

REFERENCES

1. ASHTON, N. — Larval granulomatosis of the retina due to *Toxocara*. Brit. J. Ophthalmol. 44: 129, 1960.
2. WILDER, H. C. — Nematode endophthalmitis. Trans. Amer. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. 55: 99, 1950.
3. HOGAN, M. J.; KIMURA, S. J. & SPENCER, W. H. — Visceral larva migrans and peripheral retinitis. J.A.M.A. 194: 79, 1965.
4. BROWN, D. H. — Ocular *Toxocara canis*. J. Pediat. Ophthalmol. 7: 182, 1970.
5. BYERS, B. & KIMURA, S. J. — Uveitis after death of a larva in the vitreous cavity. Amer. J. Ophthalmol. 77: 63, 1974.
6. RUBIN, M. L., et al. — An intraretinal nematode. Trans. Amer. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. 72: 855, 1968.
7. BIGLAN, A. W.; GLICKMAN, L. T. & LOBES, L. A. — Serum and vitreous *Toxocara* antibodies in nematode endophthalmitis. Amer. J. Ophthalmol. 88: 5, 1979.
8. SHIELDS, J. A.; LERNER, H. A. & FELBERG, N. T. — Aqueous cytology and enzymes in nematode endophthalmitis. Amer. J. Ophthalmol. 84: 3, 319, 1977.

OTHER FORMS OF PARASITIC UVEITIS

Although *Ascaris* infestation is thought to be an uncommon source of ocular morbidity, a case of severe iridocyclitis with dislocation of the lens and secondary glaucoma was described by Calhoun. A subretinal *Ascaris* larva was followed in the fundus of a patient by Parsons for a period of 3 years, during which time the worm remained actively motile. Distribution of the larvae to the eye and brain must occur during the time that the larvae would normally exit from the alveolar capillaries of the lung. If the

larvae are returned to the left ventricle of the heart, distribution of the errant larvae to many different organs is possible.

Cysticercosis is a serious cause of ocular morbidity in Mexico and other areas of the world where fecal contamination of food and water supplies is common. The problem arises from the ingestion of the eggs of *Taenia solium* or from reverse peristalsis in cases of intestinal obstruction caused by adult tapeworms. The ocular presentation of the larva is usually subretinal, although the vitreous and anterior chamber may occasionally be invaded. The treatment is generally surgical excision of the cysticercus, although some retinal cysticerci have been treated by photocoagulation, preceded by systemic corticosteroid therapy to prevent overly violent reactions to the larval antigens.

REFERENCES

1. EDWARDS, J. D. — The ocular manifestations of trichinosis. Trans. Ophthalmol. Soc. U.K. 74: 495, 1954.
2. CALHOUN, F. P. — Intraocular invasion by the larva of *Ascaris*. Arch. Ophthalmol. 18: 963, 1937.
3. PARSONS, H. E. — Nematode chorioretinitis, report of a case with photographs of a viable worm. Arch. Ophthalmol. 47: 799, 1952.
4. DIXON, H. B. F. & LIPSCOMB, F. M. — Cysticercosis: An analysis and follow-up of 450 cases. Med. Research Council Special Report Series: No 299. Her Majesty's Stationery Office, London, 1961.
5. O'CONNOR, G. R. — Parasites of the eye and brain. In Ecological Aspects of Parasitology, Ed., C. R. Kennedy, North Holland Publishing Co., Amsterdam, 1976; pp. 327-347.

Uveítes Reumáticas

Fernando Oréfice *
Marco Antonio P. Carvalho **
Caio Moreira ***
Achiles Cruz Filho ****

A região do trato uveal predominantemente envolvida nos casos de doença reumática é — fato já amplamente conhecido e estudado — a úvea anterior. Desta maneira, podemos encontrar, naqueles casos, uma irite pura ou, quando há comprometimento do corpo ciliar, uma iridociclite.

HISTÓRICO (Rocha, 1969)

1888 — Del Monte — “a mais frequente causa da irite é o reumatismo”.

- 1909 — De Wecker — “irite reumatismal deveria ocupar o primeiro lugar, antes mesmo que a sífilis”.
- 1925 — Charlin — “só é irite reumatismal quando temos antecedentes reumáticos evidentes”.
- 1966 — Duke-Elder — “a irite reumática dos antigos autores é um termo que deve ser abandonado; as doenças articulares e musculares devem ser consideradas, como a irite, manifestações de doença sistêmica”.

* Prof. Adjunto da Clínica Oftalmológica da FM da UFMG.

** Prof. Colaborador de Reumatologia da Fac. de Ciências Médicas de Minas Gerais.

*** Reumatologista do IMIRRE e do Hosp. Julia Kubitschek — Belo Horizonte — MG.

**** Prof. Titular da Clínica Reumatológica da Fac. de Ciências Médicas de Minas Gerais.

1961 — Perkins — “a iridociclite, em adulto jovem e na criança, deve ser estudada no sentido da pesquisa de problemas articulares”.

