

ORIENTAÇÃO DO TRATAMENTO PLEÓPTICO DA FIXAÇÃO EXCÊNTRICA

* LYGIA ALVES LIMA
ZAIDA NOGUEIRA — S. Paulo

A rotina seguida pela técnica ortóptica que recebe do médico um paciente com diagnóstico de fixação excêntrica é a seguinte: além dos testes usuais feitos em qualquer caso de estrabismo, há os testes específicos e é destes que nos iremos ocupar.

Cover teste simples: no sentido de ver se o paciente tenta colocar o olho desviado em frente ao seu ocluído o olho fixador, ou se ao contrário, continua na mesma posição.

Exame com o visuscópio deve ser feito primeiro no olho fixador depois no olho desviado a fim de comparar a fixação de cada um. Anota-se o tipo de fixação de que é portador o paciente, verificando-se a localização da fixação excêntrica, i. é., se para-foveal se para-macular, se entre mácula e papila, se para-papilar etc. Isto deve ser feito porque o tratamento se inicia pela oclusão do olho ambliope pelo espaço mínimo de um mês; em muitos casos a simples oclusão determina mudanças apreciáveis na qualidade da fixação e todos achados devem ser conhecidos para confrontos posteriores. O tempo de oclusão que precede o tratamento varia com diversos fatores: idade do paciente, possibilidades de frequentar o consultório para tratamentos diários, colaboração etc.

Escovas de Heidinger é um outro teste que deve ser feito de rotina. Às escovas, junta-se uma imagem real e o diafragma para campo reduzido, no sinotóforo. Faz-se o teste monocular, primeiro no olho fixador depois no outro, para que os resultados possam ser comparados. Com um dos olhos ocluído, ligam-se as escovas de Heidinger com filtro adicional e o paciente descreve o que está vendo. Sabemos que só a fóvea tem capacidade de perceber o centro das escovas e que estas estão sempre em qualquer ponto que o paciente fixe com ela. Uma vez percebidas as escovas, colocamos o objeto real (um ponto preto de tamanho foveal) junto com o diafragma que reduz o campo. Perguntamos ao paciente se ele vê a bolinha preta no centro da escova que está girando e vamos len-

* Técnicas Ortópticas

lamente reduzindo o campo. Se o paciente tiver fixação central, deverá vê o ponto preto no centro das escovas até a redução máxima do campo, caso contrário verá as escovas de um lado e o ponto do outro, em projeção cruzada; se estivermos testando o olho direito, as escovas aparecerão à esquerda e vice-versa. Ao ser reduzido o campo, chegará o momento em que o cliente verá apenas o ponto preto que está sendo fixado excêntricamente; a fóvea que estava percebendo as escovas desaparecerá atrás do diafragma que produz o campo de visão. O paciente informará que só vê o ponto preto e que a escova desapareceu. Todos estes dados são anotados para posteriores confrontos.

Outro teste que deve ser feito é o da prova de projeção monocular: o examinador coloca a estrêla do visuscópio sobre a fóvea do paciente e pergunta qual a sua localização; se em frente a projeção é normal e, segundo Cüppers, não há fixação excêntrica; esta só existe quando a fóvea perdeu a direção principal. Como contraprova o examinador coloca a estrêla em diferentes pontos da retina e o paciente deve informar qual a projeção em cada situação. Todos os testes devem ser feitos em ambos os olhos, de maneira a comparar a fixação de cada olho. A prova de que acabamos de falar deveria ser feita de rotina, mas a sua aplicação é difícil e as respostas são pouco satisfatórias, de sorte que só é levada a efeito em condições especiais.

Já descrevemos os testes específicos para o diagnóstico da fixação excêntrica, vamos agora nos ocupar do tratamento. Este varia com diversos fatores:

- 1) Idade do paciente.
- 2) Tipos de tratamento a que já se tenha submetido o paciente.
- 3) Tempo de aparecimento do estrabismo.
- 4) Colaboração e possibilidade de frequência à clínica.

Nas crianças acima de 6 anos o resultado do tratamento é problemático. Se por um lado a colaboração é melhor, por outro, a fixação excêntrica estará muito mais firmemente implantada; tanto mais que, nessa idade muitos dos pacientes já usaram conclusão do olho bom; nestes casos o tratamento é muito difícil. Também o tratamento é impossível para os clientes que não podem vir ao consultório para exercícios diários. Em algumas clínicas da Europa como Suíça, Alemanha e França, os pacientes são internados e fazem 2 a 3 seções diárias. Infelizmente, entre nós, isto não é ainda possível.

Nas crianças abaixo de 3 anos, praticamente o único tratamento possível é a conclusão do olho ambliope. Nestes casos prolonga-se a oclusão desse olho, que é controlada periodicamente, até que o paciente mostre tendência a fixar com a fóvea ou, pelo menos, não pareça ter preferência de fixação com nenhum ponto determinado. Troca-se, então, a oclusão

para o olho bom, tendo-se o cuidado de controlar diariamente a princípio, a fixação do olho descebrado. Caso haja qualquer tendência a fixar com um ponto excêntrico, volta-se a ocluir o olho ambliope.

Em crianças acima de 3 anos o critério é diferente: após um mês ou mais de oclusão do olho ambliope, inicia-se o tratamento ativo por meio de post-imagens por meio do eutiscopia. Estas são feitas antes no olho fixador para que o paciente compreenda o que deve vê e como deve projetar, i.e, sempre em frente. O tratamento é feito diariamente pelo espaço mínimo de meia hora, durante 15 a 20 dias.. Mesmo nos casos em que a criança informa mal cu que a fixação é difícil, o tratamento traz benefícios porque a verdade é que, uma vez provocada a post-imagem o paciente não se pode livrar dela. A post-imagem deve ser o mais fraca possível porque ainda que se consiga cobrir completamente a fóvea com o ponto preto do slide, ela recebe um pouco da luz que incide sobre a periferia, e se a luminosidade for muito intensa haverá inibição foveal. Pelo mesmo motivo, a luz do intervalômetro deve ser fraca e a tela que vai receber a post-imagem percebida pelo cliente, absolutamente opaca para que não haja reflexão da luz.

