

SINDROME DE DUANE (*)

Dr. HELION DE MELLO E OLIVEIRA — São José do Rio Prêto

Histórico

A primeira caracterização dêste síndrome foi feita por Wilians, em 1875, seguindo-se as observações de Von Graefe (1880), Turk (1896) e Duane (1905).

O nome dêstes últimos está ligado ao síndrome em aprêço por terem feito estudos mais minuciosos desta anomalia.

Fernandes (2) afirma que até 1949, ocasião em que publicou seu trabalho, existirem 231 casos na literatura mundial.

A pesquisa bibliográfica que realizamos nos permitiu encontrar, na literatura nacional, apenas os casos de Paiva (1944), Serpa (1945) e Fernandes (1949). Serpa faz referências a uma observação de Ferreira Filho, a qual não encontramos publicada.

Sinonímia

Síndrome de Duane é o nome mais usado pelos autores que têm tratado desta anomalia da musculatura extrínseca ocular. Numerosas são as denominações que tem recebido, tais como: Síndrome de Turk, S. de Stilling-Turk-Duane, S. de retração do globo ocular, Estrabismo anômalo muscular congênito, deficiência congênita da abdução, deficiência congênita da abdução com retração, fixação fibrótica do globo ocular.

Quadro Clínico

O Síndrome de Duane é caracterizado por limitação ou abolição congênita da abdução, retração do globo ocular, deslocamento para cima e estreitamento da fenda palpebral quando nos movimentos de adução.

Esta alteração é, geralmente, unilateral, sendo descritos algumas vêzes casos bilaterais. O olho esquerdo é mais atingido na proporção de 4 para 1, sendo, nos casos bilaterais, o mais comprometido. Há maior ocorrência no sexo feminino.

Os pacientes freqüentemente adotam posições corretoras da

(*) Trabalho apresentado ao X Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

cabeça. A diplopia espontânea falta quase sempre. A acuidade visual costuma ser normal em ambos os olhos.

O Síndrome de Duane pode apresentar variações, como desvio vertical do globo ocular nos movimentos de adução, protusão do globo e alargamento da fenda palpebral nas tentativas de abdução ou na elevação do supercílio, paralisia do grande oblíquo, retração do globo ocular na abdução, eversão da pálpebra inferior na adução, enoftalmia ou exigüidade da rima palpebral em posição primária.

O olho afetado por este Síndrome, em alguns casos, tem apresentado malformações, tais como: cataratas congênicas, microftalmia, colobomas do nervo óptico, artéria hialóide persistente, fibras de mielina, ambliopia, alta hipermetropia, heterocromia iriana, restos de membrana pupilar, ptose com fenômeno de Marcos Gunn e nistágmo.

Além das alterações oculares, nos portadores de Síndrome de Duane têm sido observadas outras anomalias como hipoplasia da hemiface homolateral, tórax em funil, deformidades nos pavilhões das orelhas, alterações anatômicas da órbita, deformações das mãos, defeitos dos músculos esternocleido e escapular, escoliose, siringomielia, etc..

Etiopatogenia

Exames anatomopatológicos de casos de Síndrome de Duane revelaram lesões dos retos internos e externos. O reto externo apresentou-se ausente ou transformado em tecido fibroso. O interno tem sido encontrado com fibrose parcial ou total e com inserção anômala.

A retração do globo tem sido atribuída à paralisia do grande oblíquo homolateral ou às alterações da dinâmica ocular, produzida pelas malformações musculares. O estreitamento da fenda palpebral seria devido às conexões anormais das aponevroses musculares que se estendem até às pálpebras.

Duas teorias surgiram para explicar as alterações encontradas no Síndrome de Duane: Teoria obstétrica e Teoria displásica.

A Teoria obstétrica atribui ao traumatismo obstétrico as al-

terações observadas. Os músculos sofreriam compressões e isquemias com subsequente fibrose. Estas lesões seriam produzidas por fórceps ou trauma ao atravessar o canal de parto.

Contra esta teoria está o achado de criança com Síndrome de Duane e que nasceu por operação cesariana.

A teoria displásica atribui, como causa dêste Síndrome, a uma perturbação do desenvolvimento embriológico dos músculos extra-oculares.

Têm sido relatados casos de Síndrome de Duane em várias gerações, em algumas famílias, sendo, no entanto, ainda obscura a questão da hereditariedade neste Síndrome.

Terapêutica

Quando presente estrabismo, tem sido tentada a correção cirúrgica, intervindo-se na musculatura extrínseca ocular, com fins estéticos.

No estrabismo convergente está indicada a tenotomia controlada do reto interno; nos estrabismos divergentes justifica-se tenotomia do reto externo, que se apresenta lesado e retraído.

A enoftalmia ativa, em geral, desaparece com a intervenção nos retos laterais.

