

REABILITAÇÃO PROTÉTICA DO GLOBO OCULAR: RELATO DE CASO

PROSTHETIC REHABILITATION OF THE EYEBALL: CASE REPORT

Maria do Socorro Orestes Cardoso¹

Rosana Maria Coelho Travassos²

José Afonso Milhomens Filho³

RESUMO: A visão e toda a magnitude que ela representa possibilitam o desvelamento das belezas da natureza e do ser humano. Ela dá sentido as cores, formas e rostos, e sem dúvida a sua perda quebra a harmonia facial e provoca alterações familiares, sociais e a nível psicológico. Os portadores de perdas oculares precisam ser reabilitados com próteses que, possibilitam a restauração estética, funcional e psicossocial. Nesse contexto, o objetivo dessa pesquisa foi apresentar um caso clínico de perda do globo ocular e sua reabilitação, enfatizando a importância de portadores de mutilações faciais serem reabilitados holisticamente para ser reinseridos a sociedade e tenham uma melhor qualidade de vida.

Palavras chaves: Reabilitação. Olho artificial. Anoftalmia.

ABSTRACT: The vision and all the magnitude it represents allow the unveiling of the beauties of nature and of the human being. It gives meaning to colors, shapes and faces, and without a doubt its loss breaks the facial harmony and causes family, social and psychological changes. Patients with ocular loss need to be rehabilitated with prostheses that enable aesthetic, functional and psychosocial restoration. In this context, the objective of this research was to present a clinical case of loss of the eyeball and its rehabilitation, emphasizing the importance of patients with facial mutilations being holistically rehabilitated to be reinserted into society and have a better quality of life.

Keywords: Rehabilitation. Artificial Eye. Anophthalmia.

RESUMEN: La visión y toda la magnitud que representa permiten develar las bellezas de la naturaleza y del ser humano. Da sentido a colores, formas y rostros, y sin duda su pérdida rompe la armonía facial y provoca cambios familiares, sociales y psicológicos. Los pacientes con pérdida ocular necesitan ser reabilitados con prótesis que permitan una restauración

¹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9866-0899> Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: socorro.orestes@yahoo.com.br

² ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4148-1288> Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: rosana.travassos@upe.br

³ ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7113-365> Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: afonso_milhomens@hotmail.com

estética, funcional y psicosocial. En este contexto, el objetivo de esta investigación fue presentar un caso clínico de pérdida del globo ocular y su rehabilitación, enfatizando la importancia de que los pacientes con mutilaciones faciales sean rehabilitados integralmente para reinsertarse en la sociedad y tener una mejor calidad de vida.

Contraseñas: Rehabilitación. Ojo artificial. Anoftalmía.

1. INTRODUÇÃO

A face humana normal é provavelmente a mais bela e perfeita estrutura de todo o reino animal. Ela é constituída de tecidos moles e móveis sobre um esqueleto que lhe serve de suporte. Sua função é traduzir as expressões graças à movimentação da pele sob o efeito dos músculos subjacentes, e as percepções que dependem dos órgãos perceptivos. O conjunto destas duas Faculdades permite ao homem exprimir seus sentimentos, suas necessidades, suas aspirações e, sobretudo, de se comunicar com os seus semelhantes. Em decorrência desta função expressiva da face, é necessário reabilitá-la quando ocorrem mutilações (CARDOSO *et al.*, 2006; CARDOSO *et al.*, 2002).

Para isto, na Odontologia, existe uma especialidade, a Prótese Bucal Maxilo Facial, que tem como objetivos principais, restabelecer uma morfologia estética da face e assegurar as suas funções, levando também em consideração os aspectos biopsicossociais que acometem portadores de mutilações. Assim, o Cirurgião-Dentista Protésista Facial tem uma enorme responsabilidade quanto à estética buco-maxilofacial, pois, o homem vive em sociedade e o seu melhor meio de relacionamento social é através da aparência da sua face, como afirmou Silveira; Gomes (2014). “A beleza na sociedade atual é considerada uma arma essencial na luta pela vida, já que vivemos na sociedade do espetáculo, do ter e não do ser” (DEBORD, 2017). Assim, reabilitar mutilados e/ou malformados faciais é de fundamental importância.

Existem diversas modalidades de prótese ocular como as pré-fabricadas que são de vidro e industrializadas e têm-se as individualizadas que são feitas com a medida exata do paciente e evita desse modo espaços mortos que são um risco permanente de infecções virais, fúngicas e bacterianas. Também pode-se ter as próteses ocas e as maciças e a escolha vai depender do tipo da cirurgia e tipo de cavidade anoftálmica

(PAPASPYROU; YILDIZ; BOZZATO; SCHNEIDER, 2018).

