

30º Congresso Internacional de Oculoplastica
9º Congresso Internacional de Estética Periocular

ANAIS DA SBCPO

Sheila Cecchetti
Midori Osaki
Tammy Osaki

 **Atena**
Editora
Ano 2023


SBCPO.....
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

30º Congresso Internacional de Oculoplástica
9º Congresso Internacional de Estética Periocular

ANAIS DA SBCPO

Sheila Cecchetti
Midori Osaki
Tammy Osaki

 **Atena**
Editora
Ano 2023


SBCPO....
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Editora chefe

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 O autor

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelo autor.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do autor, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos ao autor, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Os manuscritos nacionais foram previamente submetidos à avaliação cega por pares, realizada pelos membros do Conselho Editorial desta editora, enquanto os manuscritos internacionais foram avaliados por pares externos. Ambos foram aprovados para publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof^a Dr^a Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Prof^a Dr^a Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Bruno Edson Chaves – Universidade Estadual do Ceará

Prof^a Dr^a Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Prof^a Dr^a Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza

Prof^a Dr^a. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Prof^a Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Prof^a Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Prof^a Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Prof^a Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPar

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof^a Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

- Prof^a Dr^a Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
- Prof^a Dr^a Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
- Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
- Prof^a Dr^a Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
- Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
- Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
- Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
- Prof^a Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
- Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
- Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
- Prof^a Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
- Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
- Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
- Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
- Prof^a Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
- Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
- Prof. Dr. Renato Faria da Gama – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro
- Prof^a Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
- Prof^a Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
- Prof^a Dr^a Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
- Prof^a Dr^a Thais Fernanda Tortorelli Zarili – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
- Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
- Prof^a Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade Federal de Itajubá
- Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
- Prof^a Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Diagramação: Nataly Evinil Gayde
Correção: Jeniffer dos Santos
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: Sheila Cecchetti
Midori Osaki
Tammy Osaki

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
A532	Anais do Congresso Internacional de Oculoplastia 2023 - SBCPO/ Organizadoras Sheila Cecchetti, Midori Osaki, Tammy Osaki. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.
	Formato: PDF
	Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
	Modo de acesso: World Wide Web
	Inclui bibliografia
	ISBN 978-65-258-3023-0
	DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.230252401
	1. Oftalmologia – Eventos. 2. Anais. I. Cecchetti, Sheila (Organizadora). II. Osaki, Midori (Organizadora). III. Osaki, Tammy (Organizadora). IV. Título.
	CDD 617.7
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DO AUTOR

Para fins desta declaração, o termo 'autor' será utilizado de forma neutra, sem distinção de gênero ou número, salvo indicação em contrário. Da mesma forma, o termo 'obra' refere-se a qualquer versão ou formato da criação literária, incluindo, mas não se limitando a artigos, e-books, conteúdos on-line, acesso aberto, impressos e/ou comercializados, independentemente do número de títulos ou volumes. O autor desta obra: 1. Atesta não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação à obra publicada; 2. Declara que participou ativamente da elaboração da obra, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final da obra para submissão; 3. Certifica que a obra publicada está completamente isenta de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirma a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhece ter informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autoriza a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação da obra publicada, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. A editora pode disponibilizar a obra em seu site ou aplicativo, e o autor também pode fazê-lo por seus próprios meios. Este direito se aplica apenas nos casos em que a obra não estiver sendo comercializada por meio de livrarias, distribuidores ou plataformas parceiras. Quando a obra for comercializada, o repasse dos direitos autorais ao autor será de 30% do valor da capa de cada exemplar vendido; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a editora não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como quaisquer outros dados dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

RELATOS**ÓRBITA****ADENOCARCINOMA DE GLÂNDULAS LACRIMAIS: CASO ATÍPICO.....1**

Frederico da S. Bitencourt

Aline R. Silva

Andressa Ochiuto

Kariza A. Frantz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2302524011>

AMILOIDOSE ORBITÁRIA LOCALIZADA: RELATO DE CASO.....3

Vivian Lumi Tsai

Thiago Lemos de Mattos

Ivana Lopes Romero Kusabara

José Vital Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2302524012>

ANFOTERICINA B VIA CATÉTER INTRACONAL NO TRATAMENTO DA MUCORMICOSE ÓRBITO-RINO-CEREBRAL 5

Beatriz de Sá Mota

Diego Morais Gomes

Karen Regina Matins Soares

Renara Costa Tomaz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2302524013>

CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO - A ESCOLHA DO TRATAMENTO NÃO CONVENCIONAL 7

Davi Araf

Thaís Pandim Borghi

Thiciana Nader Bassitt

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2302524014>

CILIARY BODY LEIOMYOMA MIMICKING UVEAL MELANOMA.....9

SOUZA, B.A.A.

Feijó, E.D.F.

Limongi, R.M.

Ramos, B.M.

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2302524015>

DOENÇA DE CASTLEMAN MULTICÊNTRICA COM ACOMETIMENTO ORBITÁRIO 11

Araújo, B.M.F.

Vergara, L.B.

Kusabara, I.L.R.

Vital Filho, J.

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2302524016>

ESTRABISMO POR TRAUMA VEGETAL DEVIDO A LACERAÇÃO DE RETO MEDIAL: RELATO DE CASO.....	13
Francielle G. Viana	
Leonardo Nicioli	
Rodolfo Cascão	
Davi Araf	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2302524017	
ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO CASOS DE SCHWANNOMA ORBITÁRIO EM HOSPITAL TERCIÁRIO REFERÊNCIA EM ÓRBITA NA CIDADE DE SÃO PAULO	15
Adriana Geremias Toni	
Marcela Mara Silva Freitas	
Ivana Lopes Romero-Kasubara	
José Vital Filho	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2302524018	
LINFOMA PRIMÁRIO INTRACÔNICO DE NERVO ÓPTICO	17
Márcia Cristina Todo	
Julie Anne Gonçalves de Carvalho	
Mariana Nadais Aidar	
Antônio Augusto Velasco e Cruz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.2302524019	
LIPOSSARCOMA ORBITÁRIO EM TOPOGRAFIA DE LIPOMA PRÉVIO...19	
Natália A. L. Dias	
Fernanda G. Pezzini	
Erika Hoyama	
Carlos A. F. Sampaio	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240110	
OFTALMOMIÍASE ORBITÁRIA EXTENSA: RELATO DE CASO.....	21
Kenzo S. Tomishige	
Ana Áurea V. B. P. Hilarião	
Eugênia D. A. Langella	
José Vital Filho	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240111	
ORBITAL MYELOID SARCOMA - A CASE REPORT	23
Dr. Cecil Dominowski	
Prof. Dr. Allan Pieroni	
Dra. Ana Luiza Hanania	
Dra. Aline Cândido	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240112	

PARALISIA DO NERVO OCULOMOTOR E PTOSE SÚBITA COMO PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES DE ANEURISMA SACULAR GIGANTE DA CARÓTIDA INTERNA	25
TEIXEIRA S.P.N. OCHIUTO A.S. FRANTZ K.A.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240113	
RELATO DE CASO: LINFOMA ORBITÁRIO DE BURKITT	27
Hanny R. Q. Chen Vivian L. Tsai Ivana L. R. Kusabara José V. Filho	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240114	
RELATO DE CASO: METÁSTASE DE CARCINOMA MAMÁRIO LOBULAR PLEOMÓRFICO PARA CAVIDADE ORBITÁRIA.....	29
MENDES, D.B.S. SANTOS, R.P. PINTO, S.A. SILVA, M.R.L.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240115	
SARCOIDOSE OCULAR: RELATO DE CASO	31
LEAL G.S. CAETANO L.F.B. ALMEIDA A.C.G. PAVANI E.R.T.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240116	
SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR COM REPERCUSSÃO PARA TRONCO BRAQUICEFÁLICO ESQUERDO: RELATO DE CASO	33
RIBEIRO, G.G.B. FEIJÓ, E.D. FERREIRA, A.R. PARREIRA, Y.A.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240117	
SÍNDROME DO ÁPICE ORBITÁRIO BILATERAL SECUNDÁRIA AO HERPES ZOSTER.....	35
Juliane C. Rodrigues Aline Pimentel de Miranda Júlia V. de Barros Brenda dos S. Minomo	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240118	

SÍNDROME DO CERÉBRO SILENCIOSO	37
Karen Regina Martins Soares	
Diego Morais Gomes	
Renara Costa Tomaz	
Beatriz da Sá Mota	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240119	
TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO: RELATO DE CASO	39
Ana Emilia Gomes Campelo	
José Vital Filho	
Ivana Lopes Romero Kusabara	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240120	
TUMOR INTRAÓSSEO ORBITÁRIO: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL...	41
Thiago Lemos de Mattos	
Juliana Ishii Iguma	
Ivana Lopes Romero-Kusabara	
José Vital Filho	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240121	
APRESENTAÇÃO TARDIA DE HEMANGIOMA INFANTIL ORBITÁRIO....	43
Gabriella Peixoto Alexandre da Silva	
Juliana Albano de Guimarães	
Sarah Soares Brassaloti	
Bernardo Oliviera Castro de Azevedo Oliveira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240122	
CHRONIC EPIDURAL EMPYEMA POSITIVE FOR <i>Achromobacter xylosoxidans</i> AFTER SEVERE ORBITAL TRAUMA	45
Mariana Nadais Aidar	
Maria Eduarda Andrade e Andrade	
Márcia Cristina Todo	
Antônio Augusto Velasco Cruz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240123	
DESAFIO DIAGNÓSTICO DE ÓRBITA AGUDA E QUADRO MULTISSISTÉMICO: RELATO DE CASO	47
Mariana Carneiro Alves	
Larissa Caroline Mansano	
Dafne Fernandes Machado	
Allan Christian Pieroni Gonçalves	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240124	

DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE ERDHEIM-CHESTER COM ACOMETIMENTO OCULAR	49
Gabriel L. Cassani	
Ana Áurea V. B. P. Hillarião	
Ivana R. Kusabara	
José Vita Filho	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240125	
DOENÇA DE MIKULICZ: UM RELATO DE CASO	51
RAMOS, B.M.	
SOUZA, B.A.A.	
SILVEIRA, D.B.Q.	
SANTOS, R.P.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240126	
INFLAMAÇÃO ORBITÁRIA E SÍNDROME NEOPLÁSICA: UM RELATO DE CASO.....	53
PAULA, G.C.	
MAIA, R.	
PIERONI, A.C.	
BRABO, J.L.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240127	
MASSA ORBITÁRIA SOB INVESTIGAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DO OFTALMOLOGISTA NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS SISTÊMICAS.....	55
Amanda Campos Franco	
Rodrigo Otávio do Espírito Santo	
Jessica Gabrielle Rosa Silva	
Paula dos Santos Ribeiro Laborne Mendonça	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240128	
NEUROFIBROMA PLEXIFORME DE PÁLPEBRA: A IMPORTÂNCIA DO OCUPLÁSTICO PARA UM DIAGNÓSTICO DE NEUROFIBROMATOSE...	57
Andréia Novelli	
Mariana Saulle	
Aline Pimentel	
José Vital Filho	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240129	
PROTOSE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO	59
Paula dos Santos Ribeiro Laborne de Mendonça	
Fernanda Cotrim Stefanelli	
Luca Eleutério Salerno Del Menezzi	
Rodrigo Otávio do Espírito Santo	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240130	

PÁLPÉBRA

CISTO CONJUNTAL GIGANTE COMO CAUSA DE PTOSE	62
Jessica Nonato Goes Fernandes	
Maria Kamila Menezes Camilo Vasconcelos	
Priscilla de Araújo Souza de Andrade	
Thalles Wilson Souza Domingos	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240131	
CORREÇÃO DE BLEFAROPTOSE MIOPÁTICA PELA TÉCNICA DE CONEXÃO AO FRONTAL.....	64
Sathler, C.S.C.O.	
Heringer, T.F.	
Tonin, G.A.	
Cariello, A.J.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240132	
CORREÇÃO DE PTOSE PALPEBRAL NA SÍNDROME DA BLEFAROFIMOSE: RELATO DE CASO	66
Louise Christine de Castro Costa	
Guilherme Araújo de Abreu	
Larissa Caroline Mansano Soares	
Carolina Rodrigues Barreto Mendes	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240133	
DEPÓSITO AMILOÍDE CONJUNTIVAL COMO CAUSA DE PTOSE PALPEBRAL: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO	68
Yolanda Souza Mares	
Profa. Suzana Matayoshi	
Juliane Cardoso Rodrigues	
Carolina Nicolela Susana	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240134	
DISTIQUÍASE CONGÊNITA: RELATO DE CASO	70
Caio Costa Santos	
Alisson Lima Andrade	
Alice Carvalho Gouveia de Almeida	
Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240135	
DISTÚRBIO CONGÊNITO DA DESINERVAÇÃO CRANIANA (CCDD): UM RELATO DE CASO	72
PARREIRA, Y.A.	
SILVA, M.R.L.	
FERREIRA, A.R.	
RIBEIRO, G.G.B.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240136	

EDEMA FACIAL PERSISTENTE APÓS USO PROVÁVEL DE ÓLEO DE SILICONA COMO PREENCHEDOR	74
Patrícia Moitinho Ferreira	
Liane Ferraz Baptista	
Ana Galrão Figueiredo	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240137	
IMPLANTE DE CÍLIOS COM ENXERTO DE SUPERCÍLIOS APÓS RECONSTRUÇÃO PALPEBRAL INFERIOR	76
Renara Costa Tomaz	
Diego Morais Gomes	
Karen Regina Martins Soares	
Beatriz de Sá Mota	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240138	
MICOSE FUNGOIDE: UM POSSÍVEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA CARCINOMA ESPINOCELULAR	78
Leonardo L. Girardi	
Deborah de Oliveira Veras	
Germano Ramos Boff	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240139	
PENFIGOIDE OCULAR CICATRICIAL: RELATO DE CASO	80
Annes, C.S.	
Costa, M.B.	
Vieira, T.A.S.	
Sakano, L.Y.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240140	
PTOSE PALPEBRAL - MANIFESTAÇÃO ATIVADA POR VALPROATO DE SÓDIO	82
Flávia Assad Gostaldon	
Thaissa Faloppa Duarte	
Adélia Vieira Rosa	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240141	
PTOSE PALPEBRAL POR SÍNDROME DE POEMS: RELATO DE CASO....	84
Livia Racquel F. Ázara	
Mariana Dantas	
Ana Luiza M. S. Spolidoro	
Flávia Dutra	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240142	

SARCOMA DE KAPOSI PALPEBRAL: CASO ATÍPICO EM PACIENTE COM ALTAS CONTAGENS DE CD4 E BAIXA CARGA VIRAL	86
Jéssica Monteiro Machado	
Rodrigo Beraldi	
Rafael Gadens	
Adriane Faccin	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240143	
UM COMPLEXO CASO DE RECONSTRUÇÃO PALPEBRAL	88
Edson M. Kato	
Alice C. G. de Almeida	
Alisson L. Andrade	
Roberta L. F. de S. Meneghim	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240144	
USO DE ÁCIDO TRICLOROACÉTICO EM CICATRIZ APÓS LIFTING DE SUPERCÍLIO: UMA SÉRIE DE CASOS.....	90
Renata D. Lemos	
Renata M. Maia	
Andrea Morato	
Rogério Leal	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240145	
"FRONTALIS TRANSFER" NO TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL BILATERAL MISTA.....	92
Priscila de Almeida Corrêa Campos	
Alice Magalhães Faleiro	
Amanda Alexia	
Matheus Pires Almeida	
Nidia Helena Morgado	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240146	
ABORDAGEM DE COLOBOMA PALPEBRAL E TÉCNICA DE TENZEL: RELATO DE CASO	94
Sofia F. Tonetto	
Davi Araf	
Leonardo P. Nicioli	
Francielle G. Viana	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240147	
EYELID COLOBOMA AS A FIRST PRESENTATION OF JAFFE CAMPANACCI SYNDROME	96
Lilian Emi Ohkawara	
Patricia Yuri Miyasato	
Midori Hentona Osaki	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240148	

INFECÇÃO DE ENXERTO APÓS RECONSTRUÇÃO DE PALPEBRA PARA CORREÇÃO DE ECTRÓPICO CICATRICIAL: RELATO DE CASO.....	98
Cazorla, F.P. Leão, A.F. Mendes, D.B.S. Pereira, A.S.N.	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240149	
OFTALMOMIÍASE EXTERNA POR DERMATOBHIA HOMINIS.....	100
Tamara F. Heringer Angelino J. Cariello Paola Grechi Veralucia F. Oliveira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240150	
PRE-SEPTAL CELLULITIS IN POSTOPERATIVE UPPER AND LOWER BLEPHAROPLASTY	102
Sandra Cristina Vallim Costa de Carvalho Karlla Cardinali Antunes Lauriano Laura Fontoura Castro Carvalho Valentina Vallim Costa de Carvalho	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240151	
PTOSE PALPEBRAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE AMILOIDOSE: RELATO DE CASO	104
Fernanda Brands Islam Maruf Marcelo Golbert Ricardo Mörschbächer	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240152	
RECONSTRUCTION OF DEFECT WITH LOWER EYELID AND INFRAORBITAL REGION FLAP ROTATION	106
Brenda Cavalieri Jayme Denismar Borges de Miranda Paloma Nicolau Tomaz Ana Clara Vieira de Castro Rocha	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240153	

VIAS LACRIMAIAS

ACHADO DE SONDA DE CRAWFORD EM REOPERAÇÃO DE DACRIOCIST-TORRINOSTOMIA ENDONASAL 109

Obeid R.C.L.
Mariano F.C.
Viana F.G.
Quevedo J.G.M.

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240154>

COMPLICAÇÃO DA OZONIOTERAPIA PARA TRATAMENTO DA DACRIOCISTITE CRÔNICA: RELATO DE CASO..... 111

Costa, M. B.
Vieira, T. A. S.
Annes, C. S.
Sakano, L. Y.

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240155>

DACRIOCISTITE CRÔNICA APÓS EXÉRESE DE TUMOR 113

Jaqueline Azevedo Leão
Ana Carolina Araújo Lemos Cavalcanti
Aline Mariana Silva Candido
Allan Christian Pieroni Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240156>

DACRIOCISTOCELE NO ADULTO: RELATO DE CASO..... 115

Raissa Diniz do Carmo
Debora Yoshimatsu Izelli
Lisia Aoki

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240157>

HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO SIMULANDO CARCINOMA DA SACO LACRIMAL 117

Renata M. Maia
Suzana Matayoshi
Gustavo C. de Paula
Juliane C. Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240158>

OBSTRUÇÃO DE VIA LACRIMAL SECUNDÁRIA À MIGRAÇÃO DE PLUGUE LACRIMAL: RELATO DE CASO 119

Luísa Gross
Flávia Monteiro
Ivana Pereira
Marcelo Torigoe

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240159>

OBSTRUÇÃO DE VIAS LACRIMAIAS SECUNDÁRIA A ESPOROTRICOSE: UMA SÉRIE DE CASOS	121
Silvana Rocha	
Gustavo Nabuco Faro Dantas Baptista	
Thaíse Bianca Mariz Guedes	
Roberta Carneiro de Sousa Gomes	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240160	
"OLHO MELADO" PÓS-DCR: UM RELATO DE SÍNDROME SUMP.....	123
Thais P. Souza	
Simone H. Bison	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240161	
DACRIOCISTORRINOSTOMIA ENDONASAL COMO TRATAMENTO DE OBSTRUÇÃO LACRIMAL BAIXA APÓS TRAUMA	125
Luciane Tsuji	
Camila Guglielmeli Ribeiro	
Ricardo Tomoyoshi Kanecadan	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240162	
TRABALHOS	
CAVIDADE	
ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE EVISCERAÇÃO REALI- ADOS NO CENTRO OFTALMOLÓGICO DE MINAS GERAIS	129
Karlla Cardinali Antunes Lauriano	
Raiane Cristina Ferreira Castro	
Carlos Eduardo Messinger Salomão	
Sandra Cristina Valiim Costa de Carvalho	
Silvia Andrade Carvalho Rodrigues	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240163	
EVISCERAÇÕES DE URGÊNCIA E IMPLANTE PRIMÁRIO DE ESFERA NÃO INTEGRÁVEL	131
Maria Paula S. Facchin	
Ricardo Morschbacher	
Marcelo Golbert	
Karoliny Krause	
Mônica Mânicá	
Rodrigo M. Roesler	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240164	

EXENTERAÇÃO ORBITÁRIA EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA: ESTUDO RETROSPECTIVO 133

Marcela Mara Freitas Mucci
Fernanda Yumi Konno
Aline Pimentel de Miranda
José Vital Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240165>

ÓRBITA**BLINK LAGOPHTHALMOS IN GRAVES ORBITOPATHY 136**

Juliana A. Guimarães
Denny M. Gracia
Antonio Augusto V. Cruz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240166>

OCULO-ORBITAL TUMOR IN CHILDREN: EPIDEMIOLOGICAL EVALUATION AND HISTOPATHOLOGICAL AGREEMENT IN A TERTIARY SERVICE 138

Juliana I. Iguma
Hanny Qi Chen
Sergio F. S. da Cruz
Ivana L. R. Kusabara

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240167>

ABCESSO SUBPERIOSTEAL EM CELULITES ORBITÁRIAS NA CRIANÇA.. 140

Alice C. G. de Almeida
Silvana A. Schenlini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240168>

VISUAL LOSS AND INTRACRANIAL COMPLICATIONS FOLLOWING ORBITAL DECOMPRESSION: RETROSPECTIVE ANALYSIS IN A TEACHING HOSPITAL 142

Victória Helena Stelzer Rocha
Antonio Augusto Velasco Cruz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240169>

PÁLPEBRA**BLEPHAROPLASTY AND FRACTIONAL CO2 LASER RESURFACING IN FACIAL REJUVENATION 145**

Ana Áurea V. B. P. Hillarião
Gabriel L. Cassani
Aline P. Miranda
Ivana L. R. Kusabara
Fernanda Y. Konno

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240170>

DÚVIDAS DE OCULOPLÁSTICOS EM TREINAMENTO..... 147

Tonin, G.A
Sathler, C.S.C.O.
Riedi, M.L.
Pazzini, L.V.
Heringer, T.F.
Cariello, A.J.

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240171>

ECTRÓPIO PALPEBRAL NO CENTRO-OESTE PAULISTA - ESTUDO OBSERVACIONAL..... 149

Alisson L. Andrade
Alice C. G. Almeida
Roberta Lilian F. S. Meneghim
Silvana A. Schellini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240172>

EVALUATION OF SUSCEPTIBILITY TO GLAUCOMATOUS DAMAGE IN PATIENTS WITH HEMIFACIAL SPASM AND THE ROLE OF BOTULINUM TOXIN IN INTRAOCULAR PRESSURE 151

Gustavo D. Ludwing
Midori H. Osaki
Gustavo R. Gameiro
Túlio Loyola
Tammy H. Osaki

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240173>

VIAS LACRIMAIS**LONG-TERM OUTCOMES OF MT-DCR 154**

FEIJÓ, E. D.
CAIXETA, J. A.
SOUZA, B. A.
PARREIRA, Y. A.
FERREIRA, A. R.
LIMONGI, R. M.

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240174>

SONDAGEM TERAPÊUTICA DE VIAS LACRIMAIS EM OBSTRUÇÕES FUNCIONAIS: UMA NOVA ABORDAGEM 156

Igor Leonardo Carmona Chaves
Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim
Silvana Artioli Schellini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240175>

TÉCNICA DE LACORRAFIA MODIFICADA PARA CORREÇÃO DE LAGOFALMO PARALÍTICO 158

Juliana Mika Kato
Camila P. B. C. Alcantra
Mariana Meireles
Suzana Matayoshi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240176>

ANÁLISE DAS LACERAÇÕES DE CANALÍCULO LACRIMAL ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM OFTALMOLOGIA NO PERÍODO DE 2015 A 2022 160

Débora Muriel Müller
Mariana Borsa Mallmann
Fernanda Karine Walber
Luana de Oliveira
Gherusa Milbratz Moré
Astor Grumann Jr.

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.23025240177>

RELATOS

ÓRBITA

ADENOCARCINOMA DE GLÂNDULAS LACRIMAIS: CASO ATÍPICO

Frederico da S. Bitencourt

Aline R. Silva

Andressa Ochiuto

Kariza A. Frantz

ADENOCARCINOMA DE GLÂNDULAS LACRIMAIS: CASO ATÍPICO

FREDERICO DA S BITENCOURT, Aline R Silva, Andressa Ochiuto, Kariza A Frantz
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

INTRODUÇÃO

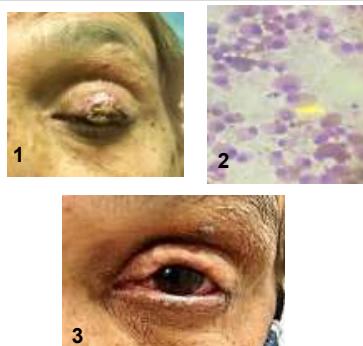
Os tumores das glândulas lacrimais representam 10% das lesões que ocupam o espaço orbitário^{1 2}. O Adenocarcinoma de glândulas lacrimais é um subtipo maligno desse tipo de tumor. O local mais comum de apresentação do Adenocarcinoma é o quadrante súperolateral da órbita, local correspondente a topografia anatômica da glândula lacrimal. Nesse caso, o tumor se configura de forma atípica, sendo encontrado na porção central da pálpebra, possível achado clínico, devido a presença de glândulas lacrimais heterotópicas ou aberrantes^{1 2}. Sendo assim, o objetivo desse relato é descrever os achados clínicos e histopatológicos de uma paciente com um tumor raro e de localização atípica.

RELATO DO CASO

M.R.G, feminina, 73 anos, compareceu ao serviço do HC-UFTM com uma lesão na pálpebra superior do olho esquerdo. A lesão de surgimento há 08 meses com evolução progressiva de tamanho. Ocupava a porção central e dois terços da pálpebra superior. Realizado biópsia incisional da lesão. O anáATOMO patológico mostrou adenocarcinoma de glândulas lacrimais, pouco diferenciado, ulcerado e com invasão da borda palpebral e da placa tarsal. Imunohistoquímica positiva para os anticorpos CEA, EMA e CK07, o que corrobora o diagnóstico apresentado. Realizado, posteriormente, a reconstrução palpebral total com enxerto tarso-conjuntival devido acometimento de toda espessura da pálpebra superior. Realizado junto a oncologia clínica exames de imagem com resultados dentro da normalidade e sem indicação de radioterapia e quimioterapia adjuvantes. Após 24 meses de seguimento, a paciente evoluiu com espessamento da conjuntiva superior. Realizado biópsia de conjuntiva tarsal e limbar com resultado de displasia, metaplasia e crescimento de células atípicas. Imunohistoquímica demonstrou positividade para p63 e citoce-

ratina 7, o que favoreceu o diagnóstico de neoplasia intraepitelial conjuntival. Paciente fez uso de mitomicina C e corticóide tópico com melhora clínica do espessamento conjuntival. A oncologia clínica, optou por vigilância ativa, sem indicação de tratamento adjuvante. Passado 36 meses de acompanhamento a paciente não apresentou recidiva do quadro.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



1: Pré-operatório. 2: Mitose atípica. 3: Pós-operatório.

DISCUSSÃO:

O adenocarcinoma é um subtipo epitelial maligno de tumor das glândulas lacrimais, sendo raro e com alta morbimortalidade.^{1 2} O tratamento clássico dos tumores malignos do saco lacrimal é a excisão completa do tumor e do sistema de drenagem lacrimal. Foi realizado extensa revisão bibliográfica e há poucos relatos na literatura desse tumor com localização na porção central da pálpebra, como apresentado nesse caso. Assim sendo, diagnóstico precoce e o acompanhamento clínico desempenham um papel fundamental na sobrevida dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Kanski JJ, Bowling B. Oftalmologia Clínica. 9. ed. São Paulo: GEN Guanabara K, 2023
- 2 - Shields JA, Shields CL. Primary epithelial malignancies of the lacrimal gland. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 2004;20:10-21

AMILOIDOSE ORBITÁRIA LOCALIZADA: RELATO DE CASO

Vivian Lumi Tsai

Thiago Lemos de Mattos

Ivana Lopes Romero Kusabara

José Vital Filho

Amiloidose orbitária localizada: relato de caso

Vivian Lumi Tsai, Thiago Lemos de Mattos, Ivana Lopes Romero Kusabara,
José Vital Filho

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

Amiloidose representa um distúrbio caracterizado pelo depósito extracelular de material amorfó de fibrilas amiloides em diversos tecidos. Pode ser classificada em doença isolada ou sistêmica a depender de sua extensão pelos diferentes órgãos; e primária ou secundária conforme sua etiologia. A amiloidose localizada se restringe ao depósito em apenas um órgão, sendo o envolvimento oftalmológico isolado raro. Sua apresentação é variável, em que os locais mais comumente acometidos são pálebras, conjuntiva, musculatura extraocular, glândula e saco lacrimais, e gordura orbitária. Descrevemos um caso de amiloidose orbitária localizada unilateral.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 59 anos, refere aparição de lesão palpável, indolor, em região medial de pálebra superior direita há 1 ano, com crescimento progressivo há 9 meses. Negava alteração de coloração de pele, diplopia ou outras queixas oftalmológicas ou sistêmicas. Ao exame oftalmológico, apresentava lesão palpável em região medial de pálebra superior, fibroelástica, de limites pouco precisos, indolor à palpação, sem sinais flogísticos associados. Apresentava acuidade visual de 20/20 em ambos os olhos, sem comprometimento da motilidade extrínseca. Biomicroscopia e fundoscopia de ambos os olhos não apresentavam alterações. Solicitada tomografia computadorizada (TC) de órbita para melhor avaliação topográfica da lesão, cujas imagens revelou lesão isodensa em região supero-nasal, irregular, sem acometimento de complexo muscular. Indicada orbitotomia medial superior direita com biópsia da lesão e análise anatopatológica, cujo resultado foi de tecido fibroadiposo, apresentando depósito amorf com positividade para coloração vermelho congo, sugestivo de amiloidose. Atualmente, paciente permanece em acompanhamento no setor da Órbita da Santa Casa de São Paulo, sem queixas atuais e sem acometimento sistêmico.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

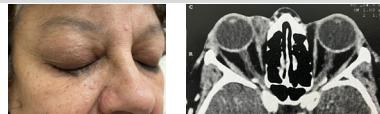


Fig 1 e 2 - Lesão em região medial de pálebra superior direita e sua imagem tomográfica

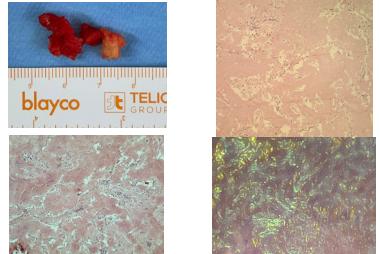


Fig 3, 5 e 6 - Aspecto macroscópico (Superior esquerda) e anatopatológico com coloração hematoxilina eosina (superior direita); vermelho congo sem luz polarizada (inferior esquerda); e vermelho congo com luz polarizada (birrefringência) (inferior direita)

DISCUSSÃO:

A amiloidose em sua forma localizada é rara, geralmente acometendo região de cabeça e pescoço. O envolvimento orbitário e/ou periorbitário corresponde a 4% desses casos, podendo ser uni ou bilateral. Sua apresentação clínica depende de sua localização, que pode envolver glândula lacrimal, músculos extraoculares, órbita anterior e espaço retrobulbar. Esse depósito de amilóide pode se apresentar com quadros de proptose, restrição de movimentação ocular, ptose palpebral e em casos mais severos, glaucoma secundário e neuropatia óptica. Em sua maioria, porém, apresenta-se como doença benigna. O diagnóstico é feito através de biópsia e análise anatopatológica, sendo a positividade com coloração vermelho congo e em especial, birrefringência (cor verde) sob luz polarizada, específica da doença. Recorrências e envolvimento sistêmico tardio podem ocorrer, assim, o seguimento tanto oftalmológico quanto sistêmico são importantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kadir et al. Periorcular and orbital amyloidosis: A case series study. / IP International Journal of Ocular Oncology and Oculoplasty 2023;9(1):30-36
2. Banerjee P et al. Orbital and adnexal amyloidosis: Thirty years experience at a tertiary eye care center. Indian J Ophthalmol. 2021 May;69(5):1161-1166

ANFOTERICINA B VIA CATÉTER INTRACONAL NO TRATAMENTO DA MUCORMICOSE ÓRBITO-RINO- CEREBRAL

Beatriz de Sá Mota

Diego Morais Gomes

Karen Regina Matins Soares

Renara Costa Tomaz

Anfotericina B via Catéter Intraconal no Tratamento da Mucormicose Órbito-Rino-Cerebral

Beatriz de Sá Mota, Diego Morais Gomes, Karen Regina Martins Soares, Renara Costa Tomaz
 Escola Cearense de Oftalmologia - ECO

INTRODUÇÃO

Neste relato de caso, apresentamos uma abordagem terapêutica alternativa no tratamento da Mucormicose Órbito-rino-cerebral grave: a administração da Anfotericina B Lipossomal via catéter intraconal. Exploramos a complexidade dessa grave infecção fúngica, discutindo os desafios e os resultados promissores dessa estratégia.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 45 anos, avaliado em emergência oftalmológica apresentando rinorrea, epistaxe, proptose, edema orbitário à direita e episódios febris recorrentes. No exame oftalmológico, apresentou acuidade visual com percepção luminosa ausente à direita, além de motricidade ocular reduzida. Diante da resistência ao uso de antibióticos e dos achados clínicos e de imagem, a hipótese de Mucormicose Órbito-Rino-Cerebral foi levantada e confirmada após desbridamento cirúrgico com coleta de material para análise histopatológica, que revelou a presença de Zygomicetos.

Foi submetido a nova abordagem cirúrgica para evisceração e desbridamento de conteúdo orbitário, sendo realizada lavagem da cavidade com Anfotericina B Lipossomal, na posologia de 1 mg/ml e em mesmo ato cirúrgico foi implantado catéter intraconal para irrigação diária do fármaco durante quatro semanas, além da sua administração por via endovenosa.

Após medidas terapêuticas descritas o paciente evoluiu com estabilização clínica e controle do processo infecioso, recebendo alta hospitalar e mantendo seguimento à nível ambulatorial.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1: Paciente ao ser admitido;
 Figura 2: Pós operatório após evisceração e desbridamento de tecido necrótico;
 Figura 3: Catéter Intraconal para irrigação diária de Anfotericina B Lipossomal;

DISCUSSÃO:

A Mucormicose Órbito-rino-cerebral é uma infecção fúngica grave e de alta letalidade, que exige uma abordagem terapêutica ágil e individualizada. Em casos graves e refratários, a exenteração orbitária, remoção de todo o conteúdo orbitário e estruturas adjacentes, acaba por se tornar uma opção.

O uso da Anfotericina B Lipossomal via cateter intraconal permitiu uma concentração mais alta e localizada do fármaco, minimizando os efeitos colaterais e otimizando os seus resultados, fazendo deste um testemunho do potencial benefício dessa abordagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Joos ZP, Patel BC. Intraorbital Irrigation of Amphotericin B in the Treatment of Rhino-Orbital Mucormycosis. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2017;33(1):e13-6.
2. Guimarães JA, Moura FC. Refractory rhino-cerebral mucormycosis treated with intraconal Amphotericin B. *Arq Bras Oftalmol*. 2022;85(1):77-81

CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO - A ESCOLHA DO TRATAMENTO NÃO CONVENCIONAL

Davi Araf

Thaís Pandim Borghi

Thiciiana Nader Bassitt

Carcinoma Adenóide Cístico – A escolha do tratamento não convencional

Davi Araf, Thaís Pandim Borghi, Thiciana Nader Bassitt
Hospital CEMA

INTRODUÇÃO

O carcinoma adenóide cístico é o tumor maligno de glândula lacrimal mais comum, sendo classificado como cribiforme, esclerosante, comedocarcinoma, tubular e basalóide, este que possui o pior prognóstico³. Mesmo sendo o tumor maligno de glândula lacrimal mais comum, esta ainda é uma afecção rara, obtendo uma taxa de mortalidade estimada em 5 anos de 50%, independentemente da forma de tratamento.^{1,2}.

RELATO DO CASO

RVP, 28 anos, sexo masculino, adentra no Hospital CEMA em 2017 com queixa de queda da pálpebra superior e tumoração na região lateral em olho direito há 02 meses. Ao exame oftalmológico apresentava ptose em S acompanhado de edema palpebral e proptose leve axial – inferior. Solicitada tomografia computadorizada de órbitas que evidenciava tumoração em topografia da glândula lacrimal, compatível inicialmente com adenoma pleomórfico de glândula lacrimal, dessa forma realizada biópsia incisional infra-superficial, que revelou no anatómopatológico: carcinoma adenóide cístico. No controle radiológico foi questionada a possibilidade de recidiva da tumoração, esta que foi confirmada pela ressonância magnética de órbitas, evidenciando neoplasia acompanhada de remodelamento e adelgaçamento do teto orbital, com insinuação a fossa craniana anterior e discreto realce meníngeo reacional. Em ação conjunta com a equipe da oncologia foi decidida a reabordagem cirúrgica, obtendo o diagnóstico anatómopatológico de carcinoma adenóide cístico. Descartada junto ao paciente a possibilidade de exenteração orbital, sendo optada a realização da radioterapia com intensidade modulada (IMRT) em região orbital direita no período de 2 meses, tendo como única consequência olho seco. O paciente continua em acompanhamento com ambas as equipes, oculoplástica e oncologia, para a realização de exames de imagem de controle, que evidenciam a completa remissão tumoral com a radioterapia em órbita direita.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1 e 2: nodulação com atenuação de partes moles, medindo até cerca de 30x15x25 mm em maiores eixos, lateralmente ao bulbo ocular direito, em topografia de glândula lacrimal.



Figura 3 e 4: formação nodular sólida orbitária, com persistência/recidiva lesionada de neoplasia, acompanhado de remodelamento e adelgaçamento/ruptura do teto orbital, com insinuação a fossa craniana anterior e discreto realce meníngeo regional.

DISCUSSÃO:

O paciente apresentado tinha como provável hipótese diagnóstica o adenoma pleomórfico de glândula lacrimal, mostrando no anatómopatológico um carcinoma adenóide cístico de glândula lacrimal e assim decidido pelas equipes da oculoplástica e oncologia, tratamento radioterápico com intensidade modulada (IMRT) com duração de 02 meses, apresentando total remissão tumoral em 4 anos de acompanhamento. Sabemos que o tratamento clássico nesse caso seria a exenteração orbital, porém o paciente não aceitou essa conduta e foi realizada a intervenção menos invasiva, com esclarecimento dos riscos e efeitos colaterais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Woo, K. I., Yeom, A., & Esmaili, B. (2016). Management of Lacrimal Gland Carcinoma: Lessons from the Literature in the Past 40 Years. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*, 32(1), 1–10. <https://doi.org/10.1097/IOP.0000000000000058>
- Zheng, Y., Li, H., Huang, C., Chen, L. W., Fuh, C. S., & Liao, S. L. (2019). Survival outcome of eye-sparing surgery for adenoid cystic carcinoma of lacrimal gland. *Japanese Journal of Ophthalmology*, 63(4), 344–351. <https://doi.org/10.1007/s10284-019-00671-w>
- Vital-José-Cruz, Antonio Schellini Silvana; Matayoshi Suzana; Figueiredo, Ana Nilo; Guilherme, (n.d.). Órbita Sistema lacrimal e Oculoplástica. In *Série Oftalmologia Brasileira- Conselho Brasileiro de Oftalmologia* (pp. 97–100).

CILIARY BODY LEIOMYOMA MIMICKING UVEAL MELANOMA

SOUZA, B.A.A.

Feijó, E.D.F.

Limongi, R.M.

Ramos, B.M.

Ciliary body leiomyoma mimicking uveal melanoma

Autor: SOUZA, B.A.A.; **Coautores:** Feijó, E.D.F., Limongi, R.M., Ramos, B.M.
Departamento de Oculoplástica da Universidade Federal de Goiás / CEROF/GO

INTRODUÇÃO

Ciliary body leiomyoma is a rare, benign tumor, to be of neural crest origin. Strictly unilateral, it has a predilection for women in the second to fourth decade of life and it shows slow growth. The golden standard to confirm the diagnosis is a pathological evaluation with immunohistochemical or electron microscopic studies.¹

RELATO DO CASO

A 34-year-old man was referred for evaluation of a ciliary body tumor in his left eye. The main complaint was low visual acuity in the left eye noted one month before. Visual acuity was counting fingers at 2ft. Slit-lamp biomicroscopy showed a significant mass touching the lens nasally (FIGURE 1). Indirect ophthalmoscopy revealed a vitreous hemorrhage and a large nasal brown ciliary body mass location superior and temporal to the optical disc. There was not a retinal detachment. The tumor's largest ultrasonographic basal dimension was measured to be 10x9 mm. The findings of ultrasonography and magnetic resonance imaging (MRI) were thought to be compatible with malignant melanoma of the left eye. Therefore, the left globe was enucleated and sent for pathologic examination. Histopathological examination provide a definitive diagnosis. Histopathology revealed intersecting fascicles of spindle-shaped cells (figure 2). Immunohistochemical stains for smooth muscle actin - SMA (figure 3), desmin (figure 4) and Ki 67 (figure 5), were positive. It was established the diagnosis of mesectodermal leiomyoma of the ciliary body.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figure 1: Slit-lamp examination showed an amelanotic tumor with temporal iridodiallysis which partially transmitted light.

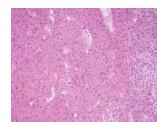


Figure 2: The spindleshaped cells

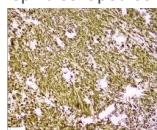


Figure 3: SMA

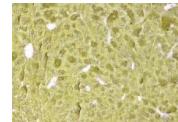


Figure 4: Desmin

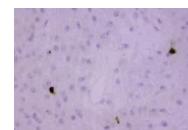


Figure 5: Ki 67

DISCUSSÃO:

Ciliary body leiomyomas occur predominantly in young females, although our patient was a young male (34 years old).¹ Blur vision is the most common symptom.¹ Leiomyomas can to present without clinical symptoms also like to uveal melanoma. Among several cases described, the correct diagnosis was only made after enucleation. It is consensus that pigmented ciliochoroidal mass clinically the same as large uveal melanoma will be treated by enucleation with the intent of saving life.^{1,2}

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tomar, A. S, Finger, P. T, Iacob, C.E. Intraocular leiomyoma: Current concepts. *Survey of ophthalmology* 2020: 65 (421-437)
2. Koletsas, T., Karayannopoulou, G., Dereklis, D., Vasileiadis, I., Papadimitriou, C. S., & Hytiogloiu, P. Mesectodermal leiomyoma of the ciliary body: Report of a case and review of the literature. *Pathology - Research and Practice*, 2009: 205(2), 125-130.

DOENÇA DE CASTLEMAN MULTICÊNTRICA COM ACOMETIMENTO ORBITÁRIO

Araújo, B.M.F.

Vergara, L.B.

Kusabara, I.L.R.

Vital Filho, J.

