Parésia do III par craniano em contexto de sinusite esfenoidal: a propósito de um caso clínico

Third cranial nerve palsy in sphenoid sinusitis: case report

Respostas ao Revisores

Revisor A:

Titulo

O título deve especificar que se trata de um caso clínico.

Nervo motor ocular comum

Resposta dos autores:

Foi acrescentado no título o facto de se tratar de um caso clínico.

Resumo

É necessário estruturar o resumo:

1. O que é raro/único neste caso?

2. Caso clínico  (frase da clinica confusa)

3. “Take away lessons”

Resposta dos autores:

1. A raridade deste caso assenta na presença de parésia de pares cranianos, neste caso do terceiro par, em contexto de sinusite esfenoidal. Como reportado durante o artigo a parésia de pares cranianos é rara, sendo de extrema importância considerar patologia dos seios perinasais em doentes com quadro clínico de cefaleias e sintomas neurológicos.
2. No resumo o texto referente à clínica foi corrigido.
3. Foi acrescentada uma frase final, de conclusão, que destaca a raridade da apresentação clínica e a sua importância no diagnóstico diferencial de doentes com cefaleias e sintomas neurológicos.

Introdução

Estruturar a introdução:

Clinica  ( a percentagem 12% para os 2?)

Diagnóstico

Tratamento

Objectivo: definir melhor: o que traz este caso de novo

Resposta dos autores:

Os autores Lawson e Reino1 reportam que nos casos de patologia inflamatória do seio esfenoidal, 12% complicam de diminuição da acuidade visual e 12% complicam de parésia de pares cranianos (III a VI).

A introdução foi estruturada de acordo com a sugestão do Revisor.

Foi introduzida uma frase no final da introdução que complementa o destaque que os autores pretendem dar ao caso clínico.

Caso clínico

Tempos verbais

Rinoscopia anterior/posterior?

Resposta dos autores:

Foram corrigidos os tempos verbais.

Foi adicionada a observação por rinoscopia anterior e posterior.

Discussão

Estruturar pós operatório e seguimento

Deve ser discutida a relevância deste caso.

Resposta dos autores:

O caso clínico foi estruturado em diagnóstico, abordagem terapêutica e evolução clínica.

É discutida a importância de considerar a patologia do seio esfenoidal em doentes com cefaleias e sintomas neurológicos, nomeadamente alterações visuais.

Conclusão

Deve ser mais sucinta e correlacionada com os objectivos

Resposta dos autores:

A conclusão foi editada de forma a dar ênfase ao diagnóstico diferencial.

------------------------------------------------------

------------------------------------------------------

Revisor B:

A patologia do seio esfenoidal e as respetivas complicações, embora sejam

raras, deverão estar presentes nos diagnóstico diferenciais nomeadamente

de cefaleias e de algumas alterações visuais.

O draft analisado tem por isso relevância para publicação, desde que

consideradas algumas questões que se enumeram em seguida:

Título:

Porque não usar III nervo craniano em vez de nervo motorocular comum?

Resposta dos autores:

Foi alterado o título.

Resumo:

Rever o português de forma a ficar mais explícito e menos redundante;

Resposta dos autores:

O resumo foi revisto em termos de conteúdo e de português.

O abstract (inglês) está preciso.

Introdução:

Rever o português – pode ser melhorado; por exemplo, a utilização dos artigos ao longo da frase é importante: “o” “a” etc; exp: “Apesar da proximidade de estruturas importantes como a artéria carótida interna, o nervo óptico, a duramáter e os pares craneanos (III a VI), os sintomas relacionados com estas estruturas ocorrem muito raramente. 1,2  “

Resposta dos autores:

Foram realizadas alterações do português.

“É importante um elevado índice de suspeição pois a sinusite esfenoidal pode complicar originando défice permanente de pares cranianos, podendo até ser fatal.” – 1.é importante explicitar porque é que pode ser fatal.

Resposta dos autores:

Foi acrescentada a informação que a mortalidade está relacionada com o envolvimento intracraniano.

2. quais são as complicações associadas à sinusite esfenoidal?

“Lawson e Reino1 relatam que a incidência de diminuição da acuidade visual e parésia dos III a VI pares cranianos para lesões inflamatórias nasossinusais foram de 12% e 12%, respectivamente.” – é importante especificar se esta frequência se refere a sinusopatia esfenoidal; conforme está redigido descreve o conjunto de todos os seios, não sendo previsível o atingimento destes pares craneanos em sinusopatias do complexo anterior;

Resposta dos autores:

Os autores Lawson e Reino1 reportam que nos casos de patologia inflamatória do seio esfenoidal, 12% complicam de diminuição da acuidade visual e 12% complicam de parésia de pares cranianos (III a VI).

Esta informação foi adicionada ao artigo.

Quais as causas/patologias mais frequentes para este tipo de complicações?

Resposta dos autores:

No estudo realizado por Miller *et al* (Prognosis for sixth nerve palsy arising from paranasal sinus disease) definem-se como principais causas os tumores malignos que invadem directamente o nervo óptico ou os nervos motores oculares, destacando-se ainda a invasão vascular por doença fúngica invasiva, como causa destas complicações.

“A drenagem cirúrgica e descompressão do seio esfenoidal por via endoscópica deve ser realizada se a sintomatologia persistir ou agravar após 24 a 48 horas ou se ocorrerem sinais de complicações.1-3 “

1. É importante referir que está em curso antibioterapia ev;
2. Quais são os sinais de complicações? – deve ser referido no texto de forma a informar

o leitor.

