EVOLUÇÃO E TRATAMENTO ORTÓPTICO DO ESTRABISMO ACOMODATIVO *

ZAIDA TAPIÉ NOGUEIRA **

Considerando que o título dêste trabalho é Evolução e Tratamento Ortóptico do Estrabismo Acomodativo, talvez devêssemos comentar a exotropia da mesma forma que a esotropia acomodativa. Entretanto, nossa experiência nesse capítulo é muito reduzida, pois até esta data só vimos dois casos que poderíamos considerar como exotropias tìpicamente acomodativas. Sabendo que estamos aqui reunidos com a finalidade precípua de dar a conhecer a experiência pessoal de cada un sôbre determinado assunto, não nos pareceu oportuno tratar de um capítulo sôbre o qual não podemos pôr nada da nossa observação particular. Assim sendo vamos limitar as nossas considerações sôbre a esotropia acomodativa.

O tratamento ortóptico da esotropia acomodativa, se bem que proporcione grande satisfação, é talvez aquele que demanda maior trabalho por parte da técnica ortóptica. Como na maioria dos casos não há indicação cirúrgca, são as lentes e os exercícios ortópticos que vão facultar ao paciente o correto uso dos dois olhos concomitantemente.

Há algum tempo atrás o tratamento da esotropia acomodativa consistia no uso puro e simples das lentes corretoras do êrro de refração. Hoje, entretanto, sabe-se do destacado papel dos exercícios ortópticos, porque verificou-se que só o uso dos óculos não proporciona visão binocular sólida. Se é verdade que as lentes têm influência incontestável no desvio, a parte sensorial, como a ambliopia e a supressão, tão frequentes nas tropias, não são vencidas apenas pelo uso das lentes.

Ao abordar o tratamento ortóptico da esotropia acomodativa não podemos deixar de fazer referência às lentes corretoras do êrro de refração e ao uso do bifocal, se bem que tenhamos plena consciência de que são

---

* Apresentado no I Congresso do CLADE — Santiago — Chile — Outubro de 1966.

** Técnica Ortóptica do Serviço de Estrabismo da Cátedra de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

do âmbito exclusivo do oftalmologista a indicação e prescrição das mesmas. Ainda que a indicação das lentes esteja completamente fora do campo da ortóptica, deve a técnica manuseá-las a fim de melhor informar o oftalmologista qual a sua ação sôbre o desvio.

Quanto ao tratamento, podemos dividir os portadores de esotropia acomodativa em dois grupos: aqueles cujo desvio de longe e o de perto é corrigido pelas lentes e aqueles cujo desvio de longe desaparece com a correção, permanecendo, entretanto, o desvio de perto, principalmente quando a acomodação é solicitada. Êsts últimos são ditos portadores de relação acomodação-convergência anormal e estão entre os prováveis candidatos ao bifocal.

Sempre que recebemos para teste um cliente portador de um dêstes dois tipos de estabismo, êste já está usando há algum tempo a correção adequada da sua ametropia, i.é., a maior possível compatível com a melhor acuidade visual. Dessa forma o ângulo de desvio já está sob certo contrôle, pelo menos para longe.

Não entraremos na rotina dos testes nem na pesquisa e tratamento da ambliopia porque é pràticamente a mesma nos vários casos de estrabismo. Devemos todavia, fazer um comentário sôbre a oclusão, cuja orientação não é a mesma que para o caso dos estrabismos com um componente inervacional ou tônico. Enquanto nestes últimos a oclusão deve ser conservada mesmo depois que a acuidade visual é a melhor possível em ambos os olhos, a fim de prevenir a provável instalação de perversões sensoriais, nos acomodativos devemos ter em visita tanto quanto possível permitir o uso dos dois olhos, no sentido de não desencorajar a fusão que pode ser propiciada pelas lentes corretoras e pelo bifocal.

A sequência dos testes nestes casos é a mesma que para os outros tipos de esotropia, com particularidades sôbre as medidas. Fazemos sempre o prisma e cover para longe e perto, cc e sc, primeiro com o paciente fixando um ponto luminoso, depois enquanto acomoda, i.é., enquanto lê, ou no caso de iletrados, enquanto identifica figuras e sinais, de sorte que a acomodação seja solicitada. Se, o desvio de longe é corrigido pelas lentes, mas permanece o desvio de perto, ou mesmo êste é intermitente acrescentamos à correção de longe, lentes +3D, fazendo um cover simples para perto enquanto o paciente continua a acomodar. Se com o acréscimo o desvio passa de tropia a foria, repetimos a mesma técnica com lentes +2.50DE e assim vamos procurando a menor lente que proporcione visão binocular para perto. Êstes dados são submetidos à aprovação do oftalmologista, que, quando de acôrdo, prescreve o adicional.