Comentários

Resumiremos as publicações nacionais, que encontramos na literatura à nossa disposição.

Paiva (1944) — N. P. P. — fem., branca, 14 anos. Apresenta a anomalia desde o nascimento. Ôlho direito afetado. Visão normal em ambos os olhos. Nasceu de parto normal. Assimetria facial acentuada.

Serpa (1945) — T. S. — masc., branco, 20 anos. Sua malformação foi observada pela mãe quando o paciente contava 4 anos de idade. Ôlho esquerdo afetado. Visão de 1,2 em O. D. e 0,7 em O. E.. Nascido de parto normal.

Fernandes (1949) — A. S. — fem., branca, 15 anos. Estrabismo desde o nascimento. Ôlho esquerdo afetado. Visão normal em ambos os olhos. Nascida de parto normal. Raquisquízis posterior da 5.^a vértebra lombar.

Caso presente (1958) — T. E. R. — fem., branca, 5 anos. Anomalia ocular desde o nascimento. Ôlho esquerdo afetado. Visão igual a 1 em ambos os olhos. Nascida de parto normal.

Os casos nacionais concordam com o observado na literatura mundial quanto ao predomínio do aparecimento do Síndrome de Duane em olho esquerdo, sendo que ainda está sem explicação esta eletividade.

Nestas publicações brasileiras houve também um predomínio para o sexo feminino. Gifford (citado por Fernandes) acredita que este predomínio seja devido as mulheres, vítimas de um defeito físico, procurarem o oculista com maior freqüência que o sexo masculino.

Nenhum dos casos nacionais apresenta história de traumatismo obstétrico, o que vai contra a Teoria obstétrica.

Apresentando-se o Síndrome de Duane associado a várias outras anomalias, como demonstram numerosas observações, acreditamos que ele seja uma displasia em geral limitada ao globo e região ocular, podendo associar-se a uma outra displasia somática.

OBSERVAÇÃO

Identificação — T. E. R., sexo feminino, 5 anos, branca, brasileira.

Queixa — Os pais trazem a criança à consulta por apresentar um olho menor que o outro.

Anamnese — A anomalia ocular foi observada pelos pais desde o nascimento. Nasceu a termo, de parto normal. É a terceira filha do casal. Desconhecem outro caso semelhante na família. Apresenta boa saúde, tendo sido afetada por moléstias próprias da infância.

Exame clínico geral — Nada apresentou digno de nota.

Exame ocular — Apresenta perfeito paralelismo em posição



Fig. 1 — Paciente olhando em frente.

Notar ligeira enoftalmia em O. E. e ausência de estrabismo primária (fig. 1). Ôlho esquerdo ligeiramente enoftálmico. Quando olha à esquerda O. E. não transpõe a linha mediana e O. D. entra em adução que com dificuldade é mantida pela pequena paciente (fig. 2).



Fig. 2 — Paciente olhando à esquerda.

Notar ausência da abdução em O. E.

(fig. 3).

Quando a paciente olha à direita O. D. entra em abdução e

O. E. apresenta diminuição da abertura da rima palpebral e evidencia-se um aumento da enoftalmia e rotação do globo ocular para cima (fig. 3).



Fig. 3 — Paciente olhando à direita.
Notar estreitamento da fenda palpebral de O. E.

A paciente não foi capaz de informar a respeito de diplopia. Os reflexos pupilares são normais. Meios transparentes e fundo de olho nada revelaram de anormais. A visão é normal em ambos os olhos.

RESUMO

O autor tece considerações sobre o Síndrome de Duane, revendo dados históricos, sinonímia, quadro clínico, etiopatogenia e terapêutica. Resume os casos que encontrou na literatura nacional e apresenta um novo caso em criança do sexo feminino, branca, em que o Síndrome de Duane atingia olho esquerdo.

REFERÊNCIAS

- 1 — DANIS, P. — Congenital anomalies of motility of muscular origin, with reference the Stilling-Turk-Duane Syndrome. *Oftalm. Ibero-Americana* 12:52, 1950.

- 2 — FERNANDES, R. C. — Síndrome de Duane. *Rev. Bras. Oftalm.* 10:333-343, 1952 e *Anais VI Congr. Bras. Oftalm. Recife, 1949.*
- 3 — ONFRAY, R. — In *Traité d'Ophtalmologie*, vol. VII, pag. 56. Masson et Cie. Paris, 1939.
- 4 — PAIVA, C. — Paralisia congênita do reto externo — Síndrome de Duane. *Rev. Bras. Oftalm.* 3:25-29, 1944.
- 5 — SERPA, J. — Síndrome de Duane. *Rev. Bras. Oftalm.* 4:43-45, 1945.
- 6 — VIALLEFONT, H. — *Syndrome de Stilling-Turk-Duane.* Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, 1955.