

Angiofluoresceinografia retiniana em um caso de lupus eritematoso sistêmico

Carlos Augusto Moreira **, Naoye Shiokawa *** & Carlos Eduardo Godinho Campos ****

INTRODUÇÃO

O Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) é considerado como uma doença inflamatória generalizada, que acomete principalmente as menores estruturas vasculares, junto com o tecido conjuntivo subjacente, causada por mecanismos imunológicos que ainda não são totalmente conhecidos. Podemos dizer que o LES é doença difusa no tecido conjuntivo e na microvasculatura, onde os problemas do colágeno são secundários aos mecanismos imunológicos. Caracteriza-se por envolvimento multissistêmico que se mostra mais evidente nas exacerbações da doença, intercalado com períodos de remissões, atingindo preferentemente as 2.ª e 3.ª décadas de vida, predominando em mulheres (1).

Parece haver uma base genética para as doenças do colágeno, onde atuam defeitos bioquímicos específicos, ou defeitos do sistema imunitário, não sendo ainda possível determinar a causa real dessas alterações (2). Sabe-se que Fatores Anti Nucleares (FAN) foram encontrados em membros da família de portadores de LES.

QUADRO SISTÊMICO

As manifestações sistêmicas do LES incluem fraqueza, perda de peso, alopecia, eritemas que atingem as partes expostas ao sol causando, na face, a lesão em "asa de borboleta". Pode provocar úlceras em mucosas oral e vaginal, edema angioneurótico, linfadenopatia, anemia hemolítica ou normocítica normocrômica, pneumonite atelectásica basilar, pleurisia, púrpura trombocitopênica. No sistema circulatório pode fazer pericardite, miocardite verrucosa (Doença de Libman-Sacks), hipertensão arterial (principalmente devido a glomerulonefrite lúpica) faz também fenômeno de Raynaud, ulcerações ou perfurações de mucosa intestinal pela vasculite; mialgias, artralgias, formação de pannus nas articulações; convulsões, hemiplegia e coma (2;3). No Lupus Discóide, uma forma de Lupus Eritematoso, a conjuntiva, tanto bulbar como palpebral, pode estar envolvida, principalmente quando as pálpebras estão afetadas (6).

De acordo com a American Rheumatism Association (ARA), o LES pode ser diagnosticado seguindo-se os 14 Critérios Preliminares de Classificação do Lupus Eritematoso Sistêmico (4) (pág. seguinte).

Com a presença de 4 dos critérios referidos, poderemos fazer o diagnóstico da doença.

QUADRO OFTALMOLÓGICO

O quadro oftalmológico do LES abrange à todas estruturas oculares, principalmente nos períodos de exacerbação da doença.

Ocorre lupus discóide nas pálpebras e conjuntiva, hemorragias sub-conjuntivais, esclerites; ceratoconjuntivite sicca que se deve ao envolvimento das glândulas lacrimais, principais e acessórias, podendo se desenvolver uma típica Síndrome de Sjögren; ocorre também acometimento uveal, com uveíte anterior; miosites com paralisias musculares e diplopia, devido a edema e infiltração celular na musculatura (5, 6, 7). As alterações corneanas podem ser epiteliais com ulcerações e hiperkeratose, ou estromais com múltiplas opacidades nodulares profundas ou disciformes e ceratopatia em faixa (8).

Segundo Duke Elder (9), as lesões do fundo de olho são de considerável ajuda para o diagnóstico da doença, e as flutuações desses sinais oculares refletem as exacerbações e remissões da entidade sistêmica.

As lesões do LES na retina são primariamente nos vasos, únicos representantes do tecido mesenquimal neste local, e secundariamente dependendo da hipertensão arterial que é resultado frequente de severo envolvimento renal (9).

Na retina encontramos exsudatos moles, em pequeno número no polo posterior, os quais histologicamente mostram ter estrutura típica de corpos citóides, situados na camada de fibras nervosas da retina, podem ocorrer hemorragias em "chama de vela" e hemorragias sub-hialóideas: até descolamento de retina (9). De acordo com outros autores (10), podemos ter exsudatos ao longo dos vasos temporais. No polo posterior os exsudatos localizam-se preferentemente ao

* Trabalho realizado no Serviço de Olhos da Disciplina de Oftalmologia da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná (FEMPAR), e no Hospital de Olhos do Paraná.

