

# AVALIAÇÃO MOTORA, SENSORIAL E TORSIONAL NA PARÉSIA CONGÊNITA DO IV NERVO CRANIANO: RELATO DE CASO

Pedro Lino<sup>1,2</sup>, Joana Silva<sup>1</sup>, Martim Macedo<sup>1</sup>, Sofia Sousa<sup>1</sup>, Armandina Mota<sup>2</sup>, Filipa Teixeira<sup>2</sup>

1. Escola Superior de Saúde de Lisboa (ESSL) 2. Unidade Local de Saúde Santa Maria

## Introdução

A paresia do IV nervo craniano constitui uma causa frequente de diplopia vertical e estrabismo incomitante, resultante da disfunção do músculo grande oblíquo e consequente desequilíbrio da motilidade ocular. A forma congénita é particularmente relevante em idade pediátrica, podendo manifestar-se por hipertropia, diplopia vertical e torsional, Posição Viciosa da Cabeça (PVC) e limitação da depressão em adução.

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseando-se na avaliação motora, sensorial e torsional, sendo a manobra de Bielschowsky um elemento fundamental, podendo ser complementado por exames de imagem quando necessário.

A avaliação detalhada destas alterações é importante para o diagnóstico diferencial e orientação terapêutica como a correção prismática ou intervenção cirúrgica, de acordo com a etiologia e o impacto funcional.

## Metodologia

Relato de um caso clínico de uma paciente do **sexo feminino, com 10 anos de idade**, diagnosticada com parésia congénita do IV nervo craniano do olho direito (OD). Realizou-se avaliação ortóptica completa, incluindo análise motora e sensorial, com o objetivo de caracterizar o desvio e o impacto funcional. Adicionalmente, foi efetuada Tomografia de Coerência Ótica (OCT) para avaliação e quantificação da exciclotorsão.

## Discussão

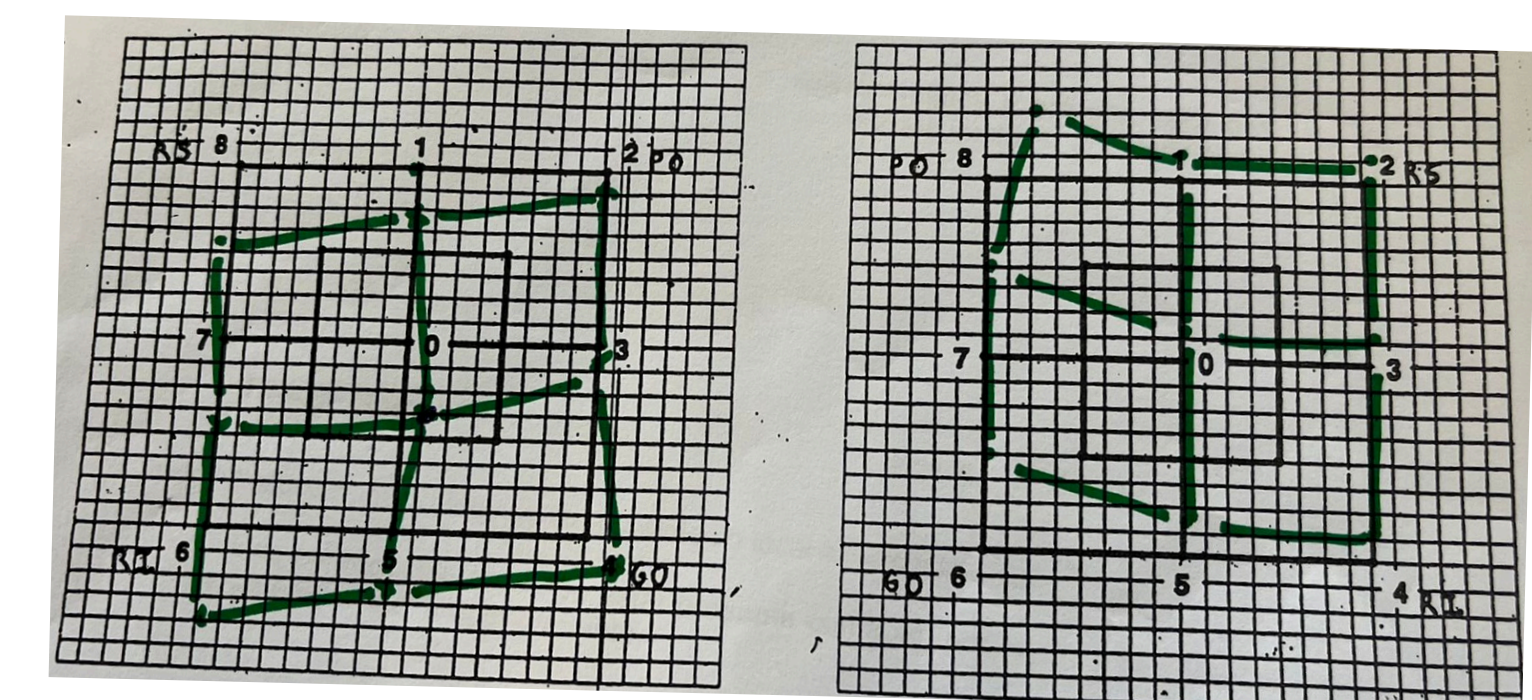
A paresia incompleta do IV par craniano pode apresentar um curso clínico variável, frequentemente com mecanismos de compensação eficazes que atenuam a sintomatologia inicial, dificultando a sua valorização. A heterogeneidade na apresentação reforça a importância de uma abordagem individualizada, tendo em conta não apenas os sinais motores, mas também o impacto funcional e a adaptação sensorial do doente.

A sua identificação precoce e seguimento são fundamentais devendo a decisão terapêutica ser dinâmica e ajustada à evolução clínica, privilegiando a melhoria da qualidade visual e o conforto do doente.

## Caso Clínico

<b>PVC</b>	Inclinação sobre o ombro direito
<b>Acuidade Visual (Snellen 6m)</b>	c/c PL OD=10/10 OE=8/10
<b>Hirschberg em PVC</b>	c/c=s/c Reflexos centrados e simétricos
<b>Movimentos Oculares</b>	Hiperação PO OD Hipoação GO OD Hiperação Rinf OE
<b>Manobra de Bielschowsky</b>	Positiva- desvio reduz com inclinação à esquerda
<b>Cover Test Prismático</b>	c/c=s/c PPO D/E 10 DP Supra = D/E 10 DP Infra = D/E 5 DP Levo = D/E 18 DP Dextro = D/E 4 DP
<b>Sinoptóforo</b>	PS FOD=FOE D/E 8 DP Fusão no ângulo ADD +10° ABD -5°
<b>Estudo sensorial:</b>	LW: c/c Pp=PI Fusão Estereopsia: Positiva
<b>OCT (exciclotorsão objetiva)</b>	OD=-14.4° OE=-12.1°

### Coordímetro de Weiss



**Considerações éticas:** os autores declaram a não existência de conflitos de interesses. A elaboração deste trabalho seguiu as recomendações para as boas práticas em investigação clínica. A participante consentiu a utilização dos seus dados.

## Referências Bibliográficas:

