



**CATARATA, Córnea, Cirurgia Implanto-refractiva,
Superfície ocular externa**

08:30 | 10:45 SALA NEPTUNO

Mesa: Walter Rodrigues, João Póvoa, João Feijão

09:42

VD44 - EXTRUSÃO DE QUERATOPRÓTESE DE BOSTON: ABORDAGEM COM RECOBRIMENTO CORNEO-ESCLERAL

João Quadrado Gil¹, João Luís Silva¹, Esmeralda Costa², Andreia Rosa², Cristina Tavares¹, Maria João Quadrado², Joaquim Murta²

(¹Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ²Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra)

Introdução: Alguns doentes com opacidades corneanas significativas têm mau prognóstico após queratoplastia penetrante convencional. É o caso de doenças severas da superfície ocular acompanhadas de deficiência de células límbicas ou neovascularização corneana avançadas. Nestes doentes, a utilização de uma queratoprótese de Boston (Boston K-Pro) surge como uma boa alternativa, oferecendo um eixo visual transparente e sem astigmatismo e uma recuperação visual rápida. Modificações constantes no desenho da prótese, técnica cirúrgica e acompanhamento pós-operatório têm melhorado os resultados obtidos. No entanto, o sucesso de longo prazo permanece um desafio complexo, e a gestão apropriada das complicações encontradas é fundamental para manter os ganhos funcionais obtidos. A possibilidade de melting corneo-escleral e consequente extrusão da queratoprótese é uma das complicações possíveis, que exige resolução cirúrgica apropriada e atempada.

Métodos: Descrição de caso clínico, através da apresentação de um vídeo editado, detalhando a correção cirúrgica de um caso de extrusão parcial de queratoprótese de Boston.

Resultados: Doente de 56 anos com história de opacificação corneana completa por insuficiência límbica total após queimadura química. Em 2009 realizou implante de queratoprótese de Boston no olho direito (OD) com boa recuperação funcional e sem história de outras complicações no pós-operatório. Sem outros antecedentes pessoais de relevo. O doente foi referenciado do exterior para o nosso serviço por apresentar perda sectorial do recobrimento conjuntival, com extrusão completa da metade temporal da queratoprótese. A zona óptica central permanecia preservada e o doente apresentava uma melhor acuidade visual corrigida de 8/10 (Snellen). A abordagem cirúrgica compreendeu a construção manual de um enxerto corneo-escleral de formato semi-circular, através da utilização de um trépano central de 4.5 mm de diâmetro. O enxerto foi depois posicionado sobre a porção exposta da queratoprótese e suturado utilizando suturas simples. A porção lateral do enxerto corneano foi fixa à margem do recobrimento conjuntival restante e o anel escleral fixo à esclera do doente. O período peri e pós operatório imediato decorreu sem intercorrências. No período de seguimento observado verificou-se aposicionamento perfeito do recobrimento corneo-escleral, sem zonas de deiscência e sem extrusão da queratoprótese. Não houve novas complicações de relevo. O doente manteve a boa acuidade visual central e apresentou melhoria subjetiva da tolerabilidade da queratoprótese.

Conclusão: A abordagem cirúrgica apresentada, com construção sob medida de um enxerto corneo escleral para recobrimento de uma extrusão parcial de queratoprótese, permitiu um bom sucesso anatómico e funcional para uma complicação grave. Apesar do sucesso técnico observado, a retenção da queratoprótese a longo prazo constitui um desafio constante pelo que o acompanhamento cuidadoso no futuro permanece essencial.