

Paralisia do nervo oculomotor como manifestação inicial de esclerose múltipla: Relato de caso

Oculomotor nerve palsy as an initial manifestation of multiple sclerosis: Case report

Parálisis del nervio oculomotor como manifestación inicial de esclerosis múltiple: Reporte de un caso

Recebido: 21/07/2022 | Revisado: 28/07/2022 | Aceito: 29/07/2022 | Publicado: 07/08/2022

Caroline Solana de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4734-6522>
Escola de Saúde Pública Municipal de Cascavel, Brasil
E-mail: carolinsolana@gmail.com

Felipe Gustavo de Bastiani

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6733-123X>
Escola de Saúde Pública Municipal de Cascavel, Brasil
E-mail: felipe_debastiani@hotmail.com

Carlos Frederico de Almeida Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0758-0349>
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil
E-mail: rodriguescfa@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Descrever um caso clínica de esclerose múltipla com manifestação atípica em relação aos sinais e sintomas iniciais, faixa etária e gênero. **Metodologia:** Relato de caso com base no prontuário de um paciente que esteve internado no Hospital Policlínica Pato Branco, na cidade de Pato Branco, no Paraná, por paralisia unilateral do nervo oculomotor, diagnosticando-se esclerose múltipla posteriormente. **Descrição do caso e discussão:** O referido caso teve início com estrabismo convergente, diplopia e ptose palpebral, em olho direito, caracterizando paralisia do III nervo craniano à direita, sem outros sinais e sintomas associados. Foi feita investigação por ressonância magnética e pela análise de líquido. A esclerose múltipla é uma doença desmielinizante que prejudica a transmissão do impulso nervoso, resultando nas mais diversas manifestações clínicas, de acordo com a área do sistema nervoso central que é afetada e acomete, principalmente, mulheres jovens e brancas, entre a terceira e a quarta décadas de vida, iniciando tipicamente com um quadro agudo ou subagudo de alterações visuais ou da sensibilidade. **Conclusão:** Somando-se a clínica apresentada aos exames complementares foi possível inferir o diagnóstico de esclerose múltipla, mesmo sendo um paciente com características atípicas para a doença em relação ao gênero, à idade e à apresentação inicial.

Palavras-chave: Esclerose múltipla; Estrabismo; Paralisia do nervo oculomotor.

Abstract

Objective: To report a case of multiple sclerosis with an atypical manifestation in terms of initial signs and symptoms, age group and gender. **Methodology:** Case report based on the medical Record of a patient who was hospitalized at the Hospital Policlínica de Pato Branco, in the municipality of Pato Branco, Paraná, due to a unilateral oculomotor nerve paralysis, subsequently diagnosed with multiple sclerosis. **Case description and discussion:** The aforementioned case started with convergent strabism, diplopia and palpebral ptosis, in the right eye, characterizing paralysis of the III cranial nerve on the right, without other associated signs or symptoms. Investigation by magnetic resonance and CSF analysis was performed. Multiple sclerosis is a demyelinating disease that impairs the transmission of nerve impulses, resulting in the most diverse clinical manifestations, according to the area of the central nervous system that is affected and affects mainly young and white women, between the third and fourth decades of life, typically starting with an acute or subacute picture of visual sensitivity changes. **Conclusion:** Adding the clinical findings to the complementary exams, it was possible to infer the diagnosis of multiple sclerosis, even being a patient with atypical atypical manifestation in terms of initial signs and symptoms, age group and gender.

Keywords: Multiple sclerosis. Strabismus; Oculomotor nerve diseases.

Resumen

Objetivo: Describir un caso clínico de esclerosis múltiple con manifestación atípica en cuanto a signos y síntomas iniciales, grupo etario y género. **Metodología:** Reporte de caso basado en la historia clínica de un paciente hospitalizado en el Hospital Policlínica Pato Branco, en la ciudad de Pato Branco, Paraná, por parálisis unilateral del nervio oculomotor, posteriormente diagnosticado con esclerosis múltiple. **Descripción y discusión del caso:** Este caso inició con estrabismo convergente, diplopía y ptosis palpebral en el ojo derecho, caracterizándose parálisis del tercer par

craneal derecho, sin otros signos y síntomas asociados. Se realizó investigación por resonancia magnética y análisis de LCR. La esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante que dificulta la transmisión del impulso nervioso, dando lugar a las más diversas manifestaciones clínicas, según la zona del sistema nervioso central que esté afectada y afecta principalmente a mujeres jóvenes y de raza blanca, entre la tercera y cuarta décadas de vida, que típicamente comienzan con un cuadro agudo o subagudo de alteraciones visuales o de la sensibilidad. *Conclusión:* Además de los hallazgos clínicos presentados a los exámenes complementarios, se pudo inferir el diagnóstico de esclerosis múltiple, aun siendo un paciente con características de la enfermedad en relación con el sexo, la edad y la presentación inicial.

