

Uveítes em São Paulo

Estudo epidemiológico, clínico e terapêutico

Mariza Toledo de Abreu *, Pedro Seiji Hirata **, Rubens Belfort Jr.,
Sebastião Domingues Neto ****

INTRODUÇÃO

Apesar da uveíte ser uma das causas mais frequentes de cegueira em nosso meio (1), pouca atenção tem sido dada ao problema, encontrando-se, até o momento, escassa pesquisa no setor (2). Consultando a literatura mundial, notamos grandes variações geográficas na etiologia das uveítes (3, 4, 5), cabendo portanto, aos brasileiros traçar um perfil epidemiológico, clínico e terapêutico, sendo o conhecimento deste perfil fundamental ao estabelecimento das nossas prioridades junto ao ensino, ao atendimento da população e à pesquisa oftalmológica.

Com o objetivo de apurar quais as uveítes mais frequentes no nosso meio, apresentamos dados relativos ao atendimento e seguimento de 550 casos consecutivos, atendidos na Escola Paulista de Medicina no período de julho de 1975 a janeiro de 1979.

OBSERVAÇÃO E MÉTODO

Os pacientes foram estudados no Centro de Uveítes da Escola Paulista de Medicina. Os níveis sócio-econômicos foram diversos, pois os doentes se dividiam em previdenciários, indigentes e pacientes encaminhados de consultórios particulares para consulta especializada. Foram estudados 550 pacientes consecutivos.

A rotina utilizada foi sempre a mesma. Os pacientes, todos encaminhados com diagnóstico prévio de uveíte, recebiam uma ficha de anamnese contendo 118 questões acerca de sua saúde geral e a de seus familiares (adaptada da ficha em uso na Universidade da Califórnia — São Francisco, e Hospital São Gera'do — Minas Gerais e anexa). A seguir, procedia-se ao exame ocular completo bilateral, e os sinais e sintomas eram anotados e graduados em cruzes segundo os critérios da **Proctor Foundation for Research in Ophthalmology** (6). Os exames subsidiários, bem como os critérios

diagnósticos adotados foram os presente-mente utilizados em centros especializados em uveítes (7, 6).

As uveítes de etiologia herpética e traumática foram excluídas deste estudo por serem habitualmente estudadas em outro setor do Departamento de Oftalmologia.

RESULTADOS

a) Diagnóstico anatômico:

As uveítes foram divididas em: anteriores (23,09%), posteriores (55,81%) e difusas (7,81%). Após o exame, verificou-se que 5,81% dos casos encaminhados como uveítes apresentaram outros diagnósticos, sendo os mais comuns os de glaucoma, ametropia e descolamento regmatogênico de retina. Em 7,45% dos casos não se pode chegar a uma conclusão quanto ao diagnóstico adequado da uveíte porque os pacientes não complementaram a propedêutica (Tab. I).

TABELA I

Diagnósticos em 550 pacientes encaminhados como uveítes ao Centro de Uveítes da Escola Paulista de Medicina no período de julho de 1975 a janeiro de 1979.

	n.º de casos	percentual
uveítes anteriores	127	23,09
uveítes posteriores	307	55,81
uveítes difusas	43	7,81
não uveítes	32	5,81
incompletos	41	7,45
TOTAL	550	99,97

b) Distribuição etária:

A distribuição etária aproximada da primeira crise foi a seguinte: de 0 a 10 anos — 3,35%; de 11 a 20 anos — 21,80%; de 21 a 30 anos — 32,28%; de 31 a 40 anos — 19,28%; de 41 a 50 anos — 12,99%; de 51 a 60 anos — 6,07%; de 61 a 70 anos — 2,93% e de 71 a 80 anos — 1,25%. Como se pode observar, 76,71% dos casos incidiu antes dos 40 anos de idade (Tab. II).

