

# Cirurgia de nistagmo para correção da posição da cabeça – a propósito de 2 casos clínicos

Pedro Lino<sup>1,2,3</sup>; Mariana Bastos<sup>1</sup>, Filipa Teixeira<sup>1</sup>, Inês Capelas<sup>1</sup>, Dina Macedo<sup>1</sup>, Armandina Mota<sup>1</sup>, Tiago Lázaro<sup>1</sup>, Laura Silva<sup>1</sup>

1. Serviço de Oftalmologia da Unidade Local de Saúde Santa Maria | 2. Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Lisboa. Instituto Politécnico de Lisboa | 3. NOVA National School of Public Health, Public Health Research Centre, Comprehensive Health Research Center, CHRC, LA-RAAL, CCAL, NOVA University Lisbon, Lisbon, Portugal.

## INTRODUÇÃO

O nistagmo congénito é uma alteração do movimento ocular caracterizado por oscilações involuntárias. Pacientes com nistagmo congénito frequentemente viram a cabeça para colocar os olhos numa direção de fixação com o menor nistagmo, conhecida como "zona nula" ou "posição de bloqueio". Crianças com nistagmo congénito tendem a preferir olhar na direção da zona nula para alcançar a acuidade visual (AV) ideal. Quando a zona nula está localizada de forma excêntrica em relação ao olhar primário, é frequentemente adotada uma postura compensatória da cabeça. A correção cirúrgica desta postura compensatória envolve cirurgia nos músculos extraoculares de cada olho, com o objetivo de mover a zona nula excêntrica para a posição primária do olhar, mas tal cirurgia é provavelmente realizada por uma minoria de oftalmologistas.

O objetivo deste trabalho é apresentar a gestão cirúrgica e funcional de dois pacientes jovens com nistagmo congénito e posição anómala da cabeça (PAC), resultando num bom e estável resultado estético e funcional, com melhoria na acuidade visual.

## METODOLOGIA

Relato de casos de dois pacientes submetidos a cirurgia de nistagmo para correção da posição anómala da cabeça - **cifras majoradas de Kestambaum**.

A avaliação pré-operatória inclui exame oftalmológico e ortóptico completo assim como estudo eletrofisiológico e de neuro-imagem de forma a excluir patologia sistémica como causa do nistagmo.

