

Centro Brasileiro de Estrabismo

Caderno 2

Bifocais ou Cirurgia ?

Harley E. A. Bicas*; Maurício Brik; Jorge A. F. Caldeira; Ernesto Consoni Filho; Samuel Cukierman; Rubem L. Cunha; Renato L. N. Curi; Luiz Eurico Ferreira; Armando Gallo; Alice F. M. Hossoda; José Belmiro C. Moreira; João F. C. Nóbrega; Luiz Roberto M. Oliveira; Luiz Antonio Peduti-Cunha; Edson Procianny; Roberto R. Rizzato; Flávio A. Romani; Carlos R. Souza-Dias

A simples formulação da questão pode suscitar o entendimento de que se pretenda colocar em conflito uma solução clínica e outra cirúrgica, como **alternativas** para tratamento de **uma dada pessoa**. Isso pode até ser verdadeiro, mas nos **limites** em que essas condições "opostas" se aplicam. Em grande parte dos casos, todavia, as indicações para um ou para o outro tipo de tratamento são bem claras, resultando de suas compreensões adequadas os elementos que determinarão uma possível opção, quando esta for necessária. Por isso, convém uma recapitulação dos fundamentos de uso de cada uma dessas alternativas.

De fato, até há pouco se ensinava que "é inadmissível a cirurgia em esotropias acomodativas", mas o vigor desse aforisma tem diminuído.

BIFOCAIS

Sob esse termo subentende-se a prescrição de lentes diferentes para "longe" e "perto", em cada olho. Costumeiramente, a finalidade de tal procedimento é a de **reduzir** o esforço acomodativo (que aumenta para a visualização dos objetos mais próximos), isto é, de diminuir a necessidade de acomodação "para perto".

Fala-se então numa **adição**, cujo valor é proporcional à distância para a qual a redução da acomodação é buscada. Assim, convencionando-se a distância "para perto" (d) como de 33 cm (posição de leitura, de trabalhos manuais), a adição é de $1/d = 1/0,33m = 3D$.

Na verdade, mesmo a prescrição "para longe" objetiva diminuir a necessidade de esforço acomodativo; mas em alguns casos se faz justamente o oposto (por exemplo, com prescrição de lentes negativas) e isso poderia, pelo menos teoricamente, ser cogitado também "para perto".

Ora, a aplicação de um tal princípio (fazer a acomodação para perto tornar-se maior ainda do que a normal) teria sentido quando se buscasse **aumentar a convergência** (para perto, relativamnete à de longe. Ou seja, corrigir uma insuficiência de convergência. Na prática, entretanto, tal "bifocal invertido" não tem uso; além de poder causar sintomatologia (pelo uso excessivo da acomodação, astenopia; ou pela impossibilidade de se conseguir executá-la, queda de acuidade visual para perto) e, pois, dificuldades de adaptação (o paciente certamente preferiria evitar tais lentes "para perto"), é possível a obtenção de bons resultados com outros meios: por exemplo, pelo tratamento ortóptico (que objetiva aumentar a convergência **fusional**).

Assim, torna-se único o entendimento de que a adição dos "bifocais" é **positiva**, com finalidade de diminuir a acomodação, portanto a convergência, portanto um **esodesvio** (para perto). Mesmo então, todavia, há a possibilidade de dois tipos de bifocais: um em que a correção para longe é também positiva (no sentido de diminuir a acomodação e portanto corrigir um esodesvio) e outra em que a correção para longe é negativa (para, aumentando a acomodação, corrigir um **exodesvio**). Este segundo tipo será comentado brevemente, ao final, enquanto o primeiro (adição positiva sobre lentes positivas) é o que se costuma encontrar.

Em suma, bifocais são recursos empregados para corrigir um esodesvio de perto:

a) bem maior do que o esodesvio de longe;

b) associado a um exodesvio de longe, ou provocado pela tentativa de correção óptica deste.

As duas condições manifestam com uma relação C_A/A (convergência acomodativa acompanhada a acomodação realizada) **alta**.

* Coordenador dos trabalhos e redator desta composição final. Os outros autores têm seus nomes dispostos em ordem alfabética de seus sobrenomes — 1985.

