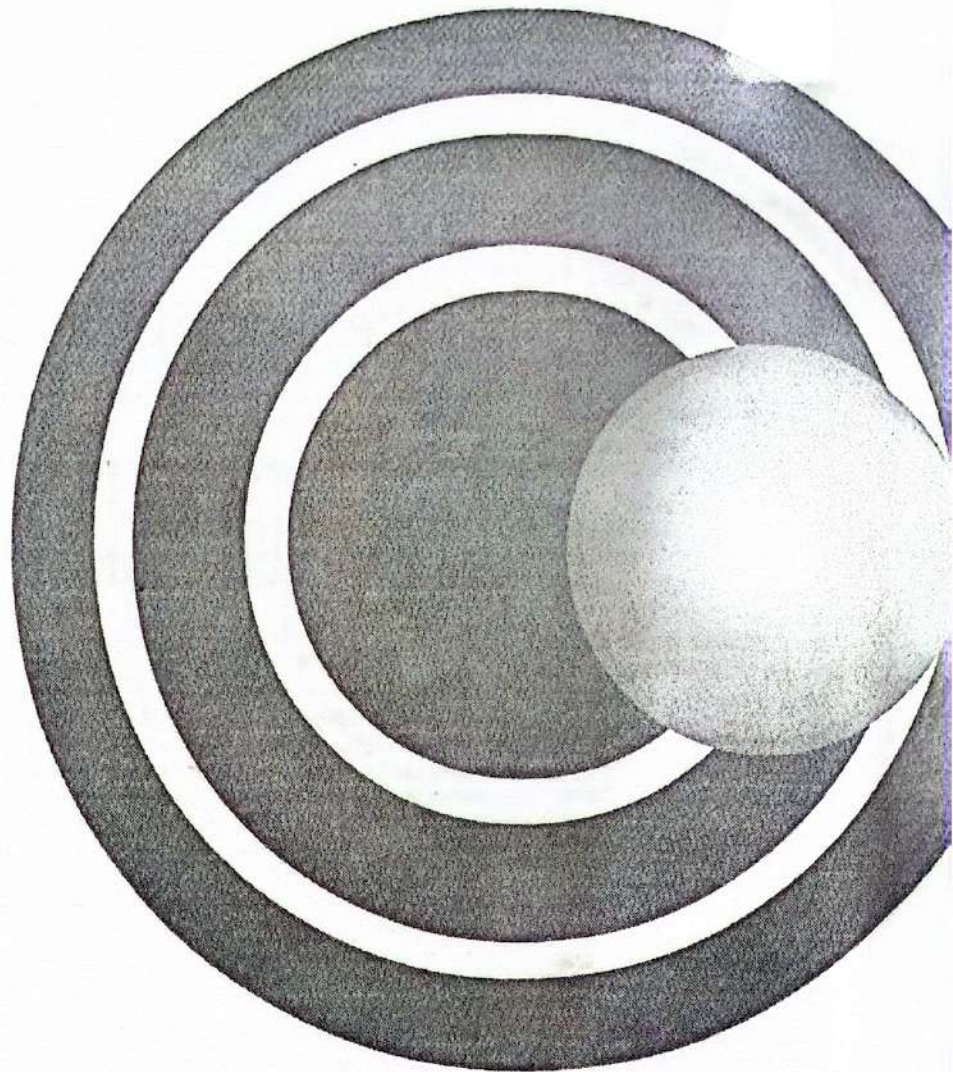




boletín del CLADE

Consejo Latinoamericano de Estrabismo
Conselho Latino-Americano de Estrabismo



- 2 EDITORIAL
- 3 COLABORACION PRINCIPAL
 - Informe sobre Ambliopía* Dra. Zoraida Alvarez de Martinez
- 6 BOLETIN INFORMA
- 9 ESTUDIOS SOBRE ESTRABISMO
- 11 HECHOS Y PROTAGONISTAS
- 13 FORUM ESTRABOLOGICO
- 16 LO QUE SE VIENE



El boletín del CLADE (ISSN 0328 - 0942) se publica dos veces al año, en abril y agosto. Es editado por el Comité Ejecutivo del Consejo Latinoamericano de Estrabismo y distribuido a todos sus miembros. Toda persona ajena al CLADE puede recibirlo gratuitamente solicitándolo a la siguiente dirección: boletín del CLADE, Editor Dr. Fernando Prieto-Díaz, Av. 53 # 693 (1900) LA PLATA, ARGENTINA, FAX 54-21-25-7523. Su contenido no puede ser reproducido sin autorización expresa del editor. © COPYRIGHT 1996. CLADE



Editor: Dr. Fernando Prieto-Díaz.
Secretaria: Dra. Diana Salz.

Corresponsales:

Dr. Mauro Goldchmit (Brasil),
Dr. David Romero Apis (México),
Dr. Wilson Mantilla Ruiz (Ecuador),
Dra. Clara E. de Uzcátegui (Venezuela),
Dra. Ximena Katz (Chile),
Dr. Carlos Méndez Vázquez (Europa),
Dra. Ana Rivera (Argentina),
T.O. Leslie France (Estados Unidos).

Identidad, diseño y diagramación:

Clarisa Capurro - Melva Piccirilli.

asesor general: Sr. Raúl Escandar.

O boletim do CLADE (ISSN 0328-0942) é publicado duas vezes por ano, em abril e agosto. É executado pela Comissão Executiva do Conselho Latinoamericano de Estrabismo e distribuído a todos os seus membros. Toda pessoa alheia ao CLADE pode recebê-lo gratuitamente, solicitando-o ao seguinte endereço:

boletim do CLADE

Editor Dr. Fernando Prieto-Díaz
AV. 53-693 (1900) La Plata
ARGENTINA
FAX 54-21-25.7523

Seu conteúdo não pode ser reproduzido sem autorização expressa do editor.
© COPYRIGHT 1996. CLADE

Mensaje de la Presidente del CLADE

"A todos los miembros del Consejo Latinoamericano de Estrabismo envío un cordial y afectuoso saludo.

Después de la exitosa labor del Dr. Julio Prieto-Díaz y de todos los ex-presidentes que con dedicación y entrega han elevado el nivel del estrabismo en América Latina, se ha cerrado un ciclo.

Con el inicio de esta gestión se abre una nueva etapa, llena de expectativas y de nuevos planes. El común denominador de todos nosotros es el amor y el interés en el estrabismo. Es nuestra intención seguir promoviendo esta entrega e influir en la gente joven para contagiarnos nuestra afición.

Somos pueblos hermanos en más de un sentido. además del idioma y de algunos pasajes de nuestras específicas historias, nos une la pasión, el ingenio, el sentido del humor, el saber aprovechar nuestros recursos al máximo, las vicisitudes económicas y los cambios políticos. La dificultad a vencer en primer término en grupos internacionales como el nuestro, es la distancia geográfica. No obstante, esto nunca nos ha derrotado, sino al contrario, nos ha dado más herramientas para vencer los obstáculos y salir airoso. Esta es una de las razones por las cuales publicaremos, lo antes posible, un directorio con todos los miembros de esta asociación. Les conmino para que nos manden sus datos actualizados y pasen la voz a todos aquellos miembros que ustedes conozcan.

Queremos cerrar filas. queremos conocerlos y que nos conozcan e invitamos a todos ustedes a participar con nosotros de la manera que ustedes quieran. Envíen sugerencias, comentarios, iniciativas, etc. Establezcamos nuevas redes de comunicación y hagámoslas fuertes. todos nos veremos beneficiados.

Aprovechamos esta oportunidad, para que desde ahora vayan haciendo planes para venir a México, del 3 al 6 de junio de 1998, fecha en que se llevará a cabo nuestro XIII Congreso del CLADE, en el Hotel Hyatt Regency de Acapulco, Guerrero.

Agradezco contar con su invaluable colaboración para continuar llevando la estafeta del CLADE con honor y justicia.

México D.F., Julio de 1996."

Dra. María Estela Arroyo Yllanes
Presidente del CLADE

Mensaje del Secretario General del CLADE

"A Los Miembros del CLADE:

Como Secretario General del CLADE, quiero aprovechar el Boletín para dar un efusivo saludo a todos los miembros.

El CLADE, gracias a la gran labor cumplida por las Directivas y los Centros de Estrabismo de cada país, ha ido creciendo en número y prestigio. El nivel de estrabismo en América Latina, gracias al CLADE es muy alto. Estrabólogos cladistas son reconocidos mundialmente y han dejado muy en alto al CLADE, tanto en sus presentaciones como en sus publicaciones.

El CLADE continúa teniendo programas especiales en los Congresos de la Asociación Panamericana de Oftalmología. En Cancún el CLADE, con el apoyo del Centro Mexicano de Estrabismo, ha organizado un excelente programa.

Dehemos colaborar con el Dr. Fernando Prieto-Díaz, Editor del Boletín del CLADE, con noticias de estrabismo y publicaciones. Gracias al esfuerzo de su Editor es una excelente publicación.

