

CIRURGIA DO ESTRABISMO

Algumas considerações e relato de dez casos

Dr. Henrique Packter - Criciúma, SC

I — Considerações Gerais

O estrabismo é sem dúvida ainda um dos grandes e apaixonantes problemas no campo da oftalmologia. Na última década, inúmeras publicações tem aparecido firmadas por nomes ilustres da oftalmologia mundial, trazendo importantes contribuições ao estudo desta afecção tão estigmatizante e tão molesta. Um trabalho dessa natureza, porisso mesmo, ficaria demasiado extenso e perderia sua finalidade se começássemos por expor a anatomia da musculatura extrínseca, a fisiopatologia da visão no estrabismo, a história da cirurgia do estrabismo, os avanços extraordinários representados pela Pleóptica e Ortóptica, as diferentes maneiras de atuar sobre os músculos — coisa que de resto se encontra nos tratados de cirurgia ocular e que já foram estudados por nomes como Arruga, Bielchowski, Peter, Chandler, Del Barrio, Hughes etc.

Atualmente, o problema da recuperação funcional tem dominado o espírito de todos os autores, principalmente após a divulgação dos trabalhos de Bangerter. A partir de então, isto é do XVIII.º Congresso Internacional de Bruxelas em 1958 — discute-se muito sobre o que seriam “as melhores condições visuais a que o paciente deveria ser conduzido” para correção do seu estrabismo. De modo geral, sabe-se que se fala da Pleóptica, da Ortóptica e da cirurgia dos músculos extrínsecos não necessariamente nessa ordem. Malbran, por exemplo, acredita que com exceção dos estrabismos intermitentes e dos acomoditivos, a ortóptica nada obtém seja com correspondência normal ou não. Zaida Nogueira, ortoptista de São Paulo, ressalta a grande importância de desenvolver-se a visão binocular antes da cirurgia e que os melhores resultados estão com os casos em que se conseguiu desenvolver visão binocular. Acrescenta ser o tempo ideal para o início do tratamento aquele que se segue imediatamente após o aparecimento do estrabismo.

É' muito variável o critério adotado pelos autores sobre o encaminhamento à cirurgia dos estrabismos. Gostaríamos de citar duas estatísticas a respeito. Peter estima êsses casos em 50% e Green-Griffith em 75%. Já Arruga prefere dizer que devem ser encaminhados para a cirurgia todos os estrabismos paralíticos antigos, aqueles devidos a anisometropias, os divergentes e, todos aqueles que não lograram melhora com o tratamento ortóptico.

E' evidente que em centros maiores, dispondo o oculista de sineptóforo, de amblioscópio, o campo de ação do profissional e os benefícios que presta, são maiores e os resultados mais definidos. Ao oculista do interior resta atuar em contados e determinados casos. Via de regra, atua sobre olhos desviados cegos, apenas com finalidade estética.

Particularmente no que concerne à nossa clínica pesa muito no que se refere ao tratamento, o fator econômico. Zona produtora de carvão mineral e, de modo geral pobre, não resta dúvida que um longo tratamento ortóptico ou pleóptico fica o mais das vezes completamente divorciado de nossa realidade econômica. Já não interessa o fator visão binocular e, nem sequer melhorar a visão do olho amblíope. Interessa o fator estético, satisfeito o qual, dão-se as famílias por contentes.

Não tivemos nenhum caso de cirurgia em criança até dois anos, mesmo porque no nosso entender é preferível insistir na correção por oclusão alternada até essa idade. Entre outras dificuldades é preciso levar em consideração o problema da avaliação do desvio, da pequenez dos músculos, das alterações advindas com o crescimento etc. Alguns autores preferem operar em tenra idade, a partir mesmo do 9.º mês. Entre esses está Bridgeman. Argumentam que, mesmo no caso da criança vir a fazer uma correspondência anômala, esta será de ângulo pequeno, permitindo uma falsa fusão com o que poderá a criança seguir uma vida mais ou menos normal, e, que a cirurgia irá facilitar o tratamento ortóptico. Segundo esses autores, as alterações, sensoriais também se verificam na oclusão alternada tanto quanto na criança deixada sem tratamento. O tratamento precoce, qualquer que ele seja é recomendado por todos a fim de se evitar tanto quanto possível uma correspondência anômala. Os estrabismos aparecidos dos dois anos em diante são os melhores do ponto de vista do tratamento ortóptico, pois a criança já tem um background visual.

Feitas essas considerações de ordem geral, que julgamos necessárias, procuraremos expor sucintamente o método, o critério por nós seguido num certo número de cirurgias de estrabismos, e, logo após também de forma reduzida o estudo de cada um dos casos.