Feita a primeira série o paciente, sempre com o olho ambliope ocluído, tem um descanso que varia com as condições de colaboração, possibilidades de frequência ao tratamento etc.

Assim são feitas séries de aplicações diárias. Se ao cabo delas não se consegue fixação foveal, provavelmente não se irá conseguir mais. Então só nos resta ocluir o olho bom, numa tentativa com pouquíssimas probabilidades, esperando que, depois de tanto tempo sem uso do ponto excêntrico, o paciente venha a fixar com a fóvea. Isto às vezes acontece.

Ao fazermos a post-imagem, não estimulamos apenas a fixação foveal, tentamos também obter do paciente a informação de como ele está projetando: o mais frequente é que a projeção seja cruzada; assim teremos que dar ao paciente a noção de como projetar certo, i.e, em frente. Uma vez obtida fixação central e projeção normal fora do aparelho, vamos tentar desenvolvê-la no aparelho. A cada modificação introduzida no tratamento o paciente dá um passo para traz, vencendo depois a dificuldade. Assim, não é de admirar que ao sentarmos o paciente no aparelho ele não consiga localizar as escovas de Heidinger na sua frente, mas a um lado. Consiste o exercício em fazer com que o paciente concentre sua atenção no centro das escovas e pouco a pouco a projeção vai se normalizando e a imagem aparece na frente. Nessa altura já podemos provocar, ainda monocularmente duas imagens entópticas: as escovas de Heidinger e um dos braços da cruz de Bielschowsky ou de Hering. Novamente o paciente voltará atrás e não será, a princípio, capaz de ver as escovas no centro da post-imagem; pouco a pouco, entretanto, conseguirá projeção normal. Quando

o cliente já consegue vêr juntas as duas imagens entópticas, juntamos a elas uma imagem real e então, post-imagem, escovas e objeto real devem ser vistos na mesma direção, sempre monocularmente. É quase a regra que neste momento o objeto real aparça separado das imagens entópticas e o exercício consiste em restabelecer a projeção normal.

Só neste ponto é que vamos permitir que o paciente tente distinguir os Es isolados. Novamente o cliente é levado para exercícios no espaço. Provoca-se uma post-imagem com o flash e apresenta-se ao paciente um E isolado que ele tenta identificar ao mesmo tempo que coloca o centro da post-imagem sobre a letra. Quasi sempre há dificuldade de projeção da post-imagem sobre o E e mais uma vez aparece anomalia de projeção. Com frequência essa etapa também é vencida. Vamos então diminuindo o tamanho dos Es até chegarmos ao menor tamanho. Este exercício deveria ser feito com post-imagens e escovas de Heindinger no espaço como se fêz anteriormente no aparelho.

No momento em que começamos o tipo de exercício acima, principiamos a trocar a oclusão para o olho fixador, no início 1 hora por dia, tendo sempre o cuidado de verificar a fixação por meio do visuscópio. Depois de já conseguir o paciente projetar a imagem entóptica sobre a imagem real isolada no espaço, tentamos fazer com que a imagem entóptica seja projetada sobre cada um dos Es de uma fileira. Isto obtido, podemos trocar em caráter permanente a conclusão para o olho fixador, sempre controlando a fixação. Em muitos dos casos o paciente chega bem até este ponto do tratamento, mas não se consegue acuidade visual além de 0,3 ou 0,4 no quadro e 0,7 ou 0,8 com Es isolados.

Depois que o paciente já desenvolveu alguma visão no olho ambliope, podemos começar o tratamento da visão binocular. A oclusão é mantida no olho bom com dupla finalidade: a de forçar o uso do olho ambliope e a de evitar que use a correspondência anômala que sempre acompanha os casos de fixação excêntrica.

Aqui começa o tratamento ortóptico, uma vez que vamos nos ocupar da visão binocular. Como anteriormente é usada a mesma aparelhagem e o tratamento é baseado nos mesmos princípios, i. é, post-imagens, escovas de Heindinger e imagem real no espaço e no aparelho. O tratamento é feito primeiramente no espaço. Provoca-se a post-imagem de Bielschowky agora nos dois olhos e o paciente com os olhos fechados informa se percebe a post-imagem positiva, e se a projeção é normal. No caso de ser anômala, trata-se de normalizar a projeção da post-imagem positiva antes de serem tentados exercícios com a negativa. Conseguida, continua-se o tratamento com as post-imagens negativas, isto é, com os olhos abertos, enquanto o paciente olha para uma tela branca iluminada pela luz do intervalômetro. Normalizada a post-imagem negativa, junta-

se a ela um objeto real que pode ser um ponto preto, uma cruz ou outra qualquer figura de contorno simples. Nesta altura voltamos com o paciente para o sinotóforo. Começa-se mais uma vez a trabalhar com as post-imagens binoculares simples; quando a projeção fôr normal juntam-se a elas as escovas de Heideringer que devem ser vistas no centro da luz de Bielschowsky. Conseguido isto apresenta-se ao paciente uma imagem real em um dos olhos juntamente com duas imagens entópticas em cada olho. Finalmente o paciente trabalhará com duas imagens reais em cada olho e quatro imagens entópticas, duas em cada olho, devendo tudo ser projetado na mesma direção. Quando chegarmos a isto a correspondência sensorial já estará normalizada e o tratamento prossegue como nos casos de rotina.