiva deste tipo de lesão, a ressecção incompleta como o maior fator de risco para o insucesso terapêutico. Neste sentido, o seguimento clínico rigoroso, com biomicroscopia ocular seriada - a fim de identificar precocemente lesões suspeitas - mostra-se como parte fundamental da estratégia terapêutica destes pacientes para garantir melhores resultados e menos complicações relacionadas à doença local.

ABSTRACT

Introduction: The Squamous cell carcinoma is one of the most common malignancies in adults. The main treatment is surgical excision. In this case we observed treatment and relapse of a squamous cell carcinoma in a female patient. **Purpose:** To describe a Squamous Cell Carcinoma case with multiple relapses

Method: Case Report. **Conclusion:** Even using the most effective therapy, the Squamous Cell Carcinoma can present multiple relapses as observed in this case. Early diagnosis and reoperation must occur in order to decrease morbidities. Every patient must have strict clinical follow up to avoid further complications.

Keywords: Neoplasms, squamous cell; Conjunctival neoplasms; Neoplasm recurrence.

REFERÊNCIAS

1. Siedlecki AN, Tapp S, Tosteson ANA, et al. Surgical versus interferon alpha-2b treatment strategies for ocular surface squamous neoplasia: a literature-based decision analysis. *Cornea*. 2016;35:613-618
2. Grossniklaus HE, Green WR, Luckenbach M, Chan CC. Conjunctival lesions in adults. A clinical and histopathologic review. *Cor-*

nea. 1987;6(2):78-116.

3. Newton R, Ferlay J, Reeves G, Beral V, Parkin DM. Effect of ambient solar ultraviolet radiation on incidence of squamous-cell carcinoma of the eye. *Lancet*. 1996; 347(9013):1450-1.
4. Bessa HJF, Potting MHR, Bomfim MG. Neoplasias conjuntivais. *Rev Bras Oftalmol*. 1997; 56(10):765-7
5. Ballalai, PL et al. Uso de mitomicina C tópico no tratamento da neoplasia intra-epitelial córneo-conjuntival e carcinoma espinocelular conjuntival: resultados preliminares. *Arq. Bras. Oftalmol*. 2003, vol.66, n.5, pp.559-562.
6. Schellini SA, Matai O, Shiratori C, Marques ME, Junior BO, Padovani CR. Lesões epiteliais malignas da conjuntiva e recidiva tumoral - estudo retrospectivo. *Rev Bras Oftalmol*. 2005;64(2):71-6
7. de Moraes Matheus LG, Camargo RN, Moscovici BK, Tachibana U. Tumor de conjuntiva epitelial: uma revisão da literatura. *e-Oftalmo*. CBO: Revista Digital de Oftalmologia. 2017 Jun 20;3(2).
8. Satto, L. H., Marques, M. A., & Schellini, S. A. (2011). Carcinoma espinocelular de conjuntiva com evolução para exenteração. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 75(1).
9. Lee, Graham A., and Lawrence W. Hirst. "Ocular surface squamous neoplasia." *Survey of ophthalmology* 39.6 (1995): 429-450.
10. Basti S, Macsai MS. Ocular surface squamous neoplasia: a review. *Cornea*. 2003;22(7): 687-704.
11. Kanski JJ, Bowling B. *Clinical ophthalmology: a systematic approach*. 7th ed. Edinburgh: Elsevier Saunders; 2011.

MELANOMA DE CONJUNTIVA ASSOCIADO À HEMANGIOMA DE CONJUNTIVA: DOIS TUMORES EM UM MESMO OLHO

CONJUNCTIVAL MELANOMA ASSOCIATED WITH CONJUNCTIVAL HEMANGIOMA: TWO TUMORS IN THE SAME EYE

Thaisy Ventura Bastistel¹

Jéssica Souza²

Débora Muriel Muller¹

Marcio Augusto N. Costa³

Taise Tognon⁴

Trabalho realizado no Instituto Penido Burnier.

¹Médicas residentes do primeiro ano (R1) em oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier – Campinas/SP

²Médica residente do terceiro ano (R3) em oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier – Campinas/SP

³Médico oftalmologista colaborador da Fundação Dr. João Penido Burnier, subespecialista em Retina e Oncologia Ocular

⁴Médica oftalmologista colaboradora da Fundação Dr. João Penido Burnier, subespecialista em Córnea

Thaisy Ventura Bastistel

Av. Andrade Neves, 683,

Campinas/SP CEP 13013-161

Recebido para publicação em: 10/04/2019

Aceito para publicação em: 09/05/2019

RESUMO

Introdução: O melanoma de conjuntiva é um tumor maligno e raro, mais frequente na idade adulta e com altas taxas de recidiva e mortalidade. O hemangioma conjuntival é um tumor benigno mais frequente em crianças, raro em adultos, geralmente com rápido crescimento e involução espontânea. **Objetivo:** Descrição de um raro caso de melanoma conjuntival com recidiva, e hemangioma de conjuntiva em coexistência no mesmo olho em paciente adulto. **Materiais e Métodos:** Relato de caso e revisão bibliográfica. **Conclusão:** Toda lesão pigmentada em conjuntiva deve receber especial atenção para os diagnósticos diferenciais, afim de controlar a progressão e de instituir tratamento correto.

INTRODUÇÃO

O melanoma da conjuntiva é um tumor maligno raro e potencialmente fatal.¹ Compreende cerca de 2% de todos os tumores oculares, 5% dos melanomas na região ocular e 0,25% de todos os melanomas em geral.² Geralmente é unilateral e ocorre na idade adulta.¹ Com altas taxas de recidiva e mortalidade.¹ Apresenta-se com maior frequência na conjuntiva bulbar (60-92%), provavelmente porque essa área está diretamente exposta à luz solar, e limbo (48-61% dos casos).³ Apresenta associação bem documentada com outras duas condições, a melano-

se primária adquirida (PAM) e nevus.⁴

Tumores vasculares da conjuntiva são raros. O hemangioma conjuntival é frequentemente visto em lactentes e incomum em adultos. Pode ocorrer em qualquer parte da conjuntiva como uma massa vermelha distinta ou difusa, bem como uma lesão isolada ou em associação com hemangioma capilar ou orbital capilar.⁵ Semelhante ao hemangioma cutâneo, o de conjuntiva pode aumentar ao longo de vários meses e, em seguida, involuir espontaneamente.⁶ A conduta geralmente é a monitorização; e na presença de crescimento ou desconforto estético, um tratamento é proposto.⁷

O seguinte relato descreve a progressão de um raro caso, já relatado anteriormente na revista do Instituto Penido Burnier, sobre recidiva de um melanoma de conjuntiva e aparecimento concomitante de hemangioma conjuntival em um paciente adulto.

RELATO DE CASO

Paciente F.A., 58 anos de idade, masculino, chega ao serviço com queixa de lesão enegrecida em olho esquerdo de longa data, com piora nos últimos três anos. Referia um episódio de herpes zoster próximo à costela e à direita há 45 dias, e um histórico de trauma contuso do olho esquerdo há 1 mês. Antecedente pessoal: referia hipertensão arterial sistêmica em tratamento, e antecedente oftalmológico, uso de óculos para leitura. Os antecedentes familiares se restringiam à diabetes materna.

Ao exame oftalmológico: acuidade visual 20/20 em olho direito e 20/25 em olho esquerdo. Lesão tumoral hiperpigmentada e elevada, com área rósea, e telangiectasias na região perilimbar de olho esquerdo (figura 1). Fundoscopia sem alterações. Tonometria de aplanção: 12mmHg em olho direito e 13mmHg em olho esquerdo.

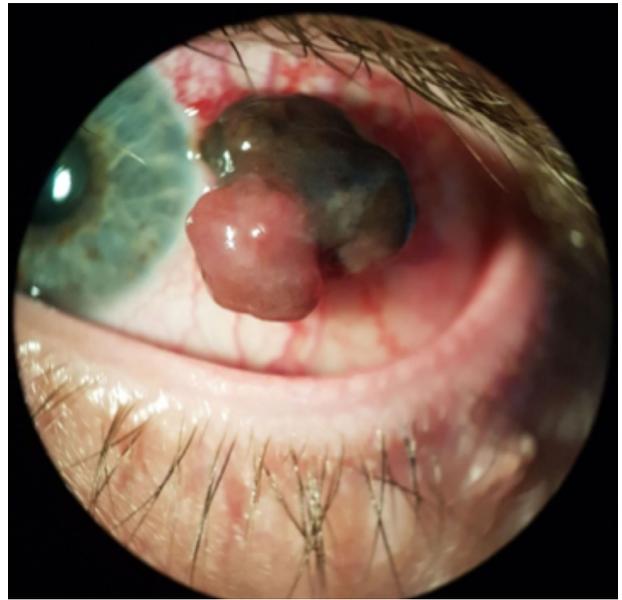


Figura 1- tumor perilimbar

O tratamento foi iniciado com valaciclovir 500mg 8/8h durante 10 dias e, em caráter de urgência, solicitada avaliação com equipe de tumores oculares. Após, foi proposta excisão cirúrgica com margens de 4mm e crioterapia das margens conjuntivais, bem como análise anatomopatológica da lesão, que evidenciou melanoma nodular de conjuntiva sem infiltração vascular ou linfocitária, com espessura de 2mm e margens cirúrgicas livres.

