

2. BERTRAMS, J.; ROMMELFANGER, M.; SPITZNAS, M. & KUWERT, E. — HL-A27 and acute anterior uveitis. *Z. Immun. — Forsch.*, 148: 389, 1975.
3. BERTRAMS, J.; SCHILDBERG, P. & HOEPPING, W., et al. — HL-A antigens in retinoblastoma. *Tissue Antigens*, 3: 78, 1973.
4. BERTRAMS, J. & SPITZNAS, M. — The HLA Linkage Group and Disease Susceptibility. *Graefes Archiv Ophthalmol.*, 200: 1, 1976.
5. BODMER, J. C. — The ABC of HLA. A serological report of the 6th. Histocompatibility Workshop. *Histocompatibility testing 1975*, pp. 21. Copenhagen. Munksgaard, 1975.
6. CHEN, M. C.; MARAK, G. E. & PILKERTON, A. R. — The incidence of HLA-SD antigens in recessive retinitis pigmentosa. *Brit. J. Ophthalmol.*, 62: 172, 1978.
7. CUFWORTH, A. G. & FESTENTEIN, H. — HLA genetic heterogeneity in diabetes mellitus. *Brit. Med. Bull.*, 34: 285, 1978.
8. DAUSSET, J. — Iso-euco-anticorps. *Acta haemat. (Basel)*, 20: 156, 1968.
9. DAUSSET, J. & SVEJGAARD, A. — HLA and Diseases. Williams and Wilkins Co. 1977. pp. 46-228. Baltimore.
10. DOHERTY, P. C. & ZINKERNAGEL, R. M. — Immune surveillance and the role of major histocompatibility antigens. *Nature (Lond.)*, 256: 50, 1975.
11. JUNG, R. T.; CHALMERS, T. M. & JOYSEY, V. C. — HLA in Behcet's disease. *Lancet*, 1: 694, 1976.
12. KAPLAN, J. A. — Retinal Detachment and vitreo-retinal Dysplasias. In: Morton F. Goldberg. *Genetic and Metabolic Eye Diseases*. Little, Brown and Co. Boston, 1974 pp. 431.
13. KISSMEYER-NIELSEN, F. & KJERBYE, K. E. — Lymphocytotoxic microtechnique. Purification of lymphocytes by flotation. In: *Histocompatibility Testing 1967*. Copenhagen. Munksgaard, 1967.
14. LARKINS, R. G.; MARTIN, F. I. R. & TAIT, B. D. — HLA patterns and diabetic retinopathy. *Brit. Med. J.*, 1: 1111, 1978.
15. OHNO, S.; NAKAYAMA, E. & SIGIURA, S., et al. — Specific histocompatibility antigens associated with Behcet's disease. *Amer. J. Ophthalmol.*, 80: 636, 1975.
16. SVEJGAARD, A. & RYDER, L. P. — Interaction of HLA molecule with non-immunological ligands as an explanation of HLA and disease associations. *Lancet II*: 547, 1976.
17. WOODROW, J. C.; MAPSTONE, R.; ANDERSON, J. & USHER, N. — HL-A27 and anterior uveitis. *Tissue Antigens*, 6: 116, 1975.

Microeso e microexotropias: Comparações em uma mostragem de Yorkshire

Luiz Antonio Peduti Cunha *

INTRODUÇÃO

Após o interesse despertado pelas microexotropias (MXT) que se mostraram mais freqüentes do que se acreditava (1), suas características clínicas foram descritas a partir de 35 casos vistos na Leeds General Infirmary (LGI) (2).

Além de podermos dividir as microtropias (MT) em microesotropia (MET) e MXT, podemos ter microtropia primária (MT1^o) ou não cirúrgica e secundária (MT2^o) ou pós cirúrgica, cada grupo apresentando algumas características próprias. Entendemos por microtropias os desvios de até 5 graus, com ou sem movimento ao cover, havendo em geral certa forma de fusão e algum grau de estereopsia presente.

