



CIRURGIA VITREORETINIANA E TRAUMATOLOGIA

08:30 | 10:45 SALA NEPTUNO

Mesa: David Martins, Natália Ferreira, Ricardo Faria

09:26

VD8 - ABORDAGEM CIRÚRGICA DAS RUPTURAS TRAUMÁTICAS DO SEGMENTO POSTERIOR

Miguel Raimundo¹, João Pedro Marques¹, Isa Sobral¹, Pedro Fonseca¹, Mário Alfaiate¹, João Figueira²

(¹Centro de Responsabilidade Integrado em Oftalmologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CRIO-CHUC), ²Centro De Responsabilidade Integrado em Oftalmologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CRIO-CHUC); Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Associação para a Investigação Biomédica e Inovação em Luz e Imagem (AIBILI))

Introdução: A ruptura do globo ocular ao nível do polo posterior é um desafio na traumatologia oftalmológica devido à gravidade das lesões e difícil acesso cirúrgico para encerramento por via externa. A manutenção da integridade do globo ocular e de visão residual são os objetivos cirúrgicos nestas situações.

Materiais e Métodos: Apresentamos dois casos de ruptura posterior do globo ocular. O primeiro caso clínico é o de um homem de 43 anos, vítima de acidente de viação com traumatismo contuso do olho direito, com uma acuidade visual (AV) de percepção luminosa, hipotonia ocular, hifema e hemovítreo. Não eram visíveis lesões esclerais à peritomia exploradora, sendo o quadro compatível com ruptura posterior do globo ocular, confirmado por ecografia. Foi realizada vitrectomia via pars plana (VPP) 23 gauge (G) (Constellation®, Alcon, USA) e identificada uma ferida escleral temporal à fóvea. Não sendo possível encerrar por via externa, foi feita troca fluido-ar, endofotocoagulação a 360° e tamponamento com óleo de silicone 5700 cs. Um mês depois, o doente foi re-intervencionado por descolamento de retina secundário a vitreorretinopatia proliferativa, com extração de óleo de silicone, delaminação e peeling de membranas, troca fluido-ar, reforço de endolaser e re-tamponamento com óleo de silicone 5700 cs. O segundo caso clínico refere-se a uma mulher de 20 anos, vítima de agressão com arma branca, cuja lâmina se introduziu pela pálpebra inferior direita, ficando impactada no teto da órbita, lateralmente ao nervo óptico. Apresentava uma AV de percepção de vultos, hipotonia ocular e hemovítreo. Realizou-se extração da lâmina e sutura parcial de ferida escleral, que na porção posterior não era acessível por via externa. Num segundo tempo, foi submetida a VPP 23G. Identificou-se uma ferida em toda a espessura da parede ocular desde a ora serrata à fóvea. Foi realizada libertação de trações, endofotocoagulação a 360° e tamponamento com óleo de silicone 5700 cs. Duas semanas depois, a doente desenvolveu novo descolamento da retina, pelo que foi re-intervencionada, para libertação de trações, reaplicação da retina e re-tamponamento com óleo de silicone.

Resultados: No primeiro caso, após um ano, o doente apresenta uma AV de 20/200, afaquia, e pressão intra-ocular (PIO) de 13 mmHg. No segundo caso, quatro meses depois, a doente apresentava uma AV de percepção de vultos e PIO de 10 mmHg. Em ambos os casos, à fundoscopia, existia silicone na cavidade vítrea, retina assente nos 360° e extensa área de fibrose na zona de ruptura.

Conclusão: Em ambos os casos conseguiu-se a preservação do globo ocular e de visão residual, especialmente importante por se tratarem de doentes jovens, com uma longa esperança de vida. A abordagem destes traumatismos requer, frequentemente, mais do que um tempo operatório, sendo a cicatrização por segunda intenção uma alternativa para o encerramento de feridas esclerais de outra forma inacessíveis.