

Estrabismo

Harley E. A. Bicas*

Em nossa época de instrumentalização diversificada, cada vez mais sofisticada e, a seguir, vertiginosamente tornada obsoleta, pode parecer que os campos de conhecimento que pouco dependam dela tenham, por isso, apresentado pouco progresso. Em Oftalmologia, por exemplo, o diagnóstico e tratamento do estrabismo, continuam, aparentemente, como os mesmos de décadas atrás. Enquanto sua cirurgia (considerada como uma das de execução mais fácil dentre as que compõem o conjunto das operações oftalmológicas) segue quase imutável (trocou-se, apenas, o fio de fixação do músculo à esclera e o de sutura da conjuntiva, deixando-se o "catgut" e a seda pelos materiais absorvíveis, como a poliglactina), a semiologia, ao contrário, passou por um processo de simplificação, abandonando-se técnicas (as de medidas pelo sinoptóforo), assim como o tratamento clínico, no qual ocorreu um desarmamento importante com o descrédito dos procedimentos ortópticos clássicos. Hoje, em suma, o armamentário necessário para o exercício de um bom atendimento do estrábico é, especificamente, muito sóbrio: uma caixa de prismas para avaliação quantitativa do desvio; para a cirurgia, algumas pinças de conjuntiva, uma tesoura de Westcott (convindo outra de unhas, para cortar fios), alguns ganchos, um porta-agulhas e... pronto, nada mais! Até os miostatatos estão desprestigiados e - surpresa - o próprio compasso para

medir recuos e ressecções começa a ser olhado com cautela.

Esse reducionismo de instrumentalização representa, todavia, uma concentração na essencialidade de conceitos. Apurou-se a interpretação de informações recolhidas. Desenvolveram-se entendimentos sobre ações musculares. Começam a ser edificados modelos sobre funções de outros componentes do sistema oculomotor. Enfim, numa nítida fase de transição, esboçam-se as perspectivas de teorias mais abrangentes que levem a práticas de resultados mais eficazes e permanentes. Em lugar de instrumentalizar procedimentos, racionalizam-se conceitos.

Pela grande dificuldade de sintetizar conhecimentos, cuja elaboração se acha ainda incompleta para unificação nesse "novo modelo", serão ressaltadas as linhas de pensamento que orientam essas mudanças.

1) Sobre funções rotacionais, os músculos são divididos em pares de ações antagônicas: horizontais (retos horizontais), verticais (retos verticais) e torcionais (oblíquos). Embora tais ações não sejam exclusivas de um par (por exemplo, as verticais podem também ser exercidas por retos horizontais e oblíquos), nem as únicas dele (por exemplo, retos verticais também exercem ações horizontais e torcionais) são as principais.

2) Decorre daí uma importante modificação no conceito de "posição diagnóstica". Por exemplo: a elevação e o abaixamento do olho, tanto um abdução **como em adução**, são principalmente feitos, respectivamente, pelos retos superior e inferior. É um erro ad-

mitir-se, como ainda se vê às vezes citado, que a elevação e o abaixamento de olho em adução sejam realizados pelos oblíquos (inferior e superior).

3) O diagnóstico de uma disfunção muscular passa a ser feito pela **comparação** dos efeitos rotacionais desse músculo, apresentados entre as posições oculares em que eles são máximos e mínimos. Em outras palavras, identifica-se a ação de um músculo pela **diferença** de desvio produzido em duas (ou mais) posições opostas de fixação. Por exemplo, para avaliação da função do RSD não basta conhecer o desvio vertical que ocorre (ou deixa de ocorrer) em supradextroversão, com a fixação dirigida pelo olho direito, mas também se deve analisar o desvio vertical que ocorre (ou deixa de ocorrer) em infralevoersão, com a fixação dirigida pelo olho esquerdo. Note-se que a posição de máxima ação do RSD é a de mínima do RIE e vice-versa, constituindo-se, então, um **par diagnóstico** (de músculos de ação antagônica). São pares diagnósticos: o RLD e o RLE (estudado nas esotropias), o RMD e o RME (exotropias), o RSD e o RIE, mais o OID e o OSE (nos desvios verticais E/D), o RID e o RSE, mais o OSD e o OIE (nos desvios verticais D/E). Assim, também, pode-se falar em disfunções de oblíquos quando se observa a **variação** do desvio horizontal no olhar acima e abaixo, isto é, variações em A ou V.

