

ESOTROPIAS CONGÊNITAS POR BLOQUEIO DE NISTAGMO. ASPECTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS *

Mauricio Brik

A classificação dos estrabismos segundo Chavasse continua nos dias de hoje a servir como orientação para o estudo das esotropias. (1).

Em muitos casos no entanto a separação dos estrabismos convergentes em dois grupos, acomodativo e motor, não consegue explicar todos os fenômenos. O quadro clássico de esotropia congênita com limitação bilateral de abdução, alternante, que fixa com o olho direito objetos situados no campo esquerdo da mirada e vice-versa é um destes.

O ponto de vista tradicional mantém que estas esotropias, puramente motoras são tributárias de cirurgia precoce. Citamos a estatística de Ing. e Colaboradores que aconselha o retrocesso bi-medial antes de 18 meses de idade por considerar o processo como dependente totalmente de paralisia bilateral de reto lateral (2).

A indicação generalizada de cirurgia precoce bi-medial parece indicar uma tendência entre os oftalmologistas de que os retos médios são os músculos fundamentalmente comprometidos e que há uma paralisia ou paresia bilateral de abdução.

Um comprometimento bilateral de abdutores é um fato de difícil aceitação em bases anatômicas. Por outro lado, esta pseudo-paralisia de abdução desaparece sob anestesia geral.

Em 1962, Cuppers mencionou a necessidade de cirurgia precoce para alguns casos de hiperconvergência devida à uma posição de bloqueio de nistagmo síndrome com frequência ignorada e confundida com paralisia dos dois retos laterais (3).

Em 1972, Cuppers e Adelstein publicaram extenso trabalho sobre o tratamento cirúrgico do nistagmo e como indicação precisa apontam a síndrome do bloqueio do nistagmo no lactente onde a cirurgia visa a supressão parcial ou total do nistagmo bilateral em adução, mecanismo de compensação puramente motor (4).

Apesar de apresentar uma base anatômica e fisiológica mais sólida já que o processo envolvido seria supra-nuclear e portanto mais lógico ao explicar bilateralidade do problema o diagnóstico do bloqueio de nistagmo não foi feito com muita frequência até 1976 porque o conceito prevalente era de que a entidade era muito rara não atingindo a mais de 5% das esotropias. Os trabalhos de Queré, em 1976, baseados em estudos eletro-oculográficos vie-

ram demonstrar que o bloqueio de nistagmo compreende 50% das esotropias (5).

O diagnóstico da síndrome de bloqueio de nistagmo em convergência forçada poderia ser feito com frequência maior se os casos de pseudo-paralisia de abdução uni ou bilaterais forem computados e se o estudo EOG for feito com maior frequência. Por outro lado, o desaparecimento do estrabismo sob anestesia geral constitui-se num elemento de certeza diagnóstica, da mesma forma que o reaparecimento do desvio com a superficialização, retorno esse precedido de sacudidas nistágmicas.

A diferenciação do bloqueio do nistagmo de esotropias verdadeiramente motoras tem importância terapêutica pois uma cirurgia enfraquecedora sobre um reto medial não age sobre o mecanismo de bloqueio. Um retrocesso bi-medial, por exemplo, diminui a força de ação do músculo mas não abole a convergência. A cirurgia preconizada por Cuppers para os bloqueios congênitos de nistagmo em hiperconvergência é a chamada "Faden-operation" ou cirurgia do fio que elimina a rotação do globo e a hiperconvergência sem alterar a força da contração muscular.

O Eletro-oculograma é uma peça fundamental para o diagnóstico, porém sua realização em pacientes com menos de 4 anos é impossível. A colocação de eletrodos cutâneos alarma as crianças pequenas e é praticamente impossível mantê-las sem deglutir ou contrair músculos faciais que alteram os traçados e diminuem a sua confiabilidade. Mesmo em crianças maiores não conseguimos despertar movimentos de perseguição suave perfeitos e temos de nos contentar com os movimentos sacádicos e com o nistagmo optocinético.

Os traçados do EOG permitem a diferenciação entre as paralisias e as hiperações motoras de bloqueio. Nas paralisias oculo-motoras há diminuição da amplitude do traçado do olho parético independentemente do olho fixador. Nos problemas de bloqueio observamos o que Queré designa por dissinergias onde há diminuição da amplitude do olho ocluído. Esta diferença é simétrica nos casos alternantes ou assimétrica nos casos unilaterais (6).

Como o bloqueio do nistagmo exige hiperconvergência, o ângulo do estrabismo é geralmente muito grande. O diagnóstico clínico servirá portanto em quase todos os casos para orientar o cirurgião por ocasião

* Trabalho apresentado ao XIX Congresso Brasileiro de Oftalmologia (1977 — Rio de Janeiro).

da indicação de técnica a ser usada.

