

08:30 | 11:00 - Sala Lince

Mesa: Eduardo Conde, Ferreira Pinto, Olga Berens

PO160- 10:45 | 10:50**PRESUMÍVEL RETINITE VÍRICA NÃO NECROTIZANTE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Ana Figueiredo; Miguel Neves; Mafalda Macedo; Maria Joao Furtado; Luís Oliveira; Angelina Meireles; Pedro Menéres

(Centro Hospitalar do Porto)

Introdução

As uveítes posteriores herpéticas causadas pelo vírus herpes (HSV) ou pelo vírus varicela-zoster (VZV) podem apresentar-se com espectros clínicos extremamente distintos. A variante não necrotizante da uveíte herpética é muitas vezes uma entidade subdiagnosticada. Clinicamente pode manifestar-se como uma uveíte granulomatosa, vitrite, vasculite e /ou papilite ou como uma panuveíte de características inespecíficas.

Caso clínico

Os autores apresentam o caso clínico de uma mulher de 80 anos, com história recente de zona no membro inferior que se apresenta ao SU com queixas de miodesópsias do olho esquerdo (OE), de agravamento progressivo desde há cerca de 6 semanas. Ao exame oftalmológico apresentava melhor acuidade visual corrigida (MAVC) OE de 5/10, discreta reacção de câmara anterior com alguns precipitados queráticos finos e sem defeito pupilar aferente. A fundoscopia revelava vitrite moderada associada a dois focos de retinite temporal e a áreas de embainhamento arteriolar do pólo posterior, estando ausentes cicatrizes coriorretinianas antigas, hemorragias retinianas, edema macular ou áreas de retinite ou de necrose da retina periférica. O disco óptico (DO) não apresentava edema, hiperemia ou hemorragias. A doente foi então submetida a OCT, a angiografia fluoresceínica (AGF), radiografia de tórax, ressonância magnética das órbitas e cranioencefálica, e colheu estudo analítico para despiste de patologia sistémica. O olho adelfo (pseudofáquico, com MAVC 10/10) não apresentava alterações aparentes ao exame oftalmológico inicial; contudo, uma semana após a observação inicial, verificou-se o aparecimento de uma área de retinite e vasculite arteriolar focal localizadas no pólo posterior do olho direito. O estudo sistémico e imagiológico efectuado não revelou alterações. A AGF confirmou a presença de impregnação e difusão na área dos focos vasculíticos arteriolares, bem como a ausência de difusão macular e do DO. Nesta sequência, procedeu-se a biópsia vítrea cujo resultado revelou ser negativo para células malignas linfóides. Dado o contexto clínico e resultados obtidos colocou-se a hipótese de se tratar de uma forma não necrotizante de retinite e vasculite arterial de provável etiologia herpética. Iniciou terapêutica com valaciclovir oral, com desaparecimento consequente das áreas de retinite em ambos os olhos apenas sob tratamento anti-vírico oral, associando-se posteriormente corticoterapia oral em esquema titulado.

Conclusão

As manifestações oftalmológicas de casos de retinite não necrotizante herpética podem ser extremamente desafiadoras uma vez que assumem um padrão inespecífico e extremamente raro. Neste contexto, um completo estudo etiológico deve ser encetado uma vez que estas variantes podem beneficiar de um reconhecimento e tratamento precoces.