

# Introdução de duas lentes intra-oculares de câmara posterior na mesma cirurgia de catarata: relato de um caso

*Insertion of two posterior chamber IOL in a primary cataract surgery. A case report.*

Daniel Sanchez Di Martino <sup>(1)</sup>  
Arnaud Araújo Filho <sup>(2)</sup>  
Lincoln Lemes Freitas <sup>(3)</sup>  
Wander Agmont <sup>(4)</sup>

---

## INTRODUÇÃO

---

Apresentamos o caso clínico de uma paciente que foi submetida à facectomia, com introdução de uma segunda LIO após luxação da primeira para a cavidade vítrea. Discutimos as possíveis complicações relativas à “dupla pseudo-facia”, e a conduta que assumimos em relação ao caso.

---

## RELATO DO CASO

---

Uma paciente de 65 anos procurou o serviço de oftalmologia da Escola Paulista de Medicina referindo embaçamento visual do olho direito há três anos, principalmente ao olhar para baixo e diminuição progressiva da acuidade visual no olho esquerdo nos últimos dois meses. A paciente referia ter sido submetida há 3 anos à cirurgia de catarata no OD (sem ter sido reoperada).

Ao exame oftalmológico apresentava acuidade visual de 20/40 com correção (+ 0,25 DE = - 1,25 DC x 145) no OD e projeção luminosa em todos os quadrantes no OE.

A ceratometria era de 42,75/45,50 x 70 no OD e 43,75/44,25 x 90 no OE. A pressão intra-ocular era de 13 mmHg e 10 mmHg respectivamente.

Ao exame biomicroscópico o OD mostrava na região limbar superior uma cicatriz cirúrgica das 10 à 1:00 hora, discoria inferior, com encarceramento parcial da LIO e sinéquias da háptica inferior na superfície anterior da íris. Não apresentava células ou flare na câmara anterior e vítrea. A

LIO apoiava-se no terço inferior da cápsula posterior que estava rota. Localizada posteriormente, na cavidade vítrea encontrava-se uma segunda lente intra-ocular, deslocada inferiormente, em posição vertical, com as alças localizadas às 6 e 12:00 horas. A alça superior estava solta permitindo mobilização da lente aos movimentos oculares. A borda superior desta lente localizava-se aproximadamente 2 mm acima da borda inferior da pupila e abaixo do eixo óptico do olho direito. O OE apresentava uma catarata total.

O exame da retina do olho direito, feito com oftalmoscopia indireta e lente de três espelhos de Goldman, não revelou qualquer alteração clínica.

A ultrassonografia do olho direito permitiu observar duas imagens hiperecogênicas de alta refletividade, com reverberação posterior, localizadas uma na câmara posterior e outra na cavidade vítrea, compatíveis com a localização biomicroscópica das duas lentes intra-oculares. No modo A foi possível localizar a lente posterior a 16 mm aproximadamente do ápice da córnea. A ultrassonografia do olho esquerdo era normal.

A angiofluoresceinografia do olho direito não revelou nenhuma alteração.

---

## CONDUTA

---

Foi feito um exame de refração no OD, sendo que com -2.00 DC x 160, a paciente chegou a uma acuidade visual de 20/20 parcial, e com adição de +2,50DE a visão para perto foi J2.

Como a paciente apresentava uma

---

<sup>(1)</sup> Residente em oftalmologia, Escola Paulista de Medicina

<sup>(2)</sup> Oftalmologista colaborador voluntário do setor de catarata do departamento de oftalmologia, Escola Paulista de Medicina

<sup>(3)</sup> Pós-graduando - nível doutorado em oftalmologia, Escola Paulista de Medicina.

<sup>(4)</sup> Chefe do setor de catarata, Departamento de Oftalmologia, Escola Paulista de Medicina.

Endereço para correspondência: Daniel Sanchez Di Martino - Departamento de Oftalmologia - Escola Paulista de Medicina, Rua Botucatu, 822 - Vila Clementino - CEP 04023-062 - São Paulo (SP).

boa acuidade visual com correção e não apresentava nenhuma complicação relacionada à presença da LIO na cavidade vítrea como uveíte, glaucoma, edema macular cistóide, hemorragia intra-ocular ou descolamento de retina (ou lesões predisponentes), optamos pela observação da paciente.