Já que se propõe esse recurso óptico, fica entretanto subentendido que o **desvio para longe**, qualquer que ele seja, deva estar **sob controle com a correção óptica para longe**. Em caso contrário, não há razão para que se tenha o projeto de se corrigir opticamente o desvio para perto.

Tais desvios "acomodativos" (alguns dão a eles a denominação de "hipo-acomodativos" dado que a alta relação C_A/A deve refletir um estado de acomodação **deficiente**) são frequentes e tendem a se manifestar precocemente (alguns acham que podem detectá-los antes de um ano de idade), mas quanto mais cedo aparecem, pior o prognóstico para seu controle.

CORREÇÃO ÓPTICA DO DESVIO PARA LONGE

Para que se chegue a essa condição fundamental e indispensável, o vício refratométrico do paciente deve ser muito bem conhecido:

a) em esodesvios para longe, é necessário que se anule todo componente devido à acomodação, ou seja, a uma hipermetropia, o que pressupõe **total relaxamento da acomodação**;

b) em exodesvios para longe, é preciso conhecer até que ponto uma eventual correção possa ser tida à custa da acomodação (convergência acomodativa); o que significa, também, que esta (acomodação) deva estar **completamente relaxada**.

Uma boa **ciclopelegia** é, pois, essencial em quaisquer casos de desvios (forias ou tropias) horizontais (eso ou exo), principalmente em crianças. Não fazê-la ou fazê-la mal é um erro primário, com o qual fica comprometido todo esquema terapêutico; é até possível que logo se verifique a inutilidade de uma correção óptica (seja para visão, seja para o problema do desvio), mas isto só pode ser reconhecido **depois** do exame refratométrico.

a) Ciclopelegia

A rotina cicloplégica tem sido objeto de algumas opiniões discordantes: uns preferem fazê-la com uma gota de ciclopentolato 1% (*), precedida de uma gota de colírio anestésico (para se evitar o ardor daquela instilação). Outros ainda se utilizam do esquema atropínico, mas a única vantagem desse procedimento (determinação de uma hipermetropia 0,5 D maior, em média, independentemente do valor refratométrico), não justifica suas desvantagens (ciclopelegia muito prolongada, interferindo com o aprendizado escolar; desdobramento da consulta

em duas, com todos os riscos de uma possível ausência no retorno marcado e atrasos no tratamento; gastos de tempo e dinheiro para comparecimento à consulta remarcada; problemas oriundos de se confiar um "veneno" — de efeitos comprovadamente desastrosos — à guarda e uso de leigos, etc.). De qualquer forma, **uma gota de atropina**, no consultório, dá um resultado idêntico ao de esquemas prolongados por três e dez dias e poderia servir como alternativa cicloplégica aos que, por qualquer razão, ainda preferem essa droga.

O fato é que diferenças no valor de uma hipermetropia, para mais (às vezes de 2 D ou mesmo maiores), observadas numa segunda refratometria realizada meses depois **não se deve a uma ciclopelegia insuficiente na primeira vez** (pois tais variações ocorrem até em consultórios cuja rotina é a de usar atropina 1%, uma gota em cada olho por cinco dias). Ao contrário, devem ser atribuídas a modificações **estruturais** do cristalino (diminuição das curvaturas e daí menor poder dióptrico dele), devidas ao repouso do corno ciliar (pela prescrição óptica relaxante da acomodação) e que só se manifestam depois de um tempo prolongado (meses).

b) Prescrição

Obtido então o valor "básico" da refratometria, o passo seguinte é o da decisão a respeito da receita óptica. Há uma regra de que se deva dar a correção total, num esodesvio com hipermetropia e isso é sempre verdadeiro **quando se faz a prescrição**. O problema é que em certos casos essa prescrição (mesmo total) não trará qualquer benefício à estratégia terapêutica e deve, portanto, ser evitada. Assim, quando o desvio é muito grande (por exemplo, 50 Δ ou maior), a hipermetropia muito pequena (por exemplo, 2 D ou menor) e se já pela história (aparecimento muito precoce) e exame (limitações de abdução) afasta-se a hipótese de esotropia acomodativa, não haverá qualquer razão que sustente a esperança de que a correção óptica venha a trazer o paralelismo dos eixos visuais. Relações C_A/A de 15 Δ/D ou maiores, mesmo que verdadeiras, seriam

