

# Curso de atualização em uveítes

**XV Congresso Panamericano de Oftalmologia New Orleans (EUA)  
Abril 1985**

## Uveítes nas Américas do Norte e do Sul

Carlos Eduardo Natali Pavesio<sup>1</sup>; Denise de Freitas<sup>1</sup>; Rubens Belfort Jr.<sup>2</sup>

As uveítes apresentam, de acordo com o local do mundo onde são estudadas, grandes variações quanto ao agente causador.

Os trabalhos existentes são, no entanto, poucos e difíceis de comparar pela ausência de uniformidade nos critérios diagnósticos e de nomenclatura. Assim, uma uveíte em diferentes locais do mundo e mesmo em um só país termina com nomes distintos. Contribui para a dificuldade de interpretação das estatísticas o fato de diferentes serviços empregarem diferentes rotinas de exames laboratoriais e de interpretação diagnóstica.

Especificamente nas Américas do Sul e do Norte, as uveítes também variam bastante nas diferentes regiões. Os EUA e o Brasil são dois exemplos de países que, pela sua grande extensão geográfica, apresentam importantes variações quanto aos prováveis agentes causadores e formas clínicas nas suas diferentes regiões.

Os fatores raciais, climáticos, geográficos, econômicos, e sócio/culturais explicam estas variações.

Há muito se suspeitava da importância do fator racial o qual foi comprovado com a descoberta do sistema HLA e pela maior incidência de determinadas uveítes em certos HLA.

É importante que se conheçam os perfis epidemiológico, clínico e terapêutico das uveítes nos diferentes países para o estabelecimento das respectivas prioridades de ensino e de estratégia médica a ser adotada no atendimento dos pacientes.

Com o objetivo de mostrar a diferença entre as várias regiões, comparamos (Tabela 1) dois dos poucos trabalhos existentes utilizando grandes populações de pacientes estudados em época semelhante. O primeiro, realizado por Schlaegel de 1966 a 1970 na Universidade de Indiana, nos EUA, e o segundo,

realizado por Abreu, Belfort e Cols realizado de 1975 a 1979 na Escola Paulista de Medicina em São Paulo, Brasil em 550 pacientes consecutivos com uveíte.

TABELA 1  
Porcentagem de Diagnósticos de Uveítes

| Diagnósticos                   | EUA (') | Brasil (") |
|--------------------------------|---------|------------|
| Toxoplasmose                   | 15,5    | 56,8       |
| Histoplasmose                  | 32      | 0          |
| Tuberculose                    | 0,3     | 3,9        |
| Behcet                         | 0,2     | 2,3        |
| Vogt-Koyanagi-Harada           | 0,1     | 2,5        |
| Ciclite heterocromica de Fuchs | 1,1     | 2,3        |
| Intermediária                  | 7,6     | 2,5        |
| Desconhecida                   | 29,2    | 17,6       |

(') Schlaegel; Indiana University, EUA, 1966-1970.

(") Abreu, Belfort, Col; Escola Paulista de Medicina, Brasil, 1975-1979.

A primeira doença a ser considerada é a toxoplasmose. A toxoplasmose ocular é provavelmente a causa mais freqüente de uveíte na América Latina. É a responsável por mais de 50% dos casos de uveíte no Brasil contra apenas 15,5% dos casos americanos. Fatores alimentares e econômicos distintos das duas populações provavelmente explicam estas diferenças.

A histoplasmose ocular é outra doença de incidência completamente distinta nas Américas do Norte e Latina. Uveíte, por histoplasmose, exemplo de doença geográfica, tem incidência muito variável nas diferentes partes dos EUA, praticamente ausente em vários países da Europa onde foi pesquisada, e inexistente na América Latina. A histoplasmose infecção é comum na América Latina e há muitos casos de histoplasmose pulmonar e sistêmica conhecidos e publicados, mas não há nenhum caso de histoplasmose ocular na América Latina que seja do conhecimento dos autores ou que tenha sido publicado. Assim, temos 32% na estatística

1 Residentes do 2.º ano do Curso de Especialização de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

2 Prof. Adjunto da Escola Paulista de Medicina e Professor Titular de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

americana contra 0% de casos brasileiros. Diferenças no modo de vida não são provavelmente suficientes para explicar estes números e se consideram duas probabilidades maiores: fatores raciais e o fato do quadro ocular não ser diretamente ou exclusivamente causado pela histoplasmose, uma vez que até agora, não há muitas evidências diretas comprovando a causa da "histoplasmose ocular" como sendo pelo *Histoplasma capsulatum*.

