

LENTE DE CONTACTO NA CRIANÇA, ALTOS VÍCIOS DE REFRAÇÃO, ANISOMETROPIAS, ETC. *

Prof. RUBENS BELFORT MATTOS
Dr. JOSÉ BELFORT MATTOS

Introdução

De certo tempo para cá, começamos, nós mesmos, a prescrever, adaptar e controlar nossos pacientes que necessitavam de lentes de contacto.

Cremos, que nunca será demais repetirmos as considerações que nos levaram a isto.

Consideramos válidas as razões do Prof. Offret (1) de que este deve ser um ato médico por 3 razões principais: 1) é necessário um diagnóstico, que exige o emprêgo de meios de exame estritamente médico; 2) é o oftalmologista quem assume a responsabilidade de seu uso; 3) é habitualmente a correção de uma ametropia grave. Concordamos também com a premissa que inspirou a Contact Lens Association of Ophthalmologists, segundo a qual a adaptação de lentes de contacto em uma córnea humana é um ato médico, e é o oftalmologista quem assume sua responsabilidade, e com o que nos ensina Girard (2); o uso de lentes de contacto é um processo patológico controlado.

Gostaríamos de despertar a atenção dos colegas a atualidade destes conceitos.

Indicações das Lentes de Contacto em meninos

Justamente nestes casos é que a responsabilidade do oftalmologista é máxima, pois é frequentemente a correção de uma ametropia grave, quase sempre como único meio de evitar a ocorrência de uma ambliopia.

As indicações são as clássicas: altos vícios de refração, anisometropia, albinismo, aniridia, afacia monocular e astigmatismo irregular.

Dentro destas indicações existem duas em que nós nos fixaremos com maior atenção. Trata-se da correção de meninos miópicos e afácicos monculares, que são, a nosso ver, os casos mais interessantes.

1.º — Meninos Miópicos

O interesse principal da correção de meninos miópicos reside fundamentalmente na prevenção de uma possível ambliopia e no papel que esta lente de contacto teria na evolução desta miopia.

Na prevenção da ambliopia seu valor é imenso, especialmente em casos de anisometropia miópica e em casos de alta miopia, pelo aumento do tamanho da imagem retiniana que ocasionam.

(*) Apresentado no Congresso Sul Americano Meridional de Oftalmologia Santiago — Novembro 1969

Quanto á evolução da miopia, os trabalhos de Nolan (3) e Stuart-Black-Kelly (4) e de Elie, Zenatti e Hudelo (5) mostram, através de um estudo estatístico comparativo, que o aumento da miopia é, de um modo significativo, menor nos meninos portadores de correção com lentes de contacto de que nos portadores de correção com óculos. Jackson (6) em outro trabalho também defende o exposto. Inúmeros trabalhos e confirmam.

Resta saber, qual a razão dêste fato?

As opiniões convergem para o fato de que as lentes de contacto determinam modificações definitivas da curvatura corneana, caracterizada por um aplanamento corneano central. Entre outros fatores a serem considerados, também temos o do aumento do campo visual periférico (Jackson) (6), o de uma relação acomodação-convergência mais natural (Kumar, Goel e Ahuja) (7) ou de uma origem fisiológica através de um melhor processo de estimulação retiniana (Gumpelmayer) (8).

2.º — Meninos afácicos monoculares

Neste caso, é indispensável dar rapidamente ao olho afácico uma correção com lentes de contacto, única forma possível de evitar a instalação de uma ambliopia.

As outras duas possibilidades são o emprêgo de óculos combinada com oclusão, que não resiste á critica e o emprêgo de lentes intracamerular, que é um método perigoso, pois complicações como glaucoma e distrofia corneana são frequentes.

O prazo da adaptação deverá ser tanto menor, quanto mais jovem fôr o menino, em razão da instabilidade e da fragilidade da visão binocular. Esta é uma regra geral, defendida já por Keith-Lyle (9) em 1953. Esse prazo de adaptação é de aproximadamente 3 semanas após a operação, válido para qualquer idade em que o menino tenha sido operado, mesmo naqueles casos de cataratas congêntas unilaterais em que a cirurgia deve ser a mais precoce possível.

Técnica utilizada, idade de início e problemas psicológicos

Quanto á técnica utilizada, empregamos uma sequência de adaptação em 3 (tres) tempos.

1.º) Como primeiro tempo, realizamos um cuidadoso exame clínico de cada caso, compreendendo, inicialmente, a determinação da refração do menino, estática e dinamicamente, através de retinoscopia com copeland e cilindros cruzados. Isto torna possível determinar a natureza da ametropia e a acuidade visual.

