

Desaparecimento do buraco macular associado ao desenvolvimento de membrana epiretiniana

Macular hole cure associated with the development of epiretinal membrane

Michel Eid Farah ⁽¹⁾
Akiyoshi Oshima ⁽²⁾
Ana Luisa Höfling de Lima ⁽³⁾

RESUMO

Os autores relatam um caso de buraco de mácula associado à tração vítreo-retiniana provocada por coriorretinite. Após a vitrectomia via “pars plana” para aliviar a tração, desenvolveu uma membrana epiretiniana, cuja contração levou ao fechamento das bordas do buraco, melhorando a acuidade visual e metamorfopsia.

O aparecimento de uma membrana epiretiniana, seja ela espontânea ou provocada por estímulos (endodiatermia, endolaser ou toque no epitélio pigmentário exposto) pode provocar a aposição das bordas do buraco e levar à melhora da função visual, desde que os fotorreceptores estejam ainda viáveis neste local.

Palavras-chave: buraco de mácula, membrana epiretiniana, tração vítreo, vitrectomia.

INTRODUÇÃO

O aspecto do buraco de mácula pode mudar de acordo com o tempo. Seu tamanho pode aumentar ⁽¹⁾ ou uma membrana epiretiniana pode se associar, ⁽²⁾ mas raramente um descolamento de retina ocorre diretamente ligado à sua presença ⁽³⁾. A acuidade visual geralmente permanece estável ou piora progressivamente a longo prazo, sendo que geralmente os pacientes devem ter conhecimento de que a melhora da visão é muito pouco provável ⁽⁴⁾. Descrevemos um caso de um descolamento de retina com buraco macular que se fechou em decorrência do desenvolvimento de uma membrana epiretiniana após a realização de uma vitrectomia via “pars plana”.

RELATO DO CASO

MHI, 20 anos, sexo feminino, co-

merciária, com sintomas de baixa de acuidade visual e metamorfopsia no olho esquerdo há 3 meses. A visão era OD = 20/20 e OE = 20/100 com distorção central na tela de Amsler. Os reflexos pupilares, motilidade extrínseca e biomicroscopia do segmento anterior estavam normais e a pressão ocular medida pela tonometria de aplanção resultou 14 mm Hg em ambos os olhos. O exame de fundo de olho foi normal no olho direito mas no olho esquerdo detectou-se uma placa de coriorretinite cicatrizada de dimensões iguais e quatro diâmetros papilares na região inferior do equador (fig. 1) associada a traves vítreas esbranquiçadas junto à hialóide parcialmente descolada e ligada a vários pontos da retina peri-papilar e polo posterior. Foi detectado também um descolamento tracional com distorção do tecido e a presença buraco elíptico perifoveal nasal (fig. 2). Os exames clínico-laboratoriais foram positivos apenas paratoxoplasmose com título IgG = 1:256.

⁽¹⁾ Mestre e Doutor em Oftalmologia e Chefe do Setor de Retina e Vitreo da Escola Paulista de Medicina.

⁽²⁾ Médico do Setor de Retina e Vitreo da Escola Paulista de Medicina.

⁽³⁾ Mestre e Doutor em Oftalmologia pela Escola Paulista de Medicina e Chefe da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

Endereço para correspondência: Av. Ibiáú, 331 - 4º and. Moema - CEP 04524 - S. Paulo - SP.