Outro grande exemplo a ser discutido é a tuberculose pulmonar. No Brasil, por exemplo, pratica-se a vacinação intra-dérmica com BCG em todas as crianças recém-nascidas. Esta vacinação é muitas vezes repetida mais tarde ao se encontrar ainda uma resposta cutânea ausente. Esta vacinação, ao lado da presença frequente do *M. tuberculosis* no meio ambiente torna a interpretação dos testes cutâneos ao PPD ou reação de Mantoux muito diferente da interpretação nos EUA, onde o encontro de reação positiva é muitas vezes indicio de que a tuberculose possa estar relacionada ao quadro de uveíte.

No Brasil quase 50% da população tem PPD positivo. A incidência de tuberculose nos pacientes com uveíte no Brasil foi de 3,9% contra 0,3% nos EUA. No Brasil e em muitas outras partes da América Latina, a tuberculose deve continuar a ser incluída no diagnóstico diferencial das uveítes crônicas inespecíficas. A tuberculose pode causar uveítes anteriores, posteriores ou difusas, uni ou bilaterais, e pode ocorrer em indivíduos de ótimo nível sócio-econômico e de bom peso, devendo por isso ser sempre pesquisada. Na suspeita de tuberculose, principalmente se o paciente submeter-se a tratamento com esteróide ou imunossupressor, deve-se instituir tratamento específico por 6 meses a 1 ano. Este tratamento deve ser realizado de forma completa. Pelo menos no Brasil, considera-se contra-indicado realizar-se apenas um teste terapêutico com isoniazida, porque esta droga, além de não ser suficiente para mudar o quadro em algumas semanas, pode ainda, isoladamente, contribuir para criar resistência bacteriana.

Entre as uveítes difusas, devemos lembrar as uveítes relacionadas ao Behcet e ao Vogt-Koyanagi-Harada. Ambas as doenças tem incidência maior no Brasil (2,3%) do que nos EUA (0,2%). Interessantemente, apesar da cidade de São Paulo possuir a maior população de japoneses fora do Japão em todo o mundo, é relativamente raro encontrarem-se casos destas doenças na comunidade japonesa. Assim, parece que o componente racial entre estes japoneses não

é suficiente para que a doença se expresse. A maior parte dos nossos casos é encontrada em pacientes com influência racial indígena ou do Oriente Médio.

A ciclite heterocrômica de Fuchs é outro exemplo que queremos comentar, com destaque para a maior frequência no Brasil (2,3%) do que nos EUA (1,1%). Recentemente foi descrita a associação, frequente no Brasil, entre a toxoplasmose ocular e a ciclite de Fuchs. Esta associação, posteriormente confirmada em outros locais do mundo, provavelmente explica a maior incidência desta ciclite no Brasil. A ciclite heterocrômica de Fuchs parece ser exemplo de doença que, além de ter incidência variável nas diferentes partes do mundo, tem, também, diferentes mecanismos causadores nestes respectivos locais, o que, aliás, pode explicar a variação na incidência. A hipótese da alteração simpática nestes pacientes, formulada na Europa, não encontra respaldo clínico nos doentes examinados nas Américas.

Mas, evidentemente, não são todas as uveítes que apresentam frequência maior no Brasil que na América do Norte, e o grupo das ciclites crônicas, hoje chamadas de uveítes intermediárias, parece ser mais frequente nos EUA (7,6%) que no Brasil (2,5%). Esta uveíte é provavelmente uma associação de entidades ainda não suficientemente identificadas, e associadas a fatores alérgicos ou mesmo climáticos. Nos EUA, são consideradas como exemplo de uveíte com baixa hipersensibilidade cutânea. No Brasil, no entanto, os pacientes têm, caracteristicamente, resposta cutânea alta ao PPD, o que nos levou, no passado, a erro diagnóstico em vários pacientes com ciclite crônica cujos casos eram tratados como tuberculose, de acordo com os livros americanos.

Finalmente as uveítes desconhecidas. Entre estas uveítes estão aquelas nas quais não somente se desconhece o provável causador mas também não se consegue sua classificação clínica entre as síndromes descritas. Entre as uveítes desconhecidas da década passada, estão algumas novas entidades clínicas recentemente encontradas como a necrose aguda de retina (provavelmente relacionada a vírus do herpes) e a fibrose subretiniana (ainda de causa desconhecida). Tivemos 17,6% de uveítes de causa desconhecida no Brasil contra 29,2% nos EUA.

Estes resultados devem ser adequadamente interpretados, levando-se em conta a incidência maior de casos de toxoplasmose ocular no Brasil.

