

# Fatores causais dos resultados, muitas vezes negativo, do tratamento da ambliopia\*

Neyde Lambert Oréfice \*\*

## INTRODUÇÃO

Muito se tem falado, nestes últimos tempos, sobre a necessidade de se realizar exames de identificação de problemas visuais na população infantil, com o objetivo de detectar as ambliopias em tempo ainda possível de serem tratadas. Todos os autores concordam que o fator tempo é de importância fundamental para o tratamento de recuperação da visão, e, assim, o diagnóstico precoce de ambliopia, seria dado precioso para um prognóstico favorável.

Embora em outros países, a preocupação na detecção de problemas oculares, o mais precocemente possível, venha de muitos anos (na Suíça e nos Estados Unidos, desde 1951) em nosso país, só nesta última década, o assunto foi considerado de relevante importância.

Em Belo Horizonte, LAMBERT, N., 1966, com o objetivo quase que de apenas mostrar a existência do problema, foi feito o 1.º levantamento das condições de acuidade visual e equilíbrio binocular em crianças de uma Escola Pública. Este 1.º trabalho, despretensioso, deixou, entretanto, evidente a necessidade de uma preocupação maior das autoridades públicas sobre o assunto em questão.

A partir de 1968, a Secretaria da Educação do Estado de Minas Gerais começou, então, a preocupar-se, não apenas com o que se referia à alimentação e condições gerais de saúde do escolar, mas também com cada criança em particular, nas suas possíveis deficiências físicas iniciando-se, nessa época, a pesquisa das condições de acuidade visual nas crianças das Escolas Públicas do 1.º grau. Para realizar os testes de visão foram treinadas as professoras que, em cada Escola, eram encarregadas da assistência aos esco-

lares. Os resultados obtidos, entretanto, esbarravam com o problema da solução, isto é, o que fazer, para onde encaminhar as crianças que apresentavam deficiência visual. Faltavam ainda as infra-estruturas necessárias.

Segundo ABDALLA, H. e col., 1980, um programa sistematicamente organizado para solucionar todos os problemas envolvidos só foi surgir em 1976 com o Projeto SIES — Sistema Integrado de Educação e Saúde, que, na área oftalmológica, além de orientar e treinar as Auxiliares de Saúde nas técnicas de aplicação dos testes de acuidade visual, providenciava o encaminhamento conveniente dos escolares que apresentavam problemas visuais:

- alunos providenciados — aos respectivos órgãos
- não providenciados (com recursos) a seus médicos particulares
- alunos carentes — aos Centros de Saúde especializados.

Em 1978 a Secretaria de Educação adquiriu um consultório oftalmológico completo que funciona junto ao Serviço de Ajuda ao Educando e que, além de atender aos alunos carentes da grande B.H., cujos exames de acuidade visual, feitos nas Escolas, apresentaram alguma deficiência, fornece também os óculos e os encaminham para exames especializados, quando necessário.

Hoje, os exames de acuidade visual são considerados de fundamental importância e vêm sendo feitos, de rotina, em todas as crianças de nossas Escolas de 1.º grau da rede Estadual de Ensino, e, se não alcançamos ainda todas as crianças, a partir dos cursos maternais, não estamos longe de atingir esta meta.

Problemas de visão — alunos do 1.º grau das escolas estaduais da grande Belo Horizonte, resultado do projeto Educação para a Saúde — 78/79

### Alunos

| N.º de escolas | Matriculados | Testados | Casos constatados | Encaminhados ao oftalmologista | Em tratamento | Ocúlos doados |
|----------------|--------------|----------|-------------------|--------------------------------|---------------|---------------|
| 353            | 190.982      | 134.646  | 9.745             | 5.124                          | 1.615         | 1.523         |

Fonte: Diretoria de Assistência ao Educando/Secretaria de Estado da Educação.

\* Trabalho realizado no Centro de Ensino Pesquisa e Assistência Oftalmológicos "Americo Gasparini".

