

TRATAMENTO DA AMBLIOPIA EX-ANOPSIA NO ESTRABISMO

MISS BERTYL MAYOU (*)

EXAME E DIAGNOSTICO

Ambliopia ex-anopsia, é a baixa acuidade visual que se instala em um olho, em consequência ao desuso, ou falta de aplicação funcional. Esse fato ocorre comumente nos estrabismos monolaterais.

Para obtermos boa visão binocular é necessário que haja visão igual, ou quasi igual em ambos os olhos; daí ser de maxima importância no estrabismo o tratamento da ambliopia.

Alguns cuidados devem ser observados pelos oftalmologistas antes de enviarem os pacientes ao ortoptista. Assim, deve ser feita antes a refração e prescrição das lentes, quando necessárias. Nos casos de ambliopia é de maior rigor fazer a refração sob ciclopegia, e a correção deve ser total, para qualquer tipo de vício de refração.

Quando existam opacidades, ou qualquer anormalidade nos meios transparentes, infelizmente não é aconselhavel uma tentativa de tratamento ortoptico.

A idade não é impecilho para a prescrição de oculos. Estes devem ser indicados e prescritos mesmos para crianças muito pequenas. Bebês estrabicos, quando necessitem, devem ser forçados a usar oculos bem como fazer oclusão na primeira oportunidade. Isto quasi sempre aturde ao pais, que se espantam com tal medida, porém a eles deve ser explicado o benefício dessa aplicação, visando apenas o bem da criança.

Um fator importante de sucesso e tolerância é a perfeita adaptação dos oculos. E' muito comum que os pais prefiram boa aparência a um resultado pratico e útil. O melhor tipo de oculos, é sem duvida, aquêle de arco de metal, com plaquetas, e hastes de pontas flexiveis, as quais se adaptam perfeitamente às orelhas. Os arcos de material plastico têm seus inconvenientes de adaptação, principalmente naquelas crianças que possuem a base do nariz muito achatada.

Em presença dum caso de ambliopia, iniciamos o exame pela medida da acuidade visual, em separado os dois olhos, com e sem oculos. Para as crianças maiores que 4 anos, habitualmente utilizamos o quadro de Snellen, com a representação da letra E em varias posições. Da-se á criança uma letra E semelhante ao desenho e recortada em madeira ou papelão. Pede-se

(*) Senior Assistant orthoptist to Royal London Eye Hospital-London. Orthoptist to Kings College Hospital-London.

que ela reproduza a posição da letra que apontamos no quadro de Snellen. O melhor tipo de quadro mural é aquêlê que represente essa letra, porém montado em quadro de madeira e com dispositivo que permita alterar à vontade as posições das letras. Dessa forma elimina-se a possibilidade de retenção por memória visual, cuja capacidade chega em certas crianças a perdurar durante um mês.

Quando a criança ainda é muito pequena e não pode compreender nossas perguntas e nem reproduzir as posições das letras, podemos fazer a medida da acuidade mostrando-lhe figuras pequenas, no synoptophore. Aqui também, examina-se cada olho de per si, e não raras vezes, se surpreende com a grande diferença de acuidade entre os dois olhos. Si houver ambliopia, vamos notar que a criança, ao lhe mostrarmos a figura, procura dar inclinação à cabeça, para que possa obter melhor visão com o olho bom. Essa medida da acuidade, sempre que possível, deverá ser feita na presença dos pais. É uma bôa política, porque dessa forma poderão notar a grande diferença de capacidade visual, nos casos de ambliopia, e serão compreensíveis quanto à oclusão, e bons cooperadores no tratamento.