Saber como uma pessoa portadora de uma mutilação facial se comporta, sente, lida com sua deficiência e interage socialmente, são temas que instigam clínicos e pesquisadores. Principalmente porque a face humana é o primeiro e mais importante estímulo visual nos contatos entre as pessoas. Dentro do que foi exposto ficou evidenciado, que mutilações faciais precisam ser reabilitadas para devolver a saúde física e emocional aos portadores. Assim, o objetivo desse estudo foi apresentar um caso clínico de uma reabilitação ocular através de prótese ocular individualizada.

2. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Este estudo apresentou a reabilitação ocular de um paciente acometido da perda do globo ocular por uma lesão perfuro cortante e a cavidade anoftálmica foi reabilitada por uma prótese ocular individualizada em resina acrílica termo ativada.

3 METODOLOGIA

CASO CLÍNICO

Paciente J.L.S, 32 anos, do sexo masculino foi atendido na Clínica de Prótese BucoMaxiloFacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco para confecção de uma prótese ocular. Durante o exame clínico realizou-se a avaliação geral, local e psicossocial onde a fala do paciente revelou o que é uma mutilação facial: “ Depois que perdi o olho perdi os amigos, trabalho e até em casa a família não me olha. Na rua sou discriminado e sirvo de graça para o povo. De um dia para o outro perdi não só um olho, mas tudo a minha volta...”. Relatou que sofreu um acidente por uma lesão perfuro cortante provocada por um arame que ele não viu e teve o bulbo ocular perfurado. Pensando ser um simples acidente, passou uma semana esperando cicatrizar e quando percebeu que estava com grande edema e inflamação procurou o oftalmologista, após exames ficou constatada lesão da esclera, íris e nervo ocular e precisou fazer uma enucleação de todo globo para evitar uma infecção generalizada, como se pode ver na Figura 1. Após a cicatrização procurou o Serviço da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco FOP/UPE e assinou

um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando o uso de sua imagem para fins acadêmicos,

Figura 1 - Fotografia inicial do paciente.



A partir daí, teve início a moldagem da cavidade. Os materiais utilizados inicialmente foram: Alginato, gesso tipo pedra, seringa, moldeira, mufla número 2, vaselina, espátula plástica para alginato, espátula metálica para gesso, e cubeta. O material de moldagem escolhido foi o alginato, que foi proporcionado, manipulado e inserido em uma seringa descartável já com a moldeira acoplada em sua extremidade. Esta moldeira foi posicionada entre as pálpebras do paciente e o alginato foi injetado lentamente e a mesma serviu para que não houvesse o extravasamento do alginato para fora da cavidade anoftálmica (Figura 2. Durante este procedimento, foi solicitado ao paciente que realizasse movimentos com a musculatura orbicular para a obtenção de uma cópia fiel de todos os

detalhes da cavidade. Foi aguardada a geleificação do material, para então realizar a remoção do molde do interior da cavidade do paciente e avaliar sua qualidade.

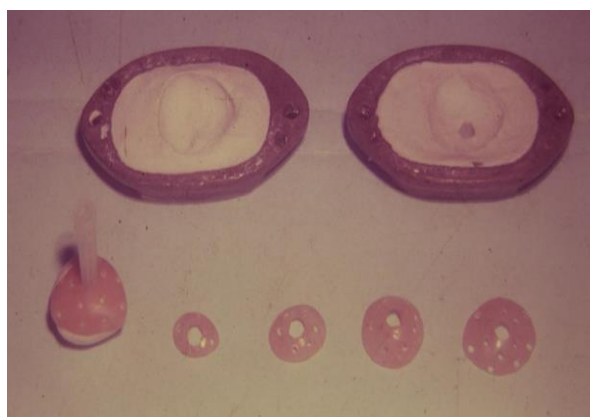
Figura 2 - Moldagem oftálmica para obter seu remanescente.



A moldagem da cavidade anoftálmica tem por objetivo obter seu remanescente impresso na câmara de molde proporcionado pela inclusão do molde na mufla com gesso. Uma vez aprovada a qualidade da moldagem com alginato, a mufla e contra-mufla foram vaselinadas em seu interior, de forma que o gesso posteriormente soltasse fácil, foi colocado um canudo plástico no centro do alginato, onde era a abertura da seringa aclopada a moldeira, para formar o conduto de alimentação, aonde se verteu a cera liquefeita para preencher a câmara de molde deixada pelo alginato no gesso. Após a cristalização do gesso, abre-se a mufla e é retirado o alginato (Figura 3), para colocar a cera branca depois de liquefeita.

