

Oftalmia simpática pós-cirúrgica

Fernando Q. Monte *

A Oftalmia Simpática é uma doença que vem se tornando cada vez mais rara. DUKE ELDER (1966) nos mostra estatística de Reis, do início do século, em que a incidência na Alemanha chegava a 3,2% nos traumatismos perfurantes. Já KRAUS-MACKIOW e colaboradores (1975) com dados do mesmo país mostravam incidência inferior a 1% nos casos de enucleação após traumatismo ocular e cirurgias com olho aberto numa revisão dos casos da sua clínica no período dos 36 anos que antecederam o seu trabalho. Segundo relatam LEWIS e colaboradores (1978), no Canadá chega a 0,19% nos traumatismos perfurantes e 0,007 após cirurgia intraocular.

ALLEN (1969) atribui o declínio da incidência dessa doença às novas técnicas cirúrgicas e aos cuidados pós-operatórios.

Apresento um caso que fiz o estudo histopatológico para alertar da possibilidade da sua manifestação e lembrar que a utilização das técnicas cirúrgicas modernas e um maior rigor no pós-operatório dos pacientes é um fator preventivo que não pode ser desprezado.

CASO APRESENTADO

A.S.P., 79 anos, feminino, residente em Ubajara (Ceará) Pront. 136849, apareceu no Hospital Geral do INAMPS de Fortaleza, em junho de 1977, com fortes dores no olho esquerdo. Não tinha percepção nem projeção luminosa por esse olho; a sua córnea era edemaciada, havia seclusão pupilar e neovascularização da íris em torno do esfíncter pupilar e o cristalino era opacificado. A sua pressão intra ocular era de 66mmHg.

Foi indicada a enucleação.

Em fins de julho do mesmo ano era feita uma iridênclise pelo temor de executar enucleação por ser portadora a paciente de PACE-MAKER.

Alguns dias após esta cirurgia a paciente continuou a sentir dores nesse olho e baixa visual do olho direito havendo hiperemia pericerática, tyndall do humor aquoso e precipitados ceráticos.

Em meados de setembro foi realizada a Enucleação.

a) **Macroscopia** — globo em forma de dimensões normais apresentando ao ser re-cortado um cristalino opacificado e hemorragias retinianas peripapilares.

b) **Microscopia** — a córnea era ectásica mas com todas as suas estruturas preserva-

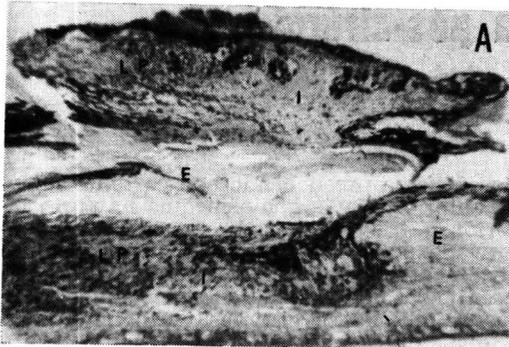
das. Hifema preenchendo boa parte da câmara anterior. Havia goniosinéquia na parte inferior da íris, que do lado superior estava en-cravada no limbo estendendo-se sub-conjuntivalmente. Podia-se observar infiltração acentuada por linfócitos, plasmócitos, células epitelióides e gigantes tanto na porção iridiana intra ocular como na sub-conjuntiva (Fig. 1). O corpo ciliar apresentava densa infiltração anterior e menor mais posteriormente. Espessamento geral e acentuado da coróide com pigmentos dispersos hiperemia das camadas mais externas e a mesma infiltração inflamatória encontrada na íris e no corpo ciliar (Fig. 2). A coriocapilar e a membrana de Bruch estavam de uma maneira geral sem alterações exceto em um ponto que a membrana estava rota. Eram vistas pequenas hemorragias intracoroideanas. Zona calcificada da esclerótica anterior e inferior tomando todas as suas camadas mas sem nenhuma reação inflamatória em torno dela. A retina com formações microcísticas em quase toda a sua extensão. Via-se hemorragias em todas as camadas retinianas no pólo posterior enquanto que no epitélio pigmentar havia proliferações (NÓDULOS DE DAHLEN-FUCHS) (Fig. 3). O cristalino apresentava córtex e núcleos muito denso não se distinguindo um do outro. O seu epitélio tinha poucas células e estas estavam em fase de degeneração e a cápsula estava espessada em alguns pontos.

