

Resultados de lensectomia em catarata infantil

Lensectomy results in infantile cataract

Márcia Motono ⁽¹⁾
Márcia B. Tartarella ⁽²⁾
Andréa Zim ⁽³⁾
Rita Macedo ⁽³⁾
Sílvia Smit Kitadai ⁽⁴⁾

RESUMO

Objetivo: Avaliar a técnica de lensectomia na cirurgia de catarata infantil, suas complicações e o resultado visual.

Métodos: Foram estudados 47 olhos de 41 crianças portadoras de catarata que foram submetidas à cirurgia por meio da técnica de lensectomia. As crianças apresentavam faixa etária entre 15 dias e 18 meses (média = 7,56 meses) na ocasião da cirurgia. O seguimento pós-operatório variou de 4 a 108 meses (média = 32 meses).

Resultados: As complicações pós-operatórias ocorreram em 07 (14,89%) dos 47 olhos e obteve-se acuidade visual de normal a 1 e ½ oitava abaixo do normal para a idade em 20 olhos (42,55%).

Conclusões: O baixo número de opacificação secundária de eixo visual permite correção óptica e estimulação visual precoce.

Palavras-chave: Catarata infantil; Lensectomia; Opacificação de eixo visual; Acuidade visual.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a catarata infantil é responsável por altas taxas de cegueira e visão sub-normal ¹⁻³.

A lensectomia vem sendo empregada na correção cirúrgica da catarata infantil por diversos autores ⁴⁻¹⁰. É reportado, quando comparada com outras técnicas, uma baixa reação inflamatória no pós-operatório, mínimo trauma sobre a íris, ausência de hérnia de íris, menor chance de bloqueio pupilar devido à vitrectomia anterior e menor possibilidade de descolamento de retina e lesão endotelial devido à via de acesso.

O objetivo deste estudo foi avaliar retrospectivamente o tratamento da catarata infantil através da técnica de lensectomia: suas complicações pós-operatórias e o resultado visual final.

PACIENTES E MÉTODOS

No ambulatório de catarata congênita da UNIFESP-EPM, durante o período de agosto de 1988 a maio de 1997 foram submetidos ao tratamento cirúrgico de catarata infantil por meio da técnica de lensectomia via pars-platicata 47 olhos de 41 crianças.

Neste estudo, foram incluídas as crianças de até 18 meses de idade na ocasião da cirurgia, portadoras de catarata uni ou bilateral, total ou parcial.

Todas foram submetidas ao exame oftalmológico completo sob cicloplegia, ecografia e exame clínico-cardiológico pré-operatório. Sorologias para doenças infecciosas foram realizadas de rotina. Outros exames para elucidar o diagnóstico etiológico foram realizados conforme necessidade determinada pelo pediatra.

Tema-Livre apresentado no XII Congresso Brasileiro de Prevenção à Cegueira e Reabilitação Visual - I Congresso Panamericano de Prevenção da Cegueira, de 4 a 7 de Setembro de 1996, São Paulo-Brasil. Tema-Livre apresentado no XXI Congresso Panamericano de Oftalmologia, de 1 a 6 de Maio de 1997, Cancún - México.

⁽¹⁾ Colaboradora no ambulatório de Catarata Congênita da UNIFESP-EPM.

⁽²⁾ Pós-graduanda nível doutorado de oftalmologia da UNIFESP-EPM.

⁽³⁾ Estagiária do ambulatório de Catarata Congênita da UNIFESP-EPM.

⁽⁴⁾ Chefe do ambulatório de Catarata Congênita da UNIFESP-EPM.

Endereço para correspondência: Dra. Márcia Motono - Rua Antônio Bicudo, 355, cj. 02. São Paulo (SP) CEP: 05418-010 - Fone: (011) 816-0240 - Fax: (011) 211-1265.

O método cirúrgico utilizado foi a lensectomia. Iniciou-se com a secção da conjuntiva às 2 e às 10 horas a 3,0 mm do limbo esclero-corneano. Realizou-se a esclerotomia nestes dois pontos com esclerótomo, de 1,5 mm até 2,2 mm do limbo conforme a idade do paciente.

Na incisão das 10 horas introduziu-se a via de vitrectomia e aspiração automatizada do vitreóforo (Vitreóforo Site). Na incisão das 2 horas introduziu-se a via de irrigação, conectada com a solução usada para infusão.

Realizou-se a lensectomia com a aspiração cuidadosa do núcleo e do córtex periférico de todo o cristalino, sob visão direta ao microscópio cirúrgico.

Após, procedeu-se a capsulotomia anterior central e a seguir a capsulotomia posterior central, ambas realizadas com a mesma ponta utilizada para a vitrectomia. Deixou-se uma margem de 2mm em toda a periferia da cápsula anterior e posterior do cristalino.