(ganhador do Prêmio João Penido Burnier)

* Assistente colaboradora de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina. Chefe do setor de uveítes e profa. colaboradora da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

** Assistente colaborador de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina e chefe do setor de uveítes.

*** Prof. titular de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Auxiliar de ensino de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

**** Residente do 2.º ano de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina, 1978.

TABELA II

Incidência por idade da primeira crise em 477 casos de uveíte — Escola Paulista de Medicina — São Paulo — julho/1975 a janeiro/1979.

faixa etária	n.º de casos	percentual
0 a 10 anos	16	3,35
11 a 20 anos	104	21,80
21 a 30 anos	154	32,28
31 a 40 anos	92	19,28
41 a 50 anos	62	12,99
51 a 60 anos	29	6,07
61 a 70 anos	14	2,93
71 a 80 anos	6	1,25
TOTAL	477	99,95

c) Diagnóstico clínico e sindrômico ou etiológico das uveítes:

A etiologia mais frequente em todas as uveítes estudadas foi a toxoplasmose (56,81%). A seguir tivemos as uveítes desconhecidas (17,61%) e a tuberculose foi a terceira etiologia mais frequente, em 3,98% dos nossos casos. Com menor frequência encontramos: ciclite crônica (2,51%), Vogt-Koyanagi-Harada (2,51%), ciclite heterocrômica de Fuchs (2,30%), Behçet (2,30%) sífilis (1,88%), iridociclite com sacroilite (1,46%), vasculite retiniana (1,46%), Hansen (1,04%), toxocariase (1,04%), metástase bacteriana (0,83%), associações (0,83%), artrite reumatóide juvenil (0,62%), coroidites não granulomatosas (0,62%), sarcoidose (0,62%), artrite reumatóide do adulto (0,41%), Reiter (0,41%), candidiase (0,20%), retinite viral (0,20%) e panencefalite esclerosante sub-aguda (0,20%) (Tab. III).

TABELA III

Diagnóstico de 477 uveítes estudadas no Centro de Uveítes da Escola Paulista de Medicina — julho/1975 a janeiro/1979.

Diagnóstico	n.º de casos	percentual do total de uveítes
Toxoplasmose	271	56,81
Uveítes desconhecidas	84	17,61
Tuberculose	19	3,98
Ciclite crônica	12	2,51
Vogt-Koyanagi-Harada	12	2,51
Ciclite heterocrômica de Fuchs	11	2,30
Behçet	11	2,30
Sífilis	9	1,88
Iridociclite com sacroilite	7	1,46
Vasculite retiniana	7	1,46
Hanseníase	5	1,04
Toxocariase	5	1,04
Metástase Bacteriana	4	0,83
Associações	4	0,83
Artrite reumatóide juvenil	3	0,62
Coroidites não granulomatosas	3	0,62
Sarcoidose	3	0,62
Artrite reumatóide do adulto	2	0,41
Reiter	2	0,41
Candidiase	1	0,20
Retinite a vírus	1	0,20
Panencefalite esclerosante sub-aguda	1	0,20
TOTAL	477	99,84

d) Diagnóstico das uveítes anteriores:

Das uveítes anteriores, o diagnóstico mais comum foi o de iridociclite desconhecida (59,05%), pois, nestes casos, apesar de todos os exames, não conseguimos estabelecer a etiologia nem enquadrá-los em nenhuma entidade clínica. O restante se dividiu em: ciclite crônica (9,44%), ciclite heterocrômica de Fuchs (8,66%), iridociclite com sacroilite (5,51%), tuberculose (4,72%), moléstia de Hansen (3,93%), sífilis (3,14%), artrite reumatóide juvenil (2,36%), artrite reumatóide do adulto (1,57%) e síndrome de Reiter (1,57%).

TABELA IV
Diagnóstico das uveítes anteriores.

