

Uma questão de nomenclatura, ou de diagnóstico?

An issue of nomenclature, or of diagnosis?

Harley E. A. Bicas

RESUMO

Erros de nomenclatura de desvios verticais são relativamente frequentes. Algumas vezes o problema decorre de uma semiologia inadequada, ou de uma sua interpretação errônea (p. ex., chamar hipertropia do OD um desvio vertical D/E, com fixação alternada). Em outras, há terminologias suscitando idéias de analogias inexistentes (p. ex., D.V.D. e D.H.D.). Além disso, a possibilidade de superposição de desequilíbrios oculomotores independentes não é ainda distinguida de um quadro primário, com idênticas manifestações. Por exemplo: as hipofunções concorrentes de um reto superior e de um oblíquo inferior contralateral poderão ter distribuições de desvios idênticas às de um D.V.D. “puro”. Ou, ao contrário, um quadro “primário” pode ficar completamente mascarado por sua superposição a outro (D.V.D. e um desvio vertical absolutamente concomitantes dando um desvio apenas presente na fixação de um dos olhos). Essas várias condições são comentadas.

Palavras-chave: D.V.D.; D.H.D.; Nomenclatura; Desvios verticais; Disfunções musculares; Propedêutica.

Desvios dos eixos visuais, descompensados (estrabismos ou heterotropias) ou não (desequilíbrios oculomotores latentes, ou heteroforias) podem ocorrer em quaisquer direções, mas são geralmente classificados de acordo com a manifestação de seus componentes angulares nos chamados **planos fundamentais**: o horizontal, no qual se definem os desvios horizontais; o sagital (erroneamente chamado “vertical”), no qual se caracterizam os desvios verticais; e o frontal (que também é um plano vertical), no qual se dão os desvios torcionais. Desvios torcionais são muito importantes, mas pouco reconhecidos e dificilmente caracterizados, o que leva ao engano, muito frequente, de nem sequer aparecerem mencionados em suas ocorrências, geralmente associadas aos desvios nos outros dois planos ¹. Mas é sobre estes, horizontais e verticais, geral e facilmente detectados, que serão feitos os comentários deste trabalho. Apenas para simplificação terminológica, os desvios doravante serão considerados como estando descompensados, ficando pois nomeados como heterotropias. Claro, todavia, que os comentários se aplicam igualmente aos desvios mantidos em estado latente (heteroforias). Na tipificação de um desvio, além da **direção** em que ele ocorre (horizontal e, ou vertical) dois outros critérios são usados: o do **sentido** e o do padrão binocular de **fixação** (ou seja, do olho que regularmente aparece desviado, enquanto o outro é, preferencialmente, usado para ver um objeto ao qual se requer a atenção do examinado).

A) Sentido

No que cabe ao **sentido**, os estrabismos horizontais são chamados eso

Professor Titular, Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.CEP 14049-900. Ribeirão Preto - SP

(ou endo) tropias, quando os eixos visuais convergem para um ponto à frente do paciente (estrabismos convergentes, Figura 1).

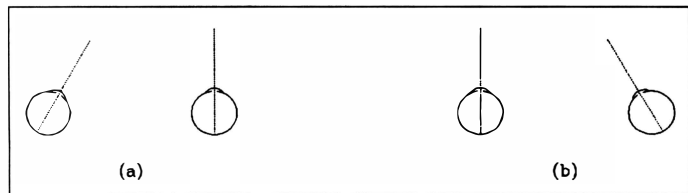


Fig. 1 - Corte esquemático do plano horizontal. Esotropia (ET). As setas indicam o sentido do eixo visual de cada olho. Em (a) o do olho direito (OD) acha-se paralelo ao plano sagital mediano e o do olho esquerdo (OE) deslocado para o lado direito (nasal); em (b) é o do OE que se acha "bem situado", ficando o do OD desviado para o lado esquerdo (nasal).

Para os que se dão em sentido oposto, isto é, quando os prolongamentos dos eixos visuais convergem para um ponto situado *atrás* do paciente (estrabismos divergentes), dá-se o nome exotropias (Figura 2).

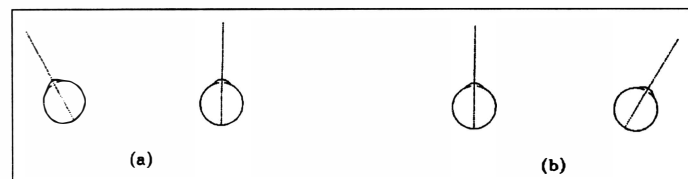


Fig. 2 - Corte esquemático do plano horizontal. Exotropia (XT). As setas indicam o sentido do eixo visual de cada olho. Em (a) o do OD acha-se paralelo ao plano sagital mediano e o do OE deslocado para o lado esquerdo (temporal); em (b) é o do OE que se acha "bem situado", ficando o do OD desviado para o lado direito (temporal).

