



Trabalhos Científicos

Título: Neurite Óptica Na Esclerose Múltipla

Autores: MARIA CLARA BRIGIDO FERNANDES BRAGA (FSM), NATHALIA DAVID DE ALMEIDA (FSM), THAIS PERES PIVA (FSM), CARLA RAQUEL PORTILLA SANCHEZ TULLIO (HMMC), EDUARDO JORGE CUSTÓDIO DA SILVA (UERJ), RENATA DELFINO DE ALMEIDA (HMMC), KATIA FARIAS E SILVA (FSM)

Resumo: Neurite óptica (NO) é a inflamação e desmielinização do nervo óptico que reduz agudamente a acuidade visual normalmente de forma unilateral. É incomum como primeira manifestação da esclerose múltipla (EM) e pode ter outras causas. Masculino, 17 anos, história recente de síndrome gripal e lipotimia, interna por estrabismo convergente em olho direito (OD) e baixa acuidade visual. Hiporreflexia simétrica de patelar e aquileu detectada ao exame, Babinski ausente. Tomografia de crânio, punção lombar, prova tuberculínica e sorologias sem alterações. Oftalmologia constatou edema de disco sem sinais de hipertensão intracraniana (OD: edema de papila com predomínio de elevação do perfil nasal do disco óptico, sinais de uveíte intermediária, modificação do perfil foveal, sugestiva vasculite incipiente. Olho esquerdo: disco sem elevação da borda com sinais de possível atrofia parcial das fibras nervosas na cabeça do nervo óptico/ Sinal de Hoytt temporal inferior sugestivo de lesão na camada de fibras nervosas da retina). Angioressonância cerebral e ressonância de crânio compatíveis com doença desmielinizante (focos de hipersinal em T2 e recuperação de inversão atenuada por fluido (FLAIR) na substância branca periventricular, coroas radiadas e centros semiovais, predominando morfologia ovalada, com maior eixo perpendicular a superfície endimária dos ventrículos laterais, inferindo tropismo perivenular, sem realce com o contraste). Realizou 3 dias de pulsoterapia com 1g de metilprednisolona obtendo melhora clínica com alta para acompanhamento ambulatorial. Apenas 20% dos casos de EM cursam com NO como primeira clínica, mas também pode ser causada por outras doenças desmielinizantes e determinadas infecções. Sua prevalência é maior no sexo feminino (2:1) e em idades entre 18 e 40 anos. Seu prognóstico é variável, a depender sobretudo da causa, de modo que a maioria das crianças costuma apresentar adequada recuperação da visão (apenas 20% tende a ficar com sequelas). Os primeiros achados de NO identificados nos exames de imagem são o sinal T2 alto do nervo óptico que cursa com edema do segmento intraorbital retrobulbar. O retardo no diagnóstico pode levar à modificação de tal achado, virando uma atrofia com alteração permanente de visão. A apresentação do nervo na patologia em questão cursa com envolvimento curto do segmento nervoso de forma unilateral e limitado a própria bainha, características essas que diferenciam a EM de outras doenças neurológicas nessa avaliação. Tendo em vista a apresentação de sequência de FLAIR e achados de morfologia ovalada em região periventricular em foco T2 hiperdenso, traz-se a hipótese de EM, pois essas características sugerem fortemente o diagnóstico. O tratamento de escolha são altas doses de corticoide intravenoso, podendo a metilprednisolona retardar o desenvolvimento de EM em até 2 anos. Em casos de falha terapêutica ou indisponibilidade do corticóide, a plasmaferese é uma opção.