

Utilização de lente de contato escleral na abordagem terapêutica da úlcera neurotrófica corneana

Use of scleral contact lens in the therapeutic approach of corneal neurotrophic ulcer

Maurílio Roriz Dias¹, Nicole Bragantini Larivoir¹, Thiago Barbosa Rabelo¹, Bruno Roberto Kiryu², João Carlos Yokoda³

RESUMO

Neste artigo descrevemos como conduzimos com sucesso um caso de úlcera neurotrófica não responsivo à terapia convencional com o uso de lente de contato escleral e as vantagens desta terapêutica.

Descritores: Doenças da córnea; Úlcera da córnea; Lesões da córnea; Lentes de contato; Esclera; Relatos de casos

ABSTRACT

In this paper we describe how we successfully conducted a case of neurotrophic ulcer not responsive to conventional therapy using scleral contact lens and the advantages of this therapy.

Keywords: *Corneal diseases; Corneal ulcer; Corneal injuries; Contact lens; Sclera; Case reports*

¹ Programa de Residência em Oftalmologia; Centro de Oftalmologia Tadeu Cvintal, São Paulo, SP, Brasil.

² Departamento de Córnea do Centro de Oftalmologia Tadeu Cvintal, São Paulo, SP, Brasil.

³ Departamento de Lentes de Contato do Centro de Oftalmologia Tadeu Cvintal, São Paulo, SP, Brasil.

Este trabalho foi realizado no Centro de Oftalmologia Tadeu Cvintal, São Paulo, SP, Brasil

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido para publicação em 23/05/2017 - Aceito para publicação em 23/11/2017.

INTRODUÇÃO

A ceratite neurotrófica (CN) é uma doença corneana causada pelo comprometimento da inervação trigeminal, diminuição ou perda total da sensibilidade corneana, levando à lesão epitelial, comprometimento da cicatrização e desenvolvimento de ulceração. Está entre as doenças oculares de tratamento mais difícil e desafiador.^(1,2)

Os tratamentos descritos tipicamente para CN são lubrificantes tópicos, curativo oclusivo,^(3,4) oclusão ponto lacrimal, lente de contato gelatinosa,^(5,6) tarsorrafia,⁽⁷⁾ soro autólogo tópico⁽⁸⁻¹²⁾ e membrana amniótica.⁽¹³⁾

Evidências demonstram que o uso da lente de contato escleral pode ser uma boa alternativa para o tratamento de CN.⁽¹⁴⁾ Neste artigo descreveremos o uso da lente de contato escleral como forma de terapia nesta afecção.

RELATO DE CASO

J.C.E.S., 54 anos, masculino, caucasiano, natural e procedente de São Paulo comparece ao serviço dia 26/07/2013 com queixa de baixa acuidade visual (BAV) em olho direito (OD) há 2 meses. Possuía antecedente pessoal de lesão por arma de fogo em face em 2003 com perda de bulbo ocular esquerdo (em uso de prótese ocular) e diminuição de sensibilidade em hemiface direita.

Acuidade visual corrigida de conta dedos (CD) 1,5 metros em OD. À biomicroscopia OD: córnea pouco nebulosa, ceratite epitelial difusa 3+/4+, úlcera central bem delimitada sem infiltrado (3,7 mm x 2,7 mm) e fático. À fundoscopia, retina aplicada sem alterações. Teste de sensibilidade corneana em OD ausente e teste de Schirmer I de 11,0 mm.

Aventada a hipótese diagnóstica de úlcera neurotrófica devido ao antecedente de lesão arma de fogo com teste de sensibilidade alterado, características da úlcera e reflexo do piscar diminuído. Foram prescritos colírio lubrificante sem conservantes, ofloxacino 6/6h e epitezan 3x por dia. Ocorreu a resolução da úlcera após 14 dias, ficando a AV em 20/200, uso de lubrificantes e acompanhamento regular.

Em 05/11/2014, paciente retorna com queixa de BAV e AV com correção de CD 0,5 metros. Apresentava recidiva de úlcera à biomicroscopia (Figura 1).

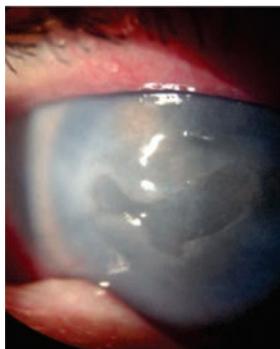


Figura 1: Úlcera recidivante.

