

Epidemiologia do Descolamento da Retina na nossa Área de Actuação

Gil Calvão-Santos ¹, João Chibante-Pedro ², António Gomes da Rocha ², José Salgado-Borges ³

1 – Interno da formação específica em Oftalmologia; Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga - Unidade de Santa Maria da Feira

2 – Assistente Hospitalar Graduado; Secção de Cirurgia de Vítreo-Retina; Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga – Unidade de Santa Maria da Feira

3 – Director do Serviço de Oftalmologia; Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga - Unidade de Santa Maria da Feira
Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga - Unidade de Santa Maria da Feira.

gilfilipesantos@sapo.pt

RESUMO

Introdução: avaliar as características epidemiológicas do descolamento da retina (DR) na nossa área de actuação. **Material e Métodos:** estudo retrospectivo que englobou todos os doentes diagnosticados com DR no Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga entre 1 de Setembro de 2008 e 31 de Agosto de 2009. Recolheram-se dados quanto à idade, sexo, olho afectado, tipo de DR, cirurgia de catarata prévia e mês de diagnóstico. A incidência anual de DR foi estimada e os dados obtidos foram comparados com dados bibliográficos. **Resultados:** a nossa área de actuação cobre uma população de cerca de 300.000 habitantes. No período descrito foram diagnosticados 71 doentes com DR. Destes, 49 eram do sexo masculino e 22 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 9 e os 83 anos, com uma média de idades de 62,5 anos. O diagnóstico foi feito em 33 olhos direitos e 38 olhos esquerdos. Em relação ao tipo de DR no momento do diagnóstico 80,3% eram regmatogéneos, 18,3% traccionais e 1,4% exsudativos. A incidência anual de DR regmatogéneo foi de 19 por 100.000 habitantes. Não houve maior número de casos diagnosticados nos meses de Verão. **Conclusão:** os dados epidemiológicos obtidos com este estudo foram semelhantes a alguns estudos publicados, com excepção de não se ter diagnosticado maior número de DR nos meses mais quentes.

ABSTRACT

Objective: the aim of the study was the evaluation of the epidemiological characteristics of retinal detachment (DR) in our area of influence. **Methods:** we performed a retrospective study which included all patients diagnosed with DR in the Ophthalmology Department of *Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga* between September 2008 and August 2009. Data regarding age, sex, affected eye, type of DR, cataract surgery and month of diagnosis was collected. The annual incidence of DR was estimated and the findings were compared with published data. **Results:** our area of influence covers a population of about 300.000 inhabitants. In the period described, 71 patients were diagnosed with DR. Of these, 49 were male and 22 female, aged between 9 and 83 years, with a mean age of 62.5 years. The diagnosis was made in 33 right eyes and 38 left eyes. Regarding the type of DR at diagnosis 80.3% were rhegmatogenous, 18.3% tractional and 1.4% exudative.

The annual incidence of rhegmatogenous DR was 19 per 100.000 inhabitants. No greater number of cases was diagnosed in the summer months. **Conclusions:** epidemiological data obtained in this study were similar to some published studies, but without any increase of DR in the warmer months.

Palavras-chave: Descolamento da Retina; Epidemiologia; Incidência; População.

Key words: Retinal Detachment; Epidemiology; Incidence; Population.

Introdução

O descolamento da retina (DR) ocorre quando existe uma separação entre a retina neurossensorial e o epitélio pigmentar da retina subjacente, conseqüente a uma alteração entre as forças que promovem a união entre estas camadas. Esta disrupção de forças leva a uma acumulação de líquido subretiniano entre as camadas referidas, transformando um espaço virtual num espaço real. Esta entidade pode subdividir-se em 3 tipos¹⁵: *DR regmatogéneo* – é o tipo mais comum, sendo causado por passagem de vítreo liquefeito através de uma solução de continuidade da retina sensorial para o espaço subretiniano; *DR traccional* – é menos frequente do que o DR regmatogéneo, sendo secundário à tracção produzida por membranas proliferativas vítreoretinianas que elevam a retina na ausência de lesões regmatogéneas; este tipo de DR pode ocorrer no contexto de retinopatia diabética proliferativa, retinopatia da prematuridade, toxocaríase, retinopatia de células falciformes e tracção vítrea pós-traumática, entre outras; *DR exsudativo* – é o tipo menos comum, sendo causado por doenças retinianas ou coróideias das quais resulta uma exsudação de líquido dos vasos da retina neurossensorial e/ou da coróideia, com acumulação de fluido, na ausência de lesões regmatogéneas ou tracções vítreoretinianas; são exemplos de entidades causadoras deste tipo: uveíte, tumor metastático, melanoma maligno, doença de Coats, síndrome VKH, retinoblastoma, hemangioma coróideu, maculopatia exsudativa da idade e descolamento exsudativo após crioterapia ou diatermia, entre outras.