\*\* Chefe do Serviço de Ortóptica do Hospital Felício Rocho.  
Endereço: Rua Espírito Santo 1634/02 — Belo Horizonte (30.000).

Entretanto, apesar do nosso esforço e interesse no trabalho de detecção das ambliopias e da satisfação de o vermos cada vez melhor estruturado e conduzido, ficamos, muitas vezes, decepcionados e desanimados com o resultado negativo do tratamento que, como seqüência aos exames, usamos para recuperar a visão do ambliope.

Onde estaria a causa principal desse insucesso? Seria, mesmo, o diagnóstico tardio a causa mais importante, ou haveria uma falha ainda mais significativa que justificasse esse fracasso?

Procuramos, então, estudando nossas fichas de ambliopes e, diante acompanhamento de cada criança em particular, verificar quando e onde estaria o ponto crítico responsável pelo insucesso do tratamento.

## MATERIAL E MÉTODO

Foram estudadas 379 fichas de ambliopia severa, cujos índices de acuidade visual iam de "conta dedos" a 20/130.

A maioria dos autores considera como ambliopia a diferença de 2 linhas entre a acuidade visual dos dois olhos. FELDMAN & TAYLOR, 1942, consideram como ambliopia uma visão menor que 20/50, sendo que BANGERTER, 1953, e RAMSAY, afirmam que até mesmo 20/25 pode ser considerado como ambliopia. Entretanto, a nossa intenção, ao limitar este trabalho às ambliopias severas, foi mostrar que, mesmo nos casos graves, o tratamento é, muitas vezes, negligenciado.

Foram descartados 165 pacientes por apresentarem os seguintes dados:

- idade acima de 12 anos (85 casos)
- pacientes que não voltaram após o 1.º exame (57 casos)
- lesões orgânicas visíveis (embora não compatíveis com a intensidade da baixa visual, isto é, lesão + ambliopia) (23 casos)

As fichas estudadas (214) foram separadas em 3 grupos:

- Ambliopia por estrabismo
- Ambliopia por anisometropia
- Ambliopia mista — isto é, onde havia as duas condições, estrabismo e anisometropia.

Os resultados obtidos obedeceram ao seguinte critério:

- Bom: de 20/20 a 20/50
- Regular: de 20/60 a 20/100
- Mau: acima de 20/100

O tratamento, em todos os casos, foi o de oclusão total do olho bom, cujo tempo de duração e alternância variava de acordo com a idade da criança.

As causas do insucesso do tratamento foram divididas em 6 grupos:

- diagnóstico tardio
- erro médico:
  - por desconhecimento (por exemplo: pedir para esperar...)
  - por omissão: receitar óculos, mas não aconselhar a oclusão.
- desinteresse familiar: o problema havia sido notado precocemente, mas o tratamento iniciado tardiamente (exemplo: olho torto notado aos 2 anos, mas a criança foi levada ao médico, 1.ª vez, aos 7 anos)
- má colaboração da criança (não permitir a oclusão, ou fazer "buraquinhos" no tampão).
- somação dos grupos 3 e 4: desinteresse familiar + má colaboração.
- sem explicação, isto é, casos onde tudo foi feito corretamente, mas o resultado foi inexplicavelmente insatisfatório (seriam casos de ambliopia orgânica, cujos sinais não foram perceptíveis ao exame oftalmológico?)

## RESULTADOS

Foram encontrados, entre os 214 casos estudados:

|                             | Casos | %     |
|-----------------------------|-------|-------|
| Ambliopia por estrabismo    | 147   | 68.6% |
| Ambliopia por anisometropia | 39    | 18.2% |
| Ambliopia mista             | 28    | 13.0% |
| Total                       | 214   | 99.8% |

### AMBLIOPIA POR ESTRABISMO — 147 casos

|                    |                  |                  |
|--------------------|------------------|------------------|
| Resultado bom:     | 59 casos (40.1%) | 20/25 — 20 casos |
|                    |                  | 20/40 — 14 casos |
|                    |                  | 20/50 — 25 casos |
| Resultado regular: | 32 casos (21.7%) | 20/60 — 18 casos |
|                    |                  | 20/80 — 9 casos  |
|                    |                  | 20/100 — 5 casos |

|                |                  |
|----------------|------------------|
| Resultado mau: | 56 casos (38.0%) |
|----------------|------------------|

