

RISCO DE EXTRUSÃO DE IMPLANTE INTRAOCULAR APÓS CIRURGIA DE EVISCERAÇÃO E ENUCLEAÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA



¹Silva, T L e; ²Zwetkoff, A F

¹ Residente de Oftalmologia do Hospital São Geraldo – HC UFMG

² Preceptora do Serviço de Plástica Ocular, Órbita e Vias Lacrimais do Hospital São Geraldo – HC UFMG

INTRODUÇÃO

A evisceração e a enucleação são cirurgias realizadas quando se faz necessária a remoção do globo ocular, seja de forma urgente ou eletiva. As indicações mais frequentes para evisceração são ferimentos oculares extensos e irreparáveis, olhos cegos, desfigurados e inestéticos, além de casos de panofalmites. No caso de enucleação, as indicações são neoplasias intraoculares, olhos atróficos ou microftálmicos.¹ A complicação mais comum após estas cirurgias é a exposição do implante, que nos casos mais graves pode evoluir para a extrusão do mesmo.

OBJETIVO

Avaliar fatores de risco associados à extrusão do implante intraocular.

MÉTODO

Foi realizada pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed, com os termos “enucleation”, “evisceration”, “surgical technique”, “extrusion”, “endophthalmitis” incluindo artigos de qualquer nacionalidade, escritos em inglês e com publicação entre 2007 e 2021.

RESULTADOS

Foram selecionados 5 artigos para revisão descritiva, haja vista a heterogeneidade dos dados coletados nos estudos, que impediram a análise estatística.

² Custer PL observou que em 3777 casos de cirurgias com implante poroso o principal fator de risco associado à exposição de implante de hidroxapatita coralina (HA) e polietileno poroso (PP) foi o não uso de material para recobrimento do implante (esclera, dura, fáschia). Por tipo de procedimento, a maior taxa de exposição foi em enucleação com polietileno poroso (11,6%) possivelmente devido aos casos em que o implante não foi recoberto. Não foi encontrada a taxa geral de exposição dos implantes porosos de HA e PP foi de 5,5% em 2466 casos. A taxa de exposição em implante acrílico não poroso foi 3,5% em 462 casos, e reduzida para 1,6% excluindo-se os casos em que foi usada malha de Mersilene para recobrimento.

³ McElnea EM avaliou 38 pacientes submetidos a evisceração e enucleação, dos quais 22 (58%) foram operados por especialista em oculoplástica e 16 (42%) por demais oftalmologistas. A taxa de exposição foi de 4,5% nos procedimentos realizados por plástico ocular, comparado a 44% dos casos realizados pelos demais oftalmologistas.

⁴ Jordan DR comparou duas técnicas de implante

poroso após evisceração em 71 pacientes: posicionamento do implante após esclerotomia radial posterior (implante posicionado entre esclera anterior e posterior) ou posicionamento do implante posterior à esclera posterior (implante recoberto anteriormente por duas camadas de esclera – camadas anterior e posterior). O achado mais relevante em relação às complicações foi a taxa de exposição do implante: 5 casos em 30 (16,7%) de exposição em pacientes submetidos à esclerotomia radial posterior e 0 casos em 40 (0%) ao posicionamento do implante posterior à esclera posterior ($p = 0,006$).

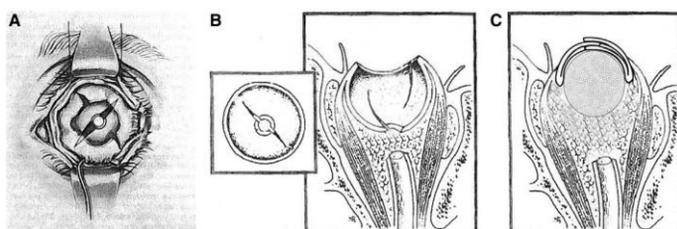


Imagem 1: A) Visão frontal da esclerotomia B) Corte demonstrando esclerotomias anterior e posterior C) Posicionamento do implante posterior ao duplo folheto.

⁵ Chiu SJ avaliou o risco de exposição do implante em 26 pacientes submetidos a evisceração de emergência em contexto de inflamação ou infecção. Foi realizado implante primário em 24 casos e contraindicado em 2, devido à extensão da infecção. Apenas 2 dos 24 (8,3%) pacientes tiveram exposição do implante.

Há outros fatores de risco já identificados para extrusão do implante, como tabagismo, malignidade e histórico de terapia imunomodulatória.⁶

Em casos de exposição do implante, podem ser empregadas técnicas de recobrimento, sendo que nos casos mais avançados de grandes exposições, contaminação do implante ou extrusão, o mesmo pode ser substituído pelo enxerto dermo adiposo.

CONCLUSÃO

A comparação entre os dados apresentados pelos artigos é dificultada por diferentes fatores, como a não padronização da técnica cirúrgica aplicada. Ademais, os principais fatores de risco encontrados para exposição de implante são baixa expertise cirúrgica, escolha do material do implante e presença ou não de recobrimento. A causa primária da perda do globo ocular, bem como o tamanho do implante colocado não foram fatores significativos. A colocação de implante primário em contexto de infecção intraocular se demonstrou ser conduta adequada, sem apresentar risco demasiado para exposição e extrusão na maioria dos casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Matayoshi S, Forno EA, Moura EM, Manual de Cirurgia Plástica Ocular, São Paulo, Roca, 2004

² Custer PL, Trinkaus KM. Porous implant exposure: Incidence, management, and morbidity. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2007 Jan-Feb;23(1):1-7. doi: 10.1097/01.iop.0000249432.18688.ee. PMID: 17237680.

³ McElnea EM, Ryan A, Fulcher T. Porous orbital implant exposure: the influence of surgical technique. *Orbit.* 2014 Apr;33(2):104-8. doi: 10.3109/01676830.2013.851706. Epub 2013 Nov 11. PMID: 24215109.

⁴ Jordan DR, Stoica B. Evisceration With Implant Placement Posterior to Posterior Sclera. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2016 May-Jun;32(3):178-82. doi: 10.1097/IOP.0000000000000452. PMID: 25811165.

⁵ Chiu SJ, Tan JHY, Currie ZI. To implant or not to implant: emergency orbital eviscerations with primary orbital implants. *Eye (Lond).* 2021 Nov;35(11):3077-3086. doi: 10.1038/s41433-020-01382-0. Epub 2021 Jan 11. PMID: 33432166; PMCID: PMC8526810.

⁶ Habib LA, North VS, Freitag SK, Yoon MK, Lefebvre DR, Grace Lee N. Medical comorbidities and orbital implant exposure. *Acta Ophthalmol.* 2022 May;100(3):e813-e819. doi: 10.1111/aos.14973. Epub 2021 Jul 7. PMID: 34233090.