Se ha dado continuidad al Programa Permanente de Profilaxis de Ambliopía. Se ha nombrado a la Doctora Zoraida Alvarez de Martinez (Venezuela), y al Dr. Felipe Escallón (Colombia), como Coordinadores de este programa; y al Dr. Oscar Ham (Chile), como Asesor Permanente de esta comisión.

Quiero pedirles a todos los miembros por conducto de los Delegados de cada país pagar las cuotas del CLADE, 20 dólares por año, 40 dólares por el período hasta el Congreso de México. Este dinero lo necesita la Presidencia.

Quiero felicitar muy efusivamente por su extraordinaria labor cumplida, a la Junta Directiva anterior del CLADE, al Dr. Julio Prieto-Díaz, a todo su equipo argentino de trabajo, lo mismo al Dr. Harley E. Bicas por su gran gestión y logros como Secretario General, trataré de continuar todos los programas que Harley hizo.

Es muy satisfactorio para mí poder trabajar junto a la Doctora María Estela Arroyo Yllanes, actual presidente. Por su gran capacidad, brillantez y dinamismo estoy seguro el CLADE tendrá bajo su conducción un gran camino.

Medellín, Julio de 1996."

Dr. Guillermo Velez
Secretario General del CLADE



COLABORACION PRINCIPAL

Informe sobre prevención de la ambliopía en Latinoamérica

Por la Dra.
Zoraida Alvarez
de Martínez

La Ambliopía puede ser considerada la principal causa de pérdida visual tratable en niños. A pesar de todos los métodos empleados para su estudio, aún quedan muchos pacientes sin tener acceso al diagnóstico y tratamiento. Lo importante es concientizar a la población de su existencia y de la posibilidad de prevenirla si es tratada y diagnosticada a tiempo.

Historia

En Octubre de 1.976 durante el V Congreso del C.L.A.D.E. en Guarujá (Brasil), se crea la comisión permanente de prevención de la Ambliopía actuando como coordinadores la Dra. M.H. Bernasconi de Uruguay y el Dr. H. Bicas de Brasil. Los Países miembros fueron Argentina, Brasil, Chile, Perú y México siendo sus coordinadores los Dres. L. Gurovich, M. Brik, O. Ham. R. Carrión y J. Flores respectivamente, quienes formaron parte del Forum Ambliopía y se comprometieron a iniciar una campaña de prevención de la misma en cada uno de sus Países. En el año de 1977 se incorporan Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Venezuela. Desde sus comienzos hasta los actuales momentos el principal problema es la falla en la comunicación ya que en los diferentes países el correo presentó y presenta grandes deficiencias.

Programa de prevención de la ambliopía en Venezuela

En el año de 1990 se inicia en nuestro país el programa de prevención de la ceguera bajo los auspicios de la S.V.O. conjuntamente el Centro Venezolano de Estrabismo se incorpora a la Campaña y da inicio en el Estado Aragua al proyecto *Estudio de la agudeza visual en preescolares y escolares*. El cual tenía como objetivo brindar orientación educativa al personal docente para la detección de los problemas de la visión incorporándolos como valiosos auxiliares en el programa de prevención de la Ambliopía.

En el año 1991 se inicia una jornada nacional con la participación de todos los Oftalmólogos interesados. Se realiza un protocolo único para el estudio de la Ambliopía que sería tomado en cuenta en la realización de los trabajos de incorporación a la Sociedad Venezolana de Oftalmología.

El día 16/12/1992 se propone como el día nacional de la Ambliopía; éste año se presentan 7 trabajos alusivos al tema en el Congreso Nacional de Oftalmología.

En 1993 en celebración del XIX Congreso Panamericano de Oftalmología realizado en Caracas, se presentan 5 trabajos sobre Ambliopía y se lleva a cabo una Reunión donde se propone la unificación de criterios sobre Ambliopía y se organiza la campaña orientadora dedicada a los pediatras. Se elabora información dirigida al público en general la cual es difundida a través de la prensa nacional, radio y T.V. Se decide que la Ambliopía deberá formar parte de la programación de los Congresos Nacionales con carácter de obligatoriedad y la realización de un poster sobre las campañas de prevención de Ambliopía realizadas a nivel nacional.

La reunión más importante sobre Ambliopía se lleva a cabo en el año de 1994 donde se discutieron y aprobaron pautas generales en el manejo de la misma. Se editó un folleto que se distribuye a los oftalmólogos.

Reporte de 6 años de estudio de la ambliopía en el distrito escolar N° 3 de la Victoria - Estado Aragua

Se realiza este estudio en 82 escuelas nacionales estatales y privadas.

De un universo de 5.223 niños fueron evaluados 4.996, lo que representa un 95,48%. El 50,3% corresponde al sexo masculino, y el 49,68% corresponde al femenino.

Este estudio es realizado en niños cuyas edades estaban comprendidas entre los 3 y 6 años, la edad promedio de 6 a 11 meses representando un 48,34%. Fueron remitidos a nuestra consulta 192 niños (3,84%).

Encontrándose 37 casos de falsos positivos, este dato arroja que la efectividad del test A.V. aplicado por los docentes es de un 80.73%.

Los defectos de refracción fueron la primera causa de la disminución de la visión (76,12%). El primer lugar lo ocupó el astigmatismo miópico (47,46%). La Ambliopía fue diagnosticada en 39 casos correspondiendo a un valor absoluto del 0,78% del universo total. La causa principal fueron los defectos refractivos. El tratamiento más indicado fueron lentes y oclusión. De estos pacientes mejoraron el 46,15%. *Poco! En que plazo?*

En base a la experiencia con los docentes de preescolar obtenida en estos 5 años de trabajos ininterrumpidos y con la convicción de ser ellos valiosos auxiliares en los programas de estudio de la A.V. aplicados a grandes masas de población, se llevó a cabo la difusión del programa a nivel NACIONAL contactando al Ministerio de Educación por intermediario de la dirección de asuntos socio-educativos para la implementar la detección precoz de los problemas de A.V. a nivel de los preescolares. El mismo recibe una gran acogida y la directora general de docencia gira instrucciones a las 23 zonas educativas nacionales, con atención especial a los jefes de departamento de educación pre-escolar, de coordinar los talleres sobre el entrenamiento de la toma de la A.V. dirigido a los docentes y dictado por los Oftalmólogos participantes en el programa. Hasta este año no existía en Venezuela un programa de A.V. dirigido a los preescolares y así este se implementa con carácter obligatorio a nivel de todo el país.

A fin de operativizar este estudio trabajamos en conjunto la S.V.O. y el C.V.E. con apoyo de servicio de oftalmología dependientes del M.S.A.S. y de todos los entes dispensadores de Salud. Interviene también la comisión nacional de protección y promoción de la Salud teniendo este carácter interinstitucional y estando conformada por el Ministerio de Educación, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Ministerio de la Familia y el Instituto Nacional del Menor. Teniendo representación en cada estado.

En estos talleres se les imparte conocimiento sobre la evaluación de la A.V. y se le da el material consistente en test de la H.V.O.T. y hoja para manejo estadístico de los datos. Comenzamos por el área metropolitana donde se dictó el taller de entrenamiento a 600 docentes. Actualmente se han realizado estas actividades en los estados: Miranda, Carabobo, Sucre, Anzoátegui, Táchira, Zulia, Monagas, Delta Amacuro, Nueva Esparta, Bolívar y Aragua.

Conjuntamente en el hospital Rísquez se crea la consulta de Ambliopía y se estimula a los otros hospitales a seguir el ejemplo.

En 1996 se crearon los operativos clínicos quirúrgicos donde se discuten temas generales sobre Ambliopía y Estrabismo. Se evalúan pacientes y se realiza tratamiento quirúrgicos en secciones especiales de trabajo. El primero fue llevado a cabo en Cumaná (Estado Sucre), operando 21 pacientes en un día. Se realizarán otros operativos similares en el Tigre (Estado Anzoátegui), Barquisimeto

(Edo. Lara), Maracay (Est. Aragua) y Valera (Estado Trujillo). La finalidad de los mismos es llevar conocimientos sobre estos temas a los Oftalmólogos de provincia incorporándolos a la lucha contra la Ambliopía.

Informe de Colombia

Reporte hecho por el Dr. Felipe Escallón Buendía Bucaranga (Santander). Dentro de los programas de prevención de ceguera está incluido el de Ambliopía ya que ellos entrenan a promotores de salud y profesores para la toma de A.V. en niños. Los que resultan con patología son remitidos a la Fundación Oftalmológica Santander. Dr. V Galvis o a una de las unidades móviles.

San Gil (Santander). Dr. Amaya. Gran parte de su trabajo en prevención de Ceguera lo hace con niños de las escuelas de la región. El centro de remisión es el hospital regional.

Cali (Valle). Dra. P. de Castro, entrenan profesores para la toma de A.V. en los niños de los barrios marginales de Cali. El centro de remisión de la Fundación anexa a la Clínica Oftalmológica del Valle.

Medellín. se están iniciando programas de Ambliopía en las escuelas de las comunas en Medellín. Dras. Ambrecht y Arango.

