

Os exodesvios e algumas controvérsias

José Belmiro de Castro Moreira *

Encontramos nos livros de texto algumas afirmações que são transmitidas e repetidas automaticamente e uniformemente por todos os estrabologistas, com raras exceções, e que, com o tempo, transformam-se em dogmas cristalinos.

Assim encontramos em 1887, a afirmação de Landolt na qual "a maioria dos doentes portadores de estrabismo divergente apresentam ao mesmo tempo miopia" e que "a divergência relativa vai se transformar em um estrabismo divergente absoluto". Ainda refere Landolt e Horner que o estrabismo divergente era encontrado na "primeira infância", o que em 1939 Chavasse no seu livro continua afirmando.

Essas asserções se mantêm até hoje Nas duas últimas publicações sobre estrabismo, os livros de Lang e Bérard, editados em 1981 e 82, repetem as mesmas afirmações.

A literatura refere que os exodesvios são mais frequentes nas mulheres (70%) do que nos homens. No total de doentes a relação é de 4 endodesvios para 1 exodesvio. A ambliopia é menos freqüente nos exodesvios sue nos endodesvios. É comum a passagem de uma exoforia para uma exotropia intermitente e desta para a constante. É freqüente a associação dos exodesvios com os desvios verticais (60%), sendo o seu aparecimento geralmente relatado após os 2 anos de idade.

Duane classificou os exodesvios em três tipos: básico, por insuficiência de convergência e por excesso de divergência. O pseudo-excesso de divergência nada mais é que um desvio básico com relação CA/A alta. No básico a relação CA/A é normal, no excesso ela é alta e no tipo insuficiência de convergência ela é baixa. Esta classificação persiste até hoje e se mantêm real. Nós, da Escola Paulista de Medicina, adotamos essa classificação, pois ela tem um grande interesse clínico-cirúrgico e é uma classificação que se assenta em um conceito dinâmico.

Com esses conceitos adquiridos, nos quais acreditávamos verdadeiramente, fizemos um levantamento do nosso fichário na Escola Paulista de Medicina e fomos analisar os resultados. Assim escolhemos 100 observações clínicas seqüentes de portadores de exotropia constante, 50 de intermitente e 25 de microtropia. Todas as escolhas foram aleatórias e seqüenciais.

Nas 100 observações clínicas com o diagnóstico de exotropia constante encontramos: 96 básicas, das quais 3 eram de pseudo-excesso, 3 de insuficiência de convergência e 1 de excesso de divergência verdadeiro.

Nas 50 observações de exotropia intermitente encontramos: 62% de básicos, sendo 9,7% de pseudo-excesso, 22% de excesso de divergência e 16% de insuficiência de convergência.

Comparando-se os dados obtidos vemos que o desvio básico é o mais freqüente nos dois tipos, sendo a quase totalidade das exotropias constantes. Ao passo que nos intermitentes, os tipos excesso de divergência e insuficiência de convergência têm uma incidência mais significativa. Das 25 observações clínicas de exomicrotropia encontramos 16% de micro puras, pois os 84% restantes eram micro consecutivas a exotropias (33%), a endotropias (62%) e a hipertropias (5%). Nas exomicrotropias puras encontramos apenas a metade (8%) com ambliopia.

Realmente as exomicrotropias puras ou primárias são muito pouco freqüentes.

Excluindo as exomicrotropias, porque a sua grande maioria é consecutiva, nas 150 observações clínicas de exotropias encontramos uma preponderância pequena no sexo feminino como nos informa a literatura (70%).

Ao analisarmos as 96 fichas de exotropia constante básica obtivemos os seguintes resultados. Quanto ao desvio, encontramos a maioria dos pacientes (49%) com desvios médios, entre 20 a 35. Seguiram-se os desvios maiores que 35 (34%), entre eles encontramos pacientes com ângulos de desvio enormes, atingindo 80Δ e 98Δ. A minoria (16%) foi de desvios pequenos, entre 10Δ e 20Δ. Logo, na nossa experiência os desvios básicos constantes são raramente pequenos e portanto não passam despercebidos.

A exotropia por pseudo-excesso de divergência, tão enaltecida e enfatizada por muitos autores, foi de incidência muito pequena (3%), não sendo significativa.

A literatura refere que o aparecimento da exotropia se dá após os 2 anos de idade, pois que, sempre se desenvolve de uma exoforia descompensada, daí o seu aparecimento tardio. Nas 96 observações de exotropia

* Professor Adjunto da Escola Paulista de Medicina. Chefe da Disciplina de Oftalmologia.

básica com ângulo de desvio inconfundível para o leigo, foram referidos por 57% dos pacientes que o desvio se manifestou antes dos 2 anos de idade, sendo que 32% referiram no nascimento. A literatura refere que 60% das exotropias se associam as hipertropias. Nas exotropias constantes básicas encontramos essa associação em 35.5%, ao passo que nos intermitentes foi de 32.2% portanto bem mais baixa que o consenso dos diferentes autores.