Fez-se então a vitrectomia anterior.

A sutura escleral foi realizada com um ponto simples com fio mononylon 10-0 às 2 e às 10 horas. Aplicou-se injeção sub-conjuntival com 1,0 mg de Gentamicina e 1,0 mg de Dexametazona.

Padronizou-se o esquema de medicação tópica pós-operatória, utilizando-se colírios de antibiótico, midriático, anti-inflamatório não hormonal, esteróide e beta-bloqueador.

Os retornos para avaliação pós-operatória foram realizados no primeiro e oitavo dias após a cirurgia, ocasião em que foi prescrita a refração. Durante todo o restante do primeiro mês os retornos foram semanais. No segundo mês quinzenais e após mensais até o final do sexto mês. Do sétimo ao décimo-segundo mês os retornos foram bimestrais. Após isto foram realizados de acordo com a necessidade de cada caso.

Em todos os retornos as crianças foram submetidas ao exame biomicroscópico, tonometria de aplanção ou Perkins (na dependência da idade) e fundoscopia.

A acuidade visual foi acompanhada através dos cartões de acuidade de Teller. Terapia oclusiva foi prescrita quando necessário.

RESULTADOS

Foram estudados 47 olhos de 41 crianças portadoras de catarata infantil submetidas ao tratamento cirúrgico por meio da técnica de lensectomia, onde 28 (68,29%) apresentavam catarata bilateral e 13 (31,71%) apresentavam catarata unilateral.

O seguimento pós-operatório variou de 4 a 108 meses (média = 32 meses).

A faixa etária variou de 15 dias a 18 meses de idade na ocasião da cirurgia (média 7,56 meses).

Pertenciam ao sexo masculino 23 (56,10%) crianças e ao sexo feminino 18 (43,90%).

Os 41 pacientes foram divididos em três grupos etiológicos principais, sendo:

- Idiopático: 18 (43,90%)
- Genético: 12 (29,27%)
- Infecioso: 11 (26,83%)

Das 41 crianças do grupo, nistagmo foi encontrado em 26 (63,41%) e estrabismo em 25 (60,98%).

Dos 47 olhos estudados 11 (23,40%) apresentavam microftalmia, 01 (2,13%) coloboma de íris, 01 (2,13%) megalocórnea, 01 (2,13%) hipotrofia de íris e 01 (2,13%) apresentava sinéquias anteriores e nébula central.

Dos 47 olhos submetidos à cirurgia 39 (82,98%) não apresentaram intercorrências intra-operatórias e em 08 (17,02%) houve algum tipo de intercorrência. (Tabela 1)

As complicações pós-operatórias ocorreram em 07 (14,89%) do total de 47 olhos. (Tabela 2)

Obtivemos resultado de acuidade visual em 33 olhos, realizadas através dos Cartões de Acuidade de Teller - CAT. (Tabela 3)

Tabela 1. Intercorrências intra-operatórias

Esfincterectomia inadvertida	06 (12,77%)
Hemorragia vítrea	02 (4,26%)
Total	08 (17,26%)

Tabela 2. Complicações pós-operatórias

Opacificação secundária de eixo visual	05 (10,64%)
Glaucoma	01 (2,13%)
Phthisis	01 (2,13%)
Total	07 (14,89%)

Tabela 3. Acuidade visual (CAT) - 33 olhos

Acuidade visual	olhos são microftalm.		olhos microftalm.		total	%
	bilat	uni	bilat	uni		
normal para idade	05	01	--	--	06	18,18
½ oitava abaixo	02	--	03	--	05	15,15
1 oitava abaixo	02	--	01	--	03	9,09
1 e ½ oitava abaixo	04	--	02	--	06	18,18
2 e ½ oitavas abaixo	--	01	--	--	01	3,03
3 oitavas abaixo	--	02	--	--	02	6,06
3 e ½ oitavas abaixo	--	--	01	--	01	3,03
4 oitavas abaixo	01	01	--	--	02	6,06
menor de 4 oitavas abaixo à sem percepção de luz	02	02	02	01	07	21,21

DISCUSSÃO

A catarata infantil representa ainda hoje grande porcentagem dos casos de visão sub-normal em crianças¹⁻⁵.

Sabe-se que a resposta inflamatória pós-operatória nos olhos de recém-nascidos e crianças pré-escolares é maior que

na população adulta, diante deste fato, muitos autores ^{4, 6, 7} preconizam a técnica de lensectomia para esta faixa etária.

No grupo estudado, as intercorrências intra-operatórias ocorreram em 08 olhos (17,02%), sendo 06 (12,77%) casos de esfincterectomia inadvertida atribuídos ao aprendizado da técnica, uma vez tratar-se de hospital-escola e, em 02 olhos (4,26%) houve hemorragia vítrea em pequena quantidade, com reabsorção espontânea em ambos.