Diagnóstico	n.º de casos	percentual das uveítes anteriores	percentual do total de uveítes
Iridociclite desconhecida	75	59,05	15,72
Ciclite crônica	12	9,44	2,51
Ciclite heteroc. Fuchs	11	8,66	2,30
Iridociclite e sacroilite	7	5,51	1,46
Tuberculose	6	4,72	1,25
Hanseníase	5	3,93	1,04
Sífilis	4	3,14	0,83
Artrite reum. juvenil	3	2,36	0,62
Artrite reum. adulto	2	1,57	0,41
Reiter	2	1,57	0,41
TOTAL	127	99,95	26,55

e) Diagnóstico das uveítes posteriores:

Quanto às uveítes posteriores, a etiologia mais comum foi a toxoplasmose (88,27%). A seguir tivemos: vasculites retinianas em 2,28% dos casos, tuberculose em

1,95%, toxocariase em 1,62%, metástases bacterianas em 1,30%, associações (casos em que o paciente exibiu lesão de coriorretinite ativa, única, com dados laboratoriais positivos para duas ou mais doenças) em 1,30%, coroidites não granulomatosas em

0,97%, sífilis em 0,65%, uveítes desconhecidas em 0,65%, panencefalite esclerosante

sub-aguda em 0,32%, candidíase em 0,32% e retinite a vírus em 0,32% (Tab. V).

TABELA V
Diagnóstico das uveítes posteriores.

Diagnóstico	n.º de casos	percentual das uveítes posteriores	percentual do total de uveítes
Toxoplasmose	271	88,27	56,81
Vasculite retiniana	7	2,28	1,46
Tuberculose	6	1,95	1,25
Toxocaríase	5	1,62	1,04
Metástase bacteriana	4	1,30	0,83
Associações	4	1,30	0,83
Coroidites não granul.	3	0,97	0,62
Sífilis	2	0,65	0,41
Desconhecidas	2	0,65	0,41
Candidíase	1	0,32	0,20
Retinite	1	0,32	0,20
Panencefalite escler. sub-aguda	1	0,32	0,20
TOTAL	307	99,95	64,26

f) **Diagnóstico das uveítes difusas:**

A uveíte difusa mais frequente em nosso estudo foi a doença de Vogt-Koyanagi-Harada (27,90%), seguindo-se a doença de

Behçet (25,58%), a tuberculose (16,27%), as de diagnóstico incerto (16,27%) e a sífilis e a sarcoidose responsáveis por 6,97% cada uma (Tab. VI).

TABELA VI
Diagnóstico das uveítes difusas.

Diagnóstico	n.º de casos	percentual das uveítes difusas	percentual do total de uveítes
Vogt-Koyanagi-Harada	12	27,90	2,51
Behçet	11	25,58	2,30
Tuberculose	7	16,27	1,46
Desconhecidas	7	16,27	1,46
Sífilis	3	6,97	0,62
Sarcoidose	3	6,97	0,62
TOTAL	43	99,96	8,97

g) **Toxoplasmose ocular:**

Do total dos 271 pacientes (56,81%) com toxoplasmose a 1.ª crise atingiu indivíduos até 30 anos de idade em 215 pacientes (79,33%) (Tab. VII), com sinais de infecção nos dois olhos em 36,90% (100 casos). A maioria dos casos ativos foi acompanhada de lesões cicatrizadas no mesmo ou no outro olho (84,

Os títulos de Sabin-Feldmann foram mais baixos ou iguais a 1:1000 em 72,58% dos casos. A reação cutânea ao PPD foi menor que 12 mm em 7,58% dos casos, sendo o diagnóstico de toxoplasmose nestes casos baseado no quadro clínico ocular.