(*) Nessa dosagem já são comuns a sonolência (às vezes uma discreta irritabilidade) e rubor (principalmente em crianças muito claras) sem maiores consequências, mas tais sinais também ocorrem com a atropina. Efeitos colaterais são proporcionais à quantidade instilada. Dosagens maiores costumam provocar alucinações e acentuar efeitos parassimpaticolíticos (vasodilatação, taquicardia), devendo por isso ser evitadas. Na raça negra a resistência à droga é maior, o que exige também maior dosagem para a ciclopelegia (a rotina é instilar duas gotas em cada olho e depois eventualmente mais uma se a midríase mostrar-se ainda insatisfatória).

tão anômalas que demandariam tratamento cirúrgico preferencial (*).

Tem sido observado que nos estrabismos acomodativos de aparecimento mais precoce, a hipermetropia é menor (3 ou 4 D) devendo-se o desequilíbrio oculomotor à maior relação C_A/A . Já nos de surgimento mais tardio, a hipermetropia é maior (6D, 7D ou mais) e apesar da relação C_A/A ser boa, o desvio aparece pela excessiva acomodação requerida.

Em caso de dúvida, deve-se fazer a prescrição; e aí, então, esta será **total** (para longe) mas sem a necessidade da adição (para perto). É mandatória a indicação de materiais inquebráveis para a confecção das lentes: acrílico ou vidros endurecidos (há processos térmicos e químicos de endurecimento, mas apenas os térmicos têm sido ultimamente encontrados, no Brasil). Lentes acrílicas têm a vantagem de ser mais leves, mas as desvantagens: de uma qualidade óptica não tão boa quanto a dos cristais, de serem muito mais facilmente riscáveis, e de custarem um pouco mais.

PRESCRIÇÃO DE ADIÇÃO

É muito pouco provável que já inicialmente se tenha condição de prever a necessidade dos bifocais: antes da cicloplegia não se pode saber o total da hipermetropia; após aquela, a acomodação para perto fica impedido. Assim, na primeira prescrição de lentes a adição para perto é **evitada**.

A circunstância ideal para a receita de uma adição é a de uma criança que se apresenta bem corrigida para longe, com suas lentes (totais) mas manifeste uma esotropia (constante ou intermitente), ou mesmo uma esoforia relativamente grande (e que pode se descompensar) na fixação para perto. A adição costuma ser de +3,00 D sf para cada olho. Teoricamente correta seria a prescrição da **menor** adição que possibilitasse o equilíbrio oculomotor para perto (ortoforia ou pequena esoforia); mas embora se possa determiná-la em teste clínico (no retorno em que a criança já vem com sua correção total da hipermetropia), essa conduta marginal (adição **mínima**) não parece inicialmente prudente para **garantir** a binocularidade.

(*) Um índice hipotético desse "limite" seria então obtido pelo quociente entre o ângulo de desvio e o vício refratométrico. Uma ET = 60 Δ e uma hipermetropia de 2,5 D só poderia ser explicada por uma relação C_A/A absurdamente alta:

$60 \Delta / 2,5 D = 24 \Delta/D$; a probabilidade de sua real ocorrência é remotíssima e mesmo que se desse, conviria, para reduzi-la, o tratamento cirúrgico.

a) Posição dos centros ópticos

Em casos de desvios tônicos residuais de pequena monta, a associação de prismas (de base temporal, já que tais resíduos serão de esodesvios) pode ser muito conveniente para a facilitação da binocularidade. Uma simples descentração das lentes **positivas** (distância entre os centros ópticos **maior** do que a interpupilar) pode bastar para a obtenção desse efeito. O valor prismático (em dioptrias-prismáticas) é dado pelo produto daquela descentração (em **centímetros**) pelo valor dióptrico da lente. Por exemplo, a prescrição de lentes +7,00D sf. AO com a distância dentre seus centros ópticos (D.C.O.) de 68 mm, quando a distância interpupilar (D.I.P.) é de 53 mm, terá efeito prismático (P) de:

$$P = (D.C.O. - D.I.P.) \cdot L = 1,5 \times 7 = 10,5 \Delta (BT)$$

Lembre-se que normalmente a D.C.O. na adição para perto deve ser uns 4 mm **menor** do que a D.I.P. (*), para que não haja qualquer efeito prismático. É então a partir desse valor (e não do da D.I.P. real) que a descentração para perto se calcula. No caso acima, por exemplo, mantendo-se o posicionamento dos centros ópticos para perto idênticos aos de longe (D.C.O. = 68 mm) com uma adição de +3,00 D sf (as lentes de perto ficam então sendo de + 10,00 D sf), obter-se-ia uma **prismação** (P') de:

$$P' = (D.C.O. - "D.I.P.") \cdot L = (6,8 - 4,9) \cdot 10 = 19 \Delta (BT)$$

b) Tipo de adição

Como se quer garantir uma zona ampla, na adição para perto, convém o bifocal do tipo "Executive". A linha divisória entre as lentes para longe e para perto deve ser alta, passando pelo meio das pupilas. Não só esse alinhamento deve ser verificado (óculos no rosto da criança), como o aproveitamento da adição ensinado (e conferido nos retornos).

c) Contra-indicação de adições

Se a criança estiver com um desvio residual relativamente grande, para longe, tal que não possa ser reduzido por meios ópticos (prismações, por exemplo), a adição para perto não será correta e a indicação terapêutica do desvio é cirúrgica (evidente-

(*) Genericamente e sem dependência do valor das lentes, a descentração correta para perto (supondo-se olhos simetricamente situados na face) é de $y = i(s + r)/d$, sendo i a D. I. P., s a distância das lentes às córneas, r o raio do globo ocular e d a distância ao ponto de fixação. Sendo (em mm) $s = 14$, $r = 12$, $d = 333$ $\therefore y = 0,078 i$. Então, se $i = 50$, $y = 3,9$; se $i = 60$, $y = 4,7$; se $i = 70$, $y = 5,5$.

mente corrigindo-se a parte **não** acomodativa, embora a atuação sobre uma pequena fração do componente acomodativo seja muito aceitável).

Se a criança tiver uma hipermetropia muito baixa (ou nula), cuja correção (para longe) não será muito provavelmente aceita, a indicação de adições para perto fica também afastada: nesses casos costuma-se tentar o controle do desvio com o iodeto de fosfolina (ecotiofato) ou similares (floropril, D.F.P.) (veja item "Anticolinesterásicos").

A ausência de visão binocular normal com boa visão em cada olho não é contraindicação ao uso de bifocais. Todavia, o resultado que se pode obter com eles é discutível: nos muitos casos "acomodativos bem tratados", com mau controle deve-se, quase certamente, poder atribuir a instabilidade posicional dos olhos a uma condição binocular insatisfatória **prévia**. Por outro lado, em estrabismos com prejuízos de visão monocular (ambliopia, lesões), os bifocais não estão indicados.

d) Cuidados no acompanhamento

Mesmo com todos os cuidados de prescrição total para longe, adição para perto e eventualmente prismas (para pequenos desvios tônicos, residuais), pode-se dar o caso de que a criança ainda permaneça com uma fixação monocular com ortotropia e, ou microtropia.

A tomada da acuidade visual (ou de testes alternativos de visão em não informantes, como por exemplo, o teste de cobertura) é fundamental em **todo** o estrábico, em qualquer parte de seu tratamento. Nesses casos, particularmente, a baixa AV num dos olhos suscitará a providência de oclusões para estabelecimentos da igualdade visual (obviamente depois de se eliminar lesões oculares ou inadequações da correção óptica como possíveis causas daquela queda).

Eventualmente, a cicloplegia "terapêutica" (para que a criança seja constringida a precisar de sua correção óptica para longe e perto) será necessária para adaptações aos óculos e, ou seu uso constante. Geralmente a recusa ao uso dos bifocais aparece quando a hipermetropia é de baixo valor (até umas 4 ou 5 D no máximo). Mas o ajustamento da armação à face da criança deve ser verificado: pressões sobre o nariz e atrás das orelhas são causas frequentes de insatisfações. Para alguns o problema "estético" em crianças de idade escolar seria também responsável pela recusa das lentes bifocais, mas esse fator não parece ser preponderante.

e) Período de uso

Uma vez corrigido o desvio para longe (com a correção total da hipermetropia) e para perto (com o uso de adição), a binocularidade estará preservada (*) e, nesse sentido, o tratamento poderia ser indefinidamente mantido. No entanto, apesar do bom equilíbrio oculomotor, da boa visão em cada olho e da boa binocularidade, o recurso da adição óptica para perto estará impedindo o uso da acomodação.