As complicações pós-operatórias ocorreram em 07 (14,89%) do total de 47 olhos, sendo 05 (10,64%) casos de opacificação de eixo visual os quais foram submetidos à membranectomia cirúrgica. Outros autores ^{4, 6, 7} obtiveram resultados semelhantes.

Dos 47 olhos submetidos à cirurgia, apenas 01 (2,13%) desenvolveu glaucoma no terceiro mês de pós-operatório, sendo classificado como glaucoma secundário do afático ⁸ e 01 olho (2,13%) evoluiu com intensa reação inflamatória no pós-operatório, desenvolvendo opacificação intensa de eixo visual, sendo submetido a duas reintervenções cirúrgicas e evoluindo com Phthisis Bulbi.

Dos 11 olhos microftálmicos, 02 (18,18%) apresentaram algum tipo de complicação pós-operatória, mostrando resultados semelhantes ao grupo de olhos não microftálmicos, onde a complicação pós-operatória esteve presente em 05 (13,89%) do total de 36 olhos. Resultados semelhantes foram encontrados por Tartarella e col. ⁴.

A via de acesso através da pars-plicata garante maior segurança em relação à retina ⁶, além da manutenção da câmara anterior ser mais estável, com isto a lesão endotelial torna-se menos provável ^{7, 9}.

A vitrectomia anterior preconizada pela técnica pode ser um dos fatores responsáveis pela diminuição da reação inflamatória intra-ocular no pós-operatório e pela baixa porcentagem de opacificação secundária em eixo visual ¹⁰.

A incidência de opacificação de eixo visual em apenas 10,64% no pós-operatório, possibilita a correção óptica e tratamento para ambliopia precoce em aproximadamente 90% dos casos.

Os resultados obtidos de acuidade visual sugerem que a catarata bilateral apresenta um prognóstico visual melhor em relação a unilateral.

SUMMARY

Purpose: To evaluate the technical difficulties, postoperative complications and final visual acuity after lensectomy in infantile cataract.

Methods: Surgical and functional results of lensectomy were studied in 47 eyes of 41 children with cataract. The age at the time of surgery ranged between 15 days and 18 months (mean = 7.5 months). Follow-up time ranged from 4 to 108 months (mean = 32 months).

Results: Postoperative complications occurred in 07 (14.89%) of 47 eyes and normal visual acuity or better than 1 ½ eighth below normal happened in 20 eyes (42.55%).

Conclusions: The small number of secondary opacification in the visual axis allows optic correction and early visual stimulation.

Keywords: Infantile cataract; Lensectomy; Visual axis opacification; Visual acuity.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliveira PR. Causas de cegueira na infância. Arq Bras Oftalmol 1992;55(4):172-5.
2. Barbieri LCM. Atendimento de escolares e pré escolares com Visão Subnormal. Arq Bras Oftalmol 1984;47(3):107-10.
3. Tartarella MB, Nakano K, Castro CTM, Martins APM. Visão subnormal em crianças. Arq Bras Oftalmol 1991;54(5):221-4
4. Tartarella MB, Kawakami LT, Scarpi MJ, Hayashi S, Bonomo PPO. Aspectos cirúrgicos em catarata congênita Arq Bras Oftalmol 1995;58(1):24-8.
5. Regensteiner DBW, José NK. Operadas crianças com catarata congênita em São Paulo. Arq Bras Oftal 1987;50(3):130-4.
6. Parks MM. Visual results in aphakic children. American Journal of Ophthalmology. 1982; 94:441-9.
7. Freitas JAH, Cunha R. Cirurgia de catarata infantil. Revista Brasil Oftalmol 1985;XLIV(3):22-7.
8. Lambert SR, Drack AV. Infantile cataracts. Survey of Ophthalmology 1996;40(6):427-58.
9. Koraszewska MB, Samochowiec DE, Papiez M, Filipek S. Examination of corneal endothelium after cataract extraction in children. Klin Oczna 1992;94:338-40.
10. Morgans KS, Karcioglu ZA. Secondary cataracts in infants after lensectomies. Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus 1987;24(1):45-58.

XXX Congresso Brasileiro de Oftalmologia

PREPARE-SE DESDE JÁ.

DATA LIMITE PARA ENTREGA DOS TEMAS LIVRES / POSTERS.

10 de Maio de 1999

INFORMAÇÕES: CBO Eventos

Al. Santos, 1343 - Cj. 1.110 - Cep: 01419-001 - São Paulo - SP

Tel: 011 284 9020 - Fax: 011 285 4509 - Email: eventos@cbo.com.br