

CLÍNICA ORTÓPTICA (*)

Dr. BARBOSA DA LUZ - Rio

«Deve-se tratar o estrabismo antes das complicações»

Eis a tese que pretendemos defender, buscando dar à Ortóptica o destaque que ela merece, como especialização de valor real, dentro da oftalmologia.

Até hoje, com 30 anos de atividade, não conseguiu, ainda, a Ortóptica impor-se à maioria dos oculistas. Julgam-na ineficiente. Isto vai passando em julgado, levando-se em conta os resultados obtidos no estrabismo infantil. A Ortóptica tem sido ineficiente. Por quê?

Ao invés de uma resposta formal, preferimos que os prezados colegas nos acompanhem neste raciocínio.

Imaginemos uma criança de 9 ou 10 meses de idade que, ao ensaiar os primeiros passos, sofre a fratura completa de uma perna. Admitamos que, ao invés de lhe serem prestados imediatamente os cuidados habituais, urgentes e imprescindíveis, a deixamos à espera, com a perna fraturada, absolutamente inerte, sem função — transformada a criança em pernetta — durante 3, 4, 5, 6 anos (tal como se faz com os estrábicos) para só então ser levada ao Ortopedista para redução da fratura e competente tratamento.

Essa criança conseguirá marcha normal?

Se nos quiséssemos alongar, usando raciocínio idêntico, iríamos invalidar outros tantos êxitos terapêuticos consagrados, em qualquer setor da patologia médica. Então, como querem que a Ortóptica realize o milagre de restabelecer a visão binocular do estrábico?!

(*) Comunicação à X Jornada Brasileira de Oftalmologia — Curitiba
bro, 1959.

Por que não se proporcionar, também, à Ortóptica a mesma solícita colaboração que todos, até mesmo os leigos, concedem sempre aos traumatologistas e ortopedistas.

A Ortóptica, como qualquer especialização, necessita para ter bom êxito, de oportunidade na indicação. No caso do estrabismo concomitante isto é flagrante: **protelação é igual a fracasso**. Faltamos aquela colaboração espontânea e total de todo mundo, no caso da perna quebrada.

Convém acrescentar, ainda, que muitos ortoptistas consideram esta prática do tratamento difícil, e protelam, eles também, a sua execução.

Neste clima, convenhamos, não é possível.

Mas voltemos à nossa tese.

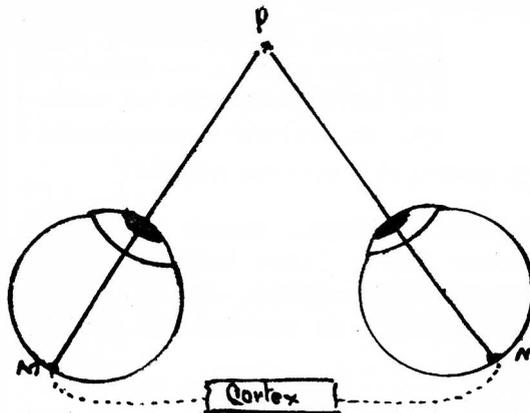
A criança estrábica não admite espera.

Precisamos tratar o estrabismo antes de qualquer complicação, simplesmente porque, depois é impossível. Impossível desde que o nosso alvo seja recuperação 100% estética e funcional.

Isto é o que vamos procurar demonstrar.

Para se conceituar um estrábico é indispensável conhecer-se a função que ele perdeu: a visão binocular.

Vejamos neste gráfico o seu funcionamento, no indivíduo adulto.



(GRÁFICO I)

Consideremos os dois olhos e, em frente, um ponto no espaço, **P**. Nas condições normais, pela fixação e, logo a seguir, pelos reflexos retinianos de **Convergência** a imagem de **P** passará a incidir sobre as duas máculas se tornará nítida pela **Acomodação**. As máculas, impressionadas pela imagem fixada, transmitirão a sensação aos centros corticais, para percepção e localização deste ponto **P**, no espaço.

É precisamente a estabilidade deste mecanismo sensitivo-motor que garante a ortoforia permanente no adulto. Na criança, porém, não se dá o mesmo: a visão binocular, ainda em formação, se desenvolve lentamente. O recém-nascido não sabe fixar. Aos poucos vai criando reflexos condicionados distintos que irão permitir a sua adaptação ao meio ambiente.

No sexto mês já estão desenvolvidas as fóveas, mas a imaturidade e o funcionamento rudimentar da visão, ainda não possibilitam a associação funcional dos dois olhos que, só nessa idade, começa. A visão binocular se desenvolve **pari-passu** com a criança na base do ato reflexo. É o aprendizado na sua forma mais elementar. O estímulo luminoso, incidindo na retina, vai despertando cada dia reações neuro-musculares coordenadas que se sucedem e se aperfeiçoam à medida que a criança cresce.

