

# UVEÍTES — ESTUDO DE 250 CASOS CONSECUTIVOS (\*)

Rubens Belfort Jr. \*\*, Pedro Seiji Hirata \*\*\*, Mariza Toledo de Abreu \*\*\*

## INTRODUÇÃO

Poucos trabalhos caracterizam clínica e epidemiologicamente as uveítés no Brasil, apesar de sabermos que sua incidência e formas clínicas variam muito nas diferentes partes do mundo. As inflamações intra-oculares continuam a ser causa freqüente de cegueira em nosso meio, onde as doenças infecto-contagiosas ocupam ainda lugar de destaque, atingindo uma faixa etária importante sob o ponto de vista sócio-econômico (1, 2). A tuberculose e a sífilis são ainda infecções de alfa prevalência em nossa sociedade (3) e as doenças reumáticas também apresentam grande incidência na população. Por outro lado, a evolução da terapêutica imunossupressora aumentou significativamente o número de indivíduos imunologicamente deficientes, predispondo-os à infecções por germes oportunistas de difícil tratamento, tais como: *Herpes simplex*, *Herpes zoster*, *Toxoplasma gondii*, citomegalovírus, etc..

Neste trabalho, apresentamos dados relativos ao atendimento de 250 pacientes sucessivos, estudados no Centro de Uveites da Escola Paulista de Medicina, durante o período de julho de 1975 a janeiro de 1977.

## OBSERVAÇÃO E MÉTODO

Foram atendidos 250 pacientes sucessivos, de diferentes níveis sócio-econômicos, pois o Centro de Uveites da Escola Paulista de Medicina atende, além de previdenciários a indigentes e doentes de consultórios particulares, todos eles encaminhados por colegas.

Os pacientes portadores de uveite herpética, por serem atendidos em outra seção do Serviço, não foram computados neste trabalho.

Em todos os pacientes o procedimento foi idêntico: preenchimento de uma ficha padrão de anamnese oftalmológica, contendo também 118 questões sobre a saúde geral do paciente e de sua família e incluindo condições sociais (adaptada das fichas em uso na Universidade da Califórnia, São Francisco e Hospital São Geraldo — Universidade Federal de Minas Gerais) e exame ocular completo bilateral, onde os sinais e sintomas foram anotados e graduados de acordo com os critérios adotados no Uveites Survey da "Proctor Foundation for Research in Ophthalmology" (6).

Em todos os casos a propedéutica subsidiária foi solicitada a partir do quadro clínico. Os exames mais pedidos foram:

a—) Uveites posteriores: imunofluorescência para toxoplasmose, PPD, R-X de tórax, reações sorológicas para sífilis (FTA-ABS, Wasserman e VDRL), R-X de crânio, exame de líquor, dosagem de cálcio e fósforo sérico e sorologia para *Cândida albicans*;

b—) Uveites anteriores: hemossedimentação, pesquisa de fator reumatóide (provas do Látex e Waaler-Rose), R-X de articulação sacro-iliaca (ântero-posterior e incidência de Fergunson), pesquisa de anticorpo antinuclear, PPD, sorologia para sífilis, dosagem de cálcio e fósforo séricos e exame reumatológico;

c—) Uveites difusas: além dos exames citados no item "a", solicitamos: exame neurológico, ginecológico e reumatológico.

Em casos de vasculite solicitamos: prova de falcização, eletroforese de hemoglobina, eletroforese de proteínas, R-X de tórax, tempo de sangria e de coagulação, hemograma completo, PPD, sorologia para sífilis e pesquisa de células LE.

Em casos suspeitos de citomegalovírus, procedemos à pesquisa de células de inclusões virais na urina.

Em casos suspeitos de helmintose ocular ativa, realizamos também pesquisa de eosinófilos, através de paracentese de câmara anterior e exame hematológico, além de exame protoparasitológico.

Consideramos como sorologia positiva para toxoplasmose qualquer título de imunofluorescência indireta e não demos importância para as alterações de titulação durante o curso da doença (7).

Consideramos uveite por tuberculose, um PPD maior que 12 mm, desde que associado ao quadro clínico ocular sugestivo mesmo na ausência de sinais sistêmicos de infecção, e excluídas outras doenças capazes de levar ao mesmo quadro clínico (8, 9).

## RESULTADOS:

As uveítés, excluídas as de etiologia herpética, foram divididas em infeciosas (56,8%) e não infeciosas (33,6%). Uma parcela razoável de pacientes encaminhados para o Serviço com suspeita de uveite (9,6%) apresentava na verdade outras doenças, estando errado o diagnóstico.

