

Centro Brasileiro de Estrabismo

Caderno 1

Estado atual do tratamento da Ambliopia

Harley E. A. Bicas¹; Maurício Brik; Jorge A. F. Caldeira; Ernesto Consoni Filho; Samuel Cukierman; Rubem L. Cunha; Luiz Eurico Ferreira; Armando Gallo; Cadmo A. Gusmão; Alice F. M. Hossoda; José Belmiro C. Moreira; João F. C. Nóbrega; Luiz Roberto M. Oliveira; L. A. Peduti Cunha; Edson Procianoy; Roberto R. Rizzato; Flávio A. Romani; Carlos R. Souza-Dias

CARACTERIZAÇÃO DA AMBLIOPIA

A) Conceito

A caracterização do tempo ambliopia (do grego "amblios", obtuso, "ps", olho) corresponde, ainda, a um **máu funcionamento do olho**. Assim, será preciso previamente:

a) excluir qualquer lesão orgânica (pelo menos as aparentes) num exame do globo ocular (oftalmoscopia, biomicroscopia e eventualmente outros).

b) dar ao olho adequadas condições de funcionamento, isto é, a melhor correção óptica possível (o que nem sempre significa correção total do vício refratométrico, como é costume constatar em hipermetropias de crianças e jovens).

Em outras palavras, o pré-requisito da ambliopia é que o olho seja **estruturalmente bom** (sem defeito anatômico e sem defeito óptico, ou com este corrigido) mas **funcionalmente deficiente**. Ora, hoje em dia admite-se que esse olho estruturalmente bom, também funciona bem, estando todavia em suas conexões com centros superiores e nestes (onde a visão se "realiza") o verdadeiro defeito. Assim, a ambliopia não é um problema do olho, embora se manifeste através dele (*).

Um outro importante ponto é sobre como se identifica esse "mau funcionamento". Costuma-se falar em queda **absoluta** e, ou relativa de **acuidade visual**. A respeito do estabelecimento de tais valores, existem diferentes propostas, o que redundará em desigualdades na constatação desse problema, entre diversas casuísticas.

Num consultório, costuma-se tomar a ambliopia como uma diferença de AV de 0,2 entre cada um dos olhos ou uma visão num

deles (ou em ambos) igual ou menor do que 0,7 (obviamente sempre com a melhor correção óptica). É pois possível falar de ambliopia bilateral (AV = 0,4 nos dois olhos, por exemplo), e de uma ambliopia com visão "normal" (AV = 1,0, mas no outro olho AV = 1,5. Como se admite que o primeiro tenha a mesma potencialidade de atingir AV = 1,5, é lícito falar de ambliopia daquele olho), enquanto em outro caso como AV = 0,9 nos dois olhos, o diagnóstico de Ambliopia não caberia.

Em levantamentos populacionais (e dependendo do que se procura obter deles) tem sido regra a assunção de critérios mais "tolerantes" para a conceituação de ambliopia. Assim, a diferença de AV entre os dois olhos deve ser de pelo menos 0,3 ou a AV igual ou menor do que 0,5 em um olho (ou ambos). De qualquer modo, tais valores de levantamentos perdem um pouco de sua significação desde que representam avaliações genéricas de queda de acuidade visual (entre as quais a ambliopia pode ser uma das causas, mas as mais frequentes são as de simples ametropias ou anisometropias). O resultado é que mesmo sendo os critérios mais "tolerantes", os índices de "ambliopia" por eles encontrados são maiores.

Mas esses critérios operacionais deixam a desejar, visto que **acuidade visual** é uma manifestação da visão central, que nem sempre pode ser obtida (crianças muito pequenas ou pouco colaboradoras, deficientes mentais e outros), ou pode ser erroneamente avaliada (erros de técnica, "erros" de informação — por variações do nível acomodativo, por exemplo — ou simulação, etc.). Além disso a visão central pode ser também caracterizada pelo estado de **fixação**, com o que se poderia inferir a baixa em termos absolutos (em fixações grosseiramente excêntricas e, ou erráticas) ou relativos (fixação

(*) Defeitos estruturais (microscópicos) e de respostas bioelétricas da retina do olho ambliope tem, entretanto, sido descrito;

¹ Coordenador dos trabalhos e redator desta composição em ordem alfabética de seus sobrenomes — 1985.

final. Os outros autores têm seus nomes dispostos em

preferencial por um dos olhos e desvio do outro, em grande parte dos estrabismos).

Assim, é melhor falar de defeito (absoluto ou relativo) de **visão central** (e não acuidade visual, uma de suas manifestações, embora a que melhor se preste a uma quantificação) (*).

Em suma, pode-se dizer que ambliopia é um estado de má visão (de localização em níveis superiores do sistema visual), manifesta por diminuições absolutas ou relativas da discriminação de minúcias e correspondente a um olho de aparência estrutural boa (sem problemas anatómicos evidentes e opticamente compensado).

B) Limitação do termo

Embora, mais frequentemente, se ouça falar de ambliopias ao se abordar o estudo dos estrabismos, nem todas elas são por estas causadas devendo se lembrar das de privação total (p. ex., na catarata congênita) ou parcial (estimulação inadequada, nas altas ametropias) e das originadas por anisometropias. Fala-se delas (e as do estrabismo incluídas) como "funcionais" em oposição às ambliopias orgânicas, tóxicas, etc., em que uma causa poderia ser facilmente demonstrável.

