

Neurite Óptica Unilateral por COVID-19

Sayonara Doutor I. de Carvalho^{1,*}, Victor R. Perreira¹, Talissa F. Douaki¹, Victor A. Sano¹, Paula S. Frantz¹, Camila A. da Silva¹, Thaiane F. Guerra¹, Rossen M. Hazarbassanov^{1,2}

Código: 1176

*sayonaradrinacio@gmail.com

¹Hospital de Olhos -C.R.O, Guarulhos, SP

^{1,2} Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, SP

INTRODUÇÃO

Neurite óptica é uma condição que envolve inflamação primária do nervo óptico. Pode ser associada com uma variedade de desordens do sistema autoimune, mas a forma mais comum, desmielinização aguda do nervo óptico, está mais relacionada com a esclerose múltipla (EM). Porém, outros processos infecciosos também podem ser gatilho para os quadros de neurite óptica, como Toxoplasmose, viroses da infância (caxumba, catapora e sarampo), doença de Lyme, Herpes, Sífilis, entre outras.

A neurorretinite é a manifestação menos comum de neurite óptica, acometendo especialmente as 3ª e 4ª décadas, o quadro sintomatológico consiste em redução da acuidade visual, geralmente indolor. Sabe-se que os coronavírus murinos podem causar doenças inflamatórias desmielinizantes, incluindo neurite óptica. Afirma-se que as infecções virais desempenham um papel no desenvolvimento da neuromielite óptica. Na maioria dos pacientes o diagnóstico é feito com base na história e nas características clínicas.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 40 anos, procurou atendimento no Centro de Referência em Oftalmologia, em Guarulhos com queixa de visão turva e baixa da acuidade visual (AV) 20/400 em olho esquerdo (OE), referindo fotofobia e dor ocular ao movimentar olho esquerdo, pressão intra ocular (PIO) de aplanção 21mmHg. Biomicroscopia com presença de reação de câmara anterior 2+, em fundoscopia com edema peripapilar e papilar com vitreite leve (Fig 1 e 2). O paciente foi encaminhado a emergência para avaliação com neurologista com suspeita de neurite óptica e para realização de pulsoterapia. Após pulsoterapia realizada por 4 dias paciente retorna para avaliação em uso de prednisolona 60mg em regressão em acompanhamento com neurologista, referindo melhora da AV 20/150, PIO 18mmHg, biomicroscopia preceptatos ceráticos (PKS), flare, reação de câmara anterior 1+ e fundoscopia edema papilar e peripapilar, com lesão hipocrômica subretiniana inferior, microhemorragias intraretinianas periféricas, sendo interrogado papiloflebite por toxoplasmose associado bactrim F 12/12hr por 6 semanas. Após 35 dias depois pulsoterapia referindo melhora AV 20/40, fundoscopia com melhora do edema papilar, lesão hipopigmentada peridiscal inferior, vítreo claro (Fig.3). Após 60 dias de iniciado tratamento AV 20/30, fundoscopia: lesão hipopigmentada inferior ao disco, papila com bordas bem definido algo pálido, vítreo claro, edema macular, sorologia Bartonella IgM: não reagente/IgG: reagente, COVID-19: IgM: não reagente/IgG: reagente, CMV; IgM: não reagente/IgG: reagente, Herpes simples IgM não reagente/IgG reagente, Herpes zoster: IgM não reagente/IgG: reagente, toxoplasmose: IgM não reagente/IgG: reagente, Esptein Barr: IgM reagente, VDRL: não reagente, FAN: não reagente. Na OCT de macular esta dentro dos padrões da normalidade.

FIGURAS

Fig 1: Retinografia OE, presença de fluido subretiniano peripapilar temporal inferior, mácula sem alterações.



