

Vitrectomia em Necrose Progressiva da Retina (P.O.R.N. syndrome) em AIDS

Vitrectomy in Progressive Outer Retinal Necrosis (P.O.R.N. Syndrome) in AIDS

Cristina Muccioli ⁽¹⁾
 Acácio Muralha ⁽²⁾
 Michel Eid Farah ⁽³⁾
 Rubens Belfort Jr. ⁽⁴⁾

RESUMO

Apresenta-se um paciente com AIDS e retinite por varicella-zoster vírus (P.O.R.N. syndrome), com descolamento total de retina em olho esquerdo e pequena área de necrose retiniana periférica em olho direito. Foi realizado vitrectomia, endofotocoagulação e injeção de óleo de silicone na cavidade vítrea precocemente no olho direito e aciclovir EV (30 mg/dia) como tentativa de prevenir o descolamento de retina e a progressão da síndrome neste olho. No pós operatório imediato a visão do paciente era de 20/20. No entanto, em 21 dias a visão era de vultos nos dois olhos e 45 dias após o paciente retornava amaurotíco.

Palavras-chave: AIDS; PORN; Vitrectomia; Óleo de silicone; Varicella-zoster vírus.

INTRODUÇÃO

A síndrome da Necrose Aguda de Retina (ARN), causada pelo varicella-zoster vírus e descrita inicialmente por acometer indivíduos imunocompetentes, apresenta maior incidência em indivíduos imunodeprimidos. A ARN caracteriza-se por apresentar retinite necrosante aguda uni ou bilateral, associada a vitreíte moderada ou severa e reação de câmara anterior, apresentando como principal complicação o descolamento de retina que ocorre em aproximadamente 75% dos casos ^{1,2}.

Recentemente, uma forma de retinopatia necrosante rapidamente progressiva, denominada por alguns autores como "progressive outer retinal necrosis (PORN)", foi descrita em pacientes com a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) ^{2,3}. Essa síndrome ocular provavelmente representa uma variante clínica distinta da necrose aguda de retina que é observa-

da nos indivíduos imunocompetentes.

Caracteriza-se por acometer homossexuais masculinos com depressão da imunidade celular severa (CD4 inferior a 50 cels/mm³).

Os pacientes geralmente não referem dor ocular e apenas queixam-se inicialmente de baixa de visão mínima ou constricção do campo visual, ocasionalmente acompanhado por opacidades flutuantes. As lesões retinianas são caracterizadas por pequenos focos de necrose que confluem e formam grandes áreas de opacificação retiniana e necrose que levam à cegueira bilateral em um período muito curto de tempo apesar da terapêutica específica (aciclovir endovenoso 30 mg/kg/dia por 14 dias). A retina periférica ganha um aspecto de "queijo suíço" em função dos vários buracos atróficos. O descolamento regmatogênico de retina ocorre na maioria dos casos, inclusive naqueles submetidos à laserterapia preventiva ⁴.

⁽¹⁾ Mestre em Oftalmologia pela Escola Paulista de Medicina. Professora Assistente Faculdade de Medicina de Mogi das Cruzes Oftalmologista do Centro de Referência e Treinamento - AIDS.

⁽²⁾ Oftalmologista da Oftalmoclínica Meyer e Centro de Oftalmologia Especializada do Rio de Janeiro.

⁽³⁾ Professor Adjunto Doutor e Chefe do Setor de Retina e Vitreo da Escola Paulista de Medicina.

⁽⁴⁾ Professor Titular e Chefe do Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

RELATO DE CASO

C.H.F.L., branco, masculino, 33 anos, homossexual, sabidamente infectado pelo vírus do HIV desde 1990, diagnóstico de AIDS há 6 meses. Em uso de DDC, Bactrim F, Claricid, Cytovene EV há 21 dias e Zovirax VO (2,0g/dia há 10 dias).

Paciente referido com queixa de baixa de visão OE há um mês. O exame oftalmológico mostrou acuidade visual com a melhor correção de 20/25 no OD e 20/200 no OE. A câmara anterior apresentava-se normal à biomicroscopia. A oftalmoscopia binocular indireta mostrou pequena área de necrose retiniana periférica sem descolamento de retina no olho direito e no olho esquerdo extenso descolamento retiniano e várias áreas de retinite necrosante distribuídas por toda a retina com aspecto de "queijo suíço" sem vasculite. Ausência de comprometimento do vítreo ou nervo óptico em ambos os olhos.

