

O Descolamento de Retina "do" Afácico e o Descolamento de Retina "no" Afácico

Análise de 91 olhos

Pedro Paulo Bonomo *, José Lucas de Souza Filho *, Neil Ferreira Novo **

INTRODUÇÃO

A porcentagem de cura dos descolamentos de retina (DR) em afácicos é controvertida na literatura (Barsante, C. 80,6%; Cunha, S.L. 82,2%; Freitas, J.A.H. 59%; Helal, J. et al. 53,84%; Malbrán, E. et al. 69,7%; Norton, E. 84,5%; Schepens C. 56,5).

Em todos esses trabalhos são englobados como descolamento de retina em afácicos aqueles que aparecem após a facectomia. No entanto, na classificação proposta por Urrets-Zavalía¹¹ se considera os descolamentos de retina com características próprias dos afácicos e, os de outros tipos que ocorrem em pacientes afácicos (senil-miópico, diálises, roturas gigantes, etc...). Baseados nessa proposição resolvemos avaliar o comportamento dos DR em afácicos subdividindo-os em dois grupos:

- a) típico (DRT)
- b) atípico (DRA)

Consideramos DRT os que se apresentavam sem rotura aparente ou com pequenas soluções de continuidade retiniana na região dos festões da "ora serrata", descobertos antes ou durante o ato cirúrgico. E DRA os que apresentavam solução de continuidade bem evidente na meia periferia, equador ou, diálises bem determinadas.

MATERIAL E MÉTODOS

No período de 23.09.1975 a 01.02.1980 (4 anos e 5 meses) foram encaminhados ao serviço de Retina da Escola Paulista de Medicina 546 pacientes portadores de DR. Destes 107 eram afácicos (19,6%).

O critério de seleção usado seguiu a orientação de Schepens (10):

- a) afacia secundária a facectomia por catarata senil
- b) idade mínima de 38 anos para excluir outros tipos de catarata e
- c) sem história de trauma direto no globo ocular.

Assim foram afastados 21 (19,6%) pacientes sendo, 8 por catarata congênita, 6 por

catarata traumática, 5 por recusarem cirurgia e 2 por falta de condições clínicas para o ato cirúrgico.

Permaneceram no estudo 86 pacientes, num total de 91 olhos, pois, 5 pacientes apresentaram DR bilateral. Destes 39 (42,9%) olhos enquadravam-se no grupo DRT e 52 (57,1%) olhos no DRA.

Dos cinco casos de bilateralidade (5,8%), 3 pacientes apresentaram DRT num olho e DRA no outro, 1 DRT em ambos os olhos e 1 com DRA em ambos os olhos.

Todos os pacientes foram submetidos a propedêutica oftalmológica de rotina, incluindo oftalmoscopia binocular indireta com depressão escleral, biomicroscopia de segmento anterior e do fundo do olho.

Com relação à técnica cirúrgica empregada não fomos absolutamente rígidos, mas de maneira geral tentamos observar a técnica de Custodis-Lincoff para os casos de DRA (com e sem punção escleral). Nos casos de DRT achamos mais conveniente o uso de delaminação escleral, diatermia, faixa e implante segmentar de silicone colocados na provável zona do início do DR, observando a teoria de Lincoff⁷.

Procuramos comparar os dois grupos quanto a idade tempo de aparecimento do DR após facectomia, tempo do DR antes da cirurgia, local e n.º de roturas (DRA), tipos de degeneração periférica, complicações pré-operatórias, possibilidade e sucesso cirúrgico e complicações pós-operatórias.

RESULTADOS E OBSERVAÇÕES

Idade — a distribuição dos pacientes com DRT e DRA quanto a faixa etária encontra-se na tabela I. Nos dois grupos, a maioria dos pacientes se encontra entre os 50 e 70 anos de idade.