\* Trabalho parcialmente apresentado no Simpósio sobre Terapêutica Ocular do Centro de Estudos Prof. Ivo Morrea Meyer, Porto Alegre, nov. 77.

\*\* Professor colaborador da Disciplina de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina e Professor Titular da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

\*\*\* Assistentes Colaboradores da Disciplina de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

Entre as uveites infecciosas, o diagnóstico clínico-laboratorial mais freqüente foi a toxoplasmose, com 49,2% de todos os casos estudados. Encontramos também tuberculose (3,2%), sifilis (1,6%), metastase bacteriana (1,2%), **Toxocara canis** (0,8%) e citomegalovírus (0,8%). Estas duas últimas foram suspeitadas somente clinicamente, uma vez que os exames foram negativos.

Dos 123 pacientes com diagnóstico de toxoplasmose ocular, notou-se leve prevalência pelo sexo feminino (57,7%) em relação ao sexo masculino (42,3%), fato provavelmente decorrente da maior afluência de mulheres ao Serviço. A maioria dos casos foi unilateral (71,5%) e a primeira crise ocorreu antes dos 30 anos de idade em 73,9%. A maioria dos casos foi considerada grave (53,6%) havendo 33,3% de casos moderados e 13,0% de casos leves.

Quanto aos títulos de imunofluorescência para **Toxoplasma gondii**, em 85,5% dos casos encontrou-se títulos menores ou iguais a 1/1000.

Dos pacientes com diagnóstico de tuberculose ocular (8 casos), encontramos 3 casos de iridociclite unilateral, 2 casos de corio-retinite unilateral e um caso de uveite difusa. Todos responderam bem ao tratamento específico, associado ao esteróide.

Dos pacientes com uveite por sifilis (4 casos), 3 apresentaram corio-retinite unilateral e um apresentou uveite difusa. Todos sararam com penicilina e esteróide.

As uveites de etiologia não diretamente infecciosa, compreenderam 33,6% de todas as uveites.

Excluídas as iridociclites que compreenderam 23,6% do total das uveites, tivemos os seguintes diagnósticos quanto às uveites não infecciosas: ciclite crônica (4,0%), Behcet (2,0%), Vogt-Koyanagui-Harada (2,0%) e desconhecidos (2,0%).

As iridociclites de etiologia não diretamente infecciosa apresentaram a seguinte distribuição: ciclite heterocrônica de Fuchs (2,0%), espondilitite anquilosante (2,0%), artrite reumatóide juvenil (0,8%) e desconhecido (18,8%).

Quadro 1 — Diagnóstico das uveites em 250 pacientes sucessivos atendidos no Centro de Uveites da Escola Paulista de Medicina (\*) — Julho de 1975 a Janeiro de 1977

UVEITES INFECCIOSAS	
TOXOPLASMOSE	49,2%
TUBERCULOSE	3,2%
SIFILIS	1,6%
METASTASE BACTERIANA	1,2%
TOXOCARA CANIS (?)	0,8%
CITOMEGLOVÍRUS (?)	0,8%
IRIDOCICLITES NÃO INFECCIOSAS	
CICLITE HETEROCRÔMICA DE FUCHS ..	2,0%
ESPONDILITE ANQUILOSANTE	2,0%
ARTRITE REUMATÓIDE JUVENIL	0,8%
DESCONHECIDA	18,8%
OUTRAS UVEITES NÃO INFECCIOSAS	
CICLITE CRÔNICA .....	4,0%
BEHCET .....	2,0%
VOGT-KOYANAGUI-HARADA .....	2,0%
DESCONHECIDA .....	2,0%
OUTRAS DOENÇAS .....	9,6%

(\*) Exceto uveites herpéticas

## DISCUSSÃO

O levantamento bibliográfico da literatura oftalmológica brasileira dos últimos 15 anos não revelou nenhum trabalho relacionado à epidemiologia das uveites em nosso país.

Num estudo sobre causas de cegueira incurável realizado no Estado de São Paulo, o grupo de oftalmopatias endógenas, cujo elemento mais comum é a uveite, ocupou o 2º lugar, vindo após o glaucoma (1, 2). Esta situação poderá ser agravada em estados brasileiros de menores recursos médicos. Queremos com isto ressaltar a importância do estudo desta doença altamente incapacitante, principalmente num país como o nosso, onde as doenças infecto-contagiosas ocupam ainda lugar de destaque, e lembrar a necessidade do assunto continuar a merecer atenção prioritária por parte dos oftalmologistas brasileiros e órgãos de Saúde.

