

ANÁLISE, RESUMOS E COMENTÁRIOS

OCULAR VERTICAL DEVIATIONS AND NYSTAGMUS

J. Ringland Anderson, MC.

British Medical Association. B.M.A. House, Tanistock Equare, W.C., 1, London, 1959. Second edition.

Apresentando 181 páginas, extensa bibliografia e 60 desenhos, retratos ou «cliches», é o trabalho dividido nos seguintes capítulos: Desvios verticais, seus tipos e causas; Desvios ou distúrbios dos movimentos verticais; Anatomia e ações dos músculos oculares; Paralisia dos músculos oculares; Pesquisa dos desvios verticais; Prognóstico e tratamento de alterações verticais; Tratamento do nystagmo congênito; Conclusões.

Suas conclusões são as seguintes:

1) Pesquisa adequada revela desvios oculares verticais com frequência um tanto inesperada.

2) Uma concepção clara da principal ação dos músculos oculares é essencial quando se está pesquisando a causa de qualquer desvio. Rotações puras verticais são movimentos complexos.

3) Um diagnóstico acurado é vital para o sucesso cirúrgico.

4) Para um diagnóstico acurado devemos nos concentrar nos movimentos coordenados dos dois olhos em vez dos movimentos e músculos de um olho isolado. Nenhum exame dos olhos é completo sem inspeção dos mesmos nas posições oblíquas, na elevação e depressão pura e com inclinação de cabeça. O comportamento de cada olho quando ocluído deve ser examinado para evidenciar uma dissociação.

5) Um estudo da diplopia é o mais útil guia para um diagnóstico acurado. A divisão da diplopia nos componentes separados para cada olho durante a fixação alternada, é essencial. Esta é a medida dos desvios primários e secundários, nas posições diagonais do olhar. Para essa divisão um «screen test» é recomendado. O uso de lâmpadas de projeção vermelha e verde e de óculos polaroid são descritos. Ocasionalmente os achados contrariam o diagnóstico feito, simplesmente, pelo test vermelho e verde.

6) A presença de alguma anomalia de um dos músculos que agem vertical e particularmente de uma hiperfunção do oblíquo inferior, é muito mais freqüente do que se considera normalmente.

7) A grande maioria de casos do chamado estrabismo concomitante convergente mostra sinais de desordem nos músculos verticais. Que músculo oblíquo inferior estava com hiperfunção acima de 30% e um músculo superior estava presente com uma hipofunção adicional de 25%. Não é afirmado que êsses defeitos sejam necessariamente primários mas, talvez, defeitos inervacionais sejam revelados.

8) Verdadeira hiperforia e hipertropia de grau são muito raras. Exame cuidadoso quase sempre revela assimetria como evidência de uma hiperfunção ou uma paresia de um dos músculos que agem verticalmente.

9) A freqüência de hiperfunção de um músculo oblíquo inferior com um estrabismo «concomitante» e a perfeição com o qual um traumatismo primário do músculo reto superior ou oblíquo pode recuperar-se, são fatos em conformidade com a concepção de que traumatismos do parto e alterações maternas são causas comuns de estrabismo concomitante. É prudente distinguir entre (1.º) pequena elevação em completa adução devido a falta de equilíbrio entre os oblíquos; (2.º) uma maior elevação que pode ou não ser secundária a uma paresia anterior de um reto superior ou músculo oblíquo; e (3.º) uma elevação que é associada definitivamente com uns remanescentes da paresia.

10) A associação de uma paresia de um músculo superior ou inferior de um olho com hipofunção de um músculo superior ou inferior de outro olho é comumente encontrada. Muita confusão existe na diferenciação da paralisia de reto superior e oblíquo superior. Nessas séries, o reto superior foi afetado quase duas vezes mais freqüentemente que o superior oblíquo. Leves graus de torticolles ocular geralmente passam desapercibidos. Eles são, entretanto, sinais valiosos de diagnóstico. Falha em reconhecer êste defeito e divergência na sua interpretação têm produzido duas escolas de pensamento.

11) Relativa convergência e divergência em elevação e depressão — síndromes A e V — requerem maior estudo antes que

esteja clara sua origem. Podem revelar falta de equilíbrio entre os músculos oculares que agem vertical e horizontalmente.

12) A incapacidade resultante mais ainda que a própria paresia ocular, constitui a indicação para o tratamento cirúrgico. Tenotomia completa do oblíquo inferior tem sido realizada muito freqüentemente. Tenotomia parcial ou ressecção que deverão prevenir os defeitos que se seguem algumas vêzes a essa operação.

13) É sempre bom corrigir o defeito horizontal associado antes de praticar a tenotomia do músculo oblíquo inferior com hiperfunção. Muitos dos defeitos verticais associados com estrabismo concomitante perdem seu significado ou mesmo desaparecem quando o último é corrigido. Algumas vêzes a correção do desvio horizontal ou a remoção da ambliopia permitindo tentar a visão binocular, desmascara um defeito vertical que podia ter sido o defeito inicial.

14) O uso freqüente e generalizado de anestesia, fórceps obstétrico e veículos a motor de alta velocidade têm sido causas muito mais potentes de paralisia ocular que moléstias ou cirurgia na região troclear.

15) A recuperação espontânea é comum ainda que menos para as paralisias verticais que para as horizontais. O treinamento ortóptico é uma parte importante do tratamento na maioria das paralisias.

16) Existe uma necessidade de relatórios com dados exatos mais do que opiniões para que contradições sôbre as usuais compensações para diplopia por exemplo, possam ser removidas da literatura. Um número percentual para rotações vicariantes ocorrendo em cada tipo de paralisia pode ser calculado nas grandes clínicas.

17) Observações imprecisas e incompletas são as principais causas de divergência dos vários autores.

18) Os nistagmus não devem ser considerados como alterações fixas e inalteráveis. Muito pode ser feito para diminuir esta incapacidade. O uso de prismas e cirurgia são de grande valor em pacientes selecionados com uma posição excêntrica de repouso.