MATERIAL E MÉTODOS

Para melhor destacar as diferenças entre os tipos de microtropia utilizamos os 35 casos de MXT vistos na LGI no período de

setembro de 1979 a fevereiro de 1980 e os comparamos em vários aspectos às primeiras 35 MET que compareceram como retorno ao Serviço no mesmo período. Os casos de MXT foram convocados, quando sua consulta de retorno não coincidia com o período de estudo. Dessa maneira não houve pareamento por idade e sexo, não tendo sido também possível calcular a incidência de microtropia (MT) naquela população. A fim de tentar encontrar uma explicação para o freqüente achado de boa estereopsia em MXT (2), usamos um critério estrito e rígido para ambliopia.

Assim, ambliopia leve foi considerada como diferença de mais de três letras em uma mesma linha de Snellen até um décimo, moderada como de um a três décimos e acentuada, além de três décimos de diferença. A eficácia do tratamento para ambliopia ocorreu também, segundo nossos parâmetros, quando a AV no olho ambliope melhorou pelo menos três décimos — mesmo que nesse caso uma ambliopia acentua-

* Médico Assistente da Divisão de Clínica Oftalmológica Universidade de São Paulo (Serviço do Prof. Paulo Department, Leeds General Infirmary — England.

do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Braga de Magalhães). Ex-Medical Assistant to the Eye

da ainda persistisse (por exemplo, 1,0 de AV no olho fixador e 0,1 de AV no olho não fixador e 0,4 pós-tratamento), além do que se considera habitualmente como melhora pelo tratamento.

Anisometropia cilíndrica e/ou esférica ocorreu quando a diferença de refração entre um olho e outro foi de 0,50 dioptrias (dp). A amplitude de fusão no espaço com prismas foi considerada normal como 15dp de convergência e de 8dp de divergência para longe (3). A estereopsia para perto foi medida pelo menos com um destes três métodos: TNO, Frisby e Wirt e sempre que possível, com os três.

O diagnóstico foi feito, quando da ausência de movimento ao cover, pela presença de ambliopia mesmo que discreta e estereopsia inferior à normal. O cover simultâneo, a visoscopia e o teste das 4dp foram também auxiliares para o diagnóstico (4). Casos dúbios onde um outro diagnóstico, como simples ambliopia por anisometropia, era possível não foram incluídos no trabalho.

RESULTADOS

1. **Tipos de MT:** dos 70 pacientes, 35 apresentavam MET e 35, MXT. A frequência de MT1.^a foi de quase 80% e MET2.^a foram duas vezes mais frequentes que MXT2.^a. Não foram constatados desvios verticais associados às MT. Todas as MET2.^a advieram de cirurgia para correção de ET e todas as MXT2.^a, de cirurgia para correção de XT. Os casos secundários tinham pelo menos um ano de seguimento pós-operatório.

2. **Distribuição por sexo:** em MXT1.^a a distribuição foi similar, homens predominaram em MXT2.^a e em MET1.^a e mulheres em MET2.^a.

3. **Tratamento para ambliopia:** 82,86% das MET e 62,86% das MXT o fizeram; os que não o fizeram pela inexistência de ambliopia ou por idade tardia de apresentação foram de frequência similar em MET e MXT. A maioria não fez tratamento ou por tê-lo interrompido ou por não cumpri-lo de maneira adequada, ou ainda, quando a diferença de AV entre um olho e outro era pequena o tratamento muitas vezes não foi proposto e isso foi bem mais frequente em MXT. A eficácia do tratamento ocorreu em mais de 4/5 dos casos tratados e em nenhum paciente o tratamento levou a efeito uma AV igual em AO.

4. **Tipo de ambliopia** — Ambliopia leve não ocorreu apesar de ter ocorrido ausência de ambliopia, o que foi três vezes mais frequente em MXT do que em MET. A incidência de ambliopia moderada e acentuada foi similar em MET e em MXT.

5. **Idade de apresentação** — Todas as MET2.^a se apresentaram até os 6 anos de idade e isso ocorreu na grande maioria das MXT2.^a também. O grupo de MXT2.^a é pequeno e dificulta uma análise estatística, sendo válida esta observação para todos os parâmetros analisados. Apesar de mais de 50% das MT1.^a terem vindo à consulta antes dos 6 anos de idade, esse fato foi mais frequente em MET1.^a Provavelmente, pela tropia chamar atenção mais do que a ambliopia, é a idade de apresentação nos casos secundários mais precoce (média de 3 anos 4 meses), sendo que o grupo que se apresentou, em média, mais tardiamente foi o de MXT1.^a (6 anos e 6 meses).