De todos os casos de toxoplasmose ocular, 22,14% não foi tratada por apresentarem lesões periféricas com pequena turvação vítrea ou por apresentarem apenas lesões em cicatrização. Nos pacientes tratados foi utilizada a espiamicina em 30,99%, pirimetamina e sulfá em 24,72%, somente sulfá em 4,05% e clindamicina em 7,01%. Esteróides foram utilizados segundo os critérios de O'Connor (8), em 83,02% dos pacientes, sendo a maioria (71,85%) em associações com a medicação específica. Levamisole foi utilizado em 30 pacientes (11,07%) predispostos à recidivas, na tentativa de evi-

TABELA VII
Toxoplasmose ocular — idade provável da primeira crise.

faixa etária	frequência acumulada	percentual
Até 10 anos	18	
Até 20 anos	122	
Até 30 anos	215	79,33%
Até 40 anos	245	
Até 50 anos	263	
Até 60 anos	268	
Até 70 anos	271	100%

tá-las; no entanto, 11 pacientes as apresentaram.

A acuidade visual final corrigida foi menor que 0,1 em 32,51% dos olhos afetados (Tab. VIII).

TABELA VIII

Acuidade visual final corrigida em toxoplasmose ocular.

Acuidade visual final corrigida	n.º de olhos afetados	percentual
menor que 0,1	119	32,51
de 0,1 a 0,5	71	19,39
maior que 0,5	176	48,08
TOTAL	366	99,98

h) Tuberculose ocular:

Tivemos 19 casos de tuberculose ocular (3,98% do total dos 550 casos), 68,42% unilaterais e 31,58% bilaterais, sendo a maioria difusa (47,36%), 31,57% anteriores e 21,05% posteriores. A faixa etária mais comprometida foi a de 31 a 40 anos (42,10%); sendo as restantes distribuídas em: 0 a 10 anos — nenhum caso, 11 a 20 anos — 21,05%, 21 a 30 anos — nenhum caso, 31 a 40 anos — 42,10%, 41 a 50 anos — 10,52%, 51 a 60 anos — 21,05%, e 61 a 70 anos — 5,26% (Tab IX).

TABELA IX

Tuberculose ocular — incidência por idade.

faixa etária	n.º de casos	percentual
0 a 10 anos	0	0
11 a 20 anos	4	21,05
21 a 30 anos	0	0
31 a 40 anos	8	42,10
41 a 50 anos	2	10,52
51 a 60 anos	4	21,05
61 a 70 anos	1	5,26
TOTAL	19	99,98

O Raio X de torax foi positivo para tuberculose em 52,63% dos casos e o PPD foi maior ou igual a 12 mm em 64,70%.

i) Sífilis ocular:

Dos nossos 9 casos de sífilis ocular (1,88% do total dos 550 casos), a maioria foi bilateral (77,77%), sendo a distribuição entre anteriores (33,33%), posteriores (44,44%) e difusas (22,22%), muito semelhante. A incidência etária revelou aproximadamente 50% dos casos entre os 20 e 40 anos. Em todos os pacientes, além do FTA-ABS para sífilis positivo, outras reações sorológicas para sífilis foram positivas.

j) Ciclite heterocrômica de Fuchs:

Tivemos 11 casos de ciclite heterocrômica de Fuchs, 8 dos quais em homens. A

maioria (80%) foi diagnosticada na idade dos 30 aos 50 anos, sendo 100% unilaterais. A transluminação de íris estava presente em 54,54% dos casos, a catarata incidiu em 63,63% e o glaucoma em 9,09%.

l) Vogt-Koyanagi-Harada:

A distribuição etária dos nossos 12 casos de doença de Vogt-Koyanagi-Harada (2,51% dos 550 casos de uveíte) foi a seguinte: de 0 a 10 anos — 8,33%, de 11 a 20 anos — 8,33%, de 21 a 30 anos — 33,33%, de 31 a 40 anos — 8,33%, de 41 a 50 anos — 25%, de 51 a 60 anos — 16,66% (Tab. X). O tempo de acometimento entre um olho e outro foi de até 5 dias em 71,42% dos pacientes. Encontramos alterações liquóricas do tipo pleocitose em 80% dos casos, alterações de fâneros em 36,36% e alterações audiométricas em todos os pacientes nos quais o exame foi realizado (4 doentes).

