

Toxoplasmose ocular adquirida

Acquired ocular toxoplasmosis

José Beniz⁽¹⁾

RESUMO

O autor apresenta uma série de três pacientes com uveíte posterior, presumidamente por toxoplasmose adquirida. O exame oftalmológico revelou retinocoroidite focal bilateral em duas mulheres e monocular em um homem. A imunofluorescência para toxoplasmose em todos os pacientes demonstrou inicialmente títulos de IgG e IgM positivos, sendo os últimos confirmados pelo teste de ELISA. Após o tratamento adequado, as lesões oculares regrediram. Observou-se também que os títulos de IgG para toxoplasmose diminuíram e os de IgM tornaram-se negativos.

Palavras-chave: toxoplasmose ocular, retinocoroidite, *Toxoplasma gondii*.

INTRODUÇÃO

Até passado recente acreditava-se que a toxoplasmose ocular em humanos possuía fundamentalmente origem congênita. A doença passaria ao feto pela placenta, através de infecção adquirida pela mãe durante a gestação^(1,2). Desta forma o aparecimento de focos de retinocoroidite em adultos seria devido a eclosão de cistos de *Toxoplasma gondii* preexistentes na retina desde a vida intra-uterina⁽³⁾.

Recentemente, no entanto, surgiram evidências de que tal doença pode se apresentar nos olhos de forma adquirida com frequência maior do que era considerada. Alguns autores têm demonstrado a presença de infecção ocular ao mesmo tempo que o acometimento sistêmico por toxoplasmose^(4,5,6,7).

RELATO DOS CASOS

Caso 1

V.B., fem., 40 anos, natural de Tapera-RS e residente em Mato Grosso, apresentou baixa da acuidade visual (AV) em AO um mês antes da consulta oftalmológica, época em que teve também febre de ori-

gem não estabelecida. Ao exame a paciente apresentava AV de 20/40 no OD e de vultos no OE. A tonometria de aplanção foi de 20 mmHg em AO. Biomicroscopicamente havia também em AO a presença de precipitados ceráticos brancos pequenos e médios, 1+ de flare e células na câmara anterior e 3+ de células no vítreo. À fundoscopia foram evidenciadas no OD duas placas de retinocoroidite em atividade, sendo uma temporal à mácula, na periferia média (Fig. 1-a), e outra na extrema periferia nasal superior. No OE também havia duas placas ativas, uma ocupando a região central da mácula (Fig. 1-b) e outra na extrema periferia nasal superior. Não havia lesões cicatrizadas. A angiofluoresceinografia demonstrou extravasamento de corante nestas regiões. Os testes laboratoriais demonstraram sorologia para sífilis (VDRL e FTA-ABS) e pesquisa de hematozoários negativas, além de radiografia de tórax normal. A imunofluorescência para toxoplasmose evidenciou títulos de anticorpos IgG 1/256.000 e de IgM 1/80, sendo este último confirmado através de ELISA.

O diagnóstico de toxoplasmose ocular, já em remissão inicial, foi estabelecido. A paciente foi tratada com prednisona e clin-

⁽¹⁾Doutor em Oftalmologia pela Universidade Federal de Minas Gerais e chefe do Serviço de Uvetes do Instituto de Olhos de Goiânia.

Endereço para correspondência:
Dr. José Beniz
Instituto de Olhos de Goiânia
Rua 9-B, Nº 48 - Setor Oeste
74110-120 Goiânia, GO.

damicina orais, além de colírios de dexametasona e atropina. Duas semanas depois as lesões apresentavam indícios de cicatrização mais avançada. Nesta época a imunofluorescência para toxoplasmose foi repetida e mostrou títulos de IgG 1/16.000 e IgM negativa.

A paciente retornou dois anos depois, com AV de 20/25 no OD e de contar dedos a 2m no OE. O OD estava calmo, porém havia discreta reação de câmara anterior e vítrea no OE. As lesões coriorretinianas descritas anteriormente encontravam-se cicatrizadas. No entanto havia no OE uma placa ativa de retinocoroidite satélite, superior à mácula. Foi então repetido o tratamento específico para toxoplasmose.