6. **Olho não fixador** — Tanto em MET como em MXT o olho não fixador em homens foi mais comumente OD, e em mulheres OE.

7. **Refração** — Anisometropia esférica (AE) foi mais frequente em MXT e a diferença se acentuava em AE maiores do que 2DE onde apenas 3 em 18 pacientes (16,67%) com MET e AE apresentavam AE maior do que 2DE, tendo isso ocorrido em 76% das MXT com AE. Essa diferença foi mais marcante em anisometropia cilíndrica (AC) sendo 2,2 vezes mais frequente em MXT do que em MET. AC maior que 2DC não ocorreu em MET, tendo sido observada em 8 dos 22 pacientes com MXT e AC (36,36%). Na grande maioria dos casos o olho microtrópico (Om) era o mais amétrope. Tanto no olho não fixador, como no fixador, predominou o astigmatismo hipermetrópico. Astigmatismo misto no olho fixador não ocorreu em nenhum paciente com MT. No entanto, apesar de ausente em MET, o astigmatismo miópico estava presente no Om de 2 dos 23 pacientes (8,7%) com astigmatismo e MXT e no olho fixador de 1 dos 10 pacientes (10%) com astigmatismo e MXT. Anisometropia ocorreu mais frequentemente em MXT do que em MET, totalizando 70% das MT. A incidência de astigmatismo no Om foi bem mais alta do que no olho fixador e similar em MET e MXT. Astigmatismo maior que 2DC só foi observado em olhos não fixadores de pacientes com MXT, onde sua frequência foi significativa (16 olhos em 23 Om com astigmatismo e MXT ou 69,57%).

8. **Fusão e amplitude de fusão** — Em todos os pacientes foi verificada a presença de fusão, porém em 1 paciente (4%) dos 25 com MET1.^a ela era momentânea. A amplitude de convergência era normal em quase todas as MET e foi mais frequentemente normal nas MT2.^a do que nas primárias, assim como nas MET foi mais frequentemente normal do que nas MXT. Nas MXT a amplitude de divergência era mais frequente

mente normal do que nas MET e nas MT2.^a mais do que nas MT1.^a.

9. **Estereopsia** — Dois pacientes com MXT1.^a foram excluídos deste parâmetro, pois não informavam de maneira confiável aos testes feitos, provavelmente pela pouca idade. A estereopsia estava ausente de 11,5% das MT1.^a e presente em todas as MT2.^a. Estereopsia superior a 120" para perto foi achado freqüente em MXT e chegava a ocorrer em 57,14% das MXT1.^a que informavam em apenas 4 pacientes (16%) dos 25 com MET1.^a. Das MT2.^a apresentaram estereopsia superior a 120" 4 pacientes (26,67%) dos 15 com MT2.^a.

DISCUSSÃO

Comparando-se os resultados obtidos vamos analisar: a) MET e MXT; b) MT1.^a e MT2.^a; c) MET1.^a e MXT1.^a e d) MET2.^a e MXT2.^a.

a) **MET e MXT** — Dividindo-se ME nesses dois grupos há diferenças e semelhanças importantes a serem notadas, como:

1. Em ambos os grupos a distribuição por sexo foi equitativa.

2. Em nenhum grupo ocorreu desvio vertical associado à MT.

3. 4/5 das MET e 3/5 das MXT fizeram tratamento para ambliopia.

4. Tanto em MET como em MXT o motivo mais freqüente — três vezes mais freqüente em MXT do que em MET para a não realização do tratamento para ambliopia foi a não cooperação do paciente ou da família principalmente quando a ambliopia era leve — e nesses casos, segundo observamos, a melhora significativa da ambliopia exige tratamento longo, paciente e cuidadoso.

5. Eficácia do tratamento para ambliopia foi similar nos dois grupos e em nenhum paciente tratado a AV se igualou à do olho fixador.

6. Em nenhum grupo ocorreu ambliopia leve, sendo similar a freqüência de ambliopia moderada e severa.

7. A inexistência de ambliopia na última consulta foi três vezes mais freqüente em MXT.

8. A idade média de apresentação foi de 4 anos e 7 meses e MET e de 6 anos em MXT.

9. Em ambos os grupos a distribuição entre OD e OE do olho não fixador foi equitativa.

10. Em nenhum grupo houve emetropia AO. AE foi mais freqüente em MXT e essa diferença se acentuou em AC. Se considerarmos AE superior a 2DE esta foi quase cinco vezes mais freqüente em MXT e AC de mais de 2DE apesar de ter ocorrido em 36,36%

das MXT, não ocorreu em MET. Astigmatismo miópico não ocorreu em MET, sendo observado em 9,35% das MXT.

