

# EVISCERAÇÃO E ENUCLEAÇÃO NA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP: COMPARAÇÃO ENTRE DUAS DÉCADAS



Silvana Artioli Schellini<sup>1</sup>  
Daniel Alves de Oliveira<sup>2</sup>  
Carlos Alexandre Ferreira de Oliveira<sup>2</sup>  
Érika Hoyama<sup>3</sup>  
Carlos Roberto Padovani<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Professora Livre-docente do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

<sup>2</sup>Acadêmicos do 6º da Medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

<sup>3</sup>Pós-Graduada – Depto. OFT/ORL/CCP – FMB - UNESP

<sup>4</sup>Professor Titular do Departamento de Bioestatística - Instituto de Biociências – da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Recebido em : 04/02/2003  
Aceito em: 20/07/2003

SHELLINI, Silvana Artioli et al. Evisceração e enucleação na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp: comparação entre duas décadas. *Salusvita*, Bauru, v. 22, n. 1, p. 71-77, 2003.

## RESUMO

*O objetivo deste estudo foi avaliar mudanças ocorridas no perfil dos pacientes e na conduta de remoção do bulbo ocular, comparando pacientes de duas décadas de atendimento. Foram avaliados, retrospectivamente, 181 pacientes portadores de cavidade anoftálmica, operados na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) – UNESP. Os pacientes foram divididos em grupo G1, cuja cirurgia foi realizada entre os anos de 1979-1989 e G2, quando a cirurgia ocorreu entre 1990-2000. Foram estudados todos os indivíduos submetidos aos procedimentos neste período, avaliando-se sexo, idade, causa da perda do bulbo ocular e tipo de cirurgia realizada (enucleação ou evisceração). Os dados foram submetidos à análise estatística segundo Teste de Goodman. Observou-se predomínio significativo de indivíduos na faixa etária entre 21-60 anos em ambos os grupos. O sexo masculino foi o mais frequentemente afetado no G1, enquanto no G2, não houve diferença entre os sexos. As causas*

*da perda do bulbo ocular tiveram distribuição semelhante nos dois grupos, sendo as mais freqüentes phthisis bulbi, endoftalmite, glaucoma e trauma. A enucleação foi o procedimento significativamente mais indicado no G1, e a evisceração no G2. Em síntese, os dois grupos de pacientes foram semelhantes quanto à idade de acometimento e fatores causais que levaram a perda do olho; os grupos diferiram quanto ao sexo (preponderância do sexo masculino em G1 e semelhança entre sexos em G2) e quanto ao tipo de cirurgia, sendo a evisceração a mais freqüente cirurgia realizada no G2.*

UNITERMOS: enucleação; evisceração; causas; freqüência; ocorrência.

## INTRODUÇÃO


Apesar dos contínuos avanços no tratamento médico e cirúrgico das doenças oculares, a remoção do bulbo ocular continua sendo um procedimento muito mais freqüente do que o desejado (HORNBLASS et al., 1995).

A remoção dos olhos data de muitos séculos. Na Babilônia e na Suméria, os olhos de cirurgiões que não tivessem êxito em suas cirurgias eram removidos. A primeira enucleação foi descrita há mais de 400 anos por Bartisch, tendo sido realizada sem anestesia, através da perfuração do olho por 2 agulhas unidas a espesso fio de algodão, utilizadas para promover o prolapso do olho, para a sua subsequente extirpação (RUEDEMANN, 1960). Em 1817, James Bear relatou o primeiro caso de evisceração, no qual o conteúdo do olho foi removido, mantendo-se o saco escleral (RUEDEMANN, 1960). E somente em 1841, foi utilizada uma prótese orbitária após a remoção do conteúdo ocular, com o intuito de repor o volume perdido. Mas foi Mules, em 1885, que revolucionou as técnicas até então utilizadas, com a introdução de uma esfera de vidro dentro da cavidade escleral, após uma evisceração (HORNBLASS et al., 1995).