A terminologia de ambliopia orgânica causa, obviamente, muita confusão e deve ser abandonada. Será certo dizer que há uma "neurite", uma "corio-retinite", etc. sempre que um tal diagnóstico puder ser feito. Reservar-se-á o termo "ambliopia" (significando necessariamente "funcional") aos quadros em que as estruturas oculares estejam íntegras, pelo menos macroscopicamente, sugerindo a possibilidade de recuperação visual.

(*) Na verdade, o estudo da fixação poderia também levar a erros na pressuposição do estado de visão: a fixação é também dependente de condições motoras e assim um olho visualmente melhor, mas com más condições de estabilização posicional (defeito oculomotor) poderia ser o desviado (pior fixação). Essa circunstância é todavia irrelevante: em adultos, quando se pode avaliar a AV, é esse o teste preferencial. Em crianças, quando não se pode avaliar a AV, tal tipo de erro seria possível, mas cedo se desfaria: o olho desviado (por uma causa motora primária) logo se transformaria no de pior visão (ambliopia consecutiva ao estrabismo). Para o caso de um estrabismo monocular (com ambliopia pressuposta no olho desviado) e que permanece apesar do adequado tratamento da ambliopia, a dúvida pode persistir. Mas, aí o exame oculomotor ressaltaria outras manifestações sugestivas de que a pior fixação se dá não por um problema visual (ambliopia), mas por um problema motor (inconcomitâncias com desvio maior na fixação do olho afetado, e maior também no sentido da ação do músculo afetado, limitações de movimento desse olho ou instabilidade de sua fixação em posições menos favoráveis, etc.).

C) A importância da prevenção

Desde há muito os clínicos sabem que certas ambliopias são, apesar de todos os esforços, irreversíveis. Quando então se fez a demonstração laboratorial de sinais consubstanciando a experiência de consultórios, passou-se a admitir como definitiva a impossibilidade de tais recuperações. Em outras palavras, os máus resultados não dependiam apenas de insuficiência tecnológica, mas se originavam de uma falha natural do organismo.

Encerrando-se então um ciclo em que a esperança era depositada no método (instrumento, modo de usá-lo, etc.), voltou-se a atenção para a necessidade de se evitar a ocorrência do problema. Daí a nfase que, hoje em dia, se dá à **prevenção da ambliopia** ou, na pior das hipóteses, à sua **deteção e tratamento o mais cedo possível**. Aliás, numa colheita de convicções "indiscutíveis" realizada entre membros do C. B. E., recentemente (BICAS e cols., 1981), a única idéia consensualmente aprovada entre quaisquer outras do vasto campo de problemas oculomotores e afecções correlatas, foi essa:

"A ambliopia deve ser tratada precocemente". "Quanto mais cedo se instala um desvio ocular não alternante e mais tarde se inicia o tratamento, pior será o prognóstico visual do olho desviado". "O diagnóstico da ambliopia e ou dos fatores que a provocam deve ser precoce e o tratamento deve ser instituído o quanto antes".

Estritamente falando, a **prevenção** só poderia ser feita no caso em que o médico se antecipasse à queda da acuidade visual, o que é virtualmente impossível dado o fato de que a instalação da ambliopia é quase imediata ao problema que a causa. De qualquer forma, parece subentendido na maioria dos espíritos que quando se usa o termo "prevenção", o significado é o de antecipação à **irreversibilidade da ambliopia**.

Assim, é hoje pacífico que a ambliopia deve ser encarada como **urgência oftalmológica**, tornando-se imperiosa a necessidade de seu diagnóstico precoce.

D) Prevalência

Com uma prevalência oscilando em torno de 2 a 4% da população em geral, a ambliopia representa um grave problema médico-social, limitando o exercício de determinadas profissões e até mesmo aumentando o risco de perda do outro olho (bom).

Entre pacientes que procuram um consultório oftalmológico a casuística sem dúvida aumenta em muito.

E) Constatação do problema

A ambliopia corresponde a uma perda da capacidade discriminativa visual (sem causa orgânica visível) e manifesta-se, pois, por uma diminuição da **acuidade visual**. Muito caracteristicamente, aliás, a acuidade visual para optotipos isolados é maior do que a de optotipos em linha na ambliopia) e em caso de que em ambos os exames a função discriminativa se mostre igual, deve-se suspeitar de que algum problema as explique (p. ex., inadequação de uma correção óptica) (*). Nem sempre, todavia, este exame será possível (crianças muito novas, deficientes mentais, etc.). Deve-se então inferi-la, a partir de exames objetivos tais como oftalmoscopia e refratometria lesões de retina ou nervo óptico, opacificações de meios transparentes, anisometropias e, ou altas ametropias) e, em casos de estrabismos, o teste da cobertura. Com este conclui-se sobre o estado da fixação, base da acuidade visual: sempre que a fixação for ausente, instável ou excêntrica (não foveal) pode-se concluir haver, nesse olho, uma baixa AV, embora a boa fixação não signifique, necessariamente, boa AV. Por outro lado, a manifestação de desvio sempre num mesmo olho (ou de preferência pelo outro) significa, quase sem qualquer discussão, acuidades visuais desiguais sendo, obviamente, pior a do olho que não conseguir manter a fixação em ato binocular.

