

A GRISEOFULVINA (SPOROSTATIN) NO TRATAMENTO DA CERATITE MICÓTICA

(Apresentação de 1 caso clínico)

Dr. JOSÉ BATISTA FILHO - Garanhuns (Pe)

A ceratite micótica é moléstia das mais graves na patologia ocular. Em virtude de sua raridade, encontra-se ainda pouco estudada e, no campo terapêutico, quasi nada de concreto existe até o momento. Julgamos pois, do maior interesse, a publicação deste caso clínico, tirado dos arquivos de nossa clínica particular, como um subsídio à terapêutica desta enfermidade que tanto preocupa aos colegas de todo o mundo. Trata-se apenas de 1 caso clínico, pois, a raridade da moléstia não nos permitiu um estudo mais amplo. Aqui ficam estas notas, como um lembrete aos demais colegas, para que melhores investigações sejam feitas, por parte d'aqueles mais bem dotados do que nós, no tocante a material humano e condições de trabalho. Eis o caso:

Maria de Melo, 42 anos de idade, côr branca, casada, doméstica, residente na cidade de Maravilha, Estado das Alagoas, veio à consulta pela primeira vez, no dia 12 de julho de 1960.

ANAMNÈSE — H. D. A. Dizia-se doente há 15 dias quando principiou a ter inflamação (sic) e secreção muco-purulenta em A.O. Usou colírio de Farmicetina e ao cabo de 3 ou 4 dias os olhos desinflamaram e a secreção desapareceu, porém, persistiu uma sensação de corpo estranho e embaciamento visual em OE. Não fez referências a traumatismo.

EXAME NA CAMARA CLARA — Constatamos em OE uma ulceração da córnea, de forma grosseiramente circular, com diâmetro de aproximadamente 3 mm, situada a 1 mm para fora do centro da córnea, sobre o meridiano de IV horas. Dita ulceração apresentava bordos anfractuosos que se despegavam facilmente e tanto os bordos como o fundo da própria úlcera estavam cobertos por u'a massa esbranquiçada de aspecto farináceo. Corava mal pela fluoresceína.

BIOMICROSCOPIA — Em AO, nada mais foi constatado que o já descrito.

A. VISUAL — OD = 1 OE = $\frac{1}{4}$

EXAMES COMPLEMENTARES — Não nos foi possível fazer comprovações de laboratório porque em nossa cidade não há condições técnicas para isolamento e cultura de fungos.

DIAGNÓSTICO — Logo ao 1.º exame, chegamos ao diagnóstico clínico de úlcera micótica da córnea, pois, o aspecto da lesão era sobejamente característico.

TRATAMENTO — Iniciamos o tratamento com cauterizações diárias com tintura de iodo e curativo oclusivo. Ao fim de 8 dias, a úlcera não apresentava o menor sinal de regressão. Passamos, então, a fazer cauterizações com o termo-cautério com intervalos de 3 dias, continuando os curativos oclusivos diariamente. Após 9 ou 10 dias a úlcera continuava a não mostrar sinais de melhora. Resolvemos, então, abandonar os curativos oclusivos e voltamos a fazer cauterizações diárias com iodo. Realizamos também várias vezes, raspagens da úlcera. Alguns dias depois, como a situação em nada se modificasse, efetuamos punção da câmara anterior. No dia seguinte à punção, a câmara anterior encontrava-se recomposta, porém, a úlcera, em nada havia melhorado. A esta altura encontrávamos-nos completamente desesperançados. Foi, então, por um simples acaso, que resolvemos fazer uso da Griseofulvina, antibiótico de ação anti-micótica, recentemente lançado no comércio sob o nome de Sporostatin (Schering). Prescrevemos 1 cápsula de 6 em 6 horas, sendo este o único tratamento usado d'aí em diante. No dia seguinte ao início do tratamento, já era considerável a melhora observada no aspecto da úlcera. Ao fim de 4 dias a úlcera estava completamente cicatrizada, não corando mais pela fluoresceína. Concedemos alta à doente, recomendando-lhe que em casa, continuasse o mesmo tratamento durante 15 dias. No dia 23 de novembro de 1960 a paciente voltou à consulta e relatou-nos que não havia sentido mais nada. Apenas a visão do OE ainda estava ligeiramente embaciada. Constatamos, na ocasião, a presença de u'a mácula corneana, no local correspondente a úlcera. A visão na oportunidade era — OD = 1 OE = $\frac{1}{2}$ (um meio)