



RETINA MÉDICA, ESTRABISMO, TRAUMATOLOGIA

14:30 | 16:30 - Sala Lince

Mesa: Ângela Carneiro, Margarida Queirós, Miguel Amaro

PO168- 16:15/16:20

CIRURGIA INERVACIONAL EM DOENTE COM PARESIA III PAR E REGENERAÇÃO ANÓMALA.

Ligia Figueiredo¹, Júlia Rosseto², Carolina Hammes², Tomás Mendonça²

(1-Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho, 2-Departamento de Oftalmologia da Universidade de São Paulo, Brasil)

Apresentação do caso clínico de um paciente de 51 anos com história de queda em Fevereiro de 2013 com quadro de ptose do olho direito e estrabismo divergente desde então. Na altura, o paciente apresentou fractura do osso frontal e hematoma retrobulbar do olho direito, tendo sido indicado apenas vigilância. Referia queixas de diplopia em posição primária (PPO) quando fazia elevação da pálpebra superior direita (PSD). Ao exame objectivo apresentava uma acuidade visual corrigida (MAVC) de 20/32 no olho direito (OD) e 20/20 no olho esquerdo (OE). Não havia alterações à fundoscopia e na biomicroscopia o olho direito apresentava midríase fixa por lesão do parassimpático. No exame de motilidade ocular, o OD apresentava limitação da adução, supraadução e infraadução, associado a ptose do OD, enquanto o olho esquerdo não apresentava alterações (OE). Observava-se ainda regeneração anómala com abertura máxima da PSD com o OE em abdução a 55°. No teste de Cover-Prisma constatou-se 60 dioptrias prismáticas (DP) de base nasal e 15 DP de base superior com o OE a fixar. Quatro meses após o quadro clínico o doente foi submetido a injeção de toxina botulínica no reto lateral OD mas não houve melhoria do quadro clínico. Em agosto de 2014, o paciente foi submetido a retroinserção de 7 mm do reto lateral do OE, fio de Cuppers a 12 mm no reto lateral OE e ressecção de 7 mm do reto medial OE. Após 15 dias da cirurgia o paciente apresentava-se com exotropia do OD residual e mantinha fixação binocular com prisma de base nasal de 20 DP em PPO.

A regeneração anómala é um fenómeno frequente na paresia III par e ocorre principalmente após trauma e aneurisma. A situação mais comum é haver elevação da pálpebra na tentativa de adução do olho parético (como é o caso do nosso paciente).

O tratamento cirúrgico da paresia do III par completa é difícil e em quase nenhum caso o resultado é satisfatório. Nos casos de paresia (quando o reto medial mantém alguma força) e de regeneração anómala (como no caso clínico que descrevemos), Horta Barbosa propôs a cirurgia inervacional, onde se faz retroinserção do reto lateral e ressecção do olho adelfo. Assim, transfere-se a posição de repouso desse olho em PPO para a adução e ao fixar, o paciente precisa contrair o reto lateral desse olho e relaxar o reto medial. Com isso, há um aumento da inervação do reto medial parético, reequilibrando as forças e melhoria da ptose do olho parético em PPO como foi o caso do nosso paciente.