

USO DE PRISMAS E CIRURGIA DAS HETEROFORIAS (*)

PROF. LUIZ EURICO FERREIRA — Rio de Janeiro, GB.

O uso de prismas, como medida terapêutica das heteroforias, tem seu lugar assegurado, ora como recurso temporário, ora como recurso complementar de outros processos e, finalmente, em certos casos como elemento básico para solução de sintomas importantes do distúrbio binocular em tela. O princípio de sua aplicação baseia-se na neutralização do desvio através da anteposição de lente prismática, que, pela modificação que imprime à direção dos raios luminosos, equilibra o estrabismo latente. Raramente emprega-se os prismas de modo constante com a finalidade de estimular determinada função, especialmente a convergência. Nestes casos, somente são usados os prismas temporariamente para exercícios. Quando usados os prismas para compensar os sintomas da heteroforias, colocamo-los de tal maneira que seus ápices fiquem voltados do lado para o qual os olhos desviam. Assim, na correção de endoforias, antepomos prismas com ápices voltados para dentro, nas exoforias com ápices na direção temporal, nas hiperforias devem os ápices estar dirigidos para cima, quando diante do olho hiperfórico e, para baixo, quando na frente olho hipofórico.

Pode-se ainda obter efeito prismático com as lentes esféricas corretoras de miopia ou hipermetropia descentrando-as em relação aos eixos visuais. Para cada milímetro de descentração de uma lente de 10 dioptrias obtém-se efeito correspondente a uma dioptria prismática.

As lentes positivas, descentradas para fora, imprimem efeito prismático de base externa, e as negativas, descentradas para fora, propiciam efeito prismático de base interna. Assim, o paciente com miopia e exoforia, terá lentes negativas descentradas para fora. Para conseguirmos correção prismática através da descentração das lentes esféricas é preciso que o poder dióptrico seja grande ou a necessidade de efeitos prismáticos seja pequena. Por exemplo: uma lente de 5 dioptrias, descentrada de 2 mm, propiciará somente 1 prisma de efeito prismático.

INDICAÇÕES

Os prismas são indicados como terapêutica compensadora das heteroforias nos seguintes casos:

1.º) Presença de sintomas, apesar do emprêgo de outros recursos terapêuticos ou, na impossibilidade de sua aplicação. Pacientes portadores

(*) Apresentado no Simpósio sobre Heteroforias — 5 de setembro de 1967, São Paulo.

de heteroforias descompensadas submetidos a outros tipos de tratamento, tais como geral, ortóptico e óptico, e até mesmo cirúrgico, e ainda apresentam sintomas atribuíveis ao estrabismo latente, têm no uso de prismas oportunidade excelente para livrarem-se de seus males. Há casos, em que apesar do tratamento ortóptico, não se verifica melhora da capacidade de fusão e nos quais os prismas contribuem eficientemente para compensar o defeito. Em outros pacientes a capacidade de fusão desenvolve-se satisfatoriamente, porém se os desvios forem muito grandes, há tendência de voltarem os sintomas em tempo relativamente curto. Aqui também os prismas podem ampliar a duração dos resultados dos exercícios ortópticos.

2.º) Casos em que a idade, muito baixa ou muito elevada, dificulta o emprêgo de exercícios ortópticos ou da cirurgia, podem encontrar nos prismas, recurso útil.

3.º) Locais que não dispõem de instalações ortópticas adequadas, para tratamento especializado, podem exigir uso de prismas nos casos de heteroforia sintomática, quando somente os meios possíveis de serem empregados, em tais circunstâncias, não resolvem.

4.º) Como complemento de outros recursos empregados.

5.º) Como medida temporária para solução de emergência em caso singular. Por exemplo: um paciente nosso, portador de endoforia assintomática, teve este defeito agravado e descompensado, por ocasião de provas de renhido concurso intelectual, quando não dispunha de tempo nem para os exercícios ortópticos, nem para aguardar seus resultados. A solução foi de excelente êxito.

6.º) Como complemento na compensação de forias residuais pós cirurgia corretora de tropias, ou mesmo, de forias. Isto ocorre muito frequentemente com elemento vertical secundário em desvios horizontais, nos quais o primeiro, operado ou não, persiste em grau suficiente para oferecer obstáculo à visão binocular confortável.

7.º) Nos desvios verticais concomitantes até cerca de 8 dioptrias prismáticas, os prismas proporcionam ótimo resultado.

Ao cuidarmos da prescrição de prismas, devemos ter em mente, que esta correção não diminui a amplitude do defeito, até pelo contrário, pode aumentá-la em certos casos.

