

Diplopia vertical persistente pós-facectomia e tireoidopatia associadas

Persistent vertical post-facectomy and associated thyroid disease

Daniel Amorim Leite¹, Galton Carvalho Vasconcelos¹, Ana Rosa Pimentel Figueiredo¹, Henderson Celestino de Almeida¹

RESUMO

Os autores relatam o caso de uma paciente feminina de 69 anos que desenvolveu diplopia vertical persistente após facectomia extracapsular sob anestesia peribulbar. Paciente apresentava história de tireoidopatia tratada o que tornou a condução da diplopia mais complexa. Os autores enfatizam a necessidade de se realizar propedêutica orbitária detalhada para se descartar quadros restritivos da musculatura extraocular associados à diplopia pós-facectomia.

Descritores: Diplopia; Catarata; Doença de Graves; Procedimentos cirúrgicos oftalmológicos; Anestesia; Relatos de casos

ABSTRACT

The authors report a case of a 69 year-old woman who developed persistent vertical deviation and diplopia after extracapsular cataract surgery and had a positive past history of thyroid disease. The authors emphasize the need of for detailed orbit propedeutics in order to rule out restrictive strabismus associated with post-facectomy diplopia.

Keywords: Diplopia; Cataract; Graves' disease; Ophthalmologic surgical procedures; Anesthesia; Case reports

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido para publicação em 08/11/2015 - Aceito para publicação em 18/01/2016

INTRODUÇÃO

Diplopia após facectomia sem intercorrências é um evento desapontador para o cirurgião.⁽¹⁾ Quando tal situação é monocular pode ser explicada por erros refrativos não corrigidos, maculopatia, irregularidades da córnea ou da lente intra-ocular. Por outro lado, quando binocular, pode estar relacionada à aniseiconia ou a perda do alinhamento ocular. Tal perda ocorre por descompensação de forias prévias, mecanismos restritivos, paralisias, Miastenia Gravis e *skew-deviation*⁽²⁾. A diplopia vertical após anestesia peribulbar ou retrobulbar pode causar parestesia, contratura e hiperfunção⁽³⁾ e possui incidência após cirurgia de catarata estimada em 0,3%, podendo ser explicada por cinco mecanismos: aniseiconia, diplopia prévia mascarada pela baixa visual, dano à musculatura extraocular por suturas realizadas no per-operatório (confeção de rédeas), reação alérgica ou tóxica aos agentes anestésicos, e traumatismo direto a musculatura pelo bloqueio anestésico^(4,4).

Neste estudo, os autores discutem as possíveis causas de diplopia vertical após cirurgia de catarata, em paciente com história progressiva positiva para tireoidopatia.

RELATO DE CASO

Paciente com 69 anos, do sexo feminino, foi encaminhada ao setor de estrabismo do Hospital São Geraldo-HC-UFG com queixa de “visão dupla” após cirurgia de catarata. Apresentava quadro de diplopia binocular, vertical, para longe e perto percebida dois dias após realização da facectomia extracapsular em olho direito (OD). Durante o mesmo período, relatou hematoma e edema palpebral intenso. A paciente realizou ainda facectomia em olho esquerdo (OE) no mesmo ano, sem intercorrências.

No histórico da paciente consta a realização de terapia com iodo radioativo para hipertireoidismo não controlado 17 anos antes. Atualmente, a paciente faz uso de levotiroxina. Foi relatado ainda um câncer de mama há 25 anos, tratado cirurgicamente.

No exame oftalmológico, a paciente apresentou acuidade visual OD -1,50 -3,25 x 10 (1.0) e OE -3,00 -3,25 x 145 (0.6). A Ishihara, tela de Amsler, campo visual de confrontação e perimetria computadorizada estavam normais. Pupilas e fendas palpebrais estavam sem alterações. A exoftalmometria de Hertel teve como resultado OD 18,0mm e OE 19,0mm com base 110. Pseudofacia em ambos os olhos com lentes intraoculares centradas. A fundoscopia estava sem alterações.

O teste de cobertura mostrava exotropia (XT) de 4 dioptrias prismáticas (DP) para longe e 8 DP para perto, associada a hipotropia direita de 8 DP para longe. No olhar para baixo apresentava hipotropia direita de 45 DP associada à esotropia de 4DP. (figura 1) Nessa data, foram prescritos óculos com prisma total para longe: 3DP em OD base superior e 2 DP em OE base inferior. Nas versões, notava-se limitação da elevação. O teste de dução forçada mostrou ausência de restrições em todas as posições do olhar.

