

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ESTRABISMO CONCOMITANTE (*)

Drs. RUBENS BELFORT MATTOS (**)

JOSÉ LUIZ LEMOS DA SILVA (***) — São Paulo

1 — Generalidades.

A cirurgia do estrabismo concomitante **deve ser encarada somente como uma etapa** no tratamento do estrabismo, etapa essa muito importante, sendo que alguns autores, entre eles Hugonnier, calculam que 80 a 90% dos pacientes portadores de desvio ocular deverão, cedo ou tarde, ser operados.

No presente trabalho não trataremos das diversas técnicas cirúrgicas, que podem ser encontradas nos vários compêndios sobre cirurgia. Atenderemos especialmente as condições gerais, as indicações, as contra-indicações e a oportunidade da intervenção.

A cirurgia do estrabismo constitui o tratamento específico das alterações motoras dos músculos extra-oculares e **só deve ser realizada após exames cuidadosos e completos** que levem a um diagnóstico preciso.

É um tratamento em que se **tem em mira dois** motivos:

1.º — A **intervenção funcional**, em que a cirurgia é o complemento do tratamento médico, antes ou depois de tratamentos ortópticos, em que o paciente, portador de boas condições sensoriais, poderá ter todas as boas condições de equilíbrio muscular e fusional.

2.º — O segundo motivo é o **estético**, em que, mesmo não conseguindo uma recuperação sensorial, deve ser tentada a cirurgia, não só como complemento anatômico como também evitando problemas de psiquismo. É um motivo importante, não só nos adultos, onde se notam numerosos casos de complexo de inferioridade, impedidos de conseguir até mesmo posição de realce pela anomalia apresentada, como sobretudo na infância, onde a correção deve ser precoce, se possível na idade pré-escolar, a fim de evitar situações constrangedoras, tais como apelidos de vesgo, etc., que poderão influir muito na vida sentimental do indivíduo, ocasionando até casos de verdadeira psicopatia. Com a cirurgia e tratamento ortóptico adequados, vemos estes casos se resolverem satisfatoriamente.

A correção das anomalias dos músculos extrínsecos com os progressos da ortóptica, os métodos cirúrgicos adequados e a perfeita anestesia, apresenta hoje em dia uma garantia notável, deixando de ser um tratamento empírico.

(*) Sub-Tema Oficial Brasileiro ao V Congresso Sul-Americano Meridional de Oftalmologia - Buenos Aires, Out. 1960.

(**) Docente Livre de Clínica Oftalmológica da Escola Paulista de Medicina

(***) Assistente de Clínica de Olhos, sessão feminina da Santa Casa de S. Paulo

O tratamento cirúrgico do estrabismo é relativamente recente, apesar dos gregos já saberem ser o desvio causado pelo defeito de funcionamento dos músculos extra-oculares, conforme afirma Hirschberg. A primeira referência de tratamento cirúrgico é do século XVIII, onde Taylor, mais ou menos em 1750, fingia uma operação dos olhos, com uma simples incisão conjuntival seguida de oclusão de olho são. Evidente o olho desviado ficava em posição normal, pelo menos naquele momento. Era, entretanto, um charlatão, pois logo desaparecia, temendo as prováveis conseqüências de sua audácia.

Strohmeyer, em 1838, que não era oftalmologista, mas sim anatomista, nos seus estudos em cadáver verificou a possibilidade de cirurgia dos músculos extra-oculares, observação aproveitada por Diffenbach, que no ano seguinte praticou a primeira tenotomia conhecida, dando um belo resultado numa criança de 7 anos de idade.

Daí por diante, como sóe sempre acontecer nas novidades médicas em que os resultados pelo menos aparentes são esplêndidos, foi uma febre de tenotomias e miotomias, até que se seguiu um período de descrença pelos casos não favoráveis, com desvios secundários, depois da ilusória impressão de êxito.

Ao período de simples secção dos músculos ou seus tendões, seguiu-se a idéia de avançamento muscular, já aventada pelo próprio Diffenbach para correção dos maus resultados das tenotomias e miotomias. Foi Guérin (1841) que realmente praticou os primeiros avançamentos musculares dentro de limites anatômicos estabelecidos.

Apareceram e aparecerão os mais diversos métodos de cirurgia do estrabismo, pois cada cirurgião tem inventado uma técnica própria. Em verdade, os métodos são os mais variáveis, porém todos se basiam em enfraquecimento de um músculo ou refôrço do músculo enfraquecido; também se poderá aplicar as duas técnicas numa mesma sessão. O que é indispensável é uma boa técnica e uma boa experiencia não só cirúrgica como clínica, pois há casos em que se pensava em fazer uma correção exagerada por motivo de desvio muscular e que no entanto uma cirurgia em que se imaginava uma hipercorreção dá um resultado esplendido.