939

Figura 3 - Molde da cavidade após presa do gesso.



A cera é colocada dentro de um recipiente metálico para que seja liquefeita sob o calor do fogo da lamparina, e é inserida, com o auxílio de um funil metálico, na mufla fechada, já com os parafusos apertados, onde irá ocupar a câmara de molde. Enquanto isso se deve

realizar a confecção da íris protética. A mesma deve ser pintada em discos de papel branco ou preto, a depender da cor do olho remanescente do paciente, com tintas à base de água e pinceis finos tipos 0, 00 e 000. Devem-se olhar sempre as fotografias previamente realizadas do olho remanescente do paciente, para que a pintura da íris fique o mais parecida possível com ele. Em seguida, iremos fazer a colagem da íris sobre a base a calota (Figura 3): A íris é colada sobre a base da calota com uma gota de cola à base de cianocrilato, a qual deve ser dispersa na superfície com a ponta da espátula Le Cron, ou com um palito de dente. A apanhadora da íris deve ser feita com pinça para que as mãos não colem á calota. Esperado secar e deve-se aplicar uma nova gota por cima da íris pintada que deve ser novamente espalhada, e assim, colocada a calota em cima da íris de forma centralizada.

Figura 3 - Materiais e instrumentais para confecção da íris.



Acervo pessoal Prof^o Dr. Nelson Loretto.

O próximo passo é encontrar o centro da ceroplastia, com ajuda de compasso de ponta seca e régua milimetrada, e considerando que a calota da íris tem um diâmetro padrão de 13 mm. Achado o centro, ele deverá ser demarcado com a ponta do compasso, enquanto a outra ponta contorna o diâmetro da íris. Agora, é preciso fazer uma loja para inserir a íris no centro demarcado na cera com ajuda da da espátula Le Cron, Em seguida, deve-se liquefazer um pouco de cera e colocá-la nas bordas da íris, para que esta fique presa a ceroplastia. É realizada a toailete da ceroplastia com água e sabão, e a mesma é inserida na cavidade do paciente, para que seja checado se o centro protético ficou centralizado de forma correta. A calota muitas vezes vem com um pino em sua parte superior que contém entre 2 a 3mm de altura, e fica

localizado no seu centro. Esse pino servirá como retentor quando vazado o gesso para que a íris não se movimente e saia do lugar na mufla. Quando a calota não vem com esse pino, ele pode ser facilmente confeccionado com resina acrílica autopolimerizável.

Em seguida, é realizada a eliminação da cera para obtenção da câmara de molde, para que seja colocada a resina acrílica termo ativada. A cor da resina acrílica deverá ser escolhida previamente entre os tons de branco; branco-amarelado e branco-azulado, após terem sido analisadas as fotografias prévias do paciente. A mufla é então levada para uma panela com água para ferver, sob um recipiente de cerâmica servindo como anteparo. Quando alcançada a ebulição da água (100°C) deve-se marcar uma hora para desligar o fogo, e assim, esperar a mufla esfriar de forma gradativa ainda na panela com água até esfriar completamente para ser aberta. Dessa forma, a cera terá sido eliminada pelo calor e a mufla constará apenas com o formato (molde) da cavidade anoftálmica do paciente mutilado. Quando aberta, a íris protética irá permanecer presa a contra-mufla, graças ao pino retentor (**Figura 4**).

Figura 4 - Abertura da mufla após eliminação da cera.



A resina acrílica será proporcionada com o pó e o líquido (monômero) no pote Paladon e manipulada. O pote deverá permanecer tampado até que a resina chegue a fase plástica, para então ser colocado sobre o molde da cavidade na mufla, a qual deverá estar previamente aplicada uma camada de isolante de resina acrílica em seu interior. É colocado um pedaço de papel celofane molhado entre as muflas parafusadas para ser levada a prensa, de forma que escorra o excesso de resina da mesma. A mufla é novamente aberta para

retirada dos excessos com a faca da espátula Le Cron, e então é novamente parafusada e prensada, para ser levada ao fogo obedecendo o ciclo de polimerização por duas horas.