Estimativas americanas revelam uma incidência de uveites de 15/100.000 habitantes, sendo 12 anteriores e 3 posteriores (10). Nós notamos uma incidência muito maior de uveites posteriores, em parte explicável pela alta freqüência de toxoplasmose, tuberculose e sifilis na população. Em nosso estudo, 56,8% de todas as uveites foram consideradas como de etiologia infecciosa. Dentre estas, a mais freqüente foi a toxoplasmose, que atingiu 49,2% de todas as uveites, ou seja 123 doentes. Hogan e cols (11) e Smith e cols (12) encontraram uma incidência semelhante em seus levantamentos (30 a 50%). Numa estatística recente realizada na universidade de Indiana (10), a incidência de toxoplasmose foi de apenas 15,5%, havendo no entanto, neste levantamento, 32,0% de histoplasmose, doença ocular ainda não descrita em nosso país.

A maioria dos quadros de toxoplasmose ocular foi unilateral (71,5%) e a primeira crise atingiu indivíduos até 30 anos de idade em 73,9% dos casos. Os quadros foram considerados graves na maioria. Aliando-se a estes dados o caráter recidivante da moléstia, pode-se avaliar a importância do diagnóstico e tratamento precoce, tentando-se assim melhor resultado final. Nenhum caso apresentou sinais de toxoplasmose sistêmica durante a crise. Uma paciente informava ter apresentado linfoadenopatia cervical cerca de 30 dias antes da doença ocular mas o Sabin-Feldman era baixo e o IgM negativo. Outra paciente, com Sabin-Feldman também baixo, relatava surto de toxoplasmose sistêmica com IgM positivo, forma linfoglandular, 2 anos antes do aparecimento da uveite.

Consideramos como imunofluorescência positiva para toxoplasmose ocular, qualquer diluição, já que na literatura há casos de uveite por toxoplasmose até com so-

rologia negativa e diagnóstico comprovado por anátomo-patológico (13, 14).

Nossos 3,2% de casos de tuberculose ocular parecem exagerados quando comparados ao 0,3% no levantamento da Universidade de Indiana (10). Schlaegel e cols (10) atribuem esse índice não só à baixa incidência de tuberculose nos E.U.A., mas também à menor importância que os oftalmologistas americanos tem atribuído à doença. Segundo Baudry (15), na Europa o diagnóstico de tuberculose é relativamente comum. No Brasil, segundo Blundi (3), haveria o total de 30 a 40 milhões de indivíduos infectados, uma taxa de infecção anual da ordem de 1.000.000 de habitantes e cerca de 600 mil casos de tuberculose ativa.

A sífilis foi responsabilizada por 1,6% de todas as uveites, de acordo com o exame de FTA-ABS, que como sabemos é o teste mais sensível para qualquer estágio da doença. Nossa incidência foi semelhante à da Universidade de Indiana (2,0%) (10). Queremos lembrar, a existência de muitos casos de sífilis secundária tratados com dose insuficiente de penicilina e realçar o ressurgimento desta doença em todo o mundo a partir da década de 60, com provável aumento na incidência de sífilis ocular em alguns anos (4, 5).

Tivemos 2 casos suspeitos de toxocariase. Eram pacientes jovens (até 15 anos), com lesões oculares sugestivas de *Toxocara canis*. Nenhum deles apresentava sinais de *Larva migrans visceralis* e todos os exames laboratoriais foram negativos. O hemograma não revelou eosinofilia, o que não afastou a hipótese, pois, sabemos que esta em geral apresenta-se ausente no momento do comprometimento ocular. Não realizamos teste cutâneo nestes casos pela reação cruzada que pode ocorrer com *Ascaris* e *Necator*. Esta reação cruzada é muito difícil de ser excluída, pois, mesmo com protoparasitológicos repetidamente negativos, a simples presença de *Ascaris* macho na luz intestinal do paciente é suficiente para a falsa resposta positiva. Atualmente nos E.U.A., realiza-se sorologia para toxocariase ocular pela técnica de ELISA (enzyme-linked immune adsorvent assay) ainda não exequível em São Paulo. A incidência de toxocariase sistêmica em britânicos é de 2,0% (16). No nosso meio, Chieffi e cols. (17), mostraram a presença de ovos viáveis em solo de praças públicas em Londrina e estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro mostrou prevalência da infestação em mais de 50% dos cães domésticos pesquisados (18), tornando necessários maiores estudos para detecção de casos oculares.

