

Cirurgias refrativas e complicações retinianas

Pedro Paulo de O. Bonomo

Muitas das sub-especialidades em oftalmologia se cruzam em determinadas áreas. Glaucoma e catarata, catarata e descolamento de retina, retina e neuro-oftalmologia, uveítes e retina e outras.

Recentemente, com o aumento considerável das cirurgias refrativas, muitas dúvidas surgiram em relação as complicações que podem aparecer no pós-operatório para o lado retiniano: a) as lesões predisponentes ao descolamento de retina devem ser tratadas no pré-operatório? b) que alterações do pólo posterior devem ser levadas em conta para evitar o aparecimento de membranas neovasculares na região da mácula? c) o mesmo para os casos de hemorragias, e d) buracos de mácula.

Sabemos que para haver um descolamento de retina regmatogênico (DR) são necessárias três alterações no fundo de olho: a) solução de continuidade na periferia da retina (rupturas ou buracos), b) tração vítreo-retiniana e c) liquefação vítreo-retiniana. Como lesões predisponentes ao DR as principais alterações na periferia da retina são os cistos retinianos (que levam a formação de rupturas), a degeneração lática, a retinosquias e as soluções de continuidade. Estas lesões em geral vem acompanhadas de aderência anormal do vítreo com a retina. Daí já termos dois fatores desencadeantes ao DR. E a liquefação vítrea? Alguns olhos já a têm precocemente: médios e altos míopes, afácicos, olhos traumatizados, puseram uveítes e outros. Será que alguma técnica em especial da cirurgia refrativa pode levar a essa liquefação mais rapidamente ou intensificá-la? E a base do vítreo, sofre alguma alteração durante o ato operatório, ou depois dele?

Da mesma forma que as cirurgias refrativas podem levar a alguma alteração com relação à gênese do DR não podemos nos esquecer da formação das membranas neovasculares ou hemorragias do pólo posterior e os buracos de mácula nos estafilomas.

Algumas condições podem ser comparadas ao que acontece nas cirurgias refrativas. No Lasik, por exemplo, podemos comparar esse olho submetido à cirurgia a um trauma contuso, pelo aumento repentino da pressão intra-ocular e seu retorno ao normal rapidamente. Por outro lado, lesões do pólo posterior como as estrias angioides, sangram quando esse olho é submetido a um trauma contuso. Esse tipo de alteração na membrana de Bruch é semelhante ao “lacker crack” dos altos míopes. E os olhos com estafiloma? Submetidos a um trauma ou variações de pressão intra-ocular não, podem levar à formação de um buraco no pólo posterior?

Minha clínica, de certa forma, apresenta uma estatística

“viciada” em relação a problemas retinianos. Mesmo assim, percebi um aumento significativo de problemas retinianos tanto de DR’s como de hemorragias e membranas neovasculares no pólo posterior, em todas as técnicas de cirurgias refrativas utilizadas: RK, PRK, PARK ou LASIK.

Importante, também, é lembrar que muitos cirurgiões de refrativa esquecem que a extração do cristalino com ou sem catarata é um fator predisponente ao DR. As estatísticas mostram que olhos afácicos ou pseudo-fácicos apresentam uma incidência maior de DR, especialmente quando há uma ruptura da cápsula posterior do cristalino, programada ou não. A ausência dessa barreira anatômica acelera muito a liquefação vítrea - ainda mais em olhos alto míopes.

Como não existem muitas publicações a respeito do assunto ele ainda é polêmico como ainda o é o tratamento de lesões retinianas predisponentes ao DR em olhos assintomáticos mesmo sem a indicação da cirurgia refrativa.

Porquê não tratar essas lesões quando encontradas? Pergunto aos retinólogos quais as complicações inerentes à aplicação de Laser na periferia de uma retina com esses tipos de comprometimento? É muito frustrante deixarmos uma degeneração lática ou uma solução de continuidade passar em “branco” e algum tempo depois ela ter gerado um descolamento de retina - ainda mais após uma cirurgia refrativa que obteve êxito. A literatura mostra que apenas 2 a 3% das degenerações láticas sem sintomatologia levam ao DR. No entanto em 35% dos DR’s são encontradas essas degenerações.

A essa altura dos acontecimentos, numa fase em que os processos contra as imperícias médicas estão se iniciando no Brasil, todo cuidado é pouco. Ainda com o agravante de que a maioria das cirurgias refrativas são feitas em pacientes esclarecidos com um caráter não curativo mas muitas vezes estético.

Já tive oportunidade de ver um paciente ser liberado para uma cirurgia refrativa e o mesmo apresentar um descolamento de retina sub-clínico com degeneração lática e buracos na periferia. Tenho quase certeza de que após um LASIK esse descolamento se tornaria clínico e traria problemas para o médico. Um DR sub-clínico sempre deve ser operado independentemente da refrativa ou não. Qualquer trauma num olho destes chega ao DR clínico rapidamente.

Enquanto novos estudos não forem realizados e a determinação dos riscos que a cirurgia refrativa pode levar a problemas retinianos devemos nos cercar de todas as formas de garantias contra essas complicações.

Certamente muitos colegas irão discordar dessas opiniões, porém, frente a essas situações não deixo de tratar lesões da periferia da retina e contra-indicar uma refrativa em pacientes com lesões no pólo posterior e mácula.

Prof. Adjunto Doutor e Orientador de Pós-Graduação em Oftalmologia - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina.