

Tuberculose palpebral presumida simulando um hordéolo em paciente com síndrome da imunodeficiência adquirida

Presumed lid tuberculosis simulating a hordeolum in a patient with Acquired Immunodeficiency Syndrome

Roberto Alexandre Carvalho ⁽¹⁾

Marco Antônio Dantas ⁽²⁾

Nelson Macchiaverni Filho ⁽³⁾

Roberto Caldato ⁽⁴⁾

RESUMO

Objetivo: Descrever um caso de tuberculose palpebral presumida em uma paciente com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Métodos: Uma paciente de 38 anos, branca, portadora de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), apresentou quadro clínico sugestivo de hordéolo palpebral, havendo sido instituída terapêutica adequada. Após piora, com evolução para celulite pré-septal, optou-se por introduzir antibioticoterapia sistêmica específica.

Resultado: Não havendo melhora, realizou-se biópsia incisional da lesão, que revelou uma blefarite glanulomatosa crônica com necrose de caseificação central. Ao se iniciar terapia tuberculostática, observou-se melhora dramática dos sinais inflamatórios com completa resolução do quadro.

Conclusão: Deve-se pensar em tuberculose como causa de lesões palpebrais residentes à terapêutica convencional em pacientes com SIDA.

Palavras-chave: Síndrome da imunodeficiência adquirida; Tuberculose; Pálpebra; Hordéolo.

INTRODUÇÃO

Desde a descrição do primeiro caso de Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA), houve um grande aumento na incidência de tuberculose no mundo, estimando-se que a sua incidência neste grupo de pacientes seja quase 500 vezes superior àquela encontrada na população geral¹.

Uma das principais características da infecção tuberculosa em pacientes com SIDA, é um aumento na frequência de acometimento de sítios extra-pulmonares. Chaisson² verificou a existência de pelo menos um sítio extra-pulmonar da doença em 60% dos pacientes com tuberculose associada à SIDA, comparado a 28% em pacientes com tuberculose sem SIDA. Sabese, igualmente, que no período compreendido entre 1984 e 1989 houve um aumento de 20% na incidência de tuberculose extra-pulmonar nos Estados Unidos, contra um aumento de 3% na tuberculose pulmonar isolada, fato atribuído, em grande parte à infecção mista pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)^{1,3}.

O diagnóstico da tuberculose extra-pulmonar é geralmente difícil, uma vez que somente 25% dos pacientes apresentam história de tuberculose e aproximadamente 50% dos pacientes mostram radiogramas torácicos normais e sem nenhuma evidência de tuberculose pulmonar⁴. Desta forma, o aparecimento de lesões atípicas na prática oftalmológica deve ser objeto de suspeita de infecção associada (tuberculose e SIDA)³.

Trabalho apresentado no XXIX Congresso Brasileiro de Oftalmologia, entre 3 e 6 de setembro de 1997, em Goiânia - GO.

⁽¹⁾ Pós-graduando nível doutorado do Departamento de Oftalmologia da Universidade de São Paulo - USP; ex-residente em Oftalmologia e estagiário dos Setores de Glaucoma e Retina da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

⁽²⁾ Residente do 3º ano do Serviço de Oftalmologia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

⁽³⁾ Professor Assistente do Departamento de Oftalmologia; Chefe do Setor de Uveites do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

⁽⁴⁾ Professor Assistente do Departamento de Oftalmologia; Mestre em Neurociências; Chefe do Setor de Plástica Ocular do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

Endereço para correspondência: Dr. Roberto Alexandre Carvalho, Departamento de Oftalmologia da Universidade Estadual de Campinas. CP 6111. CEP 13084-970. E-mail: ra_carvalho@hotmail.com

CASUÍSTICA, MÉTODOS E RESULTADOS

Uma paciente de 38 anos, branca, foi encaminhada para avaliação no Ambulatório de Oftalmologia / SIDA - Departamento de Oftalmologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), por apresentar lesão sugestiva de hordéolo externo em pálpebra superior do olho direito há 15 dias.