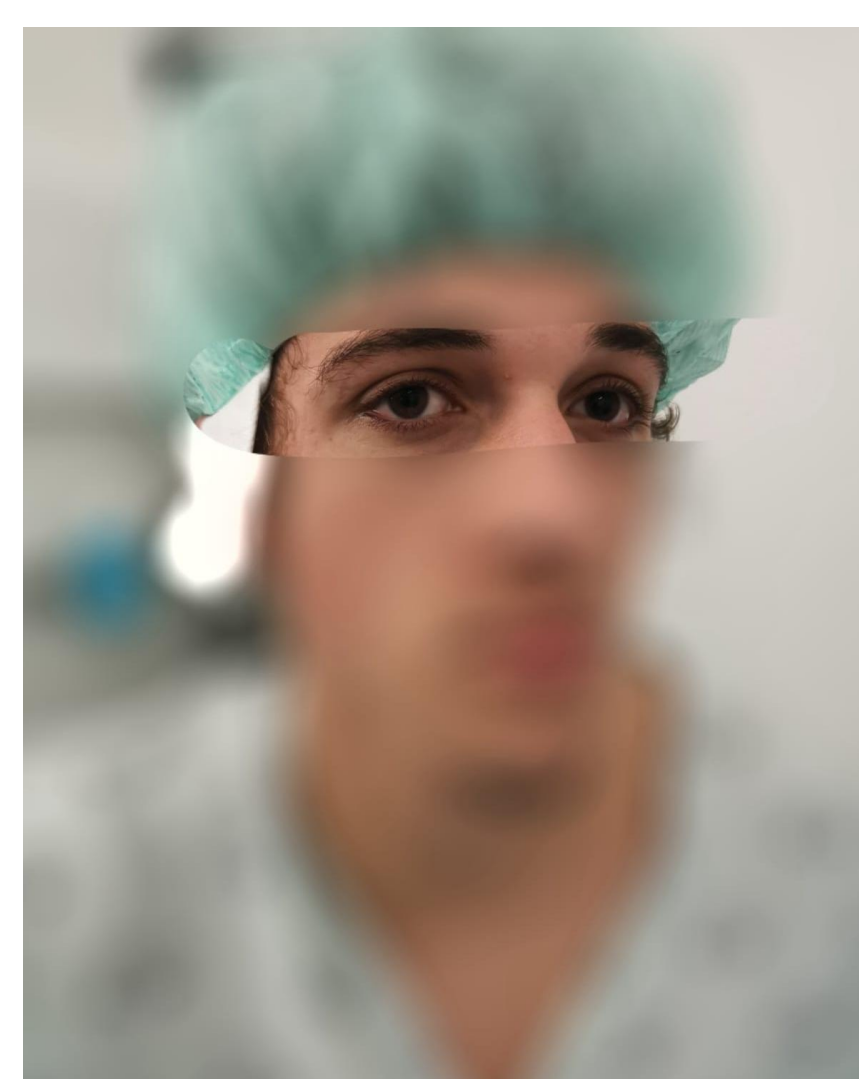
## DISCUSSÃO / CONCLUSÃO

O nistagmo é definido como oscilações rítmicas involuntárias dos olhos, com uma prevalência estimada de aproximadamente 2,4 em 1000 indivíduos. Essa condição está frequentemente associada a um estigma social negativo e a uma redução da acuidade visual. Uma das manifestações clínicas do nistagmo em crianças é a postura anómala da cabeça, que ocorre devido à busca de uma "zona nula" de fixação — posição ocular onde a intensidade do nistagmo é mínima e a visão é otimizada. A postura anómala pode incluir desvios como torção facial, elevação ou depressão do queixo e inclinação da cabeça.

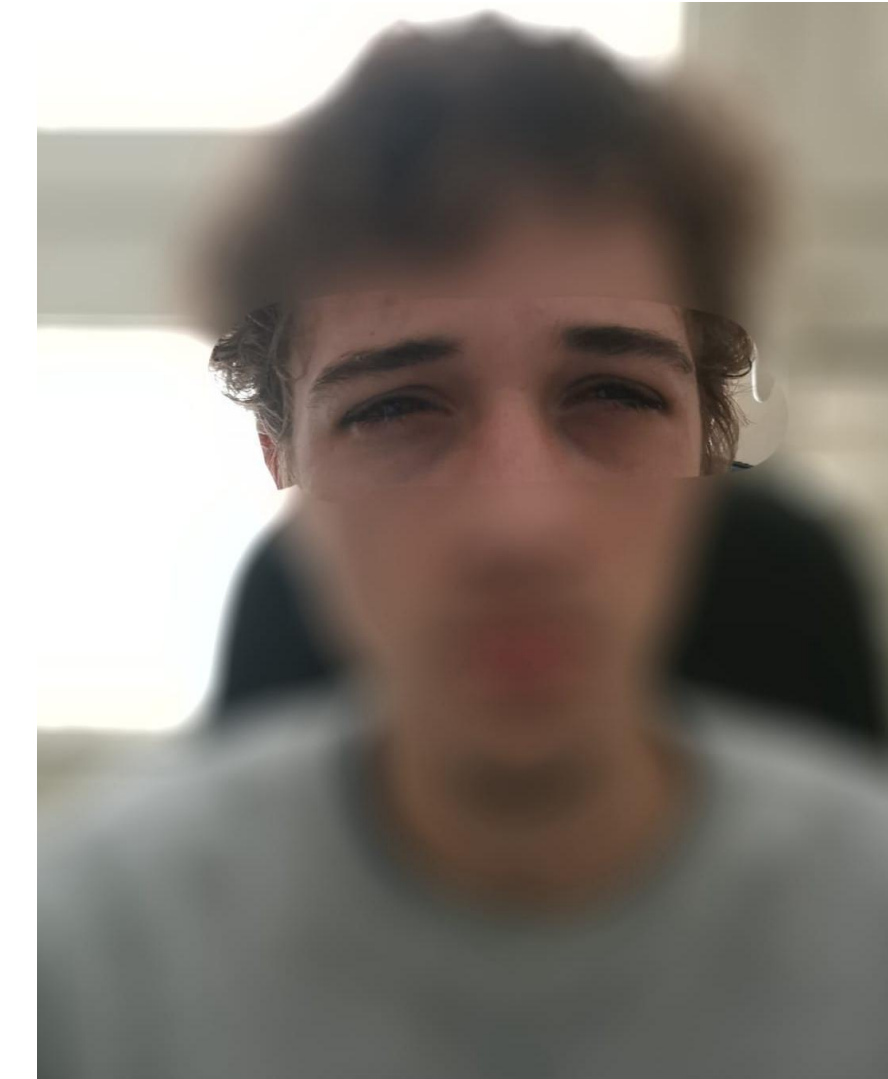
O tratamento cirúrgico do nistagmo com postura compensatória visa dois princípios fundamentais: imobilização e realocação dos olhos. As técnicas de imobilização têm como objetivo reduzir a eficiência muscular e, conseqüentemente, diminuir a intensidade do nistagmo. No entanto, esses procedimentos têm uma eficácia imprevisível e são indicados apenas na ausência de mecanismos compensatórios. Já as técnicas de realocação, inicialmente propostas por Kestenbaum e Anderson, visam reposicionar os olhos de uma posição excêntrica para a posição primária, especialmente em pacientes com desvios compensatórios.