Na episclera próximo ao nervo óptico havia linfócitos, plasmócitos e células epitelióides próximos a pigmento melânico (Fig. 4).

c) **Evolução:**

Após a enucleação o paciente passou a sentir dor no olho direito, persistência da baixa visual, hiperemia pericerática e Tyndall do humor aquoso. Foi instalado tratamento com corticosteróide geral (prednisona — 80 mg) e tópico e Atropina tópica. Desapareceu a hiperemia com uma semana e após 15 dias desapareceu o tyndall e desde então a acuidade visual voltou aos índices anteriores ao do início da doença. O paciente vem sob os nossos cuidados, há quase 2 anos, não tendo havido recidiva e a acuidade visual vem, sendo mantida. Foi suspenso o uso de corticosteróides há 3 meses por apresentar algumas opacidades cristaliforme subcapsulares posteriores atribuídas ao medicamento.

* Oftalmologista do Hospital Geral do INAMPS de Fortaleza.



Figs. 1 (A e B) — (F. Q. MONTE, lâmina HGF 1461/77). Pode-se ver a esclerótica (E) entre tecidos iridianos (I) que apresentam infiltração linfoplasmocitária (LP) com células epitelióides e gigantes (G) com grande dispersão pigmentar (Parafina, Hematoxilina-Eosina, A x65 e B x100).

DISCUSSÃO

A Oftalmia Simpática é uma rara afecção bilateral ocorrendo dias ou anos após perfuração accidental ou cirúrgica do olho segundo a definição dada por MACKLEY Jr. e AZAR (1978). Ela foi descrita clinicamente pela primeira vez, segundo se sabe, por MACKENZIE em 1840.

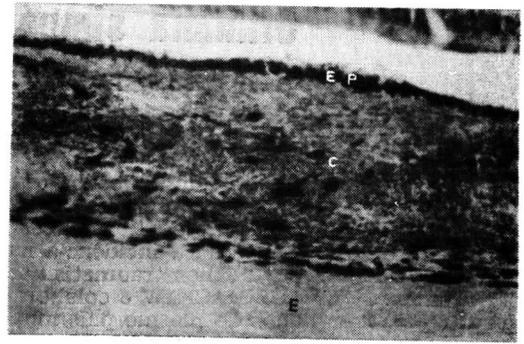


Fig. 2 — (F. Q. MONTE, lâmina HGF 1461/77) Acentuada infiltração linfoplasmocitária da coróide (C) com células epitelióides e gigantes (G) tendo grande dispersão pigmentar. Outras estruturas vistas na fotografia: Esclerótica (E) e epitélio pigmentar da retina (EP.. (Parafina, Hematoxilina-Eosina, x120).

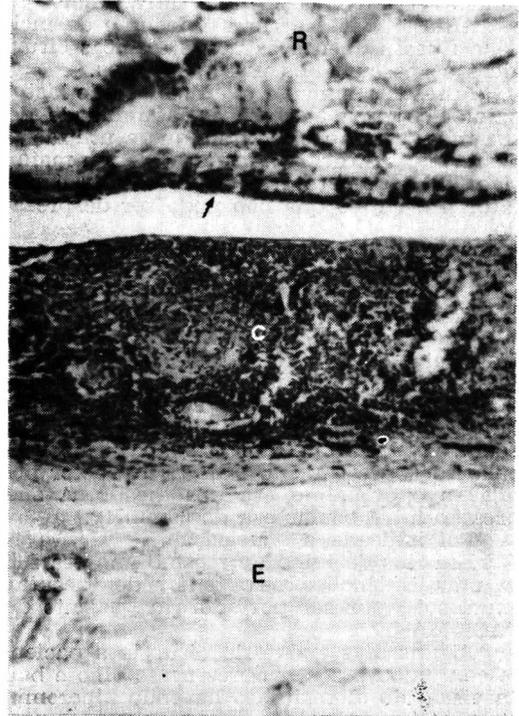


Fig. 3 — (F. Q. MONTE, lâmina HGF 1461/77) A coróide (C) apresenta quadro semelhante ao da figura anterior. Uma seta aponta a proliferação do epitélio pigmentar da retina característica da Oftalmia simpática — Nódulo de DAHLEN-FUCHS. A retina (R) apresenta degeneração microcística muito comum aos olhos glaucomatosos. Vê-se ainda a esclerótica (E) mas sem apresentar alteração. (Parafina, Hematoxilina-eosina, x100).

