

FECHAMENTO ANGULAR BILATERAL SIMULTÂNEO EM JOVEM

Autor: Juan Fulgencio Welko Mendoza

INTRODUÇÃO

O bloqueio pupilar caracteriza-se pela dificuldade de passagem do humor aquoso da câmara posterior para a câmara anterior levando à anteriorização da periferia da íris causando fechamento angular e elevação da pressão intraocular. Outro mecanismo possível de fechamento angular é o bloqueio ciliar resultado da anteriorização do corpo ciliar e diafragma irido-cristaliniano. O tratamento consiste em reduzir a pressão intraocular e anular o bloqueio, seja ele pupilar ou ciliar.

RELATO DE CASO



Mulher, 30 anos, caucasiana



Dor e baixa acuidade visual em ambos os olhos há 15 dias



Nega doenças oculares ou procedimentos prévios



Nega comorbidades, uso de medicações ou drogas ilícitas



Antecedentes familiares: 2 tias com “crise de glaucoma bilateral”

Exame oftalmológico	OD	OE
Acuidade visual	Movimento de mãos	Movimento de mãos
Biomicroscopia	Hiperemia conjuntival de 2+/4, edema microcístico de córnea 2+/4, câmara anterior rasa, midríase paralítica e cristalino transparente	
Pressão intraocular TAG às 14h (mmHg)	44	42
Gonioscopia e fundoscopia	Impossíveis por opacidade de meios	

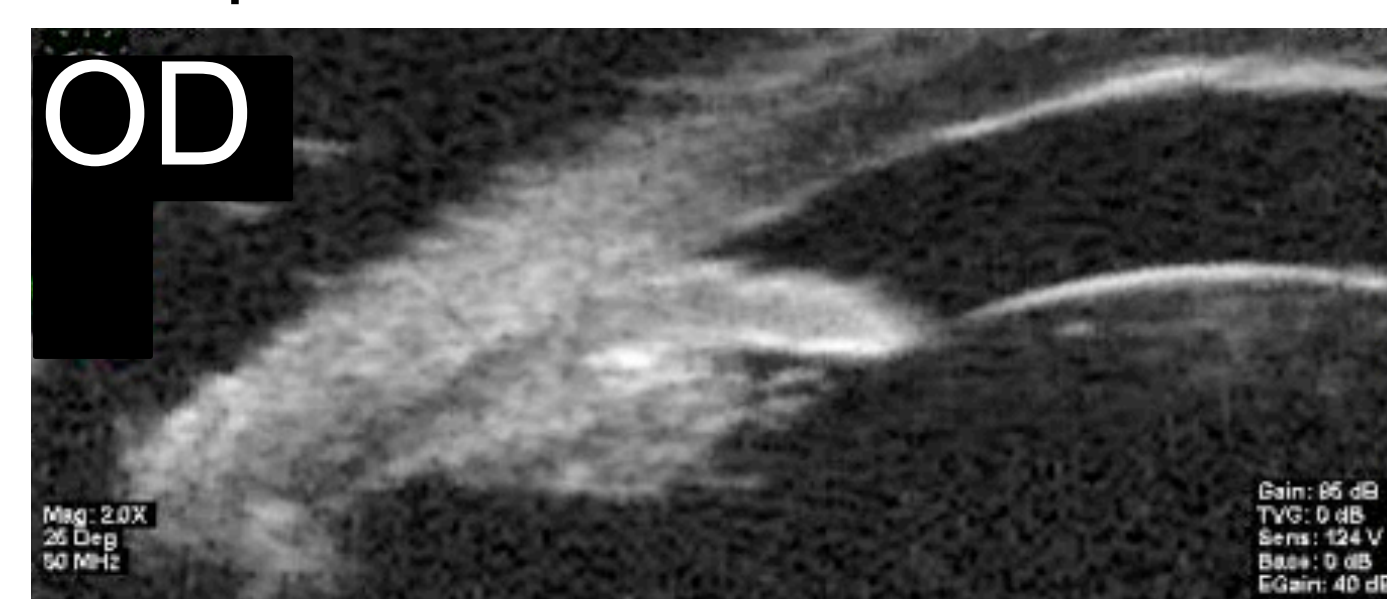
Hipótese diagnóstica: fechamento angular bilateral simultâneo

Conduta:

- Manitol EV
- Acetazolamida 500mg VO
- Maleato de timolol 0,5% e tartarato de brimonidina 0,2% tópico
- Iridotomia em ambos os olhos (Nd:Yag laser)

Após pouca melhora dos sintomas e iridotomia sem sucesso, foi optado pela prescrição de atropina 1%. Houve melhora inicial porém na semana seguinte apresentou nova recidiva dos sintomas e aumento da pressão intraocular.

Biomicroscopia ultrassônica: ângulo iridocorneano fechado 360° por anteriorização dos processos ciliares 360° e aposição de íris proximal à face posterior da córnea em ambos os olhos.



