

## **DESCOMPENSAÇÃO CORNEANA POR TOQUE ENTRE ALÇA DE LENTE INTRA-OCULAR E ENDOTÉLIO: RELATO DE UM CASO.**

*CORNEAL DECOMPENSATION BY TOUCH BETWEEN INTRAOCULAR LENS HAPTIC AND ENDOTHELIUM: CASE REPORT.*

**Enyr Saran ARCIERI\***

**Edahir GONÇALVES \*\***

**Magno Antônio FERREIRA \*\*\***

**Flávio Jaime ROCHA\*\*\*\***

**RESUMO:** Os autores descrevem o caso de uma paciente submetida a extração extracapsular da catarata com implante de lente intra-ocular (LIO) no sulco ciliar e que apresentou descompensação corneana pelo toque da alça da LIO no endotélio quatro anos após cirurgia.

**UNITERMOS:** Catarata, Lente intra-ocular, Descompensação corneana.

### **INTRODUÇÃO**

Apesar do advento da facoemulsificação na cirurgia de catarata, muitos oftalmologistas permanecem realizando a técnica de extração extracapsular (EECC).

Segundo KANSKI (1994), a técnica de

extração extracapsular pode apresentar uma série de complicações, sendo que estas podem ocorrer tanto no per operatório como no pós operatório - imediato ou tardio.

Relatamos o caso de uma paciente submetida a cirurgia extracapsular que apresentou uma complicação tardia, 4 anos após a cirurgia.

---

\* Médico Residente do Serviço de Oftalmologia da UFU.

\*\* Professor Titular, Chefe do Setor de Catarata, Serviço de Oftalmologia, UFU.

\*\*\* Professor Assistente, Chefe do Setor de Retina e Vítreo, Serviço de Oftalmologia, UFU.

\*\*\*\* Professor Adjunto, Chefe do Setor de Córnea e Doenças Externas, Serviço de Oftalmologia, UFU.

## RELATO DO CASO

HMPA, feminino, 49 anos, feminino, leucoderma, profissão do lar, natural e procedente de Uberlândia.

Paciente submetida a EECC em olho direito (OD) há 4 anos sem intercorrências, com implante de lente intra-ocular (LIO) modelo SK-72 (Medphacos - BR), de polimetilmetacrilato (PMMA), com alça de polipropileno, no sulco ciliar. Evoluiu sem intercorrências no pós operatório, apresentando acuidade visual (AV) de 20/40 com correção 3 meses após cirurgia. Quatro anos após a cirurgia iniciou com queixa de fotofobia e baixa de acuidade visual neste olho.

Como antecedentes pessoais apresentava catarata congênita em OD e capsulotomia posterior em OD com Yag Laser há 2 anos. Os antecedentes familiares foram irrelevantes.

Ao exame oftalmológico, a paciente apresentou AV corrigida de cd (conta dedos) a 1,5 m em OD e 20/20 no OE (olho esquerdo). À biomicroscopia, o OD apresentou pseudofacia com LIO tópica e centrada, capsulotomia posterior ampla na região central, córnea com edema estromal difuso ++ a +++/++++, mais acentuado e com bolhas epiteliais às 6 h, extremidade distal da alça inferior da LIO transfixando a íris e tocando o endotélio às 6 h (figura 1), câmara anterior (CA) preservada e sem

reação inflamatória; o OE não apresentou alterações.

A tonometria de aplanção apresentou PIO (pressão intra-ocular) de 16 mmHg em OD e 14 mmHg em OE. Na oftalmoscopia binocular indireta não observou-se alterações em ambos os olhos.

Foi diagnosticado descompensação corneana por toque da alça da LIO em OD e indicado explante da LIO.

Nove dias após o diagnóstico a paciente foi submetida a explante da LIO em OD sem intercorrências, recebendo alta em uso de fluo-vaso<sup>Ò</sup> (fluocinolona + neomicina + ZnSO<sub>4</sub>) 4x/d (30 dias, com regressão semanal de 1 gota/semana).

No 1<sup>o</sup> mês após cirurgia apresentava AV de cd 1m em OD e córnea com edema estromal +/++++.

Com 3 meses de cirurgia estava com AV corrigida de 20/60 em OD. À biomicroscopia, o OD apresentava córnea transparente, sem edema, afacia, pequeno botão vítreo em CA, pupila pouco irregular com pequena área de atrofia às 6 h, CA sem reação inflamatória. A PIO era 14 mmHg e não apresentava alterações à oftalmoscopia binocular indireta.

Atualmente, apresenta AV de 20/60 em OD e 20/20 em OE, com resolução total do edema corneano em seu olho direito, com pequeno leucoma na área onde havia o toque entre a alça da LIO e a córnea (figura 2).

## DISCUSSÃO

Existem várias complicações observadas no pós-operatório de cirurgia extracapsular com implante de LIO. “Algumas se relacionam ao posicionamento da LIO e complicações corneanas”. (RAPOSO FILHO *et al.*, 1987).

A quebra de barreira hemato-aquosa devido a traumas mecânicos dos tecidos intra-oculares por defeitos das lentes podem liberar mediadores inflamatórios como prostaglandinas, bradicininas e leucotrienos resultando em intercorrências pós-operatórias indesejáveis.

APPLE & JOHNSON (1984), advertem que as lentes com defeitos de fabricação em suas hastes podem apresentar um atrito contínuo na face posterior da íris causando hifemas devido à ruptura de vasos e irites persistentes.

