

DESCOLAMENTO DA RETINA DO AFÁCICO *

João Alberto Holanda de Freitas **, Milton Baptista de Toledo Filho **

INTRODUÇÃO

Embora, na maioria das vezes, não possa ser incriminado o ato operatório como o responsável direto pelo descolamento da retina, o certo é que o seu aparecimento causa profunda decepção ao médico e ao enfermo.

O descolamento da retina no afácico é, para muitos, considerada de mau prognóstico. De fato, a oftalmoscopia torna-se difícil pela deficiente dilatação da pupila e, às vezes, por restos de cápsula no campo pupilar. A ausência do cristalino implica em menor ampliação da imagem dos detalhes do fundo do olho, dificultando a localização das roturas.

A incidência do descolamento da retina nos afácicos é bem maior (1 a 3%) do que a verificada entre a população em geral (0,005 a 0,01%).

Assim, em casos de afácia e diante de qualquer sintomatologia suspeita, deve ser pesquisada a presença de lesões predisponentes.

Rápida revisão da literatura permite uma idéia da frequência e da gravidade do problema.

SCHEPENS (1951) verificou que, na sua amostra de 387 descolamento de retina, 88 olhos eram facectomizados (23%) (11).

NORTON (1964) encontrou uma percentagem bem maior de descolamento de retina em afácicos. Assim, do total de 424 olhos com descolamento de retina operados em seu serviço, 139 (33%) eram facectomizados (8).

CUNHA (1969), em uma série consecutiva de 399 pacientes com descolamento regmatogênico, relacionou 42 afácicos (10,5%); destes, 66% estavam acima dos 60 anos (5).

BARSANTE (1971), em 400 crio-extrações do cristalino que realizou, assinalou a ocorrência de descolamento em 7 casos (1,75%). Além disso, em sua estatística de 207 olhos submetidos à cirurgia do descolamento (incluindo os 7 já mencionados), 64 deles (31%) eram afácicos. Nestes 64 olhos com descolamento e afácia, conseguiu o recolamento total em 52 casos (81,2%) (2).

OLIVEIRA e PINTO (1974), analisando 300 facectomias consecutivas, em pesosas idosas, encontrou 5 descolamentos de retina (1,7%) (10).

HELAL e col. (1976), estudando 130 casos de descolamento de retina, constataram a presença desta afecção em 26 olhos operados de catarata (20%) (6).

O propósito deste capítulo é estudar a incidência, as técnicas cirúrgicas adotadas e os resultados obtidos em 44 olhos afácicos por nós operados de descolamento de retina.

MATERIAL E MÉTODOS

Em uma série consecutiva de 195 olhos operados de descolamento de retina em nosso sereveieço, 44 deles (22,6%) eram afácicos.

Em casos de descolamento da retina propedeutica bem estabelecida. A história clínica deve ser cuidadosamente recordada, anotando os itens básicos: data da facectomia e do aparecimento dos primeiros sintomas subjetivos: investigação de possíveis complicações operatórias e pós-operatórias, bem como da técnica cirúrgica empregada.

A oftalmoscopia binocular indireta sob depressão escleral fornecerá elementos para cuidadoso mapeamento, com especial interesse para a retina periférica, local de maior incidência das lesões.

A biomicroscopia com cristal de contato de 3 espelhos é obrigatória no descolamento do afácico, pois pequenas lesões periféricas somente são observadas à luz do biomicroscópio. A condição do vítreo, a integridade da hialóide anterior ou a presença deste gel na câmara anterior devem ser assinaladas. Igualmente, pequenos sinais de encravamento de fibras de vítreo na cicatriz limbica devem ser investigados.

Nós pacientes operados com iridectomia periférica nem sempre conseguimos uma boa dilatação pupilar com a instilação de colírios midriáticos e cicloplégicos. Às vezes, torna-se necessária a iontoforese ou a injeção sub conjuntival de adrenalina em solução milesimal.

É conveniente, sempre, o exame detalhado do outro olho, principalmente se houver perspectivas de futura extração do cristalino.

