

Aspectos clínicos das varizes orbitárias

Oswallo Tella Jr. *; Fernando M. Braga *; Antonio de Padua Bonatelli *

INTRODUÇÃO

Varize orbitária é uma patologia representada por dilatação anormal de uma ou mais veias orbitárias, com extensão ou não para os seios intracranianos, posteriormente, ou para as veias da região periorbitária.

Descrita pela primeira vez por SCHMIDT²⁶ (1805), tem sido usada como sinônimo de sua manifestação clínica mais frequente e importante, o exoftalmo intermitente. A incidência real desta patologia é desconhecida, uma vez que a maioria dos casos descritos na literatura não possuem comprovação diagnóstica.

BIRCH-HIRSCHFELD² (1917), descreveram um único caso de varize orbitária entre seus 150.000 pacientes. KRAYENBUHL et al.¹⁴ (1966), referem cinco casos de varize orbitária entre 283 pacientes com exoftalmo unilateral. BRIHAYE et al.⁵ (1968) assinalaram um único caso dentre 517 exoftalmos examinados.

WALSH e DANDY²⁸ (1944), reviram 110 casos de exoftalmo unilateral intermitente, previamente descritos na literatura e acrescentaram um caso produzido por uma malformação venosa da base do esfenoide.

BRAUSTON e NORTON⁴ (1963), reviram 20 casos de varize orbitária publicados na literatura de 1944 a 1963, adicionando 2 casos próprios e neste material estudaram o quadro clínico e os métodos para o diagnóstico.

Estes dados demonstraram claramente a pequena frequência de referida patologia.

MATERIAL E METODOS

Nosso material consta de 3 casos próprios associados a 33 casos de varize orbitária coletadas da literatura de 1964 a 1985.

Nos 36 casos foram analisados os seguintes aspectos referentes ao quadro clínico (Tabela I e I-A): idade, sexo, cor, início dos sintomas, lado afetado, presença de dor, presença de proptose, presença de diplopia, alteração da acuidade visual, presença de hiperemia e quemose e aumento de proptose por manobras.

A apresentação clínica típica do exoftalmo intermitente está demonstrada nas figs. 1, 2 e 3.

* Disciplina de Neurocirurgia da Escola Paulista de Medicina.

TABELA I

Autores	N.º de casos	Idade	Sexo	Cor	Início dos sintomas	Lado afetado
Kubin 1967	2	32 a	M	Br	14 a	D
Handa 1967	1	60 a	M	Br	14 a	E
Abboud 1971	1	21 a	F	Br	56 a	D
Lloyd 1971	12	29 a	M	Br	19 a	E
		15 a	F	Br	Infância	NR
		05 a	M	Br	1 dia	D
		13 a	M	Br	1 dia	E
		11 a	M	Br	1 dia	D
		20 a	F	Br	3 a	D
		16 a	F	Br	14 a	D
		26 a	F	Br	6 a	D
		74 a	F	Br	1 dia	E
		54 a	M	Br	2 a	E
		20 a	M	Br	34 a	D
		17 a	F	Br	16 a	D
		13 a	F	Br	NR	E
Bonatelli 1974	1	13 a	F	Br	01 a	D
Golan 1976	1	48 a	F	Br	20 a	E
Larmande 1977	3	65 a	F	Br	58 a	E
		54 a	M	Br	47 a	E
		39 a	F	Br	02 a	D
Rosemblyun 1978	1	45 a	M	Br	45 a	E
Gouxlang 1979	6	32 a	M	Am	12 a	D
		24 a	M	Am	20 a	E
		14 a	M	Am	8 a	E
		27 a	M	Am	NR	E
		41 a	F	Am	38 a	D
		22 a	M	Am	22 a	D
Fricke 1979	1	68 a	F	Br	66 a	D
Rivas 1982	2	32 a	M	Br	19 a	E
		43 a	M	Br	39 a	E
Gouxlang 1982	1	26 a	F	Am	25 a	D
Courtheoux 1982	1	47 a	F	Br	47 a	D
Tella Jr. 1986	3	09 a	M	Pr	09 meses	D
		22 a	F	Pr	09 a	D
		12 a	F	Pr	07 a	E

a = anos
M = masculino
F = feminino
Br = branco
Pr = preto
Am = amarelo
D = direito
E = esquerdo
NR = não referido