Medellín. Secretaría de salud de Antioquía. Tiene un programa grande de examen optométrico en las escuelas incluyendo el suministro de lentes. Tienen unas de las estadísticas más grandes del país en números de niños examinados. Es un programa optométrico y los niños con patología no optométrica son remitidos al hospital o a la fundación Oftalmológica Colombiana Dr. Vera Cristo.

Bogotá. Fundación Oftalmológica nacional, Dr. Felipe Escallón, programa de prevención de ceguera en niños junto con la clínica Reina Sofía. En las brigadas de la fundación se hace entrenamiento previo a los médicos rurales de la zona y de esta manera ellos seleccionan a los niños con patologías y son remitidos a los Oftalmólogos. En la última brigada en la última jornada realizada en la isla Barú cercana a Cartagena, más del 90% de los niños pre-seleccionados por los Médicos generales tenían alguna patología resultando una buena especificidad en el programa.

Hay un programa coordinado por la Dra. M. Valencia con la patrulla aérea Colombiana, hacen visitas a poblaciones de los Llanos orientales y se llevan todo el equipo para realizar consultas y cirugía. Y en el programa de prevención de ceguera donde se realizan exámenes rutinarios a todos los prematuros con peso inferior a 1600 grs. también se dio entrenamiento a neonatólogos para detectar cataratas y glaucoma congénito.

Informe de Perú

Reporte hecho por la Dra. Elva Sánchez de Caceda.

Trujillo. Se han realizado programas de prevención de la Ambliopía detectando prevalencia de 6%, consideran Ambliopía la diferencia de una línea de visión, la causa más frecuente fue Estrabismo.

Pregrado. Se enfatiza el examen ocular del recién nacido mediante la exploración del reflejo rojo del fondo del ojo.

Postgrado. Los residentes de pediatría hacen rotación por Oftalmología y hacen estudios sobre Ambliopía.

En las campañas de prevención de la Ambliopía en los preescolares utilizan el Test de Titmus. Reportan que el promedio del nivel estereoscópico en los pacientes evaluados fue 150.1 seg. de arco. Realizado por Dres. Huertas y Sánchez.

Informe de Brasil

El Dr. Miguel Gontijo Alvarez, presidente del Centro de Estrabismo, reporta que existen pocos trabajos sobre prevención y tratamiento de Ambliopía. Uno de ellos el realizado por el Dr. Newton Kara José.

Reporte de Paraguay

Reporte hecho por la Dra. Cirila E. de Ruiz Díaz

El reporte envía las pautas seguidas para el tratamiento de la Ambliopía. Antes de los 6 meses no se hace nada a partir de esta edad indican oclusión alterna o penalización farmacológica con Atropina al 0.5% dependiendo del caso.

Reporte de Argentina

Reporte hecho por el Dr. Alberto Ciancia

Encuentra que el trabajo realizado por la Profesora Norma Pastorino y la Licenciada Yolanda Penerini es el único de su tipo publicado en Argentina en relación a la prevención de la Ambliopía. Titulado **PREVENCIÓN VISUAL A NIVEL PREESCOLAR Y ESCOLAR** en Buenos Aires. La Fundación Banco Mayo por medio de avisos, conferencias, folletos, etc. comunicó el inicio de la campaña de prevención visual, lo que abrió la oferta de posibilidades a todas las escuelas receptoras del mensaje. Se examinaron un total de 1423 niños clasificados en cuatro grupos: preescolares de 1er. Grado, de 4to. y 5to. grado y de 7mo. grado. Pertenecientes a escuelas oficiales y privadas de la Capital Federal y Gran Buenos Aires. El objetivo principal de este estudio fue la detección de trastornos visuales sin manifestación aparente, por consiguiente estaba destinado a niños que no hubiesen realizado consulta Oftalmológica previa. El rango de edad fue de 5 a 12 años. En el grupo de preescolares el porcentaje fue de 14.75%. Para los niños de 1, 4, 5 y 7 fue de 6.54%, estos valores resultan elevados en el grupo de preescolares pero podrían influir factores de maduración. Este programa comenzó en marzo de 1994, la proyección prevista para el año 1995 consta de las siguientes actividades:

- Seguimiento de los casos detectados.
- Medición de la agudeza visual en otros grupos con la misma dinámica de trabajo.
- Creación de talleres para personal directivo y docentes de los establecimientos en los cuales se aplicó o se aplicará el programa.
- Edición de un folleto destinado a padres y maestros enfatizando la prevención de problemas visuales.

Informe de Chile

Informe hecho por la Dra. A. Valenzuela

Reporta que durante este período no ha existido ningún programa oficial de prevención de la Ambliopía.

Informe hecho por el Dr. O. Ham

En el año 1991 el Dr. Ham y los tecnólogos médicos

María Luz Silva y Teresa Díaz realizaban una investigación operacional para la prevención de la Ambliopía. Recomiendan examen de visión a todo niño a los 4 años como rutina en su control de niño sano porque a esta edad el éxito del tratamiento fue del 84%.

Informe hecho por la Dra. Ursula Metzler

Reporta un trabajo sobre: Tratamiento alternativo de la Ambliopía Estrábica comparación con el tratamiento clásico. Evaluación preliminar. Noviembre de 1995.

Están haciendo tratamiento estimulando áreas para-centrales de la retina del ojo ambliope con filtro azul. Los primeros resultados fueron muy alentadores mejorando la fijación del ojo ambliope especialmente en niños con mala fijación y baja visión y en edades comprendidas entre 6 y 7 años.

Informe de México

La supresión, la Ambliopía y la fijación excéntrica no son tratadas en México. El Dr. L. Murillo reporta tratamiento de la Ambliopía con fijación central en niños menores de 3 años con padres colaboradores y con cierto poder económico y que vivan en el área metropolitana. Realiza la oclusión total del ojo fijador por 8 ó 10 días hasta obtener alternancia. Penalización con atropina cuando hay hipermetropía aún sea leve. Combinado con Ioduro de Fosfolina al 1% en el ojo ambliope.

Conclusiones

Considerando lo antes dicho creo conveniente la reestructuración de las comisiones de prevención de la Ambliopía en cada país miembro del C.L.A.D.E.

Actualización de los datos de los miembros de las comisiones, dirección, apartado postal, código postal, teléfono, fax, etc. Envío de los mismos a todos los miembros del C.L.A.D.E.

Unificación de los criterios en la evaluación de la Ambliopía, a fin de tener un idioma universal en el cual poder expresarse y comparar los resultados.

Realización de una encuesta a fin de unificar los criterios respecto a:

- Método de evaluación de la AV de acuerdo a la edad.
- Distancia de examen.
- Visión normal para el patrón de referencia a la consulta de oftalmología.
- Ambliopía: pautas seguidas para su diagnóstico.
- Tratamiento a seguir.
- Criterios de mejoría o curación.

La lucha para la prevención de la Ambliopía debe ser promocionada en todos los niveles involucrando a toda la población en general y con especial énfasis a los médicos en general, pediatras, estudiantes de medicina, oftalmólogos, técnicos, docentes y padres. A fin de generalizar el conocimiento de su existencia y la posibilidad de su prevención.



CLADE

XIII Congreso del CLADE
Unión de Oculistas de América Latina y el Caribe



Hotel Hyatt Regency
Acapulco, México

JUNIO 3 AL 6
DE 1998

Asamblea general del CLADE: Nuevas autoridades

El CLADE tiene nuevas autoridades. El día 10 de mayo de 1996, en el Buenos Aires Sheraton Hotel, durante el XII Congreso del CLADE, se reunieron los delegados nacionales para celebrar la Asamblea General que, conforme a los estatutos, debía elegir nuevos Secretario General y Presidente del CLADE.

Resultó electo *Secretario General* el Dr. Guillermo Velez (Colombia), quien ocupará esa función durante el período 1996-2002. La nueva *Presidente* será la Dra. María Estela Arroyo Yllanes (México), quien se desempeñará en ese cargo hasta 1998.

La Asamblea comenzó con una exposición conjunta del Secretario General saliente, Dr. Harley Bicas, y del Presidente saliente, Dr. Julio Prieto-Díaz, sobre sus respectivas gestiones a cargo del CLADE. Explicaron acerca de la situación actual del Consejo, las tratativas y convenios celebrados con otras asociaciones, especialmente con la Asociación Panamericana de Oftalmología y la American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus (AAPOS). También plantearon cuestiones administrativas para ser debatidas por los asambleístas, específicamente las relacionadas con la Revista Latinoamericana de Estrabismo (cuya edición fue considerada inviable) y el Boletín del CLADE (al que se le dio apoyo para continuar editándose).

A continuación el Dr. David Romero-Apis expuso detalladamente sobre el estado de desarrollo del ABLE, recibiendo el respaldo de todos los delegados nacionales para continuar con su tarea.

Finalmente se procedió a la postulación y votación de los candidatos a Secretario General y Presidente. Tanto el Dr. Guillermo Velez como la Dra. María Estela Arroyo Yllanes fueron electos por unanimidad y aplaudidos largamente por los asambleístas, constituyéndose en un momento de gran emotividad y hermandad que coronó la Asamblea.

