

# Síndrome da Fissura Orbitária Superior por Trauma de Face sem Fratura de Terço Médio – Relato de Caso

Antônio Albuquerque Brito<sup>1</sup>  
Rodolfo Valdemarin<sup>2</sup>  
Renato Tatagiba Garcia<sup>2</sup>  
Carlos Eduardo Guimarães Leão<sup>3</sup>

- 1] Médico/Cirurgião-Dentista - Coordenador da Unidade de Cirurgia Bucomaxilofacial da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG.
- 2] Residentes do Serviço de Cirurgia Plástica da FHEMIG.
- 3] Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica da FHEMIG.

## Endereço para correspondência:

Av. Contorno, 8000 sl. 507  
Belo Horizonte – MG  
30110-120

Fone: (31) 335-4679  
Fax: (31) 335-4679

**Unitermos:** Síndrome da fissura orbital superior; oftalmoplegia; trauma facial;  
ptose palpebral; midríase.

## RESUMO

*O objetivo do presente trabalho é apresentar um caso clínico de síndrome da fissura orbitária superior numa paciente com trauma de face sem fraturas do terço médio e estabelecer uma correlação dessa injúria com o acometimento orbitário, sugerindo que sua etiologia seja a transmissão da força do impacto através dos pilares do esqueleto reticular da face, até a órbita.*

*Enfatizamos a necessidade do conhecimento desse mecanismo etiopatológico e discutimos aspectos diagnósticos e terapêuticos da referida síndrome.*

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Fissura Orbitária Superior (SFOS) foi descrita por Hirschfield em 1858<sup>(1)</sup>, sendo caracterizada por oftalmoplegia, ptose palpebral superior, proptose do olho, midríase e anestesia da região frontal e pálpebra superior, devido a lesão,

concomitante ou não, do III, IV e VI pares cranianos, da primeira divisão do V par craniano e da inervação autônoma para o globo ocular e sua musculatura extrínseca<sup>(1,2)</sup> (Fig. 1). A etiologia dessa entidade nosológica é variável, sendo relatadas

fraturas do segmento médio do esqueleto facial, neoplasias, hematomas retrobulbares e infecções do seio cavernoso, das meninges ou do sistema nervoso central<sup>(2)</sup>.

O propósito desse trabalho é relatar um caso clínico de SFOS numa paciente com trauma de face sem fraturas do terço médio e sem evidências clínicas e tomográficas de fratura esfenoidal ou patologias evidentes em ápice de órbita, como hematoma retrobulbar, e correlacionar a etiopatologia da entidade em questão com a transmissão da força do impacto no esqueleto superficial do terço médio da face para o endocrânio, como apresentado por Sturla<sup>(3)</sup>.

## RELATO DE CASO (MATERIAL E MÉTODOS / RESULTADO)

Paciente I.R.S.S., 31 anos, casada, morena, previamente hígida, com história de ter sido vítima de atropelamento em 22/05/99. Relata trauma em hemiface direita e queixa de diplopia. Ao exame clínico, apresentou proptose, oftalmoplegia (excessiva abdução e rotação ínfero-lateral de olho), ptose palpebral, midríase unilateral à direita e estrabismo divergente. Negou parestesia da região frontal (Figs. 2 e 3). Apresentava, também, limitação de abertura bucal, distopia oclusal e edema em região de corpo de mandíbula à direita.

O exame radiológico revelou fratura do corpo da mandíbula à direita, não sendo evidenciadas fraturas em terço médio da face ou endocrânio, apenas velamento discreto do seio maxilar direito (Fig. 4).

As tomografias não evidenciaram fraturas em crânio ou órbita, assim como alterações de partes moles do cone orbitário, exceto por aumento de densidade da musculatura extrínseca do globo ocular. Ausência de sinais de compressão do ápice orbitário (Figs. 5 e 6).

Estabeleceu-se o diagnóstico de fratura do corpo da mandíbula à direita e SFOS.

A paciente foi submetida à redução da fratura da mandíbula em 21/07/99, com fixação rígida da mandíbula, sem bloqueio intermaxilar (Fig. 7). Optou-se por tratamento conservador da SFOS, juntamente com acompanhamento oftalmológico seqüencial e administração de prednisona.

Na última avaliação, realizada em 30/08/99, já se evidenciou melhora parcial dos sinais e sintomas da SFOS (Figs. 8 e 9)

## DISCUSSÃO

Com o objetivo de proporcionar uma avaliação adequada dos traumas craniofaciais, STURLA (1980), apoiando-se nos trabalhos de 1901 de René Le Fort<sup>(4)</sup>, desenvolveu um estudo experimental no qual apresentou o esqueleto fixo da face como de estrutura reticular, formado por pilares superficiais e profundos, anéis axiais e cruces craniofaciais, responsáveis pela sustentação desse esqueleto e passíveis de transmitir forças de impacto superficiais para regiões profundas, sendo, de nosso particular interesse, a órbita<sup>(3)</sup> (Figs. 10 e 11).

As complicações oftalmológicas associadas aos traumas faciais e osteotomias da face são relatadas na literatura<sup>(1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10)</sup>, sendo a SFOS descrita como entidade rara, principalmente quando associada ao trauma<sup>(2)</sup>. Não se observa na literatura uma estatística quanto à presença da síndrome sem fraturas do segmento médio da face e das asas maior e menor do esfenóide. Para tal, infere-se que o mecanismo de injúria seja indireto, como propõe Lanigan<sup>(6, 10)</sup> e o que nos remonta às observações de Sturla<sup>(3)</sup>, previamente citadas, e como é ilustrado pelo caso clínico apresentado. O trauma facial pode ter sua força de impacto transmitida através dos pilares do esqueleto médio da face, acometendo o ápice orbitário e proporcionando compressão das estruturas vasculonervosas dessa topografia, mesmo sem evidências de fraturas ou hematomas retroorbitários.

O diagnóstico dessa patologia é clínico, devendo ser solicitado estudo tomográfico do crânio e órbita para que seja possível surpreender fraturas em ápice orbitário ou outros sinais evidentes de compressão do mesmo<sup>(6, 7, 10, 11)</sup>.

Uma avaliação oftalmológica seqüencial deve ser instituída, uma vez que fenômenos vasculares podem vir a se instalar progressivamente, comprometendo as estruturas nervosas da órbita.

O tratamento para a SFOS em caso de trauma é na maioria das vezes conservador, podendo-se fazer uso de esteróides com melhora clínica em período

variável de tempo (3 semanas a 4 meses). Em situações de maior raridade, procede-se à descompressão da órbita por via endocraniana ou transfacial<sup>(1, 2, 8, 10)</sup>.

O caso clínico apresentado enfatiza a necessidade de se conhecer os mecanismos de condução do impacto dos traumas de face, orientando para que

se possa exercer um diagnóstico precoce e adequada condução propedêutica e terapêutica das repercussões profundas das injúrias superficiais.

## **BIBLIOGRAFIA**

Vide páginas 30 e 31