

XIV Congresso
Nacional de
Ortoptistas

V Congresso
Luso-Brasileiro
de Ortóptica

4, 5 e 6 de Abril de 2013

*A Ortóptica
em Expansão*

XIV Congresso
Nacional de
Ortoptistas

V Congresso
Luso-Brasileiro
de Ortóptica

SÍNDROME DE HUGONNIER

Estudo de Caso

Vanessa Santos*, Ilda Maria Poças, Margarida Heitor*****

*ESTeSL

**ESTeSL/Hospital de Egas Moniz

***Hospital de Santa Maria



A Síndrome de Hugonnier é uma **Paralisia bilateral do músculo grande oblíquo (GO)**

É geralmente **assimétrica** e, frequentemente, diagnosticada como unilateral. A bilateralidade desta condição só se evidencia **após a primeira intervenção cirúrgica**

Principais **sinais**:

- Olhos geralmente alinhados na ppo - **ligeira hipertropia** ao cover teste (inferior a 10°)
- A hipertropia **aumenta na posição de leitura** (campo de ação do GO)
- Fusão presente em superversão – tendência a **baixar o queixo** para manter a binocularidade
- Em depressão e adução, **limitação do GO** com **extorsão do olho afetado**

Crítérios de diagnóstico sugestivo de bilateralidade:

- Padrão em V superior a 25 ^
- **Exciclotorsão bilateral** acentuada ($> 10-12^\circ$)
- **Prova de Bielschowsky positiva** para ambos os lados.

Dados pessoais:

- Criança do Género Masculino
- 8 anos
- Raça caucasiana

Foi observado pela primeira vez na consulta de Estrabismo do HSM, em Maio de 2010, por apresentar:

- Pvc desde bebé;
- Astigmatismo elevado OD (-0,50+3,00X70°).

1ª Avaliação Ortóptica:

- AV (c/c)