Doença de Castleman Multicêntrica com Acometimento Orbitário

Araújo, BMF; Vergara, LB; Kusabara, ILR; Vital Filho, J.
 Irmãndade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

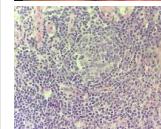
INTRODUÇÃO

A doença de Castleman, também denominada hiperplasia angiofolícular linfóide, hiperplasia ganglionar de células gigantes ou linforeticuloma, é uma doença linfoproliferativa rara, de causa e patogenia desconhecidos, caracterizada por crescimento maciço de tecido linfóide, hiperplasia folicular, proliferação vascular e plasmocitose.¹ Descreve um grupo de pelo menos quatro alterações que compartilham um espectro de características histopatológicas semelhantes, sendo as principais formas de apresentação unicêntrica ou multicêntrica. São descritos três tipos histológicos: hialino-vascular, variante plasmocitária e misto.² O envolvimento extranodal, como ocular ou orbitário é extremamente incomum, de forma que apenas poucos casos foram descritos na literatura, sobretudo na forma multicêntrica. A doença de Castleman apresenta uma ampla gama de etiologias, apresentações e tratamentos, e é necessário investigação clínica, laboratorial e histológica detalhada para o correto diagnóstico.³

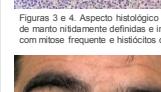
RELATO DO CASO

Sexo masculino, 50 anos, foi atendido no ambulatório de clínica médica da ISCMSP em 14/01/21, com queixa de cólica nefrética intermitente há 04 meses, associada a febre e sudorese noturna. Antecedente pessoal de hipertensão arterial sistêmica em uso de anlodipino e hidrocortisona, além de asma. 02 meses antes, havia sido atendido em outro serviço com a mesma queixa, onde foi realizada US de abdome e identificado nefrolitase, hidronefrose e linfonodomegalia abdominal. RM de abdome mostrou espessamento concêntrico de vias bilares extra hepáticas, lesões corticais no rim esquerdo, lesão ocupando a pelve renal e ureter até terço médio e múltiplas linfonodomegalias abdominais e pélvicas. PET TC realizado no mesmo serviço mostrou linfonodomegalias em cadeias cervicais, axilares, retroperitoneal, mediastinais, hilar pulmonar bilaterais e abdominais, além de espessamento das partes moles retro orbitárias a direita e lesão em segmento hepático. Foi realizada biópsia e imuno-histoenquímica de linfonodomegalia da curvatura gástrica maior e mesentérica, que teve como resultado hiperplasia linfóide reacional de padrão misto, rico em plasmocítos, compatível com linfadenite crônica inespecífica plasmocitária. Durante anamnese no ambulatório da clínica médica, devido achados do PET TC, o paciente foi questionado sobre antecedentes oftalmológicos, e relatou que apresentou uma lesão expansiva na região orbitária direita há 06 anos, que foi biopsiada e mostrou linfadenite crônica reacional inespecífica. A principal hipótese para o paciente foi de linfoma disseminado com envolvimento de múltiplos linfonodos, órbita, fígado e rins. Solicitada avaliação da hematologia, que indicou biópsia de medula óssea (normocelular e normomaturativa), revisão das láminas anteriores e avaliação da oftalmologia. Em maio de 2021 o paciente foi avaliado pela equipe de oftalmologia, relatando proposta a direita há cerca de 06 anos, aumento progressivo e sintomas de dor, hiperemia, sensação de corpo estranho e prurido ocular. Ao exame apresentava AVCC de 1,0 em ambos os olhos, edema em palpebras superior e inferior direita, proposta a direita com discreta distopia inferior, além de hiperemia conjuntival 2+4+ no olho direito, sem demais alterações (Figuras 1 e 2). Foi realizado TC de órbitas que mostrou tecido infiltrativo de provável natureza neoplásica comprometendo os planos musculoadiposos na órbita direita, promovendo exoftalmia assimétrica homolateral. Foram aventadas as hipóteses de linfoma da zona do manto órtitário ou doença do IgG4 e indicado orbitotomia lateral com biópsia. O estudo AP mostrou tecido fibroadiposo com infiltrado linfoplasmocítico e alguns centros germinativos atroficos, sugestivo de Doença de Castleman (Figuras 3 e 4). O perfil imunohistoenquímico associado ao quadro histológico foi compatível com doença de Castleman variante plasmocitária. A revisão das láminas da biópsia de linfonodomegalia da curvatura gástrica maior e mesentérica realizada anteriormente mostrou hiperplasia linfóide sugestiva de doença de Castleman. O perfil imunohistoenquímico aliado ao quadro histológico também foi compatível com Castleman. O paciente evoluiu com proposta a direita pós operatória (Figuras 5 e 6). Segue em acompanhamento pela equipe da órbita, que avalia futura correção da ptose e introdução de imunossupressor, equipe da hematologia e equipe da nefrologia pela doença renal crônica e nefrolitase.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figuras 1 e 2.
 Exame físico na admissão oculista.



Figuras 3 e 4. Aspecto histológico da lesão: atrofia do centro folicular/germinativo com zonas de manto nitidamente definidas e infiltrado linfoplasmocítico; centros germinativos polarizados, com mitose frequente e histiocitos com dendritos nucleares.



Figuras 5 e 6.
 Exame físico pós operatório.

DISCUSSÃO

A doença de Castleman é classificada como uma doença linfoproliferativa atípica, em conjunto com a linfadenopatia angioimunoblástica e as proliferações imunoblasticas policonais, está na fronteira entre as adenopatias reativas e os linfomas.¹ Acredita-se que há um processo de proliferação celular linfóide e que a origem mais provável é o estroma, especificamente a célula dendrítica folicular. Embora a IL-6 seja o impulsor da patogênese em alguns pacientes, a IL-6 não está universalmente elevada e aproximadamente metade dos pacientes não responde à inibição da IL-6.⁴ Pode se apresentar de forma unicêntrica, quando afeta apenas uma cadeia ganglionar, ou multicêntrica, quando acomete 2 ou mais cadeias ganglionares não contíguas associado a sintomas ou alterações laboratoriais inflamatórias. Histologicamente pode ser classificada como hialino vascular, plasmocitária ou mista.^{4,5} Envolvimento ocular ou anexial na doença de Castleman é extremamente incomum, principalmente homens entre 17 e 70 anos. As manifestações clínicas dependem da localização das lesões, sendo a proposta o quadro clínico inicial mais comum na sua forma orbitária.³ Geralmente se apresenta na forma unicêntrica e o quadro clínico é mais leve.³ Cerca de 90% dos casos de doença de Castleman orbitária são do tipo hialino vascular, que são assintomáticos, restritos ao espaço orbitário intra ou extracranial, sem envolvimento sistêmico e raramente associados a linfoma.³ O paciente apresentou um quadro diferente do que é descrito na literatura, já que manifestou a doença na forma multicêntrica e com amplo envolvimento sistêmico. O padrão ouro para o diagnóstico é a biópsia excisional e análise histopatológica. Diagnósticos diferenciais incluem lesões sólidas orbitárias, lesões metastáticas e linfoproliferativas; doença orbitária inflamatória idiopática; doenças relacionadas ao IgG4, infecção pelo *epstein barr* vírus e pelo herpes vírus tipo 8.³⁻⁵ O tratamento inclui excisão cirúrgica, quimioterapia adjuvante e radioterapia, seguindo algumas terapias padrão para doenças linfoproliferativas. Na forma multicêntrica muitas vezes é necessário associar corticosteroides. O seguimento clínico e radiológico é necessário, visto que há potencial de malignização.^{4,5}

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Leitão S, Santos R, Jesus F, et al. Doença de Castleman. *Medicina interna*. 1996; 3(4):223-229.
- Castleman B, Iverson L, Menendez VP. Localized mediastinal lymphnode hyperplasia resembling thymoma. *Cancer*. 1956;9(4):822-830.
- Goldberg R, Raut A, Agarwal A, et al. A rare presentation of orbital Castleman's disease. *Case Reports in Ophthalmology and Medicine*. 2020. Article ID 1012758, 4 pages.
- Fagenbaum A, et al. Overview of Castleman disease. *Blood*. 2020;135(16):1353-1364.
- Rhee F, Voorhees P, Dispneri A, et al. International, evidence-based consensus treatment guidelines for idiopathic multicentric Castleman disease. *Blood*. (2018) 132 (20): 2115-2124.

ESTRABISMO POR TRAUMA VEGETAL DEVIDO A LACERAÇÃO DE RETO MEDIAL: RELATO DE CASO

Francielle G. Viana

Leonardo Nicioli

Rodolfo Cascão

Davi Araf

Estrabismo por Trauma Vegetal devido a Laceração de Reto Medial: relato de caso

Francielle G. Viana; Leonardo Nicioli; Rodolfo Cascão; Davi Araf
Hospital Cema

INTRODUÇÃO

A ocorrência de um trauma ocular é uma importante causa de morbidade oftalmológica no mundo. A gravidade do trauma dependerá do acometimento das estruturas oculares envolvidas podendo levar a catarata, estrabismo e complicações graves como amaurose.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Tc corte axial pré operatório



Tc corte coronal pré operatório



Extenso corpo estranho



Retirada do corpo estranho



Identificação do caule de roseira



Pós operatório imediato

RELATO DO CASO

Paciente sexo masculino, 47 anos, procurou atendimento em nosso serviço com história de trauma em olho direito por caule de roseira, após queda da própria altura. Após o trauma, queixou-se de dor e diplopia, com relato de sangramento no momento do traumatismo. Ao exame, a acuidade visual sem correção era 20/20 parcial em olho direito e 20/20 no olho esquerdo. Os reflexos fotomotor direto e consensual estavam preservados. Na análise da motilidade extrínseca, o paciente apresentava restrição de elevação, depressão de 1+ e de adução de 3+ em olho direito. Biomicroscopia: laceração em conjuntiva medial, com presença de extenso corpo estranho. Fundoscopia sem alterações. Realizada tomografia de órbitas que demonstrou imagem heterogênea linear, localizada adjacente ao músculo reto medial do olho direito. No intraoperatório observou-se impactação local de fragmento de vegetal entre o bulbo ocular e a parede medial da órbita, envolvendo região caruncular, com rotura do músculo reto medial, concomitante à laceração da cápsula de Tenon e conjuntiva bulbar, somado ao ferimento cortocontuso em terço medial de pálpebra superior direita.

DISCUSSÃO:

Nos traumatismos oculares com corpos estranhos retidos no segmento anterior, a abordagem precoce, em tempo hábil, é um fator decisivo na restauração anatômica e da acuidade visual, minimizando o risco de sequelas. Nesse tipo de trauma deve-se, inicialmente ao tratamento, realizar pesquisa por imagens que permitam a correta localização e dimensionamento do corpo estranho. Assim sendo, realizar a programação cirúrgica de forma que o desvio ocular seja corrigido e o dano à visão, revertido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Landó L, Oliveira T, Rezende JV. Ruptura de músculo reto inferior por trauma orbitário. In: Rev. Bras. Oftalmol; 76, 1, 2017.
- 2 - Junior ASC, et al. Fratura de órbita por queda de cavalo e correção de estrabismo. In: Rev. Bras. Oftalmol; 69, 3, 2010.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO CASOS DE SCHWANNOMA ORBITÁRIO EM HOSPITAL TERCIÁRIO REFERÊNCIA EM ÓRBITA NA CIDADE DE SÃO PAULO

Adriana Geremias Toni

Marcela Mara Silva Freitas

Ivana Lopes Romero-Kasubara

José Vital Filho

Estudo epidemiológico casos de Schwannoma orbitário em Hospital terciário referência em órbita na cidade de São Paulo

Adriana Geremias Toni, Marcela Mara Silva Freitas, Ivana Lopes Romero-Kasubara, José Vital Filho
 Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

O Schwannoma é um tumor descendente da crista neural originado na bainha do nervo periférico, a partir das células de Schwann. Sua incidência corresponde a 1% dos tumores orbitários, com distribuição similar entre homens e mulheres, já tendo sido descrito em pacientes de 19 a 73anos. Está relacionado com neurofibromatose em 1,5% dos casos. O objetivo do estudo foi analisar os casos de Schwannoma em Hospital terciário referência em órbita na cidade de São Paulo, no período de 2015 a 2023.

RELATO DO CASO

Foram avaliados prontuários de janeiro de 2015 a julho de 2023, nos quais foram encontrados 10 casos de Schwannoma orbitário. Dos 10 casos apresentados 7 foram do sexo feminino e 3 masculino e idades que variaram de 11 a 59 anos (média 37,5). Em todos os casos os pacientes foram submetidos a biópsia e em 3 deles complementados com imuno-histoquímica, dos quais 2 apresentaram proteína S100 positiva e todos apresentaram Desmina e CD34 negativos. A acuidade visual corrigida dos paciente na primeira consulta foi variável (sem percepção luminosa a 1,0). Em relação a queixa inicial, 3 pacientes relataram proptose, 1 deles apresentou diplopia, 4 apresentaram lesão periorbitária e 2 foram achados de exame, sem sintomas. De antecedentes pessoais 1 paciente apresentou neuralgia do trigêmeo, 3 pacientes com hipertensão arterial e 1 paciente com hepatite B. Nenhum dos casos avaliados tiveram associação com neurofibromatose.

FIGURAS

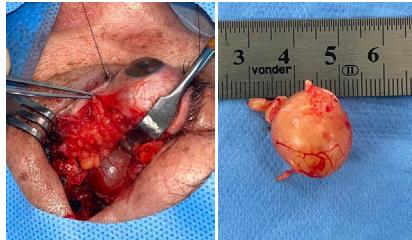


Figura 1 - Imagem do intraoperatório de orbitotomia lateral e biópsia de lesão em órbita esquerda. Anatomopatológico Schwannoma.

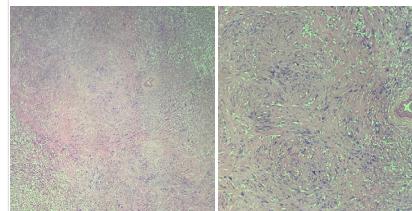


Figura 2 - Imagem evidenciando análise histológica após orbitotomia lateral e biópsia de lesão em órbita esquerda. Anatomopatológico Schwannoma.

DISCUSSÃO:

Os schwannomas benignos são bem definidos, geralmente excêntricos ao nervo de origem, podendo apresentar diferentes padrões de distribuição das células fusiformes de Schwann, linfócitos, macrófagos, calcificações. Apesar da baixa incidência, é importante entrar nos diagnósticos diferenciais das tumores orbitários, correlacionando a queixa, tempo de evolução e dados epidemiológicos, sendo possível a elucidação e condução do caso de forma adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chen M H, Yan J H. Imaging characteristics and surgical management of orbital neurilemmomas. *Int J Ophthalmol*. 2019;12(07):1108-1115.
- Kurtkaya-Yapıcıer O, Scheithauer B, Woodruff J M. The pathobiologic spectrum of Schwannomas. *Histol Histopathol*. 2003;18(03):925-934.
- Pointtujour-Lim R, Lally S E, Shields J A, Eagle R C, Jr, Shields C L. Orbital schwannoma: radiographic and histopathologic correlation in 15 cases. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2018;34(02):162-167.

LINFOMA PRIMÁRIO INTRACÔNICO DE NERVO ÓPTICO

Márcia Cristina Todo

Julie Anne Gonçalves de Carvalho

Mariana Nadais Aidar

Antônio Augusto Velasco e Cruz

Linfoma primário intracônico de nervo óptico

Márcia Cristina Todo, Julie Anne Gonçalves de Carvalho, Mariana Nadais Aidar, Antônio Augusto Velasco e Cruz
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

INTRODUÇÃO

Os tumores primários mais comuns de nervo óptico são o meningioma nos adultos e o glioma na infância.¹ Contudo, outras lesões orbitárias também podem acometer o nervo óptico dentre elas estão a inflamação orbitária idiopática, sarcoidose, tuberculose e linfoma.² Linfoma de células B com envolvimento primário do nervo óptico orbitário é raro, sendo este caso aparentemente o primeiro descrito na literatura.^{2,3,4}

RELATO DO CASO

Paciente sexo feminino, 77 anos, apresentando quadro progressivo de proptose em olho esquerdo (OE) há 14 meses. Antecedente oftalmológico de edema macular diabético em olho direito. Ao exame oftalmológico: acuidade visual 20/100 e 20/40. Exoftalmometria 18/24 mm, distopia superior e redução da dextroversão e infraversão do OE. À biomicroscopia anterior: discreta hiperemia e quemose OE. Ressonância magnética (RM) de órbitas apresentou uma lesão intracônica inferomedial em órbita esquerda acometendo o nervo óptico. Tomografia por emissão de prótons (PET-CT) evidenciou atividade metabólica anormal apenas em topografia da lesão. As análises histopatológica e imuno-histoquímica da lesão favoreceram o diagnóstico de neoplasia linfoproliferativa B do tipo linfoma extranodal da zona marginal, Ki-67 <20%. Diante do diagnóstico, o tratamento proposto foi 6 ciclos de R-HCVAD (rituximabe, ciclofosfamida, vincristina, dexametasona doxorrubicina). A paciente evoluiu com melhora completa da sintomatologia de quemose, hiperemia e proptose após o 3º ciclo de quimioterapia.

FIGURAS

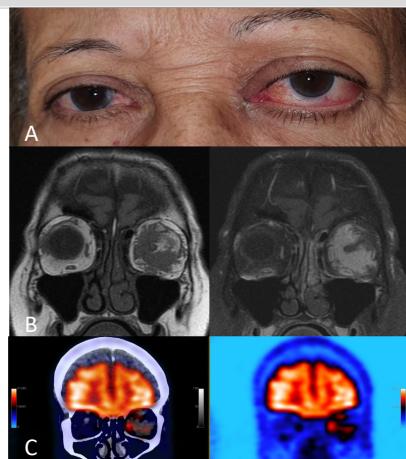


Figura 1. A. Proptose OE; B. Lesão inferomedial de órbita esquerda acometendo NO em T1 de RM pré e pós contraste; C. Atividade metabólica alterada apenas na lesão orbitária PET-CT

DISCUSSÃO

Linfoma de células B representam 97% dos linfomas orbitários dentre os quais, o tipo mais comum é o extranodal da zona marginal (56%) e a localização mais comum é extraconal (72%). A localização intraconal é de apenas 8% e o acometimento primário do nervo óptico é incomum.⁵ Na literatura estão descritos cinco casos de linfoma com envolvimento primário do nervo óptico, contudo todos com acometimento de quiasma e/ou trato óptico.^{2,3,4}

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Cantore WA. Neural orbital tumors. Current Opinion in Ophthalmology 2000; 11:367–371.
- [2] Kim JL, et al. Optic Nerve Lymphoma. Report of Two Cases and Review of the Literature. Surv Ophthalmol. 2015 ; 60(2): 153–165.
- [3] McCormack E, et al. Lymphoma of the Optic Apparatus in an Immunocompetent Patient: A Case Report and Review of the Literature. World Neurosurg. (2019) 127:269–274.
- [4] Kline LB, et al. Lymphomatous optic neuropathy. Arch Ophthalmol. 1984;102: 1655-1657.
- [5] Olsen TG, et al. Orbital Lymphoma. Survey of Ophthalmology (2018).

LIPOSSARCOMA ORBITÁRIO EM TOPOGRAFIA DE LIPOMA PRÉVIO

Natália A. L. Dias

Fernanda G. Pezzini

Erika Hoyama

Carlos A. F. Sampaio

LIPOSSARCOMA ORBITÁRIO EM TOPOGRAFIA DE LIPOMA PRÉVIO

Natália A. L. Dias, Fernanda G. Pezzini, Erika Hoyama, Carlos A. F. Sampaio
Hospital de Olhos de Londrina

INTRODUÇÃO

Lipossarcoma orbitário é um tumor maligno raro originado das células adiposas presentes na órbita. O diagnóstico é baseado em imagens e biópsia. O prognóstico varia de acordo com o subtipo. O tratamento de escolha é sempre cirúrgico, porém, visto o padrão infiltrativo, apresenta alto índice de recorrência, podendo associar radioterapia adjuvante.

RELATO DO CASO

Paciente RBK, feminino, 60 anos. Há 5 anos apresentou proptose associada a ptose completa a direita por lesão expansiva em cavidade orbitária direita identificada por meio de tomografia computadorizada (TC) (fig 1a). Apresentava visão (AV) de 0,7 a direita e 0,8 a esquerda. Em junho/2017, foi submetida a uma ressecção tumoral em órbita direita e anatomo patológico compatível com lipoma. Foi acompanhada periodicamente sem mudança nos padrões de imagem. Em setembro/2022, evoluiu com piora da proptose, baixa de AV (OD 0,2 e OE 0,7), e dor em topografia orbitária a direita. A TC revelou piora da exoftalmia, espessamento dos planos gordurosos e do complexo muscular superior orbitário a direita (fig 1b). Visto mudança dos padrões e piora clínica, foi submetida a nova biópsia e imuno-histoquímica compatível com lipossarcoma bem diferenciado. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico - exenteração a direita. A mesma segue em acompanhamento com equipe de oncologia clínica. Iniciou radioterapia local em agosto/2023 e permanece sem evidências de doença a distância.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Fig. 1a



Fig. 1b

Fig. 1 TC de Crânio (a) 2021 (b) 2022

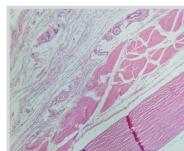


Fig. 2a

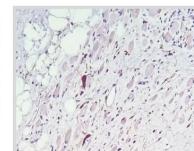


Fig. 2b

Fig. 2 (a) Tecido adiposo alterado infiltrando em feixes de músculo, sugestivo do reto superior. (HE, x40). (b) Positividade nuclear para MDM2. (x100)

DISCUSSÃO:

O diagnóstico inicial de lipoma que se manteve estável por anos e evoluiu para lipossarcoma bem diferenciado, resalta a importância de monitorização assim como considerar o lipossarcoma a frente de massa orbital recorrente quando a patologia mostra continuamente tecido fibrogorduroso inespecífico com alterações inflamatórias. A exenteração orbitária é o tratamento de escolha por se tratar um lipossarcoma de padrões infiltrativos, quimio e radio resistente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Qahtani AA, Al-Hussain H, Chaudhry I, El-Khamary S, Alkatan HM. Primary orbital liposarcoma: histopathologic report of two cases. Middle East Afr J Ophthalmol. 2011
Mridha AR, Sharma MC, Sarkar C, Suri V. Primary liposarcoma of the orbit: a report of two cases. Can J Ophthalmol. 2007;42(3):481-3

OFTALMOMIÍASE ORBITÁRIA EXTENSA: RELATO DE CASO

Kenzo S. Tomishige

Ana Áurea V. B. P. Hilarião

Eugênia D. A. Langella

José Vital Filho

Oftalmomiíase orbitária extensa: relato de caso

Kenzo S. Tomishige¹; Ana Áurea V. B. P. Hilário¹; Eugênia D. A. Langella¹; José Vital Filho¹

1. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

A miíase trata-se da infestação de tecidos vivos por larvas de diversas espécies de moscas, especialmente *Oestrus ovis* as quais crescem ao consumir tais tecidos de seus hospedeiros.¹ A incidência é cosmopolita, com predileção por pacientes com feridas abertas ou infectadas, idade avançada, e sobretudo sob condições de saúde, cuidado e higiene precárias.^{1,2} O tratamento consiste desde a remoção mecânica da larva, limpeza local até a administração de antiparásitários, de acordo com a localização e extensão do quadro.^{2,3}

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 72 anos, hipertenso, veio encaminhado por equipe multidisciplinar ao pronto-socorro oftalmológico da Santa Casa de São Paulo apresentando história de lesão facial com objeto de madeira há aproximadamente um ano associado à lesão tecidual à direita. A equipe do serviço de origem também referia intervenção da assistência social e polícia para internação compulsória devido ao quadro clínico além de tratamento com ivermectina, metronidazol e ceftriaxona. À ectoscopia, notava-se região orbitária direita com extensa lesão tecidual aberta, mal delimitada com difícil avaliação das estruturas oculares e presença de múltiplas larvas. Ao exame oftalmológico à esquerda, paciente apresentava acuidade visual de 20/30, e tanto biomicroscopia quanto fundoscopia sem alterações. O paciente então foi submetido à remoção copiosa mecânica de larvas, limpeza e troca de curativo. Por fim, paciente foi encaminhado ao departamento de cabeça e pescoço para avaliação.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Figura 1: Ectoscopia do paciente ilustrando lesão aberta e extensa em região orbitária direita.



DISCUSSÃO:

Apesar de a miíase ser uma enfermidade de certa frequência, não se pode negar que ela retrata um quadro de negligência e pouco acesso a condições básicas de higiene e saneamento. O caso descrito evidencia quadro avançado em que o conteúdo orbitário fora praticamente todo consumido pelos parasitas. Sendo assim, é de extrema importância o fortalecimento de políticas de saúde pública, visto que tal enfermidade pode ser facilmente prevenida e tratada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. G. S, A. M, S. H, et al. External Ophthalmomyiasis which was Caused by Sheep Botfly (*Oestrus ovis*) Larva: A Report of 10 Cases. *J Clin Diagn Res JCDR* 2013;7:539–542.
2. Pather S, Botha LM, Hale MJ, Jena-Stuart S. Ophthalmomyiasis Externa: Case Report of the Clinicopathologic Features. *Int J Ophthalmic Pathol* 2013;2.
3. Seider MI, Chen MC, Stewart JM. "Lines across my vision". Posterior ophthalmomyiasis interna. *JAMA Ophthalmol* 2013;131:1086–1087.

ORBITAL MYELOID SARCOMA - A CASE REPORT

Dr. Cecil Dominowski

Prof. Dr. Allan Pieroni

Dra. Ana Luiza Hanania

Dra. Aline Cândido

Orbital Myeloid Sarcoma – A Case Report

Dr. Cecil Dominowski, Prof. Dr. Allan Pieroni, Dra. Ana Luiza Hanania, Dra. Aline Cândido
Faculdade de Medicina do ABC

INTRODUÇÃO

Myeloid sarcoma (MS), or granulocytic sarcoma, is a tumoral lesion characterized by immature granulocytic series cells, also known as chloroma due to its greenish colour^{1,2}. MS are rare extramedullary manifestation of Acute Medullar Leukemia (AML) with a 2.5 - 8% incidence, presenting its most common location the orbital site in pediatric population^{3,4}. In case of orbital location, bilateral proptosis is slightly more frequent than unilateral proptosis⁵.

Orbital MS report cases are mostly associated with a high misdiagnosis rate, as isolated orbital MS exhibited clinical features that mimicked other conditions⁶⁻¹¹. Most childhood orbital tumors are benign unilateral diseases, but about 5 - 10% of the malignant ones, rhabdomyosarcoma is the most common, characteristically unilateral¹²⁻¹⁵.

This case report shows a bilateral simultaneous orbital MS in a 4-year old patient as a first sign of AML. Although MS is a rare finding among orbital tumors, when a bilateral tumor it becomes a major diagnostic consideration, being crucial to early diagnosis and treatment of AML.

RELATO DO CASO

A caucasian previously healthy 4-year old male patient developed a right earache along unspecific malaise without improvement with antibiotic therapy. After 7 days, a right facial palsy and bilateral painless proptosis appear, being admitted to Maria Covas Hospital for further investigation and treatment. Laboratory examination demonstrated bicytopenia with peripheral blasts, and MRI showed expansive formations on both orbits, infratemporal fossae, pterygopalatine fossae, and anteriorly to S2 and S3. Myelogram is collected presenting over 50% of blasts, CD117, CD34 and CD19 positive, confirming the diagnosis of AML with bilateral orbital, cranial and medullar MS. The ophthalmic evaluation performed on the first day of admittance demonstrated important bilateral proptosis, worst on the left, with venous palpebrae engorgement, incomplete ocular closing, virtually absent extrinsic ocular mobility and conjunctival hyperemia. The patient denied visual impairment or diplopia, presented good stereopsis, the pupil was round, reactive and regular, with no relative afferent defect on both sides. (Figure 1). The patient evolved to a worsening of the left proptosis and dense chemosis. Fundus exam realized under sedation was normal. Visual acuity was maintained, as well the absence of pain. The left eye inferior chemosis start to worsen to fold over itself and over the lower eyelid, along increase of superior conjunctival hyperemia and a new linear inferior perlimbal corneal lesion, related to the step between the cornea and the conjunctival lesion, as well the incomplete eye closing. (Figure 2). A biopsy was suggested, but as the patient evolved to important thrombocytopenia and leukopenia, the conservative treatment was maintained due to infection and hemorrhage risks.

After the introduction of chemotherapy, the clinical and ophthalmological conditions started to improve drastically, with the proptosis and chemosis rapidly regressing over the first 48 hours of intravenous treatment. The bloodwork presented a substantially improvement of blasts and the ocular mobility began to return to normality. (Figure 3).

A new myelogram is collected after 15 days of chemotherapy with minimal residue disease of 0,2%, discharging the patient to continue the therapy at home. After numerous readmissions for inductive and intensification protocols, a haploidential hematopoietic stem cells transplant (HHSCT) is successfully performed after 5 months of the first signs of disease, showing remission after 5 months of HHSCT (Figure 1).

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICO



Figure 1: bilateral proptosis



Figure 2: inferior chemosis



Figure 3: after 5 days o



Figure 4: ectoscopy after 5

DISCUSSÃO:

MS originates in bone marrow and can spread through the Haversian canals, collecting in soft tissues and sub-periosteum sites forming a tumoral mass¹⁸. The most frequent manifestation of direct orbital infiltration is proptosis, with other possible signs and symptoms being chemosis, lid edema, intra-retinal or choroid hemorrhages, diplopia, loss of sight, palsies of extraocular muscles and papilledema¹². The proptosis is related to direct infiltrate of orbital soft tissues, venous blockage, retrobulbar hemorrhages and/or muscle infiltration¹⁸.

Some orbital MS report cases have been described, most being initially associated with a high misdiagnosis rate, as isolated orbital MS exhibited clinical features that mimicked inflammatory or lymphoproliferative diseases⁶⁻¹¹. Most childhood orbital tumors are unilateral, as the most frequent benign conditions like dermoid cysts, capillary hemangioma, lymphangioma and optic nerve glioma normally affect one single orbit^{12,13}. About 90 - 95% of orbital masses of pediatric population that come to biopsy has shown benign histopathologic findings, and the 5 - 10% that are malignant, rhabdomyosarcoma is the most common disease, invariably unilateral^{12,13}. The main causes of bilateral orbital masses in children are idiopathic non-granulomatous orbital

masses in children are idiopathic, non-granulomatous orbital inflammation, metastatic neuroblastoma, and MS^{14,15}. Therefore, when facing an orbital mass in children, the ophthalmologist must evaluate a number of conditions and variations to accomplish a proper diagnosis. Although MS is an uncommon orbital tumor, in setting of bilateral disease it becomes a major, perhaps the first diagnostic consideration, even without any signs of leukemia, as it may be the first sign of this neoplasia. Our reported patient is a 4-year-old male child that presented an acute bilateral proptosis associated with a number of unspecific initial signs and symptoms that promptly regressed after the introduction of chemotherapy, leaving no severe consequences. This example shows the importance of undergo evaluation of AML in any child with orbital mass, particularly if bilateral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Pier GA, Aspasia S, Cox MG, Compelli C, Bacal P, Piccaluga PP, Agostinelli C, Ascoli S, Novelli D, Bagnoli M, Portaleti G, Cambi A, Rinaldi P, Frisoni V, Delleri P, Jir J, Gaspari R, Fallai B, Ziccani P, Bacarini M. Myeloid sarcoma: clinicopathologic, phenotypic and cytogenetic analysis of 92 adult patients. *Lymphoma* 2001; 21: 340-412.

[2] Kasahara S, Tsurumi H, Tera H, Goto M, Wanai H. Idiopathic myelofibrosis developing into a large granulocytic sarcoma with der (17)t(10;10) after splenectomy and finally transforming into acute myelogenous leukemia. *Leuk Lymph* 2003; 39: 427-433.

[3] Ries L, Bierbaum G. Contributions to the surgical anatomy of the head and neck. *Edinburgh: Thomas Ross*. 1911; pp. 1-100.

[4] Dusenberry KE, Howells WB, Arthur DC, et al. Extramedullary leukemia in children with newly diagnosed acute myeloid leukemia: a report from the children's cancer group. *J Pediatr Hematol Oncol* 2003; 25(10):760-8.

[5] Shields JA, Strober G, Marr BP, et al. Bilateral orbital myeloid sarcoma as initial sign of acute myeloid leukemia. *Am J Ophthalmol* 2003; 145(2):248-51.

PARALISIA DO NERVO OCULOMOTOR E PTOSE SÚBITA COMO PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES DE ANEURISMA SACULAR GIGANTE DA CARÓTIDA INTERNA

TEIXEIRA S.P.N.

OCHIUTO A.S.

FRANTZ K.A.

PARALISIA DO NERVO OCULOMOTOR E PTOSE SÚBITA COMO PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES DE ANEURISMA SACULAR GIGANTE DA CARÓTIDA INTERNA

TEIXEIRA SPN¹; OCHIUTO AS¹; FRANTZ KA¹
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)¹

INTRODUÇÃO

O nervo oculomotor possui uma das mais complexas vias eferentes do sistema visual. Devido ao seu longo trajeto intracraniano e sua íntima relação com estruturas vasculares, é suscetível à lesão tanto por ressecção quanto por compressão.

O presente caso clínico, descreve uma paciente com paralisia aguda de nervo oculomotor com quadro de ptose súbita e que apresentou rápido diagnóstico de aneurisma sacular gigante da artéria carótida interna e evoluiu com bom prognostico.

RELATO DO CASO

Paciente, 65 anos, sexo feminino, comparece ao Pronto Socorro Oftalmológico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) com queixa de ptose súbita à esquerda com um dia de evolução. Associado ao quadro refere dor leve em região frontal e periorbital à esquerda. Sem outras queixas associadas, nega traumatismos. História pregressa de hipertensão arterial sistêmica, em uso de Losartana. No momento, acuidade visual 20/25 e 20/50, reflexo fotomotor direto e consensual preservados. Ao exame físico à esquerda, apresentava: ptose palpebral, exotropia 150 (Imagem 1), limitação discreta da adução, supradução e infradução, indicando paresia do III par craniano à esquerda.

Iniciada a propedéutica, foi solicitada tomografia computadorizada de crânio e órbitas, realizada sem contraste, por alergia referida a iodo. Identificou-se lesão sólida em sela turcica, sem aspecto infiltrativo - imagem pouco satisfatória, com demanda de ampliar a propedéutica. Realizada, então, ressonância magnética, que evidenciou lesão no seio cavernoso esquerdo, tornando aneurisma trombosado uma possívelidade diagnóstica. À imagem, lesão expansiva de baixo ou alto grau de agressividade é menos provável (Imagens 2 e 3). Por conseguinte, procedeu-se com arteriografia cerebral, carótidea e vertebral bilateral, que ratificou aneurisma sacular gigante do segmento intracavernoso da artéria carótida interna esquerda, com orientação anterior.

A paciente evoluiu com ptose sustentada de olho esquerdo e mantém restrição na movimentação ocular. O quadro foi acompanhado pelas equipes de Oftalmologia e Neurolologia clínica e cirúrgica, que contraindicaram a microcirurgia pela dificuldade técnica e também pela pequena chance do aneurisma se romper, uma vez que se encontra 90% trombosado e dentro do seio cavernoso. Porém, como a paciente permanece com ptose palpebral total à esquerda foi sugerida a cirurgia via endoscópica, que não se encontra disponível no serviço no momento, para tentativa de descompressão do oculomotor e melhora da sintomatologia. O procedimento foi realizado em serviço externo, com melhora parcial da ptose. Mantém-se o acompanhamento ambulatorial.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Imagem 1: Paciente à admissão com ptose unilateral.

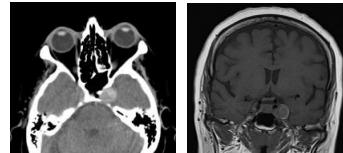


Imagem 2 e 3: RNMs. Lesão extra-axial 1,8 x 1,5 x 1,4cm (LxCxH) no seio cavernoso esquerdo, em contato com a porção lateral da sela turcica, sem plano de clivagem evidente com a adenóipofise e com o segmento cavernoso da artéria carótida interna (ACI) ipsilateral, com calibre razoavelmente preservado e sinal usual.

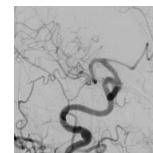


Imagem 4: Arteriografia cerebral, carótidea e vertebral bilateral. Aneurisma sacular do segmento intracavernoso da ACI esquerda. Pode ser que seja a parte não trombosada do aneurisma.

DISCUSSÃO:

Lesões do oculomotor podem estar localizadas em diferentes pontos de seu trajeto. O espectro de doenças que podem envolvê-lo é bastante amplo e o diagnóstico diferencial considera diversos fatores. Os métodos de imagem são, assim, de alta importância na investigação diagnóstica e no planejamento de condutas conseguintes. É importante o conhecimento da anatomia assim como da fisiologia e das patologias que acometem o nervo oculomotor. As interpretações dos exames de neuroimagem contribuem significativamente para o diagnóstico das lesões (7). A correlação clínica dos achados oftalmológicos é essencial na localização inicial da lesão, na conduta e no prognóstico. Sendo assim, diante de um paciente com paralisia aguda do nervo oculomotor é imprescindível ao oftalmologista estar atento para os possíveis diagnósticos, no reconhecimento do caráter etiológico, permitindo, assim, um rápido tratamento e evitando possíveis complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Horiochi T, Kyoshima K, Oya F, Kobayashi S (1997) Fenestrated oculomotor nerve caused by internal carotid-posterior communicating artery aneurysm: case report. *Neurosurgery* 40(2):397-398, discussion 398-399
- Engelhardt, J., Berge, J., Cuny, E., & Penczet, G. (2015). Oculomotor nerve palsy induced by internal carotid artery aneurysm: prognostic factors for recovery. *Acta Neurochirurgica*, 157(7), 1103-1111. doi:10.1007/s00701-015-2440-2
- Keane, J. R. (2010). Third Nerve Palsy: Analysis of 1400 Personally-examined Inpatients. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 37(05), 662-670. doi:10.1017/s0317167100010866

RELATO DE CASO: LINFOMA ORBITÁRIO DE BURKITT

Hanny R. Q. Chen

Vivian L. Tsai

Ivana L. R. Kusabara

José V. Filho

Relato de Caso: Linfoma Orbitário de Burkitt

Hanny R. Q. Chen, Vivian L. Tsai, Ivana L. R. Kusabara, José V. Filho
Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

As principais patologias que acometem a órbita em ordem decrescente são: orbitopatia de Graves, doença linfoproliferativa e doença inflamatória idiopática. O linfoma corresponde a cerca de 10% dos tumores primários da órbita e o comprometimento orbital por linfoma sistêmico ocorre em apenas 1,5% dos casos. O linfoma de Burkitt (LB) é uma neoplasia de células B altamente agressiva, caracterizada pela translocação e desregulação do gene c-myc no cromossomo (1). Existem três formas clínicas de LB: endêmica, esporádica e associada à imunodeficiência humana.(2) A órbita não é um sítio frequente e este trabalho objetiva descrever um caso de LB com acometimento orbital associado a imunodeficiência.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1 - Versões oculares e redução global da motilidade ocular do olho esquerdo na entrada



Figura 2 - Foto de perfil evidenciando proptose e ptose

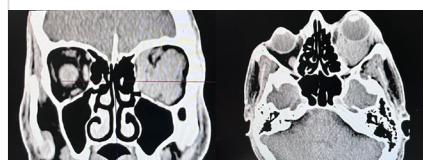


Figura 3 - Tomografia de órbita evidenciando massa tumoral em cavidade orbital esquerda gerando efeito de massa e proptose. (Corte coronal à esquerda e Corte axial à direita)

RELATO DO CASO

Homem, 41 anos, branco, natural, procurou o pronto socorro oftalmológico com queixa de proptose do olho esquerdo (OE) há 1 semana, associado a diplopia há 3 semanas. Negava comorbidades. Paciente referiu também história de diarreia, perda de 20 quilos em 1 mês sem outras causas associadas, além de sudorese e febre intermitente. Ao exame oftalmológico apresentava proptose, ptose, e restrição global de motilidade ocular à esquerda, além de massa palpável em região de rebordo superior e inferior (Fig.1 e 2). Paciente não apresentava dor, baixa acuidade visual e alterações à fundoscopia. Ao exame físico apresentava linfonodomegalia axilar, hepatosplenomegalia e massa infraclavicular. Foi optado pela internação hospitalar, solicitado tomografia da crânio e órbitas, sorologias, exames de sangue e realizada biópsia da massa orbital. Durante internação paciente apresentou agitação psicomotora, taquicardia, edema de membros inferiores, piora da proptose e redução da acuidade visual. Os exames evidenciaram: HIV positivo; VDRL, HBsAg e HCV negativos. A tomografia evidenciou lesão com efeito de massa (Fig. 3). O resultado da biópsia apresentou perfil imunohistoquímico e quadro histológico compatível com Linfoma de Burkitt. Duas semanas após, paciente apresentou piora dos sintomas e sinais vitais (síndrome de lise tumoral), hipotensão e choque, com necessidade de leito de UTI e evoluindo a óbito.

DISCUSSÃO:

O LB é um tumor altamente agressivo que pode se desenvolver em qualquer idade, sendo mais frequente em crianças e jovens adultos, especialmente no sexo masculino como no caso descrito acima.(3) Os principais sintomas geralmente são: linfonodomegalia, dor abdominal, obstipação ou diarreia e náuseas e a proptose pode ser uma manifestação inicial rara de LB. Os tratamentos incluem quimioterapia e radioterapia. O diagnóstico precoce é difícil dada a sua agressividade, porém importante para o desfecho. No caso, paciente apresentou síndrome de lise tumoral que consiste em liberação rápida e maciça de conteúdos intracelulares gerando distúrbios hidroelectrolíticos e suas complicações numa fase mais avançada da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zhu JB. Predicting the prognosis of primary orbital lymphoma by clinical characteristics and imaging features. *Int J Ophthalmol.* 2023 May;16(5):705-711.
2. Afanas N. Linfoma de Burkitt [Burkitt's lymphoma]. *Acta Med Port.* 2011 Sep-Oct;24(5):735-8. Portuguese. *Epub 2011 Dec 29.* 3. Dualiby P. Orbital Burkitt's lymphoma in AIDS - A case report ARQ. BRAS. OFT AL. 59(6), DEZEMBRO/1996

RELATO DE CASO: METÁSTASE DE CARCINOMA MAMÁRIO LOBULAR PLEOMÓRFICO PARA CAVIDADE ORBITÁRIA

MENDES, D.B.S.

SANTOS, R.P.

PINTO, S.A.

SILVA, M.R.L.

Relato de caso: Metástase de carcinoma mamário lobular pleomórfico para cavidade orbitária

MENDES, D.B.S.; SANTOS, R.P.; PINTO, S.A.; SILVA, M.R.L.
VER - HOSPITAL DE OLHOS

INTRODUÇÃO

Proptose, distopia ocular, dor, inflamação e oftalmoplegia precoce sugerem a possibilidade de metástase orbital e o oftalmologista pode ser o primeiro a ter o contato com o diagnóstico. Trazemos uma paciente sem história de tumor primário conhecido, sendo a metástase orbital o sinal inicial de carcinoma mamário lobular pleomórfico.

RELATO DO CASO

Mulher de 42 anos, com história de parto há 90 dias, relatou edema periorbital e ptose palpebral à esquerda com piora gradual e progressiva há 30 dias. Negou diplopia, baixa de visão e dor. Ao exame, além do já referido, apresentava hiperemia conjuntival, discreta proptose e distopia ocular temporal inferior em olho esquerdo, sem alteração de motilidade ocular, acuidade visual, reflexos pupilares e massas palpáveis. A ressonância magnética das órbitas evidenciou lesão expansiva, infiltrativa intra e extraconal à esquerda (3,2 x 2,6 x 1,9 cm), envolvendo músculos reto lateral e inferior, inserções tendíneas, gordura intraconal e, circunferencialmente, o nervo óptico, com realce pelo gadolínio e proptose (Imagem 01). Realizada orbitotomia anterior e biópsia incisional de lesão. Através de análise histopatológica, confirmado o diagnóstico de carcinoma de mama metastático lobular pleomórfico, positivo para receptores de estrógeno e progesterona (Imagem 02), GATA-3, HER2, CK7, Ki-67, E-Caderina e proteína p-120 pela imuno-histoquímica. Encaminhada ao oncologista que notou massas palpáveis em mamas e biópsia confirmou carcinoma lobular. Atualmente, recebendo tratamento quimioterápico com terapia hormonal.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

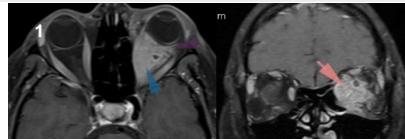


Imagem 1: RNM de órbitas demonstrando lesão expansiva e infiltrativa à esquerda pelas setas.

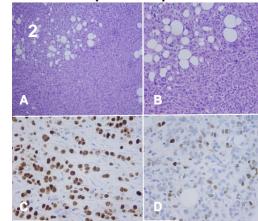


Imagem 2: A e B: tumor infiltrativo e reação desmoplásica (HE). C e D: positividade para receptores de estrógeno e progesterona, respectivamente (imuno-histoquímica).