Foi realizada ressonância nuclear magnética de órbitas (cortes coronais e axiais), que sugeriu discreto espessamento da musculatura (figura 2). Os exames laboratoriais da paciente (TSH, T4 e anti-TPO) estavam normais.

Foram prescritos óculos associado a prismas para longe e perto, com bom controle da diplopia na posição primária do olhar e posição de leitura.

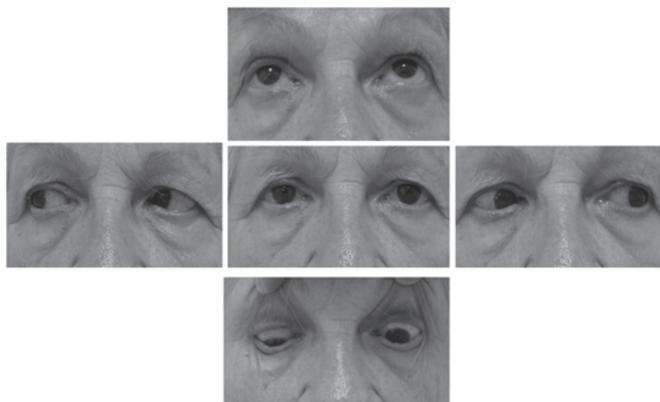


Figura 1: Versões da paciente: hipotropia direita em posição primária do olhar, com piora em depressão e limitação da elevação, sem restrição.

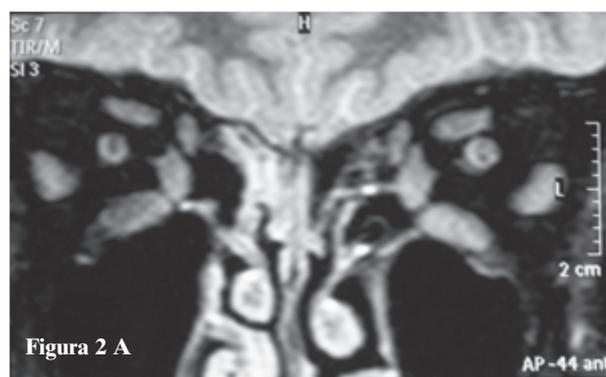


Figura 2 A

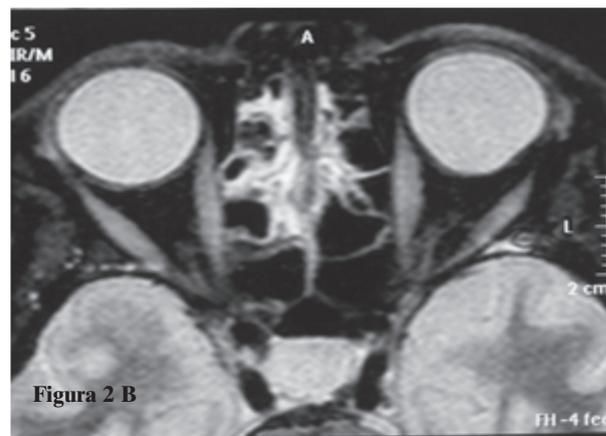


Figura 2 B

Figura 2: A - Ressonância nuclear magnética (corte coronal) evidenciando espessamento da musculatura ocular extrínseca. B - Corte axial demonstrando normalidade dos músculos retos horizontais

DISCUSSÃO

A diplopia após facectomia bem sucedida é uma situação estressante para o cirurgião, que deve buscar explicações para tal complicação. A incidência de diplopia pós facectomia tem aumentado e uma explicação para tal fato é a existência de patologia prévia não detectada e que poderia ter sido acentuada ou descompensada pelo ato cirúrgico⁽⁵⁾. A paciente desse relato negava diplopia prévia. Na sua história patológica progressiva havia relato de quadro de hipertireoidismo, tratado com iodo radioativo e que atualmente encontrava-se em controle com uso

de Puran-T4 (devido quadro de hipotireoidismo secundário). Quadros restritivos da musculatura extraocular produzem heterotropias incomitantes, com limitação das duções e podem ser causados por orbitopatia distireoidiana, trauma, tumores orbitários, etc.⁽²⁾. A dução forçada passiva descartou qualquer restrição muscular, embora a ressonância sugerisse espessamento da musculatura. A paciente apresentava um estrabismo comitante, provas tireoidianas normais (apesar da orbitopatia distireoidiana em eutireoidianos), sem outros sinais oculares e orbitários que fechassem o diagnóstico de orbitopatia distireoidiana. Miastenia Gravis é pouco provável na presença de desvio comitante, sem limitação das duções, ausência de ptose, variações ao longo do dia, ou sintomas sistêmicos como fraqueza muscular.⁽²⁾