Palabras clave: Esoforia; Esclerosis múltiple; Enfermedades del nervio oculomotor.

1. Introdução

Os neurônios do sistema nervoso central são envolvidos pelos oligodendrócitos que formam a bainha de mielina, esta funciona como um isolante elétrico, o que permite a transmissão do impulso nervoso de forma rápida e com pouco gasto energético. Dessa forma, os estímulos se propagam pelos neurônios de maneira fisiologicamente adequada (Guyton & Hall, 2011). A esclerose múltipla é uma doença neurodegenerativa definida pela formação incorreta da mielina ou pela destruição da mielina normal, ou ainda por problemas na manutenção da mielina formada. Esses problemas resultam em lesão do axônio devido à ausência de suporte trófico, dando início aos sinais e sintomas da doença (Goldman & Ausiello, 2009).

A incidência é variável com a localização geográfica, estima-se 1,5 a 11 casos por 100.000 habitantes, sendo a segunda causa de incapacidade em adultos jovens na América do Norte, estando atrás apenas de traumatismo cranioencefálico. Os valores vêm aumentando com os anos, acredita-se que por maior número de diagnósticos em estágios iniciais. A prevalência é de 350.000 a 400.000 casos nos EUA, estando maior do que 1 milhão no mundo todo. Ocorre 2 a 2,5 vezes mais em mulheres do que em homens, uma característica de doenças autoimunes. A principal faixa etária se localiza nas terceira e quarta décadas de vida, podendo ocorrer desde adolescentes que já entraram na puberdade até em torno dos 50 anos (Goldman & Ausiello, 2009).

O quadro clínico típico caracteriza-se por mulher jovem, branca, que tem início agudo ou subagudo de alterações visuais ou da sensibilidade. Também são comuns sintomas como fadiga, depressão, urgência miccional, fraqueza, alteração do equilíbrio ou da coordenação (Goldman & Ausiello, 2009).

Esse trabalho se justifica pela relevância de se conhecer uma incidência atípica de apresentação da esclerose múltipla porque unicamente com o diagnóstico, mesmo em formas díspares das mais prevalentes, pode ser feito tratamento para amenizar os surtos e para retardar a progressão da doença, visto que a esclerose múltipla é uma doença comum e a segunda causa de incapacidade em adultos jovens estadunidenses (Goldman & Ausiello, 2009).

Também é importante definir um diagnóstico para o paciente, dessa forma, ele poderá ter uma autonomia sobre sua doença, optando por fazer os tratamentos ou não, como também reduzindo o número de exames invasivos realizados até a definição de uma causa para a clínica apresentada (Goldim, 2004).

Além disso, mostra-se importante pelo fato de existirem doenças e fatores variados desencadeantes de desmielinização do sistema nervoso central (Adam, et al., 2014). Dessa forma, o estudo do tema pode auxiliar na diferenciação das hipóteses diagnóstica.

A esclerose múltipla se enquadra dentro das doenças da mielina. Elas podem ser idiopáticas, virais, de causa nutricional ou metabólica, por seqüela anóxico-isquêmica ou leucodistrofias que afetam principalmente a mielina. Atualmente a esclerose múltipla é ainda classificada como idiopática por não existir uma causa aparente para as alterações na mielina. Sugere-se uma causa autoimune pelo padrão de prevalência em mulheres e pelos achados na análise anatomopatológica do encéfalo de pacientes com a doença. Outra hipótese é lesão secundária a um processo degenerativo ainda não caracterizado (Longo, 2013).

