

CERATOCONJUNTIVITE DO LIMBO SUPERIOR

Newton Kara José *
Marinho Jorge Scarpi **

Em 1963, THEODORE descreveu um tipo particular de ceratoconjuntivite, manifestando-se principalmente no limbo superior, a qual denominou de "ceratoconjuntivite do limbo superior". THEODORE (1967) considera-na como um quadro típico, facilmente diagnosticável de doença recorrente, de etiologia desconhecida e caracterizada por: (1) inflamação intensa da conjuntiva tarsal superior; (2) inflamação da conjuntiva bulbar superior; (3) áreas de desepitelizações punctatas no terço superior da córnea e na conjuntiva bulbar suprajacente, corando com fluoresceína ou rosa bengala; (4) proliferação no limbo superior; (5) presença de filamentos no limbo superior ou na porção superior da córnea. Ressalta a importância da ceratoconjuntivite do limbo superior (C.L.S.) em termos de incidência, recorrência, desconforto e cronicidade, considerando que este quadro, não tão raro, normalmente passava despercebido por falta de observação mais cuidadosa na lâmpada de fenda, uso de corantes específicos e exames repetidos, sem o que não se chega ao diagnóstico.

Com exceção dos poucos artigos que constam como referências deste trabalho, não conhecemos nenhum outro específico sobre ceratoconjuntivite do limbo superior. Em vista disso, julgamos necessário outra publicações referentes a esta entidade, para melhor difundí-la entre os oftalmologistas do nosso meio.

No presente trabalho, descrevemos cinco casos de pacientes portadores de ceratoconjuntivite do limbo superior.

Caso 1 H.F.M., masculino, 34 anos, branco.

Em 24/04/73 apresentou-se com queixa de ardor e secreção em ambos os olhos e de há 6 anos vir apresentando conjuntivites recorrentes. No exame ocular verificamos intensa hiperemia da conjuntiva bulbar superior; ceratite superficial no terço superior da córnea corando com fluoresceína em ambos os olhos e discreta área de proliferação no limbo superior. Nesta data, foi feito o diagnóstico de ceratoconjuntivite do limbo superior (C.L.S.) e aplicado nitrato de prata a 0,5% nas conjuntivas tarsal superior e bulbar superiores de ambos os olhos. Dois meses depois o paciente não apresentava queixas e ao exame com lâmpada de fenda apenas poucos pontos corneanos coravam com fluoresceína no olho direito. Teve nova

* Professor Assistente e Chefe da Seção de Córnea da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Serviço do Prof. Paulo Braga Magalhães, Professor Titular de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Membro do Grupo de Coordenação do P.O.S.E.

** Auxiliar de Ensino da Disciplina de Oftalmologia — Faculdade de Medicina de Jundiaí.

crise dezoito meses após a primeira, que cedeu poucos dias após novas aplicações de nitrato de prata.

Caso 2 V.M.Z., feminino, 14 anos, branca.

Em 13/12/74 queixava-se de secreção esbranquiçada, lacrimejamento, fotofobia, cefaléia e hiperemia conjuntival. No exame ocular apresentava, em ambos os olhos, intensa hiperemia e presença de papilas na conjuntiva palpebral superior (Fig. 1); espessamento epitelial e hiperemia da conjuntiva bulbar superior na área perilimbica, que diminuía de intensidade à medida que se afastava do limbo (Fig. 2); presença de áreas puntiformes corando com fluoresceína no terço superior da córnea.

Estabelecido o diagnóstico de ceratoconjuntivite do limbo superior, foi feita cauterização com nitrato de prata a 0,5% nas conjuntivas bulbar e tarsal superiores. Em 18/11/75 e 26/05/76 ocorreram novas crises que cederam poucos dias após novas aplicações de nitrato de prata.