Hogan, em trabalho apresentado em 1964, afirmava: “se quisermos especular sobre a semelhança de tecidos, o líquido articular e o vítreo podem ser comparados. Ambos são “gel”, contêm ácido hialurônico, contêm quantidades específicas de proteínas do soro e possuem propriedades físicas que os tornam menos “gel” ao movimento ou sob pressão. As células de revestimento da camada sinovial podem ser comparadas às do epitélio não pigmentado do corpo ciliar. Ambos são prováveis produtoras de mucopolissacarídeos do vítreo e do líquido sinovial. As porções vasculares do revestimento sinovial podem ser consideradas semelhantes à uvea vascular”.

Ainda em seu trabalho, Hogan fixa-se mais um pouco sobre os “mucopolissacarídeos — tão importantes ao metabolismo e à função do olho, das articulações e de outros tecidos”.

Através dos ácidos mucopolissacarídeos vamos encontrar certos elos entre a irite e o reumatismo, como, por exemplo, o ácido hialurônico (noludos reumáticos, líquido sinovial e humor aquoso).

CLASSIFICAÇÃO DE ALGUMAS DOENÇAS REUMÁTICAS

1 — Artrite reumatóide do adulto

2,5 mulheres: 1 homem
predomínio dos 30 aos 50 anos

70-80% dos pacientes demonstram, no sangue, a presença do fator reumatóide pelo teste do látex (método mais rotineiro, mais sensível e menos específico). Esses pacientes são chamados “soro-positivos”. Portanto, em 30% dos pacientes, o látex é negativo (“soro-negativos”).

Existem de formas extremamente leves até formas graves, incapacitantes e deformantes.

Cerca de 30% dos pacientes têm anticorpos antinucleares positivos.

2 — Doenças difusas do tecido conjuntivo

A — Lupus eritematoso sistematizado

B — Esclerose Sistêmica Progressiva (esclerodermia)

C — Dermatomiosite e Poliomiosite

D — Angiites necrosantes, que se dividem em:

d1 — Poliarterite nodosa

d2 — Angiites de hipersensibilidade (alérgicas)

d3 — Angiites granulomatosas

d4 — Arterites de células gigantes

Neste último grupo se enquadram principalmente: arterite temporal ou cranial, a polimialgia reumática e a doença de Takayasu.

3 — Espondiloartropatias soro-negativas

São assim chamadas por apresentarem pesquisa do fator reumatóide (teste do látex e reação de Waaler Rose Negativas), negativa. Essas doenças eram, até há alguns anos, consideradas variantes da artrite reumatóide. Hoje, são vistas como entidades à parte.

São chamadas “spondilo” devido ao comprometimento da coluna, em especial da coluna lombar, e também das articulações sacroilíacas.

São também doenças “B-27 positivas” com variações de cerca de 90%, na espondilite anquilosante, até cerca de 50%, na espondilite psoriásica.

Fazem parte do grupo:

A — Espondilite anquilosante

Predomínio dos 15 aos 35 anos

5-9 homens para 1 mulher

Olhos — diz a literatura, e é também a nossa impressão, que cerca de 20% dos pacientes apresentarão, em alguma época da vida, algum episódio de **uveíte aguda**.

B — Espondilite psoriásica

Seria, a grosso modo, espondilite e psoríase

C — Doença de Reiter

De modo geral, espondilite, uretrite e conjuntivite, embora possam apresentar também uveíte. Comum as lesões de pele.

D — Espondilite nas enteropatias, a saber:

Na colite ulcerativa

Na doença de Crohn

Na doença de Whipple

E — Síndrome de Behçet — parece estar sendo aceita neste grupo

Observações:

1 — As doenças acima, de B a E, podem ter o curso (e é o mais frequente) de uma artrite, tipo de artrite reumatóide (acometimento articular periférico, sem acometimento da coluna e sacroilíacas). Portanto, estas formas não são chamadas espondiloartropatias. Neste tipo de acometimento, o HLA-B27 é encontrado aproximadamente na mesma incidência da população normal. No entanto, o teste do látex é também habitualmente negativo.

2 — Na criança — todas as doenças relacionadas podem aparecer e **levam o nome da doença na forma infantil**. Apenas uma distinção deve ser feita: a **artrite reumatóide juvenil**. Existem 3 formas básicas da doença:

1) Artrite reumatóide juvenil tipo mono ou pauciarticular (menos de 4 articulações

envolvidas). Nessas crianças é comum uma alta incidência de ANA positivo, cerca de 80%, e alta incidência de iridociclite crônica.

- 2) Artrite reumatóide juvenil poliarticular — que se assemelha a forma do adulto.
- 3) Artrite reumatóide sistêmica (doença de Still-Chauffard) — pouca ou muita artrite, mas com febre alta, rash cutâneo e acometimento visceral importante.

