

Catarata congênita: dificuldades no tratamento

Carlos Eduardo Leite Arieta* & Newton Kara José**

I — INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde, atendendo para o crescimento do número de cegos no mundo — atualmente cerca de 20 milhões que deverá chegar a 40 milhões no ano 2000¹ — e considerando que 2/3 dos casos seriam de causas potencialmente evitáveis, tem enfatizado a necessidade do desenvolvimento de programas de prevenção de cegueira. Sabe-se, por outro lado, que a prevalência e causas de cegueira variam em diferentes países, devido, principalmente, a condições geográficas e sócio-econômicas. Neste panorama, os países em desenvolvimento arcam com cerca de 80% dos casos.

A cegueira na infância é particularmente importante tanto pelos índices com que se apresenta nos países em desenvolvimento, como pelo fato de representar um encargo sócio-econômico dos mais graves².

Taylor enfatiza que a catarata congênita é numericamente a mais importante causa de cegueira recuperável em crianças, sendo bem mais comum, por exemplo, do que retinoblastoma e glaucoma³. François (1963) mostrou que 10 a 38,8% do total de cegueira em crianças são causados por catarata congênita⁴. No Canadá, a catarata congênita é responsável por 11,6% dos casos de cegueira⁴.

No Brasil, estudo de causas de deficiência visual realizada em 8000 crianças de 0 a 15 anos de idade, atendidas em cinco serviços de Oftalmologia, mostrou ser a ambliopia refracional, seguida de catarata congênita, nistágmo, coriorretinite e retinopatia congênitas as principais causas na população estudada. A catarata congênita com 21,8% dos casos foi a principal causa de cegueira em crianças até 3 anos de idade⁵.

Desde os trabalhos de WIESEL & HUBEL em 1963, 1965 e 1970, sabe-se que ocorrem alterações anatômicas no corpo geniculado lateral com atrofia de tecido nervoso, conseqüentes da privação de estímulo luminoso nos primeiros meses de vida^{6,7,8}.

E pelos trabalhos de Von Noorden (1973/1979), sabe-se que há um período crítico de desenvolvimento do reflexo de fixação, em que as alterações decorrentes da privação do

estímulo luminoso podem se reverter^{9,10}. Esses estudos foram realizados em gatos e macacos e, no homem, estima-se que o período crítico está por volta de 8 a 12 semanas de vida, sendo que o aparecimento de nistágmo mostra o fim desse período¹¹.

A fase ideal para indicação de cirurgia na catarata congênita tem mudado através dos anos, em face dos conhecimentos que se tem adquirido — Collins (1908), Horay (1925), Falls (1943), Kirsby (1950) sugeriam cirurgia precoce... Duke-Elder sugere cirurgia em torno de 6 meses no 1.º olho e 3 anos no 2.º olho¹².

Recentemente, tem-se indicado a cirurgia no 2.º e 3.º mês de vida^{3,13} ou antes de 8 semanas^{10,14,15} e a correção óptica, de preferência com lentes de contato hidrofílicas. A diferença mais profunda entre o tratamento da afacia do adulto e da criança é a necessidade de prevenção da ambliopia nas crianças¹⁶.

É importante a realização de pesquisas no campo de Oftalmologia Sanitária, como ponto de partida para o desenvolvimento de programas preventivos¹⁷.

Com a finalidade de avaliar a idade em que os casos de catarata congênita são diagnosticados e o tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico, realizou-se estudo retrospectivo de 67 pacientes portadores dessa patologia, atendidos no ambulatório de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (H.C. UNICAMP) no ano de 1983.

II — MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado estudo retrospectivo de 67 pacientes de um mês a 15 anos de idade, atendidos no ambulatório de Oftalmologia do H.C. UNICAMP com o diagnóstico de catarata congênita, durante o ano de 1983. Foram coletados dados quanto a acometimento ser uni ou binocular, idade em que a mãe notou a alteração, tempo decorrido entre a suspeita da anormalidade e encaminhamento ao oftalmologista e, ainda, tempo decorrido entre diagnóstico e realização da 1.ª cirurgia.

* Residente de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

** Professor titular da disciplina de Oftalmologia da F.C.M. da UNICAMP, professor adjunto de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da USP.

III — RESULTADOS

Os resultados são apresentados sob a forma de tabelas enumeradas de I a III, que correlacionam idade de suspeita de catarata congênita e idade em que a criança foi levada ao oftalmologista (tabela I), tem-

po decorrido entre diagnóstico e realização da 1.ª cirurgia (tabelas II e III).

