

O MODERNO TRATAMENTO DAS AMBLIOPIAS - 11

(Pleoptica)

Dr. CELSO ANTONIO DE CARVALHO (*) - Dr. MAURY ATHANES (**)

Desde a classificação das ambliopias proposta por Charasse, o tratamento deste problema passou a oferecer maiores possibilidades. Limitava-se até então, à obtenção de acuidade visual monocular satisfatória, sem que se cuidasse do restabelecimento da função binocular.

Cantonnet, imaginando serem os fenômenos de inibição os responsáveis pela baixa acuidade visual do olho estrábico, na visão binocular, criou um método baseado no deslumbramento do olho ambliope e simultânea estimulação do olho fixador. Comberg, em 1938, iniciou a estimulação orientada do olho ambliope, projetando ortotipos diretamente sobre a zona macular. O grande defeito deste método estava em não se poder determinar com precisão, se o mesmo estimulava ou não a fóvea. David procurou evitar este inconveniente, projetando testes sobre a mácula, sob o controle constante do oftalmoscópio.

Todas as idéias até então expostas foram consideradas por Bangerter e posteriormente por Cüppers na criação de aparelhos e métodos para diagnóstico e tratamento das ambliopias.

Grande significado é atribuído hoje às alterações do valor espacial da fóvea, muito embora se considere ainda a ambliopia como expressão de retardo ou impedimento de desenvolvimento da função macular. Para o tratamento correto da ambliopia, é claro o primeiro passo deverá ser um diagnóstico preciso. Neste sentido, foi criado o VISUSCÓPIO, que nada mais é que um oftalmoscópio capaz de projetar pequena estrêla negra sobre a retina. Quando o paciente fixa a aludida estrêla projetada dentro do seu olho, é possível determinar o elemento retiniano que é utilizado e assim, até certo ponto, julgar se a fixação é central ou não.

O VISUSCÓPIO não permite, porém, a diferenciação entre uma supressão central profunda e uma fixação excêntrica, pois, ambas se com-

(*) Médico contratado de Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

(**) Médico oftalmologista do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

portam de forma idêntica quando do referido exame. Logo, o VISUS-CÓPIO indica tão somente o ponto extra-foveal correspondente à fóvea do olho fixador, nem sempre sendo possível precisar o valor espacial da fóvea do olho ambliope.

Para esta diferenciação, parece útil o método proposto, em 1952, por Brock e Givner denominado "teste da transferência da pós-imagem". Através dêle, é até certo ponto possível diagnosticar uma supressão central. Consiste o referido processo, em provocar uma pós-imagem vertical no olho fixador, ocluir o mesmo, levar o paciente ao sinotóforo e agora, fazer com que o olho ambliope fixe um grande círculo. O paciente deverá informar; se a pós-imagem é vista pelo olho ambliope e qual a posição que a mesma ocupa em relação ao círculo usado para fixação. Duas possibilidades poderão ocorrer: 1 — que a pós-imagem vertical corte o círculo de fixação em duas metades iguais; 2 — que a pós-imagem vertical esteja localizada distante do círculo de fixação. No primeiro caso, a mácula terá ainda o seu valor espacial normal, não obstante, a profunda supressão foveal.

Assim sendo, o VISUSCÓPIO informa da localização do ponto extra-foveal e o "teste da transferência da pós-imagem", do valor espacial da fóvea do olho ambliope.

Êstes métodos de diagnóstico permitem classificar as ambliopias e indicar o tratamento a ser instituído.

Especial atenção deve, no entanto, merecer a correta caracterização do tipo de correspondência retiniana presente. Na correspondência retiniana normal, a fixação do olho estrábico é sempre central; na correspondência retiniana anômala, o ponto extra-foveal do olho estrábico adquire direção projecional igual ao da fóvea do olho fixador. Ainda assim é possível que a fóvea do olho estrábico mantenha o seu valor espacial, que apenas deixaria de se manifestar durante a visão binocular, em virtude da intensidade dos fenômenos de inibição. Daí ser falsa a idéia de que uma correspondência anônima implica sempre em desvalorização total da fóvea do olho ambliope.

Após êstes rápidos comentários, algumas considerações devem ser feitas a respeito das características dos aparelhos correntemente usados na pleóptica. Esta tem como finalidade, o restabelecimento da superioridade fisiológica da fóvea sobre a periferia da retina e a transferência da direção visual do ponto extra-foveal para a fóvea.

Êste ideal terapêutico pode ser alcançado pelo método da pós-imagem, combinado com a oclusão do olho ambliope. A pós-imagem pode ser obtida com um oftalmoscópio especial, denominado EUTISCÓPIO.