A análise de irmãos gêmeos monozigóticos sugere influência genética, porém com penetrância incompleta na expressão do gene devido à concordância de 15% a 50% dos casos. Há risco de 2% a 4% de desenvolver a doença quando um parente de primeiro grau a tem, maior do que na população em geral que é de 0,1%. Os valores aumentam para 10% a 20% quando um

parente de primeiro grau tem outra doença autoimune, como artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e doença tireoidiana (Goldman & Ausiello, 2009).

O caso pode se apresentar de diversas formas. A mais comum são alterações sensitivas, em especial da sensibilidade profunda do tipo vibratória ou por perversão da sensibilidade superficial, o paciente pode descrever como insetos andando na pele ou água pingando na pele. Outras alterações comuns são sinais e sintomas visuais como redução da visão unilateralmente que pode ser relatada como olhar através da cortina ou de um vidro fosco, dor ocular durante o movimento de abdução e alteração da percepção luminosa (Goldman & Ausiello, 2009).

Também podem ocorrer sintomas motores, tais como parestesia e incoordenação de um membro, geralmente de início distal que evolui com acometimento proximal, podendo atingir o outro membro ipsilateral ou algum do lado oposto. Esses sintomas podem ter relação com aumento da temperatura, como após a prática de exercício físico, resolvendo-se com repouso e consequente redução da temperatura corporal. Por fim, o paciente pode apresentar disfunção autonômica, caracterizada com alterações urinárias, intestinais e sexuais (Goldman & Ausiello, 2009).

A esclerose múltipla pode ser dividida em recorrente remitente, secundariamente progressiva e primariamente progressiva. A forma recorrente remitente é a principal, sendo responsável por 85% a 90% dos casos. Ela ocorre em surtos, ou seja, surgem episódios agudos em um paciente que nunca havia apresentado sinais e sintomas ou em um que já havia apresentado, mas evoluiu de forma estável e com remissão parcial ou completa do quadro anterior. O paciente tem regressão dos sinais e sintomas, evoluindo com déficit imperceptível ou com incapacidade permanente (Goldman & Ausiello, 2009).

O diagnóstico é feito com base na clínica apresentada e confirmado pelos exames complementares. A ressonância nuclear magnética deve conter duas lesões em locais diferentes do encéfalo e que tenham características que as classifiquem como tendo ocorrido em tempos diferentes. A imagem é alterada em mais de 95% dos casos. A lesão característica é hiperintensa em T2 e em *Fluid Attenuated Inversion Recovery* (FLAIR) – janelas da ressonância magnética – pode-se dizer que produz uma imagem mais “brilhante”. Além disso, tem formato ovalado, com limites nítidos e não causa efeito de massa (Longo, 2013).

Outro exame complementar é a dosagem de Imunoglobulina G oligoclonal no líquido. Além de auxiliar no diagnóstico, é útil quando outros diagnósticos são considerados porque ajuda a descartá-los. Tem sensibilidade de 85% a 90% (Visaria, et al., 2018).

O tratamento é dividido entre as medidas realizadas nos surtos e no que pode ser feito para modificar o curso doença, além disso, o paciente recebe tratamento para sintomas específicos que vier a apresentar e também reabilitação para ter maior funcionalidade. Nos surtos é feita alta dose de corticoides intravenosos, isso reduz a duração e gravidade do surto, porém não modifica o quadro a longo prazo. Para modificar o curso, podem ser usados interferons e anticorpos monoclonais. Uma informação importante é que ainda não existem dados que quantifiquem o benefício dessas drogas a longo prazo. (Longo, 2013)

Quanto ao prognóstico, os pacientes têm redução de cerca de 8 anos na expectativa de vida, quando se compara com a população em geral. Sua evolução é bimodal porque alguns pacientes atingem uma expectativa de vida normal enquanto outros morrem em idade mais jovem. Esta é explicada por maior agressividade da doença em alguns casos, pela presença de incapacidades graves, por infecção ou por suicídio. A forma recorrente remitente costuma evoluir como secundariamente progressiva num prazo de 20 anos, em média. Cerca de 2/3 dos pacientes adquirem alguma incapacidade que os impede de trabalhar (Goldman & Ausiello, 2009).

Diante do que foi exposto, entende-se a necessidade de explorar mais o tema, por isso o presente trabalho tem por objetivo principal descrever um caso clínico com manifestação atípica de esclerose múltipla em relação aos sinais e sintomas iniciais, faixa etária e gênero. Além tecer considerações sobre a doença esclerose múltipla, abrangendo a fisiopatologia, a manifestação típica quanto aos sinais e sintomas inicialmente apresentados, a principal faixa etária de ocorrência e o gênero com maior número de casos. Ademais, comparar o quadro principal da esclerose múltipla com o do caso relatado no presente trabalho.