PROGRAMA TERAPEUTICO

A) Precocidade no tratamento

Não há, pois, a menor dúvida de que o tratamento deve ser iniciado tão cedo quanto possível, não só para se evitar a consolidação do problema, quanto para se obter maior e, ou mais rápida recuperação das perdas visuais já ocorridas.

B) Correção óptica

Preliminarmente a qualquer tentativa de restauração da função visual central, convém conhecer o estado óptico do olho e corrigi-lo com uma **adequada** prescrição. Isso, embora não seja frequentemente lembrado, é fator preponderante no tratamento da ambliopia e a prescrição, quando neces-

sária, deve ser dada tão logo a criança firme a cabeça.

O que significa, todavia, prescrição "adequada" para o tratamento da ambliopia? Correções totais de hipermetropias (costumeiramente indicadas nas esotropias) não são as mais favoráveis para uma boa acuidade visual. É até possível que a prescrição total mantenha a visão num nível menor do que com outras lentes (permitindo acomodação), levando mesmo a interpretações de que a ambliopia não cede ao tratamento oclusivo, ou de que a melhora tenha, já, alcançado seu limite. (Dai a necessidade de testes que diferenciem tais estados).

No entanto, correções totais de hipermetropias reduzem o ângulo de desvio (componente acomodativo) e mesmo sob o regime de oclusão (o que poderia fazer pensar não ser absolutamente necessário conseguir-se o paralelismo dos eixos visuais, nessa fase de tratamento da ambliopia), contribuirão para que contraturas musculares sejam evitadas ou se desfaçam. Obviamente, se o desvio não for puramente acomodativo essa providência (prescrição total) tem seu valor minimizado, sendo então preferível a indicação de pequenas reduções no valor das lentes esféricas positivas (o que de qualquer modo não precisa ser feito imediatamente, mas no retorno em que se costuma reavaliar a refratometria).

Astigmatismos, mesmo grandes, devem ser corrigidos em sua totalidade em crianças novas. Em valores altos de prescrição cilíndrica, o eixo deve ser bem determinado, ou por reavaliação refratométrica com a suposta lente corretora (o que daria em caso de valor adequado do cilindro e da posição de seu eixo, uma nova ametropia, esférica) ou por uma ceratometria. De fato, embora o astigmatismo não seja necessariamente apenas de face anterior de córnea, a contribuição desta cresce na medida em que aumenta o valor total do cilindro corretor.

Em miopias, a prescrição total é a que dá a melhor condição visual. Não obstante, persiste ainda o pressuposto de que o uso da acomodação induziria transformações oculares tendentes a aumentar a miopia (por exemplo, cristalinos de faces mais curvas), o que tem sustentado a indicação de (discretas) hipocorreções.

Por fim, deve ser lembrado que muitas ambliopias são estritamente causadas por problemas ópticos (anisometropias e, ou altas hipermetropias). Em tais condições, o raciocínio sobre a prescrição das lentes deve ser orientado para a que produzir melhor AV. Em termos gerais, esta corresponde à correção total de astigmatismos e miopias

(*) Em tal circunstância, provas para diferenciação das causas de má acuidade visual por inadequação óptica, estarão indicadas, como por exemplo as de retomada da AV com orifício estenopéico e, ou com anteposição de lentes negativas fracas (-0,5 D sf, -1,00 D sf).

é a uma hipocorreção de hipermetropias de até umas 2 D (mesmo em crianças muito novas, não há conveniência em hipocorreções maiores). Anisometropias devem ser corrigidas de forma a que os dois olhos fiquem emetropizados ou então com mesma quantidade de acomodação por fazer.

C) Oclusão

1) Definições e condutas

Confirmando uma preferência já anteriormente dada como "verdade estabelecida" pelo C.B.E. (BICAS e cols., 1981), ou seja, a de que "a oclusão é o método eletivo de tratamento da ambliopia"; ou "a oclusão adequada é o tratamento indicado para a ambliopia"; ou também: "a oclusão é, ainda, na grande maioria dos casos, o método terapêutico mais eficaz no tratamento da ambliopia", há unanimidade de opiniões sobre a escolha desse processo, no tratamento da ambliopia.

Grande parte, aliás, toma a oclusão não só como o melhor método, mas como o único, considerando como inefetivos quaisquer outros. Embora se volte a este assunto em seguida, ressalve-se já que mesmo aqueles que aceitam o uso de outros processos, nunca os preconizam antes de tentativas do tratamento pela oclusão.