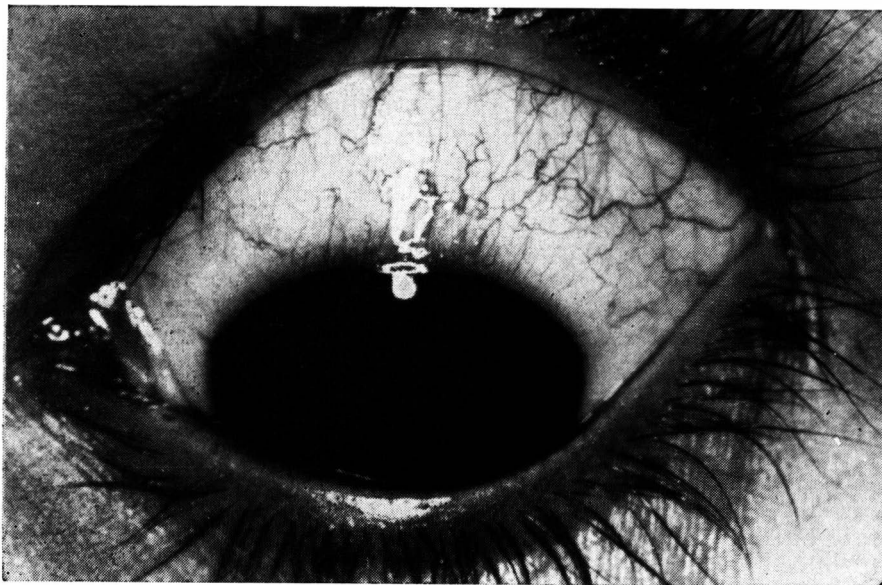


Fig. 1

Caso 3 A.P.C., feminino, 34 anos, branca.

Em 22/09/75, procurou o nosso serviço com sensação de areia, fotofobia, desconforto em exposição ao vento e olhos permanentemente desconfortáveis. Relatava que há 7 anos vinha apresentando episódios de desconforto ocular, acompanhado de secreção e hiperemia conjuntival. Já tinha percorrido vários oftalmologistas e usado grande número de colírios, entre eles dexafenicol e metilcelulose, sem melhora e sem diagnóstico.

No exame ocular apresentava, em ambos os olhos, a conjuntiva tarsal superior hiperemiada e com papilas. Na conjuntiva bulbar superior a hiperemia era mais proeminente próximo ao limbo. Havia pontos corando na área perilábica e terço superior da córnea em ambos os olhos. Não havendo melhora com a administração de "Dimetapp" e "Alergon", foi feita cauterização com nitrato de prata a 0,5% duas vezes por semana, com melhora do quadro e de sintomatologia do paciente. A paciente mudou-se para o Rio de Janeiro e foi perdido o seguimento do caso.



Fig. 2

Caso 4 A.S.K., feminino, 51 anos, branca.

Em setembro de 1976 apresentou-se com queixas de sensação de areia nos olhos, lacrimejamento, prurido, fotofobia discreta e edema palpebral matinal há duas semanas. O exame ocular revelou, em ambos os olhos, secreção viscosa no canto interno da rima palpebral; hiperemia e papilas no tarsu superior; hiperemia da conjuntiva bulbar mais próxima do limbo superior e pontos corando com fluoresceína no limbo superior e terço superior da córnea. Foi feita cauterização da conjuntiva tarsal superior e conjuntiva bulbar superior com nitrato de prata a 0,5%, obtendo-se melhora do quadro.

Caso 5 M.S.R., feminino, 33 anos, branca.

Em 03/11/76 queixava-se de hiperemia conjuntival, sensação de areia nos olhos, lacrimejamento, prurido, secreção e ardor que pioravam com poeira e luz solar.

No exame ocular apresentava intensa hiperemia, presença de grande número de papilas e capilares enovelados na conjuntiva palpebral superior; hiperemia da conjuntiva bulbar superior na área perilímbica entre 10:00 e 2:00 horas, diminuindo de intensidade à medida que se afastava do limbo; presença de áreas puntiformes no terço superior da córnea corando com fluoresceína, ceratite filamentar e área de proliferação no epitélio perilímbico.

Cauterizou-se, por duas vezes, a conjuntiva tarsal superior e conjuntiva bulbar superior de ambos os olhos, com nitrato de prata a 0,5%. Após uma semana não apresentava mais queixas, persistindo apenas discreta hiperemia das conjuntivas tarsal e bulbar superiores. Repetiu-se a cauterização com o nitrato de prata a 0,5%. Vem se mantendo confortavelmente.