Caso 2

C.M., fem., 20 anos, natural de Porto Guaira-PR e residente em Mato Grosso, veio se consultar devido a baixa da AV no OE por dois meses e no OD por um mês. Quatro meses antes a paciente havia sido internada devido a febre e artralgia não esclarecidas. Malária foi afastada laboratorialmente. Ao exame, ela tinha AV de contar dedos junto ao rosto no OD e de vultos no OE. A tonometria de aplanção mostrou 10 mmHg no OD e 8 mmHg no OE. À biomicroscopia foram observadas 3+ de células na câmara anterior e no vítreo. O fundo de olho direito mostrava duas placas de retinocoroidite ativas na região das arcadas inferiores, além de algumas hemorragias pré-retinianas esparsas. No OE havia três placas também em atividade, temporais à papila (Fig. 2). Em ambos os olhos havia considerável turvação vítrea. Não foram vistas lesões cicatrizadas. Houve extravasamento de corante à angiografia fluoresceínica nas áreas citadas. Sífilis e tuberculose foram afastadas através de VDRL/FTA-ABS e PPD/Rx tórax, respectivamente. Os títulos sorológicos para toxoplasmose através de imunofluorescência foram de 1/128.000 para IgG e de 1/20 para IgM, confirmado por ELISA.

Com o diagnóstico clínico de toxoplasmose ocular, foi instituído tratamento com prednisona, sulfadiazina e pirimetamina.

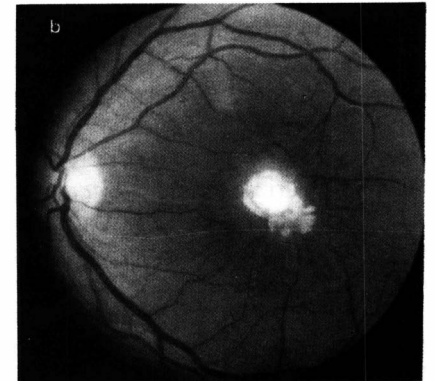
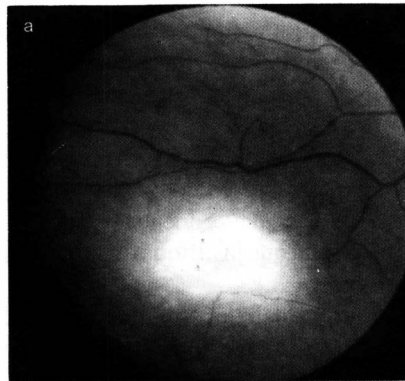


Figura 1 – Retinografias das lesões ativas do caso 1, mostrando a região temporal do OD (a) e a região macular do OE (b).

A paciente retornou somente quatro meses depois, com as lesões cicatrizadas. Os títulos de IgM, porém, só se negativaram oito meses após o tratamento. Nesta época os níveis de anticorpos IgG foram 1/16.000. Sua AV era 20/25 no OD e 20/200 no OE, já que neste olho as lesões atingiram o feixe papilo-macular.

Caso 3

P.T.C., masc., 43 anos, natural e residente em Goiás, queixava-se de baixa da AV no OD por duas semanas. O paciente possuía como antecedentes história de tuberculose testicular tratada adequadamente há oito anos. Sua AV era de 20/400 no OD e 20/20 no OE; tonometria de aplanção de 12 e 14 mmHg, respectivamente. O exame à lâmpada de fenda revelou seg-

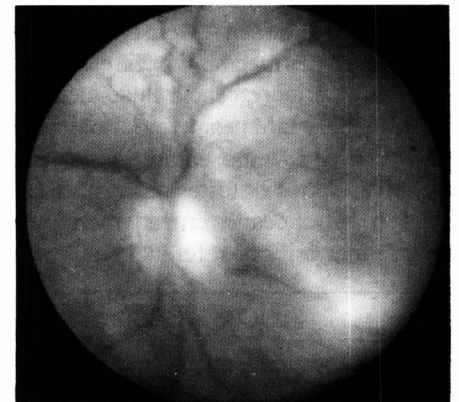


Figura 2 – Retinografiado OD caso 2, onde se vê as lesões ativas temporais à mácula.

mento anterior calmo em AO, e apenas 2+ de células no vítreo do OD. Fundoscopicamente havia no OD uma lesão retinoco-

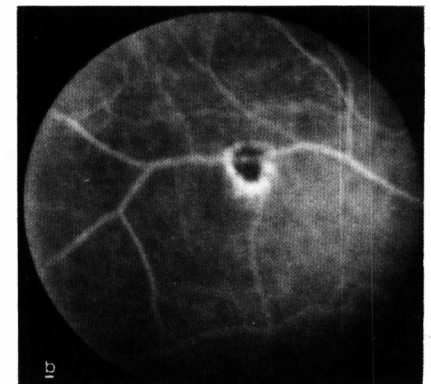
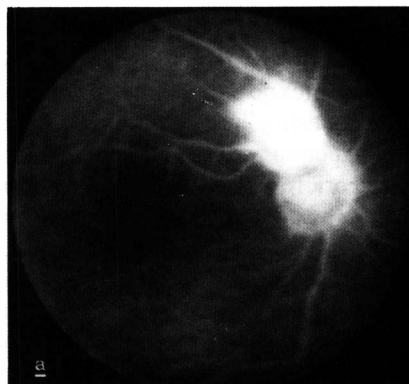