No pós-operatório de 7 dias não foram observadas alterações ou crescimento de nova lesão. Após 15 dias da cirurgia, o paciente apresentava em olho esquerdo lesão hiperpigmentada, acastanhada em região limbar nasal, mesmo local da lesão anterior, medindo aproximadamente 1x1mm. Foi decidido pelo acompanhamento com maior frequência da lesão e agendado retorno em uma semana. No retorno, paciente apresentava rápida progressão da lesão que nesse momento, media aproximadamente 2mmx2mm (figura 2). Foi então programada reintervenção cirúrgica para retirada do tumor. Já no centro cirúrgico, além da lesão para qual foi programada a exérese, observou-se uma nova lesão em conjuntiva bulbar temporal, sob a palpebral inferior, escurecida, elevada, com presença de aumento da vascularização ao seu redor (figura 3).

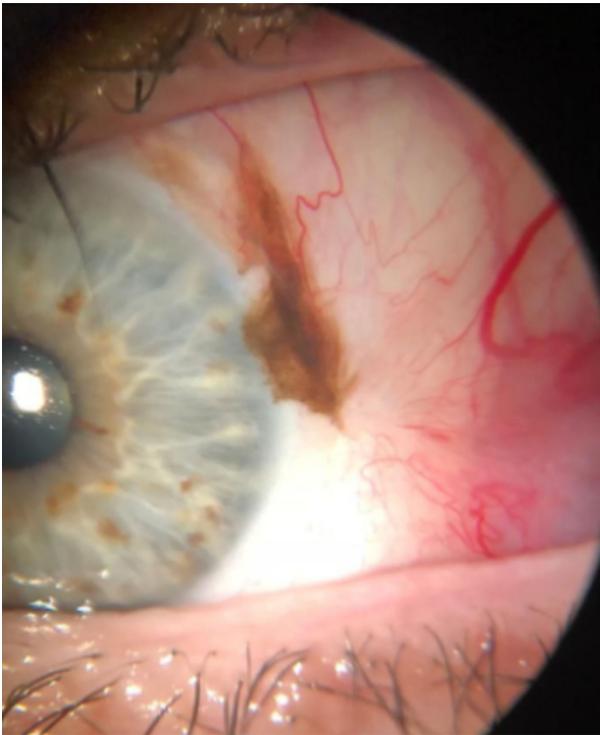


Figura 2 - Nova lesão perilimbar



Figura 3 - Lesão perilimbar e lesão em conjuntiva bulbar temporal

Optou-se por nova abordagem cirúrgica para exérese das lesões com margens de 4mm e crioterapia das margens conjuntivais, seguida análise anatomopatológica. O resultado demonstrou presença de um melanoma conjuntival em região limbar e um hemangioma conjuntival em região temporal inferior.

DISCUSSÃO

O melanoma maligno da conjuntiva (CMM) é um tumor maligno raro, mas potencialmente fatal.¹ Geralmente se apresenta como uma lesão conjuntival pigmentada ou bronzeada, elevada com vasos de alimentação frequentemente proeminentes, localizada na região limbar, bulbar, forniceal ou palpebral de conjuntiva.⁶

A melanose adquirida primária (PAM) é a lesão mais importante, potencialmente pré-maligna, com risco de progressão para o melanoma conjuntival. A presença histopatológica da atipia é crucial para o prognóstico da PAM. O diagnóstico de PAM sem atipia praticamente afasta risco de transformação maligna.⁴

O melanoma de conjuntiva pode mostrar recorrência do tumor local e metástase à distância, com taxa de metástase de 16% em cinco anos e 26% em dez anos de seguimento, com mortalidade de 12% a 20% em cinco anos e 30% em dez anos.⁸

O diagnóstico geralmente é feito através de exame clínico cuidadoso e biomicroscopia. A avaliação histopatológica é usada para confirmar o diagnóstico. Uma biópsia excisional é preferida em relação à preocupação com a sementeira de células tumorais, sendo que a biópsia incisional pode ser realizada no caso de lesões extensas.¹

O manejo do melanoma conjuntival varia com a extensão da lesão.⁶ A base do tratamento do melanoma conjuntival, na maioria dos centros, é a excisão local ampla e a biópsia com a técnica "no touch", com crioterapia nas margens conjuntivais.¹

O hemangioma capilar conjuntival é um tumor de rápido desenvolvimento, tendo sido raramente relatado em pacientes adultos. A maioria dos casos é congênito, assintomático e considerado involutivo por volta dos sete anos de idade.⁹

O manejo preferencial do hemangioma capilar de conjuntiva é a observação, com a suposição de resolução espontânea. Nos raros casos em que a lesão é maior e potencialmente amblio-

gênica, tratamento com corticosteroides orais ou intralesionais podem acelerar a resolução.⁵ Houve relatos de casos isolados evoluindo com o uso de colírio de timolol. No entanto, a maioria dos pacientes se beneficiam com a biópsia excisional (se necessário) e novos tratamentos não são necessários.⁹

CONCLUSÃO

Toda lesão pigmentada em conjuntiva deve receber especial atenção para correta investigação e diagnóstico precoce, com a finalidade de diminuir progressão e instituir o tratamento correto. No caso apresentado a primeira cirurgia de excisão do melanoma conjuntival apresentou margens livres e sem acometimento linfonodal. No entanto, em sequência, o paciente apresentou recidiva do mesmo tumor, no mesmo local e de crescimento relativamente rápido, confirmando as estáticas de frequentes recidivas desse tipo de tumor. O mesmo estava acompanhado de uma nova alteração temporal, no mesmo olho, também de rápida progressão, que após a biópsia, descobriu-se ser um hemangioma, lesão benigna e raramente descrita em adultos. Trata-se então de um caso de duas lesões raras e opostas, maligna e benigna, respectivamente, em coexistência.

ABSTRACT

Introduction: Conjunctival melanoma is a rare and malignant tumor, more frequent in adulthood and with high rates of relapse and mortality. Conjunctival hemangioma is a benign tumor more frequent in children, rare in adults, usually with rapid growth and spontaneous involution. **Objective:** Description of a rare case of conjunctival melanoma with recurrence and conjunctival hemangioma in coexistence in the same eye and in adult patient. **Materials and Methods:** Case report and bibliographic review. **Conclusion:** Any pigmented conjunctival lesion should receive special attention for differential diagnosis in order to reduce progression and institute correct treatment.

Keywords: Melanoma; Hemangioma; Conjunctival; Oncology

REFERÊNCIAS

1. Wong R. J., Nanji A. A., Galor A. & Karp L. C., Management of conjunctival malignant melanoma: a review and update Expert Rev. Ophthalmol. 9(3), 185–204 (2014)
2. Isager P, Engholm G, Overgaard J, et al. Uveal and conjunctival malignant melanoma in Denmark 1943–97: observed and relative survival of patients followed through 2002. Ophthalmic Epidemiol 2006;13(2):85-96
3. Shields CL, Markowitz JS, Belinsky I, et al. Conjunctival melanoma: outcomes based on tumor origin in 382 consecutive cases. Ophthalmology 2011;118(2):389-95.e2
4. Shields JA, Shields CL, Mashayekhi A, et al. Primary acquired melanosis of the conjunctiva: experience with 311 eyes. Trans Am Ophthalmol Soc 2007;105:61
5. Shields JA, Mashayekhi A, Kligman BE, Kunz WB, Criss J, Eagle Jr RC, et al. Vascular tumors of the conjunctiva in 140 cases. Ophthalmology 2011;118:1747—53.
6. Shields L. C., Shields A. J., Tumors of the Conjunctiva and Cornea. Survey of Ophthalmology Volume 49, number, January-February 2004
7. Spence-Shishido AA, Good WV, Baselga E, Frieden IJ. Hemangiomas and the eye. Clin Dermatol 2015;33:170—82.
8. Maleka A, Åström G, Byström P, Ullenhag GJ. A case report of a patient with metastatic ocular melanoma who experienced a response to treatment with the BRAF inhibitor vemurafenib. BMC Cancer. 2016;16:634
9. Nattis A., Perry D. H., Rosenberg D. E., Cocker R., Conjunctival Capillary Hemangioma. Cureus. 2017 Nov; 9(11): e1892.

CÁLCULO BIOMÉTRICO EM PACIENTE COM NANOFTALMO E CATARATA - RELATO DE CASO

CALCULATION OF INTRAOCULAR LENS POWER IN PACIENTE WITH NANOPHTALMOS ASND CATARACT -CASE REPORT

Débora Muriel Müller¹

Thaisy Ventura Batistel²

Daniella Thomaz³

Kleyton Barella⁴

Instituto Penido Burnier – Campinas- SP.

