

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA

14:50 | 16:30 - Sala Pégaso

Mesa: Rosário Varandas, Ana Xavier, Madalena Monteiro

CL43- 15:30/15:40

AValiação dos padrões de fixação de crianças anisométropes sem estrabismo manifestoJoão Nuno Beato¹; João Breda¹; Carla Sofia Ferreira¹; Augusto Magalhães¹; Renato Santos-Silva²; Jorge Breda¹; Fernando Falcão-Reis²¹-Departamento de Oftalmologia, Centro Hospitalar São João; 2-Departamento de Oftalmologia, Centro Hospitalar São João; Departamento de Órgãos dos Sentidos, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto)**Introdução**

A anisometropia é uma condição clínica caracterizada por uma diferença interocular do poder refractivo esfero-cilíndrico. Esta pode conduzir a uma ambliopia, devido a diferentes estímulos visuais das duas fóveas. A ambliopia anisométrica pode ainda ser classificada como “pura”, quando a fixação é central, ou como “microestrabismo”, quando a fixação é excêntrica sem estrabismo manifesto. A principal hipótese apontada como explicação para a fixação excêntrica parafoveal é o desenvolvimento de supressão foveal. Propomos um estudo das alterações de fixação, através de microperímetro (MP-1), de uma população de crianças anisométropes saudáveis, e compará-los com um grupo de controlos da mesma faixa etária.

Material e métodos

Dezanove crianças anisométropes e 16 controlos saudáveis foram incluídos no estudo. Os critérios de inclusão foram (1) anisometropia maior que ± 2 dioptrias (D, equivalente esférico) de poder refractivo esfero-cilíndrico e (2) presença de ambliopia no início do follow-up. Critérios de exclusão foram (1) presença de estrabismo manifesto ou qualquer desvio ao cover test, (2) atrasos do desenvolvimento e (3) qualquer doença oftalmológica ou sistémica. Os controlos foram seleccionados como crianças saudáveis da mesma faixa etária. Nenhum anisómetrope foi admitido como controlo. Os dados foram recolhidos contemporaneamente ao exame microperimétrico, com registo de idade, género, melhor acuidade visual corrigida (MAVC; logMAR), estereopsia, poder refractivo e equivalente esférico através de refração cicloplégica. Os padrões e sensibilidade da fixação foram avaliados através do MP-1.

Resultados

Estudámos 32 olhos de 16 controlos e 38 olhos de 19 doentes com idades medianas 9 [8,25; 12] vs. 10 [8; 14] ($p=0,243$) e MAVC 0 [0; 0] vs 0 [0; 0,3] ($p=0,004$), respectivamente. Todos os doentes foram diagnosticados com ambliopia no olho com maior poder refractivo, sendo este considerado “pior olho”, e o olho contralateral como o “melhor olho”. A MAVC estava significativamente reduzida entre olhos totais dos controlos e olhos totais dos doentes; nenhuma outra diferença foi encontrada. O “pior olho” tinha redução da MAVC (0,3 [0,2; 0,4] vs. 0,0 [0,0; 0,0]; $p<0,001$) e sensibilidade (18 [15,9; 19,7] vs. 19,6 [19,3;19,9]; $p=0,046$), assim como descentralização da fixação (52,6% vs. 78,9%; $p = 0,036$) quando comparado com o “melhor olho”. Existia também uma tendência para uma fixação menos estável (68,4% vs. 94,7%; $p=0,055$). Foi, ainda, encontrada uma correlação significativa entre o “pior olho” dos doentes e os olhos dos controlos relativamente à estabilidade e posição da fixação (68,4% vs. 78,1%; $p=0,007$ and 52,6% vs. 93,8% $p=0,048$, respectivamente).

Conclusão

Estes resultados mostram que as crianças com anisometropia têm padrões de fixação alterados entre os dois olhos, e também quando comparados com controlos. Apesar de nenhuma criança ter estrabismo manifesto, a microperimetria revelou descentralização da fixação.