Embora o tratamento conservador seja frequentemente adotado em crianças, a cirurgia pode proporcionar benefícios significativos. É essencial que os pais sejam devidamente orientados para gerenciar as expectativas quanto aos resultados do procedimento, levando em consideração as limitações e as possíveis complicações.

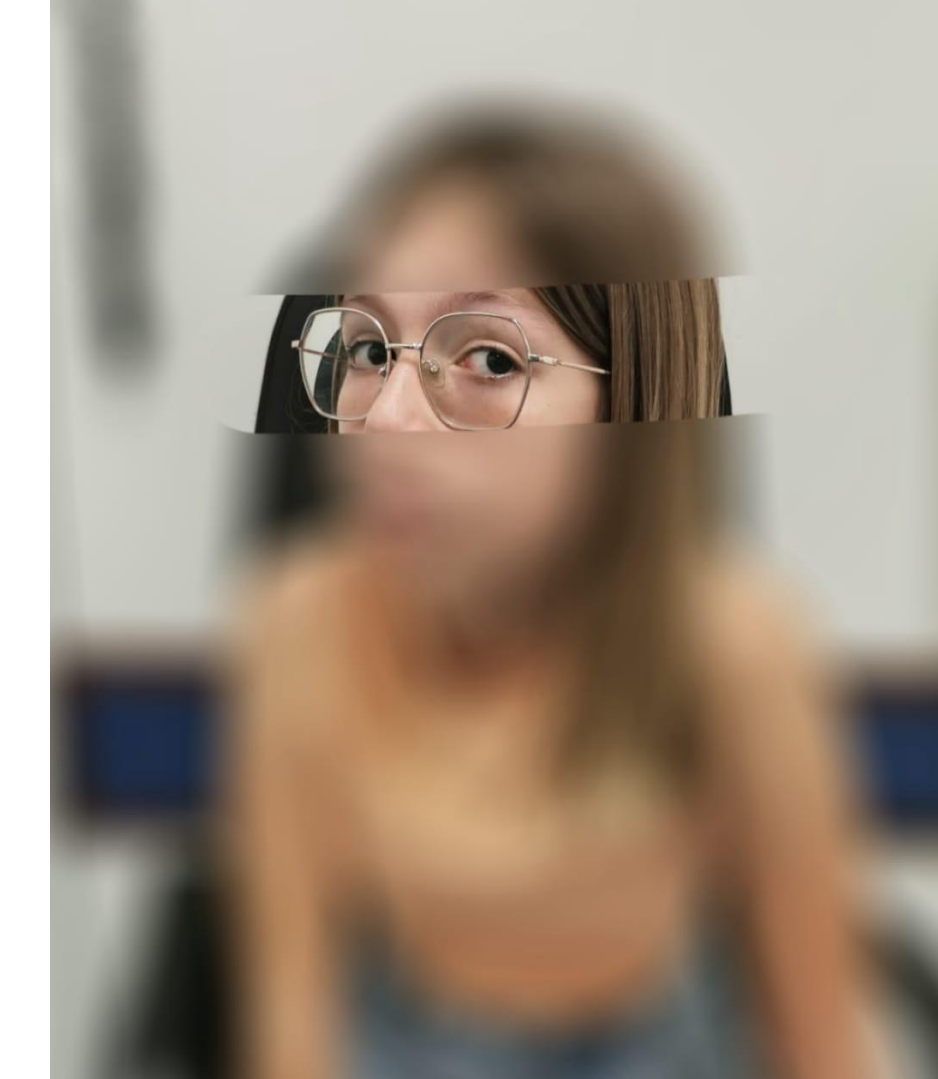
	Caso 1	Caso 2
<b>História Clínica</b>	Masculino, 15 anos. Sem historial de nistagmo ou outros problemas oftalmológicos.	Feminino, 14 anos. Tio e avô com nistagmo e historial de alta miopia na família.
<b>Exames Eletrofisiológicos</b>	ERG e PEV sem alterações.	
<b>Ressonância Magnética</b>	Sem alterações.	
<b>Fundoscopia</b>	Sem alterações.	
<b>OCT</b>	Declive foveal mantido e CFN sem alterações.	
<b>PAC/Gioniometria</b>	Rotação à esquerda 18° com olhar em dextroversão.	Rotação à direita 30° e olhos em levoversão.
<b>Refração e AV</b>	OD (plano): 0,5 + OE (plano): 0,4	OD (-2,50 -4,00 *20): 0,5 OE (-3,25 -4,50 *0): 0,5
<b>Equilíbrio Oculomotor</b>	Ortoforia	
<b>Funções Binoculares</b>	Fusão pp e pl Estereopsia: 200"	Fusão pp e pl Estereopsia: 63"
<b>Plano Operatório</b>	OD: Enfraquecimento RL 8,5 mm + Reforço RM 7,5 mm. OE: Enfraquecimento RM 6 mm + Reforço RL 9,5 mm.	OD: Enfraquecimento RM 6,5 mm + Reforço RL 10,5 mm. OE: Enfraquecimento RL 9 mm + Reforço RM 8 mm.
<b>Avaliação Pós- Operatória</b>		
<b>PAC</b>	Sem PAC	
<b>AV</b>	0,8	