Para o plano sagital, a convergência "real" dos eixos visuais (à frente do paciente) **nunca** é possível, havendo apenas a "virtual" (atrás do paciente), isto é, uma "divergência vertical". Daí aplicar-se a terminologia "divergência vertical D/E" quando o eixo visual do olho direito apontar (à frente do paciente) para um ponto acima do que corresponde ao eixo visual do olho esquerdo, **independentemente de suas direções absolutas**, isto é, se efetivamente o eixo visual do olho esquerdo aponta para baixo (Figura 3a), ou o do direito é que está para cima (Figura 3b).



Fig. 3 - Corte esquemático do plano sagital do OD (à direita) e do OE (à esquerda). Divergência (ou desvio) vertical D/E. As setas indicam o sentido do eixo visual de cada olho. Em (a) o do OD acha-se no plano horizontal e o do OE deslocado para baixo (hipotropia, hT ou HoT); em (b) é o do OE que se acha no plano horizontal, ficando o do OD desviado para cima. (hipertropia, HT).

No caso de uma "divergência vertical E/D" dá-se o oposto (Figura 4). Mas, sempre, se pode dizer que o eixo visual do OE aponta para um ponto acima do do OD (ou, ao contrário, que o eixo visual do OD aponta para um ponto abaixo do do OE), também **independentemente de suas direções absolutas**, isto é, se o eixo visual do olho esquerdo aponta para cima (Figura 4a) ou é o do direito que aponta para baixo (Figura 4b).

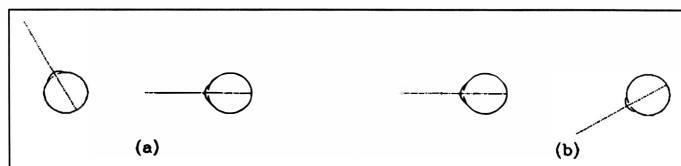


Fig. 4 - Corte esquemático do plano sagital do OD (à direita) e do OE (à esquerda). Divergência (ou desvio) vertical E/D. As setas indicam o sentido do eixo visual de cada olho. Em (a) o do OD acha-se no plano horizontal e o do OE deslocado para cima (hipertropia, HT); em (b) é o do OE que se acha no plano horizontal, ficando o do OD desviado para baixo (hipotropia, hT ou HoT).

B) Fixação

Quanto ao outro critério, o de qual olho se desvia em ato binocular, o que se faz é, fundamentalmente, determinar se, **em cada caso** (Figuras 1, 2, 3 ou 4), predomina o padrão de fixação com o olho direito (porções "a" de cada figura) ou esquerdo (porções "b" de cada figura). Assim, ficam caracterizadas:

Figura	Fixação	Estrabismo
1	a	ETOE ou ETE
	b	ETOD ou ETD
	a...b	ETalt
2	a	XTOE ou XTE
	b	XTOD ou XTD
	a...b	XTalt
3	a	hTOE ou hTE
	b	HTOD ou HTD
	a...b	T D/E
4	a	HTOE ou HTE
	b	hTOD ou hTD
	a...b	T E/D

Não há, portanto, qualquer diferença básica na caracterização de desvios horizontais e verticais e, não obstante, a nomenclatura deles deixa de ser "simetricamente" equivalente (Tabela 1), levando a confusões. Por exemplo, o que se convencionou chamar "hipertropia alternante" (HT alt) resulta de um achado semiológico em que hipertropias do OD (Figura 3b) e do OE (Figura 4a) aparecem, alternadamente. Esse desequilíbrio, hoje mais costumeiramente chamado "desvio vertical dissociado" ou "divergência vertical

dissociada” (D.V.D.)² teria, como correspondente horizontal (cuja nomenclatura, pois, equivaleria a “D.H.D.”) uma combinação de resultados de exame representados pelas Figuras 1a e 2b, ou pelas Figuras 1b e 2a. No primeiro caso (ETOE + XTOD) dever-se-ia então falar num “D.H.D.D.” (desvio horizontal dissociado para a direita) enquanto no segundo (ETOD + XTOE) correto seria dizer “D.H.D.E.” (desvio horizontal dissociado para a esquerda). Se isso ocorre, ou não, isto é, se o equivalente horizontal do chamado D.V.D. pode assim se manifestar clinicamente (ou não), fica, por enquanto, irrelevante. O que importa é que um “D.H.D. (D ou E)” deveria ser somente assim caracterizado. O quadro clínico comumente nomeado como “D.H.D.”^{3, 4} é uma incomitância horizontal simples que não requer nomenclatura especial. Ou, então, uma D.V.D. em que predomina o componente horizontal do desvio⁵, mas há, também, importantes estrabólogos que não reconhecem a validade desse termo⁵.