11. Em ambos os grupos anisometropia ocorreu em mais de 50% dos casos, porém, em MXT foi uma vez e meia mais freqüente. Astigmatismo superior a 2Dc só ocorreu em MXT no Om (69,57%).

12. Amplitude de convergência normal foi mais freqüente em MET, e de divergência normal, em MXT.

13. Estereopsia para perto superior a 120" ocorreu em 20% dos MET e em 51,52% das MXT que informavam.

b) **MT1.^a e MT2.^a** — Separando-se as MT agora nestas duas subdivisões, notamos:

1. MT2.^a representaram 1/5 das MT.

2. Homens preponderaram em MT1.^a e mulheres, em MT2.^a.

3. A idade de apresentação foi mais tardia em pacientes com MT1.^a.

4. Amplitude de fusão normal era mais freqüente nas MT2.^a, o que talvez falasse contra os que pensam ser a MT2.^a o resultado de MT1.^a que descompensou para tropia maior que teve de ser corrigida cirurgicamente. Ai neste caso a MT2.^a seria entidade diferente da MT1.^a, seria o residual de tropia maior. Porém nesta linha de raciocínio não deveríamos considerar MT2.^a aquela tropia acomodativa ou parcialmente acomodativa que com a correção óptica se torna MT?

5. Em todas as MT2.^a havia estereopsia, mesmo que grosseira e esta esteve ausente em 11,32% dos pacientes com MT1.^a que informavam.

6. Em MT1.^a a estereopsia era superior a 120" para perto em 37,74% dos 53 pacientes que informavam, tendo isso ocorrido em 4 dos 15 pacientes com MT2.^a (26,67%).

c) **MET1.^a e MXT1.^a** — Combinando-se ambas as classificações de MT, pudemos verificar:

1. Homens preponderaram nas MET1.^a, não havendo diferença significativa na distribuição de sexo em MXT1.^a.

2. Em MET1.^a a idade de apresentação foi mais precoce.

3. Amplitude de convergência normal foi mais freqüente em MET1.^a e de divergência normal, em MXT1.^a.

4. Em 16 pacientes dos 28 com MXT1.^a que informavam (57,14%) a estereopsia para perto era superior a 120" e isso ocorria em apenas 4 dos 25 com MET1.^a (16%).

d) **MET2.^a e MXT2.^a** — Neste outro grupo que engloba ambas as classificações foram notados:

1. MET2.^a ocorreram com o dobro de freqüência.

2. Mulheres preponderaram em MET2.^a e homens, em MXT2.^a. No entanto, a amostragem do MXT2.^a é pequena (5 pacientes).

3. A idade de apresentação foi a mesma em ambos os grupos.

4. Em todos os casos com MET2.^a a amplitude de convergência foi normal, ocorrendo isso em 80% dos 5 pacientes com MXT1.^a.

5. Em 80% dos pacientes com MXT2.^a a amplitude de divergência era normal, o que ocorreu em 40% das MET2.^a.

6. Em 3 dos 10 pacientes com MET2.^a (30%) a estereopsia para perto era superior a 120", o que foi verificado em 1 dos 5 pacientes com MXT2.^a (20%).

