

Adaptação de lentes de contato em crianças

Saly M. B. Moreira *, Carlos Augusto Moreira **

INTRODUÇÃO

Apesar do notável progresso observado no domínio da contactologia moderna, ainda deparamos com grandes dificuldades na adaptação de lentes de contacto em crianças.

É verdade, no entanto, que este setor foi facilitado enormemente com as novas técnicas e materiais empregados na confecção das lentes, bastando lembrar a existência das atuais lentes hidrofílicas para uso prolongado. Nas crianças de pouca idade são estas lentes que preferentemente adaptamos, achando-as ideais porém, em nosso meio seu uso é dificultado pelo seu alto preço, pela alta incidência com que a criança perde a lente⁶ e ultimamente em virtude da grande dificuldade na obtenção da mesma.

O uso de lentes de contacto em crianças é indicado nos seguintes casos: afacia, anisometropia, alta miopia, ceratocone, aniridia, albinismo, ectopia lentis, alguns casos de ambliopia e nistagmo. Certas crianças que necessitam de oclusão para tratamento da ambliopia podem apresentar problemas psicológicos sérios com o uso do curativo oclusivo. Nestes casos pode-se indicar lentes especiais opacas para serem usadas como oclisor^{1,8}, entretanto, não tivemos a oportunidade de indicá-las a nenhuma criança com este tipo de problema, sendo que nossa experiência com tais lentes restringe-se aos adultos.

Quanto a idade ideal para a adaptação de lentes de contacto em crianças, consideramos ser a mais cedo possível, naqueles casos em que a lente de contacto é colocada para evitar ou combater a ambliopia, associada à terapia oclusiva⁴.

MATERIAL E MÉTODO

Selecionamos para este trabalho 40 crianças de 8 meses a 12 anos adaptadas com lentes de contacto e com seguimento de mais de 1 ano. Sendo:

— 11 crianças com afacia monocular, 6 casos após cirurgia de catarata congênita e 5 após cirurgia de catarata traumática;

— 15 crianças com anisometropia, 13 por miopia e 2 casos por hipermetropia;

— 11 crianças com miopia elevada;

— 2 crianças com astigmatismo hipertrópico composto;

— 1 criança com astigmatismo irregular. Deste total de 40 crianças, 23 foram adaptadas com lentes gelatinosas e 17 com lentes de contacto duras.

Procedemos da seguinte maneira:

Nas crianças de pouca idade, realizamos exame oftalmológico, incluindo acurada ceratometria, retinoscopia sob cicloplegia atropínica, fundo de olho e teste com lentes de contacto de prova sob anestesia geral. Quando testamos lentes de contacto duras, checamos a relação lente córnea, corando o filme lacrimal com fluoresceína, ainda com a criança anestesiada.

Nas crianças maiores, procuramos inicialmente conseguir sua confiança e cooperação, para efetuar o exame oftalmológico e o teste com lentes de contacto de prova sem recorrer à anestesia geral. Antes da colocação inicial da lente de contacto e **no teste**, utilizamos uma gota de colírio anestésico, porque este pequeno paciente descobrindo que a lente de contacto não dói, adquire maior confiança e perde aquele temor inicial que normalmente as crianças apresentam. Esse procedimento nunca causou danos à córnea que nos justificassem o seu abandono.

Uma vez receitadas as lentes, os pais, já **motivados**, são ensinados como inseri-las e removê-las. Este processo revelou-se mais fácil em crianças de pouca idade, e mais problemático naquelas de 2 a 5 anos, necessitando até mesmo sedação, o que justifica a indicação, quando possível, de lentes de contacto para uso prolongado.

COMENTÁRIOS

Temos adaptado em crianças tanto lentes de contacto hidrofílicas como duras, porém sempre que o caso permite damos preferência para lentes de contacto hidrofílicas pelos seguintes motivos: são mais confortáveis, mais seguras, mais facilmente adaptáveis e não exigem um exame tão minucioso à lâmpada de fenda, difícil de realizar em crianças. Em virtude de seu maior diâmetro e menor mobilidade são também mais apropriadas para crianças que brincam em ambientes sujeitos a corpos estranhos. Atualmente quando há indicação de lentes de contacto duras, optamos pelas lentes CAB.

* Profa. Assistente da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

** Prof. Titular da Disciplina de Oftalmologia, do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná e da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

O maior obstáculo encontrado por nós não foi a inserção e remoção da lente, mas a grande incidência de perda desta, desestimulando os pais para re aquisição de novas lentes.

Nas crianças operadas de catarata congênita os resultados visuais dependeram de vários fatores como: tempo decorrido para diagnóstico e indicação cirúrgica, presença ou não de outras alterações associadas e também da precocidade com que foi feita a correção óptica com lentes de contacto após a cirurgia, associada a terapia oclusiva nos casos monoculares.

