

**GERAL, SUP. OCULAR EXTERNA**

17:00 | 18:00 - Sala Lince

Mesa: Pedro Afonso, Marta Macedo, Ana Miguel Quintas

**PO50- 17:00/17:05**

## **MADAROSIS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE ALOPÉCIA AREATA**

Ana Inês Gonçalves, Filomena Pinto, Walter Rodrigues, Manuel Monteiro-Grillo  
(Hospital de Santa Maria - Chln)

### **Introdução**

A madarosis pode ser a manifestação inicial de patologias locais ou sistémicas que podem por em risco a visão ou mesmo a vida. Ocorre através de duas vias patogénicas: cicatricial e não-cicatricial, sendo que neste último caso existe potencial de novo crescimento dos cílios. Pode ainda ocorrer como um achado isolado ou combinado com perda de pelos noutras regiões. Assim, a etiologia da madarose inclui doenças dermatológicas, infecciosas, endócrinas, neoplásicas, auto-imunes, relacionadas com fármacos, congénitas e traumáticas. A alopecia areata (AA), por sua vez, é uma doença auto-imune comum, mediada por células T, que resulta na perda parcial ou total de pêlos, ocorrendo em crianças em 11-20% dos casos. Afecta sobretudo o escalpe e o seu padrão clínico mais comum consiste em múltiplas áreas dispersas de ausência de pêlos, sem lesões cutâneas subjacentes. Os casos de envolvimento periocular exclusivo são raros. Quando a doença é limitada e de curta duração pode ocorrer remissão espontânea em até 80%, não sendo necessária terapêutica. Nos restantes casos, o tratamento de primeira linha é feito com corticosteróides tópicos.

### **Objectivos**

Salientar através de um caso clínico a importância do achado de madarosis ao exame objectivo oftalmológico e seu diagnóstico diferencial, bem como o papel relevante do oftalmologista no diagnóstico de patologias sistémicas.

### **Material e métodos**

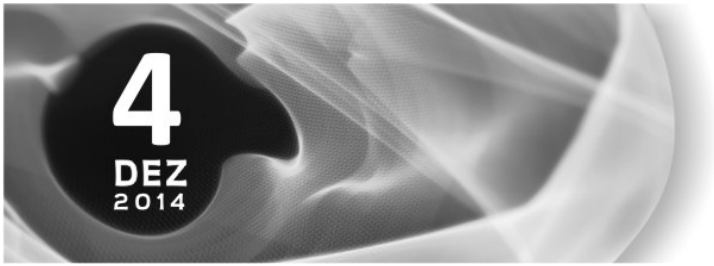
Descrição de caso clínico: rapaz de 13 anos, com antecedentes pessoais de atopia, observado no Serviço de Urgência de Oftalmologia por prurido ocular e queda de cílios. Ao exame objectivo destaca-se: acuidade visual ODE – 10/10; biomicroscopia – madarosis OE, sem sinais inflamatórios ou infecciosos palpebrais; hiperémia conjuntival discreta, sem sinais evidentes de conjuntivite alérgica; mancha despigmentada peribucal; fundoscopia sem alterações a nível do pólo posterior e média periferia.

### **Resultados**

Iniciou terapêutica com anti-histamínico e corticoide tópicos por provável madarosis associada AA, diagnóstico posteriormente confirmado em consulta de dermatologia.

### **Conclusões**

- A deteção de madarosis deve levar a uma investigação para excluir os vários diagnósticos diferenciais e chegar a uma conclusão etiológica. Geralmente o diagnóstico é clínico.
- A AA é uma doença comum e de diagnóstico geralmente simples, embora o sucesso terapêutico possa ser difícil de atingir.
- Pode afectar o indivíduo na infância/adolescência, durante a construção da sua imagem corporal, com todas as consequências psicossociais e comportamentais que daí podem advir e que devem ser tidas em conta em qualquer regime terapêutico.
- Existe pouca evidência científica relativa ao melhor esquema terapêutico em crianças, sendo a corticoterapia tópica a primeira linha.
- O oftalmologista pode detetar o primeiro sinal de doença sistémica a partir de um exame oftalmológico cuidado e completo.



## POSTERS

57 CONGRESSO PORTUGUÊS DE  
OFTALMOLOGIA  
SOCIEDADE PORTUGUESA DE OFTALMOLOGIA  
TIVOLI MARINA VILAMOURA

**GERAL, SUP. OCULAR EXTERNA**

17:00 | 18:00 - Sala Lince

Mesa: Pedro Afonso, Marta Macedo, Ana Miguel Quintas

