

Ao Editor

Leio com interesse o artigo **Olho Seco em pessoas com idade superior a 40 anos selecionadas em três cidades brasileiras** (Arquivos Brasileiros de Oftalmologia 58: 10-15, 1995).

Acho importante tecer alguns comentários sobre os resultados no artigo de Lindalva Evangelista Mendes e colaboradores.

No resumo, afirmou-se que apenas 2 pacientes em Brasília apresentaram olho seco baseado no teste de Rosa bengala (Grau II e III), e na tabela 5 pode-se ver nitidamente que foram 21 com Grau II e 01 com Grau III, totalizando 23 pacientes com teste da Rosa Bengala anormal e não 02, como descrito no resumo.

É interessante chamar a atenção que os autores acharam 49 olhos secos em Brasília, 42 em São Paulo e só 05 em Teresina baseados em pelo menos 2 dos parâmetros: Schirmer I menor que 05 mm, teste da rosa bengala grau II e III e o BUT igual ou inferior a 10 minutos.

Esta incidência altíssima de olho seco numa população normal escolhida aleatoriamente, leva a sugerir que quase a metade da população normal apresenta olho seco, no mínimo me parece pouco provável e contra toda a literatura mundial.

Teste de Schirmer I: De Roeth (1941), avaliando a secreção de 162 indivíduos normais, encontrou 32% de valores abaixo de 15 mm e apenas 8% menor que 5 mm.

Henderson e Prough (1950) evidenciaram que 10% das mulheres e 16% dos homens apresentavam um fluxo lacrimal de 5 mm ou menos em 5 minutos.

Resultados compatíveis ao meu trabalho comparativo do teste de Schirmer I, Rosa bengala e a dosagem da lisozima lacrimal em pacientes com artrite reumatoide clássica (1982). Na população normal só 10,8% apresentam menos que 15 mm no teste de Schirmer, e 2,3% menores que 5 mm; já na população com artrite reumatoide clássica (AR) 35% apresentaram menos que 15 mm e só 10,8% menores que 5 mm; valores superiores que a população normal apresentada no presente artigo.

No presente artigo, tabela 4, Brasília teve 38 olhos (19%) e São Paulo 30 olhos (15%) e Teresina 1 olho (0,5%) de pessoas normais com menos de 5 mm no teste de Schirmer I; portanto só a última cidade está dentro dos valores normalmente encontrados na literatura, e com uma diferença com as outras cidades muito atípica. Outra afirmação no artigo, de que as mulheres apresentam uma maior incidência de olho seco, principalmente depois dos 40 anos vai contra a literatura, pois inúmeros autores como De Roeth (1941, 1953); Balik (1952), e o meu trabalho (1982), evidencia exatamente o contrário; as mulheres apresentam uma produção lacrimal significativamente maior que os homens em todas as faixas etárias.

Teste Da Rosa Bengala: Introduzido por Sjogren (1933) no diagnóstico da ceratoconjuntivite seca e confirmado por Holm (1949) já que a rosa bengala, diferentemente da fluoresceína, só cora muco e células epiteliais degeneradas com uma cor brilhante de fácil identificação no olho seco, mas também em qualquer patologia que leve a morte das células epiteliais como conjuntivite crônica, ectrópio e entropio.

Holm (1949) observaram que 9% de pessoas normais coravam com grau I, e nenhum com uma coloração mais intensa. Ericson e Sundmark (1970), evidenciaram apenas 2,1% de coloração discreta, grau I.

No meu trabalho só 6% dos indivíduos normais obtiveram grau I no teste da rosa bengala, e mesmo os pacientes com AR só foi observado 27% de Grau II ou maior.

No presente trabalho; 23 olhos (11,5%) em Brasília, 37 olhos (18,5%) em São Paulo e 10 olhos (5%) em Teresina apresentaram grau II ou maior na população normal.

Teste do BUT: Novamente Brasília e São Paulo apresentaram valores extremamente alterados para uma população normal; 136 olhos (78%) em Brasília, 60 (30%) em São Paulo e 14 (7%) em Teresina.

Não é possível acreditar ser confiável por exemplo que 78% de pessoas normais em Brasília tenham um BUT anormal, e que entre cidades exista uma diferença tão significativa nos resultados.