O diagnóstico de necrose progressiva da retina externa (PORN syndrome) foi firmado e o olho direito do paciente tratado com vitrectomia via "pars plana" e implante de óleo de silicone de (1.000 centistokes) e endofotocoagulação por 5 fileiras em 360° adjacentes e posteriores às áreas envolvidas. Durante a cirurgia realizada 2 dias após o primeiro exame, a retina manteve-se posicionada.

O paciente manteve terapêutica concomitante com aciclovir EV (30 mg/dia) por 10 dias e nessa ocasião apresentou visão de 20/20 em OD com

a seguinte refração: + 4,00 \ominus + 1,00 x 15°, retina aplicada e lesão aparentemente cicatrizada. Três semanas após alta o paciente retornou com visão de vultos em ambos os olhos. O OD apresentava a retina e a papila óptica totalmente acometidas por extensas áreas de necrose. O OE apresentava necrose total da retina adjacente à cicatriz do laser e descolamento de retina total. O paciente evoluiu para cegueira bilateral em 6 semanas.

DISCUSSÃO

O caso apresentado relata o quadro da necrose progressiva de retina que tem curso clínico rápido e destrutivo apesar da terapêutica. Trata-se da segunda principal causa de cegueira bilateral em pacientes com AIDS, sendo mais agressiva e temerosa do que a retinite por citomegalovírus em função do curto tempo de progressão. Ainda não há tratamento que consiga deter a progressão da retinite ⁴.

O tratamento cirúrgico também é geralmente ineficaz na fase de doença instalada.

Este caso mostra que a cirurgia mesmo radical, associado à medicação com aciclovir EV, em fase incipiente, em que a doença era limitada à pequena área periférica, é também ineficaz.

SUMMARY

We present a case of one AIDS patient with stoblesed PORN syndrome in one eye (VA 20/200) and

a small peripheral area of necrosis in the retina of the fellow eye (VA 20/20).

The second eye was profilactically treated with vitrectomy, implant of silicone oil and endolaser. The patient received also concomitant IV acyclovir (30 mg/kg/d) for 10 days. One week after the surgery the VA was 20/20 with apparent lack of activity of the retinitis.

The patient returned in 3 weeks with vision of motion hands in the left eye secondary to a massive retinal necrosis and retinal detachment.

This case shows that even radical surgery done at the initial phase of the disease does not interfere in the natural history of the PORN syndrome.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SATO, E. H., MACHADO, V. H. T., FARAH NETO, M.E., ABREU, M.T., BELFORT JR., R. - Necrose Aguda de Retina. *Rev. Bras. Ophthalmol.* 44: 28-31, 1985.
2. FORSTER, D. J., DUGEL, P. U., FRANGIEH, G. T., LIGGET, P. E., and RAO, N. A. - Rapidly progressive outer retinal necrosis in the acquired immunodeficiency syndrome. *Am. J. Ophthalmol.* 110: 341-348, 1990.
3. MARGOLIS, T. P., LOWDER, C. Y., HOLLAND, G. N., SPAIDE, R. F., LOGAN, A. G., WEISSMAN, S. S., IRVINE, A. R., JOSEPH-BERG, R., MEISLER, D. M., O'DONNELL, J. J.: Varicella-zoster virus retinitis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Am. J. Ophthalmol.* 112: 119-131, 1991.
4. ENGSTROM JR., R. E., HOLLAND, G. N., MARGOLIS, T. P., MUCCIOLI, C., LINDLEY, J. I., BELFORT JR., R., JOHNSTON, W. H., HOLLAND, S. P., KREIGER, A. E.: The progressive outer retinal necrosis syndrome: A variant of necrotizing herpetic retinopathy in patients with AIDS. *Ophthalmology*, 101: 1488-1502, 1994.

ATENÇÃO

Os ABO estão agora no Internet.