Tempo pós facectomia e aparecimento do descolamento — observa-se que nos casos de DRT 18 olhos (46,1%) apresentaram DR até 1 ano após a facectomia e, após o primeiro ano 21 olhos (53,9%). Destes 21 olhos, 9 (23%) descolaram entre o primeiro e segundo ano pós-facectomia; e, portanto até o se-

* Médicos do Serviço de Retina da Disciplina de Oftalmologia do Departamento de Oftalmo-Otorrinolaringologia da Escola Paulista de Medicina.

** Professor adjunto da Disciplina de Bio-Estatística do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina.

gundo ano da facectomia tiveram DR 27 olhos (69,2%).

TABELA I

Distribuição dos pacientes com DRT e DRA segundo idade.

| Descolamento | | DRT (%) | DRA (%) | Total (%) |
|--------------|----|------------|------------|------------|
| Idade (anos) | | | | |
| 30 — | 40 | 1 (2,6) | 2 (3,9) | 3 (3,4) |
| 41 — | 50 | 7 (18,4) | 5 (9,8) | 12 (13,5) |
| 51 — | 60 | 13 (34,2) | 15 (29,4) | 28 (31,5) |
| 61 — | 70 | 12 (31,6) | 18 (35,3) | 30 (33,6) |
| 71 — | 80 | 5 (13,2) | 11 (21,6) | 16 (18,0) |
| Total | | 38 (100,0) | 51 (100,0) | 89 (100,0) |

Sexo — ver tabela II

TABELA II

Distribuição dos pacientes com DRT e DRA segundo sexo.

| Descolamento | | DRT (%) | DRA (%) | Total (%) |
|--------------|--|------------|------------|------------|
| Sexo | | | | |
| Masculino | | 31 (81,6) | 34 (66,7) | 65 (73,0) |
| feminino | | 7 (18,4) | 17 (33,3) | 24 (27,0) |
| Total | | 38 (100,0) | 51 (100,0) | 89 (100,0) |

χ^2 calculado = 1,76 N.S.

TABELA III

Distribuição dos pacientes com DRT e DRA segundo olho afetado.

| Descolamento | | DRT (%) | DRA (%) | Total (%) |
|--------------|--|------------|------------|------------|
| Olho afetado | | | | |
| O.D. | | 14 (35,9) | 32 (61,5) | 46 (50,6) |
| O.E. | | 25 (64,1) | 20 (38,5) | 45 (49,4) |
| Total | | 39 (100,0) | 52 (100,0) | 91 (100,0) |

Nos casos de DRA, 17 olhos (32,6%) até o primeiro ano e 35 (67,4%) após o primeiro ano pós-facectomia. Destes 35 olhos (30,8%) apresentaram DR entre o primeiro e o segundo ano e, portanto, temos 33 olhos (63,5%) com DR até o segundo ano da facectomia. (ver tabela IV).

TABELA IV

Tempo decorrido pós facectomia para o aparecimento de DR nos olhos com DRT e DRA.

| Descolamento | | DRT (%) | DRA (%) | Total (%) |
|---------------|----|------------|------------|------------|
| Tempo (meses) | | | | |
| 0 — | 3 | 6 (15,4) | 5 (9,6) | 11 (12,1) |
| 3 — | 6 | 8 (20,5) | 6 (11,5) | 14 (15,4) |
| 6 — | 9 | 2 (5,1) | 4 (7,7) | 6 (6,6) |
| 9 — | 12 | 2 (5,1) | 2 (3,8) | 4 (4,4) |
| mais que 12 | | 21 (53,9) | 35 (67,4) | 56 (61,5) |
| Total | | 39 (100,0) | 52 (100,0) | 91 (100,0) |