### AMBLIOPIA POR ANISOMETROPIA — 39 casos

|                    |                  |                  |
|--------------------|------------------|------------------|
| Resultado bom:     | 27 casos (69.2%) | 20/20 — 1 caso   |
|                    |                  | 20/25 — 8 casos  |
|                    |                  | 20/40 — 6 casos  |
|                    |                  | 20/50 — 12 casos |
| Resultado regular: | 7 casos (17.9%)  | 20/60 — 4 casos  |
|                    |                  | 20/80 — 1 caso   |
|                    |                  | 20/100 — 2 casos |

|                |                 |
|----------------|-----------------|
| Resultado mau: | 5 casos (12.8%) |
|----------------|-----------------|

### AMBLIOPIA MISTA — 28 casos

|                    |                  |                 |
|--------------------|------------------|-----------------|
| Resultado bom:     | 9 casos (32.1%)  | 20/25 — 3 casos |
|                    |                  | 20/40 — 1 caso  |
|                    |                  | 20/50 — 5 casos |
| Resultado regular: | 4 casos (14.2%)  | 20/60 — 2 casos |
|                    |                  | 20/80 — 1 caso  |
|                    |                  | 20/100 — 1 caso |
| Resultado mau:     | 15 casos (53.5%) |                 |

| Resultado | Ambliopia por estrabismo |       | Ambliopia por anisometropia |       | Ambliopia mista |       | Total | %     |
|-----------|--------------------------|-------|-----------------------------|-------|-----------------|-------|-------|-------|
|           | Casos                    | %     | Casos                       | %     | Casos           | %     | Casos |       |
| Bom       | 59                       | 40.1% | 27                          | 69.2% | 9               | 32.1% | 95    | 44.3% |
| Regular   | 32                       | 21.7% | 7                           | 17.9% | 4               | 14.3% | 43    | 20.0% |
| Mau       | 56                       | 38.0% | 5                           | 12.8% | 15              | 53.5% | 76    | 35.5% |

## Causas do insucesso do tratamento

### RESULTADO MAU

AMBLIOPIA POR ESTRABISMO: 56 casos entre 147 estudados (38.0%)

1. diagnóstico tardio: 2 casos (3.5%)
2. erro médico: 8 casos (14.2%)
  - a) desconhecimento: 3
  - b) omissão: 5
3. desinteresse familiar: 28 casos (50.0%)
4. má colaboração: 4 casos (7.1%)
5. desinteresse familiar + má colaboração: 8 casos (14.2%)
6. sem explicação: 6 casos (10.7%)

AMBLIOPIA POR ANISOMETROPIA: 5 casos entre 39 estudados (12.8%)

Em todos os casos houve diagnóstico tardio (100%), sendo que em 3 deles, além disso, houve desinteresse familiar e má colaboração da criança

AMBLIOPIA MISTA: 15 casos entre 28 estudados (53.5%)

1. diagnóstico tardio: 2 casos (13.3%)
2. erro médico: 2 casos (13.3%)
  - a) desconhecimento: 0
  - b) omissão: 2
3. desinteresse familiar: 5 casos (33.3%)
4. má colaboração: 4 casos (26.6%)
5. desinteresse familiar + má colaboração: 1 caso (6.6%)
6. sem explicação: 1 caso (6.6%)

| Causas                        | Ambliopia por estrabismo |       | Ambliopia por anisometropia |      | Ambliopia mista |       |
|-------------------------------|--------------------------|-------|-----------------------------|------|-----------------|-------|
|                               | Casos                    | %     | Casos                       | %    | Casos           | %     |
| Resultado mau                 |                          |       |                             |      |                 |       |
| Diagnóstico tardio            | 2                        | 3.5%  | 5                           | 100% | 2               | 13.5% |
| Erro médico                   | 8                        | 14.2% | 0                           | 0    | 2               | 13.3% |
| Desinteresse familiar         | 28                       | 50.0% | 0                           | 0    | 5               | 33.3% |
| Má colaboração                | 4                        | 7.1%  | 0                           | 0    | 4               | 26.6% |
| Desinteresse — má colaboração | 8                        | 14.2% | 0                           | 0    | 1               | 6.6%  |
| Sem explicação                | 6                        | 10.7% | 0                           | 0    | 1               | 6.6%  |