RESULTADOS

Da análise dos 36 casos, representados por 3 casos próprios e 33 colhidos da literatura, obtivemos os seguintes resultados:

Em Relação ao Quadro Clínico

Presença de exoftalmo intermitente:
positiva em 33 casos
negativa em 03 casos



Fig. 3 — Paciente com a cabeça inclinada para baixo. Presença de acentuada proptose D.



Fig. 4 — Venografia orbitária; dilatação do terceiro segmento da veia oftálmica superior.

Aumento da proptose por manobras que dificultam o retorno venoso:

manobra positiva em 22 casos
 manobra negativa em 03 casos
 não referida em 11 casos

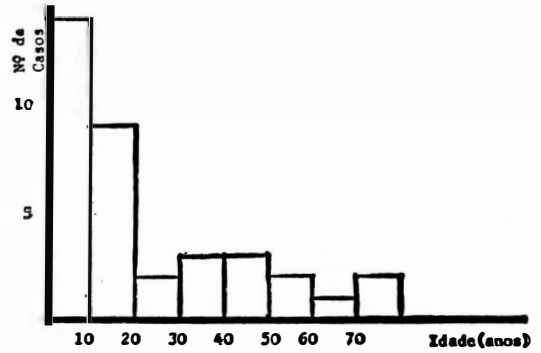


Gráfico 1 — Distribuição numérica dos casos em relação à idade de início do primeiro sintoma.

Idade de Início dos Sintomas

0 a 10 anos — 14 casos
 11 a 20 anos — 09 casos
 21 a 30 anos — 02 casos
 31 a 40 anos — 03 casos
 41 a 50 anos — 03 casos
 51 a 60 anos — 02 casos
 61 a 70 anos — 01 caso
 Não referido — 02 casos

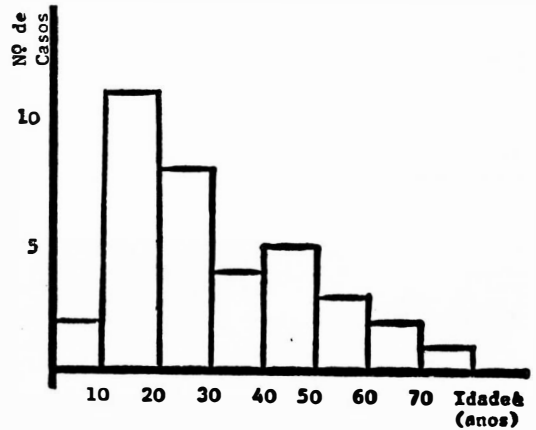


Gráfico 2 — Distribuição numérica dos casos em relação à idade na ocasião do diagnóstico.

Idade na ocasião do diagnóstico

0 a 10 anos — 02 casos
 11 a 20 anos — 11 casos
 21 a 30 anos — 08 casos
 31 a 40 anos — 04 casos
 41 a 50 anos — 05 casos
 51 a 60 anos — 03 casos
 61 a 70 anos — 02 casos
 Acima de 70 anos — 01 caso

