

08:30 | 11:00 - Sala Lince

Mesa: Eduardo Conde, Ferreira Pinto, Olga Berens

PO137- 08:50 | 08:55**OFTALMOPLÉGIA EXTERNA: UMA MANIFESTAÇÃO TARDIA DE APOPLEXIA HIPOFISÁRIA**

Joana Portelinha; André Marques; Maria Picoto; Filipe Isidro; Ana Paula Mendonça; João Costa
(Hospital de Egas Moniz, CHLO)

Introdução

A apoplexia hipofisária consiste na interrupção súbita da irrigação sanguínea à hipófise levando à necrose do conteúdo hipofisário e hemorragia com aumento rápido da pressão intra-selar. Clinicamente caracteriza-se por cefaleia intensa de início súbito, náuseas, vômitos, alteração da consciência, para além de sintomas oftalmológicos (oftalmoplegia, alterações dos campos visuais) e disfunção hormonal (hipopituitarismo). O aumento rápido da pressão intra-selar causa compressão dos nervos cranianos adjacentes, resultando em paralisia, e/ou alteração da acuidade visual e dos campos visuais por compressão quiasmática. As manifestações neurooftalmológicas são variáveis e podem ser o sintoma de apresentação acompanhando a cefaleia. Os autores apresentam o caso de um doente com paralisia do III, IV e VI pares cranianos esquerdos com início 5 dias após quadro de apoplexia da hipófise.

Caso Clínico

Doente de 48 anos, sexo masculino, sem antecedentes relevantes, recorre ao serviço de urgência por cefaleias intensas fronto-temporais. Referia queda com traumatismo crânio-encefálico (CE) 24h antes. A TC-CE demonstrou alargamento da sela turca, sugestivo de adenoma da hipófise. Cinco dias mais tarde, inicia quadro de diplopia binocular intermitente, com componente vertical e horizontal, mais aparente na levoversão, com movimentos oculares aparentemente mantidos. À observação, salienta-se acuidade visual de 10/10 bilateralmente, preservação da visão cromática, pupilas reactivas e simétricas e sem DPAR e discos ópticos sem alterações. Nos dias que se seguem, registou-se um agravamento da diplopia e manifestou-se uma oftalmoplegia externa (III, IV e VI) com ptose mas sem envolvimento pupilar. A Perimetria Estática Computorizada não apresentava alterações. A ressonância magnética CE e das órbitas revelou lesão ocupando o espaço selar e suprasselar com cerca de 2,4x2x1,9 cm, com compressão e desvio da haste pituitária, sem compressão das vias optoquiasmáticas e condicionando abaulamento da parede dos seios cavernosos principalmente à esquerda. O doente foi submetido a hipofisectomia transnasal com melhoria progressiva.

Conclusão

A paralisia extraocular neste contexto indica geralmente compressão da parede do seio cavernoso ou extensão directa do adenoma da hipófise ao seio cavernoso. O espaço livre entre a apoplexia e o início da diplopia pode ser justificado pela trombose com aumento progressivo do volume da glândula com repercussão na parede do seio cavernoso. O diagnóstico de apoplexia pituitária deve ser considerado em doentes com cefaleia intensa e diplopia mesmo com início tardio.

Simon S, Torpy D, Brophy B, Blumbergs P et al. Neuro-ophthalmic manifestations and outcomes of pituitary apoplexy- a life and sight-threatening emergency. N Z Med J. 2011. 27;124(1335):52-9.