Os prismas suprimem o estímulo de compensação, aumentando o grau de foria, notadamente nas exoforias. Isto é muito importante nas crianças e adolescentes portadores de forias horizontais. Estes casos, quando passíveis de serem submetidos a exercício ortópticos, constituem mesmo, contra-indicação formal para uso de prismas.

Outra restrição que podemos fazer aos prismas é relativa a sua força, quando maior de 7 a 8 dioptrias, proporciona distorção, além de imprimir pêso adicional considerável às lentes como também aspecto inestético.

Há que ponderar nas vantagens e desvantagens de seu uso, porém se necessário, empregá-los. Prescrevemos, geralmente, dividindo o efeito desejado entre os dois olhos, salvo nos pequenos defeitos de 1 a 3 dioptrias prismáticas, quando pode ser colocado em um só lado. Quando existe diferença apreciável nas medidas de longe e de perto, teremos que adotar uma das seguintes condutas: a) diferença pequena, até 3 dioptrias, receitar correção intermediária, feitos os descontos conforme veremos adiante; b) prescrever dois óculos, um para longe e outro para perto; c) adotar a solução do bifocal, no qual, muitas vêzes é difícil imprimir feito prismático diferente para longe e para perto.

Nos defeitos horizontais usamos corrigir a metade ou um terço do total encontrado nas provas de forometria, enquanto nas forias verticais, podemos corrigir cêrca de dois terços e, em certos casos, como no componente vertical de endotropias, até o total. Nas cicloforias os prismas não solucionam o problema.

A CIRURGIA NA CORREÇÃO DAS HETEROFORIAS

A correção cirúrgica das heteroforias é recurso praticamente de última instância, somente empregado quando as outras medidas falham ou não podem ser aplicadas por circunstâncias singulares a determinado caso.

Podemos esquematizar as seguintes condições, em que a conduta cirúrgica se faz necessária, quer, complementando outros recursos, quer constituindo o elemento terapêutico fundamental:

1.º) Desvios grandes em que a neutralização pelos prismas não se mostrou satisfatória e persistem sintomas decorrentes da foria;

2.º) insuficiência do convergência que não melhora com tratamento ortóptico;

3.º) paresias ou espasmos musculares;

4.º) forias verticais maiores de 8 dioptrias prismáticas;

5.º) forias que apresentam grandes diferenças entre as medidas encontradas para longe e para perto e o paciente apresenta dificuldade para uso de dois óculos ou mesmo de bifocais;

6.º) incomitância na lateralidade ou na verticalidade impedindo satisfatória correção prismática do defeito;

7.º) exoforias persistentes, apesar de outros tratamentos;

8.º) forias grandes com boa amplitude de fusão obtida através de tratamento ortóptico, mas com recidiva freqüente dos sintomas;

9.º) casos de seleção profissional ou por exigência para continuar na profissão, mesmo na ausência de sintomas, como ocorre com os aviadores ou candidatos à esta profissão, por exemplo:

10.º) cicloforia, quando a correção cilíndrica não resolve satisfatoriamente.

As regras gerais da cirurgia corretora das tropias devem ser respeitadas também na correção cirúrgica das forias, quando teremos de ser ainda mais cautelosos e menos generosos.

Servimo-nos de recuos, tenotomias marginais e ressecções dos retos, tenotomias dos oblíquos para seu enfraquecimento, ressecção do pequeno oblíquo para seu reforço e, pregueamento do grande oblíquo para torná-lo mais forte.

Nas exoforias pequenas realizamos ressecção de um reto medial, se maior, ressecção simétrica de ambos. Quando a convergência é normal o que é menos comum, podemos operar os retos laterais.

Nas endoforias, antes de iniciarmos a operação, fazemos o teste da dução forçada e se notar a alteração anatômica ao nível do reto medial, o que acontece com certa frequência, damos preferência a este músculo, em um ou em ambos os olhos, neste caso de modo simétrico, conforme a intensidade do defeito.

Negativo o teste acima, a operação poderá ser realizada nos retos laterais, reforçando-os através de ressecção. Nas endoforias em que se verifica excesso de convergência praticamos enfraquecimento dos retos mediais, ao passo que na presença de insuficiência da convergência, realizamos reforço dos retos laterais, ressecando-os.

Nas hiperforias verticais em que não encontramos sinais de insuficiência ou hiperação definidas de um ou mais músculos planejamos da seguinte maneira: quando existe boa fusão é bastante operar um reto vertical ou dois do olho fixador. No entanto, se a fusão não é boa, devemos operar os elevadores ou os depressores do olho não fixador, de acordo com BROWN.

Nas cicloforias, a preferência cirúrgica é sobre os oblíquos: excicloforia, reforço dos grandes oblíquos ou enfraquecimento dos pequenos; nas incicloforias, reforço dos pequenos oblíquos e/ou enfraquecimentos dos grandes oblíquos.