

Relato de caso: Paralisia de VI nervo craniano em uma criança com hemorragia espontânea de cisto de aracnoide

Autora: Victória Sakamoto
Orientadora: Leticia Sant'Ana

INTRODUÇÃO

Paralisia de VI nervo craniano aguda em paciente escolar sem comorbidades.

RESUMO

Paciente masculino, de 6 anos, sem antecedentes, com queixa de diplopia binocular horizontal há 20 dias. Negava outros sintomas e história de trauma.

Ao exame oftalmológico apresentava acuidade visual com correção de 20/32 em ambos os olhos, com biomicroscopia anterior sem alterações, reflexos pupilares presentes e simétricos, ausência de defeito pupilar aferente relativo. À fundoscopia, tinha um disco óptico hiperemiado e borrado bilateralmente (imagem 1), sem outros achados. À motricidade ocular extrínseca, apresentava uma esotropia em posição primária do olhar, além de limitação a abdução do músculo reto lateral (MRL) direito de -1 (imagem 2).

Aventada hipótese diagnóstica de papiledema e paralisia de VI nervo craniano à direita secundária a hipertensão intracraniana (HI), foi solicitado exame de imagem. À ressonância magnética (RNM) de crânio e órbitas (imagem 03), evidenciada formação cística na fossa temporal esquerda com efeito de massa e sinal similar ao líquido cefalorraquidiano, conteúdo com hipossinal com formação de nível, provavelmente hemático, e coleção subdural adjacente, que corresponde a cisto de aracnoide em fossa temporal. Durante a investigação complementar, os exames laboratoriais (infeciosos e inflamatórios) tiveram resultados negativos. O paciente foi seguido de forma conjunta com as equipes de Oftalmologia, Pediatria, Neurologia e Neurocirurgia. Como não apresentava alterações neurológicas ao exame físico, foi optado por não realizar punção lombar. Realizada abordagem cirúrgica da lesão (fenestração de cisto de aracnoide) pela equipe de Neurocirurgia.

No seguimento de 2 meses, o paciente retornou sem queixas. Ao exame oftalmológico, apresentava acuidade visual corrigida de 20/25 bilateralmente, palidez bitemporal de disco óptico (imagem 04) e motricidade ocular sem alterações.

DISCUSSÃO

Ressaltamos a importância dos sinais clínicos da hipertensão intracraniana, que foram cruciais para condução do caso. Vale lembrar que o nervo abducente possui o maior trajeto intracraniano, sendo, portanto, mais susceptível à paralisia em casos de HI. Além disso, o papiledema trata-se de um sinal de HI com boa especificidade (98%), e cuja sensibilidade decai drasticamente em casos de HI de repetição.

O cisto aracnoideo intracraniano (CAI) trata-se de uma coleção benigna e congênita de líquido cefalorraquidiano, comumente diagnosticada na infância. É responsável por apenas 1% das lesões intracranianas, sendo os homens acometidos em mais de 2/3 dos casos. A incidência de sintomas no CAI é baixa, 6,8%, sendo que os mesmos dependem da localização e tamanho da lesão. Os sintomas mais comuns são cefaleia e convulsões. A ruptura do cisto pode resultar em higroma subdural sintomático, causando cefaleia, náusea, paralisia de VI nervo craniano e papiledema, sendo o tratamento definitivo cirúrgico: fenestração de cisto de aracnoide.

