

PREVALÊNCIA DAS PERDAS OCULARES EM PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE PRÓTESE BUCO-MAXILO-FACIAL DA UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA

Carubelli, C.P.¹, Werkman, C.², Murgu, D.O.A.³

¹UNIVAP/Graduanda, R.Vitor Alves Rabelo, nº23, Jd. Portugal, São José dos Campos, SP, cpcarubelli@hotmail.com

²Unesp/Doutoranda Biopatologia Bucal, R.Paraibuna, nº55, ap.603, São José dos Campos, SP, cristina.werkman@gmail.com

³UNIVAP/Departamento de Odontologia –
Av. Shishima Hifumi, 2911 - Urbanova - CEP: 12.244-000 - São José dos Campos - S.P. – Brasil
doamurgo@directnet.com.br

Resumo - A prótese Buco-Maxilo-Facial é um ramo da Odontologia que visa reabilitar o sistema estomatognático através de peças protéticas confeccionadas para este fim, dentre elas a Prótese Ocular, que tem por finalidade reparar perdas parciais ou totais do bulbo ocular; de origem congênita ou adquirida. O estudo da incidência das perdas unilaterais ou bilaterais do globo ocular tem sido motivo de pesquisa em vários países há décadas, prestando-se como fonte de análise sobre a situação sócio-econômica-cultural de uma comunidade. Este estudo investigou a prevalência da perda do globo ocular, através de dados obtidos dos prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Prótese Buco-maxilo-facial da Universidade do Vale do Paraíba. Um total de 111 pacientes e seus prontuários foram examinados, verificando a etiologia, gênero, faixa etária e lado afetado. A análise dos resultados deverá auxiliar na orientação preventiva deste tipo de deformidade oftálmica.

Palavras-chave: Prótese buco-maxilo-facial, prótese ocular, epidemiologia, reabilitação
Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Introdução

A Prótese buco-maxilo-facial é o segmento da Odontologia que estuda e reabilita as deformidades faciais, protegendo os tecidos, restaurando a aparência, a estética e a função (CHALIAN 1971).

São consideradas vantagens das próteses faciais a melhora da aparência do paciente, com conseqüente melhora da auto-estima, a reabilitação precoce, a possibilidade de inspeção da área lesada, a redução do tempo operatório, do tempo de internação e do custo do tratamento.

A reparação de qualquer estrutura anatômica permanece um desafio para os especialistas, e isto é particularmente verdadeiro, quando a região facial está envolvida.

Dentre as próteses, a ocular tem por finalidade reparar perdas parciais ou totais do bulbo ocular; restaurando não só a estética facial mas também prevenindo a perda do tônus muscular, evitando o colapso e a deformidade palpebral. A prótese também protege a sensível cavidade anoftálmica contra agentes agressores

como poeira, fumaça, poluição; redireciona a secreção lacrimal e previne o acúmulo destes fluidos na cavidade, evitando o lacrimejamento (KRAMER et. al, 1960, CYRILLO, 1987).

A perda ou atrofia do globo ocular, além do dano irreversível na visão, causa ainda danos psicológicos nos pacientes (HOSNI 2002; PERRONE et al.; 1996).

Desde a antigüidade as próteses oculares são utilizadas. Na civilização egípcia, foram encontradas referências de olhos artificiais usados principalmente como adorno de estátuas e mais tarde como recurso estético nas mumificações, para finalmente serem empregados nos indivíduos vivos (MURPHEY, 1949).

No Brasil os precursores da prótese ocular foram: Tupinambá, Kramer de Oliveira e Gamboa Varela. Ressaltam-se, ainda as figuras de Brito Vianna, Rode, Fonseca, Rezende, Montagna Rosé, Macedo, Carvalho, Brito e Dias e outros.

Comumente ocorrem perdas parciais ou totais do globo ocular, devido a traumas por acidentes residenciais, de trabalho, automobilístico e outros, necessitando da reparação das estruturas perdidas (MORONI 1983; MAIA et al.;

1997). GOIATO et al (1999) relataram que o uso de uma prótese ocular não tem restrição quanto à idade, sendo possível a reabilitação em bebês.

Com os avanços tecnológicos e o conhecimento da etiologia e incidência de perdas do globo ocular, é possível realizar uma orientação preventiva à sociedade. Na literatura, encontramos diversos trabalhos demonstrando a incidência da perda do globo ocular. Normalmente estas são congênicas ou adquiridas. De origem congênita temos a criptofalmia e microftalmia e, de origem adquirida, compreendem as etiologias traumáticas (lesões diversas) ou as patológicas (tumores) (REZENDE, 1977).