** Professor Titular da Disciplina de Oftalmologia da FEMPAR.

*** Professor Voluntário da Disciplina de Oftalmologia da FEMPAR.

**** Residente, R-2 da Disciplina de Oftalmologia da FEMPAR.

ALTERAÇÃO	NO DIAGNÓSTICO		EM QUALQUER TEMPO	
	grupo I %	grupo II %	grupo I %	grupo II %
asa de borboleta	41	67	45	64
lupus discóide	15	22	17	23
fenômeno de Raynaud	14	18	19	21
alopécia	55	63	71	72
fotossensibilidade	29	46	35	47
ulcerações mucosas	22	30	33	42
artrite	69	90	81	92
ocls. LE	90	76	93	77
falso (+) soro lues	28	28	28	26
proteínúria	19	14	28	22
celular "casts"	24	21	30	38
pleuropericardite	41	39	59	47
psicoses e convulsões	28	14	39	16
alterações hematológicas	30	63	49	61

(Quadro obtido dos trabalhos de Urman, J. D.; Rothfield, N. — Corticosteroid Treatment in Systemic Lupus Erythematosus — J.A.M.A., vol. 238/21, págs. 2272/2276; novembro, 1977).

longo dos vasos e próximos a papila. Bonnet (10) cita que os exsudatos algodonosos jamais estão localizados sobre a mácula, embora em nossa casuística tenhamos visto um caso de LES em que havia exsudatos na área macular, comprometendo seriamente a acuidade visual (FIGURA 1). Os corpos citóides, ao microscópio eletrônico, correspondem ao edema da extremidade de axônios fragmentados das células ganglionares, sendo uma consequência passageira ou definitiva de isquemia aguda na região. Os exsudatos só serão descobertos com o exame oftalmoscópico pois, na maioria das vezes, não causam queixas ao paciente. No campo visual poderemos encontrar os escotomas correspondentes. Podem não deixar seqüela oftalmoscópica e desaparecerem normalmente em 4 a 12 semanas. Estes exsudatos não são específicos do LES podendo ser encontrados nas outras colagenoses, diabetes, oclusões venosas, hipertensão arterial, hemopatias malignas, anemias severas, síndromes caquéticas, trombozes carotídeanas (10).

A angiofluoresceinografia retiniana os exsudatos não são impregnados pelo corante, correspondendo a uma zona de exclusão capilar (10). Podemos confirmar, com este exame, a presença de edema de papila, que pode ser devido a hipertensão arterial (2, 10). Bonnet (10) verificou que após a regressão da patologia retiniana nada se encontrava de anormal pela oftalmoscopia, no local em que previamente existiam exsudatos.



Fig. 1 — Exsudatos na área macular, em caso de LES. (Moreira, C. A.; Shokawa, N.; Campos, C. E. G.).

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, com 20 anos de idade, foi internada no Serviço de Clínica Médica do Hospital Evangélico de Curitiba em 17/01/79, com queixas de artralgias em membros inferiores e edema facial. Há 2 meses sentiu dores e aumento de volume das articulações interfalangeanas proximais da mão direita, ombros e dos punhos, 7 dias após houve acometimento de articulações do