Distribuição quanto ao sexo

sexo masculino	— 19 casos
sexo feminino	— 17 casos

Distribuição quanto à cor (raça)

brancos	— 26 casos
pretos	— 03 casos
amarelos	— 07 casos

Distribuição quanto ao lado afetado

esquerdo	— 19 casos
direito	— 16 casos
não referido	— 01 caso

Presença de dôr como fenômeno associado

positiva	— 16 casos
negativa	— 20 casos

Presença de diplopia associada

positiva	— 07 casos
negativa	— 20 casos

Presença de hiperemia e quemose associadas

positiva	— 18 casos
negativa	— 18 casos

Alteração da acuidade visual associada

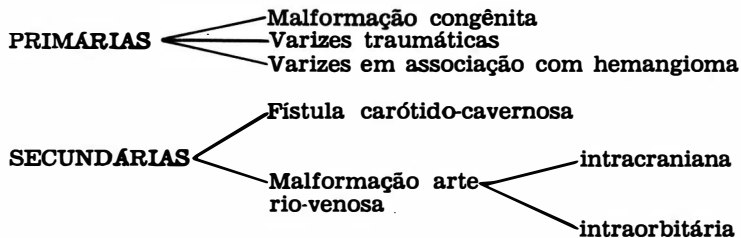
positiva	— 06 casos
negativa	— 30 casos

DISCUSSÃO

MAYFIELD e WILSON^{19,20} (1967) teceram considerações a respeito da terminologia: exoftalmo remitente e exoftalmo intermitente ou postural. O remitente refere-se a uma protusão ocular prolongada com períodos de regressão. Estaria relacionado com inflamação ocular, ruptura de cistos orbitários, trombose de varize, hemorragias, hemangiomas, linfangioma e etmoidite.

O exoftalmo intermitente seria uma protusão ocular durante manobras que aumentem a pressão venosa intracraniana. Abaixando-se a cabeça ou se fazendo esforço exagerado ou ainda movimentando-se o pescoço de modo a causar obstrução da veia jugular ou por compressão digital da mesma, produzir-se-ia exoftalmo durante segundos, que regridiria quando a pressão venosa voltasse ao normal, passando o globo a assumir posição normal ou mesmo enoftalmo. DUKE-ELDER não estabelece distinção entre estes dois tipos de exoftalmo, orientação este por nós seguida.

LLOYD¹⁷ (1974), propõe a seguinte classificação para as varizes orbitárias:



O exoftalmo intermitente, embora seja elemento clínico mais freqüente e mais importante é usado como sinônimo de varize orbitária. O olho pode estar protruído diretamente para a frente, sem desvio do eixo ocular ou então se apresenta para baixo e para fora. De acordo com BIRCH-HIRSCHFELD² (1917), a veia oftálmica superior está usualmente mais dilatada que a inferior e, como consequência, o olho se mostra empurrado para baixo e para fora. Em nossa revisão não constatamos dados quanto a direção da proptose. Nos nossos 3 casos a proptusão era direta, sem desvio do eixo ocular, por ocasião do diagnóstico.

É muito importante destacar o fato de o exoftalmo se estabelecer ou aumentar por ocasião das manobras que dificultem o retorno venoso intracraniano. O pronto apa-

recimento da protusão com compressão jugular significa que não há obstrução nos canais de drenagem da órbita, ocorrendo estase venosa no território varicoso. Tal teste deve ser empregado de rotina, em pacientes com suspeita daquela patologia, tendo em vista a grande freqüência de sua positividade. Em nossa revisão, dos 25 pacientes em que a manobra foi efetuada, 22 apresentaram evidente aumento do exoftalmo. Guo-xiang^{10,27} refere positividade desta manobra em 7, ocorrendo o mesmo em nossos 3 casos.

Raramente o exoftalmo está ausente em casos de varizes. Dos 36 pacientes, apenas 3 não mostravam exoftalmo, sendo as varizes diagnosticadas através dos exames neuroradiológicos. Destes 3 pacientes um apresentava perda visual unilateral; os outros 2 eram portadores de angiomas nas pálpebras, que

se ingurgitaram com a manobra de Valsalva.

Nos 33 casos com exoftalmia, 5 apresentavam enoftalmia nos períodos intercríticos, o que se devia, provavelmente, à absorção da gordura retro orbitária, no lado afetado, por pressão aumentada da rede vascular (KUBIN 1967)¹⁵. O enoftalmo não é essencial para o diagnóstico, mas pode estar presente e sempre com o paciente em posição erecta.