De 67 pacientes atendidos com catarata congênita durante o ano de 1983 não se encontraram dados suficientes para esta pesquisa, quanto a idade de aparecimento da patologia em 11 casos, retirados do estudo.

TABELA I
Idade de suspeita e idade em que foram levadas ao oftalmologista 56 crianças com catarata congênita (1983)

* Número de casos	Oftalmologista até 1.º mês	Oftalmologista até 3º mês	Oftalmologista até 6º mês	Oftalmologista até 12 meses	Oftalmologista mais de 1 ano
1 mês	25				
% (53,1)	1	8	2	14	
2-3 meses	10				
% (17,5)		5	1	2	2
4-6 meses	3				
% (5,2)			3		
6 m. 1 ano	6				
% (10,5)				3	2
ano	12				
% (21)				9	3
Total	56	13	6	28	8
% 100	1,7	22	10,5	48,1	14

De 67, 11 não se obteve estes dados.

* Fonte: Fichas clínicas dos pacientes atendidos no ambulatório de Oftalmologia H.C. UNICAMP, 1983.

TABELA II
Casos em que alteração foi notada no 1º mês, e levados ao oftalmologista até 3 meses e operados dentro de 1 mês, após o diagnóstico

Percebeu 1 mês	Levou até a 3 meses	Operou 1º olho dentro 1 mês
Nº	25	9
%	100	36
		55,5

* Fonte: Fichas clínicas dos pacientes atendidos no ambulatório de Oftalmologia H.C. UNICAMP, 1983.

TABELA III
Número de casos em que oftalmologista foi procurado até 6 meses e operados no prazo de um mês (1983)

Procurou	Operados
Nº	20
%	100
	45

Dentre estes, 2 casos monocular e 3 casos sem dados.

* Fonte: Fichas clínicas dos pacientes atendidos no ambulatório de Oftalmologia H.C. UNICAMP, 1983.

11 pacientes apresentaram a patologia unilateral e em 56 o acometimento era bilateral; dos 67 pacientes, 18 abandonaram o tratamento.

A tabela I mostra que apenas uma criança foi levada ao oftalmologista no 1.º mês de vida dentre as 25 (a mãe havia percebido alteração até esta idade). Também se verifica que de 35 crianças, nas quais se havia notado alteração nos primeiros meses de vida, apenas 14 foram ao oftalmologista nesse período.

Na tabela II, de nove crianças que chegaram ao oftalmologista até 3 meses, apenas cinco (55,5%) foram operadas até um mês após o diagnóstico.

A tabela III mostra que de 20 crianças, tendo procurado o oftalmologista com suspeita ou diagnóstico de catarata congênita até os 6 meses de idade, apenas 9 foram operadas dentro de 1 mês.

IV — DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS

As cataratas congênitas ou infantis estão presentes no nascimento ou se desenvolvem nos primeiros meses de vida¹ — isto deve ser levado em conta quando se pretende detectar esta patologia o mais cedo possível. No presente trabalho 37,3% dos casos foram observados no 1.º mês de vida e 14,9% até os 90 dias de vida. Dos 35 casos percebidos até os 90 dias de vida, apenas 9 chegaram ao oftalmologista nesse período.

Moreira & Moreira, estudando 39 casos de catarata congênita, revelam que apenas 3 foram operados com menos de 6 meses e apenas 1, abaixo de 2 meses de vida¹⁵. Esses dados revelam uma falta de orientação dos pais, quanto à urgência com que se deve encarar o atendimento desta patologia (tab. I). Na Inglaterra, Taylor relata que os casos de catarata congênita têm chegado para cirurgia entre 2 e 4 meses de idade e enfatiza a necessidade de medidas junto aos pais e pediatras para encurtar esse tempo².

Nota-se, ainda, que 14 pacientes só foram encaminhados após seis meses de idade, dentre os 25 que haviam notado até 1 mês de vida (tabela I). Após os trabalhos de HUBEL & WIESEL (1963), parece haver uma tendência para cirurgia das cataratas congêntas o mais precoce possível, sendo considerado o prognóstico prejudicado após doze semanas de vida, quando se instala nistágmo por privação. A instalação do nistágmo, provavelmente, marca o fim do período crítico de desenvolvimento do reflexo de fixação ¹¹.

