

Correção óptica da afacia na infância

Carlos Augusto Moreira¹; Saly M. B. Moreira²; Carlos Augusto Moreira Jr.³

INTRODUÇÃO

A correção óptica da afacia na infância deve ser precoce e o uso de lentes de contato tem-se mostrado de grande valor, devendo-se associar estimulação retiniana para evitar ambliopia.

Nossa experiência vem de 65 casos, os quais nos conduziram a um procedimento que julgamos útil.

Os resultados visuais obtidos nas crianças operadas de catarata congênita total monocular com lentes de contato e estimulação retiniana bem controlada, mesmo sendo precoce, são de prognóstico reservado, sendo possível de se prever novas soluções, como a colocação de lentes intraoculares. tendo entre outros problemas, o crescimento do globo ocular e a mudança refrativa, para sua efetivação. A epiceratofacia está trazendo novas esperanças, porém os resultados tanto da epiceratofacia como do implante intraocular em crianças, são pouco conhecidos ainda.

Na afacia de origem traumática na infância o prognóstico visual é melhor, pois já houve o desenvolvimento das estruturas nervosas da retina e vias ópticas. (Fig. 1) A adaptação da lente de contato deve ser feita tão logo que as condições oculares permitam, recomendando-se não ultrapassar o período de 06 meses entre a ocorrência do



Fig. 1 — Afacia monocular por catarata traumática usando lente de contato. Ortofórico.

traumatismo e a adaptação da lente⁷, levando-se sempre em consideração na espera, entre outros fatores, a idade da criança. Quanto menor a idade da criança, mais precocemente deverá ser feita a correção óptica.

Nas afacias decorrentes de catarata congênita bilateral, deve ser tentada a correção com lentes de contato de uso prolongado, precocemente, entretanto, em nosso meio e de acordo com nossa experiência, existe viabilidade de correção através de óculos⁴ pelos seguintes motivos:

— A perda freqüente da lente de contato e seu alto custo desestimula os familiares ou retarda o retorno ao médico, permanecendo por algum tempo, em alguns casos, como áfaco monocular sofrendo as consequências da ambliopia por anisometropia neste olho.

— O baixo poder aquisitivo, em grande faixa da população, impossibilita a troca freqüente da lente de contato necessária, pela variação refrativa, e que também leva, conseqüentemente, à redução visual.

— Frequentemente, o paciente reside em lugares distantes daquele onde realizou a cirurgia e adaptou a lente de contato dificultando o controle e a reposição da lente quando necessário.

Motivados por essas várias dificuldades, temos preferido o uso de óculos corretores nas afacias bilaterais com oclusão alternada, para evitar dominância. Fig. 2.

Muitos dos nossos pacientes com afacia bilateral que iniciaram a correção óptica com lentes de contato, depois de algum tempo passaram a usar óculos corretores pela inviabilidade do primeiro processo.

Tipos de lentes de contato

O tipo de lente de contato indicado para correção da afacia na infância, é o de uso prolongado (U.P.), porém, temos também adaptado lentes de contato de uso diário em crianças maiores operadas de catarata traumática ou naquelas crianças adaptadas inicialmente com lentes de contato de uso prolongado e após alguns anos, por solicitação dos pais ou por outros motivos, passaram às lentes de contato de uso diário.

¹ Professor Titular da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

² Professora Assistente da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

³ Professor Assistente da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.



Fig. 2 — Afacia bilateral por catarata congênita, operada com 3 meses de idade, usando óculos. Ortofórcio com ausência de nistagmo.

Em nosso meio, temos disponíveis, lentes hidrofílicas U.P. com elevado índice de hidratação e lentes rígidas gás-permeáveis U.P.

Temos adaptado lentes hidrofílicas mais delgadas e com alto conteúdo aquoso sem maiores complicações corneianas.

Estas lentes hidrofílicas U.P. são de fácil adaptação, confortáveis e bem toleradas, não exigindo ceratometria e biomicroscopia tão minuciosas.

