

NOTA TÉCNICA 5387
IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: UNIDADE JURISDICIONAL DOS JUIZADOS ESPECIAIS COMARCA: Curvelo

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 68 anos

PEDIDO DA AÇÃO: facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação

DOENÇA(S) INFORMADA(S): H360

FINALIDADE / INDICAÇÃO: TRATAMENTO

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG- 46647

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005387

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

O autor é pessoa idosa, com 68 anos de idade, portador de Retinopatia Diabética (CID H36.0) com edema macular diabético, apresenta quadro de Dermatocalase (CID H02.3), Catarata senil (CID H25.1) e está com suspeita de Glaucoma (CID H40.0).



RELATÓRIO MÉDICO

Declaro, para os devidos fins, que [REDACTED] foi atendido(a) neste Serviço.

Paciente apresenta quadro Catarata senil (CID H25.1), que é uma opacificação progressiva do cristalino (lente natural do olho), que interfere na absorção da luz que chega à retina, provocando diminuição da visão. Não existem medicamentos para reverter a catarata, sendo assim o paciente necessita realizar a cirurgia de facectomia com facoemulsificação e implante de LIO que consiste na remoção do cristalino com catarata, e a sua substituição por uma lente intraocular.

Exame Oftalmológico

Acuidade Visual

OD: + 0,50 - 0,50 x 75 (20/50-1)

OE: + 0,75 - 1,00 x 105 (20/40-2)

Biomicroscopia:

OD: Dermatocalase. Olho calmo. Córnea transparente, flúor (-). Câmara anterior formada sem reação de câmara anterior. Pupila fisiológica, fotorreagente. Catarata inicial.

OE: Dermatocalase. Olho calmo. Pterígio nasal grau I. Córnea transparente, flúor (-). Câmara anterior formada sem reação de câmara anterior. Pupila fisiológica, fotorreagente. Catarata inicial.

Tonometria (14:15 h): OD: 16 mmHg OE: 16 mmHg

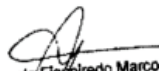
Fundo de Olho:

OD: Vítreo transparente. Retina aplicada. Microaneurismas e microhemorragias. Presença de exudatos duros em moderada quantidade na região macular. BM diminuído com aspecto de edema macular. Disco grande com relação E/D: 0,50.

OE: Vítreo transparente. Retina aplicada. Microaneurismas e microhemorragias. BM diminuído com aspecto de edema macular. Disco grande com relação E/D: 0,65.

Diante do exposto solicito tratamento:

- Facectomia com facoemulsificação e implante de LIO em ambos os olhos.


Dr. Agnelo Figueiredo Marcos Franco
Oftalmologista Clínica e Cirúrgica
CRM - MG 46647

Dr. AGNELO FIGUEIREDO MARCOS FRANCO
OFTALMOLOGISTA - CRM-MG: 46647


www.hoc.med.br | contato@hoc.med.br
Rua Domingos Viana, 39 - Centro, Curvelo. MG. CEP: 35790-030. Tel: (38) 3720-9915 | 3721-5124 | 3721-4729



Conclusão:

O tratamento proposto é necessário para evitar a perda de visão progressiva do paciente. Solicito a autorização perante aos órgãos públicos para o pagamento do tratamento preconizado. Solicito encaminhamento para Serviço credenciado ao SUS para que paciente possa realizar a cirurgia de catarata em ambos os olhos.

Curvelo, 14/11/2023


Dr. Agnelo Figueiredo Marcos Franco
Oftalmologista Clínica e Cirúrgica
CRM - MG 46647

Dr. AGNELO FIGUEIREDO MARCOS FRANCO
OFTALMOLOGISTA - CRM-MG: 46647

www.hoc.med.br | contato@hoc.med.br
Rua Domingos Viana, 39 - Centro, Curvelo. MG. CEP: 35790-030. Tel: (38) 3720-9915 | 3721-5124 | 3721-4729

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Existe indicação, do ponto de vista da literatura científica, para realização da cirurgia de catarata com implante de lente intraocular (FACO+LIO) para

tratamento de catarata . A técnica a ser utilizada depende do estágio da doença. **Os procedimentos são cobertos pelo SUS.** Considerado procedimento de alta complexidade coberto pelo SUS está a cargo da Secretaria de Estado da Saúde.

04.05.05.009-7 - FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR

Consiste de procedimento cirúrgico com finalidade terapêutica, sob anestesia local ou geral (crianças e pacientes especiais), para o tratamento de catarata (senil, traumática, congênita, complicada e outras) com implante de lente intra-ocular. lente já inclusa no procedimento.

04.05.05.013-5 - IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA

Consiste de procedimento cirúrgico hospitalar com a colocação de implante de tubo de drenagem para o tratamento de glaucomas refratários ou sem possibilidade de trabeculectomia.