Entre os métodos fisioterápicos adotados, damos maior preferência a criopexia (gáz freon).

Nos casos com indicação, usamos as introfleções setoriais com implantes intra-esclerais de esclera conservada ou silicone. As técnicas circunferenciais reservamos para os casos com roturas em mais de um quadrante, ou para os descolamentos totais em que não foi localizada lesão desencadeante.

O repouso pré-operatório no leito e na posição adequada nos fornecerá dados para selecionar a melhor técnica cirúrgica.

* Trabalho comemorativo do 1º aniversário do Centro de Estudos Oftalmológicos do Ceará. Janeiro de 1978.

** Do Instituto Penido Burnier, Campinas — S. Paulo.

RESULTADOS

Do total de 195 olhos operados de descolamento da retina consecutivamente, 44 (22,6%) apresentavam afacia (Figura 1).

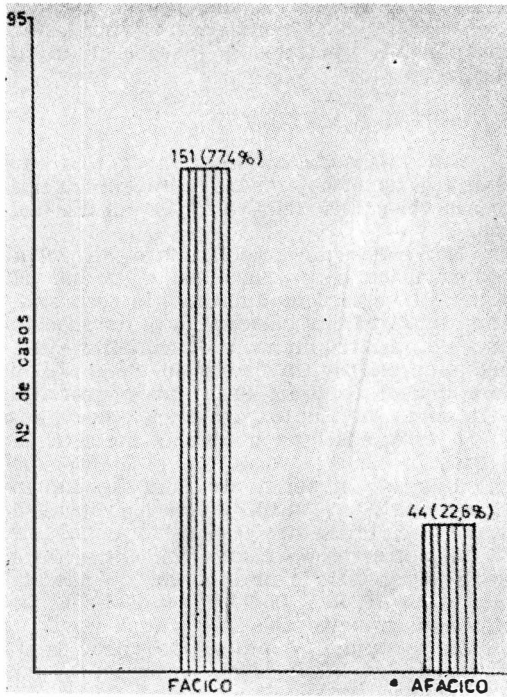


Fig. 1

Com relação a distribuição por faixa etária, tivemos 2 pacientes (4,5%) com idade inferior a 30 anos; 9 casos (20,4%) entre 31 a 35 anos e a maior incidência acima de 56 anos com 33 casos (75,1%) (Figura 2).

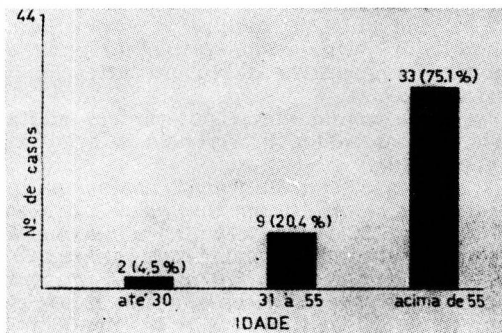


Fig. 2

O tempo decorrido entre a facectomia e o advento do descolamento foi também analisados, mostrando a seguinte incidên-

cia: com menos de 1 mês da operação da catarata, 2 casos; entre 3 anos e 6 anos, 10 olhos e com mais de 7 anos após a cirurgia, 7 casos (Figura 3).

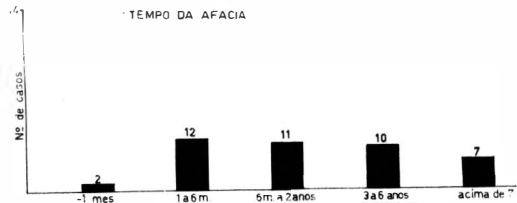


Fig. 3

Quanto à extensão da área descolada (Figura 4):