Apesar de todos os avanços terapêuticos na abordagem aos doentes com DR, os resultados funcionais são pouco satisfatórios, com apenas 42% dos doentes a atingir uma acuidade visual de 20/40, baixando este número para 28% se houver envolvimento macular¹¹. De facto, a presença de descolamento macular e a sua duração, é o determinante pré-cirúrgico principal da acuidade visual pós-operatória. Em doentes com descolamento macular com menos de uma semana de duração, 70% terão uma acuidade visual de 20/70 ou melhor, baixando o valor para 50% em descolamentos maculares com uma a oito semanas de duração¹⁵.

Uma vez que o DR é uma entidade potencialmente causadora de morbidade visual significativa, a obtenção dos seus dados epidemiológicos é essencial na compreensão do peso que esta entidade tem na prestação de cuidados de saúde. O objectivo deste trabalho é avaliar as características epidemiológicas do DR na área de actuação do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV), não se pretendendo discutir nem a abordagem terapêutica nem os resultados anátomo-funcionais desta situação.

Material e Métodos

Procedeu-se ao estudo retrospectivo dos doentes diagnosticados com DR no Serviço de Oftalmologia do CHEDV durante um período de 12 meses (entre Setembro de 2008 e Agosto de 2009). Recolheram-se dados relativos a idade, sexo, tipo de descolamento, olho afectado, existência de cirurgia de catarata prévia e mês de

diagnóstico. A maioria dos doentes foram diagnosticados no contexto do serviço de urgência e todos receberam tratamento no CHEDV.

Como base de apoio teórico e para comparação de resultados, procedeu-se a uma pesquisa na base de dados Medline de trabalhos publicados nos últimos 25 anos que continham a seguinte combinação de palavras-chave: “retinal detachment”, “epidemiology”, “incidence” e “population”.

Resultados

O CHEDV, constituído pelas unidades de Santa Maria da Feira, São João da Madeira e Oliveira de Azeméis, serve a população dos concelhos de Arouca, Castelo de Paiva, Espinho, Oliveira de Azeméis, Ovar, São João da Madeira, Santa Maria da Feira e Vale de Cambra⁵. Nesta área geográfica habitam cerca de 300.000 pessoas⁷.

No período em estudo, identificámos 71 doentes com DR de diferentes etiologias. Quanto ao olho afectado, constatou-se a presença de DR em 49% (n=33) olhos direitos e 51% (n=38) olhos esquerdos.

Em relação ao sexo dos doentes, 69% (n=49) dos indivíduos eram do sexo masculino e 31% (n=22) do sexo feminino, com uma média de idades de 62,5 anos, um valor mínimo de 9 anos e um máximo de 83 anos (gráfico 1). É de realçar que 70% dos indivíduos diagnosticados com DR tinham entre 60 e 79 anos. Ao fazer a distribuição etária dividida por sexos (gráfico 2), verifica-se uma média de idades de 62,9 anos no sexo masculino e de 61,6 anos no sexo feminino. O valor mínimo de idade no sexo masculino foi de 9 anos e o máximo foi de 82 anos. O valor mínimo de idade no sexo feminino foi de 16 anos e o máximo foi de 83 anos. É de realçar que 70% dos indivíduos do sexo masculino com DR tinham entre 60 e 79 anos. Na mesma faixa etária verificaram-se 64% de DR no sexo feminino.

Em relação à sazonalidade, observou-se um maior número de casos nos meses de Outubro

e Abril (gráfico 3). Apenas 22,5% dos casos foram diagnosticados nos meses de Verão (Junho, Julho e Agosto), não existindo assim um maior número de casos diagnosticados nos períodos mais quentes do ano. Dividindo tipo de descolamento por mês de diagnóstico, não se verificou maior predomínio de DR regmatogéneo nos meses de Verão (gráfico 4).

Gráfico 1 – Distribuição etária.

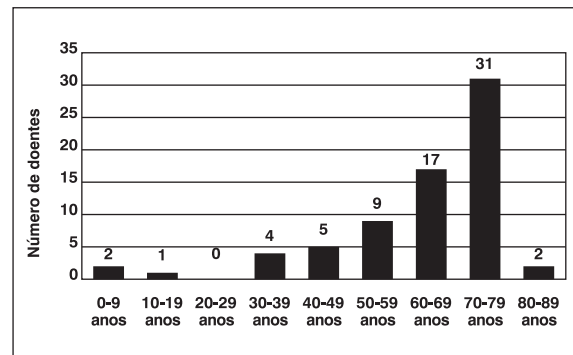


Gráfico 2 – Distribuição etária dividida por sexos.