### RESULTADO REGULAR

AMBLIOPIA POR ESTRABISMO: 32 casos entre os 147 estudados (21.7%)

1. diagnóstico tardio: 8 casos (25.0%)
2. erro médico: 5 casos (15.6%)
  - a) desconhecimento: 1
  - b) omissão: 4
3. desinteresse familiar: 6 casos (18.7%)
4. má colaboração: 6 casos (18.7%)
5. desinteresse familiar + má colaboração: 2 casos (6.2%)
6. sem explicação: 5 casos (15.6%)

AMBLIOPIA POR ANISOMETROPIA — 7 casos entre 39 estudados (17.9%)

Em todos os casos, a causa deste resultado foi o diagnóstico tardio: exame na Escola (depois dos 6 anos) ou a própria criança notou que não enxergava de um olho.

AMBLIOPIA MISTA — 4 casos entre 28 estudados (14.2%)

1. diagnóstico tardio: 1 caso (25.0%)
2. erro médico: 1 caso (25.0%)
3. desinteresse familiar: 1 caso (25.0%)
4. má colaboração: 1 caso (25.0%)
5. desinteresse familiar + má colaboração: 0
6. sem explicação: 0

## ESTUDO SOBRE OS BONS RESULTADOS

### AMBLIOPIA POR ESTRABISMO

Resultado bom em 59 casos entre os 147 encontrados (40.1%) sendo que em 23 havia fixação central e em 36 havia fixação ex-cêntrica.

#### Causas:

Diagnóstico precoce + interesse familiar + boa colaboração: 17 casos  
Desinteresse familiar, mas boa colaboração: 32 casos  
Erro médico a princípio, mas boa colaboração: 10 casos

### AMBLIOPIA POR ANISOMETROPIA

Resultado bom em 27 casos entre os 39 encontrados (69.3%) sendo que em todos havia fixação central

#### Causas:

Diagnóstico precoce + boa colaboração: 3 casos  
Diagnóstico precoce, desinteresse familiar a princípio, mas boa colaboração: 6 casos  
Erro médico a princípio, mas boa colaboração: 3 casos  
Diagnóstico tardio + mas boa colaboração: 15 casos

Entre os 15 casos de diagnóstico tardio, 5 deles foram feitos através de exames de acuidade visual na Escola.

#### AMBLIOPIA MISTA

Resultado bom em 9 casos entre os 28 encontrados (32.1%) sendo que em 4 havia fixação central e 5 havia fixação excêntrica.

##### Causas:

|                                             |         |
|---------------------------------------------|---------|
| Diagnóstico precoce + boa colaboração:      | 3 casos |
| Diagnóstico tardio, mas boa colaboração:    | 2 casos |
| Desinteresse familiar, mas boa colaboração: | 3 casos |
| Erro médico no início, mas boa colaboração: | 1 caso  |

Idade: casos em que o resultado foi bom:

|         | Ambliopia por estrabismo | Ambliopia por anisometropia | Ambliopia mista |
|---------|--------------------------|-----------------------------|-----------------|
| Idade   | Casos                    | Casos                       | Casos           |
| 3 anos  | 11                       | 2                           | 0               |
| 4 anos  | 8                        | 3                           | 1               |
| 5 anos  | 15                       | 3                           | 2               |
| 6 anos  | 11                       | 2                           | 2               |
| 7 anos  | 9                        | 5                           | 2               |
| 8 anos  | 2                        | 4                           | 1               |
| 9 anos  | 0                        | 3                           | 1               |
| 10 anos | 1                        | 1                           | 0               |
| 11 anos | 1                        | 3                           | 0               |
| 12 anos | 1                        | 1                           | 0               |