IMAGENS

Imagem 01 - edema de papila bilateral na avaliação inicial

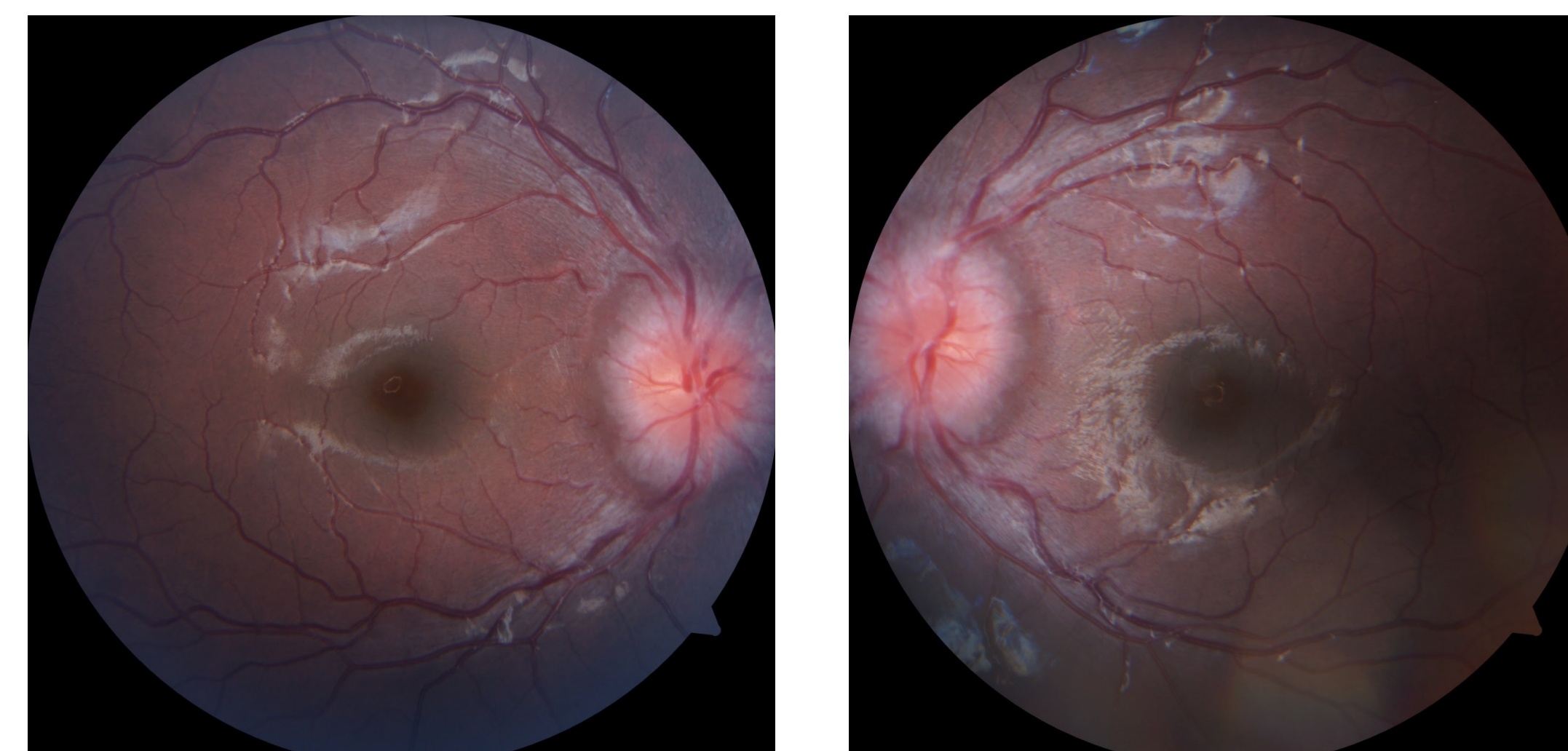


Imagem 02 - motilidade ocular extrínseca no exame de entrada: limitação na abdução do MRL direito de -1



Imagem 03 - RNM evidenciando formação cística na fossa temporal esquerda, conteúdo hemático e coleção subdural adjacente

