

Inquérito tuberculínico

Estudo realizado em portadores de Uveítes, Esclerites e Episclerites de causa endógena.

ÁLVARO ZICA DE CARVALHO¹ & FERNANDO ORÉFICE²

INTRODUÇÃO

Constitui o teste tuberculínico, através do PPD, com utilização da reação de Mantoux, a maneira que se dispõe, na clínica diária atual, de evidênciação imunológica de indivíduos portadores de tuberculose ocular que apresentam resposta hiperérgica à tuberculina. Este teste é feito de uma maneira padronizada e preconizada pelos órgãos públicos responsáveis por tuberculose em nosso País, e especificamente em nosso Estado, através da Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais. Na existência de uma lacuna na literatura científica oftalmológica e de assistência médico-social em nosso meio, que impossibilita uma avaliação mais abrangente do grau de sensibilização à tuberculina em nossa população, e no intuito de uma revisão atualizada na forma de diagnóstico clínico, sugestivo de tuberculose ocular, decidiu-se realizar o presente trabalho, com o incentivo e cooperação da Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, o que sobrepõe o nível da pesquisa a um cunho também social. Este trabalho tem por objetivo a realização de um inquérito tuberculínico entre pacientes portadores de lesões oculares com diagnóstico sugestivo de tuberculose, pacientes portadores de lesões oculares com diagnóstico sugestivo de outras causas que não tuberculose, e indivíduos que formam um grupo-controle, não portadores de qualquer tipo de patologia sistêmica ou ocular.

MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização do presente trabalho, foram selecionados 360 pacientes no Ambulatório Geral e no Serviço de Uveítes da Faculdade de Medicina da UFMG, os quais constituíram dois grandes grupos. O primeiro grupo (Grupo I) foi constituído de 180 pacientes apresentando lesão ocular de causa endógena sendo 150 portadores de uveítes e 30 portadores de esclerite ou episclerite. Dos pacientes com uveítes, com idade entre 9 e 65 anos (média de 34 anos), 48 eram portadores de uveíte anterior, 37 portadores de uveíte posterior, 34 portadores de uveíte intermediária e 31 portadores de uveíte difusa. Dos outros 30 pacientes, 16 eram portadores de esclerite e 14 portadores de episclerite, possuindo idade de 15 a 68 anos (média de 35 anos). Todos esses pacien-

tes apresentavam lesões inflamatórias uveais, esclerais ou episclerais de forma ativa.

Pacientes que apresentavam lesões esclerais ou episclerais, associadas às lesões uveais, foram relacionados no conjunto de pacientes portadores de lesões uveais. Os pacientes que houvessem sido submetidos a tratamento anterior com corticosteróides por via sistêmica ou que receberam a vacina de BCG intradérmica foram excluídos desse Grupo I.

O Grupo I foi, então, subdividido em dois subgrupos: um formado por pacientes que apresentavam história e exame clínico sugestivo de etiologia tuberculosa para suas lesões oculares, quer uveais quer esclerais ou episclerais, chamado Subgrupo I-A; e outro formado por pacientes que não possuíam clínica sugestiva dessa causa etiológica, portadores de causa já estabelecida ou ainda indeterminada para suas lesões inflamatórias oculares, tanto uveais como esclerais ou episclerais, denominado Subgrupo I-B. O Subgrupo I-A ficou constituído de 39 pacientes portadores de lesões sugestivas de etiologia tuberculosa, sendo 28 referentes aos processos uveais e 11 referentes aos processos esclerais e episclerais.

O Subgrupo I-B totalizou 141 pacientes, sendo 122 portadores de lesões uveais e 19 portadores de lesões inflamatórias esclerais e episclerais. Desses 141 indivíduos, 59 possuíam causa etiológica determinada na ocasião do teste (dois com esclerite e 57 com uveíte) e 82 foram considerados portadores de lesões de causa etiológica indeterminada (17 com esclerite e episclerite e 65 com uveíte).

O segundo grupo (Grupo II), denominado grupo-controle, foi constituído de 180 indivíduos sadios, tanto do ponto de vista sistêmico como também por não apresentar qualquer patologia ocular. Tal grupo, constituído proporcionalmente em relação à idade, apresentou indivíduos com o mínimo de 1 ano e o máximo de 79 anos.

