

## PARALISIA DE AMBOS OS MÚSCULOS ELEVADORES DE UM SÓ ÔLHO

Dr. CELSO ANTÔNIO DE CARVALHO (\*) — São Paulo

A paralisia dos músculos elevadores de um só olho não é rara, tendo sido possível observar-se um número considerável de casos em tempo relativamente curto. É ela denominada pelos autores de língua inglesa de «double elevator palsy».

Esta síndrome, segundo Owens (1), é quase sempre devida a uma lesão infranuclear, e muito raramente a uma lesão supranuclear. Esta opinião não é compartilhada, no entanto, por Bielshowsky (2), que afirma ser uma possibilidade extremamente remota a de tratar-se de uma paralisia infranuclear. Lembra este autor no sentido de reforçar o seu ponto de vista, a posição oposta em que se colocam na órbita os músculos reto superior e oblíquo inferior e as peculiaridades de distribuição de células no núcleo do terceiro par, concluindo êle pela impossibilidade de se localizar a lesão na porção periférica do terceiro par.

Este assunto continua sendo extremamente controvertido. Parece porém de importância fundamental no sentido de se diferenciar uma paralisia vertical supranuclear de uma infranuclear a presença ou ausência do sinal de Bell. Nos casos relatados e observados por Bielshowsky (2), este sinal estava sempre presente. O mesmo não verificamos quando revemos casos outros apresentados por vários autores, entre eles principalmente White (3).

Estas paralisias de elevação uniocular são frequentemente congênitas e raramente adquiridas, sendo ainda de acordo com White (3), o oblíquo inferior o mais parético dos dois músculos comprometidos. O desvio secundário sempre presente nestes pacientes

---

(\*) Médico assistente extranumerário da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina de São Paulo, Serviço do Professor Cyro de Rezende.

afasta a possibilidade já aventada de uma agenesia das células do núcleo do terceiro par. A história freqüentemente relatada por êstes pacientes, de um parto dificultoso, sugere e reforça a idéia de que as mesmas sejam periféricas e decorrentes de traumatismos de parto.

Estas paralisias de elevação uniocular são caracterizadas por uma limitação de elevação de um olho, quer quando aduzido, quer quando abduzido, indicando assim hipofunção respectivamente dos músculos oblíquo inferior e reto superior de um mesmo olho. São elas freqüentemente acompanhadas de ptose palpebral, ptose esta que em geral se acentua com o correr dos anos.

Êstes desvios são muitas vezes diagnosticados erroneamente, pois como já afirmava White (3), 98 por cento dos mesmos é de tipo parético, sendo então o estudo das duções de valor limitado ou nulo. Neste sentido todos estão de acôrdo que o cuidadoso estudo das versões, associados ao «cover test», com avaliação simultânea dêstes desvios com prismas, oferece as melhores e mais úteis informações em tôdas as perturbações da musculatura extrínseca, e muito especialmente nos desvios verticais.

Por outro lado, a paresia ou paralisia dos movimentos verticais raramente pode ser caracterizada procurando-se basear o diagnóstico na individualização do músculo primariamente comprometido. Estabeleceram-se assim várias síndromes, como a do reto inferior de um olho e oblíquo do olho oposto, do oblíquo superior de um olho e do reto superior do outro olho e finalmente aquela que corresponde à forma de parilisia ou paresia de elevação que agora estamos considerando (1).

Assim como os desvios horizontais não concomitantes ou paréticos, também os verticais, tendem com o tempo a se tornarem concomitantes, desaparecendo portanto a diferença que freqüentemente obtemos no ângulo de desvio quando a fixação é feita com o olho parético e com o olho são. É por isso que achamos ser de grande valia no diagnóstico dos desvios tanto horizontais como verticais o estudo com o «cover» nas posições diagnósticas, representando-se os movimentos de ambos os olhos em um gráfico como o que foi proposto por Owens (1).