TABELA X

Vogt-Koyanagi-Harada — incidência por idade.

faixa etária	n.º de casos	percentual
0 a 10 anos	1 (aos 9 anos de idade)	8,33
11 a 20 anos	1	8,33
21 a 30 anos	4	33,33
31 a 40 anos	1	8,33
41 a 50 anos	3	25,00
51 a 60 anos	2	16,66
TOTAL	12	99,98

m) Síndrome de Behçet:

A doença de Behçet (11 casos — 1,30% dos 550 casos de uveíte) foi mais frequente na idade de 20 a 40 anos (90,90%). A incidência de aftas oro-genitais foi de 90,90%, artropatia em 54,54% e meningismo em 9,09%. As uveítes foram difusas e bilaterais em 10 dos 11 casos. A acuidade visual final corrigida foi maior que 0,5 em 57,14% dos casos.

n) Ciclite crônica (pars planite):

Nossos 12 casos de ciclite crônica incidiram principalmente na faixa dos 21 aos 30 anos (50%), e foram bilaterais em 100% dos casos. A acuidade visual final corrigida foi maior que 0,5 em 81,81% dos pacientes. Encontramos uma alta porcentagem de PPD maior ou igual a 12 mm nestes pacientes (60%).

o) Iridociclites com sacroilite:

Todas as 7 iridociclites acompanhadas de sacroilite (1,46% dos 250 casos de uveítes) ocorreram no sexo masculino, principalmente na faixa dos 20 aos 30 anos (57,14%), e em brancos (71,42%). As recidivas (51,15%) ocorreram geralmente nos olhos "quentes".

p) **Iridociclites desconhecidas:**

As iridociclites desconhecidas (75 casos — 15,72% do total de uveites) apresentaram comportamento muito variável quanto à distribuição etária (Tab. XI), e o sexo foi indiferente. Olhos “quentes” ou “frios” surgiram aproximadamente na mesma proporção. Em 61,33% dos casos, a uveite foi unilaterial.

TABELA XI

Iridociclites desconhecidas — incidência por idade.

faixa etária	n.º de casos	percentual
0 a 10 anos	5	6,66
11 a 20 anos	13	17,33
21 a 30 anos	11	14,66
31 a 40 anos	13	17,33
41 a 50 anos	16	21,33
51 a 60 anos	9	12,00
61 a 70 anos	7	9,33
71 a 80 anos	1	1,33
TOTAL	75	99,97

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Existem grandes diferenças na etiologia das uveites nos vários países do mundo. Em nosso estudo, excluindo-se as uveites herpéticas e traumáticas, encontramos 55,81% de uveites posteriores. Comparando estes dados com estatísticas norte-americanas e finlandesas, notamos grande disparidade pois nestes locais a incidência de uveites anteriores predomina grandemente (9, 10).

A etiologia mais frequente no nosso meio foi a toxoplasmose (56,81% de todas as uveites), tornando-se, por isto, as uveites posteriores as mais frequentes. Também não tivemos nenhum caso de histoplasmose ocular, o que torna os dados completamente diversos de outros locais onde esta doença é endêmica (vales de rios da região central e leste dos Estados Unidos, sul do Canadá, etc.) (11). Como se sabe que o HLA-B7 é relacionado à forma macular da histoplasmose ocular talvez esta doença ocular não exista no nosso meio por razões genéticas (12). A doença de Behçet e Vogt-Koyanagi-Harada tem também influência genética e a nossa incidência foi bem inferior à encontrada habitualmente no Japão (13), apesar da origem asiática dos índios brasileiros e do grande número de japoneses no estado de São Paulo. Também a incidência dessa doença entre asiáticos que vivem nos EUA é menor que no Japão provando que múltiplos fatores interferem (14).