A avaliação clínica da abordagem da tuberculose ocular foi baseada nos critérios caracterizados e bem definidos por Woods¹, complementados por Campinchi *et alii*² e atualizados em nosso meio por Oréfice & Carvalho³. Considerou-se:

1 — A correlação clínico-histológica, configurada como a experiência do examinador, possibilitada pelo conhecimento da correlação entre o quadro clínico em exame e quadros clínicos análogos já anteriormente observados e em se-

1 Doutor em Oftalmologia e ex "Fellow" do Serviço de Uveíte da Faculdade de Medicina da UFMG.

2 Doutor em Oftalmologia e Chefe do Serviço de Uveíte da Faculdade de Medicina da UFMG.

Endereço: Fernando Oréfice — Rua Espírito Santo, 1.634/102 — CEP 30.160 — Belo Horizonte, MG.

guida diagnosticados por exame anatomopatológico;

- 2 — A evidência de tuberculose-doença noutro órgão, presente e ativa, ou mesmo passada e inativa, associada às lesões sugestivas do olho examinado;
- 3 — A eliminação de outros possíveis diagnósticos etiológicos.

A evidência de infecção tuberculosa no indivíduo demonstrada pelo resultado da prova tuberculínica, e outros parâmetros ainda pertinentes ao diagnóstico clínico, ou seja, a reação foca advinda da realização do referido teste, e a prova terapêutica, utilizando-se medicação específica tuberculostática — parâmetros também utilizados pelos autores acima mencionados — não entraram na avaliação da constituição dos grupos.

Foi idealizada uma ficha-protocolo apresentando diversas variáveis comuns ou específicas para cada grupo ou subgrupo de indivíduos que formaram os parâmetros para constituir-los. Assim, após a avaliação criteriosa de cada parâmetro, foi possível agrupar os indivíduos de acordo com uma etiologia presumida para suas lesões oculares, e anotar o resultado de cada teste tuberculínico.

Como variáveis comuns a todos os indivíduos foram observados: idade, sexo, cor (leucodérmicos, feodérmicos, melanodérmicos) e o relato ou não de contato com paciente portador de tuberculose. Dentro do grupo-controle foi ainda evidenciada, além das variáveis comuns a todos os indivíduos, a presença prévia ou não de vacinação intradérmica com BCG. No grupo I foram anotadas as variáveis referentes: ao número de olhos afetados (lesão uni ou bilateral); ao diagnóstico topográfico das lesões encontradas com suas características clínicas; à presença ou ausência de lesões associadas em outras estruturas oculares e o tipo dessas lesões; à evidência de tuberculose-doença, curada ou ativa, noutro órgão do organismo ou mesmo no olho contralateral, sendo essa acompanhada de estudo anatomopatológico. No Subgrupo I-B ainda foi determinado se o indivíduo submetido ao teste já possuía diagnóstico etiológico prévio da lesão ocular apresentada ou se a avaliação clínica não possibilitava enquadrá-lo dessa forma, sugerindo causa indeterminada.

O programa de trabalho compreendeu a realização do teste tuberculínico em todos os pacientes dos Grupos I e II, durante o ano de 1984, através da intradermoreação de Mantoux, na face anterior do antebraço, utilizando-se a tuberculina purificada PPD Rt 23, na dose única de 2 UT (0,04 mcg) em 0,1 ml de diluente estabilizador. Essa tuberculina de origem dinamarquesa, recomendada pela OMS para a execução de uma prova tuberculínica padronizada, foi fornecida pela Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária através da Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, nos lotes L₂P₃, L₂P₆, L₇P₄.

Foram seguidas todas as normas para a realização do teste-padrão, preconizadas através da Comissão Técnica da Campanha Nacional Contra a Tuberculose⁴. Todos os procedimentos técnicos para a execução da prova tuberculínica, assim como a manipulação tuberculose (Subgrupo I-A) foram significativamente pelo primeiro autor desse trabalho, após treinamento e credenciamento pelo Centro de Saúde Oswaldo Cruz, Órgão do Centro Metropolitano de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Na metodologia estatística fez-se, inicialmente, uma análise descritiva dos dados obtidos, calculando-se médias, desvios-padrão, distribuições de frequência e cruzamentos entre algumas variáveis. A avaliação do efeito das variáveis pesquisadas no resultado do teste tuberculínico foi feita através da técnica estatística denominada Análise de Regressão⁵.

