

Neuropatia óptica traumática: como diferenciar

Differentiation of traumatic optic neuropathy

Ana Laura de Araujo Moura

1. Departamento de Oftalmologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
2. Disciplina de Oftalmologia, Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

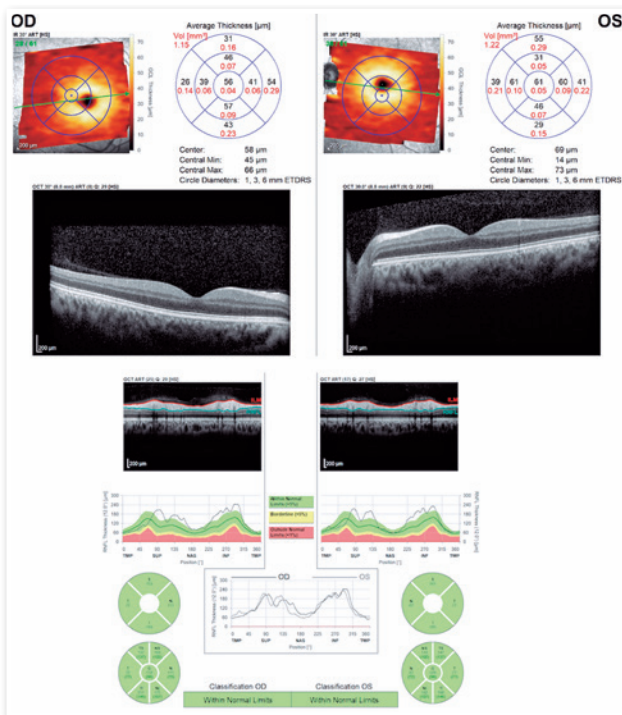


Figura 1. Tomografia de coerência óptica (OCT) do complexo de células ganglionares macular e da espessura da camada de fibras nervosas peripapilar do olho direito e do olho esquerdo, logo após o trauma.

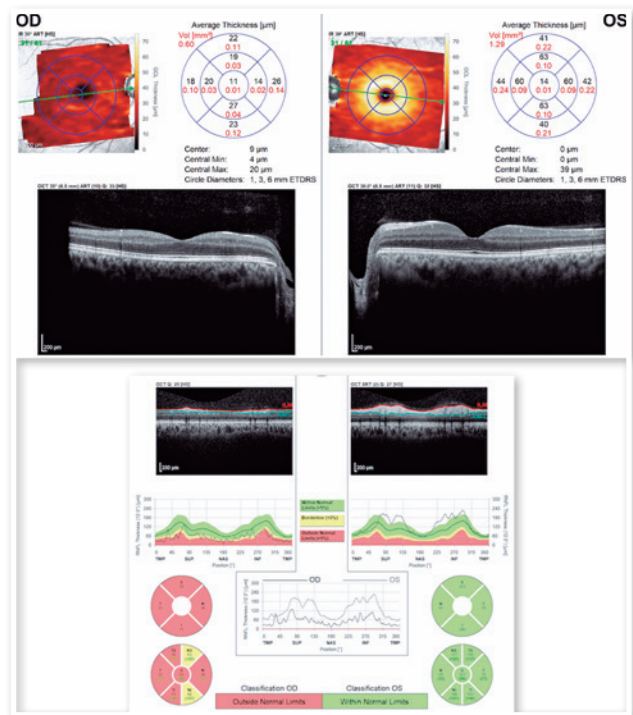


Figura 2. Tomografia de coerência óptica (OCT) do complexo de células ganglionares macular e da espessura da camada de fibras nervosas peripapilar do olho direito e do olho esquerdo, 3 meses após o trauma.

Paciente masculino, 27 anos, foi atendido no pronto socorro de oftalmologia com queixa de perda visual em olho direito, após queda da própria altura. A acuidade visual era “ausência de percepção de luz” em OD e 20/20 em OE. Motilidade extrínseca ocular, biomicroscopia e fundoscopia estavam normais e havia um defeito pupilar de afe-

rência no olho direito. As figuras mostram as medidas da tomografia de coerência óptica (OCT) logo após o trauma (Figura 1) e após 3 meses (Figura 2). A camada de fibras nervosas da retina (CFNR) e de células ganglionares (CCG) estavam normais inicialmente, apesar da perda visual grave. Naquele momento, a informação mais fidedigna sobre a integri-

Autor correspondente: Ana Laura de Araujo Moura. E-mail: almoura_of@yahoo.com.br

Recebido em: 7 de Junho de 2023. **Aceito em:** 12 de Junho de 2023.

Financiamento: Declaram não haver. **Conflitos de Interesse:** Declaram não haver.

Como citar: Moura AL. Neuropatia óptica traumática: como diferenciar. eOftalmo. 2023;9(3):127-8.

DOI: 10.17545/eOftalmo/2023.0037

Esta obra está licenciada sob uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

dade do nervo óptico era o reflexo pupilar fotomotor. Após 3 meses, observou-se uma redução significativa na espessura de ambas CFNR e CCG.

Os nervos ópticos são vulneráveis a traumas direto e indireto. Lesões diretas podem resultar de um trauma penetrante, como uma fratura de órbita ou um corpo estranho. Lesões indiretas, as mais comuns, ocorrem como resultado de forças geradas por um trauma craniano, transmitidas ao nervo óptico através do ápice orbitário e canal óptico. Neste caso, o trauma craniano pode ser leve, nas regiões malar ou frontal, ou pode ser grave, como em casos de traumatismo craniano com lesão cerebral.

Os achados clínicos incluem redução da acuidade visual, defeitos de campo visual, discromatopsia e alteração do reflexo pupilar fotomotor. Geralmente, na neuropatia óptica traumática indireta, o nervo óptico permanece normal à fundoscopia durante as primei-

ras semanas após o trauma, evoluindo posteriormente para atrofia.

Apesar das tentativas de uso de corticóides e cirurgias descompressivas, o tratamento da neuropatia óptica traumática permanece controverso devido a falta de evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. Warner N, Eggenberger E. Traumatic optic neuropathy: a review of the current literature. *Curr Opin Ophthalmol*. 2010;21(6):459-62.
2. Cunha LP, Costa-Cunha LVF, Malta RFS, Monteiro MLR. Comparison between retinal nerve fiber layer and macular thickness measured with OCT detecting progressive axonal loss following traumatic optic neuropathy. *Arq Bras Oftalmol*. 2009;72(5):622-5.
3. Chaon BC, Lee MS. Is there treatment for traumatic optic neuropathy? *Curr Opin Ophthalmol*. 2015;26(6):445-9.

INFORMAÇÃO DO AUTOR



» **Ana Laura de Araujo Moura**

<http://lattes.cnpq.br/0931275371609775>

<https://orcid.org/0000-0003-1768-6080>