

Implante de lentes intra-oculares em crianças⁺

Intraocular lens implantation in children

Antonio Jordão Jr. ⁽¹⁾
Lúcio G. Dantas ⁽²⁾

RESUMO

Foram operados 14 pacientes portadores de catarata com idades entre 5 e 17 anos (9 congênitas, 4 traumáticas e 1 evolutiva) pela técnica de facoaspiração com cânula de dupla-via. A correção da afacia foi feita através do implante de lentes intra-oculares (LIO) em todos os pacientes. As principais complicações encontradas foram a formação de sinéquias posteriores (4 casos) e a opacificação da cápsula posterior, que ocorreu em todos os casos. Houve melhora significativa da acuidade visual em todos os casos, com resultados de 20/20 (1 caso), 20/30 (2 casos), 20/40 (2 casos), 20/60 (1 caso), 20/100 (4 casos), 20/200 (1 caso), 20/300 (1 caso) e 20/400 (1 caso). Um dos pacientes teve a sua AV final medida de forma subjetiva. Procuramos demonstrar neste trabalho que o implante de LIO é um método seguro e eficiente na correção da afacia infantil.

Palavras-chave: Lente intra-ocular; Catarata infantil; Catarata traumática.

INTRODUÇÃO

A conduta preconizada frente às opacificações cristalinianas em crianças sempre tendeu ao conservadorismo.

Hoje o tratamento é eminentemente cirúrgico, mas o método de correção da afacia destes pacientes ainda é controverso, embora o implante de lente intra-ocular (LIO) seja o que mais tem aumentado sua aceitação (HILES, 1984).

Apresentaremos neste trabalho nossa rotina cirúrgica e os resultados preliminares deste estudo prospectivo.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram operados 14 pacientes portadores de catarata, com idades variando entre 4 e 17 anos. Nove apresentavam acometimento unilateral e 5 bilaterais. Nestes, relataremos somente o resultado do primeiro olho operado. Nove

casos eram de origem congênita, 4 eram traumáticas e 1 era evolutiva. Sete cataratas eram totais, 1 polar posterior, 1 subcapsular posterior e 5 nucleares. Oito pacientes eram do sexo feminino e 6 do masculino (Tabela 1).

A acuidade visual pré-operatória era de percepção de movimentos da mão (MM) em 3 pacientes, percepção luminosa (PL), 20/200 e 20/100 em 2, conta dedos (CD) a 3,0 m, CD a 2,0 m, CD a 1,0 m, CD a 0,5 m e 20/150 em cada um dos restantes, com a melhor correção óptica (Tabela 1).

O paciente Nº 13 apresentava diâmetro ântero-posterior do olho operado de 28,0 mm e o Nº 6 possuía o diâmetro corneano do olho operado ligeiramente diminuído em relação ao contralateral. Nenhum dos outros apresentava qualquer outra alteração significativa além da catarata.

Com exceção dos pacientes Nº 7 e 11, onde realizamos anestesia peribulbar, todos os outros foram operados sob anestesia geral. Iniciamos a cirur-

* Trabalho realizado no Instituto/Fundação Hilton Rocha.

⁽¹⁾ Fellow Departamento de Córnea do Instituto Hilton Rocha e Fundação Hilton Rocha.

⁽²⁾ Departamento de Córnea do Instituto Hilton Rocha e Fundação Hilton Rocha.

Endereço para correspondência: Antonio Jordão Jr.
Rua Rui Barbosa 1141, Higienópolis, Ribeirão Preto - SP. CEP 14025-120

TABELA I
Descrição dos casos e resultados

Paciente	Sexo	Idade	Forma	Lateralidade	Etiologia	Acuidade pré	Acuidade pós
1	masc.	4 a	total	unilateral	traumática	MM	20/100*
2	fem.	9 a	nuclear	unilateral	congênita	20/100	20/100
3	masc.	4 a	nuclear	bilateral	congênita	CD 2,0 m	20/100*
4	fem.	13 a	nuclear	bilateral	congênita	20/150	20/40
5	fem.	6 a	total	unilateral	congênita	CD 3,0 m	20/300*
6	fem.	10 a	total	unilateral	congênita	MM	20/400
7	masc.	17 a	total	unilateral	traumática	CD 1,0 m	20/40
8	fem.	9 a	polar	unilateral	congênita	20/200	20/100*
9	masc.	9 a	polar	unilateral	traumática	CD 0,5 m	20/30
10	masc.	9 a	total	unilateral	traumática	PL	20/25
11	fem.	17 a	nuclear	bilateral	congênita	20/100	20/30
12	fem.	5 a	total	bilateral	congênita	MM	????
13	masc.	8 a	total	unilateral	evolutiva	PL	20/200
14	fem.	9 a	nuclear	bilateral	congênita	20/200	20/40

MM = movimentos de mão; CD = contar dedos; PL = percepção luminosa

* = pacientes em tratamento oclusivo

gia com a sujeição dos músculos reto superior e inferior com fio de seda 4-0. Após peritonmia superior e termocauterização, realizamos sulco escleral com lâmina de bisturi N° 15. Pelo sulco procedemos a entrada do cistíтомo na câmara anterior (CA), realizando capsulorrexis anterior linear e hidrodissecção cortical. Ampliada a abertura da CA, aspiramos as massas corticais com cânula de dupla-via modelo Simcoe. Concluída a aspiração, preenchemos a CA com material visco-elástico (poliacrilamida 1,5%) e introduzimos a LIO “in the bag”. Suturamos a incisão com fio Nylon 10-0 (Ethicon - agulha CS-ULTIMA) em duplo chuveiro.