Usamos sempre como complemento de exame, o orifício estenopeico, porque, se êle melhorar a acuidade visual, poderemos esperar, de um modo geral, que a lente de contacto nos dê a mesma melhora. Tôdas as ametropias acima de 4 (quatro) dioptrias têm a sua distância vertex corrigida.

Em seguida, determinamos a ceratometria sendo que, no momento, estamos fazendo somente a central, com um ceratômetro clássico do tipo Hel-moltz (o ceratômetro fabricado pela Bausch-Lomb). A dificuldade principal, neste exame, reside em obter uma boa fixação. Podem ser utilizados, para

tanto, brinquedos, especialmente os mecânicos e se, mesmo assim, não pudermos obter uma boa fixação, torna-se necessária então a sedação do menino.

Como passo seguinte, realizamos um exame biomicroscópico, a fim de determinar as condições da córnea, do limbo córneoesclear, das conjuntivas tarsianas e do filme lacrimal pré-corneano. Para determinar a função lacrimal, empregamos o teste de Schirmer e determinamos a sensibilidade corneana com o estesiômetro de Bonnet e Cochet.

Uma vez confirmada a indicação do caso e não havendo nenhuma contraindicação, damos sequência ao exame.

2.º) Realizamos então um segundo tempo, provando uma lente de contacto experimental, tricurva, de uma caixa de prova padronizada. Antes de colocá-la, empregamos um colírio anestésico que não lese o epitélio. em seguida colocamos a lente e esperamos a normalização da secreção lacrimal. Uma vez esta esteja normalizada, realizamos uma nova refração sobre a lente, para comparação com o resultado anteriormente obtido.

Como passo seguinte, realizamos uma biomicroscopia, primeiro sem e depois com fluoresceína para determinarmos a relação córnea-lente. Determinamos, em seguida, o diâmetro que a lente deverá ter em função do diâmetro corneano, da abertura palpebral, do tônus e da situação da pálpebra superior. Retiramos então as lentes e fazemos nova ceratometria para comparação com o resultado anterior.

Em seguida, são treinados os atos de colocação e retirada das lentes nos meninos cuja idade permite esta manipulação. Caso contrário, os treinados serão os pais.

Dêstes dois tempos, determinamos as especificações e características da lente definitiva.

3.º) Finalmente realizamos um terceiro tempo, já com as lentes definitivas, para buscarmos a confirmação de nossos exames anteriores.

Trabalhamos conjuntamente com um técnico, que, caso surja necessidade de retoque, realiza o necessário para dar condição de uso desta lente definitiva.

Novamente são treinados os atos de colocação e retirada. O menino já tem, então, condições de levar suas lentes, portá-las de um modo progressivo e, em cada caso são marcados exames para o controle de adaptação quando então, são reexaminados todos os sintomas e sinais decorrentes do uso das lentes de contacto e, caso os mesmos existam, buscamos solucioná-los, com retoques, quando estes forem possíveis.

Seguimos controlando a adaptação até o uso constante e diário, quando então pedimos que retorne para exames mais espaçados.

Quanto á idade em que seu uso deve ser iniciado há uma opinião unânime em que, a menos que haja uma razão especial como, por exemplo, afácicos monoculares que necessitaram operação precoce, o mesmo deve ocorrer quando o menino já tenha condições de manipulação das lentes por si mesmo. Isto pode ocorrer antes, mas em geral ocorre no início da sua idade escolar, aos 7 (sete) anos.

Esta é a opinião defendida por Bonnet, Gerhard e Massin em seu Rapport Annuel (10) de 1966 e recentemente por Davis (11), de Chicago, no

Congresso Mundial realizado em maio dêste ano em Eastbourne. Sômente perto desta idade é que se consegue uma melhor cooperação e confiança do paciente, bem como uma situação psicológica favorável em seu meio familiar.

Isto se explica se considerarmos que é nesta fase que os meninos começam a ter outros contactos que não a sua sociedade primária (a família) e já se sente capaz de suportar algo até então estranho, como o são, todos os seus relacionamentos com tudo que lhe é novo. Ele já se sente responsável e até importante por realizar algo que os adultos de sua sociedade primária admiram.

Com a família sucede o mesmo, pois nesta fase o menino desembaraça-se, forma novos grupos com novos amigos, passa a frequentar a escola e consequentemente deixa de ser olhado como o menino indefeso que era até então.

Todos estes fatos contribuem para uma situação psicológica favorável.

Justamente, cremos nós, pensando em conciliar uma situação psicológica favorável, com a prevenção da ambliopia, foi que Ruben e Walker (12) usaram lentes de contacto como oclusoras no olho bom. Estas podem ser opacas, ou então ter um forte poder dióptrico provocando assim uma oclusão óptica.

