

08:30 | 11:00 - Sala Lince

Mesa: João Figueira, Joaquim Sequeira, Miguel Amaro

PO89 - 10:20 | 10:25**SÍNDROME DE EFUSÃO UVEAL IDIOPÁTICA**

João Pedro Marques; Ricardo Araújo; Isabel Pires; Maria Luz Cachula; João Figueira; Rufino Silva
(Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução

A síndrome de efusão uveal (SEU) caracteriza-se por uma acumulação anómala de fluido no espaço supracoroideu. O resultante ingurgitamento/espessamento da coróide pode culminar em descolamento da coróide e rotura da barreira hemato-retiniana externa, com consequente acumulação de líquido subretiniano e descolamento de retina (DR) seroso secundário. A SEU pode ser classificada em duas formas: (1) nanofáltica/hipermetrópica e (2) idiopática. O diagnóstico implica, contudo, exclusão de múltiplas doenças oculares ou sistémicas de etiologia inflamatória, traumática, tumoral ou auto-imune que se sabe estarem associadas a efusão uveal e/ou DR seroso. O curso clínico é geralmente pautado por exacerbações/remissões que cursam com queixas de variação da acuidade visual (AV) devido à acumulação crónica de fluido submacular e a alterações secundárias do epitélio pigmentar da retina. Pretende-se apresentar um caso de SEU idiopática com completa resolução do quadro após tratamento com glucocorticóides.

Material e métodos

Análise retrospectiva dos registos clínicos e exames complementares de diagnóstico efetuados durante a abordagem diagnóstica e terapêutica do doente.

Resultados

Doente do sexo masculino de 68 anos de idade, com antecedentes sistémicos de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Como antecedentes oftalmológicos destaca-se a realização de cirurgia de catarata bilateral há mais de 5 anos. Recorre à consulta por queixas de diminuição da AV à direita com cerca de 1 mês de evolução, não associada a traumatismo, dor ou olho vermelho. O exame oftalmológico revela uma melhor AV corrigida (MAVC) de 20/25 à direita e 20/20 à esquerda, sem alterações significativas à biomicroscopia e com uma pressão intraocular (PIO) de 12mmHg à direita e 16mmHg à esquerda. No exame fundoscópico do olho direito constata-se descolamento de coróide a 360° associado a DR inferior, bem como sinais de retinopatia diabética não proliferativa ligeira. O doente realizou de imediato angiografia fluoresceínica, tomografia de coerência ótica e retinografia. Foi pedido hemograma com leucograma, bioquímica, provas tiroideias e eletroforese das proteínas do sangue e urina, cujos resultados foram normais. Foi feito o diagnóstico de SEU idiopática e o doente iniciou tratamento com 64mg/dia de Metilprednisolona em desmame gradual. Nas consultas de seguimento observou-se uma melhoria progressiva do estado clínico com resolução completa do descolamento de coróide e do DR ao fim de 4 meses de evolução. À data da última consulta, o doente apresentava uma MAVC de 20/20 bilateralmente, sem evidência de descolamento de coróide ou retina.

Conclusão

A SEU idiopática constitui um diagnóstico de exclusão em doentes com descolamento cílio-coroideu aneliforme associado a DR não-regmatogénico, PIO normal e segmento anterior sem sinais de inflamação. O caso apresentado mostrou uma boa resposta à corticoterapia com completa resolução do quadro clínico e restabelecimento da AV.