

Reabilitação com prótese ocular individualizada em pacientes jovens: relato de casos clínicos

Individualized rehabilitation with artificial eye in young patients: cases report

Thais Christina Souza Emídio¹
Jan David Anthon Moro Dutilh¹
Celina Motta Moro¹
Célia Moro Dutilh¹

RESUMO

A perda de um olho, além de alterar a função e a estética facial afeta também o convívio social do paciente e de seus familiares, podendo desencadear diversos problemas que se refletem na conduta psicossocial do indivíduo afetado. A atuação multiprofissional e interdisciplinar é importante, pois visa oferecer uma melhor reabilitação ao indivíduo afetado, de forma a minimizar o impacto que esta condição propicia. Neste trabalho, os relatos de casos clínicos visam apresentar duas reabilitações, com próteses oculares individualizadas, em pacientes jovens, que resultaram em estéticas favoráveis. Pode-se concluir que a reabilitação protética precoce, em pacientes jovens, tende a melhorar a qualidade de vida dos mesmos, visto que além da reabilitação fisiológica e proteção da área ocular, propicia a recuperação estética. Observando-se ainda uma melhora no seu desempenho psicossocial.

Palavras-chave: Prótese ocular; Reabilitação; Oftalmologia; Adolescentes.

ABSTRACT

The loss of an eye and facial aesthetic change also affects the social life of patients and their families which can cause several problems that are reflected in the conduct psychosocial affected individual. The multi and interdisciplinary approach is important because it aims to provide the best possible rehabilitation to the affected individual in order to minimize the impact that this condition causes. This cases report aim to present two rehabilitation, in young patients, with individualized artificial eye that have resulted in favorable aesthetic. It can be concluded that the early prosthetic rehabilitation in young patients tends to improve the quality of life, since beyond the rehabilitation and physiological protection of eye area, there is an improvement in aesthetics. Moreover, there is an improvement in their psychosocial performance.

Keywords: Artificial eye; Rehabilitation; Ophthalmology; Adolescent.

1 – Cirurgião-dentista do Dutilh Instituto de Reabilitação Facial e Oral

Correspondência:

Thais Christina Souza Emídio
E-mail: thaemidio@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os olhos são a primeira parte do rosto a ser visualizada, quando nos deparamos com o ser humano. É o órgão de identificação e campo visual das relações interpessoais, sendo bastante evidente o comprometimento estético nos pacientes acometidos por esta perda¹. A ausência ou perda de um olho, causada por trauma, defeito congênito ou tumor pode causar além da alteração física, problemas psíquicos e emocionais. A reabilitação da cavidade anoftálmica tenta minimizar a dor da perda, além de promover a reinserção do indivíduo no convívio social²⁻⁶.

A etiologia da perda ocular se deve a traumas ou acidentes, infecções, doenças congênitas e neoplasias^{2,3,7}. A reabilitação protética tem por objetivo promover a sustentação e a tonicidade muscular

palpebral, proteger a cavidade contra as agressões de elementos externos, como poeira, fumaça e outros poluentes. Além disso, visa restabelecer a função e direcionamento da secreção do canal lacrimal, evitar atresias, reconstituir a estética, e restaurar a harmonia da face^{3,5,6}.

Diante da perda ocular, o tratamento é cirúrgico e possui três abordagens: a evisceração, a enucleação ou a exenteração. A evisceração é o procedimento cirúrgico no qual o conteúdo do globo ocular é removido, deixando-se a esclera, a cápsula de Tenon, conjuntiva, musculatura ocular e o nervo óptico inalterados, podendo a córnea ser mantida ou removida. A enucleação é a remoção cirúrgica do globo ocular e de uma porção do nervo óptico a partir da órbita. A escolha entre evisceração e enucleação pode ser difícil, visto que as indicações de escolha entre os dois tipos de tratamentos cirúrgicos

nem sempre são claramente definidas. No entanto, a enucleação é, muitas vezes, considerada o tratamento de escolha para neoplasia intra-ocular primária, pois permite exame histopatológico do globo ocular, bem como a determinação do envolvimento de propagação intraneural ou extra escleral da doença. A exenteração orbital é a remoção em bloco de toda órbita, que geralmente envolve a remoção parcial ou total das pálpebras, e é realizado principalmente para a erradicação de neoplasias⁸.

Relatos bibliográficos indicam que a reabilitação de defeitos oculares ocorre há muito tempo^{5,9-11}. O mais antigo relato data do ano 2.613 a.C, no Egito, onde escavações de túmulos forneceram provas da substituição do olho por meio de pedras preciosas, bronze, cobre e ouro¹⁰.

