

MANIFESTAÇÕES OCULARES DAS MOLÉSTIAS INFECCIO-
SAS TROPICAIS DE ORIGEM DESCONHECIDAS
OU MAL DEFINIDAS *

Drs. FRANCISCO AMÊNDOLA ** e ALCIDES SAVERIO BLOIS ***

— São Paulo

INTRODUÇÃO

Se considerarmos como moléstias tropicais as doenças que ocorrem entre os dois trópicos, seriam poucas as que não estariam incluídas na definição de Moléstias Tropicais. Mas se adotarmos outro ponto de vista, isto é, considerar como Moléstia Tropicais as encontradas nos trópicos, exclusivamente, teremos algumas poucas como: moléstia do sono, bartolenose, filariose e oncocercose.

De outro lado poderíamos considerar como Moléstias Tropicais aquelas que sendo raras nos climas temperados são observadas com frequência nos trópicos. Seriam aquelas que se restringem a determinadas áreas, devido a sua transmissão se dar por vetor biológico restrito a essa zona.

Certo número de entidades mórbidas são cosmopolitas mas apresentam formas tropicais, isto é, aspecto anátomo patológico e forma clínica diferente.

«Os fatores que intervêm na incidência e propagação das doenças infecciosas e parasitárias em uma região, são numerosos e complexos. Atribuí-los somente às condições geográficas e climáticas, é tão errôneo como incriminar somente a presença do germe» (S.

* Apresentado no IX Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

** Ex-Diretor do Sanatório Padre Bento.

*** Assistente da Clínica Oftalmológica da Escola Paulista de Medicina (Serviço do Prof. Moacyr E. Alvaro) e do Centro de Estudos de Oftalmologia.

B. Pessoa). «Se pode, em um mapa, delimitar as áreas de endemicidade ou epidemicidade do cólera, da peste, da malária etc., é que pelo termo «geografia» deve-se considerar não só a geografia física, o clima, e os demais fenômenos que caracterizam geograficamente a região, mas ainda as geografias humanas, social, política e econômica» (S. B. Pessoa).

DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

E' difícil, como vimos, dar-se uma definição à Moléstia Tropical, e, segundo a opinião dos estudiosos especializados na matéria, esta denominação de Moléstia Tropical não oferece resistência a discussões acadêmicas, pecando pela sua falha.

Concebendo, no entanto, esta nomenclatura, pode-se dizer, que seria o Pênfigo Foliáceo Brasileiro (fogo selvagem), quiçá a única entidade de origem desconhecida a ser relatada, visto existir em grande número entre nós e raro na Europa.

Concebendo um ponto de vista mais amplo, de considerar tôdas as moléstias infecciosas que incidem nos trópicos, teríamos, como de etiologia desconhecida, ou melhor, mal definida e que apresentam manifestações oculares, o Tracoma, a Febre Reumática, a Artrite Reumatóide e Eritema Nodoso.

PÊNFIGO FOLIACEO

O Pênfigo Foliáceo, vulgarmente denominado «Fogo Selvagem» no Brasil, apresenta uma complexidade de problemas científicos e ainda se encontra na obscuridade etiológica, possuindo caracteres suficientes para ser a entidade clínica mais indicada na localização do tema de Moléstia Tropical.

Sendo individualizado como entidade nosológica, segundo o Prof. Artom e outros, o chamado «Fogo Selvagem» apresenta maior incidência na idade pré-pubere e na adolescência enquanto o Pênfigo Foliáceo europeu é doença do adulto, existindo ainda o início febril e a curva térmica constante, de evolução mais benigna e com formas abortivas e frustas, o que não acontece no Pênfigo Foliáceo Europeu.

Esta diferenciação não é aceita por inúmeros tratadistas (Vieira, Lemos Torres, Alayon e outros), pois incluem todos os

casos brasileiros no grupo Pênfigo Foliáceo de Cazenave, conferindo a denominação «Fogo Selvagem» mais a uma nomenclatura popular, pelo fato de o doente estar sempre atritando a pele, pela provocação contínua de prurido e ardor intenso.