O EUTISCÓPIO projeta um grande círculo de luz intensa, que cobre cerca de 30 graus da retina. Na parte central dêste feixe de luz existe um pequeno círculo escuro destinado à proteção da fóvea. Êste procedi-

mento é denominado deslumbramento. Deve ser rigoroso no que concerne a proteção da fóvea, durando de 20 a 30 segundos. Uma vez terminado o deslumbramento do olho ambliope, o paciente deverá descrever o que vê com o mesmo fechado. A percepção de uma pós-imagem com as características do estímulo, é a pós-imagem positiva, isto é, um grande círculo claro e um ponto escuro central. Raros são aqueles que não conseguem perceber esta pós-imagem. Uma vez reconhecida a pós-imagem positiva, pede-se ao paciente que abra os olhos; deverá ocorrer, após tempo de latência variável, a inversão da pós-imagem, obtendo-se a pós-imagem negativa, isto é, um grande círculo cinzento com o centro claro. A dificuldade de transformar a pós-imagem positiva em negativa, corresponde à intensidade dos fenômenos de inibição.

Uma vez atingidas estas etapas, passa-se a uma das mais interessantes fases do tratamento. O paciente deverá tomar consciência da posição que a pós-imagem ocupa no espaço, em geral em relação ao ponto de fixação de um grande ecran branco. E será ele então alertado para o fato de que seus olhos serão tanto menos desviados, quanto mais próximos estiver a pós-imagem do ponto de fixação no ecran. Lentamente, a pós-imagem será conduzida voluntariamente em direção ao centro do ecran, procurando cobrir o mesmo, por tempo progressivamente mais longo. Vai-se estabelecendo assim um sentido de conquista e competição, aumentando o interesse pelos resultados que o paciente obtém. A duração da pós-imagem negativa será tanto maior quanto mais se tenha progredido na recuperação da função foveal, para o que muito contribue o intervalômetro. Este dispositivo aumenta e diminui os intervalos de claridade e obscuridade do ambiente, propiciando condições para melhor percepção da pós-imagem negativa. A manutenção da projeção correta da pós-imagem negativa sobre o ecran torna-se mais difícil a medida que o mesmo é afastado do paciente, até atingir a distância de 6 metros. O ponto de fixação é então substituído por optotípos em posições variadas, que podem se aproximar ou afastar de um ponto central. O paciente deverá nesta fase, deslocar a pós-imagem negativa de um ponto para outro na tela, de acôrdo com as determinações do médico.

O número de sessões necessárias para que se atinja esta fase é absolutamente imprevisível. Não deve o médico até este momento preocupar-se com as eventuais melhorias da acuidade visual. É preciso que se tenha sempre presente, que até esta fase, o objetivo do tratamento é tão somente corrigir a perversão projecional presente.

O COORDENADOR, instrumento que se fundamenta no fenômeno entópico das escôvas de Haidinger deverá ser introduzido na rotina de tratamento assim que o paciente for capaz de manter a pós-imagem negativa rigorosamente centrada sobre o ponto de fixação, por tempo prolongado. Sendo predicado exclusivamente foveal a correta percepção das

escôvas de Haidinger, com o auxílio do COORDENADOR, o paciente passará a treinar a coordenação correta entre a cortex, a fóvea e os membros superiores.

Uma vez recuperada a consciência do verdadeiro valor espacial da fóvea e obtida a correta coordenação sensorial e motora, é que se passará a cuidar da obtenção de visão binocular. O SINOTÓFORO será o aparelho usado para esta finalidade, procurando-se com êle alcançar e estimular a amplitude de fusão. Sòmente então, a oclusão do olho fixador poderá ser indicada.

Estas são em linhas gerais as várias etapas da Pleóptica. Não obstante a beleza e correção fisiológica das idéias básicas que determinaram a sua criação por Bangerter, apresenta numerosas dificuldades e inconvenientes de ordem prática. Trata-se de um tratamento extremamente longo, fastidioso para o médico e para o doente, de aquisições lentas e pouco estáveis. Sòmente nos pacientes com visão binocular única ou com algum grau de alternância pode o médico esperar que os resultados visuais obtidos se tornem permanentes e definitivos.

Concluindo, deve ser dito, que de forma alguma a oclusão do olho fixador deverá ser abandonada ou passada a um plano secundário, pois, é eficaz na grande maioria dos ambliopes. Não deve, porém, a oclusão ser aplicada sem que antes se tenha exaustivamente estudado as características da fixação em questão, com os métodos hoje existentes, evitando assim inadvertidamente consolidar perversões sensoriais e motoras.