



Descolamento da retina: clínica e diagnóstico

Camilla Maganhin Luquetti¹, Beatriz Magi Scalia², Maria Eduarda Bonetti Schulz³, Michelle Freitas Melo⁴, Maurício Barros de Arruda Mendes Gonçalves⁵, Kamillla Guenes Barbosa⁶, Pedro Pomarico de Oliveira⁷, Bruno de Rezende Soares Ferreira⁸, Caroline Moura Foeger⁹, Tamires Ribeiro de Paula Vilela¹⁰, Maria Vitória Bugallo Toth¹¹, Gabriel Eduardo Scopel¹², Gustavo Erthal Alves Robbs¹³, Cláudia Janaína Medina Coimbra¹⁴, Gabriela Brahim Moreira¹⁵, Vitória Duarte De Araújo Meirelles¹⁶, Maria Isabel Guedes Lima¹⁷, Carla Cristina Maganhin¹⁸.

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Introdução: Descolamento da retina é separação da retina do epitélio e coroide do pigmento da retina. Sem tratamento, muitos descolamentos periféricos progridem para envolver a retina central e levam à perda visual. Tal separação pode ocorrer passivamente, como quando orifício ou ruptura da retina permite acúmulo de fluido entre as camadas, ou ativamente, como tração vítrea ou por processo exsudativo. **Objetivo:** discutir características clínicas e diagnósticas do descolamento de retina. **Metodologia:** Revisão de literatura a partir de bases de dados da Scielo, da PubMed e da BVS, de janeiro a abril de 2024, com descritores “Retinal Detachment”, “Clinic” e “Diagnosis”. Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 43), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra. **Resultados e Discussão:** Pacientes com descolamento de retina apresentam perda de visão indolor no olho afetado, com aumento súbito (minutos a horas) de “moscas volantes” (formas que parecem flutuar sob o olhar) e/ou flashes de luz (fotopsias). Se descolamento ocorrer, o paciente percebe uma cortina escura sobre parte de seu campo visual. Quando envolve apenas a retina periférica, a acuidade visual central permanece boa. Os sintomas progridem de horas para alguns dias. Uma vez que a mácula é envolvida, perdem a visão central. Se não tratado, um descolamento da retina pode progredir para toda a retina, resultando na perda visual completa. O diagnóstico é feito com base na história (início súbito de flutuadores, flashes de luz e/ou perda visual) e confirmado por exame oftalmológico. Quando a perda visual é indolor (parcial ou completa), deve haver encaminhamento, dentro de 24 horas. Se ruptura ou descolamento da retina, ambos exigem tratamento urgente. Há de se avaliar acuidade visual, pressões intraoculares, exames do segmento anterior, fundoscopia com dilatação com lentes de condensação, ultrassom se hemorragia vítrea concomitante. Há taxa alta de rupturas ou descolamentos bilaterais da retina (8-40%). Se presentes, um oftalmologista geral geralmente encaminhará o paciente ao especialista em retina para tratamento. **Conclusão:** Pacientes com alto risco (perda de campo visual, diminuição da visão subjetiva ou objetiva, hemorragia vítrea na fundoscopia) devem ser instruídos a diminuir o movimento ocular e encaminhados com urgência ao oftalmologista, dentro de 24 horas para avaliação da retina.

Palavras-chave: Descolamento de Retina; Clínica; Diagnóstico.

Retinal detachment: clinical features and diagnostic.

ABSTRACT

Introduction: Retinal detachment is the separation of the retina from the retinal pigment epithelium and choroid. Without treatment, many peripheral detachments progress to involve the central retina and lead to visual loss. Such separation can occur passively, as when a retinal hole or tear allows fluid to accumulate between the layers, or actively, as vitreous traction or by an exudative process. **Objective:** to discuss the clinical and diagnostic characteristics of retinal detachment. **Methodology:** Literature review from Scielo, PubMed and BVS databases, from January to April 2024, with descriptors “Retinal Detachment”, “Clinic” and “Diagnosis”. Articles from 2019-2024 (total 43) were included, excluding other criteria and choosing 05 full articles. **Results and Discussion:** Patients with retinal detachment present with painless loss of vision in the affected eye, with sudden (minutes to hours) increase in “floaters” (shapes that appear to float under the eye) and/or flashes of light (photopsias). If detachment occurs, the patient notices a dark curtain over part of his or her visual field. When only the peripheral retina is involved, central visual acuity remains good. Symptoms progress over hours to a few days. Once the macula is involved, central vision is lost. If left untreated, a retinal detachment can progress to the entire retina, resulting in complete visual loss. Diagnosis is made based on history (sudden onset of floaters, flashes of light, and/or visual loss) and confirmed by ophthalmologic examination. When visual loss is painless (partial or complete), referral should be made within 24 hours. If retinal tear or detachment occurs, both require urgent treatment. Visual acuity, intraocular pressures, anterior segment examinations, dilated funduscopy with condensing lenses, and ultrasound should be assessed if there is concomitant vitreous hemorrhage. There is a high rate of bilateral retinal tears or detachments (8-40%). If present, a general ophthalmologist will usually refer the patient to a retina specialist for treatment. **Conclusion:** Patients at high risk (visual field loss, decreased subjective or objective vision, vitreous hemorrhage on funduscopy) should be instructed to reduce eye movement and urgently referred to an ophthalmologist within 24 hours for retinal evaluation.