XIII Congreso del CLADE

El próximo Congreso del CLADE, cuya presidencia ejercerá la Dra. María Estela Arroyo Yllanes, se celebrará del 3 al 6 de junio de 1998 en Acapulco, México. Su sede

será el Hotel Hyatt Regency, y los informes e inscripciones estarán a cargo de B.P. SERVIMED, S.A. de C.V. Insurgentes Sur No 1188-507 Col. del Valle. 03210 México, D.F. Tels.: (52-5) 575-931 y 575-9861 Fax (52-5) 559-9497.

En los próximos Boletines se brindará mayor información a medida que esta se vaya produciendo.

23th Annual Meeting of the American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus

Esta reunión anual se llevará a cabo del 2 al 6 de abril de 1997, en Charleston, Carolina del Sur, EE.UU. El presidente de la AAPOS, Earl A. Palmer, ha enviado una carta invitando a los miembros del CLADE a participar de dicho evento. Como se recordara, nuestro Consejo y la AAPOS han suscrito un convenio por el cual se consideran sociedades "correspondientes", pudiendo participar los miembros de una y otra indistintamente en los diferentes eventos oficiales que éstas organicen.

Quién quisiera participar de este evento con un *paper* o un *poster* deberá solicitar los formularios a la Coordinadora del Programa Científico, María Schweers, C.O. 2355 Monroe Blvd., Dearborn, MI 48124. Fax: (313)561-8044. La fecha límite para la recepción de los *abstracts* es el 23 de septiembre de 1996 (si bien el Boletín se distribuirá posteriormente a esa fecha es importante agendarla pues coincide todos los años en la misma época). Quién quisiera asistir al *Meeting* debe registrarse mediante el fax



7

Leslie France, corresponsal en EE.UU.

El Boletín del CLADE cuenta en su plantilla editorial con un nuevo miembro, se trata de Leslie France, T.O., quien enviará informaciones desde los Estados Unidos.

Leslie France es una "amiga del CLADE" y ha estado presente en casi todos los eventos estrabológicos que se han desarrollado últimamente en Latinoamérica, ya sea participando activamente o acompañando a su esposo, el Dr. Thomas France. El plantel editorial del Boletín se enorgullece con su aceptación como Corresponsal en EE.UU., que se ha formalizado durante el último Congreso en Buenos Aires.

Proyecto Oftalmored 2000

Los Dres. Jorge Derdoy y Jorge Derdoy (h), de Río Cuarto (Córdoba), Argentina, informan acerca de un proyecto que han desarrollado y denominado OFTALMORED 2000. El mismo consiste en crear una red internacional de consultas oftalmológicas a distancia, la cual será especialmente útil para aquellos oftalmólogos que se encuentren alejados de los grandes centros urbanos y necesiten una interconsulta ante casos clínicos concretos que tengan que resolver. El sistema funcionará mediante el dipolo "consultante-consultor" Las puertas de acceso a la red serán: teléfono, fax, correo normal, *courier service* (confidencial), *Internet*, *E. Mail* y otros servicios.

Los Dres. Derdoy están confeccionando un Listado de Prestadores-Oftalmored 2000, que consistirá en una lista de profesionales e instituciones a los que se podrá consultar. Solicitan se de a consideración de los miembros del CLADE el proyecto en cuestión y peticionan incluir a los miembros del CLADE como "Prestadores Oftalmólogos Orientados a la Práctica del Estrabismo".

Para quién requiera mayor información deberá contactarse con: **Dr. Jorge Derdoy**. Pringles 57. (5800) Río Cuarto, Córdoba. Argentina. Teléfono: (058)626740 Fax: (058)642542.

Actas del XII Congreso del CLADE

Las mismas están siendo editadas y serán impresas a la brevedad. Posteriormente se distribuirán en forma gratuita a todos los participantes de este evento. Aquellas personas que no hayan participado del XII Congreso y deseen recibirlas deberán solicitarlas a: *Presidente del XII Congreso del CLADE*, **Dr. Julio Prieto-Díaz**. Avenida. 53 N° 693 (1900) La Plata, Bs.As. Argentina. Fax: (54-21)25-7523.

Direcciones postales del CLADE

Secretaría General: **Dr. Guillermo Velez** (Secretario General). Calle 49 B N° 64 B 37-Centro Sudamericana Bloque 6 Consultorio 205. Medellín, Colombia. Teléfono: 230 03 79 Fax: 262 67 78.

Presidencia: **Dra. María Estela Arroyo Yllanes** (Presidente). Boston N° 99. Col. Nochebuena. C.P. 03720 México, D.F. México. Fax: (52-5)559-0987.

Boletín del CLADE: **Dr. Fernando Prieto-Díaz** (Editor). Avenida. 53 N° 693 (1900) La Plata, Bs.As. Argentina. Fax: (54-21)25-7523.

ABLE: **Dr. David Romero-Apis** (Coordinador). Descartes 7. México D.F. (11.590), MÉXICO. Fax: (52-5)254-6489. **Sub-archivo de Tesis Doctorales en Estrabismo.** Sr. Raúl Escandar (Director). Biblioteca *Carlos S. Damel* de Alcon Laboratorios Argentina. Av. Santa Fe 2844, 1425 Buenos Aires, Argentina. Teléfono (54-1) 821-0444. Fax (54-1) 821-4734

o



Fundamentos e aplicações

Editado pelo
Dr. Harley E. A. Bicas

III- Medidas e seus erros

Para a comparação de desvios (relação das forças) e dos movimentos oculares é essencial a assunção de critérios de quantificação, que supõem desde a escolha de um sistema referencial de medidas (o conjunto de eixos em torno do quais elas serão consideradas), ao método de fazê-las (por exemplo, com prismas), à técnica usada (uma dissociação da binocularidade maior ou menor), às unidades com que serão exprimidadas (dioptrias-prismáticas, graus de arco, etc), enfim a várias substanciações das quais resultarão valores de diferentes significados e interpretações. O conhecimento crítico dessas condições é, pois, fundamental na prática de atendimentos dos estrabismos, razão pela qual devem ser examinados com muito rigor.

A) A posição primária do olhar

Os posicionamentos de cada olho, assim como a definição de um desvio (foria ou tropia) "básico" são referidos sempre em relação a um padrão absoluto, um marco zero, a chamada **posição primária do olhar** (p.p.o.). Toda a estrutura de estudo da oculomotricidade tem nesse conceito um de seus sustentáculos mais importantes. Em teoria, ele é facilmente caracterizável, bastando assumi-lo como a condição de concidência dos eixos oculares e orbitários respectivos (isto é, um vertical com outro vertical, um transversal com o outro). Realmente, embora "ainda não se tenha chegado, sequer, ao estabelecimento de um sistema único para medições que, embora arbitrário*, pudesse servir à padronização de valores e suas possíveis comparações" (1), isto é, embora várias combinações de critérios possam ser usadas para caracterizar as rotações oculares, **todas elas partem de um mesmo princípio**, o da concidência inicial dos conjuntos axiais, ocular e orbitário. Curiosamente, contudo, operacionalizar a p.p.o. é tarefa difícilíssima, quanto não impossível. De fato, não há, ainda, um consenso sobre como se deva caracterizar os eixos orbitários e embora isso possa vir a ser acordado (por exemplo, tomar o eixo transversal comum às duas órbitas como indo de um canto externo ao outro das rimas palpebrais e, ou os verticais como sendo paralelos ao eixo longitudinal da face e, além disso já que para determinação vertical desses eixos do plano frontal essas duas informações não são suficientes tomar ainda referências do perfil da cabeça), são patentes as assimetrias faciais e cefálicas de tal modo que a obrigatoriedade de que esses eixos (o transversal, o vertical e o longitudinal) encontrem-se ortogonais será raramente observada. De resto os eixos oculares verticais e transversais só podem ser determinados por informação do examinado: quando linhas verticais, ou horizontais, são **visualmente percebidas** como paralelas (ou coincidentes), respectivamente, a uma vertical ou a uma horizontal objetivas. Não há como, independentemente dessa informação, fundamentar objetivamente tais eixos, mesmo que se pudesse contar com a caracterização do eixo ocular longitudinal (ou eixo visual, etc). Enfim: é impossível a determinação rigorosa da p.p.o. por meios objetivos e, por outro lado, raramente provável mesmo com eles!

A ciência da oculomotricidade começa pois embasada numa falência de critérios que deve, necessariamente, levar a substitutos de tolerância. A célebre proposição de "cabeça ereta, olhando em frente" para representar o conceito de p.p.o. além de meramente aproximativa do ponto de vista ocular (relativamente à órbita) é, ainda, de operacionalidade complexa no que se refere à posição da órbita (cabeça) relativamente ao tronco. E, finalmente, à posição do corpo (cabeça e tronco), relativamente à Terra. Em suma, o estabelecimento rigoroso de "cabeça ereta" requer a coincidência de pelo menos três sistemas referenciais: o da cabeça relativamente ao tronco; e o do corpo (cabeça e tronco) relativamente à gravidade da Terra.