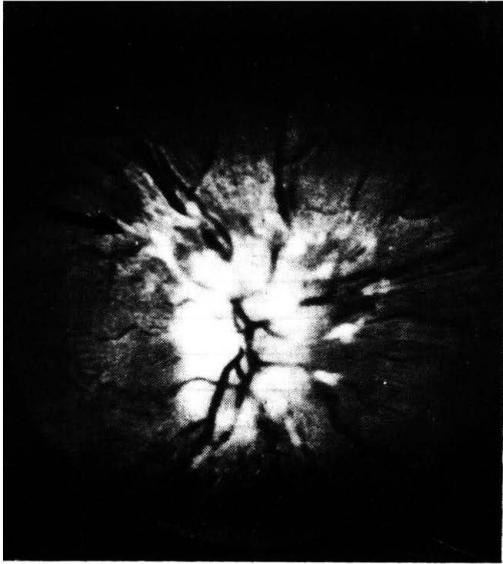


Fig. 2a

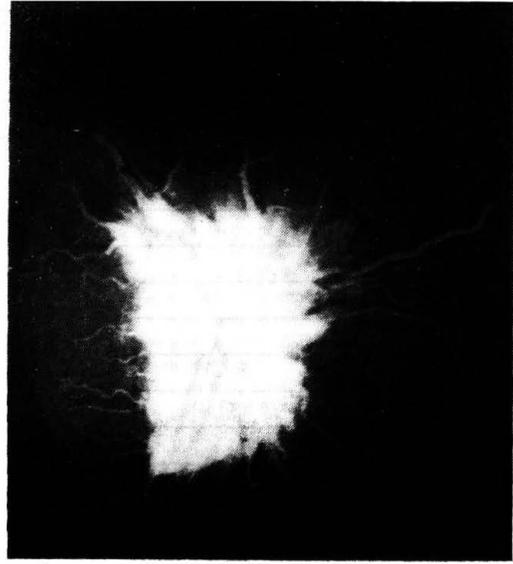


Fig. 3c

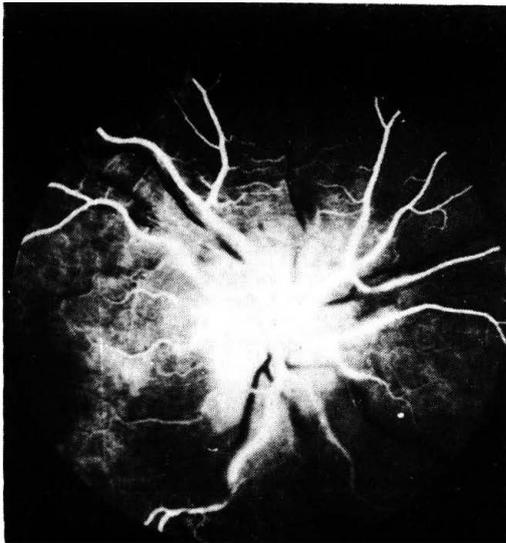


Fig. 2b

Fig. 2 — a-controle; b-fase que já mostra os exsudatos sem corante e o edema de papila; c-fase tardia com o edema de papila em toda sua extensão. Fotos feitas na fase de exacerbação da doença. Comparar (seta) com figura 4. (Moreira, C. A.; Shiokawa, N.; Campos, C. E. G.).

joelho direito e tornozelo esquerdo; na mesma época apareceram lesões ulcerosas em mucosa oral e genitália externa, obstipação intestinal, dor em hipocôndrio direito, urina escura e diplopia. Ao exame físico: peso de 55 kg., pressão arterial de 140/85 mmHg., estado geral comprometido, petéquias disseminadas pelo corpo, principalmente em partes expostas ao sol, adenopatia cervical, manobra

de Giordano positiva a direita, lesão úlcero-vegetante em mucosa bucal e vulva. Exames de laboratório: hemograma apresentando anemia normocítica normocrômica, velocidade de hemossedimentação 105 mm na 1.^a hora e 112 mm na 2.^a, mucoproteínas 5,85 U. Todd, proteína C-reativa negativa, VDRL negativo, FAN negativo e células LE presentes em grande quantidade, proteínas totais 4,66 g/100 ml., albumina 31,47%; alfa-1 6,78%; alfa-2 13,41%; beta 5,96% e gama 42,38%; biópsia renal confirmou glomerulonefrite lúpica. Proteinúria de 10,32 gr/24 hs., creatinina na urina 81 mg/100 ml, creatinina no sangue 1,22 mg/100 ml, urina 60 ml/24 hs., superfície corporal de 1,58 metros quadrados, volume urinário/minuto 6,42 ml., depuração da creatinina 28 ml/min., correção pela superfície corporal 30,65 ml/min..

Exame oftalmológico: acuidade visual 20/30 em ambos os olhos; pálpebras, conjuntiva, esclera, córnea, câmara anterior, íris, pupila, cristalino, todos com aspecto normal em ambos os olhos. O exame fundoscópico mostrava uma papila de bordas borradas, congesta, com apagamento da escavação fisiológica e elevação de nível, edema retiniano difuso, tortuosidade vascular aumentada, alteração na relação A/V, ingurgitamento venoso, espasmo arteriolar difuso, hemorragias

