

## **ALTERAÇÕES OCULARES EM PACIENTES DISLEXOS**

**TANIA MARIA GUITTON MACIEL  
ALINA FERNANDEZ GARRIDO  
MORIZOT LEITE FILHO**

### **INTRODUÇÃO**

Não vamos discutir aqui as definições e classificações da dislexia, no entanto, para aqueles que não tem conhecimento do assunto esclarecemos que dislexia resulta da disfunção cerebral, manifestada como uma desordem do conhecimento específico para leitura, soletração e escrita.

Dentre as diversas classificações encontramos apenas uma que talvez para muitos logopedistas não seja a ideal, no entanto para nós oftalmologistas, serve como um meio de orientação.

Segundo KEENEY podem ser:

- 1 — Dislexia específica ou primária de desenvolvimento.
- 2 — Dislexias secundárias:
  - A — Secundária à patologia orgânica cerebral ou lesão cerebral.
  - B — Secundária à maturação lenta.
  - C — Secundária à distúrbios emocionais.
  - D — Secundária à estados convulsivos não controlados.
  - E — Secundária à distúrbios ambientais.
- 3 — Leitores lentos.
- 4 — Dislexia adquirida.
- 5 — Tipos mistos.

O termo dislexia adquiriu vulto nesta década, e raro é o colégio que não possua uma professora com conhecimentos profundos, ou pelo menos, suficientes para orientar estas crianças dislexicas a procurarem uma logopedista para correção de sua desordem. Estas por sua vez, exigem como medidas preliminares, exames neurológicos inclusive E.E.G., exames otoraringológico com audiograma e exame neuro-oftalmológico incluindo detalhes sobre a motilidade extrínseca.

### **MATERIAL E MÉTODOS**

Todas as crianças foram enviadas pela Clínica de Logopedia da Professora Regina Maria Morizot Vieira da Rosa (Gb) para exame oftalm-

---

Trabalho realizado na Seção de Medicina e Pesquisa sobre a Cegueira — Instituto Benjamin Constant (MEC) Guanabara.

lógico, daí o diagnóstico logopédico ser sempre de um grupo de logopedistas que seguem uma mesma escola.

Foram realizados exames em 37 crianças dislexas em idades que variavam de 6 a 14 anos sendo a idade média de 7,8. No sexo predominava o masculino com 22 e feminino com 15.

Em regra realizamos: Acuidade Visual, Segmento Anterior, Reflexos Pupilares, Motilidade Extrínseca, Fundo de Olho e Refração sob cicloplegia.

No exame da motilidade utilizamos: Asa de Maddox, Vareta de Maddox, Luzes de Worth e Sinotóforo Clement Clark.

#### CASUÍSTICA

A acuidade visual variava de 20/20 até 20/60 sendo que 81% ou seja 30 crianças apresentavam acuidade visual de 20/20 em ambos os olhos.

TABELA DA ACUIDADE VISUAL

N.º de crianças	Acuidade visual	Vício de refração
14	AO = 20/20	Emétrope
6	AO = 20/20	Hipermetropia
2	AO = 20/20	Astigmatismo
1	AO = 20/20	Astigmatismo Hipermetrópico
7	AO = 20/20	Hipermetropia + Astigmatismo
1	AO = 20/40 (?)	Emetrope
1	OD = 20/20	Hipermetropia
	OE = 20/25	
1	AO = 20/25	Astigmatismo Hipermetrópico
1	OD = 20/30	Miopia
	OE = 20/20	
1	OD = 20/40	Emetrope
	OE = 20/25	
1	OD = 20/40	Astigmatismo Hipermetrópico
	OE = 20/25	
1	AO = 20/60	Hipermetropia

Dos 37 pacientes apenas um não podemos garantir a acuidade visual devido a falta de colaboração. Em 21 crianças (56%) encontramos vícios de refração sendo a hipermetropia que apresentava maior incidência, 8 crianças, seguido de 7 com hipermetropia e astigmatismo, 2 com astigmatismo miópico, 3 com astigmatismo hipermetrópico e 1 miope. De todas as crianças apenas uma não retornou atropinizada para conclusão do exame.