Podem ser descritas duas formas: uma que se apresenta com manifestações do seg-

mento anterior sendo a mais comum e no qual enquadrámos o nosso caso, a outra cujas manifestações, não comprometem o segmento anterior e a forma posterior da oftalmia simpática que, para WOODS, corresponde apenas a 5% dos casos.

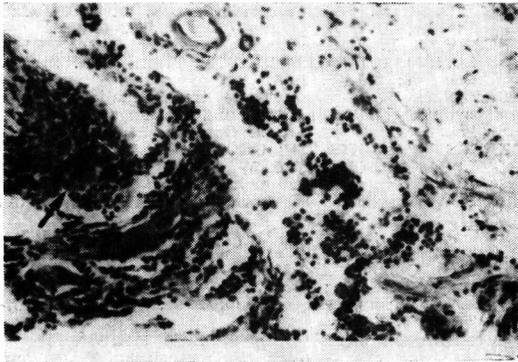


Fig. 4 — (F. Q. MONTE, lâmina HGF 1461/77). A fotografia mostra tecido episcleral com os mesmos fenômenos reativos intraoculares, notando-se a presença de restos pigmentares fagocitados por célula gigante apontada pela seta. (Parafina, Hematoxilina-eosina, x160).

Revedo a literatura oftalmológica referente a incidência de Oftalmia Simpática nos pós-operatório da iridênclise nós nos deparamos como o estudo de WINTER (1955) que em 257 casos estudados encontrou 95 devido a ferida cirúrgica e destes 53 devido a cirurgia da catarata.

WINTER não cita diretamente a iridênclise mas as inclusões da íris, no entanto TROWBRIDGE Jr. (1937) estudando um número, muito menor de casos e tendo uma proporção muito inferior de casos cirúrgicos cita um caso de iridênclise como causa de Oftalmia Simpática. Já MACKLEY Jr. (1978) refere 2 casos num estudo de 17 pacientes.

Pelos números acima citados, das referências que obtivemos, nota-se o aumento relativo da iridênclise como causa da Oftalmia Simpática. Calculando-nos na experiência de alguns autores podemos tirar as seguintes conclusões:

1.º) O avanço instrumental e técnico da cirurgia da Catarata fez com que a redução sensível do aparecimento da Oftalmia Simpática no seu pós-operatório ocasionasse uma significativa diminuição do aparecimento dessa doença no pós-operatório das doenças intraoculares em geral.

2.º) O emprego do conceito de microcirurgia para o tratamento antiglaucomatoso se, por um lado, reduziu o número de casos de Oftalmia Simpática no seu pós-operatório, por outro lado, favoreceu o aumento relativo nos casos em que a cirurgia clássica anti-glaucomatosa era empregada.

Os progressos da cirurgia da Catarata e do Glaucoma proporcionaram a minimização dos casos de Oftalmia Simpática pós-cirúrgica. Com esta noção em mente não deve-se generalizar que o simples emprego de métodos microcirúrgicos tem caráter profilático. Não é demais lembrar que certas técnicas microcirúrgicas são muito traumatizantes sobre o trato uveal, como a Vitrectomia pela Pars plana, apesar da delicadeza do material empregado. LEWIS, GASS e SPENCER (1978) já notificaram um caso de Oftalmia Simpática após uma Vitrectomia.

Desde 1910 ELSCHNIG postulava o papel antigênico do pigmento na patogênese de Oftalmia Simpática. FERRY (1975) lembra que o estado de hipersensibilidade à melanina pode determinar manifestações para os tecidos que a contêm além da coróide: pele, meninges, aparelho coclear e vestibular e por vezes a papila do nervo óptico.

Já vem de 1884 descrições de Oftalmia Simpática com poliose feita por NETTLESHIP. No nosso caso podemos evidenciar esta reatividade ao pigmento melânico em tecido episcleral (Fig. 4) confirmando estas suposições.

Estas características trazem semelhança com a síndrome de Harada e Vogt-Koyanagi. A Oftalmia Simpática algumas vezes pode vir acompanhada da disacusia, neurite óptica, poliose, modificações no fluido espinhal que podem dificultar o diagnóstico diferencial. Este diagnóstico pode ser ainda mais dificultado pela ação transformadora sobre os linfócitos destas doenças. Realmente o teste de transformação linfocitária informa que existe uma das três doenças sem indicadores passa distinguir uma da outra. KRAUS-MACKIW e colaboradores (1975) estavam mais preocupados em diferenciar a Oftalmia Simpática da Oftalmia Facogênica sendo mais fácil de identificar laboratorialmente pois nesta última afecção não há transformações linfocitárias para antígeno coróideano.

