



ABORDAGEM CIRÚRGICA DE GLIOMA DE NERVO ÓPTICO UNILATERAL PARA PREVENÇÃO DE INVASÃO QUIASMÁTICA

Ana Paula Fernandes de Souto

Samuel Henrique Barbosa Silva

Isadora Vieira Menicucci Ferri

Bárbara Salomão de Almeida Cunha

ABORDAGEM CIRÚRGICA DE GLIOMA DE NERVO ÓPTICO UNILATERAL PARA PREVENÇÃO DE INVASÃO QUIASMÁTICA

Autores: Ana Paula Fernandes de Souto, Samuel Henrique Barbosa Silva, Isadora Vieira Menicucci Ferri, Bárbara Salomão de Almeida Cunha.
Instituição: Santa Casa BH

INTRODUÇÃO

Os gliomas são os tumores primários mais comuns do nervo óptico e acometem mais comumente pacientes pediátricos¹. Os gliomas de vias ópticas podem acometer o nervo óptico, o quiasma e o hipotálamo de forma isolada ou concomitante. A indicação da modalidade de tratamento depende da apresentação clínica e topográfica. Pode-se optar pelo acompanhamento por meio de exames de imagem em casos sem crescimento, excisão cirúrgica para prevenir invasão de outras estruturas da via óptica e radioterapia e/ou quimioterapia em caso de lesões não ressecáveis^{2,3}. O presente relato descreve a indicação de ressecção de glioma de nervo óptico unilateral, em paciente previamente submetida a quimioterapia, para a prevenção de invasão quiasmática³.

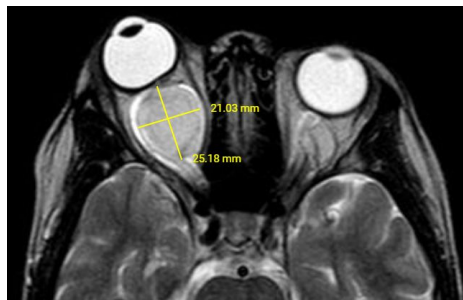


Imagem 1: RM de crânio e órbitas demonstrando lesão nodular expansiva em topografia de nervo óptico direito, medindo cerca de 21.03mm x 25.18mm, com hipersinal em T2 e realce heterogêneo pelo meio de contraste.



Imagem 2: Aspecto intraoperatório da lesão excisionada.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 15 anos de idade, apresentando proptose ocular progressiva à direita há um ano. Negava sintomas associados e comorbidades prévias. Ao exame físico, apresentava perda completa de acuidade visual à direita. A tomografia computadorizada das órbitas demonstrou lesão nodular expansiva em topografia de nervo óptico direito, intraconal, sem evidente extensão para quiasma óptico, o que também foi observado em ressonância magnética (RM). Realizada biópsia excisional da lesão em abordagem conjunta das equipes de órbita e neurocirurgia, com manutenção do globo ocular para fins estéticos. O anatomopatológico evidenciou astrocitoma pilocítico grau I com atipia leve, compatível com glioma de nervo óptico.

CONCLUSÃO

O glioma de nervo óptico é um tumor benigno, de crescimento lento. Sua exérese cirúrgica é melhor indicada em casos de perda visual ipsilateral ou risco de acometimento do quiasma óptico². A cirurgia tem função diagnóstica e estética para correção dos casos de proptose ocular ou compressão de demais estruturas intraconais. Mesmo após sua exérese cirúrgica, os paciente devem ser monitorados com exames seriados devido ao risco de progressão sobre as vias ópticas^{2,4}.

Referências bibliográficas:

1. Jack J Kanski, Brad Bowling. Oftalmologia Clínica: Uma abordagem sistêmica. 7ª edição. Elsevier Saunders; 2011.
2. Órbita, Pálpebras e Sistema Lacrimal, Seção 7. Curso de Ciências Básicas e Clínicas, AAO, 2011-2012.
3. Hwang J, Cheon J, Wang K. Prognóstico visual do glioma óptico. Childs Nerv Syst (2008) 24:693-698
4. Wilhelm H. Tumores primários do nervo óptico. Current Opinion in Neurology 2009, 22:11-18.