

Eficácia do debilitamento dos oblíquos inferiores na correção da anisotropia em V

Carlos Souza Dias *; Carlos F. Uesugui **; Maria Helena Alves Silva **

Após a publicação do trabalho de Urretz-Zavalía, em 1948 ⁽¹⁾, em que este autor chama a atenção para as variações dos desvios horizontais em supra e infraversão, este assunto tem merecido cada vez maior atenção quando do planejamento cirúrgico dos estrabismos. Já não se admite um esquema cirúrgico baseado unicamente no desvio horizontal em posição primária. É ponto pacífico que as anisotropias verticais não corrigidas constituem uma das principais causas de fracasso cirúrgico, a curto ou a longo prazo.

É sabido que as disfunções dos oblíquos são os principais fatores etiopatogênicos das anisotropias verticais, fato sobejamente comprovado pela experiência. Assim, quando há disfunção desses músculos, deve a sua correção estar necessariamente incluída no planejamento cirúrgico destinado à correção do estrabismo com anisotropia vertical. Na ausência dela, há que lançar mão das transposições musculares.

Assunto ainda pobremente ventilado na literatura é o que se refere ao montante da correção da anisotropia que se obtém através do debilitamento dos oblíquos. Visamos, com este estudo, verificar o quanto o debilitamento dos oblíquos inferiores alterou a anisotropia em V em alguns pacientes por nós operados.

Devemos dizer que não concordamos com a denominação clássica "síndrome em V" (ou síndromes alfabéticas), por não se enquadrarem essas entidades clínicas na definição de síndrome: "Reunião de sintomas que definem uma entidade mórbida" ⁽²⁾. Por esse motivo, e na falta de melhor denominação, optamos pela expressão "anisotropia vertical" ou simplesmente pelo vocábulo "anisotropia", simplificações da expressão ideal "anisoheterotropia às versões verticais".

MATERIAL E MÉTODO

Foram analisados os dados referentes a 67 pacientes portadores de estrabismo ho-

rizontal com anisotropia vertical em V, todos operados por um de nós (C.S.D.). Incluímos unicamente os casos que contavam com dados suficientes em suas fichas, com incomitância igual ou maior que 10Δ e com tempo de observação pós-operatória não menor que 2 meses. Em todos eles foi realizado debilitamento de ambos os oblíquos inferiores. Não fizemos distinção entre os pacientes cuja operação se resumiu apenas nisso (10 pacientes) e aqueles em que também músculos horizontais foram operados para a correção da heterotropia em posição primária. Foram eles separados em 2 grupos: os portadores de esotropia (50 pacientes) e de exotropia (17 pacientes). Foi determinada, para cada grupo, a média da magnitude da anisotropia antes da operação, a média das correções obtidas e o coeficiente de correlação entre esses valores. A significância deste último foi determinada por meio do teste de Student para amostras pareadas, para um nível de significância de 5%. Esses dados foram determinados não só em relação à anisotropia total, mas também quanto à incomitância entre a posição primária e a superversão e entre aquela e a infraversão.

O debilitamento do oblíquo inferior consistiu de retrocesso, variável entre 6 e 13 mm, ou de miectomia com cauterização do coto, segundo a intensidade da hiperfunção existente, considerando-se cada olho em separado. Sofreram então, alguns pacientes, operações assimétricas. O retrocesso de 6 mm foi reservado a olhos cuja hiperfunção do oblíquo era muito pequena, que normalmente não exigiria debilitamento, em pacientes cujo olho irmão necessitava debilitamento maior.

A idade média dos pacientes foi de 8.0 ± 4.72 anos, variando entre 1 e 20 anos. O tempo médio de observação pós-operatória foi de 14.98 ± 16.28 meses, variando entre 2 e 65 meses.

* Chefe da Clínica Oftalmológica da Sta. Casa de Ciências Médicas da Sta. Casa de São Paulo.

** Professor Instrutor da Disciplina de Oftalmologia São Paulo.

São Paulo e da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade da Faculdade de Ciências Médicas da Sta. Casa de

RESULTADOS

Os resultados obtidos estão demonstrados nos quadros 1 e 2 e nas figuras 1 a 6.

O quadro 1 mostra o montante da anisotropia pré-operatória dos 50 pacientes portadores de esotropia (X), a correção média obtida (Y), o coeficiente de correlação entre esses dados (R) e o teste de significância (t e P). Na coluna da esquerda, vê-se esses dados relativos à anisotropia total (da supra à infraversão); a coluna central refere-se à anisotropia considerada entre a posição primária e a superversão e, da direita, à anisotropia entre a posição primária e infraversão. As figuras 1, 2 e 3 demonstram as retas correspondentes a esses dados.