^{1,2}Médicas residentes de Oftalmologia do Instituto Penido Burnier

³Médica formada pela Universidade Regional de Blumenau

⁴Médico oftalmologista do Instituto Penido Burnier

Endereço para Correspondência: Av Andrade Neves, 683, Botafogo, Campinas, SP CEP: 13013-161

Nome do autor correspondente: Débora Muriel Müller

Av Andrade Neves, 683, Botafogo, Campinas, SP CEP: 13013-161

Recebido para publicação em: 10/04/2019

Aceito para publicação em: 09/05/2019

RESUMO

Introdução: Nanofthalmia é uma doença primária rara caracterizada pela diminuição do comprimento axial do olho, que pode ser uni ou bilateral. **Objetivo:** Relatar um caso de paciente com nanofthalmia submetida à facoemulsificação juntamente com implante de lentes intraoculares em piggyback bilateralmente, os cálculos biométricos pré-operatórios utilizados para correção da alta hipermetropia e refração final. **Materiais e Método:** Relato do caso clínico, exames complementares e revisão de literatura sobre o tema. **Conclusão:** Olhos com nanofthalmia devem ser acompanhados, devido às suas possíveis complicações, instaurando o tratamento adequado em tempo oportuno. Como consequência ao diâmetro reduzido, esses olhos se apresentam como um desafio aos cirurgiões, devido à dificuldade dos cálculos biométricos.

Palavras-chave: Microftalmia/diagnóstico; Olho/ultrassonografia; Glaucoma de ângulo fechado; drusa do disco óptico.

INTRODUÇÃO

Nanofthalmia é uma doença primária rara, de padrão hereditário autossômico recessivo,^{1,2} caracterizada pela diminuição do comprimento axial do olho, entre 14 a 20mm, que pode ser uni ou bilateral. Difere da forma mais comum

de microftalmia que é geralmente unilateral. A nanofthalmia acomete o olho como um todo (segmento posterior juntamente com o segmento anterior). Há microcórnea, mas o cristalino é de tamanho normal. Possuem alta hipermetropia (+10DE a +20DE). Tem predisposição ao glaucoma de ângulo fechado relacionado ao tamanho relativamente grande do cristalino. A fenda palpebral é estreita e a órbita pequena. A esclera é espessada, e tem predisposição a descolamento de esclera e coróide.

Apresentam cálculo biométrico difícil, devido ao diminuído comprimento axial do olho.

RELATO DE CASO

Z.S.F., sexo feminino, 66 anos, branca, do lar, atendida no Instituto Penido Burnier em Campinas-SP, relatava piora da acuidade visual progressiva em ambos olhos. Nega comorbidades prévias ou história oftalmológica pessoal. Relatou que a irmã tem diagnóstico de glaucoma.

Ao exame apresentava refração de Olho direito: +20,00 -1,00 x 70° com correção, acuidade visual 0,2; Olho esquerdo: +20,00 -1,00 x 80° com correção, acuidade visual 0,2.

À biomicroscopia de ambos os olhos (AO) apresentava catarata nuclear ++/4+, catarata cortical 1+/4+. A pressão intra-ocular bilateral era de 16 mmHg. Na gonioscopia havia suspeita de fechamento angular bilateralmente. A fundoscopia estava dentro dos limites da normalidade com escavação fisiológica em ambos olhos, sem lesões periféricas ou maculares.

Foram solicitados exames para investigação de glaucoma, cujos resultados foram normais (CV + Retinografia + paquimetria), microscopia especular, topografia e biometrias ópticas. Após, indicada facoemulsificação com implante primário de LIO piggyback primeiro em OE (uma LIO no bag e outra no sulco ciliar).

A biomicroscopia óptica pré-operatória descreve diâmetro axial do OD de 14.44 mm e OE de 14.31mm. Paciente foi submetida à facoemulsificação AO com implante de LIO em piggyback, sendo uma “Acrisof” +40.0 dioptrias em

saco capsular e “AR40” +14.00 em OE no sulco ciliar. Após um mês de pós-operatório refração residual era de +5,00 -0,75 x 70° com visão de 0,3 (sem lesões maculares na biomicroscopia de fundo – OCT não captou devido ao olho curto).

Após, foi indicado o mesmo procedimento para o olho direito, mas com uma LIO “Acrisof” +40.0 dioptrias em saco capsular uma LIO “AR40” +17.50 no sulco ciliar. Após 2 meses de cirurgia do olho direito a paciente estava com uma refração de +0,50 -0,75 x 80° V=0,4, muito satisfeita com o resultado final.

DISCUSSÃO

A paciente de 66 anos, com história de alta hipermetropia desde a infância, com diâmetro axial do olho diminuído, câmara rasa, ângulo estreito e catarata foi avaliada e submetida ao exame de biometria e cálculo de LIO com as fórmulas: Haigis, HOFFER-Q, SRKT e Holladay (Tabela 1), onde foram encontradas grandes diferenças confirmando assim a dificuldade em escolher a lente intraocular em altos hipermetropes. Foi submetida a facoemulsificação com técnica de piggyback e colocação de duas LIOs uma no saco capsular e a outra no sulco ciliar escolhidas pela fórmula Suit Haigis.

Tabela 1. Cálculos das LIOs para emetropia de ambos os olhos com as diferentes fórmulas p LIO AR40.

| Olho direito | Olho esquerdo |
|--------------------|--------------------|
| AL 14.52 mm | AL 14.37mm |
| K1 51.06 x 76° | K1 50.98 x 85° |
| K2 52.16 x 166° | K2 52.98 x 175° |
| ACD 2.43mm | ACD 2.46mm |
| LIO para emetropia | LIO para emetropia |
| Suit Haigis +58 | Suit Haigis +54 |
| HOFFER-Q +75.5 | HOFFER-Q +68 |
| SRKT +58.5 | SRKT +59.5 |
| Holladay +59 | Holladay +60 |

CONCLUSÃO

Os olhos com nanofthalmia devem ser acompanhados adequadamente devido as suas possíveis complicações, instaurando o tratamento adequado em tempo oportuno, principalmente pelo risco de glaucoma de ângulo fechado relacionado ao tamanho relativamente grande do cristalino. Devido ao diâmetro reduzido, esses olhos apresentam um desafio aos cirurgiões de catarata devido à dificuldade dos cálculos biométricos e no desenvolvimento de técnica cirúrgica. Apesar de ter resultados positivos com a implantação de duas LIOS, os cálculos biométricos utilizados ainda subestimam o valor dióptrico, o que pode resultar em erro refrativo após a cirurgia.

ABSTRACT

Introduction: Nanophthalmus is a rare primary disease characterized by decreased axial length of the eye, which can be uni or bilateral.

Purpose: To report a case of a patient with nanophthalmus submitted to phacoemulsification along with implantation of intraocular lenses in piggyback bilaterally, the preoperative biometric calculations used for correction of high hypermetropia and final refraction. **Method:** Clinical case report, complementary exams and literature review on the topic. **Conclusion:** Eyes with nanophthalmus should be monitored due to their possible complications by instituting appropriate treatment in a timely manner. As a consequence of reduced diameter, these eyes present a challenge to surgeons due to the difficulty of biometric calculations.

Keywords: Microphthalmos/diagnosis; Eye/ultrasonography; Glaucoma, angle-closure; Optic disc drusen;

REFERÊNCIAS

1. Faucher A, Hasanee K, Rootman DS. Phacoemulsification and intraocular lens implantation in nanophthalmic eyes: report of a medium-size series. *J Cataract Refract Surg.* 2002;28(5):837-42.
2. Mandal AK. Cataract surgery with primary posterior chamber intraocular lens implantation in nanophthalmos. *Ophthalmic Surg Lasers.* 2001;32(4):333-5.
3. Moreno GL, et al. Nanofthalmos- Relato de Caso. *Arq Bras Oftalmol.* 2004;67(5):815-8.
4. Albert DM, Jakobiec FA. *Principles and Practice of Ophthalmology.* 2008; vol 3, Saunders(1528-55).
5. Oshika T, Imamura A, Amano S, Eguchi S, Nakayama M, Emi K. Piggyback foldable intraocular lens implantation in patients with microphthalmos. *J Cataract Refract Surg.* 2001;27(6):841-4.
1. Faucher A, Hasanee K, Rootman DS. Phacoemulsification and intraocular lens implantation in nanophthalmic eyes: report of a medium-size series. *J Cataract Refract*

ANEL CORNEANO INTRAESTROMAL DE ARCO LONGO: “QUANDO NEM TUDO SÃO FLORES”

LONG-ARC INTRASTROMAL CORNEAL RING SEGMENT: “WHEN IT’S NOT A BED OF ROSES”

Paulo Eduardo Baldini Lucena¹

Luis Felipe Canova Ogliari¹

Valdez Melo dos Anjos Filho²

Táise Tognon³

Trabalho realizado no Instituto Penido Burnier.

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

²Médico residente do segundo ano (R2) em oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier

³Médica oftalmologista colaboradora da Fundação Dr. João Penido Burnier, subespecialista em Córnea, Doenças Externas e Cirurgia Refrativa

Paulo Eduardo Baldini Lucena

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

Recebido para publicação em: 10/04/2019

Aceito para publicação em: 09/05/2019

RESUMO

Introdução: O anel corneano intraestromal de arco longo tem sido recentemente usado no manejo do ceratocone, visando benefícios ao paciente e prevenção do transplante de córnea. **Objetivo:** Relatar caso de paciente com ceratocone avançado submetido a implante de anel corneano intraestromal de arco longo, manifestando insatisfação e consequente necessidade de explante. **Materiais e Método:** Relato de caso. **Conclusão:** Embora o segmento tenha demonstrado êxito em boa parte dos casos indicados é importante valorizar as particularidades de quando há o insucesso, como no presente caso. Novos estudos são necessários para melhor avaliar a segurança e eficácia desse dispositivo.

