

Reabilitação de paciente eviscerado por meio de prótese ocular: relato de caso

Rehabilitation of patient eviscerated with eye prosthesis: case report

Rehabilitación de paciente eviscerado por medio de prótesis ocular: reporte de caso

Kaique Vinicius **GONÇALVES**¹
Otávio Bastos Totti **MARTINS**¹
Michelle de Sousa **NEVES**¹
Marcela Filié **HADDAD**²

¹Graduando(a), Faculdade de Odontologia de Alfenas, Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL, 37130.000 Alfenas-MG, Brasil

²Cirurgiã-Dentista, Mestre e Doutora em Prótese Dentária, Professora da Disciplina de Prótese Parcial Removível, Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia de Alfenas, Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL, 37130.000 Alfenas-MG, Brasil

Resumo

O objetivo do presente estudo é relatar um caso clínico de reabilitação de paciente eviscerado unilateral por meio de prótese ocular. Para tal, o paciente teve o remanescente de sua esclera moldado. Este molde foi incluído em mufla para a posterior obtenção da esclera artificial em Resina Acrílica Ocular Termicamente Ativada (RAOTA) incolor. A esclera obtida foi provada no paciente e recebeu os ajustes necessários. Em seguida, foi realizada a centralização da pupila, feito o platô e pintada a íris artificial, que foi colada sobre o platô. Toda a superfície da esclera recebeu caracterização e o conjunto foi recoberto com uma nova camada de RAOTA incolor. Por fim, a prótese recebeu acabamento, polimento, e foi instalada. O paciente foi instruído quanto ao uso e higienização. Foi observado que após a instalação da prótese, a estética facial do indivíduo foi restaurada, o suporte palpebral restabelecido e o indivíduo foi reinserido ao convívio social. A partir do exposto, conclui-se que o tratamento reabilitador atingiu seu objetivo de restaurar a estética facial e foi de grande importância para o paciente, pois o mesmo resgatou a autoestima perdida e pode retornar ao convívio social sem constrangimentos.

Descritores: Reabilitação; Olho Artificial; Evisceração do Olho.

Abstract

The objective was to report a clinical case of rehabilitation of unilateral eviscerated patient through ocular prosthesis. To do this, the patient had his sclera molded with alginate. This mold was included in muffle for the posterior obtaining of the artificial sclera in Thermally Activated Ocular Acrylic Resin (TAOAR) colorless. The sclera obtained was proven in the patient and received the necessary adjustments. Then the pupil's centralization was conducted, made the plateau and painted the artificial iris, which was glued on the plateau. The entire surface of the sclera received characterization and the set was covered with colorless TAOAR. Finally, the prosthesis received finishing, polishing, and was installed. The patient was instructed as to use and sanitize. It was observed that after installing the prosthesis, the facial aesthetics of the individual was restored, the eyelid support restored and the obtaining of the reinsertion of the individual to social conviviality. From the foregoing, it is concluded that the rehabilitation treatment has reached its objective of restoring the facial aesthetic and was of great importance to the patient, as the same rescued the lost self-esteem and could return to social conviviality without constraints.

Descriptors: Rehabilitation; Eye, Artificial; Eye Evisceration.

Resumen

El objetivo del presente estudio es relatar un caso clínico de rehabilitación de paciente eviscerado unilateral por medio de prótesis oculares. Para ello, el paciente tuvo el remanente de su esclera moldeada. Este molde fue incluido en mufla para la posterior obtención de la esclera artificial en Resina Acrílica Ocular Termalmente Activada (RAOTA) incolora. La esclera obtenida fue probada en el paciente y recibió los ajustes necesarios. A continuación, se realizó la centralización de la pupila, hecha la meseta y pintada el iris artificial, que fue pegada sobre la meseta. Toda la superficie de la esclera recibió caracterización y el conjunto fue recubierto con una nueva capa de RAOTA incoloro. Por último, la prótesis recibió el acabado, pulido, y se instaló. El paciente fue instruido en cuanto al uso e higienización. Se observó que después de la instalación de la prótesis, la estética facial del individuo fue restaurada, el soporte palpebral restablecido y el individuo fue reinsertado a la convivencia social. A partir de lo expuesto, se concluye que el tratamiento reabilitador alcanzó su objetivo de restaurar la estética facial y fue de gran importancia para el paciente, pues el mismo rescató la autoestima perdida y puede retornar a la convivencia social sin limitaciones.