Em resumo, o trabalho acima necessita uma reavaliação para podermos confirmar os achados, principalmente pela variação dos resultados nas três cidades, que evidencia uma provável falta de padronização e controle de variáveis que possam alterar os achados, e na minha opinião todos os resultados encontrados em Teresina são muito próximos do esperado para uma população normal, com constatação de 5 olhos com olho seco; portanto 6 pacientes.

Dr. Eduardo Pinheiro Penna
Brasília, D.F.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De ROETH, A. - Lacrimation in normal eyes. Arch. Ophthalmol., 49: 185-9, 1953.
2. HENDERSON, J. W.; PROUGH, W. A. - Influence of age and sex on flow of tears. Arch. Ophthalmol., 43: 224-31, 1950.
3. BALIK, J. - The Lacrimal fluid in Keratoconjunctivitis sicca. Am. J. Ophthalmol., 35: 773-82, 1952.
4. HOLM, S. - Keratoconjunctivitis sicca and the sicca syndrome. Acta Ophthalmol. Suppl., 33: 1-230, 1949.
5. SJOGREN, H. - Zur Kenntnis der Keratoconjunctivitis sicca. Acta Ophthalmol., 11/12 (supl. 2): 1-151, 1933-34.
6. ERICKSON, S. SUNDMARK, E. - Studies on the sicca syndrome in patients with reumatoid arthritis. Acta Rheumatol. Scand., 16: 60-80, 1970.
7. PENNA, E. - Dosagem da Lisozima Lacrimal em pacientes com artrite reumatoide. Tese de doutoramento. Fac. Medicina UFMG, 1982.

Prezado Dr. Penna

Agradeço sua Carta ao Editor.

Já enviei cópia da mesma aos autores do trabalho solicitando que enviem resposta.

A seção Cartas ao Editor existe nos ARQUIVOS BRASILEIROS DE OFTALMOLOGIA há muitos anos. O problema é que cartas como a sua são infelizmente raras.

Tão logo receba resposta dos autores do trabalho publicaremos a carta e a respectiva resposta.

Obrigado mais uma vez pela carta e as importantes considerações.

Dr. Rubens Belfort Jr.
Editoria Científica

Seção "Carta ao Editor"

Resposta

Prezado Dr. Eduardo Penna,

Agradecemos o seu interesse pelo nosso artigo sobre Olho Seco. Suas críticas vieram enriquecer a nossa pesquisa e valorizar os Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, principalmente por partir de um colega estudioso do assunto.

Agradecemos também a oportunidade que nos proporcionou de podermos corrigir alguns lapsos de datilografia: por exemplo, no resumo, onde referimos que dois pacientes em Brasília apresentaram teste de RB positivo. Na verdade são 22 (11%), o que não é um erro de soma mas sim de digitação, compreensível pelo leitor, uma vez que na tabela 5 e no resumo em inglês este número está digitado corretamente.

A alta incidência de Olho Seco em Brasília e São Paulo é contestada. Realmente a experiência mundial mostra incidência inferior. Devemos esclarecer que tivemos o cuidado de controlar possíveis causas do erro e os diferentes examinadores foram treinados para se obter padronização dos achados.

Acreditamos que dados estatísticos possam fugir à regra, principalmente quando não existe um padrão.

Concordamos com o senhor sobre o valor relativo dos diferentes testes ditos diagnósticos, principalmente do BUT.

A sensibilidade e a especificidade bem como os valores preditivos do teste de Schirmer, do Rosa Bengala e do BUT para o diagnóstico de Olho Seco diminuí a utilidade clínica destas provas mas constitui, no entanto, o perfil propedêutico usual.

O diagnóstico de olho Seco como muitos outros em medicina é baseado em uma série de sinais e sintomas, e nunca por um ou outro teste.

Esperamos que o artigo em discussão, as suas críticas procedentes e esta resposta contribuam para elaboração de outros estudos que darão maior atenção às queixas referentes à secura nos olhos em cidades de condições climáticas e de poluição distintas.

Cordialmente,

*Lindalva Evangelista Mendes
Procópio Miguel dos Santos
Regina C. R. Santos
Fabiene da Silveira P. Parente
João Orlando R. Gonçalves
Rubens Belfort Jr.*