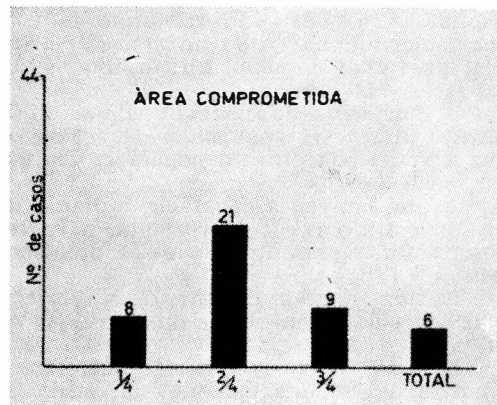


Fig. 4

Descolamento em um quadrante	8 casos
Descolamento em dois quadrantes	21 casos
Descolamentos em três quadrantes	9 casos
Descolamento total	6 casos

Em 32 casos (72,8%) apenas um olho estava comprometido, enquanto que em 12 (27,2%) havia lesão predisponente ou descolamento da retina no outro olho (Figura 5).

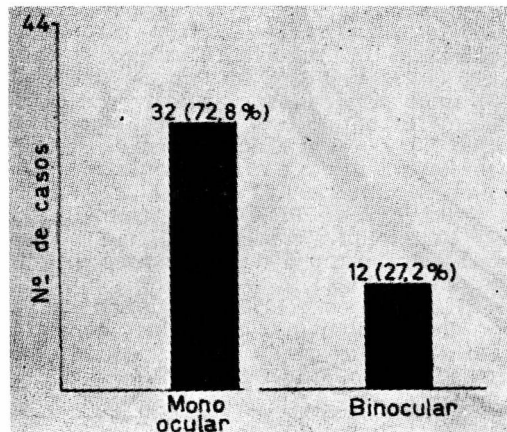


Fig. 5

Com relação ao vítreo as seguintes alterações foram constatadas (Figura 6):

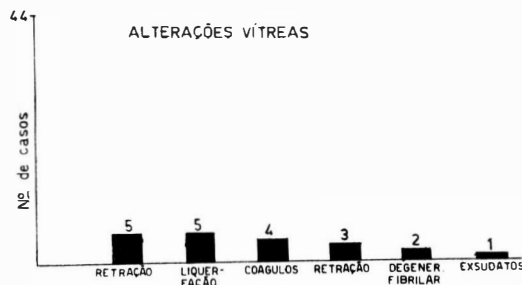


Fig. 6

Retração do vítreo	5 casos
Liquefação	5 casos
Coágulos sanguíneos	4 casos
Retração com pregueamento	3 casos
Degeneração fibrilar	2 casos
Exsudação mais pronunciada	1 caso

Técnica cirúrgica e resultados:

	Sucesso	Insucesso	Total
Implante de esclera com punção	7	4	11
Implante de esclera sem punção	3	1	4
Implante de silicone com punção	2	3	5
Explante de Custodis-Lincoff	2	1	3
Introflexão simples com punção	6	3	9
Introflexão simples sem punção	6	5	11
Cerclagem c/ silicone e com punção	0	1	1
Totais	26	18	44

Portanto, em 44 olhos com descolamento pós-facetomia, conseguimos a cura funcional ou somente anatômica em 26 casos (59%) e não obtivemos sucesso nos demais 18 olhos (41%) (Figura 7).

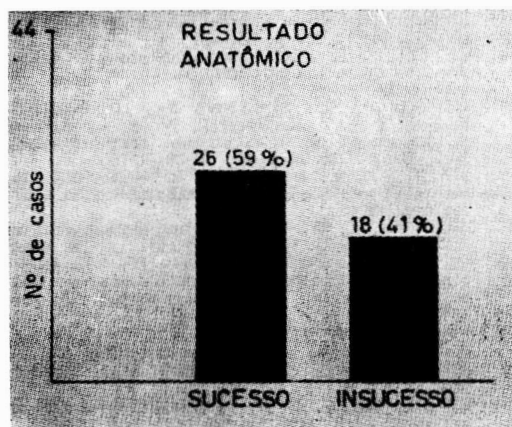


Fig. 7

Nos 26 casos de sucesso o resultado funcional foi: 7 olhos com visão inferior a 0,2;

11 com acuidade entre 0,3 a 0,5; 8 casos de visão superior a 0,6 (Figura 8).

