

08:30 | 11:00 - Sala Lince

Mesa: Eduardo Conde, Ferreira Pinto, Olga Berens

PO152- 10:05 | 10:10**ESCLERITE ANTERIOR NECROTIZANTE: FACTORES NA RECORRÊNCIA**Petra Gouveia; Luis Figueira; Fernando Falcão-Reis
(Hospital São João)**Introdução**

Esclerite constitui uma doença inflamatória escleral que embora possa manifestar-se em indivíduos saudáveis (50% dos casos), associa-se frequentemente a patologia inflamatória sistémica como a artrite reumatóide e as vasculites sistémicas, nomeadamente a granulomatose de Wegener. A esclerite classifica-se com base na localização – anterior (90% dos casos) e posterior - e quanto ao padrão de inflamação - difuso, nodular ou necrotizante). São opções terapêuticas os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) e imunossupressores. Após instituição de regime terapêutico eficaz deve ser mantido follow-up regular não só para garantir uma titulação lenta do mesmo mas também para detectar precocemente sinais de recorrência. Factores conhecidos que podem influenciar a recorrência são: patologia inflamatória sistémica, cirurgia ocular, história natural da doença.

Material/Métodos

Mulher de 53 anos, hipertensa e com doença renal e hepática crónicas, monocular OD por úlcera de córnea perfurada OE (2012) foi observada no SU por dor e sinais inflamatórios referidos ao OD. Identificou-se nódulo escleral supero-temporal com vasodilatação de vasos episclerais e oclusão dos mesmos na periferia do nódulo. Após exclusão de patologia infecciosa e início de estudo sistémico a doente foi internada com o diagnóstico de esclerite anterior necrotizante para início de terapêutica intravenosa segundo protocolo do Serviço.

Resultados

No final do primeiro dia de terapêutica verificou-se diminuição significativa da sensação dolorosa e, à biomicroscopia, redução dos sinais inflamatórios locais e início da revascularização do nódulo. A melhoria verificou-se progressivamente. Após conclusão do tratamento com ciclofosfamida procedeu-se à titulação lenta do corticóide e instituiu-se AINE tópico. Cerca de 2 meses após início do quadro e 3 semanas após evisceração OE, a doente foi internada por recorrência de esclerite anterior necrotizante com 3 nódulos esclerais isquémicos. Re-instituiu-se terapêutica intravenosa.

Conclusão

O tratamento da esclerite anterior necrotizante deve ser iniciado após a exclusão das principais etiologias infecciosas, mas não deve ser protelado enquanto se aguardam resultados serológicos. É essencial a adaptação do regime terapêutico no sentido de minimizar a interferência do mesmo com a(s) patologia(s) de base do doente. O caso apresentado evidencia a importância da vigilância clínica durante o desmame de corticoterapia e expõe vários factores que poderão ter influenciado a recorrência: cirurgia ocular no olho adelfo com aumento de antigénios pró-inflamatórios em circulação, patologia de base não identificada, história natural de esclerite anterior sem patologia inflamatória sistémica associada.

Referências:

Okhravi N, Odufuwa B, McCluskey P, Lightman S. Scleritis. *Surv Ophthalmol.* 2005;50(4):351
Jabs DA, Mudun A, Dunn JP, Marsh MJ. Episcleritis and scleritis: clinical features and treatment results. *Am J Ophthalmol.* 2000;130(4):469.