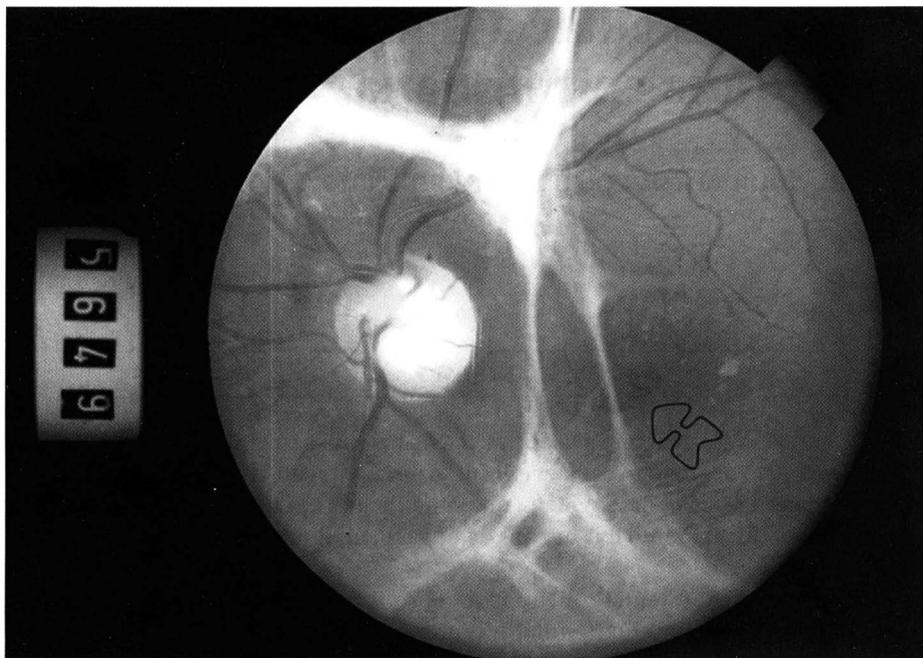


Figura 1 - Retinografia do buraco macular tracional elíptico (seta) associado às traves vítreas.

Por causa do descolamento tracional foi indicada vitrectomia via “pars plana”. Na cirurgia foi efetuada a dissecação da hialóide posterior e remoção das membranas vítreas obtendo-se o reposicionamento de toda a retina, porém sem o fechamento da solução de continuidade macular. A metamorfopsia melhorou e a visão chegou a 20/60. Após um período de três meses ocorreu o desenvolvimento de uma membrana epiretiniana linear (fig. 3) cruzando a arcada vascular temporal inferior que após contração espontânea causou a coaptação das margens do buraco perifoveal (Fig. 4) sendo que a acuidade visual evoluiu para 20/30 sem metamorfopsia.

DISCUSSÃO

O diagnóstico diferencial de um defeito tecidual macular inclui cisto de mácula, buraco lamelar, buraco verdadeiro e pseudo-buraco resultante de uma abertura em uma membrana epiretiniana. Essas lesões são distinguidas por informações obtidas principalmente através

de um cuidadoso exame biomicroscópico e fluoresceinográfico ^(1,2).

No cisto de mácula é possível observar a parede interna e a fluoresceinografia geralmente é normal. O buraco lamelar

não possui uma parede interna e a fluoresceinografia não mostra qualquer defeito se o epitélio pigmentário estiver intacto. O pseudo-buraco pode ser difícil de diferenciar de um buraco verdadeiro por biomicroscopia, mas não mostra correspondência perfeita da área de hiperfluorescência transmitida como geralmente ocorre no buraco verdadeiro, que pode também apresentar um halo de elevação retiniana com discretos grânulos branco-amarelados correspondentes à metaplasia do epitélio pigmentário exposto ⁽⁴⁾. Descolamentos de retina regmatogênicos secundários a buracos maculares são raros e geralmente associados a estafilomas e miopia elevada ou condições que causam tração vítrea significativa no polo posterior.

A acuidade visual pode não ser um indicador consistente da natureza da lesão, apesar de que um paciente com um pseudo-buraco deve ter visão melhor do que aquele com buraco macular verdadeiro ⁽⁴⁾. A maior parte dos pacientes com buracos maculares tem acuidade visual entre 20/100 e 20/400, mas a visão pode ser melhor se o buraco for pequeno ou excêntrico ⁽¹⁵⁾.



Figura 2 - Retinografia da cicatriz da coriorretinite equatorial inferior com tecido fibrótico esbranquiçado em direção ao polo posterior.

