



Glinyan Guerra Santos<sup>1</sup>; Michele Setubal Deusdara<sup>1</sup>; Marcos José de Castro Lima Filho<sup>1</sup>; Ana Valéria e V. F. Cortez<sup>1</sup>; David Kirsch<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente em Oftalmologia, HU-UFPI, Teresina, Brasil

<sup>2</sup>Professor da Disciplina de Oftalmologia da UFPI, Teresina, Brasil

UFPI – Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI

## INTRODUÇÃO:

O sexto nervo é responsável pela inervação do músculo reto lateral (RL), que tem como ação básica a abdução do olho. A paralisia ou paresia do RL pode se manifestar com graus variáveis de esotropia e diplopia. As causas traumáticas de órbitas são responsáveis por parte significativa das lesões, porém de ocorrência rara bilateralmente. As abordagens de tratamento cirúrgico incluem recuo do músculo reto medial com ressecção de reto lateral ou transposição dos músculos reto superior e inferior.

## RELATO DO CASO:

Paciente masculino, 30 anos, pardo, procedente de Vera Mendes- PI, procurou serviço referindo desvio nos olhos após acidente de moto há 6 anos. Referia cirurgia prévia em ambos os olhos para correção do desvio há 4 anos, na ocasião realizou no olho direito recuo de reto medial (RM) de 7mm, e no olho esquerdo (OE) recuo de RM de 6 mm e ressecção do RL de 8mm. Ao exame das versões, prisma e cover test, foi possível evidenciar esotropia de 75 D, hipofunção do RLD -6, hipofunção do RLE -4 e hipofunção do RME -3. No teste de dução passiva, apresentou leve restrição a tentativa de abdução, provavelmente devido a contratura do RMD. Diante do quadro clínico, da magnitude do desvio e do diagnóstico de estrabismo mecânico optou-se por realizar a cirurgia de transposição de Carlson-Jampolsky para paralisia de VI nervo direito. No intra operatório foi realizada a transposição de metade do reto superior direito e a transposição de metade do reto inferior direito, em seguida inseriu-se as duas metades abaixo do reto lateral direito. Após 1 mês de pós operatório paciente apresentava ortotropia em posição primária do olhar, e nas versões: hipofunção RL AO: - 4 e hipofunção de RME -3.

