



CSB360®

NEWSLETTER DA CASA DE SAÚDE DA BOAVISTA



ESTRABISMO



Por Dr^a. Lígia Mendes de Figueiredo
Clínica Microcirurgia Ocular
da Casa de Saúde da Boavista

Chamamos estrabismo ao desalinhamento dos eixos visuais. O desvio dos olhos pode ocorrer num eixo horizontal (convergente ou divergente), num eixo vertical (para cima ou para baixo), ou a única coisa que uma criança pode apresentar é um torcicolo. A posição da cabeça pode ser inclinada para um dos lados, queixo para baixo ou para cima e, às vezes, é tão subtil que nem os pais dão conta. Há ainda outros casos mais complexos.

Porquê estrabismo?

Existem alguns fatores de risco associados ao estrabismo, tais como: história familiar positiva (pai, mãe ou irmãos), prematuridade, baixo peso ao nascimento e síndromes genéticas. Quando estes fatores de risco estão presentes, as crianças devem ser avaliadas numa consulta de oftalmologia e, se possível, por um oftalmologista pediátrico.

Todos os estrabismos são iguais?

O tipo mais comum é o estrabismo acomodativo. Este surge habitualmente entre os 2 e os 5 anos de idade e representa mais de metade dos casos de estrabismo. Resulta de um erro refrativo não compensado chamado hipermetropia e é particularmente importante porque este tipo de estrabismo pode ser prevenido, se a alta ametropia, o defeito visual, for diagnosticada oportunamente.

Alguns estrabismos podem surgir desde os primeiros meses de vida, como a endotropia congénita ou o estrabismo por algum problema visual. Geralmente, eles são facilmente diagnosticados pelo pediatra ou pelo médico assistente, pois são constantes e de grande ângulo.

Muito mais frequente do que o estrabismo é o chamado pseudo-estrabismo, que é uma causa de grande angústia dos pais. É muito comum ele surgir nas crianças com epicanto e com base larga do nariz. Tal como o nome indica, apesar de dar a falsa impressão de que há um desvio dos eixos visuais, os olhos estão perfeitamente alinhados. Esta falsa ideia acontece porque a parte nasal da esclera (parte branca dos olhos) fica menos visível. Durante os primeiros meses de vida, a visão binocular (a utilização dos dois olhos juntos pelo cérebro) está a ser desenvolvida e, por isso, é normal que até aos 6 meses, mas principalmente nos primeiros 3 meses de vida, a criança apresente, por momentos, alguns segundos, um desalinhamento dos eixos visuais, mas rapidamente os olhos voltam à sua posição normal.

Quais são as consequências do estrabismo?

Quando os eixos visuais estão desalinhados (quando há estrabismo), o cérebro forma duas imagens e vemos a dobrar (é a chamada diplopia). Nas crianças pequenas, o cérebro utiliza outro mecanismo e consegue apagar a imagem do olho desviado (mecanismo de supressão ocular). Se, por um lado, é um mecanismo adaptativo porque a diplopia é muito incómoda, por outro lado, se o olho desviado for sempre o mesmo, acaba por surgir a ambliopia (também designada por olho preguiçoso). Na ambliopia, apesar de o olho ser saudável, há uma baixa de visão por falta de estímulo cerebral. A ambliopia é reversível na maioria das crianças, se for tratada antes dos 5-6 anos de idade, mas quanto mais cedo for feito o diagnóstico mais curto será o tratamento e maior será a taxa de sucesso. Após os 7-8 anos de idade, é muito difícil tratar a ambliopia.

Como já foi dito anteriormente, muitos casos de estrabismo poderiam ser evitados se houvesse uma deteção precoce dos erros refrativos. Assim, atualmente, recomenda-se que todas as crianças sejam avaliadas aos 2 anos, numa consulta de oftalmologia pediátrica, ou em algum rastreio visual infantil.

As consultas e os rastreios visuais, além de detetarem o estrabismo e a hipermetropia, também diagnosticam outros erros refrativos e outras patologias oftalmológicas.

Bibliografia

Boas Práticas em Oftalmologia 2008 – Avaliação e Referenciação, Direção Geral de Saúde

Revista Oftalpro 1º trimestre 2017

Diário da República 2.a série—N.º 84—2 de maio de 2016

<http://oftalmologia-pediatria.eu/default.aspx>

Wright KW, Spiegel PH, Pediatric Ophthalmology and Strabismus – Requisites in Ophthalmology, 1999, Mosby, Inc., 1st edition

EyeRounds – eyerounds.org

Cantor LB, Rapuano CJ, Cioffi GA. BCSC – Pediatric Ophthalmology and Strabismus. 2014-2015, American Academy of Ophthalmology

Cantor LB, Rapuano CJ, Cioffi GA. BCSC – Retina and Vitreous. 2014-2015, American Academy of Ophthalmology

Horwood A. Too much or too little: neonatal ocular misalignment frequency can predict later abnormality. The British Journal of Ophthalmology. 2003;87(9):1142-1145.

Wright KW, Spiegel PH, Pediatric Ophthalmology and Strabismus – Requisites in Ophthalmology, 1999, Mosby, Inc., 1st edition

Gama R, Machado I, Estrabismo para Totós – 2012, Edição Laboratórios Edol

Roux P Paediatric ophthalmology – What every GP should know. SA Fam Pract 2006; 48(4): 47-50

