

RESSECCÃO BILATERAL DO OBLÍQUO SUPERIOR EM ESOTROPIA COM INCOMITÂNCIA EM "V" (*)

Jorge Alberto F. Caldeira **

Nas incomitâncias em "A" ou em "V" com disfunção de obliquos em geral os procedimentos cirúrgicos que debilitam obliquos hiperfuncionantes produzem melhores resultados do que os reforçadores de obliquos hipofuncionantes². No caso particular da esotropia em "V" o debilitamento dos obliquos inferiores estaria então indicado.

Há situações porém, na esotropia em "V", em que a hipofunção dos obliquos superiores não é acompanhada por hiperfunção dos inferiores. Nesta eventualidade o reforço dos obliquos superiores se impõe.

O objetivo da presente comunicação é relatar os resultados obtidos em dois pacientes com a ressecção bilateral do obliquo superior.

PACIENTES E MÉTODOS

Caso 1 — G.L.N.C., reg. 1117020, 22 anos, masculino, branco, estudante. Após acidente automobilístico, há 32 meses, teve hematoma intra-craniano. Desde então apresenta diplopia ao olhar para baixo e para os lados.

O exame externo nada digno de nota revelou. Acuidade visual igual a 1 tanto em OD como em OE. Fixação binocular: para longe ortoforia e para perto recupera fusão. Medidas com prisma e oclusão alternada:

Longe — posição primária — ortoforia
supraversão — ortoforia
infraversão — ET 22 HTE 2
dextroversão — ET 4 HTE 12
levoversão — ET 3 HTD 5

Perto — posição primária — X 1

Rotações binoculares: -1 ambos RL; +1 1 RMD; -2 ambos OS (Fig. 1).

Cirurgia: AO ressecção do obliquo superior 9 mm, segundo técnica previamente descrita¹.

Caso 2 — O.Y.G., reg. 1082921, 8 anos, masculino, branco, estudante. Não sabe precisar quando ficou estrábico; nunca foi tratado.

O exame externo nada de anormal mostrou. Acuidade visual igual a 1 em OD e OE. Fixação binocular: para longe e para perto alterna. Medidas com prisma e oclusão alternada:

Longe — posição primária — ET 80 HTD 5
supraversão — ET 50 HTD 5
infraversão — ET > 80

Perto — posição primária — ET 80 HTD 5

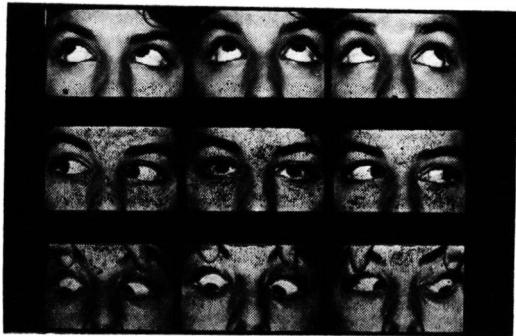


Fig. 1 — Rotações binoculares do Caso 1 antes da cirurgia.

Cirurgia: o paciente foi operado por outro cirurgião, sendo em OD feitos retrocesso reto medial 5,5 mm; ressecção reto lateral 9mm; retrocesso oblíquo inferior 8 mm. OE retrocesso oblíquo inferior 8 mm.

Passados 18 meses da primeira cirurgia as medidas com prisma e oclusão alternada eram:

Longe — posição primária — ET 32 HTE 3
supraversão — ET 23 HTE 2
infraversão — ET 54

Perto — posição primária — ET 35

Rotações binoculares: -1 OID; -2 ambos OS; +1 RLE; +2 RLD e RMD; +4 RME (Fig. 2).

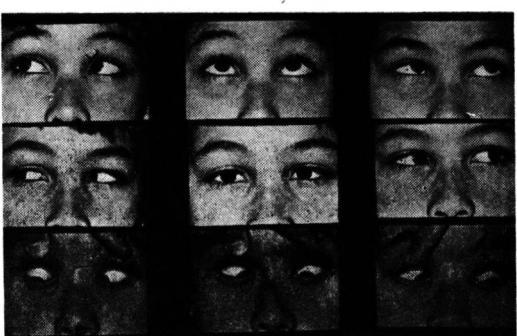


Fig. 2 — Rotações binoculares do Caso 2 antes da cirurgia.

2.ª cirurgia: OE retrocesso do reto medial 5 mm; ressecção do reto lateral 7 mm; ressecção do oblíquo superior 9 mm. OD res-

* Da Clínica Oftalmológica (Professor Paulo Braga de Magalhães) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

** Professor Adjunto e Docente Livre de Clínica Oftalmológica.

*** Trabalho apresentado ao XIX Congresso Brasileiro de Oftalmologia (1977 — Rio de Janeiro) — Prêmio Edilberto Campos.

secção do obliquo superior 10mm. Para a ressecção dos obliquos superiores foi empregada a mesma técnica do outro caso.

RESULTADOS

Caso 1 — Passados 9 meses da cirurgia, o estudo da fixação binocular revelou ortoforia para longe e para perto. Medidas com prisma e oclusão alternada:

Longe — posição primária	— ortoforia
supraversão	— ortoforia
infraversão	— ET 13 HTTE 2
dextroversão	— ortoforia
levoversão	— ortoforia
Perto — posição primária	— ortoforia

Rotações binoculares: -1 ambos RL e ambos OI; -2 OSE; +1 RMD (Fig. 3).



Fig. 3 — Rotações binoculares do Caso 1 depois da cirurgia.

