

08:30 | 11:00 - Sala Lince

Mesa: Eduardo Conde, Ferreira Pinto, Olga Berens

PO158- 10:35 | 10:40**UM CASO RARO DE ESCLERITE POSTERIOR TUBERCULOSA**

Ana Filipa Miranda; João Nobre Cardoso; Ana Melo Cardoso; Nadine Marques; Paula Telles; Nuno Campos
(Hospital Garcia de Orta, EPE)

Introdução

A esclerite é uma doença inflamatória ocular, envolvendo mais frequentemente o segmento anterior. A esclerite posterior é uma situação rara, predominantemente autoimune ou infecciosa, neste último caso mais frequentemente uma extensão da esclerite anterior. A etiologia infecciosa isolada é rara, encontrando-se descrito apenas um caso de esclerite posterior tuberculosa sem alterações do segmento anterior.

Caso Clínico

Descreve-se um caso clínico de uma doente de 43 anos, de raça negra, sem antecedentes relevantes, que recorreu à urgência por redução da acuidade visual (AV) do OE acompanhada de edema periorbitário doloroso do mesmo olho com 4 dias de evolução. Na observação oftalmológica objectivou-se AVsc OE < 0,05 e AVsc OD = 10/10, proptose do OE e restante segmento anterior sem outras alterações. À fundoscopia do OE eram visíveis pregas da corioideia em todo o pólo posterior, edema do disco óptico e descolamento exsudativo da retina inferior. Realizou TC e, posteriormente, RMN orbitárias que mostraram lesão expansiva na parede posterior do OE, subretiniana, corioideia e trans-escleral, com envolvimento do espaço de Tenon, papila do nervo óptico espessada e sem outras alterações do nervo óptico. O OCT macular apresentava edema com descolamento da retina neurosensorial do OE. Na ecografia ocular objectivou-se espessamento esclero-corioideu, com líquido subtenoniano (sinal de T). Foi medicada para esclerite posterior com prednisolona 1mg/Kg/dia. Da investigação etiológica resultaram anticorpos anti-HIV negativos, PCR 0,3mg/dL, VS elevada (59mm), RPR e TPHA negativos, ECA normal (25UI/L), pANCA e cANCA negativos, IgG e IgM de *Borrelia burgdorferii* e *Toxoplasma gondii* negativos, factor reumatóide e ANAs negativos. A radiografia de tórax não mostrou alterações. Realizou teste de sensibilidade à tuberculina cujo resultado foi positivo (17mm) e *interferon gamma release assay* (IGRA) que o confirmou. A doente iniciou terapêutica tripla com rifampicina, isoniazida e pirazinamida e após 10 semanas de terapêutica combinada com corticoterapia oral e tuberculostáticos apresentava-se sem queixas dolorosas, AVsc OE 10/10 e a fundoscopia do OE encontrava-se normal. Repetiu TC da órbita que não mostrou quaisquer alterações.

Conclusão

Este caso clínico exemplifica uma situação de esclerite posterior tuberculosa grave sem envolvimento do segmento anterior, que poderia ter resultado numa perda visual irreversível. O diagnóstico precoce correcto foi fundamental para o início de uma terapêutica dirigida, particularmente por se tratar de uma etiologia infecciosa.