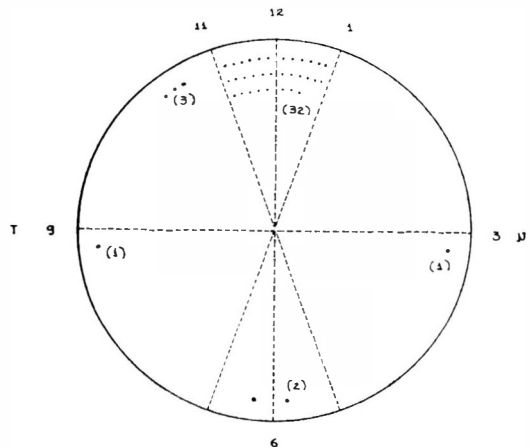
Roturas — nos casos de DRT, pelas próprias características do grupo, as roturas eram

pequenas e localizadas na região da "ora serrata" ou não visíveis. Assim sendo, para todos os casos se considerou o provável local de início do DR através do tipo e extensão das bolsas⁷ e, não separadamente como "rotura aparente" ou "sem rotura aparente". Encontramos 29 (74,3%) DR totais com mais de 3 quadrantes, 2 (5,2%) tomando 3 quadrantes e, 8 (20,5%) tomando 2 quadrantes.

Em relação aos casos de DRA, 30 (57,7%) apresentavam 1 rotura, 13 (25,0%) apresentavam 2 roturas, 4 (7,7%) 3 roturas e 5 (9,6%) com mais de 3 roturas.

Quanto à posição, nos 30 olhos com uma única rotura encontramos 16 (53,3%) no quadrante temporal superior, 2 (6,6%) temporal inferior, 5 (16,7%) nasal superior, 3 (10,0%) nasal inferior, 1 (3,3%) ocupando mais que 1 quadrante e, 3 (10,0%) com rotura em pontos cardeais (limite entre 2 quadrantes). Dentre os olhos com mais de uma rotura, localizadas no mesmo quadrante, 5 eram no quadrante temporal superior, 3 nasal superior e 1 nasal inferior. Quanto aos olhos com mais de 1 rotura, e não no mesmo quadrante, foram encontrados 2 olhos com localização das roturas no hemisfério temporal e, 4 olhos com roturas situadas em quadrantes diametralmente opostos.

Esquema I — Local do provável início do DR nos casos de DRT



Tipos de Degeneração — quase todos os olhos apresentavam degeneração periférica retiniana, tipo cística. Encontrou-se ainda outros tipos de degenerações periféricas retinianas, porém, se considerarmos apenas os casos com degeneração lattice tivemos entre os DRT 9 casos (23%) e entre os DRA 16 casos (30%).

Idade do DR antes da cirurgia — ver tabela V

TABELA V

Distribuição dos olhos com DRT e DRA segundo o tempo de permanência do DR antes da cirurgia.

| Descolamento | | DRT (%) | DRA (%) | Total (%) |
|--------------|----------|-------------|-------------|------------|
| Meses | | | | |
| 0 | 3 | 22 (56,4) | 50 (96,2) | 72 (79,1) |
| 3 | 6 | 7 (18,0) | 2 (3,8) | 9 (9,9) |
| 6 | 9 | 5 (12,8) | zero (0,0) | 5 (5,5) |
| 9 | 12 | 2 (5,1) | zero (0,0) | 2 (2,2) |
| mais que 12 | 3 (7,7) | zero (0,0) | 3 (3,3) | |
| Total | | 39 (100,0) | 52 (100,0) | 91 (100,0) |

No grupo DRA 8 olhos tiveram que ser reoperados: 3 por apresentarem nova rotura, 2 com rotura em local de punção, 1 para retirada do implante (rejeição) e 2 por má colocação da esponja. Destes somente os 2 com rotura em local de punção desenvolveram PMP pós operatória e, dos outros 6 obtivemos sucesso cirúrgico.

Causas de insucesso — no grupo DRT dos 11 casos de insucesso apesar da reoperação, 9 (81,8%) desenvolveram PMP (3 deles com hemorragia vítrea intraoperatória), 1 (9,1%) apresentou rotura de esclera e 1 (9,1%) teve endoftalmite.