Quer pela frequência, quer pela gravidade (atinge indivíduos de até 30 anos em 79, 33% dos casos, levando a uma acuidade visual menor que 0,1 em 32,51%), a toxoplasmose assume importância capital na profilaxia da cegueira em nosso meio. Dai

a necessidade de um diagnóstico precoce e terapia específica instituída prontamente. Nossa impressão é de que o tratamento deve ser prescrito o mais rápido possível, ficando pior o prognóstico quando isto não ocorre, confirmando a opinião de Hogan e cols. (15). Todas as drogas empregadas (pirimetamina, sulfá, espiromina e clindamicina) nos pareceram semelhantes na eficácia terapêutica da toxoplasmose ocular. A clindamicina não mostrou superioridade em relação à terapia convencional, tanto do ponto de vista de cura da lesão aguda, como das recidivas. Esteróides, quando associados à terapêutica específica, parecem benéficos segundo a nossa experiência, devendo a retirada ser lenta para evitar recaídas. Utilizamos levamizole na quantidade de 150 mg ao dia, 3 vezes por semana, durante 6 meses, em casos predispostos à recidiva e observamos novas crises também em pacientes assim tratados. Nossa conclusão é a de que a droga talvez diminua a gravidade e a frequência das recaídas, mas não é capaz de evitá-las.

A tuberculose, ainda de alta prevalência em nosso meio (16), ocupa lugar importante na etiologia de todas as uveites. Em quase metade dos casos (47,37%) o Raio-X de torax foi negativo para tuberculose e nenhum outro foco pode ser encontrado. O diagnóstico foi baseado no quadro clínico ocular e na presença de uma PPD maior ou igual a 12 mm. Todos os casos responderam à terapia específica com esquema triplice. O PPD foi menor que 12 mm em 4 casos; um deles era imunossuprimido em pós-operatório de adenocarcinoma de mama, e os outros três apresentaram quadro de tuberculose miliar.

A uveite por sífilis, embora menos frequente, atingiu indivíduos adultos-jovens em 50% dos casos, sendo a maioria bilateral. Observamos nestes casos uma proporção de antecedentes venéreos relativamente baixa (22,22%) e, portanto, a pesquisa laboratorial deve ser feita em todos os casos em que o quadro ocular assim o sugerir, mesmo sem antecedente venéreo. Todos os nossos pacientes apresentaram reações positivas para sífilis, além do FTA-ABS.

Em 4 pacientes estudados, não pudemos fazer o diagnóstico diferencial entre toxoplasmose, tuberculose e sífilis, pois todos apresentaram lesões únicas ativas de coriorretinite, e os exames laboratoriais foram positivos para duas ou mais doenças. O tratamento foi combinado, com bons resultados.

Os doentes com ciclite heterocrômica de Fuchs foram diagnosticados entre 30 e 50 anos de idade em 80% dos casos, sendo a queixa principal a de baixa de visão por catarata. A maioria foi encaminhada ao setor de uveites, pelo achado de uveite em paciente assintomático. Encontramos uma as-

sociação entre doença de Fuchs e placa de coriorretinite cicatrizada por toxoplasmose (36,36% = 4 casos). Embora o nosso número de casos seja pequeno e a literatura norte-americana não ter descrito o fato, tal evento já foi referido na literatura (17, 18). Alguns dos pacientes apresentaram lesões cicatrizadas de toxoplasmose em ambos os olhos, mas a ciclite de Fuchs era sempre unilateral.

Tivemos oportunidade de estudar 12 casos de doença de Vogt-Koyanagi-Harada, em vários estágios de evolução da moléstia. Nossa impressão é a de que o tratamento com corticóide em altas doses e imunossuppressores, associados ao manitol, funciona de modo excelente desde que instituído precocemente: a retina se reaplica, e a acuidade visual final foi melhor que 0,8 nestes casos.

