

# Proposição de um novo manejo na cirurgia do deslocamento de retina puro no afácico \*

Josef Tock \*\*

A cirurgia do descolamento de retina no afácico até a presente data, nas descrições de vários autores e modificações que os mesmos introduziram, tem sido uniforme quanto a sua orientação, ou seja desde a simples utilização da criopexia em descolamentos pequenos e localizados, como as introflexões setoriais com implantes intraesclerais de esclera conservada ou silicone, e ou as técnicas circunferenciais nos casos de roturas em mais de um quadrante ou para descolamentos totais em que não foi localizada lesão desencadeante.

O sucesso anatomico dessas cirurgias varia nas várias estatísticas: Offret e col. (1967) relatavam em 76 olhos afácicos operados de descolamento de retina conseguiram a cura anatômica em 33 (43,4%) (11), Schepens (1951) em 69 operados curou 39 olhos (56,5%) (13), Barsante (1971) em 64 olhos operados obteve a cura anatômica em 52 (80,6%) (2), Malbran e Dods (1964) em 81 olhos operados curaram 51 (69,7%) (8), Cunha (1969) em 45 olhos operados colou 37 (82,2%) (5), Holanda de Freitas (1977) em 44 casos operados curou 26 (59%) (6) e recentemente Norton afirmava cura em 90% dos casos operados (10).

A maioria dos autores no entanto não definem o tipo de descolamento de retina que ocorreu no afácico e o seu percentual de sucesso; ou seja sabemos que existe dois grandes grupos de descolamentos de retina no afácico, o dos descolamentos de retina no afácico, que era míope e tem melhor prognóstico e o dos descolamentos de retina puro do afácico, que inicia numa pequena área e rapidamente progride para o descolamento total, e onde é difícil se encontrar rotura de retina visível e se existem são pequenas e em maior número e são considerados de mau prognóstico.

Presupomos mesmo que a porcentagem de insucessos seja quase sempre dos casos de descolamento puro total no afácico com comprometimento macular (fig. 1), que era o que verificávamos nos casos operados de descolamento de retina puro no afácico no setor de retina da Clínica Oftalmológica do Hospital do Servidor Público Estadual S. Paulo, onde realizamos este trabalho. Além

do mais a hipotonia ocular que se segue nesses casos leva frequentemente a utilização de técnicas de reexpansão da retina sem grandes resultados. Tínhamos anteriormente tentado utilizar a esponja de silicone, mas devido sua rejeição ou a infecção que pode ocasionar a abandonamos.

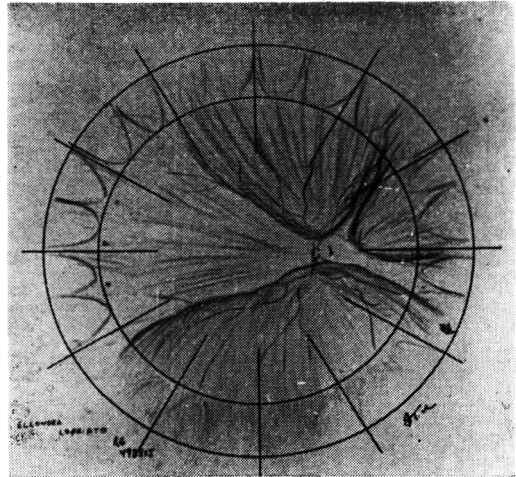


Fig. 1 — Descolamento total de retina em afácico onde não se observa buracos, ou se existem são bem pequenos e mais de dois.

Partindo desse princípio tentamos uma nova técnica que descrevemos adiante realizada em pacientes afácicos com descolamento total puro de retina.

## MATERIAL E MÉTODO

Utilizamos a cerclagem episcleral com silicone introduzida por Girard e McPherson (1961, 1962), (que melhoraram a técnica de Arruga substituindo o fio por uma faixa de silicone sólido com diâmetro de 1.5 a 2.0 mm que deve sempre passar pelo maior círculo do globo) com uma modificação no diâmetro para 4 a 5 mm, desbastando-se o implante de silicone como existe no mercado e o transformando numa faixa. Utilizamos o material usado como implante de silicone 5.7mm ou 6 mm da firma MIRA (fig. 2).

\* Apresentado como Tema-Livre no XXI Congresso Brasileiro de Oftalmologia — de 18 a 22/10/198 — Recife (PE).