Keywords: Retinal Detachment; Clinical; Diagnosis.

Instituição afiliada – 1- Médica, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo – SP; 2 -Médica, União das Faculdades dos Grandes Lagos- UNILAGO; 3- Médica, UNIVILLE- Universidade da Região de Joinville; 4- Médica, UNINTA (Sobral-CE); 5- Médico, Estácio(Idomed)Citta; 6- Médica, Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP); 7- Médico, Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora (UNIPAC-JF); 8- Médico, Unoeste Presidente Prudente; 9- Médica, UNESA- Universidade Estácio de Sá; 10- Médica, Centro Universitário Estácio Ribeirão Preto; 11-Médica, Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis/RJ; 12- Médico, Unisul Campus Tubarão; 13- Médico, Universidade Estácio de Sá - UNESA; 14- Médica, Universidade Privada dele Este, Paraguay; 15- Médica, Universidade Estácio de Sá - Presidente Vargas; 16- Médica, Universidade Potiguar; 17 - Médica, Universidade Potiguar; 18 -Dentista, Pós-Doutorado em Ciências da Saúde - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP.

Dados da publicação: Artigo recebido em 10 de Julho e publicado em 30 de Agosto de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p5577-5583>

Autor correspondente: Camila Maganhin Luquetti cmaganhinmed@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INTRODUÇÃO

Descolamento de retina refere-se à separação da retina do epitélio pigmentar da retina subjacente e da coroide. Sem tratamento, muitos descolamentos de retina periféricos progredem para envolver a retina central e levam à perda da visão.

A retina é a camada mais interna do olho, composta por 10 camadas diferentes, incluindo fotorreceptores, que são as células sensíveis à luz no olho. Esses fotorreceptores são interconectados com neurônios que se combinam para formar o nervo óptico [1]. Os fotorreceptores, também chamados de retina neurosensorial, pegam as informações de luz que entram no olho e as convertem por meio de uma reação química em sinais elétricos que são transmitidos ao cérebro através do nervo óptico [2]. Abaixo da retina está o epitélio pigmentar da retina, que é uma camada de células pigmentadas que desempenha um papel no ciclo visual e nutre a retina sobrejacente.

No centro da retina, imediatamente temporal ao nervo óptico, há uma região chamada mácula, uma zona avascular que contém a maior densidade de fotorreceptores cone e é responsável pela acuidade visual mais nítida. Esta é a área da retina responsável pela visão central e de leitura. A retina periférica contém mais fotorreceptores bastonetes, que são usados para adaptação ao escuro e visão periférica [3].

A incidência de descolamentos de retina regmatogênicos (DRRs) varia de 6,3 a 17,9 por 100.000 habitantes [4].

Os fatores de risco para o desenvolvimento de DRRs incluem descolamento vítreo posterior (DVP), idade avançada, cirurgia intraocular prévia, miopia, degeneração reticular, histórico familiar de descolamento de retina, histórico de descolamento de retina no outro olho, trauma ocular e distúrbios congênitos do tecido conjuntivo (como síndrome de Stickler, síndrome de Marfan ou síndrome de Ehlers-Danlos) [5]. Eles podem ser complicações tardias da cirurgia de catarata.

Descolamentos de retina tracionais geralmente surgem em pacientes com diabetes e descolamentos de retina exsudativos em pacientes com condições inflamatórias do olho.

Ressalta-se o objetivo em discutir as características clínicas e diagnósticas do descolamento de retina.

METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura integrativa sobre a hemangiomas infantis: “retinal detachment”, “clinic” and “diagnosis”., com foco no levantamento bibliográfico de produções científicas atuais e conceituadas na comunidade acadêmica, com base nas melhores evidências. Há de se construir uma nova perspectiva e linha de pensamento sobre a oftalmologia, com referências teóricas na articulação de caminhos conceituais e desmistificação de terminologias.