RESULTADOS

Os resultados do teste tuberculínico dos pacientes portadores de lesões oculares sugestivas de etiologia tuberculose (Subgrupo I-A) foram significativamente maiores do que os resultados dos pacientes com lesões oculares sugestivas de outras causas que não tuberculose (Subgrupo I-B) e do que os resultados dos indivíduos do grupo controle.

Os pacientes portadores de lesões oculares sugestivas de tuberculose (Subgrupo I-A) apresentaram resultados do teste tuberculínico com valores entre 15 e 30mm, uma média de 21mm e um desvio-padrão de 4mm (Tabela 1).

TABELA 1
Distribuição de casos, média e desvio-padrão do resultado do teste tuberculínico, por causa e tipo de lesão ocular para o Subgrupo I-B

Causa	Estatística	Tipo de Lesão Ocular						Total
		Uveíte						
		Esclerite/ Episclerite	Anterior granulomatosa	Anterior não- granulomatosa	Intermediária	Posterior	Difusa	
Determinada	frequência	2	1	19	0	19	18	59
	média	0	15	6,74	—	6,63	6,11	6,42
	desvio-padrão	0	—	6,48	—	6,53	7,70	6,81
Indeterminada	frequência	17	14	9	27	11	4	82
	média	8	6,36	4,22	6,11	7,18	0	6,18
	desvio-padrão	7,69	6,99	6,83	7,45	6,45	0	7,09
Total	frequência	19	15	28	27	30	22	141
	média	7,16	6,93	5,93	6,11	6,83	5	6,28
	desvio-padrão	7,68	7,10	6,58	7,45	6,40	7,34	6,95

TABELA 2
Distribuição de casos, média e desvio-padrão do resultado do teste tuberculínico, por tipo de lesão ocular para o Subgrupo I-A

Estatística	Tipo de Lesão						Total
	Esclerite episclerite	Uveítes					
		Anterior granulomatosa	Anterior não- granulomatosa	Intermediária	Posterior	Difusa	
Frequência	11	2	3	7	7	9	39
Média	20,73	23,50	18,00	21,86	21,29	21,56	21,15
Desvio-padrão	4,92	0,71	2,65	3,63	3,04	3,75	3,81

Os pacientes portadores de lesões oculares sugestivas de outras causas que não tuberculose (Subgrupo I-B) apresentaram resultados do teste tuberculínico com valores entre zero e 20mm, com uma média de 6mm e desvio-padrão de 7mm (Tabela 2).

Os indivíduos do grupo-controle (Grupo II) apresentaram resultados do teste tuberculínico com valores entre zero e 21mm, com uma média de 6mm e desvio-padrão de 7mm.

Tomando-se o grupo-controle, constata-se uma percentagem de 53% de indivíduos com reações tuberculínicas apresentando resultados entre zero e 4mm, 11% com reações entre 5 e 9mm e 36% com reações maiores ou iguais a 10mm. Esses últimos, isoladamente, apresentaram resultados com uma média aproximada de 15mm e desvio-padrão de 3mm.

No Subgrupo I-B, composto de portadores de lesões oculares devidas a outras causas que não tuberculose, encontram-se 52% de indivíduos com resultados do teste entre zero e 4mm; 9% com resultados entre 5 e 9mm e 39% com resultados iguais ou maiores que 10mm. Tomando-se esses últimos isoladamente, evidenciam-se resultados do teste com uma média de 14.2mm e um desvio-padrão de 3.1mm.

Dentro do Subgrupo I-B, encontram-se 42% dos portadores de lesões oculares com causa determinada e 58% de indivíduos portadores de lesões oculares de causa indeterminada. Nos primeiros, média geral de 6.42mm e desvio-padrão de 6.81mm, constata-se 42% de reações maiores ou iguais a 10mm, com média de 13,7mm e desvio-padrão de 2.7mm; nos segundos, média geral de 6.18mm e desvio-padrão de 7.09mm, encontram-se 36% de reatores com resultados maiores ou iguais a 10mm, com uma média de 14.6mm e um desvio-padrão de 3.1mm.

A idade foi das variáveis mais significativas no estudo estatístico, sendo que nos pacientes com lesões oculares sugestivas de etiologia tuberculosa (Subgrupo I-A) encontrou-se uma média de aproximadamente 35 anos. No grupo-controle evidenciou-se uma tendência de elevação do resultado do teste com o aumento progressivo da idade.

Não se encontrou diferença estatística significativa relativa a sexo diante dos resultados do teste tuberculínico.