As uveites consideradas de etiologia não diretamente infecciosa constituíram 33,6% do total das uveites estudadas. Tivemos 4,0% de ciclites crônicas, incidência se-

melhante a encontrada por van Metre (4,3%) (19), e inferior à Schlaegel (7,6%) (20) e Smith e cols. (8,0%) (21). Tivemos ainda 2,0% de doença de Behcet, uveite que no Mediterrâneo e Ásia é muito comum, atingindo 30% de todos os casos de uveite no Japão e somente 0,2% dos casos de uveite nos Estados Unidos (22). Também tivemos 2,0% de síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, que nos E.U.A. atinge 1,0% dos casos e tem alta incidência nos povos orientais (23).

Em relação à uveite por espondilite anquilosante, cuja incidência é muito variável nas diferentes partes do mundo (10 a 60%) (24), Kimura e cols. relatam uma incidência de 35,6% de todos os casos de uveite anterior (25). Em nosso estudo tivemos apenas 9,0% de espondilite anquilosante entre todas as iridociclites e 2,0% de todas as uveites.

Queremos também realçar a pequena freqüência de artrite reumatóide juvenil e a ausência de uveite por artrite reumatóide do adulto em nossos casos. Provavelmente a baixa incidência de artrite reumatóide juvenil decorre do ainda inadequado encaminhamento deste tipo de paciente para o oftalmologista pelo reumatologista.

Nossa incidência de Iridociclite heterocrônica de Fuchs foi de 2,0%, cifra semelhante à encontrada por Kimura e cols. (2,0%) (26) e Schlaegel e cols. (1,1%) (10).

Consideramos muito alta a taxa de 9,6% de pacientes erroneamente diagnosticados como uveíticos por médicos oftalmologistas e encaminhados ao Centro de Uveites. Consultórios desaparelhados (sem oftalmoscópio indireto e mesmo sem lâmpada de fenda), qualificação profissional inadequada e tempo insuficiente para exame parecem ser as causas deste resultado que reflete atendimento ocular precário na comunidade.

## SUMARIO

Em 250 pacientes sucessivos com uveite atendidos na Escola Paulista de Medicina em São Paulo de Julho de 1975 a Janeiro de 1977, seguindo os mesmos critérios de diagnóstico da Proctor Foundation de São Francisco, EUA, foram encontrados os seguintes resultados:

1) 56,8% de pacientes com uveite infecciosa, sendo: toxoplasmose 49,2%, tuberculose 3,2%, sífilis 1,6%, metástase bacteriana 1,2%, toxocariase 0,8% e citomegalovírus 0,8%.

2) 33,6% de uveite não infecciosa, sendo: 23,6% de iridociclites (Iridociclite heterocrônica de Fuchs 2,0%, Espondilite anquilosante 2,0%, Artrite Reumatóide Juvenil 0,8%, desconhecida 18,8%) e outras uveites 10,0% (ciclite crônica 4,0%, síndrome de Behcet 2,0%, Vogt-Koyanagi-Harada 2% e desconhecido 2,0%).

3) Outras doenças (não uveites) 9,6%.

Esses dados foram comparados aos da literatura de outros países. Os autores ressaltam a importância desse estudo no Brasil.

## SUMMARY

A series of 250 patients with uveitis studied at Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brazil, from July 1975 to January 1977, according to the criteria examination of the Proctor Foundation, USA, showed that:

1) 56,8% of patients had infectious uveitis, distributed as follows: 49,2% toxoplasmosis, 3,2% tuberculosis, 1,6% syphilis, 1,2% bacterial metastasis, 0,8% toxocariasis and 0,8% cytomegalovirus.

2) 33,6% were non infectious uveitis, with 23,6% of iridocyclitis (Fuchs' heterochromic iridocyclitis 2,0%; ankylosing spondylitis 2,0%; juvenile rheumatoid arthritis 0,8%; unknown origin 18,8%), and 10% of another type (chronic cyclitis 4%; Behcet's syndrome 2,0%; Vogt-Koyanagui-Harada syndrome 2,0%, and unknown 2,0%).

3) Diseases other than uveitis 9,6%.

These data were compared with those of other countries. The authors stress the importance of this study in Brazil.