Descriptores: Rehabilitación; Ojo Artificial; Evisceración del Ojo.

INTRODUÇÃO

A face é o principal meio de comunicação do homem, sendo que deformidades nesta região podem afetar a autoestima, levando a um sentimento de inferioridade e rejeição. O olho humano é geralmente o primeiro a ser notado na face, sendo que as perdas oculares provocam assimetria facial e comprometimento estético. Essas perdas são ocasionadas, principalmente, por traumas, câncer ou defeitos congênitos. Nesse contexto, as próteses oculares são importantes para restabelecer a estética, proteger a cavidade anoftálmica, restabelecer função, como o redirecionamento do fluido lacrimal, e reintegrar o paciente à sociedade¹.

Pacientes que necessitam de tratamento com prótese ocular são aqueles que perderam estrutura ocular através de evisceração, enucleação ou

exenteração. A evisceração é a remoção do conteúdo do globo, mas mantendo esclera e córnea. A enucleação é a remoção completa do globo ocular com preservação dos tecidos adjacentes. A exenteração, por sua vez, consiste na remoção de toda a órbita com remoção parcial ou total dos tecidos adjacentes².

As próteses oculares podem ser classificadas em duas categorias, de acordo com o método utilizado para sua confecção: próteses individualizadas e próteses pré-fabricadas. As próteses individualizadas são confeccionadas a partir de um molde da cavidade eviscerada, que dará origem a uma prótese perfeitamente adaptada as estruturas do paciente, restaurando a estética perdida e promovendo movimentação adequada da prótese,

conforto e proteção dos tecidos adjacentes. Já as próteses pré-fabricadas são próteses de estoque, disponíveis em vários tamanhos e cores, adaptadas à cavidade do paciente. Estas próteses são de rápida aquisição, porém, nem sempre conseguem restabelecer a estética e a movimentação de maneira satisfatória³.

Com base no exposto, o objetivo do presente estudo foi relatar um caso clínico de reabilitação de paciente eviscerado por meio de prótese ocular individualizada.

CASO CLÍNICO

O projeto do presente relato de caso foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos e obteve de parecer de aprovação (Parecer 1.291.320).

O trabalho consistiu no relato de um caso clínico de reabilitação de paciente eviscerado unilateral, que foi atendido na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG, nas dependências da clínica de Prótese, seguindo o protocolo definido por Rezende⁴.

Paciente leucoderma, 42 anos de idade, sexo masculino, funcionário público, apresentou-se a clínica de Prótese da UNIFAL-MG com a necessidade de confecção de uma prótese ocular. Durante a anamnese, relatou que perdeu a visão e as estruturas superficiais do globo ocular há mais de 20 anos devido à glaucoma. (figura 1) Após a perda, o paciente adquiriu uma prótese pré-fabricada, que apresentava boa adaptação, porém era insatisfatória esteticamente. Desta maneira, optou-se pela confecção de nova prótese.



Figura 1: Aspecto inicial do paciente.

Considerando-se que a adaptação da prótese do paciente era boa e a grande dificuldade de se moldar pacientes com perda parcial do globo, optou-se por duplicar a prótese antiga para a obtenção da nova esclera. Para tal, silicona por condensação de consistência densa ou massa (Zetaplus, Zhemarck, Badia Polesine – Itália) foi manipulada de acordo com as instruções do fabricante e utilizada para recobrir a prótese antiga (Figura 2).

Após a polimerização da silicona, o conjunto prótese/silicona foi incluído em mufla preenchida com gesso comum. Obtida a presa final do gesso, a

outra face da prótese foi recoberta com silicona, como descrito previamente. Após a polimerização do material, vaselinou-se a superfície do gesso e a contramufla posicionada, preenchida com gesso, foi levada para uma prensa de bancada.



