

PARALISIA DO NERVO OCULOMOTOR E PTOSE SÚBITA COMO PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES DE ANEURISMA SACULAR GIGANTE DA CARÓTIDA INTERNA

TEIXEIRA S.P.N.

OCHIUTO A.S.

FRANTZ K.A.

PARALISIA DO NERVO OCULOMOTOR E PTOSE SÚBITA COMO PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES DE ANEURISMA SACULAR GIGANTE DA CARÓTIDA INTERNA

TEIXEIRA SPN¹; OCHIUTO AS¹; FRANTZ KA¹
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)¹

INTRODUÇÃO

O nervo oculomotor possui uma das mais complexas vias eferentes do sistema visual. Devido ao seu longo trajeto intracraniano e sua íntima relação com estruturas vasculares, é suscetível à lesão tanto por ressecção quanto por compressão.

O presente caso clínico, descreve uma paciente com paralisia aguda de nervo oculomotor com quadro de ptose súbita e que apresentou rápido diagnóstico de aneurisma sacular gigante da artéria carótida interna e evoluiu com bom prognóstico.

RELATO DO CASO

Paciente, 65 anos, sexo feminino, comparece ao Pronto Socorro Oftalmológico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) com queixa de ptose súbita à esquerda com um dia de evolução. Associado ao quadro refere dor leve em região frontal e periorbital à esquerda. Sem outras queixas associadas, nega traumatismos. História progressiva de hipertensão arterial sistêmica, em uso de Losartana. No momento, acuidade visual 20/25 e 20/50, reflexo fotomotor direto e consensual preservados. Ao exame físico à esquerda, apresentava: ptose palpebral, exotropia 15o (Imagem 1), limitação discreta da adução, supradução e infradução, indicando paresia do III par craniano à esquerda.

Iniciada a propedêutica, foi solicitada tomografia computadorizada de crânio e órbitas, realizada sem contraste, por alergia referida a iodo. Identificou-se lesão sólida em sela túrcica, sem aspecto infiltrativo - imagem pouco satisfatória, com demanda de ampliar a propedêutica. Realizada, então, ressonância magnética, que evidenciou lesão no seio cavernoso esquerdo, tornando aneurisma trombosado uma possibilidade diagnóstica. À imagem, lesão expansiva de baixo ou alto grau de agressividade é menos provável (Imagens 2 e 3). Por conseguinte, procedeu-se com arteriografia cerebral, carotídea e vertebral bilateral, que ratificou aneurisma sacular gigante do segmento intracavernoso da artéria carótida interna esquerda, com orientação anterior.

A paciente evoluiu com ptose sustentada de olho esquerdo e mantém restrição na movimentação ocular. O quadro foi acompanhado pelas equipes de Oftalmologia e Neurologia clínica e cirúrgica, que contraindicaram a microcirurgia pela dificuldade técnica e também pela pequena chance do aneurisma se romper, uma vez que se encontra 90% trombosado e dentro do seio cavernoso. Porém, como a paciente permanece com ptose palpebral total à esquerda foi sugerida a cirurgia via endoscópica, que não se encontra disponível no serviço no momento, para tentativa de descompressão do oculomotor e melhora da sintomatologia. O procedimento foi realizado em serviço externo, com melhora parcial da ptose. Mantém-se o acompanhamento ambulatorial.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Imagem 1: Paciente à admissão com ptose unilateral.

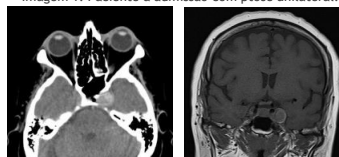
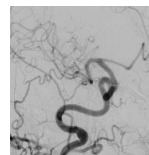


Imagem 2 e 3: RNM. Lesão extra-axial 1,8 x 1,5 x 1,4cm (LLxCxAP) no seio cavernoso esquerdo, em contato com a porção lateral da sela túrcica, sem plano de clivagem evidente com a adenóipófise e com o segmento cavernoso da artéria carótida interna (ACI) ipsilateral, com calibre razoavelmente preservado e sinal usual.

Imagem 4: Arteriografia cerebral, carotídea e vertebral bilateral. Aneurisma sacular do segmento intracavernoso da ACI esquerda. Pode ser que seja a parte não trombosada do aneurisma.



DISCUSSÃO:

Lesões do oculomotor podem estar localizadas em diferentes pontos de seu trajeto. O espectro de doenças que podem envolvê-lo é bastante amplo e o diagnóstico diferencial considera diversos fatores. Os métodos de imagem são, assim, de alta importância na investigação diagnóstica e no planejamento de condutas consequentes. É importante o conhecimento da anatomia assim como da fisiologia e das patologias que acometem o nervo oculomotor. As interpretações dos exames de neuroimagem contribuem significativamente para o diagnóstico das lesões (7). A correlação clínica dos achados oftalmológicos é essencial na localização inicial da lesão, na conduta e no prognóstico. Sendo assim, diante de um paciente com paralisia aguda do nervo oculomotor é imprescindível ao oftalmologista estar atento para os possíveis diagnósticos, no reconhecimento do caráter etiológico, permitindo, assim, um rápido tratamento e evitando possíveis complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Horiuchi T, Kyoshima K, Oya F, Kobayashi S (1997) Fenestrated oculomotor nerve caused by internal carotid-posterior communicating artery aneurysm: case report. *Neurosurgery* 40(2):397-398, discussion 398-399
2. Engethardt, J., Berge, J., Cuny, E., & Penchet, G. (2015). Oculomotor nerve palsy induced by internal carotid artery aneurysm: prognostic factors for recovery. *Acta Neurochirurgica*, 157(7), 1103-1111. doi:10.1007/s00701-015-2440-6
3. Keane, J. R. (2010). Third Nerve Palsy: Analysis of 1400 Personally-examined Inpatients. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 37(05), 662-670. doi:10.1017/s0317167100010866