Aliás, D.V.D. não parece, igualmente, ser um bom nome, ainda que consagrado pelo uso. Teoricamente, pelo menos, pode surgir uma **hipotropia** alternante (hTalt) que, ao contrário do “D.V.D.” comum (HTalt, Figuras 3a e 4b) seria **também** um desvio vertical dissociado, mas em que o olho não fixador mostrar-se-ia desviado **para baixo** (combinação das Figuras 3a e 4b). Curiosamente, um fenômeno desse tipo (hTalt) aparece nos casos clássicos de D.V.D. (isto é, HTalt), quando a fixação de um olho é permitida, mas dificultada (*).

HTE ou hTD ou HTE/D?

Um erro muito comum, é o da confusão de um achado semiológico (e consequentemente da correta nomenclatura) como referência da etiopatogenia oculomotora. Por exemplo, tanto na HTE (hipertropia do OE), como na hTD (hipotropia do OD), como no desvio vertical E/D, a diferença é apenas quanto ao padrão da **fixação** binocular. No primeiro caso predomina a fixação com o OD, no segundo a com o OE e no terceiro ela é alternante. Isto é, desvios devem ser sempre nomeados **relativamente ao olho fixador**, mesmo que este, também desviado por um processo restritivo de suas rotações, não consiga posicionar-se corretamente na órbita. Por exemplo, numa criança com fixação constantemente mantida pelo OD (por má visão no OE) e cabeça girada para a direita, de modo que o OD fixe em adução (fixação “cruzada”, bloqueando um nistagmo para a direita) diz-se haver ETOE, ainda que o OE esteja “em frente” à sua órbita (**). Assim, também, não

Desvio	Aumento	Hipofunção	Olho fixador
HTE	Elevação	Elevador(es) D	D
HTE	Abaixamento	Abaixador(es) E	D
hTD	Elevação	Elevador(es) D	E
hTD	Abaixamento	Abaixador (es) E	E
E/D	Elevação	Elevador(es) D	alt
E/D	Abaixamento	Abaixador(es) E	alt
D/E	Elevação	Elevador(es) E	alt
D/E	Abaixamento	Abaixador(es) D	alt
hTE	Elevação	Elevador(es) E	D
hTE	Abaixamento	Abaixador(es) D	D
HTD	Elevação	Elevador(es) E	E
HTD	Abaixamento	Abaixador(es) D	E

se deve falar em **hipertropia** do OD, se o OE for ambliope ou não puder manter a fixação em ato binocular.

O desvio pode ser causado por uma restrição mecânica (provável tanto na HTE quanto na hTD), mas se a causa for inervacional, a paresia (primária ou secundária) dar-se-á nos depressores do OE e, ou nos elevadores do OD. No primeiro caso, esperar-se-á que ela aumente no abaixamento; no segundo, que aumente em elevação. Ora, uma “HTE que aumente em elevação” implicaria então, necessariamente, que o(s) músculo(s) parético(s) estivesse(m) no olho fixador, assim como em uma “hTD que aumente em abaixamento” (Tabela II). Essas ocorrências são possíveis mas improváveis, principalmente em crianças, nas quais o padrão de fixação geralmente se dá no olho de melhores condições motoras (quando não houver uma anisometropia). Por outro lado, se o olho do(s) músculo(s) parético(s) for ambliope (ou com baixa visão) torna tais condições (HTE maior em elevação ou hTD maior em abaixamento) praticamente insustentáveis, apontando para um erro: ou de nomenclatura (no primeiro caso, por exemplo, tratar-se-ia de uma hipotropia D e não de uma hipertropia E; no segundo caso, correto seria dizer tratar-se de uma hipertropia do OE não de uma hTD). Ou de semiologia.

