

ESTUDO SOBRE AS CAUSAS MAIS FREQUENTES DE PERDAS OCULARES

A STUDY ON THE MOST FREQUENT CAUSES OF OCULAR LOSSES

Marcelo Coelho Goiato¹
Daniela Nardi Mancuso²
Aline Úrsula Rocha Fernandes³
Stefan Fiúza de Carvalho Dekon⁴

RESUMO

As perdas oculares são constrangedoras ao portador por comprometer a face que é a parte do corpo humano que possui os órgãos essenciais para o relacionamento humano. Foram avaliados no presente estudo prontuários de 53 pacientes da clínica de prótese buco-maxilo-facial do Centro de Oncologia Bucal da UNESP de Araçatuba, que tiveram a região ocular comprometida, sendo classificadas em ordem de prevalência as causas das perdas oculares. O glaucoma foi responsável por 37% das perdas oculares, seguido por traumas ou acidentes com 32%. Muitas são as causas das perdas oculares, sendo o glaucoma o principal responsável. As próteses oculares foram criadas com o intuito de devolver a função e a estética comprometidas pela ausência de parte ou total do globo ocular.

Palavras-Chave: perdas oculares; glaucoma; trauma ocular

INTRODUÇÃO

As perdas oculares causam uma desfiguração comprometendo a estética devido à perda da simetria facial, e conseqüentemente traz ao paciente a diminuição de sua auto-estima.

Os olhos podem ser comprometidos ou perdidos por doenças, por traumas ou acidentes, ou o indivíduo pode nascer com alterações oculares, como microftalmias ou glaucoma congênito, sendo então classificadas como alterações congênitas. No caso de acidentes e doenças, podem ser necessários diferentes tipos de cirurgias, como a evisceração, a enucleação e a exenteração.

A evisceração do globo ocular consiste na remoção do conteúdo intra-ocular, com preservação da córnea e esclera¹. Já na enucleação é removido todo o globo ocular. A exenteração é a mais agressiva, sendo removidas, com o globo ocular, estruturas adjacentes como as pálpebras.

¹Professor Assistente da Disciplina de Prótese Total e colaborador da Disciplina de Oclusão, responsável pela área de Prótese Bucomaxilofacial do Centro de Oncologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

²Cirurgiã-dentista, estagiária do serviço de Prótese Bucomaxilofacial do Centro de Oncologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

³Aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação, Área de Prótese Dentária, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

⁴Professor Assistente da Disciplina de Prótese Parcial Fixa e colaborador da Disciplina de Oclusão da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

O ser humano cresce em comunidade e para ser inserido em contexto social deve seguir padrões impostos por uma sociedade. Dentre estes padrões, encontra-se a estética, que proporciona ao paciente que sofreu perda ocular se sentir inferiorizado e procurar se anular socialmente.

Para que ele se sinta melhor, menos deprimido pela sua aparência e marginalização, surgiram as próteses. A prótese ocular visa reparar as perdas oculares e possui vários objetivos, sendo fundamental a reparação estética², tentando ao máximo assemelhar-se ao natural, além de agir funcionalmente e como proteção da cavidade ocular.

A proposta deste estudo foi classificar as maiores causas de perdas oculares encontradas na clínica de Prótese Buco-maxilo-facial do Centro de Oncologia Bucal da UNESP de Araçatuba no período de 2001 a 2003.