Indivíduos melanodérmicos constituíram a maior percentagem de hiperérgicos à tuberculina no grupo-controle; diante do resultado do teste, essa característica racial apresentou-se como evidência

estatisticamente significativa no grupo de portadores de lesões oculares sugestivas de tuberculose (Subgrupo I-A), mas não no Subgrupo I-B. Feodérmicos e leucodérmicos não constituíram fato similar.

O relato de contato com paciente tuberculoso constitui-se uma variável estatisticamente significativa diante do resultado do teste tuberculínico, tanto no grupo-controle quanto no grupo de portadores de lesões oculares sugestivas de tuberculose, o que não foi constatado no Subgrupo I-B.

Encontraram-se lesões sugestivas de etiologia tuberculosa tanto em processos uveiais (anteriores, intermediários, posteriores e difusos) como em esclerais ou episclerais, mas essa distribuição não se apresentou significativa perante o resultado do teste.

A bilateralidade nas lesões oculares, dentro de todo o grupo de lesões oculares de causa endógena, não mostrou-se como parâmetro de significação no estudo estatístico.

Em análise conjunta, as variáveis grupo de indivíduos, idade, cor, relato de contato com paciente tuberculoso, foram aquelas mais significativas diante do resultado do teste tuberculínico.

A variável referente à vacinação intradérmica com BCG, encontrada apenas no grupo-controle não se apresentou com significação estatística frente aos resultados do teste tuberculínico.

As variáveis encontradas apenas no grupo de portadores de lesões oculares sugestivas de tuberculose, ou seja, a evidência de concomitância de essa patologia apresentar lesão ocular e de outro órgão, e o número e tipo de lesões oculares associadas às lesões estudadas, embora clinicamente importantes na formação desse grupo, não se apresentaram com significação estatística diante do teste.

Encontrou-se a percentagem de 21.7% para etiologia tuberculosa sugestiva dentro do grupo de pacientes com lesões oculares de causa endógena (Grupo I).

Os resultados do teste tuberculínico do Subgrupo I-A, formado de portadores de etiologia tuberculosa sugestiva, enfatizaram o valor de uma avaliação clínica criteriosa e confirmaram ser o referido teste um dos parâmetros constituintes do diagnóstico.

COMENTÁRIOS

Com a evolução do tempo, inquéritos tuberculínicos realizados em inúmeros países têm evidenciado que os percentuais de indivíduos infectados pelo bacilo estão diminuindo e com sensível declínio

nos últimos anos, fato registrado no Brasil por Paula Souza⁶.

No entanto, uma avaliação global dos resultados foi criticada por alguns pesquisadores, a exemplo de Palmer & Edwards⁷, que direcionaram seus comentários às variáveis de amostras das populações examinadas, às dosagens utilizadas e à desuniformização das preparações da tuberculina empregadas no que respeitava à sua potência. Também observaram que os resultados das provas tuberculínicas eram, na maior parte das vezes, unicamente referidos como positivos ou negativos, ou seja, classificavam os indivíduos em reatores e não-reatores, fato que tornava as dificuldades mais significativas no sentido de comparação dos dados obtidos através de diferentes inquéritos em variadas regiões do globo.

Assis⁸ sugeriu atribuir como resultado positivo apenas as reações tuberculínicas maiores que 10mm, em vista de a observação de agentes inespecíficos indicarem resultados ambíguos na população pesquisada na cidade do Rio de Janeiro, na época.

Nesta pesquisa, considerando-se os valores médios constatados na literatura, os resultados dos testes tuberculínicos dos indivíduos do Subgrupo I-A, formado de portadores de lesões oculares sugestivas de etiologia tuberculosa, mostraram-se com valores superiores: àqueles obtidos em doentes tuberculosos, cujas reações evidenciaram valores que se agruparam em torno de 18mm numa configuração de curva de distribuição normal; àqueles obtidos em indivíduos apenas infectados pelo bacilo de Koch encontrados na população geral não-vacinada, cujas reações mostraram valores distribuídos de forma normal, simetricamente em curva, em torno do diâmetro de 19mm; ou ainda, àqueles obtidos em pessoas submetidas à vacinação intradérmica com BCC, cujas reações acusaram valores também distribuídos em curva de forma normal em torno de um diâmetro de 16mm⁹.