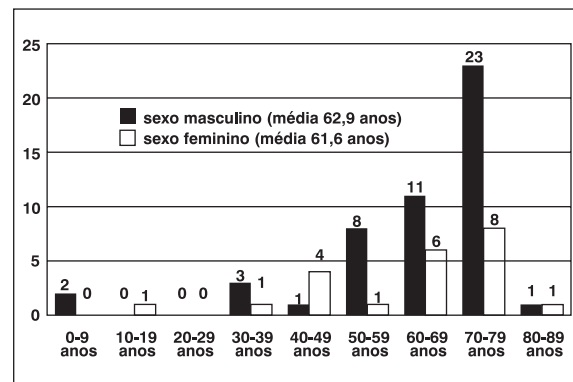


Gráfico 3 – Distribuição pelos meses de ano.

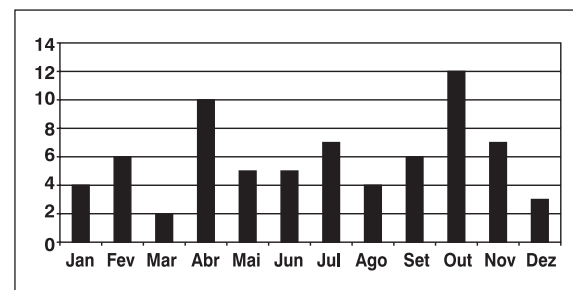
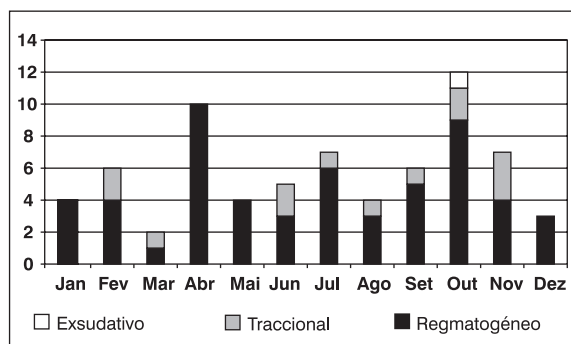
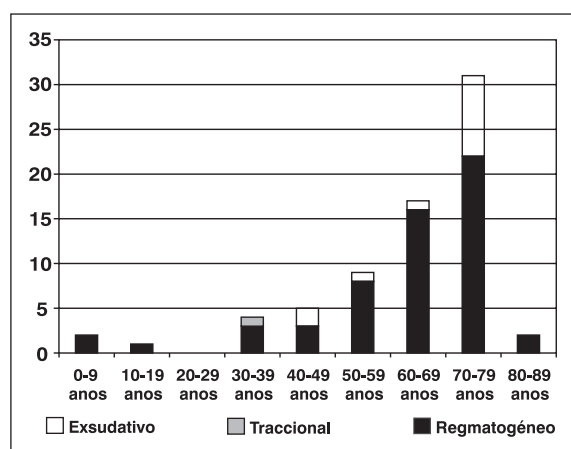


Gráfico 4 – Tipo de descolamento por mês de diagnóstico.



Relativamente ao tipo de descolamento verificou-se que o DR regmatogéneo representava 80% (n=57), o DR traccional 18% (n=13) e o DR exsudativo 2% (n=1). Os dados obtidos permitiram estimar uma incidência de DR regmatogéneo de 19 casos por 100.000 habitantes. Ao dividir tipo de descolamento por grupo etário, verificou-se que os DR traccionais surgem fundamentalmente a partir dos 40 anos (gráfico 5). Em relação à existência de cirurgia de catarata prévia verificou-se que 27% dos olhos com DR tinham sido submetidos a este tipo de cirurgia.

Gráfico 5 – Tipo de descolamento por grupo etário.



Discussão

Este trabalho permitiu estimar uma incidência de DR regmatogéneo na ordem dos 19 casos por 100.000 habitantes. Os estudos

de incidência existentes mostram uma grande variação geográfica, com valores de incidência compreendidos entre 6,3 e 17,9 casos por 100.000 habitantes¹⁰. A incidência varia com a população estudada e é limitada pelo desenho de estudo e pelos critérios de inclusão, o que faz com que as comparações directas sejam difíceis. De facto, a incidência varia com a idade avançada, a miopia e alterações vítreoretinianas¹². No entanto, ao examinar estudos com amostras grandes (mais de 300 casos) verifica-se uma incidência mediana anual de 10,5 casos por 100.000 habitantes¹⁰.