3 — Também na criança — são observadas, pelo seguimento a longo prazo, um grupo heterogêneo de doenças reumáticas, hoje conceituadas como espondiloartropatias soronegativas. Isso nos mostra que o grupo das artrites crônicas, da criança, é heterogêneo e muitas patologias poderão ser identificadas à medida que melhorarmos nossos recursos propedêuticos.

Antes de descrevermos as entidades reumatológicas que apresentam certa relação com a inflamação uveal, colocaremos o resumo de nosso trabalho apresentado no XIII Congresso Brasileiro de Reumatologia, realizado em Belo Horizonte, em 1980: "Alterações oculares nas doenças reumáticas inflamatórias crônicas".

ALTERAÇÕES OCULARES NAS DOENÇAS REUMÁTICAS INFLAMATÓRIAS CRÔNICAS

Exame oftalmológico realizados em 100 pacientes portadores de doenças reumáticas inflamatórias crônicas e alterações imputadas à patologia de base ocorreram em 15 pacientes (15%).

Em 59 casos de artrite reumatóide, ou clássica, encontraram-se alterações em 12 (20,34%), sendo hiposecreção lacrimal em 7, esclerite difusa sem iridociclite em 2, esclerite difusa gelatinosa, com iridociclite, em 1, ríliquat de iridociclite, olho direito, em 1 e ceratopatia em faixa em 1 paciente.

De 12 pacientes portadores de poliartrose crônica juvenil, encontraram-se alterações oculares em 2 (16,67%), sendo 1 caso de conjuntivite crônica folicular e 1 de ceratopatia em faixa bilateral com atrofia bulbar do olho esquerdo.

Em um paciente portador de doença de Reiter, encontrou-se conjuntivite folicular. Nos 12 pacientes portadores de espondilite anquilosante, 7 portadores de espondilite anquilosante juvenil, 5 portadores de lúpus eritematoso sistêmico, 3 portadores de condrocálcose articular difusa e 1 portador de esclerose sistematizada progressiva — não se encontraram alterações oculares.

Areal, 1980, em seu trabalho sobre Manifestações Oculares nas Colagenoses, apresentou resultados diferentes dos nossos.

FEBRE REUMÁTICA — (reumatismo articular agudo ou doença de Bouillaud)

A artrite é uma das manifestações principais da febre reumática, sobretudo em crianças maiores, enquanto que, antes dos 7 anos, é mais frequente a coreia.

Quadro clínico:

- a) poliarticular ou, menos frequente, monoarticular, com a peculiaridade da inflamação saltar de uma articulação à outra. Durante a artrite aguda não se produzem as deformidades características da artrite reumatóide e da doença de Still; isso acontece apenas nas formas recorrentes (artrite de Jaccoud).
- b) a febre é constante, sem oscilações, como está presente na doença de Still.
- c) nódulos subcutâneos são frequentes
- d) afecções cardíacas frequentes (pericardites)

Quadro laboratorial:

Anemia, elevação marcada das proteínas na fase aguda: proteína C reativa e hemossedimentação. O fator reumatóide é negativo e há aumento anormal e constante de antistreptolisina. O ECG é valioso.

Manifestações oculares:

- a) são raras
- b) são discutíveis: irites, episclerites, neurites ópticas, embolias retinianas.
- c) Barsain, 1972, citado por Williamson, relata que "na fase aguda da doença, focos transitórios de coroidites são, às vezes, observados..."

Tivemos oportunidade de acompanhar um caso de febre reumática, sob tratamento penicilínico há vários anos, o qual apresentou uma lesão focal retinocoroidiana exsudativa localizada sob um vaso, que, na retinografia fluoreceínica, aparecia obstruído. A biomicroscopia, tanto do segmento anterior como do posterior do olho, mostrava sinais moderados de processo inflamatório. O tratamento realizado foi o da penicilina e corticoesteróide oral. Os exames laboratoriais foram todos negativos (toxoplasmose, lues, tuberculose, estreptococos).

ARTRITE REUMATÓIDE — (reumatismo crônico generalizado)

A — **adulto:** quadro articular. Geralmente poliarticular, com predileção do envolvimento simétrico das articulações pequenas, porém qualquer articulação pode ser afetada. Em 15 a 20% dos casos, nódulos subcutâneos estão presentes. As formas articulares vão de sintomatologia leve a formas graves, incapacitantes e deformantes.

Predominância do sexo feminino — 2.5: 1 homem.

Predomínio dos 30 aos 50 anos.

Quadro laboratorial: 70 a 80% dos pacientes demonstram, no sangue, a presença do fator reumatóide, pelo teste do látex (método mais rotineiro, mais sensível e menos específico). Estes pacientes são chamados "soro-positivos". Portanto, 20 a 30 dos pacientes apresentam resultado negativo no teste do látex ("soro-negativos"). Cerca de 30% dos pacientes têm anticorpos antinucleares positivos.

Manifestações oculares: episclerites, esclerites, esclero-angiites, uveítes anteriores e, mais comumente, a "síndrome de Sjögren".

