

USO DE PRISMAS HIPERCORRETORES NO TRATAMENTO DA FIXAÇÃO EXCÊNTRICA *

Prof. JOSÉ BELMIRO DE CASTRO MOREIRA **

Srta. MARTA R. CONCONE ***

I — INTRODUÇÃO

Esta pesquisa foi realizada na Clínica Oftalmológica da Escola Paulista de Medicina e o propósito desta, deve-se ao fato de que o tratamento da fixação excêntrica pelo método convencional, torna-se muito demorado e algumas vezes de resultados precários.

Na procura da solução deste problema e de auxiliar de certa forma, alguns pacientes que não se encontram em condições de prosseguir no tratamento pleóptico convencional, iniciamos o uso do prisma para a correção da fixação excêntrica (F.E.).

II — HISTÓRICO E FISIOPATOLOGIA

Baranowska a 16 anos atrás, pela primeira vez usou o prisma para tratamento da F.E. Principiou com o prisma calibrado, isto é, igual ao ângulo de desvio que o paciente apresentava. O método preconizado por Baranowska, nessa época, é o de colocar o prisma de base contrária ao desvio do olho ambliope e oclusão do olho fixador. Em alguns estudos posteriores, a mesma autora, passou a utilizar-se de prismas hipercoretores, provocando na fixação em frente, uma mudança do tonus muscular que normalmente existiria em adução. Assim, a projeção sendo em frente a este ponto torna-se com o uso do prisma hipercoretor em frente ao paciente (projeção homônima), provo-

* Trabalho realizado na seção de Ortóptica da Disciplina de Oftalmologia do Departamento de Cirurgia da E.P.M.

** Professor Adjunto da Disciplina de Oftalmologia do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina.

*** Ortopista e Orientadora do Curso de Ortóptica da Disciplina de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

cando uma ruptura dos alicerces dos reflexos sensório-motores. (Figs. 1-A e 1-B).

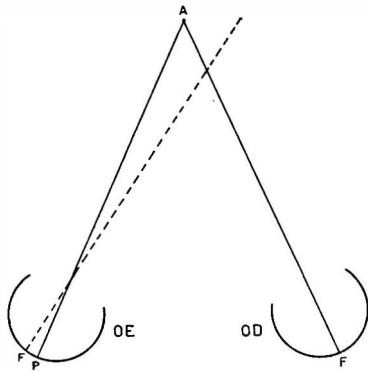


Fig. 1a

FIG. 1-A — O ponto P do olho desviado e F do olho fixador tem a mesma localização espacial.

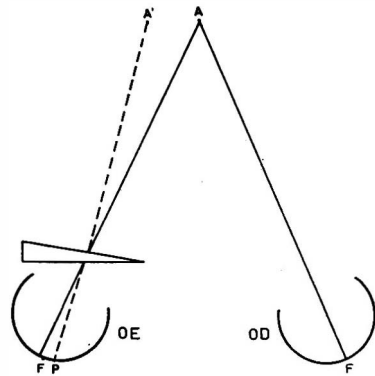


Fig. 1b

FIG. 1-B — Com o prisma hipercorretor o raio será desviado em direção a base. Desta forma o ponto P tem direção local espacial diferente de F do olho fixador.

Rubin (1965), iniciou o uso do prisma inverso de base do mesmo lado do desvio. Pigassou (1966), também utilizando o prisma inverso, iniciou o tratamento da F.E., porém preocupando-se somente com o tipo de fixação. O prisma inverso provoca uma mudança no tonus muscular, que existe normalmente em abdução. Assim, um objeto que deveria ser visto em frente, será localizado em projeção cruzada. Desta forma, haverá somente modificação na fixação e não produz variações nos reflexos sensoriais.

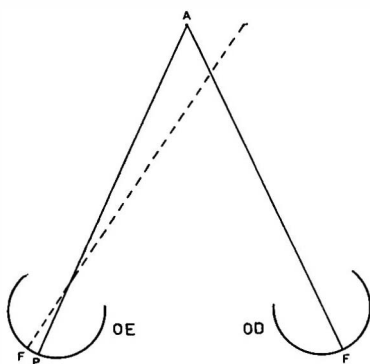


Fig. 2a

FIG. 2-A — O ponto P do olho desviado e F do olho fixador tem a mesma localização espacial.