Uma vez diagnosticada a existência de ambliopia, e estando a criança em idade suficiente, deve-se iniciar imediatamente a oclusão. O sucesso deste tratamento depende em grande parte da cooperação do oftalmologista, dos pais e dos ortoptistas. Essa oclusão deve ser rigorosa, e a criança não deve ser abandonada um só momento. Si isto não fôr observado, principalmente pelos pais, a criança se tornará a orientadora do tratamento, removendo a oclusão tôda vez que sua conveniência exigir. Alguns pais receiam que a oclusão possa provocar efeitos psicologicos máus; ao contrário, estes aparecerão certamente na adolescencia, por causa do estrabismo. No início quasi tôdas as crianças rec'amam a oclusão. Não é agradável para elas se utilizarem do olho ambliope, quasi sempre com visão muito baixa, e porisso ficam nervosas, emocionadas, chegando muitas a simular doenças com o fim de lhes remover a oclusão. Aos pais deve sempre ser esclarecida essa eventualidade para, sofrendo sua tendencia amorosa natural, auxiliarem êsse início desagradável e muitas vezes chegam a esquecer a oclusão, uma vez que a acuidade do olho ambliope vá melhorando.

Em período escolar, é muito comum a criança receiar os motejos de seus colégas, quando são portadores de oclusão. Aqui também torna-se necessário um entendimento com os Professores, verdadeiros substitutos dos pais, que deverão amenizar essa situação depressiva com palavras de carinho, além de certos cuidados na execução do ensino escolar, como per-

mitir sentar mais próximo do quadro, e atrair a atenção da criança para aumentar seu interesse nas aulas.

A oclusão não é motivo para dispensa das obrigações escolares. Ao contrário, as crianças com ambliopia não devem ser privadas de seus afazeres, nem de sua vida normal, devem ser estimulados a fazer trabalhos, principalmente de perto. Quando são muito pequenas, deve-se dar giz coloridos, contar, vidrilhos, e outros brinquedos miúdos, afim de lhes estimular a visão macular.

O estímulo da visão macular no olho ambliope é de máxima importância para o tratamento. Não há dúvida que a oclusão total seja a melhor maneira para êsse fim.

O tratamento na Clínica Ortoptica nêsse período, não é de grande valor. Contudo as crianças deverão aparecer de 3 em 3 ou de 4 em 4 semanas, para se verificar si a oclusão está em ordem, ou modificá-la, corrigi-la ou mesmo retirá-la à medida que a visão chegue ao normal. Nêste ponto então será iniciado o tratamento ortoptico.

RESULTADOS DA OCLUSÃO

A maioria dos casos de ambliopia, quando devidamente selecionados alcança bom resultado com o tratamento pela oclusão. Quando as acuidades quasi se igualarem, deve ser iniciado o tratamento ortoptico, e então vamos verificar o desenvolvimento da visão binocular. Existem certos casos que não reagem bem ao tratamento, e dêles trataremos mais adiante de modo particular. Com a exclusão dêstes casos, si a ambliopia desaparecer logo, o estrabismo também apresentará rápidas melhoras. Não é fácil calcular-se o tempo em que se advirá esta cura, mesmo porque está na dependência de múltiplos fatôres.

O ortoptista tendo oportunidade de examinar seus doentes todos os mêses, poderá observar a melhora progressiva em cada vez. Existe uma tabela excelente, a de Chavasse, na qual se acham enquadradas as possibilidades de melhora da acuidade do olho ambliope. Essa tabela é baseada em varios dados, e na relação existente entre êles, como sejam: idade do paciente, época em que iniciou o estrabismo, e a duração do mesmo.

Naqueles casos em que o tratamento é iniciado bem cedo, há grande probabilidade de se obter boa visão, e em 93%, consegue-se visão normal = 1/1.

Quando o estrabismo se iniciou em tenra idade e o tratamento é feito varios anos depois, o resultado será apenas de 33% e a visão chegará aproximadamente a 1/3 no olho ambliope.

