

ANISOCORIA EM MULHER JOVEM: RELATO DE CASO

YANNE VIANA SOUZA¹, GUSTAVO NABUCO FARO DANTAS BAPTISTA², ALEXANDRE LIMA CARDOSO¹, STEPHANIE ARAÚJO MARQUES¹, FERNANDA MARIA MOTA MAGALHÃES¹, DIEGO TORRES DIAS³



¹Médico graduado pela Universidade Federal de Sergipe; ²Alunos da Especialização do Hospital de Olhos de Sergipe; ³Médico oftalmologista e preceptor da Especialização do Hospital de Olhos de Sergipe.

OBJETIVO

Apresentar um relato de caso de anisocoria por pupila de Adie.

RELATO DE CASO

Paciente KCRS, 32 anos, sexo feminino, procedente de Aracaju-SE, com queixa de pupila dilatada em olho esquerdo e dificuldade visual para perto; sem antecedentes patológicos oculares e sistêmicos. Acuidade visual sem correção para longe de 20/20 em ambos os olhos e, para perto, J1 em olho direito e J5 em olho esquerdo. Sem alterações às versões, com fixação binocular em ortoforia. Biomicroscopia de segmento anterior e fundo de olho sem alterações.

Na semiologia pupilar, apresentava diâmetro pupilar, em olho direito de 6mm no claro e 8mm no escuro, e no olho esquerdo de 9mm no claro e no escuro; reflexo fotomotor direto normal em olho direito e muito diminuído em olho esquerdo; reflexo fotomotor consensual com resposta diminuída em olho esquerdo ao iluminar olho direito; e reflexo de convergência presente em ambos os olhos e lento em olho esquerdo.



Figura 1: fotografia evidenciando pupila dilatada em olho esquerdo.

Trouxe exames complementares para a consulta, ressonância magnética de crânio e tomografia de crânio e órbita, sem alterações.

Foi realizado teste com Pilocarpina 0,125%, 1 gota em cada olho, tendo como resultado contração da pupila maior, fechando o diagnóstico de Pupila tônica de Adie.



Figura 2: fotografia evidenciando contração da pupila maior após 30 minutos da instilação de Pilocarpina 0,125% em ambos os olhos.

Foi solicitada sorologia para sífilis, negativa; e prescrito Pilocarpina 0,125% em olho esquerdo, tendo a paciente melhora dos sintomas. A paciente também foi encaminhada ao Neurologista, que notou presença de reflexos tendíneos normais e simétricos em membros superiores e ausentes em membros inferiores.

CONCLUSÃO

Pupila de Adie é causada por desnervação do suprimento pós-ganglionar ao esfíncter da pupila e músculo ciliar; afeta tipicamente jovens, unilateralmente e de forma idiopática. Quando há comprometimento dos reflexos tendíneos profundos, a mesma é dita Síndrome de Holmes-Adie.

RUSSELL, G. F. M. The pupillary changes in the Holmes-Adie syndrome. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry, v. 19, n. 4, p. 289, 1956.