O prolongamento de tal estado pode levar a um enfraquecimento do processo acomodativo (músculo ciliar?), requerendo para sua realização cada vez mais inervação, o que se refletirá em maior convergência (acomodativa). Em outras palavras: a tendência da relação C_A/A será **aumentar**, o que favorece a continuação da dependência aos bifocais: o círculo vicioso se fecha. A continuação do uso dos bifocais dará, também, uma possível presbiopização precoce com diminuição do poder acomodativo total.

Tudo pois indica que a terapêutica, embora conveniente, deva ser **transitória**. Será então recomendável a tentativa de se diminuir progressivamente a adição: a convergência acomodativa então deflagrada (pela possibilitação da acomodação) deverá ser compensada:

i) por divergência (ou "desconvergência") **fusional**, conseguida em treinamento ortóptico; ou

ii) por prismas (base temporal).

Não há a menor dúvida de que o tratamento ortóptico "dissociando" a acomodação e a convergência deve conduzir a resultados mais satisfatórios (a prismação BT mantém um posicionamento ocular vicioso, com convergência). Mas em certos casos, a manutenção da binocularidade (compensada "passivamente" pelos prismas) apesar do desvio (causado pelo uso da acomodação) pode ser um recurso (mas também provisório).

Recomenda-se, alternativamente, a estimulação da acomodação durante alguns períodos por dia. O iodeto de fosfolina tem sido preconizado (em substituição aos bifocais) para controlar o desvio, permitindo a acomodação (ver adiante).

Em geral o uso dos bifocais se inicia dos 2 aos 5 anos (nessa faixa parece que quanto mais tardia a sua necessidade, melhor o prognóstico) e costuma ir até uns 12 (ou pouco mais, segundo outros). O uso dos bi-

(*) Lembre-se que tal pressuposição nem sempre é correta, o que significa não se poder abster do controle sensorial (acuidade visual, principalmente) apenas com base num bom equilíbrio oculomotor.

focais não altera o valor da relação C_A/A (o controle do desvio se dá pela redução ou anulação da acomodação) e se esta for muito alta a perspectiva é de continuação da dependência às adições.

De maneira geral, há concordância sobre a necessidade de se retirar a adição. A tática para se conseguir tal objetivo é que varia: para uns deve se tentar o mais precocemente possível (obviamente sem que com isso se provoque novamente o esodesvio para perto). Tal urgência não parece necessária, pelo menos antes de um ano de tratamento, em crianças muito novas, sendo preferível garantir-se, nelas, a manutenção de uma boa binocularidade.

Para outros, o prazo de uso de bifocais não deveria exceder um ano. Aí, também, parece haver outro exagero já que, nesse período, nem se resolve definitivamente o problema, nem se perde a acomodação.

CIRURGIA

Sempre que o uso da adição estiver contra-indicado (não porque cause problemas, mas por ser inútil ou insustentável), ou se mesmo com as correções para longe e perto o desvio ainda se descompensa, a cirurgia será cogitada. Também em certos casos nos quais, apesar do bom controle para longe e para perto, a redução da adição não se consegue sem descompensação de uma esotropia para perto (geralmente relações C_A/A muito altas).

Quando houver desvio para longe (com correção) estará indicado o recuo dos retos mediais (com o que, costumeiramente, obtém-se também uma correção para perto, maior). É possível até, nessas circunstâncias, planejar-se uma pequena hipercorreção do esodesvio com a qual poder-se-á reduzir a correção total da hipermetropia: assim, no pós-operatório, garantir-se-á o paralelismo dos eixos visuais na presença de uma pequena hipermetropia (o que costuma ser melhor aceito pelos pacientes e dar-lhes melhores acuidades visuais). É entretanto condenável a idéia de se procurar obter o paralelismo dos eixos visuais sem correção (a cirurgia para "evitar" o uso de óculos) em casos nos quais o uso da acomodação pode causar sintomas (compensação de hipermetropias, relativamente altas para a idade).