COMENTÁRIOS

Não se conhece a causa de ceratoconjuntivite do limbo superior. Uma infecção bacteriana parece estar excluída; existindo pouca ou nenhuma evidência que indique uma etiologia alérgica (THEODORE, 1967).

As culturas para fungos e vírus têm sido negativas; culturas para bactérias revelam apenas estafilococos não patogênicos (CORWIN, 1968; THEODORE & FERRY, 1970).

PARA THEODORE (1967), apesar dos resultados negativos das culturas, a etiologia virótica ainda tem mais a seu favor do que outras causas, embora não haja evidência de sua propagação através das mãos.

Os casos de C.L.S., inclusive os de nossa série, são esporádicos e isolados — apenas CORWIN (1968) descreveu um caso com antecedente familiar de C.L.S. —, o que não favorece a etiologia viral para o progresso.

Esfregaços da conjuntiva tarsal superior revelam epitélio normal e exsudato com polimorfonucleares. Nem eosinófilos nem inclusões de células epiteliais têm sido encontrados. Esfregaços da conjuntiva bulbar superior envolvida são de valor diagnóstico, mostrando marcada ceratinização das células epiteliais e presença de polimorfonucleares (THEODORE & FERRY, 1970).

Biópsia de conjuntiva bulbar superior confirma os achados do esfregaço, mostrando ceratinização do epitélio com acantose, disceratose, infiltrado celular e, em algumas áreas, degeneração vacuolar do núcleo. Biópsia da conjuntiva palpebral revela infiltração com polimorfonucleares, linfócitos e plasmócitos, e epitélio normal (THEODORE & FERRY, 1970).

CHER (1969), na Austrália, descrevendo dez casos de ceratoconjuntivite do limbo superior, dos quais cinco eram portadores de hipertireoidismo, aventa a possibilidade de origem autoimune para o processo.

THEODORE (1967) verifica a incidência de C.L.S. em pacientes de 20 a 67 anos de idade. Em nosso grupo de pacientes com C.L.S., as idades variaram de 15 a 51 anos. CORWIN (1969) cita um caso de ceratoconjuntivite do limbo superior em uma criança de 4 anos.

THEODORE (1967), tecendo maiores considerações sobre esta patologia, inclui ser um pouco maior a incidência em mulheres do que em homens. CORWIN (1968) refere ser a grande maioria de seus casos do sexo feminino.

CHER (1969), nos seus casos, encontra uma relação de quatro mulheres para um homem, o que coincide com nossa série.

A condição é normalmente bilateral. Pode, porém, ser unilateral ou podem as recorrências alternarem de olho para olho. Entretanto, a gravidade do processo em um olho pode mascarar o estado relativamente assintomático do outro, o qual somente revelará estar envolvido após cuidadoso exame com corantes vitais (THEODORE, 1967).

Nossos casos foram todos bilaterais e apenas uma paciente apresentava queixas mais intensas em um dos olhos.

Da mesma forma que THEODORE (1963), as principais queixas dos nossos pacientes eram: ardor, sensação de corpo estranho, fotofobia, hiperemia conjuntival e pouco ou nenhum lacrimejamento. Não encontramos queixas quanto à acuidade visual, diferindo dos achados de CHER (1969).

Não observamos em nenhum de nossos casos blefaroespasma, contrariamente aos achados de THEODORE (1963), CORWIN (1963) e CHER (1969).

Concordante com os achados de CHER (1969), o teste de Schirmer aplicado em nossos pacientes não revelou nenhuma alteração do fluxo lacrimal. CORWIN (1968) encontrou apenas uma paciente com diminuição aparente do fluxo lacrimal; era, porém, uma mulher de 67 anos e que já sofria de xerofalmia há dois anos.

Os nossos achados biomicroscópicos e os descritos pelos vários autores são coincidentes. Há uma inflamação marcante da conjuntiva tarsal e bulbar superiores. A hiperemia da conjuntiva bulbar se estende das 10:30 às 1:30 horas, sendo mais intensa no limbo superior, decrescendo gradualmente à medida que se afasta do mesmo. A hiperemia é bastante evidente (THEODORE, 1963), sendo ciliar e bulbar na região afetada (CHER, 1969).