Palavras-chave: Córnea, Ceratocone, Cirurgia.

INTRODUÇÃO

O ceratocone é uma doença não-inflamatória, bilateral e progressiva da córnea que frequentemente leva à deterioração da visão.¹⁻⁵ Sua incidência na população geral é de aproximadamente 50 a 230 a cada 100.000 pessoas.^{1,2}

Diversas alternativas de manejo do ceratocone têm sido descritas na literatura, como lente de contato escleral gás permeável, ceratoplastia, transplante e o recente dispositivo terapêutico:

anel corneano intraestromal de arco longo, que já consta com diferentes marcas no mercado.¹

RELATO DE CASO

Paciente D.T.T, sexo masculino, 32 anos, veio encaminhado para acompanhamento de ceratocone avançado. Antecedentes oftalmológicos de miopia, astigmatismo e alergia ocular crônica. Nega antecedentes pessoais e familiares.

Acuidade visual com correção (óculos):

Olho Direito (OD): 20/40

Olho Esquerdo (OE): 20/70

Ao exame oftalmológico:

Ectoscopia sem alterações;

Biomicroscopia de ambos os olhos (AO): pálpebras sem alterações, córnea clara e ectásica, conjuntiva clara, íris trófica, pupila fotorreagente, fácico, presença de reação papilar 1+/4+, ausência de secreção.

Topografia, paquimetria e pentacam evidenciando ceratocone avançado AO.

Diante do quadro clínico apresentado foi iniciado o tratamento de alergia ocular, com uso tópico de hialuronato de sódio, cetotifeno e tacrolimus; havendo melhora de sintomatologia e estabilização.

Proposto o uso de lentes de contato esclerais, as quais o paciente apresentou boa adaptação pelo período de 9 meses, mas sem satisfação completa (queixava-se de baixa visão ao retirar as lentes).

Foi então optado por implante de anel corneano intraestromal de arco longo no OE, utilizando femtosegundo. Paciente foi encaminhado para outro serviço para realização do procedimento cirúrgico e retornou para acompanhamento clínico.

No pós-operatório o paciente evoluiu com dor ocular constante e piora de AV no OE, mesmo tendo associado readaptação de nova lente escleral, manifestando por fim o desejo de explanar o anel.

Para o procedimento de explante foram confeccionadas 2 incisões paralelas à incisão principal (formato de “L”, Imagem 1), houve re-tunelização manual abaixo do plano do anel e ambas as extremidades do dispositivo tiveram que ser acessadas com movimentos rotacionais intermitentes durante longo período para desprendimento do mesmo - que se mostrava bastante firme e pouco móvel.

Após o explante do anel corneano, o paciente nega algias e segue em acompanhamento usando lente escleral, com a mesma AV pré-cirúrgica. Topografia OE quinze dias após o explante evidenciou ceratocone avançado, apecto de “bow-tie” assimétrico, com área mais abaulada inferior (Imagem 2).

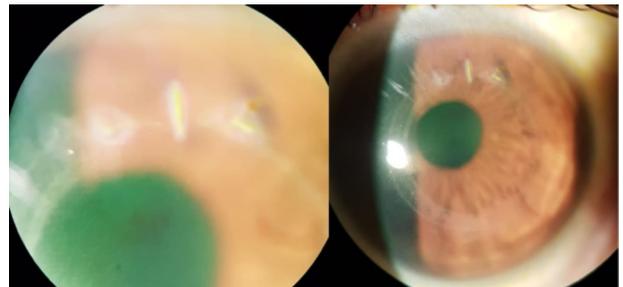


Imagem 1: Biomicroscopia de OE evidenciando as incisões realizadas para a cirurgia de explante de anel corneano intraestromal de arco longo.

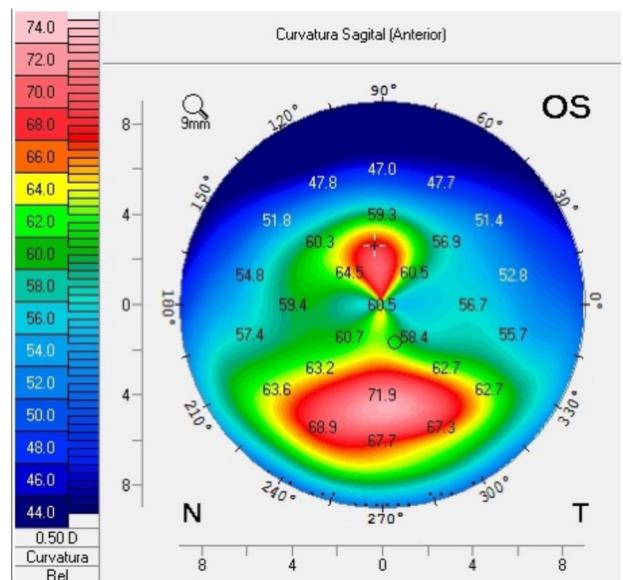


Imagem 2: Topografia de OE quinze dias após o

explante evidenciou ceratocone avançado, aspecto de bow-tie assimétrico, com área mais abaulada inferior.

DISCUSSÃO

O anel corneano intraestromal de arco longo tem como propósito remodelar e aplanar a curvatura da córnea, aprimorando a simetria de seus contornos ópticos a fim de aumentar a tolerância ao uso de lentes de contato, melhorar a acuidade visual e evitar a progressão da doença para necessidade de transplante.¹⁻⁶

Diversos estudos têm demonstrado a eficácia desse anel para o tratamento de diferentes alterações corneanas; tais como ectasia pós LASIK, ectasia pós ceratotomia radial, astigmatismo, miopia e o ceratocone.^{3,4} No entanto, não há até o momento um consenso de critério para seu implante em pacientes com ceratocone e o benefício em casos avançados da doença é controverso.⁵

Os parâmetros avaliados têm sido de modo geral, acuidade visual sem correção, acuidade visual com a melhor correção, refração, topografia, segurança e eficácia – observando o papel e comportamento de diferentes comprimentos e espessuras de arcos.^{1,2,6}

Apesar da maioria dos pacientes demonstrar melhora da AV com correção e melhora da AV sem correção após o implante; vários denotam piora da AV, fotofobia e visão de halos.⁴ Migração do anel, extrusão do canal, falha refrativa, ceratite, derretimento de córnea e perfuração são descritos dentre as possíveis complicações pós-operatórias.^{4,6}

Embora o anel corneano intraestromal de arco longo seja designado para ser permanente, ele pode ser explantado quando necessário, já que o segmento é posicionado fora do eixo de visão e o procedimento não requer remoção irreversível de tecido.^{2,4} A exemplo de opções pós explante há a reimplantação de anel corneano, ceratometria fotorrefrativa e transplante de córnea.⁴ Poucas técnicas de explante são descritas na literatura até o momento.⁴

CONCLUSÃO

O anel corneano de arco longo surgiu como uma estratégia recente de manejo do ceratocone. Embora ele tenha demonstrado êxito em boa parte dos casos indicados é importante valorizar as particularidades de quando há o insucesso, conforme o caso relatado. Novos estudos com amplo número de pacientes e acompanhamentos são necessários para melhor avaliar a segurança e eficácia desse dispositivo.

ABSTRACT

Introduction: Intraestromal corneal ring segment has been recently used to keratoconus management, aiming at patient's benefits and prevention of corneal grafts. **Purpose:** To report a case of a patient with keratoconus underwent intraestromal corneal ring segment implantation, responding with dissatisfaction and followed by extraction of the ring. **Method:** Case report. **Conclusion:** Although the success of the ring segment in large part of the patients, it's important to consider the particularities when the method go wrong, like this case report. Further studies are needed to confirm the efficacy and safety of this segment.

Keywords: Keratoconus, Cornea, Surgery.

REFERÊNCIAS

1. Jadidi K, Mosavi S, Nejat F, et al. Intraestromal corneal ring segment implantation (keraring 355°) in patients with central keratoconus: 6-month follow-up. *J Ophthalmol.* 2015; 916385.
2. Torquetti L, Cunha P, Luz A, Kwitko S, Carrión M, Rocha G, et al. Clinical Outcomes After Implantation of 320°-Arc Length Intraestromal Corneal Ring Segments in Keratoconus. *Cornea*, vol. 37, no. 10, 1299–1305, 2018.
3. Rocha G, Ferrara P, Torquetti L et al. Outcomes of a 320-degree intraestromal corneal ring segment implantation for keratoconus:

Results of a 6-month follow-up. *European Journal of Ophthalmology*, 2018

4. Chhadva P, Yesilirmak N, Cabot F, Yoo S. Intrastromal Corneal Ring Segment Explantation in Patients With Keratoconus: Causes, Technique, and Outcomes. *Journal of Refractive Surgery*. 2015;31(6):392-397
5. Sadoughi M, Einollahi B, Veisi A, et al. Femtosecond laser implantation of a 340-degree intrastromal corneal ring segment in keratoconus: short-term outcomes. *J Cataract Refract Surg* 2017; 43(10): 1251–1256.
6. Nguyen N, Gelles J, Greenstein S, Hersh P. Incidence and associations of intracorneal ring segment explantation. *J Cataract Refract Surg*. 2018; 30856-30863.