DISCUSSÃO:

A metástase para órbita origina-se com maior frequência dos tecidos mamários, representando cerca de 20-75% dos casos⁽¹⁾. Pode simular um processo inflamatório e ser o sinal inicial de apresentação⁽²⁾. O Carcinoma Lobular Pleomórfico de mama é um subtipo raro, de crescimento lento, progressivo, impulsionado pela simulação de estrógeno dos tecidos perioculares e da gordura orbital⁽³⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-HOMER N, et al. Periorbital breast carcinoma metastases: correlation of clinical, radiologic and histopathologic features. *Clin Exp Ophthalmol*. 2017.
- 2-KIM HJ, et al. Atypical bilateral orbital metastases of lobular breast carcinoma. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2012.
- 3-JAKOBIEC FA, et al. Periorbital Breast Carcinoma Metastases: Predominant Origin From the Lobular Variant. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2017.

SARCOIDOSE OCULAR: RELATO DE CASO

LEAL G.S.

CAETANO L.F.B.

ALMEIDA A.C.G.

PAVANI E.R.T.

Sarcoidose Ocular: Relato de Caso

LEAL GS, CAETANO LFB, ALMEIDA ACG, PAVANI ERT

Faculdade De Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

INTRODUÇÃO

Sarcoidose é uma doença inflamatória crônica multissistêmica caracterizada pela presença de granulomas não caseosos nos tecidos acometidos. Entre os órgãos afetados, o olho ocupa a segunda posição. A Sarcoidose Ocular pode se manifestar com acometimento de tecidos intra e perioculares. Apesar de o acometimento cutâneo ocorrer em cerca de 22% dos casos, o acometimento palpebral não é comum.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 69 anos, procedente de Urânia-SP, compareceu ao setor de oftalmologia do Hospital de Base – Faculdade de Medicina de Rio Preto, pois há 24 dias iniciou quadro de dor e prurido em olho esquerdo (OE), associados a hiperemia, edema palpebral, ptose e diplopia. Já havia feito uso de Ceftriaxona, Ofloxacino e Clindamicina, sem melhorias. Ao exame, apresentava acuidade visual (AV) 20/200 em OE, edema bipalpebral 2+, com lesão endurada em pálpebra inferior, restrição da movimentação ocular extrínseca (MOE) de -4 de músculo reto inferior, -1 de reto medial e reto lateral. A biomicroscopia, notava-se um ingurgitamento vascular em conjuntiva tarsal inferior, conjuntiva bulbar hiperemizada 3+ e quemose inferior. Tomografia Computadorizada (TC) revelou sinais de celulite pré e pós-septal associados à coleção subperiosteal em parede lateral. Optado pela internação e início de antibioticoterapia (Levofloxacino e Vancomicina). Ressonância Magnética (RM) revelou lesão infiltrativa com aparente epicentro na região palpebral inferior esquerda. Realizada biópsia da lesão que evidenciou inflamação crônica, granulomatosa e não caseosa; TC de tórax, revelou lesão consolidativa de segmento basal inferior. Clínica médica avaliou e orientou seguimento de que paciente sem sintomas respiratórios. Aventada hipótese de sarcoidose e iniciado pulsoterapia pela equipe da reumatologia. Paciente evoluiu com melhora das queixas, apresentando uma AV final de 20/40, MOE sem alterações e melhora das alterações nos exames de imagem.

FIGURAS

Figura 1: Ectoscopia à admissão.

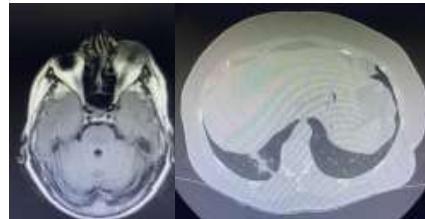


Figura 2. RM: lesão infiltrativa com aparente epicentro na região palpebral inferior esquerda; TC de tórax: lesão consolidativa de segmento basal inferior.

DISCUSSÃO

No presente caso, admitimos a paciente com quadro clínico sugestivo de celulite e optamos por internação para avaliação complementar e tratamento hospitalar. Após exames de imagem, aventamos outras possibilidades diagnósticas já que os mesmos não corroboravam a primeira hipótese. Optado por realização de BX de lesão em pálpebra para auxílio da elucidação do caso. O resultado corroborou a hipótese de Sarcoidose Ocular. Realizada pulsoterapia. Paciente evoluiu com melhora clínica e resolução do quadro oftalmológico. Mantém acompanhamento multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CONTI, Marina L.; OSAKI, Midori H.; SANT'ANNA, Ana Estela; OSAKI, Tammy H.. Multiple Faces of Eyelid Involvement in Sarcoidosis. *Ocular Immunology And Inflammation*, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 925-929, 19 fev. 2021. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/09273948.2020.185378>
- TAKASE, H. (2022) Characteristics and management of ocular sarcoidosis, *Immunological Medicine*, 45:1, 12-21, DOI: 10.1080/25785826.2021.1940740. <https://doi.org/10.1080/25785826.2021.1940740>

SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR COM REPERCUSSÃO PARA TRONCO BRAQUICEFÁLICO ESQUERDO: RELATO DE CASO

RIBEIRO, G.G.B.

FEIJÓ, E.D.

FERREIRA, A.R.

PARREIRA, Y.A.

Síndrome de Veia Cava Superior com repercussão para Tronco Braquicefálico Esquerdo: relato de caso

RIBEIRO, G.G.B.; FEIJÓ, E.D.; FERREIRA, A.R.; PARREIRA, Y.A.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM OFTALMOLOGIA - CEROF - HC/UFG

INTRODUÇÃO

A SVCS surge por obstrução, trombose ou compressão extrínseca¹, da Veia Cava Superior (VCS) causando dilatação a montante para os membros superiores, pescoço e cabeça.

Apesar das etiologias principais se associarem às malignidades, as causas benignas atualmente chegam a 40%² devido aos procedimentos endovenosos.

RELATO DO CASO

Paciente 44 anos, feminino, portadora de HAS e doença renal crônica em tratamento dialítico há 7 anos, encaminhada ao CEROF para avaliação de edema palpebral unilateral agudo. Havia sido submetida em 2019 a angioplastia e implante de stent em VCS após obstrução da mesma pelos catéteres da diálise.

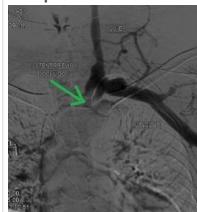
No momento da avaliação apresentou edema e varizes em toda hemiface esquerda, edema em pescoço e em membro superior esquerdo. Edema palpebral esquerdo indolor, proptose e ausência de sinais flogísticos. Acuidade Visual de 20/20 em ambos os olhos, motilidade preservada, vasos episclerais com discreto aumento de tortuosidade. Fundoscopia e tonometria sem alterações.

Realizado RNM de Crânio (imagem 1) que evidenciou edema de musculatura extrínseca ocular, de glândula lacrimal e de partes moles em hemiface esquerda. Estável e sem sinais clínicos de infecção foi encaminhada para avaliação vascular sendo diagnosticada obstrução do stent da VCS. Realizada Flebografia (imagem 2) com tentativa infrutífera de angioplastia quando optaram por realizar diálise peritoneal. Segue em acompanhamento clínico.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



1. Setas amarelas indicando edema de musculatura extrínseca ocular, glândula lacrimal, partes moles e de face à esquerda além de proptose.



2. À esquerda: Flebografia com seta verde indicando obstrução do stent com dilatação retrógrada de veias e presença de colaterais. À Direita: edema palpebral em toda hemiface esquerda.

DISCUSSÃO:

O diagnóstico de Síndrome de VCS pelo oftalmologista é incomum. A suspeita desse caso ocorreu pelo edema acometendo toda hemiface esquerda, pescoço e membro superior esquerdo. Os sinais da congestão, clássicos da síndrome, associados ao quadro clínico e exame oftalmológico descartaram processo infeccioso aventando a possibilidade de novo evento obstrutivo. A resolução completa do quadro ocorrerá após o tratamento definitivo da obstrução da VCS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹GAUDENCIO M, et al. Síndrome da Veia Cava Superior:Um desafio para o internista de um Hospital distrital. Série de casos, GAZETA MÉDICA N°2 VOL. 8 - ABRIL/JUNHO 2021

² BRAGA SF, et al. Síndrome da Veia Cava Superior: Caso clínico Angiol Cir Vasc. 2014;10(1):12-15

SÍNDROME DO ÁPICE ORBITÁRIO BILATERAL SECUNDÁRIA AO HERPES ZOSTER

Juliane C. Rodrigues

Aline Pimentel de Miranda

Júlia V. de Barros

Brenda dos S. Minomo

Síndrome do Ápice Orbitário bilateral secundária ao herpes Zoster

Juliane C. Rodrigues, Aline Pimentel de Miranda, Júlia V. de Barros, Brenda dos S. Minomo
Hospital Padre Bento de Guarulhos

INTRODUÇÃO

A síndrome do ápice orbitário é uma complicação neuro-oftalmológica rara e grave quando relacionada ao herpes Zoster. Ela é caracterizada pela perda visual por neuropatia óptica e por oftalmoplegia pelo envolvimento nos nervos motores oculares na região do ápice orbitário. Outros sinais clínicos relevantes são a proptose, ptose, alteração do reflexo pupilar, edema ou atrofia de disco óptico.

Os mecanismos patogênicos descritos são o efeito citopático direto do vírus; dano tecidual imunomediado e edema inflamatório causando compressão e isquemia.

Aqui, relatamos um caso de síndrome do ápice orbitário bilateral ocasionada por Herpes Zoster ocular.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 71 anos, foi levado à emergência oftalmológica com quadro clássico de herpes zoster em hemiface esquerda, na topografia do nervo supraorbitário. Apresentava lesões crostosas e vesiculares inclusive na párpada, restritas ao dermatomo acometido à esquerda e vesículas na topografia do n. suprarorbital direito. O quadro cutâneo iniciara há 7 dias e o ocular há 2, e o paciente estava em tratamento em outra unidade hospitalar com vancomicina, clindamicina e ceftriaxone.

De antecedentes patológicos prévios sistêmicos e oculares, apresentava HAS, DM2 insulinodependente, FACO no olho esquerdo e descolamento de retina no olho direito há 5 meses, com perda visual prévia significativa (enxergava vultos).

Na avaliação da admissão, além das lesões vesico-crostosas na hemiface esquerda, havia invasão das lesões no território inervacional do nervo supraorbitário direito, edema bipalpebral 3+/4+ bilateral, ausência de reflexos pupilares, restrição global da motilidade ocular bilateral e sua acuidade visual era ausência de percepção luminosa em ambos os olhos. A biomicroscopia apresentava quemose bilateral, pior à direita, e havia hipofragma superior somente à direita. Não havia lesões corneanas. O exame fundoscópico apresentava meios claros com depósitos brancacentos no vitreo superior do olho direito, disco óptico bem delimitado, corado, com escavação fisiológica, afinamento vascular, hemorragia em ponto borboleta superior no olho esquerdo, mácula com brilho habitual, rarefação periférica do epitélio pigmentado posterior, descolamento de retina temporal inferior com ruptura gigante periférica no olho direito, retina aplicada no olho esquerdo.

Por conta de todos os achados, a hipótese diagnóstica inicial foi de síndrome do ápice orbitário bilateral secundária ao herpes zoster. Foi solicitado inicialmente tomografia de órbita com contraste por ser de maneira fácil acesso e realização imediata, que demonstrou edema das partes moles pré-septais e aumento da veia supraorbitária bilateralmente. Foram solicitados exames sorológicos com resultado negativo para HIV e hepatite C, avaliação com neurologista e infectologista e foi instituído prontamente o tratamento com aciclovir 4g ao dia via oral e, após de 24h e com resultados sorológicos negativos, foi realizada pulsoterapia com metilprednisolona 1g ao dia por 3 dias. A ressonância magnética de crânio foi solicitada para avaliar melhor a síndrome do ápice orbitário e possibilidade de trombose do seio cavernoso, e foi realizada posteriormente. Foi optado por realizar tarsorrafia temporária no olho direito devido à quemose.

Nos dias subsequentes, o paciente evoluiu com melhora significativa da dor e melhoria parcial da restrição muscular de ambos os olhos. Houve regressão progressiva e completa da quemose, do edema palpebral e da hipermíria ocular. A ressonância magnética foi realizada no décimo dia de tratamento com aciclovir, e seu laudo não apontou alterações.

O paciente perdeu seguimento após o 13º dia de acompanhamento, e não foi possível obter mais informações. Ao último exame, as lesões cutâneas já estavam em processo de cicatrização, a motilidade ocular e biomicroscopia estavam normais, porém a acuidade visual se manteve a mesma da primeira avaliação. Na fundoscopia ainda não havia atrofia ou palidez do disco óptico.

Foi tentado contato telefônico com pte, que não compareceu aos retornos.

O paciente faleceu 3 meses após, por complicações sistêmicas relacionadas ao DM.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



DISCUSSÃO:

Apresentamos um caso de síndrome do ápice orbitário (SAO) secundário herpes zoster orbital. Na literatura disponível, o mais comum é isto ocorra de maneira unilateral; no entanto, este caso foi de acometimento bilateral. O tempo de apresentação do quadro foi similar ao descrito em outros casos, com o tempo médio variando de 7 a 14 dias.

O diagnóstico foi realizado com base nos achados clínicos e de imagem disponíveis. Quando foi realizada a ressonância, o paciente já estava em tratamento com antiviral e corticoides há 10 dias, e já estava em franca melhora clínica, o que poderia justificar o fato de não terem sido observadas alterações.

Para melhor elucidação do mecanismo etiopatogênico deste caso bilateral, poderiam ter sido realizados punção lombar, que auxiliaria na diferenciação entre o efeito citopático viral direto ou causas imunomedidas e inflamatórias; tomografia com contraste venoso para investigar a possibilidade de trombose do seio cavernoso, complicação rara e já descrita na literatura, que também poderia justificar o quadro grave do olho direito, pois a inflamação local pelo vírus varicela zoster promove processos de coagulação, podendo resultar em trombose venosa profunda, embolia pulmonar e trombose do seio cavernoso. Caso essa hipótese se concretizasse, a instituição de terapia anticoagulante com heparina em dose plena deveria ser instituída de imediato.

Infelizmente, apesar do tratamento, o paciente manteve perda visual dramática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Marie G, Scheffler M. An older woman with herpes zoster ophthalmicus complicated by orbital apex syndrome. *Am J Ophthalmol*. 2018 Sep 1;175(3):760. doi: 10.1016/j.ajop.2018.04.073. PMID: 29741559.
- Scheffler A, Parikh S, Scheffler M. Orbital Apex Syndrome: A Review. *Eye Brain*. 2019 Dec 12;11:27. doi: 10.1477/EB.1810190. PMID: 31895585. PMID: PMCID: PMC69112396.
- Mohankumar A, Gururani B. Orbital Apex Syndrome. 2023 Jun 11. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 37276292.
- Borchard NA, Nayak JV. Orbital Apex Syndrome. *N Engl J Med*. 2018 Apr 26;378(17):e23. doi: 10.1055/s-0037-1389000.
- Fukukawa A, Mihoshi M, Shimizu Y, Tabuchi H. A Case of Orbital Apex Syndrome Related to Herpes Zoster Ophthalmicus. *Cureus*. 2022 Jul 25;14(7):e27254. doi: 10.7759/cureus.27254. PMID: 36039197. PMCID: PMC6402315.
- Borchard NA, Nayak JV, Borchard F, Hernandez J, Jain V, Elifasi A, De Prey J, Hu C, Tarhan B, Tuna I, Shuhader HM. Management of Cavernous Sinus Thrombosis Following Herpes Zoster Ophthalmicus. *Cureus*. 2022 Jan 8;14(1):e21036. doi: 10.7759/cureus.21036. PMID: 35155004; PMCID: PMC88224491.

SÍNDROME DO CERÉBRO SILENCIOSO

Karen Regina Martins Soares

Diego Morais Gomes

Renara Costa Tomaz

Beatriz da Sá Mota

Síndrome do Cérebro Silencioso

**Karen Regina Martins Soares, Diego Moraes Gomes,
Renara Costa Tomaz, Beatriz de Sá Mota
Hospital Geral de Fortaleza (HGF)**

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Cérebro Silencioso é uma patologia rara, com exoftalmia bilateral progressiva em pacientes submetidos à DVP, geralmente na infância. A fisiopatologia não é completamente elucidada, aventa-se que a diminuição da pressão na fossa craniana anterior impacte o teto da órbita, desencadeando mudanças ósseas e expansão orbitária.

RELATO DO CASO

M.E.S., 23 anos, feminino, encaminhada da neurocirurgia, relatando lacrimejamento, hiperemia conjuntival bilateral, há três meses, associada a afundamento dos globos oculares. Acompanhamento na neurocirurgia desde a infância por cisto aracnóide, em uso de Drenagem Ventricular Peritoneal (DVP), realizada aos nove anos de idade.

Ao exame, apresentava exoftalmo, exoftalmometria de oito milímetros em ambos os olhos, entrópico da pálpebra superior esquerda, lagoftalmo bilateral, pior à esquerda, pupilas isofotorreagentes, motricidade ocular preservada, acuidade visual sem correção 20/20 em ambos os olhos, porém à esquerda com movimentação da cabeça.

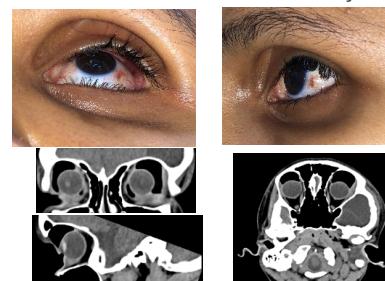
Na biomicroscopia, olho direito sem anormalidades, esquerdo com hiperemia conjuntival e ceratite leve, sem outros achados. Pressão intraocular e Fundo de olho normais.

Na conduta, foi indicado implante de placa em assoalho da órbita esquerda associada a correção de entrópico. E contrarreferência para avaliação da possibilidade de retirada da DVP.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

TC de crânio e órbitas (nov/22 e fev/23): Formação cística frontotemporoparietal esquerda (cisto aracnóide 12,7 x 4,3 cm), com remodelagem da calota craniana.

Há cateter de derivação no interior do cisto, com aparente acotovelamento da sua extremidade distal. Gás subpalpebral bilateral. Globos oculares e demais estruturas sem alterações.



DISCUSSÃO:

O manejo dessa afecção deve ser multidisciplinar e depende da gravidade do exoftalmo e das complicações, podendo ser cirúrgico ou não.

O objetivo é alcançar a simetria nas posições dos globos, com implante de placa em assoalho ou teto orbitário. A posteriori, realizar reposicionamento das pálpebras.

Esse caso mostra a importância de um segmento neurocirúrgico adequado, a fim de evitar hiperdrenagem da DVP e suas consequências anatômicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pargament JM, Peralta RJ, Nerad JA, McCann JD. Orbital volume augmentation for exophthalmos following ventriculoperitoneal shunting: a case study in "silent brain syndrome". Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2017; Piraktikul N & David T. Tse (2021): A Natural History of Silent Brain Syndrome over 36 Years: A case report.

TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO: RELATO DE CASO

Ana Emilia Gomes Campelo

José Vital Filho

Ivana Lopes Romero Kusabara

TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO: RELATO DE CASO.

Ana Emília Gomes Campelo¹; José Vital Filho¹; Ivana Lopes Romero Kusabara¹

1. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

Tumor Fibroso Solitário (TFS) é uma neoplasia rara e pouco descrita na literatura. Revisões mais recentes demonstraram uma forte correlação com a proteína transdutora de sinal e ativadora de transcrição 6 (STAT 6) e também com CD34. Nesse caso, descrevemos as características mencionadas acima, bem como outras desse tumor.

RELATO DO CASO

Paciente M.J.C.F, sexo feminino, 43 anos, chega ao serviço queixando-se de exoftalmia em olho direito há 2 anos com piora progressiva nos últimos dias, associado a diminuição de acuidade visual neste olho. Sem antecedentes dignos de nota. Acuidade visual de conta dedos em olho direito e 20/20 no esquerdo. Movimentação ocular extrínseca em olho direito limitada em todas as versões. Ao exame, massa palpável inferior e temporal de consistência endurecida, com quemose e hiperemia 3+/4 (imagem 1). Tomografia computadorizada (TC) demonstrando massa homogênea de limites mal definidos indentando globo ocular (imagem 2). Realizada em um primeiro momento tarsorraria temporária e em seguida programada biopsia excisional (imagem 3). Material encaminhado para estudo anatomo-patológico com resultado apontando para tumor fibroso solitário (CD34 e STAT6 +). Paciente evolui bem em pós-operatório com melhora, estética e funcional (acuidade de olho direito evoluiu para 20/60), a mesma segue em acompanhamento em nosso serviço até o momento sem indícios de recidiva (imagem 4).

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Imagen 1

Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4

DISCUSSÃO:

TFS é uma neoplasia fibroblástica de células fusiformes, mais comum em adultos (20-70 anos), pode se apresentar com proptose dolorosa, diminuição de acuidade visual, edema e indentação do globo à TC. Recentemente comprovada forte positividade para CD34 e STAT6. O principal tratamento é excisão cirúrgica completa. Esse caso reforça a importância de conhecer esse tumor, suas características e como abordar de forma eficaz o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jackson, Chad H. M.D.*; Hunt, Bryan C. M.D.†; Harris, Gerald J. M.D., F.A.C.S.*. Fate and Management of Incompletely Excised Solitary Fibrous Tumor of the Orbit: A Case Series and Literature Review. Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery: March/April 2021 - Volume 37 - Issue 2 - p 108-117
doi: 10.1097/IOP.0000000000001691

TUMOR INTRAÓSSEO ORBITÁRIO: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Thiago Lemos de Mattos

Juliana Ishii Iguma

Ivana Lopes Romero-Kusabara

José Vital Filho

Tumor intraósseo orbitário: um diagnóstico diferencial

Thiago Lemos de Mattos, Juliana Ishii Iguma, Ivana Lopes Romero-Kusabara, José Vital Filho
Santa Casa de São Paulo

INTRODUÇÃO

Os tumores ósseos primários da órbita são um grupo de doenças heterogêneo e raro que representa até 2% de todos os tumores orbitários, podendo ser classificado na avaliação clínica-patológica em fibro-ósseo ou cartilaginoso, reacional, neoplásico ou vascular.¹

O efeito de massa (distopia) causado pelo tumor é o principal sinal referido pelo paciente e comum a quase todos os tumores. Contudo, o tempo de evolução e sinais de infiltração tais como dor, alteração da motilidade extrínseca ocular e baixa de visão devem ser levados em consideração na diferenciação entre os possíveis diagnósticos.^{2,3}

Envolvimento ósseo secundário como no trauma, nas metástases, nos processos inflamatórios e infeciosos, bem como alterações congênitas fazem parte do diferencial das lesões ósseas primárias, devendo sempre ser descartadas na avaliação clínica sistêmica.^{1,3}

RELATO DO CASO

Caso 1 – Paciente do sexo feminino, 67 anos, natural e procedente de São Paulo, foi encaminhada ao setor de órbita do nosso serviço devido a queixa de proptose e distopia do olho direito lentamente progressiva e indolor, com 7 anos de duração. Apresentava como comorbidade apenas dislipidemia. Ao exame, acuidade visual com correção de 20/20 em ambos os olhos. Apresentava-se com distopia inferior do globo ocular direito, com uma exoftalmometria medida com auxílio do exoftalmômetro de Hertel de 26 mm olho direito e 21 mm olho esquerdo (base de 91 mm). Não apresentava alteração de reflexos pupilares e de motilidade extrínseca ocular. Biomicroscopia do segmento anterior e fundoscopia sem alterações.

Caso 2 – Paciente do sexo feminino, 39 anos, natural e procedente de São Paulo, procurou o pronto socorro de oftalmologia devido encaminhamento externo por suspeita de meningioma da asa maior do esfenóide. Refere proptose progressiva há 3 anos, indolor, com piora nos últimos 2 meses. Apresentava-se ao exame com acuidade visual com correção de 20/20 em ambos os olhos, além de proptose e distopia inferior do globo ocular direito, com uma exoftalmometria de 24 mm olho direito e 17 mm olho esquerdo (base 97 mm), medido com o auxílio do exoftalmômetro de Hertel. Não apresentava diplopia, restrição da motilidade e alterações em segmento anterior e posterior do globo ocular.

Os exames laboratoriais tireoidianos vieram normais em ambas as pacientes. Tomografia computadorizada de órbitas com reconstrução 3D mostrou lesão óssea em região fronto-zigomática direita, com múltiplas trabeculações internas e aspecto em *honeycomb*, sem nível líquido e sem sinais de erosão óssea e destruição em tecidos adjacentes, em ambas as pacientes. A partir dos achados clínicos-radiográficos, a hipótese de hemangioma intraósseo foi aventada junto com a equipe de radiologia. Seguimento em conjunto com a neurocirurgia está sendo realizado.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1. Caso 1 - Proptose do globo ocular direito e aumento do volume em região temporal superior direita da órbita.

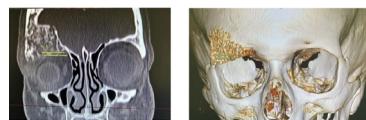


Figura 2. Caso 1 – Lesão em região fronto-zigomática direita, com reconstrução 3D



Figura 3. Caso 2 - Proptose do globo ocular direito, com aumento do volume em região fronto-zigomática direita.

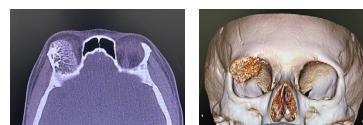


Figura 4. Caso 2 – Lesão em região de órbita direita, com trabeculações internas, com melhor visualização a reconstrução 3D.

DISCUSSÃO:

O hemangioma intraósseo orbitário é um tumor raro, que afeta indivíduos por volta da quinta década de vida, com predomínio no sexo feminino, como relatado no caso 1, afetando mais precocemente no caso 2. Apresenta-se como uma massa lentamente progressiva, afetando o osso frontal e zigomático na maior parte dos casos. Os achados tomográficos são típicos, mostrando trabeculações e aspecto em *honeycomb*,⁴ como os encontrados em ambas as pacientes. A biópsia e o exame anatopatológico são necessários para confirmação diagnóstica, porém nem sempre necessários no seguimento destes pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Selva D, White VA, O'Connell JX, Rootman J. Primary Bone Tumors of the Orbit. Survey of Ophthalmology. 2004;49(3).
2. Forest AW. *Intraorbital tumors*. Arch Ophthalmol. 1949;41:198.
3. Krohel GB, Stewart WB, Chavis RM. *Orbital Disease: A Practical Approach*. New York, Grune & Stratton, 1981, pp 1-8.
4. Colombo F, Cursiefen C, Hofmann-Rummelt C, Holbach LM. *Primary Intraosseous Cavernous Hemangioma of the Orbit*. Am J Ophthalmol. 2001;131(1):151-2.

APRESENTAÇÃO TARDIA DE HEMANGIOMA INFANTIL ORBITÁRIO

Gabriella Peixoto Alexandre da Silva

Juliana Albano de Guimarães

Sarah Soares Brassaloti

Bernardo Oliviera Castro de Azevedo Oliveira

Apresentação tardia de hemangioma infantil orbitário

Silva, Gabriella Peixoto Alexandre da¹; Guimarães, Juliana Albano de^{1,2};
 Brassaloti, Sarah Soares¹; Oliveira, Bernardo Oliveira Castro de Azevedo¹

¹ Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto 2 HC USP Ribeirão Preto

INTRODUÇÃO

O hemangioma infantil (HI) é o tumor orbitário mais comum na infância. Em geral, se inicia algumas semanas após o nascimento e evolui com proliferação ao longo do primeiro ano de vida. Relatamos um caso incomum de HI com manifestação na adolescência.

RELATO DO CASO

Paciente de 14 anos, sexo masculino, portador de Síndrome de Down. Apresentava quadro de nodulação orbitária inferolateral à direita (figura 1) há 2 anos, com crescimento progressivo e piora da acuidade visual (AV) ipsilateral. Ao exame, refração estática de -11,50 esf -6,00 cil (180°) em OD e -6,00 esf -3,00 cil (180°) em OS, com AV corrigida de 20/20 em ambos os olhos. À ectoscopia, evidenciava-se nodulação inferolateral em órbita direita, de consistência fibroelástica à palpação, não aderida a planos profundos. Endotropia de OD de 15° foi observada, a despeito de motilidade ocular extrínseca preservada. Biomicroscopia, fundoscopia, tonometria e exame de reflexos pupilares não demonstraram alterações. Tomografia computadorizada (TC) de órbitas evidenciou lesão inferolateral à direita, captante de contraste e associada a remodelamento ósseo (figura 2A). Ressonância nuclear magnética (RNM) mostrou lesão hiperintensa em T1, com captação uniforme de contraste, comprimindo e deslocando o globo ocular direito medialmente (Figura 2B). Biópsia excisional foi realizada e a análise histopatológica confirmou o diagnóstico de HI. Após a cirurgia houve melhora parcial do astigmatismo, sendo prescrito óculos com refração: -11,00 esf -3,00 cil (180°) OD e -6,00 esf -3,00 cil (180°) OS.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1. Observada nodulação inferolateral à direita (seta).

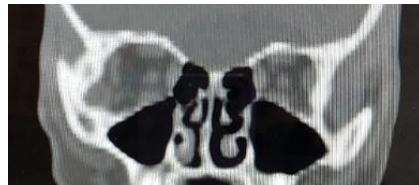


Figura 2. A - TC de órbitas, corte coronal, janela óssea: lesão inferomedial e remodelamento ósseo. B - RNM, corte axial, ponderada em T1 - lesão com captação uniforme de contraste.

DISCUSSÃO:

Embora as características imaginológicas fossem típicas de HI, a abordagem cirúrgica nesse caso se fez necessária devido à alta ametropia resultante e à apresentação atípica com crescimento na adolescência. O estudo anatomo-patológico é indicado para exclusão de outras patologias, incluindo neoplasias de prognóstico reservado. Uma vez que a lesão foi ressecada por completo não se aventou a possibilidade de tratamento com Propranolol.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Darrow DH, Greene A et al. Diagnosis and Management of Infantile Hemangioma: Executive Summary. *Pediatrics*. 2015; 136(4). 2- Hernandez JA, Chia A et al. Periorbital capillary hemangioma: management practices in recent years. *Clin Ophthalmol*. 2013;7:1227-32. doi: 10.2147/OPTH.S39029. *Publ* 2013 Jun 21. 3- Triple S, Kimmatkar P et al. Treatment outcomes of oral propranolol in the treatment of periorbital infantile capillary hemangioma and factors predictive of recurrence and incomplete resolution: A multi-centric study. *Oman J Ophthalmol*. 2023 Feb 21;16(1):75-81. doi: 10.4103/ojo.ojo_11_22.

CHRONIC EPIDURAL EMPYEMA POSITIVE FOR
Achromobacter xylosoxidans AFTER SEVERE ORBITAL
TRAUMA

Mariana Nadais Aidar

Maria Eduarda Andrade e Andrade

Márcia Cristina Todo

Antônio Augusto Velasco Cruz

Chronic epidural empyema positive for *Achromobacter xylosoxidans* after severe orbital trauma

Mariana Nadais Aidar; Maria Eduarda Andrade e Andrade; Márcia Cristina Todo;
Antônio Augusto Velasco Cruz

University of São Paulo, School of Medicine of Ribeirão Preto

INTRODUCTION

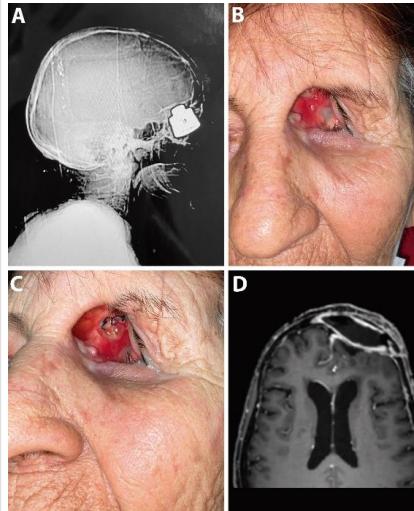
Epidural empyema refers to an infection within the epidural space in any part of the brain or spinal cord.(1) Cranial epidural empyemas (EDE) may result from different causes, including rhinosinusitis, trauma, or post surgery. Our patient had an atypical asymptomatic presentation caused by an uncommon bacteria called *Achromobacter xylosoxidans*. We are not aware of any cases involving a chronic occult empyema caused by orbital trauma.

CASE REPORT

A 70-year-old female presented with a severe orbital deformity resulting from the explosion of a pressure cooker. The explosion propelled the venting valve of the cooker into her anterior cranial fossa through the right orbit (Figure 1A). The trauma occurred 2 years ago during the COVID 19 pandemic in Brazil. At that time, only the frontal bone fracture was repaired by a neurosurgeon. Six months after the accident, she noticed persistent mucopurulent secretion from her socket. She denied experiencing fever, headaches, or any neurological symptoms.

Upon examination, the medial half of her right upper eyelid was missing, and the contents of the orbital cavity were limited to remnants of the globe (Figure 1B). A bony defect with silk stitches was visible on the orbital roof (Figure 1C). Magnetic resonance imaging T1W contrast enhanced of the orbits revealed a large epidural empyema in the left frontal region with thickened walls (Figure 1D). The empyema was drained through a coronal approach, and the orbit was obliterated with the temporalis muscle covered by flaps from the anterior lamella of the upper and lower lids.

FIGURES, TABLES AND GRAPHICS



DISCUSSION

EDE may occasionally develop after a craniotomy or cranial fracture. However, Nathoo et al., in a review of 82 cases, attributed paranasal sinusitis as the primary cause (64.6%). The initial lesion typically arises in the frontal sinus and can extend into the extradural space, forming an EDE (2). It may also be found in conjunction with osteomyelitis, with *S. aureus* being the more common isolate (3). In our case, the patient tested positive for *A. xylosoxidans*, a Gram-negative bacterium widely distributed in the environment. It is primarily associated with healthcare-associated infections or immunosuppressed patients (4). This led us to question whether the infection was nosocomial or the result of trauma.

REFERENCES

- 1- Chow F. Brain and Spinal Epidural Abscess. Continuum (Minneapolis). 2018 Oct;24(5, Neuroinfectious Disease):1327-1348.
- 2- Nathoo N, Nadvi SS, van Dellen JR. Cranial extradural empyema in the era of computed tomography: a review of 82 cases. Neurosurgery. 1999 Apr;44(4):748-53.
- 3- Nathoo N, Nadvi SS, Van Dellen JR. Traumatic cranial empyemas: a review of 55 patients. Br J Neurosurg. 2000 Aug;14(4):326-30.
- 4- Pérez Barragán E, Sandino Pérez J, Corbella L, Orellana MA, Fernández-Ruiz M. *Achromobacter xylosoxidans* bacteremia: clinical and microbiological features in a 10-year case series. Rev Esp Quimioter. 2018 Jun;31(3):268-273.

DESAFIO DIAGNÓSTICO DE ÓRBITA AGUDA E QUADRO MULTIASSISTÊMICO: RELATO DE CASO

Mariana Carneiro Alves

Larissa Caroline Mansano

Dafne Fernandes Machado

Allan Christian Pieroni Gonçalves

DESAFIO DIAGNÓSTICO DE ÓRBITA AGUDA E QUADRO MULTISSISTÊMICO: RELATO DE CASO

Mariana Carneiro Alves; Larissa Caroline Mansano; Dafne Fernandes Machado; Allan Christian Pieroni Gonçalves

Disciplina de Oftalmologia Faculdade de Medicina do ABC

INTRODUÇÃO

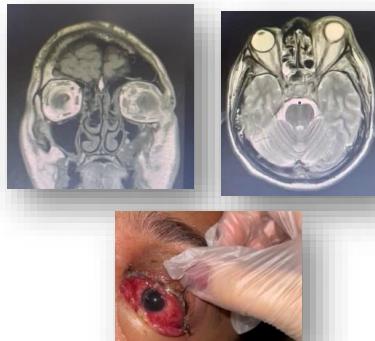
Doenças orbitárias podem estar associadas a diversas etiologias, sendo as principais: causas inflamatórias ou infeciosas; vasculares; tumores do seio cavernoso¹. O seio cavernoso é uma estrutura vital para a artéria carótida interna e para os pares cranianos III, IV, V e VI. Se quadro sistêmico associado, outras etiologias devem ser pensadas, como doenças auto-imunes².

RELATO DO CASO

Paciente, masculino, 34 anos, sem comorbidades, procurou atendimento em pronto-socorro (PS) por febre (38,0º) e dor abdominal. Após 05 (cinco) dias em uso de sintomáticos, iniciou quadro de edema periorbitário à esquerda e evoluindo com parestesia e hemiparesia em membro superior direito (MSD). Internação hospitalar para suporte e investigação clínica. Ao exame físico apresentava REG, ECG 15, força MSD reduzida e desproporcional à direita, sem alteração de sensibilidade. Ao exame oftalmológico: AV OD 1,0 / OE SPL. Reflexos pupilares ausentes, ptose bilateral e proptose importante em olho esquerdo associado a sinais congestivos e quemose importante. Paresia de III, IV, VI par cranianos bilateralmente. Exames complementares: TC crânio com áreas sugestivas de AVCi; TC face com pansinusopatia bilateral. TC tórax com consolidações de aspecto nodulariforme; Angio-TC: Fase arterial com stop em trajeto de artéria carótida interna direita (ACID) em nível de seio cavernoso, porém com reconstrução em 3D sem alterações. Fase venosa inconclusiva; ECO-TT com comprometimento miocárdico discreto e discreto derrame pericárdico; Doppler de carótidas e vertebrais: estenose completa na ACID. Provas reumatológicas negativas, exceto FAN 1:1280 (padrão nuclear pleomórfico); BAAR e HIV negativos; Hemoculturas negativas;

Biópsia orbitária e de nódulo pulmonar inflamação crônica com fibrose, ausência de neoplasia/ granuloma/ vasculite (inconclusiva)

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



DISCUSSÃO:

O relato aborda a dificuldade de diagnóstico do quadro multissistêmico, com o quadro clínico de suma importância para guiar tratamento, uma vez que exames complementares foram inconclusivos. A principal hipótese e tratamento foi de vasculite idiopática, com tratamento inicial com antibioticoterapia, mas também com corticoterapia sistêmica e ciclofosfamida. Outras hipótese foram de trombose de seio cavernoso, endocardite infeciosa com embolizações sépticas, granulomatose com poliangeite. Segue em melhora clínica e em acompanhamento na reumatologia e oculoplástica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kuyubu, O., & Dossani, R. H. (2020). Cavernous Sinus Syndromes. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532976/>
2. Dutta, M., & Ghatak, S. (2013). Acute exacerbation of chronic rhinosinusitis (AECRS) with orbital complications in an atrophic rhinitis patient: a mere coincidence? J ClinDiagn Res, 7(12).

DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE ERDHEIM-CHESTER COM ACOMETIMENTO OCULAR

Gabriel L. Cassani

Ana Áurea V. B. P. Hillarião

Ivana R. Kusabara

José Vita Filho



Diagnóstico da Doença de Erdheim-Chester com acometimento ocular

Gabriel L. Cassani, Ana Áurea V. B. P. Hilarião, Ivana R. Kusabara,
 José Vita Filho
 Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

A Doença de Erdheim-Chester (DEC) é uma histiocitose de células não-Langerhans, de etiologia desconhecida, descrita pela primeira vez em 1930. (1) Histologicamente, é caracterizada por infiltração difusa de histiocitos em diversos tecidos, preenchidos por lipídios (aspecto amarelado e espumoso), causando reação xantomatosa ou xantogranulomatosa local. (2,3,4) A doença é marcada pelo envolvimento sistêmico, atingindo ossos, pulmões, rins, peritônio, sistema nervoso central e olhos. O diagnóstico da DEC ainda é considerado de exclusão e seu prognóstico depende da extensão do envolvimento visceral. (5)

RELATO DO CASO

Paciente sexo masculino, 66 anos, encaminhado a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo com queixa de proptose bilateral progressiva há 2 anos. Refere antecedente pessoal de adenoma de hipofise, fibrose renal e hipertensão arterial sistêmica. No momento do atendimento, exames tireoideanos normais.

Ao exame oftalmológico, apresentou acuidade visual em ambos os olhos (AO) de 20/20, limitação de motilidade ocular AO em todas as versões, medidas de exoftalmometria de base 100 mm de 32 em olho direito (OD) e 27 em olho esquerdo (OE), além de ceratite pontada inferior AO e pressão intracocular de 18 mmHg OD e 16 mmHg OE (Figura 1).

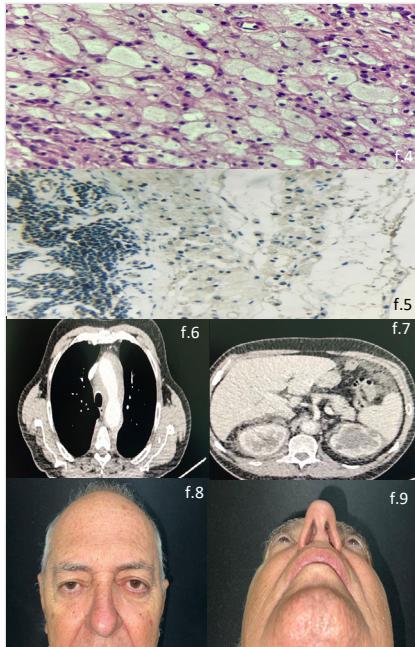
Ao exame de ressonância magnética de crânio e órbita, evidenciou-se proptose bilateral, associada ao aumento da densidade de gordura orbital intermuscular (Figura 2).

Foi optada pela realização de orbitotomia lateral direita com envio de material para análise anatopatológica (Figura 3). A biópsia revelou diagnóstico de Doença de Erdheim-Chester, com análise imuno-histoquímica BRAF negativo, assim como fator VII, CD1A e CD68 negativos (Figura 4 e 5).

Ao exame de tomografia de tórax e abdômen, observou-se imagem hipoatenuante, com aspecto infiltrativo em ventrículo e sulco atrioventricular direito e veia cava superior (sugestivo de fibrose hialinante) e fibrose renal (Figura 6 e 7).

Iniciado tratamento com corticóide em regressão (prednisona até a dose diária de 5 mg) e Metotrexate 8 comprimidos uma vez por semana, uso contínuo, além de ácido fólico. Optado pela não administração de Interferon.

Paciente apresentou melhora da proptose ocular bilateral, assim como a limitação da motilidade ocular em todas as versões (Figura 8 e 9).



DISCUSSÃO:

O acometimento ocular e de seus anexos na DEC pode ser a primeira manifestação da doença sistêmica. Devido à similaridade de sinais e sintomas quando comparada com outras doenças orbitárias, é de extrema importância uma minuciosa biópsia com análise imuno-histoquímica do material coletado.

Exames complementares são de suma necessidade para o diagnóstico da doença, sendo a tomografia o exame de imagem de escolha para análise sistêmica.

O envolvimento multidisciplinar de médicos de diferentes áreas se faz importante tanto para o diagnóstico como para o manejo terapêutico da doença e suas complicações.

Apesar de ser um diagnóstico de exclusão, a DEC quando rapidamente descoberta melhora, o prognóstico da doença, aumentando as chances de um tratamento bem sucedido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chester W. Über Lipoidgranulomatose. *Virchows Arch Patol Anat.* 1930; 279:561-602.
- Wright R, Hermann R, Parisi J. Neurological manifestations of Erdheim-Chester disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1999; 66:72-5.
- Haroché J, Amoura Z, Dion E, et al. Cardiovascular involvement, a overlooked feature of Erdheim-Chester disease: report of 6 new cases and a literature review. *Medicine (Baltimore).* 2004; 83: 371-92.
- Alper MG, Zimmerman LE, Piana FG. Orbital manifestations of Erdheim-Chester disease. *Trans Am Ophthalmol Soc.* 1983; 81: 64-85.
- Blank H, Eglick PG. Nevoxanthoendothelioma with ocular involvement. *Pediatrics.* 1949; 4:349-54.

DOENÇA DE MIKULICZ: UM RELATO DE CASO

RAMOS, B.M.

SOUZA, B.A.A.

SILVEIRA, D.B.Q.

SANTOS, R.P.

Doença de Mikulicz: um relato de caso

Autor: RAMOS, B.M.; Coautores: SOUZA, B.A.A., SILVEIRA, D.B.Q., SANTOS, R.P.