Tivemos 11 casos de doença de Behçet. Nossa experiência mostra que quando ocorrem recidivas o prognóstico visual fica mais comprometido apesar de todas as precauções. O tratamento empregado foi com corticóides sistêmicos ou em uso peri-ocular. Quando esta terapia era insuficiente, associávamos imunossuppressores. Na tentativa de evitar os efeitos indesejáveis dessas drogas, experimentamos a colchicina que é um anti-blástico com efeito sobre neutrófilos e que recentemente foi utilizada com sucesso no tratamento da doença de Behçet (14). Apesar da experiência ser pequena para avaliação da droga, podemos já afirmar que a colchicina é incapaz de evitar recidivas.

Na ciclite crônica usamos esteróides no edema de mácula. Nos casos refratários à medicação, bilaterais e graves, empregamos imunossuppressores. Encontramos uma alta incidência de PPD maior que 12 mm nestes pacientes (60%), contra 7,58% na população com toxoplasmose ocular. Este achado contraria a hiporreatividade cutânea que esses pacientes apresentaram segundo a literatura (19) e talvez haja alguma sensibilidade específica ao bacilo de Koch nesses casos, entre nós.

As iridociclites de causa desconhecida nos parecem um conjunto de doenças ainda não esclarecidas, pois tanto a idade, quanto clinicamente, os aspectos foram muito diversos.

Tivemos 3 casos de uveíte por artrite reumatóide juvenil, um dos quais com início articular aos 6 meses de idade, e já aos 9 meses com catarata, neovascularização de íris, glaucoma e ceratopatia em faixa. Todos apresentaram olhos "frios" e com complicações. A pesquisa de fator reumatóide foi positiva em um dos casos.

Diagnosticamos artrite reumatóide do adulto em 2 casos com idade maior que 40 anos, sexo feminino, que apresentaram esclero-uveíte e quadro articular típico, avançado.

Tivemos 2 casos de iridociclite com diagnóstico reumatológico de síndrome de Reiter, ambos do sexo masculino, 23 anos de idade, com antecedente de uretrite e artrite. Nenhum dos dois apresentou recidivas.

Fizemos diagnóstico presumível de *Toxocara canis* em 5 pacientes. Em todos havia antecedentes suspeitos para a doença, a idade máxima foi de 30 anos, e o quadro ocular se caracterizou por granuloma na retina ou pars plana. Os exames laboratoriais para toxoplasmose, sífilis e tuberculose foram negativos. Nenhum dos olhos teve indicação de enucleação para confirmação histopatológica, e a pesquisa antigênica pela técnica de ELISA não pode ser utilizada por não estar ainda realizada no Brasil.

Fizemos 4 hipóteses de uveíte por metástase bacteriana: em 3 houve antecedentes que nos fizeram aventar tal hipótese: sinusite supurativa com infecção dentária, cirurgia de hematoma sub-dural com coma prolongado e pós-operatório imediato de cirurgia coronariana com picos febris e óbito por endocardite bacteriana. Nos 3, a cultura vitrea bacteriana foi positiva. No quarto caso, não havia antecedente, o diagnóstico clínico era de tuberculose ocular e a paciente foi tratada com esquema triplice. O olho foi eviscerado pela dor em outro serviço, sendo o laudo do exame anátomo-patológico uma panofthalmitis supurativa com pesquisa negativa para BAAR.

Nossos 5 casos diagnosticados como hanseníase foram pacientes já sabidamente portadores da moléstia de Hansen, exceto um. Todos apresentaram uveítes anteriores, 3 com ceratite típica e 2 com nódulos vascularizados na conjuntiva.

Em 3 casos suspeitamos de sarcoidose: com uveítes difusas. Em 2 casos pudemos confirmar o diagnóstico por biópsia de gânglio linfático e de baço. O terceiro caso, até o momento, foi diagnosticado por exclusão, uma vez que os exames foram negativos para outras doenças e o quadro ocular sugestivo.

Diagnosticamos 3 casos como coroidite não granulomatosa pelo aspecto clínico, confirmado pela fluoresceinografia e evolução das lesões. Os exames laboratoriais, solicitados para efeito de diagnóstico diferencial foram negativos.

