

## O PROBLEMA DO ÔLHO ARTIFICIAL

Dr. OLAVO PIRES AMARANTE — S. Paulo

O problema da prótese ocular nem sempre é devidamente cuidado pela maioria dos oftalmologistas.

A sua importância social é todavia muito grande.

Desde época bastante remota vem sendo usadas estas próteses oculares. Já os egípcios empregavam-nas e desse tempo para cá vem se procurando solucionar o problema, recompondo a face com os diversos tipos de olhos artificiais conhecidos: vidro, porcelana e atualmente matéria plástica.

A sua confecção durante muito tempo, era exclusividade da indústria alemã e só muito mais tarde passou à outros países da Europa e depois aos Estados Unidos. Com o advento do material plástico, está generalizada a sua fabricação, porém são poucos os oftalmologistas que se dedicam à este trabalho.

A industrialização do produto não impediu todavia que durante a grande guerra sofressemos a sua falta, chegando muitos pacientes premidos pela circunstância a usar ólhos de côres e lado trocados.

Os pacientes portadores de prótese ocular na maioria das vezes, senão como regra geral, são portadores de complexos e até mesmo distúrbios psicológicos mais graves.

Citamos o caso de um senhor, após ter-se submetido a uma intervenção plástica e usado um penso durante um período grande, embora com prótese satisfatória, não quiz retirá-lo, a persuasão não o demovou de usar uma prótese coberta de uma veda de estilo constante.

Outro, uma moça que precisava usar um olho artificial mas antes de fazê-lo iria procurar numa estação de cura, ânimo suficiente para tolerá-lo melhor. Depois de vencer sua relutância, colocamos um para dilatar a cavidade e apesar da boa aparência, recusava sair com êle, preferindo permanecer sem nada. Após convencê-la que ficava melhor com a prótese, resolveu usá-la; dias depois já não queria ficar sem ela.

Tratava-se de uma moça de vinte e poucos anos, solteira, dedicava-se exclusivamente à trabalhos caseiros, não saía, era tímida e sem vaidade, bastante emocionavel.

Tive oportunidade de vê-la alguns meses mais tarde, havia aumentado de pêso, apresentava-se mais jovial, já usava pintura e tinha algum interesse pela vida mundana.

Um rapaz de conversa difficil, respostas monossilabas, perdeu a vista quando criança e os pais sempre com zêlo excessivo, privavam-no de seus folguedos, temerosos de algum acidente. Foi enucleado já rapaz. Para colocar a prótese, uma vez conhecido o seu psiquismo, procurámos demorar um pouco mais, fazendo-o vir várias vezes a consultório, nestas visitas foram feitas algumas sessões psicoterápicas e quando colocamos a prótese, já conversava e se expandia contando seus antigos dissabores. Passou a frequentar festas, hoje casado é pai orgulhoso de um rebento.

Entrosam-se desta forma reações psicológicas que determinam o isolamento social destes pacientes porque se sentem mutilados.

Têm sempre sua história a contar, d'onde podemos tirar o máximo proveito para agirmos psicologicamente.

E' um paciente que se torna amigo e sempre procura manter esta amizade tornamo-nos como verdadeiro ponto de apoio em sua vida.

Conseguimos na maioria das vezes reconduzir êstes pacientes à vida feliz. Com a protese recompomos física e psicologicamente o paciente.

A cavidade exposta sem a proteção de uma prótese adequada, além de apresentar o lado estético desfavorável causando compaixão, é porta aberta à infecções que uma bôa prótese irá evitar.

Uma bôa prótese é aquela que se adapta bem à cavidade, recebendo do côto bôa movimentação, tem semelhança e expressão de olhar, não produzindo secreção e incômodo.

Para estas condições enumeradas acima, várias tentativas foram feitas pelos oftalmologistas e cirurgiões plásticos procurando obter côtos capazes de terem bôa movimentação e transmití-la à prótese (ôlho artificial).