Centro de Referência em Oftalmologia – CEROF/GO

INTRODUÇÃO

Doença de Mikulicz (DM) refere-se ao edema idiopático, bilateral, indolor e simétrico das glândulas lacrimal, parótida e submandibular, sendo mais comum no sexo feminino. Na DM, o aumento dessas glândulas é persistente e a disfunção secretora pode ser reduzida ou ausente. Sorologicamente, os pacientes apresentam aumento de IgGs e carecem de anticorpos anti-SSa e anti-SSb, além de apresentarem níveis séricos elevados de IgG4 e infiltração de plasmócitos IgG4 positivos nas glândulas lacrimais e salivares. Além disso, há boa resposta ao uso de corticoides e imunossupressores.

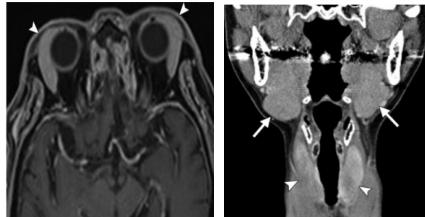
RELATO DO CASO

Paciente de 41 anos, feminino, parda, deu entrada ao pronto socorro do CEROF com queixa de ardência ocular e pálpebras com edema bilateral. Nega traumas ou infecções recentes. Refere diagnóstico prévio de Doença de Mikulicz motivo pelo qual acompanha no serviço de otorrinolaringologia do HC/UFG. À ectoscopia, nota-se edema de 2+/4+ em região lateral de pálpebra superior (topografia de glândulas lacrimais), edema de 1+/4+ em pálpebra inferior e em região de glândulas submandibulares. Acuidade visual com correção 1,0 em ambos os olhos. À biomicroscopia: conjuntiva clara, BUT de 7 segundos e sem outras alterações. Exames laboratoriais: IgG4 994 mg/dL, IgE 422 mg/dL, hemograma normal, FAN, Anti-SSa e Anti-SSb não reagentes. Em biópsia de glândula lacrimal observou-se dacrioadenite linfoepitelial com proliferação de plasmócitos IgG4 positivos. RM e TC de crânio e órbitas observa-se edema bilateral das glândulas lacrimais e salivares. Apresentou melhora parcial com corticoide oral e foi encaminhada para tratamento com imunossupressor.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figuras 1 a, b e c – paciente com DM em PPO e perfil.



A: RMN evidenciando aumento de volume das glândulas lacrimais. B: TC com contraste evidenciando aumento do volume das glândulas submandibulares

DISCUSSÃO

A DM é uma desordem linfoproliferativa que acomete mais mulheres de meia idade.^{1,2} Apresenta-se com edema indolor, bilateral, simétrico, persistente de glândulas lacrimais e salivares.^{1,2} O principal diagnóstico diferencial é a Síndrome de Sjögren.² O quadro clínico somado a constatação de aumento dos níveis sanguíneos de IgG4 e biópsia de glândula lacrimal com plasmócitos IgG4+ confirmam o diagnóstico.^{1,3} Boa resposta ao tratamento com corticoide oral.^{1,3}

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tetsuo H, Kenichi T, Motohisa Y, Yasuyoshi N, Hiroki T. A novel concept of Mikulicz's disease as IgG4-related disease. *Auris N Larynx* 39 (2012) 9–17
2. Tingting R, Rui L, Jing L, Jianmin M. Primary Sjögren's syndrome misdiagnosed as Mikulicz's disease: a case report. *Ren et al. BMC Ophthalmology* (2023) 23:336
3. Masafumi Moriyama Akihiko T, Takashi M, Yukiko O, Mayumi S, et al. Clinical characteristics of Mikulicz's disease as an IgG4-related disease. *Clin Oral Invest* 2012

INFLAMAÇÃO ORBITÁRIA E SÍNDROME NEOPLÁSICA: UM RELATO DE CASO

PAULA, G.C.

MAIA, R.

PIERONI, A.C.

BRABO, J.L.

INFLAMAÇÃO ORBITÁRIA E SÍNDROME NEOPLÁSICA: UM RELATO DE CASO

Paula, G C, MAIA, R, PIERONI, A C, BRABO, J L

Hospital Alemão Oswaldo Cruz

INTRODUÇÃO

Existe forte associação entre inflamação orbitária idiopática e doenças reumatológicas, porém esta a sua ocorrência em pacientes oncológicos é pouco descrita na literatura.

O presente trabalho descreve um caso incomum de orbitopatia inflamatória em paciente com neoplasia maligna de trato urinário.

RELATO DO CASO

Paciente de 57 anos, sem comorbidades oftalmológicas, foi internado no Hospital Alemão Oswaldo Cruz com quadro de edema bipalpebral, proptose, restrição importante da motilidade ocular extrínseca em todas as versões, quemose e hiperemia conjuntival bilateral. A ressonância magnética de órbitas revelou inflamação e infiltração difusa dos tecidos orbitários.

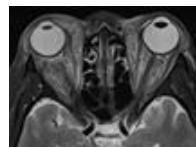
Foi diagnosticado com carcinoma urotelial de alto grau após biópsia de linfonodo retroperitoneal realizada para investigação de nódulo em pelve renal esquerda encontrado em tomografia de abdome.

O paciente foi tratado com quimioterapia e corticoterapia em dose imunossupressora. Evoluiu com remissão dos sinais e sintomas oculares nas semanas que se seguiram. Devido às suas condições clínicas e a morbididade do tratamento quimioterápico, além da importante melhora do quadro orbitário com a corticoterapia, optou-se pela não realização de biópsia orbitária no primeiro momento.

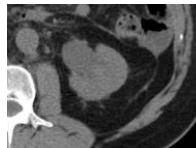
O paciente segue com ciclos adicionais de quimioterapia e acompanhamento multidisciplinar.

FIGURAS

RNM de órbitas antes da corticoterapia



TC de abdome revela tumor renal



TC de órbitas apóis corticoterapia



DISCUSSÃO:

Mecanismos imunológicos e pós-infecciosos participam da etiologia da inflamação orbitária idiopática. A associação com condições autoimunes é bem estabelecida na literatura.

Poucos estudos descrevem a sua relação com síndromes neoplásicas.

Este trabalho relatou um caso de orbitopatia inflamatória bilateral em paciente com carcinoma urotelial, que respondeu bem à corticoterapia em dose imunossupressora e segue em acompanhamento clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Espinosa GM. Orbital Inflammatory Pseudotumors: Etiology, Differential, Diagnosis, and Management. *Curr Rheumatol Rep* 2010;12:443-447
 Smith JW. Orbital pseudotumor and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 1992;87(3):405-406

MASSA ORBITÁRIA SOB INVESTIGAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DO OFTALMOLOGISTA NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS SISTÊMICAS

Amanda Campos Franco

Rodrigo Otávio do Espírito Santo

Jessica Gabrielle Rosa Silva

Paula dos Santos Ribeiro Laborne Mendonça

MASSA ORBITÁRIA SOB INVESTIGAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DO OFTALMOLOGISTA NO DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS SISTÉMICAS

AUTORES: AMANDA CAMPOS FRANCO¹, RODRIGO OTÁVIO DO ESPÍRITO SANTO², JESSICA GABRIELE ROSA SILVA³, PAULA DOS SANTOS RIBEIRO LABORNE MENDONÇA⁴.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo relatar caso de paciente com diagnóstico de sarcoidose a partir da investigação de uma massa tumoral periorbitária do olho direito (OD).

RELATO DO CASO

Paciente, negra, 59 anos, com quadro de órbita aguda no OD procurou serviço de urgência oftalmológica. Com provável diagnóstico de celulite pré-septal, foi tratada como tal. Porém, o quadro teve resolução parcial, com alívio de sintomas inflamatórios e persistência de massa endurecida e imóvel facilmente palpada em rebordo orbitário temporal superior e inferior. Ao longo de 4 meses o quadro evoluiu com piora, associando-se a proptose do OD, distopia nasal inferior e ptose da pálpebra superior direita. O primeiro contato da paciente em nosso serviço foi no departamento de glaucoma, encaminhada devido discrepância de PIO entre os olhos, com medida de 24 mmHg no OD, sem demais achados que a justificassem além de compressão ocular causada pela tumoração periocular. Tomografia de crânio e órbitas revelou conteúdo hiperdenso com possível acometimento de gordura retrobulbar e de tecidos perioculares. Sob principal hipótese de pseudotumor orbital, a equipe de oculoplástica optou por biopsiar lesão. O resultado do anatomo-patológico evidenciou que se tratava de uma primeira manifestação de uma sarcoidose sistêmica.

FIGURA



Figura mostrando paciente com proptose em olho direito e tomografia de órbitas com presença conteúdo hiperdenso com possível acometimento de gordura retrobulbar e de tecidos perioculares em mesmo olho.

DISCUSSÃO:

Diante de um quadro de massa tumoral periorbitário, é essencial excluir diagnósticos diferenciais, como infecções, tumor linfoproliferativo agudo ou uma neoplasia infiltrativa maligna. A biópsia do tecido periorbitário é imprescindível para o diagnóstico definitivo, pois permite a visualização de múltiplos granulomas não caseosos, constituídos por células epitelioides e células gigantes multinucleadas, achados consistentes com o diagnóstico de sarcoidose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Prabhakaran VC, Saeed P, Esmaeli B, Sullivan TJ, McNab A, Davis G, et al. Orbital and adnexal sarcoidosis. *Arch Ophthalmol.* 2007;125(12):1657-62.
- [2] Mombaerts I, Schlingemann RO, Goldschmeding R, Koornneef L. Idiopathic granulomatous orbital inflammation. *Ophthalmology.* 1996;103(12):2135-41.
- [3] Petrarola SM, Rodrigues BS, Filho FD, Dedivitis RA, Petrarola SB, Morais PM. Unilateral eyelid edema as initial sign of orbital sarcoidosis. *Case Rep Ophthalmol Med.* 2016;2016:6912927.
- [4] Obenauf CD, Shaw HE, Sydnor CF, Klintworth GK. Sarcoidosis and its ophthalmic manifestations. *Am J Ophthalmol.* 1978;86(5):648-55..

NEUROFIBROMA PLEXIFORME DE PÁLPEBRA: A IMPORTÂNCIA DO OCUPLÁSTICO PARA UM DIAGNÓSTICO DE NEUROFIBROMATOSE

Andréia Novelli

Mariana Saulle

Aline Pimentel

José Vital Filho



“Neurofibroma plexiforme de pálpebra: a importância do oculoplástico para um diagnóstico de Neurofibromatose”

Andréia Novelli; Mariana Saulle; Aline Pimentel; José Vital Filho
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - SCMS

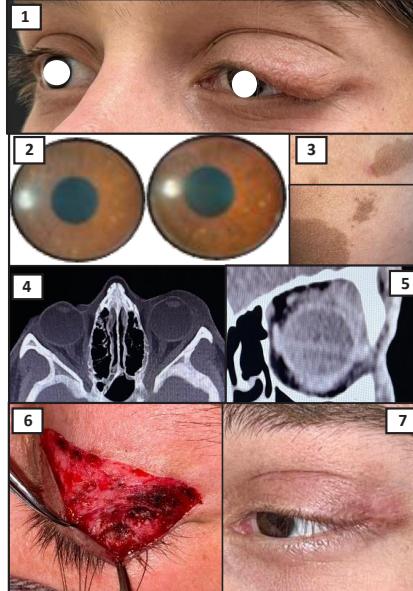
INTRODUÇÃO

A neurofibromatose 1 (NF1) é uma síndrome neurocutânea rara, autossômica dominante, sem predileção por sexo ou raça e caracterizada pelo aparecimento de neurofibromas (tumores de nervos periféricos), cujos critérios diagnósticos induzem achados de: manchas café com leite; nódulos de Lisch (hamartomas de íris); alterações ósseas típicas (displasia do osso esfenóide; adelgaçamento do córtex em ossos longos) e gliomas do nervo óptico. O gene NF1 está localizado no cromossomo 17q11.2, que codifica a neurofibromina (proteína supressora de tumor). Assim sendo, portadores de NF1 tem maior risco de desenvolvimento de neoplasias malignas em comparação à população geral, dado que evidencia a importância do diagnóstico e seguimento desses pacientes. Iremos relatar o caso de um paciente que teve o diagnóstico de NF1 suspeitado através de achados no exame oftalmológico e posteriormente confirmado.

RELATO DO CASO

Masculino, 14 anos. Vem para atendimento com queixa de edema de pálpebra superior esquerda há 3 anos. Negava qualquer antecedente pessoal de interesse. Ao exame, observada nodulação móvel, porém endurecida e indolor à palpação, em região temporal de pálpebra superior esquerda, que promovia efeito de massa gerando ptose em "S" (1). À biomicroscopia havia presença de nódulos ifianos nos dois olhos (2), sendo os demais parâmetros do exame oftalmológico sem alterações. À ectoscopia do tronco e membros, foram evidenciadas múltiplas manchas "café com leite" (3). Diante do exame apresentado foi aventada a hipótese de NF1. Solicitada tomografia de óbitas que revelou presença de tecido isodeno acometendo a região palpebral, glândula lacrimal e espaços pré e pós septais da óbita esquerda (4 e 5). Devido ao comprometimento estético e funcional, optado por abordagem cirúrgica com exérese da lesão palpebral (6) e reconstrução por planos. A análise anatomo-patológica conduziu-se a tratar de neurofibroma plexiforme (NFP) de pálpebra e o resultado do pós operatório recente de 30 dias (7) foi satisfatório do ponto de vista funcional e estético. O paciente mantém acompanhamento seriado e multidisciplinar sem novas abordagens programadas até o momento.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



DISCUSSÃO:

O NFP é o principal tumor do nervo periférico em pacientes com NF1. São benignos, porém complexos e compostos por vários tipos celulares. São unilaterais, vascularizados e crescem de forma infiltrativa. Ao acometer a pálpebra superior podem gerar uma deformidade característica de ptose em "S". A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha para os NFP que cursam com prejuízo estético e/ou funcional. A abordagem precoce, de NFP palpebrais, é preconizada apesar do caráter progressivo e da alta chance de recidiva dessas lesões.

Os pilares para o manejo desses pacientes, incluem o diagnóstico precoce e o tratamento orientado para os sintomas, além do controle de complicações. A conscientização entre os oftalmologistas sobre os achados da NF1 é imprescindível, pois durante o exame clínico podem ser evidenciados os achados necessários para suspeição e diagnóstico dessa condição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Farschtschi S, Mautner VF, McLean ACL, Schulz A, Friedrich RE, Rosahl SK. The Neurofibromatosis 1. Dtsch Arztbl Int. 2020 May 15;117(20):354-360. doi: 10.3238/arztbl.2020.0354. PMID: 32657748; PMCID: PMC7373809.
- Tamura R. Current Understanding of Neurofibromatosis Type 1, and a Schwannomatosis. Int J Mol Sci. 2021 May 29;22(11):5850. doi: 10.3390/ijms22115850. PMID: 34072574; PMCID: PMC8198724.
- Yoshihara A, Tsuge I, Saito S, Morimoto N. Orbital and Periorbital Plexiform Neurofibromas: Classification and Surgical Strategies for a Better Outcome. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2023 Jul 6;11(7):e5108. doi: 10.1097/GOX.00000000000005108. PMID: 37427153; PMCID: PMC10325737.

PROPTOSE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

Paula dos Santos Ribeiro Laborne de Mendonça

Fernanda Cotrim Stefanelli

Luca Eleutério Salerno Del Menezzi

Rodrigo Otávio do Espírito Santo

PROPTOSE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

Paula dos Santos Ribeiro Laborne de Mendonça¹, Fernanda Cotrim Stefanelli¹, Luca Eleutério Salerno Del Menezzi Rodrigo Otávio do Espírito Santo¹ - ¹Instituto de Olhos Ciências Médicas de Minas Gerais

INTRODUÇÃO

A leucemia mieloide aguda (LMA) é uma neoplasia com acometimento ocular raro. O caso relatado demonstra proptose unilateral como primeira manifestação de LMA em paciente pediátrica, com melhora significativa após quimioterapia.

RELATO DO CASO

H.L.C.S, 2 anos, com quadro de proptose ocular unilateral direita de progressão rápida e indolor, com equimose palpebral associada. Ausência de alterações sistêmicas. Ao exame: AV OD: não fixa, não segue e não sustenta. OD: proptose significativa e equimose palpebral. OE: sem alterações. Mapeamento de retina sem alterações AO. Ressonância Magnética (RM) de órbitas: lesão expansiva e infiltrativa de aspecto neoplásico intra e extraconal envolvendo glândula lacrimal direita, comprimindo nervo óptico medialmente e o globo ocular. Realizada extensão propedéutica. Biópsia de medula óssea: LMA. Paciente encaminhada à oncologia pediátrica, submetida a 7 ciclos de quimioterapia (QT), com redução importante da proptose após 3º ciclo. RM após QT: resolução completa da lesão, discreto tecido residual de aspecto fibrocicatricial, sem lesões expansivas recidivadas. A criança segue em acompanhamento regular, com ausência de recidivas.

DISCUSSÃO

A LMA pode cursar com massas extramedulares em diversos tecidos. É raro o acometimento ocular, embora possa ser a primeira manifestação extramedular da doença e simular outras afecções oculares. A órbita é menos envolvida, e seu quadro característico é com proptose, edema palpebral e quemose¹. O rabdomiossarcoma é o tumor maligno orbitário mais comum em crianças³, porém é necessário diagnóstico diferencial com outras causas de proptose⁴. Portanto, no presente relato, a proptose ocular teve como primeira suspeita o rabdomiossarcoma. No entanto, a biópsia da medula óssea confirmou LMA, o que ressalta a importância da investigação de diagnósticos diferenciais de proptose ocular em crianças. O diagnóstico precoce permitiu uma melhora significativa da paciente com bom prognóstico.



FIG 1. LESÃO EXPANSIVA EM ÓRBITA DIREITA



FIG 2. FOTO
EVIDENCIANDO
PROPTOSE OD



FIG 3. FOTO
EVIDENCIANDO
EQUIMOSE OD

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DAHER, Nathalie et al. Sarcoma Mielóide Orbitário: relato de caso. *eOftalmo*, v. 4, n. 1, p. 8-14, 2018.
- EL SALLOUKH, Nasrine Anais et al. Early ophthalmological manifestations of acute myeloid leukemia: current perspectives. *Clinical Ophthalmology*, p.2119-2127,2022.
- JURDY, Lama et al. Orbital rhabdomyosarcomas: A review. *Saudi Journal of Ophthalmology*, v.27, n.3, p.167-175, 2013.
- FONSECA JUNIOR, Nilson Lopes da et al. Sarcoma granulocítico em órbita: relato de caso. *Arq. Bras. de Oft*, v. 68, p. 557-560, 2005.

PÁLPEBRA

CISTO CONJUNTAL GIGANTE COMO CAUSA DE PTOSE

Jessica Nonato Goes Fernandes

Maria Kamila Menezes Camilo Vasconcelos

Priscilla de Araújo Souza de Andrade

Thalles Wilson Souza Domingos

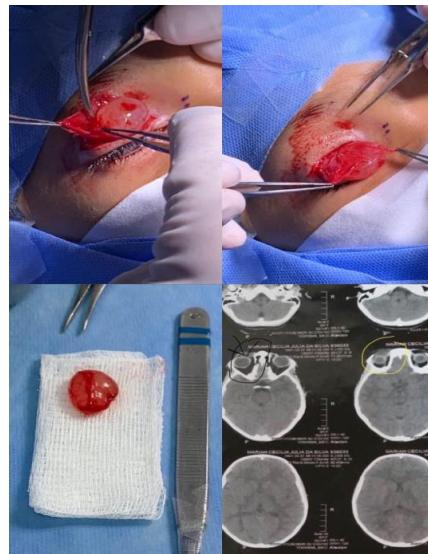
CISTO CONJUNTIVAL GIGANTE COMO CAUSA DE PTOSE FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA

**Jéssica Nonato Goes Fernandes, Maria Kamila Menezes Camilo Vasconcelos,
Priscilla de Araújo Souza de Andrade, Thalles Wilson Souza Domingos**

INTRODUÇÃO

São vários os tipos de tumores conjuntivais, dentre eles, nevus, melanomas, papilomas e displasias. Cisto significa saco anormal contendo material semi-sólido, com um arcabouço membranoso. Muitos são os locais onde os cistos podem estar presentes, como pálpebras, conjuntiva e órbita. Os cistos de inclusão conjuntival são derivados do epitélio conjuntival para dentro da substância própria formando uma cavidade central cística após a proliferação das células epiteliais. O cisto de inclusão conjuntival gigante (CICG) pode causar tanto sérios defeitos estéticos quanto alterações anatomo-fisiológicas da conjuntiva e das pálpebras que levam, ao incompleto fechamento palpebral.

IMAGENS



RELATO DO CASO

Paciente, sexo feminino, 5 anos, admitida na emergência da Fundação Altino Ventura, com queixa de lesão em pálpebra superior do olho direito há 2 meses. Ao exame, paciente com acuidade visual de 20/30 em olho direito (OD) e de 20/20 em olho esquerdo (OE). Na biomicroscopia, em OD, nota-se uma ptose severa em pálpebra superior com cobertura do eixo visual, sem sinais flogísticos. Sem alterações em OE. Realizada uma tomografia da órbita sem contraste que evidenciou em OD uma formação cística ovalada na região anterossuperior da órbita, contornos regulares bem definidos, extra conal, medindo cerca de 2,1x1,2x1,2 cm. Em contato com a parte medial da órbita e determinando leve impressão sobre o globo ocular, sem sinais de remodelamento ósseo. Sugerindo que se tratava de um cisto da conjuntiva bulbar que atingia o músculo elevador da pálpebra superior e o tarso. Indicada cirurgia para remoção da lesão e reinserção do músculo elevador da pálpebra. Cirurgia ocorreu sem intercorrências. No 1º dia pós-operatório (DPO), paciente evolui com lagofálico, foi prescrito tampão e apresentava DMR1 3 mm. No sétimo DPO, paciente tinha lagofálico superado e DMR1 4 mm. Melhorando significativamente o quadro de ptose.

DISCUSSÃO:

Os cistos conjuntivais são formados através do epitélio conjuntival em direção a substância própria formando lesão ovalada e cística. Podem apresentar sintomas diversos, como sensação de corpo estranho intraocular, hiperemia, sensação de peso e até alterações estéticas e funcionais, além de sinais atípicos, exemplificado no nosso relato, como a ptose palpebral severa, podendo comprometer o desenvolvimento visual, principalmente em crianças. Devendo ser corrido o mais precocemente possível para melhor prognóstico visual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nath K., Gogi R., Zaidi Nahid. Cystic lesions of conjunctiva. IJO. 1983;31:1-4. [PubMed] [Google Scholar]
2. Boynton J.R., Searl SS., Ferry AP., Kaltreider SA., Rodenhouse TG. Primary non-keratinised epithelial (conjunctival) orbital cyst. Arch Ophthalmol. 1992;110:1238-1242. [PubMed] [Google Scholar]
3. Soll S.M., Lisman R.D., Harrison W., Weiner M. Conjunctival orbital cyst. Ophthal Plast Reconstr Surg. 1994;10:216-219. [PubMed] [Google Scholar]

CORREÇÃO DE BLEFAROPTOSE MIOPÁTICA PELA TÉCNICA DE CONEXÃO AO FRONTAL

Sathler, C.S.C.O.

Heringer, T.F.

Tonin, G.A.

Cariello, A.J.

CORREÇÃO DE BLEFAROPTOSE MIOPÁTICA PELA TÉCNICA DE CONEXÃO AO FRONTAL

Sathler, C.S.C.O.; Heringer, T.F.; Tonin, G.A.; Cariello, A.J.
Hospital de Olhos Sadalla Amim Ghanem, Joinville -SC

INTRODUÇÃO

A oftalmoplegia crônica externa progressiva cursa com blefaroptose de difícil tratamento. A ausência do reflexo de Bell, fraqueza do músculo orbicular e a oftalmoplegia limitam a abertura cirúrgica da fenda palpebral pelo risco de ceratite, ulcerações e consequentes opacidades da córnea. Estudo retrospectivo sugere a técnica de conexão ao frontal com fáscia lata como alternativa a outras técnicas com resultado satisfatório.

RELATO DO CASO

Paciente M.A.F., sexo feminino 46 anos, queixa de blefaroptose progressiva há 6 anos associada à diplopia. Apresentava acuidade visual sem correção de 20/80 nos dois olhos. A obstrução do eixo visual comprometia exame de refração de forma adequada. Motilidade ocular com restrição de todas as duções, fenda palpebral de 2mm bilateral com compensação frontal e posição viciosa de cabeça com mento elevado. Distância margem reflexo negativa, mesmo com contração máxima do frontal. Reflexo de Bell ausente. Realizada correção cirúrgica por conexão ao frontal com fáscia lata autóloga, sem suspensão palpebral intraoperatória. Paciente evoluiu satisfatoriamente, com boa abertura palpebral (fenda de 6 mm e distância margem-reflexo de 1mm em ambos os olhos), liberação do eixo visual e acuidade visual com correção de 20/25 AO. Apresentou boa oclusão sem sintomas irritativos oculares ou defeitos epiteliais significativos.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1: Imagem da paciente em pré-operatório.
Figura 2: décimo dia pós-operatório



Figura 3 e 4: 3 meses de pós-operatório evidenciando boa abertura palpebral com eixo visual livre, bem como oclusão completa com relaxamento do músculo frontal.

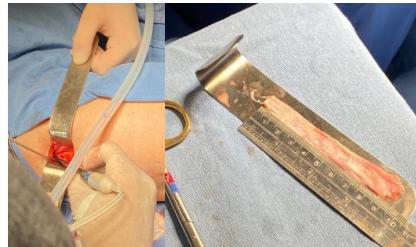


Figura 5: Abertura e dissecção da perna direita para passagem do fasciotomo.

Figura 6: Marcação e medição da fáscia lata.



Figura 7: Fáscia já suturada em tarso e passagem pelo túnel de olho direito

Figura 8: Testagem da abertura ocular pós passagem da fáscia em olho esquerdo.

DISCUSSÃO:

A técnica de conexão ao frontal não aumenta a abertura palpebral em repouso, mas possibilita uma abertura dinâmica da fenda palpebral pela transmissão da contração do músculo frontal conectado à placa tarsal por meio da fáscia lata. Desse modo, possibilita abertura da fenda palpebral com boa oclusão, diminuindo o risco de ceratite e olho seco evaporativo secundário. O presente caso concreto enfatiza a preocupação na busca por uma técnica que possa melhorar a qualidade visual desses pacientes com o mínimo comprometimento secundário do segmento anterior. Assim, a conexão ao frontal se mostra uma opção eficaz e segura onde os mecanismos de proteção ocular estão diminuídos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Current management of upper lid ptosis: a web-based international survey of oculoplastic surgeons
2. Diniz, Stefania B., et al. Frontalis Linkage WithoutIntraoperative Eyelid Elevation for the Management of Myopathic Ptosis". Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery, vol. 36, n° 3,maio de 2020, p. 258-62.
3. Silvério J, Sugano DM, Lucci LMD, Rehder JRCL. Suspensão ao músculo frontal com polietileno para o tratamento da blefaroptose. Arq Bras Oftalmol [Internet]. 2009Jan;72(1):79-83

CORREÇÃO DE PTOSE PALPEBRAL NA SÍNDROME DA BLEFAROFIMOSE: RELATO DE CASO

Louise Christine de Castro Costa

Guilherme Araújo de Abreu

Larissa Caroline Mansano Soares

Carolina Rodrigues Barreto Mendes

Correção de Ptose Palpebral na Síndrome da Blefarofimose: Relato de caso

Louise Christine de Castro Costa, Guilherme Araújo de Abreu, Larissa Caroline

Mansano Soares, Carolina Rodrigues Barreto Mendes

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Blefarofimose é caracterizada por quatro características principais, todas presentes ao nascimento: blefarofimose, ptose, epicanto inverso e telecanto. A correção cirúrgica da ptose palpebral é realizada, principalmente, através das técnicas cirúrgicas como a suspensão frontal (com fáscia endógena ou materiais sintéticos) e o avanço frontal direto. A correção do epicanto e telecanto podem ser realizadas no mesmo tempo cirúrgico que a cirurgia da ptose ou em um segundo procedimento.

RELATO DO CASO

Paciente, sexo masculino, 5 anos de idade, encaminhado do setor de oftalmopediatria para avaliação de ptose palpebral. Paciente apresentava, ao exame oftalmológico, acuidade visual, com correção de 20/30 em ambos os olhos; ectoscopia e biomicroscopia de ambos os olhos: epicanto inverso, telecanto e ptose palpebral acometendo eixo visual. Medidas palpebrais: Ausência de sulco palpebral, reflexo de Bell preservado, distância margem reflexo de 1 mm, medida da função do músculo elevador da pálpebra superior (MEPS) de 2mm, tônus do músculo frontal aumentado e posição viciosa de cabeça com elevação do mento presente (Figura 1). O paciente foi submetido a correção cirúrgica da ptose palpebral, através da técnica de suspensão frontal com fio Goretex e optado por epicantoplastia no mesmo tempo cirúrgico. Procedimento cirúrgico ocorreu sem complicações e paciente evoluiu com melhora da ptose palpebral e liberação do eixo visual. (Figura 2)

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1: Pré-operatório



Figura 2: Pós operatório 7 dias

DISCUSSÃO:

As características clínicas presentes na Síndrome da Blefarofimose estão associadas a uma alta incidência de ambliopia, caso não sejam corrigidas cirurgicamente precocemente. A medida da função do MEPS é o parâmetro mais importante na escolha da técnica cirúrgica. Como, nesta síndrome, geralmente a função do MEPS é caracteristicamente baixa, as técnicas de suspensão frontal e avanço frontal são preferidas, porém alguns autores relatam boa experiência com a ressecção supra-máxima do MEPS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Friedhofer H, Nigro MVAS, Sturtz G, Ferreira MC. Correction of severe ptosis with silicone implant suspensor: 22 years of experience. *Plast Reconstr Surg.* 2012;129(3):453e-460e.
2. Cagatay HH, Ekinici M, Apil A, Arslan B, et al. The use of polypropylene suture as a frontalis suspension material in all age groups of ptosis patients. *J Invest Surg.* 2014;27(4):240-4

DEPÓSITO AMILOIDE CONJUNTIVAL COMO CAUSA DE PTOSE PALPEBRAL: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Yolanda Souza Mares

Profa. Suzana Matayoshi

Juliane Cardoso Rodrigues

Carolina Nicolela Susana

DEPÓSITO AMILOIDE CONJUNTIVAL COMO CAUSA DE PTOSE PALPEBRAL: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Yolanda Souza Mares, Profa. Suzana Matayoshi, Juliane Cardoso Rodrigues, Carolina Nicolela Susanna

Hospital das Clínicas da FM-USP

INTRODUÇÃO

O amiloidose é um grupo de doenças complexas causadas pela deposição extracelular de proteína fibrilar insolúvel patológica em órgãos e tecidos, causando sua disfunção. Pode apresentar uma ampla variação de sintomas, sendo desde praticamente assintomática, até causar disfunção orgânica grave, a depender do órgão afetado. Devido à alta heterogeneidade de apresentações e à infreqüência de sua ocorrência (principalmente na forma localizada), a suspeição clínica costuma ser baixa, o que pode postergar o adequado diagnóstico e seu tratamento.

O objetivo deste trabalho é apresentar um quadro atípico de amiloidose conjuntival primária restrita à párpada superior esquerda, sem quaisquer condições predisponentes ou envolvimento sistêmico.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 45 anos, sem quaisquer comorbidades prévias ou uso diário de medicamentos. Iniciou acompanhamento no departamento de Plástica Ocular do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo devido ptose unilateral à esquerda de aparecimento há cerca de 10 anos.

Após investigação de seus antecedentes oculares, não foi identificada causa que justificasse o quadro unilateral em mulher saudável; não apresentava histórico de trauma, uso de lente de contato, atopia, prurido ocular excessivo ou mesmo uso de alongamento de cílios. Também não apresentava variação do grau de ptose ao longo do dia.

Procedeu-se ao exame palpebral e periocular: dermatocalase, ptose da cauda dos supercílios, distância margem-reflexo 1 (DMR1) de 4 e 1 mm, função do tendão do músculo levantador da párpada superior (FTMLPS) de 15 e 14 mm, fenda palpebral de 10 e 7 mm. A pele era trofica, sem dermatites, cicatrizes ou abaulamentos. O teste com colírio de fentilefrina a 10% mostrou resposta ausente na elevação palpebral (Figura 1). A cirurgia indicada foi a refiação da aponeurose do MLPS via posterior (transconjuntival) unilateral à esquerda, blefaroplastia superior e elevação direta da cauda dos supercílios.

Durante o procedimento cirúrgico, a blefaroplastia e elevação dos supercílios transcorreu sem problemas; no entanto, ao realizarmos a eversão palpebral para iniciar a correção da ptose, observamos placa amarelada de aspecto lipídico na conjuntiva tarsal superior esquerda, firmemente aderida à conjuntiva, porém não infiltrativa, nem localmente invasiva (Figura 2). A conjuntiva tarsal direita não apresentava alterações. Foi prosseguida a refiação transconjuntival do MLPS, sem intercorrências. A massa foi retirada e enviada para análise anatopatológica, e o procedimento pôde ser concluído com resultado pós-operatório satisfatório.

A análise anatopatológica apontou extensa deposição de material amorfó e eosinofílico, com achados morfológicos sugestivos para amiloidose, porém com pesquisa de amiloidose através da coloração de vermelho congo foi inconclusiva.

Para descartar amiloidose sistêmica, será realizada investigação com análise de fator reumatoide, FAN, hemograma, função renal e hepática, IgG4 e PTH, além de nova biópsia de tecido adiposo subcutâneo.

A paciente teve evolução pós operatória favorável após a retirada do fator mecânico e da refiação do TMERS, com bom resultado estético e funcional após 30 dias de cirurgia (Figura 3).

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



DISCUSSÃO:

A amiloidose em sua forma localizada é uma entidade rara, e é ainda mais rara quando se apresenta de forma localizada primária na conjuntiva.

Uma revisão da literatura dos anos 2000 até 2020 apontou somente 64 casos similares a este descritos. Na literatura os sintomas observados podem ser a presença de massa palpebral, hemorragia conjuntival recorrente, ptose ou até púrpura periorbital. No caso da nossa paciente, havia ptose unilateral importante, porém a massa palpebral não era palpável externamente.

Esta doença deve ser diferenciada de tracoma, carcinoma de células sebáceas, doenças granulomatosas crônicas e outras neoplasias conjuntivais. A diferenciação passa obrigatoriamente pela biópsia da lesão e análise histopatológica com vermelho do Congo e, com sua confirmação, passa a ser mandatória a investigação sistêmica de amiloidose.

Com a negatividade dos exames e ausência de condições predisponentes poderemos relacionar o quadro a algum distúrbio local do sistema imunológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Demirci H, Shields CL, Eagle RC Jr, Shields JA. Conjunctival amyloidosis: report of six cases and review of the literature. *Surv Ophthalmol*. 2006 Jul-Aug;51(4):419-33.
- Garg N, Diwaker P, Gaur JH, Shastri M, Sharma S. Conjunctival Amyloidosis: A Report of Two Cases with Review of Literature - 2000-2020. *J Microsc Ultrastruct*. 2022 Sep 6;10(4):214-218.
- Gupta VP, Aggarwal R, Aggarwal S. Conjunctival amyloidosis: is it related to trachoma? *Acta Ophthalmol (Copenh)*. 1993 Dec;71(6):839-40.

DISTIQUÍASE CONGÊNITA: RELATO DE CASO

Caio Costa Santos

Alisson Lima Andrade

Alice Carvalho Gouveia de Almeida

Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim

Distiquíase Congênita: Relato de caso

Caio Costa Santos, Alison Lima Andrade, Alice Carvalho Gouveia de Almeida,
Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim
Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista - UNESP

INTRODUÇÃO

Distiquíase congênita é uma rara condição, de patogênese ainda controversa, na qual ocorre uma anomalia no desenvolvimento das unidades pilossebáceas presentes na lamela posterior da pálpebra, as quais não se diferenciam apenas em um componente sebáceo, mas há a permanência do componente piloso responsável pelo surgimento dos cílios distiquíticos¹. Várias são as formas de tratamento². Relatamos o caso de um paciente com distiquíase congênita tratado cirurgicamente.



Figura 2: Divisão lamelar para ressecção de folículos pilosos, localizados na lamela posterior.



Figura 3: pós-operatório recente da segunda abordagem, sem cílios distiquíticos.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 7 anos, compareceu ao Ambulatório de Plástica Ocular do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu com queixa de hiperemia e ardência oculares intermitentes há 4 anos. Apresentava rinite alérgica, asma e fazia uso de correção óptica. À biomicroscopia observou-se 18 cílios distiquíticos (CD) em pálpebra superior direita (PSD), 28 em pálpebra inferior direita (PID), 24 em pálpebra superior esquerda (PSE) e 18 CD em pálpebra inferior esquerda (PIE) (Fig. 1). Apresentava, ainda, hiperemia conjuntival e ceratite puntata em ambos os olhos. Foi indicada a ressecção cirúrgica dos folículos pilosos por divisão lamelar associada a crioterapia de lamela posterior sob sedação (Fig. 2). Três meses após a cirurgia, foram observados cinco CD em PSD, quatro em PID, sete em PSE e sete em PIE, sendo indicada nova abordagem cirúrgica para retirada de folículos remanescentes e associada a eletrólise, havendo melhora do quadro (Fig. 3). Apresenta-se, agora, em acompanhamento ambulatorial.

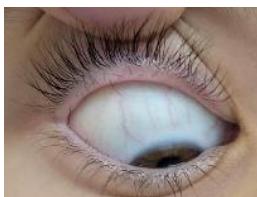


Figura 1: olho direito de paciente com distiquíase congênita. Observe a posição anômala dos cílios.

DISCUSSÃO

Relatamos um caso de distiquíase congênita tratada com a técnica de divisão marginal e ressecção de folículos. Há diversas opções terapêuticas e o tratamento é individualizado². A eletrólise pode ser usada em casos com poucos cílios anômalos. A ablação com laser de argônio é uma opção, porém com menor sucesso quando comparada ao tratamento da triquíase, provavelmente pela despigmentação dos cílios distiquíticos. A crioterapia também está no arsenal terapêutico, mas apresenta muitos efeitos colaterais e grande chance de recidiva³. Para casos extensos, a cirurgia é a escolha. A separação das lamelas permite a identificação e exérese dos folículos pilosos. A crioterapia, neste caso, foi usada como tratamento adjuvante e aplicada somente na lamela posterior. Entretanto, observamos que houve recorrência dos cílios distiquíticos. Na segunda abordagem foi possível o uso da eletrólise devido aos poucos cílios presentes em PSD e PID, onde esta forma de tratamento foi empregada. Os autores ressaltam a importância do reconhecimento desta alteração e da necessidade de tratamento para se evitar alterações da superfície ocular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Singh S. Distichiasis: an update on etiology, treatment and outcomes. Indian J Ophthalmol. 2022;70(4):1100-1106.
- 2) Galindo-Ferreiro A, Alkatan H, Maktabi A, Gálvez-Ruiz A, Schellini SA. A new surgical technique for congenital distichiasis. Orbit. 2017;37(2):87-90.
- 3) McCracken MS, Kikkawa DO, Vasani SN. Treatment of trichiasis and distichiasis by eyelash trephination. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2006;22(5):349-351.

DISTÚRBIO CONGÊNITO DA DESINERVAÇÃO CRANIANA (CCDD): UM RELATO DE CASO

PARREIRA, Y.A.

SILVA, M.R.L.

FERREIRA, A.R.

RIBEIRO, G.G.B.

Distúrbio Congênito da Desinervação Craniana (CCDD): um relato de caso

PARREIRA, Y.A.; SILVA, M.R.L.; FERREIRA, A.R.; RIBEIRO, G.G.B.
CENTRO DE REFERÊNCIA EM OFTALMOLOGIA-CEROF- HC/UFG

INTRODUÇÃO

Os Distúrbios Congênitos da Desinervação Craniana (CCDDs) são um grupo de desordens que tem recebido muita atenção nos últimos anos devido à descoberta de vários genes que causam entidades clínicas individuais. CCDDs agrupam síndromes heterogêneas com distúrbios neuromusculares congênitos e não progressivos, levando a síndromes complexas de estrabismo com inervação anormal e desenvolvimento dos músculos oculares, como no caso descrito.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 6 anos, com histórico de proptose congênita e restrição da motilidade ocular em olho esquerdo (OE), sem outras alterações. Na ocasião, TC de órbita demonstrava lesão expansiva sólida intraconal retrobulbar medindo 1,7 x 1,4 x 1,1 cm, contornos lobulados e realce pelo contraste, com nervo óptico (NO) preservado, sugestiva de hemangioma cavernoso. Aos 2 meses realizou-se biópsia da lesão, que teve laudo inespecífico de hamartoma. Foi aventada hipótese de neurofibromatose e optado por conduta conservadora. Aos 3 anos tinha acuidade visual (AV) de 20/20 em OD e conta dedos (CD) a 5 mts em OE. Além disso, possuía estrabismo restritivo em quase todas as versões, com proptose sem progressão. Aos 5 anos, iniciou queixa de dor e redução da AV do OE (CD a 1mt). Nova RNM de órbita não demonstrava crescimento da lesão, mas acusava envolvimento de músculos extraoculares e desvio inferior discreto do NO. Dessa forma, foi aventada nova hipótese diagnóstica de CCDD e mantida conduta conservadora.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1. RNM de órbitas demonstrando lesão intraconal retrobulbar em OE.



Figura 2. Versões com restrição em OE, adução levemente prejudicada.

DISCUSSÃO:

Os CCDDs resultam da inervação aberrante da musculatura ocular e facial, sendo a maioria comprovada ou suspeita de ter uma etiologia genética. Essas desordens incluem a Síndrome de Duane, fibrose congênita dos músculos extraoculares, dentre outras. Alguns estão associados com malformações sistêmicas, além de déficits significativos de motilidade ocular. Ressalta-se a importância de novos estudos sobre causas genéticas para uma compreensão mais completa das CCDDs e com o propósito de descobrir melhores opções de tratamento para os pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GUTOWSKI NJ, et al. The congenital cranial dysinnervation disorders (CCDDs). *Neuromuscul Disord*, 2003;13:573-8.
ENGLE EC. The genetic basis of complex strabismus. *Pediatr Res*, 2006;59:343-8.

DARREN T. Ophthalmoplegia and Congenital Cranial Dysinnervation Disorders, *Journal of Binocular Vision and Ocular Motility*, 2018; v. 68.1, 31-33

EDEMA FACIAL PERSISTENTE APÓS USO PROVÁVEL DE ÓLEO DE SILICONE COMO PREENCHEDOR

Patrícia Moitinho Ferreira

Liane Ferraz Baptista

Ana Galrão Figueiredo

Edema facial persistente após uso provável de óleo de silicone como preenchedor

Patrícia Moitinho Ferreira, Liane Ferraz Baptista, Ana Galrão

Figueiredo

Hospital Oftalmológico de Brasília – Brasília, DF

INTRODUÇÃO

O uso de materiais alternativos na área estética, principalmente como preenchedores, é uma prática ainda realizada, de forma clandestina e principalmente por profissionais não médicos¹. Este relato propõe discussão sobre consequências da injeção periocular de material semelhante a silicone.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 42 anos, compareceu ao ambulatório de oculoplastia queixando-se de edema em pálpebras inferiores e malar bilateral persistente, iniciado após realização de preenchimento com ácido hialurônico nesta região há 6 anos. Realizou aplicação de hialuronidase anteriormente, sem melhora. Não apresentava comorbidades sistêmicas ou oftalmológicas.

Foi submetido a ultrassonografia de face, que demonstrou a presença de vesículas, sugestivas de presença de óleo de silicone, em face.

Indicada intervenção cirúrgica, foram enviados para anátomo-patológico fuso de músculo orbicular e bolsas de gordura, retiradas da pálpebra inferior de olho direito, para pesquisa de material de preenchimento. O resultado demonstrou achados compatíveis com reação a material exógeno, corroborando com a hipótese de infiltração de óleo de silicone.

Após blefaroplastia inferior e tentativa de retirada parcial do produto, o paciente evoluiu com melhora parcial de edema bipalpebral, com maior satisfação.

DISCUSSÃO

São descritas diversas complicações com a aplicação de silicone líquido, como inflamações localizadas (formação de abcessos e granulomas) ou sistêmicas graves e infecção secundária¹. Algumas destas complicações podem apresentar resolução espontânea, porém outras podem gerar sequelas permanentes².

