

Como Classificar os Buracos Maculares

Nuno Gomes

Secção de Retina Cirúrgica do Hospital de Braga

Até ao final de 2013, a classificação mais conhecida e mais utilizada pelos Oftalmologistas para classificar os Buracos Maculares era, sem dúvida, a classificação proposta por Gass em 1995¹. Sem a ajuda do OCT, ainda não disponível naquela altura, Gass classificou os Buracos Maculares em 4 graus, de 1 a 4. A fase mais precoce, de acordo com Gass, seria a de buraco macular iminente (“impending macular hole”), caracterizado por um ponto amarelo (Grau 1a) ou um anel amarelo (Grau 1b) na fóvea, sem um defeito a toda a espessura da retina. No Buraco Macular grau 2, existiria já um defeito a toda a espessura da fóvea mas com menos de 400µm de menor diâmetro. No Buraco Macular grau 3 o diâmetro do defeito é superior a 400µm, mas ainda não há um descolamento completo da hialóide posterior, o que acontece nos Buracos Maculares grau 4.

Com o desenvolvimento do OCT e o advento de novas formas de tratamento das patologias da interface vítreoretiniana, como a Ocriplasma², entendeu-se que seria necessário uma reclassificação dos Buracos Maculares, de forma a desenvolver um sistema objectivo, estritamente baseado no OCT, sem critérios dependentes da sintomatologia ou da observação clínica. O sistema deveria ser simples, fácil de usar e com valor preditivo para o tratamento desta patologia (tratamento cirúrgico ou farmacológico).

Um painel de especialistas internacionais publicou em 2013 a nova classificação das patologias da interface vítreoretiniana, alterando a forma de descrever os Buracos Maculares³. Estes passam a ser descritos de acordo com 3 parâmetros, tamanho, presença ou ausência de tração vitreomacular e etiologia do Buraco Macular. Em relação ao tamanho, falamos de Buracos Maculares pequenos quando o seu menor diâmetro é menor ou igual a 250µm. Os Buracos Maculares médios têm um menor diâmetro superior a 250µm mas menor ou igual a 400µm. Buracos com menor diâmetro superior a 400µm são classificados

como grandes. Em relação a presença de tração vitreomacular falamos em Buracos com tração vítrea presente ou já libertada e em relação à etiologia, separamos em 2 grandes grupos, os primários, causados por tração vítrea (anteriormente chamados de idiopáticos) e os secundários, não associados a tração vitreomacular mas sim a outras patologias concomitantes ou pré-existentes (como os traumáticos, os miópicos, os causados por edema macular, etc.).

Este sistema deixa de ser gradativo, passando a ser apenas descritivo. De notar que desaparecem os buracos maculares grau 1 de Gass. Estes, por não terem defeito a toda a espessura da fóvea, deixam de ser considerados Buracos Maculares, passando a ser referidos como Síndromes de tração vitreomacular. Também a classificação de “Impending macular hole” se altera, passando a ser reservada para o olho adelfo de doentes com Buraco Macular, quando existir neste olho um Síndrome de tração vitreomacular, isto é, uma adesão do vítreo à fóvea, com distorção da normal arquitetura desta.

BIBLIOGRAFIA

1. Gass JD. Reappraisal of biomicroscopic classification of stages of development of a macular hole. *Am J Ophthalmol* 1995;119: 752–759.
2. Stalmans P, Benz MS, Gandorfer A, et al. MIVI-TRUST Study Group. Enzymatic vitreolysis with ocriplasmin for vitreomacular traction and macular holes. *N Engl J Med*. 2012 Aug 16;367(7):606-15. doi: 10.1056/NEJMoa1110823.
3. Duker JS, Kaiser PK, Binder S, et al. The International Vitreomacular Traction Study Group classification of vitreomacular adhesion, traction, and macular hole. *Ophthalmology*. 2013 Dec;120(12):2611-9. doi: 10.1016/j.ophtha.2013.07.042