

08:30 | 11:00 - Sala Lince

Mesa: Eduardo Conde, Ferreira Pinto, Olga Berens

PO153- 10:10 | 10:15**ENDOTELITE CORNEANA PERIFÉRICA**

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

Introdução

A endotelite corneana periférica (ECP) constitui uma entidade pouco frequente, cuja fisiopatologia está ainda pouco estudada, assemelhando-se a endotelites por vírus da família *Herpesviridae*. O foco inflamatório principal é o endotélio corneano, manifestando-se por infiltrados estromais profundos esbranquiçados e grandes precipitados queráticos (PQ) na córnea periférica, frequentemente com uma uveíte anterior importante associada e afecção angular adjacente. Segundo a literatura, a terapêutica assenta sobretudo na corticoterapia tópica.

Apresentamos um caso de ECP bilateral refractário à terapêutica, no qual foi necessário recorrer a imunossupressão sistémica para controlo da inflamação.

Material e métodos

A A.M.F, sexo feminino, 34 anos de idade, seguida na consulta de Uveítes por uveíte anterior recorrente bilateral. À data da primeira observação, apresentava melhor acuidade visual corrigida (MAVC) de 1,0 ODE, uveíte anterior (reação celular OD +++ e OE ++), com PQ temporais esbranquiçados e sinéquias anteriores periféricas (PAS), sem alterações no segmento posterior. Realizou investigação laboratorial no sangue periférico, colheita de humor aquoso (HA) para PCR de vírus da família *Herpesviridae* e realizou tomografia de coerência óptica (OCT) do segmento anterior. Foi medicada inicialmente com prednisolona e tropicamida tópicas, com necessidade de associação de dexametasona subconjuntival, corticoterapia sistémica e subsequentemente azatioprina oral por quadro refractário.

Resultados

A investigação laboratorial no sangue periférico foi negativa para todas as principais causas de uveíte anterior assim como a PCR do HA. O OCT revelou a presença de hiperreflectividade do estroma posterior, espessamento periférico da membrana de Descemet e a presença de PQ periféricos de grandes dimensões. Apesar da terapêutica, manteve uveíte anterior activa nos dois olhos com segmento posterior poupado. A pressão intra-ocular (PIO) permaneceu sempre normal, sem necessidade de terapêutica hipotensora.

Conclusões

A ECP continua a ser uma patologia inflamatória pouco conhecida, com poucos casos relatados. A etiologia viral deve ser sempre excluída, sendo o principal diagnóstico diferencial numa situação de endotelite. A terapêutica baseia-se classicamente na corticoterapia tópica, mas casos refractários ou recorrentes podem necessitar de corticoterapia sistémica e outros imunossupressores. A PIO deve ser controlada, visto existir um risco aumentado de desenvolvimento de glaucoma.

Referências bibliográficas:

Jones, N.: "Uveitis", 2ª edição, JP Medical, Índia 2012.