ASSOCIAÇÕES DE DISFUNÇÕES INDEPENDENTES

Finalmente, um outro problema de suma importância para a orientação de estratégias cirúrgicas, mas ainda muito pouco discutido, é o da **associação** de quadros que chegam a alterar diagnósticos. Às vezes, por exemplo, suscitar o diagnóstico de D.V.D. quando ele **não** existe, ou mascará-lo, quando ele existe.

Para estudar o princípio básico de uma associação de disfunções oculomotoras, é conveniente partir-se de uma disfunção primária. Por exemplo, uma hipofunção do oblíquo superior esquerdo, com desvios verticais E/D, com valores máximos em infradextroversão, mínimos em supralevoer-

(*) Antepondo-se ao olho que mantém a fixação um filtro de luz, o outro olho se desvia para baixo, ficando em hipotropia (ou, simplesmente, se já desviado para cima, diminui sua hipertropia). O fenômeno foi descrito por Bielschowsky² e leva seu nome.

(**) O fato de se corrigir esse quadro como se fosse de uma ETOD (mau posicionamento do OD relativamente à sua órbita) não justifica essa nomenclatura. Como no caso de uma P.V.C. girada para a direita, para bloqueio de um nistagmo, em levoversão, **sem** desvio de um olho relativamente ao outro: os olhos estão desviados referentemente às suas órbitas (ETOD e XTOE) e a cirurgia visa corrigir essas más posições. Mas a nomenclatura é a de nistagmo (bloqueado em levoversão) **sem** desvio, não a de uma “associação” de ETOD e XTOE.

Tabela III. Desvios nas posições de supradextroversão fixando o olho direito (SDD) ou esquerdo (SDE), supralevoersão, idem (SLD e SLE), infradextroversão, idem (IDD e IDE) e infralevoersão, idem (ILD e ILE), respectivamente posições em que aparecem o máximo desvio vertical numa hipofunção primária do RSD, OIE, OID, RSE, RID, OSE, OSD e RIE.

Posição Testada Músculo	SDD RSD	SDE OIE	SLD OID	SLE RSE	IDD RID	IDE OSE	ILD OSD	ILE RIE
RSD(a)	-50	+43	-22	+15	+36	-29	+8	-1
RSD(s)	-50	+43	-36	+29	+22	-15	+8	-1
OID(a)	-13	+9	-29	+25	+5	-1	+21	-17
OID(s)	-21	+17	-29	+25	+5	-1	+13	-9
OSD(a)	+5	-1	+21	-17	-13	+9	-29	+25
OSD(s)	+5	-1	+13	-9	-21	+17	-29	+25
RID(a)	+36	-29	+8	-1	-50	+43	-22	+15
RID(s)	+22	-15	+8	-1	-50	+43	-36	+29
RSE(a)	+15	-22	+43	-50	-1	+8	-29	+36
RSE(s)	+29	-36	+43	-50	-1	+8	-15	+22
OIE(a)	+25	-29	+9	-13	-17	+21	-1	+5
OIE(s)	+25	-29	+17	-21	-9	+13	-1	+5
OSE(a)	-17	+21	-1	+5	+25	-29	+9	-13
OSE(s)	-9	+13	-1	+5	+25	-29	+17	-21
RIE(a)	-1	+8	-29	+36	+15	-22	+43	-50
RIE(s)	-1	+8	-15	+22	+29	-36	+43	-50

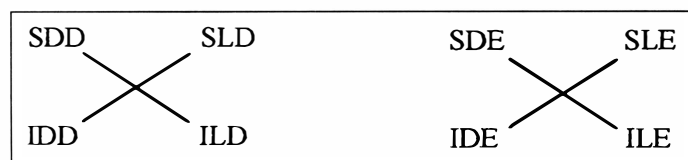


Fig. 5 - Posições de teste e esquema de anotações: fixando o OD em supradextroversão (SDD), supralevoersão (SLD), infradextroversão (IDD) e infralevoersão (ILD), correspondendo respectivamente às posições diagnósticas do RSD, OID, RID e OSD. E fixando o OE em supradextroversão (SDE), supralevoersão (SLE), infradextroversão (IDE) e infralevoersão (ILE), correspondentes às posições de OIE, RSE, OSE e RIE, respectivamente.