Em 1579, o vidro foi utilizado pela primeira vez para confeccionar próteses oculares, proporcionando adequada tolerância a este material¹¹. Ludwig Muller-Uri foi o primeiro a fabricar um olho artificial para um ser humano, depois de ter confeccionado olhos para bonecas¹². Sabe-se, também que, durante a Segunda Guerra Mundial em função da dificuldade de importação de olhos artificiais de vidro para o tratamento de militares e civis mutilados, cirurgiões-dentistas, impossibilitados de reparar tais mutilações, iniciaram estudos para o desenvolvimento de novos materiais^{5,13}. A partir de então, a resina acrílica, passou a ser utilizada na confecção de olhos artificiais¹³. Anos mais tarde, em 1953, Erpf *et al.*¹⁴ utilizaram a resina acrílica para a confecção das próteses oculares individualizadas, devido às vantagens deste material, tais como: baixo custo, fácil manuseio e adequados valores de resistência⁵.

A reabilitação ocular pode ser realizada utilizando-se próteses pré-fabricadas (ou de estoque) ou individualizadas (confeccionadas exclusivamente para o paciente)¹⁵. Considerando-se as próteses pré-fabricadas, estas possuem três formatos "clássicos": oval, padrão e triangular. Cada formato possui três tamanhos: pequeno, médio ou grande, os quais podem ser utilizados tanto para o olho direito quanto para o esquerdo¹⁶. Em contrapartida, as próteses individualizadas são confeccionadas por meio de uma moldagem fiel da cavidade anoftálmica, com material hidrocolóide que possua fácil escoamento, permitindo um preenchimento total do espaço existente, evitando uma inadequada adaptação da

superfície de contato da prótese com as inserções musculares que poderia gerar uma câmara negativa, trazendo como consequência de seu uso o aparecimento de lesões na mucosa da cavidade anoftálmica de caráter inflamatório, edemaciado e avermelhado, conhecidas como quemose¹⁷.

Vale salientar que, tão importante quanto o tipo de tratamento cirúrgico ou tipo de prótese a ser utilizada, é fundamental que o indivíduo afetado seja precocemente atendido e reabilitado.

Segundo Botelho, Volpini e Moura (2003)¹⁸, o indivíduo que é acometido na infância por uma deficiência visual, terá mais chances de se reintegrar à sociedade, pois enfrenta precocemente as limitações desencadeadas pela falta da visão e sua integração no processo de modificações naturais do desenvolvimento torna-se mais fácil. Já na adolescência e idade adulta, observa-se uma maior dificuldade na reinserção social, pois há uma compreensão total da dimensão desta fatalidade e existe uma tendência, muitas vezes, de considerá-la como o término de uma vida "normal". Assim, é importante que além dos procedimentos técnicos e cirúrgicos, realize-se um acompanhamento dos aspectos psicossociais diretamente relacionados com a perda da visão, possibilitando aos pacientes melhores condições de convívio com a deficiência e suas consequências.

Sendo assim, este trabalho visa demonstrar clinicamente a reabilitação protética de dois casos clínicos, onde se optou pela confecção de próteses oculares individualizadas, em pacientes jovens.

DESCRIÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

CASO 1 - J.M.S, 13 anos, sexo masculino, caucasiano, encaminhado ao Dutilh Instituto de Reabilitação Facial e Oral, três meses após enucleação do olho esquerdo devido a um acidente com bomba caseira (Figura 1).

CASO 2 - E.S.O, 15 anos, sexo masculino, caucasiano, encaminhado ao Dutilh Instituto de Reabilitação Facial e Oral, dez anos após a enucleação do olho esquerdo devido a um acidente com arma de fogo (Figura 2).



Após a localização da íris na esclerótica, as próteses foram termoativadas e as escleras caracterizadas. Após acabamento e polimento, a prótese foi inserida, observando-se a adaptação, a mobilidade, a estabilidade e a estética. Aos pacientes reabilitados (Figuras 3 e 4), foram recomendados os cuidados diários de higienização, com lavagem do rosto e da prótese com shampoo infantil neutro, e retornos periódicos para avaliação e acompanhamento da necessidade de troca da prótese em função do crescimento e desenvolvimento dos mesmos.