Observação: as chamadas esclerites gelatinosas ou "hot eye" deveriam ser relacionadas ao capítulo das esclero-uveítes não granulomatosas, pois esses olhos, quando estudados, revelam, em sua câmara anterior, uma quantidade moderada ou severa de proteína ("flare"). Outro elemento que nos leva a considerar essa manifestação como uma entidade presa à uveíte é o seu comportamento perante os corticosteróides e à atropina. Diante desses fatos, podemos corretamente afirmar que, na artrite reumatóide do adulto, é frequente a presença da inflamação uveal.

B — Juvenil — quadro geral:

Existem 3 formas básicas de artrite juvenil:

- 1) artrite reumatóide juvenil tipo mono ou pauciarticular (menos de 4 articulações envolvidas). Nessas crianças é comum uma alta incidência dos anticorpos nucleares positivos (cerca de 80%) e alta incidência de iridociclite crônica.
- 2) Artrite reumatóide juvenil poliarticular, que se assemelha à forma do adulto.
- 3) Artrite reumatóide sistêmica (doença de Still-Chauffard) — onde há pouca artrite, mas com febre alta, rush cutâneo e acometimento visceral importante.

DOENÇA DE STILL (síndrome)

George Frederick Still — 1897 — descreveu a doença com a seguinte sintomatologia: febre alta, pericardite, linfadenopatia, esplenomegalia, erupções cutâneas e artropatia inflamatória, sendo o seu início antes da idade dos 16 anos. Hoje, certas escolas reumatológicas englobam, como doença de Still, diversas outras entidades: artrite reumatóide da adolescência, doença de Still clássica, espondilite anquilosante da adolescência, artrite psoriásica, lupus eritematoso disseminado e dermatomiosite da adolescência.

- a) **Artrite Reumatóide da Adolescência** — não coincide, obrigatoriamente, com ar-

trite reumatóide juvenil dos norte-americanos. Inicia-se a partir dos 10 anos de idade e tem a evolução como a da artrite reumatóide do adulto, com nódulos subcutâneos. O fator reumatóide está presente em 10% das crianças.

Kimura — 1975 — mostrou que a maioria dos pacientes com alteração ocular tipo iridociclítico crônico era do sexo feminino, adolescente e apresentavam a forma pauciarticular da artrite reumatóide juvenil.

Perkins — 1966 — encontrou uma porcentagem elevada de jovens adolescentes, do sexo feminino, com iridociclite crônica não-granulomatosa, sem a presença de artrite ou outra doença geral (**síndrome de Perkins**, ou **síndrome da iridociclite crônica não-granulomatosa da adolescência**).

Kimura — 1977 — demonstrou a ausência de aumento do antígeno de histo-compatibilidade HLA-B27 em pacientes com artrite reumatóide juvenil, iridociclite crônica e também em pacientes com Síndrome de Perkins. Entretanto, ambos os grupos apresentaram aumento da incidência de anticorpos nucleares, porém com predominância no grupo com artrite reumatóide juvenil.

Manifestações oculares: ambos os grupos apresentam iridociclite crônica, bi-lateral, insidiosa, com sinéquias posteriores quando o quadro tem uma evolução longa. Como complicações: ceratopatia em faixa, catarata complicada, glaucoma secundário, edema de mácula e degeneração cistóide da mácula.

Williamson — 1966 — "o adolescente, com artrite, que teve uma iridociclite aguda, tem melhor prognóstico ocular, mas tem uma chance maior de artrite axial na idade adulta; enquanto que, a adolescente com doença ocular, pode ficar cega com as complicações do tipo degeneração em faixa da córnea, catarata e glaucoma, mas a artrite geralmente permanece como pauciarticular".

Schaller — 1973 — (citado por Williamson) afirma "90% das crianças com poliartite crônica e iridociclite crônica têm anticorpos antinucleares positivos, em contraste com 30% de pacientes com poliartite sem complicação ocular".

Ohno — 1979 — "iridociclite aguda e crônica do adulto, com ou sem artrite ou doença sistêmica, tem alta associação com o antígeno HLA-B27, em contraste com a iridociclite crônica juvenil e ciclite crônica".

Tratamento:

Na fase de agudização: recomendamos o uso de corticosteróides orais, na dose anti-inflamatória, associada com corticosteróides locais e cicloplégicos, o que também aconselhamos em casos onde há edema macular.

Na fase crônica — devemos evitar o uso de corticosteróides orais, pois os mesmos irão acelerar o aparecimento de catarata, já que, como se sabe, num olho inflamado, essas drogas facilitam o desenvolvimento da catarata e levam a estados de osteoporoses generalizadas, mais frequentemente axiais.