\*\* Médico Assistente — Setor Retina — Clínica Oftalmológica do Hospital Servidor Público Estadual de S. Paulo. Endereço do autor: Av. República do Líbano, 1873 — S. Paulo.

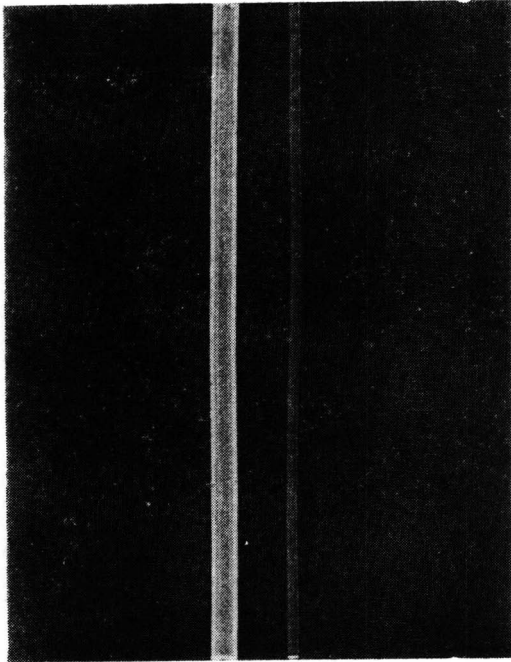


Fig. 2 — Faixa de silicone de uso habitual em 2mm de diâmetro e implante de silicone da MIRA diâmetro 5.7mm ou 6mm que transformamos em faixa 4-5mm de diâmetro por 1-1.2mm de espessura.

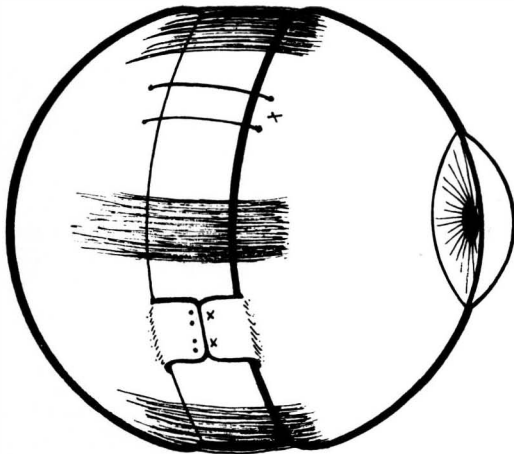


Fig 3a,b — Faixa larga de silicone. indentação escleral, prensão da faixa.

A técnica cirúrgica utilizada é a seguinte:

a) incisão da conjuntiva de 10 a 12 mm do limbo, abertura da cápsula de Tenon e isolamento dos músculos retos com fio algodão trançado.

b) reexame da retina descolada e se houver buraco, demarcação dos mesmos com diatermia sobre a esclera.

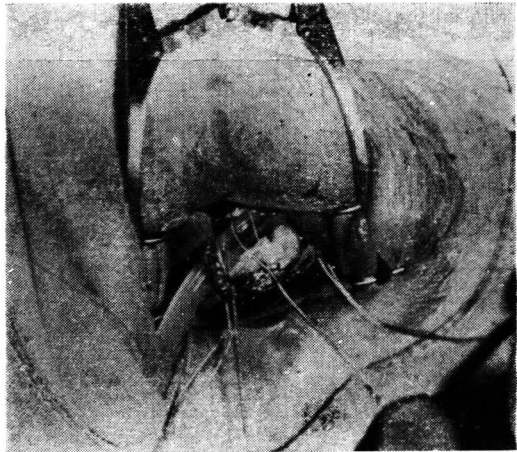
c) esclerotomia sobre a área demarcada onde houver o maior número de buracos; ou caso não haja buraco fazemos delaminação escleral sempre em áreas equidistantes (fig. 3 a,b).

d) diatermia do leito escleral e de outras áreas onde houver pequenos buracos.

e) colocação da faixa circular e prensão em duas áreas através das delaminações esclerais suturadas com fio mersilene 4-0 e em dois pontos equidistantes com mersilene 6-0 em pontos em U (fig. 4 a, b).

f) fixação dos bordos livres da faixa com mersilene 4-0. As extremidades devem ser suturadas de preferência no quadrante nasal inferior em nó provisório a ser refeito posteriormente.

g) punção evacuadora seletiva — fazemos a drenagem do fluido subretiniano apenas em parte, para evitar a total hipotonia ocular. O local da punção é variável; ou praticamos dentro do leito delaminado ou bem próximo à ele. Deve-se evitar puncionar no território das vorticosas o que se consegue pela transluminação.



h) ajustamos a faixa para manter o tonus ocular sem apertar intensamente.

i) sutura conjuntival com catgut 7-0 em dois pontos separados.

