



## GLAUCOMA, SUP. OCULAR EXTERNA

14:30 | 16:30 - Sala Delfim

Mesa: Fernando Trancoso Vaz, Miguel Ribeiro, Luís Torrão

### PO176- 14:45/14:50

#### RETINITE BILATERAL EM DOENTE IMUNOCOMPROMETIDO

Joana Portelinha, Ana Almeida, André Marques, Marta Guedes  
(Hospital de Egas Moniz, CHLO)

#### Introdução:

A toxoplasmose ocular é a causa mais comum de uveíte posterior infecciosa, sendo apenas ultrapassada pela retinite por CMV em doentes HIV positivos. Estes doentes podem ter apresentações atípicas, como grandes áreas confluentes de necrose retinocoroideia ou lesões bilaterais activas, sendo o diagnóstico fundoscópico difícil.

Material e Métodos: Apresentação de caso clínico.

#### Resultados:

Doente sexo masculino, 48 anos, caucasiano, com diagnóstico de Linfoma Não-Hodgkin difuso de grandes células desde 2013, submetido a quimioterapia que suspendeu em Fevereiro de 2014 tendo sido verificada hipogamaglobulinemia marcada após o fim do tratamento. Diagnóstico de colite a CMV com antigenemia positiva e cargas virais elevadas em Junho de 2014 pelo que inicia ganciclovir endovenoso. Por neutropenia, inicia dose infra-terapêutica de valganciclovir que suspende após 6 semanas de tratamento. Três dias após a suspensão do valganciclovir inicia quadro de cefaleias e visão turva ODE. A acuidade visual do OD é de 7/10 e do OE de contagem de dedos e verifica-se uma panuveíte bilateral com retinite extensa do pólo posterior, peripapilar no OD e afectando a mácula no OE. É feito o diagnóstico presuntivo de retinite a CMV e inicia valganciclovir em dose de indução. Dois dias depois e por agravamento do quadro (AV OD 4/10), é internado no serviço de Infeciologia e inicia ganciclovir endovenoso em dose de indução. Por haver envolvimento bilateral da zona 1 e por ausência de melhoria, opta-se por iniciar ganciclovir intravítreo no OE. Seis dias após o internamento na Infeciologia, é pedida serologia HIV 1 e 2 que se revelou positiva, com contagem diferencial de 15 células CD4+. Realiza ainda RNM-CE onde se observam múltiplos focos de encefalite compatíveis com toxoplasmose cerebral pelo que inicia terapêutica anti-toxoplásmica com pirimetamina e sulfadiazina e é realizada PCR do humor aquoso (HA) para CMV e *T.gondii*. A PCR para *T.gondii* é fortemente positiva pelo que se interrompem as injeções intravítreas com ganciclovir. No entanto, 10 dias após início de terapêutica anti-toxoplásmica e apesar de uma discreta melhoria da AV OD e do aspecto das lesões ODE, opta-se por iniciar terapêutica intravítrea concomitante com clindamicina e terapêutica subconjuntival com dexametasona por se manter envolvimento do disco óptico do OD e da fóvea do OE.

#### Conclusões:

A serologia HIV 1 e 2 é obrigatória na presença de retinite ainda que com quadro paralelo justificativo de imunossupressão. A PCR do HA é um método de diagnóstico seguro, rápido e que se revelou fundamental no diagnóstico diferencial deste caso. A terapêutica intravítrea com ganciclovir ou clindamicina é uma alternativa segura a ter em conta perante quadros graves de coriorretinite/retinite. Uma abordagem multidisciplinar diária é fundamental na presença de imunossupressão marcada.