

## E-PÔSTER

**Título:** CERATITE POR ACANTHAMOEBA BILATERAL EM PACIENTE USUÁRIA DE LENTE DE CONTATO

**Nome do(s) autor(es):** Laura Capitian<sup>1</sup>, Ricardo Nosé<sup>1</sup>, Germana Mariz<sup>1</sup>, Claudia Francesconi<sup>1</sup>, Walton Nosé<sup>1</sup>.

**Nome da instituição:** 1.Eye Clinic Day Hospital, São Paulo, Brasil.

**Palavras-chave:** Ceratite Bilateral, Acanthamoeba, Lente de contato

### Introdução

A ceratite em humanos foi descrita pela primeira vez em 1973, na Inglaterra e no Brasil, Nosé e cols descreveram os primeiros casos em 1988<sup>(1)</sup>. A associação entre o uso de Lente de Contato (LC) com ceratite por *Acanthamoeba* foi descrita em 1984<sup>(2)</sup>.

Inicialmente o principal risco descrito foi o uso de LC em ambientes com água contaminada. Já se demonstrou que a *Acanthamoeba* pode aderir-se às lentes de contato (novas e usadas) e estojos usados para na sua manutenção<sup>(3)</sup>.

O quadro clínico da doença, muitas vezes com curso grave, geralmente é unilateral e inespecífico, os sintomas clínicos isolados normalmente não são suficientes para identificar o agente causador da infecção.

Relataremos um caso de paciente usuária de lente de contato que apresentou infecção bilateral por *Acanthamoeba*.

### Relato de Caso

Paciente feminina, 19 anos, estudante, apresentava queixa de desconforto em ambos os olhos, pior em olho direito, há 4 dias. Estava em uso de lente de contato gelatinosa há 30 dias em uso contínuo em ambos os olhos (AO).

Procurou serviço oftalmológico de urgência, onde prescreveram antibiótico tópico de hora em hora, sem melhora do quadro. Na ectoscopia apresentava edema palpebral bilateral importante em AO.

Ao exame oftalmológico, apresentava acuidade visual (AV) com correção (CC) em olho direito (OD) de 20/400 e no olho esquerdo (OE) 20/150. Na biomicroscopia apresentava hiperemia conjuntival 4+/4+ e córnea com opacidade central estromal e difusa (FOTO 1). Solicitado Microscopia Confocal *in vivo* em AO. No exame, paciente apresentou presença de estruturas circulares, bem delimitadas, agrupadas e não agrupadas, hiperrefletivas com parede dupla (centro hiper-refletivo, anel hipo-refletivo e a segunda parede hiper-refletiva), sugestivas de cistos de *Acanthamoeba* em AO (FOTO 2).

Iniciou-se então tratamento de ceratite por *Acanthamoeba* em AO com polihexametilbiguanida 0,02% (2/2h), acetato de prednisolona 1% (12/12h) e isethionato de propamidine (8/8h). Paciente fez retornos diários para avaliações e no sétimo dia de tratamento apresentava AV CC OD: 20/100 e OE: 20/40p e na biomicroscopia apresentava no OD olho calmo, haze anelar com círculo em centro, presença de perineurite e no OE olho calmo, haze anelar central. Manteve acompanhamento com regressão dos colírios e no segundo mês de tratamento apresentava AV SC OD de 20/60 e OE: 20/40, na biomicroscopia apresentava somente discreta opacidade corneana em eixo visual (FOTO 3)e a seguinte refração:  
 OD -1.50 -1.25 175 Acuidade Longe: 20/20  
 OE -1.50 -1.00 180 Acuidade Longe: 20/20