Tratava-se de uma paciente com diagnóstico de SIDA IV-C, soropositiva há oito anos, contaminada por relação heterossexual. A contagem de linfócitos CD4 era $87/\text{mm}^3$ e relação CD4/CD8 de 0,47. Apresentava antecedente de candidíase oral e esofágica tratadas e neurocriptococose resolvida, sem seqüelas, após esquema terapêutico com fluconazol endovenoso.

O exame oftalmológico revelou melhor acuidade visual corrigida de 20/60 OD e 20/50 OE. Apresentava lesão compatível com hordéolo externo em pálpebra superior de olho direito (Figura 1). Foi sugerido uso de compressas mornas e acompanhamento ambulatorial. Como não obteve melhora, retornou uma semana após referindo piora da sintomatologia com dor, edema local e hiperemia, configurando quatro sugestivo de celulite pré-septal. Foi introduzida terapia com cefalexina 2 g/dia e mantidas as compressas mornas. Permaneceu em uso da medicação por 22 dias, sem melhora. Colheu-se material para cultura diagnóstica e bacterioscopia, que se mostraram positivos para *Staphylococcus aureus* multi-resistente (sensível à vancomicina e teicoplanina). Instituiu-se, então, esquema de vancomicina endovenosa por 12 dias, não se observando nenhuma mudança neste período.

Indicou-se uma biópsia incisional da lesão, que foi realizada sob anestesia local, havendo sido solicitada cultura diagnóstica, pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes e fungos. O exame anátomo-patológico revelou uma blefarite granulomatosa crônica com necrose caseosa central e as pesquisas de microorganismos revelaram-se negativas decorridos 40 dias da realização do procedimento.



Fig. 1.1 - Imagem à apresentação, notando-se edema e hiperemia palpebrais.

Considerando o laudo da anatomia patológica, optou-se por iniciar esquema terapêutico tríplice para tuberculose (rifampicina, isoniazida e pirazinamida), que foi suspenso dois dias após sua introdução devido a um “rash” cutâneo. Uma associação alternativa de etambutol e estreptomicina foi introduzida seguido por dramática melhora dos sinais inflamatórios observada já na primeira semana de tratamento. No seguimento de três meses, observou-se completa resolução no quadro (Figura 1).

Ao se proceder com investigação de comprometimento tuberculoso em outros sítios, verificou-se radiograma torácico normal e teste de Mantoux anérigo.

DISCUSSÃO

O acometimento ocular pela tuberculose é incomum, sen-



Fig. 1.2 e 1.3 - Aspecto após três meses de tratamento anti-tuberculoso, podendo-se observar regressão dos sinais.

do a coroide a estrutura ocular mais comumente afetada, envolvida em aproximadamente 1% dos pacientes com tuberculose pulmonar⁵. A literatura é bastante escassa no tocante ao comprometimento palpebral pela tuberculose, sendo do conhecimento dos autores uma descrição de abscesso palpebral bilateral e outra de tarsite, ambas simulando um calázio^{6,7}.

O diagnóstico da tuberculose ocular é, em geral, muito difícil pois, geralmente se apresenta em pacientes com doença sistêmica atípica ou mesmo em pacientes sem doença detectável. Um alto grau de suspeita clínica é, entretanto, a chave do diagnóstico. Segundo Woods⁸, os critérios patológicos para o diagnóstico de tuberculose ocular são: 1) formação de granuloma típico composto de células gigantes e epitelioides; 2) presença de necrose de caseificação; 3) identificação do bacilo álcool-ácido resistente; 4) correlação com história e exame físico geral. Freqüentemente, no entanto, o bacilo álcool-ácido resistente não é identificado no tecido.

Lesões clinicamente suspeitas, mesmo em vigência de resultados inconclusivos de biópsias, devem ser tratadas para tuberculose, uma vez que, de acordo com o advogado por alguns autores, uma melhora na sintomatologia três semanas após instituição de teste terapêutico com isoniazida seria suficiente para se fazer o diagnóstico de tuberculose presumida, autorizando a introdução de um esquema tuberculostático completo⁹.