Contudo, a convergência de idéias sobre a primazia desse método não se mantém quanto às formas de aplicação, isto é, se a oclusão deve ser colocada sobre o olho ou sobre as lentes, se deve ser contínua ou interrompida, etc. Aliás, há uma grande confusão terminológica sobre o que seja oclusão direta (na face), em oposição à indireta (nas lentes), ou direta (no olho bom), em oposição à inversa no olho ambliope; total (tomada às vezes como significando "na face", às vezes considerada como ininterrupta). Parece pois interessante uma uniformização de termos, com exposição de conceitos aos quais estão ligados.

a) Quanto ao local de aplicação, a oclusão pode ser **completa**, se feita diretamente sobre o olho, impedindo a sua estimulação mesmo que na retina periférica; ou **incompleta**, se feita nas lentes. Acredita-se que a oclusão completa ou "na pele" seja mais efetiva, justamente por não permitir que haja qualquer estímulo luminoso para o olho coberto (cuja função se quer impedir); ao contrário, a oclusão nas lentes (mesmo que corretamente usada) ainda facultaria funções cujo resultado seria o de conservar inibições à recuperação da normalidade. Em outras palavras, a estimulação periférica de

um olho cuja cobertura se faz nas lentes, retardaria ou até impediria o tratamento de uma ambliopia. Talvez ainda mais importante seja o fato de que a oclusão de um olho (geralmente o bom), nas lentes, não impede que o paciente deixe de usá-lo, consciente ou inconscientemente, por abaixamento da cabeça, vendo objetos por cima dos óculos; ou por simples retirada destes.

Assim, a oclusão deve ser feita, preferentemente, na face, pelo menos inicialmente. Em alguns casos, pode-se tolerá-la na lente (crianças mais velhas e cooperativas; maiores níveis de acuidade visual no olho ambliope) (*).

O único inconveniente da oclusão "na pele" é o de irritação desta ou de reações alérgicas a componentes do material oclisor (adesivo, etc.). Recomenda-se o completo fechamento das pálpebras sob (e com) a película adesiva (esparadrapo ou similar) para evitar-se o pestanejar, tido como muito incômodo.

b) Quanto à **permanência** da oclusão, num determinado período (por exemplo, durante um dia), ela pode ser **contínua** (às vezes também chamada **total**) ou **interrompida** (às vezes também chamada **parcial**, ou ainda intermitente).

É também pacífica a recomendação de oclusões contínuas. De fato, a desocclusão de um olho já basta para que os processos de supressão se reinstalem, desfazendo em pouco tempo o que em mais horas se conseguiu progredir. Também aqui convém ficar claro que se a oclusão "parcial" (ou interrompida) puder ter alguma indicação, esta não será a do tratamento da ambliopia.

c) Quanto ao **olho** a ser coberto, a oclusão é chamada **direta**, se feita no bom e **inversa** quando realizada no ambliope. A oclusão direta tem o propósito óbvio de obrigar o olho ambliope a funcionar e, assim, recuperar sua visão. Como, entretanto, a privação desse olho (bom) pode levá-lo à ambliopia (no caso, iatrogênica), não convém

(*) A oclusão de metade(s) da(s) lente(s), ou oclusão segmentar ou ainda setorial é, também incompleta. Não tem qualquer valor para recuperação de ambliopias, e suas indicações para "forçar" movimentos oculares num dado sentido são também discutíveis. Berrondo propõe uma oclusão do olho dominador perfurada em três pontos periféricos (superior, temporal e inferior, em casos de ET), cujo princípio seria o de escolha "ativa" do olho dominado (pela dificuldade do uso do olho melhor) evitando-se, simultaneamente, a inversão da ambliopia. No mínimo exótica, essa proposta supõe que o uso "voluntário"(?) do olho dominado possa conduzir a alguma vantagem. Mas mesmo que se aceite aprioristicamente tal hipótese, nada garante que a dificuldade provocada ao olho bom, induzirá o paciente ao uso do outro.

que esse olho deixe de ser estimulado por um longo período, o que conduz à necessidade da oclusão "inversa". Em princípio, poder-se-ia pensar que bastaria desocluir o olho bom para que ele voltasse a ser efetivamente usado. Isso realmente ocorre, mas de um lado evita-se a privação do olho bom, ao mesmo tempo permite-se que o processo ativo de supressão do outro também se faça. Assim, torna-se conveniente a oclusão inversa (do olho ambliope). De uma forma ou de outra, inexistirá o aproveitamento das imagens do olho ambliope: mas num caso elas são "passivamente" impedidas de ocorrer (pela oclusão), enquanto no outro são ativamente suprimidas por mecanismos neuronais que, aliás, se pretendem vencer. Em síntese, a oclusão inversa não é feita propriamente para estimular o olho melhor, mas para proteger o pior.

É justamente sobre o equilíbrio entre os períodos de oclusão direta e inversa, ou seja, sobre os esquemas terapêuticos, que as opiniões são ligeiramente divergentes, merecendo mais ampla exposição.

2) Esquemas de Oclusão

Em crianças com até um ano de idade, costuma-se indicar a oclusão alternada (isto é, um dia em cada olho) independentemente de ser o estrabismo monocular ou alternante. De fato, maiores períodos de oclusão num olho poderiam, já, levar a processos de sua ambliopização. Com esse cuidado, a reversão de uma ambliopia, eventualmente então se instalando num dos olhos, faz-se de modo rápido e o intervalo até o próximo retorno pode ficar mais distanciado, sem perigos. Há mesmo quem chame a esse tipo de oclusão de "preventiva", em oposição à "curativa".

