

ÚLCERA DE CÓRNEA PERFURADA E ENDOFTALMITE POR STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS (ALBUS) APÓS CERATOPLASTIA PARCIAL PENETRANTE COMBINADA COM VITRECTOMIA ANTERIOR

Newton Kara José *
Roberto Freire Santiago Malta **
Yoshitaka Nakashima ***

INTRODUÇÃO

A endoftalmite é dentro das patologias infecciosas oftálmicas uma das que assume um caráter catastrófico (Forster, Zachary & Cottingham, 1976) no que tange à integridade morfuncional do globo ocular.

Tal fato decorre da dificuldade para obtenção de concentrações adequadas de antibióticos no interior do olho e por constituírem o vítreo e o cristalino um bom meio de cultura para a reprodução de germes (Duke Elder, 1966).

Considerar o *Staphylococcus epidermidis* como sendo um germe não patogênico é, provavelmente, uma asserção bastante perigosa (Spink, 1968).

Muitos autores já responsabilizaram tal microorganismo como agente etiológico de diversas infecções humanas, incluindo as endoftalmites. Os testes da produção da coagulase e da desoxirribonuclease (DNase) procuram diferenciar os *Staphylococcus epidermidis* em grupos de maior ou menor virulência. A negatividade de tais provas sugere a pequena patogenicidade destes germes.

DESCRIÇÃO DO CASO

A.A.J., 71 anos de idade, sexo feminino, cor branca. Admitida em 5 de outubro de 1976 na Clínica Oftalmológica (Serviço do Prof. Dr. Paulo Braga de Magalhães) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, relatou como antecedente ocular a realização de cirurgia de catarata em ambos os olhos há cerca de um ano. Queixava-se de não apresentar melhora da acuidade visual em ambos os olhos com lentes corretoras. O exame ocular revelava acuidade visual de percepção de

* Professor Livre-Docente da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

** Residente da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

*** Preceptor da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

movimentos de mão a 30 cm em ambos os olhos, não melhorando com correção. A biomicroscopia caracterizava ceratopatia bolhosa bilateral, câmara anterior de perfil plano convexo em ambos os olhos, com vítreo na mesma. A paciente foi submetida à cirurgia de ceratoplastia parcial penetrante com vitrectomia anterior (vitreoófago de Suzuki) no olho esquerdo. Foi adaptada lente de contacto gelatinosa terapêutica (plano T), imediatamente após o ato cirúrgico. No pós-operatório, a paciente foi medicada sistemicamente com prednisona (60 mg via oral por dia) e gentamicina (240 mg intramuscular por dia) e topicamente, com atropina 1%, sulfato de gentamicina e dexametasona.

A evolução clínica seguiu-se dentro dos padrões considerados normais, tendo a paciente recebido alta hospitalar no 8.º pós-operatório, com a mesma medicação acima descrita, excetuando-se gentamicina intramuscular.

No 40.º pós-operatório, a paciente procurou o ambulatório, queixando-se de que, há mais ou menos 24 horas, o olho operado tornara-se avermelhado e com secreção esbranquiçada. O exame biomicroscópico revelou hiperemia conjuntival acentuada com a presença de úlcera paracentral inferior, que atingia 1/3 da espessura corneana. Foram, então, colhidos secreção do fundo de saco conjuntival inferior e raspado da córnea para cultura e antibioticoterapia sistêmica com penicilina cristalina (12 milhões de unidade por dia), gentamicina (240 mg por dia) e oxacilina (2 g por dia), e tópica (gentamicina e cloranfenicol). Em 48 horas, houve perfuração da córnea com hérnia de vítreo. Foram, então, colhidos vítreo para cultura e nova secreção do fundo de saco conjuntival, além de raspado da córnea. Todas as culturas para bactéria revelaram a presença de **Staphylococcus epidermidis**, plasmocoagulase negativas. O exame anatomo-patológico pós-evisceração revelou processo inflamatório compatível com infecção bacteriana.

DISCUSSÃO

Em 1973, Valenton et al. descreveram os dois primeiros casos de endoftalmite por **Staphylococcus epidermidis**, confirmados por cultura do humor aquoso.

A idéia de que o **Staphylococcus epidermidis**, considerado normalmente um germe saprófita, poderia adquirir um papel francamente patogênico já é referida no nosso meio desde 1964 por Habib et al., que estudaram a flora bacteriana em conjuntivites e blefarites. Takahashi et al. (1975), verificaram a grande frequência de **Staphylococcus epidermidis** em olhos portadores de conjuntivites (55,4%) e em olhos sem inflamação conjuntival (53,7%), colocando em dúvida a inocuidade de tal germe.

Susanna Jr. et al. (1975) estudaram a frequência dos tipos e subgrupos de **Staphylococcus epidermidis**, bem como sua atividade desoxirribonucleásica, concluindo pela importância do **Staphylococcus epidermidis** — DNase positivo na etiopatogenia das conjuntivites.