Foi realizada uma profunda pesquisa de artigos de revisão a partir de bases científicas da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a março de 2024, com

descritores em inglês “retinal detachment”, “clinic” and “diagnosis”, e correspondentes em português. Incluíram-se artigos de 2019 a 2024, com total de 43 estudos. Após exclusão de artigos que abordavam outros critérios, foram eleitos 05 artigos para leitura na íntegra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Pacientes com descolamentos de retina apresentam perda indolor da visão no olho afetado. Os primeiros sintomas de uma ruptura da retina ou descolamento de retina regmatogênico (RRD) também podem incluir um aumento repentino (ao longo de minutos a horas) em moscas volantes (pequenas formas sombrias que parecem flutuar na frente do olho) e/ou flashes de luz (fotopsias). Uma vez que um descolamento de retina tenha ocorrido, os pacientes podem notar uma cortina escura sobre parte de seu campo visual. Quando o descolamento de retina envolve apenas a retina periférica (mácula-on), a acuidade visual central permanece nítida. [6,7]

Em RRDs, ocorre maior perda de campo visual à medida que o vítreo liquefeito continua a entrar no espaço sub-retiniano e ocorre mais separação da retina. Os sintomas geralmente progridem ao longo de horas a alguns dias. Uma vez que a mácula é envolvida, os pacientes perdem a visão central. Se não for tratado, um descolamento de retina pode progredir para envolver toda a retina, resultando em perda completa da visão. Descolamentos não regmatogênicos tendem a progredir ao longo de semanas a meses.

O diagnóstico de descolamento de retina é suspeitado com base na história (por exemplo, aparecimento súbito de moscas volantes, flashes de luz [fotopsias] e/ou perda de visão) e confirmado por exame oftalmológico.

A avaliação de cuidados primários deve se concentrar em quais pacientes precisam de encaminhamento imediato a um oftalmologista para um exame de fundo de olho, pois esse é o método mais preciso para determinar se um paciente tem descolamento de retina.

Pacientes com novo aparecimento de moscas volantes, flashes e perda de visão indolor (parcial ou completa) devem ser encaminhados imediatamente a um oftalmologista e avaliados em 24 horas. Se o paciente tem uma ruptura da retina ou descolamento da retina, ambos requerem tratamento urgente. Se a perda de visão de um paciente for parcial e a visão central permanecer poupada, isso não diminui a urgência do encaminhamento em comparação com um paciente com perda total da visão. O tratamento de uma ruptura da retina antes que ela progrida para um descolamento de retina regmatogênico (RRD) ou um RRD de mácula antes que ela progrida para mácula-off resulta em melhores resultados a longo prazo e previne a perda permanente da visão. [8]

O histórico do paciente e o histórico familiar devem ser revisados. Se possível, verifique a acuidade visual no consultório, faça um teste de reflexo pupilar à luz e avalie os campos visuais por meio de confrontação.

Todos os pacientes, especialmente aqueles com características de alto risco (perda do campo visual, diminuição subjetiva ou objetiva da visão, pelo menos 10 novos flutuadores ou evidência de hemorragia vítrea no exame fundoscópico [se este foi realizado]) devem ser instruídos a diminuir o movimento dos olhos (como não ler, assistir

televisão ou fazer exercícios) e encaminhados com urgência a um oftalmologista ou cirurgião de retina dentro de um dia [9,10].

No consultório do oftalmologista, o paciente será submetido a testes para verificar sua acuidade visual e pressões intraoculares, um exame do segmento anterior para determinar o estado do cristalino (fácico, pseudofácico ou afácico), um exame detalhado do fundo dilatado usando lentes condensadoras especiais para visualizar a retina e, possivelmente, um ultrassom se houver hemorragia vítrea concomitante que possa impedir a visualização adequada da retina.

Os pacientes também devem ser submetidos a exame do olho oposto para determinar se há uma ruptura ou descolamento assintomático. Há uma taxa relativamente alta de rupturas ou descolamentos bilaterais da retina (8 a 40 por cento) [11-12].

Se houver ruptura ou descolamento de retina, um oftalmologista geral geralmente encaminhará o paciente a um especialista em retina para tratamento.