Observação: esses são casos que, geralmente, não conseguimos eliminar totalmente as células e “flare” da câmara anterior e do corpo vítreo, entretanto o olho parece que vive bem neste estado anormal.

b) Doença de Still Clássica

Início precoce, inclusive a partir do primeiro ano de vida, muito raro após os 10 anos de idade.

		iridociclite	articular	sistêmica
79 crianças	Still	3,8%	leve	severa
110 crianças	ARJ/VISC	6,4%	moderada	moderada
301 crianças	ARJ	8,6%	severa	leve

Manifestação ocular: iridociclite crônica bilateral, insidiosa, com evolução longa e com aparecimento rápido de ceratopatia em faixa, sinéquias posteriores, catarata complicada e glaucoma secundário.

Tratamento: idêntico ao da artrite reumatóide juvenil.

Quadro laboratorial:

Fase aguda: anemia normocrômica e normocítica, hemossedimentação elevada. Fator reumatóide negativo e há, frequentemente, presença de anticorpos antinucleares. RX das mãos, para estudo das periostites.

Diagnóstico Diferencial: espondilite anquilosante juvenil, lupus eritematoso disseminado e dermatomiosite.

No XX Congresso Brasileiro de Oftalmologia — 1979 — (S. Paulo), apresentamos 16 casos de artrite reumatóide juvenil no seu “senso latius”, os quais constituem 5,2% do total de 306 pacientes com uveítes anteriores. Toledo, 1980 — em 127 casos de uveítes anteriores encontrou 3 casos de artrite reumatóide juvenil (2,36%).

ESPONDILOARTROPATIAS SORO-NEGATIVAS

São assim chamadas por apresentarem a pesquisa do fator reumatóide (teste do látex e reação de Waller Rose negativas. Essas doenças eram, até há alguns anos,

Quadro clínico: febre alta, com período breves de remissão, estado geral debilitado, erupção cutânea em forma de exantema róseo máculo-popular de aspecto fugaz, esplenomegalia, linfadenopatia generalizada e pericardite. Geralmente afetam as grandes articulações dos membros e não são obrigatoriamente simétricas.

Quadro ocular: não é frequente e também não é benigno.

As estatísticas variam no que concerne à presença da iridociclite, pois estas andam paralelas com o conceito de cada escola sobre a doença de Still. Assim, a escola germânica, em 1966, expressa da seguinte maneira:

consideradas variantes da artrite reumatóide. Hoje são tidas como entidades à parte. São chamadas “espondilo”, devido ao comprometimento da coluna, em especial da coluna lombar, e também das articulações sacroilíacas. São doenças HLA-B27 positivas, com variações de cerca de 90% na espondilite anquilosante, até cerca de 50% na espondilite psoriásica.

Fazem parte do grupo:

A) Espondilite anquilosante do Adulto

Predomínio dos 15 aos 35 anos

Incidência de 5-9 homens para 1 mulher

Manifestações oculares

A incidência da uveíte anterior na espondilite anquilosante varia de 18% (Perkins — 1961) até 37,5% (Lenoch — 1959). Interpretamos esta discrepância de resultados como uma dependência do Serviço focalizado, assim, se formos a um Serviço de Reumatologia, a porcentagem cai; enquanto que, num Serviço de Uveítes, a porcentagem aumenta.

No XX Congresso Brasileiro de Oftalmologia (São Paulo — 1979) apresentamos um estudo estatístico sobre a etiologia em uveíte, onde mostramos que, entre 306 casos de uveítes anteriores, 28 casos (9,1% do total) eram de iridociclitides agudas e crônicas, associados com espondilite anquilosante do adulto.

No XIII Congresso de Reumatologia (Belo Horizonte — 1980) apresentamos um estudo de 100 pacientes portadores de inflama-

ção reumática crônica. Nesse trabalho, tivemos a oportunidade de observar 12 pacientes com espondilite anquilosante do adulto, sendo que nenhum deles apresentava inflamação do trato uveal anterior, quer sob a forma aguda, quer sob a forma de reliquat.

Mapstone — 1975 — dividiu as uveítes anteriores agudas em:

granulomatosas — quando de início insidioso, curso crônico tendência a sinéquias posteriores e precipitados tipo “Mutton Fat”

não-granulomatosas — de início agudo, precipitados tipo branco; câmara anterior invadida de “flare” e células, sinequisante, após várias crises, e íris tumefeita. Mapstone relacionou ambos os grupos com o antígeno de histocompatibilidade HLA-B27. Estudou 10 pacientes com a forma de uveíte anterior aguda granulomatosa e não obteve nenhuma incidência do fator HLA-B27. Estudou também 90 pacientes com a forma de uveíte anterior aguda não-granulomatosa, dividido em 51 homens e 31 mulheres, obtendo os seguintes resultados:

HLA-B27 positivos: 51 casos (55%) — homens — 30 casos; mulheres 21 casos

HLA-B27 negativos: 30 casos (45%) — homens — 21 casos; mulheres — 18 casos

Dos 51 casos de **HLA-B27 positivos:** 28 casos sem doença sistêmica e 23 casos com doença sistêmica (espondilite anquilosante, psoríase, doença de Reiter, Sarcoidose, Sacroile e colite ulcerativa).