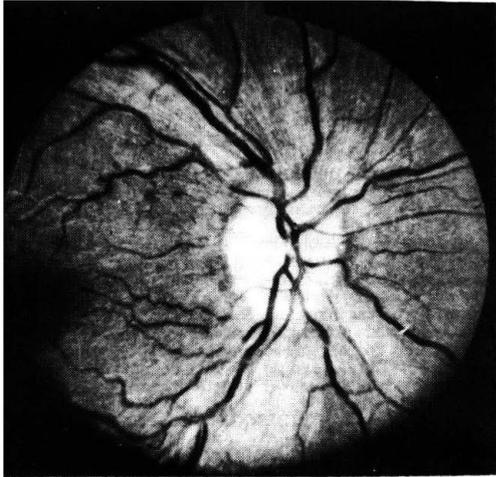


Fig. 3a

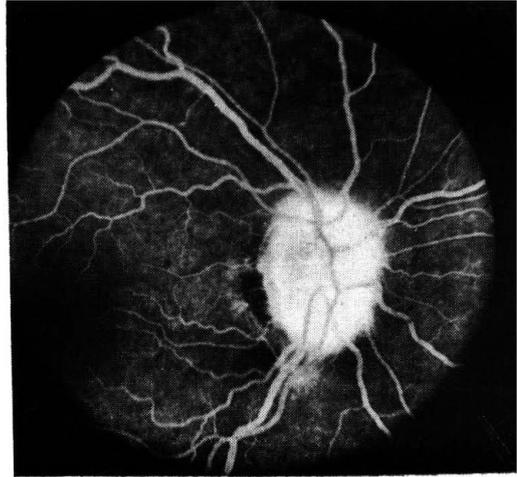


Fig. 3b

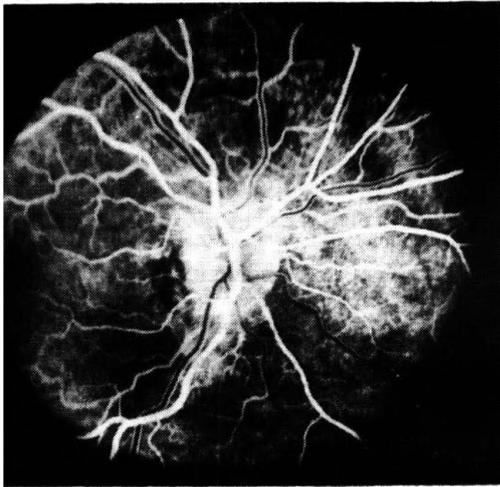


Fig. 3c

Fig. 3 — a—controle que já mostra a remissão do aspecto fundoscópico; b—fase em que podemos ver que não existe alteração nos locais onde haviam exsudatos; c—fase tardia onde não encontramos mais edema de papila como previamente se via. Fotos da fase de remissão da doença. (Moreira, C. A.; Shiokawa, N.; Campos, C. E. G.).

em “chama de vela” principalmente peripapilares, exsudatos algodonosos peripapilares, mácula e retina periférica com discreto edema.

Angiofluoresceinografia retiniana: foi realizada pela primeira vez na fase de exacerbação da enfermidade (20/1/79) e constatou-se a real extensão do edema de papila, e a não impregnação pelo corante onde se localizavam os exsudatos, e o aumento da tortuosidade vascular (Figura 2). No segundo exame, realizado em fase de remissão da enfermidade (5/4/79) notou-se recuperação quase integral do aspecto do fundo de olho, podendo-se verificar que nas regiões em que havia exsu-

datos algodonosos não se constatava nada de anormal e a rede capilar nos pareceu indene nestes locais (Figura 3).

COMENTARIOS E CONCLUSÕES

Apesar de que a maioria dos autores cita a correlação entre o aparecimento das lesões fundoscópicas com a hipertensão arterial, a nossa paciente apresentou-se normotensa na época dos exames clínicos, entretanto na biópsia renal foi constatada a lesão deste órgão.

O quadro fundoscópico mostrou-se nitidamente relacionado com a exacerbação da enfermidade regredindo em quase sua totalidade com a remissão da mesma.

O aspecto do fundo de olho mostrou-se com características daquelas já descritas nesta doença, as lesões se multiplicando em área peripapilar com predominância de manchas brancas algodonosas. Este aspecto deve conduzir à suspeita diagnóstica do LES.

Pudemos comprovar a citação de Bonnet que nas áreas onde se localizam os exsudatos algodonosos há exclusão capilar e que após o desaparecimento dos mesmos esta área se mostrava com a rede capilar normal. (Figura 4).

A normalização do fundo de olho conduz a correspondente melhora da acuidade visual, entretanto em um nosso caso anterior, em que havia a presença de exsudatos algodonosos na região macular, não nos foi possível a averiguação deste fato pois perdeu-se o contato com a paciente.