AMAUROSE UNILATERAL APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OTORRINOLARINGOLÓGICO

UNILATERAL AMAUROSIS AFTER OTORHINOLARYNGOLOGICAL SURGICAL PROCEDURE

Isabela Corrêa Casadio¹

Lucas Quagliatto²

Gustavo M. G. Paula¹

RESUMO

Introdução: A oclusão de artéria central da retina (OACR) é caracterizada por perda visual profunda súbita e indolor. **Objetivo:** Mostrar os fatores de risco da OACR, sua associação com eventos cirúrgicos e sua importância no prognóstico visual. **Materiais e Método:** Relato de caso de paciente com OACR após procedimento otorrinolaringológico. **Conclusão:** A OACR é um evento raro quando associado com procedimentos cirúrgicos e sua rápida identificação está relacionada com a melhora da AV.

Palavras-chave: Artéria Retiniana; Anestesia Geral; Retina; Acuidade Visual.

Instituto Penido Burnier – Campinas, SP.

¹Residente de Oftalmologia da Fundação Dr. João Penido Burnier

²Chefe do setor de Retina e Vítreo da Fundação Dr. João Penido Burnier

Endereço para Correspondência:

Isabela Corrêa Casadio

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

Recebido para publicação em: 10/04/2019

Aceito para publicação em: 09/05/2019

INTRODUÇÃO

A nutrição das camadas externas da retina é feita pelas artérias ciliares via coriocapilares, enquanto que os ramos da artéria central da retina (ACR) são os responsáveis pela nutrição das camadas internas.¹ Portanto, sua oclusão determina a isquemia destas camadas e sua severidade se relaciona ao grau, a duração e a localização do fenômeno oclusivo, podendo acometer tronco ou seus ramos.²

A incidência de oclusão da artéria central da retina (OACR) é de cerca de 1 caso em 10.000, mais frequente em homens e bilateral em apenas

2% dos casos. Tem como suas principais etiologias a embolia e a trombose, na maioria das vezes se apresenta como um êmbolo localizado nas bifurcações dos ramos arteriais. Dentre as doenças sistêmicas associadas à essa condição, temos principalmente a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes.³

A OACR é caracterizada por perda visual profunda, súbita e indolor, podendo ser precedida por episódios de amaurose fugaz em 25% dos casos. Além de DPAR profundo e, por vezes, total. A baixa acuidade visual (BAV) está intimamente relacionada com a presença da artéria ciliarretiniana, que está presente em 15 a 30% dos indivíduos.^{1,2} Esta artéria irriga a mácula, preservando-a quando presente. Portanto, pacientes que não possuem artéria ciliarretiniana apresentarão, na maioria das vezes, acuidade visual (AV) corrigida de movimento de mãos, enquanto que aqueles que a possuem, a AV poderá chegar de 20/20 a 20/50.³

Ao exame de fundoscopia, veremos uma retina pálida e opaca, devido ao edema difuso, acometendo todos seus quadrantes. A fóvea assume cor vermelha, devido ao reflexo laranja da coróide intacta, ficando mais aparente nessa região onde a retina é mais fina, adquirindo uma aparência em ponto vermelho-cereja (fotos).

RELATO DE CASO

Paciente C.C., masculino, 43 anos, pós-operatório imediato de septoplastia e turbinectomia à esquerda, vem para interconsulta com a equipe de oftalmologia do serviço para avaliação de BAV súbita em olho esquerdo (OE), há 4 horas, logo após retomar consciência pós anestesia geral. Tabagista 20 anos/maço, nega comorbidades e uso de medicações contínuas. De antecedente familiar, irmão com episódio de infarto agudo do miocárdio (IAM) aos 47 anos.

Ao exame oftalmológico, AV sem correção de olho direito (OD) 20/20 e OE movimento de mãos. Pressão intraocular (PIO) de 17 mmHg em OE e biomicroscopia sem alterações evidentes. À fundoscopia indireta deste olho, disco

óptico de dimensões normais, pálido, afinamento importante e difuso dos vasos, retina e área macular pálidas. Ausência do reflexo fotomotor direto em OE.

Foi realizada paracentese em OE, com PIO de 2mmHg, e prescrito 500mg de acetazolamida a cada 6 horas, além de colírio hipotensor brimonidina a cada 12.

Retorna no dia seguinte, relatando melhora da AV, porém mantendo os mesmos achados no exame. PIO de OE de 10 mmHg. Optou-se por nova paracentese, com PIO de 2 mmHg após procedimento, e manutenção das medicações por mais um dia, sem melhora do quadro. Foi solicitada OCT de papila (Figura 1) e mácula (Figura 2) e retinografia (Figuras 3 e 4).

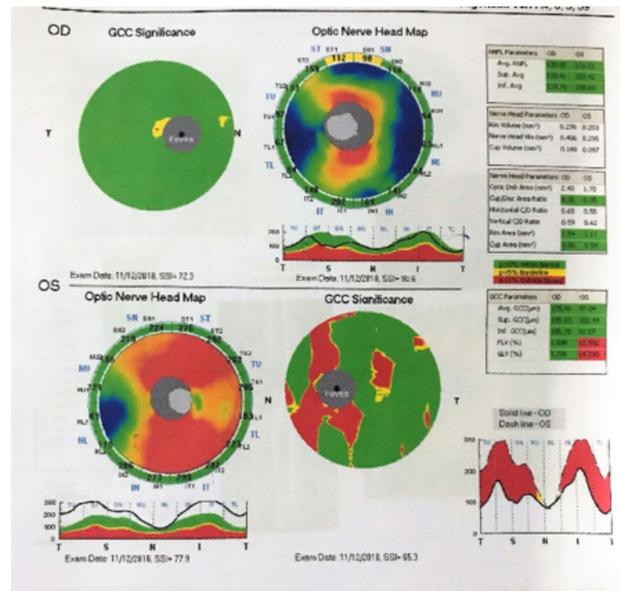


Figura 1 – OCT de papila de ambos olhos

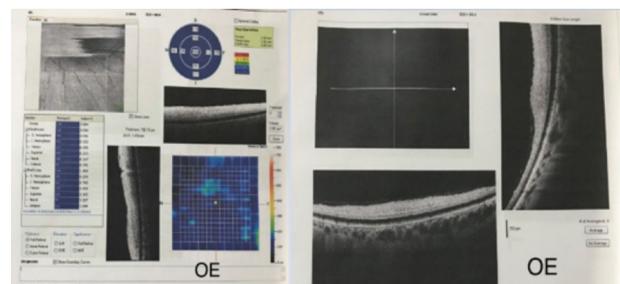


Figura 2 – OCT de macula de olho esquerdo



Figura 3 – Retinografia de OD



Figura 4 – Retinografia de OE

DISCUSSÃO

A oclusão da artéria central da retina manifesta-se com perda súbita e indolor da visão, como podemos observar acima. O diagnóstico é basicamente clínico, evidenciando-se edema pálido da retina e uma coloração típica de mácula em cereja, aspecto esse não visualizado em nosso paciente. A angiografia fluoresceínica confirma a suspeita clínica junto com a retinografia, evidenciando retardo da circulação arterial retiniana e palidez desta estrutura.⁴

Apesar de ser um tema pesquisado há cerca de 150 anos, ainda não temos um consenso para tratamento desses pacientes e restauração

da acuidade visual. Existem numerosos tratamentos empíricos para esta condição, tais como fibrinólise intravenosa, Nd:YAG trombectomia assistida por laser, paracentese de câmara anterior, massagem ocular e medicamentos para redução da pressão intraocular, câmara hiperbárica, entre outros.⁵

Geralmente, OACR leva a uma profunda perda de acuidade e de campo visual, quando a artéria ciliarretiniana está ausente, resultando em deficiência funcional.⁶ Entretanto, a extensão da perda visual, junto com o grau de recuperação após uma oclusão, é variável e se correlaciona com a duração da isquemia retiniana.⁷

Estudos feitos em animais não mostraram danos significativos por 97 minutos após a indução da OACR. No entanto, após esse período, o grau de dano retiniano, principalmente nas células ganglionares e na camada nuclear interna, ocorreu de maneira significativa, associada a duração da OACR. Cerca de 240 minutos de início do quadro, a extensão da isquemia foi massiva e irreversível.⁸

Em suma, o prognóstico visual é mais favorável naqueles que possuem a artéria ciliarretiniana, suprimindo a região da fóvea, devido a sua circulação independente dos vasos da retina, poupando a irrigação e propiciando adequada nutrição macular, apesar da OACR.

