



**PO20 - IMPLANTE DE LIBERTAÇÃO PROLONGADA DE DEXAMETASONA NO EDEMA MACULAR CISTÓIDE SECUNDÁRIO À CORIORRETINOPATIA DE BIRDSHOT- REVISÃO DE 2 CASOS**

Filipe Isidro, Miguel Cordeiro, Pedro Simões, André Marques, Marta Guedes  
(Hospital de Egas Moniz)

**Introdução:** Apesar de rara, a Coriorretinopatia de Birdshot (CB) pode conduzir a perda significativa da acuidade visual (AV) e até à cegueira, acometendo preferencialmente indivíduos em idade jovem. A principal causa desta baixa da AV é o Edema Macular Cistóide (EMC) secundário, complicação muito frequente no curso desta patologia. O tratamento e controlo da CB passam por uma imunossupressão sistémica eficaz sendo preferencial o uso de agentes poupadores de corticóides, já que se preconiza uma utilização prolongada de corticoterapia na grande maioria dos casos. Apesar do controlo bem sucedido da doença inflamatória coroideia com a imunossupressão sistémica, muitos doentes podem beneficiar de tratamento anti-inflamatório intraocular adicional para a reversão completa do EMC associado.

**Material e Métodos:** Os autores passam a descrever dois casos de CB em que foi necessária a administração de implante intravítreo de libertação prolongada de dexametasona (Ozurdex®) para o controlo do EMC secundário.

**Resultados:** Ambos os doentes apresentavam quadro de uveíte posterior compatível com CB e HLA-A29 positivo. Observava-se ainda EMC secundário, bilateral num caso e unilateral no outro. Foi iniciada, em ambos os casos, imunossupressão sistémica com Ciclosporina (CSA) na dose de 3-5 mg/Kg/dia assim como Prednisolona p.o. em desmame lento. Verificou-se desenvolvimento de HTA secundária nos dois casos tendo sido necessária adição de terapêutica antihipertensora num caso e a interrupção de CSA com início de metotrexato (MTX) no outro. Em ambos foi mantida prednisolona de 5 mg/dia por agravamento sintomático subsequente na tentativa de interrupção completa da corticoterapia. Por se estar na dose máxima de CSA num caso (já com HTA secundária) e por ter sido detectada neoplasia mamária com necessidade de quimioterapia no caso em que se optou pelo MTX, o tratamento intraocular do EMC com implante intravítreo de libertação prolongada de dexametasona pareceu uma opção segura para ambos os doentes. Em ambos os casos houve recuperação significativa da AV com reversão completa do EMC. Num dos casos houve, porém, necessidade de reinjeção bilateral aos 6 meses após implante por recidiva do EMC, com nova resposta terapêutica completa após reinjeção. Não se observou desenvolvimento de HTO ou de catarata visualmente significativa em nenhum caso.

**Conclusões:** Apesar de ser imperativo o controlo da patologia inflamatória coroideia subjacente com imunossupressão sistémica, a utilização de um implante intravítreo de libertação prolongada de dexametasona (Ozurdex®) parece ser uma opção terapêutica eficaz e segura no controlo de EMC secundário à CB, causa importante da baixa de AV verificada nestes doentes. Nestes casos, é de prever que haja necessidade de reinjeção aos 6 meses por recidiva do edema macular.