Sendo assim, é de todo conveniente não haver precipitação, não intervir em vários músculos a um só tempo e quando tiver de reoperar, esperar pelo menos o prazo de 2 meses.

Um princípio que deve ser sempre seguido é **o de avisar que nem sempre uma só operação será suficiente.**

A "ortoforização" cirúrgica é um fim ideal que raramente se obtém; para que haja uma fixação binocular constante é necessário que um estado sensorial normal seja obtido.

Outro fator importante na cirurgia do estrabismo é a determinação do grau da correção, pois só assim se saberá a quantidade de correção a

efetuar, o efeito corretor das intervenções e os fatores que poderão modificar este último. Não esquecer as idades dos pacientes, pois os dados relativos de cada milímetro de retro-inserção ou avançamento dos adultos, assumem caráter diferente nas crianças.

Há regras absolutas na cirurgia do estrabismo que não podem ser esquecidas, especialmente pelos principiantes, que ainda não possuem uma experiência que só advém com os anos. Assim, quando se intervém no reto interno, para cada milímetro de retroinserção há um efeito corretor de 3 graus com um máximo de 5 a 6 mm de retro-inserção. Já no externo, o avançamento ou recuo de 1 mm dá uma correção de um grau a 2°, podendo ser feita resecção no máximo de 10 a 12 mm. Existem fatores na cirurgia do estrabismo que devem ser analisados e que nunca devem ser descuidados: a importância da escolha dos músculos em que se deverá intervir, cirurgia simétrica, menor trauma cirúrgico possível, idade do paciente, tempo de evolução e constância do desvio, causa etiológica, ângulo do desvio, estado da visão binocular, estado do músculo, etc.

II — A indicação do tratamento cirúrgico do estrabismo é feita na existência de qualquer alteração motora, que impeça ou dificulte a visão binocular simples ou a volta para a posição ortostática dos olhos.

O que é importante, sobretudo do ponto de vista funcional, sensorial, e a precocidade da indicação cirúrgica pois ao lado da correção estética optica, teremos a função visual restituída em toda sua amplitude.

Outro fator importante é a análise das causas, a indicação precisa do tipo de cirurgia e o diagnóstico acurado do desvio muscular, pois se existem condições benéficas, temos também casos cujos resultados serão insatisfatórios.

Os **fatores que beneficiam** o tratamento cirúrgico do estrabismo podem resumir-se em dois casos: 1) — correspondência retinal normal e 2) — operação bilateral em olhos de igual visão.

A existência de uma correspondência retinal normal é condição “sine qua non” para se obter um bom resultado funcional.

As operações efetuadas precocemente em olhos de igual acuidade visual, visão binocular e amplitude de fusão são as que têm maior probabilidade de êxito, pois os reflexos de convergência e fixação e o estímulo retinal do tônus muscular se fará em melhores condições.

A) — As **indicações da cirurgia** funcional do estrabismo são as seguintes:

1.º — Estrabismos infantis com desvio maior de 30°, impossíveis de serem melhorados pela clinica ou pela ortóptica. A retificação da posição viciosa favorecerá então os exercícios adequados.

2.º — Estrabismos infantis com alterações sensoriais (correspondência anômala e transtornos de fixação), não melhorados com os exercícios ortópticos e em que a intervenção trará melhores condições anatômicas e motoras para favorecer a adequada ginástica muscular.

3.º — Estrabismos sem alterações sensoriais, tanto do adulto como na criança, cujo único obstáculo à fusão é do tipo motor.

4.º — Como tratamento, o profilático nos estrabismos aparecidos no primeiro ano de vida, conforme aconselha Chavasse (1949). A operação se realiza com o fim de evitar que apareça a tão temida correspondência anômala.

Keith Lyle, no XVIII Congresso Internacional de Oftalmologia, relata sua experiência com a cirurgia precoce e aquela realizada no período de 5 a 10 anos: em ambas obteve visão binocular simples em 14%.

A cirurgia do estrabismo deve ser precoce, sendo feita o mais cedo possível, após o diagnóstico preciso e tratamento profilático por assim dizer pré-ortóptico. Naturalmente que para fins de estética pode se efetuar em qualquer idade da vida, sem limitação alguma; mas a precocidade aqui se justifica quer seja por ordem sensorial, quer por ordem psíquica.

A impossibilidade econômica ou social de realização do tratamento ortóptico também é um fator que deve ser levado em conta.

