

NISTAGMO

Dr. Luis Eduardo Morato

Apesar do ininterrupto movimento dos olhos, os portadores de nistagmo não se queixam de oscilopsia (percepção ilusória de movimento do ambiente) e quase sempre têm um ponto ou área em que os movimentos oscilatórios são minimizados (zona de bloqueio ou "null position"), o que pode variar um pouco para cada olho.

Esses pacientes podem assumir uma posição viciosa da cabeça (torcicolo) com o intuito de situar os olhos na posição em que as condições visuais mais se aproximam do normal.

Outros mecanismos de bloqueio são o posicionamento dos olhos em posições extremas e em convergência (o que explica a melhor acuidade visual para perto).

Ao contrário da zona de bloqueio, na qual a atividade eletromiográfica diminui, existe nas referidas manobras, um aumento da atividade muscular.

A associação do nistagmo com estrabismo, em particular com a esotropia precoce com limitação de abdução, é frequente. Essa situação foi inicialmente descrita por Ciancia em 1962 e denominada de síndrome do nistagmo bloqueado.

As oscilações induzidas pela oclusão monocular e caracterizadas por um movimento em sacudida com a fase lenta no sentido do olho coberto são denominadas de nistagmo latente. Os movimentos são bilaterais e simétricos, similares em amplitude e frequência e atribuídos a distúrbio congênito oculomotor.

Relata-se a ocorrência em associação com esotropia congênita e desvio vertical dissociado (DVD).

A terapêutica para o nistagmo tem se mostrado limitada. No passado, a busca pela melhor acuidade visual, passou pela ortóptica (oclusão alternada) e por métodos pleópticos (pós imagem seguida de apresentação de objetos reais).

Atualmente o tratamento medicamentoso emprega substâncias estimuladoras do sistema neurotransmissor inibitório (ácido gamma- amino- butírico / GABA) ou depressoras do sistema neurotransmissor excitatório (glutamato). Recentemente a utilização da toxina botulínica incrementou o arsenal terapêutico, mas ainda não apresentou resultados consistentes.

Em relação ao tratamento óptico, o mais difundido é o uso de prismas 25. Isto se dá com duas finalidades: corrigir o mau posicionamento da cabeça, resultante de uma posição de bloqueio distinta da posição primária (bases primárias colocadas para o mesmo lado) e estimulação da convergência (bases deslocadas temporalmente).

A substituição dos óculos por lentes de contato é outra alternativa terapêutica. Holanda de Freitas e cols. 18 e Dell Osso e cols. 13 constataram melhora da acuidade visual nos pacientes assim tratados. Uma possível explicação para este fato é o permanente e correto posicionamento do centro óptico da (s) lente (s), relativamente ao (s) do (s) olho (s).

O tratamento cirúrgico do nistagmo objetiva a melhoria da acuidade visual e a eliminação do torcicolo. Na maior parte das vezes realiza-se a cirurgia proposta por Kestenbaum e por Anderson, ou seja, por meio de retrocessos e ressecções movem-se os quatro músculos retos horizontais com o intuito de transferir a zona de bloqueio para a posição primária do olhar. Numerosos autores têm proposto o amplo retrocesso desses músculos (mais amplo para os músculos retos laterais) com o objetivo de aumentar o tempo de permanência da imagem na fovea. Há, ainda, outra variante cirúrgica que visa provocar uma divergência artificial nos pacientes que requerem convergência para a fusão, a qual diminui o nistagmo (Procedimento de Cuppers).