É verdade que as rotações laterais da cabeça relativamente ao tronco; ou as de sua flexão ou extensão, quando o ponto de fixação "em frente" for igualmente deslocado no espaço, não produziram modificações substanciais da posição do olho relativamente à órbita (a p.p.o. "orbital"). Mas isso não pode ser conseguido nas inclinações laterais da cabeça de modo que uma p.p.o. "corporal" deva ser considerada.

(*): No texto citado ficou, equivocadamente, "orbitário" em lugar de "arbitrário".

(1): Bicas, HEA: Estudos sobre estrabismo. Fundamentos e aplicações. II: Caracterização das rotações: referenciais oculares e orbitários. Bol C.L.A.D.E., 11(1996): 12-13.

Em última análise, nosso ponto zero de medidas é convencionalmente obtido por uma aproximação (olhar "em frente") sobre outra aproximação (cabeça "ereta") o que limita, necessariamente, o rigor na precisão de valores, com consequências práticas que logo serão mostradas.

B) Os Métodos

Há dois principais métodos de avaliação: o **objetivo**, sempre possível; e o **subjetivo**, mais dificilmente conseguido, seja por dificuldades específicas de informação (e.g. crianças), seja por condições próprias que acompanham o estrabismo (e.g. supressões do relacionamento visual binocular).

1) Métodos objetivos

Para avaliação do desvio, há criterios de estimativa (Hirschberg), o de ajustamento posicional (Krimsky) e o de confirmação (teste de cobertura).

a) Método de Hirschberg

O primeiro, o de estimativa simples, ou de Hirschberg, tem por base a avaliação do posicionamento do reflexo corneal de uma fonte luminosa, relativamente à pupila à íris. Segue-se a convenção de que cada milímetro de descentração equivalha a 70°. Assim, para o reflexo da luz cuja projeção caia sobre a margem pupilar (cerca de 2 mm de descentração) estima-se medida de um desvio de 150°; para uma posição dele sobre o limbo (descentração de uns 6 mm), o desvio é de 450°; e para uma condição intermediária (imagem refletida projectando-se entre a margem pupilar e o limbo), um valor de 300°. Claro que tais medidas se baseiam em que o zero coincida com o centro da pupila, uma circunstância muito variável nas diferentes pessoas, dependendo principalmente do ângulo formado entre o eixo visual na fixação de um objeto "em frente" e uma linha imaginária que passe perpendicularmente ao centro da pupila. Esse ângulo, o "kappa" (K)* não é desprezível, valendo normalmente cerca de +50° (o sinal positivo é dado quando o eixo visual passa nasalmente ao eixo pupilar, isto é, quando o reflexo do ponto luminoso aparece do lado nasal ao centro da pupila). Corretamente, pois, o ângulo de estrabismo (E) estimado pela aparência de desvio (A), configurada pelo método de Hirschberg, deve ser corrigido com esse ângulo (K): $E = A + K$. O ângulo "kappa" é maior nos hipermetropes (daí, geralmente, maior nas crianças) e menor nos míopes, podendo chegar a ser negativo (causando, mesmo sem estrabismo, a aparência de esodesvios). Efetivamente, todavia, essa correção não tem muito interesse, a não ser para explicar pseudo-estrabismos. Nos casos onde o método de Hirschberg é de aplicação necessária, o que interessa é a correção da aparência (A) e não a do desvio propriamente dito (E).

(*): O ângulo alfa é definido como formado entre o eixo visual e o eixo óptico (às vezes tomado como equivalente ao geométrico) do olho; o lambda, como dado pela intersecção dos eixos pupilar e o da "direção do olhar", requintes conceituais, sem significado prático: todos são muito parecidos.

Continua no próximo Boletim. ○



En esta sección se publican los eventos sobre estrabismo y motilidad ocular en general que *Boletín* tiene conocimiento se han realizado, como así también los estrabólogos que las protagonizan. La información proporcionada tiene como fuente principal a los corresponsales en los países miembros del CLADE, pero cualquier persona que desee puede informar. La omisión de eventos en esta sección obedece a desconocimiento de los mismos por parte de los corresponsales y/o del editor o a falta de tiempo para procesar la información por cierre de la edición. Toda información es bien recibida, debiéndose contactar preferentemente con el corresponsal local o bien enviándola al Editor.

Reporte de Eventos

Mayo 8, 1996- ARGENTINA
SMITH-KETTLEWELL OCULOMOTOR SYMPOSIUM
Mayo 9-11, 1996- ARGENTINA
XII CONGRESO DEL CLADE

El Congreso fue presidido por Julio Prieto-Díaz, quién trabajó arduamente con el Comité Organizador por tres años intensamente para el éxito de este evento.

El Smith Kettlewell Symposium (SKERI) se realizó un día antes. Fue coordinado por el Dr. Alan Scott y se consideraron cuatro aspectos de la oculomotricidad:

1. Mecánica: Algunos factores mecánicos que influyen en la acción de los músculos extraoculares fueron analizados por Harley Bicas. Joseph Demer habló sobre tejidos conectivos de los músculos extraoculares, músculo liso en estrabismo y motilidad ocular. Joel Miller presentó un modelo biomecánico usando el programa de biosimulación orbitaria. Arthur Rosenbaum evaluó el diagnóstico y el manejo de injuria severa de los músculos rectos usando resonancia magnética.

2. Mecánica-Farmacéutica: Alfonso Castanera de Molina presentó algunos mecanismos involucrados en los músculos rígidos y acortados. Alan Scott habló sobre mecanismos y mecánicas de tensión y longitud muscular. Alberto Ciancia se extendió sobre movimientos sacádicos y de seguimiento en la esotropía. Henry Metz se dedicó a informar sobre una medida simplificada de la fuerza de tracción y Keith Mc Neer desarrolló el tema de Botox en la esotropía congénita.

3. Clínica: Eugene Helveston discutió los mecanismos del Síndrome de Brown, mientras que Julio Prieto-Díaz evaluó el debilitamiento selectivo y moderado del oblicuo superior. Las ventajas y desventajas del retroceso de 7 mm de los rectos medios para la esotropía congénita fueron analizadas por David Stager y Thomas France habló de un "modelo" de esotropía congénita, su etiología y tratamiento.

4. Parálisis: Harley Bicas informó sobre estudios para obtener movimientos conjugados en casos de parálisis oculomotora. Henry Metz y Carlos Souza-Dias presentaron diferentes aspectos de la mecánica de transposición y Arthur Jampolsky sobre Síndrome de Duane.

XII CONGRESO DEL CLADE

Se presentaron más de 80 trabajos y 20 posters con la participación de estrabólogos y ortoptistas de Norte y Sudamérica y Europa. Concurrieron 450 oftalmólogos y ortoptistas de Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, Paraguay, Bolivia, Ecuador, Colombia, Venezuela, México, España, estados Unidos y Suiza.

Hubo simposios sobre restricciones, reoperaciones, una actualización en cirugía del estrabismo, desviaciones verticales y ambliopía. Discusión de casos difíciles y conferencias de invitados de honor, que incluyeron a Anabella Valenzuela (Chile): Esotropías, y David Stager (U.S.A.) con: Nuevos conceptos en cirugía del oblicuo inferior.

La esotropía congénita fue discutida por 3 investigadores fundamentales en el tema: A. Ciancia, H. Helveston y J. Lang.

Las ortoptistas Leslie France y Teresa Nano fueron coordinadoras del Simposio sobre Ambliopía. Leslie también contribuyó con el Comité Organizador del Congreso. Norah Restrepo fue Invitada de Honor y habló sobre el cover test, indicaciones quirúrgicas y filtros de Bangert.

Finalmente eventos sociales como una velada de tango y fiesta gaucha sellaron con estilo criollo este interesante y exitoso encuentro.

El próximo Congreso del CLADE será en dos años en Acapulco, México. Su presidente: María Estela Arroyo Yllanes.

Las Actas del XII Congreso del CLADE se publicarán en conjunto con las del SKERI con las conferencias y trabajos completos.

Dra. Verónica Hauviller
Buenos Aires, Argentina



Abril 13, 1996-BRASIL

JORNADA DEL CENTRO BRASILEÑO DE ESTRABISMO. CBE

Esta Jornada se llevó a cabo en Belo Horizonte, Minas Gerais. Sus coordinadores fueron los Dres. Henderson de Almeida, Miguel Gontijo Álvarez y la Dra. Maria de Lourdes Villas Boas.

Por la mañana se realizó una presentación de casos para discusión. Por la tarde la Jornada estuvo dividida en una Sesión Clínica, una Sesión Quirúrgica y una Sesión de Videos.

Finalmente se realizó la Asamblea General Extraordinaria del C.B.E.

(Fuente de información: Dr. Mauro Goldchmit).

