

LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COM QUEIXA DE REDUÇÃO DE ACUIDADE VISUAL

Douglas Alves Da Costa Canella (douglas.canella@hotmail.com)

Ágatha Oliveira Felice (agathaoliveira13@yahoo.com.br)

Lucas Rodrigues Santa Cruz (lucasrsantacruz10@gmail.com)

Lara Azambuja Canavarros (lara.canavarros@hotmail.com)

Igor De Almeida Balduino Leite (balduigor@gmail.com)

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença crônica, de natureza autoimune que pode afetar qualquer órgão ou tecido. Por isso a apresentação clínica e a presença de fenômenos autoimunes são heterogêneas entre pacientes e pode se modificar durante o curso da doença em um mesmo paciente. Os comprometimentos oculares mais frequentes do LES são: a Síndrome de Sjogren, a catarata associada ao uso de glicocorticoides e a toxicidade macular pela hidroxicloroquina. A vasculite retiniana, a uveíte e os exsudatos algodinosos isolados estão associados a um quadro de LES ativo. Além disso, os pacientes com LES estão susceptíveis à infecções por alteração do sistema imunológico pela própria doença e pelo tratamento com medicamentos imunossupressores. Dessa forma apresentamos o caso de paciente com lúpus eritematoso sistêmico com queixa de perda de acuidade visual cujo diagnóstico diferencial incluía toxicidade de medicamentos, atividade de doença e infecção ocular. Paciente do sexo feminino, 46 anos, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES) há 19 anos com comprometimento articular, cutâneo e renal tratados com pulsoterapia de metilprednisolona e ciclofosfamida com remissão do quadro renal e modificado o tratamento para hidroxicloroquina, azatioprina e redução progressiva da dose do corticoesteróide. Devido à leucopenia, a dose da azatioprina foi reduzida com melhora da contagem de leucócitos. Paciente começou a queixar-se de visão turva e reagudização do quadro renal. Foi aumentada dose de corticoesteróide e suspensa a hidroxicloroquina e solicitada uma avaliação oftalmológica. Essa avaliação evidenciou uma vitreíte com coriorretinite por toxoplasmose. Paciente foi tratada e com boa evolução do quadro ocular, mas optou-se por manter profilaxia para toxoplasmose com sulfametoxazol com trimetoprima, como também foi modificado o tratamento do LES com troca da azatioprina por micofenolato mofetil. Em LES, têm sido descritos casos de toxoplasmose ocular e ocular associada à sistema nervoso central de apresentações atípicas que dificultaram o diagnóstico diferencial com atividade do LES. No entanto, é importante lembrar que a atividade de doença ocular associada ao LES não é comum, ocorrendo

em menos de 5% dos pacientes com LES. Já a toxoplasmose ocular é a mais frequente etiologia infecciosa de um quadro de uveíte posterior, sendo a vitreíte a causa do embaçamento visual nas lesões ativas da doença.