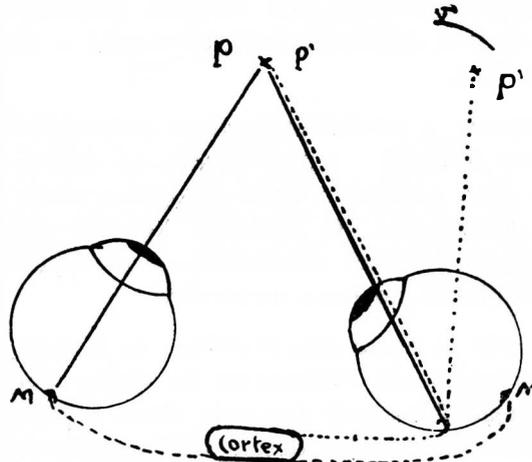
Por volta do oitavo mês a **Convergência** (mecanismo de ação reflexo-motora) começa a atuar, transportando as imagens que incidem na periferia da retina, para as máculas. Conquanto também voluntária, é provocada, na criança, pelo reflexo retiniano de convergência. É a fusão motora ou superposição das duas imagens maculares.

A acomodação, que aparece aos 3 anos, irá permitir a percepção de imagens nítidas. É o tempo de fusão sensorial, com a projeção ou localização da imagem fixada.

Como estão vendo, na criança a visão binocular se consolida pelo uso e se aperfeiçoa pela repetição, estendendo-se êsse período dos seis meses aos sete anos.

Pode-se conceber, conhecido o rudimentar funcionamento do aparelho visual infantil e a grande capacidade de adaptação da

criança, como é fácil instalar-se o estrabismo infantil e também avaliar-se o grande perigo de se deixar — durante tão longo tempo — que se consolidem, pelo uso, tôdas essas anomalias que o desvio acarreta.



(GR Á F I C O II)

Vejamos estas anomalias num caso de estrabismo convergente do O. D.

O ponto no espaço fixado pela mácula do O. E. (fixador) cái num ponto da retina nasal do O. D. (desviado).

Este ponto da retina nasal (do olho estrábico) deveria, de acôrdo com as leis da correspondência normal, projetar a imagem em P' à direita no espaço, em diplopia homônima. Mas dada a grande facilidade de adaptação e o seu poder de neutralização, a criança, em poucos dias, suprime a imagem diplópica perturbadora (vence a diplopia) e passa a utilizar-se apenas de um só olho.

O estrabismo, daí por diante, começa a alterar o sensorio retiniano, a modificar a projeção ou localização das imagens no espaço. É um questão de tempo. O estrábico se adapta a um novo tipo de visão. Esta nem sempre será monocular. Novos ajustes criam visão binocular adulterada.

O ponto da retina nasal do olho desviado que, no início do

estrabismo, suprimiu a imagem perturbadora, após algum tempo, vai criar uma «correspondência anômala» com a mácula do O. E. fixador, projetando a imagem para a frente, onde ela de fato está. Haverá, durante algum tempo, apenas a superposição das duas imagens, mas — desde que o estrabismo permaneça — poderá se observar até a fusão (precária) dessas duas imagens.

Nos desvios mais antigos (estrabismos fixos) pode ocorrer mesmo a formação, neste ponto nasal da retina do olho desviado, de uma «falsa mácula».

É absolutamente insensato deixar que todo este acervo de desorganização funcional se instale, definitivamente, para depois — só muitos anos depois — se pensar em removê-lo.

As complicações precisam ser evitadas (na melhor das hipóteses) ou removidas cedo, enquanto houver possibilidade de recuperação da visão normal.

Cada uma das etapas que integram o mecanismo da visão binocular, como vimos, surgem e atingem automatismo durante o crescimento da criança, em tempo certo. **Treino binocular deverá ser adquirido nesse período ou não o será nunca.**

O olho perde a oportunidade de desenvolver-se se é ultrapassada a época da sua maturação. Assim o olho desviado, antes do completo desenvolvimento da fóvea, será ambliope; o olho que não aperfeiçoou a fixação nunca obterá fusão e, em consequência, nem controle de vergência, nem de acomodação. O paciente, nesse caso, com visão apenas monocular, está condenado a suportar, toda a vida, o defeito desfigurante e, muito mais do que isso, inferiorizante, conforme já temos tido ocasião de demonstrar. (*)

É evidentemente lógico que o tratamento do estrabismo deverá ser feito tendo-se em vista esse conhecimento.

(*) Psicopatologia no Estrabismo — Comunicação ao XVIII Congresso Internacional de Bruxelas - Revista Bras. de Oftalmologia - Vol. XVIII - N.º 2.

Tôdas as clínicas oftalmológicas precisam estar aparelhadas eficientemente para isso ou, então, que não haja ortóptica.

O estrábico é um torto que se organiza. Urge impedir essa organização.

O garôto estrábico, tal qual o pernetá a que aludimos, precisa de socorro urgente. Mandar ou permitir que espere anos e anos, como ainda acontece, é negar-lhe a única possibilidade de cura.