

Iridociclite crônica da adolescente*

(Síndrome de Perkins)

Edmundo Frota de Almeida Sobrinho **; Clausmir Zaneti Jacomini **; Fernando Oréfice ***; Marco Antonio P. Carvalho **** & Caio Moreira ****

INTRODUÇÃO

Síndrome de Perkins é o termo criado pelos autores para designar um quadro distinto de iridociclite crônica que acomete essencialmente meninas até 16 anos de idade, cujo quadro ocular muito se assemelha ao da Artrite Reumatóide Juvenil (ARJ).

O epônimo é uma homenagem a E. S. Perkins, primeiro autor a enfatizar claramente a patologia (5). Observou o autor que em 40 crianças com uveíte crônica anterior (UCA) 22 apresentavam quadro biomicroscópico traduzido por iridociclite com ou sem sinéquia posterior e/ou degeneração em faixa da córnea e/ou alterações cristalínias secundárias. Não foi identificada alteração articular ou doença sistêmica que justificasse os achados inflamatórios uveais. Todas as crianças eram do sexo feminino, excetuando-se um garoto que 3 anos mais tarde desenvolveu poliartrite. A média de seguimento dos doentes foi de mais de 7 anos.

Ohno e cols. (6), em 1927 casos de uveíte, acharam 191 casos (aproximadamente 10%) com doença articular associada e 13 casos sem este tipo de alteração, porém com iridociclite e ceratopatia em faixa idênticas às da ARJ.

Kimura e cols. (3) fazem um relato de 20 meninas com iridociclite crônica semelhante à da ARJ, sem nenhum sinal de comprometimento articular ou doença sistêmica. Também Kanski (2), estudando a relação entre UCA e ARJ, observou que alguns casos apresentavam lesões uveais mas não articulares.

A possibilidade de doença uveal semelhante à da ARJ e sem patologia articular já havia sido levantada por Davis (1) em 1953.

MATERIAL E MÉTODOS

Os 2 casos estudados foram selecionados entre os portadores de UCA matriculados no Serviço de Uveíte da Clínica Oftalmológica da Universidade Federal de Minas Gerais — Hospital São Geraldo, a partir de 1977.

Foram realizados exames oftalmológico e reumatológico completos, bem como estudos radiológico e imunológico dirigidos para a afecção reumática, além dos exames laboratoriais da rotina do Serviço.

De modo específico o exame oftalmológico constou de anamnese, medida da acuidade visual, pesquisa dos reflexos fotomotores, biomicroscopia, fundoscopia binocular direta e indireta e tonometria de aplanção. O exame reumatológico, feito por especialista, compreendeu estudo clínico e radiológico das articulações, provas de atividade inflamatória e pesquisa imunológica.

DESCRIÇÃO DOS CASOS

Caso 1

D. E. F. B., 13 anos, feminina, natural de Belo Horizonte, procurou nosso Serviço de Urgência apresentando seu olho direito vermelho, com dor e baixa acuidade visual. Já havia feito tratamento quando criança, segundo a mãe, com “injeção subconjuntival”. Negou passado reumático e doença sistêmica pregressa, bem como casos de afecções oculares ou reumáticas na família.

O exame oftalmológico evidenciou acuidade visual de 20/100 no OD e 20/20 no OE, reflexos fotomotores direto e consensual muito lentos no OD e normais no OE. A biomicroscopia foram observados no OD intensa hiperemia conjuntival e ciliar, córnea transparente com a metade inferior ocupada por finos precipitados ceráticos tipo linfócito distribuídos difusamente em meio a uma fina rede de fibrina, câmara anterior com + 2 células e + 2 “flare”, íris edematosa e sem sinéquias, cristalino sem anormalidades e corpo vítreo anterior com + 3 células e + 2 “flare”. No OE notamos olho calmo, córnea transparente apresentando na metade inferior raros precipitados residuais esbranquiçados tipo linfócitos, câmara anterior com células e “flare” + 2, íris e cristalino normais e corpo vítreo anterior com + 3 células e + 2 “flare”. A fundoscopia ambos os olhos não apresentavam alterações tanto no polo posterior quanto na periferia.

* Trabalho elaborado na disciplina de Uveíte da Clínica Oftalmológica da FM UFMG.