Neste trabalho verificou-se que 69% de casos eram do sexo masculino. A maioria dos estudos indica maior incidência nos homens^{10,12,17}, explicada por um risco inerente do género mas também pelo facto de a taxa de traumatismos oculares ser maior no sexo masculino. Em populações miópicas, os homens também predominam, mas com o avançar da idade esta diferença refractiva de género atenua-se⁸.

Verificámos neste estudo que 70% dos casos foram diagnosticados entre os 60 e os 80 anos. Sabemos que as condições predisponentes a DR regmatogéneo, como o descolamento posterior do vítreo, aumentam de prevalência com o avançar da idade¹², ocorrendo em 11% de indivíduos entre os 60 e os 69 anos, subindo este número para 46% após os 80 anos¹⁸. Compreende-se assim que após os 60 anos o risco de desenvolver DR possa ser 17 a 20 vezes superior ao existente antes dos 30 anos¹⁷. Muitos estudos mostram também uma distribuição bimodal, com um pico secundário entre os 20-30 anos¹⁹, facto que não se verificou neste trabalho. Este pico secundário é atribuído aos DR em doentes com miopias muito elevadas. Verificou-se que a taxa de incidência abaixo dos 20 anos está de acordo com séries pediátricas que apontam valores inferiores a 3 casos por 100.000 habitantes¹.

Em relação ao tipo de descolamento verificou-se a presença de 80,3% de DR regmatogéneos, 18,3% de DR traccionais e 1,4% de DR exsudativos. Esta proporção elevada de DR traccional poder-se-á explicar pela elevada inci-

dência de retinopatia diabética proliferativa na nossa área de actuação.

Não houve maior número de casos diagnosticados nos meses de Verão, tendo-se verificado um maior número de casos em Outubro e Abril. Tradicionalmente associa-se o efeito de desidratação vítrea produzido pela temperatura ao maior número de DR regmatogéneo nos meses de Verão¹⁶. No entanto, alguns estudos mostram uma ausência desta variação sazonal^{8,17}. Em relação aos dados meteorológicos relativos ao período em análise (entre Setembro de 2008 e Agosto de 2009), verificaram-se os seguintes factos que parecem corroborar esta falta de consenso quanto a esta associação:

- Segundo dados do GISS (*Goddard Institute for Space Studies*)⁴, Outubro de 2008 foi o 5.º mês de Outubro mais quente desde 1880, o que poderia explicar o pico de diagnósticos neste mês, tendo em conta os efeitos da temperatura;
- No entanto, o mês de Abril de 2009 teve a temperatura mínima mais baixa dos últimos 23 anos em Portugal continental⁶, o que não explica o pico de diagnósticos neste mês, tendo em conta os efeitos da temperatura;
- Segundo dados do Instituto Português de Meteorologia, o Verão climatológico de 2009, (Junho, Julho e Agosto), caracterizou-se em Portugal continental por valores médios da temperatura do ar superiores ao valor médio de 1971-2000, com anomalias de +1,1°C na temperatura máxima e com valores próximos do normal nas temperaturas média e mínima, com +0,5°C e +0,1°C respectivamente⁶. Esta temperatura elevada nos meses de Verão não se associou a um maior número de diagnósticos de DR na população em estudo.

Dos doentes com DR regmatogéneo, 27% tinham cirurgia de catarata prévia. O risco cumulativo de DR regmatogéneo aos 6 anos

após cirurgia de catarata aumenta 6 a 8 vezes, aumentando linearmente durante 20 anos^{2,3}. Crê-se que este facto se deve à maior ocorrência de descolamento posterior do vítreo após cirurgia de catarata, bem como às menores concentrações de ácido hialurónico predispondo a colapso do vítreo¹², variando a ocorrência destas situações com o método cirúrgico usado. Diferentes estudos revelam que entre 18,6 e 33% dos casos de DR regmatogéneo ocorreram em doentes pseudofáquicos¹⁰. No entanto, pelos diferentes métodos cirúrgicos usados ao longo do tempo, é difícil comparar a incidência de DR pseudofáquico em estudos de épocas diferentes. Os dados disponíveis mostram que na última década houve um ligeiro aumento da incidência de DR pseudofáquico em relação à década anterior, podendo isto estar relacionado com o aumento do número de cirurgias de catarata efectuadas, e também com o aumento do número de capsulotomias posteriores com o laser neodýmium: YAG^{9,13}.