Em crianças com um a dois anos de idade, a recuperação de uma AV desigual necessita de um esquema de, no mínimo 2:1 (dois dias de oclusão no olho bom e um no ambliope), continuado até o retorno. E assim, com o aumento da idade, também deve ir crescendo a proporção entre os dias de cobertura do olho bom e os do olho de pior fixação, no esquema inicial de tratamento. Uma regra muito fácil de ser guardada é a de que a proporção de oclusões (olho melhor/olho pior) seja equivalente à idade da criança (por exemplo, para uma de quatro anos, cobrir quatro dias o olho bom e um o ambliope) mas, frequentemente, essa indicação costuma ser insuficiente. O fato é que proporções mais rigorosas devem ser tomadas quando tal regra, seguida inicialmente, não der resultado. Em qualquer circunstância, intervalos muito longos entre re-

exames não devem ser aceitos, até que se obtenha uma idéia da capacidade individual de recuperação, da disciplina pessoal e familiar na manutenção da oclusão ou de seus esquemas, etc.

Há quem sugira, ao invés de um esquema proporcionado de oclusões, com retornos mais separados, a recomendação de oclusão direta, completa e constante por um determinado período, ao fim do qual deve ser feito o controle: semanal (até um ano de idade); quinzenal (entre 1 e 3 anos de idade) e mensal (após aos 3 anos de idade). Ou a cada dez dias, por ano de idade da criança. De qualquer forma, passar-se-ia a um esquema "proporcionado" (não obrigatoriamente alternante), após melhoria da fixação no olho ambliope.

Estado da fixação

A eficácia da oclusão é tanto maior quanto mais precoce a idade da criança e alguns a relacionam também ao estado da fixação. Assim, se a fixação não for central (foveal) a resposta ao tratamento já começaria a oferecer maus resultados mesmo em idades baixas (como dois anos), tornando-se inútil após os quatro anos. Tal afirmativa, que pode ser discutida, não elimina todavia a conveniência de se tentar sempre a oclusão, mesmo em casos em que se puder julgar mau o prognóstico. A oclusão chegaria, até, a ser recurso de diagnóstico diferencial confirmando fixações centrais em casos de aparente fixação excêntrica, quando a visão melhorar a níveis altos. Por essa razão e sendo muito possível um engano na visuscopia (teste oftalmoscópico do estado da fixação) há quem recomende enfaticamente que nem se chegue a perder tempo com tal exame, passando-se diretamente à terapêutica oclusiva que, por seus resultados, acabará fazendo o diagnóstico definitivo do problema. Em outras palavras: visuscopias com fixação central sempre terão como terapêutica, oclusões (no olho bom) visuscopias com fixação excêntrica poderiam desaconselhar o tratamento, o que seria um grave engano se o caso fosse de uma pseudo fixação excêntrica.

Quem advoga o uso da visuscopia tem como argumento, na melhor das hipóteses, que um resultado de fixação excêntrica poderia:

a) ou indicar um início de tratamento pela oclusão inversa (cuja eficácia é também discutida) passando-se depois à **occlusão do olho bom**;

b) ou então, ensombrear o prognóstico a ponto de contraindicar o início do tratamento. Sobre tal condição, deve-se tomar

em conta que pelo menos valeria tentar a terapêutica para depois, pelo seu insucesso (confirmação do mau prognóstico), abandoná-la; em muitos desses casos, todavia, constatar-se-á uma melhora (inesperada pela visuscopia) o que deve consolidar a prática de, sempre, se tentar o tratamento, independentemente do teste de fixação.

Além, há defensores dos testes de fixação que, muito cautelosamente, já admitem dever falar-se em fixação excêntrica provável, pela impossibilidade de distinção (a não ser pela prova terapêutica) entre casos de fixação excêntrica real e os de pseudo-fixação excêntrica. Há mesmo demonstrações de que fixações excêntricas (justa-foveais, ou entre o disco e a fóvea e outras) responderam convenientemente ao tratamento oclusivo, com melhoras até muito boas da acuidade visual, apesar de continuarem excêntricas.

3) Orientação à família

Podem parecer comentários supérfluo mas, geralmente, o sucesso de uma terapêutica oclusiva depende do convencimento que se dá à família de sua necessidade e de suas limitações (é importante frizar que tal procedimento não se destina a paralelizar os olhos, mas a recuperar e reequilibrar visões; são muitas as famílias que, por falta de orientação, abandonam espontaneamente a oclusão diante de sua ineficácia em promover a "cura" do estrabismo...).

É preciso também considerar que mesmo depois de uma cirurgia "bem sucedida" (o que muitas vezes significa obter uma microtropia), a ambliopia pode voltar a se reinstalar. Assim, é importante que sejam mantidos controles de AV após a cirurgia já que uma alta pode ser temporânea e desastrosa, se baseada apenas em ambliopia previamente recuperada mais microtropia (ou paralelismo) pós cirúrgica. Um quadro de fixação monocular (não alternante) ou microtropia (não alternante) é assim indicativo de prosseguimento de cuidados contra a ambliopia. O mesmo se pode dizer para quadros tomados como "acomodativos puros" e que permanecem (com a correção) em estados desequilibrados de fixação entre os olhos.

D) Objetivo

Uma vez determinada uma eventual melhora no estado de fixação (ou da AV no caso dos informantes), o esquema oclusivo deve prosseguir por mais algum tempo e, ou ir gradativamente se "abrandando" até que se alcance o equilíbrio das oclusões (um dia em cada olho) e a manutenção de um

estado de tropia alternante (o que geralmente significa acuidades visuais iguais).

