



**CATARATA, Córnea, retina Médica, glaucoma e
Oftalmologia pediátrica**

17:00 | 19:00 SALA NEPTUNO

Coordenador: António Melo

Mesa: Maria do Céu Brochado Pinto, José Pedro Silva, Cristina Tavares

18:08

RFP18- GLAUCOMA UVEÍTICO, UM DESAFIO - DA IMUNOSSUPRESSÃO À CIRURGIA

Marta Guerra¹, Sara Marques¹, João Luís Silva², Miguel Ribeiro¹, Mário Cruz¹, José Arede¹
(¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução: O glaucoma secundário constitui uma das complicações mais importantes e frequentes das uveítes, estando descrito em cerca de 20%-40% das mesmas. Representa um desafio terapêutico pela diversidade de mecanismos patogénicos que envolve. A utilização de dispositivos de drenagem do humor aquoso tem vindo a ser cada vez mais aceite no tratamento do glaucoma secundário refractário ao tratamento médico ou cirúrgico mais convencional com taxas de sucesso de 83-94% aos 2 anos de seguimento.

O objetivo deste estudo é avaliar o sucesso cirúrgico ($6 \leq \text{PIO} \leq 18 \text{mmHg}$), complicações precoces (<1mês após cirurgia) e tardias em doentes com glaucoma uveítico (GU) refratário, submetidos a implante de válvula de Ahmed (VA).

Material e Métodos: Estudo prospetivo de doentes com GU submetidos a implante de VA com excisão de retalho escleral profundo no Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu entre Janeiro de 2014 e Abril de 2015. Realizou-se exame oftalmológico completo em consulta combinada de glaucoma e uveítes, incluindo MAVC, biomicroscopia, tonometria aplanção, fundoscopia e fotografia do segmento anterior. Foram ainda registados número de colírios pré e pós cirurgia, tipo e duração de terapêutica imunossupressora. A avaliação pós operatória efetuou-se ao 1º dia, 1ª semana, 1º mês, 3º mês, 6º mês e 1º ano. Todos os doentes realizaram biomicroscopia ultrassónica (Ultrasonic B scanner Tomey UD-8000®) para avaliar posicionamento do tubo, quantificar espessura da conjuntiva suprajacente, distância ao leito escleral remanescente e espessura capsular envolvente do dispositivo de drenagem. As complicações precoces e tardias foram registadas.

Resultados: 5 mulheres entre os 52 e 77 anos de idade e um follow-up médio de 9.44 meses [3.12-16.27] foram analisadas. O valor médio da PIO pré-operatória melhorou de $32 \pm 11 \text{mmHg}$ para $14.3 \pm 2.11 \text{mmHg}$ (N=5), $19.2 \pm 6.38 \text{mmHg}$ (N=5), $14.13 \pm 5.6 \text{mmHg}$ (N=4) e $14 \pm 1.41 \text{mmHg}$ (N=2) aos 1º, 3º, 6º e 12º meses pós-operatórios, respetivamente. O sucesso cirúrgico qualificado foi de 100%, com necessidade de 2 fármacos para manter a PIO-alvo. Um doente apresentou hifema discreto ao 1º dia, 2 hipotonia transitória, das quais 1 com descolamento da coróide periférico, resolvidas após reposição de câmara anterior com viscoelástico. Um doente foi perdido para follow up. Não se verificaram complicações graves decorrentes do dispositivo de drenagem ou inflamatórias pós-cirúrgicas (à exceção da recidiva de edema macular quístico num doente).

Conclusões: O diagnóstico e controlo da inflamação precoces são essenciais na abordagem do GU, de modo a melhorar prognóstico e reduzir a incidência de complicações graves a que estes doentes são mais atreitos. Em casos de difícil controlo e previsível pior prognóstico com abordagem mais conservadora, o implante de VA associado a corticoterapia/imunossupressão oral e um acompanhamento rigoroso, são fulcrais para o sucesso cirúrgico e minimização de complicações pós-operatórias.