Figura 2: Prótese antiga, recoberta com silicona por condensação, consistência densa (massa).

Após a cristalização do gesso a mufla foi aberta, a prótese antiga foi removida e, dessa maneira, obtido um molde para a prensagem da resina acrílica ocular. Assim, a resina acrílica ocular termicamente ativada (RAOTA) incolor (JET-Clássico. Campo Limpo Paulista, São Paulo, Brasil) foi proporcionada, manipulada, inserida no molde, e prensada seguindo as recomendações do fabricante. Após a polimerização da resina, a mufla foi aberta, a nova esclera artificial removida, recebeu acabamento com maxicut e polimento em torno mecânico com pedra pomes e escova de pelos e branco de Espanha e disco de feltro. Em seguida foi mantida imersa em água por 24 horas para eliminação de monômero residual.

Passado este período, a esclera artificial foi provada no paciente, avaliando o contorno, a movimentação e adaptação da mesma. Depois de feito todos os ajustes, a pupila foi centralizada e o platô realizado.

A íris artificial foi pintada sobre papel do tipo cartão, na cor preta, usando tinta a óleo (Gato Preto. Sorocaba, São Paulo, Brasil) misturada a secante de cobalto.

Em seguida, foi realizada a caracterização da esclera, através da adição de pigmentos e fios que simulam as veias e artérias, disponíveis no kit de caracterização Peter Thomas, sempre tomando como referencia o olho sadio do paciente. Após a secagem dos pigmentos, a íris artificial foi, então, colada sobre o platô com cola branca escolar (Figura 3).

Encerrada a fase de pintura e caracterização, uma pequena porção de RAOTA incolor foi manipulada e inserida na mufla do lado correspondente ao que recobriria a pintura e a caracterização realizadas previamente sobre a esclera.

A esclera caracterizada foi posicionada sobre esta resina (Figura 4), a mufla foi fechada, posicionada em prensa de bancada com pressão de 1,25 toneladas por 10 minutos, os excessos de resina foram recortados e a mufla foi transferida para uma prensa de mão, a fim de se realizar a polimerização térmica da RAOTA incolor.

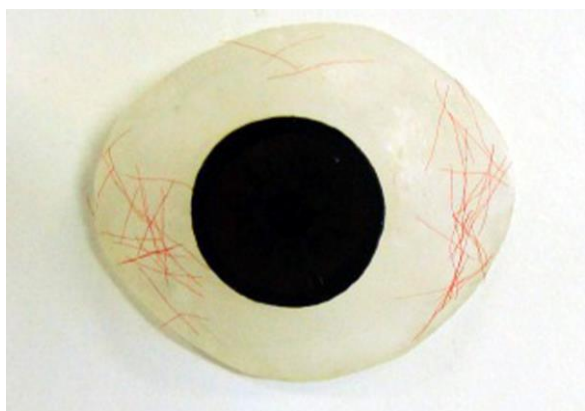


Figura 3: Esclera caracterizada e íris artificial colada sobre o platô.



Figura 4: Esclera caracterizada posicionada sobre RAOTA incolor no interior da mufla.

A RAOTA incolor foi polimerizada seguindo as orientações do fabricante. Após o resfriamento, a mufla foi aberta, a prótese ocular removida e submetida a acabamento e polimento da mesma maneira já mencionada após a obtenção da esclera artificial e também ficou imersa em água por 24 horas previamente à instalação.

A nova prótese foi instalada (Figura 5) e o paciente foi instruído quanto ao uso e higienização, além de ter sido alertado a respeito da necessidade de polimentos periódicos para correção de possíveis riscos advindos do processo de higienização e/ou quedas da prótese. No momento da instalação, o paciente demonstrou muita satisfação com o tratamento realizado, relatando que a prótese estava confortável e esteticamente agradável.



Figura 5: Nova prótese instalada.

