

DOENÇA INFLAMATÓRIA IDIOPÁTICA DA ÓRBITA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Lívia Racquel F. Ázara

Erika Marques Demori

Ana Luiza M.S.Spolidoro

Flávia Dutra Mediano Dias

Doença Inflamatória Idiopática da Órbita : Um desafio diagnóstico

Livia Racquel F. Ázara¹; Erika Marques Demori¹; Ana Luiza M.S.Spolidoro¹,
Flávia Dutra Mediano Dias¹
Hospital Universitário Antônio Pedro¹

INTRODUÇÃO

Conhecida como pseudotumor de órbita, a doença inflamatória idiopática da órbita (DIIO) não tem relação com doenças sistêmicas. Se apresenta com dor orbitária, restrição de movimento, diplopia e proptose. É a terceira causa mais comum de doença orbitária, e representa cerca de 4,7 a 17,6% de todas as orbitopatias. A inflamação provavelmente, se desenvolve a partir de um gatilho infeccioso ou autoimune, mas a fisiopatologia ainda não é clara. É mais comum em adultos de meia idade, sem forte predileção por gênero ou raça. Os achados radiológicos variam de acordo com o subtipo anatômico da DIIO, com infiltração local ou difusa e captação de contraste nas fases mais agudas. Pode ocorrer a presença de alterações ósseas, como já visto em casos bem documentados de hiperostose das paredes adjacentes ao processo inflamatório. Em muitos casos, a biópsia orbitária é de suma importância para confirmar ou afastar outras possibilidades diagnósticas, entre elas se destacam as orbitopatias inflamatórias específicas, vasculares, neoplasias primárias, metástases, e celulites infecciosas. A principal linha de tratamento é a corticoterapia sistêmica, com uma dose inicial de 1,0 mg/kg/dia com redução progressiva lenta ao longo de semanas e meses. Objetiva-se ressaltar a dificuldade diagnóstica da DIIO, através do relato de caso de uma paciente jovem com quadro de orbitopatia aguda unilateral associada a manifestações oculares como dor ocular e proptose.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 42 anos, atendida no ambulatório geral de oftalmologia e encaminhada ao setor de oculoplastia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) com queixa de dor ocular e proptose do olho direito (OD) ipsilateral há 4 meses, e piora há 4 semanas. Aguardava consulta via SUS enquanto o quadro agudizava. Hipertensa em uso de Captopril, sem demais doenças prévias. Histórico de olho esquerdo (OE) de uveíte anterior há 1 ano com melhora após o uso de corticoterapia e ciclopegico tópico. Ao exame oftalmológico, acuidade visual sem correção 20/20 em ambos os olhos. Ectoscopia: OD - edema palpebral, proptose retração palpebral com presença de scleral show, motilidade ocular preservada; OE - sem alterações. Reflexos pupilares normais. Biomicroscopia: OD - com hiperemia conjuntival 3+/4+, quemose intensa, córnea transparente, câmara anterior formada com reação de câmara (RCA) 2+/4+, ceratite inferior; OE com leve hiperemia e RCA 1+/4+. Fundoscopia: sem alterações em ambos os olhos (AO). Pressão intra ocular de 12 mmHg em AO. Realizada investigação laboratorial, sob hipóteses de doenças linfoproliferativas, infecciosas ou granulomatosas. Exames: Hb 16,7; leucograma 18000; plaquetas 310000; IGG4 485,8 (Valor de referência: 69 a 888 mg/l); cálcio 10; glicose 89; PPD 0; RX de tórax sem presença de infiltrados.

Tomografia computadorizada de Órbitas: formação expansiva, hipodensa com discreto realce pelo meio de contraste, limites mal definidos, de aspecto infiltrativo no espaço mastigatório a direita, se estendendo para órbita e infiltrando a musculatura ocular extrínseca.

Ressonância magnética de órbita: Alterações sugestivas de orbitopatia inflamatória a direita, com comprometimento de músculos extrínsecos, glândula lacrimal, seio cavernoso, esfenóide, paquimeninge e músculo temporal.

Através do diagnóstico presuntivo de DIIO, a paciente foi tratada com prednisona oral 60mg/dia por 30 dias, seguida de desmame da medicação a cada 30 dias, tendo apresentado melhora significativa a partir da terceira semana de tratamento.

IMAGENS

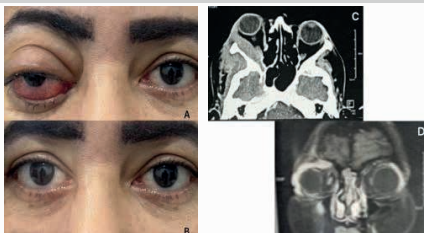


Figura 1. Inflamação Orbitária Idiopática. **A.** Apresentação clínica com proptose, edema e hiperemia de pálpebras e conjuntiva à direita. **B.** Aspecto após 4 semanas de tratamento com prednisona 60mg/dia. **C.** Tomografia Computadorizada do quadro inicial. **D.** Ressonância magnética de órbitas do quadro inicial.

CONCLUSÃO

A DIIO tem clínica variada e propedêutica inespecífica; é a terceira doença mais comum da órbita, após orbitopatias de Graves e linfoproliferativas. Como visto nesse caso, o diagnóstico é de exclusão e tem muitos diferenciais. Embora o curso da doença seja, frequentemente, benigno com remissão espontânea ou rápida resposta à terapêutica imunossupressora, raras vezes podem surgir complicações; para tanto o diagnóstico definitivo ainda permanece um desafio, mas é importante se considerar a hipótese desde a admissão em processos inflamatórios da órbita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weber AL, Romo LV, Sebatos NR. Pseudotumor of the orbit. Clinical, pathologic, and radiologic evaluation. Radiol Clin North Am. 1999;37(1):151-68 x 2. Kitei D, DiMario FJ, Jr. Childhood orbital pseudotumor: literature review. J Child Neurol. 2008;23(4):425-303. Yuen SJ, Rubin PA. Idiopathic orbital inflammation distribution, clinical features, and treatment. 2003;121(4):491-9