### Relato de Caso

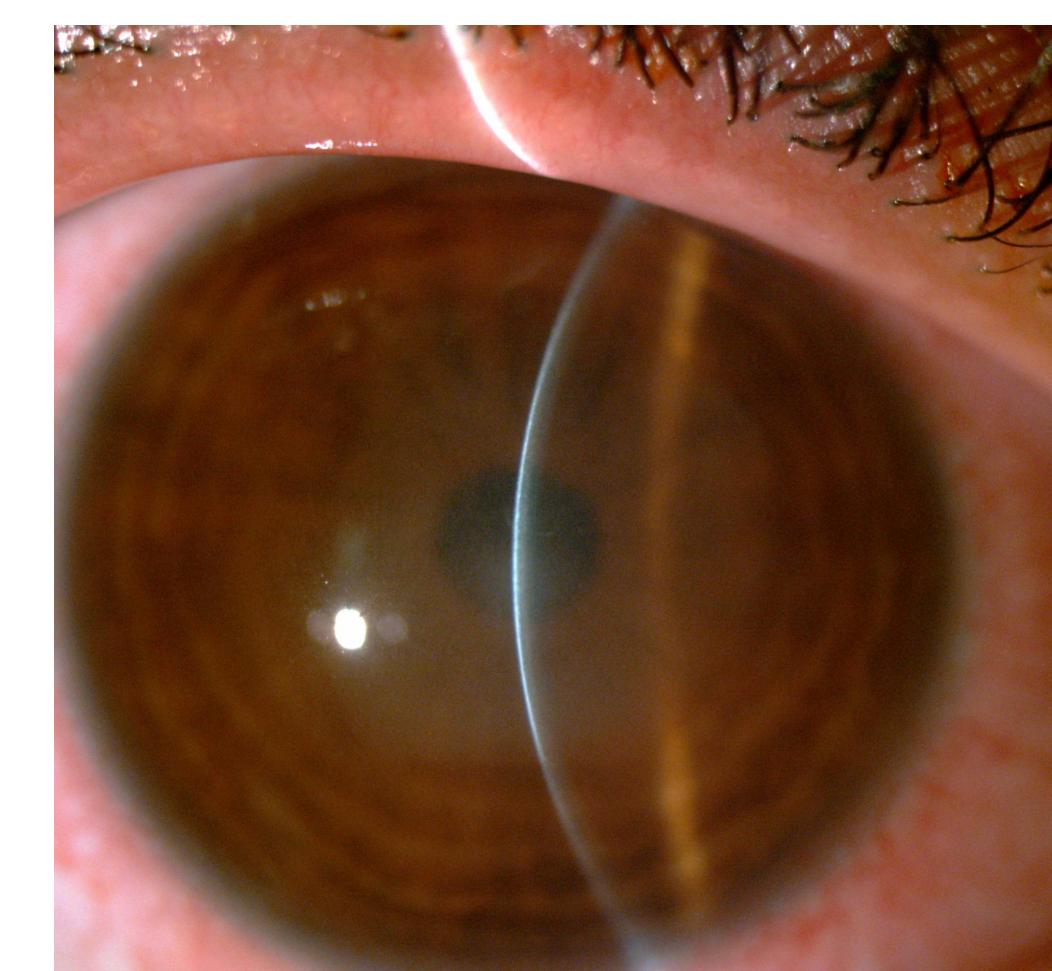


Foto 1

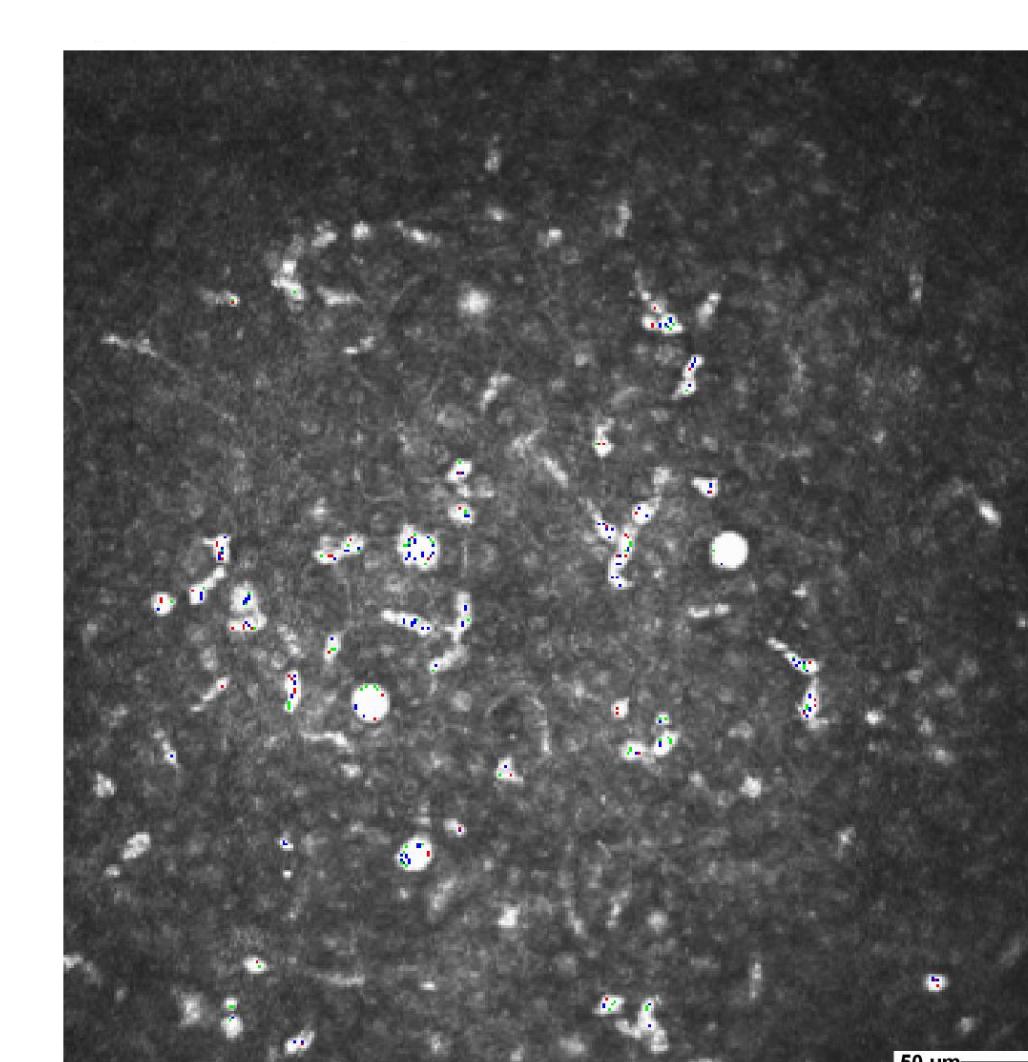
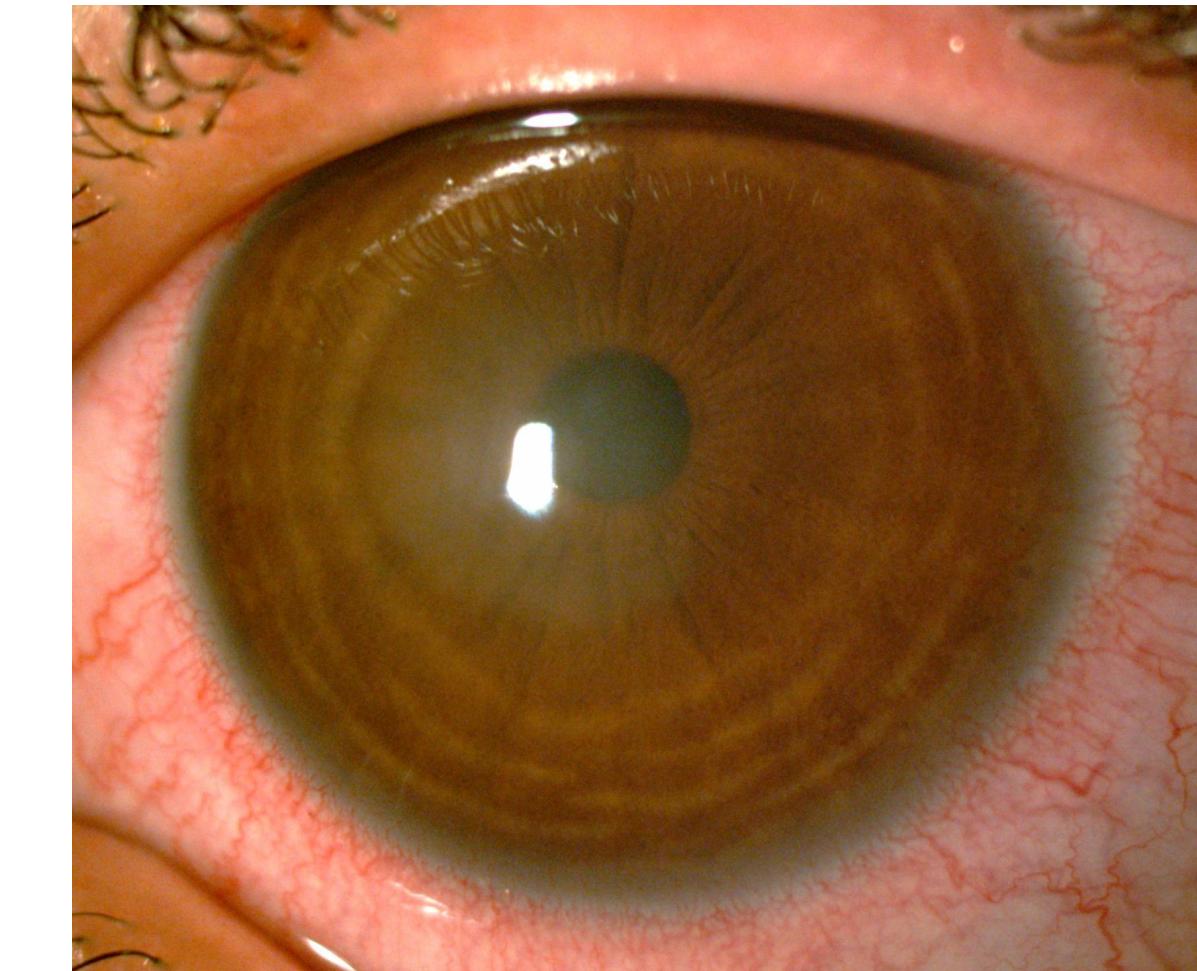
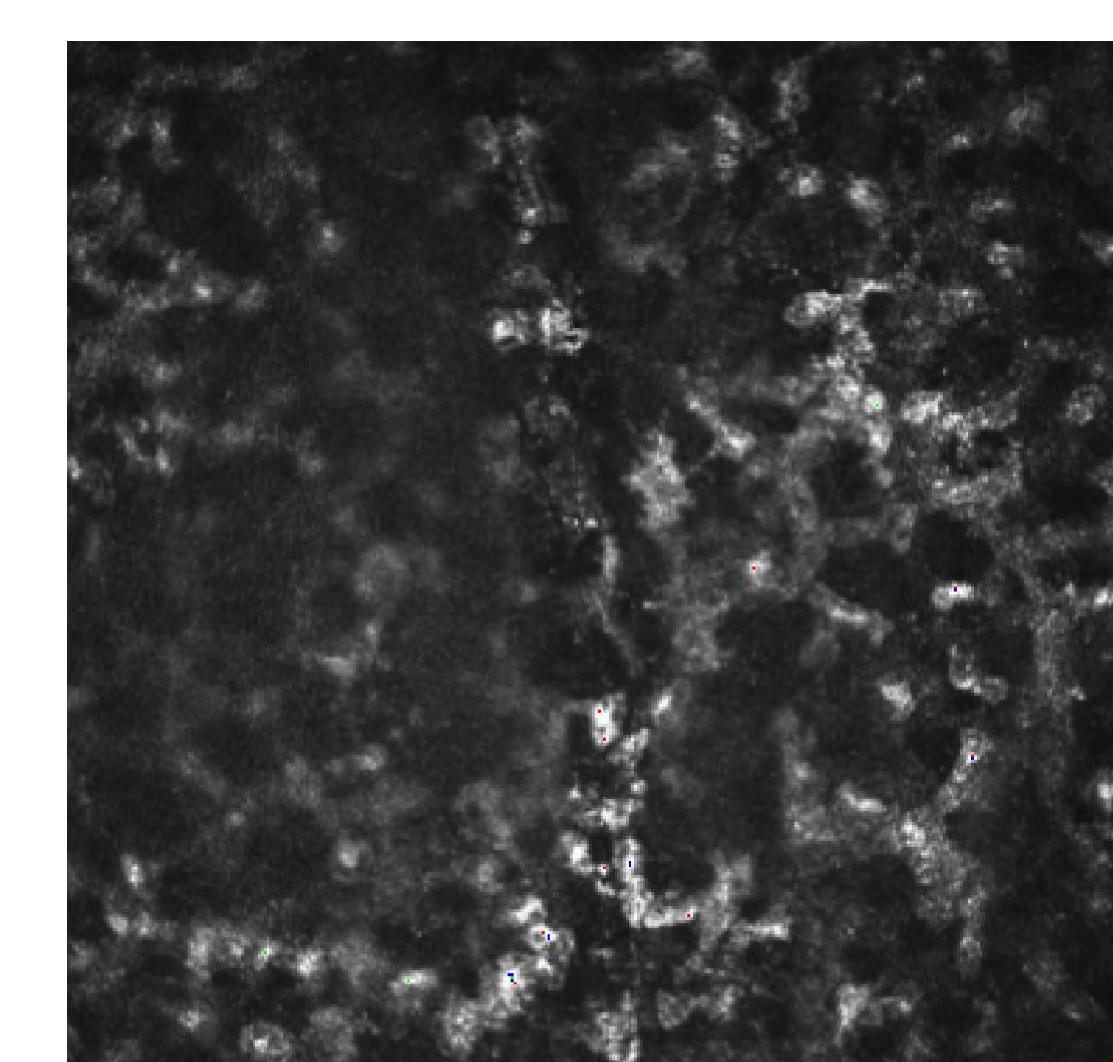


Foto 2



### Conclusão

O diagnóstico precoce é decisivo para o manejo terapêutico adequado e a eficácia do tratamento. A microscopia confocal tem importante utilidade prática na clínica oftalmológica, como ferramenta diagnóstica de patologias e infecções corneanas. Graças a esse exame foi possível iniciar precocemente o tratamento para a paciente que teve boa evolução do quadro. Portanto, para evitar quadros semelhantes é importante que o paciente tenha correta orientação quanto ao uso, higiene e armazenamento das LC.

### Referencias

1. Nosé W, Sato EH, Freitas D et al. Úlcera de córnea por *Acanthamoeba*: quatro primeiros casos no Brasil. Arq Bras Oftalmol 1988;51:223-6.
2. Moore MB, Mc Culley JP, Newton C et al. Acanthamoeba keratitis associated with soft contact lenses. Am J Ophthalmol 1985;103:396-403.
3. Abbot RL, Elander TR. Acanthamoeba Keratitis. In: Tasman W, Jaeger EA, eds. Duane Clinical Ophthalmology. Philadelphia: JB Lippincott, 1995;4:18

Os autores declaram não ter conflitos de interesse nesta apresentação.  
 lcapitian@gmail.com