



CÓRNEA

08:30 | 10:45 SALA HIDRA

Mesa: Nuno Alves, Tatiana Gregório, Miguel Gomes

09:40

CL44- PERFIL CLÍNICO E MICROBIOLÓGICO DAS ÚLCERAS DE CÓRNEA BACTERIANAS – COMO ESTAMOS EM PORTUGAL EM 2015?

Carla Sofia Ferreira¹, Luis Figueira², Nuno Moreira-Gonçalves¹, Raúl Moreira¹, Luis Torrão³, Fernando Falcão-Reis³
(¹Departamento de Oftalmologia, Hospital de São João, ²Departamento de Oftalmologia, Hospital de São João; Departamento de Farmacologia e Terapêutica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ³Departamento de Oftalmologia, Hospital de São João; Departamento dos Órgãos dos Sentidos, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto)

Introdução: O espectro clínico e microbacteriológico das úlceras de córnea (UC) é influenciado por factores geográficos e temporais. O início da sua terapêutica deve ser rápido e é, geralmente, empírico, antes de se obterem os resultados do isolamento do agente e susceptibilidade antibiótica, o que justifica a importância dos estudos epidemiológicos locais. Também os padrões de resistência aos antibióticos estão em mudança. Foi, portanto, nosso objectivo caracterizar o perfil microbacteriológico, factores de risco, tendências terapêuticas e resultados clínicos num centro terciário, durante os últimos 8 anos.

Material e Métodos: Foram incluídos todos os casos com UC e etiologia bacteriana suspeita, que foram seguidos em consulta no nosso hospital, desde Setembro de 2007 até Agosto de 2015. Foram obtidas colheitas para microbiologia e os pacientes foram tratados segundo um protocolo interno. Para a análise estatística, $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados: Foram incluídos 235 pacientes, com idade média de 50.01 ± 20.73 anos. Obtivemos uma taxa de positividade das culturas de 38.4%, com maior proporção de Gram-positivos (70.8%). Os agentes mais comuns foram *Staphylococcus aureus* (23.1%), *Corynebacterium macginleyi* (20.0%) e *Pseudomonas aeruginosa* (13.8%). A susceptibilidade às fluoroquinolonas foi de 97%, não sendo detectada tendência à sua diminuição. 95.7% dos casos apresentava factores de risco locais, sendo o traumatismo e o uso de lentes de contacto os mais comuns (28.9% cada), com diferentes distribuições por grupos etários e patogêneos ($p < 0.001$). Fluoroquinolonas tópicas foram iniciadas como primeira linha em 99%, em associação com aminoglicosídeos em 81.6%. Boa resposta inicial foi registada em 95.9%, mas 4.1% necessitam iniciar antibióticos fortificados, especialmente se o agente causal era *Pseudomonas* ($p = 0.021$). Bons resultados foram conseguidos em 81.8%, influenciados negativamente por queratopatia herpética e de exposição ($p < 0.001$), localização central ($p = 0.01$), presença de Tyndall ($p < 0.001$), edema de córnea ($p < 0.001$) e pior acuidade visual inicial BCVA ($p < 0.001$), mas não pelo isolamento de *Pseudomonas* ($p = 0.724$).

Conclusões: Os Gram-positivos foram os agentes mais frequentes, não sendo detectadas tendências a alterar a distribuição dos isolamentos ou emergência de espécies resistentes. A susceptibilidade aos antibióticos de primeira linha permaneceu alta, com boas respostas iniciais. Sugerimos uma abordagem mais agressiva aos casos de *Pseudomonas aeruginosa* ou aqueles que se apresentam com variáveis de risco ou clínicas associadas a mau prognóstico.