

DEGENERESCÊNCIA MACULAR DA IDADE

A degenerescência macular da idade (DMI) é uma doença degenerativa da área central da retina (mácula) que provoca uma perda da visão central. Atualmente é apontada como a causa mais comum de perda de visão nas pessoas acima de 55 anos. Muito desconhecida (só 1 a 2 % da população inquirida conhece a doença), mas potencialmente muito perigosa se não diagnosticada e tratada atempadamente, pode assumir três formas: DMI precoce (Maculopatia da idade), DMI seca e DMI exsudativa.

Incidência e Prevalência

A incidência e a prevalência da DMI têm vindo a aumentar. O envelhecimento geral da população, o aumento dos fatores de risco e a melhoria do diagnóstico, são apontados como causas.

De um modo geral a incidência de todas as formas de DMI (estudo Beaver Dam) global é de 8.9%. 30% da população com mais de 70 anos terá lesões em 5 anos e a doença progride de forma rápida acima dos 80 anos. Pessoas com mais de 75 anos têm 14 vezes maior probabilidade de desenvolver a doença que as entre os 43 e 54 anos. O risco de desenvolver formas graves é 5 vezes maior se há já uma forma precoce em ambos os olhos. A forma grave mais frequente é a DMI seca (80 a 90%). A forma exsudativa embora menos frequente (10 a 20%) contribui para 90% de perdas graves de visão.

A prevalência da maculopatia da idade será de 15% entre os 65-74 anos, 25% entre os 75-84 anos e 30% acima dos 85 anos. Para as formas mais avançadas e graves, secas ou exsudativas a prevalência será de 1% entre os 65-74 anos, 5% entre os 74-84 anos e 13% acima dos 85 anos.

Dados oficiais em Portugal, indicam que haverá cerca de 355.000 pacientes com todas as formas de DMI. A forma mais precoce da doença contribui com cerca de 85 a 90% dos casos (310.000 doentes). As formas tardias ou avançadas da doença são responsáveis por 10 a 15% dos casos (45.000 doentes – sendo 38.000 com DMI seca e 7.000 com DMI exsudativa). Todos os anos surgem cerca de 45.000 novos casos com a forma precoce da doença e cerca de 5.000 com a forma tardia.

Factores de risco

De uma forma incontroversa considera-se a idade, história familiar e tabagismo, como factores de risco. A carência em vitaminas e oligoelementos, exposição intensa a luz solar e radiação ultravioleta, hipertensão arterial e arteriosclerose, podem igualmente ser considerados, mas com menor relevância.

Formas da Doença

Maculopatia da Idade – Fase inicial da doença habitualmente sem sintomatologia, caracterizada por alterações maculares, que incluem a existência de drusas. O acúmulo de drusas pode ser verificado sem perda de visão, mas as drusas podem interferir na saúde da mácula, causando degenerescência progressiva dos fotorreceptores. Drusas de médio e grande tamanho apresentam um maior risco para a progressão da DMI (Fig. 1).

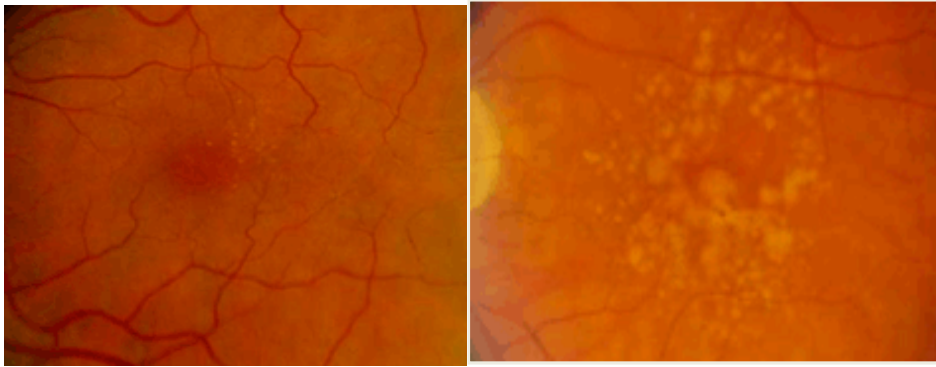


Fig. 1 – Maculopatia da Idade. Drusas de pequeno, médio e grande tamanho

Seca - A DMRI seca é responsável por aproximadamente 80 a 90% de todos os casos da doença. A redução na visão central ocorre gradualmente ao longo de anos e é provocada pela atrofia progressiva (com forma geográfica) da retina macular. A visão pode até mesmo permanecer estável entre exames oftalmológicos (Fig. 2).

