

TUBERCULINA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS PROCESSOS INFLAMATÓRIOS OCULARES DE CAUSA ALÉRGICA

Seu emprego e resultados no Serviço do Prof. Corrêa Meyer

Drs. J. F. Carneiro — Rivadavia Corrêa Meyer — J. C. Costa Gama
Porto Alegre

Tuberculose ocular, é rara mas as manifestações de hipersensibilidade e tuberculinica são frequentísimas. A distinção entre tuberculose ocular e manifestações alérgicas do tipo tuberculinico é capital do ponto de vista teórico e prático. Levados por questões de nominalismo muitos clinicos tendem a aplicar às manifestações de hipersensibilidade, o mesmo tratamento que se dispensa à tuberculose. Estas manifestações de hipersensibilidade constituem uma síndrome cujo mecanismo patológico é o mesmo, embora as etiologias sejam diversas. Está se tornando clássica, entre nós oftalmologistas, a divisão das uveites em granulomatosas, e não granulomatosas, que, representam dois quadros clinicos diferentes e com significação patogênica distinta. Assim a uveite granulomatosa, segundo Woods, (1) é determinada por uma invasão atual do tracto uveal por micro organismos vivos, e a não-granulomatosa se caracteriza por um processo inflamatório que é a expressão de uma alergia do tipo bacteriano. Ele vai além, e referindo-se as uveites tuberculosas afirma que: "a tuberculose ocular deve ser considerada como devida à invasão de *M. tuberculosis*, muito embora o caráter e curso das lesões resultantes sejam grandemente influenciadas pelo grau de hipersensibilidade tissular (2) e afirma ainda que o pleomorfismo das lesões e seus diferentes aspectos clinicos são dependentes de fatores, como o número e virulência dos bacilos, o grau de hipersensibilidade tissular e a resistência; fatores estes valorizados na lei de Rich. A fórmula de Rich, famosa pelo seu caráter, quase popular, se aplica apenas a um grupo circunscrito de casos, dado que podemos ter, de um lado, lesões puras de hipersensibilidade sem presença de germes (conjuntivite flictenular serviria de exemplo) até lesões de tipo sarcóide, mas de etiologia tuberculosa sem presença de alergia. Não se pode também considerar que a presença de um granuloma implique necessariamente a existência local de germe. Inúmeros são os exemplos em abono desta tese: nas tuberculides papulo necróticas existem formações

epitelioides e, entretanto, ausência de germes. No próprio eritema nodoso que está para a pele como a conjuntivite flictenular para o olho, e que é reputado como lesão pura de hipersensibilidade sem formação granulomatosa. Miescher (3) encontrou num momento da evolução dessa lesão uma disposição de macrófagos em forma radiada constituindo o que se denomina hoje de granuloma Radiado de Miescher.

As lesões puramente alérgicas, não-granulomatosas, estariam, para Woods, relacionadas, em sua quase totalidade, apenas à alergia ao estreptococo. Não se compreende, nem Woods explica, porque o bacilo de Koch não possa fazer aquilo que faz o estreptococo. Assim, é que encontramos o estreptococo sendo responsável tanto quanto o B. de Koch, o B. de Durey e outros mais, na formação do eritema nodoso e da conjuntivite flictenular. O que o bacilo de Koch faz tão bem, quanto o estreptococo na pele, na conjuntiva e na cornea, pode perfeitamente fazer na uvea.

A frequência relativa da alergia tuberculínica e da alergia do tipo tuberculínico ao estreptococo varia no tempo e no espaço na dependência da distribuição da epidemia tuberculosa. Os indivíduos que apresentam a síndrome de hipersensibilidade não são de forma alguma aqueles que apresentam doença ao germe respectivo. Estes indivíduos, por motivo, que nos escapam, são constitucionalmente propensos a fazerem quadros de hipersensibilidade do tipo tuberculínico, ora de uma bactéria ora a outra.

Em resumo, consideramos os quadros inflamatórios da uvea devidos ao bacilo de Koch com processos de alergia do tipo bacteriano, independente da feição clínica que assumir (granulomatoso ou não-granulomatoso), e sem que se verifique a presença do B. de Koch na lesão.

TÉCNICA: Procede-se o test (Mantoux), com diluição normal de 1/1.000. Excetuando-se os casos de crianças ou de adultos com esclerite, escleroceratite ou conjuntivite flictenular nos quais a dose de 0,1 cc a 1/1.000 pode ser muito forte, usamos então, diluições de tuberculina a 1/10.000. Os tipos de tuberculina usadas foram a tuberculina Antiga (AT), feita no Laboratório Central de Tuberculose do Rio de Janeiro, em várias diluições de soro fisiológico fenicado a 0,75%, ou então a PPD ou o PmKo em doses correspondentes. Partindo da diluição do test inicial, em doses crescentes, procedemos à desensibilização. Avalia-se o resultado do test depois de 48 horas, resultado local, sistêmico ou focal, seguindo-se, então, conforme a positividade, as aplicações de tuberculina de 8/8 dias, apreciando, sempre os doentes após 48 horas, suas reações local e geral, para nos decidir quanto a dosagem a ser empregada na próxima aplicação. O emprego de doses mínimas de tuberculina, ao contrário do que se espera como método terapêutico pode aumentar a sensibilidade à tuberculo proteína (4) além de constituir enorme perda de tempo útil no

tratamento. As doses mais altas de tuberculina, as que desencadeiam reações sistêmicas toleráveis (febre, dores articulares, etc.), são as que têm maior capacidade de desensibilização. O medo das reações focais têm levado os oftalmologistas a preferirem um tipo de desensibilização que contorne este perigo, isto é, as doses fracas e que lentamente são aumentadas. (5) Em nossa observação de 387 casos, apesar de termos verificado algumas vezes reações focais fortes e com passageira piora dos sintomas, não foi constatado nenhum caso em que o agravamento, devido a reação focal, fôsse definitivo e não regredisse em algumas horas.

Casuística.

Uveites	387	casos
Conjuntivites flictenulares	54	"
Esclero ceratites	28	"
Doença de Easle	5	"
Ceratite Parenquimatosa	6	"
Neurite optica	4	"
Total	483	"

Uveites — 387 casos. Reações positivas 81,65%

Reações fortes	108	(27,96%)
Reações médias	121	(31,07%)
Reações fracas	87	(22,48%)
Negativas	71	(18,34%)

Exitos imediatos e indiscutíveis

48	(15,18%)
----	----------

Esclero ceratites 28 casos. Reações positivas 96,5%

Reações fortes	20	(71,%)
Reações médias	7	(25,5%)
Reações negativas	1	(3,5%)

Exitos 11 (40,74%)

Doença de Easle 5 casos.

Reação forte	1
Reação fraca	3
Negativa	1

Resultados terapêuticos não comprovados.

Ceratite Parenquimatosa 6 casos.

Reação forte	2
Reação média	3
Reação fraca	0
Negativa	1

Neurite optica 3 casos.

Negativa	3
----------------	---

Cerato conjuntivite flictenular, 54 casos.

Este material será apresentado à parte, em virtude das peculiaridades que apresenta.

RESUMO E CONCLUSÕES:

I — As lesões inflamatórias do tracto uveal determinadas pelo M. Tuberculosis são em sua grande maioria um processo de natureza alérgica, independente do aspecto clínico da lesão.

II — O tratamento empregado por dessensibilização tuberculínica foi iniciado, injetando-se doses mais altas do que as habitualmente aconselhadas, o que determinou em um grande número de pacientes reações febris e focais.

III — Não verificamos nenhum caso de dano resultante da reação focal, o que mostra o caráter vaso-motor e passageiro dessa reação.

IV — O receio de malefício, no que diz respeito à reação focal em casos de lesão justa-macular, não é confirmado na prática.

V — No caso das uveites é frequente que pacientes sensíveis ao estreptococo e que melhoram prontamente após remoção de focos septicos sensibilizantes, se mostrem ulteriormente sensíveis à tuberculina. E vice-versa. Essa verificação nos aconselha a remover os focos septicos mesmo nos casos em que o tratamento tuberculínico proporciona resultados imediatos e satisfatórios.

VI — O que se nota nas esclero-ceratites é o embricamento, num mesmo caso, há hipersensibilidade a mais de uma sensitina, mais particularmente à tuberculina e ao estreptococo. Com tuberculino-terapia só, os resultados são frequentemente imediatos, brilhantes, mas muito passageiros. Esta verificação impõe o tratamento curativo simultaneo — e não apenas profilático como no caso das uveites — das alergias à tuberculina e ao estreptococo.

VII — Não computamos como êxito as melhoras que ocorrem após várias injeções de tuberculina. Se, após a segunda injeção não se observa êxito, numa lesão passível de êsse êxito ser observado, não proseguimos no tratamento. Com êsse critério fica extremamente reduzido o número de casos nos quais as melhoras hajam sido, puramente, coincidentes com a dessensibilização.

VIII — As mesmas doses que, provocaram nestes casos de beneficio imediato, reações febris, não provocam essas reações nos demais casos.

BIBIOGRAFIA

1. Woods, A. C. — Endogenous Uveitis — The Willian and Wilkins Company Baltimore — 1956.
Woods A. C. — Endogenous Inflammations of The Uveal Tract — The Willian and Wilkins Company Baltimore, 1961.
2. Woods A. C. — Pathogenesis and Treatment of Ocular Tuberculosis — Arch. Opht. 52, 174, 1954.
Woods A. C. — The Influence of Hypersensitivity on Endogenous Uveal Disease — Am. J. Opht. 30, 3, 257 — 1947.
3. Carneiro J. F. — Eritema nodoso — Rev. Bras. Tuberculose, 23:41-74 Janeiro 1955
4. Offret G., Saito T., Cabail J. — La Tuberculine. Son emploi ou cours des Uveites — Arch. D'opht. 17 N.o 6 pg 35 — 1957
Offret G. — Considerations sur le probleme biologique de la tuberculose oculaire — Arch. D'opht. 7, pg. 172 — 1947.
5. Torres Estrada — Diagnóstico de la Alergia Tuberculosa — Rev. Soc. Mex. Ophthalmologia XXIX 1 — 1956.