Abril 27, 1996-BRASIL

VI CURSO DE DIAGNÓSTICO Y CONDUCTA EN ESTRABISMO

Este curso se dictó en el Auditorio Prof. Gabriel Porto, FMC-UNICAMP. La coordinación estuvo a cargo de la Profesora Dra. Keila Monteiro de Carvalho y los organizadores fueron la Dra. Nilza Minguini, el Dr. Luis C. Rocha y la Dra. Marisa B. Porteiro.

(Fuente de información: Dr. Mauro Goldchmit).

Julio 29 y 30, Agosto 1 y 2, 1996 - ARGENTINA

CURSO ANUAL DE PERFECCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE OFTALMOLOGÍA.

Como ya es tradicional, este curso se organizó en el Hotel Sheraton de Buenos Aires. La actividad científica correspondiente a estrabismo fue la siguiente:

Cursos: *Técnica quirúrgica.* Directores: Dra. M. Felisa Shokida y M. Cristina Ugrin. *XT.* Director: Dra. Nélida Melek. *Cirugía de los oblicuos.* Director: Dr. Julio Prieto-Díaz. *Nistagmus.* Dra. Irma Locascio. *Toxina botulínica: uso en oftalmología.* Director: Dr. Jorge Buonsanti. *Examen del enfermo estrábico.* Directores: Dr. Roberto Lavín y Dr. Alberto Ciancia.

Posters: *Estrabismos asociados a enfermedades sistémicas.* Dra. M. Zelter y Dra. M. García Erro. *Modificaciones del ángulo de desviación en las distintas posiciones de la mirada luego del debilitamiento de oblicuos inferiores.* Dra. S. Zabalo, Dra. S. Ortega y Dr. A. Ciancia. *Torticólis de causa ocular.* Dra. V. Hauviller, S. Gamio y N. Illescas. *Tratamiento de la ambliopía luego del período de plasticidad sensorial con levodopa orbidopa + oclusión.* Dra. M. Berman, Dr. E. Dilascio, Dra. G. Graneros y Dr. H. Luciardí.

Videos: *Síndrome de Marcus-Gun.* Dr. A. Clöes, Dra. E. Sonzini, Dr. P. Stanga y Dr. G. Bianchi. *Usos y abusos de los prismas.* Dr. O. Corradini y Dra. M. del C. Corradini.

Finalmente el estrabismo tuvo un lugar privilegiado este año pues fue el tema elegido por los organizadores para la **Conferencia SAO 1996**, distinción que tuvo el honor de aceptar el Dr. Julio Prieto-Díaz. El título de la conferencia fue: *Operando los oblicuos.*



Forum Estrabológico es una sección de boletín editada por el Dr. Carlos Souza-Dias. Se presentan temas estrabológicos interesantes, preferentemente de carácter teórico, para discusión. Cualquier miembro del CLADE puede enviar un tema a tratar, o bien puede realizar un comentario u opinión sobre temas publicados, puede ser solo una pregunta. El editor enviará el asunto a uno o más colegas que reconocidamente se dediquen al tema, miembro o no del CLADE, de cualquier parte del mundo. Publicará entonces sus respuestas, acompañadas de sus propios comentarios. En caso que no se reciban propuestas el editor propondrá el tema a tratar. De acuerdo a los estatutos del CLADE los idiomas oficiales de la columna serán el español y el portugués, en caso de colaboración de no latinoamericanos (o españoles o portugueses), el idioma deberá ser el inglés. El material debe ser enviado a: Editor de Forum Estrabológico: Dr. Carlos Souza-Dias. Rua Cincinato Braga 59 Conj.5-B-2 01333-011, São Paulo-Brasil. Fax 55 11 5703916.

Alguns dados atuais sobre a estratégia da correção cirúrgica da hipertropia e da ciclotropia

Editado pelo
Prof. Dr. Carlos Souza Dias

A correção cirúrgica do estrabismo tem evoluído lentamente, mediante pequenos detalhes que são acrescentados ao que já existe. Julguei interessante trazer a este Forum alguns desses detalhes, os quais, por serem detalhes, não deixam de ter grande importância prática, muitas vezes determinantes do sucesso ou do fracasso de uma operação. Estas são as minhas opiniões, baseadas na minha experiência. Se algum colega cládista não estiver de acordo com alguma delas ou tiver algo a acrescentar, peço que me escreva. A sua colaboração será publicada em número futuro, acompanhada de comentários meus e/ou de algum outro colega de reconhecida competência no assunto. Esta é a finalidade deste Forum.

É bastante freqüente a existência de desvios verticais dos olhos, quer isoladamente, quer associados a outros tipos de estrabismo, essenciais, paralíticos ou restritivos.

A correção cirúrgica desses desvios exige conhecimentos de mecânica oculomotora, pois cada tipo deles pede uma abordagem específica, baseada na fisiologia dos músculos extrínsecos.

Há 4 tipos básicos de abordagem cirúrgica, que devem ser aplicados a cada caso, segundo as suas características: ação sobre músculos retos verticais, ação sobre músculos oblíquos, transposições verticais de músculos horizontais e eliminação de restrições mecânicas.

Vejamos alguns tipos de hipertropias (HT) e as indicações cirúrgicas para cada um deles.

1) HT comitante às lateroversões, associada a desvio horizontal essencial. Com freqüência, os estrabismos horizontais essenciais são acompanhados de desvios verticais, que não se alteram ou alteram-se pouco às lateroversões. São casos que não apresentam disfunções de músculos oblíquos. Quando essas HT são pequenas, até cerca de 10° ou, no máximo 15°, é interessante utilizar a técnica proposta em 1952 por Moacyr Álvaro (1), que consiste na transposição vertical dos músculos retos horizontais, aproveitando a oportunidade de estarem eles sendo já operados para a correção do componente horizontal. Note-se que a transposição deve abranger músculos retos antagonistas; a transposição de um só deles oferece resultados insignificantes. O princípio mecânico dessa técnica é o seguinte: podemos considerar que dois músculos retos antagonistas possuem um plano de ação comum, determinado pelas suas linhas de força (definidas pelos centros das inserções ósseas e das inserções fisiológicas). Estando o olho em posição primária, esse plano contém o centro de rotação do olho e, portanto, a força resultante, determinada pelas forças passivas advindas da elasticidade dos músculos e do seu tonus inervacional de repouso é apenas retratora do bulbo ocular (os músculos oculomotores, quando em repouso, apresentam sempre certa atividade elétrica, diferentemente dos músculos esqueléticos). Uma vez que os transpomos em direção perpendicular ao plano comum de ação, este passa a não mais conter o centro de rotação, surgindo então um braço de alavanca ou momento de força, cujo vetor tem a mesma direção e o mesmo sentido da transposição. Essa nova força nasce à custa da ação retratora, que diminui proporcionalmente. No caso, por exemplo, de uma HT associada a esotropia, podemos, aproveitando o retrocesso do reto medial e a ressecção do lateral do mesmo olho, reinseri-los mais abaixo; surge, como consequência, uma força depressora, que virá corrigir a HT desse olho. Se a transposição fosse feita em um só desses músculos, o deslocamento do plano comum de ação seria parcial; este ficaria inclinado e o momento

de força vertical criado seria igual à metade do que seria no caso da transposição dos dois músculos (Figura). Em trabalho retrospectivo que realizamos em nosso Serviço (24), verificamos que a técnica é eficaz, porém os resultados são muito variáveis, no que diz respeito à magnitude de correção de HT por milímetro de transposição. Verificamos relação estatisticamente significativa somente entre a magnitude da HT preoperatória e a correção obtida, não quanto ao tamanho da transposição. Observando os trabalhos publicados a respeito, constata-se essa variação: Álvaro (1) obteve correção de 1,7º/mm; Burian & von Noorden, 0,5 a 0,8º/mm (4); Paque & Mumma, 1,0 a 1,3º/mm (19) e O'Neil 1,0º/mm (18). Bielschowsky (2) e Foster & Pemberton (10) deslocavam apenas o reto lateral. Metz (15) considerou conjuntamente, na sua estatística, deslocamentos verticais de retos horizontais e transposições horizontais de retos verticais, o que nos parece inconveniente, pois as relações geométricas entre o bulbo e esses músculos são diferentes. Com base no nosso citado trabalho, adotamos o seguinte critério: para HT entre 4º e 15º, fazemos transposições de aproximadamente ½ inserção.

Quando a HT é muito acentuada e pretendemos operar o desvio horizontal apenas num olho, apelamos para o retrocesso de um reto vertical do outro olho; quando planejamos operar apenas um reto horizontal de cada olho ou de um só olho, também podemos utilizar um dos retos verticais. O que tentamos evitar é a desinserção de mais de dois músculos retos de um só olho. Não possuo dados estatísticos, até o momento, para avaliar a magnitude da correção da HT obtida dessa maneira.