Além de verificar semelhanças e diferenças com outros casos clínicos nos quais o paciente teve acometimento do nervo oculomotor como manifestação inicial de esclerose múltipla.

2. Metodologia

Esse trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo relato de caso (Estrela, 2018). Um estudo de caso referente à manifestação inicial atípica da doença esclerose múltipla em um único paciente. O instrumento de coleta para obtenção dos dados foi o prontuário médico do paciente descrito no trabalho, obtido no Hospital Policlínica Pato Branco, conforme autorização do paciente e da instituição. Os dados foram obtidos indiretamente por entrevista com o médico responsável pelo paciente e consentimento do uso dos dados obtidos via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados avaliados têm enfoque no perfil do paciente (gênero, idade, cor, profissão, naturalidade e residência), sinais e sintomas iniciais notados no exame clínico, exames laboratoriais e de imagem realizados na investigação do quadro, tratamento realizado e evolução clínica do paciente.

Após a reunião dos dados, o caso foi descrito de forma cronológica, expondo a evolução da doença nesse paciente e a conduta médica na condução da investigação. Também foi feita comparação do caso clínico descrito no trabalho e outras manifestações da mesma doença presentes na literatura, sendo elas semelhantes ou diferentes.

Foram utilizadas várias fontes de pesquisa, como livros de clínica médica e de neurologia, artigos científicos publicados em bases de dados ou em periódicos de revistas científicas.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. O número do parecer referente a aprovação desse trabalho é 2.857.996.

3. Descrição do Caso e Discussão

Paciente denominado com as iniciais L. V., masculino, 15 anos, leucoderma, estudante, natural de Pato Branco-PR, residente em Pato Branco-PR. Em 2015 procurou atendimento por estrabismo divergente, diplopia e ptose palpebral, em olho direito, caracterizando paralisia do III nervo craniano. Realizou-se ressonância magnética, nas janelas T2 e FLAIR demonstrou-se sinais de doença desmielinizante atual e pregressa em múltiplas regiões do encéfalo. Também foi feito exame de coleta de líquido o qual demonstrou na eletroforese de proteínas aumento de Imunoglobulina G banda oligoclonal. O paciente foi submetido à corticoterapia para tratamento do surto, posteriormente em uso de Interferon β -1a com remissão total dos sintomas e sem novos episódios até o ano desta publicação.

Os sinais de lesão do nervo oculomotor são diplopia, ptose e olhar em abdução. Eles são explicados pelas funções do terceiro par craniano que é inervar os músculos retos medial, superior e inferior; músculo esfíncter da pupila e músculo elevador da pálpebra (Pereira et al., 2012).

Comparando-se o quadro clínico mais comum da doença com o do paciente descrito no relato, em relação ao gênero, a esclerose múltipla é mais comum em mulheres e no relato encontra-se um paciente do gênero masculino. A esclerose ocorre 2 a 2,5 vezes mais em mulheres, uma característica de doenças autoimunes. Isso se explica pelo fato do estrógeno causar um estado inflamatório no corpo, contribuindo para o surgimento de doenças quando alguma parte desse mecanismo está desregulado. Além disso, sabe-se que a esclerose múltipla é mais grave e evolui de forma mais rápida em pacientes masculinos (Goldman & Ausiello, 2009; Longo, 2013). O paciente do caso é uma exceção dentro disso, pois teve boa resposta ao tratamento clínico estabelecido e não apresentando mais surtos da doença até o presente momento.

Em relação à idade, a esclerose múltipla é rara em crianças, apenas 2-5% dos pacientes apresentam sintomas antes dos 18 anos, assim como paralisia de um único nervo craniano é um raro sinal de manifestação dessa doença. Quando um paciente

pediátrico ou adolescente tem esse sintoma, deve-se investigar cefaleia, náuseas, êmeses, convulsão, trauma, infecção recente, alteração do nível da consciência, fraqueza, dor orbital ou periorbital, alteração visual, parestesia, tremores, redução do olfato ou da sensibilidade, envolvimento de outros pares cranianos (especialmente troclear e abducente), hipoacusia, tinnitus, entre outros (Taksande, et al., 2017).