Em recente trabalho, Kara José et al., revendo 55 casos de úlceras corneanas centrais (que por sua gravidade requereram internação), mostraram que os microorganismos mais comumente encontrados por ordem de frequência foram: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus epidermidis* e *Staphylococcus aureus*. Tal estudo vem reforçar o caráter oportunístico que adquiriu tal germe nas infecções oculares.

Forster (1974), revendo 33 casos de endoftalmite, obteve culturas de humor aquoso e vítreo positivas em 14 casos, dos quais 3 foram atribuídos ao *Staphylococcus epidermidis*. Um dos seus casos de endoftalmite com cultura negativa ocorreu após ceratoplastia penetrante.

Deve-se ressaltar que, no caso descrito, o *Staphylococcus epidermidis*, responsável pelo aparecimento da úlcera de córnea que evoluiu para perfuração corneana e posterior endoftalmite, apresentava provas de patogenicidades negativas (plasmocoagulase e DNase negativas). Tal virulência poderia ser explicada por tratar-se de uma paciente idosa que sofreu duas grandes cirurgias intraoculares em espaço de tempo relativamente curto, e que vinha sendo mantida com uso de antibiótico local e corticoesteróide sistêmico e local. A combinação do uso de antibióticos e esteróides tem sido recomendada no tratamento das endoftalmites. Deve-se, porém, ressaltar que o uso de corticoesteróide pode resultar na propagação da infecção, se o organismo causador da mesma não for suscetível à antibioticoterapia (Ellis, 1970).

RESUMO

Os autores descrevem um caso de úlcera de córnea perfurada que evoluiu para endoftalmite por *Staphylococcus epidermidis*, plasmocoagulase e prova DNase negativa, ocorrendo 40 dias após cirurgia de ceratoplastia parcial penetrante combinada com vitrectomia anterior, em paciente que vinha sendo mantida com antibiótico tópico e corticoesteróides sistêmico e tópico.

SUMMARY

The authors describe a case of perforated corneal ulcer that has developed into endophthalmitis caused by *Staphylococcus epidermidis*, negative plasmocoagulase and negative DNase, occurring 40 days after surgery of penetrating partial keratoplasty combined with anterior vitrectomy in a patient who had been given topical antibiotic as well as topical and systemic corticosteroids.

BIBLIOGRAFIA

1. DUKE ELDER, S.; PERKINS, E. S. — *System of Ophthalmology*. Diseases of the uveal tract, v. 9, St. Louis, Mosby Company, 1966.
2. ELLIS, P. P. — Symposium on ocular pharmacology and therapeutics. Saint Louis, Mosby Company, 1970, p. 64.
3. FORSTER, R. K. — Endophthalmitis. Diagnostic cultures and visual results. *Arch. Ophthalmol.*, 92: 387, 1974.
4. FORSTER, R. K.; ZACHARY, I. G.; COTTINGHAM JR., A. J. — Symposium on Ocular Therapy, New York, John Wiley & Sons, 1976, p. 51.
5. HABIB, J. T.; LAURETTI FILHO, A.; ITO, I. Y. — Flora bacteriana nas conjuntivites e blefarites. *Rev. Bras. Oftal.*, 24: 75, 1965.
6. KARA JOSÉ, N.; NAKASHIMA, Y.; ALVES, M. R.; MALTA, R. F. S.; MAGALHAES, P. B. — Úlceras corneanas centrais. *Rev. Bras. Oftal.* (no prelo).

7. SPINK, M. S.; STRONG, S. — The pathogenic variety of *Staphylococcus albus*. J. Path. Bact. 95: 295, 1968.
8. SUSANA JR., R.; CAMARGO, M. L.; YASSUDA, N.; TAKAHASHI, W. Y.; YANAGUITA, R. M.; ROSA, C. A. S.; SILVA, L. A. — Importância do *Staphylococcus epidermidis* (albus) na etiopatogenia das conjuntivites. Rev. Bras. Oftal. 34: 203, 1975.
9. SUZUKI, H. — Vitrectomia a céu aberto — Instrumentação. Rev. Bras. Oftal. 35: 179-185, 1976.
10. TAKAHASHI, W. Y.; SUSANNA JR., R.; CAMARGO, M. L.; YASSUDA, N.; YANAGUITA, R. M.; SILVA, L. A.; ROSA, C. A. S. — Estudo da flora bacteriana em conjuntivas de olhos humanos. Rev. Bras. Oftal., 24: 75, 1965.
11. VALENTON, M. J.; BRUBAKER, R. F.; ALLEN, H. F. — *Staphylococcus epidermidis* (albus) endophthalmitis. Arch. Ophthal., 89: 94, 1973.