2) *HT incomitante às lateroversões, associada a estrabismos essenciais.* Quando, em associação aos desvios horizontais essenciais, há HT que se mostra diferente à lateroversões, deduzimos que os músculos oblíquos são os responsáveis por ela e, obviamente, é sobre eles que devemos atuar cirurgicamente. O debilitamento de um músculo oblíquo corrige praticamente nenhuma HT à lateroversão ipsilateral, pouca HT em PPO e bastante à lateroversão contralateral. A fim de verificar a magnitude dessa correção em PPO, realizamos, com o meu colega Dr. Mauro Goldchmit, um trabalho retrospectivo, abrangendo 19 pacientes (11), que nos mostrou os valores expressos na tabela 1. Como não observamos diferença significativa entre os valores de correção entre os pacientes portadores de ET e de XT, juntamo-los todos num só grupo, ao qual adicionamos 2 pacientes que não apresentavam desvio horizontal. Os debilitamentos constaram de retrocessos, que variaram entre 6 e 13 mm, com predominância de 8 mm (técnica de Fink [9]), de acordo com a intensidade da hiperfunção.

Tabela 1

HT antes e após o retrocesso unilateral entre 6 e 13 mm do oblíquo inferior, em pacientes portadores de ET, de XT e em ambos os grupos reunidos e somados a 2 pacientes sem desvio horizontal (OT)

	ET N=10	XT N=7	ET + XT + OT N=19
HT pré	10,3 ± 3,21	2,3 ± 5,7	11,5 ± 4,3
HT pós	1,5 ± 2,5	4,3 ± 3,8	3,1 ± 3,5
Correção	8,8 ± 4,4	8,0 ± 4,0	8,4 ± 4,0

Nota-se, pela magnitude do desvio padrão (47,62%), que o tamanho da correção varia bastante. É conhecido o fato de que essa é uma cirurgia auto regulável, isto é, cujo resultado depende da magnitude da HT preoperatória (ou da magnitude da hiperfunção do músculo operado). Fato que nos chamou a atenção nessa amostra, é que não se confirmaram as observações de Raab & Costembader (21), que mostraram alta incidência de surgimento ou incremento de hiperfunção do oblíquo inferior contralateral, não operado, pouco tempo após a operação. Isso não ocorreu nos nossos pacientes.

3) *Divergência vertical dissociada (DVD).* Trata-se de um desvio vertical que freqüentemente exige correção cirúrgica. Pode estar ou não associado a disfunção dos oblíquos. Quando há hiperfunção dos oblíquos inferiores, as técnicas clássicas do seu debilitamento são ineficazes, pois não são capazes de eliminar a HT causada pelo fenômeno DVD. Alternativa que se utilizava até há poucos anos era o debilitamento dos oblíquos inferiores e dos retos superiores, estratégia que causava às vezes importante limitação de elevação dos olhos. Em 1981, Elliott & Nankin (7) propuseram o retrocesso acompanhado de anteriorização dos oblíquos inferiores; Mims & Wood, poucos anos depois, em 1989 (17), relataram seus resultados com tal técnica, especificamente para casos de DVD acompanhados de hiperfunção dos oblíquos inferiores. A técnica consiste em desinsere o músculo e reinseri-lo ao lado da inserção do reto inferior (na técnica de Mims & Wood, pouco mais acima). O princípio mecânico consiste em que, estando o músculo impossibilitado de realizar movimento de translação para adiante ao atravessar o reto inferior, devido às suas ligações com o ligamento de Lockwood e com o seu feixe vâsculo-nervoso, o segmento transposto para frente passa a determinar a linha de ação do músculo, que é de trás para adiante, em direção meridional; ao contrair-se, tende a provocar infradução, ação inversa à normal. Graças à direção meridional da linha de força, esta ação manifesta-se não só em adução, como é normalmente a ação vertical dos oblíquos, mas também em abdução, o que impede a subida do olho provocada pela DVD. A operação "mata dois coelhos com uma só bastonada", pois elimina os efeitos da hiperfunção do oblíquo inferior e da DVD. Os meus resultados com essa operação têm sido bastante satisfatórios quanto à redução da HT e à compensação da DVD. Em sua tese, em 1995, o meu colega Dr. Luiz Eduardo M. Rebouças de Carvalho estudou os prontuários de 12 dos nossos pacientes que se submeteram a ela; a redução da HT em PPO foi, em média, de 10,93º ± 4,94º para 3,75º ± 2,05º no olho direito (redução de 7,2º) e de 9,50º ± 4,60º para 3,67º ± 3,08º no esquerdo (redução de 5,83º). A porcentagem de redução, considerando os 24 olhos, foi de 59,5%. Em todos os pacientes, a DVD era descompensada antes e tornou-se compensada depois da operação.

4) *Paresia do oblíquo superior (OS).* Esta é uma importante e

freqüente causa entre as HT que exigem correção cirúrgica. O prognóstico cirúrgico desse tipo de estrabismo é geralmente muito bom, conseguindo-se excelente reequilíbrio de forças, que brinda ao paciente visão binocular cômoda em amplo campo visual. Devido à grande variedade de quadros clínicos que ela provoca, em função de diversos fatores, o planejamento cirúrgico é também muito variado. Por ser o tema excessivamente longo, não cabe aqui a sua exposição. Recomendo ao leitor que deseje conhecer minha opinião sobre ele, a leitura do capítulo de estrabismos paráliticos do livro "Estrabismo", 3ª edição, que publiquei com o meu colega Dr. Julio Prieto-Díaz (20), onde o expomos detalhadamente.

Continua no próximo Boletim.

Referências

- 1) Álvaro, ME: Simultaneous surgical correction of vertical and horizontal deviations. *Ophthalmologica* 120: 191, 1950
- 2) Bielschowsky, A: Lectures on Motor Anomalies. XI. Etiology, prognosis and treatment of ocular paralysis. *Am J Ophthalmol* 22: 723, 1939
- 3) Brown, HW: Congenital structural muscle anomalies. In *Strab Ophthalmic Symposium*. Allen, J.H. ed.. St. Louis, The C.V. Mosby Co., 1950, p. 205
- 4) Burian, H & von Noorden, GH: *Binocular Vision and Ocular Motility*, 4a ed.. St. Louis, The C.V. Mosby Co., 1990
- 5) Ciancia, AO: Elongación del tendón del oblicuo superior. Trabalho apresentado ao XI Congresso Panamericano de Oftalmologia. Santiago, 1977. Não publicado
- 6) Crawford, JS: Surgical treatment of true Brown's syndrome. *Am J Ophthalmol* 81: 289, 1976
- 7) Elliott, RL & Nankin, SJ: Anterior transposition of the inferior oblique. *J Ped Ophthalmol & Strab* 18: 35, 1981
- 8) Fells, P: Surgical management of exocycloversion. *Int Ophthalmol Clin* 16: 166, 1976
- 9) Fink, WH: *Surgery of the oblique muscles of the eye*. St. Louis, The C.V. Mosby Co., 1951
- 10) Foster, J & Pemberton, EC: The effect of operative alterations in the height of external rectus insertion. *Brit J Ophthalmol*, 30: 88, 1939
- 11) Goldchmit, M & Souza-Dias, C: Correção da hipertropia em posição primária com debilitamento cirúrgico unilateral do obliquo inferior. Trabalho apresentado ao XII Congresso do CLADE, B. Aires, 1996
- 12) Harada, M & Ito, Y: Surgical correction of cyclotropia. *Japan J Ophthalmol* 8: 88, 1964
- 13) Horta-Barbosa, P: Afilamento do tendão do obliquo superior em síndrome de Brown. Trabalho apresentado ao XII Congresso do CLADE, B. Aires, 1996
- 14) Knapp, P: The surgical treatment of double elevator paralysis. *Tr Am Ophthalmol Soc* 67: 304, 1969
- 15) Metz, HS: Rectus muscle transposition surgery. *J Ped Ophthalmol & Strab* 18: 51, 1981
- 16) Metz, HS & Lerner, H: The adjustable Harada-Ito procedure. *Arch Ophthalmol* 99: 624, 1981
- 17) Mims, JL & Wood, R.: Bilateral anterior transposition of inferior oblique. *Arch Ophthalmol* 107: 41, 1989
- 18) O'Neill, J.: Surgical management of small angle hypertropia by vertical displacement of the horizontal rectus muscles. *Am Orthopt J* 28: 32, 1978
- 19) Paque, JT & Mumma, JV: Vertical offsets of the horizontal recti. *J Ped Ophthalmol & Strab* 15: 205, 1978
- 20) Prieto-Díaz, J & Souza-Dias, C: *Estrabismo*, 3a ed. La Plata, Jorge D. Poch, 1996, p. 382
- 21) Raab, EL & Costembader, FD: Unilateral surgery for inferior oblique overaction. *Arch Ophthalmol* 90: 180, 1973
- 22) Scott, AB & Knapp, P: Surgical treatment of the superior oblique tendon sheath syndrome. *Arch Ophthalmol* 88: 282, 1972
- 23) Sprunger, DT & Helveston, EM: Progressive overcorrection after inferior rectus recession. *J Ped Ophthalmol & Strab* 30: 145, 1993
- 24) Uesugui, CF, Mariano Jr., Oswaldo, Goldchmit, M & Souza-Dias, C: Eficácia da transposição vertical dos músculos retos horizontais para correção de hipertropia comitante associada a estrabismos horizontais essenciais. *Arq Bras Oftal* 56: 320, 1993



LO QUE SE VIENE

En esta sección se publican los eventos programados sobre estrabismo y motilidad ocular en general, ordenados cronológicamente. La información proporcionada tiene como fuente a los corresponsales en los países miembros del CLADE y a cualquier persona que desee informar, como así también a revistas científicas, folletos y otras publicaciones a las que tiene acceso boletín. Toda información es bien recibida, debiendo ser enviada al Editor con un lapso no menor de 15 días antes del cierre de la edición.