Após o ciclo de polimerização, espera-se esfriar para abrir a mufla, para ser realizado o registro da convexidade da prótese no gesso, uma vez que será preciso desgasta-la de 1 a 2mm de espessura para que seja inserido os fios de Rayon azuis e vermelhos. Esses fios de lã farão a caracterização final da prótese representando as veias e artérias do paciente, as quais devem ser colocadas de forma que fique o mais parecido possível com o olho remanescente do paciente. Depois é colocada resina acrílica termoativada sob os fios e levado a mufla com o registro da convexidade realizado, após retirados os excessos, a mufla é levada para polimerização novamente. A resina deverá ser transparente para que apareça a caracterização realizada na prótese. Depois de polimerizada e aberta a mufla, faz-se o acabamento com broca vulcanite montada em peça reta, em seguida com pedra montada e por fim, com tira de lixa 1200. É realizado então o polimento, até que a luz seja refletida na prótese, como um olho natural (Figura 5). Por fim, é dada as recomendações quanto à prótese e à cavidade, ensinando o paciente a inserir e retirar a prótese de forma que não o machuque, relatando os cuidados de higiene que se deve ter com a mesma, além de lembrá-lo de realizar as manutenções marcadas para repolimento da prótese, evitando assim o acúmulo de microrganismos e possíveis infecções. Recomenda-se higienização 3 vezes ao dia e o retorno à clínica após seis meses.

Figura 5- Modelo protético finalizado.



Na consulta final é necessário escutar o paciente para saber seus sentimentos em relação a prótese. Não basta um substituto artificial para reparar a perda ocular. Todo

mutilado sofre alteração de esquema corporal e, cabe ao protesista fazer a prótese ser aceita psicologicamente e substituir também emocionalmente, esse novo estado de esquema corporal. Como mostrado na Figura 6, o paciente em questão ficou satisfeito e sua fala retrata a grandeza das reabilitações faciais: “Dra. Agora eu me reconheço! Eu deixarei de ser invisível para todos e também não serei mais motivo de brincadeiras maldosas e, posso pensar em arranjar um trabalho e voltar a viver sem medo ou vergonha”.

Figura 6 - Fotografia final do paciente.



5 DISCUSSÃO

A prótese bucomaxilofacial (PBMF) pode ser conceituada com a especialidade odontológica que compreende o estudo clínico e o tratamento (reparação artificial ou correção ortopédica) das lesões congênitas, evolutivas, traumáticas (acidentais e cirúrgicas) e patológicas sediadas na boca, maxilares e face. Sendo os principais objetivos de a PBMF restaurar a estética, restaurar a função, proteção dos tecidos, e auxiliar na terapia psicológica (CARDOSO, 2002). Revisando a literatura se percebe que as reabilitações faciais remontam da idade antiga, onde, desde os primórdios da história do homem sobre a terra. As

reabilitações faciais foram realizadas em todas as civilizações (ARAÚJO, 2014; DA SILVA, 2010).

Entender como um mutilado bucomaxilofacial vivencia essa mutilação é uma tarefa não só da prótese bucomaxilofacial, mas, da psicologia que estuda como essas mutilações alteram o esquema corporal do indivíduo levando-o a inúmeros problemas psicossociais. Visto que a face é o espelho da alma, através dela todos os sentimentos humanos são expressos (CARDOSO 2002; CARDOSO *et al.*, 2006; BRANCO, GRUMAN 2014). Nesse sentido, o caso clínico em questão evidencia o mundo psíquico do paciente mutilado que é excluído do ponto de vista biopsicossocial. O paciente em questão relata sua psique antes e depois da reabilitação como pode ser entendido durante o exame clínico antes e depois da reabilitação ocular.

Perdas oculares precisam ser estudadas e confeccionadas como processos de reabilitação essencial. Além de se entender que uma simples prótese não reabilita o paciente devido sua alteração de esquema corporal. Assim, cabe ao protesista buco maxilo facial explicar o paciente que a prótese é um substituto artificial de um órgão perdido. A prótese é a única opção de restauração do seu esquema corporal. Daí cabe ao Cirurgião-Dentista trabalhar psicologicamente esse paciente para que ele receba a prótese e a incorpore como o órgão que foi perdido (CARDOSO, CARNEIRO, VASCONCELOS, 2011; SILVEIRA, GOMES 2014).

