

Dupla membrana de Descemet após ceratoplastia penetrante - abordagem cirúrgica durante a facoemulsificação: relato de caso

Double Descemet's membrane after penetrating keratoplasty - surgical approach during phacoemulsification: case report

EDUARDO MARBACK^{1,2}, CRISTINE LIBÓRIO DE MELO^{1,2}

RESUMO

Apresentamos um caso retenção inadvertida de membrana de Descemet durante ceratoplastia penetrante por distrofia endotelial de Fuchs. Comentamos as dificuldades encontradas para sua remoção durante a cirurgia de catarata subsequente, bem como propomos uma nova abordagem cirúrgica.

Descritores: Lâmina limitante posterior da córnea/cirurgia; Lâmina limitante posterior da córnea/patologia; Transplante de córnea; Transplante de córnea/efeitos adversos; Ceratoplastia penetrante; Relatos de casos; Humano; Feminino; Idoso

ABSTRACT

A case of inadvertent retention of Descemet's membrane after penetrating keratoplasty for Fuchs dystrophy is reported. The challenges to remove it during cataract surgery are commented, as well as a proposal of a new surgical approach.

Keywords: Descemet membrane; Descemet membrane/surgery; Descemet membrane/pathology; Corneal transplantation; Corneal transplantation/adverse effects; Keratoplasty, penetrating; Case reports; Human; Female; Aged

INTRODUÇÃO

A persistência da membrana de Descemet (MD) da córnea receptora é uma complicação conhecida e não intencional em ceratoplastia penetrante⁽¹⁻³⁾. O aspecto biomicroscópico é de duplicação da câmara anterior, sendo comum ocorrer diminuição na transparência da membrana ao longo do tempo levando à piora na acuidade visual^(2,4-5).

Nosso objetivo é relatar um caso de persistência de MD após ceratoplastia penetrante, que foi removida posteriormente durante a facectomia.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 73 anos, com história de distrofia de Fuchs e ceratoplastia penetrante no olho esquerdo (OE) há 10 meses, encaminhada com diagnóstico de catarata e relato de dupla câmara anterior após a ceratoplastia.

Apresentava acuidade visual corrigida de 20/300 em OE. O exame biomicroscópico do OE revelou botão corneano com boa transparência geral, estroma compacto com mínima opacificação paracentral em média profundidade. Além de catarata nuclear densa, havia a presença de câmara anterior dupla pela persistência da MD receptora, a qual exibia algumas dobras, depósitos pigmentares e diminuição de transparência difusamente (Figura 1 A). O olho direito exibia córnea gutata.

A pressão intraocular estava dentro do padrão da normalidade em ambos os olhos. À oftalmoscopia do OE notava-se apenas diminuição da transparência dos meios.

Devido à diminuição da transparência da MD, foi proposta sua remoção durante a facectomia. A cirurgia foi realizada com incisão auxiliar temporal superior pelo leito da córnea receptora e incisão principal no limbo nasal superior. A cápsula anterior foi corada com azul de tripano e a porção posterior da dupla câmara anterior foi refeita com substância viscoelástica. Tentamos sem sucesso remover a MD primeiro com o vitreófago, depois fazendo uma abertura central com um cistótomo invertido e tentando manobra de "descemetorrex" invertida (Figura 2 A) e por último, novamente com o vitreófago após a abertura da MD. A abertura feita com o cistótomo permitiu passagem de bolha de ar para o compartimento anterior da dupla câmara. Ao repor o viscoelástico notamos deslocamento da bolha de ar para fora do olho através de um segundo defeito na MD, afortunadamente próximo da incisão principal (Figura 2 B). Este defeito foi alargado com a cânula do viscoelástico, permitindo a secção da porção superior da MD e realização de "descemetorrex" com pinça de capsulorrex no remanescente da membrana (Figura 2 C e D). Foi então realizada facoemulsificação e implante de lente intraocular sem intercêrências.

O pós-operatório transcorreu bem, com botão corneano doador mantendo-se transparente (Figura 1B). Após a adaptação de lente de contacto gás permeável, atingiu acuidade visual de 20/30.

DISCUSSÃO

A presença de espessamento corneano parece ser um fator facilitador à separação lamelar com maior chance de retenção não intencional da MD durante ceratoplastia penetrante^(1-2,5). A separação pode ocorrer também por uma injeção inadequada de viscoelástico com viscodissecação não intencional da MD do

Trabalho realizado no Instituto de Olhos Freitas, Salvador, Bahia.