Pode ocorrer certo grau de ingurgitamento venoso associado das veias das pálpebras, região frontal e face, uma vez que estão em comunicação com as veias orbitárias. A estase venosa, nestes territórios, em geral, é de pequena monta, bem menor que nos casos de fistula carótido-cavernosa. E nossa revisão constatou-se turgência venosa periorbitária em 7 pacientes, achado frequente nos descritos por LLOYD¹⁸ (1971).

A grande maioria dos pacientes começou a apresentar sintomatologia precocemente, ou logo após o nascimento, ou então, na primeira, segunda décadas. BRAUSTON e NORTON (1963); KUBIN¹⁵ (1967), referem maior frequência de instalação dos sintomas na segunda e terceira décadas. Em nossa revisão, apenas em 4 casos as crises de exoftalmo surgiram desde o nascimento; em 23 o sintoma apareceram na primeira e segunda décadas. Convém ressaltar, que em 6 pacientes, os sintomas se iniciaram após os 40 anos de idade. Em nossos 3 pacientes, os sintomas foram bastante precoces.

Por outro lado, observa-se que o diagnóstico é realizado mais tardiamente, por ocasião da segunda e terceira décadas. Há casos com demora de décadas, para diagnóstico e tratamento.

Em relação ao sexo, BIRCH-HIRSCHFELD² (1917); BRAUSTON e NORTON⁴ (1963); demonstraram nítida predominância da patologia nos homens, na proporção de 3:1. Outros autores, como KRAÚPA e MENDL¹³ (1936), encontram a mesma incidência em ambos os sexos. Em nossa revisão não se constatou diferença significativa: 19 masculino, 17 feminino.

Quanto ao possível predomínio da presente patologia entre as raças, os dados obtidos não puderam ser valorizados. A maioria dos trabalhos consultados provém de países com nítida predominância dos brancos. Na realidade os autores não fizeram referência à raça; pode-se depreender que se tratavam de pacientes brancos. Os 7 pacientes de cor amarela foram da China (GUOXIANG)^{10,27}. Os nossos 3 pacientes são de raça negra, o que pode constituir mera coincidência. Em nosso meio é extremamente difícil a separação entre as diversas raças, devido à grande miscigenação.

A varize orbitária é sempre unilateral, conforme ocorreu nos 36 casos coletados. A presença de varize bilateral é raríssima, tendo sido assinalada apenas por SAFRAN et al. (1984), porém de origem traumática.

Em relação à maior frequência de acometimento de um lado, destaca-se a afirmativa de POOLE²¹ (1942), de que o lado esquerdo é 10 vezes mais atingido que o direito, o que seria explicável, anatomicamente, pelo menor diâmetro do forame jugular daquele lado do crânio, segundo REESE²² (1935). O mesmo fato foi relatado por outros autores: BRAUSTON e NORTON⁴ (1963); WALSH e DANDY²⁸ (1944). No entanto, nenhum dos autores, por nós consultados, confirmaram predominância de lado. Em nosso levantamento, o lado direito foi afetado em 19 casos e o esquerdo em 16. Dos 3 pacientes, por nós estudados, 2 tinham lesão à direita e 1 à esquerda.

A presença de dor é incomum, mas pode, às vezes, ser o único sintoma concomitante à proptose, podendo se tornar constante e cada vez mais intensa. Uma sensação de pressão no mesmo lado da face frequentemente é referida. A dor, provavelmente, decorra da distensão dos vasos e estruturas orbitárias inervadas pelo trigêmio. A dor este presente, em variados graus de intensidade, em 16 dos 36 casos por nós coletados e inclusive nos 3 casos próprios.

A diplopia pode decorrer do próprio exoftalmo, uma vez que dificilmente se instala por comprometimento dos nervos ou músculos oculares. A diplopia esteve presente somente em 7 casos da revisão, portanto achado infrequente. Em 1 dos nossos pacientes a diplopia esteve associada à súbita instalação da oftalmoplegia, a qual regrediu.

