

Escleroceratouveíte na presença de tuberculose ganglionar

João Marcio Fernandes¹; Fernando Oréfice²; Álvaro Zica de Carvalho³

INTRODUÇÃO

Esclerite é uma afecção ocular que acomete o indivíduo em qualquer idade, havendo quase sempre, uma doença sistêmica associada.

Entre as causas mais frequentes das esclerites encontra-se a artrite reumatóide do adulto, poliarterite nodosa, doenças do colágeno, tuberculose, lues, herpes zoster oftálmico e a hanseníase^{1,2,3,4,5}. A tuberculose, lues e a doença de Hansen são entre essas entidades, as que mais frequentemente provocam a escleroceratouveíte.

O quadro ocular é geralmente, representado por uma sintomatologia abundante, como dor (espontânea, ao toque digital e ao movimento ocular), fotofobia e lacrimação. Estes sintomas estão presentes quando há um comprometimento do músculo ciliar.

Os caracteres relativos aos sinais são, geralmente, assim determinados: baixa da acuidade visual, hiperemia da conjuntiva bulbar, ingurgitamento dos plexos vasculares superficial e profundo. No caso de lesão corneana, há também edema epitelial difuso ou sectorial, com e sem infiltração vascular do estroma. Quando há inflamação do trato uveal anterior a biomicroscopia revela finos precipitados endoteliais (desde que não tenhamos um olho fortemente congesto), células e "flare" na câmara anterior, íris tumefata sem sinéquias (desde que o processo não se torne crônico), cristalino e corpo vítreo normais. Quando há uma inflamação do trato uveal total, observa-se um quadro ocular mais severo, com células no corpo vítreo e alterações fundoscópicas como edema macular, papilite e descolamento seroso da retina, ou simplesmente descolamento da coróide.

A esclerite é classificada, mais frequentemente, segundo as idéias de Watson et al., 1968⁵:

- A — anterior: nodular, difusa e necrotizante
- B — posterior

As complicações provocadas pela esclerite são: uveíte, ceratite, glaucoma secundário, estafiloma, catarata complicada, descolamento da retina, edema macular e atrofia do globo ocular.

RELATO DO CASO

A.R.O., 19 anos, solteira, feodérmica, doméstica.

Q.D.: Elevação no branco do olho esquerdo há um mês.

H.P.M.A.: Atendida no Ambulatório da Clínica Oftalmológica em 20/04/83 com a história de vermelhidão e lacrimação no olho esquerdo (OE) há 4 anos, relatando fases de piora e melhora. Procurou várias vezes assistência médica, tendo sido prescrito vários colírios de antibióticos e corticosteróides, sem melhora significativa da sintomatologia. Há 3 meses a vermelhidão no OE aumentou, com dor, fotofobia, prurido e lacrimação. Neste período não fez uso de colírios ou outros medicamentos. Há um mês notou uma elevação no branco do olho esquerdo sem prejuízo da visão.

Antecedentes: Nega estar em tratamento de outras patologias intercorrentes. Convive com sua avó que esteve em tratamento para tuberculose pulmonar há cerca de quatro anos. Nega a existência de doenças hereditárias e outras doenças infecto-contagiosas na família.

Exame físico: Paciente apresentava bom estado geral, afebril, mucosas normocoradas, sem alterações à ectoscopia, exceto a presença de um nódulo cervical à esquerda medindo 3,5 x 2,0 x 1,5 cm, de consistência macia, não aderido aos planos circunjacentes, sem sinais inflamatórios e não doloroso à palpação. Aparelhos cardio-vascular, respiratório, digestivo, locomotor e sistema nervoso sem alterações. Dados vitais estáveis.

Exame ocular: Em 20/04/83 a acuidade visual em ambos os olhos era 20/20, a pressão intraocular de ambos os olhos era 14 mmHg. A Biomicroscopia do Olho Direito era normal. A Biomicroscopia do OE revelou uma hiperemia da conjuntiva bulbar difusa

1, 3. "Fellows" do Serviço de Uveítes do Prof. Fernando Oréfice.

2. Prof. Adjunto e Chefe do Serviço de Uveítes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Fernando Oréfice — Rua Espírito Santo, 1634/102 — 30.000 — Belo Horizonte — (MG) Brasil.

e discreta, com uma congestão vascular tanto do plexo superficial como do profundo, entretanto, no quadrante temporal superior notava-se um aumento da congestão vascular e também a presença de um nódulo escleral. A córnea próxima desta região se mostrava diminuída de espessura, o que era observado pelo corte ótico, lembrando um "Dellen", e, com uma infiltração vascular no estroma profundo, com início na periferia da mesma, propagando-se em direção ao ápice da córnea (extensão de ± 2.3 mm). No quadrante nasal inferior da córnea tínhamos uma opacificação do estroma profundo com a presença de vasos. A câmara anterior, a íris, cristalino e corpo vítreo eram normais. O Fundo de Olho de ambos os olhos era normal.

Exames complementares: PPD (2UT RT-23) 25 mm flictenular; Abreugrafia normal; Hematológico Hb. 14,5g/100ml. Hemácias 4.600.000/mm³, Htc. 43%. Leucócitos 9.100/mm³ (B.O% S.64% L.28%, M.1, E.7, Basof. 0, outras células 0). Plaquetas 235.000/mm³; Hemossedimentação 1.^a hora 65mm; V.D.R.L. não reativo; Teste do Latex negativo; A.S. T.O. 200U Todd; Parasitológico negativo;

Biópsia do gânglio cervical: O linfonodo mediu 3,5 x 2,0 x 1,5 cm e mostrava na superfície de corte vários nódulos branco-amarelados de tamanhos variados, distribuídos irregularmente por todo o órgão. O exame microscópico revelou apagamento da arquitetura habitual do linfonodo por extensas áreas de necrose caseosa marginadas por intensa reação inflamatória granulomatosa (figura 1). A maioria dos granulomas era constituída por células epitelióides e células gigantes multinucleadas do tipo Langhans (figura 2). Embora negativa a pesquisa do bacilo (BAAR) o diagnóstico patológico foi de linfadenite tuberculosa.

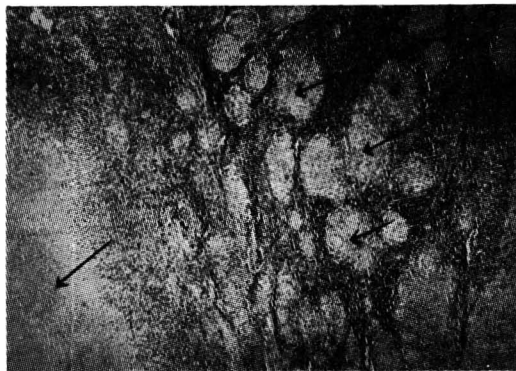


Fig. 1 — Linfonodo. Extensa área de necrose caseosa (seta) marginada por numerosos granulomas epitelióides (setas). (Hematoxilina e Eosina x252).

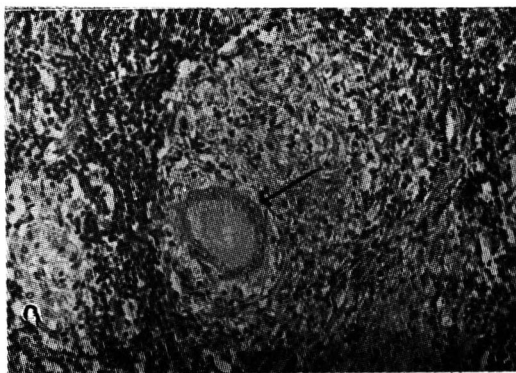


Fig. 2 — Linfonodo. Detalhe de um granuloma com célula gigante multinucleada do tipo Langhans (seta). (Hematoxilina e Eosina x640).

Evolução: A paciente retornou ao Ambulatório da Clínica Oftalmológica em 22/04/83, 24 horas após a exérese do gânglio cervical, com exacerbação severa do quadro ocular do OE. Foi encaminhada ao Serviço de Uveítes, onde foi feito o diagnóstico de escleroceratouveíte. A Biomicroscopia do segmento anterior, nesta data, mostrava uma hiperemia, quemose e congestão vascular difusa da conjuntiva bulbar, aumento do tamanho do nódulo escleral (figura 3), córnea com um edema epitelial difuso, sem precipitados ceráticos, porém com células e "flare" +2 na câmara anterior, íris ligeiramente tumefata, sem sinéquias, cristalino e corpo vítreo normais. Fundo de Olho normal. A Biomicroscopia do olho direito não mostrava alterações.