#### COMENTÁRIOS

Como ficou demonstrado pelo estudo de 214 fichas de casos de ambliopia, a causa mais importante do tratamento ter sido resultado negativo — no que se refere às ambliopias onde havia a condição de estrabismo como nas mistas — não foi, como supunhamos, o diagnóstico tardio, mas, sim, o início tardio do tratamento devido ao desinteresse familiar, que alcançou uma porcentagem alta entre os itens considerados como possíveis fatores causais do fracasso do tratamento.

Esta porcentagem (50% na ambliopia por estrabismo, e 33.3% na ambliopia mista) é ainda maior se levarmos em conta que o item 4 era a somação de “desinteresse familiar + má colaboração”, além daqueles inúmeros casos que foram descartados por não seguirem o tratamento recomendado, não voltando para o 2.º exame.

Em relação às ambliopias anisométricas, o diagnóstico tardio, provocando por sua vez o início tardio do tratamento, recebeu a porcentagem maior, ficando, então, como a causa mais significativa do fracasso do tratamento de recuperação da visão.

Nesses casos, ficou claro que, como a criança não apresenta sinais visíveis do problema, a família não pode perceber qualquer anormalidade sendo, portanto, necessário que os exames de acuidade visual sejam

feitos, obrigatoriamente, o mais cedo possível. Para isso, todas as Campanhas que estão sendo realizadas em nosso país, quer por Instituições Governamentais, quer por iniciativa privada, merecem o nosso entusiasmo e colaboração e devem ter a maior divulgação possível, para poder alcançar o maior número possível de crianças.

Já sobre o que chamamos de “desinteresse familiar”, podemos explicar como a percepção da família sobre a presença do problema ocular na criança, mas o desconhecimento, a conscientização, das consequências graves que isso pode alcançar, se não for tratado imediatamente e com cuidado, seriedade, persistência.

As Campanhas de exames de detecção de problemas oculares na população infantil, deveríamos, então, acrescentar Campanhas de educação, informação e orientação públicas pelos meios de comunicação que possam atingir mais profundamente a família, sensibilizando os pais das crianças portadoras de defeitos oculares.

Esta Campanha poderia iniciar-se por uma orientação mais direta e objetiva aos pediatras, que, trabalhando junto às mães desde os primeiros dias de vida da criança, têm, por isso, grande possibilidade de penetração junto à família, e podendo perceber precocemente qualquer anormalidade nos olhos dos bebês, possam encaminhá-los ao oftalmologista assim que o problema surgir.

Temos a certeza que, diagnosticada precocemente, tratada imediatamente, com convicção e seriedade pelos pediatras, oftalmologistas e ortoptistas, e com compreensão e aceitação pela família, a AMBLIOPIA deixará de ser uma das grandes causas de cegueira prevenível ainda existente em nosso meio.

#### RESUMO

As possíveis causas do resultado negativo do tratamento de recuperação da visão na ambliopia por estrabismo, por anisometropia e na mista, são estudadas, baseando-se no acompanhamento de 214 casos de ambliopia.

Dos itens considerados como possíveis fatores responsáveis pelo insucesso do tratamento, alcançou maior porcentagem — nos casos de ambliopia por estrabismo e mista — o desinteresse familiar, sendo que, nas ambliopias por anisometropia, figurou como causa mais significativa, o diagnóstico tardio.

A necessidade de prevenção da ambliopia, pelo seu diagnóstico precoce, é salientada, assim como a necessidade de Campanhas de Educação e Orientação Públicas com o objetivo de sanar os erros que levam o tratamento da ambliopia a um resultado muitas vezes negativo.

#### SUMMARY

The possible cause for negative results of the treatment of vision recuperation in ambliopia, either by

strabismus, anisometropia or in the combined pattern, are studied based on 214 cases of amblyopia follow-up.