O comprometimento ocular do Pênfigo Foliáceo, denominado Pênfigo Foliáceo Ocular, como entidade nosológica, era desconhecido na oftalmologia até 1944, quando apresentados por Amêndola os achados cristalinianos na I Reunião Anual dos Dermato Sifilígrafos Brasileiros no Rio de Janeiro e em seguida a monografia sobre o assunto publicado pelo mesmo autor, abriu-se o novo capítulo oftalmológico, sendo, portanto, uma contribuição brasileira à Oftalmologia.

Antes, ao se tratar de manifestações penfigosas oculares, a única entidade estabelecida era chamada Pênfigo Conjuntival, e os tratadistas não emprestavam um fundamento firme nas descrições clínicas oftalmológicas nas bases patogênicas das lesões encontradas. Daí a variedade de denominações desde 1836: de Xeroftalmia dos olhos, por Cade; em 1870 descreve o estado cicatricial de Sindermitis Degenerativa Von Kriess; em 1878 a descrevem com a denominação de Retração Essencial da Conjuntiva.

Duke-Elder adota a denominação de Von Kriess e Fuchs e outros tratadistas denominam simplesmente de Pênfigo da Conjuntiva ou Conjuntival. Tôdas estas denominações evidenciam sòmente um estagio da doença.

A descrição clássica focaliza-se no comprometimento da mucosa conjuntival com retrações e desaparecimento do fundo de saco conjuntival em um simblefaro que as vezes, se totaliza, deixando apenas um pequeno espaço inter-palpebral.

Há casos que apresentam sòmente lesões cutaneas palpebraes, como o observado na Clínica Dermatológica Santiago del Chile, com mucosa e córnea indenes e casos, como o documentado por nós, que atinge sòmente a pálpebra inferior.

Em vista das denominações do comprometimento ocular do Pênfigo Vulgar não corresponderem a tôda entidade clínica, pois elas evidenciam sòmente um estado ocular da doença, foi proposto

por um de nós (Amêndola) no Congresso Pan Americano em Santiago del Chile a denominação de Pênfigo Vulgar Ocular, adotada neste trabalho, a qual além de demonstrar o fator etio-patogenético, especifica a entidade clínica nosológica e engloba todos os estádios da doença.

O Pênfigo Foliáceo Ocular abriu o novo capítulo da Oftalmologia denominado Pênfigo Ocular, que tem as suas bases fundamentais nos dois grandes setores dermatológicos, Pênfigos Vulgar e Pênfigos Foliáceo, não enquadrando o Pênfigo Vegetante, visto os autores dermatólogos o considerarem da mesma entidade do Pênfigo Vulgar, incluindo-o no mesmo setor.

As características diferenças entre as lesões do Pênfigo Foliáceo Ocular e o Pênfigo Vulgar Ocular são evidentes, bastando atentar para o comprometimento das mucosas, as quais não apresentam alteração alguma no Pênfigo Foliáceo enquanto no Pênfigo Vulgar Ocular são sintomas proeminentes com grande formação de tecido conectivo na mucosa conjuntival formando simblefaro. Associando-se às lesões ulcerosas da mucosa labial e faríngea, temos destruição e leucoma total da córnea.

As lesões corneanas no Pênfigo Foliáceo Ocular evidenciam-se em manifestações superficiais com formações de bolhas na fase aguda e geralmente ligeiras manifestações cicatriciais em forma discóide, reliquates de bolhas rompidas na fase crônica, assim como ulcerações e pannus.

No Pênfigo Vulgar Ocular, quando a evolução atinge a córnea, o quadro gravíssimo e de rápida marcha evolutiva, assume o caráter degenerativo em destruição das camadas corneanas e observa-se, na fase aguda, hérnias da Descemet, que, em seguida, se opacificam formando leucoma total. Nos casos em que a evolução não atinge a córnea, pode-se observar as camadas irianas, transparência do cristalino e fundo de olho sem alterações.