DISCUSSÃO

A prótese ocular tem duas funções, pois além de devolver a autoestima ao paciente, reintegrando-o à sociedade, ainda remove a possibilidade da privação ser vivenciada em sua totalidade, facilitando o processo de aceitação. Não há relação entre o resultado estético obtido com o grau de satisfação do paciente. O preconceito é outro fator importante, pois pode interferir ou não na reabilitação do paciente, dependendo do comportamento que apresente diante da sociedade. Anatômica e esteticamente, a prótese ocular reestabelece o conforto ao paciente, facilitando a aceitação interpessoal⁵.

Em relação ao aspecto pessoal, ela auxilia na autoaceitação, recuperando sentimentos, sensações e valores. A pessoa que perde um órgão sofre modificações em sua vida, afetando diretamente seu comportamento e a maneira de agir. A prótese faz com que as pessoas não vejam o portador de lesão ocular como tal, portanto, não demonstrem sentimentos de compaixão ou repulsa, já que reagem e interagem naturalmente com esses indivíduos, não comprometendo seus relacionamentos interpessoais⁶.

Para a reabilitação de pacientes com defeitos oculares diferentes tipos de próteses são propostas, sendo que a opção por cada uma delas dependerá das características da cavidade, presença ou não de remanescente do globo e relação com a etapa cirúrgica⁴. Conforme o relato de caso do caso aqui exposto, foi optado pela confecção de uma prótese ocular restauradora e individualizada, já que esta oferece um resultado estético e funcional superior à prótese de estoque. A prótese de estoque é muito procurada pelos pacientes por ser de rápida obtenção, porém não oferece a mesma qualidade da individualizada, sendo o maior comprometimento dessa prótese a mobilidade, especialmente em pacientes com perda completa do globo ocular, pois o olhar fica fixo^{7,8}.

A moldagem quando realizada corretamente, permite uma justaposição da prótese com todo o coto muscular remanescente, fator que está diretamente ligado a mobilidade da prótese⁹. Segundo a literatura, existem diversas técnicas de moldagem: através da injeção do material com seringas plásticas diretamente na cavidade anoftálmica¹⁰, com moldeiras de estoque (pré-fabricadas); com moldeiras individuais (moldeiras perfuradas de resina acrílica com uma adaptação de um conduto central para acoplar uma seringa plástica); ou confeccionadas a partir da prótese ocular do próprio paciente¹¹. Como a moldagem da cavidade de indivíduos com remanescente do globo é extremamente difícil e incômoda para o paciente e considerando que a prótese antiga do paciente aqui relatado encontrava-se adaptada tendo como único indicativo para sua substituição a estética insatisfatória, foi decidido

suprimir a etapa de moldagem e duplicar a prótese para obter a nova esclera artificial.

A resina acrílica é o material de escolha para a sua confecção, devido as suas características como: baixo custo, fácil manuseio, adequados valores de resistência, durabilidade, facilidade de limpeza, retenção mecânica confiável e biocompatibilidade^{12,13}.

Para a pintura da íris, observou-se a cor da íris sadia do paciente, todos os fundamentos morfológicos, sob luz natural. Utilizando tinta a óleo, a pintura foi realizada sobre papel do tipo cartão, na cor preta, recortado em diâmetro compatível com o da íris sadia do paciente. A etapa final da pintura da íris artificial consistiu na reprodução da pupila, halo peripular e halo externo, preconizando as técnicas descritas por Goiato et al.¹² e Helland¹⁴.

Reis¹⁵ destacou a importância da correta reprodução da íris na prótese ocular e levantou uma nova técnica de confecção da íris protética, substituindo a pintura tradicional pela imagem da íris remanescente revelada em papel fotográfico. A partir desse estudo, avaliou a estabilidade das cores, levando a comparação entre a nova técnica de pintura através da fotografia digital e da técnica com a pintura manual, ambas sobre a ação da polimerização da resina acrílica incolor. Na técnica com uso da fotografia, Reis recobriu a imagem revelada com 3 leves camadas de spray de verniz protetor de tinta (Acrilex Tintas Especiais SA, São Bernardo do Campo, SP, Brasil) a prova d'água. Em seguida, realizou a prensagem de resina acrílica sobre as íris digitalizadas impressas. Para isso, a íris artificial foi fixada por meio de adesivo líquido (J-305, Monopoly Syrup; Factor II Inc, USA). Sobre as íris artificiais foi prensada resina acrílica incolor específica para confecção de próteses oculares. Essa resina foi manipulada de acordo com as instruções do fabricante sendo inserida nos moldes, contidos nas muflas, para posterior prensagem das mesmas. O autor concluiu que a técnica mostrou-se eficaz na fidelidade de reprodução da íris remanescente pelo método digital e na diminuição do tempo de confecção das próteses oculares, apresentando, ainda, baixo custo, boa longevidade e possibilidade de armazenamento das imagens para eventuais trocas da prótese.