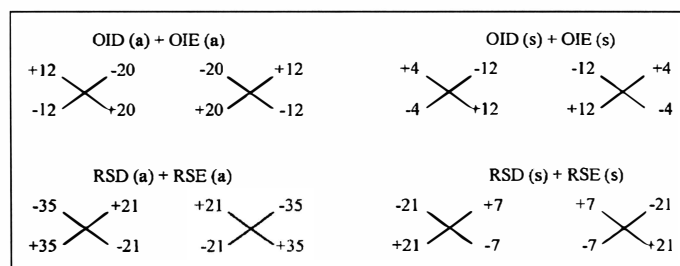


Fig. 6 - Distribuição hipotética de desvios verticais em hipofunções simétricas de oblíquos inferiores, conforme o padrão "a" ou "s" (acima) e de retos superiores, conforme o padrão "a" ou "s" (abaixo).

são, maiores na fixação do olho esquerdo que com a do direito (Tabela III e Figura 5).

As duas hipóteses de variação de desvios, para cada músculo, seguem o padrão de o segundo maior desvio ser achado na posição do antagonista (padrão "a") ou do sinergista (padrão "s"). Obviamente os desvios são arbitrariamente supostos, assim como a diferença entre os causados por retos verticais (maiores) que os por oblíquos (menores). Supondo-se o RSD como o músculo primariamente hipofuncionante (MH), o RID é seu antagonista direto (AD), o OID seu sinergista (SI), OIE o conjugado (CJ), o OSE o antagonista do conjugado (AC), o RIE é seu par de oposição (PO), o OSD o sinergista do par oponente, ou antagonista do sinergista (AS)

(*) Para retos verticais, o modelo de variações do desvio conforme opadrão "a", se dá com diferenças de 7°, na ordem seqüencial: -MH (= -50), +CJ (+43), +AD (+36), -AC (-29) -SI (-22), +HC (+15), +AS (+8), -PO (-1), ou com a ordem -MH (= -50), +CJ (+43), -SI (-36), +HC (+29), +AD (+22), -AC (-15) +AS (+8), -PO (-1), para o padrão "s". No caso dos oblíquos, as ordens são equivalentes, mas as diferenças são de 4, a partir de -29. Note-se que, como resultado, as somas das colunas, ou das linhas, na Tabela III, fica sempre nula.

e o RSE é o homônimo contralateral (HC), antagonista do par de oposição (ou "conjugado do sinergista") (*).

Combinações de defeitos podem agora ser cogitadas. Por exemplo, supondo-se uma hipofunção simétrica de oblíquos inferiores e, ou de retos superiores:

É interessante notar que, independentemente do padrão hipoteticamente suposto para as variações, haverá uma **inversão** do desvio, conforme a lateroversão examinada, um padrão, aliás, sobejamente conhecido dos clínicos. No caso de hipofunção dos retos superiores, E/D em dextroversão e D/E em levoversão (um padrão também interpretado como de "hiperfunção de oblíquos inferiores"); e no caso de hipofunção dos oblíquos inferiores, o oposto (um padrão também conhecido como de "hiperfunção de oblíquos superiores"). Mas, também, na hipofunção (simétrica) dos retos inferiores aparecerá D/E em dextroversão e E/D em levoversão (geralmente interpretado como "hiperfunção de oblíquos superiores"), assim como na hipofunção de oblíquos superiores surgirá um quadro dado como de "hiperfunção de oblíquos inferiores". Contudo, como distinguir, então, uma "hiperfunção de

Tabela IV. Quadros diagnósticos em disfunções de retos verticais e oblíquos.

			Dextroversão	Levoversão	Incomit. horizontal
Hipo RSAO ou Hiper OIAO	ou	Hiper RIAO ou Hipo OSAO	E/D	D/E	V
Hiper RSAO ou Hipo OIAO	ou	Hipo RIAO ou Hiper OSAO	D/E	E/D	A

Tabela V. Distribuição de desvios verticais em casos de hipofunções primárias de músculos homônimos, simetricamente equivalentes, resultante da soma de valores hipoteticamente supostos para cada um (na Tabela I).

	RSD	OIE	OID	RSE	RID	OSE	OSD	RIE
RSD(a) + RSE(a)	-35	+21	+21	-35	+35	-21	-21	+35
RSD(s) + RSE(s)	-21	+7	+7	-21	+21	-7	-7	+21
OID(a) + OIE(a)	+12	-20	-20	+12	-12	+20	+20	-12
OID(s) + OIE(s)	+4	-12	-12	+4	-4	+12	+12	-4
OSD(a) + OSE(a)	-12	+20	+20	-12	+12	-20	-20	+12
OSD(s) + OSE(s)	-4	+12	+12	-4	+4	-12	-12	+4
RID(a) + RIE(a)	+35	-21	-21	+35	-35	+21	+21	-35
RID(s) + RIE(s)	+21	-7	-7	+21	-21	+7	+7	-21