No entretanto, no Pênfigo Foliáceo Ocular as mutações degenerativas da membrana iriana, em geral, apresenta um aspecto esponjoso, as vezes formando mínimos conglomerados de cor de ferrugem, sendo notável a espessura pigmentar da camada posterior.

Esta formação de pigmentos, depara-se com mais frequência nas formas eritematosas (uma das formas do Pênfigo Foliáceo) tendo recebido a designação de Sinal de Amêndola no 5.º Congresso Argentino de Oftalmologia. Este achado reflete bem a grande elaboração pigmentar própria da doença.

Autores há que não encontraram estes elementos irianos. Dos mais interessantes achados no Pênfigo Foliáceo Ocular, são as manifestações cristalinianas (catarata) onde se torna mais patente a contribuição da oculística brasileira no capítulo das cataratas dermatôgenas.

A revelação do intumescimento das fibras lenticulares que são edemaciadas e vacuolizadas, elementos celulares aumentados de volume com edema intracelular, degeneração hidrópica, o comprometimento da cortex e opacificação pontilhada, que mais tarde foram constatados por Hilton Rocha e Castro Moreira, identificam plenamente a catarata do Pênfigo Foliáceo.

As alterações do fundo de olho no Pênfigo Foliáceo Ocular parecem não escapar ao quadro sintomático da doença, carecendo ainda de mais observações e estudo para confirmações fundamentadas.

Assim como as manifestações degenerativas da iris evidenciam a grande elaboração pigmentar no Pênfigo Foliáceo, não seria de estranhar as alterações das fibras do nervo ótico como foram acentuadas por Hilton Rocha no caso citado de nevrite retrobulbar na tese de concurso de Orsino de Castro, como bem diz, pela predominância comum de origem ectodérmica.

As alterações na angioscopia retiniana com aumento mais ou menos sensível de calibre das veias retinianas, descritas pelo mesmo Hilton Rocha e referidas no caso apresentado por Belmiro Castro Moreira (no C.E.O. em Abril de 1956) foram por nós também constatadas, não sendo consignadas nas nossas investigações em vista de achados idênticos em outras doenças cutâneas como na Lepra Ocular, em alguns casos de Eczema crônico e na doença de Nicola-Favre.

Interessante seria, pois, uma focalização de investigação oftal-

mológica nas dermatoses, em geral, a fim de pontificar estas sintomatologias e individualizar a etio-patogenia das várias doenças cutaneas. Pode-se pois, fundamentar que a oftalmologia brasileira contribuiu com a formação de novo capítulo oftalmológico, esclarecendo vários problemas complexos da matéria, conduzindo ao capítulo do Pênfigo Ocular.

TRACOMA

Incluindo o Tracoma neste trabalho, considerado como Moléstia Tropical no ponto de vista de enfermidades que apesar de existirem em outras regiões, também aparecem de um modo frequente nos trópicos. E aqui está entre as moléstias mal definidas etiologicamente. Sua etiologia é problema ainda em estudo, parecendo tratar-se de grande virus tais como o do linfogranuloma inguinal, da psittacose etc..

No estudo das manifestações clínicas, apesar do grande número de classificações, adotaremos a de Mac Callan, pois achamos que tem o mérito de basear-se no critério da evolução da doença.

Estadio I: Temos aqui a infiltração da conjuntiva, transparente, com linfocitos. A infiltração se dá somente nas camadas epitelial e sub-epitelial. Os vasos estão dilatados e pouco tortuosos, aparecendo uma opalescência brilhante no fornix. Temos o aspecto aveludado e hiperemico ao exame a olho nú. Na borda sup. do tarso nota-se um esboço de papilas, um fino granulado vermelho. Na conjuntiva tarsal inf. há também hiperemia e raros folículos. O panus geralmente não está presente, em alguns casos podemos ter na região límbica os vasos um pouco congestos. E' ainda um processo insidioso, o chamado Tracoma Dúbio.