A quantidade de recuo é discutível: mas parece mais aceitável uma cirurgia padronizada (recuos de 4 ou 5 mm em cada reto medial) pelo argumento de que as hiperfunções e suas respectivas correções são proporcionais. Se o desvio para longe for de pequena magnitude (até umas 15 Δ) prefe-

rir-se-á o recuo de um reto medial; se o desvio for relativamente grande, o recuo será feito bilateralmente. Na verdade, tal proposta "padrão", ainda que discutível, tem o mérito de se contrapor à indicação de recuos muito pequenos (abaixo de 4 mm) estes sim inefetivos. Por outro lado, recuos muito grandes (7 e 8 mm), comuns em esotropias congênitas, costumam levar a hipercorreções acentuadas nesses casos de acomodativos.

Da mesma forma como se evita preconizar uma cirurgia "não acomodativa" em crianças com graves afecções neurológicas (paralisia cerebral), também a cirurgia "acomodativa", nelas, fica contra-indicada.

Quando não houver desvio para longe e principalmente quando a hipermetropia for baixa ou nula (o que impediria até mesmo essa possibilidade de redução de lentes positivas), não convém o recuo dos retos mediais. Tal cirurgia poderia de fato corrigir o esodesvio para perto, mas seguramente levaria a um exodesvio para longe. É então conveniente a mioescleroplexia posterior ("fadenoperation") dos retos mediais, com a qual não se corrige o componente estático do desvio (para longe, inexistente), mas se consegue diminuir a capacidade dos retos mediais produzirem convergência.

As duas técnicas ("fadenoperation" e recuo de retos mediais) têm sido também associadas no mesmo olho, ou feitas uma em cada lado, principalmente nos casos de esodesvio pequeno para longe e grande para perto. Em qualquer caso, o enfraquecimento dos retos mediais reduz a relação C_A/A (o que explica a maior correção para perto).

Uma série de vantagens é lembrada em favor da indicação cirúrgica (quando considerada como alternativa ao tratamento clínico): a correção obtida é imediata, definitiva e por isso às vezes até mais econômica, mais "fisiológica" (reduz a relação C_A/A). Como desvantagens são lembradas: a incerteza sobre um exodesvio que poderia ocorrer na presbiopia (provavelmente não, como nos normais, porque o paciente foi curado de uma anormalidade), possíveis insucessos cirúrgicos ou mesmo agravamentos da condição oculomotora (limitações de movimentos por perda de músculo ou cicatrizações viciosas) e estética (mau aspecto da cicatrização conjuntival), até acidentes oculares graves. Finalmente, o próprio risco da anestesia geral não deve ser menosprezado.

Enquanto há pais que possam se sentir "aliviados" com a proposta de uma alternativa cirúrgica outros, ao contrário, sentir-se-ão mais tranquilos com o tratamento clínico. Isso, talvez, também deva ser conside-

rado na hipótese de que **ambas** condutas sejam **recomendáveis**. De qualquer modo, deve-se deixar claro que a cirurgia não é necessariamente terminal, não desobrigando a criança de controles (retomada eventual de oclusões, se no pós-operatório ocorrer uma recidiva de ambliopia), nem do uso de correção óptica, a não ser circunstancialmente (hipermetropias de até umas 3 D em crianças pequenas e de até cerca de 1,5 D em adolescentes).

ANTICOLINESTERÁSICOS

Também chamados parassimpaticomiméticos, ou mióticos. Mas tais denominações não são tão convenientes para o grupo de drogas, cuja ação prática se quer (pilocarpina, por exemplo, é um parassimpaticomimético e miótico, mas seu efeito sobre a relação C_A/A não é clinicamente aproveitável).

O mecanismo de ação é o de facilitar a resposta acomodativa; com menor necessidade de inervação a essa função, ocorre, também, menor convergência; assim, diminui a relação C_A/A . Acredita-se que essa diminuição, temporária enquanto se usa a droga, acaba, com o tempo (6 a 12 meses de uso), transformando-se em definitiva.