Note-se que para estas medidas com lentes, fazemos o cover simples, não o cover alternado, porque não estamos interessados na medida do desvio, mas tão sòmente em verificar se as lentes proporcionam visão binocular ou não. Via de regra, quando o fator acomodativo é realmente o elemento responsável pelo desvio, o paciente passa a apresentar foria, com recuperação franca da visão binocular. Às vêzes o desvio torna-se intermitente, havendo recuperação da fusão boa parte do tempo. É preciso não esquecer que o estrábico que está sendo submetido a êste teste, nem sempre consegue relaxar a acomodação de momento e, portanto, o seu desvio não vai mostrar de pronto todos os benefícios que lhe serão proporcionados pelo uso do adicional. As medidas devem ser repetidas algumas vêzes antes de serem enviados os resultados. Sempre que possível em dias e horas diferentes de sorte que se possa observar o comportamento do desvio em diferentes situações. Já tivemos oportunidade de observar casos em que tendo o paciente apresentado simples foria ao ser examinado nas primeiras horas da manhã, passa a franca tropia ao repetir o exame do fim da tarde, depois de um dia inteiro de atividades escolares. A nossa experiência é que o primeiro aspecto a ser considerado quando se pensa na possibilidade de lentes adicionais, é que o paciente consiga fusão ou fique pelo menos intermitente com a sua correção de longe. Caso contrário duas coisas podem estar acontecendo: ou o paciente não está com a correção total, ou há outro fator responsável pelo desvio e nesse caso o estrabismo não é do tipo acomodativo, merecendo outra orientação.

As outras medidas feitas fora do aparelho visando principalmente o fator acomodacional são: P.P.C., objetivo e subjetivo e o P.P.A.. Os pacientes portadores de P.P.A. remoto, são prováveis candidatos ao bifocal, porque fazem maior esfôrço para acomodar, estimulando consequentemente maior convergência acomodacional.

Uma vez feitas as medidas fora do aparelho, levamos o paciente para o sinotóforo. Os pacientes acomodativos devem ser observados com o máximo cuidado quando no sinotóforo em virtude da variabilidade do ângulo que pode levar a conclusões falsas. Não é raro encontrar nestes casos uma ligeira diferença entre o ângulo objetivo e subjetivo. Essa diferença pode indicar a presença de correspondência anômala, mas também pode ser devida ao fato de estar o paciente acomodando menos ao ser encontrado o ângulo subjetivo; uma das hipóteses é que já não esteja tão interessado na figura que está vendo e então a acomodação não é tão solicitada e o ângulo se torna menor. Outro aspecto que merece ser lembrado quando

das medidas no sinotóforo, é o cover. Se fizermos o cover alternado em que a dissociação é muito grande, o estrábico acomodativo pode apresentar movimento no ângulo objetivo, simulando correspondência anômala. Não queremos significar que não haja estrabismo acomodativo acompanhado de correspondência anômala, mas achamos que muitos dos casos tidos como tal, estão sendo mal interpretados.

Prosseguindo nos testes, se o paciente apresenta no sinotóforo os dois primeiros graus de visão binocular, passamos a medir a amplitude de fusão e naturalmente o prognóstico, quanto à evolução do tratamento, é tanto melhor quanto maior fôr a amplitude de fusão, principalmente amplitude de divergência relativa.

Uns 20 dias após o uso do bifocal, a criança deve vir ao consultório para que se veja se já está usando direito a nova correção. A adaptação não é difícil porque o bifocal para criança é do tipo reto e bem alto, chegando até o centro da pupila, de sorte que qualquer movimento dos olhos para baixo, obriga o uso do adicional. Nas crianças que têm o naris pouco desenvolvido o pêso das lentes pode fazer com que os óculos escorreguem, ficando a adição muito baixa. Nesses casos a armação deve ser escolhida com muito cuidado.