O endereço é: **E-mail:** <epmofal@eu.ansp.br>

Betoptic® S

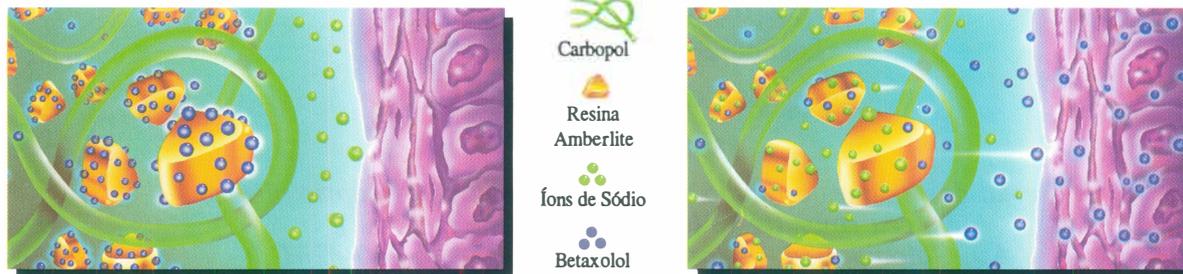
Betaxolol HCL 0,25%

Suspensão Iônica



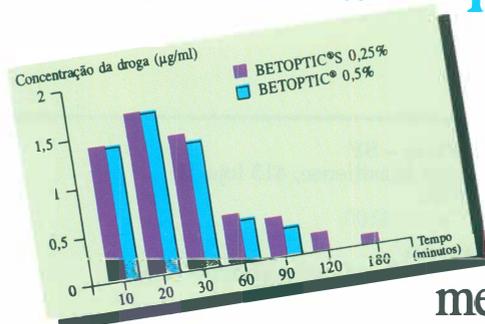
PRODUTO INTELIGENTE

Exclusiva tecnologia de sistema de troca iônica

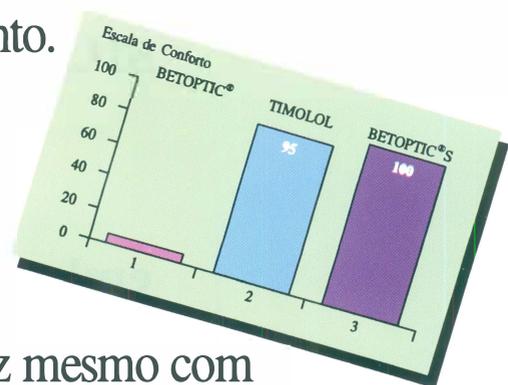


Graças a um exclusivo e moderno sistema de troca iônica, Betoptic® S não provoca ardor, garantindo ao paciente uma melhor adesão ao tratamento.

Máxima eficácia com mínima dose de Beta-bloqueador.



Betoptic® S é eficaz mesmo com uma dose reduzida de Betaxolol, pois possui excelente biodisponibilidade, enviando a mesma quantidade de droga livre para o humor aquoso que o Betoptic® 0,5% Solução.



novidades

OPHTHALMOS

UM LABORATÓRIO ESPECIALIZADO EM MICROBIOLOGIA OCULAR

A Ophthalmos, no intuito de servir sempre e cada vez melhor a classe dos oftalmologistas, comunica que está iniciando os trabalhos de seu laboratório, oferecendo:

Antibiograma
específico para oftalmologia

Cultura de bactérias
Aeróbicas e Anaeróbicas

Micologia
Pesquisa de *Chlamydia*
Por imunofluorescência direta

Pesquisa de *Acanthamoeba*
Citologia

*Material dos exames coletado no laboratório ou pelo próprio médico em seu consultório (solicitar envio de material).
Av. Cotovia, 514 – Moema – Tel.: 61-3389 e 240-8261*

**PERFLUOROCTANE 5 ml
Embalagem de 5 ml estéril**

**SILICONE INTRA VÍTREO
1.000 cps 8 ml
5.000 cps 8 ml
Estéril**

**embalagens tipo mono dose
Estéril
Maior segurança**

São Paulo

Matriz:
Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 4.830
Tel.: 885-0227 e 887-7407 – Fax: 887-9298
São Paulo, SP – Cep 01402

Filiais:

Moema – Av. Cotovia, 514
Tel.: 240-8261 e 61-3389
São Paulo, SP – Cep 04517

Centro – Rua Barão de Itapetininga, 297 cj. 35
Tel.: 257-9213
São Paulo, SP – Cep 01042

Ribeirão Preto – SP

Rua Américo Brasiliense, 413 loja 11
Tel.: 634-6751
Centro – Cep 014100

Rio de Janeiro

Av. Ataulfo de Paiva, 566 loja 311 – Leblon
Tel.: 239-5799 – Fax: 274-8695
Rio de Janeiro, RJ – Cep 22440

Rio Grande do Sul

Rua Dona Laura, 228 – gal. Costa Brava – loja 102
Moinhos de Vento
Porto Alegre, RS – Cep 90430