

TRATAMENTO DA CORRESPONDÊNCIA RETINIANA ANÔMALA

Dr. BARBOSA DA LUZ (*) — Brasil

A correspondência Retiniana Anômala pode ser considerada como um reajuste mais ou menos estável dos dois olhos da criança estrábica na ânsia de reconquista da sua visão binocular. “É um mecanismo de defesa do estrábico contra a diplopia e representa a adaptação do sistema sensorial às novas condições motoras”. (Burian).

— Em consequência de que fatos ela aparece?

Recapitulemos o mecanismo da visão binocular em um indivíduo adulto: Um ponto no espaço é fixado pelos dois olhos; se há correspondência normal da retina ou pontos retinianos correspondentes, e as duas máculas têm direção visual comum, haverá fusão motora e sensorial, dando como resultado a percepção de uma imagem única com projeção óptico-espacial certa.

Este mecanismo, porém não surge de repente: ele se desenvolve com a criança.

.. A habilidade para a fusão é inata em consequência das relações anátomo-fisiológicas entre as duas retinas. Mas a fusão ampla, integral do adulto dependerá, para se completar, de um longo período de tempo e da sucessão ininterrupta de estímulos simultâneos sobre pontos retinianos correspondentes, desde o ato reflexo da superposição inicial (P.M.S.) até a fusão sensorial que sobrevém com a acomodação, por volta dos quatro anos.

Durante esse período, o recém nascido normal, no seu longo aprendizado da visão, prêso à cadeia dos atos sucessivos que o governam, se adapta aos impulsos neuro-cerebrais que condicionam a posição dos olhos e regulam a normalidade da visão, até adquirir o controle definitivo da visão binocular.

Esse trabalho maravilhoso de regulação se processa lentamente — com aquele vagar das coisas perfeitas — do primeiro dia de vida até aos seis anos. A extrema labilidade desta visão justifica, só por si, a facilidade com que um leve distúrbio motor qualquer provoca o desvio manifesto de um dos olhos, que é o estrabismo.

Convém ressaltar que se é frágil, neste período, a visão binocular, bem forte é a capacidade de adaptação da criança para superar e transpor todos os óbices que sobrevém em consequência do desvio estrábico.

Vejamos como se processa o estrabismo: no primeiro momento, perdida

(*) Delegado da Sociedade Brasileira de Oftalmologia ao V Congresso da SOSAM, reunido em Buenos Aires — Outubro de 1960.

a fixação bi-macular, desaparecido o paralelismo dos eixos visuais, e simultaneidade da percepção, a criança sente imediatamente o impacto da diplopia perturbadora. Na ânsia de ver, sem esforço, ela domina a "imagem" pela supressão e passará, daí por diante, num período de recalma visual, a ter visão monocular. Um dos olhos, perdida a colaboração do outro, vagueia indiferente às excitações luminosas do ambiente.

Este período de visão binocular será longo ou curto, dependerá dos novos **arreglos** entre dos dois olhos. Assim é que o garoto estrábico pode usar hora um olho, hora o outro, independentes, desligados e cada um desempenhando o seu mister separadamente: **estrabismo alternante**. Ou, a contrário, pode haver, desde logo, um olho fixador, ao qual é atribuída a exclusividade da visão: **estrabismo monocular**, enquanto o outro olho aliado passa da **supressão** para a **inibição** e caminha para a **ambliopia**. O cego ou, como ocorre muitas vezes, cria uma correspondência retiniana mala. Esta anomalia é nada mais do que a consequência da ação do olho após a fixação dos olhos, num desvio de ângulo certo fixo. A supressão é forte no começo, ao instalar-se o estrabismo, com a permanência do desvio passa a fraquejar e acaba sendo superada.

A criança, enquanto espera, vai criando uma nova percepção simultânea entre dois pontos correspondentes, mas, neste caso, entre a fóvea do olho fixador e um ponto da retina periférica do olho desviado.