A divisão das MT em MET e MXT revela importantes diferenças nos dois grupos, assim como em MT1.^a e MT2.^a. Seria interessante um estudo principalmente de refração em exotropias (XT) com relação à esotropias (ET) para verificar se há realmente maior incidência de altos astigmatismos e de astigmatismo miópico em XT. Sabemos, conforme diz PARKS (3), que o escotoma em XT é menos denso que em ET apesar de ser maior em área o que poderia explicar a melhor estereopsia em XT. Apesar do tipo de ambliopia e da resposta ao tratamento terem sido similares em MET e em MXT, a acuidade visual era três vezes mais frequentemente igual AO em MXT o que nos faz esperar melhor estereopsia. O que intriga no entanto, é o fato de grandes anisometropias e altos astigmatismos serem mais comumente observados em MXT. Não há bases científicas, porém pode-se especular se não haveria uma subdivisão possível nas MT, as com anisometropia importante que poderia ser fator etiológico (5) e casos em que o componente refracional não seria significativo onde outros mecanismos como horror fusionis (6) ou outras alterações de fusão, poderiam ser importantes no aparecimento da MT. Da mesma maneira pode-se imaginar que no grupo das MT2.^a, parte seria decorrente de MT1.^a que descompensou para tropia maior que após correção reverteu à MT inicial — e essa correção eventualmente poderia ser não necessariamente cirúrgica em casos com componente acomodativo importante — e parte seria realmente secundária a uma tropia onde a condição sensorial não permitiria paralelismo sensório-motor. A menor incidência de MXT2.^a talvez possa ser explicada pela raridade de XT congênita onde as condições sensoriais seriam pouco favoráveis a qualquer tipo de binocularidade, sendo possivelmente a maioria das MXT2.^a decorrentes de MT inicial que descompensou para tropia maior que necessitou de correção cirúrgica.

Mesmo que no momento as diferenças apontadas pelas análises feitas no presente trabalho não nos dêem respostas às indagações acima, ficam esboçadas as características dos diversos grupos de MT que devem

ser confirmados por futuros estudos com novas amostragens.

CONCLUSÃO

Nunca é demais salientar a importância da detecção do estrabismo e da ambliopia precocemente e isso poderia ser feito em crianças pequenas em escolas, principalmente se examinada por ortoptistas que mediriam AV nas maiores de 2 anos e meio pelo método de Sheridan Gardiner, além da pesquisa de tropia. Em pacientes com anisometropia é recomendável uma avaliação sensório-motora, para detecção de MT.

Sugere-se, como método de screening, a medida da estereopsia e em se notando algo positivo, o exame oftalmológico com refração para detecção de anisometropias e sua correção. Ainda são pouco usadas pelas crianças — a não ser afácias — lentes de contato que são a melhor solução para grandes anisometropias atualmente propiciando provavelmente estereopsia superior à com óculos. Como sabemos, o tratamento da microtropia visa apenas ao combate da ambliopia, devendo-se fazer a retirada lenta e progressiva da oclusão. Não sendo — nem devendo ser — tratada a tropia eventualmente presente o paciente no entanto tem de ser acompanhado para detecção de recaídas de ambliopia até os 10 anos, além de sempre haver a possibilidade de tropia aumentar, principalmente em MET com média ou alta hipermetropia associada.

Na amostragem aqui estudada os resultados que mais chamaram a atenção e que necessitam de confirmação futura foram:

1. MXT2.^a duas vezes mais frequentes do que MET1.^a.
2. Todas as MT2.^a provinham das respectivas tropias.
3. Numa MT2.^a, homens têm mais frequentemente MXT2.^a e mulheres, MET2.^a.
4. Em MET1.^a há prevalência de homens e em MXT1.^a não foi encontrada prevalência de sexo.
5. Ausência de desvio vertical associado às MT.
6. Olhos com AV similar AO ocorreram três vezes mais em MXT.
7. 90% das MT2.^a apresentaram-se à primeira consulta até os 6 anos de idade.
8. Homens com MT têm preferência, em geral, por fixar com OE e mulheres, com OD.
9. Anisometropias e principalmente grandes anisometropias são mais frequentes em MXT.
10. Astigmatismo miópico ausente em MET, presente em 3 dos 70 olhos dos 35 pacientes com MXT.

11. Astigmatismo maior que 2DE só foi encontrado em olhos não fixadores de pacientes com MXT.

12. Amplitude de convergência mais frequentemente normal em MET e de divergência, em MET.

13. 100% das MT2.^a tem algum grau de estereopsia, ausente em 11,32% das MT1.^a.

14. Em 57,14% das MXT1.^a a estereopsia para perto foi melhor do que 120", o que ocorreu em 16% dos MET1.^a.

RESUMO

Trinta e cinco pacientes com microesotropia são comparados a outros trinta e cinco com microexotropia, todos examinados na Leeds General Infirmary, em Leeds, Inglaterra. Os parâmetros analisados incluem o tipo de microtropia, distribuição por sexo, tratamento para ambliopia, tipo de ambliopia, idade de apresentação, olho fixador, refração, fusão e sua amplitude e estereopsia. Os resultados mostram nesta população uma estereopsia em geral boa em pacientes com microexotropia, justamente onde altas anisometropias e altos astigmatismos são mais frequentes. Os homens neste trabalho preferem fixar com OE e mulheres com OD. Não foi encontrado desvio vertical nos pacientes e a microtropia secundária veio sempre do mesmo tipo de desvio.