Dez pacientes que apresentavam descolamento puro e total do afacico no período janeiro-1979-dezembro-1980 vistos na Clínica Oftalmológica do HSPE foram por nós as-

sim tratados com exceção de um que por impossibilidade técnica não lhe foi feita a diatermia do leito escleral, sendo realizada fotocoagulação de xenônio sobre o relêvo da faixa circunferencial na retina em 360°, no 10.º

dia do pós-operatório. Em todos os pacientes no pós-operatório administramos corticóides e repouso no leito por uma semana após a cirurgia para reabsorver o líquido subretiniano que persistia, tendo o mesmo desaparecido ao fim de 10 a 15 dias.

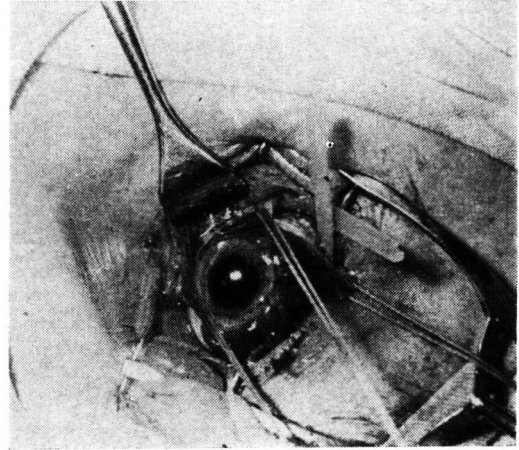
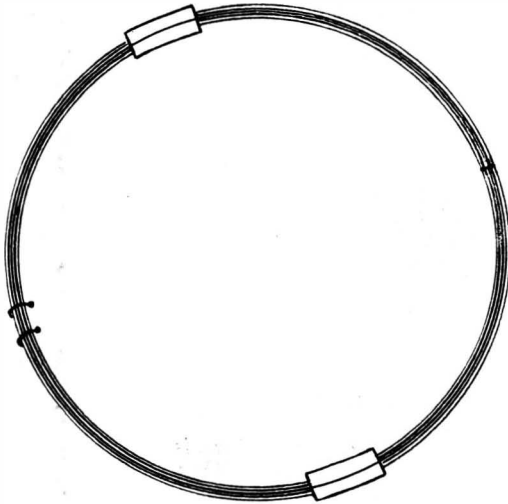


Fig. 4a,b — Passagem faixa larga, sutura da extremidade da faixa face à face.

Em três pacientes após 2 meses de cirurgia fizemos fotocoagulação de Argônio complementar sobre o relêvo da faixa circunferencial em 360°; utilizamos mira de 500 u, intensidade de 600 watts, e tempo de 100 mseg.

## RESULTADOS

Todos os pacientes tratados com esse método tiveram êxito com cura anatômica no post operatório. Os casos tem sido por nós acompanhados e o caso mais antigo tem

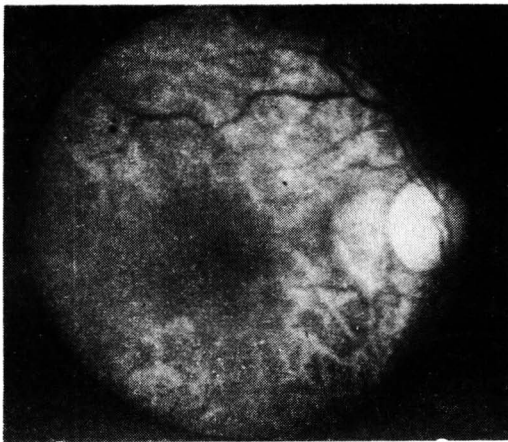


Fig. 5 — Retinografia evidenciando após a cirurgia retina perfeitamente colada.

