

## CRISES OCULÓGIRAS E SÍNDROME PARKINSONIANA

JOSÉ GERALDO CAMARGO LIMA \*

PEDRO CAMILO A. PIMENTEL \*\*

ADEMIR BAPTISTA DA SILVA \*\*\*

JOÃO ANTONIO M. NOBREGA \*\*\*

Na síndrome parkinsoniana, ao lado de sua tríade característica — hipertonia cérea, hipocinesia e tremor de repouso — sinais neurológicos outros podem aparecer, sendo dos mais freqüentes as crises oculógiras. Após a descrição inicial de Albreit (1695), referido por Onuaguluchi<sup>16</sup>, e o trabalho de Charcot e Gilles de la Tourette (1888) citado por Adrogué<sup>1</sup> mostrando a sua relação com a síndrome parkinsoniana, numerosos outros casos foram registrados.

Essas crises se caracterizam por sacudidas clônicas dos globos oculares em determinada direção, seguindo-se um movimento tônico conjugado que mantém os olhos fixos na mesma posição durante um certo tempo. Para explicar a sua patogênese várias teorias são aventadas, como a de Hall<sup>8</sup> que as correlacionou a distúrbios do mecanismo do sono, a de Jelliffe<sup>9</sup> que as atribuiu a mecanismos compulsivos obsessivos, a de Muskens<sup>15</sup> que as considerou como disfunção da comissura posterior e a de Sachsenweger<sup>17</sup> que as atribuiu a lesões irritativas vizinhas às vias da motricidade ocular conjugada. O acometimento das vias vestibulares sugerida por Marinesco, citado por Barranquer Bordas<sup>2</sup>, é a mais aceita<sup>4, 6, 13, 18</sup>, sendo a etiologia encefalítica a mais freqüentemente assinalada.

Alguns aspectos dessas crises oculógiras serão analisados neste trabalho.

### MATERIAL, MÉTODO E RESULTADOS

O material consta de 20 pacientes com síndrome parkinsoniana e crises oculógiras. Essa cifra, no cômputo geral de pacientes parkinsonianos estudados (III), mostra uma freqüência de 18%.

Dos 20 pacientes 14 eram do sexo masculino e 6 do feminino; suas idades, quando do início da síndrome parkinsoniana, variaram entre 10 e 40 anos; em apenas um paciente as crises oculógiras precederam, por 9 anos, à síndrome parkinsoniana que surgiu após os 12 anos de idade. A direção das crises está

---

Trabalho do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Escola Paulista de Medicina, apresentado no V Congresso Brasileiro de Neurologia e III Congresso Brasileiro de Eletrencefalografia e Neurofisiologia Clínica (São Paulo, 12-15 julho de 1972): \* Professor Adjunto; \*\* Assistente; \*\*\* Médicos Estagiários.

assinalada na tabela 1, as alterações vegetativas e oculares outras estão consignadas na tabela 2, suas relações com a síndrome parkinsoniana figuram na tabela 3 e as prováveis etiologias no gráfico 1.

Direção	N.º de casos	%
Vertical para cima	10	83%
Vertical para baixo	—	—
Horizontal	2	17%

Tabela 1 — Direção de crises oculógicas em 12 dos 20 casos estudados.

Alteração	N.º de casos
Def. convergência	7
Diplopia	6
Blefaroespasmos	2
Nistagmo	2
Dist. fotomotor	3
Dist. acomodação	2
Reação vaso-motora	3

Tabela 2 — Alterações vegetativas e oculares outras nos 20 casos estudados.

Unilateral	N.º de casos	Bilateral	N.º de casos
Direita	4	Simétrica	5
Esquerda	5	Assimétrica	6

Tabela 3 — Tipo clínico da síndrome parkinsoniana nos 20 casos estudados.