Outra hipótese seria a descompensação de uma heteroforia vertical. Esses casos, iniciam-se de maneira intermitente, evoluindo lentamente, o que não ocorreu com essa paciente.⁽²⁾

A mais provável causa para a diplopia da paciente é a miotoxicidade do anestésico usado. Gómez-Arnau et al. encontraram uma incidência de 0,25 % de diplopia vertical persistente após facectomia quando o bloqueio era realizado por anestesistas. Estratificando tal incidência de acordo com o tipo de bloqueio, encontraram uma incidência de 0,39% para bloqueio retrobulbar, 1 % para peribulbar e nenhum caso de diplopia após anestesia tópica ou geral.⁽⁶⁾ O uso da hialuronidase diminui o risco de ocorrência de diplopia, já que promove uma melhor penetração das substâncias injetadas no planos teciduais e um melhor bloqueio motor e acinesia.⁽¹⁾

Vários mecanismos podem estar envolvidos na diplopia após bloqueio anestésico para realização de facectomia. Pode haver lesão direta pela agulha ao músculo (principalmente o reto inferior), hemorragia envolvendo a musculatura extrínseca ou efeito miotóxico dos anestésicos⁽⁶⁾. Tal complicação geralmente é detectada no pós-operatório pelo cirurgião. Uma grande quantidade de anestésico injetada no músculo, ou no espaço perimascular pode causar aumento da pressão tecidual, comprometimento vascular secundário, fibrose muscular e contratura.⁽⁶⁾

A paciente apresentava uma hipotropia direita em posição primária do olhar, com piora em depressão e limitação da elevação, sem restrição. Geralmente, as lesões da musculatura extrínseca são mais comuns no lado esquerdo, devido a maior dificuldade técnica para os anestesistas destros ao realizarem bloqueio deste olho. No caso em questão, contrariamente, a lesão ocorreu no olho direito.⁽¹⁾

Como o estrabismo apresentado pela paciente era de pequeno ângulo e com boa resposta aos prismas, descartou-se a possibilidade de intervenção cirúrgica.

A determinação etiológica precisa para a diplopia da paciente não foi possível. Entretanto, os autores consideraram que a diplopia pós-operatória estivesse relacionada a danos anestésicos à musculatura ou ainda à miotoxicidade das drogas utilizadas no bloqueio anestésico. O caso ilustra bem como proceder uma investigação diante de um quadro de diplopia pós-facectomia complicado pela associação com tireoidopatia. Os autores ressaltam a importância de se descartar comprometimento da musculatura ocular resultante de orbitopatia grave nesses casos, antes de se considerar o tratamento do estrabismo e diplopia

REFERÊNCIAS

1. Strouthidis NG, Sobha S, Lanigan LP, Hammond CJ. Vertical diplopia following peribulbar anesthesia: the role of hyaluronidase. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2004;41(1):25-30.
2. Foroozan R, Arnold AC. Diplopia after cataract surgery. *Surv Ophthalmol*. 2005;50(1):81-4.
3. Kim JH, Hwang JM. Imaging of the superior rectus in superior rectus overaction after retrobulbar anesthesia. *Ophthalmology*. 2006;113(9):1681-4.
4. Koide R, Honda M, Kora Y, Ozawa T. Diplopia after cataract surgery. *J Cataract Refract Surg*. 2000;26(8):1198-204.
5. Yangüela J, Gómez-Arnau JI, Martín-Rodrigo JC, Andueza A, Gili P, Paredes B, et al. Diplopia after cataract surgery: comparative results after topical or regional injection anesthesia. *Ophthalmology*. 2004;111(4):686-92.
6. Gómez-Arnau JI, Yangüela J, González A, Andrés Y, García del Valle S, Gili P, et al. Anaesthesia-related diplopia after cataract surgery. *Br J Anaesth*. 2003;90(2):189-93.

Autor correspondente:

Daniel Amorim Leite
Rua Demerval Lobão 1245 Bairro de Fátima - CEP 64048-100
Teresina, PI, Brasil.
E-mail: oftalmodaniel@gmail.com