O melhor caminho encontrado para estas condições foi o uso de implantes. Êstes foram os mais variados e engenhosos. Após a enucleação, fazia-se o enchimento com gordura glútea e outros transplantes de partes do organismo, sem o resultado esperado, havendo absorção; bolas de vidro, ouro, tântalo, vitálium, substância plástica, com resultados falhos, embora cômtem os seus adeptos com poucos casos bons.

Com a melhoria da técnica dos plásticos surgiu uma infinidade de tipos de implantes: Uns simples bolas, outros, com pontos para inserção de músculos por cruzamento ou em tela metálica (metal indiferente), esponjosos, etc., todos procurando melhorar. O resultado imediato é sempre bom, mas o tardio não.

Os tipos em que os músculos eram presos à uma tela de metal (tântalo) e os movimentos transmitidos por intermédio de um pino que se encaixava num orifício do implante tiveram seus entusiastas. Em São Paulo fizemos vários, tendo casos de permanência até 4 anos.

Culparam-se as suturas, daí as preferências pelo nylon, algodão, seda e tântalo mas os resultados são sempre os mesmos.

As bolas ou ovóides inseridos dentro da cápsula de Tenon excepcionalmente têm permanecido mas não transmitem bom

movimento, além de poderem mudar a prótese de posição (rodarem).

À êstes implantes conjuntivais é preferível uma evisceração, o que fazemos como rotina, salvo as contra-indicações, ora colocando implante intra-escleral ou não.

O implante intra-escleral estudado pelo Dr. F. A. Rosa, colega de enfermária, é o tipo que até o momento se me afigurava ser o melhor, pela tolerância e permanência. Já estamos com uma bôa estatística sem caso de expulsão.

Trata-se de uma peça de acrílico, ôca, tendo mais ou menos a forma interna de uma escléra vasia e suturada.

Técnica da colocação: Uma vez feita a evisceração com retirada da córena bem junto ao limbo e bom descolamento da conjuntiva, são retirados dois triangulos isósceles às 3 e 9 horas, transformando-se a abertura de circular em ovalóide.

As bordas esclerais são suturadas com pontos em U com intervalo de mais ou menos 2mm. usando de preferência fio de nylon flexível. O ponto é dado penetrando a agulha à um milímetro da borda escleral (abertura) e aflorando na espessura da mesma, na parte oposta, penetra na espessura e vem aflorar à 2mm. da borda da ferida. Repetem-se êstes pontos em U na proximidade de 2mm. à 2,5 mm. Para mais facilidade as pontas dos U ora ficam de um lado, ora ficam de outro.

Usamos agulas tipo Kalt.

Feita a sutura, afastam-se os fios para os lados e introduz-se o implante com a parte plana voltada para a frente. O implante deve entrar de justo à apertado, amarram-se os pontos e sutura-se a conjuntiva.

Observamos que todo o implante que oferece superfície de continuidade com a conjuntiva, tem o ponto de clivagem como porta de entrada para gérmenes, ou ponto de irritação e consequentemente aumento de secreção.

Esta clivagem aumenta até a expulsão parcial ou total, as tentativas de reimplantação não dão resultados.

Além dêste inconveniente os implantes com orifícios (tipo esponja) coberto pela conjuntiva dão constantemente polipos que recidivam frequentemente

Na falta de implante adequado uso a evisceração praticando a abertura mais ampla, bem próxima aos retos.

Quer na evisceração, como na enucleação, não usamos suturas, ficando cavidades melhores.

A cavidade antiga que nunca usou prótese, geralmente não tem bridas, é depressível, pode ser dilatada por meio de próteses seriadas, devendo ser rígidas e bem polidas; são menos irritantes que as flexíveis (de borracha).

Quanto à cavidade viciada por uso de prótese inadequada, se apresenta com insuficiência de fundo de saco, com pouca amplitude e com cicatrizes, podemos recorrer à cirurgia parcial, idealizada por Daniel, modificada em nosso serviço.

No caso de ser pequena e cheia de bridas, sem elasticidade, nada mais que fazer cavidade total.

E' operação de mais vulto, requerendo do cirurgião maior habilidade e conhecimento no uso de enxertos.