	CB	CM
OD	20/40	20/25
OE	20/20	20/20

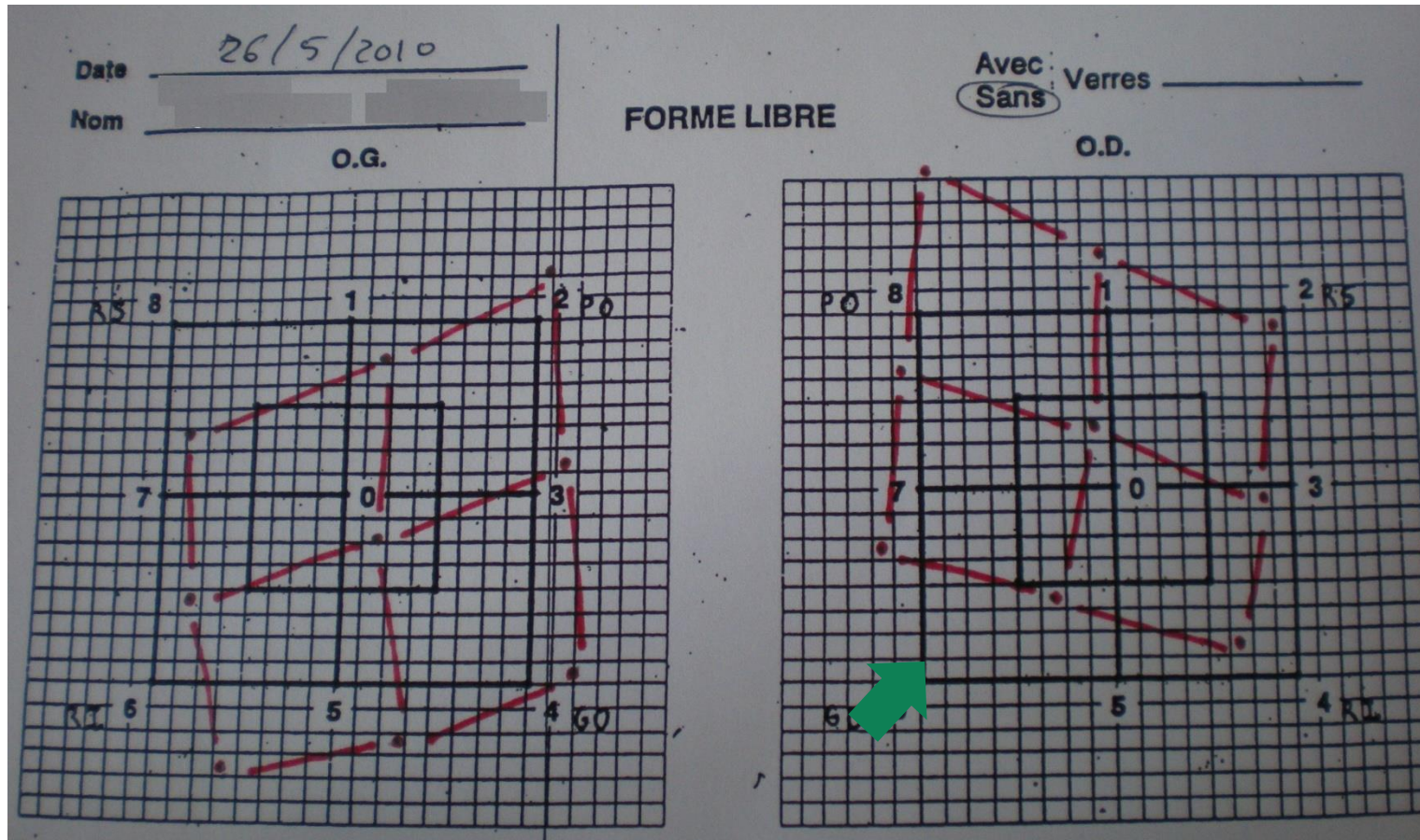


Oclusão OE 4 horas/dia
→ 3h → 2 horas/dia

- MO: GOD --- e POD e RIE +++
- Prova de *Bielschowsky* : + quando inclinado à direita
- Supressão: OD para longe
- Flytest +
- CT pl Hipertropia dta
- CT^pl D/E 5^
- CT pp Esoforia e Hiperforia Esquerda
- CT^ pp 6^BE E/D 3 ^

Coordímetro de Weiss

Antes da cirurgia



Antes da cirurgia



↑
D/E 5[^] (tropia)

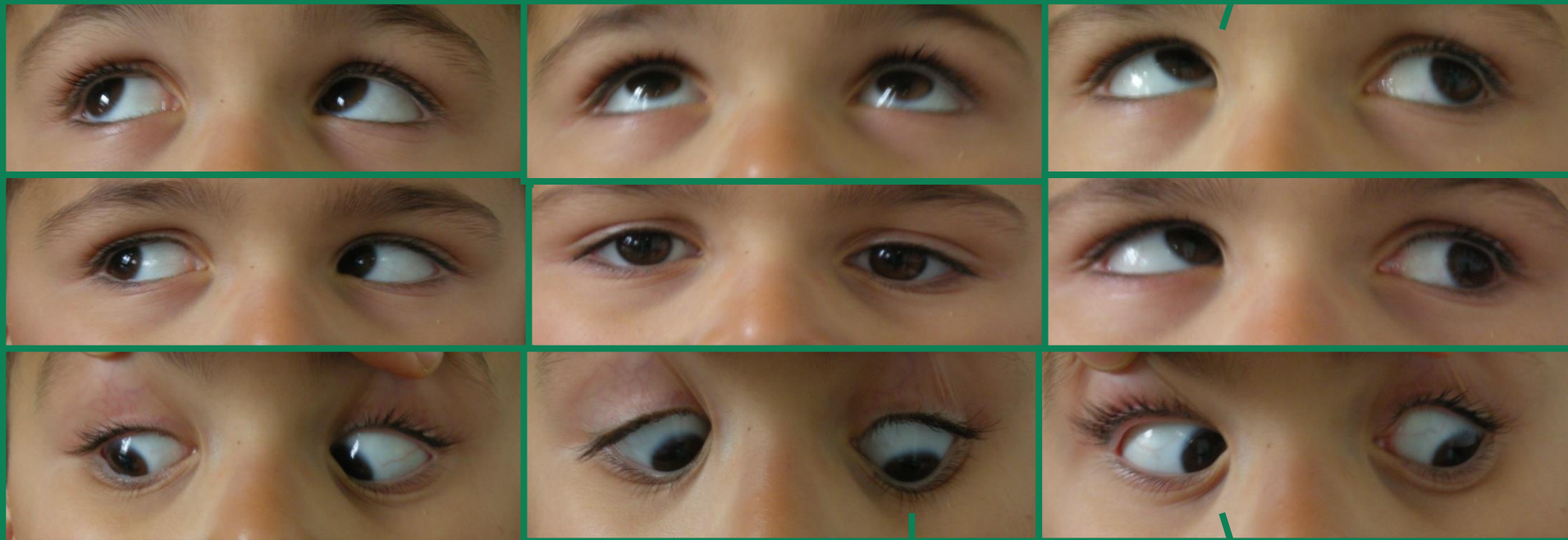
Ppo c/c e s/c

★ Hipertropia inferior a 10°

PO OD ++



Movimentos Oculares, antes da cirurgia



R. inf .OE +



GO OD - -

Nesta síndrome, em depressão e adução, observa-se a **limitação do músculo grande oblíquo** (Raskind R. ,1973)

