

08:30 | 11:00 - Sala Lince

Mesa: Eduardo Conde, Ferreira Pinto, Olga Berens

PO162- 10:55 | 11:00**UVEÍTE TUBERCULOSA NA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA**

Rita Gonçalves; Carlos Menezes; José A. Lemos; Bruna Vieira; Josefina Serino; Pedro Rodrigues; Paula Tenedório (Hospital Pedro Hispano)

Introdução

Recentemente tem aumentado o interesse na uveíte por tuberculose (TB), devido ao aumento global da incidência da TB nos últimos anos, sobretudo em doentes imunocomprometidos. Em Portugal, em 2011, a incidência de TB foi de 23/100 000 habitantes, constituindo um país de incidência intermédia. A infecção pelo VIH é, de longe, o factor de risco mais importante para o desenvolvimento de TB activa.

Métodos

Descrição de um caso clínico.

Resultados

Homem, 34 anos, saudável. Recorreu à urgência por hipovisão no olho esquerdo (OE) com 2 semanas de evolução. À apresentação a acuidade visual (AV) era 10/10 no olho direito (OD) e 1/10 no OE, com sinais de uveíte anterior e vitrite no OE. Realizou angiografia fluoresceínica que mostrou bilateralmente sinais de vasculite de pequenos vasos, isquemia vascular periférica com neovascularização associada, e focos multifocais de coroidite, e no OE papilite e edema macular. A investigação sistémica foi positiva para VIH, sem alterações na radiografia pulmonar, prova de Mantoux anérgica e IGRA negativo, pesquisa de *M. tuberculosis* negativa no lavado brônquico, na hemocultura e no humor aquoso. Pelo quadro sugestivo de panuveíte por TB iniciou tratamento empírico. O doente melhorou progressivamente a AV e os sinais de inflamação. Cumpriu 12 meses de tratamento anti-TB com recuperação completa da AV e sem recorrência da inflamação nos 6 meses depois.

Conclusão

Os doentes com VIH têm um risco acrescido de desenvolver TB ocular e o diagnóstico pode ser desafiante perante testes diagnósticos que são frequentemente negativos devido a anergia.

A uveíte posterior é a forma mais comum de TB ocular. As manifestações incluem tubérculos coróides (que sugerem disseminação hematogénica do bacilo), coroidite e vasculite retiniana (que são comumente o resultado de hipersensibilidade imune).

O diagnóstico de UTB é muitas vezes presuntivo, dado a pesquisa do bacilo nos tecidos oculares ser frequentemente negativa, por poder resultar de reacções de hipersensibilidade tardia na ausência do agente infeccioso. Para além disso, a ausência de TB sistémica não exclui TB ocular. Assim, o diagnóstico de UTB deve assentar na exclusão de outras etiologias, em sintomas e sinais consistentes com TB, em prova de Mantoux e achados na radiografia torácica positivos, na evidência de *M. tuberculosis* nos tecidos oculares, e na resposta empírica a tratamento anti-TB. O tratamento anti-TB administrado durante 9 a 12 meses é altamente eficaz e ajuda a reduzir recorrências.

A excelente resposta à terapia anti-TB verificada neste caso parece justificar o tratamento empírico com base num elevado índice de suspeita clínica de UTB, especialmente em doentes de risco elevado.

Bibliografia

Gupta V, Gupta A, Rao NA. Intraocular tuberculosis-an update. *Surv Ophthalmol*. 2007 Nov-Dec;52(6):561-87.

Varma D et al. Tuberculosis: an under-diagnosed aetiological agent in uveitis with an effective treatment. *Eye (Lond)*. 2006 Sep;20(9):1068-73.