Nestes casos, o uso da ultrassonografia facial tem se demonstrado promissor para auxílio na identificação rápida e conduta ideal. Por meio dele, é possível verificar a localização do material utilizado como preenchedor e sua relação com o conteúdo facial e demais estruturas².

A imagem ultrassonográfica correspondente a presença de óleo de silicone em face corresponde a imagem fortemente ecogênica, diferente do demonstrado para ácido hialurônico, com sombra acústica posterior bastante evidente^{2,3}.

O edema facial tardio, persistente e recorrente é uma complicação associada ao uso de materiais alternativos para preenchimento da região periocular, porém também pode estar presente após injeção de materiais comumente utilizados, como o ácido hialurônico³.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MELLO, D *et al*; Complicações locais após a infecção de silicone líquido industrial; *Ver Col Bras Cir*, 2013;
2. CRUZ, I. *et al*; A importância do exame de imagem para rastreamento de preenchedores faciais; *Research, Society and Development*. 2021;
3. CAVALLIERI, F *et al*; Edema tardio intermitente e persistente: Reação adversa tardia ao preenchedor de ácido hialurônico, *Surg Cosmet Dermatol*, 2017

IMPLANTE DE CÍLIOS COM ENXERTO DE SUPERCÍLIOS APÓS RECONSTRUÇÃO PALPEBRAL INFERIOR

Renara Costa Tomaz

Diego Morais Gomes

Karen Regina Martins Soares

Beatriz de Sá Mota

Implante de cílios com enxerto de supercílios após reconstrução palpebral inferior

Renara Costa Tomaz; Diego Moraes Gomes; Karen Regina Martins Soares; Beatriz de Sá Mota
Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

INTRODUÇÃO

A técnica de Hughes é uma opção valiosa que devolve funcionalidade após ressecções oncológicas amplas de pálebra inferior (PI). Porém, a ausência de cílios no local é uma limitação estética desta técnica. Sendo assim, foi proposto o implante de cílios com enxerto de supercílios pela semelhança no tamanho, espessura e orientação dos pelos.

RELATO DO CASO

M.V.M.C., 66 anos, feminino, foi submetida a reconstrução pela técnica de Hughes, devido defeito de 70% da PI, com sua abertura após 8 semanas, quando foi realizada a divisão das novas lamelas a fim de formar uma “bolsa” receptora para aposição do enxerto de cílios.

Foi escolhido uma localização do supercílio doador com pelos de orientação, tamanho, espessura e quantidade compatíveis com o defeito palpebral. O corte do fuso de pele, realizado com lâmina 11, foi feito na orientação do crescimento do pelo e continha 16 folículos pilosos.

A sutura foi feita com 6 pontos simples de Vicryl 6-0, 4 deles transfixando o enxerto e 2 passando por cima do mesmo, a fim de evitar sua rotação e deixá-lo em íntimo contato com a circulação palpebral.

Os pontos foram retirados após 15 dias e ao longo do primeiro mês foi observado que a pálebra permanecia harmônica e esteticamente aceitável, com boa cicatrização da área doadora e receptora, ausência de perdas de folículos, sem necrose e sem triquiase.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1: Lesão oncológica em PI;
Figura 2: Antes da abertura do retalho de Hughes;
Figura 3: Aspecto após finalizar o implante do enxerto de supercílios mostrando área doadora e receptora;
Figura 4: 30º dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO:

A técnica de Hughes é uma excelente opção de tratamento para reconstruções palpebrais extensas, porém a falta dos cílios na topografia do retalho é uma lacuna desta técnica.

Este relato mostra que o implante de cílios com enxerto de supercílios trouxe uma melhora estética significativa à pálebra inferior, visto que há grande semelhança entre os pelos de ambas as regiões e boa cicatrização da área doadora e receptora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nava-Castañeda, Á., Tovilla-Canales, J. L., Solano-Leal, P., & Garnica-Hayashi, L. (2018). *Eyelash hair transplantation with strip composite eyebrow graft: an enhancing technique in tarsoconjunctival flap eyelid reconstruction procedure*. *Orbit*, 1–
4. doi:10.1080/01676830.2018.1546324

MICOSE FUNGOIDE: UM POSSÍVEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA CARCINOMA ESPINOCELULAR

Leonardo L. Girardi

Deborah de Oliveira Veras

Germano Ramos Boff

Micose Fungoide: um possível diagnóstico diferencial para carcinoma espinocelular

Leonardo L Girardi, Deborah de Oliveria Veras, Germano Ramos Boff
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

INTRODUÇÃO

A Micose Fungoide (MF) é uma doença cutânea rara caracterizada pela proliferação anormal de células T linfoides na pele. Em contraste, o Carcinoma Espinocelular (CEC) é um dos tipos mais comuns de câncer de pele em imunocomprometidos, tornando o diagnóstico diferencial desafiador

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 60 anos, em tratamento para mucinose cutânea e MF há 14 anos. Última quimioterapia (QT) em 01/09/2022. Referia surgimento de lesão nova, dolorosa em hemiface direita há 2 meses, com calor local, edema, rubor, friável e saída de secreção fétida. Relatou que há 2 semanas, também houve surgimento de lesão em mento, sem sinais flogísticos. Fez uso de Ciprofloxacino, Clindamicina e Prednisona com melhora parcial do aspecto da lesão facial. Na história oftalmológica pregressa havia sido submetido a enucleação de olho direito secundária a trauma. As lesões de hemiface direita apresentavam necrose que dificultava a avaliação da cavidade ocular. Pela possibilidade de diagnóstico diferencial com CBC foi optado pelo exérise das lesões para análise anatomo-patológica. No resultado, o quadro histológico e imunohistoquímico foram compatíveis com linfoma de células "T" cutâneo, compatível com micose fungoide em fase tumoral.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



DISCUSSÃO:

À medida que a MF progride, as lesões podem se tornar mais espessas, ulceradas e infiltrativas, confundindo aspectos clínicos do CEC. A biópsia e a análise histopatológica continuam sendo os principais métodos para distinguir essas condições, mas técnicas moleculares avançadas podem desempenhar um papel crescente na diferenciação diagnóstica no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.WillemzeR,CerroniL,KempfW,BertiE, FacchettiF, SwerdlowSH, et al. The 2018 update of the WHO-EORTC classification for primary cutaneous lymphomas. *Blood*. 2019;133:1703-.
- 14.2.OlsenEA. Evaluation, Diagnosis, and Staging of Cutaneous Lymphoma. *Dermatol Clin*. 2015;33:643-.

PENFIGOIDE OCULAR CICATRICIAL: RELATO DE CASO

Annes, C.S.

Costa, M.B.

Vieira, T.A.S.

Sakano, L.Y.

Penfigoide Ocular Cicatricial: Relato de Caso

Annes, C. S. ; Costa, M. B. ; Vieira, T. A. S. ; Sakano, L. Y.

Hospital Augusto de Oliveira Camargo - HAOC

INTRODUÇÃO

O penfigoide ocular cicatricial cursa com conjuntivite bilateral crônica e períodos de surto-remissão. Suas complicações incluem olho seco grave, erosões corneanas, entrópio e simbléfaro⁽¹⁾. Este trabalho visa relatar caso com epidemiologia não habitual e evolução rápida dessa rara patologia.

RELATO DO CASO

S.H.V, masculino, 45 anos, iniciou acompanhamento há 2 anos devido dor, hipoftagma e erosão corneana em olho direito (OD). Apresentava cicatriz por coriorretinite macular em OD, com acuidade visual (AV) de percepção luminosa. Na ocasião, apresentava AV de 20/20 em olho esquerdo (OE). Retorna 2 dias após e, sob suspeita de esclerite anterior difusa, foi encaminhado para investigação.

Três meses após, sem melhora com antimicrobianos e corticoterapia, além de tomografia computadorizada de crânio, raio X de tórax, e exames laboratoriais sem alterações, foi aventada hipótese de penfigoide ocular cicatricial. Apresentava simbléfaro em OD e hiperemia conjuntival em ambos os olhos.

Em serviço externo foi indicada evisceração devido a olho cego doloroso – procedimento que não foi realizado. Dez meses após a primeira consulta ambulatorial apresentava AV em OE de 20/70 com rápida progressão para ausência de percepção luminosa, e simbléfaro neste mesmo olho.

Atualmente, o paciente acompanha com reumato e dermatologista, está em tratamento para dor crônica e para olho seco, e em investigação por aumento de enzimas hepáticas.

FIGURAS



Figura 1: apresentação inicial de OD.



Figura 2: evolução de OD. OE apresenta-se com aspecto semelhante.

DISCUSSÃO:

Este caso mostra a dificuldade no diagnóstico e manejo do penfigoide ocular cicatricial, bem como sua rápida e devastadora evolução. Normalmente acomete mulheres idosas, e a biópsia negativa, que ocorre em até 40% dos casos, não exclui o diagnóstico⁽¹⁾. Procedimentos cirúrgicos que manipulam a conjuntiva podem piorar o quadro e não são indicados. O paciente deve, portanto, ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar a longo prazo, com manejo das complicações⁽²⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Branisteau DC, Stoleriu G, Branisteau DE, et al. Ocular cicatricial pemphigoid (Review). *Exp Ther Med*. 2020;20(4):3379-3382.
2. Stan C, Diaconu E, Hopirca L, Petra N, Rednic A, Stan C. Ocular cicatricial pemphigoid. *Rom J Ophthalmol*. 2020;64(2):226-230.

PTOSE PALPEBRAL - MANIFESTAÇÃO ATIVADA POR VALPROATO DE SÓDIO

Flávia Assad Gostaldon

Thaissa Faloppa Duarte

Adélia Vieira Rosa

Ptose Palpebral - Manifestação ativada por Valproato de Sódio

Flávia Assad Gostaldon, Thaissa Faloppa Duarte, Adélia Vieira Rosa
Hospital de Olhos Redentora

INTRODUÇÃO

As mitocondriopatias ocorrem por mutações esporádicas ou agressões exógenas: drogas, toxinas ou infecções. As proteínas mais afetadas pelas mutações no DNA mitocondrial são as da cadeia respiratória mitocondrial (CRM). Acometem cérebro, coração e músculo esquelético. Pode ser doença de um único órgão ou multissistêmica. Descrever a associação de ptose palpebral após uso Valproato de Sódio.

RELATO DO CASO

Masculino, 17 anos, apresentando ptose palpebral em ambos olhos (AO) há 1 ano, sem piora ao longo do dia. Portador de transtorno de ansiedade, em uso de Valproato de Sódio e Aripiprazol há 1 ano. Ausência doenças oculares prévias, outras comorbidades, consumo de drogas e alterações sistêmicas. Acuidade visual com correção de 20/20 em AO. Motilidade ocular preservada, sem desvios em AO. Fenda palpebral (FP) de olho direito (OD): 5 mm e de olho esquerdo (OE): 6 mm (figura 1), distância margem reflexo superior (DMR-1) de OD: negativa e de OE: 1 mm, função do músculo levantador da pálpebra superior AO de 12 mm, sulco palpebral superior AO presente. Biomicroscopia e fundoscopia de AO: sem alterações. Exames laboratoriais normais. Houve exclusão de doença neurológica pela neurologia. Aventada hipótese de mitocondriopatia pelo Valproato de sódio. Psiquiatria suspendeu medicação e, após 60 dias, houve melhora da ptose, com FP de OD: 8 mm e de OE: 9 mm, DMR-1 de OD: 2 mm e OE: 4 mm (figura 2).

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1. Em uso de Valproato de Sódio



Figura 2. Após suspensão de Valproato de Sódio

DISCUSSÃO

A síndrome mitocondrial descrita é a oftalmoplegia externa progressiva, relacionada aos defeitos da CRM. Pode manifestar paralisia da musculatura ocular extrínseca e/ou ptose palpebral, podendo progredir para outros órgãos. Estudos descrevem que o valproato de sódio também pode causar distúrbios na CRM de pacientes suscetíveis. A história de ptose palpebral bilateral após início desta medicação, exclusão de alterações neurológicas e a melhora clínica após suspensão da terapêutica sugerem este distúrbio no paciente. Neste relato, o diagnóstico precoce com suspensão imediata da medicação, evitou acometimento deste distúrbio em outros órgãos, impedindo consequências clínicas graves e procedimentos cirúrgicos desnecessários. Portanto, é importante realizar uma investigação etiológica minuciosa, considerando os efeitos adversos medicamentosos, e manter o seguimento com outras especialidades para o sucesso terapêutico do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- DiMauro S, Schon E: Mitochondrial respiratory-chain diseases. N Engl J Med 2003;
- 2- Bellinge, J; Herath, S; Sonigra, D; Sodium Valproate Exacerbating an Underlying Disorder of Fatty Acid Metabolism. Case Reports Neurology 2016;

PTOSE PALPEBRAL POR SÍNDROME DE POEMS: RELATO DE CASO

Livia Racquel F. Ázara

Mariana Dantas

Ana Luiza M. S. Spolidoro

Flávia Dutra

Ptose palpebral por Síndrome de POEMS: relato de caso

Lívia Racquel F. Ázara¹; Mariana Dantas¹; Ana Luiza M. S. Spolidoro²; Flávia Dutra²

Hospital Oftalmológico Santa Beatriz¹

Hospital Universitário Antônio Pedro²

INTRODUÇÃO

A síndrome de POEMS é uma entidade clínica rara, sem muitos dados na literatura atual sobre sua real prevalência e etiologia. Afirma-se que, segundo alguns relatos, essa prevalência possa variar de 1:40000 para 1:6000 e é dependente de fatores étnicos e geográficos. Sabe-se que a produção aumentada de citocinas tais como IL-1B, IL-6, TNF alfa, fator de crescimento endotelial vascular(VEGF) parecem exercer papel importante na patogênese da doença. Para diagnóstico são utilizados critérios, atualizados em 2019. Os critérios de entrada são poliradiculoneuropatia (tipicamente desmielinizante) e proteína sérica monoclonal elevada. Lesões ósseas escleróticas, VEGF elevado e presença de doença de Castleman (Rara desordem neoplásica linfoproliferativa policonal de gânglios linfáticos) são os critérios maiores. Os critérios menores incluem organomegalia, endocrinopatia, alterações características da pele, papiledema, sobrecarga de volume extravascular e tromboцитose. Com apenas um critério de cada classe o diagnóstico estará firmado, sendo importante frisar que existem outros achados que podem fazer parte da doença, mas não do diagnóstico final.

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente acima de 60 anos com ptose palpebral e espessamento palpebral importante em ambos os olhos com quadro típico, e portanto diagnóstico de Síndrome de POEMS.

RELATO DO CASO

S.U.S , branca , 76 anos com antecedentes de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, e hipotireoidismo ambas em tratamento e controladas , procedente de Duque de Caxias- RJ encaminhada ao Departamento de Plástica Ocular do Hospital Oftalmológico Santa Beatriz com desejo de cirurgia de pálebras e ptose em ambos os olhos. Apresentava queixa de " peso " nas pálebras, olhos pequenos e lágrimação em ambos os olhos há mais de 6 meses. Nega antecedentes familiares com histórico semelhante.

Relatou apresentar diagnóstico confirmado de síndrome de POEMS há 6 meses e está em acompanhamento multidisciplinar com reumatologista, oncologista e clínico geral. A doença foi confirmada após fechar critérios que envolviam neuropatia periférica , gamopatia monoclonal, lesões osteoescleróticas e doença de Castleman . Na eletroneuromiografia foi observado maior perda axonal e desaceleração considerável dos segmentos intermediários do nervo.

Ao exame oftalmológico: audade visual(AV), com melhor correção 20/40 em olho direito (OD) e 20/40 em olho esquerdo (OE). Cetoscopia e biomicroscopia ambos os olhos : Ptose palpebral severa com espessamento palpebral importante, leve lagofálico, leve acúmulo de filme lacrimal em pálebra inferior, sem flacidez horizontal em pálebra inferior, córnea transparente e com ausência de lesões, câmara anterior formada, pseudofáctica com Lente intraocular tópica e transparente. Medidas e movimentos extraoculares (MOE) : sinal de Bell preservado AO, movimentos extraoculares sem alterações AO, sulco palpebral medindo 11 mm em OD e 10 mm em OE, distância margem reflexo 1: - 1,00 mm AO , distância margem reflexo 2: - 0,50 mm AO , tônus músculo frontal aumentado, função do músculo elevador da pálebra superior (MEPS) medindo 11 mm OD e 10 mm OE. Fundoscopia AO com nervo óptico e escavação fisiológicas, retina aplicada com mácula livre.

O setor de plástica ocular contra indicou q cirurgia de correção de ptose AO diante prognóstico ruim, baseado nas medidas e exame oftalmológico completo. Foi orientado acompanhamento semestral

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1: Critérios diagnósticos para Síndrome de POEMS

Tabela 1. Critérios diagnósticos para Síndrome de POEMS

Critérios maiores
Polineuropatia
Doença monoclonal de plasmócitos

Critérios menores
Lesões osteoescleróticas
Doença de Castleman
Organomegalia (fígado, fígado ou linfonodos)
Sobrecarga de volume (edema periférico, ascite, derrame pleural)
Endocrinopatias (adrenal, tireoide, hipófise, pâncreas, gônadas, para-tireoide)
Alterações cutâneas (hiperpigmentação, hipertricose, hemangiomas, "unhas brancas")
Papiledema

Manifestações associadas
Baquetamento dos dedos
Perda de peso
Tromboctose
Policitose
Hipertricose
Alterações cutâneas, hiperpigmentação, hipertricose, pleura, hemangioma, "unhas brancas")
Papiledema

Diagnóstico de POEMS = 2 critérios maiores + 1 critério menor

Modificado de Dispinen et al. POEMS syndrome: Definitions and long-term outcome. Blood 2003; 101:249.⁶

Imagem 1: Ptose severa em ambos os olhos



DISCUSSÃO:

Na síndrome de POEMS a ptose apresenta-se de forma grave associada ao estreitamento horizontal e vertical da fenda palpebral (devido a hipoplasia do músculo levantador da pálebra superior). Inconsistemente , o paciente tenta compensar a ptose por meio da contração da musculatura frontal e dos músculos corrugadores, ou mudando o posicionamento da cabeça, através da elevação do queixo. O estímulo constante dos músculos da face pode causar cefaleia tensional e produzir um sulco horizontal na fronte e vertical. Existem outras alterações que podem estar associadas como estrabismo , amíblio e supercílios arqueados. O prognóstico cirúrgico da ptose no caso dessa doença é reservado e deve-se basear nos dados numéricos das medições realizadas durante o exame oftalmológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KANSKI, J. J; BOWLING, B. Oftalmologia Clínica. 7. ed. São Paulo: Saunders Elsevier, 2013
2. Matayoshi S, Forno EA, Moura ri Manua de cirurgia Plástica Ocular. Atualidades Oftalmologia USP São Paulo. Roca, 2004
3. Barbosa MV, Ferreira LM, Nahas FX. Ptose Palpebral. In: Ferreira LM, Cirurgia Plástica. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar, UNIFESP-EPM. São Paulo
4. Savegnago AK, Silva RM, Johnston C, Martins AM, Melo APL, Carvalho WB. Revisão sistemática das escalas utilizadas para avaliação funcional na doença de Pompe. Rev Paul Pediatr. 2012; 30(2): 272-277.

SARCOMA DE KAPOSI PALPEBRAL: CASO ATÍPICO EM PACIENTE COM ALTAS CONTAGENS DE CD4 E BAIXA CARGA VIRAL

Jéssica Monteiro Machado

Rodrigo Beraldi

Rafael Gadens

Adriane Faccin

SARCOMA DE KAPOSI PALPEBRAL: CASO ATÍPICO EM PACIENTE COM ALTAS CONTAGENS DE CD4 E BAIXA CARGA VIRAL

Jéssica Monteiro Machado, Rodrigo Beraldí, Rafael Gadens, Adriane Faccin
Hospital de Olhos do Paraná

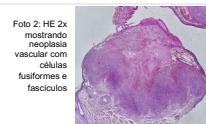
INTRODUÇÃO

O sarcoma de Kaposi (SK) associado à infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana) está reduzindo em incidência e gravidade desde o início dos antirretrovirais, devido a melhora imunológica proporcionada por estes. Pacientes com SK normalmente apresentam baixa contagem de células CD4 (<150 células por milímetro cúbico) e alta carga viral (>10.000 cópias por mililitro), e infecções oportunistas associadas.¹ Mas neste relato, descrevemos a ocorrência de SK palpebral e conjuntival associado ao HIV, em paciente com contagens sustentadas de células CD4 acima de 1.000 cél./mm³ e supressão da carga viral com valores abaixo do limite mínimo (indetectável), em tratamento com antirretrovirais e sem infecções oportunistas associadas.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 26 anos, com diagnóstico de coinfeção HIV e HBV (vírus da hepatite B) em outubro de 2021, descobriu as comorbidades ao apresentar quadro de herpes zoster. Tem seguimento regular desde então com infectologista, em uso de Tenofovir, Lamivudina e Dolutegravir, com boa resposta clínica e laboratorial ao tratamento. Compareceu em consulta com resultado de biópsia de julho de 2022 da lesão em conjuntiva bulbar de olho direito, com anatomo-patológico e imuno-históquímica sugestivos de SK, porém sem confirmação. Relata que após a biópsia da lesão conjuntival, iniciou aparecimento de lesão elevada em párpado inferior do mesmo olho, de coloração violácea com crosta aderida na superfície. A lesão apresentou crescimento progressivo e foi optado por retirada com a técnica de bick com margens de 2 mm, e após 8 meses de seguimento não foram observadas recidivas. O resultado do anatomo-patológico e imuno-históquímica evidenciaram uma neoplasia vascular nodular composta de feixes e fascículos entrelaçantes de células endoteliais neoplásicas fusocelulares e epiteliais de núcleos alongados e ovalados de cromatina basofílica, contendo canais vasculares preenchidos por hemácias entreneando as células endoteliais. Com imunoexpressão positiva para HHV-8 (herpes vírus humano tipo 8), CD31 e ERG, corroborando o diagnóstico de sarcoma de Kaposi. A contagem de células CD4 do paciente na época do aparecimento da lesão era de 1.139 células por milímetro cúbico e a carga de RNA viral indetectável (abaixo dos limites mínimos). A avaliação sistêmica adicional mostrou apenas linfonodomegalia ipsilateral submandibular, mas foi realizada PAAF que descartou qualquer alteração. A lesão conjuntival inicial não foi evidenciada em todo o tempo de acompanhamento no nosso serviço, apenas hiperemia temporal superior no local referido da biópsia prévia. Foi optado pela equipe assistente da infectologia, manter o tratamento clínico do paciente com os mesmos antirretrovirais e acompanhamento clínico quanto as lesões oculares.

FIGURAS



DISCUSSÃO:

O sarcoma de Kaposi foi descrito pela primeira vez em 1872 como um sarcoma hemorrágico idiopático multifocal incomum.² É o tumor mais comum em pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), e geralmente ocorre em pacientes jovens, de sexo masculino, com outras infecções oportunistas como pneumonia por *Pneumocystis carini*, *Mycobacterium avium-intracellulare* disseminada ou meningite por *Cryptococcus neoformans*.^{2,3} É uma neoplasia vascular multicêntrica de baixo grau relacionada à infecção pelo HHV-8 (herpes vírus humano 8), encontrado em paciente com baixas contagens de CD4 (menos de 500 cél./μl, principalmente menos de 200 cél./μl).³ A epidemiologia ainda é controversa, sendo relatado que a infecção pelo HHV-8 é necessária mas não suficiente para o desenvolvimento do SK, sendo necessários também outros cofatores para o seu desenvolvimento.⁴ Foram descritas etiologias virais, neurogênicas e vasculares, mas o mais aceito é que ele ocorre por desregulação da resposta inflamatória, e o crescimento das lesões dependem de diversas citocinas e fatores de crescimento.² As lesões cutâneas são as mais frequentes, principalmente nos membros inferiores, genitália, mucosa oral e face. As lesões não são dolorosas e podem ter uma grande variedade de coloração dependendo do componente vascular, variando do rosa ao marrom.⁴ As lesões disseminadas podem levar a morbidade e mortalidade significativas.² A histopatologia tipicamente se apresenta com células fusiformes atípicas em arranjo fascicular, intercaladas com múltiplos canais vasculares em forma de fenda.² O envolvimento ocular desse tumor maligno é relatado como raro e quando ocorre, é mais comumente encontrado na conjuntiva e pode se assemelhar a uma hemorragia subconjuntival. O diagnóstico diferencial do SK palpebral inclui hordéolo/calázio, granuloma piogênico, angiossarcoma, hemangioma capilar e cavernoso, hemangiopericitoma, melanoma e tumor metastático.^{2,4} O SK pode ser classificado em clássico, endêmico, epidêmico ou associado à AIDS e associado a transplantes.⁴ Na literatura não há protocolos com evidência científica definida para o tratamento do SK ocular, mas há relatos de tratamentos bem sucedidos com terapia antirretroviral e quimioterapia (terapias sistêmicas), ressecção cirúrgica, radiação, crioterapia (terapias locais). A escolha do tratamento depende também da localização, tamanho, número de lesões e se envolvimento extra-ocular, podendo ser usadas as terapias isoladas ou em conjunto.³ Alguns autores relatam que a recorrência do tumor é comum, enquanto outros afirmam que apenas a excisão cirúrgica e o tratamento clínico com terapia antirretroviral costumam ser bem sucedidos e eficazes.^{2,4} Esse relato demonstra a importância do reconhecimento das manifestações oculares do HIV, já que o sarcoma de Kaposi ocular, embora raro, pode se manifestar também de forma inicial em um diagnóstico de AIDS, e a detecção precoce pode ter impacto significativo na expectativa de vida do paciente. Sendo assim, é crucial examinar rotineiramente a mucosa ocular de todos os pacientes com HIV/AIDS em busca de lesões que possam ser SK, e enfatizar a importância da investigação de toda e qualquer lesão com anatomo-patológico e imuno-históquímica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Gallaffent JH, Buskin SE, De Turk PB, Aboulafia DM. Profile of patients with Kaposi's sarcoma in the era of highly active antiretroviral therapy. *J Clin Oncol*. 2005;23:1253-60.
- 2-Rossetto, J. D., Molles, S., & Gracitelli, C. (2019). Extensive bulbar conjunctival Kaposi's sarcoma as initial symptom of human immunodeficiency virus. *Arquivos brasileiros de oftalmologia*, 82(5), 429-431
- 3-Sousa Neves F, Braga J, Cardoso da Costa J, Sequeira J, Prazeres S. Kaposi's sarcoma of the conjunctiva and the eyelid leads to the diagnosis of human immunodeficiency virus infection - a case report. *BMC Cancer*. 2018 Jul 3;18(1):708. doi: 10.1186/s12885-018-4611-3. PMID: 29970040; PMCID: PMC6029361.
- 4-Abalo-Lojo JM, Abdulkader-Nabil I, Pérez LM, Gonzalez F. Eyelid Kaposi Sarcoma in an HIV-negative Patient. *Indian J Ophthalmol*. 2018 Jun;66(6):854-855. doi: 10.4103/ijo.IJO_1073_17. PMID: 29786002; PMCID: PMC5989516.

UM COMPLEXO CASO DE RECONSTRUÇÃO PALPEBRAL

Edson M. Kato

Alice C. G. de Almeida

Alisson L. Andrade

Roberta L. F. de S. Meneghim

Um complexo caso de reconstrução palpebral

Edson M. Kato Junior, Alice C. G. de Almeida, Alisson L. Andrade, Roberta L. F. de S. Meneghim
Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista – UNESP

INTRODUÇÃO

Diferentemente de tumores cutâneos em outras partes do corpo, nos quais técnicas destrutivas podem ser usadas, as técnicas para retirada de tumores palpebrais devem ser feitas de maneira criteriosa, sendo a técnica de controle de margens o padrão-ouro nesses casos.¹

O tratamento cirúrgico reconstrutivo, por sua vez, é desafiador na maioria dos casos devido à complexidade das estruturas palpebrais e à necessidade de se preservar aspectos funcionais e estéticos.^{2,3} Apresentamos um caso desafiador de reconstrução secundária pós-retirada de tumor palpebral extenso.

RELATO DO CASO

Mulher, 84 anos encaminhada ao serviço de Oftalmologia do Hospital das Clínicas de Botucatu para avaliação de lesões cutâneas perioculares, com progressão há 3 anos. A ectoscopia, observou-se duas placas eritematosas, perláceas, uma na região temporal do supercílio medindo 3 cm e outra no canto nasal direito de 1 cm de diâmetro, ambas com exulcerações e telangiectasias arboriformes (Fig.1A).

Realizada biópsia incisional que diagnosticou CBC superficial ulcerado. Foi realizada exérese das lesões com margem, optando-se pela reconstrução em segundo tempo (Fig.1B), após 21 dias em seguida da confirmação anatomo-patológica de margens livres.

Optou-se pela utilização de cartilagem auricular e retalho de Mustardé para reconstrução da pálpebra inferior. Após 30 dias, foi observada intensa retração tecidual com estreitamento da fenda palpebral e entropio cicatricial superior (Fig.1C), sendo realizada rotação marginal e reinserção do tendão do músculo levantador da pálpebra superior, além de reposicionamento dos cantos medial e lateral (Fig.1D). Houve resolução do entropio, melhora da ptose palpebral, e da abertura da fenda palpebral.

Após 3 meses, foi realizada epicantoplastia medial com reposicionamento dos cantos medial e temporal e enxertia de pele parcial em pálpebra inferior (Fig.1E e F). No seguimento houve melhora do quadro e a paciente estava satisfeita com o resultado até o momento.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1: A) Pré-operatório. B) Ferida operatória pós-excisão completa da lesão. C) Cicatrização excessiva com contração tecidual. D) Após segunda reconstrução com retalho em V-Y e correção de cantos. E) Epicanto e afastamento e telecanto. F) Pós operatório com epicanoplastia e enxerto de pele em pálpebra inferior.

DISCUSSÃO:

Apresentamos um caso complexo de reconstrução palpebral, que evoluiu com cicatrização exacerbada da ferida operatória e que requereu o uso de várias técnicas de reconstrução para se chegar a um resultado final estética e funcionalmente aceitável.

A retirada de tumores palpebrais requer o controle de margens, por tratar-se de uma estrutura nobre e responsável pela proteção ocular.

A reconstrução deve respeitar as unidades estéticas da face e deve ser lamelar, com reconstrução de lamelas anterior e posterior separadamente, para um melhor resultado final^{1,5}. Existem diversas possibilidades cirúrgicas, havendo preferência pelo retalho tarso-conjuntival para reconstrução da lamela posterior e retalhos locais para lamela anterior⁴. Entretanto, o uso de enxertos substitutos da placa tarsal e também enxerto de pele apresentam-se como possibilidades no processo de reconstrução palpebral.

O processo de cicatrização também deve ser observado nesses casos, já que pode interferir no resultado cirúrgico e por se tratar de processo longo⁶. Assim, a observação desses princípios permite uma reconstrução palpebral para a obtenção de um resultado final aceitável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Madge SN, Malhotra R, Thaller VT, Davis GJ, Kakizaki H, Mannor GE, Selva D. A systematic approach to the oculoplastic reconstruction of the eyelid medial canthal region after cancer excision. *Int Ophthalmol Cl*. 2009;49(4):173-194.
- 2) Sommer F. Eyelid tumours—clinical features, diagnosis and surgical treatment. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2008;225(8):691-8.
- 3) Lu GN, Pelton RW, Humphrey CD, Kriet JD. Defects of the eyelids. *Facial Plast Surg Clin N Am*. 2017;25:377-92.
- 4) Mukit M, Anbar F, Dadireddy K, Konofaos P. Eyelid reconstruction: an algorithm based on defect location. *J Craniofac Surg*. 2022;33(3):821-26.
- 5) Russo F, Linares M, Iglesias ME, Martínez-Amo JL, Cabo F, Tercedor J, et al. Reconstruction techniques of choice or the facial cosmetic units. *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108(8):729-737.
- 6) Gantwerkler EA, Horan DB. Skin: histology and physiology of wound healing. *Clin Plastic Surg*. 2012;39:85-97.

USO DE ÁCIDO TRICLOROACÉTICO EM CICATRIZ APÓS LIFTING DE SUPERCÍLIO: UMA SÉRIE DE CASOS

Renata D. Lemos

Renata M. Maia

Andrea Morato

Rogério Leal

Uso de ácido tricloroacético em cicatriz após lifting de supercílio: uma série de casos

Renata D. Lemos, Renata M. Maia, Andrea Morato, Rogério Leal
Hospital das Clínicas da USP

INTRODUÇÃO

Um componente de ptose de supercílios, parte do processo natural de envelhecimento, é encontrado na maioria dos pacientes que procura pelo procedimento de blefaroplastia. O lifting direto de supercílio associado a blefaroplastia superior estruturada é uma técnica cirúrgica que visa rejuvenescimento facial.

Entretanto o aspecto subsequente da cicatrização ainda é um desafio entre oculoplásticos, já que a incisão é feita em região visível da face. O nosso relato visa descrever o uso de solução de ácido tricloroacético (ATA) à 35% em cicatriz de lifting de supercílio após 1 mês de pós operatório.

RELATO DO CASO

Um relato de 2 casos de pacientes femininas, caucasianas, média de 60 anos, acompanhadas em serviço de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da USP, com insatisfação em relação ao olhar e excesso de pele. Sem antecedentes médicos.

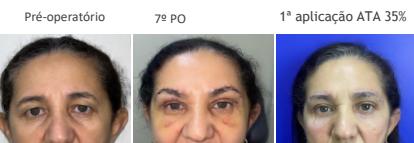
Ao exame dermatocála, supercílio posicionado abaixo do rebordo palpebral, DMRI 4/4, TMEPS 13/13, reflexo de bell presente em ambos os olhos. Motricidade ocular e exame biomicroscópico sem alterações.

As pacientes foram submetidas a blefaroplastia superior com lifting de supercílios. Na marcação cirúrgica foi elevado em 6mm no ponto alto e na cauda. A sutura realizada foi: ponto em subcutâneo de prolene 5-0, ponto tipo Perseu em derme com prolene 5-0 e ponto contínuo com prolene 6-0.

Retornaram em consulta pós operatória no 7º dia, quando foi retirada a sutura contínua da blefaroplastia e pontos contínuos do supercílio. No 15º dia pós-operatório foram retirados os pontos tipo Perseu.

No 30º dia pós operatório, optou-se pela realização do ATA 35% em cicatriz do supercílio. Primeiro foi realizado o preparo da pele por 7 dias com protetor solar físico manipulado todas as manhãs e formulação manipulada contendo retinol 0,5%, hidroquinona 3%, ácido tranexâmico 3%, pomc-block 2% e lumiskin 4%. Posteriormente ao preparo seguiu-se com a aplicação do ácido tricloroacético a 35% em uma fina camada utilizando-se cotoneon até cristalização da pele. Após 7 a 15 dias observou-se a descamação da pele. As pacientes mantiveram uso da pomada epitelizante pós procedimento.

No 60º PO foi realizada uma 2ª aplicação de ácido. Observou-se melhora importante do aspecto da cicatriz em ambas as pacientes. As pacientes seguem o acompanhamento ambulatorial.



FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



DISCUSSÃO:

O peeling químico consiste na aplicação de agentes na superfície da pele que induzem queratólise e queratoagregação, reação inflamatória com produção de espessamento dérmico e aumento do volume de novo colágeno. O ATA é utilizado com esta finalidade por causar desnaturação de proteínas, sendo que a profundidade da descamação está diretamente relacionada à concentração do ATA. Em concentrações de até 30% o ácido penetra apenas a epiderme. Além disso, trata-se de um agente bactericida sem efeitos tóxicos sistêmicos conhecidos. A literatura sugere que este seja eficaz e seguro no tratamento de cicatrizes atróficas em fototipos I a V, especialmente naquelas decorrentes de acne. Trata-se de um procedimento de custo reduzido e que requer poucos recursos. Quando bem indicado apresenta baixo risco de complicações, porém, se utilizado em elevadas concentrações em cicatrizes cirúrgicas pode levar ao desenvolvimento de cicatrizes hipertróficas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conforti C, Zalaudek I, Vezzoni R, Retrosi C, Fai A, Fadda S, Di Michele E, Dianzani C. Chemical peeling for acne and melasma: current knowledge and innovations. *G Ital Dermatol Venereol.* 2020 Jun;155(3):280-285. doi: 10.23736/S0392-0488.19.06425-3. Epub 2019 Dec 4. PMID: 31804050.
- Ward RE, Sklar LR, Eisen DB. Surgical and Noninvasive Modalities for Scar Revision. *Clin. 2019 Jul;37(3):375-386. doi:10.1016/j.det.2019.03.007. PMID: 31084731.* Chung HJ, Al Janahi S, Cho SB, Chang YC. Chemical reconstruction of skin scars (CROSS) method for atrophic scars: A comprehensive review. *J Cosmet Dermatol.* 2021;20(1):18-27. doi:10.1111/jcd.13556

"FRONTALIS TRANSFER" NO TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL BILATERAL MISTA

Priscila de Almeida Corrêa Campos

Alice Magalhães Faleiro

Amanda Alexia

Matheus Pires Almeida

Nidia Helena Morgado

“Frontalis transfer” no tratamento da ptose palpebral bilateral mista

Priscila de Almeida Corrêa Campos¹, Alice Magalhães Faleiro², Amanda Alexia Matheus Pires Almeida³, Nídia Helena Morgado⁴

¹ Médica Residente de Oftalmologia da Associação Santamarense de Beneficência do Guarujá ² Médica Oftalmologista Fellowship de Plástica Ocular da Associação Santamarense de Beneficência do Guarujá

³ Médica da Disciplina de Oftalmologia - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

⁴ Médica da Disciplina de Oftalmologia - Associação Santamarense de Beneficência do Guarujá

INTRODUÇÃO

A técnica de “Frontalis Transfer” utiliza retalho de músculo frontal tunelizado até a pálpebra superior e suturado à placa tarsal. O retalho é confeccionado pela incisão da blefaroplastia superior e deslizado abaixo do músculo levantador da pálpebra superior (MLPS). É indicada para casos de ptose congênita ou adquirida, com função deficiente (≤ 4 mm) do MLPS com Reflexo de Bell presente.



Figura 1: Pré-operatório: ptose palpebral bilateral maior em OD

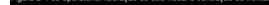


Figura 2: Pós-operatório: liberação do eixo visual e contração do frontal

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 59 anos, portador de ptose palpebral congênita bilateral com acentuada piora nos últimos anos (Figura 1). Apresentava ptose severa em OD e moderada em OE (DMR1 de 0 mm em OD e 1 mm em OE) com função do MLPS de 5mm em OD e 6mm em OE. Reflexo de Bell positivo e Marcus Gunn negativo. Teste da fenilefrina positivo, com elevação palpebral de 2 mm AO associada a boa função do músculo frontal. Optou-se pela técnica de “Frontalis transfer” e sutura de flap de músculo frontal no terço anterossuperior de placa tarsal com fio cirúrgico absorvível 6-0 de poligalactina (Vicryl ® Ethicon®). Associou-se a cirurgia de blefaroplastia e durante o intraoperatório as pálpebras superiores foram posicionadas a nível do limbo superior. Paciente evoluiu com correção satisfatória da ptose palpebral (Figura 2) e teve resolução completa do lagofálico apresentado no pós operatório imediato, tratado com lente de contato terapêutica e lubrificação intensa.

DISCUSSÃO:

A técnica de “Frontalis transfer” tem se mostrado uma boa opção para correção de ptose palpebral com fraca função do MLPS com Reflexo de Bell positivo. É vantajosa em relação as técnicas de suspensão ao frontal com uso de enxertos por menor risco de extrusão, único sítio cirúrgico, bons resultados estéticos e estabilidade a longo prazo. Nesses casos, os pacientes aprendem a controlar e simetrizar a altura palpebral por meio da tonicidade de contração do músculo frontal, obtendo maior simetria. Além disso, a liberação do eixo visual corrige posição viciosa de cabeça.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matayoshi S, Pereira IC, Rossato LA. Tratamento cirúrgico da blefaroptose congênita. Rev Bras Oftalmol. 2014; 73(4):202-9.
2. Medel R, Vasquez L, Wolley Dod C. Early frontalis flap surgery as first option to correct congenital ptosis with poor levator function. Orbit. 2014 Jun;33(3):164-8.
3. Ortega-Evangelio L, Araújo-Miranda R, Raga-Cervera J, Romo López Á, Díaz-Céspedes RA, Peris-Martínez C. Evolution of the «frontal flap advancement» in congenital ptosis. Arch Soc Esp Oftalmol (Engl Ed). 2022 Oct;97(10):572-582.

ABORDAGEM DE COLOBOMA PALPEBRAL E TÉCNICA DE TENZEL: RELATO DE CASO

Sofia F. Tonetto

Davi Araf

Leonardo P. Nicioli

Francielle G. Viana

Abordagem de coloboma palpebral e técnica de Tenzel: relato de caso

Sofia F. Tonetto, Davi Araf, Leonardo P. Nicioli, Francielle G. Viana
 Hospital CEMA – São Paulo

INTRODUÇÃO

Coloboma da pálpebra é uma doença congênita rara, definida como uma agenesia da borda livre das pálpebras, caracterizada por falhas no desenvolvimento palpebral, com ausência de todos os níveis de sua espessura, cuja extensão é variável. É mais frequente na pálpebra superior de forma unilateral. Pode se apresentar isoladamente ou associada a outras alterações faciais e oculares.

RELATO DO CASO

Paciente S.S.L., 8 anos, natural de SP, a termo, nega comorbidades. Ao exame apresentava coloboma de pálpebra superior direita, acometendo menos que 1/3 de sua extensão, em posição centro-medial, em acompanhamento semestral desde 2017 em uso de colírio lubrificante e gel lubrificante de uso noturno. Paciente retorna 05/05/2022 devido a queixa de sensação de olho seco e hiperemia conjuntival mesmo com otimização do tratamento clínico. Ao exame de biomicroscopia apresentava ceratite pontada em topografia compatível com a região de coloboma e hiperemia conjuntival, ausência de coloboma de íris, cristalino ou coriorretiniano à direita, acuidade visual de 20/20 sem correção em ambos os olhos, fundo de olho sem alterações, ortotropia e fenômeno de Bell positivo.

Como tratamento, optou-se pela reconstrução palpebral com a técnica de Tenzel. O tratamento cirúrgico consistiu em realização de um retalho semicircular para a pálpebra superior, realizando demarcação em região do coloboma e excisão palpebral em pentágono e sutura da margem palpebral em 3 planos com cantotomia lateral seguida de cantólise em apenas um tempo cirúrgico. Cirurgia transcorreu sem intercorrências. Pós operatório sem intercorrências. Nega persistência dos sintomas prévios à cirurgia. Paciente e genitora referem estar satisfeitas com o resultado estético e funcional.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1- Pré-operatório; Figura 2- Pós-operatório imediato; Figura 3- Pós-operatório tardio.

DISCUSSÃO:

As principais técnicas para reconstrução palpebral são: Mustardé, Curtler-Beard e reconstrução por planos.

A técnica cirúrgica utilizada neste relato de caso consiste na realização de um retalho semicircular de Tenzel, em um tempo cirúrgico, sem riscos de ambliopia ou estrabismo, melhorando a estética e afecções de superfície ocular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bariani, L. , et al. Coloboma Palpebral em Recém Nascido: relato de caso. E-Poster. Congresso de oftalmologia USP. 2020
2. Smith HB, et al. The incidence, embryology, and oculofacial abnormalities associated with eyelid colobomas. Eye (Lond). 2015, Apr; 29 (4): 492 - 8
3. Reiff, A. B. M. et al., 2002. Tratamento do Coloboma de pálpebra superior pela técnica de Cutler-Beard esua associação com ambliopia – Relato de caso. Arq Bras Oftalmol; 65, 5, 2002

EYELID COLOBOMA AS A FIRST PRESENTATION OF JAFFE CAMPANACCI SYNDROME

Lilian Emi Ohkawara

Patricia Yuri Miyasato

Midori Hentona Osaki

Eyelid Coloboma as a first presentation of Jaffe Campanacci Syndrome

Lilian Emi Ohkawara, Patricia Yuri Miyasato, Midori Hentona Osaki
Federal University of São Paulo

INTRODUCTION

Jaffe Campanacci syndrome (JCS) was described in 1982 to describe the complex of multiple non-ossifying fibromas of long bones, giant cell granulomas of the jaw, and café-au-lait macules associated with intellectual disability, precocious puberty, congenital blindness, and kyphoscoliosis. We report a 10-year-old girl with multiple café-au-lait spots, ocular abnormalities, and non-ossifying fibromata of the bones in which the first manifestation was left eyelid coloboma detected just after childbirth.