Para verificarmos se o paciente está usando convenientemente o bifocal, basta colocar à altura dos olhos da criança uma figura qualquer e pedir que seja identificada; se ela fizer um movimento de elevar a cabeça, típico dos présbitas, é que já está usando bem o adicional e tirando dêle todo o proveito que pode proporcionar. No caso do paciente não estar adaptado, cabe à técnica explicar aos pais o que deve ser feito no sentido de serem obtidos os melhores resultados. Quanto à tolerância ao bifocal, nunca tivemos o menor problema por parte da criança. Alguns pais resistem um pouco a princípio porque acham as lentes "muito fortes", mas quando verificam que são bem toleradas e que agem benèficamente sôbre o desvio, não se opõem

Uma vez controlado o desvio por meio das lentes, começa o tratamento ortóptico pròpriamente dito, que segue mais ou menos esta orientação: dar ao paciente a melhor acuidade visual possível, desenvolver visão binocular no aparelho quando esta não estiver presente, melhorar a amplitude de fusão, vencer a supressão, controlar o desvio, retirar o bifocal diminuir ou retitar a correção de longe mantendo visão binocular nítida e, se possível, o mesmo para perto.

Supondo-se que o paciente já tenha boa acuidade visual e correspondência retiniana normal, podemos dividir os exercícios em dois tipos: aqueles feitos no sinotóforo e os feitos no espaço.

Exercícios no sinotóforo:

a — estabilização do primeiro e segundo graus da visão binocular, antes com figuras periféricas, depois com figuras menores. Começamos com figuras maiores, ao contrário do que fazemos nos outros tipos de estrabismo, porque queremos estimular o menos possível a acomodação;

b — desenvolvimento da amplitude de divergência pelos métodos conhecidos e da amplitude de divergência relativa da seguinte forma: fixar o aparelho no ângulo subjetivo (que nessa altura já deve estar por volta de 0), acrescentar lentes a partir de —0,50 e ir progressivamente aumentando o poder das lentes até que o paciente veja embaçado. Trabalhar nesse ponto até que o paciente consiga ver claro, mantendo visão binocular. Começar com figuras grandes até as de menor tamanho;

c — contrôle do desvio: colocar no aparelho uma figura de tamanho médio, (para-macular), achar o ângulo subjetivo e movimentar o sinotóforo no sentido de divergência até encontrar o menor ângulo em que o paciente consiga manter fusão. Nessa altura chamar a atenção do pacente para um detalhe da figura, fazendo com que êle acomode e tenha diplopia; fazer notar essa diplopia no sentido de vencer a supressão; conseguir que o paciente relaxe novamente a acomodação experimentando fusão. Continuar o tratamento provocando alternadamente diplopia, fusão, diplopia, fusão. Êste método é tão útil para o contrôle do desvio quanto para vencer a supressão. É mais fàcilmente conseguido sem óculos;

d — amplitude de fusão no sinotóforo com imagens entópticas e reais.

Outro aparelho usado nesta fase é o queiroscópio, com mosaicos para crianças antes da idade escolar, com desenhos para as que já estão na escola.

Tratamento no espaço:

a — tratamento da supressão: por meio de imagens entópticas sòzinhas a a princípio e depois combinadas com objetos reais;

b — noção de diplopia e superposição no espaço por meio do Maddox rod e prismas;

c — uso do filtro vermelho nas atividades escolares, nas atividades de casa, bem como para assistir televisão, visando quebrar a supressão e propiciar diplopia na ocorrência de um desvio intermitente;

d — contrôle do desvio: fazer com que o paciente olhe para uma figura a 6 m, retirar os óculos tentando dar a sensação de olhar embaçado. Para que o paciente saiba o que é "olhar embaçado" colocar sôbre a sua correção uma lente esférica positiva bem alta (+10D). Uma vez conseguido que o paciente olhe embaçado sem correção, mantendo os eixos visuais paralelos, portanto conseguindo fusão, agir como no sinotóforo. Fazê-lo identificar figuras ou ganchos do quadro de optotipos acomodando, chamar a atenção para a consequênte diplopia e conseguir que a acomodação seja relaxada chamando a atenção para a fusão resultante;

e — Nesta altura já se pode usar o separador de Remy.

f — Diplopia fisiológica cc e sc. Utilizar o mesmo princípio da diplopia fisiológica, fazendo o paciente olhar figuras progressivamente menores, colocando-as entre as duas imagens diplópicas; é o que se chama enquadrar. O exercício é tanto mais difícil quanto menores forem as figuras;

g — leitura controlada: a princípio com correção, depois sem correção, começando com letras e figuras bem grandes que vão sendo substituídas por outras de tamanho menor a medida que o paciente vai vencendo as dificuldades.