** “Fellow” — Disciplina de Uveíte da FM UFMG.

*** Chefe da Disciplina de Uveíte da FM UFMG.

**** Reumatologista do Inst. Mineiro de Reumatologia.

Correspondência: Fernando Oréfice — Rua Espírito Santo, 1634/102 — CEP 30.000 — Belo Horizonte — MG.

A medida da Po revelou 8 mmHg em ambos os olhos.

Os exames clínico geral, reumatológico e radiológico não constataram nenhum sinal ou sintoma sugestivo de afecção reumática.

Os dados laboratoriais mostraram reação do látex negativa, fator antinuclear negativo, pesquisa de antígeno HLA-B27 negativa, VHS de 18 mm na primeira hora, pesquisa de células LE negativa, leucograma com total de 10.680 células, VDRL não reativo, ASLO de 500 U Todd, Mantoux negativo (1:1000) e imunofluorescência para toxoplasmose de 1:64.

A paciente foi tratada inicialmente com injeção de dexametasona solúvel subconjuntival, colírio de atropina a 1% e dexametasona tópica. No dia seguinte foi iniciada corticoterapia sistêmica com prednisona oral, 40 mg por dia, com redução de 5 mg cada 5 dias.

A evolução foi satisfatória e, com 7 dias, cedeu a congestão severa do OD e desapareceram os sintomas. Atualmente a paciente é mantida sob controle sem uso de medicação apesar de ainda apresentar células e "flare" na câmara anterior e no corpo vítreo, porém em menor quantidade em relação à fase inicial. Rigorosa observação mostra que a pressão ocular vem sendo mantida em torno de 10 mm Hg em AO. O controle fundoscópico em nenhum momento revelou alteração, principalmente do polo posterior onde é possível ocorrer edema de mácula.

Caso 2

J.G.M.S., 14 anos, feminina, natural de Sete Lagoas (MG), procurou nosso Serviço com o OE vermelho e referindo dor, lacrimajamento, fotofobia e baixa acuidade visual. Negou passado de doença sistêmica, mas referiu amigdalectomia há 2 anos, indicada em consequência de infecções recorrentes (sic).

O exame oftalmológico do OE mostrou acuidade visual de 20/60 e reflexos fotomotores normais. A biomicroscopia observamos moderada congestão conjuntival e ciliar, córnea transparente com edema endotelial, precipitados finos e disseminados em meio a rede de fibrina; câmara anterior com células e "flare" +2, íris e cristalino sem anormalidades e corpo vítreo anterior com células e "flare" +2. O fundo de olho apresentou-se normal tanto no polo posterior quanto na periferia e a Po mediu 16 mm Hg. Com relação ao OD não observamos nenhuma anormalidade e a Po foi de 12 mm Hg.

Os exames clínico geral, reumatológico e radiológico, como no primeiro caso, foram normais.

Os dados de laboratório evidenciaram teste do látex negativo, fator antinuclear

negativo, pesquisa de células LE negativa VDRL não reativo, leucócitos = 7.000/mm³ e fator antireumatóide negativo.

A paciente foi tratada com uma injeção subconjuntival de dexametasona solúvel, colírio de atropina a 1% e dexametasona tópica, com bons resultados. Atualmente está sob controle sem uso de medicação e acuidade visual de 20/20 em AO, mas persistem células no corpo vítreo anterior do OE, muito embora em menor quantidade que na fase inicial.

Os exames fundoscópicos em todo o seguimento da paciente foram normais e a pressão ocular esteve sempre em torno de 12 mm Hg em ambos os olhos.

COMENTARIOS E CONCLUSÕES

A ARJ ou Doença de Still-Chauffard é uma das afecções do colágeno que mais se associa com uveítes. É enfermidade que acomete crianças de ambos os sexos, predominantemente meninas, com início geralmente na primeira infância, cujos achados mais importantes são: artropatia, principalmente das grandes articulações; linfadenopatia, esplenomegalia, febre, leucocitose e lesões oculares comumente bilaterais, traduzidas por iridociclite sinequiante, ceratopatia em faixa e alterações cristalínias. Estas lesões aparecem após o comprometimento ocular em cerca de 90% dos casos (6).

Comparando os dados laboratoriais de pacientes portadores de UCA com ARJ e Síndrome de Perkins, Ohno e ccls. (6) constataram que o Fator Antinuclear (FAN) estava presente em mais de 70% dos casos na primeira doença e apenas 30% na segunda. Em relação ao HLA-B27 os mesmos autores não encontraram diferenças significativas entre as duas patologias, que mostraram a presença deste antígeno em cerca de 25% dos casos.