Em consequência desse estímulo constante, incidindo sobre dois pontos não correspondentes — conhecida a facilidade de adaptação da criança — o tempo decorrido, dois, quatro, seis anos que ela, mal-avisadamente permanece na espera — adquire um novo tipo de adaptação binocular, variável no seu comportamento.

Esta é a correspondência retiniana anômala: um ajustamento de sobreposição binocular das duas imagens que permite ao estrábico manter um tipo de pseudo visão binocular. É uma função do cérebro que associa áreas da retina não correspondentes e que passam a adquirir uma visão visual comum. Esta correspondência anômala se manifesta de dois modos: primeiro, localizando em duas **direções diversas** os estímulos recebidos; segundo localizando na **mesma direção** os estímulos recebidos dos dois pontos retinianos díspares (por exemplo, a fóvea de um olho e retina periférica do outro).

TRATAMENTO

O tratamento desta síndrome — assunto do nosso tema — consiste em se desfazer o ajuste indesejável criado pelo desvio estrábico e voltar à normalidade da visão binocular.

A isto precisamente se destina a ortóptica que, no caso desta síndrome — o ponto máximo da desvalorização da visão binocular — se vale de todos os seus métodos, processos e técnicas de reeducação.

Na qualidade de delegado da Sociedade Brasileira de Oftalmologia, para que melhor me credenciasse como seu legítimo representante neste conclave, busquei a opinião de outros colegas brasileiros sobre o assunto.

Assim é que o Dr. Rafael Benchimol se manifestou:

“Com os modernos métodos de pós-imagens Cüppers, aumentaram de muito as possibilidades para a cura da correspondência anômala, tida antes de maneira muito pessimista por todos os que se dedicavam a este problema.

Os principais métodos de tratamento que nos utilizamos no Serviço de Motilidade Ocular do Hospital Central da Aeronáutica, destacamos:

1) **Oclusão:** Permanece como tratamento básico usada ora monocular, ora alternadamente. Em casos excepcionais a oclusão alternante faz reaparecer uma correspondência normal. Contudo a oclusão tem uma finalidade mais profilática.

2) **Cirurgia:** Não é utilizada como meio isolado de tratamento, pois não soluciona o problema. Pode haver uma adaptação do ângulo de anomalia à nova posição dos eixos visuais, ou poderá manter-se o mesmo ângulo de anomalia, surgindo uma diplopia paradoxal.

3) **Método da pós-imagem de Cüppers:** É sem dúvida um grande passo para o tratamento da correspondência anômala. Dêle nos utilizamos no Sinoptoforo, provocando uma pós-imagem linear horizontal do olho fixador e uma vertical no olho desviado.

Faz-se o paciente fixar slides sem desenho, com interrupção alternada de luz em ambos os olhos. Quando se consegue normalizar as pós-imagens, substitui-se por imagens reais de percepção simultânea, superpondo o paciente as imagens reais às pós-imagens. Para o prognóstico da correspondência anômala importa a duração da pós-imagem.

4) **Método da diplopia monocular de Cüppers:** Tem a vantagem de ser o único método que pode ter êxito quando a correspondência é anômala para a pós-imagem e não se observa tendência com alternância luminosa para a normalidade.

5) **Massagem macular:** O clássico tratamento, feito no Sinotoforo, com slides de fixação fóveal e parafóveal no ângulo objetivo. Temos alguns casos favoráveis.

6) **Técnica de Mayou:** Muito útil em casos de supressão de correspondência Anômala. Apresenta-se ao paciente uma imagem foveolar no olho desviado enquanto se move o braço do aparelho com uma figura paramacular, quadrado de 10.º. Corrigir o desvio vertical. Não são vistos superpostos devido à supressão. Quando mais tarde consegue superpor, apresentar quadrados de 7.º, 5.º e 3.º.

