

# Miocimia do músculo oblíquo superior: Relato de um caso

*Superior oblique muscle myokymia - A case report*

Adriano Frasson <sup>(1)</sup>  
Tomás Mendonça <sup>(2)</sup>  
Helena Tanaka <sup>(3)</sup>  
Marivaldo Oliveira <sup>(4)</sup>

## RESUMO

Descrevemos um caso de mioquimia do músculo oblíquo superior direito, com melhora satisfatória dos sintomas após tenectomia do músculo oblíquo superior direito e recuo do músculo oblíquo inferior ipsilateral, ambas realizadas sob anestesia local. Discutimos os aspectos clínicos, diagnósticos e de conduta.

**Palavras-chave:** Mioquimia; Músculos extraoculares; Nistagmo; Anestesia local

## INTRODUÇÃO

A mioquimia do músculo oblíquo superior é um raro distúrbio da motilidade ocular extrínseca. Sua etiologia é desconhecida e caracteriza-se por um nistagmo ciclovertical monocular intermitente de alta frequência e baixa amplitude. Normalmente não está associado a outras alterações oculares ou sistêmicas e sua sintomatologia é descrita como oscilopsia diplópica.

## RELATO DO CASO

A.F., 30 anos, masculino, branco e procedente de São Paulo, procurou o Setor de Motilidade Ocular Extrínseca do Departamento de Oftalmologia da UNIFESP - EPM com queixa de oscilopsia vertical intermitente no olho direito iniciada abruptamente há 11 meses, sem relação com fator causal e acompanhada algumas vezes de diplopia, também vertical. A diplopia era desencadeada principalmente após a realização de uma infradução. Havia piora da oscilopsia quando olhava para

a direita e da diplopia quando olhava para a esquerda. Para alívio dos sintomas adotava a posição de cabeça inclinada sobre o ombro esquerdo. Houve piora progressiva dos sintomas, os quais se tornaram incapacitantes (sic). Eletroencefalograma e tomografia computadorizada de crânio resultaram normais. Referia que o quadro fora diagnosticado em duas ocasiões como "neurite ocular" e tratado com polivitamínicos, sem sucesso. O exame oftalmológico foi normal, exceto pela presença do torcicolo acima referido e das alterações da motilidade ocular extrínseca citadas a seguir. Em posição primária apresentava hipotropia intermitente do olho direito de 4<sup>A</sup> (dioptrias prismáticas), que piorava em levversão (HT E/D 10<sup>A</sup>) e ao inclinar a cabeça sobre o ombro direito (HT E/D 10<sup>A</sup>). Em dextroversão mostrava movimentos nistagmóides de inciclotorsão no olho direito de alta frequência e baixa amplitude, melhor observados durante o exame biomicroscópico. O exame das versões revelou hiperfunção +3 do músculo oblíquo superior direito. Com o diagnóstico de mioquimia do múscu-

Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo - EPM

<sup>(1)</sup> Pós-graduando nível mestrado e estagiário do Setor de Motilidade Ocular Extrínseca do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo - EPM.

<sup>(2)</sup> Chefe do Setor de Motilidade Ocular Extrínseca do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo - EPM.

<sup>(3)</sup> Estagiária do Setor de Motilidade Ocular Extrínseca do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo - EPM.

<sup>(4)</sup> Colaborador do Setor de Motilidade Ocular Extrínseca do Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo - EPM.

**Endereço para correspondência:** Dr Adriano B. Frasson - Departamento de Oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo / EPM - Rua Botucatu, 822. Vila Clementino - 04023-062. São Paulo, SP. Tel.: (011) 576-4506 - FAX (011) 573-4002.

lo oblíquo superior direito, iniciamos o tratamento clínico. Como o paciente foi relutante ao uso de carbamazepina, utilizamos o propranolol (10 mg/dia VO) durante 2 semanas, sem sucesso. Optamos, então, pela utilização do colírio de maleato de timolol 0,5% (1 gota de 12/12 h) por mais 2 semanas, também sem sucesso. Devido a insatisfação do paciente, foi indicado o tratamento cirúrgico. Realizamos sob anestesia retrobulbar, a tenectomia temporal do músculo oblíquo superior direito e recuo de 10mm do músculo oblíquo inferior ipsilateral. No 1º dia de pós-operatório (po), negava oscilopsia, referia diplopia vertical apenas em levoversão e não inclinava mais a cabeça sobre o ombro direito. Havia uma HT E/D de 10<sup>A</sup> em levoversão e o exame das versões mostrou uma hipofunção de -2 do músculo oblíquo inferior direito e uma depressão em adução do olho direito, normal. Com 1 mês de po, referia diplopia apenas em supralevoversão e havia uma hipofunção de -1 do músculo oblíquo inferior direito, quadro que se repetiu no po de 3 meses.

#### DISCUSSÃO

DUANE<sup>1</sup>, em 1906, publicou um breve relato de uma anormalidade oculomotora que denominou *nistagmo rotatório unilateral*, caracterizada por movimentos de vai-e-vem, rápidos, curtos e repetidos, cicloverticais na posição primária, rotacionais com a inclinação da cabeça sobre o ombro contralateral e verticais com a inclinação da cabeça sobre o ombro ipsilateral. HOYT & KEANE<sup>2</sup>, em 1970, descreveram 5 casos de microtremor monocular e oscilopsia que se assemelhavam ao caso de nistagmo rotatório unilateral descrito por DUANE. Implicaram o sistema neuromuscular do músculo oblíquo superior na gênese do processo devido, provavelmente, a uma alteração do limiar de membrana dos neurônios do núcleo troclear. Propuseram o termo *mioquímia de oblíquo superior*

(MOS) ou *microtremor monocular intermitente (MMI)*. ROSEMBERG & GLASER<sup>3</sup>, em 1983, relataram que o quadro clínico da MOS pode se apresentar de várias formas. Enquanto a maioria dos pacientes apresenta o quadro clássico de oscilopsia devido ao MMI rotatório de pequena amplitude e alta frequência, provocado principalmente ao se mover o olho na direção do campo de ação do oblíquo superior e em seguida para fora dele, outros têm movimento torcional mais lento e de maior amplitude que causa diplopia torcional e vertical. Chamaram esse movimento de *desvio macrorotatório (DMR)*. O DMR ocorre frequentemente em associação com o clássico MMI, porém em alguns casos pode ser a anormalidade principal.