Em suma, o esquema a ser adotado, dependerá basicamente:

a) da idade da criança (quanto mais precoce, mais rápidas são as respostas mas, também, mais prováveis as instalações de ambliopia iatrogênica, por má administração de períodos de oclusão num olho e, ou intervalos entre retornos);

b) da resposta ao tratamento inicialmente indicado.

E) Duração do tratamento

Para os casos de fixação central, há recomendações de que tentativas devam continuar até os 10 anos de idade, enquanto para "fixações excêntricas", quatro anos já seriam limite (o que para vários outros, parece uma idade muito baixa para se abandonar esperanças).

De qualquer modo, há que se distinguir a idade limite para se iniciar o tratamento, daquela até quando esse tratamento deve prosseguir. As condições para abandono de um tratamento, uma vez iniciado, são as de que:

a) a má acuidade visual não se deva a causas ópticas (são frequentíssimas as confusões entre ambliopia e queda de AV por inadequação das lentes corretoras) (*).

É então fundamental uma cuidadosa semiologia da AV, o que compreende exames com a correção óptica; com esta e mais um orifício estenopéico e, ou com uma lente de $-0,5$ D sf ou $-1,0$ D sf. Havendo uma diferença consistente entre qualquer desses exames, será ela indicativa de problema óptico a ser corrigido. Ademais, exames com optotipos em linha e isolados, podem confirmar a presença de uma ambliopia com potencialidade de melhora (até o nível da AV tomada com optotipos isolados) não podendo então ser dispensados.

Em consequência da necessidade de uma boa semiologia da acuidade visual para se chegar à decisão da interrupção de tratamento, costuma-se evitar suspensões da oclusão em crianças novas, ou que não colaborem bem aos exames.

b) todas as tentativas de recuperação, embora cumpridas, mostram-se ineficazes; isto é:

c) durante pelo menos seis meses, não se nota qualquer alteração no nível da acuidade visual.

(*) É claro que se pode atribuir a má AV a uma causa orgânica, então é esta que deve ser eliminada (se possível), deixando de se falar em ambliopia

Em idades mais avançadas e em quadros mais rebeldes ao tratamento, as melhoras de AV são por vezes muito lentas, podendo ser tomadas como inexistentes. É por isso que se recomenda a avaliação da acuidade visual com vários optotipos (de u'a mesma linha) e a anotação da fração de acertos no total de tentativas. Por exemplo: 0,6 (4/6) significa que na linha de AV=0,6 foram discriminados corretamente quatro optotipos de um total de seis testados. Num retorno seguinte, a AV poderia ser de 0,6 (6/6) (acerto de todos os optotipos) o que sugere u'a melhora da capacidade discriminativa e, pois, a de que o tratamento deva prosseguir (*). Se tal cuidado não houvesse sido considerado, é bem possível que se tomasse a decisão de suspender o tratamento, por falta de resposta, o que seria um erro. De qualquer modo, convém que a incapacidade de reação ao tratamento se mantenha durante pelo menos uns seis meses, antes que se tome a deliberação de suspendê-lo. Isso significa que numa criança o tratamento pode ser suspenso aos oito anos (por exemplo) e numa outra iniciado aos nove (na primeira o insucesso do processo terapêutico consolida o diagnóstico de irreversibilidade; na segunda a esperança no processo terapêutico assegura a indicação de se tentá-lo).

F) Outros recursos

1) Oclusão inversa

A oclusão inversa tem sido ainda lembrada em casos de fixação excêntrica (em crianças acima de quatro anos), como forma de desestabilizar tal anomalia e de favorecer os ganhos de visão, mas essa idéia não é unanimemente apoiada.

Os que a admitem, preconizam seu uso (no olho ambliope) durante uma a duas semanas, passando-se depois à oclusão do olho bom. Segundo outros defensores, a oclusão inversa teria pelo menos a vantagem de acostumar a criança ao uso da oclusão.

2) Penalização

Lembrada como alternativa à oclusão, em crianças muito rebeldes a este tipo de

tratamento, poderia apresentar algum resultado em casos "benignos" ou de ambliopia "menos severa" (**). A circunstância de sua aplicação é também limitada à presença de uma hipermetropia relativamente alta. Realmente, a base de tal procedimento é a de usar cicloplégicos e, ou prescrições ópticas propositalmente inadequadas para um olho (o bom) com a finalidade de se favorecer, relativamente, o uso do outro (ambliope). Vários são os esquemas ("penalização para longe", "penalização para perto" e suas combinações).

Parece, todavia, que sua melhor indicação (para muitos, a única) se refira aos nistagmos latentes. Talvez, também, para manutenção de bons resultados já obtidos pela oclusão. O fato é que sua principal limitação é a de manter estímulos ao olho bom (inibitórios do ambliope).

3) Pleóptica

Embora os mais conservadores admitam a possibilidade de sua aplicação em casos excepcionais, seus resultados (se eventualmente existissem) não seriam melhores do que os da oclusão. Em outras palavras: quando o tratamento oclusivo não consegue resultados, a pleóptica também falharia. E para casos em que são descritas melhoras como a aplicação de tratamento instrumentalizado, a oclusão levaria a mesmos níveis de AV (ou talvez superiores) a custos muito mais baixos e em menores prazos.

