

Implantes nas cavidades anoftálmicas – qual a melhor solução?

Rui Tavares

Hospital de Viseu, Centro Hospitalar Tondela-Viseu Centro Cirúrgico de Coimbra

No contexto de uma cirurgia de evisceração ou enucleação do globo ocular é de primordial importância a colocação de um implante orbitário de tamanho adequado para compensar o volume perdido após a intervenção.

A escolha do tamanho da prótese orbitária deve ser feita de forma individual e criteriosa, da mesma forma que uma lente intraocular é calculada no estudo prévio de uma cirurgia de catarata. A fórmula de Kaltreider condiciona a escolha do diâmetro da prótese ao comprimento axial do olho adelfo, por exemplo.

A procura de melhores resultados após evisceração ou enucleação conduziu à utilização crescente de materiais porosos, como a **hidroxiapatite** (*Bio-Eye* ou HA sintéticas de 2ª e 3ª gerações) ou o **polietileno poroso** sintético (a minha preferência), que permitem o crescimento fibrovascular no seu interior e se integram nos tecidos da órbita. O uso destes materiais, aliado à melhoria na técnica cirúrgica com colocação profunda do implante no cone muscular, levou a maior sucesso cirúrgico com baixas taxas de extrusão e maior mobilidade da prótese. Outra opção é o implante de biocerâmica (óxido de alumínio) que também apresenta uma estrutura porosa e permite uma rápida integração nos tecidos orbitários (mais rápida que a do *Bio-Eye*); no entanto, não tenho experiência na utilização deste material.

É possível aplicar um “pino” de titânio (*implant peg-ging*) na face anterior do implante, que ligará a um encaixe próprio na superfície posterior da prótese ocular externa, teoricamente permitindo um aumento na amplitude dos movimentos da prótese, sobretudo nos movimentos mais rápidos. No entanto, o uso destes dispositivos acarreta

muitas complicações e a sua utilização tem caído em desuso.

Muitos cirurgiões, em casos de enucleação, optam por implantar estas próteses envoltas em material autólogo (*fascia lata*, esclera), processados (pericárdio bovino, *Alloderm*) ou sintéticos (malha de poliglactina), especialmente se se utiliza a hidroxiapatite, pois isso permite suturar os músculos extraoculares ao implante. No caso do polietileno poroso isso nem sempre é necessário, pois é possível suturar diretamente os mesmos ao implante. No entanto, nestes casos o risco de exposição incrementa.

Estes implantes também apresentam alguns inconvenientes; não são opções económicas e a sua utilização aumenta a complexidade e o tempo cirúrgico. Contudo, o ganho estético é de tal forma grande que a sua utilização em primeiro tempo em casos de enucleação ou evisceração é hoje em dia um dado adquirido.

Outros materiais menos usados actualmente são o PMMA ou o silicone. São muito mais económicos, mas não são bio-integráveis impedindo uma boa mobilidade protésica.

Em caso de exposição de grandes dimensões do implante, infecção ou em casos de implante secundário a minha preferência recai sobre os enxertos dermo adiposos. São enxertos autólogos e que podem conferir o volume perdido com a ausência do implante. Além disso podem ser uma excelente ferramenta no combate às cavidades retraídas muitas vezes com auxílio de enxertos mucosos (mucosa oral) para reconstrução de fundos de saco. Podem também agir como compensadores de volume em casos de sulco superior profundo (*superior sulcus syndrome*).

Eyezen™



DESCUBRA AS LENTES EYEZEN:
VISÃO FÁCIL NA ERA DIGITAL.



Essilor, Varilux®, Eyezen®, Eyezen™ Focus e Light Scan™ são marcas registradas pela Essilor International.