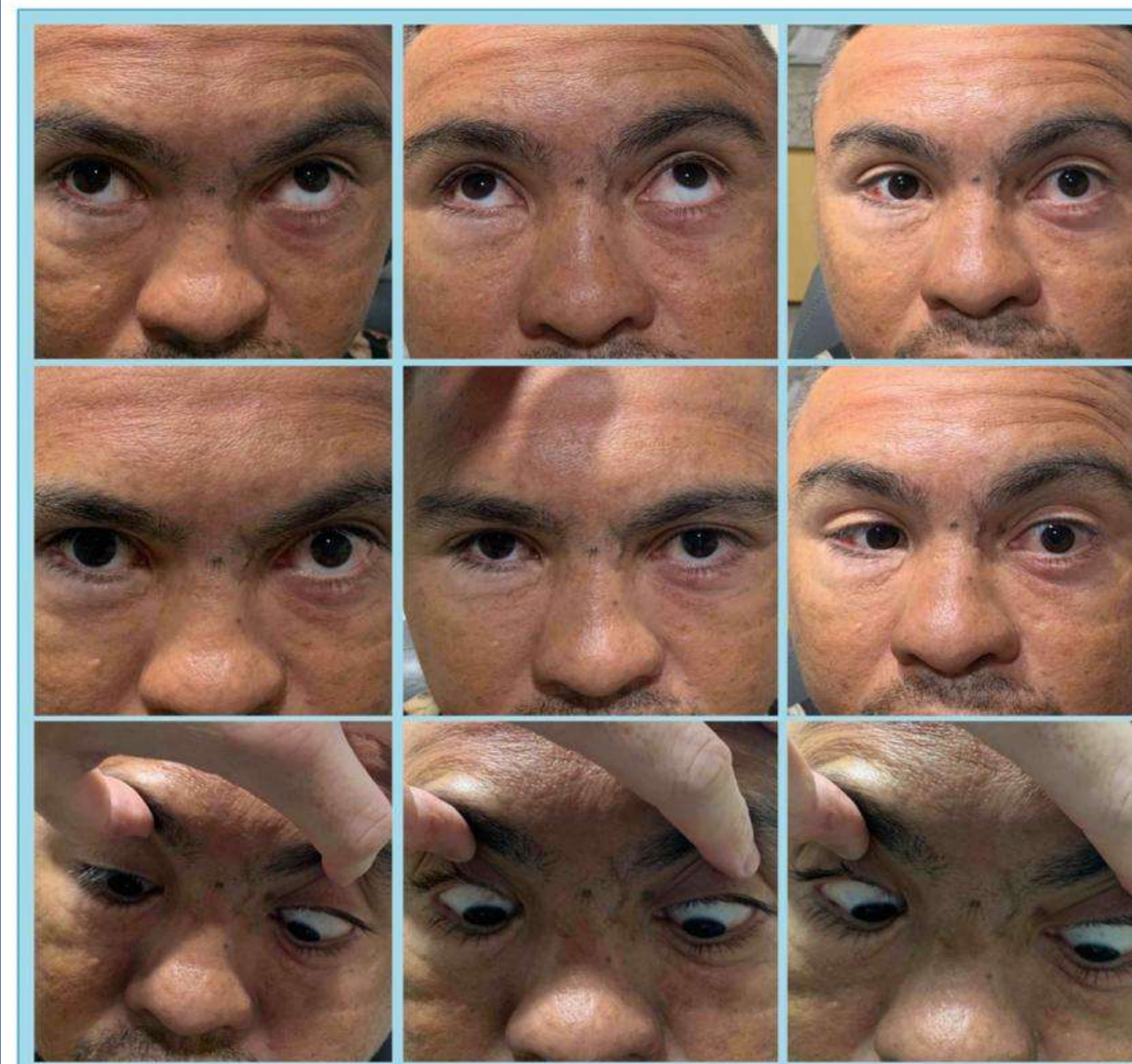


Imagem 03: Pós-operatório de 1 mês evidenciando ortotropia com limitação de versões de -4 RL AO e -3 RME.

## DISCUSSÃO:

Em decorrência do longo percurso e a associação com outras estruturas, diversas podem ser as etiologias de lesão do VI nervo craniano. O quadro clínico está associado diretamente a intensidade da lesão. Nos pacientes com indicação cirúrgica, pode-se optar por recuo do músculo reto medial associado a ressecção de reto lateral ou transposição dos músculos reto superior e inferior. Nas cirurgias de recuo-ressecção amplos em paralisia de VI par apesar de levar a correções satisfatórias na posição primária em um primeiro momento, pode cursar com recidiva do quadro por falência da elasticidade do RL gerando uma restrição mecânica. Além disso, há grande comprometimento da adução já que o RM também é amplamente recuado. Já nas transposições de força, como Carlson-Jampolsky, ocorre mudança de posição da atuação tônica das partes dos retos verticais transpostas em direção ao reto lateral além do aumento na tonicidade nas porções transpostas que se cocontraem com o reto medial o que retém o olho mais bem posicionado com relação à posição primária.

Portanto, grandes recuos de RM associado à ampla ressecção do RL, em geral mostram resultados bastante ruins do ponto de vista motor, por levarem a uma restrição à adução devido ao enfraquecimento do RM. Além disso, apresentam maior tendência a recidiva a longo prazo. Entretanto as transposições musculares, como a técnica de Carlson-Jampolsky, minimizam o déficit vascular e a perda da adução, além de manter a estabilidade do resultado ao longo do tempo.

## REFERÊNCIAS:

- 1) Almeida HC, Curi R. Paresia e paralisia do VI nervo (abducente). In: Almeida HC, Curi R. Manual de estrabismo. Rio de Janeiro: [s.n.]; 1997. p. 133-40.
- 2) Souza-Dias CR, Goldchmit M. Os estrabismos paralíticos. In: Souza-Dias CR, Goldchmit M. Os estrabismos: teoria e casos comentados. Rio de Janeiro: Cultura Médica / Guanabara Koogan; 2011. p. 243-351.
- 3) Prieto-Díaz J, Souza-Dias C. Paresias and paralysis of VI nerve. In: Prieto-Díaz J, Souza-Dias C. Strabismus. 5<sup>th</sup> ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2005. p.551-2.
- 4) Dantas AM. Paralisias oculares. In: Dantas AM, Monteiro MLR. Neurooftalmologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2010. p. 503-55



Imagem 01: Pré-operatório do paciente evidenciando esotropia com hipofunção do RLD -6, hipofunção do RLE -4 e hipofunção do RME -3. Imagem 02: Cirurgia de Carlson-Jampolsky.