

08:30 | 11:00 - Sala Lince

Mesa: Eduardo Conde, Ferreira Pinto, Olga Berens

PO133- 08:30 | 08:35**ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES - CASO CLÍNICO**

Miguel M. Neves; Ana Figueiredo; Mariana Seca; Natália Ferreira; Maria Araújo
(Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto)

Introdução

A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite inflamatória sistémica de etiologia desconhecida, que afeta tipicamente as artérias de médio e grande calibre (1). Manifesta-se essencialmente em idades avançadas e pode resultar numa ampla variedade de complicações sistémicas. A perda de acuidade visual é uma das mais importantes causas de morbilidade na ACG, ocorrendo em 20 % dos casos (2). Com este trabalho pretende-se documentar um caso clínico de ACG cujo sintoma que levou a doente a recorrer a apoio médico foi a diminuição da acuidade visual (AV).

Material e métodos

Consulta da informação clínica e dos exames auxiliares de diagnóstico, incluindo exames laboratoriais, exame anátomo-patológico da artéria temporal e exames de imagem (tomografia computadorizada, retinografia, tomografia de coerência óptica) ao longo da evolução da doença.

Resultados

Doente de 84 anos do sexo feminino com história de cefaleias localizadas à região hemicraneana esquerda, claudicação da mandíbula, astenia, anorexia e perda de peso nas últimas 6 semanas, recorre ao serviço de urgência com um quadro agudo de diminuição da AV do olho esquerdo (OE) e agravamento das cefaleias. A melhor acuidade visual corrigida (MAVC) do olho direito (OD) era de 10/10 e a MAVC do OE era de vultos. Estava presente um defeito pupilar aferente relativo (DPAR) à esquerda. O exame biomicroscópico revelou facosclerose bilateral. A fundoscopia era normal no OD e revelou um edema papilar marcado a 360º no OE. O estudo laboratorial confirmou marcadores inflamatórios, nomeadamente proteína C reativa e velocidade de sedimentação (PCR e VS) aumentados. As artérias temporais eram palpáveis, embora indolores à palpação. Perante a suspeita diagnóstica de ACG, foi iniciado tratamento com prednisolona 60mg/dia per os com melhoria rápida do quadro clínico, com a exceção da AV OE que se manteve inalterada. Os marcadores inflamatórios também foram gradualmente normalizando. A biópsia da artéria temporal foi realizada uma semana após o início do tratamento e não revelou sinais de envolvimento por processo inflamatório crónico granulomatoso com células gigantes. A dose de prednisolona foi lentamente e progressivamente reduzida. Ao fim de 9 meses de follow-up a doente está a fazer 10mg/dia per os de prednisolona, encontrando-se clínica e laboratorialmente estável.

Conclusão

O diagnóstico de ACG deve ser considerado uma verdadeira emergência neuro-oftalmológica. Se diagnosticada atempadamente e tratada adequadamente com corticosteroides pode-se prevenir o atingimento do olho contralateral. Um resultado negativo da biópsia da artéria temporal não exclui o diagnóstico nem o tratamento deve ser protelado enquanto se aguarda pela realização e resultado da biópsia.

Bibliografia

1. Ghosh C. Giant cell arteritis. *Ophthalmology*. Feb 2002;109(2):221-2.
2. Aiello PD, Trautmann JC, McPhee TJ, Kunselman AR, Hunder GG. Visual prognosis in giant cell arteritis. *Ophthalmology*. 1993;100:550-5.