¹ Médico, Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Universidade Federal da Bahia - UFBA, Salvador (BA), Brasil.

² Médico, Instituto de Olhos Freitas, Salvador (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Eduardo Marback. Rua Eduardo José dos Santos, 147 - Sala 808 - Salvador (BA) - CEP 41940-455 - E-mail: marback@ufba.br

Recebido para publicação em 26.07.2009

Aprovação em 28.02.2010

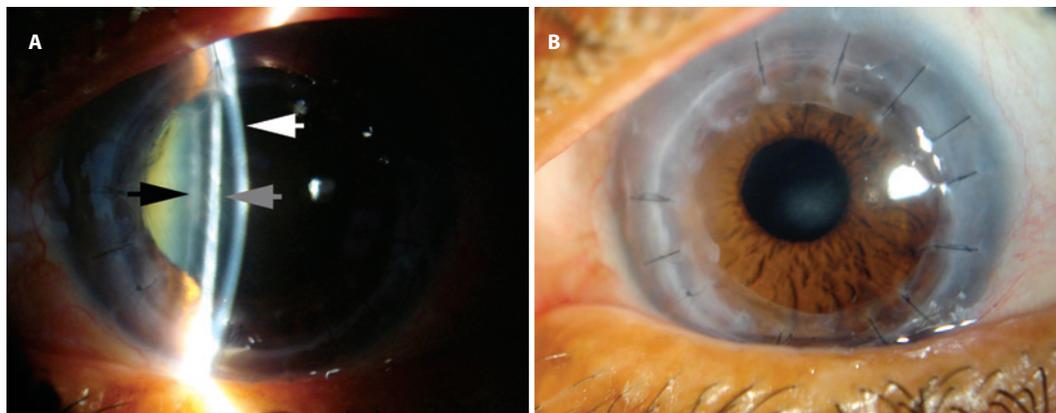


Figura 1. A) Dupla câmara anterior- córnea (seta branca), membrana de Descemet retida (seta cinza) e cápsula anterior do cristalino (seta negra); B) Aspecto no 7º dia de pós-operatório.

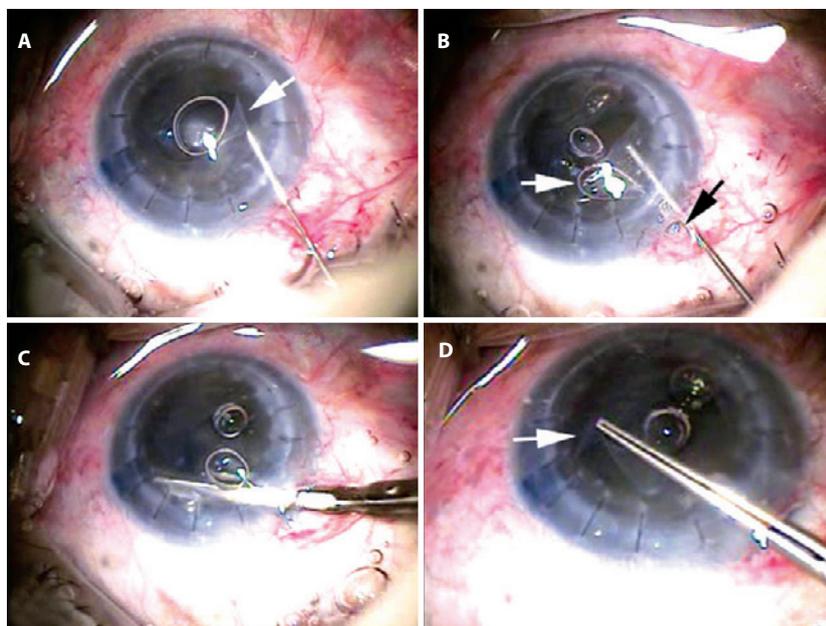


Figura 2. A) Após a punção, tentativa de "descemetorrexe" invertida; B) Bolha de ar saindo da porção anterior da dupla câmara por defeito próximo da incisão (setas); C) Tesoura seccionando membrana de Descemet retida; D) "Descemetorrexe" sendo completada com pinça.

receptor⁽⁶⁾. Em nossa paciente, provavelmente o mecanismo facilitador para a retenção da MD durante a ceratoplastia penetrante foi o edema corneano induzido pela distrofia de Fuchs.