Apesar dos avanços dentro da Oftalmologia diagnóstica e cirúrgica e da reconstrução órbito-palpebral, a remoção cirúrgica do olho continua sendo necessária, uma tragédia tanto para o médico, como para o paciente. Representa o estágio final das afecções oculares, sendo realizada no momento em que todas as possibilidades de restabelecimento da função visual se esgotaram (OLIVALVES et al., 1975; CUNHA et al., 1987), condição frustrante para o oftalmologista que se depara com a falência de todos os seus esforços, as-



SCHELLINI, Silvana Artioli et al. Evisceração e enucleação na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp: comparação entre duas décadas. *Salusvita*, Bauru, v. 22, n. 1, p. 71-77, 2003.

 SCHELLINI, Silvana  
Artioli et al. Evisce-  
ração e Enucleação  
na Faculdade de Me-  
dicina de Botucatu -  
Unesp: comparação  
entre duas décadas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 22, n. 1, p. 71-77,  
2003.

sim como para o paciente, cujo trauma psicológico e seqüela da perda física perduram por toda a vida.

Em conseqüência das inovações tecnológicas para reconstrução da cavidade anoftálmica, as condutas médicas vêm sofrendo alterações nos últimos anos. Este foi o motivo que nos impulsionou para a realização deste estudo, que teve por objetivo avaliar mudanças no perfil dos pacientes e nas indicações de cirurgia ocorridas nos últimos 10 anos, na conduta de remoção do bulbo ocular (enucleação) ou de seu conteúdo (evisceração).

## MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo, avaliando-se 181 portadores de cavidade anoftálmica do Ambulatório de Plástica Ocular da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Foram incluídos no estudo todos os pacientes submetidos à cirurgia de enucleação ou evisceração, no período de 1970 a 2000.

Os participantes foram separados em 2 grupos: grupo G1, formado por indivíduos submetidos à cirurgia no período de 1979 a 1989 e G2, pacientes cujas cirurgias foram realizadas nos últimos 10 anos (1990 a 2000).

Os pacientes foram avaliados quanto à idade no momento da realização da cirurgia, sexo, causa da perda do bulbo ocular e tipo de cirurgia realizada (evisceração ou enucleação).

Os dados foram submetidos à análise estatística pelo Teste de Goodman. A significância encontra-se apontada nas Tabelas por letras minúsculas (comparação entre grupos) e maiúsculas (comparação entre os parâmetros avaliados dentro do mesmo grupo), quando letras iguais significam que houve igualdade e letras diferentes apontam a significância estatística.

## RESULTADOS

O número de indivíduos avaliados nos 2 grupos foi semelhante, ou seja, dos 181 pacientes, 52% pertenciam ao G1 e 47% ao G2.

A maioria dos pacientes submetidos à cirurgia era do sexo masculino (64%), com predomínio significativo do sexo masculino no G1 e sem diferença estatisticamente significativa entre os sexos no G2 (TABELA 1).

TABELA 1 - Distribuição dos pacientes segundo sexo, nos dois grupos de estudo.

Momento de Avaliação	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
G1	65aB	30aA	95
G2	50aA	36aA	86
TOTAL	115 (64%)	66 (36%)	181

Letras minúsculas comparam as colunas; letras maiúsculas comparam as linhas

Com relação à idade, todas as faixas etárias foram acometidas de forma semelhante em G1 e G2; em ambos os grupos, houve maior número de indivíduos nas faixas de 21 a 60 anos e maiores de 61 anos (TABELA 2).

TABELA 2 - Distribuição dos pacientes segundo faixa etária, nos dois grupos de estudo.

