

## Panuveíte por sarcoidose: Um relato de caso



<https://doi.org/10.56238/sevened2023.007-035>

### Caroline D'Agostini Oliveira

Médica, Pontifícia Universitária Católica do Paraná  
Residente oftalmologia Hospital Angelina Caron  
E-mail: [carolinedagostinioliveira@hotmail.com](mailto:carolinedagostinioliveira@hotmail.com)

### Giovana D'Agostini Oliveira

Ensino superior incompleto  
Universidade Cesumar, Maringá  
E-mail: [gidagostini2001@gmail.com](mailto:gidagostini2001@gmail.com)

### Rafael Senff Gomes

Médico, Faculdade Pequeno Príncipe  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1674-7021>  
E-mail: [rafaelsenff@gmail.com](mailto:rafaelsenff@gmail.com)

### Nathalia Fengler Rodrigues

Médica, unicesumar  
Especializanda em oftalmologia, hospital Angelina Caron  
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0479-0962>  
E-mail [natyfengler@gmail.com](mailto:natyfengler@gmail.com)

### Fernando Pereira Caruso

Médico, Univille  
Residente oftalmologia Hospital Angelina Caron  
E-mail: [fernando\\_caruso@hotmail.com](mailto:fernando_caruso@hotmail.com)

### Isabella Carvalho Pagnussat

Médica, Centro Universitário de Várzea Grande  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9061-9282>  
E-mail: [isabella.cp@hotmail.com](mailto:isabella.cp@hotmail.com)

### RESUMO

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica idiopática. Suas apresentações oculares incluem nódulos palpebrais e conjuntivais e uveítes, sendo responsável por 30 a 50% dos casos desta. Na uveíte anterior há inflamação local da íris e/ou corpo ciliar. Pode manifestar-se com precipitados ceráticos tipo “mutton fat”, nódulos na malha trabecular e de Koeppe e Busacca. Concernente à forma intermediária, há inflamação primária do corpo ciliar, coroide e retina periférica, ocasionando embaçamento vítreo em “snowballs” e “colar de pérolas” e perivasculite retiniana. Na posterior, ocorre inflamação primária da coroide com múltiplos danos coriorretinianos periféricos, nódulo coroideano solitário e edema de disco óptico. O diagnóstico é realizado por alterações nos exames de imagem e altos níveis de enzima conversora de angiotensina (ECA) e/ou lisozima sérica, considerando a exclusão de outras patologias granulomatosas. Este relato objetiva a descrição do processo diagnóstico de sarcoidose diante da manifestação de panuveíte.

**Palavras-chave:** Sarcoidosis, Uveitis, Pan-uveitis.

## 1 INTRODUÇÃO

A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica idiopática. Suas apresentações oculares incluem nódulos palpebrais e conjuntivais e uveítes, sendo responsável por 30 a 50% dos casos desta. Na uveíte anterior há inflamação local da íris e/ou corpo ciliar. Pode manifestar-se com precipitados ceráticos tipo “mutton fat”, nódulos na malha trabecular e de Koeppe e Busacca. Concernente à forma intermediária, há inflamação primária do corpo ciliar, coroide e retina periférica, ocasionando embaçamento vítreo em “snowballs” e “colar de pérolas” e perivasculite retiniana. Na posterior, ocorre inflamação primária da coroide com múltiplos danos coriorretinianos periféricos, nódulo coroideano solitário e edema de disco óptico. O diagnóstico é realizado por alterações nos



exames de imagem e altos níveis de enzima conversora de angiotensina (ECA) e/ou lisozima sérica, considerando a exclusão de outras patologias granulomatosas. Este relato objetiva a descrição do processo diagnóstico de sarcoidose diante da manifestação de panuveíte.

## 2 MÉTODOS

Consiste em um estudo descritivo por meio da análise retrospectiva do prontuário de um paciente diagnosticado com panuveíte causada por sarcoidose.

## 3 RESULTADOS

Paciente feminina, 48 anos, parda, comparece ao serviço de oftalmologia por uveítes de repetição e baixa acuidade visual (AV) em olho direito (OD) há 7 meses. Apresentou AV corrigida de 20/400 em OD e 20/20 em olho esquerdo (OE). À biomicroscopia de OD, manifestava nódulos palpebrais, precipitados ceráticos corneanos em *mutton fat*, reação de câmara anterior, nódulos de íris e pupila corectópica com sinéquias posteriores de íris; em OE, havia todas as ocorrências supracitadas, exceto nódulos de íris. Havia hipertensão intraocular, com pressão de 28 mmHg em OD e 35, em OE, além de vitreíte em OD. A etiologia foi esclarecida pela elevada dosagem de ECA, exclusão de outras patologias e tomografia de tórax evidenciando lesões intersticiais difusas bilaterais, linfonodomegalias mediastinais e nódulos subcutâneos difusos. Foi introduzido tratamento tópico com corticosteroide e anti-glaucomatoso, com melhora da AV para 20/30 em OD e regressão da inflamação.

## 4 CONCLUSÕES

O presente caso evidencia a importância do diagnóstico etiológico da sarcoidose para a introdução de tratamento imunossupressor, acompanhamento multiprofissional e melhora do quadro ocular, de modo a prevenir danos visuais a longo prazo.



## REFERÊNCIAS

Herbert CP, Rao NA, Mochizuki M. International criteria for the diagnosis of ocular sarcoidosis: results of the first International Workshop On Ocular Sarcoidosis. *Ocular Immunology and Inflammation*, 2009; 17(3): 160-9.

Nussenblatt RB, Whitcup SM. *Uveits: Fundamentals and Clinical Practice*. Philadelphia: Mosby/Elsevier, 2010.

Boskovich SA, Lowder CY, Meisler DM, Gutman FA. Systemic diseases associated with intermediate uveitis. *Cleve Clin J Med*. 1993 Nov-Dec;60(6):460-5. doi: 10.3949/ccjm.60.6.460. PMID: 8287507.

Jain R, Yadav D, Puranik N, Guleria R, Jin JO. Sarcoidosis: Causes, Diagnosis, Clinical Features, and Treatments. *J Clin Med*. 2020 Apr 10;9(4):1081. doi: 10.3390/jcm9041081. PMID: 32290254; PMCID: PMC7230978.