A conjuntiva bulbar superior suprajacente ao limbo, e terço superior da córnea, coram em finos pontos pelo uso de colírio de fluoresceína e rosa de bengala (THEODORE, 1963, 1967).

THEODORE (1963) descreve a proliferação límbica que ocorre nesta doença, como um tecido de aspecto empilhado ou carnoso, ou como área esbranquiçada e francamente elevada.

CORWIN (1968), no exame de 22 pacientes com C.L.S., verifica esta proliferação em 18 casos. Esta foi por nós observada em todos os nossos pacientes.

Em 50% da série de 11 pacientes com C.L.S., THEODORE (1963) verifica a ocorrência de filamentos no limbo superior ou no quarto superior da córnea. Em 1967, o mesmo autor menciona sua presença em um terço dos ataques de C.L.S.. Para este autor, o processo primário é uma

ceratoconjuntivite e os filamentos são essencialmente uma complicação, ocorrendo apenas nos pacientes susceptíveis. Por outro lado, CHER (1969) verifica filamentos em apenas dois de seus dez casos. Em nossa série, apenas um paciente apresentou filamentos no quarto superior da córnea.

Em pacientes com múltiplos filamentos, pode ser notada uma pseudomembrana da conjuntiva tarsal superior. Em outros a conjuntiva aparenta estar hialinizada e com "pontos de sangue" ou finos capilares como são vistos no estágio inicial da conjuntivite vernal (THEODORE, 1967). No único caso de nossa série que apresentava filamentos, a ocorrência, na conjuntiva tarsal superior, desses capilares de aspecto enovelado era bastante evidente. Da mesma forma que CORWIN (1968), não encontramos pseudomembrana da conjuntiva tarsal em nenhum de nossos pacientes.

O quadro em nada ou muito pouco melhora com o uso de colírios descongestionantes, metilcelulose, álcool polivinílico, colírios de esteróides, I. D. U., agentes quimioterápicos e antibióticos (THEODORE, 1963; CHER, 1969).

THEODORE (1963, 1969) demonstrou acentuada melhora em quase todos os casos com aplicação de nitrato de prata a 0,5% na conjuntiva tarsal superior e inferior duas vezes por semana. O mesmo autor, em 1970, sugere, ainda, a aplicação de nitrato de prata a 1,0% na margem palpebral. Em nossa série de 5 pacientes, quatro obtiveram excelente resposta à aplicação de nitrato de prata a 0,5% na conjuntiva tarsal superior, bordo palpebral superior e conjuntiva bulbar suprajacente ao limbo e o outro paciente não teve ainda suficiente seguimento para se aferir conclusões do resultado do tratamento.

SUMÁRIO

Os autores, considerando o escasso número de artigos específicos, apresentam cinco casos de pacientes portadores de ceratoconjuntivite do limbo superior (C.L.S.).

SUMMARY

The authors, in view of the paucity of written articles devoted to this clinic entity, present five cases of patients bearers of superior limbic keratoconjunctivitis.

NOTA DO EDITOR — Enquanto este trabalho aguardava impressão a Rev. Brasileira de Oftalmologia publicou artigo com outro caso desta patologia. Os autores estão de parabéns por divulgar este tipo de conjuntivite geralmente não diagnosticado corretamente entre nós.

BIBLIOGRAFIA

1. CHER, I. — Clinical features of limbic keratoconjunctivitis in Australia. Arch. Ophthalmol., 82:580-6, 1969.
2. CORWIN, M. E. — Superior limbic keratoconjunctivitis. Amer. J. Ophthalmol., 66:338-40, 1968.
3. THEODORE, F. H. — Superior limbic keratoconjunctivitis. Eye Ear, Nose Thr. Monthly, 42:25-8, 1963.
4. THEODORE, F. H. — Further observations on superior limbic keratoconjunctivitis. Trans. Amer. Acad. Ophthalmol. Otolaryng., 71:341-51, 1967.
5. THEODORE, F. H. & FERRY, A. P. — Superior limbic keratoconjunctivitis. Arch. Ophthalmol., 84:481-4, 1970.