CASE REPORT

The case is about a girl in which the first clinical manifestation was with upper left eyelid coloboma detected just after childbirth, involving 75% of the eyelid margin associated to conjunctival symblepharon, iris atrophy, microphthalmia, exposition keratopathy, corneal neovascularization, optic disc and inferior retinal coloboma. Superior left eyelid reconstruction was performed with interposition of inguinal skin graft and symblepharon correction, with improvement of the lagophthalmos and the exposition keratopathy. For the microphthalmos the patient was submitted to prosthetic treatment to promote orbital expansion to minimize orbital asymmetry.

During her childhood alopecia, axillary freckles and café-aul-lait macules in the left thorax and abdomen were noted.

At the age 7, the patient had a spontaneous fracture of the left tibia and the computerized tomography showed multiples non ossifying fibromas. At the moment the patient is 10 years old, with visual acuity of 0,9 in the right eye and no light perception in the left eye, on a multidisciplinary follow up. Genetic analysis of NF1, NF2, and SPRED1 was performed, but no genetic variants were found. Despite negative results, it was not possible to discard abnormalities at the non codifying region of the analyzed genes.

PICTURES



Fig 1: left eyelid coloboma



Fig 2: 3 months post operative



Fig 3: café-au-lait spots



Fig 4: 10 year post operative



Fig 5: alopecia

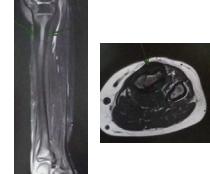


Fig 6 and 7: non ossifying fibromas

DISCUSSION

JCS is a rare disease in which remains intriguing whether is a particular form of Neurofibromatosis type 1 or a separate entity. Despite the inconclusive genetic analysis for JCS, the patient met all the criteria for the syndrome, including axillary freckles, café-au-lait spots and multiples non ossifying neurofibromas. There is no published report in the literature which describes the association of neurofibromas and eyelid coloboma.

REFERENCES

1. Cherix, S et al: Multiple non-ossifying fibromas as cause of pathological femoral fracture in Jaffe-Campanacci syndrome. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2015, 15:218
2. Markin, Het al: Non-ossifying fibroma, fibrous cortical defect and Jaffe-Campanacci syndrome: a biologic and clinical review. *Musculoskeletal Surg* (2009) 93: 1-7

INFECÇÃO DE ENXERTO APÓS RECONSTRUÇÃO DE PALPEBRA PARA CORREÇÃO DE ECTRÓPICO CICATRICIAL: RELATO DE CASO

Cazorla, F.P.

Leão, A.F.

Mendes, D.B.S.

Pereira, A.S.N.

Infecção de enxerto após reconstrução de Pálpebra para correção de Ectrópico Cicatricial: relato de caso

Cazorla, F.P.; Leão, A.F.; Mendes, D.B.S; Pereira, A.S.N.
Hospital de Olhos de Aparecida, Goiás, Brasil

INTRODUÇÃO

Ectrópico é a eversão da margem palpebral que resulta na falta de contato com o globo, condição anormal que pode levar a inflamação ou infecção crônica da conjuntiva, além de ceratopatia e epífora. Possui causas adquiridas ou secundárias, que são divididas em quatro categorias: involucional, paralítica, cicatricial e mecânica¹. O tratamento desta condição é de extrema importância e visa a reconstrução palpebral, com o intuito de restabelecer a harmonia das forças verticais e horizontais².

RELATO DO CASO

A.G.C.M., 74 anos, feminino, procurou atendimento referindo que realizou uma cirurgia para um câncer de pele na região da face à esquerda há 03 anos e, desde então, o olho esquerdo (OE) não fechava bem e ficava muito infeccionado. Ao exame oftalmológico (Figura 1): Grande área de enxerto na face à Esquerda ; Pálpebra superior de OE praticamente sem movimento; Ectrópico extenso da Pálpebra Inferior (PI) de OE., Ectrópico leve da PI de Olho Direito (OD). Foi proposta Técnica de Tarsal Strip em OD e Reconstrução de PI de OE com enxerto de pele da face interna do braço. Paciente foi orientada possibilidade de resolução parcial e risco do enxerto de pele não pegar por ser uma área já operada previamente. Realizada Reconstrução de PI de OE com enxerto de pele sem intercorrências e colocado curativo tie over (Figura 2). No 5º dia de pós operatório, o enxerto estava um pouco avascular e drenando secreção purulenta em porção temporal. Foi iniciado antibioticoterapia oral com Cefaleína 500mg 6/6horas e retirado curative tie-over (Figura 3). Após 10 dias de tratamento clínico sem melhora significativa, optou-se por realizar debridamento cirúrgico da lesão e deixando a cicatrização completar-se por segunda intenção (Figura 4). A ferida evoluiu com bom aspecto, sem sinais infecciosos e com pálpebra bem posicionada. (Figura 5).

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1: Ectrópico Cicatricial em OE.



Figura 2: Após reconstrução de PI OE, com curativo tie-over.



Figura 3: enxerto um pouco avascular e drenando secreção purulenta em porção temporal.



Figura 4: Após Debridamento cirúrgico.



Figura 5: Ferida Cicatrizando por segunda intenção.

DISCUSSÃO:

Os enxertos de pele autólogos fazem parte das opções de tratamento para fechamento de defeitos cutâneos, incluindo correção de ectrópico. As complicações são situações possíveis, e incluem: hematoma, necrose, retração e infecção. A presença de infecção modifica por completo o comportamento dos enxertos, devendo a ferida ser monitorada semanalmente. Caso ocorra infecção, necessita-se de controle precoce. O desbridamento é apenas indicado na presença de infecção, necrose ou maceração excessiva, sendo prudente analisar cada caso isoladamente, avaliando inclusive o benefício da antibioticoterapia, mesmo em se tratando de cirurgia limpa³.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Medina A. Management of Severe Multifactorial Eyelid Ectropion With Lateral Tarsal Strip Procedure and Full-Thickness Skin Graft. *Cureus*. 2022
- 2.Lucio L.M.D; Baldin A.C; Fonseca Jr. NL da, Rehder J.R.C.L. Retalho miocutâneo bipediculado para correção do ectrópico cicatricial. *Arq Bras Oftalmol* [Internet]. 2006Mar
- 3.Herskovitz I, Hughes OB, Macquhae F, Rakosi A, Kirsner R. Epidermal skin grafting. *Int Wound J*. 2016

OFTALMOMIÍASE EXTERNA POR DERMATOBHIA HOMINIS

Tamara F. Heringer

Angelino J. Cariello

Paola Grechi

Veralucia F. Oliveira

OFTALMOMIÍASE EXTERNA POR DERMATOBHIA HOMINIS

Tamara F. Heringer, Angelino J. Cariello, Paola Grechi, Veralucia F. Oliveira
Hospital de Olhos Sadalla Amim Ghanem, Joinville -SC

INTRODUÇÃO

Oftalmomiíase externa refere-se à infestação do olho por larvas de moscas confinada à superfície ocular ou tecidos periorbitais.^[1] A espécie mais comum no mundo responsável por miíase cutâneo-mucosa é a *Dermatobia hominis* (Dh).^[2] Predominam em áreas tropicais e subtropicais, prevalecendo na América Central e do Sul.^[3] Este estudo descreve caso de paciente que passou por diversos profissionais e tratamentos prévios frustrados até seu adequado diagnóstico, tem como objetivo alertar e expandir as possibilidades de diagnósticos diferenciais para casos semelhantes em emergências oftalmológicas.

RELATO DO CASO

C.M.R., 45 anos, natural e residente de Garuva, SC, agricultor. Refere sintomas irritativos e prurido em pálebra superior de olho esquerdo (OE) após atividade de colheita. Buscou atendimento oftalmológico de emergência, onde recebeu tratamento inicial para hordéolo com pomada de associação de antibiótico e corticoide e compressas mornas. Diante de má evolução do quadro, retorna após 3 dias com linfadenomegalia pré auricular, além de manutenção dos sintomas oculares e piora do edema palpebral, é feito, então, o diagnóstico de celulite pré-septal e iniciada antibioticoterapia oral com Clavulin®, e antiinflamatório não hormonal Nimesulida®. Sem melhora, retorna após 2 dias, quando é feita observação direta da larva, em manobra de eversão palpebral superior, por orifício em superfície tarsal e em pele palpebral. Feita exploração e retirada cirúrgica da larva. Paciente apresentou melhora importante, acompanhado em ambulatório semanal.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Imagem 1 - Exame de biomicroscopia anterior de canto temporal de OE, evidenciando orifício de entrada da larva. Imagem 2 - Larva imediatamente após sua retirada da ferida cirúrgica, armazenada em pote contendo solução de formaldeído para conservação e envio ao estudo anátomopatológico.

DISCUSSÃO:

Em paciente com sinais e sintomas ou história de picada de inseto, bem como queixas irritativas inespecíficas, é necessária a observação cuidadosa, pois pode-se encontrar pequeno orifício com alguma secreção drenando continuamente e, eventualmente, até surpreender o parasita se movimentando.^[5] Sabendo que moramos em área endêmica para *D. hominis*, a hipótese diagnóstica de oftalmomiíase deve sempre ser aventada nos diagnósticos diferenciais de hordéolo, celulite pré-septal, presença de orifício de entrada em pele palpebral, e seu quadro clínico conhecido, a fim de evitar atrasos no tratamento adequado e complicações decorrentes da presença da larva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Singh P, Tripathy K. Ophthalmomyiasis. 2022 Feb 21
- 2- Francesconi F, Lupi O. Myiasis. Clin Microbiol Rev. 2012;25:79-105.
- 3- Jacobs, B.(2006). Cutaneous Furuncular Myiasis: Human Infestation By the Botfly. Canadian Journal of Plastic Surgery,
- 4- Catt EP. Biology of the New World bot flies: Cuterebridae. Annu Rev Entomol 1982
- 5- Vijay K. Human botfly (*Dermatobia hominis*) larva in a child's scalp mimicking osteomyelitis. Emerg Radiol 2013;

PRE-SEPTAL CELLULITIS IN POSTOPERATIVE UPPER AND LOWER BLEPHAROPLASTY

Sandra Cristina Vallim Costa de Carvalho

Karlla Cardinali Antunes Lauriano

Laura Fontoura Castro Carvalho

Valentina Vallim Costa de Carvalho

Pre-Septal Cellulitis in Postoperative Upper and Lower Blepharoplasty

Sandra Cristina Vallim Costa de Carvalho¹, Karlla Cardinali Antunes Lauriano¹, Laura Fontoura Castro Carvalho¹, Valentina Vallim Costa de Carvalho²

¹Centro Oftalmológico de Minas Gerais; ²Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

INTRODUCTION

Surgical complications are feared and undesirable events, especially in the context of aesthetic surgeries. Due to the extensive vascular net of the eyelids, infections are rare in blepharoplasties; nevertheless, it is essential for the surgeon to be able to recognize them and to have the skill to manage them in order to minimize functional and aesthetic damage.

CASE REPORT

A 77-year-old woman, insulin-dependent diabetic, hypertensive and hypothyroid, sought the Department of Ocular Plastic Surgery in March 2023 for an evaluation of upper and lower eyelid blepharoplasty. She presented dermatochalasis and fat bags in the upper and lower eyelids, bilateral malar edema. Blepharoplasty was performed on all four eyelids, bilateral soof lift and bilateral cantoplasty with mini-tarsal in April.



Imagen 1 - Pré-operatório

On the 6th postoperative day, she presented edema and hyperemia in the right periorbital area and reported having worked on gardening in the past days. Although clinical and radiological examinations ruled out post-septal cellulitis, due to the patient's comorbidities, hospitalization was chosen and piperacillin and tazobactam were initiated.



Imagen 2 - 6º DPO

In the following month, the patient again presented edema and hyperemia in the right periorbital area and was once again destined to hospitalization. A new imaging examination was requested, and a new cycle of intravenous antibiotics was initiated.



Imagen 3 - Segunda internação hospitalar

Following treatment, there was an improvement in the infectious condition, and an excellent aesthetic outcome was observed in the last evaluation.



Imagen 4 - Última avaliação

DISCUSSION

The case report features a diabetic patient with a history of not being receptive to postoperative rest recommendations, which contributes to an increased risk of postoperative complications, especially infectious ones. The positive outcome is fundamentally attributed to appropriate surgical technique, early identification of the complication and effective treatment.

REFERENCE

- Klapper SR, Patrinely JR. Management of cosmetic eyelid surgery complications. *Semin Plast Surg*. 2007 Feb;21(1):80-93. doi: 10.1055/s-2007-967753. PMID: 20567662; PMCID: PMC2884833.
- Carter S R, Stewart J M, Khan J, et al. Infection after blepharoplasty with and without carbon dioxide laser resurfacing. *Ophthalmology*. 2003;110:1430-1432.
- Morgan S C. Orbital cellulitis and blindness following a blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1979;64:823-826.
- Silkiss R Z. Eight-fold path to happiness for the cosmetic surgery patient. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2006;22:157-160.

PTOSE PALPEBRAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE AMILOIDOSE: RELATO DE CASO

Fernanda Brands

Islam Maruf

Marcelo Golbert

Ricardo Mörschbächer

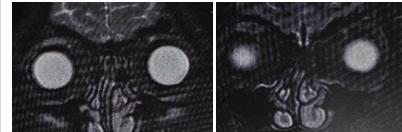
Ptose palpebral como manifestação inicial de amiloidose: relato de caso.

Fernanda Brands, Islam Maruf, Marcelo Golbert, Ricardo Mörschbächer
Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre

INTRODUÇÃO

A ptose unilateral pode ser o resultado da fraqueza do músculo Muller, inervado pelo sistema nervoso simpático, ou do músculo levantador da pálpebra superior, inervado pelo nervo oculomotor. Causas neuromusculares, como a miastenia gravis, também podem causar o quadro. O objetivo deste relato, é apresentar um caso de ptose palpebral unilateral como achado inicial de amiloidose e atentar de que esta também pode ser um diagnóstico diferencial.

FIGURAS



RNM de órbita evidenciando espessamento de BS e MI PS à direita



Porção muscular do MLPS direita antes da retirada de material para biópsia.



Pré-operatório



1 mês de PO de cirurgia para correção de ptose palpebral à direita

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 35 anos, procurou atendimento com queixa de ptose palpebral à direita há 1 ano. Ao exame físico, apresentava acuidade visual de 0,05, ptose palpebral de olho direito com medida de distância margem reflexo (MRD1) de 2 mm, função do músculo levantador da pálpebra superior (MLPS) de 13 mm e presença de reflexo de Bell; em olho esquerdo, apresentava retração palpebral. A exoftalmometria com Hertel evidenciou 19 mm em olho direito e 17 mm em olho esquerdo.

Solicitada ressonância nuclear magnética de órbita que mostrou espessamento do reto superior e leve proptose do olho direito. Suspeitou-se de espessamento do MLPS de origem inflamatória ou neoplásica. Após achados no exame de imagem e da clínica da paciente, indicou-se biópsia do MLPS. O anatomo-patológico evidenciou infiltrado linfomononuclear perivascular e a imuno-histoquímica, acúmulo de material eosinofílico ao redor de fibras musculares e parede dos vasos, que coravam por vermelho do conglo, correspondendo a amiloidose. A paciente foi encaminhada para investigação de amiloidose sistêmica e para realização de cirurgia de correção de ptose palpebral.

DISCUSSÃO

Amiloidose é uma condição caracterizada pela deposição de material proteico amorfó no tecido. É dividida em forma sistêmica e localizada. A amiloidose ocular é um evento raro e o depósito de material amiloide pode ocorrer em qualquer local do olho. É necessário ter conhecimento das suas manifestações oftalmológicas para suspeitar do diagnóstico, pois esta patologia pode mimetizar outras doenças. A confirmação do acometimento ocular requer a investigação de presença de depósitos amiloideos em outros órgãos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Surgical treatment of a rare case of bilateral ptosis due to localized ocular amyloidosis. Scuderi G et al. *Saudi J Ophthalmol.* 2016 Jul-Sep. Ocular amyloid: adnexal and systemic involvement. Kang S et al. *Orbit.* 2020 Feb;39(1):13-17.

RECONSTRUCTION OF DEFECT WITH LOWER EYELID AND INFRAORBITAL REGION FLAP ROTATION

Brenda Cavalieri Jayme

Denismar Borges de Miranda

Paloma Nicolau Tomaz

Ana Clara Vieira de Castro Rocha

Reconstruction of defect with lower eyelid and infraorbital region flap rotation

Brenda Cavalieri Jayme¹, Denismar Borges de Miranda¹, Paloma Nicolau Tomaz¹,
Ana Clara Vieira de Castro Rocha¹

Hospital de Base do Distrito Federal - Department of Orbit, Plastic Surgery, and Lacrimal System

INTRODUCTION

Defects in the peri-orbital region are common following the excision of skin tumors. The primary goal of reconstructing this region is to restore function, which requires technical skills and expertise from the surgeon. The present study aims to outline a medial reconstruction proposal using a eyelid-malar flap after the resection of an infiltrative Basal Cell Carcinoma (BCC).

CASE REPORT

Male, 71 years old, presenting with an infiltrative lesion in the medial canthus, involving the infraorbital region and a portion of the nasal region (Fig.1). Following confirmation of BCC via incisional biopsy, the lesion was excised with 2mm margins, resulting in a substantial defect in an area with limited tissue mobility (Fig. 2).



Fig.1



Fig.2

A 'V'-shaped flap was created with the release of skin and subcutaneous tissue from the lower eyelid (Fig. 3 and 4).



Fig.3



Fig.4

For the flap, an incision was made 4mm from the lower eyelash margin, extending from the eyelid defect to approximately 10mm beyond the temporal canthus. Subsequently, a 'V'-shaped incision was made from the lower edge of the eyelid defect to the level of the infraorbital foramen, and from there toward the temporal canthus, maintaining a distance of approximately 15mm for vascular supply. Transposition and positioning of the flap were performed for the reconstruction of the dermal and subcutaneous layers.



FIG.5



FIG.6

The apex of the flap corresponded to half of the lower margin of the initial eyelid defect (Fig. 5). Subcutaneous suturing was done with 6.0 vicryl, and skin closure with 6.0 prolene (separate stiches). The flap was secured with a bolster (Fig. 6). The sutures in the eyelid region were removed on the 13th postoperative day (Fig. 7 and 8). Recovery was satisfactory, with excellent wound healing and maintenance of eyelid dynamics, ensuring complete closure of the aperture, thus ensuring ocular protection and lubrication (Fig. 9)



Fig.7: 1 DPO



Fig.8: 13 DPO



Fig.9: 45 DPO

DISCUSSION

Despite the various techniques described in the literature, reconstruction of the lower medial canthal region remains a challenge. This case report presents an innovative reconstruction technique using an eyelid-malar flap, yielding satisfactory results without the need for further interventions. The viability of the flap and eyelid functionality were confirmed during weekly postoperative follow-up.

REFERENCES

1. Pinto PHPN et. al, Reconstruction of medial eyelid corner after periorbital necrotizing cellulitis with glabellar flap and canthopexy with transnasal fixation with steel thread. International J of Health Management Review, 2022; 8 (1).
2. Durso AD, et.al, Reconstrução das zonas II e III palpebrais: série de casos. Br J of Plastic Surgery, 2020; 35 (3).

VIAS LACRIMAIS

ACHADO DE SONDA DE CRAWFORD EM REOPERAÇÃO DE DACRIOCISTORRINOSTOMIA ENDONASAL

Obeid R.C.L.

Mariano F.C.

Viana F.G.

Quevedo J.G.M.

Achado de sonda de Crawford em reoperação de dacriocistorrinostomia endonasal

Obeid RCL, Mariano FC, Viana FG, Quevedo JGM.
Hospital Cema

INTRODUÇÃO

Obstruções da via lacrimal (VL) completas ou parciais provocam a epífora, uma queixa comum de lacrimejamento constante ou intermitente. Além dos sintomas oculares, infecções recorrentes de saco lacrimal, secreção purulenta pelos pontos lacrimais e fístula cutânea, queixas essas mais comum. O tratamento para os casos de obstrução localizados abaixo do canalículo comum é a dacriocistorrinostomia (DCR) podendo ser por via endonasal ou via externa. O relato de caso consiste em avaliar a cirurgia de DCR por via endonasal como a técnica empregada para resolução do quadro de epífora persistente apresentado pela paciente, mesmo após os procedimentos realizados, obtendo êxito cirúrgico.

RELATO DO CASO

O caso clínico relata a história da paciente TLSO, 77 anos, com queixa de epífora persistente bilateral há 2 anos, mesmo após ter sido submetida ao procedimento de cirurgia DCR via endonasal em ambos os olhos (AO) em outro serviço. A primeira cirurgia realizada foi DCR endonasal bilateral com correção de septo nasal cursando com reobstrução AO. Paciente com quadro de lacrimejamento e secreção bilateral. Ao exame físico em AO os pontos lacrimais estavam pétios, com sondagem HARD-STOP e irrigação negativa. Na dacrioscógrafia AO, foram observados sinais indicativos de obstrução da VL de olho direito (OD) no nível da junção dos canalículos lacrimais superior e inferior além de sinais de obstrução parcial da VL esquerda no nível da região de transição terço médio / terço distal do ducto nasolacrimal. Opta-se pela DCR via endonasal em AO. No intra operatório de OD, observou-se fibrose, sinéquia entre septo e corneto, corneto e parede lateral do nariz e granuloma em parede lateral. Realizada liberação das sinéquias entre as estruturas citadas com tesoura seguida da ressecção de tecido fibroso. Na dissecação da parede lateral foi identificado a presença de sonda de silicone adjacente ao saco, configurando

que deveria passar pelos canalículos lacrimais, atravessar o saco lacrimal e sair no meato médio. Foi restabelecido o novo trajeto da VL com abertura da cavidade nasal removendo a sonda do falso trajeto. No olho esquerdo, os achados na cavidade nasal foram semelhantes, sem a presença de corpo estranho. A conduta foi semelhante à realizada no OD. Paciente retorna semanalmente para avaliação pós operatória e nasofibroscopia, onde apresenta irrigação positiva com resolução da queixa de lacrimejamento.

FIGURA



Sonda de silicone encontrada adjacente ao saco lacrimal em parede lateral da cavidade nasal

DISCUSSÃO

A análise da cirurgia de DCR endonasal no caso, permitiu a avaliação dessa modalidade cirúrgica como um diferencial na resolução de determinados quadros de epífora. Com a utilização de endoscópios, é possível melhor visão das estruturas nasais, como patologias endonasais (desvio de septo, polípios, aderências e sinéquias, cavidade nasal estreita e fraturadas), que poderiam dificultar a cirurgia caso fosse adotada a DCR por via externa. Através do conhecimento e identificação das estruturas anatômicas para restabelecimento do trajeto das vias lacrimais, permitiu menor trauma cirúrgico, ausência de incisões na pele, inexistência de retracções cicatriciais decorrentes de dissecação externa além da preservação dos ligamentos palpebrais e estruturas do canto medial da órbita como alguns fatores diferenciais. Dessa forma, os mecanismos fisiológicos da bomba lacrimal foram conservados, resultando na drenagem da lágrima com sucesso cirúrgico e sem complicações pós-operatórias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lunarelli P, Aoki L, Jervis AC, Zagui RMB, Matayoshi S. Implante de ducto nasolacrimal de poliuretano: relato de caso. In: Arq. Bras. Oftalmol; 71, 1, 2008.
2. Knjnik D. Analisando a dacriocistorrinostomia endoscópica: dificuldades e soluções. In: Arq. Bras. Oftalmol; 70, 3, 2007.

COMPLICAÇÃO DA OZONIOTERAPIA PARA TRATAMENTO DA DACRIOCISTITE CRÔNICA: RELATO DE CASO

Costa, M. B.

Vieira, T. A. S.

Annes, C. S.

Sakano, L. Y.

Complicação da Ozonioterapia para Tratamento da Dacriocistite Crônica: Relato de Caso

Costa, M. B. ; Vieira, T. A. S. ; Annes, C. S. ; Sakano, L. Y.
Hospital Augusto de Oliveira Camargo - HAOC

INTRODUÇÃO

A ozonioterapia, procedimento pouco difundido na oftalmologia, tem como princípio o uso combinado de ozônio e oxigênio para fins terapêuticos, sob premissa de modulação do sistema antioxidante endógeno⁽¹⁾. Objetiva-se relatar, neste estudo, o caso de um paciente submetido a ozonioterapia como tratamento adjuvante de dacriocistite de repetição e sinusopatia crônica, com posterior abscesso subperiosteal, além de evidenciar a relação do desfecho com a síndrome do seio silencioso.

RELATO DO CASO

I.Z., masculino, 67 anos, com histórico de cirurgia para remoção de pólipos nasais e quadros recorrentes de sinusite e dacriocistite, foi submetido a sessão de ozonioterapia intra-canalículo inferior do olho esquerdo (OE) em serviço externo. Uma semana após, iniciou hipoestesia em dimídio esquerdo, dislalia e alterações comportamentais. Ao exame oftalmológico, observou-se enoftalmo, edema, eritema e dor à palpação de topografia aparelho lacrimal, bem como restrição a abdução de OE. Acuidade visual e biomicroscopia sem alterações relevantes. Ao exame tomográfico, evidenciou-se celulite pós-septal associada a abscesso subperiosteal. Tal diagnóstico é corroborado pela presença de atelectasia do seio maxilar esquerdo e síndrome do seio silencioso. O paciente foi tratado com antibioticoterapia endovenosa com Ceftriaxona e Oxacilina por 10 dias e apresentou melhora significativa, sem déficits neurológicos ou focais.

FIGURAS



Figura 1: Aspecto clínico

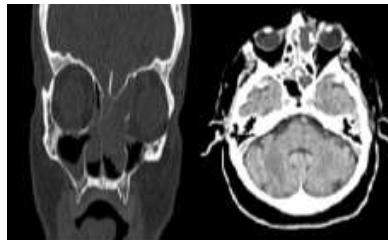


Figura 2: TC de órbitas evidenciando celulite pós septal e abscesso subperiosteal

DISCUSSÃO

A síndrome do seio silencioso é uma consequência rara de sinusites de repetição⁽²⁾, porém deve ser considerada na história e no exame clínico de dacriocistites de repetição para a indicação de procedimentos como a ozonioterapia. O tratamento precoce e adequado de possíveis complicações é essencial para evitar sequelas neurológicas e o envolvimento do seio cavernoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SERRA, MEG; et al. The role of ozone treatment as integrative medicine. An evidence and gap map. *Front. Public Health*, v. 11, n. 845, p. 1-11, 2023. doi: 10.3389/fpubh.2023.845045
2. SHIDA, MM; et al. Distopia orbital de difícil diagnóstico: síndrome do seio silencioso. *Rev. bras. cir. craniomaxilofac.*, v. 14, n. 1, p. 50-52, 2011.

DACRIOCISTITE CRÔNICA APÓS EXÉRESE DE TUMOR

Jaqueleine Azevedo Leão

Ana Carolina Araújo Lemos Cavalcanti

Aline Mariana Silva Candido

Allan Christian Pieroni Gonçalves

Daciocistite crônica após exérese de tumor

Jaqueleine Azevedo Leão, Ana Carolina Araújo Lemos Cavalcanti,

Aline Mariana Silva Candido, Allan Christian Pieroni Gonçalves

Faculdade de Medicina do ABC

INTRODUÇÃO

A daciocistite consiste na inflamação do saco lacrimal resultando da estase da lágrima por provável obstrução do ducto lacrimal nasal, ocasionando proliferação bacteriana. A obstrução pode ser congênita ou adquirida; a causa pode ser primária (idiopática) ou secundária devido a sinusite, trauma, caso-orbital, neoplasia, doenças sistêmicas. O objetivo deste estudo é relatar um caso de daciocistite crônica secundária a deformidade após exérese de tumor de seio maxilar.¹

RELATO DO CASO

Paciente, homem, 36 anos, atendido no serviço de oftalmologia para avaliação de vias lacrimais. Há 20 anos realizou exérese cirúrgica de tumor tipo condrossarcoma de seio maxilar direito, desde então com sequela de deformidade em hemiface associado a múltiplos episódios de daciocistites agudas a direita com utilização de antimicrobianos. Ao exame apresentava acuidade visual sem correção (AVSC) de 20/20 em ambos os olhos. À ectoscopia apresentava assimetria facial com deformidade por exérese de osso maxilar a direita e abaulamento em região de canto medial OD. A biomicroscopia OD apresentava hiperemia conjuntival leve, pterígeo nasal grau II, córnea clara, não cora, câmara anterior formada, fálcico. OE sem alterações. Paciente realizou tomografia computadorizada de crânio demonstrando material hipoatenuante com realce pelo contraste no leito cirúrgico inferior a cavidade orbitária e envolvendo a porção distal do canal, pode corresponder a tecido fibrocicatricial, associa-se a espessamento parietal com heterogeneidade do canal lacrimal inferindo daciocistite crônica a direita. Ao exame de daciocistografia OD: dilatação dos canaliculos lacrimais. Opacificação e dilatação do saco lacrimal com irregularidade e obstrução total logo abaixo de sua transição com o ducto nasolacrimal, não tendo sido observada a passagem de contraste para a cavidade nasal e refluxo do contraste para o saco conjuntival. Conclusão: obstrução ao nível médio do sistema lacrimal e sinais de daciocistite crônica a direita. OE: aspecto normal e regular dos canaliculos com passagem do contraste para a cavidade nasal. Indicado abordagem cirúrgica com daciocistorrinostomia a direita, mas devido a dificuldades operacionais e administrativas inerentes ao serviço público de saúde, o paciente encontra-se no aquardo da cirurgia.

FIGURAS



DISCUSSÃO:

Estudos demonstraram que a inflamação crônica do ducto lacrimal leva à proliferação de tecido fibroso, que constitui uma das causas mais importantes de obstrução secundária do ducto nasolacrimal. O presente estudo baseia-se no aumento da espessura óssea resultante da inflamação crônica em paciente com daciocistites de repetição, ocasionado por deformidade óssea causada pela abordagem cirúrgica realizada para exérese de osso maxilar.² As etiologias secundárias de obstrução de vias lacrimais baixas podem ser eira sistematizadas como de causas infecciosa, inflamatória, traumática, mecânica e neoplásica. A frequência de desordens sistêmicas associadas ao diagnóstico desse tipo de obstrução em estudo retrospectivo populacional com 587 pacientes foi 18,74% de neoplasias sistêmicas, 4,43% de rinossinusite, 3,07% de trauma facial, 1,70% de cirurgia nasossinusal, 1,02% de uso de 5-fluoracil (5-FU) sistêmico.³ Esses achados de obstrução relacionados aos tratamentos oncológicos demonstram a importância de alertar profissionais de saúde e pacientes sobre esse efeito adverso. Desse modo, é importante frisar o diagnóstico precoce e o tratamento profilático adequado, que previne complicações como daciocistite, bem como a redução da qualidade de vida pela epífora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anand Chavadak, J., Raghu, K., & Patel, V. I. (2020). A retrospective study of establishment of association between deviated nasal septum, sinusitis and chronic dacryocystitis. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 72(1), 70-73.
2. Bulgarçu, S., İdil, M., Pekçevik, Y., & Cukurova, I. (2020). Relationship between lacrimal bone thickness and lacrimal sac in chronic dacryocystitis. *Journal of Craniomaxillofacial Surgery*, 31(1), 207-209.
3. Silva, C. D., Fonseca, F. L. D., Kato, J. M., & Matayoshi, S. (2022). Obstrução lacrimal pós-tratamento oncológico: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 81, e0033.

DACRIOCISTOCELE NO ADULTO: RELATO DE CASO

Raissa Diniz do Carmo

Debora Yoshimatsu Izelli

Lisia Aoki

Dacriocistoele no Adulto: Relato de Caso

Raissa Diniz do Carmo, Debora Yoshimatsu Izelli, Lisia Aoki
Hospital do Servidor Público Estadual - HSPE

INTRODUÇÃO

A dacriocistoele configura o saco lacrimal dilatado, sendo mais frequente sua etiologia congênita. Portanto, uma condição rara em adultos. A apresentação clínica se caracteriza por abaulamento indolor em região medial da órbita, inferior ao ligamento cantal medial.

Sua fisiopatologia está associada a obstrução baixa ao nível da válvula de Krause e obstrução alta proximal ao nível da válvula de Rosenmüller no canalículo comum.(1) Diante de um paciente com abaulamento em região medial em topografia de saco lacrimal deve se considerar os diagnósticos diferenciais que incluem massas, tais como hemangioma, glioma, encefalocele, cisto dermoide. Para o diagnóstico desta condição deve se realizar propedéutica complementar que pode incluir excreção de saco lacrimal, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética.(2)

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 71 anos, admitida em pronto socorro oftalmológico do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) apresentando massa nodular em região medial de órbita esquerda com crescimento progressivo há 2 dias. Refere aparição de nodulação há cerca de 1 ano com apresentação de episódios recurrentes de crescimento e regressão parcial espontânea após drenagem de conteúdo intralesional de aspecto purulento. Paciente negava trauma local, epistaxe ou sintomas sistêmicos associados ao quadro. Ao exame oftalmológico apresentava: À ectoscopia: distopia superotemporal, lesão nodular medial a órbita esquerda abaixo do ligamento cantal medial dificultando abertura ocular a esquerda por efeito de massa com presença de teleangiectasias, sem sinais flogísticos, pequena incisão central devido a tentativa prévia de drenagem de conteúdo (Figura 1), à palpação: massa de consistência fibroelástica e aparente septação multinodular compartimentada mobilizável, não aderida a planos profundos; a expressão: ausência de secreção a expressão manual; a biomicroscopia: conjuntiva bulbar sem hiperemia, ausência de reação em câmara anterior.

Realizado tomografia de crânio e orbitas com contraste para propedéutica complementar com o diagnóstico de dacrioadenite associado a dacriocistoele à esquerda, observando-se cavidade cística medindo 3cm de diâmetro, determinando abaulamento dermico adjacente além de contato com globo ocular esquerdo (Figura 2). Realizou-se drenagem por via aspirativa com agulha 18G, material enviado para avaliação e semeadura em meios de cultura. Realizado antibioticoterapia por via oral com ceftalexina. Proposta de abordagem cirúrgica em segundo tempo.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1 - Dacriocistoele a esquerda: distopia superotemporal, lesão nodular medial a órbita esquerda abaixo do ligamento cantal medial dificultando abertura ocular a esquerda por efeito de massa

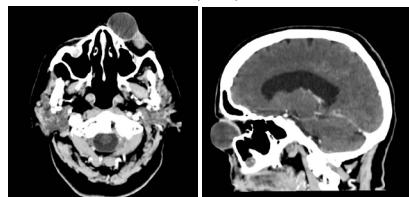


Figura 2 - Tomografia de crânio corte axial e sagital com dacriocistoele à esquerda, observando-se cavidade cística medindo 3cm de diâmetro, determinando abaulamento dérmico adjacente e contato com globo ocular esquerdo

DISCUSSÃO:

A dacriocistoele no adulto se apresenta como condição rara, sendo relevante realizar o diagnóstico diferencial com outras afecções não inflamatórias que se apresentam como massa em região cantal medial, tais como tumores de saco lacrimal, cisto dermoide, meningocele. (3) Após avaliação clínica, exames de imagem, drenagem da secreção e avaliação o diagnóstico de dacriocistoele foi confirmado no caso apresentado. A dacriocistoele adquirida no adulto pode ser idiopática, secundária à complicação de dacriocistite ou a trauma.

Para prevenção de novos episódios de dacriocistite, bem como em pacientes com baixa reposta ao tratamento clínico o tratamento cirúrgico deve ser indicado. (4)

Sendo assim, a dacriocistoele deve ser considerada na diagnóstico diferencial de massas em região medial orbitária em adulto, porém é uma condição rara.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lai PC, Wang JK, Liao SL. A case of dacryocystocele in an adult. Jpn J Ophthalmol. 2004;48(4):419-21.
2. Lelli GJ, Levy RL. Epidermoid cyst masquerading as dacryocystocele: case report and review. Orbit. 2011;30(2):114-5.
3. Berlucchi M, Tomenzioli D, Trimarchi M, Lombardi D, Battaglia G, Nicolai P[Dacryocystocele in the adult: etiology, diagnosis and treatment]. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2001;21(2):100-4.
4. Eloy P, Martinez A, Leruth E, Levecq L, Bertrand B. Endonasal endo- scopic dacryocystorhinostomy for a primary dacryocystocele in an adult. B-ENT. 2009;5(3):179-82.

HAMARTOMA ADENOMATOIDE EPITELIAL RESPIRATÓRIO SIMULANDO CARCINOMA DA SACO LACRIMAL

Renata M. Maia

Suzana Matayoshi

Gustavo C. de Paula

Juliane C. Rodrigues

Hamartoma adenomatoide epitelial respiratório simulando carcinoma de saco lacrimal

Renata M. Maia, Suzana Matayoshi, Gustavo C. de Paula e Juliane C. Rodrigues
Hospital das Clínicas da USP

INTRODUÇÃO

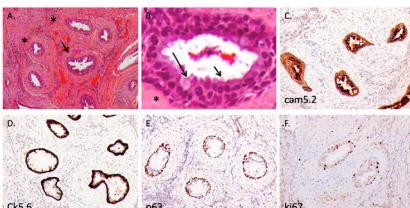
Os tumores do saco lacrimal são patologias raras sendo mais de 50% maligno. As formas malignas apresentam uma alta taxa de mortalidade. Já os hamartomas adenomatoide epitelial respiratório são entidades benignas, que podem ser confundidos com neoplasias malignas. O diagnóstico dessas patologias podem ser tardios, uma vez que as manifestações clínicas podem mimetizar dacriocistite crônica. O objetivo desse trabalho é relatar o acometimento atípico da via lacrimal com uma forma benigna identificada na patologia como Hamartoma adenomatoide epitelial respiratório.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



RELATO DO CASO

Paciente masculino, 39 anos, acompanhado em serviço de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da USP em conjunto com a equipe de Otorrinolaringologia e Cabeça e PESCOço com história de massa indolor, de crescimento progressivo, em topografia de saco lacrimal há 2 anos. Antecedentes médicos: presença de Hipertensão arterial e toxoplasmose tratada em olho esquerdo há 15 anos. Nega histórico familiar de tumorações. Ao exame presença de massa endurecida em canto medial, com presença de vascularização discreta em pele superficial, aderida a planos profundos. A sondagem da via lacrimal evidencia de soft stop em canaliculo superior e inferior. Motricidade ocular e exame biomicroscópico sem alterações. Paciente realizou 2 biópsias incisionais prévias com aspecto inflamatório crônico inespecífico (02-2023). Em relação ao exame de imagem a tomografia e ressonância delle órbitas evidencia lesão expansiva e infiltrativa com origem presumida no saco lacrimal esquerdo, que pode representar neoplasia primária do saco lacrimal (medidas: 3,0 x 2,2x 2,0 cm - CC X LL X AP), que se estende através do ducto nasolacrimal. Não apresenta sinais de infiltração do globo ocular ou das estruturas ósseas. Diante de tal cenário, foi optado pela ressecção cirúrgica da lesão com congelação intraoperatorária em conjunto com equipe de otorrinolaringologia. Durante o ato cirúrgico, a lesão se mostrou infiltrativa em planos profundos, sem limites claros definidos, de aspecto granular. As amostras na biópsia por congelação não evidenciaram malignidade e provável característica inflamatória; portanto prosseguiu-se com uma retirada menos invasiva da lesão, reconstruindo a pele e músculo para melhor aspecto e funcionalidade pós operatória. O relatório do exame imuno-histológico revelou marcadores positivos: P16, p63, CAM 5.2 (baixo índice); negativo para CD34 e desmina. Desta forma as características da lesão sugerem Hamartoma adenomatoide epitelial respiratório. Paciente mantém seguimento ambulatorial.



A. Hematoxilina e eosina, menor aumento (10X). Proliferação de glândulas, com condensação de tecido conjuntivo periglândular (seta). Notar infiltrado inflamatório associado (*). B. Detalhe em maior aumento, mostra epitélio pseudoestratificado ciliado (seta curta), com células com mucina (seta longa) circundado por basal espessa (*). C. Citoqueratina 5.6 positiva em células basais. D. Citoqueratina 5.6 positiva em células basais. E. Baixa proliferação celular evidente nos núcleos marcados pelo antígeno ki67.

DISCUSSÃO:

Hamartomas são lesões benignas e autolimitadas, compostas pelo crescimento anormal e desorganizado de células normais e bem diferenciadas. O hamartoma adenomatoide epitelial respiratório (REAH) é uma entidade benigna da cavidade nasal, porém histopatologicamente pode se assemelhar a lesões malignas, como um adenocarcinoma sinusal ou de saco lacrimal (Fitzhugh, V. A. et al, 2008). Tendo isso em vista, é essencial que não seja feito o diagnóstico incorreto, para que a cirurgia, que é a simples excisão no caso de REAH, não se torne desnecessariamente uma cirurgia radical.

No caso apresentado, o paciente fugiu da faixa etária normalmente encontrada nos tumores saco lacrimal (4º-5º década de vida), porém apresentava características sugestivas de malignidade: dacriocistite de repetição, massa pétrea aderida a planos profundos e localizada acima do tendão cantal medial e refluxo de sangue à irrigação da via lacrimal.

Na literatura encontramos casos descritos de tratamentos agressivos para quadros diagnosticados equivocadamente como lesões malignas que se provaram serem quadros de REAH (Al-Musaileem , N et al. 2019). Em nossa situação, foi essencial a prudência e o comedimento na abordagem cirúrgica, além do exame anatomo-patológico de congelação, que levaram ao desfecho anatômico e funcional favorável ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Wakasaki T, Yasumatsu R, Tanabe M, Yoshikawa H, Jiroumaru K, Hashimoto K, Matsuo M, Fujimura A. Nasal and T. Lacrimal Sac Tumors: A Single Institution Experience, Including New Insights. *In Vitro Pathol*. 2019;33(1):121-126. doi: 10.1017/ivp.2018.0190
- Stefanyszyn MA, Hidayat AA, Péter JJ, Flanagan JC. Lacrimal sac tumors. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 1994 Sep;10(3):169-84. doi: 10.1097/0000341-19940900-00005.
- Péter JJ, Stefanyszyn M, Hidayat AA. Nonepithelial tumors of the lacrimal sac. Am J Ophthalmol. 1994;127(5):575-82. doi: 10.1016/0002-9613(94)90202-7
- Péter J, Stefanyszyn M, Hidayat AA, Iltan M, Landau L, Stefanyszyn MA. Glandular tumors of the lacrimal sac: Their histopathologic patterns and possible origins. *Ophthalmology*. 1996 Oct;103(10):1601-5. doi: 10.1016/S0030-6420(96)30457-0.
- Li GY, Fan B, Jiao YY. Endonasal endoscopy for removing nasal chondromesenchymal hamartoma extending from the lacrimal sac region. *Can J Ophthalmol*. 2013 Apr;48(2):e22-3. doi: 10.1016/j.jcoph.2012.10.007. Epub 2013 Feb 22. PMID: 23561613.

OBSTRUÇÃO DE VIA LACRIMAL SECUNDÁRIA À MIGRAÇÃO DE PLUGUE LACRIMAL: RELATO DE CASO

Luísa Gross

Flávia Monteiro

Ivana Pereira

Marcelo Torigoe

Obstrução de via lacrimal secundária à migração de plugue lacrimal: relato de caso

Luísa Gross¹, Flávia Monteiro¹, Ivana Pereira², Marcelo Torigoe²

1.Fellowship de Plástica Ocular e Vias Lacrimais UNICAMP

2.Preceptores da Plástica Ocular e Vias Lacrimais UNICAMP

Hospital de Clínicas da UNICAMP

INTRODUÇÃO

O princípio da oclusão lacrimal é baseado na obstrução da drenagem lacrimal, de modo a reter lágrimas no olho superfície. A oclusão, originalmente realizada cirurgicamente, por sutura e depois pela cauterização do ponto lacrimal (PL) (1) foi amplamente substituído por plugues de silicone na década de 1970 e sua eficácia no tratamento de sinais e sintomas de olho seco foi demonstrado (2).

