



PO23 - ESCLERITE NECROTIZANTE BILATERAL E UVEÍTE PRESUMIVELMENTE SECUNDÁRIA À IMUNOTERAPIA INTRAVESICAL COM BCG, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Angélica Barros¹, Isabel Lopes-Cardoso¹, Jacinta Campos², Teresa Painhas¹, Miguel Ruão¹, João Chibante-Pedro¹
(¹Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, ²Serviço Cirurgia Vasculiar, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho)

Introdução: A esclerite é uma doença inflamatória crónica caracterizada por edema doloroso e infiltração das células da esclera e episclera. Associa-se geralmente a doenças autoimunes sistémicas. Apresenta-se um caso de esclerite necrotizante bilateral e uveíte do olho esquerdo, com provável relação com a imunoterapia intravesical com bacilo de Calmette-Guerin (BCG) para o tratamento do cancro da bexiga.

Material e Métodos: Análise do processo clínico de um homem de 79 anos de idade, que recorreu ao serviço de Urgência de Oftalmologia do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga por quadro de inflamação ocular bilateral com cerca de 2 meses de evolução.

Resultados: Homem de 79 anos de idade, com antecedentes de glaucoma de ângulo aberto, carcinoma renal papilar e carcinoma urotelial papilar de alto grau de malignidade, tratado com instilações de BCG intravesical durante cerca de 6 meses, que recorreu ao serviço de urgência por inflamação ocular bilateral com cerca de 2 meses de evolução. Ao exame oftalmológico inicial apresentava uma acuidade visual (AV) do olho direito (OD) de 6/10 sem correção (s/c), AV do olho esquerdo (OE) de 3/10 s/c; catarata bilateral; esclerite nodular no OD; uveíte anterior e escleromalácia com área adjacente de depósitos corneanos brancos no OE. Restante exame normal. O doente foi medicado com colírio de prednisolona (2/2h) e ciclopentolato bid e iniciou corticoterapia oral 1/mg/kg. Durante a evolução clínica constatou-se progressão da inflamação e escleromalácia necrotizante do OE, pelo que se suspendeu a corticoterapia oral e o tratamento intravesical com BCG e iniciou-se tratamento imunossupressor com ciclofosfamida oral (2mg/kg/dia). Constatou-se melhoria da inflamação de ODE, mas houve progressão da escleromalácia necrotizante do OE. O doente foi orientado para Medicina Interna para despiste de envolvimento extraocular vasculítico, mas o estudo imunológico não mostrou alterações significativas. Quase um ano depois, na TC abdomino-pélvica de seguimento devido aos carcinomas, foi detetado um aneurisma da aorta abdominal, que não existia no estudo de imagem prévio. O aneurisma foi interpretado como de provável causa infecciosa por *Mycobacterium bovis*, após inoculação pelo tratamento com BCG intravesical. O doente foi submetido a cirurgia de urgência e iniciou tratamento com tuberculostáticos. A boa resposta ocular ao tratamento confirmou a hipótese diagnóstica de infeção endógena por *Mycobacterium bovis*, com envolvimento ocular.

Conclusões: As infeções oculares após o tratamento com BCG intravesical no cancro da bexiga são raras e sabemos muito pouco sobre elas. Existem casos descritos na literatura de uveíte, panuveíte bilateral e endoftalmite após o tratamento com BCG intravesical. Assim, é importante ter em atenção as possíveis complicações sistémicas do tratamento com BCG intravesical.