As tabelas II e III mostram que 9 pacientes que chegaram ao oftalmologista até os 3 meses de idade e 20 que chegaram até 6 meses de vida, 5 e 9 foram operados até um mês após o diagnóstico. Tal fato mostra um retardo no tratamento desses pacientes. É necessário que medidas sejam tomadas para que estes casos sejam considerados como urgência e tratados como tal.

Para os casos de opacidade bilateral não total ou crianças não verbalizadas, considera-se indicação cirúrgica os casos com opacidade igual ou maior a 3 mm ou opacidade difusa, observados ao exame com retinoscópio.

O retardo da chegada ao oftalmologista dos casos de catarata congênita deve-se, provavelmente, à falta de orientação dos pais, quanto à urgência do tratamento. O atraso no tratamento cirúrgico deve-se à falta de facilidade cirúrgica ou no caso específico da H.C. UNICAMP a ausência de conduta de maior urgência para tratamento desses casos. Desde 1984, tem sido rotina no tratamento dos portadores de catarata congênita com indicação e condições de cirurgia e realização da mesma no máximo em uma semana e com intervalo de até 7 dias no segundo olho. Apesar de recomendado por alguns autores, não se tem mantido oclusão binocular entre as duas cirurgias.

Gregorieva e Prokofieva (1968) relatam que de 226 crianças operadas de catarata congênita apenas 26% obtiveram acuidade visual suficiente para frequentar classes normais na escola ¹⁷. É necessário que estudos complementares sejam realizados em nosso meio, através de levantamentos de portadores de catarata congênita, para que se avalie qual tem sido o tratamento e resultados visuais finais.

V — CONCLUSÕES E SUGESTÕES

- 1 — Embora o maior número de casos de catarata congênita tenha sido notado até o terceiro mês de vida (60,3%) ape-

nas 14 casos (24,1%) foram encaminhados ao oftalmologista nesse período de vida com grande atraso do início de tratamento destes pacientes.

- 2 — De 20 pacientes com catarata congênita que chegaram ao Hospital das Clínicas da UNICAMP até os seis meses de vida, apenas nove (45%) foram operados dentro de um período de um mês após o atendimento.

SUGESTÕES

Baseados no presente trabalho e nos achados da literatura, sugerimos:

- 1 — Uma maior conscientização dos pediatras, principalmente neonatologistas e os dedicados à puericultura para a importância do diagnóstico e tratamento precoce das cataratas congêntas. Dentro dessa filosofia, todos os recém-nascidos deveriam ser submetidos a um exame de fundo de olho (pelo menos, pesquisa do reflexo vermelho) para detecção de opacidades nos meios transparentes do olho.
- 2 — Enfatizar junto ao oftalmologista o caráter de urgência no tratamento desses pacientes (cirurgia, correção óptica e tratamento da ambliopia).
- 3 — Considerando ser a catarata congênita a principal causa da cegueira bilateral em crianças, procurar envolver mais as autoridades de saúde e mesmo entidades filantrópicas na obtenção de meios para o tratamento. Também, deve ser lembrado que mesmo do ponto de vista econômico, é muito maior o gasto com o cego do que com a prevenção da cegueira.
- 4 — Levantamento das condições atuais de atendimento e resultado visual dos portadores de catarata congênita.
- 5 — Incrementação de programas da Oftalmologia Sanitária visando conscientizar a população sobre Prevenção da Cegueira.

BIBLIOGRAFIA

1. Who urges massive support for prevention of blindness — Inst. J. Health Educ., 21: 120, 1978.
2. TAYLOR, D. S. I. & RICE, N. S. C. — Congenital cataract — a causa of preventable child blindness. Arch. Dis. Childhood, 57: 165, 1982.
3. FRANÇOIS, J. — Congenital Cataracts, Springfield, Illinois. Charles Thomas Publishers, 1963.
4. BAISOU, M.; CHEVRETTE, L.; JELIU, G. MILOT, J. & MASSICOT, P. L. — Union Médicale de Canadá. 111: 680, 1982.
5. KARA JOSÉ, N. et al — Causas de deficiência visual em crianças. Bul. Of. Sanit. Panam. 97, 1984.
6. WIESEL, T. N. & HUBEL, D. H. — The Effects of visual deprivation on Morphology and phy-

