

Impending vein occlusion – relato de caso

Autor: Franklin Kuraoka Oda

INTRODUÇÃO

Oclusões da veia central da retina representam uma importante causa de baixa de acuidade visual súbita nos pacientes, sobretudo na população acima dos 60 anos de idade e portadores de hipertensão arterial sistêmica. Porém, em alguns casos o paciente pode relatar sintomas muito frustrantes, sem baixa visual e apresentar exame oftalmológico com achados pouco exuberantes no fundo do olho, como microhemorragias isoladas e um ingurgitamento venoso discreto, quadro também conhecido como *impending vein occlusion*.

RELATO DO CASO

O caso se trata de uma paciente feminina de 43 anos de idade, caucasiana, atendida no pronto socorro oftalmológico do Hospital São Paulo – UNIFESP queixando-se de fotsias em olho direito (OD) associadas a um escotoma relativo de aparecimento súbito, esbranquiçado e permanente há cerca de 2 semanas da entrada, associada a episódios de cefaléia discreta, que se resolvia com uso de anti-inflamatórios não esteroideais orais. Apresentava como antecedentes oftalmológicos ceratectomia fotorefrativa (PRK) em ambos os olhos há 5 anos, sem complicações e negava comorbidades, uso de drogas, tabagismo ou uso de quaisquer medicações de uso contínuo e também negava antecedentes familiares de relevância.

Ao exame oftalmológico de entrada, apresentava: acuidade visual de 20/20 em ambos os olhos (AO), pressão intraocular de 14mmHg em OD e 12mmHg em olho esquerdo (OE); Biomicroscopia anterior sem alterações em AO; Reflexos pupilares normais em AO, sem defeito pupilar aferente relativo ao exame; À fundoscopia do OD (*fig. 1*), apresentava disco óptico (DO) com margem superior discretamente mal delimitada, escavação de 0.4, ingurgitamento venoso em arcadas temporais, uma microhemorragia perimacular temporal superior na mácula e uma hemorragia intraretiniana menor que um diâmetro de papila em região nasal e retina aplicada; Na fundoscopia do OE apresentava DO corado e bem delimitado, escavação 0.5, vasos e mácula sem alterações e retina aplicada.

Diante do quadro, aventou-se como principal hipótese diagnóstica um caso de *impending occlusion* da veia central da retina e como conduta inicial, foram solicitados exames laboratoriais de hemograma, eletroforese de proteínas, sorologias para sífilis e HIV, dosagem de proteína C, proteína S, homocisteína, fator V de Leiden e trombina, painel reumatológico com FAN, fator reumatóide, anticorpo anticardiolipina, anticorpo antifosfolípide, p-ANCA e c-ANCA; Foram realizados também tomografia de coerência óptica – OCT, angiofluoresceinografia - AGF (*fig. 2*), além de uma avaliação pela equipe de reumatologia.

Com 7 dias de evolução, a paciente referia piora dos sintomas e houve evolução dos achados fundoscópicos (*fig. 3*)

Dos exames solicitados, apresentaram alteração: FAN (pontilhado fino) = 1/640, além de FAN (padrão nuclear homogêneo), anti-SSA e fator reumatóide positivos e a equipe da reumatologia levantou a hipótese de síndrome da hiperviscosidade sanguínea, sendo assim realizada pulsoterapia com metilprednisolona por 3 dias, resultando em melhora dos sintomas e da fundoscopia (*fig. 5*).

DISCUSSÃO

Em um quadro de oclusão da veia central retiniana (OVCR) em um paciente jovem (< 50 anos) e sem comorbidades associadas, é de suma importância que haja uma investigação sistêmica mais detalhada, sobretudo devido à ausência de sinais de retinopatia hipertensiva no olho contralateral. Causas secundárias de oclusão da veia central da retina em pacientes jovens podem incluir doenças mieloproliferativas, estados de hipercoagulabilidade associadas a doenças auto-imunes como lúpus eritematoso sistêmico, doença de Behçet e granulomatose com poliangiíte. Neste caso, a paciente apresentava sinais característicos de uma *impending vein occlusion*, porém é fundamental a exclusão de causas infecciosas, sobretudo a sífilis ocular, que poderia levar a uma exacerbação catastrófica do quadro após pulsoterapia, caso não diagnosticada.

É importante observar o fato de que houve piora dos achados com certa velocidade em um curto espaço de tempo (7 dias), o que nos leva a crer que muito provavelmente a paciente poderia ter evoluído para um quadro de OVCR típica com possíveis sequelas visuais irreversíveis sem o diagnóstico e tratamento proposto, o que foi possível devido à valorização das queixas (frustrantes) da paciente e um exame oftalmológico completo realizado no atendimento inicial do pronto-socorro.

Após 5 semanas do tratamento, paciente segue sem queixas e com melhora completa dos achados (*fig. 6*)

FIGURES



Fig. 1: retinografia OD mostrando disco óptico com margem superior discretamente mal delimitada. **Fig. 2:** AGF OD em fase arteriovenosa, mostrando borramento da margem superior do disco e hiperfluorescência perivasculare por vazamento do contraste.



Fig. 3: retinografia OD no sétimo dia de evolução, mostrando aumento do ingurgitamento e tortuosidade vascular, microhemorragias intraretinianas e manchas algodonsas parpapilares.

