

ARQUIVOS BRASILEIROS DE OFTALMOLOGIA

Volume 16

Ano 1953

SYMPOSIUM — UVEÍTES

Do Diagnóstico Clínico

DR. H. MARBACK — Bahia

As uveítes exsudativas manifestam-se, em geral, em pessoas aparentemente sadias. Aparecem, também, no curso de doenças infecciosas agudas ou como complicação de doenças crônicas.

A sintomatologia varia conforme se trate de uma uveíte anterior (irite e írido-ciclite) ou de uma uveíte posterior (coróidite).

No primeiro grupo os sintomas são muito diversos, dependendo do tipo de lesão. A dor, quando presente, é muito intensa, por nevralgia ciliar agudo-espasmódica; seguem-se, subjetivamente, a fotobia e a visão turva; objetivamente, observam-se: mióse, alterações do humor aquoso, injeção peri-cerática e lacrimação.

As coróidites não apresentam sintomas subjetivos característicos. A queixa exclusiva, em geral, é de “visão turva” cuja intensidade está directamente relacionada com o grau de exsudação. As coróidites do polo posterior são percebidas mais facilmente, podendo a “turvação” ser precedida de modificações na forma e no tamanho da imagem retiniana (micropsia e metamorfopsia). Os sinais característicos das coróidites ficam limitados ao quadro oftalmoscópico. Por isto mesmo em displicentes, rústicos e crianças, não raro, encontramos casos de coróidite “per-acta” que passaram inteiramente despercebidos dos seus portadores.

Clínicamente as coróidites são classificadas sob dois aspectos: quanto à lesão e quanto à localização. Quanto à lesão podem ser: disseminadas, circunscritas e difusas. Quanto à localização: maculares, juxta-papilares e periféricas. Estas classificações não têm, contudo, significação sob o ponto de vista nem da etiologia nem da patologia.

Devemos a A. C. RICH (1) uma das mais importantes aquisições

(*) Tema oficial apresentado ao Congresso InterAmericano de Cirurgia do Colegio Americano de Cirurgiões.

na patologia do processo infeccioso: a demonstração de ser a hipersensibilidade um fenômeno inteiramente independente da imunidade ou resistência.

Esta descoberta não poderia deixar de ter marcada influência em oftalmologia, principalmente no complexo capítulo das uveítes.

Coube a A. C. Woods (2) aplicar experimental e clinicamente, em oftalmologia, as aquisições de Rich particularmente no referente às manifestações oculares da tuberculose.

Dêste modo, ficou esclarecido o polimorfismo das lesões oculares com etiologia idêntica.

Conseqüentemente, no estado atual dos nossos conhecimentos, o diagnóstico das uveítes deve ser feito tendo-se em mente o princípio fundamental: *quadros clínicos os mais diversos podem ter a mesma etiologia.*

Na impossibilidade de estabelecer um diagnóstico etiológico específico da maioria das uveítes, a tendência dominante é dividir as uveítes exsudativas em 2 grupos: *granulomatosas* ou *plásticas* e *não granulomatosas* ou *serosas*. Esta classificação, baseada na patologia, tem a vantagem de servir também clinicamente.

Segundo A. C. Woods (3) as uveítes não granulomatosas corresponderiam a uma hipersensibilidade bacteriana isolada. Enquanto as uveítes granulomatosas resultariam da invasão direta do tecido por germen patogênico vivo, sendo a evolução e o aspecto da lesão influenciados pela hipersensibilidade uveal.

Clinicamente, as uveítes não granulomatosa apresentam as seguintes características: aparecimento súbito, intensa fotofobia e lacrimação, acentuada injeção ciliar; a reação inflamatória da íris é pouco intensa consistindo no apagamento do desenho da íris, apresentando-se os vasos irianos, quando visíveis, muito dilatados; presença de exsudato fibrinoso ou gelatinoso na câmara anterior; os precipitados na face posterior da córnea são mínimos. As coróidites não granulomatosas manifestam-se com discreta turvação do vítreo, acentuado edema generalizado sub-retiniano que impede ver minúcias do fundus; evolução aguda mas breve; propensão a recidivas podendo, no curso delas, haver transformação em uveíte granulomatosa.