A evolução da MOS é variável. Alguns pacientes apresentam melhora ou remissão espontâneas, enquanto outros permanecem sintomáticos. Para esses, várias drogas têm sido utilizadas, entre elas a carbamazepina<sup>3,5</sup>, a mais comum e também a que possui os parefeitos mais importantes; os beta-bloqueadores<sup>6,5</sup>, tópica e sistemicamente; os benzodiazepínicos<sup>3,10</sup>; o baclofen<sup>3,10</sup> e a fenitofina<sup>3</sup>. Para os pacientes nos quais não existe melhora com a medicação ou que não toleram seus parefeitos, é indicado o tratamento cirúrgico<sup>9</sup>. À semelhança do que acontece com o tratamento clínico, o tratamento cirúrgico nem sempre é curativo. Para se obter um bom resultado, pode ser necessário o teste terapêutico com uma ou mais drogas ou a realização de um ou mais procedimentos cirúrgicos<sup>9,2</sup>. No planejamento da cirurgia, geralmente são combinados o debilitamento do músculo oblíquo superior afetado e o debilitamento do músculo oblíquo inferior ipsilateral<sup>4</sup>, evitando-se, assim, sua hiperfunção secundária. SÁ et al., elegeram a tenotomia do músculo oblíquo superior, combinada com a miectomia do músculo oblíquo inferior ipsilateral, como o procedimento de escolha em sua série<sup>9</sup>.

Realizamos em nosso paciente, sob anestesia local, tenectomia do músculo oblíquo superior direito e recuo de 10mm do músculo oblíquo inferior ipsilateral, pelo fato de ser do músculo oblíquo superior a responsabilidade pelos sintomas e, portanto, o seu debilitamento devendo corresponder à intensidade dos mesmos. O debilitamento do músculo oblíquo inferior ipsilateral não foi máximo, na intenção de minimizarmos a limitação de elevação em adução do olho direito.

Embora a MOS seja considerada entidade benigna, a sua sintomatologia pode, algumas vezes, ser incapacitante. Além disso, foi descrita sua associação com tumor intracraniano de fossa posterior<sup>8</sup>, o que faz mandatória uma avaliação neurológica completa<sup>7</sup>.

#### SUMMARY

*We describe a case of right superior oblique muscle myokymia where symptomatology was satisfactorily solved with right superior oblique muscle tenectomy and ipsilateral inferior oblique muscle recession, both performed under local anesthesia. The clinical aspects, diagnosis and management are discussed.*

**Key-words:** Myokymia; Extraocular muscles; Nystagmus; Local anesthesia.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DUANE, A. - Unilateral rotary nystagmus. *Trans. Am. Ophthalmol. Soc.*, **11**: 63-7, 1906.
2. HOYT, W. F.; KEANE, J. R. - Report and discussion on five cases of benign intermittent unocular microtremor. *Arch. Ophthalmol.*, **84**: 461-7, 1970.
3. ROSEMBERG, M. L.; GLASER, J. S. - Superior oblique myokymia. *Ann. Neurol.*, **13**: 667-9, 1983.
4. PALMER, E. A.; SHULTS, W. T. - Superior oblique myokymia: preliminary results of surgical treatment. *J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus*, **21**: 96-101, 1984.
5. TYLER, T. D.; RUIZ, R. S. - Propranolol in the

*Miocimia do músculo oblíquo superior  
Relato de um caso*

- treatment of superior oblique myokymia. *Arch. Ophthalmol.*, **108**: 175-6, 1990.
6. BIBBY, K.; DEANE, J. S.; FARNWORTH, D.; CAPPIN, J. - Superior oblique myokymia - a topical solution?. *Br. J. Ophthalmol.*, **78**: 882, 1994.
7. LEIGH, R. J.; TOMSAK, R. L.; SEIDMAN, S. H.; DELL'OSSO, L. F. - Superior oblique myokymia: a quantitative characteristics of the eye movements in three patients. *Arch. Ophthalmol.*, **109**: 1710-3, 1991.
8. MORROW, M. J.; SHARPE, J. A.; RANALLI, P. J. - Superior oblique myokymia associated with a posterior fossa tumor. Oculographic correlation with an idiopathic case. *Neurology*, **40**: 367, 1990.
9. SA, L. C.; GOOD, W. V.; HOYT, C. S. - Surgical management of myokymia of the superior oblique muscle. *Am J Ophthalmol.*, **114**: 693-6, 1992.
10. KELTNER, J. L.; MILLER, N. R.; GITTINGER, J. W.; BURDE, R. M. - The monocular shimmes. Your patient isn't deluded!. *Surv. Ophthalmol.*, **27**: 313, 1983.

**CONGRESSO INTERNACIONAL  
DA SOCIEDADE  
BRASILEIRA DE RETINA E VÍTREO**

**17 à 19 de Abril de 1998 - Curitiba - PR**  
**Informações: Dr. Carlos Moreira Jr.**  
**ou Danielle**

**Fone: (041) 232-4031**