As lentes rígidas gás-permeáveis com elevada permeabilidade ao oxigênio (DK) para permitir o metabolismo corneano, tem sido preconizadas por alguns autores⁸.

Já temos adaptado as recentes lentes fluorocarbonadas U.P. com bons resultados. Estas lentes rígidas gás-permeáveis devem ser adaptadas dando-se maior atenção às leituras ceratométricas.

As lentes de contato de silicone são bem toleradas, mas sua adaptação também requer ceratometria mais precisa e não são encontradas em nosso meio.

O maior problema que temos encontrado em relação ao uso prolongado de lentes de contato rígidas ou hidrofílicas em crianças é a perda da lente⁵.

Adaptação

A adaptação pode ser feita sob anestesia geral ou local, realizando-se retinoscopia e ceratometria.

Nossa conduta é adaptar a lente de contato uma semana após a cirurgia. É útil a prática do cirurgião realizar, sempre que possível, retinoscopia e ceratometria no final da cirurgia para prescrição da lente de contato, e 07 dias após poderá fazer revisão da cirurgia juntamente com a adaptação da

lente de contato sob anestesia geral. Devemos ter várias lentes de contato altas positivas de uso prolongado em estoque para permitir melhor adaptação. Realizar retinoscopia sobre a lente de contato, tendo-se o cuidado de hipercorrigir para atender as necessidades visuais das crianças de baixa idade, cujo interesse visual é em distância próxima^{2,3}.

Temos preferido adaptar as lentes de contato no consultório, instilando previamente algumas gotas de colírio anestésico, quando necessário. A manutenção da lente de contato nestas crianças é um processo caro e complicado devido à necessidade de troca periódica de lentes com graduações diferentes ou perda da lente, por isso procuramos, sempre que possível, não usar anestesia geral, transmitindo confiança aos pais da criança e ensinando a manusear, colocar e retirar a lente quando necessário.

A cooperação e entendimento dos familiares em relação ao uso da lente de contato na criança é primordial, para o êxito do tratamento. Todos os casos em que tivemos sucesso, com resultados ópticos que consideramos relativamente bons, após alguns anos de seguimento, foi com a ajuda e compreensão dos pais.

Controle da adaptação

O controle da adaptação é feito nos 3 ou 4 primeiros dias diariamente, passando então, a visitas médicas semanais e logo mensais. Observar sempre a tolerância da córnea ao uso contínuo da lente de contato e o tipo de fixação. Há necessidade do olho manter-se sem irritação. Na presença de qualquer sinal de congestão conjuntival e ciliar ou alteração da transparência, a lente de contato deve ser retirada.

Após a criança estar adaptada à lente de contato, visitas médicas mensais são necessárias observando-se o tipo de fixação, motilidade ocular e a presença de estrabismo.

Achamos que a retinoscopia e a oftalmoscopia à distância devam ser realizadas em todas as visitas, porque além de serem facilmente realizadas, nos permitem verificar a correção óptica e nos auxiliam no diagnóstico de membranas opacas secundárias. Achamos também que essas crianças afácicas devam ser seguidas mais de perto pelo cirurgião nos primeiros meses após a cirurgia para certificar-se da inexistência dessas membranas e quando necessário realizar biomicroscopia minuciosa sob anestesia geral.

O controle da acuidade visual nas crianças de baixa idade é difícil, e um método não subjetivo seria a determinação do potencial visual evocado. Entretanto, a observação do tipo de fixação e da atividade da criança compatível com a idade, são indicativos muito importantes para a avaliação da acuidade visual. O aparecimento de nistagmo após o terceiro mês indica o insucesso do nosso procedimento nos casos de cataratas congênitas.

Nas cataratas rubélicas, desde que os olhos não sejam muito microftálmicos, o procedimento é o mesmo.

Juntamente com a correção óptica não esquecer de orientar os familiares em relação ao estímulo visual que deve ser ativo e intenso para evitar e combater a ambliopia.

