

Enoftalmia causada por uso tóxico unilateral de Bimatoprost

Unilateral enophthalmos induced by the unilateral use of topical Bimatoprost

Guilherme Herzog Neto

RESUMO

O autor descreve o caso de uma paciente que apresenta o olho direito com o sulco palpebral profundo e enoftalmia deste lado, tratado durante uma década com Bimatoprost tóxica. Concluem que os achados clínicos são provavelmente efeitos colaterais do medicamento.

Descritores: Glaucoma/quimioterapia; Soluções oftálmicas/efeitos adversos; Bimatoprost tóxico; Enoftalmia/induzido quimicamente; Relato de casos

ABSTRACT

The author describes a case report of a patient with unilateral enophthalmia and deep palpebral sulcus probably induced by the topical use of Bimatoprost on the side of the collateral effects described.

Keywords: *Glaucoma/drug therapy; Ophthalmic solutions/adverse effects; Ophthalmic solutions/therapeutic use; Enophthalmos/chemically induced; Case reports*

Professor associado da Universidade Federal Fluminense (UFF); Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP) – Niterói (RJ), Brasil.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido para publicação em 13/07/2012 - Aceito para publicação em 20/01/2013

INTRODUÇÃO

Estudos clínicos e experimentais recentemente mostraram a associação de aprofundamento do sulco palpebral superior e enoftalmia como efeito colateral do uso tópico de Bimatoprost e os análogos de prostaglandinas. A causa provável seria uma apoptose dos adipócitos induzidos pelo colírio⁽¹⁻⁴⁾.

Apresentamos o caso de uma mulher de 80 anos que faz uso de Bimatoprost tópico uma vez ao dia por 9 anos, apenas no olho direito, e que desenvolveu uma assimetria entre os olhos por um aprofundamento do sulco palpebral superior e uma leve enoftalmia do lado em tratamento associado ao crescimento unilateral dos cílios e leve hiperpigmentação da íris do mesmo lado da enoftalmia.

RELATO DE CASO

Paciente (LJAA) do sexo feminino, com 61 anos à época, foi submetida à facectomia com implante de lente intraocular bilateral no olho direito em 1994 e no olho esquerdo em 1997. A anestesia para os dois procedimentos de facoemulsificação foi a injeção peribulbar de 5 ml de Marcaína a 0,75% com Hialozima 500 UTR. A acuidade visual pós-operatória atualmente é de 20/40 e 20/30 com correção no olho direito e esquerdo, respectivamente. O olho direito evoluiu com pequena complicação e captura parcial da lente dois meses após a intervenção apresentando uma leve discoria associado a glaucoma secundário leve que se manifestou em 1997. Este foi controlado com o uso tópico de Timolol 0,5% e dorzolamida duas vezes ao dia somente no lado direito com glaucoma secundário. Em 2002, o tratamento do glaucoma secundário do olho direito foi modificado para Bimatoprost uma vez ao dia com controle adequado do glaucoma simetrizando a PIO em 15mm em AO. Após dois anos se cogitou interromper o tratamento com Bimatoprost devido ao crescimento dos cílios apenas do olho direito que ficou evidente na comparação com o lado normal. A paciente preferiu continuar com o mesmo colírio já que este efeito colateral não a incomodava. Oito anos após foi possível notar uma diferença na estética entre os dois olhos já que o olho direito apresentava a íris mais escura e com o sulco palpebral mais profundo que o esquerdo e logo percebeu-se uma enoftalmia do lado direito. A exoftalmometria média de 13 e 16 mm respectivamente (OD e OE), portanto o olho direito estava 03 milímetros mais profundo que o olho esquerdo. A figura 1 mostra a paciente há 20 anos, antes das cirurgias de catarata, com o sulco palpebral mais acentuado do lado esquerdo, provavelmente devido ao fato de sua órbita esquerda ser ligeiramente maior que a direita, evidenciado na tomografia computadorizada (figura 2). Nas figuras 3, 4 e 5 percebe-se a assimetria atual com o aprofundamento do sulco palpebral direito, enoftalmia com aumento do tamanho dos cílios e escurecimento da íris do lado direito, lado do uso tópico do Bimatoprost. A tomografia computadorizada axial (figura 5) mostra a enoftalmia do lado direito. A ultrassonografia diagnóstica de ambos os olhos e órbitas foi normal e a ecobiometria demonstrou que ambos têm o mesmo comprimento axial (22,60 mm OD e 22,09 mm OE), mostrando que a assimetria do sulco não era provocada por diferença no tamanho dos olhos.