- biology of cells in the cat's lateral geniculate body. *J. Neurophysiol.* 26: 978, 1963.
7. WIESEL, T. N. & HUBEL, D. H. — Comparison of the effects of unilateral and bilateral eye closure on cortical units response in kittens. *J. Neurophysiol.* 28: 1029, 1965.
 8. WIESEL, T. N. & HUBEL, D. H. — The period of susceptibility to physiological effects of unilateral eye closure in kittens. *J. Physiol.* 206: 419, 1970.
 9. VON NOORDEN, G. K. — Histological studies of the visual system in monkeys with experimental amblyopia. *Invest. Ophthalmol. SCI.* 12: 727, 1973.
 10. VON NOORDEN, G. K. & CRAWFORD, M. L. J. — The sensitive period. *Trans. Ophthalmol. Soc. U.K.* 99: 442, 1979.
 11. PARKS, M. — Visual results in aphakic children. *Am. J. Ophthalmol.* 94: 441, 1982.
 12. DUKE-ELDER, S. — Normal and Abnormal Development part 2 — Congenital Deformities. 757, 1964.
 13. ENOCH, J. M. & CAMPOS, E. C. — Helping the aphakic neonate to see. *Inter Ophthalmol.* 22: 27, 1983.
 14. HILES, D. A. & BIGLAN, A. W. — Cataract surgical indications in children. *Cataract.* 1: 8, 1984.
 15. MOREIRA JR, C. A. & MOREIRA, C. A. — Catarata Congênita e sua terapêutica. *Rev. Bras. Oft.* 42: 263, 1983.
 16. TAYLOR, D. S. I. — Risks and difficulties of the treatment of aphakia in infancy. *Trans. Ophthalmol. Soc. U.K.* 102: 403, 1982.
 17. KARA JOSÉ, N. e Cols. — Conhecimento e Prática em Saúde Ocular de 1000 pessoas da cidade de Campinas (S.P.), *Arq. Bras. Oftalmol.* 48: 1985.
 18. GRIGORIEVA, V. I. & PROKOFIEVA, A. L. — Surgical treatment of congenital cataract in children. *Ophthalmol.* 74, 23: 495-98, 1968.

CALENDÁRIO DO OFTALMOLOGISTA

Este calendário é promovido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia e tem como objetivo: 1. Viabilizar a programação científica oftalmológica com datas antecipadas para que possamos ter maior participação dos oftalmologistas nacionais. 2. Evitar Reuniões simultâneas que venham prejudicar a presença dos oftalmologistas. 3. Congregar o maior número de oftalmologistas nos grandes Eventos Nacionais coordenado pelo CBO — Congresso Brasileiro de Oftalmologia e Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira.

Observações. O Conselho deliberou evitarmos reuniões 45 dias antes e após seus Congressos. Gostaríamos de ter todas as Reuniões Nacionais de 1985 e 1986 em nosso Calendário, para isto, basta informar a data, nome do Evento e local de informações, escrevendo para Sociedade Brasileira de Oftalmologia, a/c. Dr. Eliezer Benchimol, Rua São Salvador, 107 - Laranjeiras - 22231 - Rio de Janeiro, RJ - Tel.: 205-2298 (021).

1987 — BRASIL

Evite Reuniões 45 dias antes

SETEMBRO

5 a 8 — 24.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia — Curitiba (PR).

Evite Reuniões 45 dias após

OUTUBRO

23 a 24 — Jornada de Atualização — 1987 do Centro Oftalmológico Campinas — Campinas (SP).

NOVEMBRO

13 e 14 — I Curso de Atualização em Estrabismo — Instituto de Olhos Rio Preto — S. José do R. Preto (SP).

1988 — BRASIL

MARÇO

17 a 20 — Simpósio Mundial em Uveítes — Guarujá (SP).

MAIO

25 a 28 — III Congresso Oftalmológico e III Seminário Paranaense sobre Deficiência Visual — Curitiba (PR).

SETEMBRO

8 a 10 — VIII Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira — Rio de Janeiro (RJ).

1987 — EXTERIOR

SETEMBRO

13 a 18 — 5.º Congresso do Conselho Europeu de Lentes Intraoculares — Jerusalém (Israel).

NOVEMBRO

1.ª semana de Novembro — Reunião Anual da Academia Americana de Oftalmologia — Dallas (USA).

1988

MARÇO

19 a 23 — Quintum Forum Ophthalmologicum Bogotá (Colômbia).

MAIO

8 a 11 — 94.º Congresso da Sociedade Francesa de Oftalmologia — Paris (França).