Na ocorrência de ambliopia, esta necessita ser tratada por oclusão. Nas afacias bilaterais, a oclusão raramente ultrapassa 4 a 5 horas por dia¹. Frequentemente, os áfacos bilaterais apresentam estrabismo, porém, a ambliopia e o estrabismo são mais frequentes na afacia por catarata congênita total monocular. Nestes casos, a ambliopia é mais grave porque além da insuficiência de estímulo visual, soma-se uma interação binocular anormal como fator ambliopiogênico.

O tratamento da ambliopia na afacia monocular começa pela oclusão do olho fixador durante o período em que a criança está acordada, exceto uma hora pela manhã e uma hora à tarde. A oclusão do olho fixador deve ser sempre bem orientada e controlada para evitar "ambliopia de oclusão". Após seis meses de tratamento, se a fixação excêntrica persistir, a ambliopia é declarada intratável⁶.

Nos pacientes com resultados favoráveis, a oclusão por algumas horas por dia deve ser feita durante anos, porque a recidiva da ambliopia está sempre presente e a criança que recebeu tratamento oclusivo deve ser controlada periodicamente até cerca de 10 anos.

CONCLUSÕES

- 1 — Necessidade de correção óptica precoce;

- 2 — Na situação atual o prognóstico visual da catarata congênita monocular continua sendo precário e necessita evolução;
- 3 — Nas afacias decorrentes da catarata congênita bilateral, quando há dificuldade de correção com lentes de contato, nossa experiência tem demonstrado ser de grande valor a indicação de óculos com oclusão alternada para evitar dominância;
- 4 — Julgamos importante difundir estes conceitos entre oftalmologistas, berçaristas, pediatras, obstetras e paramédicos para obtenção de melhores resultados visuais nestes pacientes.

RESUMO

Os autores relatam sua experiência baseada na correção óptica de 65 crianças afácias, concluindo pela necessidade de correção óptica muito precoce e controlada com reexames frequentes. Na correção da afacia bilateral por catarata congênita, havendo dificuldade de correção com lente de contato, tem preferido o uso de óculos por vários motivos, com resultados satisfatórios.

SUMMARY

The authors report their experience based on the optic correction of 65 aphakic children. They emphasize the necessity of early correction with controlled follow-up.

In the cases of bilateral aphakia (result of congenital cataract), when there is difficulty with contact lenses, one way use spectacles, with satisfactory results.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BELBART, S. S.; HOYT, C. S. et al. — Long term visual results in Bilateral Congenital Cataracts. *Am. J. Ophthalmol.* 93: 615-621, 1982.
2. FRIENDLY, D. S.; BRUNER, B. S.; FREY, T., LE DERMAN, M. E.; PARKS, M. M.; OLDT, N. — Use of high plus Bausch & Lomb softlens in the management of aphakia in infants and children. *Med. Ann. District Columbia.* 43: 359-66, 1974.
3. HILES, D. A. & WALLAR, P. H. — Visual results following infantile cataract surgery. *Int ophthalmol. clin.* 17: 265-82, 1977.
4. MOREIRA JR., C. A. & MOREIRA, C. A. — Catarata congênita e sua terapêutica. *Rev. Bras. Oft.* XLII. 4: 263-266, 1983.
5. MOREIRA, S. M. B. & MOREIRA, C. A. — Adaptação de lentes de contato em crianças. *Arq. Bras. Oftal.* 43: 170-171, 1980.
6. PARKS, M. M. — Visual results in Aphakic Children. *Am. J. Ophthalm.* 94: 441-449, 1982.
7. RIESE, R.; KOLSTAD, A.; BRUUN, S.; ESPELAND, A. — The use of contact lenses in children with unilateral traumatic aphakia. *Acta ophthalmol.* 55: 326-94, 1977.
8. SOARES, E. F. — Lentes de contato em crianças. *Anais da A.P.O. de Oftal.* 4: 79-81, 1985.