No grupo DRA todos os 11 insucessos, apesar da reoperação, tiveram PMP, sendo que 8 (72,7%) sem hemorragia vítrea prévia e 3 (27,3%) com hemorragia vítrea intraoperatória secundária a punção escleral.

Casos inoperáveis — assim foram considerados aqueles que apresentavam sinais clínicos de PMP (4) ou, que não apresentavam percepção luminosa, com ou sem PMP. No grupo DRT tivemos 15 olhos (38,5%) e no grupo DRA 5 (9,6%) olhos considerados inoperáveis.

Glaucoma — no grupo DRT 2 olhos (5,1%) apresentavam glaucoma pré-operatório e, no grupo DRA 1 (1,9%). Já glaucoma pós-operatório só encontramos no grupo DRA em 5 olhos (9,6%). Se englobarmos todos esses casos, apenas 1 não teve sucesso cirúrgico (com DRT e glaucoma pré-operatório).

Sucesso cirúrgico — o critério de cura usado foi o de retina colada e roturas bloqueadas após 6 meses da cirurgia (ver tabela VI).

TABELA VI

Sucesso cirúrgico nos olhos operados com DRT e DRA.

| Descolamento | | DRT (%) | DRA (%) | Total (%) |
|--------------|--|------------|------------|------------|
| Resultado | | | | |
| Sucesso | | 13 (54,2) | 36 (76,6) | 49 (69,0) |
| Insucesso | | 11 (45,8) | 11 (23,4) | 22 (31,0) |
| Total | | 24 (100,0) | 47 (100,0) | 71 (100,0) |

X² calculado = 2,76 N.S.

O tamanho da amostra não permitiu rejeitar a hipótese de igualdade entre as proporções de sucesso dos dois grupos.

Reoperação — no grupo DRT 3 casos (12,5%) foram reoperados, 2 por excesso de diatermia durante a cirurgia e 1 por não apresentar involução das bolsas; sendo que em apenas 1 se conseguiu cura anatômica. Dos outros 2, um desenvolveu uma proliferação maciça periretiniana (PMP) e o outro uma endoftalmite.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

As comparações entre os dois grupos, em relação à idade, sexo e olho afetado não mostraram nenhuma diferença estatisticamente significativa. Apenas na tabela II, referente ao sexo, os dados parecem mostrar uma maior prevalência no sexo masculino nos DRT, porém, ao se aplicar o teste de X² o valor encontrado (X² calculado = 1,76) não foi significativo, e seu valor é pequeno.

A faixa etária mais afetada em ambos os grupos foi entre os 50 e 70 anos de idade.

Em relação ao tempo decorrido entre a facetectomia e o aparecimento do DR (tabela IV) não houve diferença significativa. Nos dois grupos a maior incidência de DR ocorreu até o 2.º ano do pós-operatório da catarata, DRT = 69,2% e DRA = 63,5%. Sendo até o 1.º ano DRT = 46,1% e DRA = 32,6% e, entre o 1.º e 2.º ano 23,0% e 30,8% respectivamente. Se juntarmos o número de olhos de ambos os grupos as estatísticas confirmam os achados de outros autores¹⁰, encontramos 38,4% até o 1.º ano pós-facectomia.

Quanto à posição das roturas nos DRT a maioria se encontrava (incluindo as não aparentes) entre os meridianos de 11 e 1 hora (32 olhos — 82,0%). Analogamente, no grupo DRA a maioria das roturas se localizavam nos quadrantes superiores, principalmente no temporal. E assim, confirmando os achados de alguns autores^{3,9} e, contrariando Schepens^{1,10} que encontrou maior prevalência do quadrante nasal superior.

Dados interessantes são os encontrados ao compararmos os dois grupos em relação a idade do DR antes da cirurgia (Ver tabela V). No grupo DRA a quase totalidade (96,2%) não passou de 3 meses e a totalidade não ultrapassou o 6.º mês. Ao passo que nos DRT apesar de 56,4% nos procuraram antes dos 3 meses, 43,6% vieram após esse período. Uma proposta válida seria que nos DRA a sintomatologia é mais fácil e prontamente notada pelo paciente o que o leva a procurar o oftalmologista mais rapidamente.