TABELA DE CHAVASSE

Possibilidades de visão no olho estrábico 6/6 — 100 por cento

Período de vida em que era estrábico	Início com menos de 1 ano	Início de 1 a 3 anos	Início com mais de 3 anos
	Por cento	Por cento	Por cento
Menos de 1/8	93,0	93,4	83,0
De 1/8 a 1/2	85,5	61,8	71,0
Mais de 1/2	5,7	12,0	33,8
20/200 6/60 — 10%	20/100 6/36 — 17%	20/70 6/24 — 23%	
20/50 6/18 — 33%	20/40 6/12 — 50%	20/20 6/6 — 100%	

CASOS DIFICEIS DE AMBLIOPIAS

1) *Fixação excêntrica*: São casos que não reagem bem à oclusão.

Ao exame, ao ocluímos o olho fixador, vamos observar que o olho estrábico está com fixação excêntrica, e usa uma area mais afastada da macula. São casos nos quais o olho ao fixar parece ficar convergente nos estrabismos convergente, e divergente nos estrabismos divergentes. Esses estrabismos são quasi sempre congenitos e a acuidade no olho ambliope é de 20/200 e ás vezes, menos. O único tratamento a se tentar é a oclusão total, e nos casos de minha observação pessoal, os resultados obtidos foram pequenos. Nos casos de hospitais, cujos relatorios pude acompanhar, não recordo de haver um só caso de fixação excêntrica que haja conseguido restabelecer a fixação macular, mesmo com a oclusão total.

Si a criança tiver menos de 5 anos, o tratamento deve ser tentado; além dessa idade, já não há esperanças de se recuperar a fixação macular.

2) *Perda de fixação central*: Vamos observar nestes casos que o olho estrábico não tem fixação e ao tentá-la, fica fazendo movimentos vagos, como si procurasse ver algo. Em pacientes com 5 anos ou menos, o olho sem alterações patológicas, deve ser tentada a oclusão. Alguns casos reagem bem, principalmente aqueles olhos ambliopes, cuja refração nu antes. Nos pacientes maiores que 5 anos em regra não melhoram. Torna-se quasi impossível tolerarem a oclusão, uma vez que a deficiência visual do olho ambliope não permite nem a locomoção fácil.

3) *Casos de grande amblio*

Quando a acuidade é igual a 20/200 ou menor, em crianças de mais de

7 anos, não há grande possibilidade de se obter algum resultado com a oclusão.

Nessa idade, e principalmente ao redor de 10 anos, as crianças se encontram em período escolar, e para elas representa maior resultado prático para seu futuro não perderem tempo tão precioso com a oclusão. Reforça essa conduta o fato de se conseguir apenas pequenas melhoras do olho ambliope,

Si houver miopia associada à ambliopia alta, é melhor não tentar nenhum tratamento. São casos que costumam ocluir somente para atender pedidos de oftalmologistas.

4) *Nistagmo*: Quando se apresenta associado com ambliopia, não deve ser tentada a oclusão. Casos de nistagmo latente, pode-se obter resultados bastante satisfatórios com a atropinização do olho bom.

5) *Ambliopia congênita*: São difíceis de diagnosticar. A acuidade é geralmente 20/70 no olho ambliope. Não melhoram nem pioram com a oclusão. Naqueles casos em que a oclusão é feita durante 3 meses e mesmo observando-se rigorosamente todos os requisitos não se consegue melhorar a acuidade, podemos dizer que trata-se de uma ambliopia congênita.

TIPOS DE OCLUSÃO



FIGURA I

Mostra o tipo que deve ser utilizado nos casos em que a acuidade é 20/200 ou menos. Usa-se o Tensoplast. Deve-se ter o cuidado de, pregá-lo diretamente sobre o olho, proteger os cílios e sobrancelhas com

pequeno pedaço de gaze, evitando-se a adesão dos mesmos ao Tensoplast. A pele periocular e as palpebras devem ser untados com um pouco de vaselina, com a finalidade de não se produzir irritação. Ao se fazer esse tipo de oclusão deve-se ter muito cuidado em não deixar frêstas, principalmente na base do nariz, pontos que seriam fáceis de se conseguir olhar e, assim burlar a oclusão. Esse recobrimento ficará durante alguns dias sem ser mudado, e sómente será motivo dessa remoção casos especiais, como por exemplo, a impossibilidade em se corrigir perfeitamente pequenas frestas. Ao se fazer a remoção do recobrimento ocular, devemos observar certas regras: o olho e as partes circunvizinhas devem ser bem limpas; os pequenos pontos de substância adesiva deixados pelo tensoplast e que ficam presos em vários pontos da pele, serão removidos com eter ou terebentina, embebidos em pequeno chumaço de gaze ou algodão; a vaselina será untada na pele periocular e palpebra, como na primeira vez, e a seguir é que será colocado novo tampão oclisor de tensoplast.