Foram prescritos no período de 05/11/2014 até 27/01/2015: antibiótico tópico, colírio de soro autólogo, lubrificante sem conservantes, lente de contato terapêutica, gabapentina colírio e doxiciclina via oral 100mg 12/12hs (efeito anticolagenase).

A úlcera se manteve apesar do tratamento realizado (Figura 2).

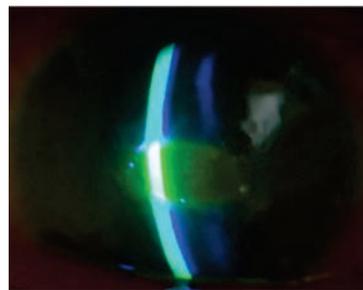


Figura 2: Úlcera refratária ao tratamento convencional.

Em 27/01/2015, devido limitação funcional e aspecto social do paciente, optou-se por realizar a adaptação de uma lente de contato escleral com finalidade terapêutica (Figuras 3 e 4). Os parâmetros da lente escleral foram: 7,5mm de raio, 16mm de diâmetro, 4,34mm de profundidade sagital e -7,00 dioptrias. Utilizada de dia e de noite, a lente era removida de uma a duas vezes por dia para limpeza e substituição do fluido reservatório (solução salina estéril com uma gota de Tobramicina 0,3%).



Figura 3: Lente de contato escleral adaptada.

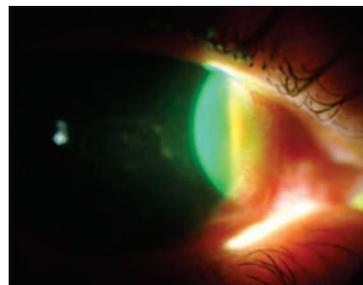


Figura 4: Lente de contato escleral adaptada.

Em 25/02/15 a úlcera já havia sido completamente cicatrizada e apresentava AV 20/200 com uso da lente de contato (Figura 5).

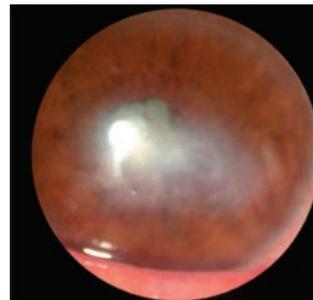


Figura 5: Úlcera cicatrizada.

DISCUSSÃO

As lentes esclerais possuem a propriedade de retenção lacrimal, favorecendo uma constante lubrificação devido ao seu reservatório cheio de fluido. Isto permite a ausência de contato da córnea com a pálpebra e a força de fricção da pálpebra sob a córnea como ocorre durante o piscar e também durante os movimentos dos olhos por baixo da pálpebra fechada como ocorre em casos de uso de curativo oclusivo ou tarsorrafia.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ Além disto, a lente escleral provê proteção mecânica da superfície ocular e possui uma alta permeabilidade ao oxigênio, favorecendo uma adequada oxigenação e criando um ambiente que favorece a cicatrização corneana.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

A diluição das substâncias próinflamatórias e a redução da osmolaridade do fluido précorneano são aventadas também como mecanismos de reepitelização das lentes de contato esclerais.⁽¹⁷⁾ Alguns autores consideram aplicar nessas lentes fórmulas com fatores de crescimento que poderiam intensificar a capacidade de regeneração corneana delas.⁽¹⁷⁾

Logicamente, o uso constante, diurno e noturno, das lentes esclerais favorecem a instalação de ceratites bacterianas, sendo de suma importância prevenirmos o paciente contra elas. Para prevenção da ceratite microbiana, tem sido utilizado antibióticos tópicos no fluido reservatório da lente, como realizado em nosso caso, preferencialmente sem conservantes⁽¹⁴⁾ O uso de antibióticos tópicos não dispensa uma constante avaliação do paciente para diagnóstico precoce de uma possível ceratite infecciosa que possa haver se instalado em sua córnea doente.

Economicamente, o uso das lentes esclerais tem se mostrado também benéficos. Uma avaliação econômica indicou que o uso de lentes esclerais apresentam bom custo-benefício e custo-efetividade em pacientes com função visual gravemente comprometida devido à doença da superfície ocular,⁽¹⁸⁾ sendo este um aspecto de suma importância, especialmente para países como o nosso, em desenvolvimento. É importante realizarmos estudos brasileiros para avaliar a custo-efetividade e o custo-benefício em nosso país.