Conclui-se assim que a maioria dos dados epidemiológicos obtidos com este estudo foram semelhantes aos estudos publicados; no entanto, o reduzido número de doentes da amostra não permite obter conclusões mais sólidas.

Bibliografia

1. BHAGAT N.: Retinal detachments in the pediatric population: part I. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2007; 44(1):13-23
2. BOBERG-ANS G, HENNING V, VILLUMSEN J, LA COUR M.: Longterm incidence of rhegmatogenous retinal detachment and survival in a defined population undergoing standardized phacoemulsification surgery. *Acta Ophthalmol Scand* 2006; 84(5): 613-618
3. ERIE JC, RAECKER ME, BARATZ KH, SCHLECK CD, ROBERTSON DM.: Risk of retinal detachment after cataract extraction, 1980-2004: a population based study. *Trans Am Ophthalmol Soc* 2006; 104: 167-175
4. Informação disponível no sítio da internet: <http://data.giss.nasa.gov/gistemp/2008>. Acedido em 31 de Dezembro de 2009
5. Informação disponível no sítio da internet: <http://www.hospitalfeira.min-saude.pt>. Acedido em 31 de Dezembro de 2009
6. Informação disponível no sítio da internet: <http://www.meteo.pt/pt>. Acedido em 31 de Dezembro de 2009

7. Informação disponível no sítio da internet: <https://www.cm-feira.pt/portal/site/cm-feira>. Acedido em 31 de Dezembro de 2009
8. IVANISEVIĆ M, BOJIĆ L, ETEROVIĆ D.: Epidemiological study of nontraumatic phakic rhegmatogenous retinal detachment. *Ophthalmic Res* 2000; 32(5):237-239
9. JAHN CE, RICHTER J, JAHN AH, KREMER G, KRON M.: Pseudophakic retinal detachment after uneventful phacoemulsification and subsequent neodymium: YAG capsulotomy for capsule opacification. *J Cataract Refract Surg* 2003 May;29(5):925-929
10. MITRY D, CHARTERIS DG, FLECK BW, CAMPBELL H, SINGH J.: The epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment - geographic variation and clinical associations. *Br J Ophthalmol* 2009 Jun 9 [Epub ahead of print]
11. PASTOR JC, FERNANDEZ I, RODRIGUEZ DE LA RE, COCO R, SANABRIA-RUIZ COLMENARES MR, SÁNCHEZ-CHICHARRO D *et al.*: Surgical outcomes for primary rhegmatogenous retinal detachments in phakic and pseudophakic patients: the Retina 1 Project- report 2. *Br J Ophthalmol* 2008; 92: 378-382
12. QUEVEDO MA, CORCÓSTEGUI B.: Alteraciones vitreoretinianas predisponentes al desprendimiento de retina. Guía de tratamiento. Barcelona: Editorial Glosa. 2008
13. RANTA P, TOMMILA P, KIVELÄ T.: Retinal breaks and detachment after neodymium: YAG laser posterior capsulotomy: five-year incidence in a prospective cohort. *J Cataract Refract Surg* 2004 Jan; 30(1):58-66
14. ROSMAN M, WONG TY, ONG SG, ANG CL.: Retinal detachment in Chinese, Malay and Indian residents in Singapore: a comparative study on risk factors, clinical presentation and surgical outcomes. *Int Ophthalmol* 2001; 24:101-106
15. SKUTA GL, CANTOR LB, WEISS JS.: AAO Basic Clinical and Science Course 2009-2010- Section 12 Retina and Vitreous. San Francisco: Lifelong Education for the Ophthalmologist. 2009. p. 292-303
16. THELEN U, GERDING H, CLEMENS S.: Rhegmatogenous retinal detachments. seasonal variation and incidence. *Ophthalmologie* 1997; 94(9):638-641
17. TÖRNQUIST R, STENKULA S, TÖRNQUIST P.: Retinal detachment. A study of a population-based patient material in Sweden 1971-1981. I. Epidemiology. *Acta Ophthalmol (Copenh)* 1987; 65(2):213-222
18. WEBER-KRAUSE B, ECKART C.: Incidence of posterior vitreous detachment in the elderly. *Ophthalmologie* 1997; 94: 619-623
19. WONG TY, TIELSCH JM, SCHEIN OD.: Racial difference in the incidence of retinal detachment in Singapore. *Arch Ophthalmol* 1999; 117(3):379-383