Antes da cirurgia

Prova de Bielschowsky



Desvio aumenta inclinado à direita

Suspeita de Parésia congénita do IV par direito devido à assimetria desta condição

Intervenções cirúrgicas:

- Anteroposição do PO OD
- Anteroposição do PO OE
- Plicatura de 12 mm do GO OD

Avaliação Ortopia após última intervenção cirúrgica*:

- Baixa ligeira da AV OD por incumprimento do tratamento oclusivo
- Supressão alternante, por vezes, PS intermitente
- 400'' pp (animais)
- MO: POD --



Brown latrogénico???

Após cirurgia



Levosupraversão: limitação da elevação em adução



Ligeiro Brown latrogénico???

Após cirurgia



↑
Aparente
Endotropia
OD ???

Em Ppo após última intervenção cirúrgica

Antes da cirurgia

PO OD ++



Após cirurgia

PO OD --



Levosupraverson

Antes da cirurgia

GO OD --



Após cirurgia

Sem alterações no GO OD



Levoinfraersion

Última Avaliação Ortopia:

Pvc: cabeça inclinada sobre o ombro direito e queixo ligeiramente para baixo

	AV Vectografe pvc (c/c)	Correção ótica
OD	20/25	-0,50+2,25 (55°)
OE	20/20	+0,25 (140°)

Estado sensorial: PS + a 3m e intermitente a 6m (em pvc)

Titmus em pvc : 200"

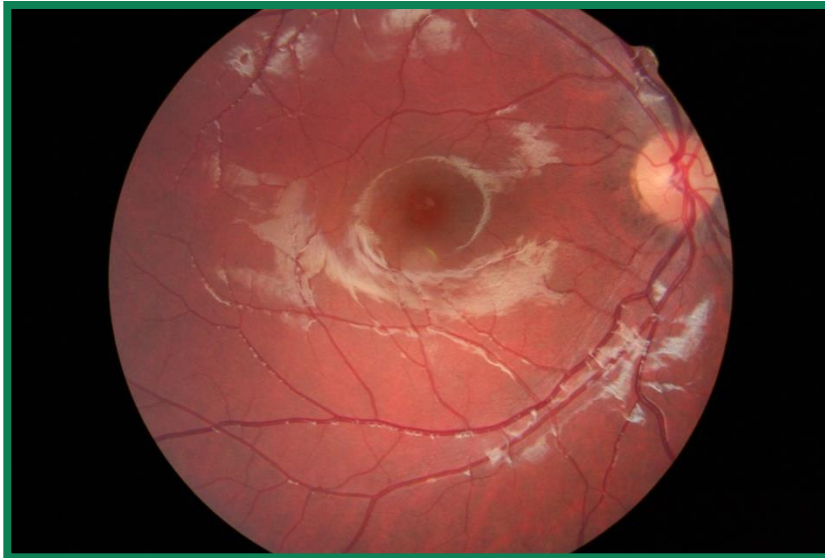
MO: limitação do POD -

Prova de Bielschowsky : + inclinando à direita e à esquerda

	CT pl (pvc)	CT pp (pvc)
Supraversão	Ortoforia	Ortoforia
Ppo	Ortoforia	Ortoforia
Infraversão	D/E 5 (foria)	2 BE (foria)