Exemplos típicos de uveíte não granulomatosa, encontram-se nas formas associadas às artrites reumáticas e infecções neisserianas crônicas.

Particularizando as referências às irites não granulomatosas; são reconhecidas três formas clínicas:

- 1.º grupo — Aparecimento súbito. Evolução aguda. Lesões isoladas ou múltiplas com 1 a 2 mm. de diâmetro. A regressão do processo pode se dar sem grande prejuízo para o olho. As recidivas são raras e, quando verificadas, se dão em consequência à reativação de um ponto na borda de uma antiga escara.
- 2.º grupo — Reação inflamatória mínima, podendo o processo ser indolor. Lesões múltiplas microscópicas com diâmetro máximo de 1/10mm. Isoladamente as escaras deixadas por estas lesões são insignificantes. As sinéquias posteriores são frageis. Entretanto, quando recidivado o processo, podem resultar oclusão e seclusão pupilar. As recidivas podem ocorrer periodicamente com intervalos de dias, meses e anos.
- 3.º grupo — Aparecimento súbito. Evolução aguda. Presença de serum, fibrina e hemorragia na câmara anterior. Desaparecimento também repentino. Recidivas frequentes.

As uveítes granulomatosas aparecem insidiosamente. A exsudação não é muito intensa. Na irite observam-se edema do estroma da íris, espessamento localizado e, caracteristicamente, *nódulos* ou *tubérculos*. Ao contrário das irites serosas, aqui existe tendência à formação de fortes sinéquias posteriores e exsudatos na face anterior do cristalino. Os depósitos na face posterior da córnea, muito volumosos, adquirem o aspecto de “sebo de carneiro”. Presença de nódulos de Koepe e de Busacca na borda da íris. Nas coróidites granulomatosas a opacidade do vítreo é densa e sempre associada a edema sub-retiniano. Caracteristicamente, presença de focos granulomatosos.

DO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Certas uveítes não apresentam dificuldades quanto a um diagnóstico etiológico irrefutável. Infelizmente, estes casos constituem uma pequena minoria.

Não obstante os modernos recursos da clínica e do laboratório a grande maioria das uveítes fica sem diagnóstico ou no máximo com diagnóstico etiológico provável.

A tendência dominante de interpretar toda inflamação do trato uveal como resultante de um processo infeccioso deve ser rejeitada: assim é que a irite do diabetes mellitus parece ter como causa o próprio distúrbio metabólico; a írido-ciclite da menopausa sugere a possibilidade de um fator endócrino causal. etc.

A hipersensibilidade cutânea a alergenos bacterianos, principalmente à tuberculina, é um elemento valioso no diagnóstico etiológico das uveítes, mas nem sempre indiscutível dada à sua complexidade. Quando a investigamos, na pratica, deve ser considerado o seguinte princípio: *o grau de alergia ocular nem sempre está em relação com a alergia cutânea*. Pode existir hipersensibilidade cutânea sem nenhuma significação para a lesão ocular e vice-versa.

Os exames citológicos e bioquímicos do humor aquoso, reabilitados por AMSLER M., (4) nestes últimos anos, oferecem, sem dúvida, informes interessantes quanto à variação dos elementos figurados nesta ou naquela forma de uveíte; entretanto, não há uma relação directa entre a etiologia e o quadro citológico. (*)

Sintetizando, como impõe a natureza deste trabalho, passamos às normas para o diagnóstico etiológico das uveítes específicas. Neste particular adotamos o critério de A. C. Woods (5).

TUBERCULOSE

Presentemente, admite-se ser a causa mais freqüente de uveítes. As lesões de tub. ocular são as mais polimorfas possíveis, donde a dificuldade de diagnóstico apenas pelo aspecto biomicro-oftalmoscópico.

