



## NEUROFTALMOLOGIA

08:50 | 11:00 - Sala Lince

Mesa: João Paulo Cunha, António Friande, Isabel Ribeiro

### **PO23 - 10:40/10:45**

#### **NOT THAT CRAZY AFTER ALL...**

Rui Carneiro de Freitas, Andreia Soares, Rita Gentil, Cristina Almeida, Fernando Vaz  
(Hospital de Braga)

#### **Introdução:**

Os autores descrevem o caso de uma doente de 17 anos, sexo feminino, com antecedentes de patologia psiquiátrica de longa data (hiperactividade), que é admitida por quadro de vómitos e diarreia associados a cefaleia intensa sendo interpretado no contexto da patologia psiquiátrica e internada nesse serviço. Ao 2º dia de internamento desenvolve diplopia binocular e sinais compatíveis com parésia incompleta do III par craniano, tendo realizado RMN cerebral que não mostrou alterações. Foi solicitada então observação por Oftalmologia: realizou angio-TAC que não mostrou qualquer lesão, sendo o quadro interpretado como enxaqueca oftalmoplégica. Por agravamento da parésia realiza angio-RNM que sugeriu aneurisma da artéria comunicante posterior. A doente é então observada por Neurocirurgia tendo realizado angiografia que excluiu aneurisma e levantou a suspeita de fístula dural da tenda do cerebelo. Para esclarecimento diagnóstico repetiu angiografia que sugeriu neuroma/schwanoma no III par craniano. A doente é intervencionada por Neurocirurgia com ressecção parcial da lesão e manutenção da integridade no nervo.

#### **Resultados:**

No pós-operatório manteve parésia completa do III par craniano, melhorando após introdução de corticóide sistémico. Como intercorrência foi diagnosticada HSD a D3 com boa recuperação.

#### **Conclusão:**

As lesões intracranianas poderão ter desfechos dramáticos quando não detectadas atempadamente. Originam frequentemente queixas inespecíficas que se tornam mais claras com a evolução do quadro podendo originar sinais e sintomas oftalmológicos que deverão ser interpretados correctamente para adjuvar o diagnóstico.