QUADRO 1

ET - OI - AD		
50 CASOS		
$\bar{X} = 24,25^{\Delta} \pm 10,15^{\Delta}$	$\bar{X} = 10,98^{\Delta} \pm 8,60^{\Delta}$	$\bar{X} = 13,28^{\Delta} \pm 8,77^{\Delta}$
$Y = 16,56^{\Delta} \pm 8,74^{\Delta}$ (2 ^o a 40 ^o) 68%	$Y = 7,52^{\Delta} \pm 7,47^{\Delta}$ 68,5%	$Y = 8,56^{\Delta} \pm 9,21^{\Delta}$ 64,5%
R = 0,65	R = 0,74	R = 0,77
t = 6,77	t = 4,14	t = 5,48
P = 1,6 ⁻⁸	P = 1,36 ⁻⁴	P = 1,46 ⁻⁶

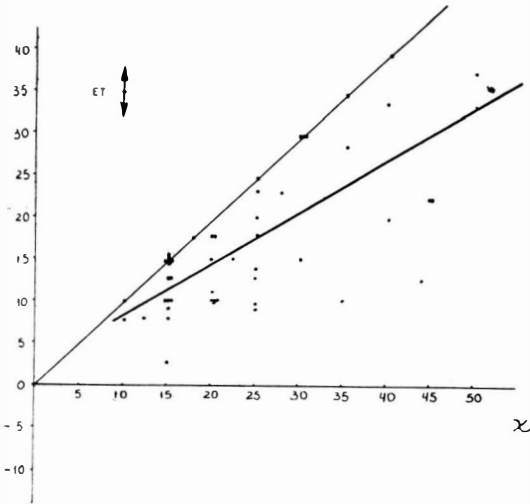


Fig. 1

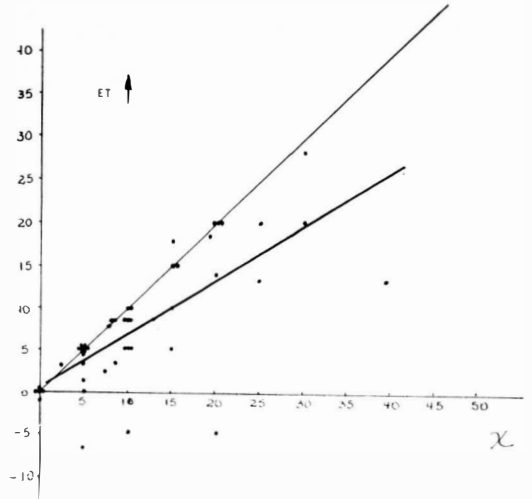


Fig. 2

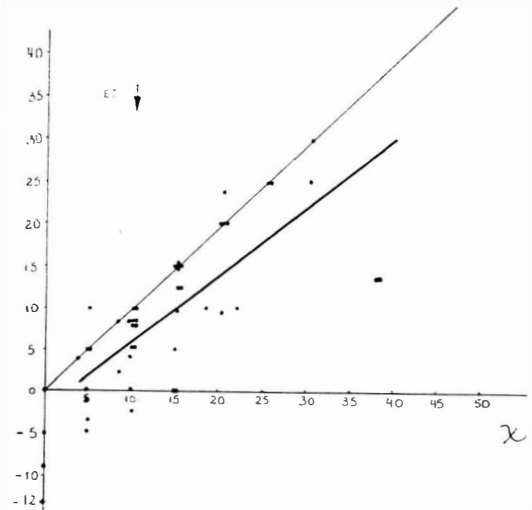


Fig. 3

O quadro 2 e as figuras 4, 5 e 6 mostram os mesmos dados correspondentes aos 17 pacientes portadores de exotropia.

A análise estatística evidenciou elevada correlação entre X e Y.

QUADRO 2

XT - 01 A0
17 CASOS

$\bar{X} = 31,88 \pm 9,44$	$\bar{X} = 13,11 \pm 4,9$	$\bar{X} = 18,76 \pm 10,10$
$\gamma = 20,94 \pm 15,0$	$\gamma = 6,82 \pm 8,0$	$\gamma = 14,11 \pm 12,48$
{0 a 50} 65,7	52	75,2
R = 0,92	R = 0,63	R = 0,92
t = 6,18	t = 4,16	t = 3,84
P = $1,32^{-5}$	P = $7,37^{-4}$	P = $1,44^{-3}$