Williamson (7) observou que 90% das crianças com poliartrite e iridociclite crônica tinham o FAN positivo, enquanto que na ausência do comprometimento ocular este antígeno apareceu apenas em 30% dos casos. Neste trabalho o autor procurou relacionar a presença do FAN quanto ao prognóstico de lesões oculares quando ainda não havia lesões uveais.

Os 2 casos selecionados em nosso Serviço apresentavam alterações oculares iniciais compatíveis com ARJ, porém sem comprometimento articular e sem as alterações sorológicas normalmente encontradas nesta afecção reumática. Por se tratar de pacientes jovens, do sexo feminino, sem achados clínicos, radiológicos e laboratoriais de doença reumática ou sistêmica, diagnosticamos os casos como Iridociclite Crônica Bilateral da Adolescente ou Síndrome de Perkins.

É importante observar que em ambos os casos ao cessar a fase de agudização os sintomas desapareceram e a AV retornou ao normal, muito embora tenham permanecido sinais inflamatórios evidentes, sobretudo na primeira paciente. Isto comprova o caráter crônico da doença, não devendo o médico manter o uso contínuo de corticóides tendo em vista não só seu emprego desnecessário mas, principalmente, os efeitos colaterais indesejáveis destas drogas. Creemos que o mais prudente seja acompanhar de perto os pacientes, com a atenção voltada para a Po, que pode alterar-se secundariamente ao processo inflamatório, e a AV que pode diminuir em consequência de possível edema de mácula.

RESUMO

Os autores descrevem 2 casos de Uveíte Crônica Anterior de achados semelhantes aos da Artrite Reumatóide Juvenil, porém sem comprometimento articular ou sistêmico. Embasados nos dados da literatura fazem o diagnóstico de Uveíte Crônica da Adolescente e propõem para esta patologia o nome Síndrome de Perkins, em homenagem ao autor que melhor estudou a doença.

SUMMARY

The authors report 2 cases of Chronic Anterior Uveitis whose findings are similar to those of Juvenil Rheu-

matoid Arthritis, with no history of rheumatism or general systemic changes. Based on the literature, they perform the diagnosis of Chronic Uveitis on Young Girls and suggest this pathology should be realead the Perkins Syndrome as a tribute to the author who best studied this disease.

BIBLIOGRAFIA

1. DAVIS, M. D. — Endogenous Uveitis in Children — associated bandshaped keratopathy and rheumatoid arthritis. *Arch. Ophthalmol*, 1953, vol. 50, 443-454.
2. KANSKI, J. J. — Anterior Uveitis in Juvenile Rheumatoid Arthritis. *Arch. Ophthalmol*, 1977, vol. 95, 1794-1797.
3. KIMURA, S. J.; HOGAN, M. J.; O'CONNOR, G. R. & EPSTEIN, W. V. — Uveitis and Joint Diseases: a review of 191 cases. *Tr. Am. Ophth. Soc.*, 1966, vol. 64, 291-310.
4. MAPSTONE, R. & WOODROW, J. C. — HL-A 27 and Acute Anterior Uveitis. *Brit. J. Ophthal.*, 1975, vol. 59, 270-275.
5. PERKINS, E. S. — Pattern of Uveitis in Children. *Brit. J. Ophthal.*, 1966, vol. 50, 169-185.
6. OHNO, S.; CHAR, D. H.; KIMURA, S. J. & O'CONNOR, G. R. — HLA Antigens and Articular Antibody Titres in Juvenile Chronic Iridocyclitis. *Brit. J. Ophthal.*, 1977, vol. 61, 59-61.
7. WILLIAMSON, J. — Ocular Hazards in Connective Tissue Disease. *Recent Advances in Rheumatology* — Ed. W. Watson Buchanan and W. Carson Dick Churchill Livingstone — 147-192, 1976.
8. OHNO, M. D.; KIMURA, S. J.; O'CONNOR, G. R. & CHAR, D. H. — HLA Antigens and Uveitis. *Brit. J. Ophthal.*, 1977, vol. 61, 62-64.
9. STANWORTH, A. & SHARP, J. — Uveitis and Rheumatic Diseases. *Ann. Rheum. Dis.*, 1956, vol. 15, 141-151.