Após o preenchimento da anamnese e realização do exame físico, estabeleceu-se o plano de tratamento para os dois casos, ie, confecção de prótese ocular individualizada. Assim, realizou-se a moldagem da cavidade anoftálmica, com material hidrocolóide (alginato), para confecção de modelo de estudo (em gesso pedra). Através deste, confeccionou-se uma moldeira individual, em resina acrílica autopolimerizável, para auxiliar na moldagem da cavidade ocular propriamente dita. Esta moldagem foi realizada com o mesmo material hidrocolóide (alginato), e gesso pedra para obtenção do modelo de trabalho.

Em seguida, foram realizadas as ceroplastias esclerais e as centralizações dos botões de íris, que por sua vez foram previamente pintados individualmente. Vale salientar que durante esses procedimentos, fizeram-se sucessivas provas no paciente.

DISCUSSÃO

A visão é a grande promotora da integração das atividades perceptiva, motora e mental⁶. Entretanto, para além da

Int J Dent, Recife, 10(3):190-194, jul./set.,2011
<http://www.ufpe.br/ijd>

função de percepção, os olhos representam um importante fator psicodinâmico, pela sua grande influência no relacionamento social^{6,18-20}.

A prótese ocular é uma modalidade de prótese facial que auxilia a restaurar, total ou parcialmente, as deformidades causadas pela anoftalmia, e que engloba quatro dimensões distintas: anatômica, estética, pessoal e interpessoal^{1,21}.

Neste trabalho, a reabilitação dos casos clínicos foi realizada com próteses oculares confeccionadas em resina acrílica termoativada em função de sua adequada compatibilidade tecidual e estética, alta durabilidade e estabilidade de cor⁹. Além disso, optou-se pela confecção individualizada em detrimento da utilização de próteses pré-fabricadas (de estoque), com intuito de se obter maior retenção e estabilidade da prótese, além da mimetização dos movimentos oculares, esta última característica, por sua vez, corroborando os achados de Niiranem (1947)²² no que diz respeito à falta de mobilidade quando não se utiliza a individualização durante a confecção das próteses oculares. Além disso, a individualização da prótese ocular tende a promover melhor estética e adaptação da cavidade anoftálmica evitando o colapso e a deformidade palpebral, favorecendo a manutenção do contorno e do tamanho original da cavidade^{6,23,24}.

No que diz respeito ao impacto da reabilitação protética na qualidade de vida dos indivíduos anoftálmicos, cabe ressaltar que neste trabalho apesar dos pacientes serem jovens, a reabilitação ocorreu em momentos distintos considerando-se o tempo decorrido desde a perda ocular. Ambos, adolescentes, possuem história médica pregressa distinta, ie, o paciente 1 procurou atendimento logo após o tratamento cirúrgico (apenas 3 meses), enquanto o período entre a perda ocular e a reabilitação protética, do paciente 2, foi de 10 anos. Essa informação é importante no que tange a reinserção social dos mesmos, bem como a adaptação destes à prótese ocular. Em contrapartida, considerando-se os achados de Botelho, Volpini e Moura (2003)¹⁸, de que a perda ocular é melhor aceita e elaborada em crianças de zero a onze anos, o paciente 2, que perdeu a visão aos 5 anos de idade, tende a apresentar melhores resultados quanto aos aspectos pessoais e interpessoais quando comparado

ao que o paciente 1, com 11 anos de idade, recém-vítima de perda ocular.

Sabendo-se que pacientes com anoftalmia freqüentemente apresentam transtornos psíquicos e/ou funcionais que dificultam sua readaptação ao meio social, profissional e familiar, agravado por fatores econômicos e pela carência de serviços públicos que ofereçam tratamento reabilitador²⁵, torna-se imprescindível que o tratamento reabilitador seja multidisciplinar para que o indivíduo se fortaleça na elaboração da perda. E, com o auxílio de especialistas em cirurgia plástica ocular, protéticos, cirurgiões-dentistas e psicólogos o prognóstico é favorável, e o paciente pode ser considerado psicologicamente reabilitado¹⁸.

Sendo assim, apesar das possíveis dificuldades de adaptação e de reinserção social, com o auxílio de uma equipe multidisciplinar, a prótese ocular adequada faz com que os demais indivíduos dificilmente identifiquem o portador da lesão ocular como tal e, portanto, não demonstram sentimentos de compaixão ou repulsa, já que interagem naturalmente, não comprometendo seus relacionamentos interpessoais^{26,27}.