Diagnóstico de certeza:

- 1) Reação ocular focal — felizmente rara — conseqüente ao uso diagnóstico ou terapêutico de tuberculina.
- 2) Lesões de tipo nodular quando excluída outra doença granulomatosa.
- 3) Uveíte granulomatosa com sinais de tub. ativa ou passada em paciente hiperérgico à tuberculina e exclusão de outras granulomatoses.

(*) No Brasil, investigações de Ciro de Rezende e Camargo Alves confirmaram os mesmos resultados.

Diagnostico provavel:

- 1) Lesões nodulares ou nódulos de Koepe em paciente com quadro clínico de tub. ocular quando excluída outra doença granulomatosa.
- 2) ~~Granulomatose~~ Granulomatose ocular em portador de hiperergia à tuberculina ou com anergia à tuberculina mas com evidência de tub. sistêmica passada mesmo sem exclusão de outra granulomatose.
- 3) Paciente com alta ou baixa sensibilidade à tuberculina, evidência de tub. sistêmica passada, quadro clínico de tub. ocular, presença de outra infecção granulomatosa mas sem aparente relação desta com a doença ocular.

Em oftalmologia, para a pesquisa da sensibilidade à tuberculina, prefere-se a reação de Mantoux, porque: 1.º) estabelece uma noção quantitativa da alergia; 2.º) afasta, praticamente, o perigo de uma reação focal.

Como rotina, injeta-se 0,1cc³ de tuberculina velha (O. T.) nas seguintes diluições: 1/100.000, 1/10.000 e 1/1.000; pela leitura, 48 horas depois, podemos chegar à seguinte interpretação:

necrose ou endurecimento com 1/100.000 = sensibilidade exagerada

eritema com 1/10.000 = sensibilidade alta

discreta reação com 1/1.000 = sensibilidade moderada

ausência de reação com 1/100 = anergia clínica

Não é demais insistir: baixa sensibilidade ou mesmo ausência de sensibilidade cutânea à tuberculina não invalidam a possibilidade de etiologia tuberculosa ocular.

SIFILIS

Exceção feita às uveítes que ocorrem no secundarismo da infecção sifilítica e a certas formas de cório-retinites agudas (associadas a edema da retina e da papila, opacidades finas do vítreo e escotoma anular) o diagnóstico das uveítes sifilíticas congênicas e adquiridas apresenta grandes dificuldades.

Fundamenta-se o diagnóstico na presença de outras manifestações luéticas, na história clínica e familiar, exclusão de outras causas possíveis e principalmente nas reações sorológicas. Mesmo assim, não deve ser dado valôr absoluto às reações específicas: um sifilítico pode apre-

sentar uma uveíte de outra natureza, determinavel ou não.

Em casos de dúvida o tratamento de prova é fator decisivo, uma vez que a resposta das lesões sifilíticas do trato uveal ao tratamento específico bem orientado é sempre pronta.

GONOCOCOS

São facilmente diagnosticaveis as uveítes que ocorrem como complicação de infecção neisserianas agudas; constitue, entretanto problema complexo o diagnóstico das gonococias crônicas, conseqüentemente das uveítes delas dependentes.

Falhando a tentativa de isolar o gonococo no trato genito-urinário, pode ser utilizada a prova de fixação do complemento.

Quando pesquisada a hipersensibilidade, deve ser usada vacina de Tipo I e de Tipo II.

STREPTOCOCOS

Segundo as investigações de A. C. Woods (6) parece ser o Streptococos o responsavel pela grande maioria das uveítes de tipo não granulomatoso. Um dos fundamentos desta hipótese é o fato de 91% de portadores de uveítes não granulomatosas apresentarem hipersensibilidade ao test da vacina streptocócica.

Deixando de lado o complexo problema das propriedades bacteriológicas das diferentes variedades de Streptococos, sob o ponto de vista pratico a hipersensibilidade cutânea a este germen deveria ser pesquisada atendendo à condição de serem, no mínimo, verificadas reações para os seguintes tipos: para uma variedade do tipo Alfa; para o tipo Beta, sub-grupo A todas as 42 variedades; para o sub-grupo C. F. e G. uma variedade; para o tipo Gama uma variedade.