A constatação de hiperemia e quemose, ou seja, o edema na conjuntiva associado ao edema palpebral, com vermelhidão da conjuntiva, foi descrito em 18 dos 36 pacientes. Foi, contudo, achado constante em nossos 3 pacientes.

O comprometimento da acuidade visual, decorrente de varize orbitária, não constitui achado comum, mas pode ocorrer. Decorre, em geral, de hemorragia retro orbitária ou da pressão direta das veias sobre o nervo óptico. DUKE-ELDER^{7,12} referiu perda visual em 15% dos pacientes com varize orbitária. A acuidade visual pode estar diminuída apenas na fase de exoftalmia. As veias retinianas, turgidas durante a fase de exoftalmo, podem pulsar. Na presente revisão, apenas 6 pacientes apresentaram alterações visuais relacionadas com as varizes. Ao exame de fundo de olho 2 pacientes tinham estase venosa e 2 atrofia de papila. ROSENBLUM²⁴ (1978) descreve¹¹ o caso de um paciente com

quadrantonopsia temporal esquerda associada a varize orbitária, o que constitui raridade. Alterações nos reflexos fotomotor, consensual e de acomodação, bem como pupilares, não têm sido observadas na patologia em estudo.

A presença de pulsação visível no olho, associada à varize é raramente observada. No entanto, na revisão realizada por BIRCH-HIRSCHFELD² (1917), dentre 74 casos, 7 a apresentaram. Nestes casos, a pulsação não se devia à participação arterial, mas provavelmente, ao aumento da fissura orbitária superior, permitindo a transmissão da pulsação cerebral para o interior da órbita.

A evidênciação de sopro decorre da ação do componente arterial, mais comumente observado na fistula carótido-cavernosa. DELORD²⁸ (1932), relatou sua ocorrência em 1 caso de varize orbitária, o mesmo ocorrendo no caso descrito por FRICKE⁸ (1979).

Outros sintomas se evidenciam nas varizes orbitárias, tais como: vertigens, tonuras, bradicardia ou mesmo síncope. Podem ocorrer na fase aguda da exoftalmia, devido à exacerbação do reflexo oculocardíaco.

RESUMO

Varize orbitária representa uma patologia bastante rara cuja manifestação clínica mais freqüente é o exoftalmo intermitente. Apresentamos 3 casos que associados a 33 pacientes coletados da literatura de 1964 a 1985 foram analisados em relação aos principais sinais e sintomas clínicos.

SUMMARY

Orbital varix represents a very rare pathology that is usually associated with intermittent exophthalmus. A review of the literature from 1964 to 1985 was done and 33 cases were selected for clinical analyses together with 3 cases of our own material.

REFERÊNCIAS

1. ABOUD, I. A. & HANNA, L. S. — Intermittent exophthalmos. *Brit. J. Ophthalmol.*, 55: 628-632, 1971.
2. BIRCH-HIRSCHFELD: cit. em DUKE-ELDER.
3. BONATELLI, A. P. F.; PIMENTA, A. M. & ADORNO, J. O. A. — Exophthalmo Intermittente. *Seara Med. Neuroc.* (São Paulo), vol. III: 203-212, 1974.
4. BRAUSTON, B. B. & NORTON, E. W. D. — Intermittent Exophthalmos. *American Journal of Ophthalmology*, 55: 701-708, 1963.
5. BRIHAYE, J.; HOFFMANN; BRIHAYE, B. G. — Les exophthalmies Neuro-Chirurgicales. *Neuro-Chirurgie* (Paris) tome 14, n° 3, 1966.