CONCLUSÃO

Diante do exposto pode-se concluir que a reabilitação protética precoce, em pacientes jovens, tende a melhorar a qualidade de vida do mesmo, visto que além da reabilitação fisiológica e proteção da área ocular, ocorre uma melhora na estética. Além disso, observa-se uma melhora no seu desempenho psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Looi A, Kazim M, Cortes M, Rootman J. Orbital reconstruction after eyelid- and conjunctiva-sparing orbital exenteration. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2006;22(1):1-6.
2. Rezende JRV. Prótese buco maxilo facial. São Paulo: Editora Sarvier, 1997.
3. Raiazada K, Rani D. Ocular prosthesis. *Cont Lens Anterior Eye* 2007;30(3):152-162.
4. Nicodemo D, Ferreira LM. Formulário do perfil psicossocial do paciente anoftálmico com indicação de prótese ocular. *Arq Bras Oftalmol* 2006;69(4):463-470.
5. Geraldini CAC, Coto NP, Dias RB. Confecção de prótese ocular OCA: Nova proposta. *Odontol. Clín.-Cient* 2010;9(1):45-48.
6. Goiato MC, Mancuso DN, Fernandes AUR, Dekon SFC. Estudo sobre as causas mais freqüentes de perdas oculares. *Arq Odontol.* 2004;40(3):271-276.
7. Beumer III J, Curtis TA, Marunick MT. Maxillofacial rehabilitation Prosthodontic and Surgical Considerations. St. Louis: Ishiyahu EuroAmerica, 1996.

8. Perman KI, Baylis HI. Evisceration, enucleation and exenteration. *Otolaryngol Clin North Am* 1988;21:171-182.
9. Roberts AC. Facial Prosthesis. London: Henry Kimpton, 1971.
10. Gibson T. The prostheses of Ambrose Pare. *Br J Plast Surg* 1955;8 (3):3-8.
11. Dyer NA. The artificial eye. *Aust J Ophthalmol* 1980;8 (1):325-327.
12. Benson P. The fitting and fabrication of a custom resin artificial eye. *J Prosthet Dent* 1977;38:532-538.
13. Murphey PJ, Schlossberg L. Eye replacement by acrylic maxillofacial Prosthesis. *US Nav Med Bull* 1944;43:1085-1099.
14. Erpf SF. Comparative features of plastic and/or glass in artificial-eye construction. *Arch Ophthalmol* 1953;50 (1):737.
15. Cain JR. Custom ocular prosthetics. *J Prosthet Dent* 1982;48:690-694.
16. Patil SB, Meshramkar R, Naveen BH, Patil NP. Ocular prosthesis: a brief review and fabrication of an ocular prosthesis for a geriatric patient. *Gerodontology* 2008;1(1):57-62.
17. Ajaiyeoba A, Akang E, Olusanya B. Retinoblastoma presenting with a cheek mass. *J Natl Med Assoc* 2005;97(11):1553-1555.
18. Botelho NLP, Volpini M, Moura EM. Aspectos psicológicos em usuários de prótese ocular *Arq Bras Oftalmol* 2003;66:637-646.
19. Saeed MU, Chang BY, Khandwala M, Shivane AG, Chakrabarty A. Twenty year review of histopathological findings in enucleated/eviscerated eyes. *J Clin Pathol.* 2006;59(2):153-155.
20. Perrone A, Sperb LCM, Bercini F, Azambuja TWF. Prótese Ocular, Revisão da Literatura e Apresentação de Caso Clínico. *R Fac Odontol Porto Alegre* 1996;37(1):13-14.
21. Puri T, Gunabushanam G, Sharma R, Kumar S, Julka PK. Extensive bone metastases from basal cell carcinoma of the eye. *Singapore Med J* 2006;47(9):811-813.
22. Niiranen JV. The plastic ocular prosthesis. *Dent. Digest* 1947;53(9):439-46.
23. Sykes LM. Use of custom-made conformers in the treatment of ocular defects. *J Prosthet Dent* 1999;3(82):362-365.
24. Shields JA, Demirci H, Marr BP, Eagle RC, Stefanyszyn Jr M, Shields CL. Conjunctival epithelial involvement by eyelid sebaceous carcinoma. The 2003 J. Howard Stokes lecture. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2005;21(2):92-96.
25. Yeatts RP. The esthetics of orbital exenteration. *Am J Ophthalmol* 2005;139(1):152-153.
26. Fonseca EP. Prótese ocular. São Paulo: Panamed Editorial, 1987.
27. Artopoulou II A, Montgomery PC, Wesley PJ, Lemon JC. Digital imaging in the fabrication of ocular prostheses. *J Prosthet Dent* 2006;95 (2):327-330.

Recebido em 03/08/2010
 Reformulado em 26/11/2010
 Aprovado em 28/12/2010