Estadio II: A infiltração da conjuntiva é mais intensa, os vasos conjuntivais levemente velados pela infiltração sub-epitelial, com seus detalhes encobertos. Mas nota-se que estão aumentados de calibre e há abundância de capilares néo formados. Aquela opalescência brilhante desaparece. A aparência do todo é de uma conjuntiva tarsal sem brilho, espessada. Começa-se a notar a hipertrofia papilar. Na conjuntiva tarsal inf. e fornix temos o mesmo aspecto, porém os folículos em menor número e mal visíveis

a olho nú. Pannus geralmente de 1/3, em todos os casos, infiltrados. Não há nódulos límbicos ou fossetas.

Estadio III: As alterações são mais proeminentes na conjuntiva superior. Completa perda de todos os detalhes de vasos. Conjuntiva tarsal muito hiperemiada e intensamente infiltrada, aparecimento de cicatrizes nas conjuntivas tarsais sup. e inf. e fornix. Na conjuntiva tarsal inf. temos infiltração menor e menor deformação. As cicatrizes delimitam zonas e conjuntivas congesta e infiltrada. Quando a cicatrização é completa, a conjuntiva tarsal apresenta-se atrófica com perda de detalhes. Pannus tornam-se regressivos, esclerosados. Há fossetas de Herbert.

Estadio IV: Nota-se uma conjuntiva tarsal lisa, com epitélio polido e brilhante. Ausência de desenho vascular mascarado por uma cicatrização difusa. Não há formação papilar. Na córnea sempre pannus esclerosados.

Podemos ter o aparecimento de complicação ou sequelas, a saber: entropion, trichiasis, pseudo ptosis, blefarites, obliteração dos fornix (simblefarom), estrangulamento das glândulas de Krause, lagofalmo, xeraftalmia, úlceras de córnea, infecções do canalículo e do saco lacrimal.

Não temos, na manifestação clínica do tracoma em nosso meio uma grande diferença da relatada pelos autores de outras zonas que não os trópicos.

Continuando a esposar o ponto de vista amplo de incluir neste 2.º grupo as manifestações oculares de outras doenças infecciosas de origem desconhecidas ou mal definidas, apesar de serem cosmopolitas e não só tropicais, teremos:

FEBRE REUMÁTICA

Na febre reumática, poderemos ter as seguintes manifestações oculares: Edema das pálpebras, sinal êste que ocorre em muitas infecções agudas, devido às toxinas bacterianas. Uveíte, manifestação ocular que ocorre mais nas formas crônicas da doença. No caso da uveíte temos o envolvimento de todo tracto uveal, do tipo plástico. Poderíamos classificar esta manifestação como de etio-

logia alérgica ao estreptococo. Raramente é a febre reumática causa de uma exudação masiça da coroide, ocasionando descolamento da retina.. Temos também como manifestação ocular da febre reumática o aparecimento de Episclerite, Esclerite e Tenonite, mais raramente a Miosite reumática.

ERITEMA NODOSO

De etiologia ainda discutida, se trata de doença infecciosa ou alérgica. No caso do eritema nodoso podemos ter o aparecimento de um elemento tóxico que irá ocasionar uma inflamação da iris e corpo ciliar.

ARTRITE REUMATÓIDE

Nesta doença temos manifestações oculares idênticas às que aparecem na febre reumática. Podemos ter também o aparecimento de uma blefarite e Síndrome de Gougenot-Sjögren (oftalmo-rinostomato-xerose).

Vamos encontrar neste síndrome uma falha na secreção lacrimal associada com atrofia e cirrose da glândula lacrimal, ocorrendo como parte de um distúrbio sistêmico de origem desconhecida. Acompanhada por idêntica falha da secreção das glândulas salivares e mucosas do tracto respiratório superior e de poli artrite.