## BIBLIOGRAFIA

1. ROSARIO, E. R. — Levantamento das cegueiras no Estado de São Paulo. Anais do XVI Congresso Brasileiro de Oftalmologia (Tema livre) 288-290, 1971.
2. BELFORT, Jr. R. — Levantamento dos casos de cegueira na Escola Paulista de Medicina em 1965 — Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, 35: 26-33, 1972.
3. BLUNDI, E. — Discurso pronunciado no XVI Congresso Nacional de Tuberculose — Boletim Informativo da Divisão Nacional de Tuberculose, edição especial nº 8 — agosto 1972.
4. SAMPAIO, S.A.P. — Incidência das várias formas de sífilis na Liga de Combate à Sífilis do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da FMUSP — Anais Brasileiros de Dermatologia, 49(2):89-96, 1974.
5. BOPP, C. e MÜLLER, R. — Ressurgimento da Sífilis — Anais Brasileiro de Dermatologia 2:111-123. 1965.
6. HOGAN, M.; KIMURAS, S. J.; THYGESON, P. — Signs and Symptoms of Uveitis — American Journal of Ophthalmology 47:155-176, 1959.
7. BELFORT JR., R.; IMAMURA, P. I. & BONOMO, P. P. — Toxoplasmosis Ocular Arq. Bras. Oftalmol. 38: 196-204, 1975.
8. BELFORT, JR., R. — Atualização em Uveites. Arq. Bras. Oftalmol. 39: 245-267, 1976.
9. BELFORT JR. — Uveites. Supl. Ars. Curandi — Oftalmologia, 1: 10-51, 1973.
10. SCHLAEDEL, T. F. — Currents Aspects of Uveitis — International Ophthalmology Clinics. 1978.
11. HOGAN, M. — Ocular toxoplasmosis — Trans Pac Coast Oto-ophth Soc 50-1, 1969.
12. SMITH, R. E. — Ocular toxoplasmosis in Selected topics in the Eye Systemic Disease, New York Grune & Stratton, 1974.
13. FRANCISCHETTI, A. & ENGELEBRICHT, E. — Mise en évidence de toxoplasmes dans un cas choriorétinite sero-négative. Ophthalmologica, Basel 147: 273-281, 1964.
14. ZCHEILE, F. P. — Recurrent toxoplasmic retinitis with weakly positive methylene blue dye test. Arch. Ophth. 71: 645-48, 1964.
15. BAUDRY, M.; BARON, A.; MICHAEL, G. & LEGENT, O. — L'Hypersensibilité tuberculinique dans les uvéites et les sclerokératites allergiques — Rev. Fr. Allerg. 9(3):171, 1969.
16. WOODRUFF, A. — Toxocariasis — Br. Med. Journal 3:663, 1970.
17. CHIEFFI, P. P. & MULLER, E. E. — Variação mensal na contaminação do solo por ovos de *Toxocara* sp na zona urbana do município de Londrina, estado do Paraná. Trabalho apresentado no XIII Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Brasília, 1977.
18. FERREIRA, L. F.; SILVA, M. L. & COUVER, L. C. — Estudo sobre «Larva migrans visceralis». *Toxocara canis* e outros helmintos em cães na cidade do Rio de Janeiro. Trabalho apresentado no XIII Congr. Br. da Soc. Br. de Med. Trop., Brasília, 1977.
19. VAN METRE, T. E. — Role of the allergist in diagnosis and management of patient with uveitis, JAMA 195:105, 1966.
20. SCHLAEDEL, T. F. — Diferencial diagnosis of uveitis. Ophth Digest July 1973.
21. SMITH, R. E.; GODFREY, S.A. & KIMURA, S. J. — Chronic Cyclitis, I Course and visual prognosis — Trans Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. 77:760, 1973.
22. SMITH, R. E. — Uveitis Syndromes — Trans Pac Coast Oto-Ophth Soc 291, 1976.
23. OHNO, S.; CHAR, D. H.; KIMURA, S. J. & O'CONNOR, G. R. — Vogt-Koyanagui-Harada Syndrome — Am. J. Ophth. 83: 735, 1977.
24. HORVATH, G. & FAGNORK — Uveal changes in spondylitis ankylopoetica — Acta Rheum Scand 14:141, 1968.
25. KIMURA, S. J.; HOGAN, M. J.; O'CONNOR, G. R. & EPSTEIN, M. V. — Uveitis and joint disease. Clinical findings in 191 cases. Arch Ophth, 77: 309, 1967.
26. KIMURA, S. J.; HOGAN, M. J. & THYGESEN, P. — Fuch's syndrome of heterochromic cyclitis, Arch ophth 54: 179, 1955.