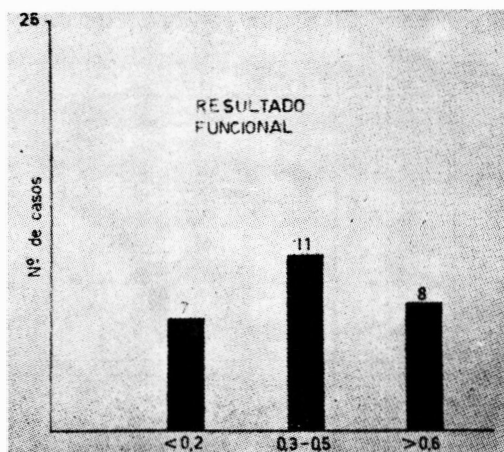


Fig. 8

Entre as complicações mais importantes destacamos: retração maciça do vítreo, retração estelar da mácula, extrusão do explante e hemorragia da coróide (um caso para cada tipo de complicação).

DISCUSSÃO

NORTON (1964), em 139 afácicos, verificou a maior frequência de descolamentos de retina na faixa etária acima de 60 anos com 75 casos (54%) (8).

Semelhante achado tivemos oportunidade de observar, pois assinalamos 33 olhos (75%) em pacientes acima de 56 anos de idade.

ASHRAEZADEH e SCHEPENS (1973), entre 3.500 olhos portadores de descolamento de retina, verificaram que, nos afácicos, o descolamento ocorria em 50% dos casos no primeiro ano após operação da catarata (1).

Entre nossos 44 casos, 25 olhos (56,8%) apresentaram descolamento da retina dentro dos 2 primeiros anos da facetomia.

CHAWLA (1974) lembra que a localização preferente da rotura do afácico é junto à ora serrata, geralmente múltipla (Figura 9).

O fato de ser difícil dilatar a pupila nos afácicos, principalmente nos doentes que foram submetidos à extração extracapsular, torna precário o exame da extrema periferia da retina. Por isso, prefere CUNHA (1969) a facetomia com iridectomia superior em setor (5). Esta opinião, embora contestada por muitos, tem a sua justificativa por facilitar o exame em casos de descolamento de retina do afácico.

Outro obstáculo, que imaginamos, deva ocorrer ultimamente e que, felizmente ainda não nos defrontamos: doentes portado-

res de lentes intra-oculares, e os submetidos à faco-emulsificação; nestes persistem elementos bloqueando a pupila e tornando impossível o exame da retina periférica.

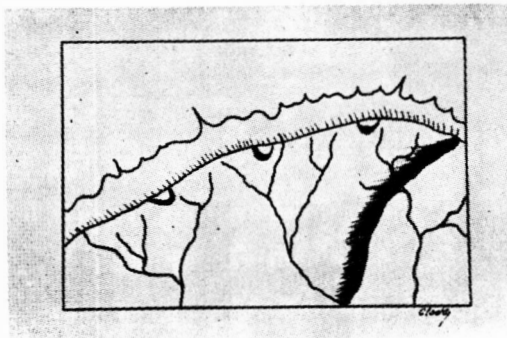


Fig. 9

Com relação ao sucesso anatômico final, as estatísticas variam bastante. Assim, OFFRET e col. (1967) em 76 olhos afácicos operados de descolamento de retina, conseguiram a cura anatômica de 33 (43,4%) (9). Já SCHEPENS (1951), em 69 operados, curou 39 olhos (56,5%) (11). BARSANTE (1971), em 64 olhos operados, obteve a cura anatômica em 52 (80,6%). MALBRAN e DODDS (1964), em 81 olhos operados, curaram 51 (69,7%) (7). CUNHA (1969), em 45 olhos operados, colou 37 (82,2%) (5). Em nossos 44 casos, alcançamos a cura anatômica e funcional de 26 (59%).