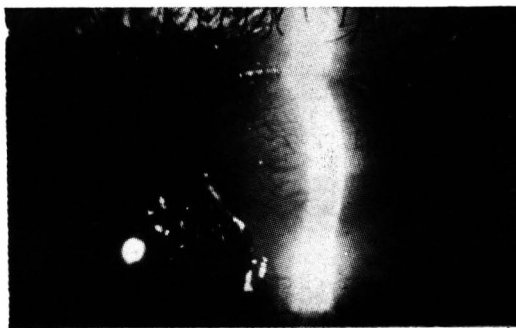


Fig. 3 — Iluminação direta focal (paralelepipedo) mostrando o nódulo escleral.

Tratamento: A paciente foi encaminhada ao dispensário de tuberculose onde foi prescrito o seguinte tratamento: Hidrazida 400 mg/dia e Rifampicina 600 mg/dia por 6 meses, Pirazinamida 2g/dia por 2 meses e pred-

nisona 20 mg/dia por 3 meses. Topicamente, colírio de atropina 1% 2 vezes/dia e dexametasona 4 vezes /dia por 1 mês.

Seis meses após o início do tratamento, a biomicroscopia do OE mostrou um olho calmo, com uma hialinização da esclera no quadrante temporal superior, permitindo a visualização do trato uveal, e a córnea apenas com um reliquat de vasos e leve opacificação do estroma profundo (figura 4).

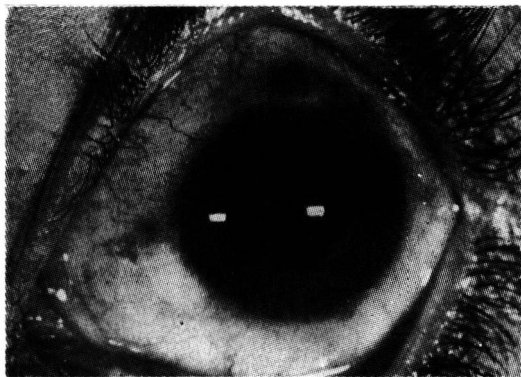


Fig. 4 — Áreas de hialinização da esclera com visualização da úvea (seta), seis meses após o início do tratamento específico.

COMENTARIOS

No relato deste caso temos vários fatos interessantes, que somados, nos dão uma idéia mais nítida do problema ocular associado à tuberculose, doença esta tão disseminada em nosso meio, que chega a apresentar 50.000 casos novos por ano⁶. É importante observar a coincidência da exérese do gânglio cervical enfartado e a exacerbação da lesão ocular, fato este, que recebe a denominação de reação síndrome ocular, conhecida antes, com o nome de reação focal.⁷ Outro fato importante observado foi a falta de resposta sintomatológica ocular à terapêutica não específica, o contrário ocorrendo com o tratamento específico. Por fim, um procedimento de suma importância, que deve ser sempre tentado diante das escleroceratouveites, é a busca de um gânglio enfartado, quer superficial, como neste caso, ou interno, como os mediastínicos, para que o tratamento ideal possa ser esquematizado.

Devemos, também lembrar que são vários os fatores que se juntam para o diagnóstico de lesão ocular produzida por tuberculose: história familiar, RX do tórax, lavados brônquicos e gástricos e o estudo da reação de Mantoux (hoje feita somente com o PPD)⁸.

Em relação à reação de Mantoux, devemos considerar, como elemento valorizado, uma enduração acima de 15mm nos diâmetros transversal e longitudinal. Neste aspecto, o grupo de Indiana (U.S.A.) encabeçado por Schlaegel, tem dado um valor exagerado a este teste, chegando a propor endurecimentos em torno de 5mm como resultado positivo da doença^{9,10}. Este mesmo grupo tem utilizado a INH na dose de 300 mg diária durante 3 semanas, como teste terapêutico. Este fato não é aceito pela maioria dos professores e coordenadores de saúde do Estado de Minas Gerais, que acham que o uso isolado da INH pode desencadear uma resistência bacteriana.

