



PO9

UVEÍTE ANTERIOR BILATERAL NO CONTEXTO DE MENINGITE

Sérgio Gomes Monteiro¹, Vasco Pinto Miranda², Luís Oliveira²

(¹Hospital Infante D. Pedro - Centro Hospitalar do Baixo Vouga; a realizar o Complemento de Formação no Hospital Geral Santo António - Centro Hospitalar do Porto, ²Hospital Geral Santo António - Centro Hospitalar do Porto)

Introdução:

A associação de inflamação meníngea e intra-ocular constitui um quadro clínico relativamente incomum, classicamente descrito como síndrome uveo-meníngeo. A etiologia é diversa e pode ser dividida em causas infecciosas (vírica, bacteriana, micobacteriana), inflamatórias/auto-imunes (sarcoidose, Behçet, Vogt-Koyanagi-Harada, LES, AR), desmielinizantes (EM) e neoplásicas (linfoma, doença metastática, síndrome paraneoplásico). O objectivo deste trabalho é relatar a abordagem diagnóstica e terapêutica de um paciente com esta apresentação clínica.

Material e Métodos:

Doente do sexo masculino, 59 anos, sem antecedentes médicos relevantes, recorre ao Serviço de Urgência com quadro de cefaleia hemicraneana direita intensa e febre (Tax>38°C) com 7 dias de evolução, associada a rubor ocular, fotofobia e diminuição subjetiva da acuidade visual bilateral com 3 dias de evolução. O exame neurológico era normal, sem sinais meníngeos. Ao exame oftalmológico apresentava uma melhor acuidade visual corrigida (MAVC) OD 6/10 e OS 7/10, hiperemia conjuntival ciliar bilateral com presença de células 2+ na câmara anterior (CA) e sinéquias posteriores. A fundoscopia revelou edema dos discos ópticos (escala de Frisen: estadio 3 OD e 2 OS). Foi colhido estudo analítico e cultural sanguíneo e realizada punção lombar (PL) com estudo analítico, citoquímico, serológico e cultural. Foi também realizada Tomografia Computorizada Torácica (TC-T), Ressonância Magnética Cerebral (RMN), Tomografia Óptica Computorizada (OCT) e Angiografia Fluoresceínica (AF).

Resultados:

A PL apresentou pressão de abertura normal. O exame do líquido revelou pleocitose de predomínio mononuclear, com glicose e proteínas normais; o estudo cultural, serológico foi negativo. O estudo cultural sanguíneo foi negativo e o estudo analítico mostrou aumento dos marcadores inflamatórios, com ECA, VDRL, TPHA e Quantiferon TB-Gold negativos. A TC-T e RMN cerebral não tinham alterações relevantes. O OCT evidenciou o edema dos discos ópticos. O doente foi internado e medicado empiricamente com Ceftriaxone e Ampicilina em doses meníngeas e acetato de prednisolona 1%,tropicamida 1% tópicas, apresentando evolução favorável com redução dos marcadores inflamatórios, apirexia e melhoria dos sintomas. Ao 12º dia de Internamento teve alta com uma MAVC OD 8/10 e OS 10/10, sem células na CA, com lise das sinéquias posteriores e edema do disco óptico estadio 1 de Frisen ODE. Ao 2º mês após a alta apresenta-se assintomático, sem sinais de inflamação intra-ocular e com uma AF normal.



Conclusão:

A abordagem de um paciente com quadro de meningite e uveíte tem que ser multi-disciplinar, com abordagem etiológica dirigida para as causas mais prováveis e potencialmente mais graves, consoante a história clínica. Nos casos com estudo etiológico negativo e ausência de cronicidade ou recidiva da inflamação intra-ocular, pode ser considerado o diagnóstico de uveíte estéril reativa.