MATERIAL E MÉTODO

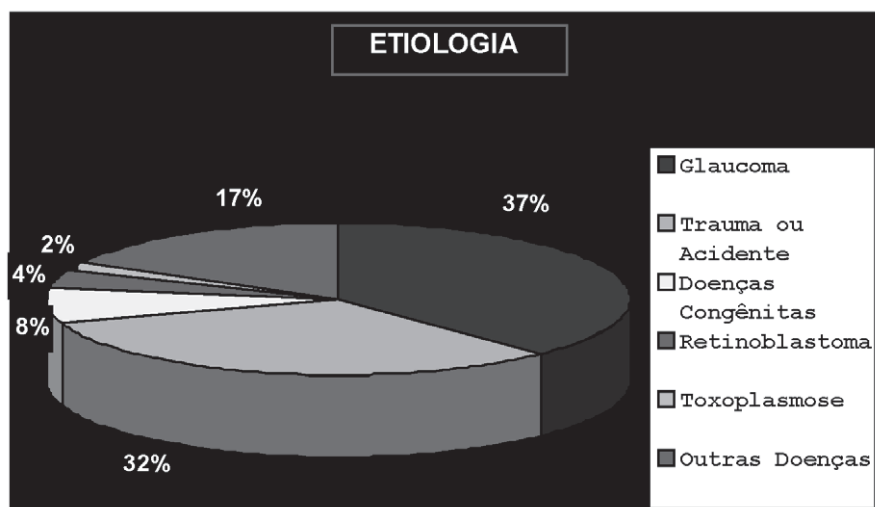
O universo amostral foi composto por 53 prontuários de pacientes que procuraram o Centro de Oncologia Bucal (COB) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, para confecção de prótese ocular.

As informações obtidas foram tabuladas e arquivadas numa planilha Excel e os resultados expressos e analisados através de porcentagem.

(Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, Processo FOA nº 1528/2003)

RESULTADOS

Os resultados foram expressos em porcentagem no gráfico abaixo.



O glaucoma é responsável por 37% das perdas oculares, sendo seguido por traumas ou acidentes com 32%. As doenças congênitas ficam com 8% das causas, o retinoblastoma com 4%, a toxoplasmose com 2% e 17% são distribuídos para outras doenças.

DISCUSSÃO

A visão é a grande promotora da integração das atividades motora, perceptiva e mental³. As causas mais freqüentes de cegueira incluem catarata, degeneração macular senil, glaucoma e retinopatia diabética⁴.

Segundo nosso estudo, identificamos o glaucoma como uma das maiores causas de perdas oculares, seguido pela perda por acidentes, alterações congênitas e por último por outras doenças.

O glaucoma pode ser classificado como uma neuropatia óptica de causa multifatorial, caracterizada pela lesão progressiva do nervo óptico, com conseqüente repercussão no campo visual⁵. Apesar de poder cursar com pressões intra-oculares consideradas dentro dos padrões da normalidade (glaucoma de pressão normal), a elevação da pressão intra-ocular é seu principal fator de risco.

A estimativa do número de indivíduos com glaucoma em todo o mundo para o ano 2000 foi de 66,8 milhões de pessoas, com cerca de 8 milhões apresentando cegueira bilateral devido à lesão irreversível do nervo óptico⁶. Ele é considerado como uma das principais causas de cegueira irreversível no mundo⁷, além de representar a segunda causa mais comum de cegueira registrada nos Estados Unidos^{8,9}.

Pela sua alta incidência no mundo é dada muita importância para a orientação dos portadores de glaucoma de forma contínua e progressiva, levando-se em conta as concepções e significados que atribuem à sua doença e tratamento. A utilização de folhetos ou de vídeos contendo informações básicas sobre a doença e seu tratamento constituem estratégias adicionais que podem servir para conscientizar o glaucomatoso sobre a importância do tratamento do glaucoma¹⁰.

Os traumas e acidentes oculares são bastante comuns, ocupando o segundo lugar no nosso estudo. Estima-se que nos Estados Unidos ocorram aproximadamente 2,4 milhões de traumas oculares por ano. Destes, em torno de 1 milhão, são decorrentes de acidentes no ambiente de trabalho¹¹. Na Inglaterra, tais acidentes ocupam uma taxa de 45 a 52% dos traumas¹². No Brasil, estudos relatam que 10% dos acidentes ocupacionais são oculares¹³.

O trauma ocular superficial foi classificado como a injúria contusa do globo ocular resultante de um projétil, na qual o corpo estranho torna-se alojado na superfície ocular, sem ter provocado perfuração ocular¹⁴.

Estudos americanos mostram que é a causa mais comum de cegueira unilateral, sendo responsável por 7% da cegueira bilateral na faixa etária de 20 a 64 anos^{14, 15}.

A causa das perfurações oculares tem variado conforme a faixa etária, mostrando uma distribuição bimodal. Entre as crianças, os acidentes domésticos e atividades de lazer compreendem a maioria dos casos¹⁶. Acidentes automobilísticos, traumatismos ocupacionais e violência constituem as principais causas de lesões oculares em adultos jovens^{16, 17}.