Baseados em fatos de reais importância, transcrevemos a seguir, as razões dos defensores, em nosso Estado, do esquema tríplice usado tanto como tratamento como teste terapêutico:

1) Os fatores sócio-culturais de nosso povo, inclusive das equipes de saúde, na luta contra a alta prevalência da doença;

2) A padronização do tratamento, facilitando sobremaneira o controle atual e futuro da doença em todo o Estado;

3) A facilidade de adquirir as drogas, já que existem à disposição dos doentes, nos diversos postos e dispensários da Secretaria de Saúde;

4) O fato de não se saber, em nosso meio, a frequência de formas atípicas do bacilo, assim como a possibilidade de desenvolvimento de resistência bacteriana acarretando maior trabalho, gasto, dano e toxicidade ao doente. não deixando de se atentar à visão social e não individual que precisamos ter;

5) A pouca intolerância e toxicidade às drogas empregadas no esquema tríplice.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Nivaldo Hartung Toppa, pelo laudo e fotos histopatológicas.

Aos Pneumologistas Dr. José Félix de Azevedo e Dr. José Feldman pelas considerações sobre Testes Diagnósticos e Tratamento da Tuberculose.

RESUMO

O trabalho ora apresentado, estuda a correlação clínica da escleroceratouveite com o achado histológico de um gânglio cervical, no qual se evidenciou uma forma granulomatosa, com áreas de caseificação sugestiva de tuberculose. Aborda também a importância da avaliação do PPD em nosso meio, assim como o tratamento a ser conduzido nestes casos.

SUMMARY

The work we've just presented shows the clinical correlation of the scleroceratouveitis with the histologic findings of a cervical ganglion in which it was evidenced a granulomatous form, with areas of caseification suggesting tuberculosis. We also present an approach of the importance of the evaluation of the PPD in our region of study, and the treatment that we institute in these cases.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARVALHO, M. A. P.; ORÉFICE, F. & MOREIRA, C. — Alterações oculares nas doenças reumáticas inflamatórias crônicas. *Rev. Bras. de Reumatol.*, 20: 113, 1980.
2. ORÉFICE, F.; CARVALHO, M. A. P.; MOREIRA, C. & CRUZ, D. F. — Uveítes Reumáticas. *Arq. Bras. Oft.*, 44: 76-83, 1981.
3. ORÉFICE, F. — Síndrome do Olho Vermelho. *IM. Marra, D. U. (ed): Medicina Ambulatorial. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan S.A., 1982, cap. 20, pp 494-505.*
4. BELFORT, R JR. — Behcet, Vogt-Koyanagi-Harada e Esclerouveíte: *Arq. Bras. Oft.*, 44: 86-89, 1981.
5. WATSON, P. G.; HAYREH, S. S. & AWDRY, P. N. — Scleritis and Episcleritis, *Brit. J. Ophthalmol.* 60: 163-191, 1976.
6. ALVIM, A. — Tuberculose na Infância do Brasil, *Rev. Div. Nac. Tub.* 21: 406-410, 1977.
7. CARNEIRO, J. F.; MEYER, B. C. & GOMES, J. C. C. — Tuberculina no Diagnóstico e Tratamento dos Processos Inflamatórios Oculares de Causa Alérgica. *Arq. Bras. Oft.* 26: 183-187, 1963.
8. ORÉFICE, F. — Tuberculose Anais do XVII Congresso Brasileiro de Oftalmologia. Vol. I cap. 1V, pp. 48-53, 1973.
9. ABRAMS, J. & SCHLAEGEL, T. F. JR. — The Role of the Isoniazid Therapeutic Test in Tuberculous Uveitis. *Am. J. Ophthalmol.* 94: 511-515, 1982.
10. ———: The Tuberculin Skin Test in the Diagnosis of Tuberculous Uveitis. *Am. J. Ophthalmol.* 96: 295-298, 1983.