Recomendamos exames oftalmológicos completos trimestrais (incluindo mapeamento de retina e ultrassonografia), angiofluoresceinografia semestral, e fornecimento ao paciente de uma tela de Amsler para a tentativa de diagnóstico precoce em caso de edema macular cistóide.

A paciente completou 40 meses de pós-operatório e 6 meses de seguimento sem apresentar complicações.

No olho esquerdo foi realizada a facectomia com colocação de LIO sem intercorrências.

#### DISCUSSÃO

A luxação de uma lente intra-ocular para a cavidade vítrea durante uma cirurgia de catarata é um problema raro, mas de difícil manejo<sup>1-5</sup>.

A LIO no vítreo pode ser bem tolerada, mas também pode levar a numerosas

complicações secundárias, como descolamento de retina, glaucoma, uveíte crônica ou hemorragia vítrea, que podem ser devastadoras para a integridade funcional e orgânica do olho<sup>3,4,6,7</sup>.

Muitas técnicas são descritas para o tratamento de uma luxação de lente intra-ocular para o segmento posterior. O uso de vitrectomia via pars plana, combinada com o uso de fórceps para a retirada da LIO luxada, com ou sem perfluorocarbono, associada com diversos métodos para reposicionar a lente intra-ocular (fixação no sulco, fixação escleral via câmara anterior ou via esclerotomia) foi descrito em vários trabalhos com resultados variáveis<sup>2,5-8</sup>.

Os fatores a serem considerados antes de indicar o tratamento cirúrgico incluem a acuidade visual do paciente, as suas expectativas visuais, a presença de complicações intra-oculares, e os riscos de cada técnica cirúrgica pelas prováveis complicações per e pós-operatórias<sup>5,7</sup>.

Neste caso como a paciente apresentava boa acuidade visual com correção, e nenhuma complicação, optou-se apenas pelo acompanhamento clínico, pois acreditamos que os sintomas apresentados pela paciente não justifi-

cam uma cirurgia, na qual os riscos de perda da capacidade funcional são maiores que os benefícios de uma possível recuperação estrutural.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RAPOSO FILHO, A.; PAIVA FILHO, C.; PAIVA, F. - Complicações per e pós-operatórias na cirurgia extracapsular e nos implantes intraoculares. *Arq. Bras. Oftalmol.*, **50**: 124-128, 1987.
2. STERNBERG, P.; MICHELS, R. - Treatment of Dislocated Posterior Chamber lenses. *Arch. Ophthalmol.*, **104**: 1391-1393, 1986.
3. HAUSTERMANS, A.; SEYNAVE, L.; MISSOTTEN, L. - Results of cataract extraction with lens implant. *Documenta Ophthalmologica*, **82**: 331-339, 1992.
4. BROCKMAN, E.; FRANKLIN, R.; KAUFMAN, H. - Visual disability resulting from a dislocated intraocular lens. *J. Cataract Refract Surg.*, **19**: 312-313, 1993.
5. LEWIS, H.; SANCHEZ, G. - The use of perfluorocarbon liquids in the repositioning of posteriorly dislocated intraocular lens. *Ophthalmology*, **100**: 1055-1059, 1993.
6. CHAN, C. K. - An improved technique for management of dislocated posterior chamber implants. *Ophthalmology*, **99**: 51-57, 1992.
7. CAMPO, R. V.; CHUNG, K. D.; OYAKAWA, R. T. - Pars plana vitrectomy in the management of dislocated posterior chamber lenses. *Am. J. Ophthalmol.*, **108**: 529-534, 1989.
8. MAGUIRE, A. M.; BLUMENKRANZ, M. S.; WARD, T. G.; WINKELMAN, J. Z. - Scleral loop fixation for posteriorly dislocated intraocular lenses. *Arch. Ophthalmology.*, **109**: 1754-1758, 1991.

# ATENÇÃO

Os ABO estão agora no Internet.

O endereço é: **E-mail: <epmoftal@eu.ansp.br>**