

# Paralisia Parcial do III Par Craniano no Contexto de Aneurisma Intracraniano – Relato de Caso

Ilda Maria Poças<sup>1</sup>, Pedro Miguel Lino<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prof. Coordenadora Jubilada – ESTeSL – IPL; CEID – Universidade Lusófona, Lisboa

<sup>2</sup>Ortopista. Hospitais e Clínicas CUF (Tejo e Cascais); Unidade Local e Saúde de Santa Maria. Prof. Assistente Convidado – Licenciatura em Ortóptica e Ciências da Visão – ESTeSL-IPL;

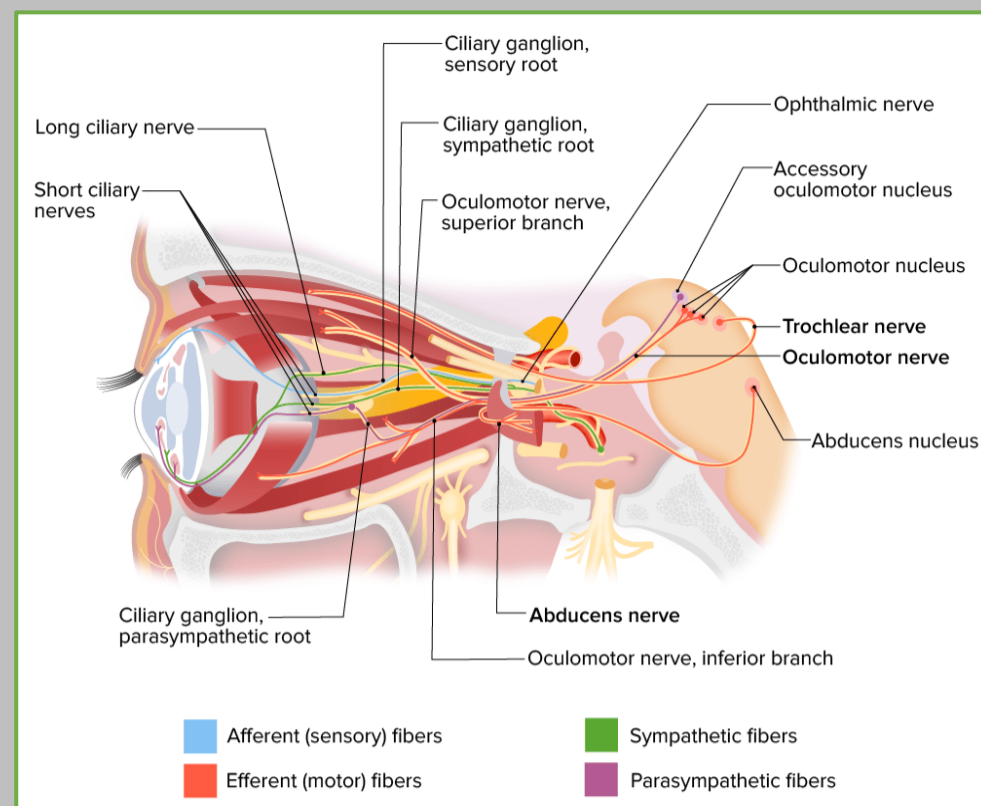
Doutorando em Ciências e Tecnologias da Saúde e do Bem-Estar – UNL

## Introdução:

- As queixas de diplopia podem surgir de uma série de doenças que variam de benignas a potencialmente fatais, sendo muitas vezes o primeiro sinal de causas graves, como o caso de aneurismas.
- A abordagem diagnóstica inicial para diplopia consiste na anamnese e exame neurológico e oftalmológico detalhados, com foco especial na motilidade e alinhamento ocular; assim como no exame imagiológico dirigido.
- A Paralisia parcial do III par craniano afeta um ou mais músculos enervados por este par. Uma vez que este par craniano é responsável pela inervação da musculatura intrínseca do olho, a mesma também pode estar afetada de acordo com a localização da lesão.

