



BRASCRS 2022

XIX Congresso Internacional de Catarata e Cirurgia Refrativa

XIII Congresso Internacional de Administração em Oftalmologia

III Curso de Auxiliares em Oftalmologia

25 A 28 DE MAIO | SALVADOR - BAHIA

E-PÔSTER

Título: RELATO DE CASO – CERATITE ULCERATIVA PERIFÉRICA: ÚLCERA DE MOOREN

Nome do(s) autor(es): *Leissa Ioranne Costa Gil de Sousa, Nina Coelho Leão, Mariana Souza Calheira Pereira, Leandro Sala Arruda, Felipe Cangussu Gatti Queiroga, Juliana Hosken Pires.*

Nome da instituição: *DayHorc Hospital de Olhos – Itabuna, BA.*

Palavras-chave: úlcera, córnea, perfuração.

Paciente masculino, 18 anos, com hiperemia ocular e dor em olho esquerdo sem melhora com uso de vigamox colírio. Esteve na emergência Hospitalar por conta de dor forte neste olho e foi feito uso de dipirona venosa sem alívio. Negava antecedentes pessoais e familiares. Informou episódios recorrentes de hiperemia ocular, pior em região periférica do olho esquerdo há cerca de 1 ano. Na admissão apresentava acuidade visual de olho direito (OD) (Plano = -0,50 x 180) 20/20 e olho esquerdo (OE) (Plano = -2,50 x 110) 20/40. À biomicroscopia, OD com opacidade corneana às 6h, sem sinais flogísticos e OE com fotofobia, hiperemia conjuntival, opacidades corneanas às 5h e 6h e afinamento corneano em periferia temporal que atingia o limbo e que não corava à fluoresceína. Sem reação de câmara anterior e a fundoscopia apresentava escavação aumentada de 0,8 em ambos os olhos e vasos e mácula sem alterações.

Com a hipótese diagnóstica de úlcera de Mooren foi prescrito acetato de prednisolona 1% colírio 4 vezes ao dia e prednisona 40mg via oral uma vez ao dia. Pensou-se nos diagnósticos diferenciais de degeneração marginal de terrien e ceratite ulcerativa periférica (PUK). Foram solicitados exames bioquímicos, parasitológico de fezes, Hepatite C e avaliação do reumatologista. Nos retornos o paciente apresentou melhora da dor e da hiperemia ocular. Com isso foi feita a redução gradativa do corticoide via oral e do colírio. Informou que passou no reumatologista. O acompanhamento foi mantido pelo risco de recidiva da lesão. A acuidade visual melhorou, inclusive, com redução do astigmatismo em olho esquerdo (OD: Plano = -0,25 x 105 20/20 /OE: Plano = -0,75 x 85 20/20). Cerca de 5 meses após

o paciente evoluiu com perfuração espontânea em local de afinamento corneano o que gerou hérnia uveal. Além disso retornou com exame de PPD positivo, mas sem sintomas respiratórios. Foi realizada paracentese, transplante conjuntival e correção da hérnia uveal. Paciente manteve acuidade visual de 20/20 com correção, nesse olho (OE: Plano = -1,25 x 90). Foi encaminhado para infectologista para investigação de PPD reator. Manteve o acompanhamento oftalmológico. Na suspeita de úlcera de Mooren é fundamental a realização de exames bioquímicos com as provas reumatológicas, pois é um diagnóstico de exclusão e idiopático. Inicialmente houve a suspeita de PUK (ceratite ulcerativa periférica), mas foi descartada quando a avaliação do reumatologista, com os exames, foi negativa, já que PUK é muito comum em associação com etiologias infecciosas e autoimunes. A suspeita clínica de Terrien também foi afastada pelas características clínicas da úlcera e pela melhora importante com o uso do corticoide, que fala a favor de Mooren.