A incidência da paralisia do III par craniano é igual entre homens e mulheres. Além disso, a principal faixa etária acometida está acima dos 60 anos, sendo manifestação rara em crianças e em adultos jovens. Então é possível considerar que o paciente deste caso é exceção comparando-se o envolvimento do oculomotor e da manifestação inicial de esclerose múltipla (Modi & Arsiwalla., 2022)

Em ordem decrescente, tem-se como causas de paralisia adquirida do III nervo craniano em adultos: vasculopatia diabética e/ou hipertensiva, trauma, neoplasia, hemorragia, congênita e idiopática. Em relação as crianças, encontram-se causas congênitas em primeiro lugar, seguidas de inflamação local, trauma, aneurisma, miastenia gravis e migrânea (Modi & Arsiwalla, 2022). Nota-se que a esclerose múltipla não é citada entre as causas principais de envolvimento do nervo oculomotor, podendo estar classificada dentro do que é considerado idiopático, ou seja, não sendo diagnosticado devido à raridade dessa forma de apresentação.

A forma de apresentação da esclerose múltipla comumente inicia com alterações sensitivas localizadas ou difusas, além de paresia ou paralisia de uma parte do corpo ou de todo ele (Goldman & Ausiello, 2009; Longo, 2013). O início desse caso difere da apresentação típica por não ter essas características citadas, mas sim acometimento de apenas um dos pares de nervos cranianos, no caso, o nervo oculomotor.

Entre os sintomas visuais presentes na esclerose múltipla, há nistagmo, osciloscopia e diplopia. Este é sinal de acometimento do terceiro par craniano ou de algum outro dos nervos que controlam os músculos oculares (IV e VI), o paciente se queixa de “visão dupla” ou “visão embaçada”. Aquele é o sinal mais comumente apresentado ao exame, pode ser vertical, horizontal ou rotatório, de acordo com a área do encéfalo onde surge a desmielinização (Roodhooft, 2012).

A paralisia de nervos cranianos é uma raridade na apresentação da esclerose múltipla, a pesquisa de Thömke, et al.,(1997) teve duração de 10 anos e envolveu 1218 pacientes. Destes apenas 14 pacientes tinham paralisia de nervos cranianos como quadro inicial de esclerose. Entre eles, um paciente tinha paralisia do III e IV nervos cranianos, seis pacientes do VI, três pacientes do VII e três pacientes do VIII. Sendo assim, a paralisia do terceiro par craniano é ainda mais incomum dentro dessa apresentação, o que é o caso do paciente relatado nesse trabalho (Thömke, et al., 1997)

Faltam estudos desse tipo no Brasil, um realizado no ano 2000 na Santa Casa de São Paulo mostrou que 68,75% dos pacientes tiveram alguma manifestação ocular na esclerose múltipla, sendo que em 40,6% ela foi a forma inicial da doença. Também observaram que a paralisia de nervos cranianos aumenta quando a esclerose múltipla ocorre em pacientes jovens, sendo o VI par o principal acometido. No caso, a paralisia do abducente representou 3,1% do total de pacientes (Sibinelli, et al., 2000)

Outro trabalho, esse de 2015 no Irã, analisou 150 pacientes com esclerose múltipla, porém os pacientes já haviam sido triados no serviço de neurologia do hospital e foram encaminhados ao oftalmologista apenas os que tinham manifestações oculares. Destes, 24 eram homens e 126, mulheres, o que mostra que a doença é bem menos comum no gênero masculino em todo o mundo. Do total de pacientes, quatro tinham acometimento do nervo oculomotor, sendo que 2 estavam na faixa etária de 30-39 anos e 2 a partir dos 40 anos. Além disso, 2 moravam na cidade e 2, no interior. Por fim, nenhum apresentava história familiar de esclerose múltipla (Besharati et al., 2015).

Encontrou-se, em outro trabalho, que o nistagmo era o principal sinal ocular apresentado, ocorrendo em 104 pacientes, seguindo pela diplopia (51 pacientes) e pela osciloscopia (17 pacientes), alguns pacientes apresentavam mais de um desses. Do total de participantes do estudo, apenas 2 tinham paralisia parcial do III par craniano, novamente reforçando a raridade dessa manifestação na esclerose múltipla. O trabalho não informava a idade e o gênero dos pacientes (Roodhooft, 2012).