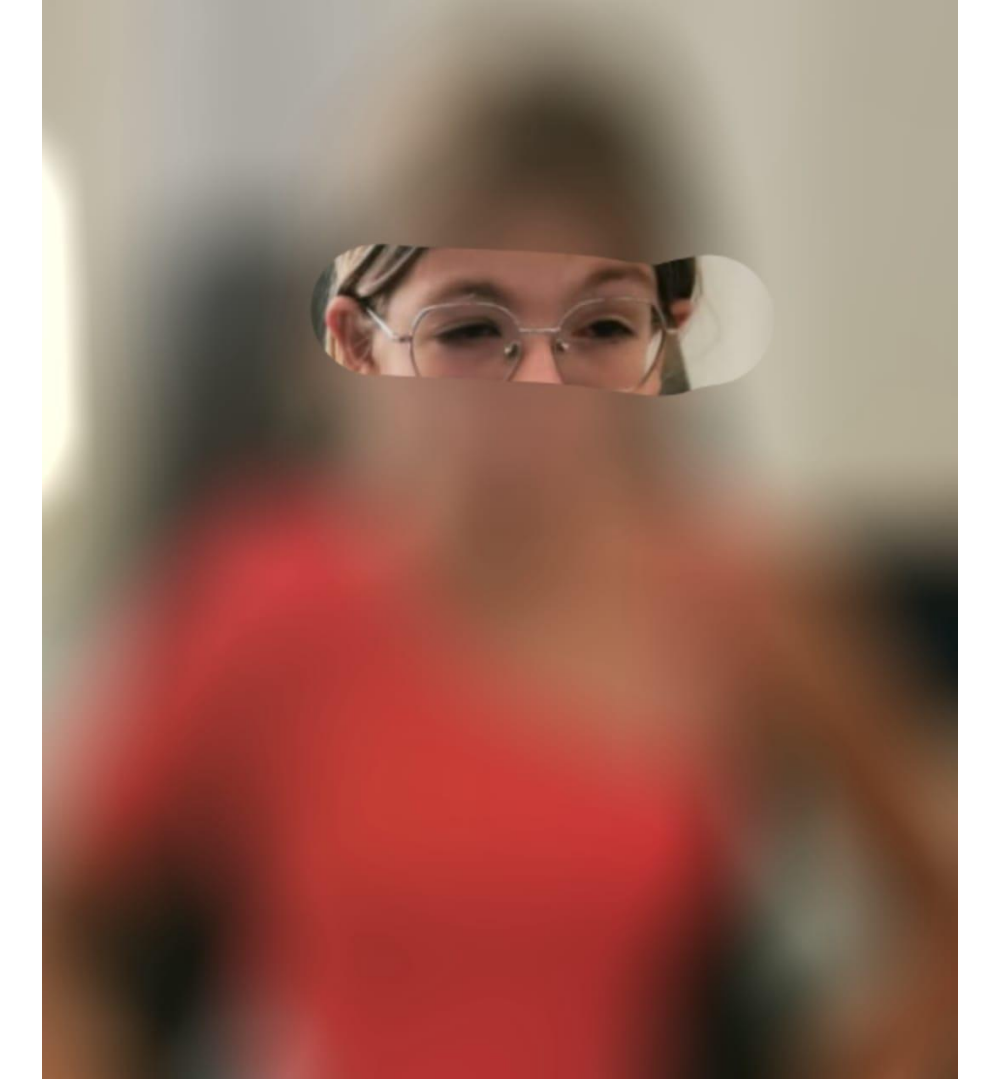
Caso 1 - Pré-Operatório



Caso 1 - Pós-Operatório



Caso 2 - Pré-Operatório



Caso 2 - Pós-Operatório

## CONFLITOS DE INTERESES

Os autores declaram a não existência de conflitos de interesses com a apresentação deste trabalho

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A elaboração deste trabalho seguiu em todas as etapas todas as recomendações para as boas praticas em investigação clínica. Os participantes consentiram o uso dos seus dados para uso de investigação e educação médica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

