

IMPLANTE DE ANÉIS DE TENSÃO CAPSULAR MODIFICADOS NUM CASO DE ANIRIDIA CONGÊNITA

PAULO KAKU*
 JOÃO CABRAL**
 GRAÇA PIRES*
 ISABEL PRIETO**,
 F. ESPERANCINHA***

*Interno do Internato Complementar de Oftalmologia

** Assistente Hospitalar

*** Director de Serviço

Serviço de Oftalmologia.
 Hospital Fernando Fonseca. Amadora

Resumo: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino de 36 anos de idade com um quadro bilateral de aniridia e nistagmo congénitos, catarata, glare e diminuição marcada da acuidade visual (VODcc = 1/10; VOEcc = 2/10).

Optando por intervir cirurgicamente, foi realizada facoemulsificação bilateral em dois tempos com colocação, em cada olho, de dois anéis de tensão capsular modificados com aletas diafragmáticas, de polimetilmetacrilato (PMMA), e lente intraocular (LIO) acrílica dobrável.

Os resultados cirúrgicos foram satisfatórios, com uma acuidade visual corrigida ao 1º mês do pós operatório de 2/10 no olho direito (OD) e de 6/10 no olho esquerdo (OE), acompanhada de diminuição do nistagmo e atenuação do glare.

Neste tipo de situações, a utilização de anéis de tensão capsular modificados permite uma acentuada diminuição do glare, resultando numa melhoria da acuidade visual e do nistagmo.

Ao ser possível a sua introdução através de uma incisão de pequenas dimensões, este tipo de anéis mantém os benefícios que se associam à cirurgia de pequena incisão.

Palavras-Chave: Aniridia, Facoemulsificação, Anéis de tensão capsular modificados

Summary: The authors present a case of a 36 year-old male with a bilateral clinical picture of congenital aniridia and nistagmus, cataract, glare and marked decrease of the visual acuity (BCVA OD = 20/200; BCVA OS = 20/100).

A phacoemulsification was performed in both eyes, with placement of two modified capsular tension rings with diaphragmatic wings in polymethylmetacrilate (PMMA) and one acrylic foldable intraocular lens (IOL).

The surgical results were satisfactory, with a corrected visual acuity, on the 1st month, of 20/100 in the right eye and of 60/100 in

the left eye, with reduction of the nistagmus and improvement of glare.

In this type of situation, the use of modified capsular tension rings allows a marked decrease of the glare, leading to an improvement of the visual acuity and nistagmus.

Because it is possible to introduce them through a small incision, this type of rings maintains the benefits associated with small incision surgery.

Key-Words: Aniridia, Phacoemulsification, Modified capsular tension rings

INTRODUÇÃO

A aniridia é uma situação em que existe ausência de uma porção significativa da íris⁽⁶⁾. Trata-se de um patologia rara e na maioria dos casos bilateral, que se observa em 1:64000 a 1:96000 nascimentos^(1,5).

Cerca de dois terços dos indivíduos com aniridia apresentam uma história familiar consistente com transmissão autossómica dominante, sendo os restantes casos formas esporádicas da doença⁽⁴⁾. Os casos de origem traumática são raros.

Desconhece-se o defeito exacto da morfogénese da íris responsável por esta alteração congénita.

A aniridia associa-se a algumas patologias sistémicas, das quais a mais importante é o tumor de Wilms, que se desenvolve em perto de 20 por cento dos casos esporádicos^(2,3). Pode também estar presente atraso mental, ataxia cerebelosa e anomalias do sistema genito-urinário e dedos⁽³⁾.

Não se trata, na realidade, de uma perturbação isolada do desenvolvimento da íris, dado que a hipoplasia do nervo óptico, as alterações da córnea⁽⁷⁾ e a catarata⁽⁴⁾ são anomalias acompanhantes que frequentemente dão origem a uma redução da visão. Nestes doentes, o glaucoma é num problema secundário, que origina perda adicional da fun-

ção visual no decurso do tempo.

CASO CLÍNICO

Os autores apresentam um caso clínico estudado na consulta de Oftalmologia do H.F.F:

P.J.L.S.S., sexo masculino, 36 anos de idade e raça caucasiana, foi enviado à consulta de Oftalmologia do H.F.F. por queixas de *glare* e de diminuição da acuidade visual bilateral, evolutiva desde a infância e com agravamento recente.

Nos antecedentes familiares, realce para a presença de aniridia no pai, também bilateral.

Na avaliação oftalmológica inicial, a acuidade visual no olho direito (OD), com correcção (+1,50 +2,00 95°), era de 1/10. No olho esquerdo (OE) (+1,00 +2,50 90°) era de 2/10.

Observava-se nistagmo horizontal sacádico, mais evidente em dextro e levoversão.

A tensão ocular era de 29 mm Hg no OD e de 28 mm Hg no OE.

À biomicroscopia, destaque para a existência de aniridia total bilateral e catarata subcapsular posterior bilateral, mais acentuada à direita.

No exame do fundo ocular observaram-se alterações pigmentares das regiões maculares, em ambos os olhos.

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Olho direito

Procedeu-se a facoemulsificação, seguida de alargamento da incisão para 4,1 mm. Efectuou-se o implante, no saco capsular, de dois anéis de tensão capsular modificados, dotados de aletas diafragmáticas. (Fig. 1) Finalmente, introduziu-se uma LIO acrílica dobrável (das 3 às 9 horas), com localização posterior aos anéis.

No decurso da cirurgia, verificou-se ruptura da cápsula anterior, que não interferiu com o procedimento. Não se registaram outras complicações.