Êstes são retirados de preferência da bochecha ou vagina, dois retalhos (um de cada lado), o mais extenso possível; uma vez retirados são afinados, reunidos por sutura (pontos separados) formando um só retalho em bolsa.

O leito receptor já pronto (retirado por uma cicatricial até o rebórdo orbitário, dexando perceber o periósteo) vai receber o retalho de mucosa. E' suturado nos bordos da conjuntiva (pontos separados) em toda a extensão. Com 3 alças de Snellen fixa-se o fundo de saco ao periósteo na porção média e laterais quer na parte superior como na inferior. Enche-se a cavidade com gaze xeroformada (com óleo) comprimindo um pouco. Blefarorrafia e curativo oclusivo.

O pós-operatório via de regra é bom, 1.º curativo 3a 4

dias depois, os pontos são tirados no 12.º dia, a gaze retirada e substituída por uma prótese dilatadora.

Há normalmente uma retração de  $1/2$  à  $2/3$ . Após 30 dias, já se pode por a prótese provisória.

Não usamos péle para fôrro, devido ao máu cheiro provocado pela secreção das glândulas.

Pronta a cavidade teremos a prótese à escolher.

Tipo de vidro ou porcelana, de aspécto bom, bôa aparência, são de paredes simples ou duplas, têm um grave inconveniente, quebram com facilidade, basta às vezes uma simples mudança brusca de temperatura e uma vez fraturada ou trincada, lesam a cavidade, provocando bridas, retração; não só as trincas como a parte despolida e bórdos cortantes provocam o mesmo inconveniente.

A sua duração é de mais ou menos 1 ano.

Da última guerra para cá foi introduzida a prótese de matéria plástica, também de bom aspécto e de muitas vantagens sôbre as anteriores, são inquebráveis e podemos modificá-las à vontade.

Os dois tipos podem ser feitos sob cópia e medida, os primeiros de técnica mais difícil, estão sendo abandonados e substituídos com vantagem pelos plásticos. Além de não quebrarem podem obedecer à modelagem indicada. Sua duração é grande.

Os modelados sob cópia, apresentam vantagens sôbre os outros, adaptam-se melhor, copiam com mais fidelidade, dando menos incômodo ao portador, com secreção mínima ou nula.

Há no mercado os de estóque, usados na falta de melhores.

A prótese é colocada 30 dias após a enucleação ou evisceração, podendo ser colocada em menos prazo, 15 à 20 dias, para que o paciente sinta o complexo de mutilado menor tem-

po; neste caso a prótese se torna pequena, necessitando ser calçada.

Nas operações com implante intra-escleral deve haver maior intervalo e mais cuidado por estarem sujeitos à provocar o reflexo óculo cardíaco.

Tive oportunidade de observar o caso de uma menina, com uma prótese mal adaptada, apresentou distúrbios cardíacos; modificada a prótese por nós confeccionada, nada mais sentiu.

Na cirurgia plástica a colocação deve ser no ato operatório.

Quanto à idade não há contra-indicação. Já colocámos em criança de 6 meses. E' necessário que recebam logo a prótese evitando assim retração da cavidade e vícios de conformação da face.

A cavidade com prótese bem adaptada, não sofre; quando ocorre o contrário, há secreção abundante que não cede com outro tratamento, senão a bôa adaptação (não há propriamente infecção, mas irritação).

Os implantes com pontos em aberto e irritantes, provocam com freqüência polipos que se repetem.

As próteses de matéria plástica não devem ser tiradas. Apresentam assim vantagem múltipla: Não importunam e fazem com que se esqueçam dêste infortúnio.

Aconselhamos para higiene, simplesmente lavar o olho sem tirá-lo e quando muito, banhos oculares (cálices) como sôro fisiológico.

Desaconselhamos o uso de colírios. Quando não há sinal evidente de infecção, o colírio irrita, aumenta a secreção.

Uma bôa prótese completa a personalidade; uma adaptação perfeita representa uma fato importantíssimo, éo término de uma via crucis e muda por completo o curso de uma vida.