Não iremos nos estender sobre o tratamento pois este foi o segundo caso que tivemos. BRAUNINGER e POLACK (1971) com apenas 1 caso e com tempo limitado de observação acham que um tratamento sistêmico adequado e continuado não recidiva nem deixa seqüela permanente. Esta regra não funcionou para um caso que tivemos anteriormente mas tem funcionado para o presente caso. A nossa experiência do primeiro caso fez com que prolongássemos o tratamento até que o aparecimento de seqüelas nos fizesse suspendê-lo e colocássemos a paciente sob observação.

CONCLUSÃO

O Oftalmia Simpática apesar da sua baixa incidência é uma afecção a ser temida. O

caso apresentado prende-se ao seu aparecimento pós-operatório, seguindo-se a cirurgia tradicional antiglaucomatosa e tendo casos semelhantes referidos na literatura Oftalmológica. Ao que parece as técnicas modernas de cirurgia antiglaucomatosa por serem menos traumatizantes predis põem menos ao seu aparecimento. Até o momento não tivemos referência do seu aparecimento após o advento do microscópio na cirurgia antiglaucomatosa.

Fizemos uma revisão nos estudos sobre a patogenia mas a suposição de reação imunológica anti-pigmento melânico apesar das suas fortes evidências ainda não têm comprovação. Lembramos as suas semelhanças com as Síndromes de Haradas e de Vogt-Koyanagi e com a oftalmia facogênica. Enquanto para os dois primeiros quando houve comprometimentos dérmicos, auditivos e meníngeos fica-se no impasse em vista da resposta semelhante ao teste de transformação linfocitária para o terceiro este teste é conclusivo.

RESUMO

O a. apresenta um caso de Oftalmia Simpática no pós-operatório tardio de uma cirurgia antiglaucomatosa (iridênclise) e discute-o.

SUMMARY

A pathologically documented case of sympathetic ophthalmitis following Operative wound (iridencleisis) is presented.

BIBLIOGRAFIA

- BRAUNINGER, G. E. e POLACK, F. M. — Sympathetic Ophthalmitis. *Am. J. Ophthal.* 72: 967-968, 1971.
- BRUNO, M. G. e Mc PHERSON Jr., S. D. — Harada's Disease. *Amer. J. Ophthal.*, 32: 513-522 (1949).
- FERRY, A. P. — Comentários ao artigo de Mc PHERSON Jr. e TUCKER DALTON. *Trans. Am. Ophthal. Soc.*, 73: 260-262, 1975.
- HAMMER, H. — Lymphocyte transformation test in Sympathetic Ophthalmitis and the Vogt-Koyanagi — Harada Syndrome. *Brit. J. Ophthal.*, 55: 850, 1971.
- KRAUS — MACKIOW, E.; GEORGS, L. IMMICH, MÜLLER — RUCHHOLTZ, W. — Neuere Angaben zur H'aufigkeit und immunologischem Reaktivität bei Sympathischer Ophthalmie. *Klin. Mbl. Angenheilk.* 167: 844-846, 1975.
- LEWIS, M. L.; GASS, J. D. M. e SPENCER, X. H. — Sympathetic Uveitis after Trauma and Vitrectomy. *Arch. Ophthal.*, 96: 263-267, 1978.
- MAKLEY Jr., T. A.; AZAR, A. — Sympathetic Ophthalmia — A long-term followup. *Arch. Ophthal.*, 96: 257-262, 1978.
- Mc PHERSON Jr., S. D. e TUCKER DALTON, H. — Posterior form Sympathetic Ophthalmia. *Trans. Am. Ophthal. Soc.*, 73: 251-260, 1975.
- TROWBRIDGE Jr., D. H. — Sympathetic Ophthalmia A Study of some clinical and Pathologic factors in thirty-two cases. *Amer. J. ophthal.*, 20: 135-148, 1937.
- WINTER, F. C. — Sympathetics Uveits. A Clinical and Pathologic study of the visual result. *Amer. J. Ophthal.*, 39: 340-347, 1955.
- WONG, V. G.; ANDERSON, R. e O'BRIEN, P. J. — Sympathetic Ophthalmia and Lymphocyte transformation. *Am. J. Ophthal.*, 72: 960-966, 1971.

ERRATA:

Os Autores do trabalho "Pterígio: Análise Histopatológica de duas Séries" são: Azevedo M. L.; Alves M. R.; Sato, S.; Sotto, M. N. e Higuchi, M. L.