O anticolinesterásico mais comumente empregado é o ecotiofato (iodeto de fosfolina) nas concentrações de 0,062% (= 1/16%) ou 0,125% (= 1,8%), uma gota em cada olho, por dia (pela manhã). Um de seus efeitos colaterais mais frequentes é o da produção de cistos de íris; e para que estes não ocorram é que se recomenda a instilação de fenilefrina a 10% (uma gota em cada olho) alguns minutos depois. Outras complicações podem, todavia, aparecer, entre as quais uma opacificação de cristalino (o que exigirá a imediata suspensão da medicação). É também importante esclarecer à família sobre a necessidade de avisar ao anestesista, no caso de uma cirurgia, sobre o uso dessa droga, que permitirá a acumulação de agentes colinérgicos (e.g., succinilcolina): convém mesmo interromper o anticolinesterásico se a cirurgia puder ser programada.

Algumas outras circunstâncias práticas limitam o uso do iodeto de fosfolina entre nós: não é fabricada no Brasil e nem encontrada em farmácias. O tratamento é relativamente caro (e, pois, inacessível a muitos). A droga é termolábil, exigindo para sua estabilidade, em nosso clima, a conservação em geladeira (nem sempre possuída).

Um outro anticolinesterásico encontrado sob a forma de pomada oftálmica é o Flo-

ropiril. Este e o D.F.P. padecem das mesmas inconveniências do ecotiofato, mas há quem justifique o Flopropiril como mais efetivo que aquele.

BIFOCAIS DE LENTES NEGATIVAS PARA LONGE

Alguns exodesvios podem ser corrigidos à custa de convergência acomodativa, o que pressupõe a possibilidade de se hipocorrigir uma hipermetropia, aumentá-la (pela prescrição de lentes negativas), ou produzi-la (pela hipercorreção de miopias). Obviamente o limite em que essas hipermetropias residuais ou induzidas podem ser toleradas, será aproximadamente o mesmo em que hipermetropias "naturais" não produzem sintomas. Tais limites dependem da idade. Assim, por exemplo, crianças pequenas chegam a compensar bem (sem sintomas ou sinais) hipermetropias de até 4 ou 5 D; em outras, maiores (cerca de 10 anos) o limite já se reduz a 3 ou 3,5 D, em adolescentes fica ao redor de 2 a 3 D e em adultos jovens a assintomatologia é rara acima de 1,5 D de hipermetropia. Isso significa que, se no primeiro grupo etário pode-se chegar a uma prescrição de -2 D num hipermetrope de +2,5 D, tal condição seria intolerável (e mesmo a correção muito fraca de tal hipermetropia) num adulto jovem.

De qualquer modo, pode-se dar o caso de que a correção de um exodesvio, para longe, seja acompanhada de uma manifestação de um esodesvio para perto. Necessitar-se-á, então, de uma correção deste, o que supõe uma **adição** (positiva) para reduzir a (excessiva) acomodação então obtida para perto. Frequentemente, todavia, tal prescrição não é necessária, bastando a recomendação de que a lente (dada para longe) seja **retirada** para perto: com isso pode-se voltar ao estado anterior em que, apesar de existir um exodesvio para longe, nada ocorre, para perto (sem correção). Apenas se houver a simultaneidade (rara) de exodesvio para longe e esodesvio para perto, poder-se-ia cogitar de uma correção que simultaneamente aumentasse a acomodação para longe e a diminuísse para perto.

RECAPITULAÇÃO

O uso de bifocais, ou o de correção para longe e anticolinesterásicos (geralmente usados como alternativas), ou ainda só o de anticolinesterásicos (quando a correção para longe não for recomendável, por muito baixa), continua sendo a melhor escolha para o tratamento de esodesvios acomodativos

puros. Além disso é um tratamento que se ajusta à medida em que modificações naturais forem ocorrendo (diminuição da hipermetropia com a idade; diminuição da relação C_A/A ?), podendo esse tratamento clínico chegar a ser desnecessário a partir de uma certa idade.

As dificuldades surgem quando:

a) Mesmo com tais indicações o controle do desvio se mantém instável, ou por desvios "tônicos" associados ou por dificuldades na manutenção do tratamento (rebelia e inaceitação das lentes); quanto maior a relação C_A/A menor será a perspectiva de que o tratamento óptico consiga resultados estáveis e definitivos.

b) Mesmo quando com ótimo controle para longe e perto, mantém-se a necessidade do uso de bifocais (ou anticolinesterásicos), apesar de tentativas visando sua sus-

tenção. Quanto maior a relação C_A/A , menor também a probabilidade de que o paciente possa vir a prescindir do uso de bifocais. Em resumo: a alta relação C_A/A aponta para um prognóstico terapêutico cirúrgico. Geralmente, também, tais estrabismos são de aparecimento mais precoce.

c) O tratamento clínico, por qualquer razão, torna-se mais anti-econômico ou inviável (retornos frequentes; lentes bifocais, com prismações, são bem mais caras; o iodeto de fosfolina inexistente no Brasil e é também caro e de difícil manutenção; eventual tratamento ortóptico, etc.).