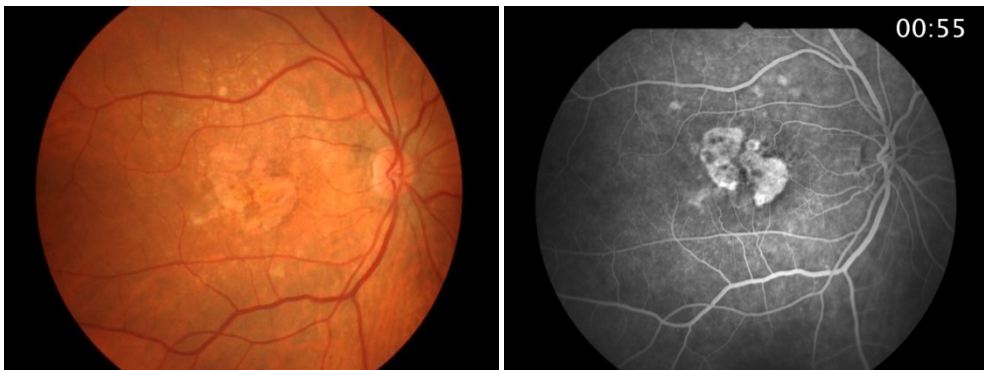


Fig. 2 – DMI seca. Atrofia geográfica da retina

Exsudativa - A DMI exsudativa apresenta cerca de 10 a 20 % dos casos graves de degenerescência macular. Aproximadamente 90% das perdas visuais graves resultam das DMI neovasculares exsudativas. Na DMI exsudativa, neovasos anormais desenvolvem-se sob a mácula. Esses vasos, com paredes anômalas sangram e exsudam na mácula causando danos importantes e rápidos. A DMI exsudativa pode progredir rapidamente e causar perda substancial da visão central (Fig 3).



Fig. 3 – DMI exsudativa

Sintomatologia

A maculopatia precoce pode ser assintomática, Geralmente é diagnosticada num exame oftalmológico de rotina. É importante a sua deteção já que pode evoluir para uma forma mais grave. Daqui se infere a importância de um exame oftalmológico sistemático a pessoas com mais de 50 anos, sobretudo se há fatores de risco presentes. De outro modo não é possível detetar a doença neste estadio.

As formas avançadas podem dar sintomas variados. Ao se desenvolverem de um modo assimétrico primeiro num olho, são muitas vezes negligenciados (sobretudo nos muito idosos) e atribuídos a patologias mais frequentes e banais (cataratas e alterações refrativas) mesmo por profissionais de saúde.

A forma seca evolui muito lentamente, em anos e caracteriza-se sobretudo pela dificuldade na leitura e observação de pequenos objetos distantes. Por vezes os doentes tem a sensação de perda de letras numa linha de texto e a visão diminui de um modo insidioso. Nas atrofias mais extensas e quando atingem a fóvea, a leitura fica impossível e a acuidade visual fica muito diminuída. Geralmente (exceto nas atrofias geográficas muito extensas) a visão mantida é perfeitamente compatível com a maioria das atividades diárias. A visão periférica é conservada.

Na forma exsudativa a perda da acuidade visual pode ser brutal e rápida. Podem surgir múltiplos sintomas, como distorções na imagem (metamorfopsias), alteração da percepção das cores e contraste, aparecimento de manchas no campo visual (escotomas centrais), fotopsias e alucinações visuais. Estas situações são verdadeiras urgências, já que o atraso no tratamento pode originar atrofias e fibroses irreversíveis.

Tratamento

As formas precoces da doença devem ser identificadas, avaliado o seu potencial de evolução para formas graves. É importante manter uma alimentação cuidada, proteção da luz solar intensa e radiação ultravioleta e monitorização sistemática. Nos casos de maior risco, a suplementação com vitaminas C e E, betacaroteno, Zinco e Cobre, pode reduzir em 25% a evolução para formas mais graves, como foi cabalmente demonstrado pelos estudos AREDS. A suplementação de xantofilas (luteína/zeaxantina) e/ou ácidos gordos Ω -3, também se têm revelado eficazes, mas os estudos continuam.

A forma de DMI seca não tem tratamento específico. Mas também não é a forma que mais penaliza. Terá também de ser monitorizada, já que uma forma seca pode evoluir para uma exsudativa, com um agravamento abrupto da sintomatologia.

Na DMI exsudativa o tratamento é dirigido à causa de todos os problemas – a neovascularização. É importante o tratamento e o mais rápido possível, já que uma membrana neovascular pode crescer 10 micra por dia. Os pacientes devem ser imediatamente referenciados a um centro de retina (o tratamento é altamente especializado), onde após um diagnóstico exato por fundoscopia, angiografia fluoresceínica / indocianina e OCT, se fará o tratamento mais adequado, que pode incluir laser térmico, corticoides, terapêutica fotodinâmica e sobretudo terapêutica anti-angiogénica, por aplicações intra-vítreas, sob as mais rigorosas condições de assepsia, em salas próprias ou blocos operatórios.

A partir de 2004, os anti-angiogénicos nomeadamente o Ranibizumab e mais recentemente o Aflibercept, vieram revolucionar o tratamento da DMI exsudativa, transformando uma doença fatal numa patologia tratável, em que se consegue evitar a progressão da doença em 90% dos casos e mesmo recuperar da acuidade visual em 70% dos pacientes, sobretudo se forem tratados precocemente.