II — Da Avaliação do Desvio, da Orientação, do Método

a) Dispondo como auxiliares para estudo de cada caso de estrabismo, de uma escala de optotipos, do oftalmoscópio, do visuscópio, (fixação monocular e retiniana), de uma caixa de provas, das luzes de Worth (fixação binocular), e do perímetro — estabelecemos a visão, o vício de refração, o poder de convergência (ponto próximo objetivo e subjetivo), a existência ou não de C.R.N. Após isso, o paciente é levado ao perímetro para medida do desvio de acordo com o método de Javal. Esse desvio é medido para longe e para perto, estabelecendo-se então um desvio médio. A avaliação desse desvio, medido prévia dilatação atropínica é repetida posteriormente em mais duas sessões. Nos casos em que ademais está em jogo um excesso de convergência ou uma insuficiência, essa circunstância é anotada à margem para o cálculo da atuação sobre os músculos.

b) Nesse breve estudo, agrupamos estrabismos concomitantes internos e externos (eso e exotropias) não paralíticos. São realmente os mais contraditórios.

c) Cushman, faz ver que “the examination of the ocular balance should be as objective as possible; an examination composed chiefly of subjective response is not reliable or satisfactory”.

d) Baseamos o cálculo das correções a realizar num trabalho de Moacyr Alvaro, citado por Arruga, Moacyr Alvaro, dava para cada avanço muscular de 1 mm uma correção de 1,5 grau, — e para cada recuo de 1 mm uma correção de 3°. Portanto,

avanço 1 mm = correção de 1°5
 recuo 1 mm = correção de 3°

e) Em se tratando de adultos, aplicávamos integralmente os valores encontrados tanto nas eso como nas exotropias. Nos jovens de menos de 13 anos, fazíamos hipocorreções nas esotropias e hipercorreções nas exotropias, essas muito ligeiras.

Eso: 7 a 10 anos 10°
 11 a 13 anos 8 a 9°
 14 a 17 anos 5°
 Exo.: 4 a 10 anos 8°
 11 a 17 anos 5°

Esses números foram obtidos com base nos trabalhos dos diversos autores e na experiência pessoal nossa.

f) Em desvios inferiores a 10° atuamos sempre sobre um músculo; em desvios de 10 a 30° sempre sobre dois músculos; em desvios superiores a 30° sobre os dois olhos.

g) Temos deixado de fazer avanços ou recuos musculares superiores a 9 mm, por acharmos que excessivos avanços ou recuos podem prejudicar a mobilidade do olho, como tem sido dito por mais de um autor.

h) Certos fatores que intervêm no resultado da cirurgia do estrabismo não podem ser avaliados antecipadamente, embora previstos. Estão ligados a aderências cicatriciais, retração dos tecidos, ao tônus dos músculos em jogo, à ação dos músculos sinérgicos, à tendência a divergência dos estrabismos infantis.

i) Nunca tivemos, afortunadamente, qualquer dos acidentes referidos pelos diversos autores e relacionados com o reflexo óculo-cardíaco. Deve-se tal fato, possivelmente, a que nossas cirurgias são feitas sob anestesia geral, prévio preparo do paciente com vagolíticos, ganglioplégicos e barbitúricos.

j) Na sutura do músculo sempre usamos catgut 50 e a conjuntiva é fechada com fio de algodão em sutura contínua. O paciente é deixado durante um dia com os dois olhos vendados; do segundo ao sexto dia apenas o olho operado é vendado. O ponto conjuntival é retirado no sexto dia.



Figura 1



Figura 6



Figura 2



Figura 7



Figura 3



Figura 8



Figura 4



Figura 9



Figura 5



Figura 10

III — Conclusões

I) Os estrabismos divergentes devem ser encaminhados à cirurgia, bem como aqueles devidos a anisometropias e a paralisias musculares após algum tempo e os que não obtiveram melhora com o tratamento ortóptico.

II) O diagnóstico precoce tem grande importância, a fim de que o tratamento ou a orientação adequada possa ser tomada, para se evitarem alterações sensoriais e manter a visão binocular.

III) Nas clínicas de interior, o tratamento cirúrgico é a regra, devido a fatores econômicos, sociais e psicológicos, nesta ordem.

IV) Colhemos excelentes resultados planificando o ato cirúrgico de acôrdo com a orientação adotada pelo Dr. Moacyr Alvaro.

V) Em crianças até 3 anos, nossa pequena experiência não nos permite opinar. Mas, parece-nos lógico operar menos e insistir, apesar de todos os percalços, no tratamento ortóptico, pleóptico, oclusão alternada e uso de lentes.

BIBLIOGRAFIA

ARRUGA, H. — Cirurgia Ocular - 3.^a edição - Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1952.

ALVARO, M. — Tratamento Cirúrgico do Estrabismo, Ophtalmos, 1940.

BANGERTER, A. — Traitement Orthoptique du strabisme concomitant; Rapport Dix-huitième Congress Internationale D'Ophtalmologie, IX-1958.

BRIDGEMAN, G. J. O. — Results of early surgery for Strabismus, Brit. Orthop. J., 15:77, 1958.

CAMPUZANO, H. — Estrabismo. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, Vol. 26, n.º 3, 1963.

CUSHMAN, B. — Strabismus Diagnosis and Treatment. Lea & Febiger. Philadelphia, 1956.

MALBRAN, J. — Traitement du Strabisme Concomitant, XVIII Congress International, Bruxelles, 1958.