

Dando aulas, ou, do direito de apresentar a sua experiência..., não sendo “professor”

Apesar de não me considerar *polemista*, não posso deixar de externar a minha posição pessoal e da sociedade que presido, a SBAO - Sociedade Brasileira de Administração em Oftalmologia, perante as afirmativas publicadas pelo editorial e cartas ao editor nos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia 2001;64:377.

A título de esclarecimento existem na SBAO as seguintes categorias de *participantes* nos eventos desta sociedade:

- *Sócios*: pagam anuidade e inscrição com desconto nos eventos.
- *Não sócios*: pagamento integral do valor do congresso.
- *Outros profissionais da saúde*: preço especial ou diferenciado.
- *Convidados especiais*: isentos de cobrança, geralmente técnicos e especialistas em outras áreas, que não a médica.

Portanto a participação no programa é bem definida. Os *convites* são bem definidos e claros, todas as categorias podem apresentar as suas experiências em forma de tribuna livre, cursos, workshops e *nenhum palestrante* paga para apresentar seu trabalho. Nenhum palestrante é convidado sem o *aviso prévio* de ser necessário pertencer a uma das categorias supracitadas. Alguns *professores*, que dão aulas e não *vendem*, aceitam participar, ver seus nomes incluídos na programação... e ficam ofendidos pela *indelicadeza* da cobrança apesar do prévio aviso, não percebendo o constrangimento desnecessário que causam na secretaria.

Há mais de 20 anos frequentando congressos internacionais de respeito como ASCRS - American Society of Cataract and Refractive Surgery, ESCRS - European Society of Cataract and Refractive Surgeons, ISRS - International Society of Refractive Surgery, onde a inscrição é obrigatória... ainda

que convidado. Não vejo outra forma de gerir uma sociedade. Por acaso nestes eventos, os Drs... que o frequentam, será que não auxiliam, estas sociedades a resolver seus problemas? Os Drs. não utilizam estes espaços, pagos previamente, para *promoção pessoal*, cooperando assim para *retrocesso da ciência*? Em tempo: foram nestas sociedades que as lentes intra-oculares foram descritas pela primeira vez, assim como as primeiras cirurgias refrativas... que revolucionaram a nossa especialidade.

Para administrar uma sociedade médica em benefício da coletividade é necessário escutar *todas as verdades*, desde os membros do meio acadêmico até aqueles que servem à coletividade com o melhor da sua formação. O corporativismo, às vezes inconseqüente, que grassa em certas sociedades médicas e meios acadêmicos, não permitem que nossas sociedades sejam *economicamente independente*, para cumprirem a sua missão, dependendo de favores de laboratórios e similares... que em breve poderão ser os verdadeiros donos das sociedades.

Quando for honrado com convites, gostaria de ser isentado de inscrição, ter as despesas de transporte pagas e de hospedagem também... e ainda receber por todos os dias não trabalhados. Enquanto isto não acontece..., continuo a prestigiar com a minha inscrição, esperando ter o retorno do meu investimento.

A polêmica está aberta e nada mais educativo e altruístico que discuti-la de forma democrática. Não podemos esquecer que o verdadeiro professor é aquele que ensina, que passa as suas experiências positivas e negativas ou que contribui com trabalhos de forma cientificamente correta, aquele professor que dá o exemplo de vida, de postura ética perante a sociedade como um todo e perante a sua profissão.

Dr. Virgílio Centurion
Presidente SBAO

Senhor Editor:

Li o artigo "Paresia bilateral assimétrica do nervo troclear associada à trombose de seio transversos pós otite - relato de caso" e gostaria de fazer algumas considerações.

Procuramos no texto as ilustrações que seriam necessárias para completar a descrição e não encontramos a arteriografia que o artigo menciona nem as fotos demonstrativas dos desvios oculares antes e depois da cura. Da leitura do texto e ao estudar a literatura pertinente encontramos subsídios para rejeitar o diagnóstico de paresia dupla do nervo troclear. A primeira questão que pode ser levantada refere-se ao exame dos desvios quando a manobra de Bielchowsky é positiva apenas na inclinação para o ombro direito e ausente na do ombro esquerdo. Isso poderia significar que a paresia troclear existe apenas no OD e não no OE. Os autores justificam esse achado como devido à paresia inibicional de Chavasse.

Outro fato importante é a etiopatogenia das paresias duplas de oblíquo superior. A maioria das paresias duplas de IV par ocorre em traumas fechados do crânio⁽¹⁾. O trauma fechado é a causa mais freqüente da literatura⁽²⁾ mas pode ocorrer também na hidrocefalia⁽³⁾ ou nos hematomas localizados na região dos pedúnculos cerebrais⁽⁴⁾. Devemos lembrar que na hidrocefalia bem como nos hematomas a presença de dupla paralisia dos nervos trocleares é um sinal de localização por compressão da área do tronco em que ocorre o cruzamento dos dois nervos, compressão esta que pode ocorrer por um aqueduto Silviano dilatado ou por pressão de um III Ventrículo aumentado. Por isso a dupla paralisia troclear é via de regra indicativa de lesão da linha média.