RSD (s)	-50	-36	+43	+29	-50	-22	+43	+15	RSD (a)
	+22	+8	-15	-1	+36	+8	-29	-1	
RIE (s)	-1	-15	+8	+22	-1	-29	+8	+36	RIE (a)
	+29	+43	-36	-50	+15	+43	-22	-50	
E/D simétrico	-51	-51	+51	+51	-51	-51	+51	+51	E/D simétrico
	+51	+51	-51	-51	+51	+51	-51	-51	

Fig. 7 - Associação de hipofunções equivalentes de retos verticais antagônicos (pareados por oposição), gerando um desvio vertical perfeitamente simétrico.

oblíquos superiores” surgida numa hipofunção de retos inferiores de outra acompanhando uma hipofunção de oblíquos inferiores, ambas dando D/E em dextroversão e E/D em levoversão? Ou como separar uma “hiperfunção de oblíquos inferiores” causada por, ou acompanhando uma hipofunção de retos superiores da produzida ou simultânea à hipofunção de oblíquos superiores (quadros de E/D em dextroversão e D/E em levoversão)?

As incomitâncias horizontais no plano sagital (variações em “A” ou “V”) talvez não ajudem à distinção desses quadros já que num “A” ocorrem hiperfunções de oblíquos superiores e, ou de retos superiores, com hipofunções de oblíquos inferiores e, ou de retos inferiores, dando-se o oposto numa variação em “V” (Tabela IV).

Mas pela Tabela V, há uma pista: na “hiperfunção de oblíquos superiores” (D/E em dextroversão, E/D em levoversão) causada por uma hipofunção de **retos** inferiores (últimas duas linhas) o desvio é maior quando fixa o olho em abdução (Figura 6) (*) enquanto na produzida por uma hipofunção de

oblíquos inferiores, o desvio é maior quando fixa o olho em adução (Figura 6). (Quantidades, embora sugeridas pelas figuras como critérios de diferenciação, não podem ser consideradas como elementos distintivos: uma hipofunção muito acentuada de oblíquos inferiores pode dar quadros de desvios até maiores do que hipofunções bem leves de retos superiores).

O importante é que aí aparece a variação de desvio na fixação entre um olho e outro, condição nem sempre convenientemente considerada em apresentações de casos com desequilíbrios oculomotores. Algumas outras considerações muito interessantes surgirão da combinação de quadros “puros” hipoteticamente considerados na Tabela III. Por exemplo: hipofunções equivalentes de um músculo e de seu oponente (por exemplo, RSD e

(*) Note-se na Tabela V, que os quadros de hipofunção primária de retos superiores e retos inferiores, tanto quanto os de oblíquos inferiores e oblíquos superiores são absolutamente idênticos em quantidades, apenas apresentando sinais trocados. Assim, também, na Figura 6 poderiam ser trocados os sinais e, então, “OI” por “OS”, “RS” por “RI”.

RSD moderada (a)	$\begin{array}{cc} -29 & -13 \\ +21 & +5 \end{array}$	$\begin{array}{cc} +25 & +9 \\ -17 & -1 \end{array}$	$\begin{array}{cc} +9 & +25 \\ -1 & -17 \end{array}$	$\begin{array}{cc} -13 & -29 \\ +5 & +21 \end{array}$	RSE moderada (a)
OIE grande (a)	$\begin{array}{cc} +25 & +9 \\ -17 & -1 \end{array}$	$\begin{array}{cc} -29 & -13 \\ +21 & +5 \end{array}$	$\begin{array}{cc} -13 & -29 \\ +5 & +21 \end{array}$	$\begin{array}{cc} +9 & -25 \\ -1 & -17 \end{array}$	OID grande (a)
D.V.D	$\begin{array}{cc} -4 & -4 \\ +4 & +4 \end{array}$	$\begin{array}{cc} -4 & -4 \\ +4 & +4 \end{array}$	$\begin{array}{cc} -4 & -4 \\ +4 & +4 \end{array}$	$\begin{array}{cc} -4 & -4 \\ +4 & +4 \end{array}$	D.V.D
RSE moderada (s)	$\begin{array}{cc} +17 & +25 \\ -1 & -9 \end{array}$	$\begin{array}{cc} -21 & -29 \\ +5 & +13 \end{array}$	$\begin{array}{cc} -29 & -21 \\ +13 & +5 \end{array}$	$\begin{array}{cc} +25 & +17 \\ -9 & -1 \end{array}$	RSE moderada (a)
OID grande (a)	$\begin{array}{cc} -21 & -29 \\ +5 & +13 \end{array}$	$\begin{array}{cc} +17 & +25 \\ -1 & -9 \end{array}$	$\begin{array}{cc} +25 & +17 \\ -9 & -1 \end{array}$	$\begin{array}{cc} -29 & -21 \\ +13 & +5 \end{array}$	OID grande (s)
D.V.D	$\begin{array}{cc} -4 & -4 \\ +4 & +4 \end{array}$	$\begin{array}{cc} -4 & -4 \\ +4 & +4 \end{array}$	$\begin{array}{cc} -4 & -4 \\ +4 & +4 \end{array}$	$\begin{array}{cc} -4 & -4 \\ +4 & +4 \end{array}$	D.V.D