## Objetivo:

- Descrever o caso de uma paralisia parcial do III Par direito, envolvendo a musculatura extrínseca do olho direito, no contexto de um aneurisma cerebral.



## Relato de caso:

- ♀, 60 anos de idade
- Recorre a consulta de oftalmologia por queixas de diplopia binocular vertical, fotofobia e vertigens.
- Posição viciosa da cabeça – mento levantado.
- Pupilas redondas e iso-reativas.
- Ptose OD
- AV c/c pl: ODE=10/10
- MO - Ausência de elevação do OD.
- Cover Test - Hipertropia do OE:  
pp= 6<sup>Δ</sup>BE E/D18<sup>Δ</sup>  
pl=8<sup>Δ</sup>BE E/D12<sup>Δ</sup>  
Desvio aumenta em elevação no campo de ação do Reto Superior do OD (Figura 2).
- Estereopsia pp– 100<sup>arc</sup> (Test de Wirt); TNO – Negativa

### Testes de Diagnóstico Diferencial:

- Teste de diplopia : Diplopia mais acentuada em supra-versão e dextrosupra-versão (Figura 2).
- Desviómetro: FOD= +8<sup>o</sup>E/D15<sup>Δ</sup>  
FOE= +5<sup>o</sup>E/D 7<sup>Δ</sup>

Impossível a medição do desvio nas posições superiores por impossibilidade de elevação. O Desvio vertical é quase inexistente nas posições de infraversão (Figura 3).

- Ecrã de Hess: Revela uma paralisia dos elevadores do OD com conseqüente hiperação dos elevadores do OE.



Figura 2– Estudo das 9 Posições Diagnósticas do Olhar

Fixando OD			Fixando OE		
	Supra			Supra	
Dextro	PPO	Levo	Dextro	PPO	Levo
+7 <sup>o</sup> E/D 15 <sup>Δ</sup>	+8 <sup>o</sup> E/D 15 <sup>Δ</sup>	+5 <sup>o</sup> E/D 15 <sup>Δ</sup>	+5 <sup>o</sup> E/D 7 <sup>Δ</sup>	+4 <sup>o</sup> E/D 7 <sup>Δ</sup>	+5 <sup>o</sup> E/D 7 <sup>Δ</sup>
	Infra			Infra	
+3 <sup>o</sup> E/D 1 <sup>Δ</sup>	E/D 1 <sup>Δ</sup>	+3 <sup>o</sup> E/D 1 <sup>Δ</sup>	+2 <sup>o</sup>	+2 <sup>o</sup> E/D 1 <sup>Δ</sup>	-2 <sup>o</sup>

Figura 3 – Desviómetro. Medição do ângulo do desvio nas posições diagnósticas do olhar, ao sinóptóforo