A dificuldade na obteção de todos estes antígenos impede entretanto, em nosso meio, a aplicação destas importantes provas como rotina na prática oftalmológica.

STAFILOCOCOS

Determina-se a hipersensibilidade cutânea ao Stafilococos com a injeção de 0,1 cc³ de uma solução a 1/100 de toxina stafilocócica. A

leitura é feita 24 a 48 horas após a injeção. Considera-se normal a reação com diâmetro máximo de 3 × 3 cm.

BRUCELOSE

O diagnóstico de uma uveíte brucelósica, na ausência de uma hemocultura positiva é sempre provável, baseado que é na história clínica, na sintomatologia, exclusão de outras causas prováveis e na relatividade dos exames sorológicos e sensibilidade cutânea desta doença em estado crônico.

As lesões oculares apresentam-se sob forma de irites nodulares, recorrentes. As coroidites são menos freqüentes e se apresentam como áreas isoladas ou múltiplas de exsudação envolvidas por pequena reação peri-focal ou edema sub-retiniano generalizado. Uma das particularidades das manifestações oculares da brucelose é a cronicidade e o aparecimento de novos focos. As uveítes generalizadas terminam em atrofia bulbar.

SARCOIDOSE

As uveítes por sarcóide de Beeck são diagnosticadas:

1.º) Quadro clínico ocular. Predominantemente irite tipo nodular com reação inflamatória mínima, indolor, com suposta vascularização característica.

As coroidites são raras. Na fase aguda mostram nódulos profundos, amarelados, que parecem não comprometer a retina. Em estado atrófico apresentam-se como discreta cório-retinite localizada.

2.º) Lesões cutâneas.

3.º) Achados radiográficos: a) reação fibrosa que parte dos hilos em direção à metade inferior dos campos pulmonares. b) rarefação da medula dos ossos longos, especialmente das falanges.

4.º) Adenopatia: localizada ou generalizada.

5.º) Reações sorológicas: aumento de globulina.

6.º) Anergia à tuberculina.

7.º) Biópsia do nódulo cutâneo ou do gânglio linfático.

S U M Á R I O

O autor estuda de modo sumário o problema do diagnóstico clínico das uveítes exsudativas. São feitas considerações sobre a sintomatologia, conforme se trate de uma uveíte anterior ou de uma uveíte posterior. No referente ao quadro clínico é justificado o princípio: a mesma etiologia pode determinar quadros clínicos os mais diversos. É seguida a tendência atual da divisão das uveítes em dois grupos: granulomatosas e não granulomatosas. É demonstrada a impossibilidade de um diagnóstico etiológico de certeza da maioria das uveítes exsudativas. Finaliza o autor com a apresentação esquemática das normas e princípios que devem servir de base ao diagnóstico clínico das formas mais freqüentes de uveítes.

B I B L I O G R A F I A

- 1 RICH, A. R. — The Pathogenesis of Tub. — 1940 — Springfield.
- 2 WOODS ALAN C. — Studies in Experimental Ocular Tub.; Arch. Ophth., publicados de 1938 a 1942.
- 3 WOODS ALAN C. — The Influence of Hypersensitivity on Endogenous Uveal Disease — Tr. Am. Acad. Ophth. 51 :75 — 92 — 1946.
- 4 AMSLER M. — Trans. Ophth. Soc. U. K. 68:45 — 1948.
- 5 WOODS ALAN C. — The Diagnosis and Treatment of Ocular Allergy Am. J. Ophth., 32 :10457 — Nov. 1949.
- 6 WOODS ALAN C. — A Clinical Study of Streptococcus Bacterial Hypersensitivity in Non-Granulomatous Uveitis — Vol. I Pg. 303 Acta XVI Concilium Ophth — 1950.