Naqueles casos de ambliopia com baixa acentuada de acuidade, é este o único processo que traz resultado, principalmente porque não podendo ser removido com facilidade pela criança, a obriga dispendir esforço visual com o olho ambliope.

O tensoplast apresenta vantagens sobre o esparadrapo; é menos incomodo e mais permeavel ao ar, fáto este que permite grande tolerância mesmo em climas trópicais. A incidencia de dermatites é extremamente rara, e o risco de infecções cutâneas praticamente nulo porque se utiliza esse tipo de oclusão por dois meses apenas.

Esses cuidados, ao se colocar e repôr os recobrimentos, são necessários durante todo o tempo de tratamento, que perdura até conseguirmos acuidade visual suficiente no olho ambliope. Nessa ocasião pode-se substituir esse tipo de oclusão por outro menos drástico e cuja descrição faremos mais á frente.

Apresenta o tipo de oclusão a ser empregado nos casos em que a acuidade é 20/40 ou pouco menos. É feita com esparadrapo, o qual é colocado nos olhos, por cima da lente do olho bom. Deve-se ter o cuidado de deixar uma franja larga ao redor do aro, para que vede bastante o olho. Os mesmos cuidados na zona da base do nariz, e do lado, junto á haste, devem ser observados, afim de não permitir visão lateral, de soslaio. Esse tipo de oclusão é muito bom e apresenta muitas vantagens. Permitindo bom areja-

mento, fica muito toleravel em climas quentes; não traz irritação da pele, além do que, é facilmente adaptavel e modelado ao rosto. O aspecto externo da oclusão nos dá informação segura si está sendo usado ou removido sem permissão. Aos pais é dado o aviso de que não se permite substituição, sob qualquer motivo, devendo nos casos necessários procurar o ortoptista.

No comércio existem varios modelos de oclusores que, como no tipo que descrevemos, se ajustam aos aros dos oculos. No entanto, apresentam varias desvantagens: são mais pesados; podem ser removidos facilmente pela criança ou pelos pais; tem tendência a se afastar do rosto aos pequenos movimentos dos oculos, dando ocasião ao paciente para burlar a oclusão.



FIGURA II

Este tipo é usado quando a visão é quasi igual, porém o paciente não consegue alternar voluntariamente. A tira do meio é posta na lente, de modo a ficar em frente á pupila, completando-se lateralmente com outras tiras o recobrimento total da lente. Dessa forma obriga-se ao paciente fixar com o olho mais fraco.

Nos mostra a oclusão parcial, feita com Durex ou fita transparente, o suficiente para bloquear a visão e estimular a preferência para o outro olho. Si a fita não ocluir o suficiente, e percebe-se que o paciente ainda fixa através o olho recoberto, nós aumentamos mais uma tira da fita ade-



FIGURA III

siva. É um tipo de oclusão muito aconselhável quando a acuidade é quasi igual, porque si os olhos estiverem direitos com os oculos, êles mantêm a visão binocular. É usado nos estrabismos acomodativos monoculares em combinação com exercícios ortópticos para desenvolvimento da visão binocular. Em crianças menores de 5 anos as vezes é necessário manter a oclusão parcial durante maior tempo, até que, atingindo mais idade possa cooperar no tratamento, afim de desenvolver a visão binocular.

A T R O P I N A

É aconselhado quando não usa oculos. Uma criança de tenra idade, com estrabismo intermitente recente, pela atropinização pode melhorar bastante.