*Desaparecimento do buraco macular
associado ao desenvolvimento de
membrana epiretiniana*

Membranas epiretinianas podem se originar de células do epitélio pigmentário, de células gliais expostas por roturas retinianas totais ou parciais, locali-

zadas na periferia ou no polo posterior^(5,6) e se contrair, causando distorção da superfície retiniana devido à tração em seus locais de aderência à membrana limitante

interna. Os buracos maculares tendem a se tornar maiores com o tempo, mas naqueles que se tornam menores deve-se suspeitar da presença de membrana epiretiniana⁽¹⁾.

Pederson, Cantrill e Cameron⁽⁷⁾ estudaram em macacos o papel do vítreo cortical na persistência de descolamentos retinianos experimentais e demonstraram o fechamento de buracos de retina relacionados a proliferação de tecido glial junto à superfície do vítreo. As contrações teciduais podem ser circunferenciais, unidirecionais ou multidirecionais. Ann E. Bidwell⁽¹⁵⁾ descreveu dois casos em que observou uma redução da visibilidade e tamanho aparente do buraco macular em dois pacientes com evidente recuperação da acuidade visual para 20/20. Hilel Lewis⁽⁴⁾ propôs em um caso que um enrugamento circunferencial de uma membrana epiretiniana aproximou progressivamente as bordas de um buraco de mácula, obliterando-o e levando à melhora da função visual. Os autores acreditam que as alterações na membrana epiretiniana levaram ao aplanamento da pequena borda de retina descolada ao redor da lesão, produzindo a melhora da função dos fotorreceptores imediatamente adjacentes à margem do buraco pelo fato de terem sido trazidos de volta em aposição ao epitélio pigmentário da retina. No entanto, isto pode não acontecer devido a cronicidade do processo, pois os fotorreceptores podem não estar mais funcionando ou mesmo não existir em casos crônicos⁽⁴⁾.

A tração vítreo-macular tangencial e/ou anteroposterior são os fatores patogênicos mais importantes na formação de buracos maculares. Essas forças podem ser aliviadas por separação vítreo-macular espontânea, mas na maior parte dos casos são contínuas e podem resultar na formação de buraco macular verdadeiro. Nestes últimos anos várias técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas para prevenir o desenvolvimento de buracos maculares e preservar a boa acuidade visual^(9,10,11), ou mesmo tratar essas soluções de continuidade acompanhadas de

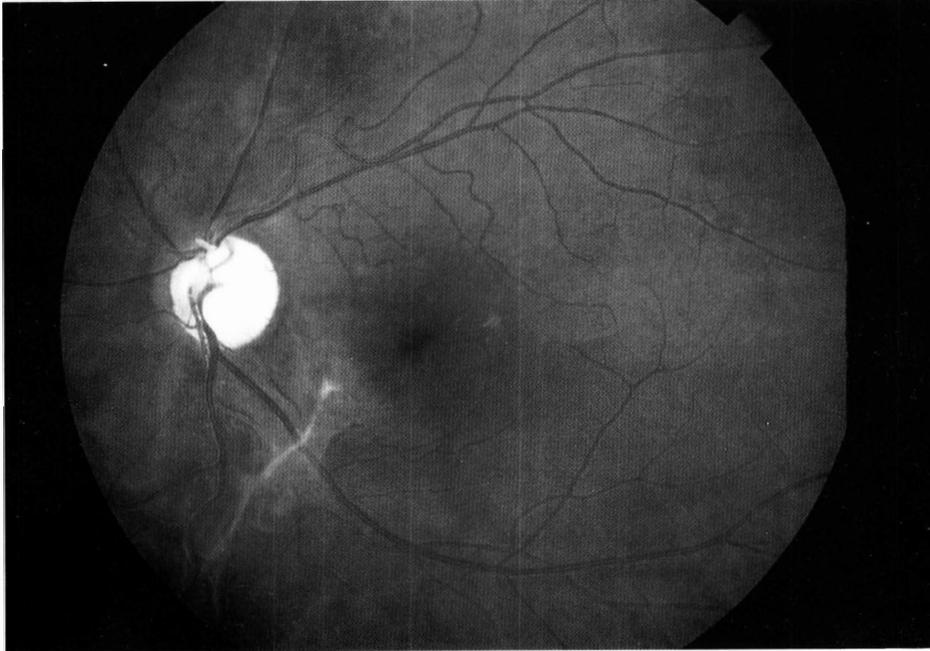


Figura 3 - Retinografia do aspecto pós-operatório de 3 meses revelando uma membrana epiretiniana linear em direção à solução de continuidade pré-existente.

