

14:30 | 16:30 - Sala Lince

Mesa: Augusto Candeias, Pedro Cruz Silva, Miguel Lume

PO169- 15:00 | 15:05**COROIDITE MULTIFOCAL SEM PANUVEÍTE**Paula Bompastor Ramos; João Rosendo; João Carvalho; Keissy Sousa; Antónia Pepo; Augusto Candeias
(Hospital Espírito Santo de Évora)**Introdução**

A Coroidite Multifocal (MFC) é uma condição inflamatória idiopática de etiologia desconhecida que afecta o epitélio pigmentar da retina (EPR), retina e coróide. Caracteriza-se por lesões amarelo-esbranquiçadas localizadas no polo posterior, região peri-papilar e média-periferia, associadas a vitrite e graus variáveis de inflamação do segmento anterior. A maioria dos doentes tende a ter episódios recorrentes de inflamação que podem envolver a visão central ou periférica, sendo as complicações mais frequentes responsáveis por perda da acuidade visual (AV), a membrana neovascular e o edema macular cistóide. Os autores apresentam um caso clínico de MFC, alertando para a importância do diagnóstico diferencial e tratamento atempado.

Material e métodos

Consulta do processo clínico, observação do doente e análise dos exames complementares de diagnóstico.

Resultados

Doente do sexo masculino, 39 anos de idade, míope, com antecedentes de escotoma central do OE desde 2006. Sem antecedentes pessoais e familiares de relevo. Recorreu ao Serviço de Urgência em 2009 por um quadro de escotoma paracentral do OD, de agravamento progressivo, metamorfópsias e fotópsias, com uma semana de evolução. Não apresentava sintomatologia sistémica associada. À observação apresentava uma MAVC OD 9/10- e OE 0,5/10, sem reacção celular na câmara anterior ou vitrite. Na fundoscopia observava-se lesões amarelo-esbranquiçadas peri-maculares do OD e lesões maculares e peri-maculares do OE de aspecto cicatricial. A angiografia fluoresceínica (AF) mostrou lesões hipofluorescentes numa fase inicial com staining tardio no OD e defeitos de transmissão no OE. A angiografia com verde de indocianina (ICG) revelou várias lesões hipofluorescentes ODE. No OCT as lesões apresentavam-se como elevações do EPR. Da avaliação analítica destacava-se VDRL negativo, Ac. Anti-toxoplasma negativo, ECA 28,7 U/L. Apresentava uma prova de mantoux negativa e Rx tórax sem alterações. Foi colocado o diagnóstico de Coroidite Multifocal e medicado com corticosteróide tópico e oral. Verificou-se melhoria clínica e imagiológica das lesões.

Conclusão

O diagnóstico de MFC é de exclusão, pois outras condições como a sarcoidose, sífilis e tuberculose podem apresentar lesões de aspecto semelhante. Existe potencial para ambiguidade diagnóstica porque é possível que olhos com MFC possam apresentar períodos prolongados sem actividade inflamatória aparente. O prognóstico visual é reservado devido às complicações associadas com a inflamação crónica e recorrente. O diagnóstico precoce e o início da terapêutica imunossupressora atempada é fundamental para uma diminuição do risco das complicações do polo posterior.

Bibliografia:

Thorne JE, Wittenberg S, Jabs DA, et al. Multifocal choroiditis with panuveitis, incidence of ocular complications and loss of visual acuity. *Ophthalmology*. 2006; 113(12): 2310-2315