No XXIX Congresso Brasileiro de Oftalmologia (Rio de Janeiro — 1977) apresentamos um trabalho sobre espondilite anquilosante do adulto, onde foram estudados 9 pacientes (4 homens e 5 mulheres; idade entre 41 — 61 anos) com iridociclite bilateral em 4 casos e unilateral em 5 casos. RX da coluna e sacroilíaca positiva em 8 casos e com o antígeno HLA-B27 presente em 8 casos. Notou-se uma discrepância na incidência do fator “sexo”, mas isso se justificava por ter uma família o predomínio do sexo feminino.

Síndrome da Uveíte Anterior Aguda Não-Granulomatosa Associada ao HLA-B27

Quadro ocular:

- unilateral, ptose mecânica, olho vermelho, dor, fotofobia, lacrimejamento, precipitados ceráticos nunca do tipo “Mutton Fat”, “flare” moderado na câmara anterior, células escassas na câmara anterior, sem sinéquias (desde que seja medicado com urgência), íris tumefeita, cristalino normal, corpo vítreo com raras células, mais a associação do HLA-B27.
- nesses quadros oculares — deve-se sempre pesquisar a possibilidade da presença de doença reumática associada.
- o tratamento de quadros como esses, deve ter o carácter de urgência, pois, do

contrário, teremos a formação de sinéquias posteriores severas.

A remissão da sintomatologia está na máxima dilatação da pupila, o que é obtido com a infiltração subconjuntival de corticoesteróide, além do uso da atropina 1% tópica mais midriático (4 vezes, nas primeiras 24 horas, temos um Humor Aquoso mais catalizador, acelerando a abertura do diafragma iridocristaliniano. Após as primeiras 24 horas, temos um Humor Aquoso mais denso (coagulação do Humor Aquoso) do que no dia anterior, dando a impressão de piora do quadro ocular; isso, entretanto, é explicado pela passagem do material protéico existente na íris tumefeita para a câmara anterior e também pela diminuição da temperatura do globo ocular. Usamos administrar, ao mesmo tempo, corticoesteróide oral, na dose de ataque de 40mg de prednisona. Com a melhora do quadro, vamos diminuindo tanto a medicação local como a oral, mantendo uma dose de manutenção de 5mg diária durante 30 dias, mesmo que o olho esteja tranqüilo. A nossa experiência demonstra que esta dose de manutenção ajuda a diminuir o perigo das recaídas, ou mesmo das recidivas.

Manifestação ocular crônica:

— olho branco, bilateral, finos precipitados ceráticos, câmara anterior com raras células e “flare”, formação lenta de sinéquias posteriores e presença de membranas pré-lenticulares.

Complicações: ceratopatia em faixa, catarata complicada, glaucoma secundário, edema de mácula e degeneração cística da mácula.

Tratamento: o mesmo usado nas crises agudas. Manter sempre o paciente consciente das metamorfopsias e das complicações. Não tentar eliminar as raras células que possam permanecer na câmara anterior.

Toledo — 1980 — em seu trabalho sobre Uveítes em São Paulo, a iridociclite com sacroileite esteve presente na porcentagem de 5,51% dos casos de uveítes anteriores.

B) Espondilite Anquilosante Juvenil

início da doença antes dos 16 anos de idade

predominância do sexo masculino

Quadro articular: As características clínicas iniciais da doença dividem-se em 2 grupos: um com dor lombar e outro com artrite periférica, porém ao exame radiológico identifica-se uma sacrolite típica.

Quadro laboratorial: Hemossedimentação elevada, fator reumatóide e pesquisa dos anticorpos antinucleares negativos, e o HLA-B27 positivo em 82,35% dos casos.

Quadro ocular: Iridociclite aguda, menos frequente do que na forma adulta. (Ladd

1971 e Schaller 1977). — **Carvalho e Moreira 1980** não encontraram nos seus 7 casos de espondilite anquilosante juvenil nenhuma alteração ocular. **Carvalho, Moreira e Oréfice 1980** — apresentaram um caso desta entidade com uma iridociclite aguda unilateral severa, e rebelde ao tratamento com corticoesteróide, sendo apenas controlada com a seguinte terapêutica: clorambucil (3 comprimidos por dia), indocid (3 comprimidos por dia) e meticortem (15mg diário).

ESPONDILITE PSORIASICA (artrite psoríase)

Quadro articular: As características locais das articulações afetadas nesta é diferente da artrite reumatóide, e as deformidades das mãos são menos frequentes, são geralmente lesões assimétricas e de evolução diferente. As vezes temos comprometimento axial e sacroilíaco. As lesões dermatológicas podem ou não precederem a artropatia.

Quadro laboratorial: pobre, porém Eastmond 1976 mostrou que nas formas periféricas o HLA-B27 é positivo em 32,5% e nas formas axiais e sacroilíacas o HLA-B27 é positivo em 64,3%. Na Psoríase sem artrite valoriza-se o HLA-B15 = 15-27% e HLA-B17 (W17) = 23-26%.