Septiembre 17-20, 1996-COLOMBIA
CONGRESO DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE OFTALMOLOGÍA. PROGRAMA ESPECIAL DE ESTRABISMO Y OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA.
LUGAR: Cartagena
SEDE: Centro de Convenciones Getsemani
INVITADOS: Dr. Thomas D. France (Madison, Wisconsin) y Mohamed S. Jaafar. Director del Children Hospital en Oftalmología (Washington D.C.)
INFORMES: SOCIEDAD COLOMBIANA DE OFTALMOLOGÍA. Transversal 21 # 100-200. Bogotá, Colombia. Fax (57-1)236-2661

Septiembre 27, 1996-ARGENTINA
ATENEOL DEL CENTRO ARGENTINO DE ESTRABISMO. CAE
LUGAR: Buenos Aires
SEDE: Auditorio de Alcon Laboratorios Argentina.
HORARIO: de 20 a 22 hs.
INFORMES: Dra. María Cristina Ugrin. Santa Fe 2710 PB A. (1425) Buenos Aires. Argentina. Tel. (01)824-9632.
COORDINACIÓN: Dr. Julio Manzitti

Octubre 25, 1996-ARGENTINA
ATENEOL DEL CENTRO ARGENTINO DE ESTRABISMO. CAE
LUGAR: Buenos Aires
SEDE: Auditorio de Alcon Laboratorios Argentina.
HORARIO: de 20 a 22 hs.
INFORMES: Dra. María Cristina Ugrin. Santa Fe 2710 PB A. (1425) Buenos Aires. Argentina. Tel. (01)824-9632.
COORDINACIÓN: Dra. Marta Zardini y Dra. Susana Puente.

Octubre 27-31, 1996-EE.UU
100th ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY.
LUGAR: Chicago.
INFORMES: American Academy of Ophthalmology Meetings Department. 655 Beach Street, San Francisco, CA. 94120-7424 EE.UU. Fax (1-415)561-8576.

Noviembre 22, 1996-ARGENTINA
ATENEOL DEL CENTRO ARGENTINO DE ESTRABISMO. CAE
LUGAR: Buenos Aires
SEDE: Auditorio de Alcon Laboratorios Argentina.
HORARIO: de 20 a 22 hs.
INFORMES: Dra. María Cristina Ugrin. Santa Fe 2710 PB A. (1425) Buenos Aires. Argentina. Teléfono (01)824-9632.
COORDINACIÓN: Dr. Humberto Espinosa.

Diciembre 4-7, 1996-URUGUAY
III CONGRESO URUGUAYO DE OFTALMOLOGÍA.
LUGAR: Punta del Este.

INEORMES: Alcon Laboratorios Uruguay. Teléfono: (059)40-4000. Fax: (059)48-8142.

Abril 2-6, 1997-EE.UU
23th ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN ASSOCIATION FOR PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY AND STRABISMUS.
LUGAR: Charleston, South Carolina.
SEDE: Charleston Place.
FECHAS IMPORTANTES: Septiembre 23, 1996: Cierre del plazo para recepción de trabajos científicos y posters. Febrero 15, 1997: Cierre del plazo para reservación de hoteles. Marzo 17, 1997: Cierre del plazo para Pre-inscripciones.
INFORMES: Tricia Stevens-Petras. Annual Meeting Coordinator. 105 Twin Ridge Lane. Richmond, VA 23235. Teléfono: (804)320-2833. Fax (804)272-1320. María Schweer, C.O. Scientific Program Coordinator. 2355 Monroe Blvd., Dearborn, MI 48124. Fax: (313)561-8044

Mayo 1-6, 1997-MÉXICO
XXI CONGRESO PANAMERICANO DE OFTALMOLOGÍA.
LUGAR: Cancún.
SEDE: Centro de Convenciones Cancún y Hotel Fiesta Americana Coral Beach.
FECHAS IMPORTANTES: Diciembre 30, 1996: Cierre del plazo para la recepción de resúmenes para trabajos científicos, posters, videos e inscripción a cursos. Abril 1, 1997: Último día para reservar hotel con tarifa reducida. Abril 15, 1997: Último día para la recepción de inscripciones al Congreso en B.P. SERVIMED y en la ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE OFTALMOLOGÍA. Abril 30, 1997: Primer día de inscripciones en Cancún. Mayo 2, 1997: Curso Pre-congreso del CLADE.
INFORMES: B.P. SERVIMED, S.A. de C.V. Insurgentes Sur No 1188-507, Col. del Valle, 03210 México, D.F. Tels.: (52-5)575-9931 y 575-9861. Fax (52-5)559-9497. PANAMERICAN SOCIETY OF OPHTHALMOLOGY. 1301 South Bowen Road, Suite 365. Arlington, TX 76013. EE.UU. Teléfono: (817)265-2831. Fax: (817)275-3961. COMISIÓN CIENTÍFICA (Para la recepción de resúmenes) Boston N°99. Col. Nochebuena. 03720 México, D.F. México.
PREPROGRAMA. CURSOS SOBRE ESTRABISMO:
Los cursos programados hasta la fecha son:
N°2: (CLADE) Básico. "Aspectos fundamentales del examen en estrabismo". Coordina el Dr. Felipe Escallón Buendía.
N°3: (CLADE) Básico. "Factores que influyen en la estabilidad del resultado quirúrgico del estrabismo". Co-

ordina la Dra. María Estela Arroyo Yllañes
N°4 (COMITÉ CIENTÍFICO) Básico. "Estrabismo en el paciente con déficit psicomotor". Coordina el Dr. Thomas France.
N°5 (CLADE) Intermedio "DX diferencial entre DVD y oblicuos inferiores". Coordina el Dr. Joao Nóbrega
N°6 (CLADE) Intermedio. "Ajuste posoperatorio inmediato vs. tardío" Coordina Dr. Mauro Goldchmit (Brasil).
N°7 (COMITÉ CIENTÍFICO) Intermedio. "Indicaciones y criterio de la cirugía inervacional". Coordina Dr. Paulo Horta Barbosa (Brasil).
N°8 (CLADE) Avanzado. "Indicaciones y técnica de la cirugía del estrabismo con anestesia tópica." Coordina el Dr. Raúl Macedo Cue (México).
N°9 (CLADE) Avanzado. "Tratamiento de la DVD." Coordina el Dr. Julio Prieto-Díaz (Argentina).
N°10 (CLADE) Avanzado de destrezas. "Maniobras diagnósticas y pronósticas durante la cirugía con anestesia general." Coordina el Dr. Carlos Souza Dias (Brasil).
N°11 (COMITÉ CIENTÍFICO) Avanzado de destrezas. "Cirugía no milimétrica (dinámica), del estrabismo." Coordina el Dr. Anselmo Fonte.
N°12 (CURSO SOLICITADO) Avanzado. "Diagnosis and management of adult strabismus." Coordina el Dr. Malcolm Mazow (EE.UU).

Junio 1-5, 1997-HUNGRÍA
11th EUROPEAN CONGRESS OF OPHTHALMOLOGY.
LUGAR: Budapest.
INFORMES: Dr. Ildikó Süveges. Department of Ophthalmology. Semmelweis Medical University. Tomó, u. 25-29. H-1083 Budapest, Hungría.
Octubre 26-30, 1997-EE.UU
101th ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY.
LUGAR: San Francisco.
INFORMES: American Academy of Ophthalmology Meetings Department. 655 Beach Street, San Francisco, CA. 94120-7424 EE.UU. Fax (1-415)561-8576.

Junio 3-6, 1998-MÉXICO
XIII CONGRESO DEL CLADE.
LUGAR: Acapulco.
SEDE: Hotel Hyatt Regency
INFORMES: B.P. SERVIMED, S.A. de C.V. Insurgentes Sur No 1188-507, Col. del Valle, 03210 México, D.F. Tels.: (52-5)575-9931 y 575-9861. Fax (52-5)559-9497.



It is published twice a year (in april and august) and is edited by the Consejo Latinoamericano de Estrabismo CLADE.

Information about domestic or international congresses, courses, or meetings on strabismus and ocular motility will be welcome. Pamphlets, brochures or sheets with information should be submitted to the editorial address below. As is it distributed free of charge, for subscription to this bulletin please contact:

Boletín del CLADE,
Editor Dr. Fernando Prieto-Díaz
Av. 53 # 693
(1900) LA PLATA, ARGENTINA
TEL: 54-21-3-0426
FAX: 54-21-257523

Este boletín ha sido realizado gracias a la colaboración de Alcon Laboratorios Argentina S.A.