Assim sendo, o problema estético criado com a oclusão no óculos, que cria em certos meninos complexos psicológicos tão desfavoráveis, é contornado de um modo positivo e temos portanto mais uma boa arma na prevenção da ambliopia.

Experiência pessoal

Gostaríamos agora de relatar nossa experiência pessoal em alguns casos em que fizemos a adaptação. De 120 (cento e vinte) casos que adaptamos nos últimos 8 (oito) meses, sômente 6 (seis) tinham 13 (treze) anos ou menos, assim distribuídos: 1 (um) de 9 (nove) anos; 1 (um) de 11 (onze) anos e 4 (quatro) de 13 (treze) anos. As lentes de contacto utilizados nestes casos foram tôdas tricurvas, com diâmetro compreendido entre 8,5 e 9 mm e com a curva central e o poder dióptrico determinados pelo modo descrito e, dependendo de cada caso, com uma leve coloração. O de 9 (nove) anos e o de 11 (onze) anos apresentavam-se com anisometropia miópica e com ambliopia no olho mais miope. Infelizmente, em ambos os casos, os pais criaram uma situação psicológica aflitiva, que se transmitiu aos filhos, e fizeram com que os mesmos as usassem sômente poucas horas por dia. Dos 4 (quatro) com 13 (treze) anos, todos as usam o dia todo. Nos 4 (quatro) com 13 (treze) anos, todos as usaram o dia todo. Em 2 (dois) casos, apresentavam-se com altos vícios de refração em ambos os olhos, tendo um, alta miopia e o outro, alta hipermetropia, e, os outros 2 (dois) casos apresentavam-se com anisometropia, tendo um caso alta miopia monocular e o outro alto astigmatismo hipermetrópico monocular. Em todos êstes 4 (quatro) casos obtivemos bons resultados quanto á visão e em 2 (dois) dêstes casos, mesmo uma situação psicológica desfavorável criada pelos pais, não impediu que o uso constante e diário fôsse atingido. Nos outros 2 (dois) casos, não houve nenhum problema psicológico. Dos 6 (seis) casos sômente

tivemos 1 (um) caso de perda de uma lente, a qual é referida como uma constante, nesta idade. Um dado interessante foram os baixos valores estesiométricos do centro da córnea obtidos como estesiômetro de Bonnet e Cochet. Em ambos os olhos foi encontrado valor 2 (dois) no de 9 (nove) anos e no de 11 (onze) anos e uma de 1 (um), uma de 2 (dois) e duas de 3 (tres) nos quatro casos de 13 (treze) anos.

Nossa tendência atual é de continuar fazendo a prescrição, adaptação e controle de todos os meninos em que a indicação se apresentar e, inclusive, fazer este trabalho conjuntamente com psicólogos, pois consideramos que uma situação psicológica favorável é fundamental para o sucesso de uma boa adaptação. Cremos que, entre latinos, isso é indispensável.

Finalmente, gostaríamos de salientar a importância dos trabalhos consultados que, a nosso ver,, ajudam para uma melhor compreensão do que aqui foi ventilado.

Resumo:

— Na introdução, destaca-se o papel do oftalmologista na adaptação de lentes de contacto.

— Depois, são dadas as indicações chamando a atenção acerca do problema dos miópicos e afácicos monculares.

— Em seguida, fazem-se considerações acerca da técnica utilizada, da idade de início do uso e dos problemas psicológicos que surgem.

— Destaca-se, também, o papel que podem ter na prevenção da ambliopia.

— Dá-se, igualmente, nossa experiência pessoal em alguns casos em que fizemos a adaptação.

— No final, é publicada uma breve bibliografia dos trabalhos consultados.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Offret: B.S.O.F., pág. 1105, novembro 1966
- 2) Girard: Corneal Contact Lenses, Mosby 1964
- 3) Nolan: Contacto, pág. 25 e 26, março 1964
- 4) Stuart-Black-Kelly (T): Brit. J. Phys. Opt., pág. 175-186, 1964
- 5) Elie, Zenatti e Hudello: B.S.O.F., pág. 1081-1085, novembro 1966
- 6) Jackson: Les Cahiers des Verres de Contact, pág. 15-20, 1967 n.º 13
- 7) Kumar Goel e Ahuja: Orient Arch. Opht. pág. 47, 1967
- 8) Gumpelmayer: Contacto, pág. 22, 1967
- 9) Lyle (Keith): Trans. opht. Soc. U. K., pág. 387-398, 1953
- 10) Bonnet, Gerhard e Massin: Rapport Annuel — B.S.O.F., 1966
- 11) Davis: The Opht. Opt., pág. 655, junho 1969
- 12) Ruben e Walker: Brit. Orth. J., pág. 120, 1967.