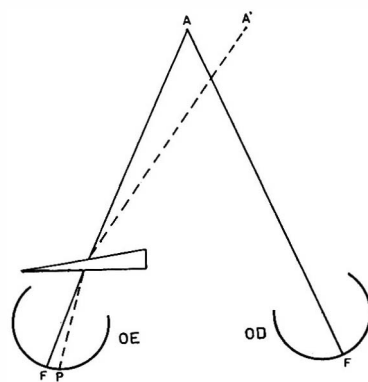


Fig. 2b

FIG. 2-B — Com o prisma inverso o raio será desviado em direção a base. Desta forma, o ponto P tem direção local diferente de F do olho fixador.

Cüppers (1966), utiliza-se do prisma ductor, verificando que há uma relação entre a F.E. e o deficit motor. Pesquisando a fixação nas nove posições do olhar, mostra-nos que a F.E. desloca-se no sentido oposto ao campo de ação do músculo paralisado.

III — MATERIAL E MÉTODO

a) **Material** = 27 casos

IDADE = pacientes amblíopes com A.V. entre 0,01 angular e 0,1 cortical, idade média de 7 anos.

FIXAÇÃO MONOCULAR = nasal à fóvea.

PROJEÇÃO MONOCULAR = anômala.

PAST — POINTING = anômalo.

GRUPOS: 1.º Grupo — com tratamento pleóptico prévio.
2.º Grupo — sem tratamento pleóptico prévio.

b) **Método**

Utilizamos no olho amblíope um prisma de base temporal (prisma direto), de valor maior que o ângulo de desvio desse olho (prisma hipercorretor) e no olho fixador, oclusão direta. Associamos ao uso de prismas, tratamento pleóptico convencional.

O prisma foi aplicado sobre a correção óptica total que o paciente apresentava e usado o dia todo. Quando o paciente era emétrope, colocamos o prisma sobre uma lente plana como suporte do mesmo.

IV — RESULTADOS

Dividimos os casos em dois grupos:

1.º Grupo — pacientes que possuíam tratamento pleóptico prévio (40,8%).

2.º Grupo — pacientes que não possuíam tratamento pleóptico prévio (59,2%).

No primeiro grupo, encontramos pacientes cujo aparecimento do desvio ocorreu em média aos 3 anos de idade e iniciaram o tratamento após 9 anos de idade.

Ao serem examinados estes pacientes apresentavam ao visuscópio, fixação nasal à fóvea, e demonstraram anomalias sensório-motoras. Após a colocação do prisma direto hipercorretor, cujo valor variava de acordo com a fixação, o tratamento pleóptico prolongou-se por 20 sessões diárias, em média, obtendo-se resultados satisfatórios em 37,5% do total de pacientes e orientação espacial absoluta.

No segundo grupo, o aparecimento do desvio ocorreu em média com 1 ano de idade e iniciaram o tratamento após 7 anos.

Estes pacientes apresentavam as mesmas características do primeiro grupo e após a colocação do prisma direto e hipercorretor, o tratamento prolongou-se por 20 sessões diárias, em média, obtendo-se resultados satisfatórios em 62,5% do total de pacientes que apresentavam orientação espacial absoluta.

Deste grupo total de pacientes, apenas sete não possuíam correção óptica, sendo que o restante eram portadores de astigmatismo hipermetrópico composto.

Dois pacientes que haviam conseguido fixação central instável e orientação espacial absoluta, com o uso de prismas, não conseguiram mantê-la após a retirada do prisma, permanecendo a oclusão do olho fixador, retornaram ao tratamento prismático.

V — DISCUSSÃO

Após uma revisão de pacientes portadores de esotropia com F.E. que haviam sido tratados, com a pleóptica convencional, 30,7% destes pacientes encontravam-se em condições sensoriais normais, após uma média de 36 sessões em 4 meses.

O tratamento com prismas hipercorretores (associado), mostra-nos que há uma redução no tempo de tratamento, pois este se aproxima das condições de vida normal, além de obtermos em 51,8%, orientação espacial absoluta com 20 sessões em 20 dias de tratamento.

VI — CONCLUSÃO

De acordo com os nossos resultados, o tratamento associado nos encaminha para um prognóstico mais favorável no tratamento da F.E., reduzindo o tempo de tratamento e proporcionando uma orientação espacial absoluta.

SUMMARY

Oriented by their results the authors suggest that the associated treatment, takes to a better prognosis in the treatment of the excentric fixation and reduces the time of treatment giving an absolute spacial orientation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- PIGASSOU R.; GARIPUY J.; Bull. Soc. Ophtalmol. 71:727-35, 1971.
BARANOWSKA-GEORGE T.; Bull. Soc. Ophtalmol., 69:192-4, 1969.
BARANOWSKA-GEORGE T.; Arch. ophtalmol. 30:783-90, 1970.