MELLO & PETRILLI (1988), relatam que a LIO pode sofrer dano de modo inadvertido tanto por manobras de implante como por uso de instrumental inadequado.

Em um estudo a longo prazo, AMINO & YAMAKAWA (2000) observaram que existe uma maior reação inflamatória nos olhos onde a LIO é implantada no sulco quando comparado aos casos onde o implante é feito no saco capsular ( $p < 0,05$ ), devido a um maior atrito entre os componentes da

LIO e a íris, embora não tenham encontrado nenhum caso semelhante ao nosso. Esse maior atrito poderia justificar o fato da alça da LIO ter transfixado a íris, chegando a tocar no endotélio corneano, iniciando um quadro de descompensação da córnea.

Por todos esses motivos, as LIOs sofrem dia a dia uma transformação em seus desenhos e processos de acabamento visando um resultado operatório mais satisfatório. Atualmente, também existe no mercado lentes de acrílico, silicone e hidrogel, porém elas são utilizadas quase exclusivamente na cirurgia de catarata realizada com a técnica de facoemulsificação, pois são lentes de menor diâmetro, quase sempre dobráveis, e são mais caras. Essas lentes são implantadas no saco capsular e, por esse motivo, estão relacionadas a um menor número de complicações no pós-operatório.

Em um seguimento de 2 anos, HOLLICK *et al.* (2000) observaram que as lentes de hidrogel estavam associadas com um grau significativamente maior de opacificação da cápsula posterior e conseqüente maior necessidade de capsulotomia a laser, quando comparada a lentes de PMMA e silicone. WERNER *et al.* (2000) relataram a presença de depósitos de cálcio na superfície de lentes hidrogel, o que pode justificar a maior opacificação da cápsula posterior com esse tipo de LIO.

JUNG *et al.* (2000) não observaram progressão de descentralização ou *tilt* de lentes de silicone e acrílico em 2 meses de seguimento quando as lentes foram devidamente implantadas no saco capsular, com uma quantidade de descentralização similar entre os 2 tipos de lentes.

No caso em questão gostaríamos de chamar a atenção para uma complicação ocorrida 4 anos após a cirurgia inicial, onde a alça da LIO transfixou a íris e tocou o endotélio, iniciando uma descompensação corneana. Esse achado ainda não foi descrito por nenhum autor brasileiro ou estrangeiro nos estudos de “follow up” de pacientes submetidos a cirurgia de catarata, independente da técnica utilizada.

A paciente em questão não apresentou irite, hifema ou dispersão pigmentar após realização da primeira cirurgia.

Esta complicação pode ser decorrente a um defeito de fabricação da LIO, a um mal posicionamento da LIO no sulco ciliar ou a um dano inadvertido da mesma na manobra do implante.

Apesar de apresentar um edema corneano difuso de média para grande magnitude, com presença de bolhas epiteliais na topografia em que a alça tocava o endotélio corneano, a paciente evoluiu bem no pós operatório, com resolução completa das alterações corneanas e melhora da acuidade visual, embora apresente ambliopia neste olho.

---

**ABSTRACT:** The authors describe a case of a patient underwent a extracapsular cataract extraction with intraocular lens (IOL) implantation into the ciliary sulcus that presented corneal descompensation by the touch between the IOL's haptic and the corneal endothelium four years after surgery.

**UNITERMS:** Cataract, Intraocular lens, Corneal descompensation.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

KANSKI, J. J. Disorders of the Lens. In: \_\_\_\_\_. **Clinical Ophthalmology: a systematic approach.** 3 ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1994. p. 285-309.

RAPOSO FILHO A.; PAIVA FILHO C.; PAIVA F. Complicações per e pós-operatórias na cirurgia extracapsular e nos implantes intraoculares. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**. Brasil. v. 50, n 3, p. 124-129, 1987.

APPLE D. J.; JONHNSON R. L. Introcular lens. **IOL & Ocular Surgery News**. United States. v. 2, n. 1, p. 02-04, 1984.

MELLO P. A. A.; PETRILLI A. M. N. Avaliação de manipulações inadequadas em lentes intra-oculares. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**. Brasil. v. 51, n. 2, p. 80-81, 1988.

AMINO K.; YAMAKAWA R. Long-term results of out-of-the-bag intraocular lens implantation. **Journal of Cataract and Refractive Surgery**. United States. v. 26, n. 02, p. 266-270, 2000.

HOLLICK E. J.; SPALTON D. J.; URSELL P. G. et al. Posterior capsular opacification with hydrogel, polymethylmethacrylate, and silicone intraocular lenses: two-years results of a randomized prospective trial. **American Journal of Ophthalmology**. United States, v. 129, n. 05, p. 577-84, 2000.

WERNER L.; APPLE D. J.; ESCOBAR-GOMEZ M. et al. Postoperative deposition of calcium on the surfaces of a hydrogel intraocular lens. **Ophthalmology**. United States. v. 107, n. 12, p. 2179-2185, 2000.

JUNG C. K.; CHUNG S. K.; BAEK N. H. Decentration and tilt: silicone multifocal versus acrylic soft intraocular lenses. **Journal of Cataract and Refractive Surgery**. United States. v. 26, n. 04, p. 582-585, 2000.

**Figura 1:** Corte em fenda, mostrando toque entre alça da lente intra-ocular e endotélio corneano.

**Figura 2:** Pós operatório, observando córnea transparente, com pequeno leucoma no local onde havia o toque entre a alça da lente intra-ocular e endotélio corneano.