No segmento anterior apenas um paciente apresentava a córnea com diâmetros aumentados devido a glaucoma congênito. Quanto aos reflexos pupilares nenhuma alteração foi observada, da mesma forma o fundo de olho.

Dentre as alterações da motilidade ocular encontramos:

Exoforia .....	12
Insuficiência de convergência .....	9
Insuficiência de amplitude de fusão .....	14
Exotropia .....	3
Endoforia .....	2
Sem alterações .....	16

Estas alterações foram observadas em 21 pacientes o que nos leva a dizer que 56,7% apresentam alterações da motilidade ocular.

Na dominância ocular, observamos a existência de 8 casos de lateralidade cruzada.

E' interessante assinalar que das 37 crianças, 25 apresentavam exame neurológico anormal com diagnósticos que variavam desde disfunção cerebral mínima até a disritmia difusa cerebral acentuada, com incoordenação motora. Assinala-se ainda que 6 dos 9 pacientes com insuficiência de convergência apresentavam E.E.G. anormal.

#### CONCLUSÃO

Quanto a dominância ocular somos da opinião que sempre que possível devemos evitar a mudança de dominância do olho pois, os meios utilizados, tais como oclusão direta, atropinização, etc., são na maioria das vezes traumatizantes psicologicamente ou pelo menos, prejudicam bastante os afazeres habituais do paciente e na realidade não trazem uma contribuição tão valiosa.

Não resta dúvida que as alterações da motilidade ocular predominam nos pacientes dislexos e comprovado é que nem todos que apresentam alterações da motilidade extrínseca tem indicação de tratamento ortótico, principalmente as pequenas forias, pois só o tratamento logopédico resolve o problema da dislexia que é o motivo que levou o paciente à consulta. No entanto é comprovado que as insuficiências de convergência e baixa amplitude de fusão quando tratadas contribuem no melhor aproveitamento do tratamento logopédico.

Não entramos aqui em detalhes maiores sobre as alterações da motilidade pois tínhamos como objetivo procurar alterações oculares gerais, o que de fato quase não encontramos, porém iniciaremos uma pesquisa maior sobre o assunto que nos últimos anos vem tomando maior vulto e servindo de polêmica quanto a conduta de diversos oftalmologistas.

#### RESUMO

Os autores apresentam um estudo de 37 pacientes dislexos, pesquisando as alterações oculares que possam vir associadas e concluem pelo aparecimento em maior incidência das alterações da motilidade ocular, sendo que nem todas necessitam de tratamento conforme vinha sendo preconizado por alguns autores.

## SUMMARY

The authors present a study of 37 dyslectics patients, which is a research of the ocular alteration that may come associated and they conclude for the appearance and higher incidence of the ocular motility alteration, although they bring all that not all of them need the medical care that has been advised by some authors.

## BIBLIOGRAFIA

- Norn M. S., Rindziunski E. e Skydsgaard H. — Ophtalmologic and orthoptic examinations of dyslectics. *Acta Ophtalmologica*, vol. 47 p. 147, 1969.
- Benton Curtis D., Jr. M. D., McCann James W., Jr. M. D., Larson Marguerite, R. N.; Dyslexia — A practical approach for the ophthalmologist. *Journal of Pediatric Ophthalmology*, vol. 5 p. 25, 1968.
- Keeney Arthur H., M. D. — Ophthalmological aspects of dyslexia. *Transaction American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology*, vol. 72 p. 825, 1968.
- Nicholas John V. V., M. D. — Reading disabilities in the young: The ophthalmologist's role. *The Canadian Journal of Ophthalmology*, vol. 4 p. 223, 1969.
- Keeney Arthur H., M. D. — Diagnóstico e orientação médica da dislexia. *Clinica Médica da América do Norte*, p. 1115, 1969.