Nos nossos 6 casos com afacia monocular por catarata congênita, 2 foram operados antes de 1 ano de idade e sua correção óptica com lente de contacto feita um mês após a cirurgia. Durante 2 anos de seguimento apresentam boa fixação e não foi constatado estrabismo. Os 4 casos restantes foram operados com mais idade (3 e 4 anos) e a tentativa de melhorar a visão com lentes de contacto foi feita alguns meses após a cirurgia. A acuidade visual (A.V.) atingida foi de 20/200 e após algum tempo abandonaram o tratamento. Nas crianças afácicas, até 5 anos de idade, aumentamos + 1,50 Dioptrias no poder da lente de contacto para distância, com a finalidade de melhorar a visão mais próxima, muito importante nesta idade². Friendly e cols. preconizam uma hipercorreção de + 2,50 Dioptrias nas crianças com menos de 18 meses de idade e + 2,00 Dioptrias de um e meio a 3 anos de idade. Acima de 3 anos não hipercorrigem.

Nas crianças operadas de catarata traumática, mesmo quando houve ferida perfurante de córnea, os resultados visuais obtidos com lentes de contacto foram relativamente bons. Todos os nossos 5 pacientes tinham idade acima de 5 anos e as lentes de contacto foram colocadas cerca de 1 mês e meio após a cirurgia. Em nenhuma circunstância, o período entre o traumatismo e adaptação da lente de contacto deve ser maior do que 6 meses⁷. Adaptamos lentes gelatinosas e pudemos observar que corrigem também o astigmatismo irregular decorrente da cicatrização corneana determinada pelo trauma⁵.

Uma nossa paciente de 6 anos com astigmatismo irregular por ferimento perfurante de córnea, sem lesão de cristalino, melhorou sua A.V. de contar dedos para 20/40 com lente de contacto hidrofílica (40% de hidratação) e apresenta paralelismo ocular perfeito, com um "follow-up" de 5 anos.

Nos casos com anisometropia por miopia conseguimos bons resultados visuais com lentes de contacto associadas, nos casos necessários, a tratamento pleóptico.

As crianças maiores de 5 anos portadoras de miopia elevada adaptaram-se facilmente às lentes de contacto porque além dos benefícios visuais já são motivadas pelo efeito estético.

CONCLUSÕES

- 1 — O profissional não deve ter receio de adaptar lentes de contacto em crianças com indicações específicas para seu uso, porque apesar das dificuldades encontradas, os resultados, em alguns casos, encorajadores justificam sua tentativa.
- 2 — Nos casos de afacia os melhores resultados foram obtidos quando a correção óptica com lentes de contacto foi feita 3 a 6 semanas após a cirurgia.
- 3 — A inserção e remoção é difícil, mas o principal obstáculo está na perda da lente e na frequência com que as crianças a retiram do olho.
- 4 — O advento das lentes de contacto para uso prolongado veio estimular e facilitar bastante a adaptação de lentes de contacto em crianças.

RESUMO

A autora adaptou lentes de contacto em 40 crianças. Relata sua experiência pessoal e apesar das dificuldades encontradas, os resultados mostraram-se satisfatórios em muitos casos o que justifica sua indicação e tentativa de adaptação.

SUMMARY

Contact lenses were fitted in 40 children and in spite of the pertinent problems, the results were satisfactory in many cases; so we can justify the indication and the attempt of the adaptation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HARTSTEIN, J. — Contact lens fitting for the very young. In: ———. Questions and answers on contact lens practice. 2. ed. Saint Louis, C.V. Mosby, 1973. p. 180-1.
2. HILES, D. A. & WALLAR, P. H. — Visual results following infantile cataract surgery. *Int. ophthalmol. clin.* 17: 265-82, 1977.
3. FRIENDLY, D. S.; BRUNER, B. S.; FREY, T.; LEDERMAN, R. 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.
4. GIRARD, L. J. — Aphakia in children. In: ———. *Corneal contact lenses*. 2. ed. Saint Louis, C.V. Mosby, 1970. p. 99-104.
5. MOREIRA, S. M. B. & MOREIRA, C. A. — Lentes de contacto hidrofílicas em casos especiais. *Arq. Bras. Oftalmol.* 40: 304-12, 1977.
6. MOREIRA, S. B. M. — Lentes de contacto para uso prolongado. *R. bras. oftalmol.* /em publicação/ Trabalho apresentado no International Congress of Geographical Ophthalmology, 6. Rio de Janeiro, 1979.
7. RIISE, R.; KOLSTAD, A.; BRUUN, S.; ESPELAND, A. — The use of contact lenses in children with unilateral traumatic aphakia. *Acta ophthalmol.* 55: 386-94, 1977.
8. SOPER, J. W. & GIRARD, L. J. — Method of fitting infants and children; examination. In: GIRARD, L. J. *Corneal contact lenses*. 2. ed. Saint Louis, C.V. Mosby, 1970. p. 294-6.