Buscando-se analisar outros casos semelhantes ao deste trabalho relatados na literatura, encontramos seis relatos de caso que têm similaridades com este no que tange à forma de apresentação inicial da esclerose múltipla. Destas, quatro publicações descrevem pacientes do gênero feminino (Adam, et al., 2014; Beleza, et al., 2008; Bentley, et al., 2002); Bhatti, et al., 2003) do gênero masculino (Costin, et al., 2018; Taksande, et al., 2017).

Além disso, dois trabalhos descrevem pacientes menores de 18 anos (Adam, et al., 2014; Taksande, et al., 2017), enquanto outros quatro são descrições de pacientes na faixa dos 30 anos (Beleza et al., 2008; Bentley, et al., 2002; Bhatti, et al., 2003; Costin, et al., 2018).

Pelo pequeno número de casos é incorreto concluir que a paralisia do nervo oculomotor é uma manifestação mais comum da doença em mulheres e na idade de 30 anos. Parece mais um fator de confusão porque se tratam do gênero e da idade mais comuns de surgimento da esclerose múltipla.

Outro ponto é a variação entre acometimento bilateral ou unilateral. Do total, três pacientes tiveram acometimento unilateral (Beleza et al., 2008; Bentley, et al., 2002; Taksande, et al., 2017). Da mesma forma, três tinham envolvimento bilateral (Adam, et al., 2014; Bhatti, et al., 2003; Costin, et al., 2018). Nessa pequena análise de casos, incluindo-se o do paciente relatado nesse trabalho, 4 pacientes apresentaram sintomas em apenas um dos olhos, enquanto 3, em ambos. Porém não é possível afirmar que é mais comum a apresentação unilateral visto que é um pequeno número de casos, não sendo relevante estatisticamente.

Quanto à apresentação clínica dos pacientes, o sintoma principal relatado é a diplopia, estando presente em cinco casos (Adam, et al., 2014; Beleza et al., 2008; Bentley, et al., 2002; Bhatti, et al., 2003; Costin, et al., 2018). O sinal mais encontrado é a ptose, presente em cinco pacientes (Adam, et al., 2014; Beleza et al., 2008; Bentley, et al., 2002; Bhatti, et al., 2003; Taksande, et al., 2017). Isso é semelhante ao que se encontra nos trabalhos que comparam as manifestações oculares de esclerose múltipla (Roodhooft, 2012). Além disso, 3 pessoas referiram dor ocular e/ou periocular (Beleza et al., 2008; Bentley, et al., 2002; Bhatti, et al., 2003).

O diagnóstico é semelhante ao do adulto, sendo complementado com a realização de ressonância magnética que evidencia lesão desmielinizante da substância branca em tempos diferentes e em locais distintos do encéfalo, além de aumento de Imunoglobulina G oligoclonal no líquido. O tratamento do surto é feito com metilprednisolona intravenoso, 30mg/kg/dia por 3 a 5 dias, podendo ser usada Prednisona via oral após o corticoide intravenoso. (Taksande, et al., 2017). A longo prazo, usam-se drogas imunomoduladores para evitar a formação da resposta autoimune (Goldman & Ausiello, 2009).

4. Considerações Finais

O diagnóstico da esclerose múltipla permanece um desafio para todos os médicos que têm contato com esse paciente porque sua ocorrência em surtos, geralmente, dificulta o diagnóstico no primeiro contato com o paciente. Além disso, não é considerada como hipótese diagnóstica quando a clínica apresentada pelo paciente se distancia do quadro mais comum de sintomas sensitivos e motores. Por isso a importância de se descrever casos como esse a fim de se conhecer outras formas de apresentação de doenças comuns, tipo a esclerose múltipla. Dessa forma, o tratamento com drogas modificadoras da doença pode ser precocemente iniciado, além de fornecer esclarecimento ao paciente sobre sua patologia. Dessa forma, também se mostra necessário que mais pesquisas acerca do tema sejam realizadas, assim como mais casos sejam relatados, de modo a cada vez mais possibilitar um atendimento pautado em evidências científicas.