Resposta dos autores:

1. Foi adicionada a informação ao artigo.
2. Foram adicionadas as complicações ao artigo.

Caso Clínico

Melhorar português: exemplo: a utilização repetida da palavra

“apresentava”

Resposta dos autores:

O português foi corrigido.

Qual o resultado da avaliação oftalmológica do doente? – reação

pupilar á luz, exame do fundo de olho, acuidade visual, etc

Resposta dos autores:

O resultado da avaliação oftalmológica está incluído na descrição do caso clínico.

Existem outras comorbilidades (alergias, ou outros) que justifiquem o

atingimento sinusal obtido, com imagiologia mais característica de

patologia crónica?

Resposta dos autores:

Os estudos avaliados não definem comorbilidades/factores de risco que possam prever o desenvolvimento desta patologia ou complicações.

“Por suspeita de invasão intracraniana o doente realizou RMN que confirmou extensão da componente inflamatória ao compartimento intracraniano, definindo-se lâmina hiperintensa com cerca de 3mm de espessura que moldava o lobo anterior da hipófise e a desviava posteriormente (figura 3).” 1. Utilizar apenas RM em vez de RMN; 2. Esta “lâmina hiperintensa com cerca de 3mm de espessura” expressa coleção purulenta ou apenas espessamento inflamatório? É importantes especificar

Resposta dos autores:

1. Foi substituída RMN por RM.
2. Adicionada informação relativa à interpretação do exame como extensão inflamatória.

“Após 48 horas não ocorreu melhoria clínica significativa tendo o doente sido submetido a cirurgia endoscópica com realização de esfenoidotomia esquerda por via endoscópica transnasal e etmoidectomia anterior parcial direita com saída de exsudado purulento.”

1. Como define etmoidectomia anterior parcial?
2. Porque não foram abordados cirurgicamente os restantes SPN que se encontravam atingidos conforme descrição da TC SPN?

Resposta dos autores:

1. A etmoidectomia anterior parcial envolve a remoção da apófise unciforme e o alargamento do infundibulum etmoidal por remoção da bulha etmoidal (a maior célula do etmóide anterior). Não existe manipulação do recesso frontal nem abertura do etmóide posterior. Associa-se frequentemente a alargamento do ostium do seio maxilar - sinusotomia maxilar.
2. Efectivamente existe um erro na descrição da abordagem cirúrgica. A esfenoidotomia realizada foi transetmoidal, o que significa que foi aberto o etmóide anterior e posterior até se atingir o seio esfenoidal. Como discutido na secção da abordagem cirúrgica, este tipo de abordagem permite uma melhor visualização do seio esfenoidal e eliminação da patologia presente nas células etmoidais. É também a via preferencial nos casos de patologia esfenoidal complicada.

Discussão:

“Cakman et al” – et al. (itálico) – aplicar ao longo do texto

Resposta dos autores:

Procedeu-se à alteração sugerida ao longo do texto.

Classicamente as cefaleias por atingimento do seio esfenoidal são descritas como posteriores (occipitais); seria importante, para a aferição do diagnóstico clinico de casos com atendimento esfenoidal, da discussão da localização das cefaleias; discutir relativamente a este caso clínico, possíveis explicações para a localização das cefaleias?

Resposta dos autores:

No nosso caso clínico o doente apresentava inicialmente sinusite com compromisso frontoetmoidomaxilar, o que justifica a presença de cefaleias frontotemporais. efectivamente os estudos relacionados com a patologia esfenoidal isolada, descrevem as cefaleias occipitais ou retro-orbitárias como o sintoma mais frequentemente encontrado. De acordo com o sugerido esta informação foi incluída no texto do artigo.

Discutir a associação de sintomas cefaleia e alterações visuais, dado que por vezes os sintomas sinusais podem não ser devidamente valorizados pelo doente dado a sua cronicidade;

Resposta dos autores:

Foi adicionada informação ao texto que destaca e alerta o clínico para a suspeita de sinusite complicada em doentes com queixas de cefaleias e aparecimento de alterações visuais ”de novo”.

Conclusão:

Definir as conclusões de forma mais precisa, em frases curtas e concisas. “As perturbações da visão são pouco comuns nas afecções do seio esfenoidal sendo necessário um elevado índice de suspeição.”  Melhorar as conclusões: exemplo: Apesar de pouco frequentes é importante que o leitor seja informado que perante uma sinusopatia com alteração visuais, a patologia do seio esfenoidal – provavelmente já complicada – deverá ser equacionada nos diagnósticos possíveis. Valorizar a hipótese de diagnóstico na associação cefaleias e alterações visuais;

Resposta dos autores:

A conclusão foi revista de forma a incluir as sugestões do revisor.

Referencias:

Última referencia utilizada é de 2004; nos últimos 10 anos não terão

sido publicados artigos de relevo referentes a esta temática? Sugere-se

atualização da bibliografia.

Resposta dos autores:

Os autores realizaram actualizações nas referências com base em nova pesquisa na base de dados Pubmed. Alguns artigos não foram incluídos na revisão por se tratarem de artigos escritos em língua não inglesa, ou por se referirem a patologias do seio esfenoidal em crianças ou em doentes com patologias não inflamatórias (tumores benignos e malignos). Os artigos referentes a patologia não inflamatória, nomeadamente mucocelos, foram considerados pois os autores consideram importante a sua referência dado a apresentação clínica ser semelhante.