



## ESTRABISMO, OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA

14:30 | 16:30 - Sala Lira

Mesa: Rui Castela, Rita Dinis da Gama, Sandra Guimarães

**CL195- 14:50/15:00**

### TRATAMENTO CIRÚRGICO NA PARALISIA DO VI PAR CRANIANO

Irina Gomes, Raquel Seldon, Mónica Franco, Sofia Rodrigues, Gabriela Varandas, Isabel Dias, Maria de Lourdes Vieira

(*Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto*)

#### Introdução

O VI par craniano inerva o músculo recto externo, sendo a limitação da abdução a alteração da motilidade ocular característica quando se verifica uma situação de paralisia ou parésia. Os objectivos do tratamento consistem em obter ausência de diplopia ou, pelo menos, diminuição do campo visual binocular com diplopia; do torcicolo e do desvio na posição primária do olhar (ppo), bem como melhoria total ou parcial da abdução.

#### Objectivos

Avaliar as características clínicas de um grupo de doentes com paralisia do VI par craniano submetidos a tratamento cirúrgico e respectivos resultados das intervenções.

#### Material e Métodos

Estudo descritivo e retrospectivo de 12 doentes com o diagnóstico de paralisia do VI par craniano, tratados cirurgicamente. Foram avaliadas as seguintes características: idade de diagnóstico; etiologia da paralisia; dominância ou não dominância do olho afectado; tratamento anterior com toxina botulínica tipo A (TBA); desvio para longe (pl) e para perto (pp), diplopia, torcicolo e grau de limitação da abdução antes e após a cirurgia; tipo de cirurgia realizado; e necessidade de reintervenção ou de prismas.

#### Resultados

A idade média de diagnóstico foi de 57,33 anos. Registou-se igual frequência das etiologias traumática e vascular (41,67%). Todos os doentes foram submetidos a tratamento prévio com TBA, o que permitiu avaliar se se tratava de um caso de paralisia ou de parésia. A média dos desvios pl e pp antes da cirurgia foi de 42,17 DP BE e 35,33 DP BE, respectivamente. Dos 12 doentes, 9 (75%) tinham diplopia e torcicolo, 1 (8,33%) diplopia sem torcicolo e 6 (50%) apresentavam limitação completa da abdução antes da cirurgia. 6 doentes (50%) foram submetidos a cirurgia de transposição muscular, 4 doentes (33,33%) a cirurgia de recessão-ressecção, num doente foi efectuada cirurgia de recessão-plissamento e um dos doentes teve como complicação cirúrgica a ruptura do músculo recto interno, não tendo sido cumprida a cirurgia de suplência muscular proposta. Em 8 doentes (66,67%) verificou-se sucesso terapêutico, com ausência de diplopia em ppo, ausência de torcicolo e redução significativa do desvio em ppo. Num dos casos obteve-se melhoria parcial, com ausência de diplopia em ppo e ausência de torcicolo, com prisma. Obteve-se ortotropia em ppo após cirurgia em 6 doentes (50%). Em 10 casos (83,33%) houve melhoria da abdução. Houve necessidade de reintervenção em 4 doentes (33,33%), num dos quais por recidiva.

#### Conclusões

A TBA tem um papel importante no diagnóstico de paralisia *versus* parésia do VI par craniano. O facto do olho paralisado ser o dominante, implica um plano cirúrgico maior.

Quando se verifica paralisia completa do músculo recto externo, a cirurgia de suplência muscular é eficaz em aumentar o campo de visão binocular sem diplopia, não restituindo a abdução completa.