

UVEÍTES

14:50 | 16:30 - Sala Lira

Mesa: Júlia Veríssimo, Margarida Miranda, Ana Paula Sousa

CL53 - 15:30 | 15:40

TUBERCULOSE OCULAR PRESUMIDA

Joana Portelinha; Maria Picoto; André Marques; Filipe Isidro; Marta Guedes
(Hospital de Egas Moniz, CHLO)

Introdução

O olho é uma localização extrapulmonar rara de tuberculose (TB). As manifestações clínicas da uveíte associada a TB incluem uveíte anterior crónica e uveíte posterior, mais frequentemente na forma de tubérculos coróides, vasculite retiniana, coroidite multifocal e coroidite serpiginosa-like. Os autores apresentam uma série de casos de TB ocular com diferentes manifestações clínicas.

Material e Métodos

Estudo retrospectivo dos doentes com diagnóstico de TB ocular presumida na consulta de Uveítes do Hospital de Egas Moniz de Janeiro de 2011 a Junho de 2013. Definimos como TB ocular presumida a presença de achados oftalmológicos sugestivos, um resultado positivo para TB latente (prova da tuberculina ou QuantiFERON TB Gold Test) e uma resposta clínica positiva à terapêutica antibacilar (TAB). Foram analisados a presença de doença sistémica concomitante, o tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, o tipo de uveíte, a melhor acuidade visual corrigida (MAVC) inicial e final, a terapêutica realizada, as complicações associadas e as recorrências.

Resultados

Foram incluídos 10 doentes, com idade média de 56.82 (37-78 anos) no momento do diagnóstico. Três doentes apresentavam uveíte anterior, dois doentes coroidite multifocal, dois doentes coroidite serpiginosa-like, dois doentes vasculite retiniana e um doente tuberculoma do disco óptico. Na maioria dos doentes (70%) o envolvimento ocular era bilateral. Nenhum doente apresentava evidência de tuberculose pulmonar. A TAB teve uma duração entre 6 e 9 meses. Seis doentes realizaram corticoterapia sistémica concomitante. Observou-se um atraso importante entre o início dos sintomas oftalmológicos e a referência a uma consulta de Uveíte (média de 98.38 meses). A Melhor acuidade visual corrigida (MAVC) inicial era de 0.39 e a final de 0.8. As principais complicações foram o edema macular cistóide (3 doentes) que reverteu após terapêutica e a catarata com indicação operatória (3 doentes). Não se verificaram recorrências.

Conclusões

A TB deve fazer parte do diagnóstico diferencial em doentes com uveíte sugestiva e sem evidência de envolvimento pulmonar. A TAB prolongada (9 meses) com ou sem corticoterapia sistémica associada foi eficaz no controlo da inflamação ocular e redução das recorrências.

Bibliografia

Patel SS, Saraiva NV, Tessler HH, Goldstein DA. Mycobacterial ocular inflammation: delay in diagnosis and other factors impacting morbidity. JAMA Ophthalmol 2013;131(6):752-8.

Bansal R, Gupta A, Gupta V et al. Tubercular serpiginous-like choroiditis presenting as multifocal serpiginoid choroiditis. Ophthalmology. 2012; 119(11):2334-42.

Gupta A, Bansal R, Gupta V et al. Ocular Signs Predictive of Tubercular Uveitis. Am J Ophthalmol. 2010; 149(4):562-70