Com êste mesmo pensamento White (3) em 1949 reuniu as diferentes formas de paralisias dos músculos elevadores de um olho em três grupos diferentes:

1 — Paralisia com visão binocular conservada mediante inclinação compensadora da cabeça; 2 — fixação com o olho são, quando o olho parético apresenta-se desviado para baixo; 3 — fixação com o olho parético, apresentando-se o olho são desviado para cima.

Selecionamos então três casos, no sentido de exemplificar respectivamente cada um dos grupos propostos por White.

O primeiro dêles corresponde ao paciente D. G. R., de 54 anos de idade, que apresenta fixação central bilateral, sem diplogia a custa de uma inclinação compensadora da cabeça. Apresentava êste paciente até há algum tempo atrás uma pseudoptose palpebral em O. D., quando então foi acometida de paralisia facial direita, superior e inferior. Disto resultou um lagoftalmo e diplopia na posição primária, que durou somente o tempo correspondente à recuperação do músculo orbicular de O. D. (fig. n.º 1).



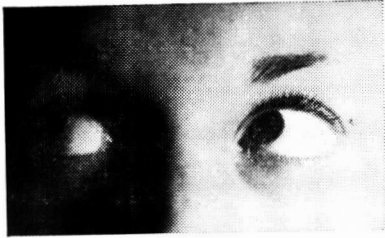
FIG. N.º 1 — O. D.: desviado para cima. O. E.: fixação central. Suprime O. D., e apresenta inclinação da cabeça compensadora.



FIG. N.º 2 — Fixa com o olho direito (não parético). O olho esquerdo está desviado para baixo.

O segundo caso corresponde ao da paciente de nome N. N., de 15 anos de idade. Esta paciente fixa somente com o olho não parético. O olho parético é ambliope e apresenta uma limitação dos movimentos de elevação tanto nas posições de adução como de abdução, apresentando-se desviado para baixo (figs. ns. 2, 3, 4).

O terceiro caso corresponde à paciente de nome M. L. S., de



*FIG. N.º 3 — O O. E. não se eleva na posição de adução.*



*FIG. N.º 5 — O. E. (ôlho fixador) em nível mais baixo que O. D., que se encontra desviado para cima.*



*FIG. N.º 4 — O O. E. não se eleva na posição de abdução.*



*FIG. N.º 6 — Limitação de elevação de O. E., quando aduzido.*



*FIG. N.º 7 — Limitação de elevação de O. E., quando abduzido.*

50 anos de idade, que após sinusite maxilar esquerda passou a apresentar diplopia na posição primária. Disso defendeu-se adotando uma posição vicariante da cabeça, do que resultou contração de todos os músculos da cintura escapular. Como esta sintomatologia se acentuasse, foi ela submetida a uma intervenção cirúrgica que constou de secção do músculo oblíquo inferior do O. D., e retro-inserção do músculo reto superior (3mm) (figuras de números 5, 6 e 7).

Em nenhum dos nossos pacientes foi possível fazer-se estudo das imagens diplópicas, pois o desvio vertical presente era sempre maior que 25 dioptrias prismáticas, sendo que em todos êles já se notava uma supressão da imagem formada no olho não fixador.

No que diz respeito ao tratamento, devemos sempre tentar a correção cirúrgica, a menos que exista fixação bilateral confortável, sem inclinação da cabeça. Os músculos hiperativos deverão ser enfraquecidos, principalmente nos casos que puderem ser enquadados no grupo 3 de White.

#### SUMMARY

It is presented a short review of the literature on the so called «double elevator palsy». Three selected cases are presented in order to exemplify the three different groups of «double elevator palsy» proposed by White. Surgical treatment is advocated for those patients of the third group of White.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — OWENS, E. U., OWENS, W. C. — Cyclovertical motor anomalies. Am. Orthop. Journal, 5:87-100, 1955.
- 2 — BIELSHOWSKY, A. — Garefe-Sacmish, Handb. d. ges. VII: Aug, 1931. Lecture on Motor Anomalies of the Eyes, Hannover, Darmouth College Pub., 1940.
- 3 — WHITE, J. W. — Paralysis of the Superior Rectus and the Inferior Oblique Muscle of the same Eye. Arch. Ophth., 27:366-371, 1942.