7) **Estímulos cinéticos birretinianos:** Slides de percepção macular simultâneos no ângulo objetivo com movimentos laterais rápidos.

Dr. Marcelo Ferreira — “Nos casos de correspondência anômala usamos a seguinte técnica: oclusão do olho pior (não dominante) permanente. No

momento do exercício fazemos pós-imagem e com o auxílio do pisca-pisca procuramos enviar ao paciente a direção espacial em frente: usamos para isto também o coordenador e em fase mais adiantada do treino o amblioscópio.

Tratamento novo, só a experiência acumulada e as observações futuras, poderão confirmar se os resultados favoráveis obtidos nos casos de correspondência anômala serão definitivos."

No meu ponto de vista pessoal, encaro o problema do tratamento da correspondência retiniana anômala, sob ângulo bem diverso.

Velho praticante da reeducação ortóptica sei bem dos seus percalços, aliás reconhecidos e proclamados por vários ortóptistas.

Miss Lancaster diz, e eu estou de pleno acôrdo: "Seis meses de intensivo trabalho são necessários antes de concluirmos pela impossibilidade da recuperação de um caso de correspondência anômala."

"A diplopia anômala pós-operatória só muito raramente apresenta qualquer melhora, com um ano de treino ortóptico intensivo." Julia Lancaster — *Manual of Orthoptica*.

O conhecido destas ocorrências e outros muitos obstáculos observados, nos levaram a adotar conduta diversa. Em nossa Clínica Ortóptica, nos últimos tempos, empenhamo-nos mais na profilaxia do que propriamente na remoção ou recuperação pelos exercícios, das anomalias sensoriais da retina. É muito mais fácil. estamos seguros disso, evitar do que tratar e corrigir essas complicações. "O menino estrábico é um torto que se organiza" (Guibor). Cumpre-nos evitar que essa organização se complete.

E não se diga que, para isto, na nossa técnica de tratamento, alteramos de qualquer modo o esquema clássico, universalmente adotado. Somos absolutamente ortodoxos quanto isso: orientamo-nos sempre levando em conta a idade do estrábico e a relação entre ela e o tempo de duração do estrabismo. Isto já nos fornece excelente indicação prognóstica.

No que concerne à aplicação dos métodos de correção ortóptica, o esquema clássico considera a criança estrábica separada em dois grupos distintos, conforme esteja 1) na fase do ato-reflexo (antes dos 3 anos) ou 2) na fase do aprendizado consciente, de ação volitiva (depois dos 5 anos).

Assim são elas consideradas pelos ortoptistas, que não admitem nenhuma modalidade de auxílio útil ao estrábico, uma vez que, tendo ultrapassado a fase dos atos reflexos, não tenha ainda suficiente maturidade e compreensão para prosseguir no tratamento na base do aprendizado consciente, sob a ação da própria vontade. (Julia Lancaster — *Manual of Orthoptics*, pg. 40).

Não podemos concordar com a autorizada técnica quando afirma: "We have no way of helping the child during this interval. We have to wait and do nothing".

Para nós é quando se pode fazer tudo ou o máximo para a recuperação da criança estrábica. Temos a convicção que entre as duas fases — a dos

reflexos e a do aprendizado consciente — podemos intercalar uma 3.^a fase que chamamos **fase psicológica** em que a criança portadora de estrábismo, um verdadeiro torturado emocional, oferece ao ortoptista a melhor receptividade, desde que lhe seja prestada a assistência médica e psicológica adequada durante todo o tratamento. (*)

Há um item do esquema que desejamos ressaltar porque é de importância fundamental. Fazemos dêle absoluta questão e somos intransigentes nisso: o tratamento do estrábico tem de ser precoce. Mas precoce mesmo! Friso esta circunstância porque apesar de ser uma recomendação expressa em todos os nossos compêndios, inclusive na *Bíblia da Ortóptica* que é o "Worth-Chavasse Squint", nunca encontrei estrábicos menores de 6 anos, matriculados em qualquer clínica ortóptica.