Dados compilados de literatura

Fixação iriana de lentes de câmara posterior para o tratamento da afacia

OBJETIVO: avaliar os resultados de uma série de casos de fixação iriana de lentes intra-oculares de câmara posterior para correção de afacia, realizados no setor de catarata da disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Medicina do ABC e compará-los a literatura existente. **MÉTODOS:** estudo prospectivo de oito pacientes afácicos, que apresentavam ausência de suporte capsular adequado e foram submetidos à cirurgia para implante secundário de LIO de câmara posterior com fixação iriana seguindo a técnica modificada de McCannel. **RESULTADOS:** sete dos oito pacientes (87,5%) que não tiveram complicações cirúrgicas obtiveram melhora na acuidade visual corrigida. Um paciente (12,5%) apresentou complicação intra-operatória, evoluindo com ceratopatia bolhosa do pseudofácico. Um paciente (12,5%) apresentou

glaucoma secundário à dispersão pigmentar. **CONCLUSÃO:** em nosso estudo a técnica de fixação iriana de câmara posterior se mostrou eficaz e segura para o tratamento da afacia, em concordância com os dados da literatura.

Afacia; Implante de lente intra-ocular; Técnicas de sutura; Cápsula do cristalino

INTRODUÇÃO

As lentes intra-oculares (LIOs) historicamente têm sido utilizadas para substituir o cristalino após a cirurgia de catarata¹.

Na ausência de suporte capsular adequado que impeça o implante da LIO no saco ou sulco capsular, a mesma pode ser implantada na câmara anterior (CA) ou posterior (CP) através de diferentes técnicas. Na câmara anterior existe a opção de implante de LIO com hastes flexíveis abertas apoiadas no ângulo, LIO de captura iriana (íris claw) e LIO de fixação retro-pupilar. Na câmara posterior as opções consistem em fixar a LIO à esclera e à íris².

Por um longo período de tempo as LIOs de câmara anterior (CA) foram o tipo predominantemente utilizado para o tratamento da afacia na ausência de suporte capsular. Nos anos 80, tornou-se evidente que as LIOs de CA estavam associadas com várias complicações como perda irreversível de células endoteliais levando à ceratopatia bolhosa, seqüelas inflamatórias intratáveis, edema macular cistóide, dano das estruturas angulares, sinéquias anteriores, bloqueio pupilar, atrofia de íris e hifema³. Atualmente com novo design, as LIOs de CA têm ressurgido como opção terapêutica.

Técnicas utilizando sutura para fixar lentes de câmara posterior foram então desenvolvidas. Em 1976, McCannel descreveu o uso de suturas de fixação uveal para estabilizar as LIOs de câmara posterior⁴. Em 1994 Siepers aprimorou, possibilitando a confecção do nó sem a necessidade da abertura da câmara anterior e exposição iriana⁵. Tal técnica, associada a um método de fixação iriana de LIO dobrável através de uma pequena incisão corneana descrita por Condon em 2003, eliminou a necessidade de incisões maiores

que as necessárias nas cirurgias atuais de catarata, minimizando o trauma cirúrgico 6.

As fixações esclerais foram desenvolvidas mais recentemente em relação às fixações irianas. Malbran et al. foi o primeiro a descrever a fixação escleral trans-sulco em afácicos 7.

Apesar da fixação escleral ser tecnicamente menos exigente em relação à fixação iriana, esta associada a um risco maior de formação de sinéquia anterior periférica, glaucoma e hemorragia intra-ocular pela passagem da agulha e sutura através do corpo ciliar. Complicações tardias estão relacionadas à erosão da sutura através da esclera e conjuntiva que podem secundariamente levar a endoftalmite, por promover uma rota de entrada dos microorganismos da superfície ocular 8.

A vantagem da técnica de fixação iriana inclui uma correção óptica perto do ponto nodal, menor risco de sinéquia periférica anterior, um menor risco de lesão endotelial (quando comparada com as LIOs-CA) e a possibilidade de estabilização da lente pelo suco ciliar. Como não se move muito durante a flutuação do tamanho da pupila, a íris periférica consiste em uma plataforma segura para a fixação da sutura 8.

A seleção da LIO e a técnica empregada para a correção de afacia em pacientes com ausência de apoio capsular adequado continuam a ser uma controversa. As estruturas angulares, a anatomia da íris, a presença de antecedentes de glaucoma e a idade, são considerações importantes que devem ser feitas na seleção apropriada do método e da técnica de fixação. (9)

O objetivo deste trabalho é avaliar os resultados de uma série de casos de fixação iriana de câmara posterior em pacientes afácicos e compará-los a literatura existente.

IV- CONCLUSÃO:

- Existe indicação, do ponto de vista da literatura científica, para

realização da cirurgia de catarata com lente intraocular para o caso em tela

- Os procedimentos são cobertos pelo SUS
- A responsabilidade da realização do procedimento em Minas Gerais é da Secretaria de Saúde do Estado por trata-se de procedimento de alto custo; nos municípios onde não existe condições técnicas de realizar o procedimento os pacientes poderão ser encaminhados para TFD (tratamento fora do domicílio) dentro da pactuação do SUS.

V - REFERÊNCIA:

Portal CNJ

Portal <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.

Artigos Originais•Rev. bras.ofthalmol. 68 (5)•Out

2009•<https://doi.org/10.1590/S0034-72802009000500006>

VI – DATA: 10/04/2024

NATJUS – TJMG