Pacientes com esta condição necessitam de seguimento ambulatorial para rastreamento de possíveis sequelas oculares, as quais podem ser resultado da isquemia retiniana. Essas complicações geralmente ocorrem devido à neovascularização induzida pela isquemia, e podem levar a piora da acuidade visual. Dentre elas, podemos citar o descolamento de retina tracional (DRT), glaucoma neovascular (GNV) ou hemorragia intraocular.⁹

A prevalência e etiologia do GNV em decorrência da OACR é uma questão frequentemente debatida. Segundo alguns autores, esta condição tem a síndrome isquêmica ocular crônica (SOI) como condição *sine qua non* para seu desenvolvimento. No entanto, segundo Degoumois, A. et al. foram descritos 5 casos de pacientes que evo-

luíram para GNV após quadro de OACR, não associada a SOI, confirmado por estudos com Doppler carotídeo e ultrassonografia com doppler colorido da artéria oftálmica.¹⁰

Perdas visuais totais ou parciais após intervenções intranasais são raras, e na maioria das vezes o paciente se sente vítima de mal practice.^{11,12} Apesar de raras, desde o século passado se acumulam na literatura diversos casos semelhantes, após injeções de diversas substâncias (anestésicos locais, corticoides, colágeno, gordura, contrastes angiográficos, etc.) e procedimentos cirúrgicos em diversos tecidos vizinhos à órbita.¹²⁻¹⁴

A lesão pode ser causada por êmbolos nos vasos do nervo óptico, por vasoespasmos ou por defeitos neurotóxicos diretos.¹² Êmbolos subclínicos provavelmente são mais comuns do que aqueles que são reconhecidos, pois para o seu diagnóstico é necessário que ocorram alterações funcionais de estruturas vitais, como SNC e retina.

Manobras terapêuticas nasais, como a cirurgia etmoidal ou mesmo trauma podem também levar a cegueira, devido à hemorragia retrobulbar. A presença de dor ocular, proptose, quemose ou oftalmoplegia após são sinais característicos.

No presente caso, concluímos que a amaurose súbita unilateral deve ter sido provocada por um êmbolo descolado durante o trauma cirúrgico. Isso levou a espasmo e isquemia do sistema vascular intrarretiniano, que não regrediu totalmente, mesmo após as medidas tomadas no consultório, sendo elas: a paracentese de câmara anterior após 6 horas do início dos sintomas, e as medicações hipotensoras intraoculares. O paciente continua em seguimento ambulatorial semestral, mantendo mesma AV de OE.

CONCLUSÃO

A OACR associada a procedimentos cirúrgicos e injeções em regiões vizinhas à órbita é uma entidade rara e seu prognóstico é diretamente proporcional à presença da artéria ciliarretiniana e ao tempo de oclusão e isquemia.

É necessário rápido e preciso diagnóstico, com exame físico e complementares, para evitar

assim a deficiência funcional permanente. Após o evento, mesmo se o paciente mantiver AV estável é importante o seguimento e acompanhamento do mesmo para diagnóstico precoce de suas possíveis complicações, como GNV, DRT e hemorragias.

ABSTRACT

Introduction: The central retinal artery occlusion (CRAO) is characterized by sudden, painless and profound visual loss. **Purpose:** To show the risk factors of CRAO, its association with surgical events and its importance in the visual prognosis. **Method:** Case Report of a patient with CRAO after otorhinolaryngological procedure. **Conclusion:** The CRAO is a rare event when associated with surgical procedures and its rapid identification is related to the improvement of the AV.

Keywords: Retinal Artery; General Anesthesia; Retina; Visual Acuity.

REFERÊNCIAS

1. BOWLING, Brad. Kanski Oftalmologia Clínica. 8. ed. atual. Rio de Janeiro - RJ: Elsevier Editora Ltda, 2016. 918 p.
2. SBRISSA, Renato Acosta. Atlas do Fundo de Olho. 2. ed. atual. Rio de Janeiro - RJ: Thiem Revinter Publicações, 2019. 268 p.
3. ÁVILA, Marcos; LAVINSKY, Jacó; JÚNIOR, Carlos Augusto Moreira. Série Oftalmologia Brasileira: Retina e Vítreo. 4. ed. atual. Rio de Janeiro - RJ: Cultura Médica, 2016. 452 p.
4. Abreu LB De. Oclusão da artéria central da retina em paciente com poliangéite microscópica. 2015;74(6):2013-6
5. Kirshner H, Greer DM, Lavin P, Schindler J, Schrag M, Youn TS, et al. Current treatment of central retinal artery occlusion: a national survey. J Neurol [Internet]. 2017;265(2):330-5.
6. Zimmerman MB. Central Retinal Artery

- Occlusion: Visual Outcome. 2005;
7. Service R, Hospital WE, Medical J. Visual prognosis following. 1980;913-7;
 8. Rudkin A, Lee A, Chen C. Ocular neovascularization following central retinal artery occlusion: prevalence and timing of onset. *Eur J Ophthalmol*. 2010;20:1042–1046
 9. Sharma RA, Dattilo M, Biousse V. Treatment of Nonarteritic Acute Central Retinal Artery Occlusion. 2018;7(4):235-41
 10. Degoumois A, Miocque S, Denion E. Central retinal artery occlusion without underlying chronic ocular ischemic syndrome may lead to neovascular glaucoma. *J Fr Ophtalmol [Internet]*. 2017;40(9):758-62.
 11. Cheney, M.L. – Blindness as a Complication of Rhinoplasty. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1987; 113:768-769.
 12. Evans, D.E.; Zahorchak, J.A.; Kennerdell, J.L. – Visual loss as a result of primary optic nerve neuropathy after intranasal corticosteroid injection. *Am J. Oftal*. 1980;90:641-644.
 13. Retinger, G.; Christ, P. – Visual loss following intranasal injection. *Rhinology, Suppl*. 1989;9:66-72.
 14. Orozco, L.P.; Murriss, J.A. et al. – Oclusão da artéria central da retina secundária a um bloqueio anestésico loco-regional para rino-plastia. *Rev. Bras. Oftalmol*. 1990;49(5):33-37.

IMPORTÂNCIA DO ESTUDO IMUNOHISTOQUÍMICO EM CASOS DE HIPERPLASIA LINFOIDE DE CONJUNTIVA

THE IMPORTANCE OF THE IMMUNOHISTOCHEMISTRY STUDY IN CASES OF CONJUNCTIVAL LYMPHOID HYPERPLASIA

Millena Pacheco¹

Pietro Dechichi²

Marcio Costa³

RESUMO

Introdução: A hiperplasia linfoide pertence ao grupo de doenças linfoproliferativas da conjuntiva. Devido a similaridade clínica com tumores linfoides, uma investigação completa e cautelosa deve ser realizada. O diagnóstico definitivo é, geralmente, estabelecido por meio de exame histopatológico e imunohistoquímico, sendo característico de hiperplasia linfoide a ausência de população celular B monoclonal no estudo imunohistoquímico. **Objetivo:** Discutir a importância da imunohistoquímica no acompanhamento de casos de hiperplasia linfoide. **Método:** Relato de caso e revisão de literatura. **Conclusão:** O estudo imunohistoquímico é imprescindível para o diagnóstico de doenças linfoproliferativas da conjuntiva.

Instituto Penido Burnier

¹Médica Especializanda em Oftalmologia no Instituto Penido Burnier

²Médico Especializando em Oftalmologia no Instituto Penido Burnier

³Médico Oftalmologista subespecialista em Retina, Ultrassonografia Ocular e Oncologia Ocular

Endereço para Correspondência: Rua Maria Monteiro 1277, apto 97, Bairro Cambuí, Campinas- SP, CEP 13025-152

Millena Pacheco

Palavras-chave: Hiperplasia, linfoma, conjuntiva.

INTRODUÇÃO

A hiperplasia linfoide pertence ao grupo de doenças linfoproliferativas da conjuntiva. Devido à similaridade clínica e possibilidade de evolução para linfoma, o diagnóstico de hiperplasia linfoide exige uma investigação completa com o objetivo de diferenciar essas condições.

Uma avaliação clínica cautelosa, associada a histopatologia e imunohistoquímica permite um diagnóstico correto, levando a um melhor

prognóstico dessas lesões.

A hiperplasia linfoide pode ocorrer em todas as idades, principalmente entre a 5ª e a 7ª décadas de vida. Costuma acometer mais mulheres que homens (mulheres: homens = 1,5-2: 1).

A principal manifestação clínica ocular é a hiperemia conjuntival associada a uma lesão de coloração salmão, conhecida como “salmon patch”.

O diagnóstico definitivo é, geralmente, estabelecido por meio de exame histopatológico e imunohistoquímico.

O objetivo desse estudo é discutir a importância da investigação histológica e imunohistoquímica nos casos de hiperplasia linfoide.

RELATO DE CASO

Paciente V.T.V, sexo feminino, 65 anos, procurou o Instituto Penido Burnier com história de tumoração em conjuntiva bulbar e tarsal de olho esquerdo com um ano de evolução. Refere ter realizado biópsia incisional em outro serviço que evidenciou Hiperplasia Linfoide Reacional.

Estava em uso de lubrificantes e referiu crescimento da lesão.

