



PO3 - BURACO MACULAR APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DESCOLAMENTO E SCHISIS MACULAR ASSOCIADOS A FOSSETA DO NERVO ÓTICO

Petra Gouveia¹, Pedro Alves-Faria¹, Elisete Brandão¹, Amândio Rocha-Sousa², Fernando Falcão-Reis²
(¹Centro Hospitalar São João, ²Centro Hospitalar São João, Departamento de Órgãos dos Sentidos Faculdade de Medicina Universidade do Porto)

Introdução: A fosseta do disco ótico é uma malformação congénita rara (incidência reportada 1-:11000 doentes), na maior parte dos casos esporádica e unilateral, que afeta igualmente os 2 sexos. A sua localização preferencial no bordo infero-temporal do nervo ótico correlaciona-se com o envolvimento macular (retinoschisis e/ou descolamento macular seroso), que poderá ocorrer em 25-75% dos doentes.

Material e Métodos: Caracterização clínica e imagiológica de um caso e do tratamento realizado.

Resultados: Os autores apresentam um caso clínico de um adolescente de 16 anos, sexo masculino, com história de hipovisão do olho esquerdo (OE). A melhor acuidade visual corrigida (MAVC) era de 10/10 olho direito (OD) e <1/10 OE. No exame oftalmológico completo do OE foi identificada uma fosseta do nervo ótico no quadrante infero-temporal associada a descolamento seroso macular. Na tomografia ótica computadorizada (OCT) observou-se o descolamento neurosensorial macular associado a schisis nas camadas internas e externas da retina. Foi realizada vitrectomia via pars plana 27 gauge (G), com descolamento e remoção da membrana hialoidea posterior, pelagem da membrana limitante interna (MLI), aplicação de 3 spots laser (sublimiar) no bordo temporal da fosseta e tamponamento com SF6 a 22%. No pós-operatório imediato verificou-se redução da schisis macular, persistindo parcialmente o descolamento neurosensorial. À 5ª semana de pós-operatório identificou-se buraco macular total que se manteve apesar de apresentar uma diminuição progressiva do seu diâmetro a acompanhar a reabsorção gradual do LSR e das cavidades de retinoschisis. À 21ª semana de pós-operatório observou-se o encerramento do buraco macular com recuperação da acuidade visual (MACV 8/10), persistindo ao nível da retina externa, algumas áreas de schisis.

Conclusões: A vitrectomia com conseqüente indução do descolamento posterior do vítreo limita a circulação de fluido através da fosseta do nervo ótico, ao eliminar a tração antero-posterior que mantém aberta a passagem de líquido. A pelagem de MLI, a fotocoagulação peripapilar no feixe papilo-macular bem como o tamponamento com gás são os tratamentos adjuvantes sugeridos. As séries de casos publicadas não esclarecem quanto à superioridade de um tratamento adjuvante face a outro. O aparecimento de um buraco macular na fase de resolução pós-operatória está dependente da extensão da schisis macular inicial e, pese embora só tenha ocorrido às 5 semanas pós cirurgia, a correlação com a pelagem da MLI é controversa. A resolução espontânea do buraco macular, associada à progressiva redução da altura do descolamento neurosensorial e da extensão da schisis, vem mostrar a necessidade de manter uma atitude expectante, quando se evidencia uma melhoria progressiva documentada na evolução tomográfica do caso.