Figura 3 – Fase final da angiografia fluoresceínica do caso 3, demonstrando a lesão ativa justa-papilar (a) e placa cicatrizada na arcada temporal superior (b).

roidiana ativa justa-papilar superior, com discreta hemorragia sobrejacente (Fig. 3-a). Foram notadas também obliteração antiga de alguns vasos retinianos da periferia média, pequena opacidade vítrea inferior e uma placa de atrofia coriorretiniana (lesão cicatrizada) na arcada temporal superior (Fig. 3-b). A angiografia mostrou extravasamento do corante na região suspeita de inflamação. A propedêutica para sífilis (VDRL e FTA-ABS) e tuberculose (PPD não reator) foi negativa. A imunofluorescência para toxoplasmose no soro resultou em 1/32.000 para IgG e 1/20 para IgM.

O paciente foi tratado com prednisona, sulfadiazina e pirimetamina orais. Dois meses mais tarde sua AV era de 20/20 em AO e a lesão peripapilar já havia cicatrizado. A imunofluorescência então mostrou IgG 1/8.000 e IgM negativa. A captura de IgM por ELISA no entanto ainda era positiva. Todos os testes para toxoplasmose foram checados cruzadamente por dois laboratórios de referência.

DISCUSSÃO

A dificuldade em se aceitar a forma adquirida da toxoplasmose ocular deve-se à existência da barreira hemato-ocular. Admite-se que em um indivíduo com o sistema imunitário íntegro, apenas raramente o olho é atingido por infecção via hemática.

Vem crescendo porém a importância desta forma da doença⁽⁹⁾. A identificação de diferentes cepas e o modo de transmissão do parasita têm sido objeto de estudos recentes no Brasil⁽¹⁰⁾. Aqui foram identificados cistos de *T. gondii* na retina de irmãos não gêmeos⁽⁵⁾. Foram também encontradas no Rio Grande do Sul famílias com mais de um filho com quadro clínico típico de toxoplasmose ocular^(6,7). Considera-se que a mãe pode transmiti-la a apenas um filho ao ter a infecção sistêmica durante a gestação^(2,3). A partir de então ela se tornaria imune ao toxoplasma. Tais fatos demonstram a possibilidade da enfermidade ser adquirida em certos casos.

Nos pacientes com toxoplasmose ocu-

lar congênita, o quadro típico é de uma uveíte posterior granulomatosa, com uma placa de retinocoroidite ativa satélite a outra cicatrizada⁽⁸⁾. Os títulos de IgG para toxoplasmose no soro são positivos e os de IgM negativos. Isto porque o organismo teve contato prévio com o toxoplasma, sem no entanto haver doença sistêmica em tal momento que justifique o aparecimento de IgM.

Para se estabelecer o diagnóstico de toxoplasmose sistêmica, anticorpos específicos da classe IgM devem estar necessariamente presentes no soro. No caso de doença ocular concomitante, as lesões fundoscópicas não devem estar associadas a placas cicatrizadas suspeitas de tal etiologia. Isto indicaria a possibilidade de infecção prévia, até mesmo congênita. O quadro oftalmológico pode iniciar semanas após o sistêmico⁽⁸⁾.

Nos casos aqui descritos, os critérios para se evidenciar toxoplasmose ocular adquirida foram preenchidos rigorosamente nos casos 1 e 2. As pacientes apresentaram sintomatologia de infecção sistêmica previamente às lesões oculares. O quadro clínico oftálmico mostrado nas retinografias é compatível com tal impressão. Os exames laboratoriais proporcionaram a confirmação. Além disso as lesões retinianas mostraram regressão e os títulos de IgM negataram-se algum tempo depois. Há que se ressaltar que apesar de procedentes do Centroeste brasileiro, estas duas pacientes eram originalmente oriundas do Sul do país, região com alta prevalência da doença.

O caso 3 foi um pouco mais atípico. O paciente não apresentou clínica de infecção sistêmica no período. Além disso, ele possuía neste olho sinais de inflamação prévia, porém resolvida, através de uma placa coriorretiniana cicatrizada. No entanto os exames laboratoriais mostraram claramente, através dos anticorpos IgM, a presença e resolução de infecção toxoplásmica sistêmica na época do quadro ocular. É possível então que as lesões antigas tenham tido outra etiologia.

Conclui-se então, através deste e de relatos anteriores, que a toxoplasmose

ocular adquirida ocorre em nosso meio. Alguns pacientes podem desenvolver quadro clínico prévio de infecção sistêmica. Tal diagnóstico deve ser considerado e diferenciado da toxoplasmose ocular congênita.