Finalmente fusão de estereogramas no espaço, com figuras de fusão e depois com figuras de profundidade.

De acôrdo com a idade o tratamento obedece aproximadamente a seguinte orientação: até 4 anos, apenas prescrição das lentes corretoras e bifocal quando fôr o caso; uso de filtro vermelho e contrôle periódico no sentido de acompanhar o comportamento de desvio. Dos 5 aos 8 anos, todos os tratamentos feitos no sinotóforo e alguns no espaço; dos 8 anos em diante, tôda a sorte de tratamento. Esta sequência pode variar com a colaboração e idade mental do paciente.

Quando o paciente já tem um bom contrôle do seu desvio no espaço e no aparelho, medidas periódicas vão sendo feitas no sentido de ser reduzida a correção dos acomodativos puros e o bifocal dos portadores de lentes

adicionais. Essas medidas são feitas no sentido inverso daquelas feitas anteriormente, i.é., fazemos um cover simples, antepondo lentes menos, a partir de —0,50 e vamos progredindo até encontrar a menor correção que proporcione visão binocular nítida. O mesmo critério é adotado para retirada dos bifocais e para reduzir a correção de longe. Assim a correção vai sendo lentamente retirada, a medida que a relação convergência vai se aproximando do normal. A retirada completa das lentes, naturalmente só será possível em pacientes cujo êrro de refração é inferior a +4D.

Certamente nem todos os pacientes chegam a êstes resultados altamente satisfatórios; mesmo porque depende de tempo, trabalho, paciência e perseverança de ambas as partes; mas quando isso acontece a sensação é das mais gratas. Há ainda aqueles casos que à princípio se portam como acomodativos, cujo desvio parece ser controlado pelo uso de lentes e mesmo pelo bifocal; entretanto, sem causa aparente, passam a apresentar um fator não acomodativo e degeneram para o estrabismo inervacional, terminando por serem operados. PARKS (1), que é talvez o oftalmologista que mais se tem ocupado dos acomodativos até esta data, refere casos semelhantes.

Diz êle "casos estranhos constituem aqueles pacientes cujo desvio é controlado a princípio pelo uso da correção total e de lentes adicionais, entretanto, com o passar do tempo, tornam-se tropias constantes em que a cirurgia é o resurso final."

número de pacientes	idade	bons resultados	tirando bifocal	maus resultados	em observação
4	3 a 5 anos	2			2
11	6 a 8 anos	7	3	3	1
8	9 a 12 anos	7	5	1	
1	20 anos	1	sem correção desde 17 anos		

Não é demais lembrar que todo o tratamento é acompanhado par e passo pelo oftalmologista, informado por meio de relatórios das modificações por que vai passando o desvio, bem como da orientação do tratamento. É êle quem determina quando quer rever o paciente para contrôle dos dados que lhe são fornecidos e modificações que achar necessárias em relação às lentes, andamento do caso etc.

Terminando, não podemos deixar de salientar o fato de que em 10 anos de vida profissional, temos notado que a frequência do estrabismo de maneira geral e do acomodativo em particular, vem aumentando sensìvelmente. Seja pelas injunções da vida moderna, em que as crianças começam muito cêdo a usar os ohos em atividades em que a acomodação é solicitada, seja pela tensão nervosa que envolve o mundo de nossos dias, os fatos estão aí, concretos, irrefutáveis. Felizmente, no caso da esotropia acomodativa, o excesso da acomodação e a relação acomodação- — convergência tendem a normalizar-se com a idade e o tratamento bem conduzido é como que a profilaxia de estrabismos que se tornariam constantes se não fôssem atendidos a tempo e convenientemente.

Estamos certa de que estaremos traduzindo o pensamento de nossas colegas, desta e de outras terras, quando afirmamos que o tratamento ortóptico, ainda que não resolva como desejaríamos muitos dos casos que nos chegam às mãos, proporciona resultados compensadores e merece o melhor do nosso trabalho, dedicação e entusiasmo.

BIBLIOGRAFIA

1 — PARKS, M. M.: Comitant Esodeviations in Children — In Strabismus — The C. V. Mosby Co., St. Louis, 1962, p. 35.