Os acidentes oculares predominaram em homens adultos e os acidentes automobilísticos tiveram grau importante na causa das perfurações oculares, mesmo com a mudança no código de trânsito, tornando o uso de cinto de segurança obrigatório¹⁸. O sexo masculino demonstrou maior vulnerabilidade ao trauma, visto que a faixa etária mais acometida foi a economicamente ativa¹⁹. Afirmaram ainda que a etiologia mais freqüente foi corpo estranho ocular e o atendimento em dias úteis foi maior do que nos dias não-úteis, acreditando ter relação com acidentes ocupacionais.

A atividade desenvolvida principalmente por homens na metalurgia, serralheria e mecânica foi a principal causa de trauma ocular, e o ferro e outros metais os principais corpos estranhos envolvidos²⁰.

As doenças congênitas têm o terceiro lugar no nosso estudo e para elas também deve ser dada atenção especial em relação à orientação das mães, já que muitas são devido ao período de gestação. A síndrome da rubéola congênita tem a maior variedade de severas complicações oftálmicas sistêmicas²¹.

Outras doenças ocupam o quarto lugar do nosso trabalho, mas nem por isso merecem menor atenção. No trabalho de De Gottrau²², as alterações oculares ocorreram por: trauma (37.4%), tumores malignos (19.6%), doenças sistêmicas (diabete, doença vascular) (17.1%), doenças cirúrgicas (retinoplastia, glaucoma, catarata, distrofia córnea) (14.1%), infecção e inflamação (7%). As indicações mais freqüentes para enucleação foram glaucoma secundário de ângulo fechado (34.9%), tumores oculares malignos (21.7%), atrofia (18.7%), infecção ocular ou doença inflamatória (14.7%), e trauma recente (enucleação foi realizada dentro do primeiro mês depois do trauma) (11.2%).

No estudo de Kitzmann et al.²³, dos 523 globos enucleados (81.0%), 252 (48.2%) continham tumores, dos quais 208 eram melanomas malignos intraoculares. Causas não neoplásicas para enucleação incluíram glaucoma (67/523 (12.8%)), ptose do bulbo ocular (61/523 (11.7%)), e trauma recente (59/523 (11.3%)).

CONCLUSÃO

O glaucoma teve papel de destaque em nosso estudo em se tratando de causa principal das perdas oculares. Os acidentes e traumas também foram classificados como grandes causadores.

Muitas são as causas das perdas oculares, mas todas elas afetam o emocional da pessoa, sendo elas uni ou bilateral. É importante estudar a etiologia das lesões para tentar controlá-la, seja através de campanhas de prevenção e auto-exame e orientação de tratamento, como no glaucoma, doenças congênitas e outras doenças, seja por campanhas de orientação e cuidados a serem tomados no caso de acidentes. Contudo, o mais importante é tentar melhorar esta condição do ser humano que por uma fatalidade teve parte de si comprometida e por isso terá de aprender a conviver sem ela. Nesse contexto, há lugar para o trabalho dos protesistas buco-maxilo-faciais, para devolver a função e tentar amenizar o sofrimento desta pessoa, devolvendo-a a vontade de viver.

ABSTRACT

Ocular losses are embarrassing to the patient because they compromise the face, where essential organs for human relationship are located. Records of fifty-three patients with engaged ocular region, from the Oral and Maxillofacial Prosthesis Clinic of the Oral Oncology Center at UNESP – Araçatuba, were analyzed and classified according to the prevalence of ocular loss cause. Glaucoma was responsible for 37% of all ocular losses, followed by trauma or accidents with 32%. There are several causes of ocular loss, glaucoma being the major one. Ocular prostheses were created to restore function and aesthetics compromised by partial or total absence of the eyeball.