As uveítes, estudadas há cerca de um século, somente nos últimos anos, com a

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. T.; BELFORT, R. Jr. & HIRATA, P. S. — Fuchs Heterochromic Cyclitis and Ocular Toxoplasmosis. *Am. J. Ophthalmol.*, 93: 739-744, 1982.
- SAARI, K. M. — Uveitis Update. *Int. Symp. on Uveitis*. Amsterdam, Excerpta Medica, 1984.
- ABREU, M. T.; HIRATA, P. S.; BELFORT Jr., R. & DOMINGUES, S. N. — Uveítes em São Paulo. *Arq. Bras. de Oftalmol.*, 43: 10-16, 1980.
- SCHLAEGEL Jr., T. F. — Current Aspects of Uveitis. *Int. Ophthalm. Clin.*, 17: 1-16, 1977.

## Abordagem prática em investigação laboratorial em uveíte

Mariza Toledo de Abreu\*

Atualmente não é adequado utilizar uma bateria padronizada de exames laboratoriais para todas as uveítes. Esta conduta acarreta custo elevado, demora no início da terapia e as vezes, até confusão diagnóstica.

Inicialmente deve-se fazer a anamnese e o exame ocular. Com os dados aí obtidos, devemos enquadrar o caso dentro de uma classificação que envolve: idade, sexo, tempo de aparecimento da doença, olhos muito vermelhos e doloridos ou não, localização da inflamação, e se os achados caracterizam tipo de inflamação granulomatosa ou não. Com base nestes critérios, teremos algumas hipóteses diagnósticas. Os exames laboratoriais só então devem ser solicitados para confirmação destas hipóteses e para afastar alguns diagnósticos diferenciais.

Em muitos casos é totalmente desnecessária a ajuda de exames laboratoriais, porque a anamnese e o exame clínico são suficientes para estabelecer o diagnóstico, como é o caso da ciclite heterocrômica de Fuchs, uveíte intermediária (pars planite) e irites associadas a algumas viroses como a influenza, sarampo, parotidite epidêmica, varicela e roséola<sup>1</sup>.

Em casos de uveítes anteriores não granulomatosas agudas, as hipóteses mais frequentes são a espondilite anquilosante e a síndrome de Reiter. Para confirmação da espondilite anquilosante, devemos solicitar raio-X da articulação sacro-iliaca na incidência de Ferguson, porque aí em geral, se inicia a doença. O raio-X vai mostrar um aumento da densidade óssea nesta articulação, e posteriormente, anquilose, com desaparecimento da interlinha articular. O comprometimento é bilateral, embora um lado possa estar em estado mais avançado que outro. À medida que a doença progride, há um

comprometimento progressivo ascendente da coluna vertebral, e ao raio-X podemos observar calcificação dos anulos fibrosos dos discos intervertebrais, concavidade acentuada dos perfis dos corpos vertebrais e calcificação dos ligamentos paravertebrais longitudinais, que dão o aspecto radiológico conhecido como "coluna em bambu". O raio-X de coluna é importante para diferenciar a sacroilite da espondilite anquilosante daquela que pode ocorrer na síndrome de Reiter, uma vez que nesta, praticamente não há comprometimento da coluna.

Tanto na espondilite anquilosante como na síndrome de Reiter, a maioria dos pacientes são HLA-B27 positivos<sup>2</sup>.

Na síndrome de Reiter existe leucocitúria, e a cultura negativa da secreção uretral é importante para excluir etiologia específica de uretrite. A pesquisa de corpúsculos intranucleares nas células deste material pode confirmar a hipótese de clamídea, embora outros agentes como Shigellas e micoplasmas possam causar a síndrome de Reiter.

Nas uveítes anteriores não granulomatosas crônicas, o exemplo mais significativo é a artrite reumatóide juvenil, principalmente na forma oligo-articular da doença. Nestes casos, a pesquisa de fator reumatóide geralmente é negativa, ao contrário da artrite reumatóide do adulto, e nos casos onde há uveíte, podemos encontrar alta incidência de fator anti-nuclear presente<sup>3</sup>.

Quanto às uveítes anteriores granulomatosas, as etiologias mais frequentes são a tuberculose, a sífilis e a sarcoidose. Para o diagnóstico de tuberculose, é necessário pedirmos PPD, raio-X de torax, e às vezes pesquisa do bacilo na urina. Um PPD positivo indica contato prévio com o bacilo, e a

\* Pós-Graduada (Nível Doutorado) em Oftalmologia e responsável pela Seção de Uveítes da Escola Paulista de Medicina.