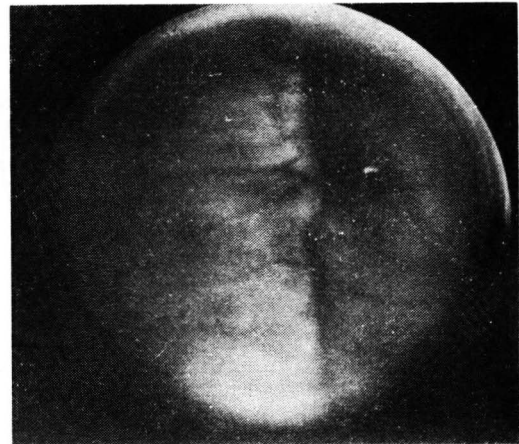


Fig. 6 — Vista do relêvo da faixa larga sob a retina.

22 meses de seguimento e o mais recente 3 meses.

O primeiro de nossos casos ficou com leve limitação ao movimento do olho ao

olhar para cima, mas que após 4 meses da cirurgia desapareceu.

Um caso permaneceu com discreto preguiamento macular.

Um caso que apesar de acharmos necessário a aplicação de fotocoagulação não fizemos por defeito do aparelho na época, evoluiu após 8 meses da cirurgia para descolamento e retração maciça do vítreo.

Todos 4 casos que realizamos fotocoagulação post operatória apresentaram excelente resultado.

## DISCUSSÃO

Apesar do pequeno número de casos por nós tratados, levando-se em conta a homogeneidade dos mesmos quanto à patologia básica e a técnica utilizada pode-se supor a efetividade do método.

Observando-se a relativa escassez de trabalhos publicados no nosso meio relacionando o tipo de descolamento a técnica empregada e os resultados obtidos, citamos para comparação os trabalhos de Helal e col. (7) onde nos casos de descolamento total em afácicos não os identificando como do tipo puro ou não a % de cura é de 35,71% e em afácicos com mais de uma rotura ou não localizadas (presumivelmente do tipo puro) é de 58,33% e 16,66% respectivamente; Holanda de Freitas (6) relaciona 44 olhos operados de descolamento de retina e áfacos sendo em apenas 1 utilizada a técnica de cerclagem com faixa de silicone, punção referindo mau resultado.

A grande vantagem da técnica que descrevemos aplicada aos descolamentos totais do afácico é a manutenção do tônus ocular, evitando-se a formação do "olho em amputado" a que o olho fica transformado quando se tem de apertar a faixa circular de silicone de 2 mm usualmente, em torno do olho, o que leva a dobras de retina, desco-

lamentos de coróide e, a organização maciça do vítreo pré-retiniana e ao insucesso cirúrgico.

Achamos que o reposicionamento retiniano com o uso da faixa larga diminua de per si a tração vítreo retiniana comum nos descolamentos dos afácicos.

A complementação com fotocoagulação quer de Xenônio, quer de Argônio a nosso ver garante os resultados pois ao que se presume hoje é que a patologia básica nesses casos é a falta de adesão íntima entre o epitélio sensorial da retina e o epitélio pigmentar da retina, e a fotocoagulação reforça esta ação.

## CONCLUSÃO

Achamos que esta nossa proposição com cirurgia de descolamento de retina com faixa larga de silicone nos casos de descolamento puro e total do afácico, diante dos resultados conseguidos de 100% de curas levando-se em conta as baixas porcentagens de cura obtidas por outros autores (5%-60%) em casos semelhantes, de grande valia na abordagem cirúrgica desses casos.

## RESUMO

O autor descreve novo manejo da técnica de cerclagem episcleral com silicone no tratamento de descolamento de retina num paciente afácico (descolamento de retina puro e total do afácico), utilizando faixa circular de silicone de 4-5 mm de diâmetro por 1-1,2 mm de espessura, com indentação escleral em número de duas, prensão da faixa em dois outros pontos e drenagem do fluido subretiniano seletiva. Dez pacientes foram tratados com essa técnica com cura anatômica em todos casos.

## SUMMARY

The author report a new management about circling band technics on the treatment of retinal detachment in aphakia (pure type) by utilization a silicone circling band about 4-5mm large and 1-1.2 mm height. Two scleral resection are used.

Ten aphakic patients with retinal detachment operated on this technics were successfully reattached.