B) — **A ocasião da operação** deve ser ditada por vários fatores que podem ser reunidos em:

a) quando o tratamento médico não dá resultado e b) quando o tratamento médico ainda não puder ser aplicado ou não houver possibilidade de sucesso com o mesmo.

a) No primeiro caso, se, após prescrição de lentes corretoras, oclusão (se necessário) e exercícios ortópticos, houver estacionamento do quadro clínico, outra terapêutica, no caso a cirurgia, está amplamente indicada. Ótimos resultados são obtidos em pacientes que fundem ao ângulo objetivo.

b) A cirurgia do estrabismo funcional para fins profiláticos deve ser feita precocemente, apesar da relutância de muitos pais, no máximo aos 4 anos, para evitar o aparecimento de alterações sensoriais, que mais tarde serão insanáveis; há, na literatura, referência a operações feitas até em pacientes de 7 meses de idade. **A situação do sistema sensorial é a circunstância que melhor determina a idade cronológica** da cirurgia do estrabismo funcional. Os estrabismos precoces, com graves alterações sensoriais ou em condições sensoriais normais, mas em idade que poderão alterar-se, devem ser operados o mais cedo possível. Pelo contrário, as intervenções cirúrgicas podem ser feitas mais tardiamente quando as alterações sensoriais aparecem também mais posteriormente.

C) Com referência à **idade** do paciente a ser operado, generalizando-se, temos o seguinte:

Em estrábicos com menos de 2 anos, evitar a fixação excêntrica e a correspondência anômala por oclusão alternada; se necessário, intervenção cirúrgica.

Entre os 2 e 5 anos, se não acomodativo, operar; se houver erro de refração, corrigi-lo e procurar evitar a ambliopia por oclusão alternada e depois exercícios ortópticos; quando não houver mais melhoria, é indicada a operação.

Os estrabismos aparecidos entre as idades de 5 a 8 anos, devem ser operados após um tratamento clínico, dentro deste limite; em geral com muito bons resultados, pois a fusão que já existia, garante o êxito.

Quando o estrabismo aparece depois dos 10 anos de idade, um verdadeiro estrabismo da idade adulta, em que a normalidade sensorial dificilmente se altera, é conveniente haver um período de espera, pois a alteração que produziu uma paralisia ou paresia pode modificar-se de 6 meses a um ano. Estes casos poderão ser operados em qualquer ocasião e em geral, com volta de visão binocular perfeita.

III — Ao se indicar a cirurgia do estrabismo não devemos esquecer os **fatores negativos que contra-indicam** a cirurgia e nos poderão levar a resultados desastrosos.

Estes fatores são os seguintes:

1.º — a ambliopia irredutível, com ou sem fixação excêntrica, qualquer que seja a causa, é de mau prognóstico para a cirurgia, pois é impossível a visão binocular, cuja existência é a melhor salvaguarda da correção muscular realizada. É muito comum nos operados, sobretudo em crianças, depois de um aparente paralelismo muscular o olho ambliope se tornar novamente desviado.

2.º — a correspondência retinal anômala fixa, com boa visão de ambos os olhos, com “Horros fusionis”, constitui contra indicação da cirurgia do estrabismo, pois o resultado será sempre uma diplopia permanente, incômoda, tanto maior quanto mais perfeita a correção motora. Com o progresso da ortóptica e sua aplicação precoce, cada vez mais raros são estes casos.

3.º — Não se devem operar os estrabismos acomodativos puros, pois a correção da ametropia causal modificará o ângulo do desvio; com o tempo haverá também uma diminuição do mesmo.

4.º — Evitar cirurgia no estrabismo de origem sensorial ou estrabismos mistos, com pequeno fator motor e causa acomodativa, quando o transtorno motor puder ser compensado.

5.º — Outro fator importante que prejudica a cirurgia do estrabismo é o diagnóstico inexato do tipo do estrabismo com menosprezo do componente vertical. Estes desvios verticais (estrabismos oblíquos) freqüentemente mal interpretados são quase sempre de origem parética, exacerbados ou não por

contração do antagonista. São os casos de péssimos resultados cirúrgicos, em que se desconhece a existência do desvio vertical associado a outros tipos de estrabismo.

6.º — Alterações anatômicas como contraturas extensas ou fibrose muscular, são obstáculos insanáveis para se alcançar um feliz resultado. Aqui se incluem os estrabismos musculares genuínos devidos à ausência, hipotrofia ou hipoplasia dos músculos oculares ou nervos correspondentes.

7.º — A cirurgia precoce sem tratamento médico ou ortópico, é claro, também é contraindicada, a não ser em casos especiais.

8.º — Os estrabismos psico-somáticos deverão ser analisados perfeitamente a fim de serem evitados os insucessos.