

COROIDITE SERPIGINOSA-LIKE DE PROVÁVEL ETIOLOGIA TUBERCULOSA: RELATO DE CASO

CAMILA DIAS MEDEIROS¹; ANA FLÁVIA DIAS MEDEIROS²; GABRIELA FARIA LOPES² e DANIELLE LEAL CHAVES²

¹Instituto de Olhos Ciências Médicas

²Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) ocular é considerada uma entidade clínica rara causada pela infecção do bacilo *Mycobacterium tuberculosis* no olho. O tecido ocular mais comumente afetado pela TB é a úvea e uma das principais manifestações clínicas de uveíte relacionada à TB é a coroidite serpiginosa-like (CSL)¹. A CSL presumidamente tuberculosa se apresenta com inflamação envolvendo a retina, o epitélio pigmentar da retina (EPR) e a coróide. A lesão inicia-se na região peridiscal e dissemina centrifugamente em um padrão serpiginoso². Esta condição afeta principalmente adultos jovens e seu mecanismo de ação parece estar relacionado a uma reação de hipersensibilidade à presença de bacilos na coróide e no EPR^{3,4}. O diagnóstico da CSL tuberculosa é frequentemente presuntivo pela ausência de evidência definitiva (cultura, microscopia e/ou PCR), sendo baseado em alterações clínicas sugestivas de TB, teste positivo para infecção latente e resposta clínica à terapêutica antituberculosa (TAB)¹.

OBJETIVO

Relatar caso de coroidite serpiginosa-like (CSL) presumidamente tuberculosa.

RELATO DE CASO

Paciente de 40 anos apresentou quadro de baixa acuidade visual (AV) bilateral persistente. Refere contato com tuberculose (TB) pulmonar em 2016. Ao exame apresentava AV de 20/40 no olho direito (OD) e 20/50 no olho esquerdo (OE). Biomicroscopia sem alterações. Fundoscopia no OD apresentando lesão de coriorretinite atrófica com mobilização de pigmento peridiscal e em região macular sem sinais de atividade e OE com cicatriz atrófica foveal. A angiografia fluoresceínica evidenciou hiperfluorescência progressiva das margens. Raio-X de tórax sem alterações. Sorologias para toxoplasmose, HIV, hepatites, varicela, HTLV e sífilis negativas. Induração do teste tuberculínico (TT) de 20mm. Optado por iniciar tratamento específico para tuberculose utilizando a combinação de isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol durante dois meses, seguida de isoniazida e rifampicina durante seis meses. Paciente apresentou melhora gradativa do quadro e após seis meses de tratamento a AV no OD era de 20/30 e OE de 20/40.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

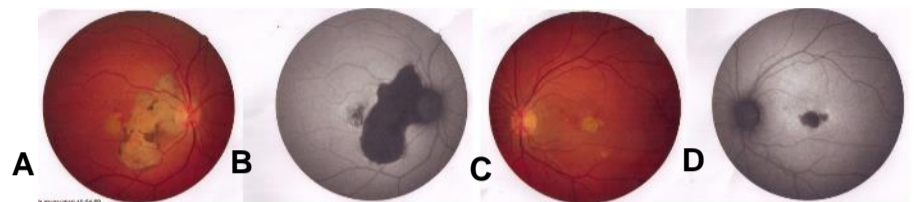
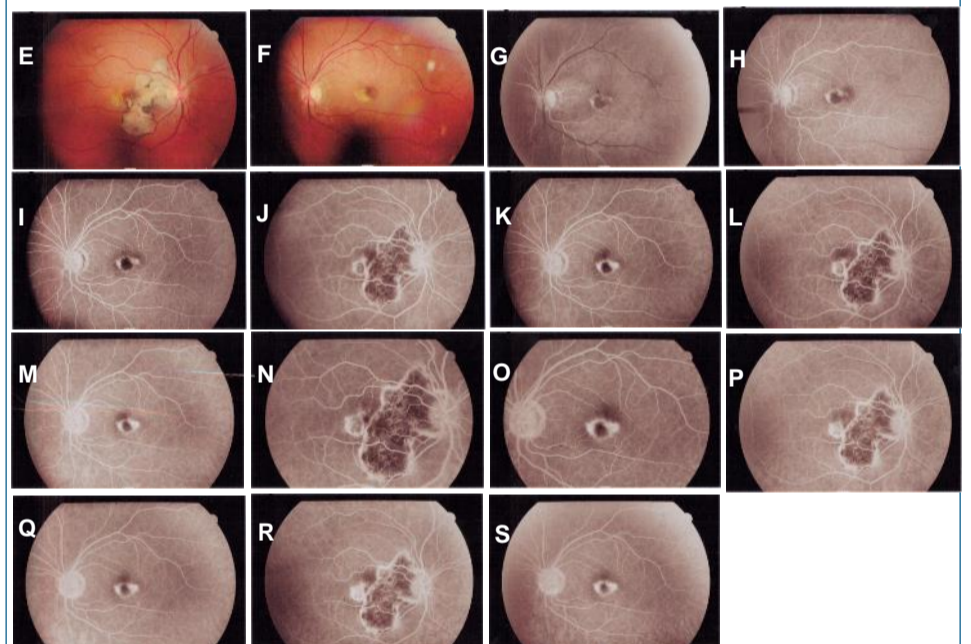


Figura A e C: retinografia mostrando lesão de coriorretinite atrófica com mobilização de pigmento em região peridiscal e macular (A) e cicatriz atrófica foveal (B);
Figura B e D: autofluorescência mostrando lesões atróficas;



Figuras E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S: angiografia fluoresceínica mostrando hipofluorescência central e hiperfluorescência nas margens das lesões peridiscal, macular e perifoveal.

CONCLUSÃO

O diagnóstico da CSL tuberculosa é frequentemente presuntivo pela ausência de evidência definitiva, sendo baseado em alterações clínicas sugestivas de TB, teste positivo para infecção latente e resposta clínica à terapêutica antituberculosa (TAB). Seu tratamento permanece controverso e as opções terapêuticas incluem tuberculostáticos, corticoterapia e/ou imunossupressores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portelinha J, Picoto M, Marques A, Isidro F, Guedes M. Tuberculose ocular presumida. Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, 2013;37:227-235.
2. Campos WR, Campos GS, Miranda SS. Tuberculose intraocular. Revista Brasileira de Oftalmologia, 2011;70(6):437-451.
3. Nunes FMS. Coroidite Serpiginosa e Coroidite Serpiginosa-Like presumidamente Tuberculosa [tese]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2014.
4. Gupta V, Bansal R, Gupta A. Continuous progression of tubercular serpiginous-like choroiditis after initiating antituberculosis treatment. Am. J. Ophthalmol. 2011;152(5):857-63.