

# Descolamento de retina (DR)

Prof. Dr. Paulo Augusto de Arruda Mello

Descolamento de retina (DR) tem incidencia de 1 para cada 10.000 pacientes por ano e permanece uma frequente indicacao de vitrectomia via pars plana e importante causa de cegueira irreversivel na populacao.

O processo de liquefacao vitrea (vitrealise) evolui em algum momento com descolamento do vitreo posterior (DVP). Em locais de adesoes vitreoretinianas o DVP causa tracoos que podem provocar roturas de retina.

A criacao de uma adesao coriorretiniana atraves de fotocoagulacao a LASER ou crioterapia sela roturas e pode previnir a evolucao processo patologico, mesmo em alguns casos com um pequeno descolamento de retina associado.

## **Sintomas**

Pacientes podem referir fosfenas ou manchas escuras que flutuam no campo visual. Roturas de retina nao levam qualquer dor ou inflamacao, sao assintomaticas em sua grande maioria.

## **Diagnóstico diferencial**

Degerecao Lattice, cisto de retina, outras degeneracoes perifericas nao relacionadas a descolamento de retina, variacoes de pigmentacao do epitelio pigmentado da retina ou mesmo vasos da coroide.

## **Investigação/Sinais**

O exame de mapeamento de retina sob midriase medicamentosa é necessario em todos pacientes sintomaticos. Pacientes assintomaticos devem ser submetidos ao exame se tiverem fatores de risco para descolamento de retina.

Pacientes com hemorragia vitrea tem maior chance de também apresentarem roturas de retina ao exame. Deve-se observar cuidadosamente toda a retina periferica e anterior, com identação escleral se necessário. O exame na lampada de fenda com a lente de Goldman de 3 espelhos tambem pode ser uma opção em alguns pacientes. Presença de tração vitrea pode ser observadas nas roturas em forma de ferradura que permanecem com a borda anterior elevada, aderidas no vitreo.

## **Tratamento**

Fotocoagulação a LASER é superior a crioterapia para o tratamento destas lesões. O objetivo eh a criação de uma reacao branca na retina com áreas de retina integra entre as marcas de fotocoagulacao da

retina, com diâmetro entre 200 a 400 micrometros. O tratamento deve se estender por toda a lesão, incluindo a retina anterior.

Fatores adicionais associados a maior chance de DR devem ser levados em consideração para decisão do tratamento: idade, degenerações periféricas, ametropia, cirurgia ocular, pseudofacia, trauma, uveíte e olho contralateral. Em pacientes com antecedente de descolamento de retina deve-se considerar tratamento no olho contralateral e estima-se risco de DR entre 9 a 40%.

Casos sintomáticos com tração vítrea na borda anterior da rotura em formato de ferradura tem maior chance de evoluir com descolamento, agravado se outros fatores de risco estiverem presentes. Roturas circulares, atroficas ou operculadas não precisam ser tratadas se for possível excluir tração vítrea adjacente. Casos com qualquer tipo de rotura e descolamento de retina ao redor devem ter a área de retina colada imediatamente adjacente ao líquido sub-retiniano tratada.

Em pacientes que já tiveram DR em um olho, áreas de retinosquise degenerativa periférica no olho contralateral devem ser tratadas. Pacientes que tiveram DR com roturas gigantes um olho, deve ser considerado tratamento de áreas de branco com pressão no olho contralateral.

Não foi demonstrado benefício do tratamento de degenerações periféricas sem roturas, ou mesmo com roturas atroficas sem tração, comparado a observação apenas destes casos porque a maioria dessas lesões não evolui para descolamento de retina.

### **Acompanhamento**

A frequência de acompanhamento deve ser decidido conforme a gravidade e risco de cada caso. Mais importante que o retorno periódico é orientar o paciente para retornar caso tenha alterações nos sintomas, perda de campo ou diminuição de acuidade visual. O processo de DVP continua e novas roturas podem acontecer.