

PARALISIA BILATERAL DO NERVO ABDUCENTE SECUNDÁRIO À HIPOTENSÃO LIQUÓRICA - RELATO DE CASO

AUTORES: Lucas Grobério Moulím de Moraes; **Fabio Victor Vieira Rocha**; Caroline Colnago Demoner; Giselle Alves de Oliveira; Raphael de Paula Doyle Maia; Paula Zago Melo Dias; Mariana Lacerda Reis Grenfell; Marcelo Ramos Muniz.

INTRODUÇÃO:

A fraqueza do músculo reto lateral é uma complicação incomum da punção liquórica lombar e/ou raquianestesia. Este relato de caso descreve um paciente que desenvolveu cefaleia pós-cirúrgica com paresia bilateral do sexto nervo craniano após punção liquórica na indução anestésica.

CASO REPORTADO:

Paciente do sexo feminino, 42 anos, com história médica pregressa sem significância, apresentou nalgia e cefaleia postural persistentes, refratárias à administração de analgésicos, imediatamente após submeter-se a uma colecistectomia videolaparoscópica. Concomitantemente a queixa algica, a paciente relatou náuseas, vômitos, fonofobia e fotofobia. Além disso, adicionou-se à apresentação clínica a ocorrência de diplopia horizontal no segundo dia de pós-operatório, agravando-se progressivamente até a avaliação neurológica no 7º dia pós-operatório.

Houve discreta melhora dos sintomas ao adotar a posição de decúbito dorsal e hidratação oral.

Ao exame neurológico: semi-ptose e paresia dos mm. retos laterais bilateralmente - **Figura 1**. Reflexos pupilares e demais posições do olhar preservadas. Não houve alteração de outros nervos cranianos ou sinais somáticos relevantes.

RNM de encéfalo revela achados compatíveis com hipotensão intracraniana (HI) - **Figura 2**.



Figura 1

Posição primária do olhar

Mirada horizontal para à esquerda

Mirada horizontal para à direita

DISCUSSÃO:

A associação entre hipotensão intracraniana espontânea e distúrbios visuais, como a diplopia, já é bem documentada. Estima-se que em pacientes com orbitopatas secundárias à hipotensão liquórica, aproximadamente 83% exibem paralisia do nervo abducente (nVI). Trata-se de uma condição de baixa frequência, associada a gravidade da HI, podendo, ainda que raramente, acarretar sequelas após a abordagem da HI. Nesse contexto, destaca-se o nVI como o mais frequentemente dos nervos cranianos afetados, devido ao trajeto intracraniano prolongado e às suas correlações anatômicas específicas, que propiciam a sua tração nas variações na pressão intracraniana. Por fim, é plausível considerar que a HI tenha sido precipitada por fistulização liquórica decorrente do sítio de punção durante a indução anestésica. Realizado blood-patch, melhora completa.

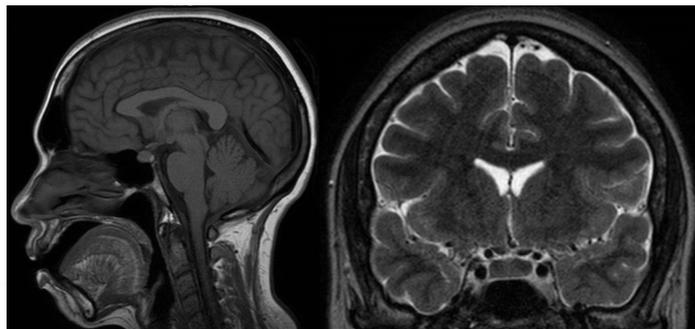
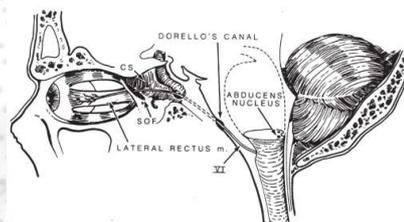


Figura 2: RNM de encéfalo. Corte sagital T1 e coronal T2, respectivamente. Hipófise globosa, certa ectasia dos seios venosos durais e discreta coleção laminar paquimeningea.



CONCLUSÃO: O nervo abducente é o nervo craniano mais afetado em casos de HI pela justificativa anatômica. Quadro clínico revertido com terapêutica de blood-patch.

REFERÊNCIAS:

- ZADA, G.; SOLOMON, T.; STEVEN, L. A review of ocular manifestations in intracranial hypotension. *Journal of Neurosurgery*, v. 23, l. 5. Nov. 2007. doi.org/10.3171/FOC-07/11/E8.
- NISHIO, I.; WILLIAMS, B. A.; WILLIAMS, J. P. Diplopia: A Complication of Dural Puncture. *Anesthesiology*, v. 100, n. 1, p. 158-164, 1 jan. 2004. DOI: 10.1097/00000542-200401000-00025.