

08:30 | 11:00 - Sala Lince

Mesa: José Arede, Paula Tenedório, Fernando Trancoso Vaz

PO11 - 09:20 | 09:25**DESAFIOS CIRÚRGICOS - A INTERVENÇÃO DA 'TROIKA'**

Nuno Gonçalves, António Melo, Luís Torrão, Pedro Faria, Fernando Falcão-Reis
(Centro Hospitalar São João)

Introdução:

No caso clínico que se segue, salientamos a importância da abordagem multidisciplinar num caso de descompensação corneana e glaucoma secundário pós-traumatismo.

Caso Clínico:

Apresentamos o caso de um homem de 26 anos, vítima de perfuração ocular com tesoura aos 8 anos no OD, submetido a sutura de córnea e facectomia com implante de lente intra-ocular (LIO) na altura do traumatismo. Em 2010, a LIO foi substituída por uma lente de fixação à íris, colocada em posição retroiridiana. No mesmo ano, foi submetido a trabeculectomia por hipertensão ocular com mau controlo com terapêutica tópica. três anos depois, apresentava descompensação corneana e acuidade visual de movimentos de mão, tensão ocular de 24 mmHg com timolol, dorzolamida e brimonidina e fundo ocular não observável. Não apresentava alterações no outro olho.

Foi decidido realizar intervenção cirúrgica multidisciplinar: queratoplastia penetrante, colocação de Válvula de Ahmed (introdução do tubo no sulco ciliar), Vitrectomia via pars plana e remoção de lente retroiridiana, no mesmo tempo cirúrgico.

No pós-operatório precoce, a tensão ocular manteve-se controlada (cerca de 10mmHg) sem medicação anti-hipertensora e o enxerto corneano manteve-se transparente. Aos 3 meses pós intervenção, apresentava acuidade visual de 1/10 sem correção e tensão ocular de 15mmHg, sem medicação anti-hipertensora.

Conclusão:

A colocação de válvula de Ahmed no mesmo tempo cirúrgico de queratoplastia penetrante parece ser um procedimento seguro e eficaz a curto prazo. A colocação do tubo no sulco ciliar e a realização de vitrectomia poderão reduzir as probabilidades de descompensação do enxerto e falência da válvula.