O critério de cura utilizado foi o de retina em posição, colada, até 6 meses após a cirurgia. Comparando os grupos (tabela IV) há uma maior porcentagem de cura nos DRA. O teste do X² no entanto, não foi sig-

nificativo pois o tamanho da amostra não permitiu rejeitar a hipótese de igualdade entre as proporções de sucesso cirúrgico nos dois grupos. Tentamos estabelecer uma relação entre a idade do descolamento e o sucesso cirúrgico mas não foi possível devido a curiosa distribuição da tabela V, quase todos os pacientes de DRA foram operados antes dos 3 meses.

Nada significativo encontramos, também, ao compararmos os grupos após o primeiro fracasso cirúrgico. A maioria dos olhos, nos dois grupos, que necessitaram de reintervenção foi por problemas técnicos e, as causas de insucesso também são semelhantes.

Significativos foram os dados encontrados nos casos inoperáveis. Feito o teste de duas proporções com aproximação normal este mostrou diferenças significantes entre elas δ calculado = 3,29 ($P < 0,01$).

Por motivos já explicados também não conseguimos relacionar a idade do descolamento com a condição de inoperabilidade.

A presença de glaucoma pré e pós-operatório não foi significativa em nenhum dos grupos e não influenciou o resultado cirúrgico.

RESUMO

Neste artigo observamos o comportamento de 91 olhos de 86 pacientes apresentando descolamento de retina e afacia, dividindo-se em dois grupos: descolamento "típico" do afácico e "atípico" do afácico.

Comparamos entre os dois grupos as idades dos pacientes, o tempo de aparecimento do descolamento

da retina após a facectomia, idade do descolamento antes da cirurgia retiniana reoperações, inoperabilidade, sucesso cirúrgico e complicações pós-operatórias.

SUMMARY

In this paper we observed the behavior of 91 eyes of 86 patients presenting aphakic retinal detachment dividing them into two groups "typical" and "atypical" aphakic retinal detachments.

We have made comparisons between the two groups considering the age of the patients, time elapsed between cataract surgery and retinal detachment appearance, age of the retinal detachment before retinal surgery, reoperation, inoperable conditions, surgical and post-operative complications.

BIBLIOGRAFIA

1. ASHRAFZADEH, M. T. et al — Aphakic and phakic retinal detachment. Arch. Ophthalmol. 89: 476-83 1973.
2. BARSANTE, C. — Crioterapia em Oftalmologia (retina) in: Congresso Brasileiro de Oftalmologia 16, Campinas, 1971, Anais São Paulo. V. 2, pg. 339-343.
3. CUNHA, S. L. — Considerações sobre o descolamento de retina em afácicos. Rev. Bras. Oftalmol. 28: 93-98, 1976.
4. FREITAS, J. A. H. — Descolamento de Retina. Edição do autor 1977, Capítulo VIII, pg 103-112.
5. HAVENER, W. H. — Massive Vitreous Retraction. International Ophthalmology Clinics 16 (1): 135-55, 1976.
6. HELAL JR., J. et al — Análise de 130 casos de descolamento regmatogênico. Rev. Bras. Oftalmol. 35: 31-36, 1976.
7. LINCOFF, H. et al — Finding the retinal hole. Arch. Ophthalmol. 85: 565, 1971.
8. MALBRÁN, E. et al — Retinal detachment and aphakia. Ophthalmologica 157: 346-60, 1964.
9. NORTON, E. W. D. — Retinal detachment in aphakia. Amer. J. Ophthalmol. 58: 111-23, 1964.
10. SCHEPENS, C. L. — Retinal detachment in aphakia. Arch. Ophthalmol. 45: 1-16, 1951.