No perímetro de arco, partindo-se de 0°, o paciente acusava diplopia, em infraversão, somente a partir de 35°, sendo as medidas precisas.

Caso 2 — Passados 6 meses da segunda cirurgia, o estudo da fixação binocular revelou alternância para longe e perto. Medidas com prisma e oclusão alternada:

Longe — posição primária	— ET 12
supraversão	— ET 10
infraversão	— ET 22

Perto — posição primária — ET 16

Rotações binoculares: -1 OID; +1 OIE, ambos RL e ambos RM (Fig. 4).



Fig. 4 — Rotações binoculares do Caso 2 depois da cirurgia.

COMENTÁRIOS

No Caso 1 o paciente apresentava uma incomitância em "V" consideradas as medidas em supra e infraversão. Na realidade, havia paralelismo em supraversão e na posição primária e a esotropia surgiu apenas depois da posição primária, na direção da infraversão. A diferença era de 22 dioptrias prismáticas, havendo ainda hipertropia esquerda de 2 dioptrias prismáticas. Nas versões horizontais surgiu pequena esotropia, sendo que na dextroversão OE era mais alto e na levoversão OD mais alto. Esta variabilidade do desvio vertical nas versões horizontais se explica pela hipofunção dos obliquos superiores.

Com a cirurgia a incomitância em "V" caiu para 13 dioptrias prismáticas, com uma correção de 9 dioptrias prismáticas. Esta correção equivale a 59% da primitiva incomitância em "V".

É de se destacar que nas versões horizontais desapareceram os desvios horizontal e vertical, fato de grande importância na vida diária. Embora persista desvio em infraversão este surge somente a partir de 35°. Com isto o paciente praticamente não tem diplopia para longe; para perto mantém o material de leitura em posição pouco acima de 35° e sendo estudante de Engenharia recuperou sua capacidade de trabalho.

No Caso 2 era de 31 dioptrias a diferença entre as posições de supra e infraversão; havia um pequeno desvio vertical na posição primária e em supraversão.

Com a cirurgia a incomitância em "V" caiu para 12 dioptrias prismáticas, havendo sido corrigidas 19 dioptrias prismáticas. Isto equivale a uma correção de 61% da primitiva incomitância em "V".

Deve ser destacado que neste paciente a ressecção do obliquo superior direito foi maior que a do esquerdo, visando corrigir o pequeno desvio vertical, o que foi obtido.

O paciente iniciou o tratamento tardivamente, quando não era de esperar um bom resultado funcional; seu ganho foi apenas estético.

Segundo a experiência de Jampolsky³ o pregueamento bilateral do obliquo superior não reduz significativamente o esodesvio no olhar para baixo. Nos dois casos apresentados com a ressecção bilateral do obliquo superior, a correção da incomitância em "V" foi de respectivamente 9 e 19 dioptrias prismáticas, equivalendo a cerca de 60% da incomitância primitiva.

O número de casos operados é muito pequeno para permitir conclusões. Contudo, em formas especiais de esotropia com incomitância em "V", com hipofunção dos obliquos superiores desacompanhada de hipoperfusão dos inferiores, a ressecção bilateral do obliquo superior está justificada.

No Caso 1 a cirurgia dos obliquos não foi acompanhada da dos retos; embora a correção da incomitância em "V" fosse parcial o benefício oferecido ao paciente foi marcado.

Em casos operados anteriormente¹ e nos apresentados neste trabalho não advieram complicações com a ressecção do obliquo superior.

A ressecção bilateral do obliquo superior em certas formas de esotropia com incomitância em "V" é um procedimento cirúrgico útil.

RESUMO

São apresentados os resultados obtidos em dois casos de esotropia com incomitância em «V», com hipofunção dos obliquos superiores e sem hiperfunção dos obliquos inferiores. No primeiro caso foram ressecados 9 mm de ambos os obliquos superiores, propiciando uma correção de 9 dioptrias prismáticas ou 59% da primitiva incomitância em «V». No segundo caso foram ressecados 10 mm do obliquo superior direito e 9 mm do esquerdo. No olho esquerdo foram feitos retrocesso de 5 mm no reto medial e ressecção de 7 mm no reto lateral. A correção da incomitância em «V» foi de 19 dioptrias prismáticas, equivalendo a 61% da primitiva incomitância.

SUMMARY

The results obtained in two patients with underaction of both superior obliques and without overaction of the inferior obliques are discussed. In the first case both superior obliques were resected 9 mm and a correction of 9 prism diopters or 59% of the «V» pattern was obtained. In the second case the right superior oblique was resected 10 mm and the left superior oblique 9 mm. In the left eye the medial rectus was recessed 5 mm and the lateral rectus resected 7 mm. A correction of 19 prism diopters or 61% of the «V» pattern was attained.

AGRADECIMENTO

O autor agradece ao Sr. Edmundo Bosquê Ruy pelas fotografias.

BIBLIOGRAFIA

1. CALDEIRA, J. A. F. — Modification of surgical technique for resection of the superior oblique muscle. In XXII Concilium Ophthalmologicum, Acta, Paris, 1974, vol. 2 pp. 920-926.
2. DUKE-ELDER, S. & WYBAR K. — System of Ophthalmology. London, Henry Kimpton, 1973, vol. 6, p. 787.
3. JAMPOLSKY, A. — The A and V syndromes. In Strabismus Symposium of the New Orleans Academy of Ophthalmology. St. Louis, Mosby, 1962, p. 170.