Among the items considered as possible responsible factors for unsuccessful treatment reached the major percentage — in the amblyopia by strabismus and in the combined pattern — the familiar indifference, and — in the cases of amblyopia by anisometropia — the most significant cause was the delayed diagnosis.

The necessity of the amblyopia prevention by its precocious diagnosis is stressed, as much as the necessity of educational campaigns and public orientation with the objective of avoiding mistakes that many times leads the amblyopia treatment to a negative result.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ABDALLA, H. e colab. — O Educador em face da prevenção da cegueira. Anais do IV Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira. II: 103-8, 1980.
2. BANGERTER, A. — Apud Schapero, M<sup>26</sup> p. 36.
3. FELDMAN, J. B. & TAYLOR, A. F. — apud Schapero, M<sup>26</sup> p. 36.
4. LAMBERT, N. — Tratamento e prevenção da amblyopia. Dados preliminares sobre sua incidência em Belo Horizonte. Rev. Bras. Oftalm., XXV (3) 63-9, 1966.
5. RAMSAY, R. M. — apud Schapero, M<sup>26</sup> p. 36.
6. SCHAPERO, M. — Amblyopia. Philadelphia, Chilton Book, 1971.

## Melanoma maligno de coróide com extensão extraocular maciça\*

### Relato de um caso

Michel Eid Farah; Sandra Frazier Byrne; J. Randall Hughes

O diagnóstico e conduta do melanoma maligno de coróide tem sido um assunto bastante controverso<sup>1</sup>. Tumores relativamente pequenos são geralmente observados periodicamente com retinografias e fluoresceinografias, sendo uma abordagem terapêutica indicada ao se verificar um crescimento significativo do tumor<sup>2</sup>.

Ocasionalmente alguns melanomas malignos de coróide apesar de parecerem estáveis oftalmoscopicamente podem apresentar extensão escleral ou extraocular<sup>3</sup>. Em tumores situados anteriormente ao equador, a detecção de pigmentação anormal na esclera através da conjuntiva na área correspondente ao tumor pode indicar presença de extensão escleral<sup>3</sup> a qual pode ser confirmada ecograficamente. No entanto, se o tumor ocorrer posteriormente ao equador, a detecção de extensão escleral deve ser pesquisa da por meio de um exame ecográfico cuidadoso<sup>4</sup>.

Este artigo descreve o caso de uma paciente com melanoma maligno de coróide de pequenas dimensões com extensão extraocular maciça diagnosticado através da ecografia e confirmado histopatologicamente.

#### DESCRIÇÃO DO CASO

Uma paciente de 84 anos, branca, natural dos Estados Unidos, foi referida ao Bascom Palmer Eye Institute em abril de 1981 com uma história de turvação progressiva da visão e proptose do olho esquerdo por dois meses além de cegueira no olho direito conseqüente a um trauma perfurante na infância. A paciente estava em tratamento de insuficiência cardíaca congestiva há vários anos. A acuidade visual era nula no olho direito e 20/60 no olho esquerdo. O exame oftalmoscópico e fluoresceinográfico (Fig. 1) revelou um tumor ligeiramente pigmentado elevado com maior diâmetro aproximadamente igual a 6 mm associado a pregas de coróide envolvendo a região temporal superior do olho esquerdo. O exame ecográfico (Figs. 2, 3 e 4) demonstrou um pequeno melanoma maligno de coróide de espessura máxima igual a 3mm com extensão orbitária igual a 22 mm em lateralidade por 30 mm em profundidade.

Como havia extenso componente inflamatório periocular, um tratamento medicamentoso com prednisona 60 mg/dia foi ini-

\* Trabalho realizado no Bascom Palmer Eye Institute, Miami, EUA.

Correspondência Editorial: Michel Eid Farah. Escola Paulista de Medicina. Disciplina de Oftalmologia. Rua Botucatu 822. São Paulo, S.P. Brasil. CEP: 04023.