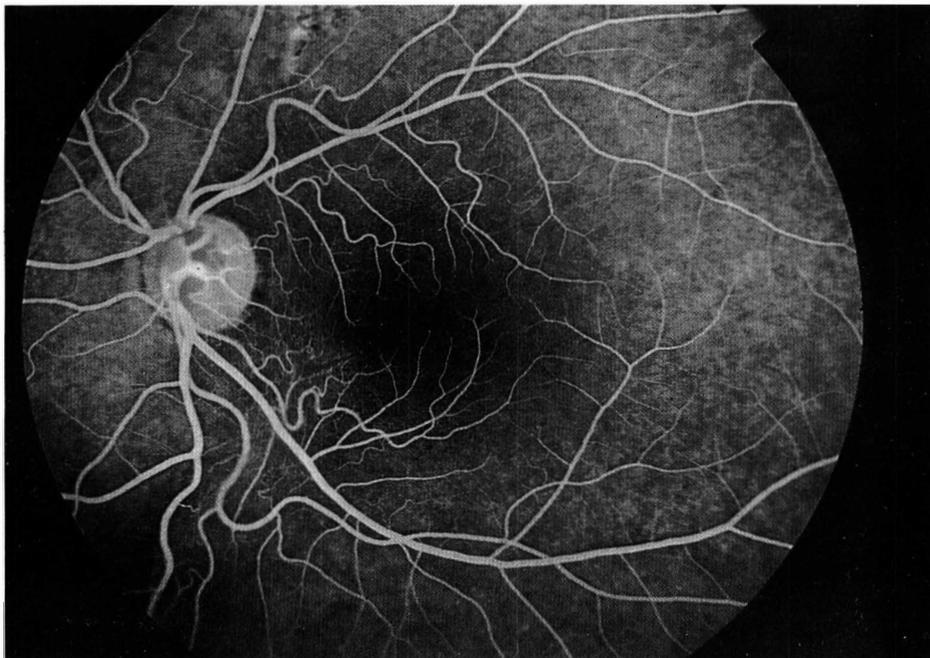


Figura 4 - Fluoresceinografia sem sinais de defeito em janela no local previamente correspondente ao buraco de mácula.

pequenos halos de descolamento de retina. Margherio demonstrou em 73% dos seus casos, a presença de uma fina membrana pré-retiniana exercendo tração tangencial no polo posterior. Esta tração retiniana pode ser facilmente demonstrada no per-operatório utilizando a iluminação oblíqua com a fibra óptica para notar a distância entre os vasos da retina e suas sombras no epitélio pigmentário. Essa distância entre os vasos e as sombras se reduz depois do alívio da tração vítrea macular. Encontrou em 19% de seus casos tração anteroposterior detectada através da movimentação da região foveal durante a realização da vitrectomia central⁽⁸⁾.

As técnicas cirúrgicas para o tratamento de descolamento de retina devido a um buraco macular foram muito modificadas durante a última década e envolvem a utilização de tamponamento gasoso, drenagem do fluido subretiniano, porém quando há tração vítrea para a mácula é melhor realizar inicialmente a vitrectomia para separar a hialóide posterior^(12, 13). A abordagem trans-escleral, apesar de ser bastante eficaz com relação à cura anatômica, evidentemente leva devido ao maior traumatismo tecidual e maior agressão macular, a uma menor possibilidade de recuperação da acuidade visual central. Assim, o método a ser escolhido deve ser baseado principalmente nas melhores possibilidades prognósticas para acuidade visual⁽¹⁴⁾. É melhor não causar dano direto na mácula para preservar a visão pericentral.