Os resultados detectados no conjunto de indivíduos portadores de etiologia tuberculosa sugestiva se enquadraram na expectativa clínica do achado de hiperergia à tuberculina. Assim, resultados do teste tuberculínico, obtidos através de nossa pesquisa, em pacientes com lesões oculares sugestivas de tuberculose, mostrando valores com média em 21mm e desvio-padrão de 4mm, complementam os estudos de Fernandes *et alii*¹⁰, realizados em Belo Horizonte, que mencionam valores acima de 15mm para resultados esperados de pacientes portadores dessas lesões oculares.

Carvalho¹¹ afirmou que o estudo da distribuição por faixa etária dos reatores-fortes, ou seja, daqueles com resultados maiores ou iguais a 10mm permite constatar um aumento progressivo nos percentuais de indivíduos infectados com a evolução da idade. Em nossa pesquisa observou-se uma tendência de aumento do resultado do teste tuberculínico com o avanço da idade, observado no grupo-controle (Grupo II). Observando-se esse mesmo grupo, encontra-se uma maior frequência de resultados entre zero e 4mm na faixa etária de 1 a 15 anos, o que contradiz os inquéritos tuberculínicos realizados no início do

século quanto à afirmação de que já à adolescência, a quase totalidade dos indivíduos estava infectada pelo bacilo de Koch.

No grupo de pacientes portando lesões oculares sugestivas de etiologia tuberculosa, observa-se uma média de idade de aproximadamente 35 anos, com valores mínimos de 11 anos e máximos de 60 anos. Essa média de idade corresponde ao encontro de uma já esperada maior frequência de reações tuberculínicas positivas nessa faixa etária, fato anteriormente relatado, tanto por Woods¹, analisando pacientes portadores de uveítes, como por Carvalho¹¹, estudando indivíduos sadios. Esse último pesquisador encontrou cerca de 40% das reações positivas fortes na faixa etária dos 20 aos 40, percentagem que atingiu 55% quando se aumenta o limite superior para 50 anos e que alcançou apenas 10% quando a faixa etária se restringe de 1 a 9 anos.

Carvalho¹¹ pesquisando indivíduos infectados pelo bacilo de Koch, através de um inquérito tuberculínico, não encontrou diferença com significação estatística em pessoas apresentando reações com resultados iguais ou maiores que 10mm referente ao sexo. Essa constatação também foi evidenciada em nossa pesquisa, qualquer que fosse o grupo ou subgrupo em observação, embora em todos eles houvesse predominância de indivíduos do sexo feminino.

Woods¹ descreveu que lesões oculares agudas, progressivas e altamente destrutivas, levando o globo ocular à atrofia, são características de serem encontradas em melanodérmicos, os quais apresentam alta sensibilidade tuberculínica e baixa resistência ao bacilo. A característica racial atribuindo menor resistência ao bacilo de Koch, evidenciada em melanodérmicos é admitida pela maioria dos autores¹²; mas há, também, muitos outros que preferem atribuir essa diferença de resistência a fatores sócio-econômicos, sabendo-se que há uma maior proporção de melanodérmicos nas classes sociais menos favorecidas. Dentro dessa caracterização, Carvalho¹¹ afirmou que era um dos conceitos mais solidamente estabelecidos na epidemiologia da tuberculose, a influência dos fatores sócio-econômicos, encontrando também correlação estatística entre a condição de resistência do indivíduo e o número de reatores fortes, através de um inquérito realizado em pessoas sadias.

Em nossa pesquisa, a característica racial do indivíduo mostrou-se importante fator de influência nos resultados do teste tuberculínico e, também, na constituição do grupo de pacientes portadores de lesões oculares sugestivas de etiologia tuberculosa. Pela técnica estatística da regressão, evidencia-se a variável-cor através da alta sensibilidade dos melanodérmicos, como uma das mais significativas estatisticamente diante da variável-resposta, ou seja, o resultado do teste tuberculínico. Observa-se, ainda, uma maior aproximação dos resultados obtidos de melanodérmicos aos de feodérmicos, em contraposição de uma diferença detectada entre os resultados de leucodérmicos e os de melanodérmicos.