O olho seco por deficiência aquosa moderada a grave é a principal indicação para o uso de plugues, sendo adjuvante no seu tratamento ao permitir a melhora dos sinais clínicos e do estado da superfície ocular. Entretanto, tais plugues são contraindicados em pacientes com alergia ao material, infecção ocular ativa e ectrópio. Possíveis complicações ao seu uso incluem extrusão ou migração do plugue, epífora, estenose de ponto lacrimal, granuloma piogênico e canaliculite (3,4,5).

RELATO DO CASO

Feminina, 69 anos.

Encaminhada devido à epífora à esquerda, com suspeita de obstrução da via lacrimal da mesma.

Historico:

Implante de plugue em ponto lacrimal (PL) inferior esquerdo há 10 anos como tratamento de olho seco. Há 2 anos queixava-se de epífora em olho esquerdo. Sem episódios de infecção. Trazia uma dacriotomografia que evidenciava imagem radiopaca em região de ducto nasolacrimal esquerdo - presença de prótese canalicular (plugue).

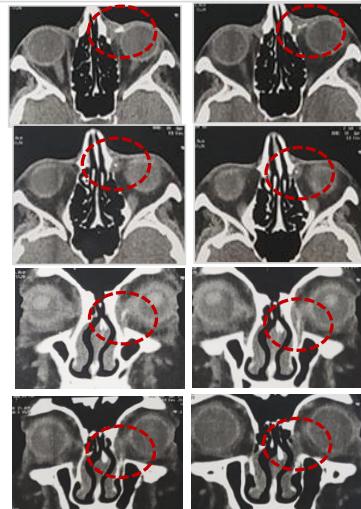
À ectoscopia: apresentava bom posicionamento palpebral, PL inferior amplo (punctoplastia prévia), milder positivo à esquerda.

Submetida à sondagem de vias lacrimais (VL): olho direito - HARD STOP, orofaringe positiva; olho esquerdo - HARD STOP, orofaringe negativa.

Foi submetida à sondagem terapêutica de VL à esquerda com visualização direta pelo nasofibroscópio: não houve extrusão do plugue, mas identificou-se passagem do líquido através do meato nasal inferior.

Como paciente persistiu com queixas de epífora após 30 dias do procedimento, realizou-se dacriocistorrinostomia externa à esquerda com exploração da VL para retirada do plugue, porém o mesmo não foi encontrado. Paciente apresentou melhora de epífora após a cirurgia e segue em acompanhamento.

FIGURAS



Dacriotomografia: imagem radiopaca em região de ducto nasolacrimal esquerdo - presença de prótese canalicular (plugue)

DISCUSSÃO

A principal complicação do uso de plugue na via lacrimal é a canaliculite. Neste relato, contudo, ocorreu a migração do plugue para o interior da VL, causando epífora na paciente. Tal quadro resultou numa obstrução funcional baixa da VL à esquerda, visto que a mesma encontrava-se pélvica após a sondagem terapêutica, mas não houve melhora clínica. Apesar do plugue não ter sido encontrado na cirurgia de dacriocistorrinostomia externa, a epífora foi resolvida após o procedimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ervin AM, Law A, Pucker AD. Punctal occlusion for dry eye syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 26;6(6):CD006775.
- Gilbard JP, Rossi SR, Azar DT, Heyda KG. Effect of punctal occlusion by Freeman silicone plug insertion on tear osmolarity in dry eye disorders. Caco J 1989;15:216-8.
- Best AL, Labetouille M, Legrand M, M'garrech M, Barreau E, Rousset A. Punctal and canalicular plugs: Indications, efficacy and safety. J Fr Ophtalmol. 2019 Mar;42(3):e95-e104.
- Pflugfelder SC, Stern ME. Biological functions of tear film. Exp Eye Res. 08 2020;197:108115.
- Jehangir N, Beaver G, Mahmood SM, Moshirfar M. Comprehensive Review of the Literature on Existing Punctal Plugs for the Management of Dry Eye Disease. J Ophthalmol. 2016;2016:9312340.

OBSTRUÇÃO DE VIAS LACRIMAIAS SECUNDÁRIA A ESPOROTRICOSE: UMA SÉRIE DE CASOS

Silvana Rocha

Gustavo Nabuco Faro Dantas Baptista

Thaíse Bianca Mariz Guedes

Roberta Carneiro de Sousa Gomes

Obstrução de vias lacrimais secundária a esporotricose: uma série de casos

Silvana Rocha, Gustavo Nabuco Faro Dantas Baptista, Thaíse Bianca Mariz

Guedes, Roberta Carneiro de Sousa Gomes

Universidade Federal da Paraíba - UFPB

INTRODUÇÃO

A esporotricose humana é uma infecção subaguda a crônica causada pelo fungo dimórfico *Sporothrix schenckii* e é a terceira causa mais comum de síndrome oculoglandular de Parinaud (conjuntivite granulomatosa associada a linfadenopatia pré-auricular ou submandibular), após *Bartonella henselae* e tularemia. A esporotricose ocular tem ganhado destaque em virtude do aumento de casos urbanos na última década, e também pode se manifestar como dacriocistite ou conjuntivite bulbar, além da conjuntivite granulomatosa. Dado o aumento de casos de esporotricose ocular diagnosticados no centro de referência em oftalmologia da Universidade Federal da Paraíba, em João Pessoa, o presente trabalho visa alertar para possível associação entre infecção ocular por esporotricose e obstrução de vias lacrimais persistente à resolução do quadro subagudo

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



1. Dacriocistite concomitante à conjuntivite granulomatosa (caso 1).
2. Milder mais acentuado à direita após resolução do quadro.
3. Dacriocistite em cicatrização com expressão ainda positiva (caso 2).
4. Milder mais acentuado à direita após resolução do quadro.
5. Milder mais acentuado à direita após resolução do quadro (caso 3).
6. A dacriocistografia: imperviedade da via lacrimal direita.

RELATO DO CASO

CASO 1:

R.B.C., FEMININA, 51 ANOS, COM ARDÊNCIA E EPÍFORA EM OLHO DIREITO HA 8 MESES. AO INÍCIO DO QUADRO APRESENTOU LESÃO GRANULOMATOSA CONJUNTIVAL E CULTURA POSITIVA PARA *SPOROTRICH SPP.* FOI TRATADA COM ITACONAZOL 200MG/DIA VIA ORAL POR 3 MESES E POMADA DE PIMARICINA 5% TÓPICA 4X/DIA. AV C/ 20/20 EM AMBOS OS OLHOS; À BIOMICROSCOPIA: AUMENTO DO MENISCO LACRIMAL, AUSÊNCIA DE LESÕES GRANULOMATOSAS, NORMAL ADEMAIS. TESTE DE MILDÉR POSITIVO EM OLHO DIREITO, PIO NORMAL; À FUNDOSCOPIA CRUZAMENTOS AV PATHÓLOGICOS COMPATÍVEIS COM RETINOPATIA HIPERTENSIVA GRAU 2 (PACIENTE HIPERTENSA) EM AMBOS OS OLHOS.

DACRIOCISTOTOMOGRAFIA BILATERAL DEMONSTROU ESTENOSE DE TODA A EXTENSÃO DO DUCTO NASOLACRIMAL DIREITO COM DACRIOCISTOCELE SECUNDÁRIA E ESTENOSE SEGMENTAR DISTAL DO DUCTO NASOLACRIMAL ESQUERDO, TENDO SIDO ASSIM ENCAMINHADA PARA DACRIOCISTORRINOSTOMIA.

CASO 2:

A.S.B., FEMININA, 1 ANO E 5 MESES DE IDADE, COM QUADRO DE EPÍFORA, HIPEREMIA, EDEMA E SECREÇÃO PURULENTA EM TOPOGRAFIA DE SACO LACRIMAL DIREITO HÁ 2 MESES, TRATADA COM ANTIBIÓTICO TÓPICO SEM MELHORA. RECEBEU CEFTRIAXONA IV POR 7 DIAS, SEM MELHORA DO QUADRO, EM OUTRO HOSPITAL, QUANDO BUSCOU O SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA DA UFPB, ONDE OPTOU-SE POR NOVO INTERNAMENTO, SENDO TRATADA COM OXACILINA ENDOVENOSA POR CELULITE PERIORBITÁRIA E ANFOTERICINA B, UMA VEZ DIAGNOSTICADA *SPOROTRICH SPP* EM CULTURA DE SECREÇÃO LACRIMAL.

APRESENTOU REGRESSÃO DA LESÃO. FOI PRESCRITO IODETO DE POTÁSSIO EM DOSE CRESCENTE ATÉ 1 GOTAS/KG, E POMADA DE PIMARICINA A 5% 4X POR DIA DURANTE 3 MESES, COM MELHORA COMPLETA DOS SINTOMAS INFLAMATÓRIOS E DA LESÃO EXTERNA, PORÉM COM MANUTENÇÃO DO QUADRO DE EPÍFORA NESTE OLHO APÓS 2 ANOS DE ACOMPANHAMENTO, TENDO SIDO INDICADA DACRIOCISTORRINOSTOMIA.

CASO 3:

R. M. B., FEMININA, 12 ANOS, COM CONJUNTIVITE GRANULOMATOSA, ADENÔMAGALIA CERVICAL ANTERIOR, RETROMANDIBULAR E PERIORBITAL DIREITA HÁ 2 MESES (SÍNDROME OCULOGLANDULAR DE PARINAUD), APÓS ARRAHADURA DE GATO DOMÉSTICO EM REGIÃO PERIORBITAL. O ANIMAL APRESENTAVA ÚLCERAS EM CORPO E ORELHAS. AO EVENTO, E SEU EXAME CITOPATOLÓGICO FOI COMPATÍVEL COM ESPOROTRICOSE ANIMAL. A PACIENTE APRESENTAVA AV: 20/20 S/C, BIOMICROSCOPIA: AUSÊNCIA DE LESÕES GRANULOMATOSAS, MILDÉR E JONES 2 POSITIVOS. PIO: 14 MMHG EM AMBOS OS OLHOS E FUNDOSCOPIAS NORMAIS. FOI TRATADA ITACONAZOL 200MG/DIA VIA ORAL E POMADA DE PIMARICINA 5% TÓPICA 6/7 MESES DURANTE 7 MESES, COM PERSISTÊNCIA DE EPÍFORA EM OLHO DIREITO. DACRIOCISTOTOMOGRAFIA E DACRIOCISTOGRAFIA APRESENTARAM OCLUSÃO MUCOSA DO TERÇO PROXIMAL DO CANAL NASOLACRIMAL DIREITO, TENDO SIDO ENCAMINHADA À DACRIOCISTORRINOSTOMIA.

DISCUSSÃO:

Embora a esporotricose seja a micose subcutânea mais comum da américa latina, a forma extracutânea corresponde a apenas 5% dos casos. O acometimento ocular pode ocorrer pelo acometimento da região anterior do olho e anexos, seja por inoculação ou trauma, ou de forma intraocular por disseminação hematogênica - raramente descrita. A transmissão zoonótica em ambiente domiciliar ocorre através da mordida, arranhadura ou contato com secreção de animais infectados, principalmente os gatos, em que o potencial zoonótico foi evidenciado tanto por carga parasitária muito alta, quanto por presença de *Sporothrix* mesmo em animais sem a doença, potencializando assim seu poder transmissor. O agente é também encontrado no meio ambiente na forma filamentosa, como em vegetação, madeira em decomposição e no solo. Dacriocistite - infecção do saco lacrimal com dor, epífora, exsudação e aumento de volume - pode estar relacionada a fungos em 4 a 7% dos casos, que geralmente são crônicos. *Candida spp.* e *Aspergillus spp* são os mais comumente encontrados, mas a esporotricose vem sendo descrita na literatura, e assim como evidenciado nestes casos, pode cursar com evolução para obstrução de vias lacrimais, necessitando de tratamento cirúrgico apesar de tratamento farmacológico apropriado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Furtado LO, Biancardi AL, Gravio LMS, Anjo RPP, Moraes Junior HV. Ocular sporotrichosis: atypical manifestations. *Rev Bras Oftalmol.* 2019;78(1):59-61.
- Aidár MN, Rebeschini BM, Mata CTSS, Borges TC, Araújo MEXS. Esporotricose ocular: a importância de ser considerada em áreas com grande incidência de esporotricose. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2019;82:1-4.
- Schubach A, de Lima Barros MB, Schubach TM, Francesconi-do-Valle AC, Gutierrez-Galhardo MC, Sued M, et al. Primary conjunctival sporotrichosis: two cases from a zoonotic epidemic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cornea.* 2005;24(4):491-3.
- Gremião ID, Oliveira MM, de Miranda LM, Sarava Freitas DF, Pereira SA. Geographic expansion of sporotrichosis, Brazil. *Emerg Infect Dis.* 2020;26(3):621-4.

"OLHO MELADO" PÓS-DCR: UM RELATO DE SÍNDROME SUMP

Thais P. Souza

Simone H. Bison



"OLHO MELADO" PÓS-DCR: UM RELATO DE SÍNDROME SUMP

Thais P. Souza¹ e Simone H. Bison¹

¹Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais, Divisão de Oculoplástica, Vias Lacrimais, e Órbita UNIFESP – São Paulo – SP



INTRODUÇÃO

A síndrome "sump" lacrimal é uma complicação rara, com incidência estimada de 0,3-4,8% dos pacientes pós-dacriocistorrinostomia externa ou endonasal.

Nesta condição, o paciente mantém queixa de lacrimejamento e descarga de secreção via ponto lacrimal, a despeito de via lacrimal pária.

Este trabalho tem o objetivo de relatar um caso desta síndrome com melhora após nova cirurgia endoscópica.

RELATO DO CASO

Paciente de 58 anos com lacrimejamento intermitente, sensação frequente de "olho melado" e saída de secreção purulenta à expressão em olho esquerdo. Refere cirurgia de dacriocistorrinostomia endoscópica no mesmo olho há cerca de 4 anos.

Propedéutica das vias lacrimais sem alterações em olho direito. Em olho esquerdo, apresentava teste de desaparecimento da fluoresceína sem alterações, expressão lacrimal positiva, com saída de secreção amarelada, sondagem "hard stop" em canalículos superior e inferior, irrigação via pontos lacrimais livre.

Dacriocistografia (Figura 1) mostrou passagem de contraste em cavidade nasal, mas considerável acúmulo em topografia do saco lacrimal. A ressonância magnética de face (Figura 2) mostrou formação de sinéquias e aderências mucosas locais.

Em nova cirurgia endoscópica, notou-se a presença de traves que dificultavam a livre progressão da sonda de Bowman e levavam à formação de pequenos reservatórios de conteúdo lacrimal. Seguiu-se com ressecção das mesmas e colocação da sonda de Crawford, a ser retirada após 6 semanas.

Paciente evoluiu com melhora completa dos sintomas, sem recidivas nos últimos 6 meses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Migliori ME. Endoscopic evaluation and management of the lacrimal sump syndrome. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*, 1997;(13):281-214
 Galindo-Ferreiro A et al. Dacryocystocele After Successful External Dacryocystorhinostomy: A Variant of the Lacrimal Sump Syndrome. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*, 2014;1-2.
 Qian Z et al. A Lacrimal Sump Syndrome With a Large Intranasal Ostium. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 2015; 26):386-388
 Sng J et al. Late dacryocystorhinostomy failure from lacrimal sump syndrome with pseudo-sac formation. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 2017;1-4.

FIGURAS



Figura 1:
Dacriocistografia
ostrando acúmulo
de contraste em
reservatório
(vermelho)

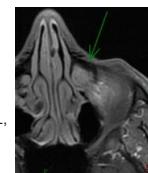
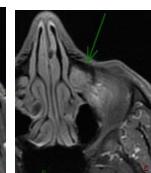


Figura 2: RM
mostrando
presença de
tecido com
intensidade
semelhante a SL,
formando
aderências



DISCUSSÃO

Sump, em inglês, significa reservatório. Como sugerido pelo nome, remanescentes do saco lacrimal, mucosa nasal e/ou aderências levam à formação de micro reservatórios, onde ocorre acúmulo de secreção lacrimal entre a canalículo comum e a cavidade nasal, com posterior refluxo via pontos lacrimais.

O diagnóstico é feito através da dacriocistografia ou pela visualização endoscópica direta, auxiliada pela sondagem e identificação da dificuldade de progressão da sonda de Bowman após passagem pelo canalículo comum. É importante manter alto grau de suspeição clínica que sugira avaliação complementar.

O tratamento é realizado com abertura do saco remanescente e ressecção de todo tecido cicatricial periosteotomia, associado ou não a aplicação de anti-mitóticos locais, com a mitomicina tópica.

A síndrome *sump* pode ser evitada na cirurgia primária, com osteotomia de tamanho adequado, além da remoção de todo tecido redundante, após a confecção dos retalhos de mucosa nasal e saco lacrimal. A colocação da sonda de Crawford, com remoção no pós operatório tardio também pode ser um fator de proteção

DACRIOCISTORRINOSTOMIA ENDONASAL COMO TRATAMENTO DE OBSTRUÇÃO LACRIMAL BAIXA APÓS TRAUMA

Luciane Tsuji

Camila Guglielmeli Ribeiro

Ricardo Tomoyoshi Kanecadan

Dacriocistorrinostomia endonasal como tratamento de obstrução lacrimal baixa após trauma.

Luciane Tsuji, Camila Guglielmeli Ribeiro, Ricardo Tomoyoshi Kanecadan
 Hospital Oftalmológico de Sorocaba (BOS)

INTRODUÇÃO

As lesões das vias lacrimais geralmente na forma de lacerações canaliculares, são relativamente comuns após traumas periorbitários e faciais. Mas as lesões do ducto nasolácrimal são raras e estão mais associadas a fraturas naso-orbitárias e fraturas de parede medial. A falha em reconhecer e tratar alterações lacrimais é muito comum em casos de lesões órbita palpebrais e a decisão na melhor abordagem cirúrgica ainda é um grande desafio para os cirurgiões.

O caso relatado tem o principal objetivo de demonstrar o sucesso cirúrgico da dacriocistorrinostomia (DCR) endonasal como tratamento de obstrução lacrimal baixa após trauma.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 38 anos, com queixa de lacrimejamento e secreção abundante em olho esquerdo (OE). Apresentava histórico de ferimento por arma de fogo em face há 20 anos com início dos sintomas desde então. Submetida a DCR externa a esquerda há 10 anos sem melhora dos sintomas. Ao exame apresentava a esquerda saco lacrimal dilatado e endurecido a palpação com presença de cicatriz atrófica adjacente (Figura 1). Como propedêutica foi realizado: 1) Sondagem e Irrigação de vias lacrimais; 2) Endoscopia nasal e 3) Tomografia Computadorizada de face. Os exames demonstraram: 1) Obstrução baixa de vias lacrimais a esquerda; 2) Sinéquias na região do meato nasal médio em cavidade nasal esquerda e direita; 3) Presença de fraturas naso-orbitárias com acometimento de assoalho e parede medial e presença de fragmentos de projétil de arma de fogo (Figura 2). Após o resultado dos exames, foi realizado a DCR endonasal em conjunto com a equipe de Otorrinolaringologia. A paciente teve boa evolução pós operatório (PO) e desde o 7º dia de PO referiu melhora completa dos sintomas. Segue assintomática com 6 meses da cirurgia.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1: cicatriz atrófica em topografia de saco lacrimal a E.



Figura 2: fraturas naso orbitárias com acometimento de assoalho e parede medial

DISCUSSÃO:

A DCR tem sido o tratamento de escolha para os casos de obstruções distais do sistema lacrimal. Classicamente a abordagem externa é a mais realizada. Entretanto, com o uso dos endoscópios, a DCR endonasal tem-se mostrado uma técnica cirúrgica segura e eficaz na resolução das obstruções lacrimais baixas. No caso relatado, optou-se pela DCR endonasal devido histórico de DCR externa prévia e trauma órbito-facial com grande distorção da anatomia nasal. A realização desse procedimento obteve excelente resultado e melhora expressiva na qualidade de vida da paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Onerci M. Dacryocystorhinostomy. Diagnosis and treatment of nasolacrimal canal obstructions. *Rhinology* 2002; 40:49-65.
- 2-Dresner S. Outpatient dacryocystorhinostomy. *Ophthalmic Surg.* 2021;22(4):222-4.

TRABALHOS

CAVIDADE

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE EVISCERAÇÃO REALIZADOS NO CENTRO OFTALMOLÓGICO DE MINAS GERAIS

Karlla Cardinali Antunes Lauriano

Raiane Cristina Ferreira Castro

Carlos Eduardo Messinger Salomão

Sandra Cristina Valiim Costa de Carvalho

Silvia Andrade Carvalho Rodrigues

Estudo Epidemiológico dos Casos de Evisceração Realizados no Centro Oftalmológico de Minas Gerais

Karlla Cardinali Antunes Lauriano, Raiane Cristina Ferreira Castro, Carlos Eduardo Messinger Salomão, Sandra Cristina Valiim Costa de Carvalho, Silvia Andrade Carvalho Rodrigues,
Centro Oftalmológico de Minas Gerais

INTRODUÇÃO

A evisceração do globo ocular é realizada desde o início do século XIX, tem por objetivo a remoção do conteúdo intraocular, preservando-se a esclera e as estruturas adjacentes. É indicada em casos de olho cego doloroso, endoftalmites não responsivas a tratamento clínico, hemorragias expulsivas e traumas oculares. Apesar de não preservar a função visual, é uma cirurgia de extrema relevância para o alívio da dor crônica, resolução de infecções potencialmente fatais e para a preservação da estrutura do olho.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva por meio dos prontuários médicos dos pacientes submetidos a evisceração do globo ocular no Centro Oftalmológico de Minas Gerais no período de maio/2017 a agosto/2023.

RESULTADOS

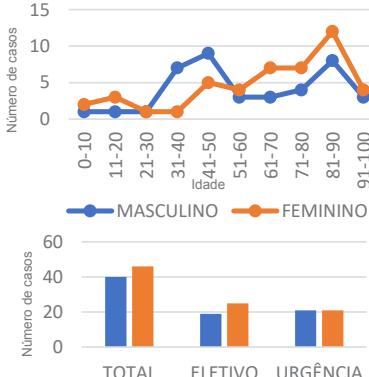
Ao todo foram realizados 86 casos de evisceração no período estudado. Dentre os casos eletivos ($N=44$ - 51%), a principal indicação cirúrgica foi devido a olho cego doloroso ($N= 24$ - 54%). A cirurgia foi realizada em caráter de urgência em 42 pacientes (48%) sendo a principal indicação a perfuração ocular ($N=12$ - 28%), seguida do trauma ($N=8$ - 19%). A maioria das cirurgias foi realizada em mulheres (53%), mas na faixa etária de 20 a 40 anos os homens representam 80%. O implante de polietileno poroso foi utilizado em 72 pacientes (84%) e o dermoadiposo foi utilizado em 14 pacientes (16%).

DISCUSSÃO

A epidemiologia nos mostra que traumas, perfurações e olhos cegos dolorosos são a maioria das causas de

evisceração e que esses eventos ocorrem em uma faixa etária extensa. Os homens jovens estão mais propensos a eventos agudos como trauma; idosos com histórico de múltiplas cirurgias são predominantes quando a indicação cirúrgica é por olho cego doloroso.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



CONCLUSÃO

Diante de uma epidemiologia vasta, com casos provenientes de eventos agudos ou de complicações crônicas, pode-se concluir que a evisceração é uma cirurgia de grande resolutividade e que possui indicações precisas devido a sua irreversibilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Phan LT, Hwang TN, McCulley TJ. Evisceration in the modern age. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2012 Jan;19(1):24-33. doi: 10.4103/0974-9233.92113. PMID: 22346112; PMCID: PMC3277021.
- Ruiz-Suárez A, Carrasco-Quiroz A, Carrera-Rivera HA, Blanco-D'Medida JA. Etiología de evisceración ocular [Ocular evisceration etiology]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(Suppl 4):S365-S368. Spanish. PMID: 29792614.
- Parra-Tanoux D, Dussan-Vargas MP, Escandón MG. Painful-blind eye: A forgotten palliative care. *Indian J Ophthalmol*. 2023 Jun;71(6):2399-2408. doi: 10.4103/IJO.IJO_3063_22. PMID: 37322649; PMCID: PMC10417970.

EVISCERAÇÕES DE URGÊNCIA E IMPLANTE PRIMÁRIO DE ESFERA NÃO INTEGRÁVEL

Maria Paula S. Facchin

Ricardo Morschbacher

Marcelo Golbert

Karoliny Krause

Mônica Mânicca

Rodrigo M. Roesler

EVISCERAÇÕES DE URGÊNCIA E IMPLANTE PRIMÁRIO DE ESFERA NÃO INTEGRÁVEL

Maria Paula S. Facchin, Ricardo Morschbacher, Marcelo Golbert, Karoliny Krause, Mônica Mânicca, Rodrigo M. Roesler
Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre

INTRODUÇÃO

O trabalho visa analisar a taxa de extrusão de implante primário de esfera não integrável nos casos de evisceração de urgência, bem como realizar sua análise epidemiológica.

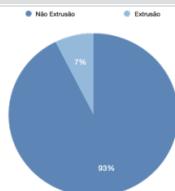
MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo dos casos de evisceração de urgência (2020 a 2022) em Hospital Oftalmológico. Foram analisados: idade, sexo, etiologia, acuidade visual (AV), implante primário de esfera e complicações. A técnica cirúrgica incluiu: peritonmia conjuntival 360°; remoção da córnea; curetagem do conteúdo intraocular; implante de esfera de polimetilmetacrilato; sutura da esclera; e sutura da tenon e conjuntiva. Todos os pacientes realizaram USG ocular pré operatória para exclusão de tumor.

RESULTADOS

Dos 31 casos analisados 67% eram do sexo masculino, a média de idade foi de 64,5 anos. As etiologias foram: trauma (32%), infecção – úlcera perfurada ou endoftalmite (32%), olho cego doloroso (25%) e *Phtisis bulbi* (6%). AV pré operatória foi de ausência de percepção luminosa em 74% dos casos. O implante primário de esfera foi realizado em 27 pacientes; 4 pacientes não realizaram o implante primário por falta de tamanho compatível. Apenas 2 apresentaram extrusão (7%) e ambos tiveram a indicação de evisceração por *phtisis bulbi*.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



DISCUSSÃO

O implante primário de esfera foi bem sucedido em 93% dos casos. Apenas 2 pacientes apresentaram extrusão do implante após 6 meses de seguimento. A análise epidemiológica confirmou-se, conforme já evidenciado na literatura: eviscerações de urgência são mais frequentes em pacientes com mais de 60 anos e do sexo masculino; assim como as principais indicações cirúrgicas são trauma e infecção.

CONCLUSÃO

Os implantes de cavidade são essenciais para recompor volume após a cirurgia de evisceração. Frente aos dados expostos, torna-se relevante considerar o implante primário de esfera no cenário de urgência, devido a alta taxa de sucesso (93%). Assim, seria possível evitar intervenções cirúrgicas adicionais e beneficiar o paciente com a possibilidade da protetização precoce.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KASE, Camila; NAKAYAMA, Luis Filipe; BERGAMO, Vinícius Campos; MORAES, Nilva Simeren Bueno de. Evisceration and enucleation cases in the ophthalmologic emergency department of a tertiary Brazilian hospital. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, [S.L.], v. 85, n. 5, p. 558-564, 29 ago. 2021. GN1 Sistemas e Publicações Ltd.. <http://dx.doi.org/10.5935/0004-2749.2022007>

MCALINDEN, C.; SALDANHA, M.; LAWS, D.. Evisceration for the management of ocular trauma. *Case Reports*, [S.L.], v. 2013, n. 301, p. 1-3, 30 out. 2013. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2013-201235>.

AL-DAHMASH, Saad A.; BAKRY, Sawsan Saad; ALMADHI, Nada H.; ALASHGAR, Lolwah M.. Indications for enucleation and evisceration in a tertiary eye hospital in Riyadh over a 10-year period. *Annals Of Saudi Medicine*, [S.L.], v. 37, n. 4, p. 313-316, jul. 2017. King Faisal Specialist Hospital and Research Centre. <http://dx.doi.org/10.5144/0256-4947.2017.313>.

HANSEN, Anja Bech et al. Review of 1028 bulbar eviscerations and enucleations. *Acta Ophthalmol Scand.*, Denmark, n. 77, p. 331-335, dez. 1999.

EXENTERAÇÃO ORBITÁRIA EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA: ESTUDO RETROSPECTIVO

Marcela Mara Freitas Mucci

Fernanda Yumi Konno

Aline Pimentel de Miranda

José Vital Filho

Exenteração orbitária em serviço de referência: Estudo retrospectivo.

Marcela Mara Freitas Mucci, Fernanda Yumi Konno, Aline Pimentel de Miranda,
José Vital Filho, Adriana Geremias Toni.
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

A exenteração orbitária é uma cirurgia radical que consiste na retirada do globo ocular e todo ou parte do conteúdo orbitário. É realizada para casos de doenças neoplásicas, infecciosas ou inflamatórias avançadas, quando procedimentos conservadores não são curativos. As principais indicações são neoplasias malignas primárias de párpada e de conjuntiva com invasão orbital (Figuras 1 e 2), principalmente o carcinoma basocelular (CBC) e o espinocelular (CEC). O objetivo deste trabalho é avaliar as características epidemiológicas e estudo histopatológico das lesões de pacientes submetidos a exenteração.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva de prontuários de 67 pacientes submetidos a exenteração no setor de órbita da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo entre os anos de 1999 e 2023, levando-se em consideração sexo, idade e diagnóstico histopatológico.

RESULTADOS

Assim como em outros trabalhos, a maioria dos pacientes do nosso estudo são do sexo masculino (61,1%) e com idade acima de 60 anos. A média de idade foi de 62 anos, variando entre 8 e 93 anos. Sobre os diagnósticos histopatológicos, a maioria das cirurgias (93,9%) foram realizadas devido a neoplasias malignas, sendo o diagnóstico mais frequente de CEC (41,7%), seguido de CBC (20,8%), melanoma (14,9%) e carcinoma adenóide cístico (2,9%).

DISCUSSÃO

A exenteração pode ser subtotal, total ou alargada. Na primeira pode-se preservar pálpebras e/ou conteúdo orbital posterior, já na exenteração

alargada paredes ósseas adjacentes ou seios paranasais também são removidos. Após a recuperação cirúrgica é possível realizar adaptação de prótese na cavidade orbital (Figuras 3 e 4) a fim de se obter melhor resultado estético e qualidade de vida do paciente.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1: Lesão exofítica e ulcerada invadindo órbita esquerda. (CBC nodular invasivo e ulcerado). Figura 2: Tomografia computadorizada de crânio evidenciando a invasão orbital. Figura 3: Aspecto da cavidade após 2 anos de cirurgia. Figura 4: Paciente com a prótese oculopalpebral.

CONCLUSÃO

Concluímos que os pacientes deste estudo apresentam epidemiologia semelhante à literatura. Ressaltamos a importância do diagnóstico precoce e tratamento adequado de lesões palpebrais e conjuntivais, uma vez que estas podem evoluir e invadir a órbita, constituindo importantes causas de exenterações. Também é válido reforçar a importância do acompanhamento periódico e cuidadosos destes pacientes buscando-se detectar recidivas, evitando que evoluam para cegueira, mutilação e até mesmo óbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Atique-Tacla, M., Paves, L., Pereira, M. D., & Manso, P. G. (2006). Exenteração: estudo retrospectivo. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 69, 679-682.
- 2-Leme, V. R., Oliveira, M. V. D., Júnior, N. B., Cruz, A. A. V. "Causas de exenteração." *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia* 62 (1999): 75-77.

ÓRBITA

BLINK LAGOPHTHALMOS IN GRAVES ORBITOPHTATY

Juliana A. Guimarães

Denny M. Gracia

Antonio Augusto V. Cruz

Blink lagophthalmos in Graves Orbitopathy

Juliana A Guimarães MD, Denny M Garcia PhD, Antonio Augusto V Cruz MD

Department of Ophthalmology, School of Medicine of Ribeirão Preto – University of São Paulo

INTRODUCTION

Upper eyelid retraction induced by Graves' orbitopathy (GO) is one of the most characteristic signs of the disease, commonly associated with infrequent and incomplete spontaneous blinks, characterizing what is known as blink lagophthalmos. The aim of this study was to correlate eyelid retraction, spontaneous blinking, and the morphology of the levator muscle palpebrae superioris (LMPS).

METHODS

This case-control study included patients with eyelid retraction secondary to GO and control participants (C). They underwent margin-reflex distance 1 (MRD1) measurements, contrast-enhanced computed tomography (CT) scans of the orbits, and a dynamic eyelid study. The dynamic eyelid study utilized infrared reflective markers positioned on the upper eyelids and a high-resolution camera. Blinking movements were evaluated using specific software, and variables such as amplitude and maximum velocity of eyelid movements were extracted. The eye with the greatest retraction was selected for analysis in each group. A significance level of 0.05 was adopted for statistical analysis.

RESULTS

The study included 68 participants (36 in the GO group and 32 in the control group). Blinking amplitude and velocity did not differ significantly between the groups when analyzing absolute values. However, the ratio of amplitude to MRD1 was significantly smaller in the GO group compared to the C group ($p < 0.001$). This indicated that blinks not reaching the pupil (blink lagophthalmos) were more common in the GO group. In terms of CT findings, there was no correlation between the area of the levator muscle and upper complex and the amplitude of blinking movements in the participants with GO.

DISCUSSION

In individuals with GO, a reduction in the ratio of amplitude to MRD1 highlights the presence of blink lagophthalmos, which helps explain the frequent occurrence of ocular surface symptoms in these patients. The authors propose that the orbicularis oculi muscle might play a crucial role in maintaining relatively normal blinking amplitudes in GO patients, considering the significant retraction and enlarged size of the LMPS.

FIGURES

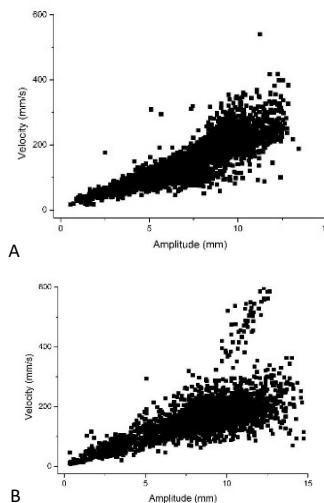


Figure 1. Blinks plotted by amplitude and velocity (main sequence) for controls (A) and patients (B).

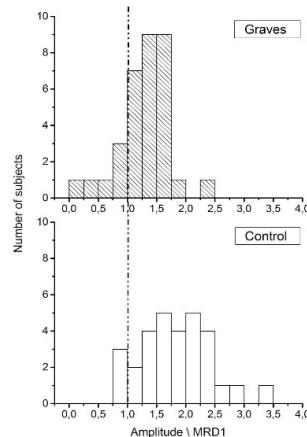


Figure 2. In group C, 10.0% of the subjects had a mean blinking amplitude < 1, against 18.2% of the patients in group GO.

REFERENCES

1. Garcia DM, Messias A, Costa LO, Pinto CT, Barbosa JC, Velasco Cruz AA. Spontaneous blinking in patients with Graves' upper eyelid retraction. *Curr Eye Res* [Internet]. 2010 Jun [cited 2021 Nov 27];35(6):459–65.
2. Gadipati RV, Meyer DR. Eyelid retraction, lid lag, lagophthalmos, and von Graefe's sign quantifying the eyelid features of Graves' ophthalmopathy. *Ophthalmology* [Internet]. 2008 Jun [cited 2021 Nov 27];115(6):1083–8.
3. Patel V, Daya SM, Lake D, Malhotra R. Blink lagophthalmos and dry eye keratopathy in patients with non-facial palsy: clinical features and management with upper eyelid loading. *Ophthalmology*. 2011 Jan;118(1):197–202.

OCULO-ORBITAL TUMOR IN CHILDREN: EPIDEMIOLOGICAL EVALUATION AND HISTOPATHOLOGICAL AGREEMENT IN A TERTIARY SERVICE

Juliana I. Iguma

Hanny Qi Chen

Sergio F. S. da Cruz

Ivana L. R. Kusabara

Oculo-orbital tumor in children: epidemiological evaluation and histopathological agreement in a tertiary service

Juliana I. Iguma; Hanny Qi Chen; Sergio F. S. da Cruz; Ivana L. R. Kusabara.
 Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

Sinais e sintomas oftalmológicos na população pediátrica podem ter uma variedade de causas. Ainda que a maioria das massas sejam benignas, é necessário excluir as etiologias malignas. O objetivo do estudo foi avaliar o perfil epidemiológico dos tumores óculo-orbitais, sinais e sintomas, bem como correlação clínica e histopatológica em um serviço de referência terciário.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizamos um estudo retrospectivo, através da avaliação de prontuários do setor de Órbita da Santa Casa de São Paulo, de julho de 2017 a julho de 2022. Incluímos crianças de até 14 anos com tumores óculo-orbitários. Avaliamos também a concordância do diagnóstico clínico e histopatológico quando possível.

RESULTADOS

Um total de 56 pacientes foram selecionados, 28 do sexo feminino e 28 do sexo masculino. A média de idade no atendimento foi de 5,97 ($\pm 4,2$) anos, e do início do quadro foi em média aos 3,96 ($\pm 3,81$) anos. Nossos resultados encontram-se nas tabelas 1 (sinais e sintomas) e 2 (diagnóstico). A concordância entre o diagnóstico clínico e o histopatológico foi moderada, com Kappa de 0,438 (IC 95% 0,255 a 0,620).

DISCUSSÃO

De forma similar com a literatura de outros países, como a China e Arábia Saudita, encontramos uma maior prevalência de tumores benignos, sendo na nossa casuística o hemangioma infantil e a má formação venolinfática os mais frequentes. Dos tumores malignos, os mais encontrados foram o retinoblastoma e o rabdomiossarcoma. Já em países como Etiópia e Índia, o tumor mais comum foi o retinoblastoma.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1: Sinais e sintomas

Massa tumoral	37.5%	Alteração vascular	7.1%
Proptose	30.4%	Descolamento de retina	5.4%
Alteração de cor	28.6%	Hiperemia conjuntival	5.4%
Edema	26.8%	Quemose	5.4%
Estrabismo/MOE	23.2%	Ptose	5.4%
Reflexo pupilar	10.7%	Distopia	3.6%
Dor	10.7%	Outros (*)	26.8%
Leucocoria	7.1%		

Tabela 1: Sinais e sintomas mais encontrados.

**MOE: Motricidade ocular extrínseca

TABELA 2

Hemangioma	17,86%
Má formação venolinfática	16,07%
Retinoblastoma	10,71%
Rabdomiossarcoma	7,14%
Gloma	5,36%
Neurofibroma	5,36%
Cisto dermóide	3,57%
Granuloma	3,57%
Outros (*)	21,43%
Indeterminado	8,93%

Tabela 2:
 Prevalência dos tumores óculo-orbitários infantis no estudo.

(*) Foram incluídos nesta categoria os grupos menos frequentes.

CONCLUSÃO

Concluímos que os tumores mais frequentes foram os benignos, sendo o hemangioma infantil e a má formação venolinfática (tumores vasculogênicos) os principais. Quanto à sintomatologia apresentada, a massa tumoral, a proptose e a alteração de coloração da pele (hiperemia, equimose, cor violácea) foram as mais frequentes. A concordância entre o diagnóstico clínico e o histopatológico foi moderada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alkatan HM, Al Marek F, Elkhmary S. Demographics of Pediatric Orbital Lesions: A Tertiary Eye Center Experience in Saudi Arabia. *J Epidemiol Glob Health*. 2019;9(1):3-10. doi:10.2991/jegh.k.181224.001
- Kidane YT, Teshome AW. Eye disorders spectrum: a tertiary hospital pediatric ophthalmology clinic based in Ethiopia. *BMC Ophthalmol*. 2022;22(1):120. Published 2022 Mar 12. doi:10.1186/s12886-022-02336-8
- Modi PJ, Shah NA, Bhalodia JN, Gonsal RN. Orbital tumors in children: A descriptive study at tertiary care centre. *Natl J Med Res*. 2013; 3(4): 362-366. eISSN: 2277 8810

ABCESSO SUBPERIOSTEAL EM CELULITES ORBITÁRIAS NA CRIANÇA

Alice C. G. de Almeida

Silvana A. Schenlliini

Abcesso subperiosteal em celulites orbitárias na criança

Alice C. G. de Almeida, Silvana A. Schellini
 Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP

INTRODUÇÃO

O abcesso subperiosteal (ASP) é uma complicação bem conhecida das celulites orbitárias, capaz de rápida progressão e de extensão intracraniana.¹ Antes da década de 1980, a abordagem cirúrgica era quase sempre recomendada, mas este conceito vem mudando. Atualmente, a presença do ASP não é indicação absoluta para cirurgia,^{1,2} havendo ainda grandes divergências na literatura quanto ao seu manejo na população pediátrica. Por este motivo, realizou-se o presente estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática de estudos relacionados a celulite orbitária, selecionando-se artigos sobre os casos que evoluíram com ASP. Os estudos foram identificados pelas bases de dados: PUBMED, EMBASE, LILACS, WEB OF SCIENCE, SCOPUS, COCHRANE e CINAHL. Foram incluídos estudos com no mínimo 6 casos de celulite orbitária, com idade entre 0 a 18 anos. As variáveis de interesse foram tabuladas em planilha Excel e avaliadas estatisticamente.

RESULTADOS

Crianças com ASP apresentaram média da idade de 7,06 anos, sendo o sexo masculino mais acometido (65,7%). A sinusite esteve presente em 99,7% dos casos, com maior acometimento do seio etmoidal. Cerca da metade dos casos (51,7%) foi tratada cirurgicamente, em geral, pacientes significativamente mais velhos aos tratados clínicamente (média de 8,34 X 5,93 anos, $p<0,05$). ASP acometendo o seio etmoidal necessitaram menos de drenagem do que os demais (43,2% X 70,6%).

DISCUSSÃO

Nosso estudo aponta para um maior sucesso do tratamento clínico em crianças mais novas, portadoras de abscessos etmoidais, secundários à etmoidite, corroborando com outros estudos.¹⁻³ Além disso, alguns autores descrevem sobre o tamanho dos ASP, sendo um volume de corte de 500-1250mm³, comprimento superior a 10-17mm e largura superior a 4,5 mm os que devem ser abordados cirúrgicamente.^{2,3}

TABELA

Tabela 1. Análise dos Abscessos Subperiosteais (SPA)

Dados Demográficos			
Nº de Estudos	Variável	Total	Percentual (%)
15	Sexo Masculino	469	65,77
15	Sexo Feminino	244	34,22
			Média das Idades com Tratamento Cirúrgico
27		8,34	5,93
Tratamento no Abcesso Subperiosteal			
Nº de Estudos	Tratamento	Total	Percentual (%)
40	Cirúrgico	608	51,70
40	Clínico	568	48,29
Tratamento Cirúrgico nos ASP x Período do Estudo			
Ano do Estudo	Total de Casos de SPA	Tratamento Cirúrgico	Percentual (%)
<2000	134	102	76,11
≥2000	1042	506	48,56
Presença de Sinusite			
Variável	Total de Pacientes	Sinusite Presente	Percentual (%)
Sinusite	818	815	99,75
Etmoidal	197	181	91,97
Maxilar	68	46	52,27
Esfenoide	52	17	32,69
Frontal	287	99	34,49
Localização do ASP x Tratamento Cirúrgico			
Nº de Estudos	ASP Etmoidal (Total)	Tratamento Cirúrgico	Percentual (%)
19	590	255	43,22
Nº de Estudos	Outros ASP (Total)	Tratamento Cirúrgico	Percentual (%)
15	160	113	70,62

CONCLUSÃO

Medidas conservadoras com uma antibioticoterapia adequada e monitoramento clínico rigoroso são seguras e eficazes para o tratamento do ASP. Porém, crianças mais velhas, com abcessos que atingem outros seios que não o etmoidal, estão mais sujeitas a necessitar de drenagem cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Garcia GH, Harris GJ. Criteria for Nonsurgical Management of Subperiosteal Abscess of the Orbit. *Ophthalmol*. 2000;107(8):1454-6.
- 2) Saltagi MZ, Rabban CC, Patel KS et al. Orbital Complications of Acute Sinusitis in Pediatric Patients: Management of Chandler III Patients. *Allergy Rhinol* (Providence). 2022;13:21526575221097311.
- 3) McCoy JL, Dixit R, Dohar JE, et al. Pediatric subperiosteal orbital abscess characterization and prediction of size, location, and management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2021;144:110693.