Fig. 8. Combinações de hipofunções de um oblíquo inferior com outra, moderada, de seu conjugado (o reto superior do outro olho), conforme os padrões hipotéticos de variações "a" ou "s", gerando, em qualquer caso, um quadro de D.V.D.

RIE) darão um desvio perfeitamente concomitante (tanto pelo critério "a" como pelo "s"). Isso, aliás, é o que se postula como resultado final (a longo prazo) de uma paresia muscular: equalização dos desvios em todas as posições (Figura 7).

D.V.D.: uma conjunção de assimetrias?

Bastaria, então, supor quadros de disfunções equivalentes (por exemplo, uma hipofunção de RSD menor do que a apresentada na Tabela III, quantitativamente comparável a uma de OIE), para que se alcançasse um quadro de D.V.D. absolutamente simétrico em todas as posições (Figura 8, à esquerda e acima ou à direita e abaixo). Claro que a associação de um quadro de hipofunção de RSE "moderada" e de um de OID "bem" hipofuncionante, geraria um quadro similar, tanto se o padrão suposto de variações de desvios fosse do tipo "a" (Figura 8, à direita, acima) quanto do tipo "s" (Figura 8, à esquerda, abaixo).

Incomitância ou D.V.D. mascarada?

Ora, assim como quadros incomitantes podem se superpor para dar um de D.V.D. absolutamente simétrico, o inver-

so pode também ocorrer. Isto é, partindo-se do pressuposto que a divergência vertical dissociada seja um quadro de desvio apenas dependente do olho fixador (HTD na FOE e HTE na FOD) e, pois, simétrica em todas as direções do olhar, sua associação a um outro desvio vertical puro e absolutamente concomitante, daria uma manifestação francamente incomitante (Figura 9)^(*). Isto é, quadros assumidos

D.V.D.	$\begin{array}{cc} E/D 15 & E/D 15 \\ E/D 15 & E/D 15 \end{array}$	$\begin{array}{cc} D/E 15 & D/E 15 \\ D/E 15 & D/E 15 \end{array}$
+		
D/E concomitante	$\begin{array}{cc} D/E 15 & D/E 15 \\ D/E 15 & D/E 15 \end{array}$	$\begin{array}{cc} D/E 15 & D/E 15 \\ D/E 15 & D/E 15 \end{array}$
D/E incomitante	$\begin{array}{cc} 0 & 0 \\ 0 & 0 \end{array}$	$\begin{array}{cc} D/E 30 & D/E 30 \\ D/E 30 & D/E 30 \end{array}$

Fig. 9. Associação de um quadro simétrico de D.V.D. com outro de um desvio vertical D/E absolutamente concomitante, gerando um desvio vertical D/E incomitante (apenas presente na FOE, ausente na FOD).

(*) Embora existam argumentos para o uso dessa forma antonímica⁶, também preferida em inglês (*comitance*, *incomitance*), há quem defenda o uso de outras: *comitante* e *incomitante*, ou *concomitante* e *inconcomitante*.