Em gestão de condições precursoras, realizar esse tratamento: [13-15]

- Na ausência de ruptura ou descolamento de retina, nenhum tratamento é necessário, mas é necessário um monitoramento rigoroso dentro de quatro a seis semanas, pois a evolução de uma PVD pode resultar em novas rupturas de retina.
- Para pacientes com ruptura retiniana sintomática, sugerimos tratamento com fotocoagulação a laser ou crioretinopexia em vez de monitoramento para prevenir descolamento retiniano subsequente.
- Em pacientes com rupturas retinianas assintomáticas, geralmente é observado um acompanhamento próximo. No entanto, a presença de degeneração em treliça, miopia, afacia, pseudofacia ou histórico de descolamento de retina no olho oposto aumenta o risco de progressão para RRD, e esses pacientes podem justificar o tratamento.
- Pacientes com descolamento de retina sintomático requerem tratamento o mais rápido possível (de preferência dentro de um a dois dias), com um ou mais dos seguintes procedimentos: retinopexia pneumática (com laser ou crioretinopexia), fivela escleral ou vitrectomia. Sem tratamento, há um risco significativo de perda permanente da visão.

Um descolamento de retina agudamente sintomático deve ser reparado cirurgicamente o mais rápido possível (de preferência dentro de um a dois dias), particularmente se a mácula não estiver envolvida (descolamento de retina mácula-on). A razão pela qual os descolamentos de retina mácula-on são reparados mais cedo é para preservar a visão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Descolamento de Retina é uma doença oftalmológica que surge em aproximadamente 1 a cada 10.000 indivíduos (ou seja, com uma incidência de 0,01% na população). Pode trazer comprometimentos irreversíveis à visão, que são evitados ou amenizados quando atendido no início. Pacientes com alto risco (perda de campo visual, diminuição da visão subjetiva ou objetiva, hemorragia vítrea na fundoscopia) devem ser instruídos a diminuir o movimento ocular e encaminhados com urgência ao oftalmologista, dentro de 24 horas para avaliação da retina.

REFERÊNCIAS

1. Berrocal MH, Acaba-Berrocal L. Vitrectomia precoce da pars plana para retinopatia diabética proliferativa: atualização e revisão da literatura atual. *Curr Opin Ophthalmol* 2021; 32:203.
2. Chapman-Dames A. Sinal de Shafer e ruptura retiniana associada. *Clin Exp Ophthalmol* 1993; 76:174.
3. Erie JC, Raecker ME, Baratz KH, et al. Risco de descolamento de retina após extração de catarata, 1980-2004: um estudo de base populacional. *Trans Am Ophthalmol Soc* 2006; 104:167.
4. Garweg JG, Tappeiner C, Halberstadt M. Fisiopatologia da vitreoretinopatia proliferativa no descolamento de retina. *Surv Ophthalmol* 2013; 58:321.
5. Ghazi NG, Green WR. Patologia e patogênese do descolamento de retina. *Eye (Londres)* 2002; 16:411.
6. Wolfensberger TJ, Tufail A. Distúrbios sistêmicos associados ao descolamento da retina neurosensorial e do epitélio pigmentar da retina. *Curr Opin Ophthalmol* 2000; 11:455.
7. Gupta MP, Herzlich AA, Sauer T, Chan CC. Anatomia e Patologia da Retina. *Dev Ophthalmol* 2016; 55:7.
8. Yang CM, Su PY, Yeh PT, Chen MS. Descolamento retiniano regmatogênico e de tração combinados na retinopatia diabética proliferativa: manifestações clínicas e resultado cirúrgico. *Can J Ophthalmol* 2008; 43:192.
9. Flaxel CJ, Adelman RA, Bailey ST, et al. Descolamento vítreo posterior, rupturas de retina e degeneração de treliça Padrão de prática preferencial®. *Oftalmologia* 2020; 127:P146.
10. Mitry D, Charteris DG, Fleck BW, et al. A epidemiologia do descolamento retiniano regmatogênico: variação geográfica e associações clínicas. *Br J Ophthalmol* 2010; 94:678.
11. Fatores de risco para descolamento retiniano regmatogênico idiopático. The Eye Disease Case-Control Study Group. *Am J Epidemiol* 1993; 137:749.
12. Snead MP, Snead DR, James S, Richards AJ. Alterações clinicopatológicas na junção vítreo-retiniana: descolamento vítreo posterior. *Eye (Lond)* 2008; 22:1257.
13. Coffee RE, Westfall AC, Davis GH, et al. Descolamento vítreo posterior sintomático e incidência de rupturas tardias da retina: série de casos e meta-análise. *Am J Ophthalmol* 2007; 144:409.
14. Jindachomthong KK, Cabral H, Subramanian ML, et al. Incidência e fatores de risco para rupturas tardias da retina após um descolamento agudo e sintomático do vítreo posterior. *Ophthalmol Retina* 2023; 7:318.
15. Uparkar M, Natarajan S. Detecção tardia de rupturas retinianas após descolamento agudo do vítreo posterior. *Am J Ophthalmol* 2008; 145:183.