

# Paralisia do VI nervo: em que casos a imagem é importante

## VI cranial nerve palsy: imaging indications

Marcela de Cassia Barreira<sup>1,2</sup>

1. Setor de Estrabismo, Departamento de Ciências Visuais, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

2. Banco de Olhos de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil.

Paciente sexo feminino, 32 anos, começou a apresentar diplopia binocular horizontal que piorou ao longo de um mês. Nesse momento, ela observou que seu olho esquerdo não estava se movendo bem para a esquerda e olho esquerdo desviado para dentro. Ela negou qualquer histórico de estrabismo prévio, uso de tampão ou alta hipermetropia durante a infância, bem como qualquer histórico de trauma, infecção viral ou vacinas relacionadas ao início da diplopia. Negou qualquer doença crônica ou uso de medicamentos.

O exame oftalmológico mostrou acuidade visual de 20/20 em ambos os olhos sem correção.

Motilidade ocular: Teste de cobertura: esotropia de 25 PD em posição primária. Esotropia maior que 50 PD em posição esquerda e nenhum desvio olhando para a direita. Foi possível observar uma posição compensatória de cabeça girada para alívio da diplopia durante o exame quando ambos os olhos estavam

abertos. Ao avaliar as versões, foi possível observar limitação de abdução do olho esquerdo. Os testes complementares realizados no consultório, como o teste de ducção forçada, não mostraram sinais de restrição no reto medial esquerdo, e o teste de geração de força mostrou um reto lateral com força diminuída (Figura 1).

Biomicroscopia e fundo de olho sem alterações.

Como se trata de uma paciente jovem com uma paralisia do sexto nervo sem fatores de risco para paralisia microvascular e nenhuma outra história que justifique os sinais de paralisia do sexto nervo, foi solicitada uma ressonância magnética (MRI) da órbita e do cérebro para avaliar o trajeto do sexto nervo.

Em sua MRI foi possível observar uma lesão compressiva no seio cavernoso esquerdo com características de um meningioma que justificaram seus achados (Figura 2).

**Autor correspondente:** Marcela de Cassia Barreira. E-mail: marcela\_barreira@yahoo.com.br

**Recebido em:** 7 de Junho de 2023. **Aceito em:** 12 de Junho de 2023.

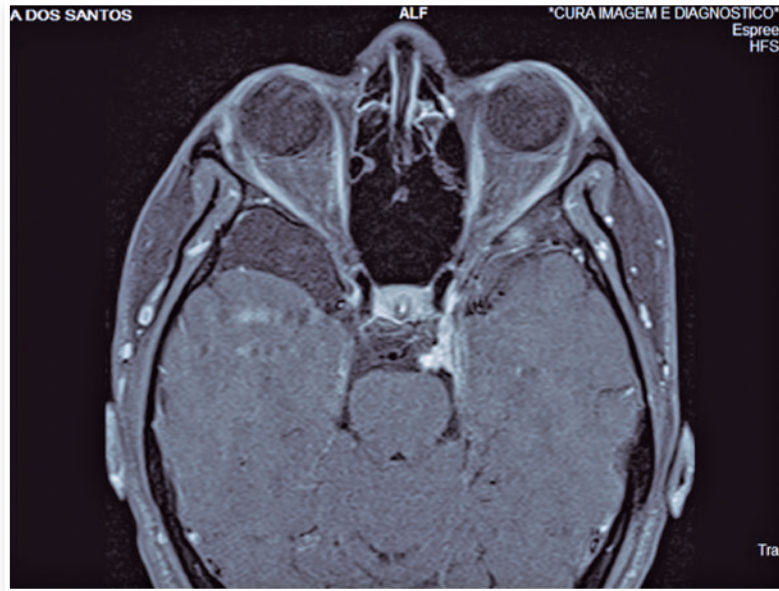
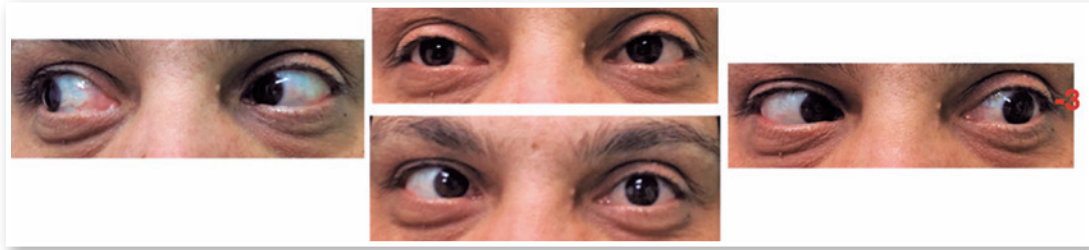
**Financiamento:** Declararam não haver. **Conflitos de Interesse:** Declararam não haver.

**Como citar:** Barreira MC. Paralisia do VI nervo: em que casos a imagem é importante. eOftalmo. 2023;9(3):124-6.

**DOI:** 10.17545/eOftalmo/2023.0036



Esta obra está licenciada sob uma *Licença Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional.



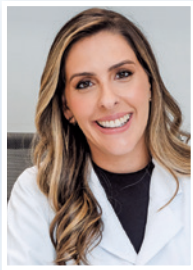
Sempre que nos deparamos com um paciente com estrabismo incomitante e suspeitamos de paralisia nervosa, precisamos seguir algumas etapas para realizar um diagnóstico mais preciso, e o primeiro passo e, sem dúvida, uma anamnese completa para descobrir quando os sintomas começaram e quão rapidamente se desenvolveram, descobrir fatores de risco, histórico de medicamentos ou outros sintomas sistêmicos ou doenças que possam levar ao diagnóstico correto. Depois disso, é importante realizar um exame ocular muito completo, incluindo inspeção, acuidade visual, reação das pupilas, motilidade ocular, versões e ducções. Em casos de estrabismo incomitante e quando há suspeita de paralisia, o teste de ducção forçada, teste de geração de força e velocidade sacádica podem ser realizados para excluir sinais de restrição. Por fim, é importante realizar biomicroscopia e fundo de olho. Quando nos deparamos com um paciente com mais

de 50 anos, com diabetes ou hipertensão descontrolada, as primeiras hipóteses, se houver uma paralisia isolada do oculomotor, são de origem microvascular<sup>1</sup>. Nesses casos, é possível observar o paciente de perto e não realizar nenhum exame de imagem imediatamente. Em todos os outros casos e em pacientes com outros sintomas associados à paralisia, é obrigatório solicitar uma tomografia computadorizada, ressonância magnética ou angio-TC, dependendo da suspeita<sup>2</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Elder C, Hainline C, Galetta SL, Balcer LJ, Rucker JC. Isolated Abducens Nerve Palsy: Update on Evaluation and Diagnosis. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2016;16(8):69.
2. Chi SL, Bhatti MT. The diagnostic dilemma of neuro-imaging in acute isolated sixth nerve palsy. *Curr Opin Ophthalmol.* 2009;20(6):423-9.

## INFORMAÇÃO DO AUTOR



---

» **Marcela de Cassia Barreira**

<https://lattes.cnpq.br/1391171222668883>

<https://orcid.org/0009-0009-4048-4226>