Nesta pesquisa encontrou-se uma percentagem de 21,7% de indivíduos apresentando lesões ocula-

res sugestivas de etiologia tuberculosa dentro do Grupo I. Isolando-se os portadores de lesões uveais dos de lesões esclerais e episclerais, as percentagens foram de 18,7% e 36,7%, respectivamente. Analisando-se todos os indivíduos do Subgrupo I-A, quer portadores de lesões uveais ou esclerais e episclerais, encontraram-se: portadores de uveíte intermediária em uma proporção de 18%; portadores de uveíte posterior também em uma proporção de 18%; portadores de uveíte difusa em uma proporção de 23%; portadores de uveítes anteriores em uma proporção de 13%, sendo pouco mais da metade constituída de características granulomatosas e o restante de características não-granulomatosas; portadores de esclerites em uma proporção de 18%; portadores de episclerites em uma proporção de 10%. Observando-se a distribuição das lesões sugestivas de etiologia tuberculosa analisada por inúmeros autores em diferentes épocas, encontra-se controvérsia.

Em nossa pesquisa, distribuição topográfica não apresentou significância estatística frente à análise de seus componentes em relação à variável-resposta.

A variável contato com paciente tuberculoso apresentou alta significância em relação à variável-resposta, tanto perante a utilização da técnica de regressão simples como a de regressão "stepwise". Na realidade o relato de contato íntimo com tuberculose é fato inquestionável diante da possibilidade de um indivíduo adquirir a infecção ou mesmo a doença tuberculosa¹².

Carvalho¹¹, sem especificar de forma discriminada o contato com doente tuberculoso, mas observando o índice de aglomeração de indivíduos numa mesma residência e a frequência de reatadores-fortes à tuberculina, caracterizando, apenas, a infecção tuberculosa, encontrou, também, correlação importante dessas variáveis dentro de seu estudo estatístico.

A chamada viragem tuberculínica ocorre após a realização de vacinação intradérmica com BCG, e esse fato é solidamente reconhecido pelos pesquisadores. O encontro na nossa pesquisa, dentro do grupo-controle, de alta percentagem de indivíduos com resultados do teste entre zero a 4mm pode ser explicado pela observação de Barclay¹³ e também pelos estudos atuais de Reis¹⁴, em nosso meio. Esses autores atribuem a negatividade do teste tuberculínico às más condições técnicas de conservação e aplicação da vacina, com bacilos já mortos, possibilitando a presença de uma cicatriz vacinal mas não caracterizando uma viragem tuberculínica, ou seja, a positivação do teste após a aplicação da vacina.

A concomitância de tuberculose ocular e de outro órgão constitui variável encontrada apenas no Subgrupo I-A, formado de portadores de lesões oculares sugestivas de etiologia tuberculosa. Observa-se a presença, em dois pacientes, entre os 39 constituintes desse subgrupo de evidência concomitante de atividade em suas lesões oculares e noutro órgão. Um deles apresentava atividade tuberculosa de localização pulmonar associada à uveíte intermediária e outro era portador de tuberculose ganglionar ativa associada à uveíte difusa. Assim, perfizeram uma per-

centagem de cerca de 5% dentro o total dos casos do Subgrupo I-A, o que se aproxima dos dados de Oréfice & Carvalho³, que reportaram uma média de 2 a 3% para o achado concomitante de lesão ocular e pulmonar ou de outro órgão em atividade.

Entre os indivíduos do Subgrupo I-A, encontram-se 48,7% de pacientes que apresentavam uma ou mais lesões de outras estruturas oculares associadas às lesões uveais ou esclerais sugestivas de tuberculose. Todos os casos de uveíte difusa apresentaram lesões concomitantes de outras estruturas oculares, sendo encontradas com maior frequência a vasculite retiniana e a ceratite intersticial; todavia, todos os casos de uveíte posterior e os de episclerite se apresentaram isoladamente sem associação de outras lesões. Woods¹ referiu também esse parâmetro de acometimento simultâneo de várias estruturas oculares, como um dos mais importantes na configuração do raciocínio-diagnóstico para as lesões oculares devidas à tuberculose. A partir de seus relatos, tornou-se esse parâmetro um dado de análise reconhecidamente aceito na literatura. Em nossa pesquisa, essas duas últimas variáveis não se mostraram estatisticamente significantes diante do resultado do teste tuberculínico, na análise estrita do Subgrupo I-A.

RESUMO

Foi realizada a prova tuberculínica (PPD Rt 23 - 2 UT — Mantoux) em 180 portadores de lesões uveais, esclerais, episclerais de causa endógena, com finalidade de avaliar a hiperergia dos indivíduos (39) portadores de lesões sugestivas de etiologia tuberculosa em relação aos portadores (141) de lesões devidas a outras etiologias, agrupadas segundo criteriosa avaliação clínica. Os primeiros apresentaram resultados com mínimo de 15mm, máximo 30mm, média 21mm, desvio-padrão 4mm; os restantes com mínimo de zero, máximo 20mm, média 6mm, desvio-padrão 7mm.