4) Miscelânea

Prismas, filtros vermelhos e outros recursos têm sido considerados como inúteis pela maioria.

A cirurgia nunca deve ser lembrada como possibilidade de recuperação da ambliopia: o simples paralelismo dos eixos visuais não garante qualquer melhora do processo ambliópico (que é basicamente central. Aliás, as ambliopias por privação e por anisometropias ou ametropias altas, ocorrem sem desvio dos eixos visuais). Ao contrário: a recuperação de uma ambliopia é que vai condicionar melhor prognóstico a um resultado cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- BICAS, H. E. A.; ALMEIDA, H. C.; CALDEIRA, J. A. F.; CUNHA, R. L.; CURI, R. L. N.; HORTA-BARBOSA, P. S. P.; NOBREGA, J. F. C.; PEDUTI-CUNHA, L. A.; PROCIANOV, E.; ROMANI, F. A.; DANTAS, A. M.; MOREIRA, J. B. C.; HOSSODA, A. F. M.; RIZZATO, R. R.; VIANNA, R. C.; FREITAS-NOBREGA, M. R.; OREFICE, N. L. — Conhecimentos e procedimentos sobre motilidade ocular e funções correlatas, considerados como indiscutíveis. Rev. Lat. Am. Estrab., 5(1): 104-114, 1981.

(*) Tratando-se de optotipos de Snellen (E), com 1/4 de probabilidade de acervo casual, em cada tentativa, deve-se desconsiderar qualquer fração de acertos até esse valor (por exemplo 2 acertos em 8 optotipos); isso também significa que três erros consecutivos numa mesma linha, devem ser interpretados como incapacidade de discriminação àquela nível.

(**) O nível de AV pelo qual se poderia julgar o que é, ou não, "severo" situar-se-ia acima de 0,2.

SINOPSE

- D) CARACTERIZAÇÃO DA AMBLIOPIA
 A) Conceito
 B) Limitação do termo
 C) A importância da prevenção
 D) Prevalência
 E) Constatação do problema

- II) PROGRAMA TERAPÊUTICO
 A) Precocidade no tratamento
 B) Correção óptica
 C) Oclusão

- 1) Definições e condutas
 a) Local
 b) Permanência
 c) Olho
 2) Esquemas de Oclusão
 Estado de fixação
 3) Orientação à família
 D) Objetivo
 E) Duração do tratamento
 F) Outros recursos
 1) Oclusão inversa
 2) Penalização
 3) Pleóptica
 4) Miscelânea

IX CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ESTRABISMO

19-22 maio 1987
 Porto Alegre — Brasil

El Comité Ejecutivo — João Nóbrega, Tesoureiro; Paulo Horta Barbosa, Presidente; Renato Curi, Secretário; Carlos Souza Dias, Secretário Geral.

Atividades Científicas — Pré-Congresso — 19-05-1987 — 09:30h — Mesa Redonda — Coordenadores: Dr. Pierre Vital Bérard (França), Dr. Gerard Bechac (França). Participantes: Dr. W. de Decker (Alemanha Federal), Dr. R. Frosini (Itália), Dr. A. Castanera (Espanha), Dr. J. Ribeiro da Silva (Portugal), Dr. J. Tsamprakakis (Grécia). 14:00 h — Mesa Redonda — Coordenadores: Dr. Pierre Vital Bérard (França), Dr. Gerard Bechac (França). Participantes: La chirurgie réglable - Dr. Gerard Bechac (França); La chirurgie horizontal et verticale simultanees - Dr. P. V. Berard (França), Dr. M. Gobin (Bélgica), Dr. D. Rigal (França); L'electrooculographie - Dra. M. Bourron (França); Le traitement chirurgical de Lésotrople em Grand Bretagne - Dr. Peter Fells (Inglaterra); Le traitement du strabisme divergent - Dr. Andre Roth (Suíça). 1.º Dia — 20-05-87 — 08:30 h — Conferência: Dr. Alan Scott (USA). 09:30 h — Mesa Redonda — Ambliopia — Coordenadora: Dra. Maria Del Huerto Bernasconi Marco referencial: Objetivos (Uruguai). Participantes: Dra. Marta Sanches (Argentina), Reasonamento Científico; Dr. Miguel P. Lacámara (Chile), Investigación y clínica; Dra. Clara Uzcategui (Venezuela), Reseña de Las investigaciones desde sua origenes; Dr. João Nóbrega (Brasil), Investigación y prevención. 11:00 h — Temas Livres — Coordenador: Dr. Jorge A. Caldeira (Brasil). Participantes: Dr. Luiz A. Peduti Cunha (Brasil), Dr. José A. Almeida Milani (Brasil), Dr. Edson Santos Neto (Brasil), Dr. Pedro Monteiro Cardoso (Brasil), Dr. Harley Bicas (Brasil). 14:00 h — Conferência: Dr. Alberto Cianca (Argentina), Hallazgos eletrofisiológicos en la esotropia con limitación bilateral de la abduccion. 15:00 h — Mesa Redonda — Revisão dos problemas Principais do Equilibrio oculo motor. Coordenador: Dr. Harley Bicas (Brasil). Participantes: Dr. Joseph Calloun (USA). Correspondência visual anômala: causa ou efeito de desvios? Dra. Nélida Mélek (Argentina), A tendência à divergência e a correção das XT; Dr. Harley Bicas (Brasil), Paralisias e as possibilidades de restauração de movimentos; Dr. João Nóbrega (Brasil), Distúrbios da Lei de Hering e Interpretación dos D.V.D. 17:00h — Relatório — Desvio Vertical Dissociado (D.V.D.). Participantes: Dr. Carlos Souza Dias (Brasil), Dr. Julio Prieto Diaz (Argentina). 18:00 h — Temas Livres — Coordenadora: Dra. Anabella Valenzuela (Chile). Participantes: Dr. Miguel Puente, Dr. Oscar Ham (Chile), Resultados funcionais da cirurgia precoce de E.T.; Dr. Jorge Abujatum, Dra. Anabella Valenzuela, Dr. Ivan Villaseca (Chile), Tratamento cirurgico da paresia bilateral dos obliquos superiores; Dr. Jorge Abujatum (Chile), Ametropia e microtropia. 2.º Dia — 21-05-87 — 08:30 h — Conferência: Dr. Alan Gammon (USA), The adjustable suture in children. 09:30 h — Mesa Redonda — Obliquo Superior. Coordenador: Dr.