Momento de Avaliação	Faixa Etária				Total
	< 10	11- 20	21- 60	> 61	
G1	10aA	5aA	57aB	23aAB	95
G2	7aA	8aA	41aB	30aAB	86
TOTAL	17(9%)	13 (7%)	98 (54%)	53 (29%)	181

Letras minúsculas comparam as colunas; letras maiúsculas comparam as linha

As causas mais freqüentemente relacionadas com a perda do olho foram: phthisis bulbi (26%), endoftalmite (21%), glaucoma (19%), trauma (17%) e outras como tumores (7%), patologias corneanas (8%) e alterações congênitas (2%). Não houve diferença significativa entre G1 e G2 com relação à causa de perda do bulbo ocular (TABELA 3 )

TABELA 3 : Distribuição da causa de perda do olho segundo o momento de avaliação.

M. de Aval.	Causa da Perda do Olho							Total
	Phth. bulbi	Glaucoma	Trauma	Tumor	Endoftalm.	Córnea	Congên.	
G1	24aB	19aB	18aB	6aA	20aB	6aA	2aA	95
G2	23aC	16aB	13aB	7aA	18aBC	8aA	1aA	86
Total	47(26%)	35(19%)	31(17%)	13(7,1%)	38(21%)	14(7,6%)	3(1,6%)	181

Letras minúsculas comparam as colunas; maiúsculas comparam as linhas



SCHELLINI, Silvana Artioli et al. Evisce-  
ração e enucleação na  
Faculdade de Medici-  
na de Botucatu -  
Unesp: comparação  
entre duas décadas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 22, n. 1, p. 71-77,  
2003.

A enucleação foi realizada em 60% dos pacientes e a evisceração em 40%, sendo a enucleação o tipo de cirurgia significativamente mais indicada no G1 e a evisceração, no G2 (TABELA 4).

TABELA 4 - Distribuição do tipo de cirurgia de remoção do globo ocular segundo o momento de avaliação.

Momento de Avaliação	Tipo de Cirurgia		Total
	Evisceração	Enucleação	
G 1	13aA	82bB	95
G 2	59bB	27aA	86
TOTAL	72 (40,0%)	109 (60,0%)	181

Letras minúsculas comparam as colunas; letras maiúsculas comparam as linhas.

## DISCUSSÃO

A indicação de remoção do bulbo ocular, quer por evisceração ou por enucleação, é uma das mais difíceis decisões para o oftalmologista. Muitos fatores devem ser levados em conta antes da opção final pela cirurgia que está indicada para conforto do paciente (nos casos de olhos dolorosos), preservação da vida (quando há tumores) ou por razões estéticas.

Os homens entre 20 e 60 anos, geralmente esteio familiar, foram os que mais foram submetidos às cirurgias em questão nos dois grupos avaliados, concordando com outros estudos que mostram prevalência da perda do olho em indivíduos jovens, em idade produtiva e do sexo masculino (OLIVALVES et al., 1975; CUNHA et al., 1987). Os pacientes acima de 61 anos foram o segundo grupo mais acometido, quando a maioria das indicações cirúrgicas decorreu de processos infecciosos pós-trauma ou cirurgia intra-ocular.

Apesar dos grandes avanços que estão ocorrendo dentro da Oftalmologia, as patologias responsáveis pela perda do olho continuam semelhantes as que ocorriam no passado. As causas mais freqüentes de perda do olho foram phthisis bulbi, endoftalmite, glaucoma e trauma em ambos os grupos. A endoftalmite, secundária a cirurgia ou trauma, é uma das piores patologias com que se depara o oftalmologista, sendo importante causa de morbidade visual. Também o glaucoma absoluto continua sendo causa freqüente de remoção do bulbo ocular, mesmo com os métodos cada vez melhores de detecção e acompanhamento, muitas vezes, por procura tardia do tratamento. O trauma, apesar das campanhas educativas com respeito à prevenção e esclarecimento, continua cegando muitos indivíduos.