Neste caso descrito o alívio da tração no polo posterior mesmo sem a utilização de gás intravítreo, levou à reaplicação da retina, porém com o buraco macular permanecendo aberto, sendo que o mesmo foi fechado após o desenvolvimento de uma membrana epiretiniana a partir de uma determinada direção, que se contraiu e levou à aposição de suas bordas. Outros estímulos como por exemplo, endodiatermia e endolaser suave ou um leve toque no epitélio pigmentário (Moura, R. A.; 1992 comunicação pessoal) podem levar ao mesmo efeito e merecem investigações futuras.

SUMMARY

This paper describes a case of a patient with macular hole associated to vitreoretinal traction caused by corioretinal scar, that underwent a pars plana vitrectomy to release the traction.

After surgery a epiretinal membrane appeared and its contraction closed the borders of the hole, improving the visual acuity and metamorphopsia.

The development of a epiretinal membrane, spontaneous or provoked by stimulus (endodiatermy, endophotocoagulation or a gentle touch at the exposed pigmented epithelium) may lead to a closure of the hole that may cause an improvement of the visual function if the photoreceptors are viable in that site.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MORGAN, C. M. e SCHATZ, H. - Idiopathic macular holes. *Am. J. Ophthalmol.* 99:437, 1985.
2. FRANGIEH, G.T.; GRENN, W.R.; ENGEL, H.M. - A histopathological study of macular cysts and holes. *Retina*, 1:311, 1981.
3. MARGHERIO, R.R.; SCHEPENS, C.L. - Macular breaks. 1. Diagnosis, etiology and observations. *Am. J. Ophthalmol.*, 74:219, 1972.
4. LEWIS, H.; COWAN, G.M.; STRAATSMA, B.R. - Apparent disappearance of a macular hole associated with development of an epiretinal membrane. *Am. J. Ophthalmol.*, 102:172-5, 1986.
5. BELLHORN, M.B.; FRIEDMAN, A.H.; WISE, G.N.; HENKIND, P. - Ultrastructure and clinicopathologic correlation of idiopathic preretinal macular fibrosis. *Am. J. Ophthalmol.*, 79:366, 1975.
6. CLARKSON, J.G.; GREEN, W.R.; MASSOF, D. - A histopathologic review of 168 cases of preretinal membrane. *Am. J. Ophthalmol.*, 84:1, 1977.
7. PEDERSON, J.E.; CANTRILL, H.E.; CAMERON, J.D. - Experimental retinal detachment. *Arch Ophthalmol*, 100:1155, 1982.
8. MARGHERIO, R.R.; TRESE, M.T.; MARGHERIO, A.R.; CARTRICHT, K. - Surgical management of vitreomacular traction syndromes. *Ophthalmol*, 96: 1437-45, 1989.
9. SMIDDY, W.E.; MICHELS, R.G.; GLASER, B.M.; DEBUSTROS, S. - Vitrectomy for impending idiopathic macular holes. *Am. J. Ophthalmol*, 105:371-6, 1988.
10. MARGHERIO, R.R.; COX, M.S. JR.; TRESE, M.T. e cols - Removal of epimacular membranes. *Ophthalmol*, 92:1075-83, 1985.
11. GASS, J.D.M. - *Stereoscopic Atlas of Macular Disease*, vol. 2. St. Louis CV Mosby Co, 676-993, 1987.
12. GONVERS, M.; MACHEMER, R. - A new approach to treating retinal detachment with macular hole. *Am. J. Ophthalmol*, 94:468-72, 1982.
13. MIYAKE, Y. - A simplified method of treating retinal detachment with macular hole. *Am. J. Ophthalmol*, 97:243-45, 1984.
14. BLANKENSHIP, W.; IBANEZ-LANGLOIS, S. - Treatment of myopic macular hole and detachment. *Ophthalmol*, 94:333-6, 1987.
15. BIDWELL, A.E.; JAMPOL, L.M.; GOLDBERG, M.F. - Macular holes and excellent visual acuity. *Arch Ophthalmol*, 106:1350-1, 1988.