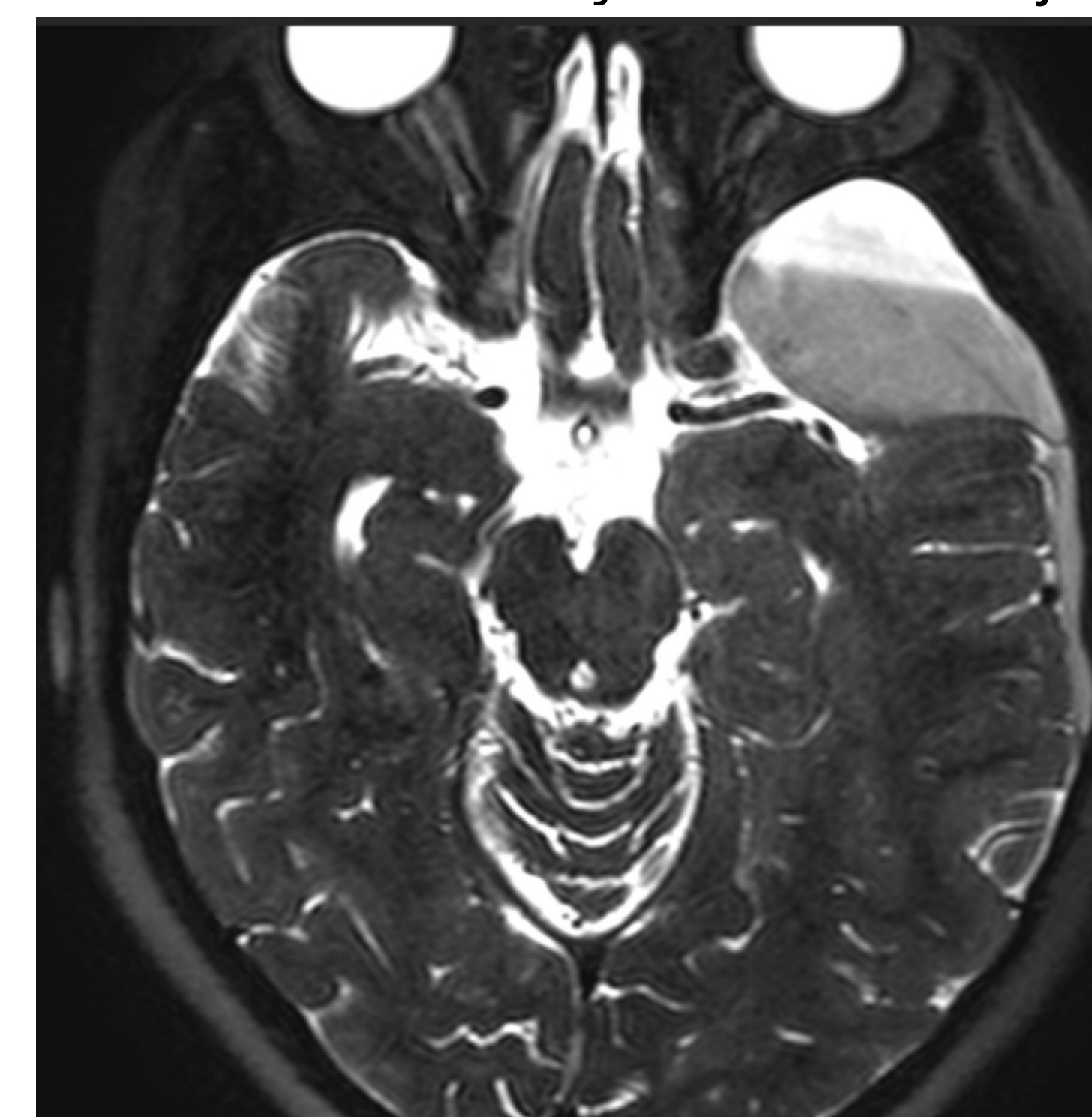
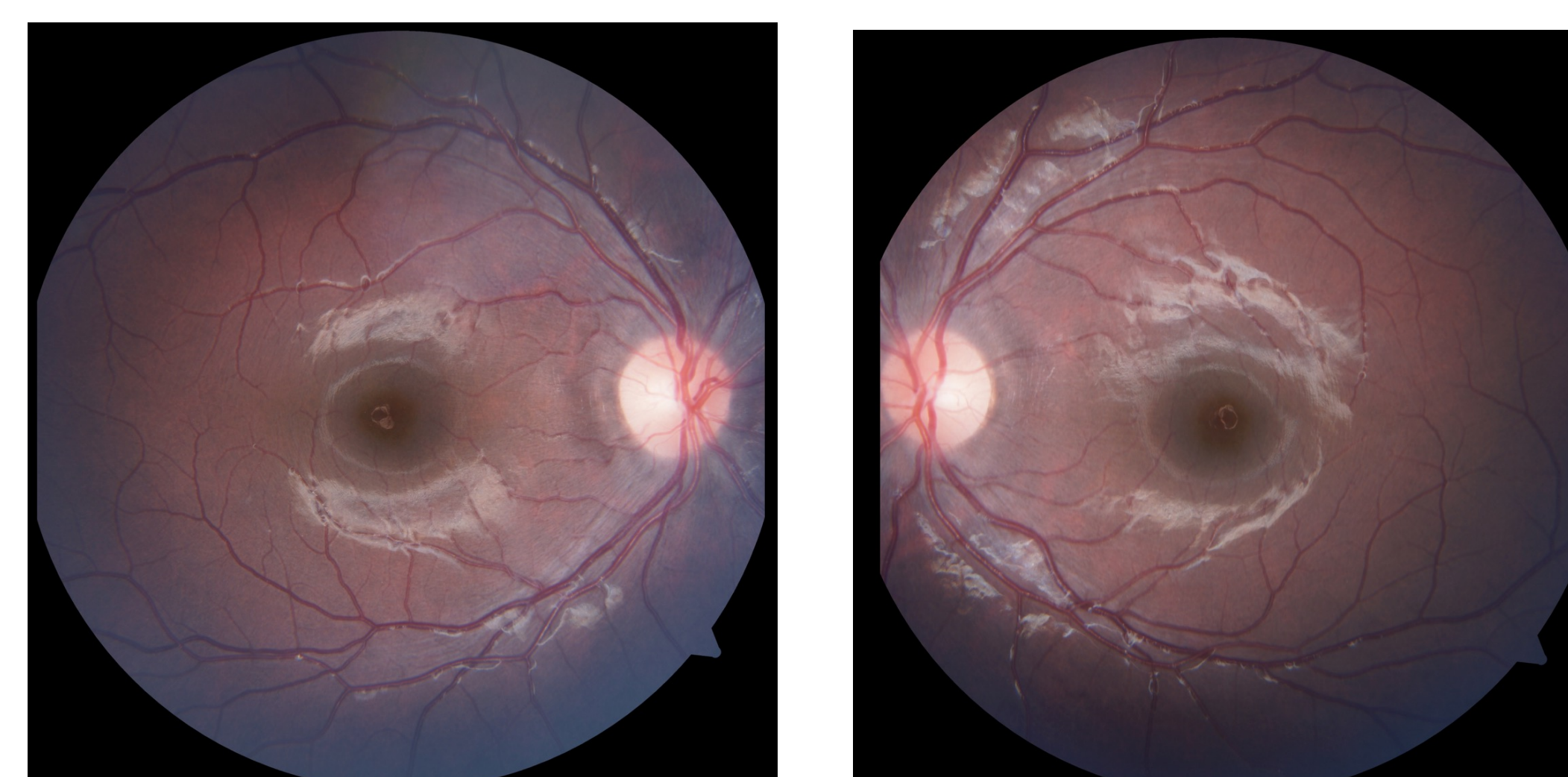


Imagem 04 - fundoscopia após 02 meses do diagnóstico: palidez bitemporal de disco óptico



REFERÊNCIAS

- Gosalakkal JA. Intracranial arachnoid cysts in children: A review of pathogenesis, clinical features, and management. *Pediatr Neurol* 2002;26:93-98
- Intracranial arachnoid cysts: Pediatric neurosurgery update. *Surgical Neurology International* 2019