VISUAL LOSS AND INTRACRANIAL COMPLICATIONS FOLLOWING ORBITAL DECOMPRESSION: RETROSPECTIVE ANALYSIS IN A TEACHING HOSPITAL

Victória Helena Stelzer Rocha

Antonio Augusto Velasco Cruz

Visual loss and intracranial complications following orbital decompression: retrospective analysis in a teaching hospital

Victória Helena Stelzer Rocha; Antonio Augusto Velasco Cruz.

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (HCRP-USP)

INTRODUÇÃO

A descompressão orbitária óssea é o procedimento cirúrgico mais importante para correção cosmética e funcional em orbitopatia de Graves¹. O objetivo do presente trabalho é analisar as complicações intracranianas e perda visual de pacientes com orbitopatia de Graves submetidos à descompressão orbitária em um hospital universitário.

MATERIAL E MÉTODOS

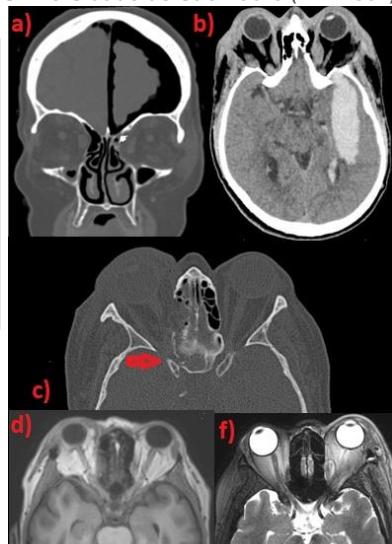
- Estudo de coorte retrospectivo;
- Foram analisados dados médicos de pacientes com orbitopatia de Graves, submetidos à descompressão de órbita, entre jan/2010 e jul/2023, no HCRP-USP.

RESULTADOS

- 463 órbitas abordadas em 280 pacientes, sendo, 206 (73,57%) mulheres e 74 (26,42%) homens. Idade média 48,53 anos ($dp = 12,70$).
- Modalidades descompressivas foram: lateral (62); inferomedial (211); três paredes(132); balanceada (28); inferior (10); inferolateral (9) e medial (11)
- Observou-se 6 complicações cirúrgicas graves. Sendo 3 (0,64%) amauroses unilaterais e 2 (0,43%) acidentes intracranianos: uma hemorragia intracerebral e um pneumoencéfalo.

IMAGENS

- Imagens:(a)Pneumoencéfalo.
(b).Hemorragia intraparenquimatosa cerebral. (c) Amaurose pós fratura de esfenoide com acometimento de região medial de canal óptico (seta)
(d) e (f) Hemorragias apicais com evolução para amaurose por neuropatia compressiva.



DISCUSSÃO

As taxas de complicações cirúrgicas graves decorrentes da descompressão orbitária serem semelhantes a valores encontrados na literatura^{2 3}, ainda deve-se considerar que o corpo de cirurgiões era heterogêneo quanto à experiência com os procedimentos descompressivos.

CONCLUSÃO

A avaliação de complicações cirúrgicas é fundamental para o aperfeiçoamento de cirurgiões em processo de aprendizado a fim de minimizar os acidentes intraoperatórios inerentes a quaisquer cirurgias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Eckstein, A. (2012)¹. Surgical treatment of Graves' ophthalmopathy.<https://doi.org/10.1016/j.beem.2011.11.002>;
- Sellarì-Franceschini, (2016)². Complicanze chirurgiche in pazienti sottoposti a decompressione orbitaria per oftalmopatia di Graves. <https://doi.org/10.14639/0392-100X-1082>;
- Kansakar, P., & Sundar, G. (2020). Vision loss associated with orbital surgery-a major review. <https://doi.org/10.1080/01676830.2019.1658790>

PÁLPEBRA

BLEPHAROPLASTY AND FRACTIONAL CO₂ LASER RESURFACING IN FACIAL REJUVENATION

Ana Áurea V. B. P. Hillarião

Gabriel L. Cassani

Aline P. Miranda

Ivana L. R. Kusabara

Fernanda Y. Konno

Blepharoplasty and fractional CO2 laser resurfacing in facial rejuvenation

Ana Áurea V. B. P. Hilarião; Gabriel L. Cassani, Aline P. Miranda, Ivana L. R. Kusabara, Fernanda Y. Konno
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - ISCMSP

INTRODUÇÃO

O rejuvenescimento da pele tornou-se recentemente um tema muito discutido, e um procedimento conduzido com a participação do paciente, pois os pacientes em potencial aprendem através da mídia de novas abordagens para rejuvenescer a pele envelhecida intrínseca e extrinsecamente. Desde o início da década de 1990, o laser de CO2 tem se mostrado um grande aliado para a ablação da epiderme, induzindo assim o crescimento de uma epiderme de aparência jovem e estimulando a colagênese e a remodelação da derme.¹

As vantagens do resurfacing ablativo fracionado, desde que aplicado com a técnica adequada, incluem um risco baixo de cicatrizes e hipopigmentação, além de uma recuperação mais rápida.²

A prevenção de complicações deve ser a principal preocupação durante todo o processo de tratamento.

A presença de dermatocálide e rugas perioculares são manifestações comuns do envelhecimento e consistem algumas das principais queixas estéticas dos pacientes. As vantagens do resurfacing ablativo fracionado incluem um risco baixo de complicações, conforme demonstrado no estudo, além de uma recuperação mais rápida.²

Dessa forma, diante do explicitado no estudo, acreditamos que a Blepharoplastia superior associada ao resurfacing com laser de CO2 fracionado possam fornecer um excelente resultado cosmético, constituindo mais uma alternativa a outros procedimentos.

Apesar de ter se mostrado um método efetivo de acordo com o nosso estudo, o mesmo apresenta algumas limitações, como número pequeno de pacientes e follow-up de 30 dias (idealmente, deveria ser de pelo menos 1 ano).

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo prospectivo, observacional, realizado pelo setor de Oculoplastia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, entre julho e agosto de 2023. Foram selecionados voluntários de ambos os sexos submetidos a blefaroplastia superior associada a resurfacing com laser de CO2 fracionado (utilizando os parâmetros definidos pelo fabricante), idade >30 anos, sem história de terapia sistêmica ou tópica que possam afetar a área estudada, bom estado geral de saúde determinado pela história e exame físico, I a IV no fototipo Fitzpatrick³, e fotoenvelhecimento com rugas periorbitárias classificadas como I a IV na escala de Glogau.⁴

Os indivíduos foram analisados por 2 especialistas, através da fotografia digital dos pacientes antes do procedimento e 30 dias após, e classificados com relação ao Fitzpatrick e à gravidade das rugas antes do procedimento. A percepção de melhora do paciente foi avaliada através do PGIC.

RESULTADOS

A amostra final incluiu 7 participantes, cujo tratamento foi realizado integralmente e acompanhadas posteriormente por um mês. Os pacientes apresentavam uma idade média de $54,6 \pm 9,45$, e classificação de Fitzpatrick $2,29 \pm 1,11$ (Tabela 1).

Avançando a correlação entre a classificação de Fitzpatrick e o PGIC, notamos uma correlação inversa fortemente significante (Tabela 2), na qual os pacientes com classificação de Fitzpatrick mais baixas notaram melhora mais expressiva (Imagem 1 e 2), porém não se repetiu em relação à idade.

Apenas 2 pacientes (28,5%) referiram hiperemia leve a moderada após o procedimento. Não houve outras complicações relacionadas aos procedimentos.

DISCUSSÃO

Nosso estudo é o primeiro estudo avaliando o score de Glogau antes do procedimento na população brasileira e a correlação da Classificação de Fitzpatrick com a satisfação do paciente.

FIGURAS E TABELAS

Tabela 1: Média e desvio padrão das escalas

	Idade	Fitzpatrick	Glogau pré-intervenção	PGIC
N	7	7	7	7
Média	54,6	2,29	3,00	6,43

Desvio-padrão

9,45	1,11	1,0	0,535
------	------	-----	-------

Tabela 2: Teste de Pearson correlacionando o PGIC com a escala de Fitzpatrick e a idade

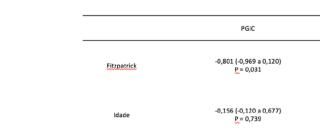


Imagem 1 e 2: Aspecto inicial e após 30 dias do tratamento, demonstrando ganho estético



CONCLUSÃO

Quando usado de acordo com os parâmetros aceitos, o resurfacing com laser de CO2 fracionado é um procedimento muito seguro. O cirurgião deve ter um conhecimento profundo da estrutura e fisiologia da pele. O reconhecimento precoce, o monitoramento rigoroso e o cuidado cuidadoso com a ferida evitarão sequelas de longo prazo quando ocorrerem complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Omi T, Numano K. The Role of the CO2 Laser and Fractional CO2 Laser in Dermatology. *Laser Ther.* 2014 Mar;27(1):49-60.
2. Bernstein LJ, Kauvar AN, Grossman MC, Geronemus RG. The short- and long-term side effects of carbon dioxide laser resurfacing. *Dermatol Surg.* 1997 Jul;23(7):519-25.
3. Fitzpatrick TB. The validity and practicality of sun-reactive skin types I through VI. *Arch Dermatol.* 1988 Jun;124(6):869-71.
4. Glogau, R. G. (1996). *Aesthetic and anatomic analysis of the aging skin. Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 15(3), 134–138

DÚVIDAS DE OCULOPLÁSTICOS EM TREINAMENTO

Tonin, G.A

Sathler, C.S.C.O.

Riedi, M.L.

Pazzini, L.V.

Heringer, T.F.

Cariello, A.J.

Dúvidas de oculoplásticos em treinamento

Tonin, G.A; Sathler, C.S.C.O; Riedi, M.L; Pazzini, L.V; Heringer, T.F; Cariello, A.J

Universidade Federal Frontera Sul
Hospital de Olhos Sadalla Amin Ghanem

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, inúmeros setores educacionais precisaram modificar suas formas de interação sendo necessárias mudanças na metodologia de ensino¹. Houve incremento de atividades de ensino à distância e maior interatividade entre profissionais através de plataformas de comunicação². Esse trabalho teve como objetivo reconhecer as principais dúvidas de médicos oculoplásticos em treinamento e servir de subsídio para traçar estratégias mais assertivas no ensino da oculoplástica.

MATERIAL E MÉTODOS

Durante 24 meses, 150 oculoplásticos em diferentes estágios de experiência (fig.1) participaram de um grupo de Whatsapp para discussão de dúvidas na subespecialidade. Todas as dúvidas foram analisadas e classificadas em categorias. Os dados coletados foram submetidos a análise estatística descritiva.

RESULTADOS

Foram reportadas 981 perguntas, as quais foram classificadas em 6 grupos (fig.2). As dúvidas mais prevalentes (fig.3) foram sobre técnicas cirúrgicas, contabilizando 417 perguntas (42%), das quais 114 eram sobre correção de ptose palpebral. 183 questionamentos (18,6%) sobre pré-operatório, sendo a escolha da técnica cirúrgica correspondente a 10,7% do total das dúvidas avaliadas. Ademais, 177 sobre pós-operatório, com 68% dessas sobre cicatrização, especialmente sobre retracções cicatriciais. Também, 48 dúvidas sobre novas tecnologias em oculoplástica, e 90 sobre injetáveis, entre eles uso de toxina botulínica, bioestimuladores e fios de sustentação.

Por fim, 66 perguntas sobre materiais cirúrgicos, sendo 45,45% de fio cirúrgico.

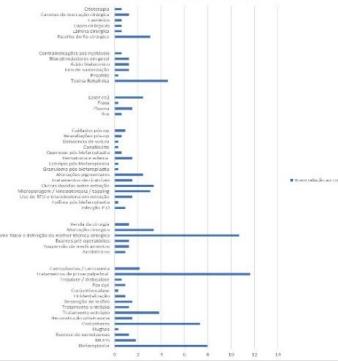


Figura 1: nível de experiência dos participantes



Figura 2: Categorização e porcentagem das dúvidas

Figura 3: distribuição e frequência das dúvidas conforme categorização prévia



DISCUSSÃO

Com as novas formatões de ensino a distância e a possibilidade de novas metodologias^{1,2}, esta análise de dados revela as principais áreas dentro da subespecialidade que podem ser melhor exploradas para traçar diretrizes de ensino da oculoplástica através de conteúdos mais assertivos.

CONCLUSÃO

Visto a escassez de conteúdos científicos prévios sobre o tema, ressalta-se a importância do trabalho com a finalidade de otimizar o ensino da oculoplástica e, assim, o atendimento aos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Moreira JÁ (2020). Por um novo conceito e paradigma de educação digital onlife. Revista UFG, 20, 63438

²Natalie A. Homer , Aliza Epstein , Marie Somogyi & John W. Shore (2020): Oculoplastic fellow education during the COVID-19 crisis, Orbit.

ECTRÓPIO PALPEBRAL NO CENTRO-OESTE PAULISTA - ESTUDO OBSERVACIONAL

Alisson L. Andrade

Alice C. G. Almeida

Roberta Lilian F. S. Meneghim

Silvana A. Schellini

Ectrópio palpebral no centro-oeste paulista – estudo observacional

Alisson L. Andrade, Alice C. G. Almeida, Roberta Lilian F. S. Meneghim, Silvana A. Schellini
Faculdade de Medicina de Botucatu

INTRODUÇÃO

- O ectrópio palpebral adquirido é uma condição comum que afeta principalmente a pálpebra inferior, sendo classificado em: involucional, cicatricial, mecânico e paralítico.^{1,2}
- A prevalência varia de 0,68% a 4,8%, predominando em indivíduos acima de 49 anos.^{3,4}
- A exposição da conjuntiva tarsal leva a alterações como queratinização da margem palpebral e modificações das glândulas de meibomius.
- O tratamento com lubrificantes é importante para melhora dos sintomas. Porém, a correção cirúrgica é o tratamento definitivo.
- O objetivo deste estudo é conhecer o perfil epidemiológico dos portadores de ectrópio

MATERIAIS E MÉTODOS

- Estudo observacional prospectivo, avaliando portadores de ectrópio adquirido, admitidos entre setembro/22 e agosto/23 no serviço de oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB).
- Foram coletados dados clínicos e epidemiológicos, do exame oftalmológico completo e da avaliação da margem palpebral. Foi aplicado também um questionário de sintomas (Ocular Surface Disease Index - OSDI).
- Os dados foram analisados estatisticamente pela frequência de ocorrência.

RESULTADOS

- Foram incluídas 60 pálpebras de 41 portadores de ectrópio adquirido, a maioria do sexo masculino (75,6%), média de idade 74,26 ± 9,43 anos, maioria declarados brancos (90,2%).
- A média do OSDI foi de 31,63 pontos e a maioria dos casos foi de ectrópio cicatricial (56,7%), e formas graves (grau 4) (Tabela 1).

DISCUSSÃO

- A maioria dos portadores de ectrópio adquiridos são homens, idosos e autodeclarados como brancos.

- O ectrópio cicatricial foi o mais frequente, apesar de uma pesquisa de base populacional ter apontado o involucional como o mais comum no nosso país.^{3,4}
- A maioria dos casos apresentou alterações da margem palpebral como glândulas de meibomius túrgidas e alterações ciliares.
- O elevado escore de sintomas (31,63 pontos) demonstra a necessidade de tratamento para proteção ocular e melhora da qualidade de vida dos portadores de ectrópio.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Variáveis clínicas e classificações – ectrópio palpebral

Classificação ectrópio	
I	4 (6,7%)
II	6 (10%)
III	9 (15%)
IV	38 (63,3%)
V	3 (5%)

Etiologia	
Cicatricial	34 (56,7%)
Involucional	19 (32,2%)
Paralítico	4 (6,7%)
Mecânico	3 (5%)
Alteração ciliar	36(61,0%)
Telangiectasias	39 (66,1%)
Tílose	31(52,5%)

Expressibilidade das GM	
Grau 0	10(16,9%)
Grau 1	18(30,5%)
Grau 2	12(20,3%)
Grau 3	29(49,1%)
Distraction (>6mm)	37 (63,6%)

Snappack test	
Grau 2	1(1,7%)
Grau 3	8(13,3%)
Grau 4	51(85%)

Figuras. Tipos de ectrópio: A. Involucional. B. Cicatricial. C. Paralítico. D. Mecânico

CONCLUSÃO

- O perfil epidemiológico dos portadores de ectrópio em nosso meio é semelhante ao da literatura, com predomínio do ectropio cicatricial em nosso meio.
- O elevado escore de sintomas demonstra a repercussão na qualidade de vida e a importância da resolução do quadro.

REFERÊNCIAS

1. Schellini SA, Zimmermann GPM, Hoyama E, Padovani CR, Padovani CRP. Alterações da margem palpebral associadas ao ectrópio. Arq Bras Oftalmol. 2005;68(5):619-22.
2. Czyz ON, Wulc AE, Ryu CL, Foster JA, Edmonson BC. Caruncular fixation in medial canthal tendon repair: The minimally invasive purse string suture for tendinous laxity and medial ectropion. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2015;31(1):34-7.
3. Damasceno RW, Osaki MH, Dantas PEC, Belfort R. Involucional entropion and ectropion of the lower eyelid: Prevalence and associated risk factors in the elderly population. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2011;27(5):317-20.
4. do Silva CP, Schellini SA, Padovani CR, Narikawa S. Prevalência do ectrópio palpebral e características dos portadores na população da região Centro-Oeste do Estado de São Paulo. Arq Bras Oftalmol. 2009;72(1):39-42

EVALUATION OF SUSCEPTIBILITY TO GLAUCOMATOUS DAMAGE IN PATIENTS WITH HEMIFACIAL SPASM AND THE ROLE OF BOTULINUM TOXIN IN INTRAOCULAR PRESSURE

Gustavo D. Ludwing

Midori H. Osaki

Gustavo R. Gameiro

Túlio Loyola

Tammy H. Osaki

EVALUATION OF SUSCEPTIBILITY TO GLAUCOMATOUS DAMAGE IN PATIENTS WITH HEMIFACIAL SPASM AND THE ROLE OF BOTULINUM TOXIN IN INTRAOOCULAR PRESSURE

Gustavo D. Ludwig, Midori H. Osaki, Gustavo R. Gameiro, Túlio Loyola and Tammy H. Osaki.

Paulista School of Medicine – Federal University of S.Paulo

INTRODUCTION

The impact of forcibly closing the eyes on the intraocular pressure (IOP) has been documented in existing literature¹. Patients with Hemifacial Spasm (HFS) may experience a higher susceptibility to increased ipsilateral IOP due to their persistent anomalous eyelid movements. Consequently, this increased IOP could lead to lasting alterations in the ipsilateral retinal nerve fiber layer (RNFL) and increased risk of glaucoma. In alignment with this idea, mitigating the frequency of abnormal eyelid movements, through botulinum neurotoxin A (BoNT-A) applications, could influence the intraocular pressure dynamics and subsequent long-term ocular damage. The aim of this study was to assess the effect of BoNT-A on intraocular pressure and to assess possible differences in the RNFL between both eyes in HFS patients.

METHODS

In this prospective study, 16 patients with hemifacial spasm and 11 age-matched healthy subjects were recruited. IOP measurements (mean of 3 measurements) were taken using a Goldmann tonometer before and after 2 weeks of the BoNT-A application in patients with HFS, and single-occasion measurements (mean of 3 measurements) were taken in control patients, always by the same professional using the same tonometer and at the same period of the day (10:11am). The BoNT-A application sites and doses varied among patients depending on the degree of spasms. Measurements of the retinal nerve fiber layer (RNFL) with optical coherence tomography (Cirrus 4000 HD OCT, Zeiss, Dublin, CA) and ultrasonic pachymetry measurements (Ocuscan RxP Ophthalmic Ultrasound System, Alcon Laboratories) of all patients were also performed. Patients with glaucoma, ocular hypertension and ocular surface conditions were excluded.

GraphPad Prism version 10.0.1 for Mac (GraphPad Software, San Diego, CA) was used in the statistical analysis. Kruskal-Wallis test with post-hoc Dunn's multiple comparisons test were used to compare IOP of the control group with the others, and Wilcoxon matched-pairs signed rank tests were used to compare eyes from the same subject as well as measurements before and after BoNT-A from the same eye. P-value less than 0.05 was considered significant.

RESULTS

The study included IOP measurements from 16 patients with hemifacial spasm (16 affected eyes and 16 non-affected eyes) and 11 controls (22 eyes). Regarding IOP measurements, 9 HFS patients were included (18 eyes) and 7 controls (14 eyes); the others were excluded due to low quality imaging.

The mean pachymetry in the control group was 542±29, and in the group with HFS it was 533±28 (p=0.4312). Graphic 1 shows the IOP means of the control group (first column), of the affected eye of patients with HFS before and after the application of BoNT-A (second and third column) and non-affected eyes before and after the application (fourth and fifth columns).

Comparing the IOP of control patients with the IOP of the affected side of patients with HFS, there was a statistically significant difference (p<0.01). When we compared the IOP on the affected and unaffected side, a significant difference was also observed (p<0.01). Reduction of IOP on the affected side pre- and post-application of BoNT-A was also significant (p<0.01).

The analysis of the retinal nerve fiber layer (RNFL) in the eyes of the control group and the intervention group are shown in graphic 2. There was no statistical difference between one eye and the other in the control group (p=0.1719), but a significant difference was identified between the affected and unaffected eyes in individuals with HFS (p=0.0117).

DISCUSSION

Hemifacial spasm (HFS) can wield profound effects on both a patient's physical appearance and their social life². It has been documented that seemingly innocuous physiological actions such as gaze movement, blinking or even just gently squeezing the eyelids, can provoke fluctuations in intraocular pressure (IOP) ranging from 2 to 90 mmHg^{1,3,4}. With this knowledge in mind, we undertook this study, postulating that the

chronic unilateral anomalous eyelid movements and forced closure characteristics of HFS might render these patients susceptible to elevated IOP and subsequently give rise to posterior pole alterations on the affected side.

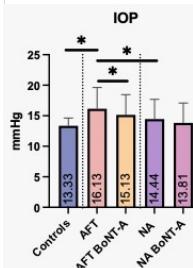
In the present study, there was a statistically significant difference between the IOP of the untreated affected eye and non-affected eye in patients with HFS (p<0.01), also between the affected eye pre and post application of BoNT-A (p<0.01), suggesting that the treatment with botulinum toxin might reduce the IOP. It is known that daily fluctuations may occur in IOP. In this study, IOP measurements were performed in the same period of the day to minimize IOP fluctuations. To the best of our knowledge, no previous studies compared IOPs pre and post application of BoNT-A and correlated with RNFL changes.

We found a significant thinning in the RNFL thickness of the affected eye when compared to the non-affected eye, that difference is not seen in the control group. The fact that morphological OCT parameters like RNFL thickness tend to precede functional changes such as those indicated by visual field tests⁵, along with the discernible difference in the IOP, favor the notion of increased risk of glaucoma in the impacted eye. This suggests a plausible link between HFS and these alterations. Ozsaygili et al also documented changes in posterior ocular structures in patients with HFS, including RNFL thickness in the inferior quadrant and choroidal thickness when comparing the affected eye with the unaffected eye⁶, but they did not assess the effect of BoNT on IOP.

The present study did not take into consideration how long the patient had the HFS, nor the time between the diagnosis and the start of treatment with botulinum toxin. These can be fundamentally important factors, since the longer the exposure to higher IOPs, the greater the chance of damage to the retinal nerve fiber layer.

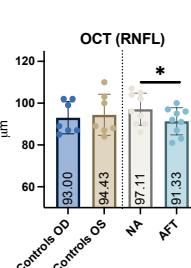
GRAPHICS

Graphic 1: Comparison between IOP in different groups



* p<0.01

Graphic 2: Comparison between RNFL in different groups



CONCLUSION

This study's results suggest that botulinum toxin injections to treat eyelid spasms on the affected side in HFS patients can lead to a reduction in the ipsilateral intraocular pressure. In addition, a significant thinning in RNFL was observed in the affected side of HFS patients.

REFERENCES

- Gandhi PD, Gürses-Ozden R, Liebmann JM, Ritch R. Attempted eyelid closure affects intraocular pressure measurement. *Am J Ophthalmol*. 2001 Apr;131(4):417-20.
- Keeler C, Gürses R, J. Botulinum toxin in the treatment of blepharospasm and hemifacial spasm. *J Neuropathol Exp Neurol*. 2008;115:585-91.
- Coleman DJ, Trokel S. Direct-recorded intraocular pressure variations in a human subject. *Arch Ophthalmol*. 1969;82:637-40.
- Saunders RA, Helveston EM, Ellis FD. Differential intraocular pressure in strabismus diagnosis. *Ophthalmology*. 1981;88:39-70.
- Ozsaygili C, Bayram N, Kılıç S, Perente I. Posterior ocular structural changes and glaucoma susceptibility in patients with hemifacial spasm. *Jpn J Ophthalmol*. 2021 Nov;65(6):827-835.
- Klamann MK, Grunert A, Maier AK, Connermann J, Jousseen AM, Huber KK. Comparison of functional and morphological diagnostics in glaucoma patients and healthy subjects. *Ophthalmic Res*. 2013;49:192-8.

VIAS LACRIMAIS

LONG-TERM OUTCOMES OF MT-DCR

FEIJÓ, E. D.

CAIXETA, J. A.

SOUZA, B. A.

PARREIRA, Y. A.

FERREIRA, A. R.

LIMONGI, R. M.

Long-term outcomes of MT-DCR

Autor: FEIJÓ E.D.; Coautores: CAIXETA, J. A., SOUZA, B.A., PARREIRA, YA, FERREIRA, AR, LIMONGI, R.M.

Departamento de Oculoplastia da Universidade Federal de Goiás (CEROF/GO)
Hospital Oftalmológico de Anápolis (HOA)

INTRODUÇÃO

Dacryocystorhinostomy (DCR) stands as the traditional surgical technique for treating primary acquired nasolacrimal duct obstruction (PANDO)⁽¹⁾. The modified transcanalicular diode laser dacryocystorhinostomy (MT-DCR) aims to mitigate excessive thermal injury, fibrosis, and excessive scarring of the nasal mucosa, which might otherwise result in anatomical or functional complications⁽²⁾.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

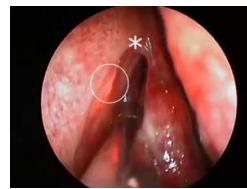


Figure 1. Laser probe reaching the medial wall of the lacrimal sac (asterisk: axilla of the middle turbinate; circle: the laser probe)

MATERIAL E MÉTODOS

This prospective and interventional study enrolled 141 patients (159 procedures) who underwent MT-DCR from January 2017 to June 2022. Patients were monitored for at least a year after the intervention. Anatomical success was determined by ostium patency upon irrigation, while functional success referred to epiphora resolution.

Table 1. Patient data and anatomical success of the procedure.

	MT-DCR (159 procedures)
Gender (F/M)	112/29
Age (Years)	58
Side (R/L)	89/70
Duration	24 min
Surgical sucess	135 (84.9%)
Failure	24 (15.1%)

RESULTADOS

A total of 159 lacrimal drainage systems (112 women and 29 men) were included in this study. The average age of the cohort was 58 years (range: 34–91 years). One year after the surgery, MT-DCR exhibited anatomical and functional success rates of 84.9% (135/159) and 83% (132/159), respectively.

CONCLUSÃO

As illustrated in this study, the success rate of MT-DCR was 84.9%, which constitutes an excellent outcome when compared to the established gold standard procedures. However, further comprehensive studies are required, encompassing a larger sample size and a longer follow-up time.

DISCUSSÃO

MT-DCR is minimally invasive and short operative time. The making of the nasal mucosa flap is performed before the application of the laser. This is the main difference to T-DCR. In MT-DCR, effective bleeding control, short operative time, and low laser power are key factors in achieving high success rates^(3,4).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eichhorn K, Harrison AR. External vs. endonasal dacryocystorhinostomy: six of one, a half dozen of the other? *Curr Opin Ophthalmol*. 2010;21(5):396-403.
2. Feijo ED, Caixeta JA, de Souza Nery AC, Limongi RM, Matayoshi S. A comparative study of modified transcanalicular diode laser dacryocystorhinostomy versus conventional transcanalicular diode laser dacryocystorhinostomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2017;274(8):3129-34.
3. Dogan R, Meric A, Ozsutcu M, Yenigun A. Diode laser-assisted endoscopic dacryocystorhinostomy: a comparison of three different combinations of adjunctive procedures. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2013;270(8):2255-61.
4. Gupta SK, Kumar A, Agarwal S, Pandey P. Transcanalicular laser dacryocystorhinostomy using low energy 810 nm diode laser. *Oman J Ophthalmol*. 2012;5(3):171-4.

SONDAGEM TERAPÊUTICA DE VIAS LACRIMAIS EM OBSTRUÇÕES FUNCIONAIS: UMA NOVA ABORDAGEM

Igor Leonardo Carmona Chaves

Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim

Silvana Artioli Schellini

Sondagem terapêutica de vias lacrimais em obstruções funcionais: uma nova abordagem

Igor Leonardo Carmona Chaves, Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim, Silvana Artioli Schellini
 Faculdade de Medicina de Botucatu

INTRODUÇÃO

Epifora funcional consiste em queixa de epifora, na presença de via lacrimal (VL) pélvia, podendo decorrer de estenoses anatômicas da VL, falha no mecanismo de bomba lacrimal, edema do ducto lacrimonasal, dacriólitos, polípos, tumores, dentre outras. A epifora funcional geralmente é unilateral e intermitente, e quando a secreção está presente, ocorre em pequena quantidade.^{1,2} Na atualidade há poucas evidências de que a SLN, que é clasicamente adotada para o tratamento da obstrução lacrimal congênita, possa ter eficácia para o tratamento da obstrução lacrimal em adultos,^{3,4,5} fato esse que nos motivou a realizar esta pesquisa, com o objetivo de avaliar a eficiência da sondagem terapêutica de VL em portadores de obstruções funcionais.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo comparativo, prospectivo e com intervenção, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, com início em agosto de 2021, visando estudar a eficiência da sondagem de VL no tratamento de obstruções funcionais de VL. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Foram obtidos dados da anamnese, dos exames propedeuticos clínicos (pesquisa de refluxo por expressão do saco lacrimal; teste de Zappia-Milder; sondagem diagnóstica das VL; e irrigação das VL) e de imagem (daciocistografia e dacriocintilografia) antes e um mês depois da sondagem. Os resultados foram analisados estatisticamente por meio de análise estatística descritiva e teste de correlação ($p < 0,05$).

RESULTADOS

RESULTADOS: Foram incluídos na pesquisa 26 pacientes com obstrução funcional de VL (Tabela 1).

Masculino	Feminino	50-59 anos	60-69 anos	70 anos ou mais	Olho direito	Olho esquerdo	Ambos os olhos
13 pacientes (50%)	13 pacientes (50%)	09 pacientes (42,30%)	11 pacientes (50%)	06 pacientes (23,07%)	15 pacientes (57,69%)	08 pacientes (30,76%)	03 pacientes (11,53%)
Sintomas esporádicos	Sintomas Persistentes	Milder 3+4+	Milder 2+4+	Milder 1+4+	Irrigação da via lacrimal pélvia	Sondagem diagnóstica hard stop	Daciocistografia/Gráfia pélvia
18 vias lacrimais (62,06%)	11 vias lacrimais (37,93%)	02 vias lacrimais (6,89%)	15 vias lacrimais (51,72%)	12 vias lacrimais (41,37%)	29 vias lacrimais (100%)	39 vias lacrimais (100%)	29 vias lacrimais (100%)
Daciocintilografia (10 minutos à cavidade nasal)	Daciocintilografia grada (15 minutos à cavidade nasal)	Daciocintilografia (20 minutos à cavidade nasal)	Ausência de opacificação pélvia	Epifora eventual pélvia	Epifora persistente pélvia	—	—
05 vias lacrimais (17,24%)	08 vias lacrimais (27,58%)	16 vias lacrimais (55,17%)	20 vias lacrimais (68,96%)	07 vias lacrimais (24,13%)	02 vias lacrimais (6,89%)	—	—

Tabela 1: Dados referentes aos pacientes incluídos na pesquisa e sintomas clínicos após a intervenção



Figura 3. Exame de Daciocistografia com iodíolo. Ao exame, o contraste chega ao assolo nasal bilateralmente, mostrando via lacrimal pélvia.

DISCUSSÃO

Nossos resultados apontam para a eficácia da SLN para tratamento da obstrução funcional. A vantagem deste procedimento é ser ambulatorial, econômico, minimamente invasivo e com possibilidade de realização com anestesia tópica.^{6,7,8}

A maioria dos nossos pacientes está acima de 50 anos, época na qual as obstruções de vias lacrimais se iniciam.^{9,10} Nossos pacientes apresentavam grau variável de queixas, corroborando com a literatura.^{11,12}

Em relação a melhora dos sintomas de lacrimejamento após o procedimento de SLN terapêutica, os pacientes foram seguidos e reavaliados um mês após a SLN, considerando os resultados, como, ausência de epifora, epifora eventual e epifora persistente, após a intervenção.

Observou-se ótimas taxas de sucesso da SLN terapêutica nas obstruções funcionais (68,96%), ocorrendo menores taxas de sintomas eventuais (24,13%) e de sintomas persistentes (6,89%).

CONCLUSÃO

Os nossos resultados apontam para a SLN terapêutica como uma possibilidade de tratamento para a epifora por bloqueio funcional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aviagidic E, Phelps PO. Nasolacrimal duct obstruction as an important cause of epiphora. *Elsevier*. 2020;66(10):1-7.
- Foster JA, Carter KD, Durairaj VD, Kavanagh MC, Korn BS, Nelson CC, et al. Orbit, eyelids and lacrimal system. 2017-2018 BSCS Basic and Clinical Science Course. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2016. 229 p.
- Bansal O, Bothra N, Sharma A, Ali MJ. Congenital Nasolacrimal Duct Obstruction Update Study (CUP Study): Paper II - Profile and Outcomes of Complex CNLDD and Masquerades. *Intern J of Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020;3(1):50-54.
- Indelicato P, Vinciguerra A, Resti AG, Bussi M, Trimarchi M. Endoscopic endonasal balloon-dacryoplasty in failed dacryocystorhinostomy. *Eur Jour of Ophthalmol* 2020;2(1):1-6.
- Ulrich K, Malhortra R, Patel BC. Dacryocystorhinostomy. *StatPearls*, may 2022 [Internet].
- Morrison DG, Binebaum G, Chang MY, Heidary G, Trivedi RH, Galvin JA. Office- or Facility-Based for Congenital Nasolacrimal Duct Obstruction. *Ophthalmic Technol Assessm*. 2020;1(1):1-8.
- Masoomian B, Eshraghi B, Latifi G, Esfandari H. Efficacy of probing adjunctive with low-dose mitomycin-C irrigation for the treatment of epiphora in adults with nasolacrimal duct stenosis. *Taiwan J Ophthalmol*. 2021;11(3):287-291.
- Saini M, Bajaj MS, Pushkar N, Mell R, Saini K, Chaurasia S. L. Evaluation of Lacrimal duct probing in adults with 0.02% and 0.04% mitomycin-C in primary acquired nasolacrimal duct obstruction: A randomized comparative pilot study. *Oman J Ophthalmol*. 2022;15(1):56-60.
- Ali MJ, Paulsen F. Etiopathogenesis of Primary Acquired Nasolacrimal Duct Obstruction: What We Know and What We Need to Know. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg*. 2019;35(5):426-433.
- Phelps PO, Abariga SA, Cowling BJ, Selva D, Marcell MM. Antimetabolites as an adjunct to dacryocystorhinostomy for Nasolacrimal Duct Obstruction. *Cochr Librar* 2020;4(1):22-24.
- Resti AG, Vinciguerra A, Bordato A, Rampi A, Tanzini L, Mattalia L. The importance of clinical presentation on long-term outcomes of external dacryocystorhinostomies: Our experience on 245 cases. *Eur Jour of Ophthalmol* 2021;0(0):1-6.

FIGURAS



Figura 1. Procedimento de sondagem terapêutica da via lacrimal excretora. Sonda de Bowman inserida em via lacrimal pelo canáculo superior



Figura 2. Exame de Daciocintilografia de via lacrimal com rádio-fármaco Técneio-99m. Ao exame, o rádio-fármaco demorou 20 minutos para chegar à cavidade nasal, bilateralmente.

email: i.chaves@unesp.br

TÉCNICA DE LACORRAFIA MODIFICADA PARA CORREÇÃO DE LAGOFTALMO PARALÍTICO

Juliana Mika Kato

Camila P. B. C. Alcantra

Mariana Meireles

Suzana Matayoshi

Técnica de Lacorrafia modificada para correção de lagoftalmo paralítico

Juliana Mika Kato, Camila P. B. C. Alcantara, Mariana Meireles, Suzana Matayoshi
Hospital das Clínicas HC-FMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

INTRODUÇÃO

O lagoftalmo paralítico é a incapacidade de fechamento palpebral completo por lesão do nervo facial. O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia da técnica de lacorrafia modificada para o tratamento de lagoftalmo paralítico em que a porção ocular medial seja a mais exposta.

MATERIAL E MÉTODOS

Após aprovação do Comitê de Ética, pacientes com diagnóstico de lagoftalmo paralítico atendidos em um serviço terciário e com ceratite de exposição devido à porção medial foram incluídos neste estudo.

O procedimento cirúrgico foi realizado em centro cirúrgico ambulatorial, sob anestesia local. A técnica de lacorrafia consiste em: 1) abertura da porção anterior dos canalículos lacrimais; 2) ressecção da porção posterior dos canalículos; 3) sutura de pele, subcutâneo, músculo orbicular e porção anterior dos canalículos com fio absorvível (Figura 1).

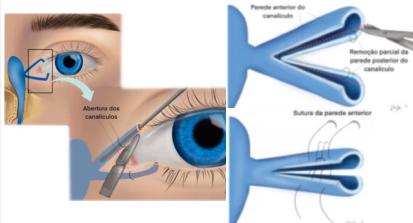


Figura 1. Passos da técnica de lacorrafia modificada

Os pacientes tiveram registro fotográfico pré e pós cirurgia, e foram comparados os valores de lagoftalmo (medida vertical) e área de abertura palpebral por meio do teste de Wilcoxon. As medidas foram feitas pelo software ImageJ (US National Institutes of Health, Bethesda, USA).

RESULTADOS

Sete pacientes foram incluídos. Três haviam sido submetidos a cirurgias palpebrais prévias mas mantinham lagoftalmo medial causando ceratite puntata. O lagoftalmo reduziu em média 1 mm após a lacorrafia, a área da fenda palpebral reduziu em média de 165 mm² para 111 mm² ($p=0,12$), e em todos os casos houve melhora da ceratite. Três pacientes apresentaram deiscência de sutura e precisaram de reabordagem associado a tarsorrafia lateral.



Figura 2. Pré e pós operatório de paciente submetida a lacorrafia modificada

DISCUSSÃO

A lacorrafia propõe usar a porção canalicular para fortalecer a adesão palpebral medial e reduzir o lagoftalmo. A depender da gravidade da exposição ocular não deve ser utilizada isoladamente, podendo ser associada a outras técnicas (ex: tarsorrafia lateral).

CONCLUSÃO

A técnica de lacorrafia modificada é prática, relativamente fácil de ser realizada, sendo uma opção para tratamento de lagoftalmo paralítico em que a porção medial da pálpebra é mais afetada.

REFERÊNCIAS

1. Vásquez LM et al. Lagophthalmos after facial palsy: current therapeutic options. *Ophthalmic Res* 2014;52:165–9.
2. Jelks GW et al. The evaluation and management of the eye in facial palsy. *Clin Plast Surg*. 1979;6(3):397-419.

ANÁLISE DAS LACERAÇÕES DE CANALÍCULO LACRIMAL ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM OFTALMOLOGIA NO PERÍODO DE 2015 A 2022

Débora Muriel Müller

Mariana Borsa Mallmann

Fernanda Karine Walber

Luana de Oliveira

Gherusa Milbratz Moré

Astor Grumann Jr.

Análise das lacerações de canalículo lacrimal atendidas em um hospital de referência em oftalmologia no período de 2015 a 2022

Autores: Débora Muriel Müller, Mariana Borsa Mallmann, Fernanda Karine Walber, Luana de Oliveira, Gherusa Milbratz Moré, Astor Grumann Jr.
Hospital Regional de São José, SC

INTRODUÇÃO

O acometimento dos canalículos em traumas palpebrais varia entre os estudos, sendo o canalículo inferior o mais comumente lesionado. A lesão canalicular deve ser tratada adequadamente através de cirurgia com intubação- há diversas maneiras descritas na literatura para seu reparo.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo e analítico longitudinal realizado no Hospital Regional de São José. Foi realizada análise de prontuário de todos os pacientes com trauma palpebral e lesão canalicular associada, operados no período de 01/01/2015 a 31/07/2022. Realizado contato telefônico para avaliação presencial e aplicação de testes para análise do sucesso anatômico e funcional pós-cirúrgico. Foi aplicado um questionário para avaliar a queixa de epifora e realizados testes: Zappia-Milder e sondagem e irrigação diagnóstica da via lacrimal.

RESULTADOS

Foram selecionados 84 pacientes no período, sendo a maioria do sexo masculino, na faixa etária adulto-jovem. O principal mecanismo do trauma foi a mordedura canina, seguida por agressão física e acidente auto-mobilístico. A pálpebra inferior e o canalículo inferior foram os mais afetados isoladamente. A intubação canalicular foi possível em 75,9% dos pacientes, com utilização de tubo de Abocath 24G e Silastic, sendo esta última a com maior período de intubação. O sucesso anatômico foi obtido em 26,7%, já o insucesso foi constatado em 60,0% dos pacientes que tiveram o canalículo reconstruído. O teste de Zappia-Milder, realizado em todos os

foi negativo em 64,3% das avaliações. O sucesso funcional, caracterizado pela ausência de queixa de epifora, foi obtido em 60,71% dos pacientes.

DISCUSSÃO

A reparação canalicular é um ato cirúrgico e a reparação primária apresenta melhor prognóstico, em que o processo de intubação pode ser mono ou bicanalicular, não havendo diferença no resultado cirúrgico entre as duas técnicas. Dos meios disponíveis para a realização da intubação canalicular em nosso estudo, o tubo de silicone Abocath 24G monocanalicular foi o mais utilizado (60,2%), seguido pela intubação bicanalicular com Silastic (14,5%). O sucesso anatômico de 26,7%, constatado pela sondagem e irrigação da via lacrimal

CONCLUSÃO

Em traumas palpebrais com lesão de canalículo lacrimal associada, a pálpebra e o canalículo lacrimal inferiores são os mais acometidos, estando a idade associada ao mecanismo do trauma, com a faixa etária infantil fortemente relacionada à mordedura canina. A complexidade da lesão está associada ao sucesso anatômico e funcional finais, e o resultado do teste de Zappia-Milder guarda relação com a queixa de epifora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Herzum H, Holle P, Hintschich C. Eyelid injuries: epidemiological aspects. *Ophthalmologe*. 2001;98(11):1079-82.
- 2) Yen-Chang C, Shu-Ya W, Yueh-Ju Tasi, Yi-Lin Liao, Hsueh-Yen C. Early versus late canalicular laceration repair outcomes. *Am. J. Ophthalmol.* 2017;182:155-59.
- 3) Singh S, Ganguly A, Hardas A, Tripathy D, Rath S. Canalicular lacerations: factors predicting outcome at a tertiary eye care centre. *Orbit.* 2017;36(1):13-18.
- 4) Ugurlu SK, Ekin MA, Aytogan H. Assessment of tear meniscus by optical coherence tomography in patients with canalicular laceration repair. *Int. Ophthalmol.* 2020;40:13-18.

30º Congresso Internacional de Oculoplástica
9º Congresso Internacional de Estética Periocular

ANAIS DA SBCPO

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- ⌚ [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- FACEBOOK www.facebook.com/atenaeditora.com.br

30º Congresso Internacional de Oculoplástica
9º Congresso Internacional de Estética Periocular

ANAIS DA SBCPO

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- ⌚ [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- FACEBOOK www.facebook.com/atenaeditora.com.br