Fig. 2 OCT do nervo óptico correspondente a edema de papila

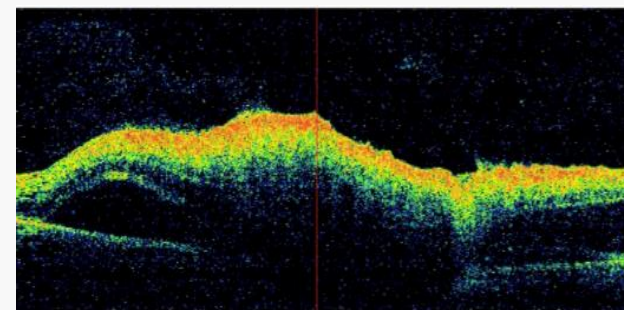
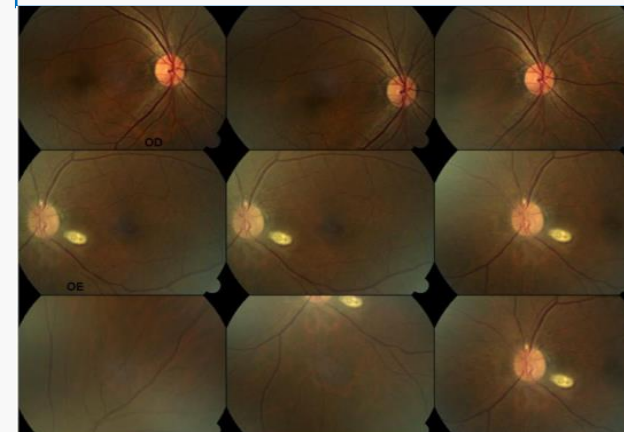


Fig. 3 Retinografia, presença de lesão amarelo esbranquiçada subretiniana com hemorragia subretiniana na borda.



DISCUSSÃO

Neurite óptica aguda desmielinizante é um diagnóstico clínico baseado na história e apresentação clínica. Pacientes apresentam perda visual subaguda e dificuldade de perceber cores/ objetos; especialmente na cor vermelha, que é relatada como “apagada”.

Baseado no artigos de COVID-19 e EM relacionada ao neurite óptica. Dor ao movimentar os olhos é comum e foi reportada em 92% dos pacientes na ONTT (tríade tratamento da neurite óptica). Perda visual é usualmente unilateral mas pode envolver ambos os olhos, particularmente em crianças, e tipicamente progride para “o normal” depois de período de horas a dias. Esta manifestação é auto-limitada, com resolução em 6 a 12 semanas. A perda visual também melhora na maioria dos casos, mas também é comum que fique alguma seqüela permanente na qualidade da visão. A percepção de cores também pode permanecer alterada. Nosso caso mostrando a importância de avaliação clínico-laboratorial sistêmica. Embora seja muitas vezes difícil a decisão num primeiro momento de se introduzir uma medicação imunossupressora, acreditamos que na presença desta neuropatia óptica auto-imune a introdução de imunossupressores logo após a resposta inicial a pulsoterapia corticóide seja a melhor maneira de se evitar a perda visual.

É imprescindível pensarmos na associação da Covid-19 com manifestações extra-oculares e oculares. É essencial a solicitação de exames laboratoriais e de imagem, além da introdução precoce do tratamento. Conclui-se que é mandatório, no sentido de diagnóstico e prognóstico, como já mencionado e enfatizado - anamnese, biomicroscopia e oftalmologia binocular

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balcer LJ. Optic Neuritis. NEJM. 2006; 345: 12.
2. Ruijter NS et al. Neuromyelitis optica spectrum disorder after presumed coronavirus (COVID-19) infection: A case report. Multiple Sclerosis and Related Disorders. 2020
3. Zhou S. et al. Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein Antibody– Associated Optic Neuritis and Myelitis in COVID-19. J Neuro-Ophthalmol 2020; 00: 1-5
4. Benito-Pascual B et al. Panuveítis and Optic Neuritis as a Possible Initial Presentation of the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Ocular Immunology and Inflammation. 2020, VOL. 28, NO. 6, 922–925