Desta forma, nos propomos a estudar a prevalência das perdas do globo ocular em pacientes atendidos no Ambulatório de Prótese Buco-maxilo-facial, afim de auxiliar na orientação preventiva deste tipo de deformidade facial.

Materiais e Métodos

Este estudo investigou a etiologia da perda do globo ocular dos pacientes atendidos no Ambulatório de Prótese buco-maxilo-facial da Universidade do Vale do Paraíba, no período de março de 2002 a março de 2006. Foi realizado um levantamento dos dados de prontuários de 111 pacientes que portavam prótese ocular, uni ou bilateral, verificando a etiologia da perda, gênero, faixa etária e lado afetado.

Foram definidos 4 grupos de acordo com os fatores estudados. O Grupo I consistiu na etiologia da perda, considerando causas congênicas, adquiridas (por trauma ou de origem patológica) e outras; Grupo II, referente ao gênero acometido; o Grupo III, a faixa etária e o Grupo IV referiu-se ao lado afetado.

Resultados e Discussão

De acordo com os dados avaliados, foi observada maior incidência de perda em homens (Figura 1), principalmente acima dos 26 anos de idade (Figura 2). Nas mulheres, foi verificado um aumento considerável da incidência da perda na faixa etária de 11 a 25 anos (Figura 3). REZENDE (1977) relatou em seu trabalho que a perda do globo ocular é de 3,1% quando comparada com as demais cirurgias oftálmicas, considerado este um índice pequeno. Relatou ainda que é maior no gênero masculino (63%) em relação ao feminino (37%) e em indivíduos com 15 anos (80%).

Em ambos os gêneros a perda do globo ocular ocorreu de forma homogênea nos grupos de idade (Figura 4) (Com relação a idade a perda do globo ocular ocorreu de forma homogênea entre os gêneros)

Diversos autores (REZENDE, 1977; CYRILLO, 1987; MATTOS et al.; 1988; MATTOS et al., 1989; HOSNI, 2000; RODE et al., 1997), relataram que os homens são mais acometidos pela perda do globo ocular e que esta é mais comum em pessoas acima de 26 anos, sendo a etiologia por trauma a mais encontrada.

Dentre as etiologias da perda do globo ocular, as de origem traumática foi a que apresentou maior prevalência, 54%, seguidos por causas patológicas, 37% (Figura 5).

Nos prontuários avaliados, nenhuma diferença foi encontrada quanto ao lado afetado pela perda, apresentando um índice de 45% em ambos os lados (Figura 6). Ao contrário do relatado na literatura, REZENDE, 1977; CYRILLO, 1987; MATTOS et al.; 1988; MATTOS et al.; 1989; HOSNI, 2000, que afirmam ser mais comum a reabilitação do lado direito.

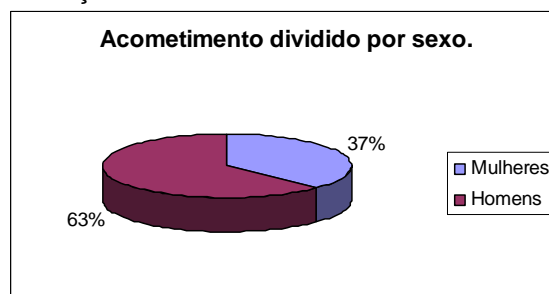


Figura 1 – Incidência da perda do globo ocular de acordo com o gênero.

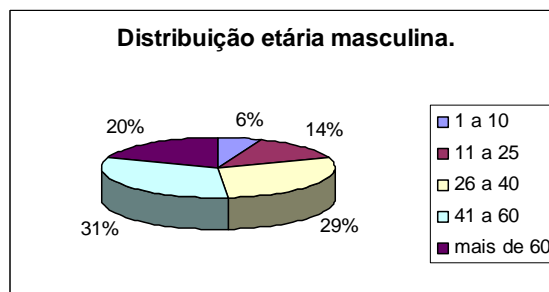


Figura 2 – Incidência da perda do globo ocular de acordo com a faixa etária, no gênero masculino.

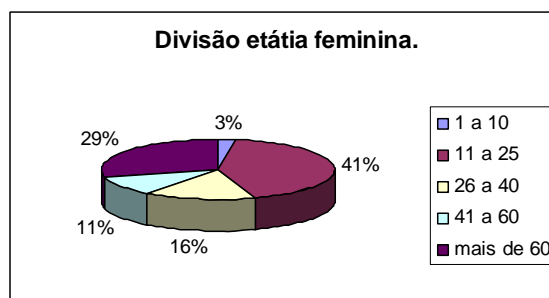


Figura 3 - Incidência da perda do globo ocular de acordo com a faixa etária, no gênero feminino.