Alberto Ciancia (Argentina). Participantes: Dr. Alan Scott (USA), Fisiologia e fisiopatologia do obliquo superior; Dr. Carlos Souza Dias (Brasil), Técnicas debilitadoras do obliquo superior; Dr. Julio Prieto Diaz (Argentina), Resultados das diferentes técnicas debilitadoras do Obliquo Superior. 11:00 h — Temas Livres — Coordenadora: Dra. Elena Moreno de Mullet (Argentina). Participantes: Dra. Ofelia B. de Pagano (Argentina), Enfoque actual de la correccion de los vicios de refracion en el estrabismo; Dra. Marta Sanches (Argentina), Ambliopia refrativa y estrabismo; Dr. Nestor Masimino (Argentina), Analisis comparativo de los resultados de la cirurgia monocular en los estrabismos de 30-40 dioptrias. 3.º Dia — 22-05-87 — 08:30 h — Conferência: Dr. Arthur Rosenbaum (USA). 09:30 h — Mesa Redonda — Controvérsias en strabismo. Coordenador: Dr. Guillermo Velez (Colombia). Participantes: Dr. Paulo Horta Barbosa (Brasil), Cirurgia inervacional nas paralisias oculares; Dr. Henderosn Almeida (Brasil), Debilitamento do obliquo inferior, técnicas diferentes produzem efeitos diversos?; Dr. Guillermo Velez (Colombia), Aspectos de controversia no manejo do D.V.D.; Dr. Julio Prieto Diaz (Argentina), Avaliação a longo prazo das cirurgias precoces das estroptias congenitas; Dr. Keith McNeer (USA), Valor real das suturas reajustáveis como técnica efetiva 11:00 h — Temas Livres — Coordenador: Dr. Romulo Hurtado (Perú). Participantes: Dr. Romulo Carrion (Perú), Retroposicion en bloque en las estroptias; Dra. Carmen Zuniga (Perú), Ambliopia sua incidencia y prevención; Dra. Isabel Lopes (Perú), Evaluacion del tratamiento de la estroptia congenita en el hospital del nifio de Lima. 14:00 h — Temas Livres — Coordenador: Dr. Henderson Almeida (Brasil). Participantes: Dr. Paulo Horta Barbosa (Brasil), Forças passivas na terapêutica das paralisias do III nervo; Dra. Ana Guadalupe Molina (Brasil), Dr. Henderson Almeida (Brasil), Análise do teste do rebote en estrabismos horizontais comitantes; Dr. Harley Bicas (Brasil), Algumas considerações sobre artefatos elásticos de tração do olho, em cirurgias de reposição de forças rotacionais perdidas. 15:00 h — Relatório — Procedimentos clínicos em estrabismo. Participantes: Dr. Harley Bicas (Brasil), Dr. Sidney Faria (Brasil). 16:00 h — Foro — Coordenador: Dr. Paulo Horta Barbosa (Brasil). Participantes: Dr. Alan Scott (USA), Dr. Gerard Bechac (França), Dr. Keit McNeer (USA), Dr. Alan Gammon (USA), Dr. Arthur Rosenbaum (USA), Dr. Joseph Calloun (USA), Dr. P. V. Bérard (França), Dr. A. Castanera Pueyo (Espanha).

Taxa de inscrição/Cuotas/Pees — Referência: US\$ 1,00 = Cz\$ 30,00. Member/Scocio US\$ 90; Non member/Não sócio US\$ 110; Ophthalmologist 5 years/Oftalmologista 5 anos US\$ 50; Residents/ Residents ortoptistas US\$ 40; Guest/Invitado/Convidado, Acompanhante/ Accompanying, No fee/Isento.

Correspondência para: Dr. Paulo Horta Barbosa Presidente do Conselho Latino Americano de Estrabismo Inst. de Oftalmologia Prof. Ivo Correa Meyer — Sarmiento Leite, 187 — Hospital Santa Rita — Porto Alegre — 90050 — RS — Brasil — Fones: (0512) 27-5280 - 21-5793 - 25.5646.