A mesma prova foi realizada em 180 indivíduos sadios com resultado mínimo de zero, máximo 21mm, média 6mm, desvio-padrão 7mm.

Indivíduos adultos (média 35 anos), melanodérmicos, com relato de contato com doente tuberculoso foram variáveis com influência nos resultados da prova. Esses parâmetros, verificados pela pesquisa, associados aos já clássicos na literatura determinam a estruturação clínica do raciocínio-diagnóstico de tuberculose ocular em nosso meio.

SUMMARY

The research was performed the tuberculin test (PPD Rt 23 - 2 UT — Mantoux) on 180 patients suffering from uveal, sclerotic, episcleral lesions, due to endogenous causes, for purpose of evaluation the hiperergy of individuals (39) suffering lesions that suggest tubercular etiology, against those suffering lesions due other etiologies grouped according to careful clinical evaluation. The first group showed tuberculin test results with minimum scores of 15mm, maximum 30mm, average 21mm, standard deviation 4mm; the second showed results with minimum of zero, maximum 20 mm, average 6mm, standard deviation 7mm. The same test was conducted on another 180 individuals healthy with minimum of zero, maximum 21mm, average 6mm, standard deviation 7mm.

Adult melanodermic individuals who reported positive contacts with tubercular patients performed variables that were statistically significant in results of tuberculin test.

The parameters observed in this study associated with parameters recognised in literature demonstrat the clinical diagnostic methods for tubercular etiology in this country.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WOODS, A. C. — Granulomatous Uveitis. In: Endogenous Inflammations of the Uveal Tract. Baltimore, The Williams & Wilkins Company, 1961, p. 61-74.
2. CAMPINCHI, R.; BLOCH-MICHEL, R.; FAURE, J. P. — L'Uveíte Aspects Cliniques. In: International Congress of Ophthalmology, 23, Kyoto, 1978. Proceeding of the... Amsterdam, Excerpta Medica, 1979, p. 95-105.

3. ORÉFICE, F. & CARVALHO, A. Z. — Tuberculose Ocular. (no prelo).
4. COMISSÃO TÉCNICA DA CAMPANHA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE. Prova Tuberculínica em Saúde Pública (2: Recomendação). Rev. Serv. Nac. Tuber., 12: 219-30, 1968.
5. NETER, J. & WASSERMAN, W. — Applied Linear Statistical Models. Illinois, Richard D. Irwin, 1974. 105p.
6. PAULASOUSA, R. — Novos rumos da profilaxia da tuberculose no Brasil. Rev. Paul. Tisiol. Tórax, 19: 413-72, 1958.
7. PALMER, C. E. & EDWARDS, L. B. — Tuberculin testing retrospect. Arch. Environ Health, 15: 729-808, 1967.
8. ASSIS, A. — Alguns aspectos recentes do tuberculino-diagnóstico. O Hospital, 53: 389-404, 1959.
9. BRITISH MEDICAL RESEARCH COUNCIL. BCG and vole bacillus vaccine in the prevention of tuberculosis in adolescents. 2nd Report. Brit. Med. J., 2: 379-96, 1959.
10. FERNANDES, J. M.; ORÉFICE, F.; CARVALHO, A. Z. — Esclerocerato-uveíte na presença de tuberculose ganglionar. Arq. Bras. Oftalmol., 47: 103-6, 1984.
11. CARVALHO, M. R. C. — Inquérito tuberculínico em Camutanga-Pernambuco. Recife, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, 1982. (Tese Doutorado). 151p.
12. FUCIO, F. O. & PRADO, W. T. — Tuberculose. In: NEVES, J. Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978. p.425-441.
13. BARCLAY, W. R. — Does a positive tuberculin test indicate presence of live tubercle bacilli? J.A.M.A., 232: 755, 1975.
14. REIS, J. F. C. — Comunicação Pessoal. Belo Horizonte, 1985. "Apud" CARVALHO, A. S. Inquérito Tuberculínico — Estudo realizado em portadores de uveítes, esclerites e episclerites de causa endógena. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 1986. (Tese Doutorado), 184p.