SUMMARY

Thirty-five consecutive patients with microesotropia are compared to a total number of thirty-five patients with microexotropia examined at Leeds General Infirmary, Leeds, England. Parameters analysed include types of microtropia, sex distribution, treatment for amblyopia, amblyopia density, age at presentation, fixating eye, refraction, fusion and its range and stereopsis. Results show in this population that stereopsis is good in most microexotropia subjects, where high anisometropia and high astigmatism is paradoxically more frequent.

Men seem to prefer OS — and women OD — for fixating. No associated vertical deviation was seen and secondary tropias always came from the same kind of tropia.

AGRADECIMENTOS

Gostariamos de agradecer à orientação e ao apoio para análise dos dados desta série de pacientes dada pelo Prof. Jorge Alberto F. Caldeira, responsável pelo Serviço de Motilidade Extrinseca da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Agradecemos também à Miss J. Mein e Miss F. Johnson, do Departamento de Ortopia da LGI pelas sugestões e pelo exame dos pacientes — assim como todos ortoptistas desse Departamento e, finalmente, a Mr. Brian Harcourt pelo incentivo e pela permissão de usar os dados de seus pacientes e a Mr. Martin, que também nos forneceu alguns dados, ambos Consultant to the Eye Department, LGI, Leeds, Inglaterra.

BIBLIOGRAFIA

1. BOYD, T. A. S. & BUDD, G. E. — "Monofixation esotropia and asthenopia" em *Orthoptics Past, Present and Future*. Transactions of IIIrd. International Orthoptic Congress, p. 173, New York, Moore, S., Mein, I and Stockesbridge, L. Stratton Intercontinental.
2. JOHNSON, F.; CUNHA, L. A. P. & HARCOURT, R. B. — "The clinical characteristics of microexotropia". *Brit. Orthop. J.* (1981), 38, 54.
3. PARKS, M. M. — "Ocular Motility and Strabismus". New York, Harper & Row, Publishers Inc., 1975: 63-64 e 69-70.
4. CUNHA, L. A. P. & CALDEIRA, J. A. R. — "Análise retrospectiva de microtropias". *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, vol. 44 (6), 1981: 202-209.
5. DUKE-ELDER, S. — *System of Ophthalmology* — "Ocular Motility and Strabismus". London, Henry Kimpton, vol. VI, 1973: 642-653.
6. DECKER, W. & HAASE, W. — "Subnormales binokularessehen Versuch einer Einteilung Mikro strabismus. *Klin. Monats. Augenheilk.* 169, 1976: 182-195.

Tumores oculares na região de Botucatu (SP)

Schellini, S. A. *; Takano, F. **; Silva, J. B. A. ** & Hida, M. M. ***

I — INTRODUÇÃO

Revisamos neste trabalho as lesões comuns observadas no nosso serviço, verificando os diferentes tipos e a incidência na Região, dos casos com exame anátomo-patológico.

No olho e anexos podemos encontrar tumores malignos e benignos, e várias classificações são propostas.

Citamos a classificação de Andersen (1):

- 1 — Tumores Intraoculares
- 2 — Tumores de órbita

- 3 — Tumores de drenagem do sistema lacrimal
- 4 — Tumores de pálpebras
- 5 — Tumores de Conjuntiva

A maioria deles pode ser diagnosticada precocemente, desde que interfiram com a visão, sejam visíveis ou desloquem o globo ocular (2). Apesar do aspecto benigno do tumor, a possibilidade de malignidade nunca deve ser negligenciada e, sempre que a lesão seja acessível, deve-se realizar biópsia, pois apenas o exame histológico pode dar o diagnóstico preciso e definitivo.

* Residente (R₂) de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Botucatu — UNESP.

** Residentes (R₁) de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Botucatu — UNESP.

*** Prof. Ass. Doutor do Dep.^o de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Botucatu — UNESP.