Quadro ocular: raro porém se expressa como uma iridociclite crônica bilateral. — Observação: esta entidade pode às vezes ser confundida com a de Reiter, quer no seu aspecto geral como também no aspecto ocular.

DOENÇA DE REITER — É uma poliartrose aguda que alcança máxima intensidade em poucos dias e a sua remissão se faz pouco a pouco e ao fim de algumas semanas, com frequência apresenta uma cura completa. Isso não impede que haja recaída ou recidiva. A tríade clássica descrita por Hans Reiter (1916) foi: artrite, uretrite inespecífica e conjuntivite.

Csonka — 1958 — descreve este quadro com inflamação da úvea anterior (irite).

Quadro articular: poliartrose assimétrica, localizada de preferência nas grandes articulações.

Quadro sistêmico: febre, perda de peso e mal estar geral.

Quadro genito-urinário: secreção mucopurulenta ou mucoide, com disúria, prostatite e cistite.

Quadro cutâneo: ceratoderma blenorrágica, úlcera superficiais no pênis, envolvimento na palma das mãos e na sola dos pés.

Na forma crônica da doença, frequentemente, a coluna cervical e lombar são atingidas, daí considerada como uma variante da espondilite anquilosante.

Em 1980, estudamos 7 pacientes com Doença de Reiter: 6 homens e 1 mulher; ida-

de de 25 - 45 anos; 7 com artropatias; 4 casos com uveítes anteriores (2 casos unilaterais e 2 casos bilaterais); 3 casos de conjuntivites; 6 casos com uretrites e 1 caso com cistite (mulher); 2 casos com dermatose; 4 casos com HLA-B27 positivos, 2 casos com HLA-B17 positivos e 1 caso com HLA negativo.

Toledo — 1980 — em 127 casos de uveítes anteriores encontrou 2 casos de Doença de Reiter (1,57%).

Quadro Ocular: Conjuntivite papilar bilateral com escassa secreção mucoide, às vezes se apresenta como uma conjuntivite folicular, ceratite superficial, e num segundo estágio, temos a possibilidade da presença de uma inflamação da úvea anterior; irite simples ou uma iridociclite severa.

No caso de uma irite simples, ela é geralmente bilateral, branda, sem deixar reliquat. Nos casos de iridociclite severa, também é geralmente bilateral, grave e pode levar às seguintes complicações: seclusão pupilar, catarata complicada, glaucoma secundário.

Quadro laboratorial. Soro negativo — HLA-B27 positivo, (em torno de 60% dos casos).

Pródromos

- a — relação sexual: uretrite inespecífica
- b — relação alimentar: diarreia ou desidratações.

Elementos Precipitantes:

- a — *Yersinia enterocolitica*
- b — *Shigella flexner*
- c — *Mycoplasma* (PPLP) *pneumoniae*
- d — *Chlamida*
- e — *Salmonella*

Tratamento:

conjuntivite papilar: vaso-constrictores tópico.

conjuntivite folicular: tetraciclina (1,5g diária durante 15 a 21 dias) via oral.

Irite: ciclopegico e corticoide local.

Iridociclite severa: infiltração subconjuntival de corticoesteróide, atropina a 1%, corticoide oral e, nos casos rebeldes, imunossupressores.

Espondilite nas enteropatias:

- colite ulcerativas
- doença de Crohn (iliite regional)
- doença de Whipple

Ellis — 1964 — Iridociclite recorrente em colite ulcerativa.

Koulitz — 1967 — Irites e doença de Crohn

Não tivemos oportunidade até esse momento de estudar qualquer dessas 3 doenças.

SÍNDROME DE BEHÇET:

Esta síndrome dificilmente se apresenta com artropatias; quando isso ocorre, as articulações mais atingidas são as grandes. A colocação dessa síndrome no capítulo das artropatias sero-negativas é ainda muito discutida.

Classificação da Síndrome de Behçet segundo Lehner e Barnes (1969).

Elementos principais: úlceras orais, úlceras genitais, lesões oculares, lesões da pele.

Elementos secundários: Artrites, lesões neurológicas, lesões vasculares, lesões intestinais, lesões cardiovasculares, história familiar.

A Síndrome de Behçet pode ser dividida em 4 grupos:

- 1 — Completa: envolvimento de 4 elementos principais
- 2 — Incompleta: com 3 elementos principais ou lesão ocular e um elemento secundário.
- 3 — Suspeita: com 2 elementos principais afetados.
- 4 — Possível: um elemento principal afetado.

Quadro ocular:

Iridociclite recidivante, com ou sem hipópio, lesões retinianas do tipo vasculite.

OBS.: esta síndrome será estudada, com maiores detalhes, no capítulo das uveítes difusas e vasculopatias.

Monoartrites ou oligoartrites agudas

A — **GOTA:** é uma artrite aguda que afeta frequentemente a 1.ª articulação metatarsofalângica em 50% dos casos, podendo atuar em qualquer articulação.