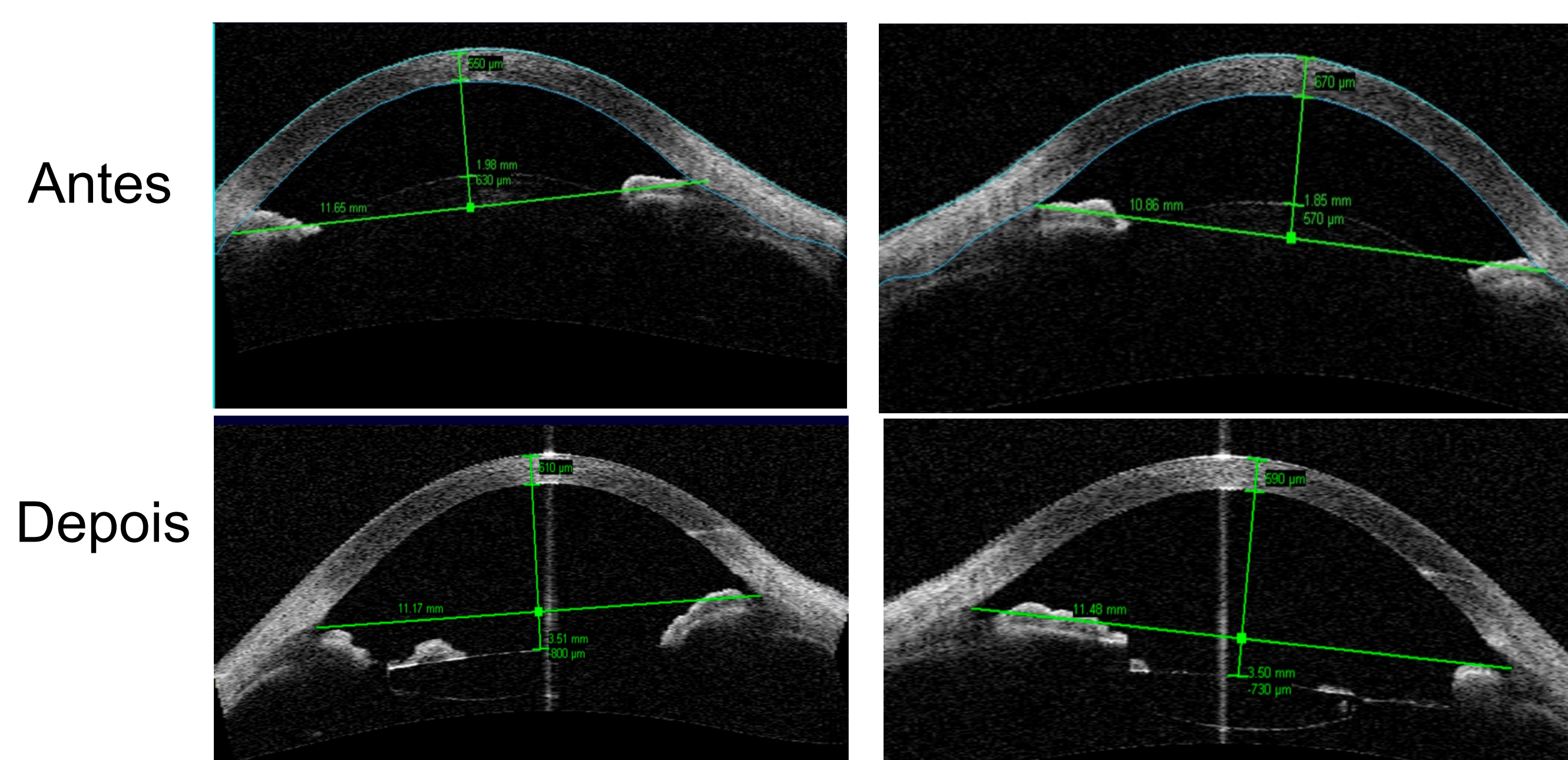
Lens vault 950um e ACD 1,32mm



Lens vault 970um e ACD 1,36mm

Considerando o mecanismo do bloqueio e refratariedade as terapias clínicas, foi indicada vitrectomia via pars plana com implante de lente intraocular em ambos os olhos com intervalo de 1 semana entre cada olho. Foi obtido controle pressórico com colírios hipotensores no pós-operatório e a paciente evoluiu com melhora anatômica e funcional no pós operatório.

Olho direito Olho esquerdo



Visante OCT		Antes da cirurgia	Depois da cirurgia
Lens vault (um)	Olho direito	630	- 800
	Olho esquerdo	570	- 730
Profundidade de câmara anterior (mm)	Olho direito	1,98	3,51
	Olho esquerdo	1,85	3,50

DISCUSSÃO

Glaucoma bilateral de ângulo fechado espontâneo e concomitante é um diagnóstico raro na literatura, porém ilustra a importância da propedêutica complementar para elucidar os casos refratários ao tratamento inicial e guiar a terapêutica para obter o melhor resultado.

Bloqueio pupilar

- ✓ Aumento de PIO
- X Câmara rasa (central > periferia)
- X Melhora após iridotomia pèrvia

Bloqueio ciliar

- ✓ Aumento de PIO
- ✓ Câmara rasa (periferia = central)
- ✓ Melhora com atropina
- X Não melhora com iridotomia pèrvia

BIBLIOGRAFIA

1. Shahid H, Salmon JF. Malignant glaucoma: a review of the modern literature. J Ophthalmol 2012;2012:852659.
2. Quigley HA, Friedman DS, Congdon NG. Possible mechanisms of primary angle-closure and malignant glaucoma. J Glaucoma 2003;12(2):167–180
3. EyeWiki web site. <http://eyewiki.aao.org>. Acesso em setembro de 2021.