6. COURTHEOUX, P.; CASASCO, A.; COMBE, J. C.; POULET, C. & THERON, J. — Exophthalmie Unilaterale par thrombose de varices intraorbitaires. *J. Radiol.*, 63 (10): 563-565, 1982.
7. DUKE-ELDER — *Textbook of Ophthalmology*. Henry Kimpton, London vol. XIII: 123, 825-834, 1974.
8. FRICKE, M. & AUST, W. — Intermittent exophthalmos due to "valver" in vena ophthalmic superior. *Fortschr. Roentgensr.*, 130(1): 119-121, 1979.
9. GOLAN, A.; SAVIR, H. & MATZ, S. H. — Intermittent Exophthalmos due to orbital varicose vein accompanied by varicose of the legs. *Annals of Ophthalmology*, 64: 61-64, 1976.
10. GUOXIANG, S.; WENFANG, T.; DONGFANG, Q. & JIANING, L. — Surgical treatment of orbital varices. *Chin Med. J. (Peking)*, 92/10: 723-728, 1979.
11. HANDA, H. & MORI, K. — Large varix of the superior ophthalmic vein: demonstration by angular phlebography and removal by electrically. *J. Neurosurg.*, 29: 202-205, 1968.
12. HENDERSON, J. W. — *Orbital Tumors*, W.B. Saunders Co., Philadelphia London — Toronto, 174-179, 1973.
13. KRAUPA, E. & MENDEL, K. — cit. em Walsh & Dandy.
14. KRAYENBUHL, H.; YASARGIL, M. G. & SIEGFRIED, J. — Le diagnostic de l'exophthalmie en Neurochirurgie. *Conf. Neurol.*, 28: 224-227, 1966.
15. KUBIN, D. A.; AMUNDSEN, P. & NEWTON, T. H. — Orbital Venography in the Diagnosis of Intermittent Exophthalmos. *Radiology*, 88: 930-934, 1967.
16. LARMANDE, P.; DELVERT, J. C. & LAFFONT, J. — Malformations veineuses de l'orbite. *Aspects Neuro-radiologiques*. *OTO-NEURO-OPHTH.*, 49: 155-160, 1977.
17. LLOYD, G. A. S. — Pathological veins in the orbit. *British Journal of Radiology*, 47: 570-578, 1974.
18. LLOYD, G. A. S.; WRIGHT, J. E. & MORGAN, G. — Venous malformations in the orbit. *British J. Ophthalmol.*, 55: 505-526, 1971.
19. MAYFIELD, F. & WILSON, Ch. B. — The pathological basis for postural (intermittent) exophthalmos. *J. Neurosurgery*, 26: 619-623, 1967.
20. MAYFIELD, F. H. — Intermittent exophthalmos. *J. Neurosurg.*, 58 (3): 458-459, 1983.
21. POOLE, W. A. — Intermittent exophthalmos, Case Report. *Tr. Am. Acad. Ophthalmol.*, 46: 112-118, 1942.
22. REESE, A. B. — cit. em Walsh e Dandy.
23. RIVAS, J. J.; LOBATO, R. D. & CORCOBES, F. — Intermittent exophthalmos studied with computerized tomography. *J. Neurosurg.*, 57: 290-294, 1982.
24. ROSENBLUM, P. & ZILKHA, A. — Sudeen visual loss secondary to an orbital varix. *Survey of ophthalmology*, 23: 49-56, 1978.
25. SAFRAN, M. J.; MILLERS, N. R. & GREEN, W. R. — Bilateral orbital varices. Report of a patient presenting with thrombosis of an inferior nasal varix. *Orbit.* 3/4: 255-261, 1984.
26. SCHMIDT, — cit. em DUKE-ELDER.
27. SONG, G. & XIAO, L. — B-Scan ultrasonography or orbit varices. *Chi. Med. J. (Peking)*, 95/11: 855-860, 1982.
28. WALSH, F. B. & DANDY, W. E. — Pathogenesis of intermittent exophthalmos. *Archives of ophthalmology*, 32: 1-10, 1944.

KEY WORDS: varize orbitaria, exoftalmo intermitente, proptose.