Ao exame oftalmológico apresentou:

- Acuidade visual: 20/20 em ambos os olhos, com correção
- Lê J1 em ambos os olhos para perto com adição de +2,5D
- Biomicroscopia:
 - Olho direito: sem particularidades
 - Olho esquerdo: lesão em "salmon patch" em conjuntiva tarsal inferior e conjuntiva bulbar inferior (foto 1)
- Fundoscopia: sem particularidades em ambos os olhos
- Tonometria de aplanção: 14mmHg em ambos os olhos

Ao considerar a idade da paciente, o aspecto clínico da lesão e a biópsia prévia, os diagnósticos diferenciais de hiperplasia linfoide reacional

e linfoma foram aventados.

Foram solicitadas Ressonância Nuclear Magnética de crânio e orbitas e uma nova biópsia incisional.

A Ressonância Nuclear Magnética não evidenciou focos orbitários ou encefálicos de linfoma.

A biópsia incisional realizada no Instituto Penido Burnier (foto 2), revelou características histológicas compatíveis com o diagnóstico de hiperplasia linfoide reacional e recomendou a realização do estudo imunohistoquímico complementar (foto 3).

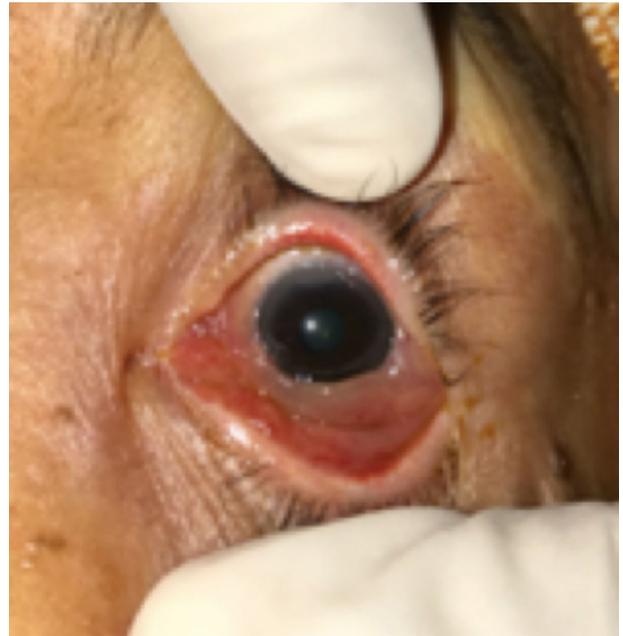


Foto 1 – Lesão “salmon patch”

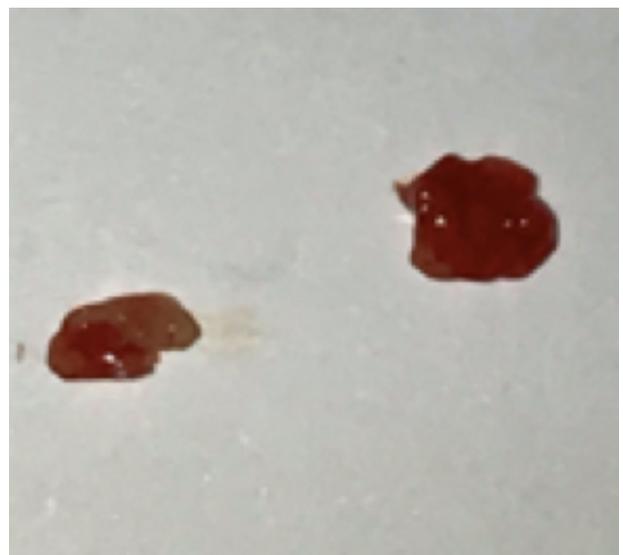


Foto 2 – Fragmentos da biópsia incisional

DIAGNÓSTICO

Mucosa conjuntival com epitélio parcialmente proliferado, papilífero, sugerindo quadro de etiologia alérgica. Denso infiltrado linfoide no corion, compatível com hiperplasia linfoide reacional nesta amostra.

NOTA: Ressalta-se a presença de foco com proliferação linfoide sem evidência de folículos ou atípias nesta amostra. A critério clínico, recomenda-se estudo imunohistoquímico complementar visando excluir a possibilidade de tratar-se de linfoma do tipo MALT.

Foto 3 – Resultado do exame histológico.

DISCUSSÃO

Acredita-se que a hiperplasia linfoide é decorrente da resposta imune local a fenômenos agressores inflamatórios, tornando o tecido propício para eventos oncogênicos, alterações cromossômicas e desenvolvimento de linfoma. O diagnóstico definitivo deve ser estabelecido por meio de exame histopatológico e imunohistoquímico.

O estudo imunohistoquímico detecta imunoglobulinas na superfície dos linfócitos e conclui se a população celular é policlonal ou monoclonal.

O diagnóstico de hiperplasia linfoide é baseado nas características histológicas e na ausência de população celular B monoclonal na imunohistoquímica.

É importante ressaltar que alguns casos de hiperplasia linfoide reacional podem se transformar em linfoma conjuntival. Confirmando a necessidade do seguimento ambulatorial destes pacientes.

CONCLUSÃO

O acompanhamento dos casos de hiperplasia linfoide da conjuntiva é necessário devido a possibilidade de evolução para linfoma. Além do acompanhamento clínico e da avaliação histopatológica, o estudo imunohisto-

químico é imprescindível para o diagnóstico conclusivo.

ABSTRACT

Introduction: Lymphoid hyperplasia belongs to the group of conjunctival lymphoproliferative diseases. Due to the clinical similarity with lymphoid tumors, complete and careful investigation should be performed. Definitive diagnosis is generally established by an histopathological and immunohistochemical evaluation, and the absence of a monoclonal B cell population in the immunohistochemical study is characteristic of lymphoid hyperplasia.

Objective: To discuss the importance of immunohistochemistry in the follow-up of cases of lymphoid hyperplasia

Method: Case report and literature review

Conclusion: The immunohistochemical study is essential for the diagnosis of conjunctival lymphoproliferative diseases.

Keywords: hyperplasia, lymphoma, conjunctiva.

REFERÊNCIAS

1. Robert M. Verdijk. Lymphoproliferative Tumors of the Ocular Adnexa. In: Asia-Pacific Journal of Ophthalmology, volume 6, number 2, March/April 2017
2. Junichi Fukuhara. Conjunctival lymphoma arising from reactive lymphoid hyperplasia. In: World Journal of Surgical Oncology 2012.
3. L. Pelegrin, F. Tressera, O. Gris. Hiperplasia linfoide benigna conjuntiva. In: Annals d'Oftalmologia 2006, 14(3), 169-171.
4. R. Mateus, B. Camisa, Linfoma ocular de células B da zona marginal: relato de caso e revisão da literatura. In: Sociedade Brasileira de Oftalmologia, Revista vol.75 - nr.4 - Jul/Ago - 2016
5. LOPES, Carolina Marques; YAMASHITA Thamy, ARAUJO Priscila Silva. Linfoma

MALT de conjuntiva: o diagnóstico ao alcance do primeiro olhar. In: Rev. Ciênc. Med., Campinas 15(6):553-558, nov/dez, 2006

6. Nadja Knop, Erich Knop. Conjunctiva - Associated Lymphoid tissue in the Human Eye. In: Investigative Ophthalmology & Visual Science May 2000, Vol.41, 1270-1279
- Artigos de Periódicos: Paixão FM, Abreu M. Distrofia de cones. Arq Inst Penido Burnier. 1998; 40(2): 21-9.

Noticiário

Curso de Lentes de Contato

No dia 16/03 ocorreu mais um curso de lentes de contato. Drs. Izabela e Rodrigo Godinho, filhos do Dr. Cleber Godinho, vieram de Belo Horizonte para um dia de muita discussão e aprendizado. Oftalmologistas e residentes da instituição aproveitaram para aprender mais sobre as lentes, com adaptação em quatro pacientes ao final do curso.



Doutorado do ex-residente Dr. Thiago Gomes Filgueiras

No dia 25 de março, Dr. Thiago Gomes Filgueiras defendeu a sua tese de doutorado “Avaliação morfológica e funcional da retina de pacientes com esclerose múltipla e espectro de neuromielite óptica usando os eletrorretinogramas de campo total e multifocal e a tomografia de coerência óptica” na faculdade de medicina da USP. Thiago é neuro-oftalmologista, e agora possui o título de Doutor em ciências no programa de Oftalmologia.

Parabéns Thiago!



Pré-congresso Caipira 2019 em Campinas

Reuniram-se em 30 de Março de 2019 no auditório do Instituto Penido Burnier, oftalmologistas e residentes de todo interior do estado para o pré-congresso caipira, em antecipação ao XIX Congresso da Sociedade Caipira de Oftalmologia, que acontecerá nos dias 13, 14 e 15 de junho em Bauru-SP. O evento teve como organizadores o Dr. Thiago Mortari (atual vice-presidente da Sociedade Caipira de Oftalmologia) e o Dr. Kleyton Barella.