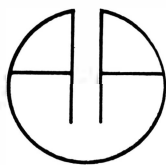
Obs.: Os testes de imunofluorescência e ELISA para toxoplasmose foram realizados no Laboratório Atalaia (Goiânia) e confirmados pelo Laboratório Fleury (São Paulo), tendo sido tratados para evitar falso-positivos e falso-negativos.

SUMMARY

The author presents a series of three patients with posterior uveitis, presumably by acquired toxoplasmosis. Ocular examination revealed bilateral retinochoroiditis in two women and unilateral in one man. Immunofluorescence for toxoplasmosis in all patients demonstrated initially positive IgG and IgM titers, the latter confirmed by ELISA. After appropriate treatment, the ocular lesions regressed; the IgG titers for toxoplasmosis fell and IgM titers became negative.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Perkins, E.S. Ocular toxoplasmosis. *Br. J. Ophthalmol.* 57: 1-17, 1973.
- Belfort Jr., R.; Imamura, P.M.; Bonomo, P.P.O. Toxoplasmose ocular. *Arq. Bras. Oftalmol.* 38: 196-204, 1975.
- Sunness, J.S. The pregnant woman's eye. *Surv. Ophthalmol.* 32: 219-38, 1988.
- Akstein, R.B.; Wilson, L.A.; Teutsch, S.M. Acquired toxoplasmosis. *Ophthalmology* 89: 1299-302, 1982.
- Silveira, C.S.; Belfort Jr., R.; Burnier Jr., M. Toxoplasmose ocular. Identificação de cistos de *Toxoplasma gondii* na retina de irmãos gêmeos com diagnóstico de toxoplasmose ocular recidivante. Primeiro caso mundial. *Arq. Bras. Oftalmol.* 50: 215-8, 1987.
- Silveira, C.; Belfort Jr., R.; Burnier Jr., M.; Nussenblatt, R.; Martins, M.C.; Jamra, L.; Riguel, O.M.; Imamura, P.; Takahashi, W. New findings in ocular toxoplasmosis. *Arq. Bras. Oftalmol.* 51: 25, 1988.
- Silveira, C.; Belfort Jr., R.; Burnier Jr., M.; Nussenblatt, R. Acquired toxoplasmic infection as the cause of toxoplasmic retinochoroiditis in families. *Am. J. Ophthalmol.* 106: 362-4, 1988.
- Abreu, M.T.; Belfort Jr., R.; Orefice, F. Toxoplasmose ocular. In: Orefice, F., Belfort Jr., R. *Uvetes*. São Paulo, Roca, 1987, cap. 21, p. 211-30.
- Silveira, C.M.; Martin, M.C.; Tagliari, E.I.; Belfort Jr., R. Clinical characterization of acquired ocular toxoplasmosis. *Ophthalmology* 98 (suppl. 8): 113-4, 1991.
- Martins, M.C.; Silveira, C.M.; Jamra, L.F.; Barros, P.M.; Belfort Jr., R.; Rigueiro, M.P.; Neves, R.A. Isolamento de *Toxoplasma gondii* de carnes e derivados, provenientes de região endêmica de toxoplasmose ocular - Erechim-RS. *Arq. Bras. Oftalmol.* 53: 60-6, 1990.



AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY

ANNUAL MEETING
NOV. 13 A 18 - 1993
CHICAGO - IL

PARTE AÉREA



SAÍDA 12 NOV. 93



US\$ 970, *
SÃO PAULO / CHICAGO / SÃO PAULO

VOLTA VIA NEW YORK + US\$ 115, (US\$ 1.085,)
VOLTA VIA MIAMI + US\$ 104, (US\$ 1.074,)

PARTE TERRESTRE

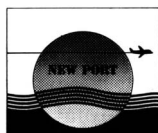
6 DIAS / 5 NOITES - CHICAGO

THE CHICAGO ALLERTON US\$ 350, P/ PESSOA APTO DUPLO
THE PALMER HOUSE HILTON US\$ 325, P/ PESSOA APTO DUPLO
THE OXFORD HOUSE US\$ 313, P/ PESSOA APTO DUPLO

(ÔNIBUS GRATUITO DO HOTEL AO CENTRO DE CONVENÇÕES E VICE-VERSA)

* TARIFA GN10 - MIN. 10 DIAS / MAX. 30 DIAS - SUJEITA A ALTERAÇÃO SEM PRÉVIO AVISO

EM SUAS VIAGENS DE NEGÓCIOS OU FÉRIAS, CONSULTE SEMPRE A



NEW PORT TURISMO
Av. São Luis, 165 - 14.o and.
Fone: (011) 258-2111 - Fax: 259-2968