A associação das exotropias com as inconcomitâncias alfabéticas em A (1%) e V (4%) foi extremamente baixa

Para surpresa nossa encontramos uma incidência bem elevada de ambliopia nas exotropias básicas constantes (35%), assim subdivididas: estrábica 16%, anisométrica 6%, das altas ametropias 4%, orgânicas 23%, sendo destas 3% bilaterais, 2% por nistagmo e 4% por paralisia do III.º par.

A incidência dos desvios consecutivos nessas exotropias básicas foi de 13%.

Encontramos entre os desvios secundários (16%) as paralisias cerebrais como causa principal (4%), seguidas da paralisia de III.º par 4%, meningite 2%, ptose congênita 2%, paralisia motora 1% e afacia 1%.

Nas exotropias por insuficiência de convergência (3%) encontramos 2% de desvios entre 20Δ a 35Δ e 1% maior que 35Δ. A ambliopia apareceu em 2% e o desvio iniciou-se ao nascimento em 2%.

Já na exotropia por excesso de divergência houve somente um caso, no qual o paciente refere que o desvio apareceu desde o nascimento.

Os resultados nos desvios intermitentes básicos (62%) foram os seguintes quanto ao desvio: 22,6% de 10Δ a 20Δ, 74,2% de 20Δ a 35Δ e 3,2% maiores que 35Δ. Como vemos aqui os desvios menores e médios perfizeram a grande maioria, como seria lógico se esperar. O pseudo-excesso teve uma incidência maior (9,7%) que no constante (3%). Já os desvios consecutivos diminuíram pela metade (6,5%) e a ambliopia que era alta nos constantes (35%) passou a 9,7% nos intermitentes. Também encontramos uma incidência significativa da paralisia cerebral nos desvios secundários intermitentes (3,2%).

Nas exotropias intermitentes por excesso de divergência (22%) encontramos 90,9% de desvios médios (20Δ a 35Δ) e 9,1% de desvios grandes (maiores que 35Δ). Associados a hipertropia encontramos 18,2% e 9,1% de anisotropias em V. O aparecimento antes dos 2 anos de idade foi referido por 54,5% dos pacientes, sendo 27,2% ao nascimento.

Finalmente, nos 16% de exotropia intermitente por insuficiência de convergência encontramos 50% dos pacientes sem movimento ao teste do cobrimento ocular e 37,5% com desvios intermitentes menores que 15Δ.

Sómente 12,5% desses pacientes apresentavam desvios maiores que 25Δ. Apresentavam associação com hipertropia 25% dos pacientes, como também 25% tinham anisotropia em V. Referiram aparecimento do desvio antes dos 2 anos de idade 12,5%.

Frente aos dados já referidos e comentados chegamos as conclusões seguintes:

1. A exotropia básica é a mais frequente (96% das constantes e 62% das intermitentes), apresentando ângulo de desvio médio de 20Δ a 35Δ, sendo 49% nas constantes e 74,2% nas intermitentes.

2. A ambliopia nas exotropias constantes tem valor significativo (35%).

3. Os exodesvios são de aparecimento precoce: 57% no básico constante e 54,5% no excesso intermitente.

4. A incidência de pseudo excesso não é significativa (3% nos constantes e 9,7% nos intermitentes), como enfatizam muitos autores.

5. Os desvios verticais associados são frequentes. 35,5% nos constantes básicos, 32,2% nos intermitentes básicos, 18,2% nos intermitentes por excesso e 25% nos intermitentes por insuficiência de convergência, mas menos frequentes que a referida pelos diferentes autores (60%).

6. As inconcomitâncias alfabéticas em A são pouco encontradas (constante básico 1% enquanto que as em V são mais frequentes (constante básico 4%, excesso intermitente 9,1% e na insuficiência de convergência intermitente 25%). É consenso dos autores que o A seja mais encontrado.

7. Na nossa experiência, as paralisias cerebrais são a causa mais comum dos exodesvios secundários.

8. Os exodesvios consecutivos aparecem em percentual baixo, nos básicos constantes em 13% e nos intermitentes 6,5%.

RESUMO

O autor conceitua os exodesvios segundo os conceitos unânimes encontrados na literatura desde Landolt e Chavasse. Apresenta um levantamento de 150 pacientes com exodesvios, escolhidos aleatoriamente do fichário da Escola Paulista de Medicina. Os resultados levam a algumas conclusões contraditórias a literatura.

SUMMARY

The author make a literature revision and present the universal definition of exotropies. He make a screening of 150 observations with aleatory chosen from Escola Paulista de Medicina. He presents the results and some contradictory conclusions with the literature.

BIBLIOGRAFIA

- BERARD, P. V. — Leçons de Strabologie Clinique. Diffusion Maloine. Paris. 1982.
CHAVASSE, F. B. — Worth's Squint. Bailliere, Tindall, Cox. Londres, 1939.
DE WECKER, L. & LANDOLT, E. — Traité Complet D'Ophthalmologie. Adrien Delahaye e Emile Lecrosnier. Paris. 3: 902, 1887.
DUKE-ELDER, S. — System of Ophthalmology. Henry Kimpton. Londres. 6: 616, 1973.
LANG, J. — Strabisme. Diffusion Maloine. Paris. 1961
PRIETO-DIAZ, J. & SOUZA DIAS, C. — Estrabismo. Mosby. México. 1980.