Durante a manhã, tivemos excelentes palestras, com os Drs. Kleyton Barella, Taíse Tognon, Mônica Alves, Marcelo Sobrinho, Henrique Balarin, Fábio Nero, André Monsanto e Ademar Carneiro, que abordaram temas como cirurgia de catarata, cirurgia de glaucoma, cirurgia refrativa, cirurgia de pterígio, crosslinking e cálculo de lentes intra-oculares.



Aula Prof. Wallace Chamon

No dia 02/04, reuniram-se no auditório do Instituto Penido Burnier, oftalmologistas e residentes para a palestra do Dr. Wallace Chamon sobre “Controle da Miopia”.



Prof. Wallace, professor adjunto da Escola Paulista de Medicina, discutiu sobre novas vertentes sobre as causas da miopia em crianças, assim com sua prevenção.

Prova de título do CBO:

Aproveitamos para parabenizar nossos residentes, Drs. Mariana Botelho, Rafael Nojiri, Thiago Delfraro e Thiago Figueiredo pela aprovação na prova de título de especialista em Oftalmologia do Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

Parabéns aos novos colegas!

Admissão dos novos residentes:

No dia 02 de janeiro de 2019, foram recebidos nessa casa os residentes da turma 2019-2021. Desejamos boas-vindas aos Drs. Débora, Luis Felipe, Millena, Paulo Pietro e Thaisy.

IPB e McGill University no Congresso Internacional ARVO

Nossos residentes e recém-formados oftalmologistas, através do convênio que a Fundação Dr. João Penido Burnier iniciou no último ano com a McGill University e Ocular Pathology and Translational Research Laboratory estão participando do Congresso Internacional da ARVO (Association for Research in Vision and Ophthalmology). É um grande orgulho para o IPB que todos os participantes tenham sido selecionados para apresentarem os trabalhos que desenvolveram no Canadá durante o congresso.

Os residentes estão tendo a oportunidade de aprendizado e inserção em pesquisa no mais renomado laboratório de patologia ocular do mundo, sob a coordenação do Prof. Dr. Miguel Burnier Jr., além de estarem integrados com as equipes de pesquisa atuantes na McGill.



RESUMO DAS ATAS DA AMIPB 1º SEMESTRE DE 2018

1.850ª Sessão Ordinária

(08 de Março de 2018)

1ª Ordem do Dia: “Anatomia da Retina e Coróide” – Dra. Renata Nakamura falou sobre as camadas da retina e coróide, descreveu as características funções, vascularização e drenagem da retina, detalhando a região macular. Em seguida, descreveu a anatomia e vascularização da coróide.

2ª Ordem do Dia: “Questões da prova do CBO” – Dra. Andreise Martins. Foram apresentadas e discutidas as questões.

3ª Ordem do Dia: “Apresentação de Caso” – Dr. Vinícius Falcão. Foi apresentado um caso clínico de um paciente que chegou no Pronto Socorro do IPB com quadro de uveíte (panuveíte) e descolamento seroso da retina em paciente portador de Lupus eritematoso sistêmico e em hemodiálise, que evoluiu para evisceração. O caso não teve diagnóstico de certeza fechado, porém a hipótese mais plausível foi a de endoftalmite endógena.

1.851ª Sessão Ordinária

(22 de Março de 2018)

1ª Ordem do Dia: “USG – técnicos e posições do exame” – Dr. Márcio Costa. Falou sobre as características do USG ocular, Modo A e B, a frequência de ondas utilizadas, características de reflectividade, interações do meio e acústica. Após foram descritas as posições mais comumente utilizadas no modo axial e longitudinal e as técnicas do exame, dando exemplo e descrevendo várias alterações.

1.852ª Sessão Ordinária

(05 de Abril de 2018)

1ª Ordem do Dia: “USG da Retina e Coróide” – Dr. Márcio Costa. Foi falado sobre os tipos de descolamento de retina, retinosquise, hialite asteróide e descolamento de coróide.

1.853ª Sessão Ordinária

(19 de Abril de 2018)

1ª Ordem do Dia: “Síndrome Ocular Isquêmica e Retinopatia Hipertensiva” – Dra. Bruna Marzatto. A autora discorreu sobre a fisiopatologia, prognóstico e tratamento, enfatizando que o principal tratamento é o controle da doença sistêmica, sendo a aterosclerose a principal causa da síndrome ocular isquêmica ou hipertensão arterial.

2ª Ordem do Dia: “Apresentação de Caso” – Dr. Diogo. Foi apresentado um caso clínico de maculopatia por cloroquina para ser discutido, principalmente, sobre os diagnósticos diferenciais como Doença de Stargardt, Distrofia de Cones e DMRI.

1.854ª Sessão Ordinária

(03 de Maio de 2018)

1ª Ordem do Dia: “Oclusões arteriais e venosas da retina” – Dra. Mariana Botelho. A autora discorreu sobre a fisiopatologia, sinais e sintomas e opções terapêuticas na oclusão venosa central da retina, oclusão de ramo venoso da retina, oclusão arterial da retina.

2ª Ordem do Dia: “Hemangioma de coróide” – Dr. Tiago Carvalho. Apresentou um caso de um paciente que chegou com baixa acuidade visual unilateral e foi submetido à terapia fotodinâmica com recuperação total da acuidade visual.

1.855ª Sessão Ordinária

(17 de Maio de 2018)

1ª Ordem do Dia: “Eleição da Nova Diretoria da AMIPB, para o período de 31 de Maio de 2018 a 01 de Junho de 2019”. De acordo com os estatutos foi eleita por unanimidade a seguinte diretoria: Presidente: Dr. Lucas B. Quagliato; 1ª Secretária: Dra. Natália Belo Rodrigues; 2ª Secretária: Dra. Luiza Minussi Abreu; 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.

1.856ª Sessão Ordinária

(14 de Junho de 2018)

1ª Ordem do Dia: “Degenerações periféricas” – Dr. Felipe Bugalho. Apresentou as lesões predisponentes ao descolamento e as técnicas para tratamento;

1.857ª Sessão Ordinária

(21 de Junho de 2018)

1ª Ordem do Dia: “Anti-VEGF” – Dr. Guilherme Dias. Abordou a fisiopatologia do crescimento vascular anômalo e fisiológico, até os usos atuais das medicações. Comentários Drs. Felipe Bugalho e Márcio Costa.

ARQUIVOS DO INSTITUTO PENIDO BURNIER

VOLUME 61 (1) MARÇO 2019

Summary

13 PRIMARY ACQUIRED MELANOMA SIMULATING REFRACTORY EPISCLERITIS: CASE REPORT

João Vítor Fernandes Félix, Valdez Melo dos Anjos Filho, Taise Tognon

17 NON-ARTERITIC ANTERIOR ISCHEMIC OPTIC NEUROPATHY AFTER CARDIAC CATHETERIZATION

Luis Felipe Canova Ogliari, Paulo Eduardo Baldini Lucena, Márcio Augusto Nogueira Costa

21 NEUROFIBROMATOSIS TYPE-1 IN INFANT: AN ATYPICAL CASE REPORT

Valdez Melo dos Anjos Filho, João Vítor Fernandes Félix, Gustavo Mortari G. Paula, Elvira Barbosa Abreu

25 NORMAL PRESSURE GLAUCOMA: THE IMPORTANCE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Rafael Nassralla Morandi, Rafael Nojiri Moreira, Milena Almeida, Felipe Petermann C. Bugalho

31 THIRD NERVE ABERRANT REGENERATION: ITS VARIABLES, SURGICAL PROCEDURES AND A PATIENT WITHOUT FUNCTIONAL LOSS

Luiza Abreu Minussi, Elvira Barbosa Abreu

35 SQUAMOUS CELL CARCINOMA RELAPSE: HOW TO MANAGE?

Pietro Dechichi, Millena Sousa Pacheco, Elvira Barbosa Abreu, Márcio Augusto Nogueira Costa

39 CONJUNCTIVAL MELANOMA ASSOCIATED WITH CONJUNCTIVAL HEMANGIOMA: TWO TUMORS IN THE SAME EYE

Thaisy Ventura Bastistel, Jéssica Souza, Débora Muriel Muller, Marcio Augusto N. Costa, Taise Tognon

43 CALCULATION OF INTRAOCULAR LENS POWER IN PACIENTE WITH NANOPHTALMOS AND CATARACT - CASE REPORT

Débora Muriel Müller, Thaisy Ventura Batistel, Daniella Thomaz, Kleyton Barella

47 LONG-ARC INTRASTROMAL CORNEAL RING SEGMENT: "WHEN IT'S NOT A BED OF ROSES"

Paulo Eduardo Baldini Lucena, Luis Felipe Canova Ogliari, Valdez Melo dos Anjos Filho, Taise Tognon

51 UNILATERAL AMAUROSIS AFTER OTORHINOLARYNGOLOGICAL SURGICAL PROCEDURE

Isabela Corrêa Casadio, Lucas Quagliatto, Gustavo M. G. Paula

57 THE IMPORTANCE OF THE IMMUNOHISTOCHEMISTRY STUDY IN CASES OF CONJUNCTIVAL LYMPHOID HYPERPLASIA

Millena Pacheco, Pietro Dechichi, Marcio Costa