Referências

Adam, M. K., Krespan, K., Moster, M. L., & Sergott, R. C. (2014). Simultaneous, Bilateral Ophthalmoplegia as the Presenting Sign of Paediatric Multiple Sclerosis: Case Report and Discussion of the Differential Diagnosis. *Neuroophthalmology*, 38(4), pp. 230-237. 10.3109/01658107.2014.902972

- Beleza, P., Machado, Á., Soares-Fernandes, J., Carneiro, G., Jordão, M. J., Almeida, F., & Figueiredo, J. (2008). Isolated oculomotor nerve paresis as the presenting sign of multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 66(2a), 254-255. [10.1590/S0004-282X2008000200024](https://doi.org/10.1590/S0004-282X2008000200024)
- Bentley, P. I., Kimber, T., & Schapira, A. H. (2002). Painful third nerve palsy in MS. *Neurology*, 58(10), 1532. [10.1212/wnl.58.10.1532](https://doi.org/10.1212/wnl.58.10.1532)
- Besharati, M. R., Hoseinzadeh, A., Yazdian-Anari, P., Aliabadi, S. G., Vaghefi, M., & Mansouri, M. (2015). Determining the Frequency Distribution of Ocular Manifestations in Multiple Sclerosis Patients. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 3(2), 71-74. [10.20286/ijtmgh-030280](https://doi.org/10.20286/ijtmgh-030280)
- Bhatti, M. T., Schmalfuss, I. M., Williams, L. S., & Quisling, R. G. (2003). Peripheral Third Cranial Nerve Enhancement in Multiple Sclerosis. *AJNR Am J Neuroradiol*, 24(7), pp. 1390-1395.
- Costin, D., Pinzaru, G. M., Pătrașcu, A. M., & Moțoc, A. (2018). Multiple sclerosis with ophthalmologic onset - case report. *Romanian Journal of Ophthalmology*, 62(1), 78-82. [10.22336/rjo.2018.11](https://doi.org/10.22336/rjo.2018.11)
- Estrela, C. (2018). Metodologia científica: Ciência, ensino, pesquisa. (3ª edição): *Artes médicas*
- Goldim, J. R. (2004). Princípios éticos. Fonte: <https://www.ufrgs.br/bioetica/princip.htm#beauchamp>. Acesso em: 02 jul. 2022.
- Goldman, L., & Ausiello, D. (2009). Cecil Medicina. *Elsevier*.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2011). Tratado de Fisiologia Médica. *Elsevier*.
- Longo, D. L. (2013). Medicina Interna de Harrison. *AMGH*.
- Modi, P., & Arsiwalla, T. (2022). Cranial Nerve III Palsy. StatPearls [Internet].
- Pereira, C. U., Santos, A. C., Júnior, J. A., Campos, G. J., Carvalho, R. W., & Gusmão, L. C. (2012). Nervo Oculomotor: Anatomia, Fisiologia e Clínica. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac*, 12(2), 93-104.
- Roodhooft, J. M. (2012). Summary of eye examinations of 284 patients with multiple sclerosis. *Int J MS Care*, 14(1), 31-38. <https://doi.org/10.7224/1537-2073-14.1.31>
- Sibinelli, M. A., Cohen, R., Ramalho, A. M., Tilbery, C. P., & Lake, J. C. (2000). Manifestações oculares em pacientes com esclerose múltipla em São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 4, 287-291. [10.1590/S0004-27492000000400009](https://doi.org/10.1590/S0004-27492000000400009)
- Taksande, A., Meshram, R., & Lohakare, A. (2017). A Rare Presentation of Isolated Oculomotor Nerve Palsy due to Multiple Sclerosis in a Child. *International Journal of the Pediatrics*, 5(8), 5525-5529. [10.22038/ijp.2017.24602.2075](https://doi.org/10.22038/ijp.2017.24602.2075)
- Thömke, F., Lensch, E., Ringel, K., & Hopf, H. C. (1997). Isolated cranial nerve palsies in multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 63(1), 682-685. [10.1136/jnnp.63.5.682](https://doi.org/10.1136/jnnp.63.5.682)
- Visaria, J., Thomas, N., Gu, T., Singer, J., & Tan, H. (2018). Understanding the Patient's Journey in the Diagnosis and Treatment of Multiple Sclerosis in Clinical Practice. *Clin Ther*, 40(6), 926-939. [10.1016/j.clinthera.2018.04.019](https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2018.04.019)