

## Neuropatia óptica traumática: relato de caso clínico

Rodrigo Fernandes Cosin, Lara Mariano Pinheiro, Valthierre Nunes de Lima, Gustavo Antonio Correa Momesso, Erik Neiva Carvalho Reis, Fabio Vieira de Miranda, Osvaldo Magro Filho, Leonardo Perez Faverani

Devido à posição da órbita na região de terço médio da face ela está susceptível a situações traumáticas. O diagnóstico rápido e preciso para traumas da órbita é essencial para que se obtenha uma boa recuperação das consequências traumáticas. Dentre as complicações inclui-se a neuropatia óptica traumática (NOT), a qual é caracterizada pela disfunção do nervo óptico como consequência secundária ao trauma. A proposição deste trabalho é apresentar um relato de caso clínico onde o paciente do sexo masculino, melanoderma com 33 anos de idade foi atendido pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, na Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba. O paciente relatou ter sido vítima de acidente motociclístico e visão turva, em sua história médica não houve relato de alterações sistêmicas. Ao exame extrabucal foi notado um edema generalizado em face, equimose periorbitária bilateral, anisocoria com midríase do olho esquerdo com acuidade e motilidade ocular mantidas e ausência de diplopia. No exame intrabucal notou-se alteração da oclusão com mobilidade e crepitação da maxila. Ao exame de imagem observou-se sinais sugestivos de fratura Le-Fort I, Le-Fort II e de seio frontal. O paciente foi submetido à anestesia geral para redução e fixação das fraturas em maxila com instalação de duas placas retas, uma com 10 furos e outra com 8 furos do sistema 2.0 com um total de 16 parafusos e duas placas retas de 4 furos do sistema 1.5 com 8 parafusos. No pós-operatório imediato o paciente não relatou queixa álgica e não apresentou a persistência da visão turva, o que foi relacionado à prescrição de corticoide no momento de admissão, o qual foi dexametasona 10mg endovenosa de 12 em 12 horas por quatro dias. Após o segundo dia de pós-operatório recebeu alta hospitalar com prescrição da medicação padrão e para controle foi marcado o controle ambulatorial. O mesmo foi encaminhado ao oftalmologista para avaliação e/ou tratamento da anisocoria. Em um retorno com 10 dias de pós-operatório o paciente encontrava-se em bom estado geral e não apresentou sintomas de infecção. Porém a pupila esquerda manteve-se dilatada, com diagnóstico pelo oftalmologista de NOT com anisocoria permanente e nenhum tratamento medicamentoso com corticoide foi realizado, apenas foi prescrito um colírio para reduzir a anisocoria. Após três meses paciente permaneceu com bom estado geral de saúde, lúcido e orientado em relação ao tempo e espaço. Ao exame clínico foi notado a presença de uma espícula ou placa palpável na região de zigoma direito. O paciente relatou drenagem de líquido claro pelo nariz, o que gerou suspeita de fístula liquórica. O líquido foi coletado e realizado o teste de glicemia, confirmando a presença de liquor. A conduta foi encaminhar para neurocirurgia. Em seu retorno de 95 dias após o trauma o paciente havia sido submetido à cirurgia para fechamento da fístula e não apresentava sinais de recidiva ou infecção, entretanto ainda havia a presença da anisocoria.