Finalizada a pintura da íris e a caracterização dos vasos sanguíneos através de fibras de seda vermelha, a esclera artificial deve ser recoberta por uma camada de resina acrílica incolor que pode variar de 1 a 3,5 mm, permitindo, pela sua translucidez, a perfeita visualização da íris artificial¹². No caso em questão a espessura da resina de recobrimento foi a mínima preconizada pela literatura (1mm), tendo em vista a espessura da prótese confeccionada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No atual relato os resultados foram satisfatórios, visto que a estética facial do indivíduo foi restaurada e ele pôde ser reinserido à sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Goiato MC, Mancuso DN, Fernandes AU, Dekon SF. Estudo sobre as causas mais freqüentes de perdas oculares. Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais. 2004; 40(3):271-76.
2. Guttal SS, Joshi SM, Pillai LK, Nadiger RK. Ocular prosthesis for a geriatric patient with customised iris: a report of two cases. Gerodontology. 2011; 28(2):152-56.
3. Maghami MH, Sodogar AM, Lashay A, Riazi-Esfahani H, Riazi-Esfahani M. Visual prostheses: The enabling technology to give sight to the blind. J Ophthalmic Vis Res. 2014; 9(4):494-505.
4. Rezende JRV. Fundamentos da Prótese Buco Maxilo Facial. São Paulo: Sarvier; 1997.
5. Carvalho JF, Silva CM, Bento G, Haddad MF. Reabilitação de paciente anoftálmico por meio de prótese ocular: relato de caso. Arch Health Invest. 2017; 6(4):162-66.
6. Botelho NLP, Volpini M, Moura EM. Aspectos psicológicos em usuários de prótese ocular. Arq Bras Oftalm. 2003; 66(5):637-46.
7. Maia FAS, Dias RB, Rezende JRV. Estudo comparativo das técnicas de moldagem da cavidade anoftálmica visando a confecção da prótese ocular. Rev Odontol Univ São Paulo. 1997; 11(supl.1):85-90.
8. Chintal SK, Sajjan CS. Prosthetic management of an ocular defect. Contemp Clin Dent. 2010; 1(3):201-3.
9. Brandt S. The plastic artificial eye. J New J Dent Assoc. 1946; 17(3):31-6.
10. Bartlett SO, Moore DJ. Ocular prosthesis: A physiologic system. J Prosthet Dent. 1973; 29(4):450-59.
11. Mathews MF, Smith RM, Sutton AJ, Hudson R. The ocular impression: A review of the literature and presentations of an alternative technique. J Prosthodont. 2000; 9(4):210-16.
12. Goiato MC, Bannwart LC, Haddad MF, dos Santos DM, Pesqueira AA, Miyahara GI. Fabrication techniques for ocular prostheses--an overview. Orbit. 2014; 33(3):229-33.
13. Emídio TCS, Dutilh JDAM, Moro MC, Dutilh CM. Reabilitação com prótese ocular individualizada em pacientes jovens: relato de casos clínicos. Int J Dent. 2011; 10(3):190-4.
14. Helland M. Fabrication of ocular prostheses. In: Beumer J, Curtis TA, Firtell DN (ed). Maxillofacial rehabilitation: prosthodontic and

- surgical considerations. St Louis: CV Mosby; 1979. pp. 352-62.
15. Reis RC. Avaliação da íris de prótese ocular obtida através de imagem digitalizada impressa em papel fotográfico [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2008.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Marcela Filié Haddad

marcela.haddad@unifal-mg.edu.br

Submetido em 11/04/2018

Aceito em 06/06/2018