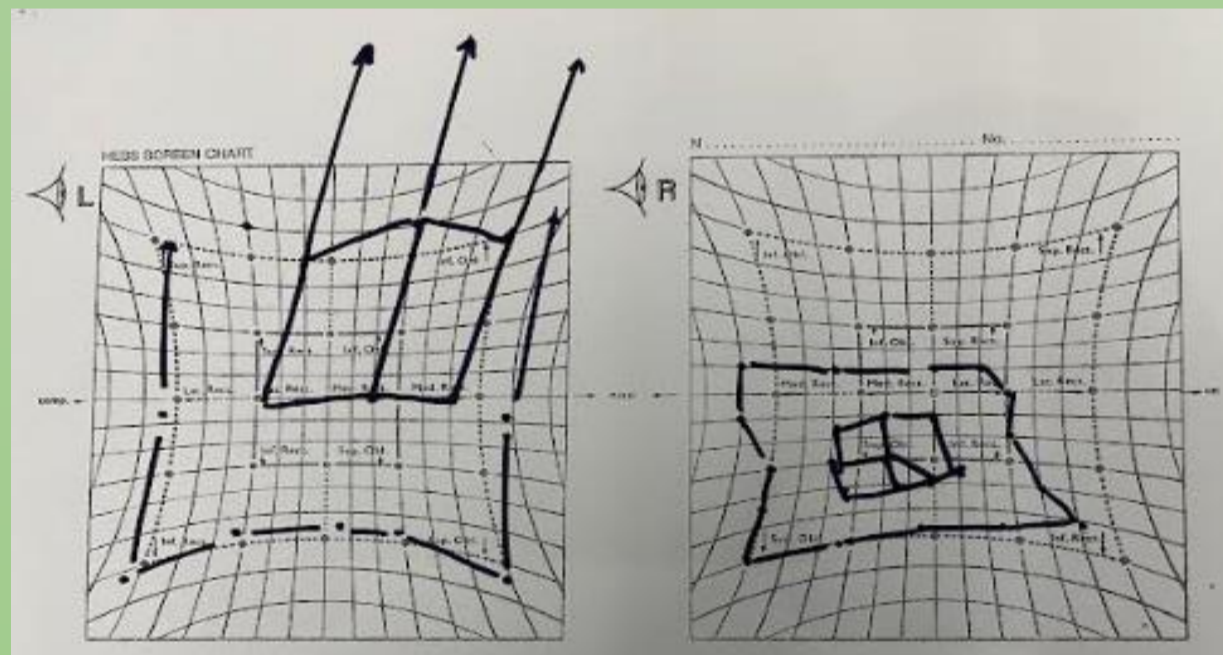


Figura 4 - Ecrã de Hess da paciente. Paralisia do RS e PO do OD. Hiperação secundária dos elevadores do OE

- Foram efetuados exames imagiológicos dirigidos (ressonância magnética crânio-encefálica com contraste com gadolínio) para esclarecimento etiológico que revelaram a existência de um aneurisma cerebral.
- Dada a patologia de base, a paciente foi referenciada para o departamento de neurocirurgia para tratamento cirúrgico do aneurisma.
- Após resolução médico-cirúrgica do aneurisma, persistiram défices neurológicos graves como diplopia binocular vertical e ptose, que exigem acompanhamento oftalmológico e ortóptico; de forma a serem devidamente compensados.

## Conclusão:

- Casos de diplopia binocular exigem sempre investigação com exames de imagem quando existem sinais de envolvimento do III par craniano; e de forma emergente quando existe envolvimento da pupila.
- O primeiro passo terapêutico é o tratamento da doença de base, e só após é que se explora a compensação oftalmológica da diplopia.
- Na fase aguda opta-se, apenas, pelo tratamento sintomático da diplopia com oclusão alternada ou penalização do olho não dominante com filtros de Bangerter ou com a utilização de prismas.
- Posteriormente se a diplopia não resolver e o ângulo de desvio for demasiado grande para compensação prismática pode-se ainda optar por injeção de TBA no músculos hiperativos ou correção cirúrgica com o intuito de eliminar a diplopia em PPO.

## Bibliografia:

ROMÁN PENA, P. et al. (2018). Parálisis nuclear del III par craneal en el contexto de un traumatismo craneoencefálico. Revista de Neurología, v. 66, n. 10, p. 357  
 RADIA, M. et al. (2017). Examination of a third nerve palsy. British Journal of Hospital Medicine, v. 78, n. 12, p. C188–C192  
 VAPHIADES, M. S. & ROBERSON, G. H. (2017). Imaging of Oculomotor (Third) Cranial Nerve Palsy. Neurologic Clinics, v. 35, n. 1, p. 101–113, fev.  
 NELSON, L. B. (2019) A Surgical Option for Complete Third Nerve Palsy. Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus, v. 56, n. 1, p. 9–9, 23 jan..

**Conflitos de Interesses:** Os autores declaram a inexistência de qualquer conflito de interesse com a apresentação desta comunicação.

**Considerações Éticas:** Foram acauteladas todas as considerações éticas, tendo-se obtido o consentimento informado livre e esclarecido da paciente para a apresentação dos dados. As fotografias apresentadas foram capturadas com consentimento da doente para elaboração deste relato de caso.

**Autor de Contato:** Ilda Maria Poças, [ildampocas@gmail.com](mailto:ildampocas@gmail.com)