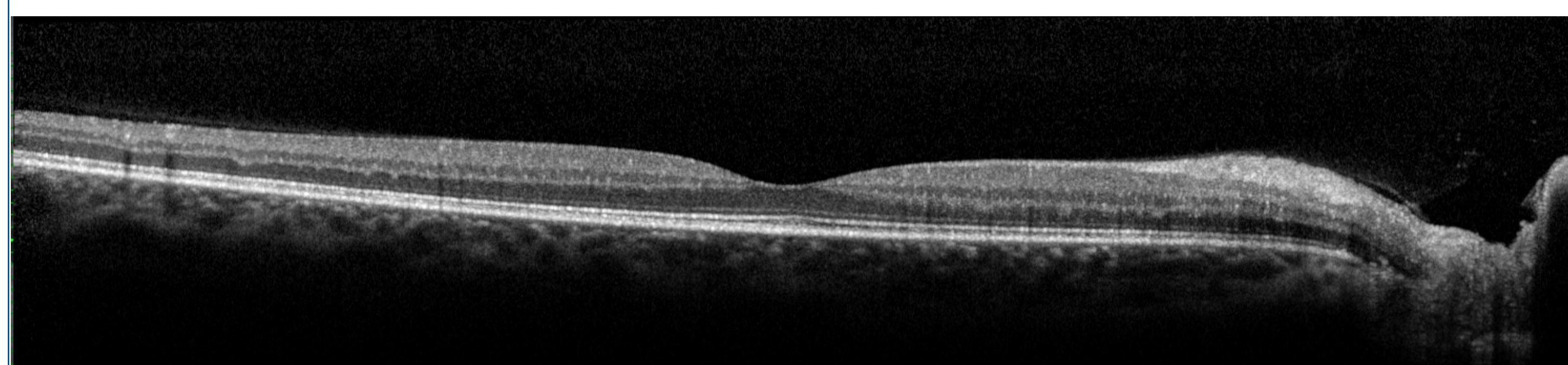


Fig 4: OCT OD sem alterações

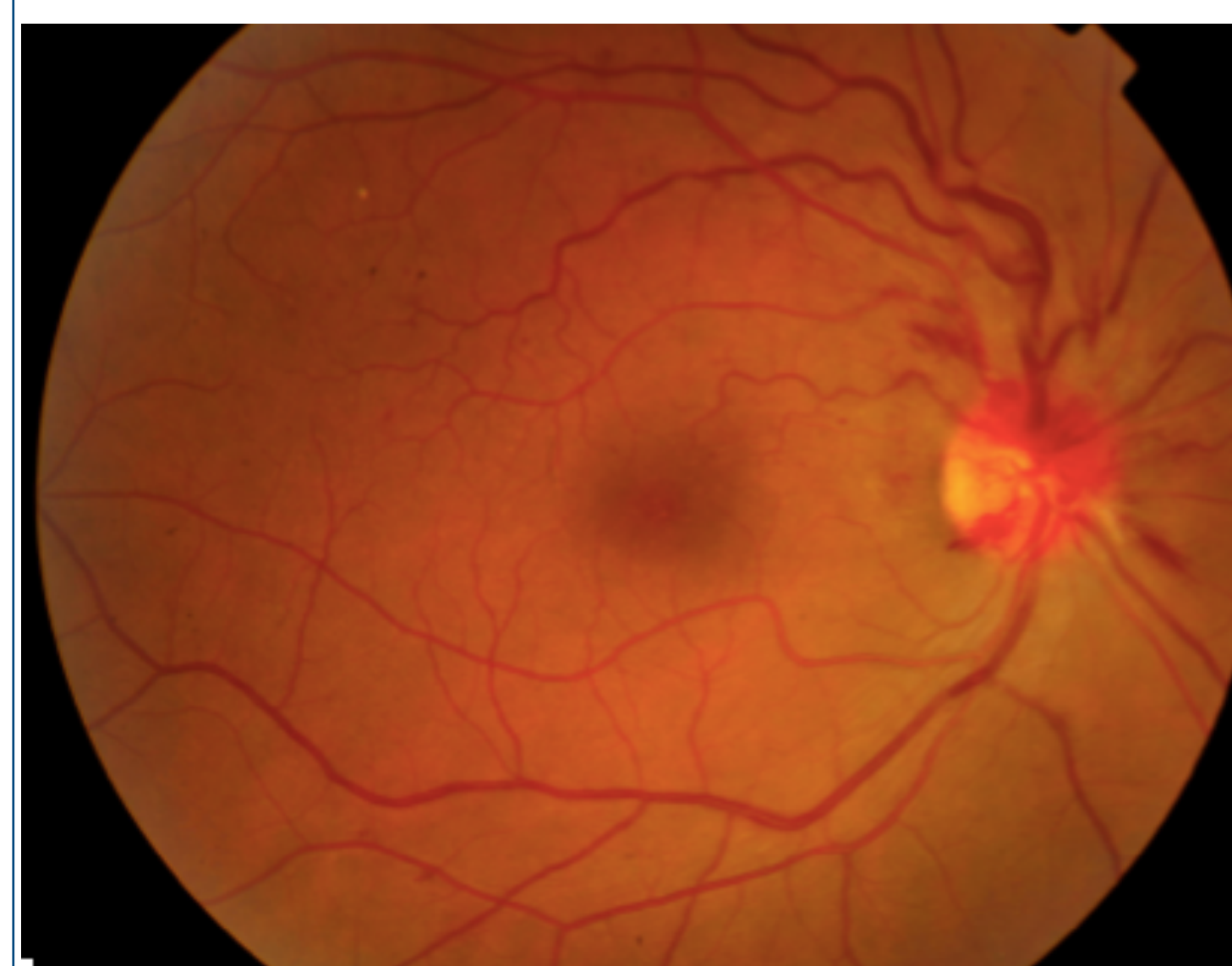


Fig 5: retinografia OD mostrando melhora dos achados após pulsoterapia



Fig 6: retinografia OD após 5 semanas do tratamento