Paresia de OSD (a)	$\begin{matrix} +5 & +21 \\ -13 & -29 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -1 & -17 \\ +9 & +25 \end{matrix}$	$\begin{matrix} +5 & +13 \\ -21 & -29 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -1 & -9 \\ +17 & +25 \end{matrix}$	Paresia de OSD (s)
D.V.D. assimétrica	$\begin{matrix} -5 & -5 \\ +5 & +5 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -15 & -15 \\ +15 & +15 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -5 & -5 \\ +5 & +5 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -15 & -15 \\ +15 & +15 \end{matrix}$	D.V.D. assimétrica
Paresia de RSE ou Hiperfunção de RIE	$\begin{matrix} 0 & +16 \\ -8 & -24 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -16 & -32 \\ +24 & +40 \end{matrix}$	$\begin{matrix} 0 & +8 \\ -16 & -24 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -16 & -24 \\ +32 & +40 \end{matrix}$	Hiperfunção de RIE
Paresia OSD (a)	$\begin{matrix} +5 & +21 \\ -13 & -29 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -1 & -17 \\ +9 & +25 \end{matrix}$	$\begin{matrix} +5 & +13 \\ -21 & -29 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -1 & -9 \\ +17 & +25 \end{matrix}$	Paresia de OSD (s)
D.V.D. assimétrica	$\begin{matrix} -15 & -15 \\ +15 & +15 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -5 & -5 \\ +5 & +5 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -15 & -15 \\ +15 & +15 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -5 & -5 \\ +5 & +5 \end{matrix}$	D.V.D. assimétrica
Paresia de RSE ou Hiperfunção de RIE	$\begin{matrix} -10 & +6 \\ +2 & -14 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -6 & -22 \\ +14 & +30 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -10 & -2 \\ -6 & -14 \end{matrix}$	$\begin{matrix} -6 & -14 \\ +22 & +30 \end{matrix}$	Contenções rotacionais OD (hiperfunção de RIE)

Fig. 10. Associação de um quadro típico de paresia de OSD (OSD-OIE = -28; RSE-RID = -4 nos quadros "a" à esquerda ou 12 nos "s", à direita) com o de uma D.V.D. assimétrica (D/E = 5 na FOE e E/D = 15 na FOD, acima; o contrário, abaixo) gerando outros, assumidos como de hipofunção de RSE (OSD-OIE = -8, RSE-RID = -24), ou de hiperfunção de RIE (RIE-RSD = 40; OSE-OID = 8) à esquerda, acima, ou abaixo e à direita, acima (RIE-RSD = 40; OSE-OID = 24). E ainda quadros como o da direita, abaixo (OD com "limitação" de rotações para cima e para baixo).

como perfeitamente simétricos podem, quando associados, gerar condições claramente assimétricas. Eventualmente, pois, um desvio vertical incoincidente, mas sempre mostrando um dos olhos em um plano acima do do outro (por exemplo, um desvio vertical D/E), pode representar uma D.V.D. subjacente, "mascarada".

Será também possível imaginar-se a hipótese de que uma D.V.D. assimétrica, associada a um quadro típico de paresia de OSD (por exemplo) gere uma nova condição em que o diagnóstico seja bem diferente de o de qualquer de seus dois "componentes" (Figura 10).

SUMMARY

Wrong denominations for vertical deviations are relatively usual. Sometimes they result from a failure of an examination or its interpretation (e.g., to take as a right hypertropia an alternating R/L vertical deviation). On the other hand there are terminologies which give ideas of inexistent analogies (e.g., D.V.D. and D.H.D.). But also, the possibility of the sum of independent oculomotor unbalances can not be distinguished, yet, from another primary disturbance having similar

manifestations. For instance: concurrent underactions of a superior rectus and of a contralateral inferior oblique give rise to a deviation which can be taken as a "pure" D.V.D. Or, opposedly, a primary disturbance may be completely masked by another added oculomotor defect (the result of a sum of a D.V.D. and an absolutely concomitant vertical deviation leading to a deviation which is only observed during the fixation of one eye). Such conditions are commented.

Keywords: D.V.D.; D.H.D.; No-menclature; Vertical deviations; Muscular disfunctions; Prope-deutics.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bicas HEA. Estudos sobre Estrabismo: Fundamentos e aplicações. O problema da torção. Bol C.L.A.D.E. 1998;15:8-9.
2. Bielschowsky A. Lectures on Motor Anomalies. Hanover, Dartmouth Public. 1940;17-8.
3. Prieto-Dias J, Souza-Dias, C. Estrabismo, 3ª Ed., La Plata 1996;293.
4. Mendoza NU. Estrabismos dissociados. Desviación horizontal dissociada (D.H.D.). Actas XII Congr. C.L.A.D.E., Buenos Aires 1976;251-3.
5. Foro, Parte I, C. Souza-Dias, coord., in Anales del XII Congreso del Consejo Latinoamericano de Estrabismo, J. Prieto-Diaz, ed., Buenos Aires 1996;459-60.
6. Bicas HEA. Oftalmologia. Fundamentos. São Paulo, Contexto 1991;116-22.