No pós-operatório imediato, registou-se melhoria acentuada do *glare* e do nistagmo. A observação ao biomicroscópio revelava um segmento anterior calmo, com boa centragem dos anéis e da LIO.

Na observação oftalmológica efectuada após o primeiro mês, a acuidade visual, com correcção (+1,50 +1,00 70°) era de 2/10, com uma tensão intraocular de 24 mm Hg.

Apesar da discreta melhoria da acuidade visual, o doente encontrava-se bastante satisfeito com os resultados.

Olho esquerdo

Seis meses após a intervenção no OD, foi efectuado um procedimento similar no olho adelfo. Realizou-se facoemulsificação, seguida de implante, no saco capsular, de dois anéis de tensão capsular modificados e de LIO acrílica dobrável.

No decurso deste procedimento registou-se fractura do primeiro anel aquando da sua introdução, tendo sido substituído por outro. Não se registaram outras complicações. (Fig. 2)

O pós-operatório imediato foi semelhante ao da primeira cirurgia, e no exame oftalmológico após o primeiro mês, o doente apresentava uma tensão intraocular de 22 mm Hg e acuidade visual, com correcção (+1,50 +1,50 80°) de 6/10, o que motivou a sua satisfação.

DISCUSSÃO

A solução adoptada neste caso de aniridia congénita bilateral, em que as queixas se deviam predominantemente à ausência da íris e à presença de catarata bilateral, consistiu em remover o cristalino por facoemulsificação seguida de implantação, no saco capsular, de dois anéis especialmente concebidos para a correcção da aniridia.

A utilização destes anéis visa eliminar o *glare*, a principal queixa nestes doentes. Na presença de uma zónula danificada, este tipo de anéis permite ainda a estabilização do saco capsular e uma melhor centragem da LIO.

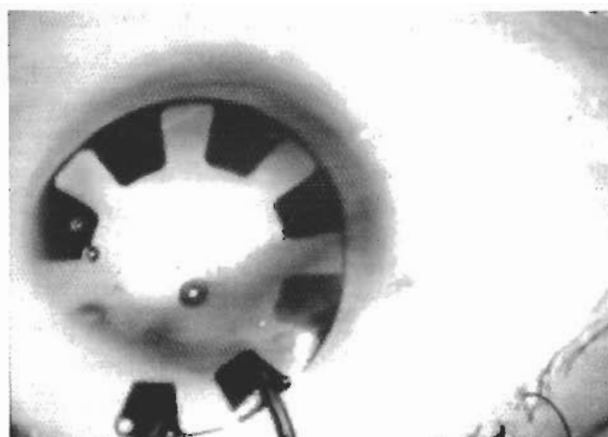


Fig. 1 - Introdução do primeiro anel

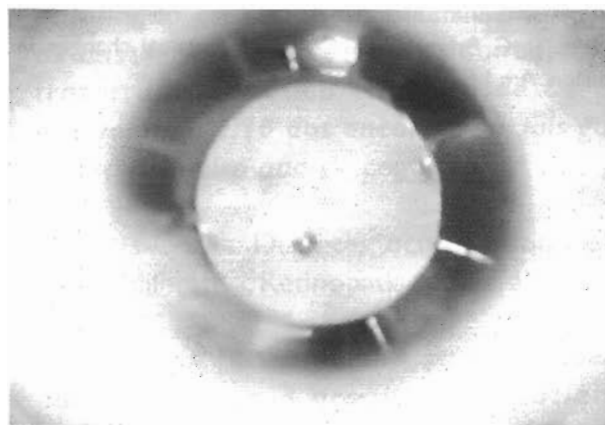


Fig. 2 - Aspecto no final da cirurgia.

Os anéis que utilizámos são de polimetilmetacrilato (PMMA) e cor preta, apresentando múltiplas aletas no seu bordo côncavo. Por serem muito frágeis, deve ter-se especial cuidado quando introduzidos por uma pequena incisão.

Nas duas intervenções, e após preenchimento do saco capsular com material viscoelástico, procedemos à implantação sucessiva de dois anéis no seu interior, rodando-os até se formar um diafragma completo. De seguida, introduzimos uma LIO acrílica com localização posterior aos anéis.

Uma das vantagens destes anéis reside no facto de ser possível a sua introdução através de uma incisão de pequenas dimensões. Após o seu posicionamento no saco capsular, é relativamente fácil introduzir uma LIO dobrável, mantendo-se assim os benefícios que se associam à cirurgia de pequena incisão.

BIBLIOGRAFIA

1. Shaw MW, Falls HF, Neel JV: Congenital aniridia. *Am J Hum Genet* 12:389, 1960.
2. Miller RM, Fraumeni JF, Manning MD: Association of Wilms' tumor with aniridia, hemihypertrophy and other congenital malformations. *N Engl J Med* 270:922, 1964
3. DiGeorge AM, Harley RD: The association Of aniridia, Wilms' tumor, and genital abnormalities. *Arch Ophthalmol* 75:796, 1966
4. Yamamoto Y, Hayasaka S, Setogawa T: Family with aniridia, microcornea, and spontaneously reabsorbed cataract. *Arch Ophthalmol* 106:502, 1988
5. Duane's Ophthalmology, Lippincott-Raven Publishers, 1995
6. Nelson LB, Spaeth GL, Nowinski TS et al: Aniridia: A review. *Surv Ophthalmol* 28:621, 1984
7. Mackman G, Brightbill FS, Opitz JM: Corneal changes in aniridia. *Am J Ophthalmol* 87:497, 1979.