As lentes esclerais apresentam um outro benefício que é seu funcionamento como reservatório medicamentoso. Pode-se colocar a medicação desejada no fluido reservatório e ela estará disponível de maneira mais prolongada para o olho do paciente.⁽¹⁶⁾ Deve-se optar por fármacos sem conservantes para não potencializar os efeitos tóxicos dos mesmos na córnea lesada.

Concluimos que o uso das lentes esclerais pode ser uma ótima escolha para pacientes que apresentam limitações em cumprir adequadamente com a terapêutica prescrita e recidivantes ao tratamento convencional. Neste caso, consideramos que foi determinante para o sucesso terapêutico e cura de nosso paciente.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à empresa Mediphacos por ter nos doado a lente de contato escleral utilizada no tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Sacchetti M, Lambiase A. Diagnosis and management of neurotrophic keratitis. *Clin Ophthalmol*. 2014;8:571-9.
2. Hsu HY, Modi D. Etiologies, Quantitative hypoesthesia, and clinical outcomes of neurotrophic keratopathy. *Eye Contact Lens*. 2015;41(5):314-7.
3. Turner A, Rabiou M. Patching for corneal abrasion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;2:CD004764.
4. Kaiser PK. A comparison of pressure patching versus no patching for corneal abrasions due to trauma or foreign body removal. *Corneal Abrasion Patching Study Group. Ophthalmology*. 1995;102(12):1936-42.
5. Acheson JF, Joseph J, Spalton DJ. Use of soft contact lenses in an eye casualty department for the primary treatment of traumatic corneal abrasions. *Br J Ophthalmol*. 1987;71(4):285-9.
6. Donnenfeld ED, Selkin BA, Perry HD, Moadel K, Selkin GT, Cohen AJ, et al. Controlled evaluation of a bandage contact lens and a topical nonsteroidal anti-inflammatory drug in treating traumatic corneal abrasions. *Ophthalmology*. 1995;102(6):979-84.
7. Panda A, Pushker N, Bageshwar LM. Lateral tarsorrhaphy: is it preferable to patching? *Cornea*. 1999;18(3):299-301.
8. Jeng BH, Dupps WJ Jr. Autologous serum 50% eyedrops in the treatment of persistent corneal epithelial defect. *Cornea*. 2009;28(10):1104-8.
9. Young AL, Cheng AC, Ng HK, Cheng LL, Leung GY, Lam DS. The use of autologous serum tears in persistent corneal epithelial. *Eye (Lond)*. 2004;18(6):609-14.
10. Geerling G, MacLennan S, Hartwig D. Autologous serum eye drops for ocular surface disorders. *Br J Ophthalmol*. 2004;88(11):1467-74.
11. Tsubota K, Goto E, Shimmura S, Shimazaki J. Treatment of persistent corneal epithelial defect by autologous serum application. *Ophthalmol*. 1999;106(10):1984-9.
12. Pflugfelder SC. Is autologous serum a tonic for the ailing corneal epithelium? *Am J Ophthalmol*. 2006;142(2):31677.
13. Baum J. Thygeson lecture. Amniotic membrane transplantation: why is it effective? *Cornea*. 2002;21(4):339-41.
14. Lim P, Ridges R, Jacobs DS, Rosenthal P. Treatment of persistent corneal epithelial defect with overnight wear of a prosthetic device for the ocular surface. *Am J Ophthalmol*. 2013;156(6):1095-101.
15. Lipenerl C, Leal F. Lentes de contato esclerais: experiência inicial no Setor de Lentes de Contato da Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina. *Arq Bras Oftalmol*. 2004;67(6):935-8.
16. Rosenthal P, Cotter JM, Baum J. Treatment of Persistent Corneal Epithelial Defect With Extended Wear of a Fluidventilated Gas-permeable Scleral Contact Lens. *Am J Ophthalmol*. 2000;130(1):33-41.
17. Rosenthal P, Croteau A. Fluid-ventilated, gas-permeable scleral contact lens is an effective option for managing severe ocular surface disease and many corneal disorders that would otherwise require penetrating keratoplasty. *Eye Contact Lens*. 2005;31(3):130-4.
18. Shepard DS, Razavi M, Stason WB, Jacobs DS, Suaya JA, Cohen M, et al. Economic appraisal of the Boston Ocular Surface Prosthesis. *Am J Ophthalmol*. 2009;148(6):860-8.

Autor correspondente:

Maurílio Roriz Dias

Rua Itacolomi 523 apto 11^a – São Paulo - SP

E-mail: mrorizdias@gmail.com