DISCUSSÃO

A enoftalmia causada por provável atrofia de adipócitos orbitários é uma das complicações recentemente descritas pelo

uso de análogos de prostaglandinas para o tratamento do glaucoma. Esta foi observada na clínica e experimentalmente⁽¹⁻⁴⁾. Esta enoftalmia se desenvolve lentamente e é difícil perceber que algo está mudando neste sentido devido à lentidão com que esta mudança ocorre e principalmente quando o tratamento com a mesma droga é bilateral e as alterações são simétricas. O uso desta droga no olho de um lado apenas provoca uma mudança gradual de simetria que chama a atenção devido ao aprofundamento do sulco palpebral no lado do uso do colírio. Esta mudança acrescida do crescimento dos cílios e da pigmentação da íris torna a assimetria mais fácil de ser percebida. Nossa paciente apresentava em uma foto antiga um sulco palpebral mais profundo do lado esquerdo devido à órbita maior deste lado (figuras 1 e 2). Para provocar a assimetria do sulco, a atrofia da gordura do lado direito precisou ficar mais acentuada para primeiro equilibrar o aspecto do sulco entre os dois olhos e somente depois ficar mais acentuado do lado direito em relação ao lado esquerdo, processo este que levou alguns anos como foi descrito (figuras 3, 4 e 5). Conforme podemos observar na figura 5 a única diferença que poderia ser responsabilizada por esta enoftalmia é uma menor quantidade de gordura deste lado, tendo em vista que as outras estruturas orbitárias apresentam o volume semelhante entre as duas órbitas. O ato operatório provavelmente não tem relação com estas alterações porque os procedimentos foram iguais em ambos os lados e realizados pelos mesmos profissionais.

Concluimos que a Bimatoprost pode estar associada à enoftalmia e ao aprofundamento do sulco palpebral em olhos tratados com o uso crônico do medicamento e que os usuários desta droga devem ser alertados sobre este efeito colateral ao iniciar o tratamento.



Figuras 1 e 2: Paciente fotografada há 15 anos (antes do uso de Bimatoprost) com sulco palpebral do olho esquerdo mais profundo que o direito devido à órbita ser ligeiramente maior, como pode ser visto na tomografia computadorizada no corte coronal abaixo



Figura 3. Foto atual; olho direito em uso de Bimatoprost com cílios mais compridos e presença da enoftalmia

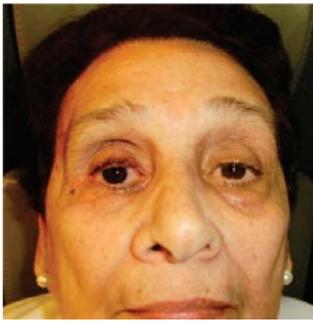


Figura 4. Foto atual mostrando o sulco palpebral mais profundo à direita e íris ligeiramente mais escura no olho direito



Figura 5. Leve enoftalmia (3 mm) do olho direito em relação ao esquerdo; ambos os olhos têm o mesmo diâmetro

AGRADECIMENTOS

O autor agradece a colaboração e anuência da paciente descrita para a publicação deste caso.

REFERÊNCIAS

1. Tappeiner C, Perren B, Iliev ME, Frueh BE, Goldblum D. [Orbital fat atrophy in glaucoma patients treated with topical bimatoprost — can bimatoprost cause enophthalmos?]. *Klin Monbl Augenheilkd.* 2008;225(5):443-5. German.
2. Filippopoulos T, Paula JS, Torun N, Hatton MP, Pasquale LR, Grosskreutz CL. Periorbital changes associated with topical bimatoprost. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2008;24(4):302-7.
3. Aydin S, İþýklýgil I, Tek°en YA, Kir E. Recovery of orbital fat pad prolapsus and deepening of the lid sulcus from topical bimatoprost therapy: 2 case reports and review of the literature. *Cutan Ocul Toxicol.* 2010;29(3):212-6.
4. Jayaprakasam A, Ghazi-Nouri S. Periorbital fat atrophy - an unfamiliar side effect of prostaglandin analogues. *Orbit.* 2010;29(6):357-9.

Autor correspondente:

Rua Jorge Dodsworth Martins, nº 151 – Barra da Tijuca
CEP 22793-321 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Fax: (21) 3329-3673

E-mail: gherzogneto@gmail.com