Fundamentalmente podemos suspeitar de bloqueio de nistagmo em todos os casos de aparecimento co-natal ou muito precoce que apresentam:

- 1) nistagmo horizontal em abdução
- 2) esotropia congênita uni ou bilateral com ângulo maior de 20 dioptrias.
- 3) Limitação uni ou bilateral de retos laterais (pseudo paralisia de abdução)
- 4) Desaparecimento do ângulo de estrabismo sob anestesia geral profunda e reaparecimento do ângulo com a superficialização.

Outros dados clínicos podem vir associados como por exemplo hiperação de pequenos oblíquos em adução. A coexistência de "upshooting" do globo em adução não invalida o diagnóstico e não representa necessariamente uma alteração primária de grande oblíquo, secundariamente gerando hiperação de pequeno oblíquo.

A esotropia congênita por bloqueio de nistagmo é tributária de cirurgia adequada. Cüppers propôs a cirurgia do fio como uma correção cirúrgica através de mudanças conhecidas e previstas do arco de contacto criando uma segunda inserção do músculo situada atrás do equador (7).

O mecanismo de ação de uma inserção retro-equatorial se baseia no princípio de que a força muscular para um determinado movimento é diretamente proporcional ao afastamento do arco de contacto com o globo.

Numa cirurgia convencional de enfraquecimento de um músculo a reinserção do mesmo num ponto anterior ao equador mantém o mesmo arco de contacto. A diminuição do comprimento do músculo se traduz por uma redução de sua força motora ao mesmo tempo que sua contração embora mais fraca continua a determinar a rotação do globo.

Na cirurgia do fio a fixação retro-equatorial não reduz o comprimento do músculo conservando-lhe a potência contrátil e com ela os mecanismos centrais diretamente relacionados como a hiperconvergência, mas como o arco de contacto é outro o eixo ocular relacionado com o músculo passa a ser traçonado em sua própria direção e a rotação é nula. A contração muscular a esse nível consegue apenas exercer tração perpendicular ao ponto em que termina o contacto (figs. 1, 2 e 3).

Conservada a convergência e particularmente a hiperconvergência o nistagmo se bloqueia mas o globo não gira e o estrabismo, teoricamente, se corrige.

A técnica cirúrgica é simples. Queré aconselha a aplicação da sutura a 12 mms. da inserção do reto medio utilizando fio de mersilene. A abertura da conjuntiva e cápsula de Tenon obedece aos mesmos passos que para a cirurgia convencional. O fio de Dacron 4/0 substitue o mersilene pois não se reabsorve também. A associação de retrocesso de reto medio à fixação retro-equatorial deve ser indicada em todos os pacientes com mais de 4 anos e num segundo tempo a cirurgia deve visar os retos laterais (7).

RESUMO

O diagnóstico de bloqueio de nistagmo em hiperconvergência deve ser lembrado em todos os casos de esotropia congênita com pseudo-paralisia de abdução, nistagmo horizontal em abdução, ângulo grande, geralmente maior de 20 dioptrias e desaparecimento do estrabismo sob anestesia geral. A ocorrência destas formas de esotropia pode atingir 50 por cento de todo o grupo. Para estes casos a cirurgia indicada é a operação do fio de Cüppers porque anula a rotação do globo conservando a contração e potência normal do músculo.

SUMMARY

Fifty percent of all esotropias may fall within the group of nystagmus blockage syndrome. Congenital esotropias of a very large angle with bilateral pseudo-paralysis of abduction are certainly some of these, particularly if the angle of deviation disappears under general anaesthesia. The so-called «Faden-operation» is the treatment of choice for such cases as it allows normal contraction of both medial recti while the eye remains static.

REFERÊNCIAS

1. CHAVASSE, F. B. — In Worth's Squint, 7th Ed. London, 1939.
2. ING, M., COSTANBADER, F. D., PARKS, M. M. and ALBERT, D. G. — Early Surgery for Congenital Esotropia. Amer. J. Ophthal. 61: 1419-1427 1966.
3. CÜPPERS, C. — Contribución a la terapia operatoria del estrabismo. Arch. Soc. Oftal. Hisp. Amer. 22: 327-335, 1962.
4. CÜPPERS, C. y ADELSTEIN, F. E. — Posibilidades de tratamiento quirúrgico del nistagmus. Arch. Soc. Oftal. Esp. 32: 207-222, 1972.
5. QUERÉ, M. A., CLERGEAU, G., FONTANAILLE, N., GOUZAY, A., SPIELMANN, A. et LLEDO, M. — Les Syndromes de Blocage dans les Strabismes Infantiles. 1e partie. Ann. Oculist. 209: 339-349, 1976.
6. QUERÉ, M. A., CLERGEAU, G., FONTAILLE, N. et GOURAY, A. — Les Syndromes de Blocage dans les Strabismes Infantiles. 2e partie. Ann. Oculist. 209: 417-433 1976.
7. QUERÉ, M. A., CLERGEAU, G., FONTANAILLE, N. et GOURAY, A. — Les Syndromes de Blocage dans les Strabismes Infantiles, 3e partie. Ann. Oculist. 209: 483-500, 1976.