Com relação à técnica cirúrgica a ser adotada, o problema é muito discutido. Não existe uma padronização. É preferência iniciar sempre pelas técnicas setoriais; eixamos as manobras circunferenciais para os casos mais desesperadores, com múltiplas roturas em vários quadrantes ou nos descolamentos totais onde não se localizem roturas.

CARRION (1974) sintetizou, de forma muito feliz, esta questão (4). Assim aconselha o seguinte:

- a) se existe rotura visível e se a retina mediante repouso volta ao lugar, dispensa cerclagem, apenas elemento setorial;
- b) se a retina não cede com o repouso e tem lesões degenerativas periféricas, fazer introflexão equatorial circular;
- c) se não existe rotura visível, a cerclagem deve ser a primeira opção;
- d) o descolamento de retina do afácico congênito é de mau prognóstico, por isto, fazer de saída a cerclagem;
- e) nos descolamentos dos afácicos por catarata sindermatótica, ectopias crista-

linianas que apresentam múltiplas degenerações periféricas é aconselhável cerclagem;

- f) os descolamentos de retina dos afácicos, portadores de retinopatia diabética ou de doença de Eales, requerem medidas heróicas sendo recomendadas técnicas circunferenciais.

CONCLUSÃO

O descolamento da retina do afácico deve ser encarado como qualquer descolamento regmatogênico. O exame cuidadoso e a escolha da técnica cirúrgica indicada para cada caso permitem a cura anatômica e funcional em boa percentagem de casos.

RESUMO

Os AA. estudaram 44 portadores de descolamento de retina pós-facectomia. Discutem os cuidados propedeuticos. Verificaram maior incidência de descolamento de retina nos pacientes acima de 56 anos. Houve maior ocorrência de descolamento de retina naqueles olhos operados de catarata e com menos de 2 anos da cirurgia. Empregaram técnicas cirúrgicas variadas, obtendo a cura anatômica e funcional em 26 casos (59%).

SUMMARY

44 patients with retinal detachment after intracapsular cataract extraction were studied. Higher incidence of the complication occurred in patients with age of 56 years and older; the same was true for the cases with two and more years after the lens surgery (cataract extraction). Using different surgical techniques anatomical and functional cure were achieved in 26 cases (59%).

BIBLIOGRAFIA

1. ASHRAEZHDEH, M. T. & SCHEPENS, C. L. — Aphakic and pnyxia retinal detachment. Arch. Ophthalmol. 189: 476-483, 1973.
2. BARSANTE, C. — Crioterapia em oftalmologia (retina). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 16º Campinas, 1971. Anais, São Paulo, v. 2, p. 339-343.
3. CHAWLA, H. B. — Retinal detachment. London, Churchill Livingstone, 1974, p. 19.
4. CARRION, A. P. — El tratamiento del desprendimiento de la retina. Sevilla, Gráficas del Exportador, 1974, p. 559-571.
5. CUNHA, S. L. — Considerações sobre o descolamento de retina nos afácicos. Rev. Bras. Oftalmol. 28: 93-98, 1969.
6. HELAL Jr., J.; SUSANNA Jr., R.; NAKASHIMA, Y & TAKAHASHI, W. Y. — Análise de 130 casos de descolamento regmatogênico. Rev. Bras. Oftalmol. 35: 31-36, 1976.
7. MALBRAN, E. & DODDS, R. — Retinal detachment and aphakia. Ophthalmologica. 157: 346-360, 1964.
8. NORTON, E. W. D. — Retinal detachment in aphakia. Am. J. Ophthalmol. 58: 111-123, 1964.
9. OFFRET, G.; FOREST, J.; HAUT, J. & HERMAN, A. — Traitement du décollement de rétine de l'aphaque. Arch. Ophthalmol., 27: 397-404, 1967.
10. OLIVEIRA, H. M. & PINTO, L. C. C — Considerações sobre 300 facectomias. Atas da Associação Médica do Instituto Penido Burnier, 1974.
11. SCHEPENS, C. L. — Retinal detachment in aphakia. Arch. Ophthalmol. 45: 1-16, 1951