O sexo masculino foi o mais acometido com diferença significativa no G1; no G2 observou-se acometimento semelhante nos dois sexos, revelando que a mulher, talvez pela independência cada vez maior adquirida nos últimos anos, vem se expondo mais aos fatores agressores predisponentes a perda ocular.

Observou-se no G1 que a enucleação foi o procedimento mais freqüentemente realizado no Serviço onde este estudo foi desenvolvido, mas que nos últimos 10 anos (G2), a preferência recaiu sobre a evisceração. Atualmente a enucleação é indicada apenas nos casos de tumores malignos, quando há risco de oftalmia simpática ou há contração excessiva do saco escleral, dificultando a colocação do implante orbitário (SOLL, 1992; MOSHFEGHI et al., 2000).

A enucleação pode resultar em contração maior da cavidade por lesar as estruturas orbitárias, levando a resultados esteticamente piores e mobilidade da prótese externa reduzida em relação à evisceração. Os resultados estéticos na evisceração são melhores, havendo melhor mobilidade da prótese, com menor enoftalmia e menores chances de alteração do sulco palpebral superior, provavelmente por ocorrer menor perda de gordura orbitária; há também proteção contra a disseminação da infecção nos casos de endoftalmite, assim como o efeito psicológico para o paciente é melhor nas eviscerações. A chance de oftalmia simpática é mínima, mas cuidados devem sempre ser tomados para que haja remoção completa de todo o conteúdo ocular.

Porém, recentemente, com o desenvolvimento de próteses orbitárias integráveis, a maior disponibilidade de biomateriais utilizados para confecção das esferas, a melhoria das técnicas cirúrgicas com sutura dos músculos extra-oculares no envoltório ou na própria esfera, fechamento dos tecidos por planos assim como a freqüência cada vez maior de processos legais contra os profissionais da saúde, tem se notado uma certa preferência à realização da enucleação, uma vez que, com esse tipo de cirurgia, o risco de oftalmia simpática e da persistência de tumores é muito mais raro (SOLL, 1992). Mais tempo será necessário para avaliar se esta tendência se confirma.

De qualquer forma, ainda existe um número significativo de pessoas que necessitam da remoção do bulbo ocular. Além da adoção de novas tecnologias para o tratamento das afecções oculares passíveis de cegueira e incentivo de medidas preventivas, o cirurgião deve estar atualizado para proporcionar o melhor tratamento possível para o portador de cavidade anoftálmica.



SCHELLINI, Silvana Artioli et al. Evisceração e Enucleação na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp: comparação entre duas décadas. *Salusvita*, Bauru, v. 22, n. 1, p. 71-77, 2003.



SCHELLINI, Silvana  
Artioli et al. Evisce-  
ração e Enucleação  
na Faculdade de Me-  
dicina de Botucatu -  
Unesp: comparação  
entre duas décadas.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 22, n. 1, p. 71-77,  
2003.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CUNHA, M. C. et al. Causas de enucleação no Instituto Penido Burnier duran-  
te 5 anos (1878-1982). *Arq. I. P. B.*, v. 27, p. 22-25, 1987.
2. HORNBLASS, A. et al. Current techniques of enucleation: a survey of 5,439  
intraorbital implants and a review of the literature. *Ophthalmic Plast. Recons  
Surg.*, v. 11, p. 77-88, 1995.
3. MOSHFEGHI, D. M. et al. Enucleation. *Surv. Ophthalmol.*, v. 44, p. 277-301,  
2000.
4. OLIVALVES, E. et al. Enucleação e evisceração. *Rev. Bras. Oftalmol.*, v. 34,  
p. 143-148, 1975.
5. RUEDEMANN, A. D. Modified Burch-type evisceration with scleral implant.  
*Am. J. Ophthalmol.*, v. 49, p. 41-50, 1960.
6. SOLL, D. B. The latest on enucleation, evisceration, pot op care of anophthal-  
mic socket. *Highlights of Ophthalmology*, v. 20, p. 71-78, 1992.