Ao final da cirurgia injetamos uma mistura de 0,9 mg de fosfato dissódico de dexametasona com 15,0 mg de gentamicina no espaço subconjuntival. A prescrição pós-operatória consistiu de um colírio de associação de antibiótico com corticóide (Maxitrol®) de 4/4 h. e sulfato de atropina 0,5% de 12/12 h. por 21 dias. O período de seguimento variou de 4 a 7 meses, com média de 6,2 meses.

RESULTADOS

Houve melhora da AV com e sem correção em todos os casos, com exceção do N° 2, no qual ela não se alterou. No período de seguimento, o grupo de catarata traumática foi o de melhor resultado, seguido pelas congênitas e pela evolutiva (Tabela 1). O paciente número 11 não informava a acuidade visual, mas sua melhora pode ser comprovada indiretamente através da mudança no comportamento e na melhoria do relacionamento com o meio.

A formação de sinéquias posteriores foi a complicação pós-operatória mais precoce (4 casos) surgindo geralmente na primeira semana após a cirurgia. Foram desfeitas com o uso alternado de mióticos e midriáticos (3 casos) ou com YAG laser (1 caso). A cápsula posterior se opacificou em todos os pacientes dentro dos 2 primeiros meses após a cirurgia e foram abertas com YAG laser. Neste mesmo período observamos 2 casos de captura pupilar da LIO, onde a conduta foi conservadora diante da instabilidade do quadro. Dentro do período de acompan-

nhamento não observamos nenhum caso de glaucoma, descolamento de retina ou endoftalmite decorrentes da facetectomia.

COMENTÁRIOS

Os métodos atualmente disponíveis para a correção da afacia em crianças são: óculos, lentes de contato, epiceratofacia e LIO. A correção com óculos é restrita hoje a alguns casos de afacia bilateral, devido à aniseiconia provocada em relação ao olho contralateral quando este é fálico ou pseudofálico. A correção com lentes de contato após lensectomia via límbica ou via pars plana é o método mais tradicionalmente usado, embora não isento de complicações (BURKE et alii, 1989) e de difícil adaptação (HILES, 1980).

Hoje sabemos que o grande número de complicações associadas aos implantes em crianças se relacionaram a impropriedades técnicas e materiais, além da inadequada seleção dos pacientes. Olhos que apresentem qualquer outra alteração significativa além da catarata não devem receber a LIO

(HILES, 1984; BUCKLEY et alii, 1993). Outro fator importante é a idade do paciente. Apesar deste limite não estar bem estabelecido (HILES, 1984; GIMBEL et alii, 1993) nos pareceu seguro o limite inferior de 2 anos, pois a partir desta época o ritmo de crescimento ocular diminui muito (BENTIJANE & CARVALHO, 1983).

A complicação pós-operatória mais freqüente foi a opacificação da cápsula posterior, que ocorreu em todos os casos. Não associamos capsulotomia posterior primária ou vitrectomia anterior à remoção da catarata pois não sabemos qual seria seu efeito a longo prazo sobre o crescimento ocular (GIMBEL et alii, 1993). É importante frisar que houve melhora da AV em todos os casos menos um. Esta exceção foi um paciente com catarata congênita onde ocorreu ruptura da cápsula posterior transoperatória, mas que ainda sim permitiu a colocação da LIO (neste paciente a AV manteve-se inalterada).

Não existe consenso a respeito de quais seriam os fatores prognósticos mais importantes para a reabilitação visual destes pacientes, mas nos parece que a idade na época da intervenção

e a densidade da catarata desempenham papéis muito significativos. Freqüentemente o diagnóstico é tardio e já se desenvolveu severa ambliopia na época da cirurgia, motivo pelo qual o tratamento oclusivo deve ser agressivo e extenso.

Não devemos esperar nestes casos resultados tão bons quanto nos adultos. Nenhuma das técnicas em uso hoje pode ser considerada ideal, mas podemos afirmar que o implante de LIO em crianças um método seguro e de sucesso. Para que possamos contar com as vantagens da pseudofacia em relação à afacia cuidados especiais pré, per e pós-operatórios devem ser obrigatoriamente tomados.

SUMMARY

Extracapsular cataract extraction and primary posterior chamber intraocular lens (IOL) implantation were performed in 14 children (age range: 5-17 years) with congenital (9 cases), traumatic (4 cases) and developmental (1 case) cataract. The most frequent postoperative

complications found were posterior synechiae (4 cases) and posterior capsule opacification (all cases). There were visual acuity improvement in all cases and these preliminary results suggest that IOL implantation may be a safe and effective method of optical correction for aphakia in children.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BENTIJANE, A. J. & CARVALHO, C. A. - Variações da biometria ultrassonográfica em olhos normais, nos primeiros 50 meses de idade. *Arq. Bras. Oftal.*, **46**: 96-9, 1983.
- 2 BUCLEY, E. G.; KLOMBERS, L. A.; SEABER, J. H. et al: Management of posterior capsule during pediatric intraocular lens implantation. *Am. J. Ophthalmol.*, **115**: 722-8, 1993.
- 3 BURKE, J. P.; WILLSHAW, H. E.; SEABER, J. H. - Intraocular lens implantation for unicuscular cataracts in childhood. *British Journal of Ophthalmology*, **73**: 860-4, 1989.
- 4 GIMBEL, H. V.; FERENSOWICZ, M.; RANAAN, M. et al: Implantation in children. *J. Ped. Ophthalmol. Strabismus*, **30**: 69-79, 1993.
- 5 HILES, D. A. - Visual acuity of monocular IOL and non-IOL aphakic children. *Ophthalmology*, **87**: 1296-300, 1980.
- 6 HILES, D. A. - Intraocular lens implantation in children with monocular cataracts. *Ophthalmology*, **91**: 1231-37, 1984.