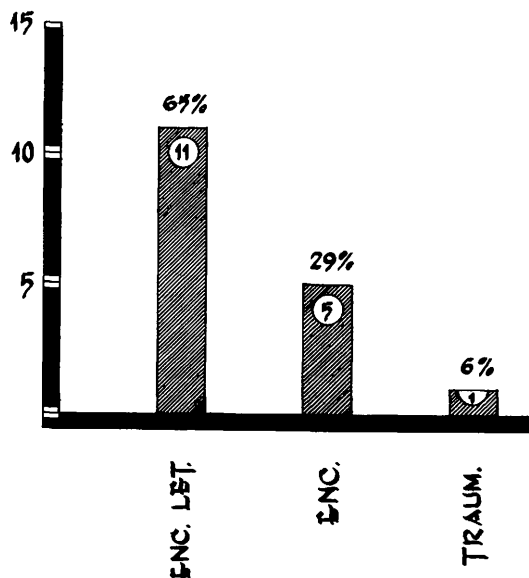


Gráfico 1 — Etiologia das crises oculógicas em 17 dos 20 casos estudados.

## R E S U L T A D O S

As crises oculógiras ocorreram com uma freqüência de 18% entre os nossos pacientes com síndrome parkinsoniana. Onuaguluchi<sup>16</sup> as refere em 29%, Hall<sup>8</sup> em 15% e McCowan e Cook<sup>13</sup> em 17%. Não constatamos a preferência para o sexo feminino<sup>16</sup>, como vem referido na literatura e houve franco predomínio da direção vertical para cima (83%). Os sinais vegetativos e oculares outros citados como podendo acompanhar essas crises<sup>16</sup> foram registrados em 60% de nossos pacientes, sendo mais freqüentes o déficit de convergência e a diplopia. Em nenhum caso encontramos paralisias conjugadas do olhar como foi referido por Lhermite, Massari e Kyriaco<sup>11</sup>, nem nistagmo como foi assinalado por Onuaguluchi<sup>16</sup>. Em apenas um paciente as crises precederam os sinais da síndrome parkinsoniana; esse fato, como assinala Ford<sup>7</sup>, é bastante raro.

A relação entre crises oculógiras e o quadro clínico da síndrome parkinsoniana mostrou que a sua freqüência não foi estatisticamente diferente nos casos de distribuição uni ou bilateral, não corroborando com a opinião de Calne<sup>3</sup> para o qual esse sinal clínico deve aparecer nos casos mais intensamente comprometidos. A idade de início da síndrome parkinsoniana (10 a 40 anos) já sugere a importância da etiologia encefalítica em nosso material; tivemos dados para catalogar como tendo tido "encefalite letárgica" 11 pacientes (65%) e, simplesmente como "encefalite", 5 (29%); em um caso havia elementos ponderáveis para se correlacionar a síndrome parkinsoniana a traumatismo craniano. Esse achado é de interesse porque, apesar da maioria dos autores considerar esse sinal como patognômico de "encefalite", há trabalhos que correlacionam as crises oculógiras a outras etiologias. Stern, citado por Adrogué<sup>1</sup>, refere a possibilidade de tais crises aparecerem em outros tipos de síndrome parkinsoniana; Foley e Denny-Brown, citados por D. Williams<sup>19</sup>, as encontraram associadas a mioclônias em três pacientes com "status spongiosus"; Kestenbaum<sup>10</sup> lembra a possibilidade de serem elas sequelas de meningite. Apesar de vários autores<sup>5, 12, 14</sup> terem assinalado essas crises na vigência de terapêutica com fenotiazinas, Onuaguluchi<sup>16</sup> julga que o que essas drogas desencadeiam são, na verdade, espasmos cervicais.

## RESUMO E CONCLUSÕES

Foram estudados 20 pacientes com síndrome parkinsoniana e crises oculógiras. Essa cifra, no cômputo geral de pacientes parkinsonianos estudados (111), mostra uma freqüência de 18%. Dos 20 pacientes citados, 14 eram do sexo masculino e 6 do feminino. As idades de início da síndrome parkinsoniana variaram entre 10 e 40 anos. Em apenas um paciente as crises oculógiras foram o sinal clínico inicial. Em 83% dos casos a direção foi vertical para cima. O déficit de convergência e a diplopia foram os sinais oculares associados mais freqüentes. Não houve diferença de incidência das crises oculógiras nas formas parkinsonianas uni ou bilaterais. A etiologia mais encontrada foi a encefalítica.