Não se confirma a síndrome em V

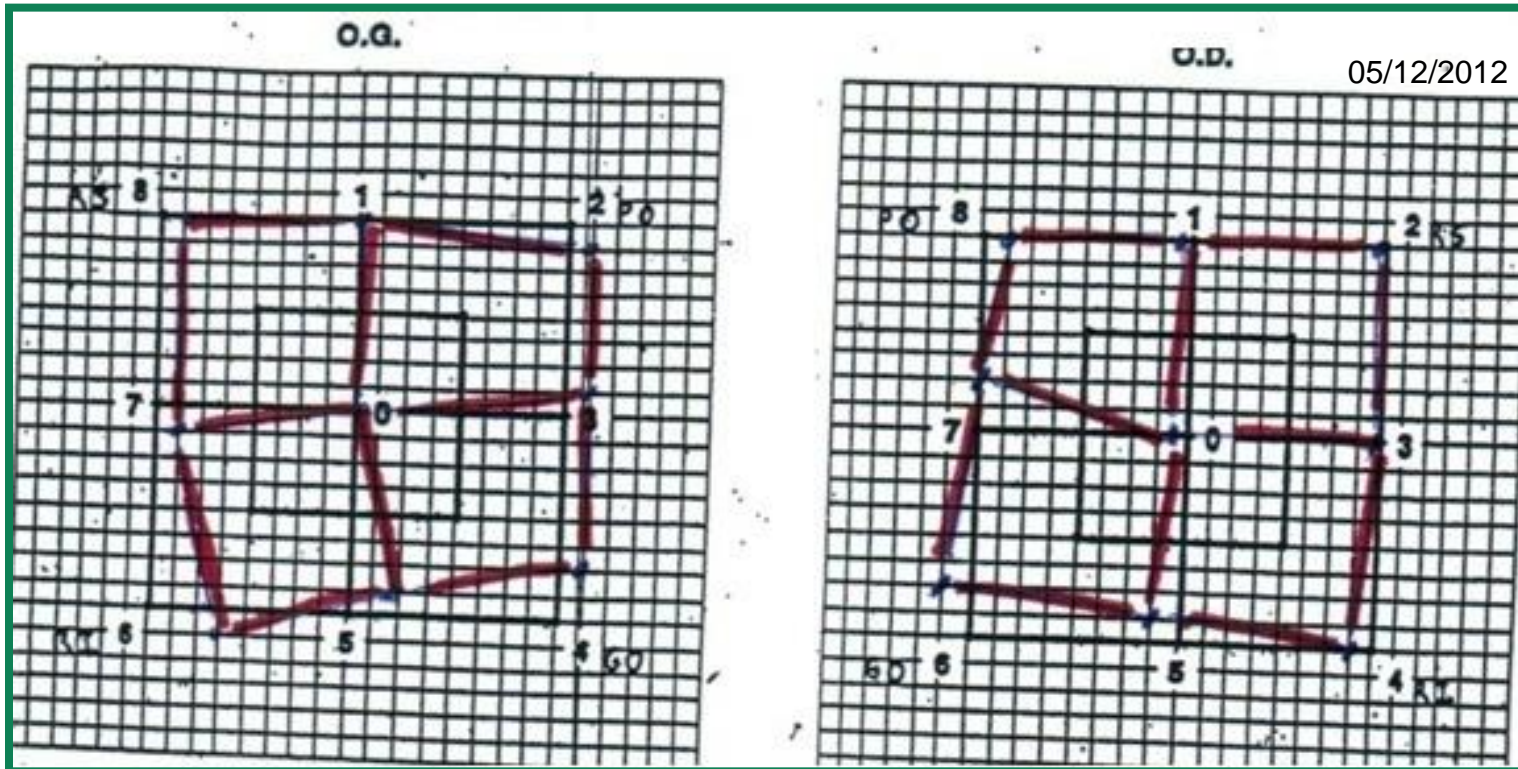
Retinografias



Excyclotorsão de ambos os globos oculares (+++ OE), observando-se que a papila ótica encontra-se mais elevada relativamente à fóvea.

De acordo com Sydnor et.al. uma **Excyclotorsão bilateral** acentuada ($> 10-12^\circ$) constitui um dos critérios de diagnóstico sugestivo de bilateralidade

Coordímetro de Weiss



Paralisia bilateral dos GOD e GOE

RESULTADOS FINAIS

Após as intervenções cirúrgicas verificou-se:

- **Ortoforia** em ppo.
 - **Inversão da pvc** e do olho mais afetado: cabeça inclinada sobre o ombro direito e queixo ligeiramente para baixo
 - **diplopia** mais acentuada no campo de ação do GOE
 - **MO**: limitação dos GOD, GOE e do POD.
-
- **Retinografia**: revela exciclotorsão, mais acentuada no OE.
 - **Coordímetro**: hipoação dos músculos GOD e GOE, com exciclotorsão mais acentuada no OE.

CONCLUSÃO

- Contrariamente ao que foi referido por Sydnor et.al. (s.d) que defende que um dos critérios de diagnóstico sugestivo de bilateralidade é um padrão em V, neste caso tal sinal não está presente.
- De acordo com Lee J. & Flynn J., 1985, o facto deste tipo de paralisia ser geralmente **assimétrica** faz com que seja, muitas vezes, diagnosticada como unilateral e só após intervenção cirúrgica, a bilateralidade desta condição se manifesta.



O quadro clinico revela:

PARALISIA BILATERAL DOS GRANDES OBLIQUOS



Obrigado pela Vossa Atenção!

E-mail de contacto:

vanessa23santos@gmail.com

[ilda.pocas@estesl.ipl.pt/](mailto:ilda.pocas@estesl.ipl.pt)

margarida.heitor@gmail.com