Por outro lado as lesões do nervo troclear associadas a comprometimento do seio transversos são mais localizadas, geralmente unilaterais e que tem origem otogênica freqüente⁽⁵⁾ ou traumática⁽⁶⁾. Nesse caso as lesões são laterais à linha média e para serem bilaterais seria de se esperar que a origem fosse um processo bilateral.

Esperando que nossas observações sejam interpretadas como construtivas e que busquemos apenas o esclarecimento melhor da matéria, apresentamos nossas.

Saudações

Dr. Maurício Brik

REFERÊNCIAS

1. Schultz E. Eye muscle surgery in persistent bilateral trochlear paralysis and concomitant Brown phenomenon after indirect craniocerebral trauma. *Ophthalmology* 1999;96:731-5.
2. Brazis PW. Palsies of the trochlear nerve: diagnosis and localization recent concept. *May Clin Proc* 1993;68:501-9.
3. Guy JR, Friedman WF, Mickle JP. Bilateral trochlear paresis in hydrocephalus J. *Neuroophthalmol* 1989;9:105-11.
4. Dussaux P, Plas J, Brion S. Bilateral paresis of the superior oblique muscle caused by hematoma of the mesencephalic tegmentum. *Ref Neurol (Paris)* 1990;146:45-7.
5. See KC, Huon JL, Tan HK. Otogenic lateral sinus thrombosis - a case report. *Ann Acad Med Singapore* 2000;29:755-6.
6. Brors D, Schafers M, Schick B, Dazert S, Kraf W, Kahle G. Sinusoid and transverse sinus thrombosis after closed head injury presenting with unilateral hearing loss. *Neuroradiology* 2000;43:1446.

Resposta da “Carta ao Editor” do Dr. Maurício Brik

Curitiba, 10 de novembro de 2001
Prezado Dr. Maurício Brik,

Agradeço as críticas relacionadas ao relato de caso “Paresia bilateral assimétrica de nervo troclear associada a trombose de seio transversal pós-otite” vol. 64, nº 2, 2001 e gostaria de fazer alguns esclarecimentos. Em relação ao item de trabalho retrospectivo, não acredito haver outra maneira de relatar um caso de forma diferente da qual foi realizado em nosso trabalho. Quanto ao mérito dos Arquivos aceitar com reservas este tipo de trabalho, creio que esta conceituada revista possui um quadro de revisores com reconhecimento científico nacional e que a eles confia a aceitação ou não a publicação de um trabalho.

Em relação a sua colocação de que “Não há nenhuma certeza de que os métodos de exame foram os mesmos em todos os casos, principalmente quando separados por muito tempo e realizados por diferentes examinadores” tenho a esclarecer que nosso relato se refere a um único caso e portanto o método de exame foi único, uma vez que só existe um paciente. Este paciente foi examinado pela equipe da Otorrinolaringologia, Neurologia e Oftalmologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em um período de três meses, tendo sido sempre examinado pelos mesmos profissionais de cada equipe.

Pela Oftalmologia o seguimento deste paciente foi de 6 meses, quando então recebeu alta médica deste serviço.

Considerando sua colocação de que possivelmente o diagnóstico correto não seja de paresia bilateral do IV par, e sendo a responsável pelo exame de motilidade ocular deste paciente, continuo propondo a “Paresia bilateral assimétrica de nervo troclear” como o diagnóstico para este caso, baseada nos dados de exame descritos no trabalho. Continuo também considerando a paresia inibicional de Chavasse como possibilidade para o sinal de Bielchowsky ser negativo à esquerda, consideração também proposta pela literatura mencionada nas referências bibliográficas, em quadro clínico semelhante.

Para encerrar gostaria de esclarecer que com o disquete original contendo o texto do trabalho foi enviado como anexo todas as fotos do exame de motilidade ocular extrínseca, assim como a arteriografia do paciente, as quais não foram publicadas no trabalho original por razões inerentes aos ABO e creio que possivelmente serão publicadas em um próximo número.

*Atenciosamente,
Ana Tereza Ramos Moreira*

Nota Editorial

As ilustrações fotográficas apenas confirmam o que foi adiantado pelas medidas do desvio (Tabela publicada), enquanto com referência ao conjunto de arteriografias, a autora principal solicitou prazo para selecionar a imagem mais demonstrativa. A figura deve ser então publicada em nosso próximo número.

De qualquer modo, a peculiaridade mais interessante do caso deixou de ser explorada: a de como uma perfuração da membrana timpânica do ouvido **direito**, com otite média desse lado, estaria relacionada à trombose do seio transversal à

esquerda, com paresia facial central à direita (área relativamente distante do seio), mas sem outras manifestações motoras, além da paresia (pelo menos mais intensa) do oblíquo superior **direito** (já que a inervação desse músculo provém do núcleo contralateral). De fato, o comprometimento (principal) do OSD tanto poderia estar à esquerda, junto ao seu núcleo motor (contralateral) como à direita, após a decussação das fibras nervosas, cabendo a discussão sobre as possíveis relações topográficas. Além disso, mais lógico e provável seria encontrar-se uma trombose do seio transversal ipsilateral (à direita).