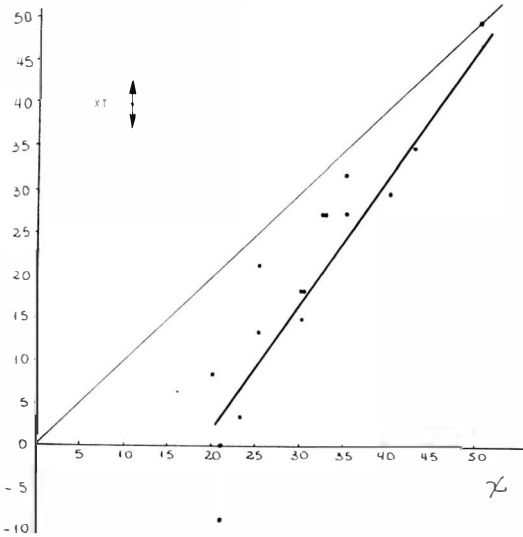


Fig. 4

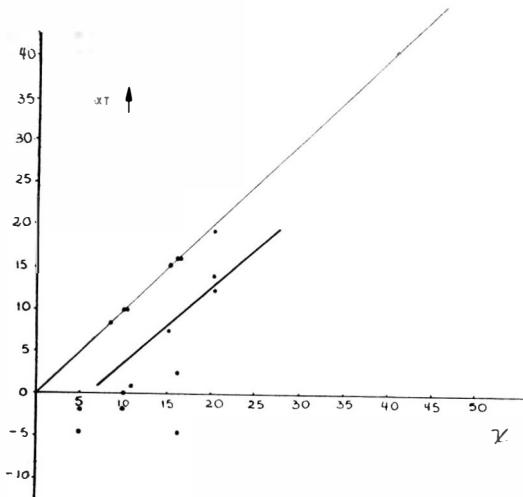


Fig. 5

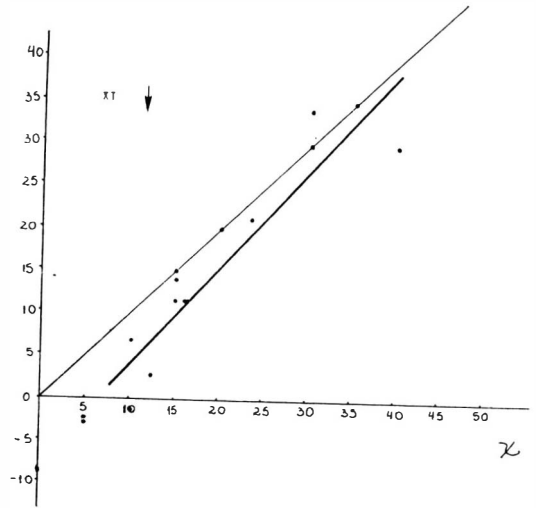


Fig. 6

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

O motivo de termos estudado separadamente os pacientes portadores de esotropia e os de exotropia deveu-se a que a experiência clínica nos havia feito suspeitar de que as anisotropias da exotropia são geralmente maiores que as da esotropia. Essa impressão ficou comprovada neste estudo, pois a média daquelas foi de $31,88\Delta$ e a destas $24,25\Delta$.

Os nossos resultados permitem-nos concluir o seguinte:

- 1) Não há diferença entre a magnitude da correção da anisotropia em V, pelo debilitamento dos oblíquos inferiores, nos casos de esotropia e exotropia.
- 2) A correção média da anisotropia total é, em média, entre 65 e 70% do seu valor inicial.
- 3) O debilitamento dos oblíquos inferiores corrige a anisotropia em V igualmente entre os seus componentes superior e inferior, isto é, entre a posição primária e a supravversão e entre aquela e a infraversão.
- 4) Há grande dispersão entre os valores das correções obtidas, o que pode ser explicado, provavelmente, pela existência de outro ou de outros fatores etiopatogênicos para essas incomitâncias, cuja influência em cada caso ainda nos é desconhecida e, portanto, imprevisível. Isto fica bem evidente se atentarmos os casos em que há anisotropia em V, às vezes grande, sem disfunção de oblíquos inferiores, que devem ser tratados atra-

vés de técnicas cirúrgicas especiais ou os casos em que na hiperfunção dos oblíquos, às vezes acentuada, sem anisotropia.

RESUMO

Os autores realizam estudo estatístico das correções da anisotropia em V obtidas através do debilitamento bilateral dos oblíquos inferiores, em 50 pacientes esotrópicos e 17 exotrópicos.

Observaram que não houve diferença numérica entre os 2 grupos, que o montante de correção variou entre 65 e 70% do valor nicial, que houve igual correção para cima ou para baixo da posição primária e que houve grande dispersão de resultados, o que tentam explicar sugerindo a existência de outro ou outros fatores etiopatogênicos desconhecidos para as anisotropias.

SUMMARY

The authors make a statistical study of the corrections of the V pattern obtained through the bila-

teral weakening of the inferior obliques of 50 esotropic and 17 exotropic patients. Their observations were the following:

- 1) There was no difference between both groups.
- 2) The amount of correction was about 65 to 70% of the initial incomitance.
- 3) There was about the same amount of correction of the superior component (anisotropia between the primary position and the supraversion) and the inferior component (between the primary position and the infraversion).
- 4) There was a great dispersal among the amount of corrections, which they try to explain proposing the existence of an unknown factor in the pathogenesis of the V pattern.

BIBLIOGRAFIA

1. URRETZ-ZAVALLIA, A. — Abducción en la Elevación. Arch. Oftalmol. B. Aires, 22: 125, 1948.
2. POSILUK, J. & GOLDFELD, S. — Pequeno Dicionário de Termos Médicos. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu Ltda., 1980.