Há um outro ponto fundamental, nesta questão, que desejo frisar, porque nunca vi ou tive conhecimento de ter sido discutido por alguém. Este ponto constitui a meu ver, o maior obstáculo ao preconizado tratamento precoce do estrábismo.

Os aparelhos utilizados nas clínicas ortópticas — os grandes Haploscópios — são tudo o que há de mais contra-indicado para um tratamento precoce, nas condições exigidas. Convenhamos que é impossível prender a atenção de um garoto de 3 anos quando êle tem na frente dos olhos e ao alcance das suas mãos, os vistosos marcadores reluzentes e mais os parafusos e interruptores diversos e aquelas alavancas que arremessam os slides ao fôrro da sala.

Usamos durante os exercícios uma blindagem dos nossos aparelhos, ocultando tão curiosa e perturbadora engrenagem.

Para que os treinos binoculares possam ser executados precocemente como é necessário, temos obrigação de acrescentar, é indispensável, absolutamente indispensável, uma modificação completa destes aparelhos.

O estrábismo para nós é considerado caso de socorro urgente. Não nos cansamos de repetir isto. A criança estrábica deverá iniciar o tratamento logo após a fixação do desvio. Cada mês de espera representará 6 meses de tratamento. O estrábismo infantil não admite espera.

Mantemos permanente campanha entre os pediátras, indispensável para o conhecimento deste importante item do nosso programa: a criança estrábica não pode esperar: exige tratamento imediato.

O exame precoce do estrábico é também necessário para o conhecimento, avaliação, seleção de cada caso.

Sabemos todos que o estrábismo grave é o chamado inervacional, de aparecimento precoce, antes de um ano de idade. É um tipo de desvio ocular que se acredita ser causado por uma excessiva inervação do centro

(*) A Psicopatologia no Estrabismo -- Dr. Barbosa da Luz -- Tese ao XVIII^o Congresso Internacional de Oftamologia -- Bruxelas, 1958.

de convergência e quasi sempre não apresenta vícios de refração ou desajustes congênitos.

A perniciosidade da alteração sensorial aparecida nestes casos, bem como nos estrabismos congênitos, está condicionada ao fato de encontrar-se o aparelho visual no começo do seu desenvolvimento, em seu estado primitivo. Aqui as alterações sensoriais da retina serão tanto mais profundas e definitivas quanto mais próximo do nascimento tenha se declarado o estrabismo.

O exame em tempo ótimo é indispensável para, com um tratamento profilático, se possa evitar as anomalias graves de todo estrábico abandonado a sua sorte, e que são as seguintes:

- 1.^a — Parada do desenvolvimento sensorial normal;
- 2.^a — Regressão do já alcançado: desvalorização;
- 3.^a — Instauração de perversões sensoriais, consequência da nova situação motora.

A gravidade do desvio estrábico não decorre exclusivamente do seu aparecimento precoce, nem pode estar condicionada ao tipo do estrabismo, se monocular ou alternante, apenas. A gravidade é consequência da espera, da protelação do tratamento.

O estrabismo infantil torna-se irrecuperável devido à espera — a absurda espera — em que as mães, desavisadas ou mal avisadas por muitos médicos, conservam o pequenino vêsgo durante anos e anos.

Essa espera inútil torna-se perniciosa porque vai possibilitar à criança o desenvolvimento de uma visão binocular adulterada, provocando, em etapas sucessivas, o aparecimento da Correspondência Anômala a Fixação excêntrica, a Falsa mácula, anomalias que tornam o estrabismo irrecuperável.

Não deixemos o menino estrábico esperar. Só com isso está condicionada a possibilidade de êxito do tratamento.