As mutilações faciais são congênitas e adquiridas, nesse sentido não existe prevenção e cabe ao Cirurgião-Dentista Protesista Bucomaxilofacial reabilitar o paciente para minimizar as questões biopsicossociais. É importante ressaltar que reabilitar um paciente mutilado é complexo. O protesista depende do resultado da cirurgia que o paciente foi submetido para adequar a reabilitação de forma satisfatória. A prótese em si não reabilita, torna-se necessário adaptar o paciente a essa perda e trabalhar no sentido de reparar o órgão perdido e, este, preencha a lacuna da perda. (LOVATO; TONIETTO; MASON, 2005) Convém salientar, que as próteses oculares são satisfatória na reabilitação biopsicossociais. Além da estética, elas têm um papel fundamental tanto na função e estética como nos aspectos psicológicos (CARDOSO, 2006; CARDOSO, 2002).

O caso clínico desse estudo deixa evidenciado o que o paciente sentia com a perda e seu sentimento após receber a prótese. Nesse sentido, a reabilitação foi satisfatória porque o

paciente conseguiu absorver essa prótese como o antigo olho que ele tinha. Assim, recomenda-se que todas as mutilações faciais sejam reabilitadas para devolver ao paciente uma reinserção pessoal, familiar e social.

CONCLUSÃO

Após a reabilitação facial por meio de uma prótese ocular, torna-se lícito afirmar que a reabilitação ocorreu de fato de uma forma biopsicossocial. O paciente verbalizou a sua satisfação ao término do tratamento e, a partir de então, será possível sua reinserção pessoal, social e familiar.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, P.G. Implicações psicossociais das perdas buco-maxilo-faciais. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. Camaragibe, 2004.

BRANCO, F. C.; GRUMANN, A. Perfil dos pacientes submetidos a implante de Mules após enucleação e evisceração. *Ver. Bras. oftalmologia*, v. 71, n. 4, Agosto, 2012.

CARDOSO, M. S. O.; ARAÚJO, P.G.; ORESTES-CARDOSO, S. M.; MORAIS. Implicações psicossociais em pacientes com perda do globo ocular. **RevCirTraumatol Buco-maxilo-facial**, v. 7, n. 1, p. 79-84, 2002.

CARDOSO, M.S.O. Avaliação das dimensões biopsicossociais de pacientes fissurados labiopalatais. Tese (Doutorado). Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. Camaragibe, p. 230, 2002.

CARDOSO, M.S.O.; CARNEIRO, C.S.; VASCONCELOS, B.C.E. Microbiota da Secreção Conjuntival em Portadores de Prótese Ocular. **Ver CirTraumatol Buco-maxilo-facial**, v. 11, n. 2, p. 109-114, 2011.

CARDOSO, M.S.O.; SOUZA, E.A.; CARDOSO, A.J.O; et al. Importance of Prosthetic Nasal Rehabilitation: a Case Report. **J. Cirurgia TraumatologiaBuco-Maxilo-Facial**, v. 6, n. 2, p. 43-6, Março, 2006.

DA SILVA, T. Prótese Ocular. Monografia apresentada a ETEC para obtenção do título de técnico em prótese dentária, São José do Rio Preto, p. 31, 2010.

DEBORD, G. **A Sociedade do Espetáculo**: Trad. ABREU, E. dos S. 2 ed. Rio de Janeiro:Contraponto, 264p, 2017.

FERREIRA, G. de A; MUSSI, N.; MENEGHIM, R. L. F.et al. Exenteração orbitária: Série de casos. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, n. 75, v. 6, p 452-5, Nov-Dez, 2016.

LOVATO, F. V.; TONIETTO, A. P.; MASON, E. M. et al. Evisceração: Análise de 126 procedimentos realizados no Hospital Branco de Olhos de Porto Alegre. **Rev. Bras. Oftalmologia**, v. 4, n. 6, p. 257-61, 2005.

PAPASPYROU, G.; YILDIZ, C.; BOZZATO, V.B.C.; SCHNEIDER, M. et al. Prosthetic supply of facial defects: long-term experience and retrospective analysis on 99 patients. **J. European Archives of Otorhino-Laryngology**, v. 275, n. 2, p. 607-13, Salazar-gamarra, 2018.

REZENDE, J.R.V. **Fundamentos da Prótese Buco-Maxilo-Facial**. São Paulo: Sarvier, 1997.

SILVEIRA, M.S.; GOMES, C.M.A. Avaliação do desenvolvimento experiencial de pacientes com prótese ocular: a focalização no atendimento clínico. **Revista Psicologia Clínica**, n. 26, v. 1, p. 181-196, 2014.