A sensibilidade ao teste de Mantoux declina à medida que a co-infecção com o HIV se torna mais severa, de forma que anergia cutânea ao teste ocorre em menos de 10% dos pacientes com contagem de CD4 superior a 500/mm³ e em aproximadamente 80% daqueles com contagem inferior a 50/mm³¹⁰.

O presente estudo ilustra um caso de uma paciente imunodeprimida portadora de lesão inflamatória palpebral com características bacterianas, semelhante a um hordéolo externo, que evoluiu, refratária ao tratamento antimicrobiano específico instituído, para um quadro de celulite pré-septal. Dada a evolução arrastada do caso, 52 dias a partir do início da sintomatologia, e como não melhorou com a terapêutica proposta, realizou-se biópsia incisional da lesão. O resultado do exame anátomo-patológico, com laudo de blefarite crônica granulomatosa com necrose de caseificação, levou a equipe clínica a optar por realizar teste terapêutico com drogas tuberculostáticas. A boa resolução alcançada, evidente já a partir da primeira semana, levou os autores a fecharem diagnóstico de tuberculose palpebral presumida.

A escassez de relatos de comprometimento ocular por tuberculose em pacientes com SIDA torna difícil avaliar o impacto desta pandemia na área oftalmológica. Espera-se,

porém, um aumento na incidência dos casos de tuberculose ocular nos próximos anos, tendo em vista o aumento na sobrevida destes pacientes. Assim sendo, a comunidade oftalmológica deve estar alerta para o aparecimento de quadros clínicos atípicos neste grupo de pacientes.

SUMMARY

Purpose: To report a case of presumed lid tuberculosis in a patient with Acquired Immunodeficiency Syndrome.

Method: A 38-year-old white female, diagnosed Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), had a clinical picture of an external hordeolum, having been treated with no response. As the case worsened and a preseptal cellulitis developed, specific systemic antibiotics were introduced.

Result: There has been no improvement and an incisional biopsy of the lesion was performed, revealing a chronic granulomatous blepharitis with central caseating necrosis. After starting a tuberculostatic scheme, a dramatic improvement in inflammatory signs was observed and a complete resolution was achieved.

Conclusion: The possibility of tuberculosis as a cause of lid lesions in AIDS patients should be recognized.

Keywords: *Acquired immunodeficiency syndrome; Tuberculosis; Eye lid; Hordeolum.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barnes PF, Bloch AB, Davidson PT et al. Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1991;324:1644-50.
2. Chaisson RE. Tuberculosis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome: clinical features, response to therapy and survival. *Am Rev Respir Dis* 1987;136:570.
3. Berenguer J, Moreno S, Laguna F et al. Tuberculous meningitis in patients infected with the human immunodeficiency virus. *N Eng J Med* 1992;326:668-72.
4. Simon HB. Mycobacteria. In: Rubenstein E, Federman DD., editors: *Scientific American Medicine*, New York, 1984, Scientific American.
5. Woods AC. Ocular tuberculosis. In Sorsby A., editor: *Modern Ophthalmology*, Philadelphia, JB Lippincott 1972;105-40.
6. Mehta DK, Sanhikamal, Ashok P. Bilateral tubercular eyelid abscess: a case report. *Indian J Ophthalmol* 1989;37:98.
7. Mohan K, Prasadi P, Banerje AK, Dhir SP. Tubercular tarsitis. *Indian J Ophthalmol* 1985;33:115-16.
8. Woods AC. Endogenous inflammation of the uveal tract. Baltimore, William and Wilkins 1961;340-50.
9. Schaegel TF Jr, O'Connor GR. Tuberculosis and syphilis, *Arch Ophthalmol* 1981;99:2206-7.
10. Centers for Disease Control: Purified protein derivative (PPD) - tuberculin anergy and HIV - infection: guidelines for anergy testing and management of anergic persons at risk of tuberculosis, *MMWR* 40(RR-5) 1991;27-33.