Embora a persistência da MD do receptor possa ocasionalmente levar a toque endotelial e comprometer o botão doador, quando existe perfuração da mesma que permita a livre passagem de aquoso é possível manter a transparência do botão⁽¹⁻⁶⁾. Com base neste achado, a persistência da MD já foi inclusive utilizada como forma de proteger o endotélio do botão doador na presença de óleo de silicone em olho afáxico⁽³⁾. A indicação para a remoção da MD residual quando existe dupla câmara anterior sem compromisso para o botão receptor, baseia-se então na diminuição da transparência da MD levando a consequente piora na acuidade visual que tem ocorrido entre 3 meses a 1 ano de pós-operatório, ou pela possibilidade da MD servir como suporte para possível crescimento e manutenção de membranas inflamatórias^(1,3,6).

Para restabelecer a visão em pacientes com diminuição da transparência da MD residual, já foi relatada a abertura de orifício central pela aplicação de YAG laser^(4,6). Entretanto, tal procedimento nem sempre é possível, supostamente pela diminuição na tensão superficial da membrana que ocorre pelas microperfurações existentes em casos com dupla câmara anterior⁽²⁻³⁾. Nesta situação a única opção é a remoção cirúrgica. Esta já foi realizada em conjunto com a facectomia, bem como através da remoção de duas suturas da ceratoplastia e introdução de pinça de capsulorrexe na porção anterior da dupla câmara, através da junção entre botão doador e receptor^(2,5).

Em nosso caso, não queríamos reabrir a incisão na interface entre a córnea receptora e o botão doador. Alguns autores, relataram caso semelhante ao nosso no qual utilizaram um bisturi 15º para abrir a MD próximo a incisão principal e depois realizar "descemetorrexe" com agulha para remover a MD⁽²⁾. Não sabemos explicar porque não foi possível a remoção da MD com

o vitreóforo, especulamos que tenha sido pela consistência do tecido. Por medo de possível lesão no endotélio do botão doador, não usamos a técnica proposta por Chen et al. optando ao invés por realizar punção na porção central da MD onde a profundidade da porção anterior da dupla câmara usualmente é maior⁽²⁾. Analisando de forma retrospectiva, acreditamos que tecnicamente talvez fosse mais fácil realizar abertura na região central da MD onde esta está mais distante do endotélio doador, colocar viscoelástico coesivo entre a MD residual e este, então realizar abertura da MD próxima da incisão principal com lâmina ou agulha, talvez com o apoio de segundo instrumento pela incisão auxiliar.

Em suma, apresentamos um caso raro de retenção da MD pós ceratoplastia penetrante, salientando os fatores facilitadores desta complicação e propondo uma nova abordagem cirúrgica quando a remoção da mesma for realizada durante a cirurgia de facoemulsificação.

AGRADECIMENTO

Ao Dr. Eduardo Sone Soriano, pelas valiosas sugestões ao discutir o caso.

REFERÊNCIAS

1. Henderson JW, Wolter JR. Separation of Descemet's membrane in keratoplasty. *Am J Ophthalmol.* 1968;65(3):375-8.
2. Chen YP, Chai PC, Chen PY, Lin KK, Hsiao CH. Retained Descemet's membrane after penetrating keratoplasty. *J Cataract Refract Surg.* 2003;29(9):1842-4.
3. Thyagarajan S, Mearza AA, Falcon MG. Inadvertent retention of Descemet membrane in penetrating keratoplasty. *Cornea.* 2006;25(6):748-9.
4. Lazar M, Loewenstein A, Geyer O. Intentional retention of Descemet's membrane during keratoplasty. *Acta Ophthalmol (Copenh).* 1991;69(1):111-2.
5. Sinha R, Vajpayee B, Sharma N, Titiyal JS, Tandon R. Trypan blue assisted descemetorhexis for inadvertently retained Descemet's membranes after penetrating keratoplasty. *Br J Ophthalmol.* 2003;87(5):654-5.
6. Maskat S, Tennen DG. Neodymium:YAG laser optical opening for retained Descemet's membrane after penetrating keratoplasty. *J Cataract Refract Surg.* 1996;22(1):139-41. Comment in: *J Cataract Refract Surg.* 1996;22(6):652.

XXXVI Congresso Brasileiro de Oftalmologia

5 a 8 de setembro de 2011

Centro de Convenções da FIERGS

Porto Alegre - RS

Informações:

CCM Eventos

Tels.: (51) 3086-9115

E-mail: contato@ccmeventos.com.br

Ste: www.cbo2011.com.br