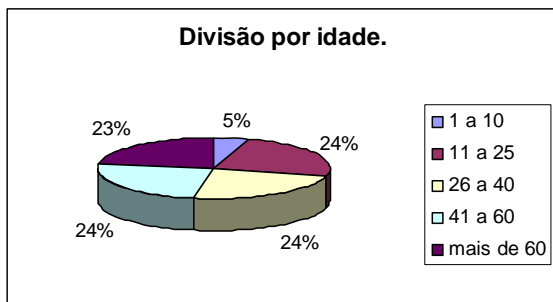


Figura 4 - Incidência da perda do globo ocular de acordo com a faixa etária, em ambos os gêneros.

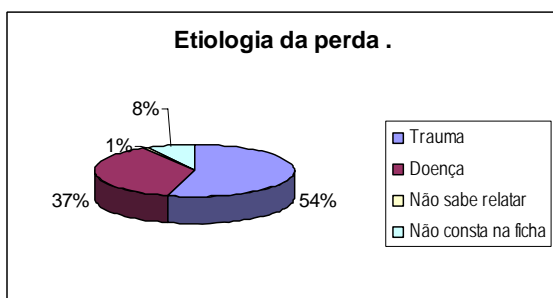


Figura 5 - Incidência da etiologia das perdas do globo ocular.

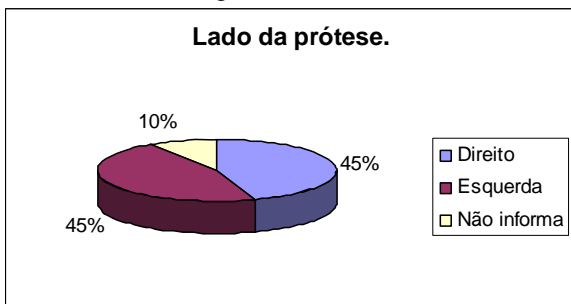


Figura 6 - Incidência da perda do globo ocular de acordo com o lado afetado.

Conclusão

Foi observado maior incidência da perda do globo ocular em homens, com idade superior aos 26 anos

As maiores incidências em relação a etiologia das perdas foi de origem traumática, seguida pelas patológicas e pouca incidência para as congênitas.

Não houve significado estatístico quando comparado os lados afetados pela perda.

Referências

CHALIAN, V.A. **Maxillofacial Prosthetics**. Baltimore, Williams &Wilkins, 1971.

CYRILLO, P.I. Aspectos psicológicos relacionados aos portadores de lesões oculares e a utilização da prótese. In: FONSECA, E.P. **Prótese ocular**. São Paulo: Panamed, 1987. p.181-90.

GOIATO, M.C. Prótese ocular em bebê, em apenas duas sessões clínicas. **Rev Bras Prótese Clín Lab**, v.1, n.4, p. 363-366, 1999.

HOSNI, E.S. Prótese ocular individualizada: tarefa do cirurgião dentista. **PCL**, v. 4, n. 21, p. 375-79, 2002

KRAMER, O.E. A prótese ocular. **Rev. Fac. Odont. Pelotas**, v.3, n.5, p.91-118, 1960.

MAIA, F.A.S; DIAS, R.B.; REZENDE, J.R.V. Estudo de técnicas de moldagem da cavidade anoftálmica visando a confecção da prótese ocular. **Rev Odontol Univ São Paulo** v.11 s.1 São Paulo 1997.

MATTOS, B.S.C.; CARVALHO, J.C.M. Prevalência das perdas do globo ocular I: estudo das variáveis lado, etiologia, sexo. **Rev. Odontol. USP**, v.2, n.3, p.175-81, 1988

MATTOS, B.S.C.; CARVALHO, J.C.M. Prevalência das perdas do globo ocular II: estudo das variáveis lado, etiologia, sexo. **Rev. Odontol. USP**, v.3, n.1, p.246-52, 1989.

MORONI, P. Reabilitação Buco facial. Cirurgia e prótese, **São Paulo, Panamed Editorial**, 1983. p. 321. 19.

MURPHEY, P.J. The evolvent of ofthalgo – Prosthesis to civilian requirements. **J. AMER. DENT. ASS.**, 39 (1-6) : 9-20, July, 1949

PERRONE, A.; BERCINI, F.; AZAMBUJA, T.W.F. Prótese ocular, revisão da literatura e apresentação de caso clínico. **Rev Fac Odont Porto Alegre** 1996;37:13-14.

REZENDE, J.R.V. Prótese Ocular. In: REZENDE, J.R.V. **Fundamentos da prótese buco-maxilo-facial**. São Paulo. Sarvier, 1977. Cap.10, p.129-44.

RODE, R; VARELLA, M.A.; RODE, S.M. Etiologia da perda do globo ocular, parcial ou total, que leva à indicação de prótese. **Rev ABO Nac** 1997;5:362-365.