4) Quadros típicos e bem diferenciados de uma disfunção oculomotora podem ser bilaterais (e.g., hipo ou hiperfunções de oblíquos superiores, simétricas ou não); e, além disso, superpostos entre si (e.g., hiperfunção

* Prof. Titular, Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia da Fac. de Med. de Ribeirão Preto-USP

de oblíquos superiores e desvio vertical dissociado). As possibilidades de várias combinações resultantes de bilateralidade de disfunções e de associações, com simetrias ou assimetrias, geram novos quadros distinguíveis somente com análises mais complexas das medidas do desvio.

5) Um planejamento cirúrgico deve ser modificado em função de informações obtidas na semiologia transoperatória, com a qual são conhecidas várias das características das **forças passivas** atuantes no sistema oculomotor sob tratamento. O estudo da posição ocular sob anestesia geral, o das duções forçadas, o da velocidade da rotação centrípeta (de retorno, ou "spring-back rotation"), o da distensibilidade muscular individualizada, o da relação de forças desenvolvidas nessa distensão ("length-tension curve") etc. fornecem, já indícios para esse replanejamento. Em função dessas informações, perdem completamente o sentido os planejamentos quantitativos milimétricos dos procedimentos cirúrgicos: uma ressecção feita sobre um músculo mais "frouxo" dará, certamente, resultados menores do que a mesma ressecção feita sobre um menos distensível.

6) Atribui-se, já, a diferentes partes do músculo, funções específicas e até antagonicas. Daí resultam as cirurgias

seletivas sobre fibras musculares (tenotomias marginais) com diferentes propósitos e resultados.

7) Além da influência restritiva sobre os movimentos oculares, reconhece-se, cada vez mais, a importância de envoltórios musculares e perioculares (bainhas, fâscias intermusculares) sobre a direção e sentido das rotações. Um dos exemplos no qual se concentra boa discussão sobre a influência de estruturas não-musculares é o do modelo de "polias" fasciais (que admite a conservação inalterada das ações musculares, independentemente das posições oculares). Um outro é o da influência do pedículo vâsculo nervoso do oblíquo inferior e de suas contenções fasciais na melhoria do DVD, criada pela anteriorização da inserção desse músculo.

8) Correções cirúrgicas de estrabismo, com ajustamento posicional ocular feito durante a operação (sob anestesia tópica), ou horas após, ou tardiamente (dias após), isto é, as "suturas reajustáveis", não oferecem resultados melhores a médio e a longo prazo do que as obtidas com planejamentos convencionais. O ótimo resultado a curto prazo não é condição suficiente de estabilização e a posição dos olhos que deveria ser então conseguida, para uma correção final, satisfatória, é, ainda, desconhecida.

9) A eliminação da ambliopia conti-

nua a ser considerada indispensável, não só pela melhoria do prognóstico cirúrgico, como pela irrecuperabilidade das funções visuais na idade adulta. Persiste o tratamento oclusivo como o mais eficaz. A administração de fármacos para esse objetivo é discutível, parecendo que eventuais bons resultados, com estes, não dispensam a oclusão.

10) Para a obtenção de condições sensoriais binoculares normais, são indicadas cirurgias precoces em estrabismos aparecidos também precocemente. Resultados bem satisfatórios delas têm sido relatados para cirurgias realizadas até os 24 meses de idade, havendo queda progressiva dos índices de boa visão binocular à medida que operações mais retardadas são feitas. Ultimamente começaram a ser propostas cirurgias "muito" precoces (ao redor dos seis meses ou mesmo antes), mas os resultados não parecem mais vantajosos: seja porque a semiologia nessas idades é mais imprecisa e a variação temporal do desvio sequer pode ser estimada (levando a imprecisões no planejamento operatório), seja porque a própria sensorialidade apresentaria defeitos de base (não corrigíveis, por não serem consequência do estrabismo), seja porque a recuperabilidade funcional da sensorialidade admite pequenos retardos no tratamento.