Este é o nosso ponto de vista. Com algumas alterações mínimas no processo ortóptico universal — modificados os Haploscopios — temos conseguido livrar os estrábicos das deformações inferiorizantes, restabelecer o paralelismo dos olhos com a recuperação da visão binocular e, conseqüentemente, proporcionando a êstes estrábicos um perfeito equilíbrio emocional.

RESUMO

La tentativa de recuperación de un niño estrabico, portador de Correspondência Anômala de la Retina és siempre demorada, problematica y muchas veces imposible.

El tratamiento de la C.R.A. para ser eficaz, tiene que ser preventivo.

Cuando se conoce el desenvolvimento de la vision binocular en el niño, comprende-se como la anomalia funcional de los ojos desviados, después de consolidada se torna incurable.

Oculistas y Ortoptistas son unánimes en confessar la dificultad del tratamiento de la C.R.A. mismo después de los modernos recursos de la "Post-imagen" de Cüppers y Bangerter

La profilaxis de todas las complicaciones del estrabismo es facil con un tratamiento precoz, inmediato, sin esperas. Cualquiera posposición solamente puede agrabar el problema.

La divulgación de esta conduta entre los pediatras, fará transformar las Clinicas Ortopticas en **Pronto-Socorro** del niño estrabico que, entonces, receberá asistencia inmediata conveniente.

Está hoy comprobada la posibilidad de remover las alteraciones psicológicas que agravam el cuadro clinico del estrabismo, en los niños, mientras tres y cinco años de edad, cuando ya tiendo ultrapassado la edad de los **atos-reflexos**, no alcanzaron todavia la fase del **aprendiz consciente**.

Para la recuperación precoz de que hablamos, es todavia indispensable una completa renovacion de los Aparejos usados hoy en día en todas las Clinicas Ortópticas. Los grandes Amblioscopios son todo cuanto existe de más contra-indicado para el tratamiento de un niño de tres años. Es verdaderamente imposible, delante de uno de estos aparejos, conseguir que el niño veja otra cosa más que aquellos tornillos, alavancas, escalas numeradas y vario sinterruptores, todo esto delante de suas ojos, al alcance de sus manos. No es possible.

Tiene que ser hecha una modificación en estos utilissimos aparejos indispensables a todos los ejercicios binoculares, si pretendemos mismo hacer tratamiento precoz del estrabismo.

S U M M A R Y

The attempt to the recuperation of a squint-eyed child, holder of the **Anomalous Retinal Correspondence**, is always delayed, difficult and frequently impossible.

When we are acquainted with the development of the binocular vision in a child, we understand why the functional anomaly of the squint eyes, after being consolidated, becomes incurable.

Ophthalmogistes and technicians are unanimous in confessing the difficult of the A.R.C. treatment, even after the modern resorts of the "Post-Imagen" of Cüppers and Bangerter.

To-day is possible to remove the psychologicals alteration, aggravate the clinical picture of the squint in children, from three to five years old, when they have already passed the age of the **reflexivel-acts**, and did not reach the phase of the **conscious apprentice**.

The treatment of the A.R.C. in order to be rapid and effective must be preventive.

The technique of the preventive treatment is simple, even when the child is one year old.

The prophylaxis of all the complications of the squint is easy with a precocious, immediate and fast treatment. Any delay will only make the problem more and more difficult.

The divulgation of this behavior among the pediatricians, the clinical doctors and the population in general, will turn the Orthoptics Clinics into **emergency-hospitals** of the squint child, who will receive there immediate and suitable assistance.

However, to this precocious recuperation, is indispensable a complete remodelling of the equipment used nowadays in all Orthoptics Clinics. The Mayors Haplosopes are very much contra-indicated in the treatment of a two years child.

Let's all agree that is impossible in front of one of these apparatus to avoid that the child see more than all those screws, levers numbered scales and interrupters sitting in front of his eyes and near his hands.

It must be made a remodelling of all those much useful apparatus, indispensable to the binocular exercises, if we intend to make a precocious treatment of the squinting.