Key words: *Glaucoma; ocular losses; ocular trauma.*

REFERÊNCIAS

1. Kern TJ. The canine orbit. In: GELATT, K.N. *Veterinary ophthalmology*. 2.ed. Philadelphia : Lea & Febiger, 1991; 239-255.
2. Maia FAZ, Dias RB, Rezende JRV. Estudo comparativo de técnicas de moldagem da cavidade anoftálmica visando a confecção da prótese ocular. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1997, 11 (suppl.1): 85-90.
3. Masini EFS. A educação do portador de deficiência visual: as perspectivas do vidente e do não vidente – 1. In: ALENCAR, E.M.L. *Tendência e desafios da deficiência visual*. Brasília: MEC/SEESP;1994: 193.
4. Sakata K, Bigolin S, Bryk Junior A. Estudo dos conhecimentos de pacientes com hipertensão, diabetes ou glaucoma sobre suas doenças. *Arq. Bras. Oftalmol* 2002; 65: 467-469.
5. Urbano AP, Freitas TG, Arcieri ES. Avaliação dos tipos de glaucoma no serviço de oftalmologia da UNICAMP. *Arq. Bras. Oftalmol* 2003; 66: 245-255.
6. Coleman AL. Glaucoma. *Lancet* 1999; 354: 1803-1810.
7. Wilenski JT. The role of brimonidine in the treatment of open angle glaucoma. *Surv Ophthalmol* 1996; 41: 53-57.
8. Gullo RM, Costa VP, Bernardi L, Kara-José N. Condições visuais de pacientes glaucomatosos em um hospital universitário. *Arq Bras Oftalmol* 1996; 59: 147-150.
9. Klein BE, Klein R, Sponsel WE, Frank T. Prevalence of glaucoma. The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* 1992; 99: 1499-1504.
10. Cintra FA, Costa VP, Tonussi JAG. Avaliação de programa educativo para portadores de glaucoma. *Rev. Saúde Pública* 1998; 32: 172-177.
11. Rosenwasser TL, Potter JW, Parr RB. Vision losses prevented by using protective eyewear. *Occup Health Saf* 1985; 54: 63-66.
12. Macewen CJ. Eye injuries: a prospective survey of 5671 cases. *Br J Ophthalmol* 1989; 73: 888-894.
13. Andrade AS, Bisneto OS, Moreira H, Moreira CA. Traumas oculo-palpebrais no Serviço de Pronto-Atendimento Oftalmológico do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. *Arq Bras Oftalmol* 1999; 62: 585-589.
14. Kuhn F, Morris R, Witherspoon CD, Heimann K, Jeffers JB, Treister G. A standardized classification of ocular trauma. *Ophthalmology* 1996; 103: 240-243.
15. Pieramici DJ, Sternber JRP, Aaberg TM, Bridges WZ, Capone A, Cardillo JA. Perspective: A system for classifying mechanical injuries of the eye (Globe). The ocular trauma classification Group. *Am J Ophthalmol* 1997; 123: 820-883.
16. Alves RM, Kara-José N. O trauma ocular como causa de cegueira. *Rev Méd* 1997; 76: 297-302.
17. Vianna Filho RG, Souza LB, Bordon AF, Freitas D. Estudo epidemiológico das perfurações oculares em acidentes automobilísticos. *Arq Bras Oftalmol* 1995; 58: 460-464.
18. Silber PC, Souza LB, Tongu MTS. Perfil epidemiológico do trauma ocular penetrante antes e após o novo código de trânsito. *Arq Bras Oftalmol* 2002; 65: 441-444.
19. Araújo ÂAS, Almeida DV, Araújo VM. Urgência Oftalmológica: corpo estranho ocular ainda como principal causa. *Arq Bras Oftalmol*, 2002, 65: 223-227.
20. Leal FAM, Silva FILHO EAP, Neiva DM. Trauma ocular ocupacional por corpo estranho superficial. *Arq Bras Oftalmol* 2003; 66: 57-60.
21. Givens KT, Lee DA, Jones T, Ilstrup DM. Congenital rubella syndrome: ophthalmic manifestations and associated systemic disorders. *Br J Ophthalmol* 1993; 77: 358-363.
22. De Gottrau P, Holbach LM, Naumann GO. Clinicopathological review of 1146 enucleations (1980-90). *Br J Ophthalmol* 1994; 78: 260-265.
23. Kitzmann AS, Weaver AL, Lohse CM, Buettner H, Salomão DR. Clinicopathologic correlations in 646 consecutive surgical eye specimens, 1990-2000. *Am J Clin Pathol* 2003; 119: 594-601.