## S U M M A R Y

*Oculogiric crisis and Parkinson's syndrome*

From 111 patients with parkinsonism there were found twenty presenting oculogiric crisis corresponding to a 18% frequency. From these twenty patients 14 were male and 6 female, the starting age of the Parkinson's syndrome varying from 10 to 40 years. Only one patient presented the oculogiric crises as the initial sign. In 83% of the cases the vertical upward direction was observed, the convergence impairment and the diplopia being the other more frequent associated ocular signs. Statistically there was no difference of incidence of the oculogiric crisis in the unilateral or bilateral parkinsonism. Encephalitis was the most frequent etiology.

## R E F E R Ê N C I A S

1. ADROGUÉ, E. — Neurologia Ocular. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1942.
2. BARRAQUER BORDAS, L. — Patologia General del Tono Muscular. Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1957.
3. CALNE, D. B. — Parkinsonism: Physiology, Pharmacology and Treatment. Edward Arnold Ltd., London, 1970.
4. CROW, J. — Note on certain phenomena of post-encephalitic parkinsonism. Glasg. Med. J. 30:29, 1949.
5. DAVIS, T. S. — Dystonic reaction to perphazine. Brit. Med. J. 1:368, 1959.
6. DUVERGER, C. & BARRÉ, J. A. — Troubles des mouvements associés des yeux chez les tabétiques et les parkinsoniens. Rev. neurol. (Paris) 37:439, 1921.
7. FORD, F. — Diseases of the Nervous System in Infancy. Childhood and Adolescence. 5.ª Edição. Charles C. Thomas, Springfield (Illinois), 1966.
8. HALL, A. J. — Chronic epidemic encephalitis with special reference to ocular attacks. Brit. Med. J. 2:833, 1931.
9. JELLIFFE, S. E. — Psychologic components in post-encephalitic oculogiric crises. Arch. Neurol. Psychiat. (Chicago) 21:491, 1929.
10. KESTENBAUM, A. — Clinical Methods of Neuro-Ophthalmologic Examination. Grune Stratton, New York, 1946.
11. LHERMITE, J.; DE MASSARI, J. & KYRIACO, N. — Syndrome de Parinaud, crises oculogyres, rire spasmodique, narcolepsie en apparence essentielle dans l'encephalite prolongée. Rev. neurol. (Paris) T. 2:154, 1928.
12. MARZUOLI, V. C.; GROSSANO, M. C. & RUBINO, R. — Síndrome extrapiramidal com crise oculogiri subentranti da terapia proclorpromazinica. Minerva Med. 3-4:87, 1925-1926.
13. McCOWAN, P. K. & COOK, L. C. — Oculogiric crisis in chronic epidemic encephalitis. Brain 51:285, 1928.
14. MONTGOMERY, R. D. & SUTHERLAND, V. L. — Acute dystonic reaction to pherphanazine. Brit. Med. J. 1:368, 1959.
15. MUSKENS, L. J. J. — The pathology of post-encephalitic ocular disturbances in the light of recent anatomical and physiological research. J. Neurop. a. exper. Neurol. 8:137, 1927.
16. ONUAGULUCHI, G. — Parkinsonism. Butterworths, London, 1964.
17. SACHSENWEGER, R. — In VINKEN, P. J. & BRUYN, G. W. — Handbook of Clinical Neurology, Vol. 2. North-Holland Publishing Co., Amsterdam, 1969.
18. SHANZER, S. & BENDER, M. B. — Oculomotor responses on vestibular stimulation on monkeys with lesions of the brain stem. Brain 82:669, 1959.
19. WILLIAMS, D. — Modern Trends in Neurology. Butterworths, London, 1967.