A cirurgia, todavia, não evitará o uso de óculos (simples) a não ser circunstancialmente e seus riscos são consideráveis. Sempre que a possibilidade de opção por um ou outro tipo de tratamento existir, a opinião da família deve ser buscada e respeitada.

V Á R I A S

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROFTALMOLOGIA

A Sociedade Brasileira de Neuroftalmologia (SBNO) foi fundada no dia 6-9-87, durante o XXIV Congresso Brasileiro de Oftalmologia, em Curitiba. Nessa primeira Reunião foi aprovado o Estatuto da Sociedade e eleita a Diretoria para o biênio 1987-1989:

Presidente — Prof. Dr. Carlos Alberto Rodrigues Alves — São Paulo (SP).

Vice-Presidente — Dra. Ana Maria Marcondes — Campinas (SP).

Secretário-Geral — Dr. Paulo Mitsuru Imamura — São Paulo (SP).

Tesoureiro — Dra. Maria Kiyoko Oyama — São Paulo (SP).

Conselho Executivo — Prof. Dr. Adalmar Morterá Dantas — Niterói (RJ); Dra. Edna Sbrissa — São Paulo (SP); Dra. Patrícia Dalia Medeiros — Teresina (PI).

As atividades da SBNO terão início em São Paulo (USP/EPM), no último sábado de cada mês, com Reuniões de Discussão de casos e de Atualização. Planeja-se também um Curso de Neuroftalmologia para o início de 1988.

Informações: Presidência da SBNO — Rua Prof. Artur Ramos, 183 — 8.º andar — CEP 01454 — São Paulo (SP) — Fone: (011) 813-4545 e (011) 210-8060 ou Secretaria-Geral — Fone: (011) 255-0099

VI CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE OFTALMOLOGIA

Fortaleza - Ceará — 6 a 9 de julho de 1988

CIRCULAR N.º 01

Prezado Colega,

Temos a grata satisfação de comunicar ao nobre colega, que a nossa Fortaleza Capital do Ceará, foi

eleita para a sede do VI Congresso Norte-Nordeste de Oftalmologia que se realizará de 6 a 9 de julho de 1988.

Fortaleza, cidade muitas vezes decantada pelo poeta, recebeu de Paula Nei o título de a "Loura desposada do sol". Realmente, recebe a nossa cidade os beijos ardentes do sol nos proporcionando sempre um verão maravilhoso, amenizado pela brisa emanada dos verdes mares bravios.

Nossas praias são inigualáveis e o clima excelente. A cidade dispõe de um incontável número de maravilhosos hotéis e belas pousadas oferecendo a opção de um turismo relativamente barato. Clubes elegantes, boates, bares e restaurantes em profusão, proporcionam aos turistas além de uma intensa vida noturna com shows, serestas e música ao vivo, uma cozinha rica em saborosas peixadas, lagostas, camarões e outros apetitosos mariscos, valendo ressaltar que, contamos com pizzarias e churrascarias autênticas.

Inúmeras são as indústrias de confecções e calçados e a riqueza do nosso artesanato salta aos olhos dos que nos visitam pela beleza dos trabalhos de labirinto, bordados, renascença e artigos de decoração em cerâmica, palha e cipó.

A brejeira Fortaleza com seus dois milhões de habitantes, gente boa e simples, tem hoje à frente do seu governo, homens que estão lutando veementemente contra a violência, procurando dar aos que aqui residem e visitam, tranquilidade e segurança, para tanto, foi criado um policiamento especial a FM Turismo destinada a proteger e orientar os turistas.

Venha a Fortaleza!

Participe do nosso Congresso juntamente com a sua família, desfrute de toda essa magia e conheça o povo que tem fama de melhor receber no Brasil.

A Comissão.

Secretaria Executiva: Rua Ildefonso Albano, 2.071 60115 — Fortaleza — Ceará.