Quadro ocular: é raro, porém quando presente se manifesta como uma iridociclite crônica insidiosa, apenas observamos em um caso, mulher 50 anos de idade. A literatura cita casos de esclero uveítes recorrentes.

Quadro laboratorial: presença de cristais birrefringentes de ácido úrico no líquido sinovial.

Tratamento: idem das outras artropatias com iridociclite.

B — **Pseudo Gota:** o aspecto clínico semelhante ao da gota porém com líquido sinovial contendo cristais que não são de ácido úrico e sim de pirofosfato de cálcio.

Quadro ocular: desconhecido.

ESCLERODERMIA DIFUSA

Pode ser acompanhada de artrite, com todas as características de uma artrite reumatoide clássica, em cerca de 10% dos casos.

O fenômeno de Raynaud pode as vezes ser o primeiro indicio da esclerodermia difusa, o diagnóstico pode ser confirmado pelo espessamento dérmico digital e facial junto com telangectasias.

Quadro laboratorial: fator reumatoide positivo.

Quadro ocular: apenas observamos um caso, jovem do sexo feminino de 20 anos de idade, com iridociclite bilateral recorrente.

BIBLIOGRAFIA

- AREAL, M. A. E. & HOULI, J. e col. — Manifestações nas colagenoses — J.B.M. — fevereiro, 9-14, 1980.
- BACON, P. A. — Diagnóstico de las afecciones reumáticas — Documenta Geigy — 1979.
- BEWERTON, D. A. & JAMES, D. C. O. — The histocompatibility antigen (HLA-B27) and disease — Seminars in Arthritis and Rheumatism, 4 (3): 191-207, 1975.
- CARVALHO, M. A. P.; ORÉFICE, F. & MOREIRA, C. — Alterações oculares nas doenças reumáticas inflamatórias crônicas — Rev. Bras. Reumat. 20(3): 37, 1980.
- CARVALHO, M. A. P. & MOREIRA, C. — Espondilite anquilosante juvenil — Rev. Bras. Reumat. 20(2): 65-68, 1980.
- CAMPINCHI, R. — Immunologic and Allergic Phenomena — 574-585, 1970.
- DUKE-ELDER — System of Ophthalmology — Vol. IX, 1966.
- ELLIS, P. P. & GENTY, J. H. — Ocular complications of ulcerative colitis — Amer. J. Ophthal. 58: 779, 1964.
- HOGAN, M. — Immunopathology of Uveitis — 39-63, 1964: Ed. A.E. Maumenee and Arthur Silverstein. Williams and Wilkins, Baltimore.
- KANSKI, J. J. — Anterior uveitis in juvenile rheumatoid arthritis — Arch. Ophthalmol., 95: 1794-1797, 1977.
- KIMURA, S.; HOGAN, M.; O'CONNOR, R. & EPSTEIN, W. — Uveitis and joint diseases — Arch. Ophthal. 77: 309-316, 1967.
- KIMURA, S.; HOGAN, M.; O'CONNOR, R. & EPSTEIN, W. — Uveitis and joint diseases — Tr. Am. Ophth. Soc. 64: 291-310, 1966.
- KORELITZ, B. I. & COLES, R. S. — Uveitis (iritis) associated with ulcerative and granulomatous colitis. Gastroenterology 52: 78, 1967.
- LEHNER, T. & BERNES, C. G. — Behçet's Syndrome, clinical and immunological features Ed. T. Lehner and C. G. Barnes, Academic Press, 1979.
- MAPSTONE, R. & WOODROW, J. C. — HLA-B27 and acute anterior uveitis — Brit. J. Ophthal. 59: 270-275, 1975.
- OHNO, S.; KIMURA, S.; O'CONNOR, R. & CHAR, D. H. — HLA antigens and antinuclear antibody titres in juvenile chronic iridocyclitis — Brit. J. Ophthal. 61: 5 (— 61, 1977).
- OHNO, S.; KIMURA, S.; O'CONNOR, R. & CHAR, D. H. — HLA antigens and uveitis — Brit. J. Ophthal. 61: 62-64, 1977.
- QUEIROZ, J. M. — Colagenoses em oftalmologia — Anais XII Cong. Bras. Oftal. 189-207, 1962.
- ROCHA, H. & GALVAO, P. G. — Livro Jubilar do Prof. Ivo Correa Meyer — 165-234, 1969.
- STANWORTH, S. & SHARP, J. — Uveitis and rheumatic diseases — Ann. Rheum. Dis. 15: 140-151, 1956.
- TOLEDO, M. A.; HIRATA, P. S.; BELFORT, R. Jr.; NETO, S. D. — Uveítes em São Paulo — Arq. Bras. Oftal., 43: 10-16, 1980.
- WILLIAMSON, J. — Ocular Hazards In Connective Tissue Disease — Recent Advances In Rheumatology — Ed. W. Watson Buchanan and W. Carson Dick Churchill Livingstone — 147 — 192, 1976.