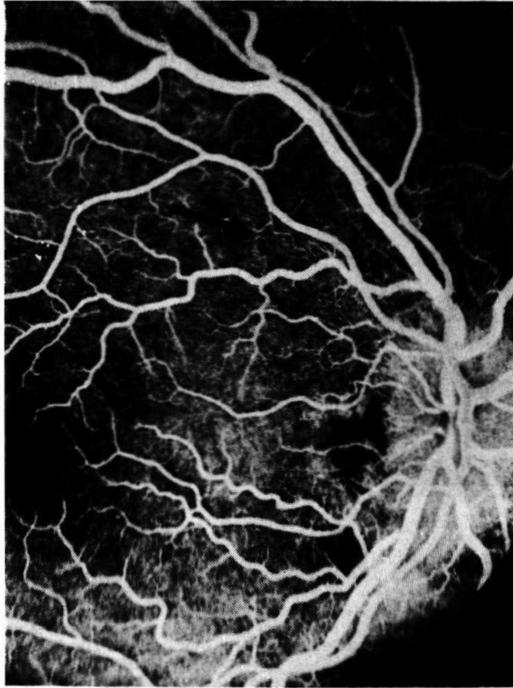


Fig. 4 — Em grande aumento notamos que não existe alteração na rede capilar nos locais onde havia exsudato (seta). Fase de remissão da doença. Comparar com figura 2-A. (Moreira, C. A.; Shiokawa, N.; Campos, C. E. G.).

RESUMO

Os autores estudam o aspecto fundoscópico de 1 caso de LES. Podendo comprovar as lesões fundoscópicas características, descritas por vários autores, principalmente em fase de exacerbação da enfermidade.

A angiofluoresceína retiniana contribuiu para demonstrar que as manchas brancas algodinosas não fluo-

rescem e qual a verdadeira extensão do edema de papila e retina, e principalmente que após a absorção dos exsudatos, a rede capilar na área apresentou-se normal. Pode-se observar que com a remissão da enfermidade houve intensa melhora do quadro fundoscópico, chegando próximo ao normal, o que coincidiu com a recuperação funcional da visão.

SUMMARY

The authors describe one case of Systemic Lupus Erythematosus and its fundoscopic lesions described for many authors, principally in the exacerbation fase of the disease.

The retinal fluorescein angiograms contributed to show that the "cotton wool spots" don't get stain and which was the real extension of the retinal and capillary edema, and principally that after the exsudates absorption, the capillary net in the area, showed its aspect as normal. The authors observed that in the remission fase of the disease there was a great improvement of the fundus lesions, going to almost normal, this finds coincided with the visual function recuperation.

BIBLIOGRAFIA

1. RACHID, A.; VERZTMAN, L. — Reumatologia Pediátrica, cap. III — 173-217, Ed. Gernasa e Artes Gráficas Ltda., 1970 de Janeiro, 1977.
2. WALSH, F. B.; HOYT, W. F. — Clinical Neuro-Ophthalmology, vol. II, 1165-1169 3.º ed., The Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1969.
3. KRUPP, M. A.; CHATTON, M. J. — Medical Diagnosis & Treatment, cap. XIII, 480-484, Lange Medical Publications, Califórnia, 1975.
4. URMAN, J. D.; ROTHFIELD, N. — Corticosteroid Treatment in Systemic Lupus Erythematosus, J.A.M.A. vol. 238/21; 2272-2276; nov. 21, 1977.
5. DUKE-ELDER, S.; WYBAR, K. — System of Ophthalmology, vol. VI, 762, Henry Kimpton, London, 1973.
6. DUKE-ELDER, S.; LEIGH, A. G. — System of Ophthalmology, vol. VIII, 136, 1098, Henry Kimpton, London, 1965.
7. DUKE-ELDER, S.; PERKINS, E. S. — System of Ophthalmology, vol. IX, 551, Henry Kimpton, London, 1966.
8. DUKE-ELDER, S.; DOBREE, J. H. — System of Ophthalmology, vol. X, 502, Henry Kimpton, London, 1967.
9. PAYRAU, P.; POULIQUEN, Y.; FAURE, J. P.; OFFRET, G. — La Transparence de La Cornée, cap. V, 555-556, Rapport de la Société Française d'Ophthalmologie. Paris. 1967.
10. BONNET, M.; FRANÇOIS, P. — La Macula, cap X, 208/209, Ed. Masson S.A., Paris, 1976.