Tivemos 1 paciente com suspeita de uveíte por *Candida albicans*, que procurou o serviço com uma uveíte posterior bilateral já cicatrizada. Como antecedente apresentou um quadro neurológico (Sindr. de Guillain-Barré) há 10 meses, que a obrigara a permanecer em respiração artificial. Na evolução apresentou estenose de laringe e precisou ser operada (há 3 meses). No pós-operatório começou a notar embaçamento visual, tendo sido suspeitada endoftalmite por cândida, embora a punção vitrea fosse

negativa. Em nosso serviço confirmamos a hipótese de candidíase pelos antecedentes, associados ao aspecto quase patognômico da lesão: uma tração em forma de banda no feixe papilo-macular.

Estudamos 7 vasculites retinianas, todas ocasionando uveíte posterior. Os exames foram negativos e não pudemos chegar a um diagnóstico nem de suposição.

Em um caso suspeitamos de retinite a virus, pois a lesão era superficial tanto à fundoscopia como à fluoresceinografia, e se curou espontaneamente deixando somente um processo glial no local.

Em um caso fizemos diagnóstico de panencefalite esclerosante sub-aguda. O paciente, 21 anos, apresentou maculopatia bilateral. Após 2 meses, passou a apresentar também déficit intelectual progressivo com mioclonias. Foi suspeitado panencefalite esclerosante sub-aguda por sarampo, o que foi confirmado pelo EEG (surto de ondas lentas sincronas com periodicidade longa constante), pela presença de anticorpos antihemaglutinantes para sarampo no sangue e liquor (1:16), e pela microscopia eletrônica da biópsia cerebral revelando as inclusões típicas.

RESUMO

Em 550 casos de uveítes atendidos na Escola Paulista de Medicina, no período de julho de 1975 a janeiro de 1979, foram encontrados:

— Toxoplasmose (56,81%); uveítes desconhecidas (17,61%); tuberculose (3,98%); ciclite crônica (2,51%); Vogt-Koyanagy-Harada (2,51%); Fuchs (2,30%); Behçet (2,30%); sífilis (1,88%); iridoclite com sacroilite (1,46%); vasculite (1,46%); hanseníase (1,04%); toxocaríase (0,83%); metástases bacterianas (0,83%); associações (0,83%); artrite reumatóide juvenil (0,62%); coroides não granulomatosas (0,62%); sarcoidose (0,62%); artrite reumatóide do adulto (0,41%); Reiter (0,41%); candidíase (0,20%); leptospirose (0,20%); retinites (0,20%); e panencefalite esclerosante sub-aguda (0,20%).

BIBLIOGRAFIA

1. BELFORT, R. Jr. — Atualização em uveítes. *Arq. Bras. Oftal.*: 35: 26-33, 1972.

2. BELFORT, R. Jr.; HIRATA, P. S.; TOLEDO, M. A. — Uveítes — Estudo de 250 casos consecutivos. *Arq. Bras. Oftal.*, 41(4): 196-199, 1978.

3. SCHLAEGEL, Jr. T. F. — Etiologic Diagnosis of Uveitis. *Clinical Ophthalmology* (volume 4), chap. 41 Ed. Thomas D. Duane. Harper & Row, Publishers, inc. Hagerstown, Maryland, 1976.

4. AYANRU, J. O. — The problem of uveitis in Bendel State of Nigeria: Experience in Benin City. *British Journal of Ophthalmol.*, 61: 655-659, 1977.

5. WITMER, R.; KORNER, G. — Uveitis in children. *Ophthalmologica* 152: 277, 1966.

6. HOGAN, M. J.; KIMURA, S. J.; THYGESON, P. — Signs and Symptoms of Uveitis. *Am. J. Ophthalmol.*, 47: 155-176, 1959.

7. SCHLAEGEL, Jr. T. F. — Current aspects of uveitis. *International Ophthalmology Clinics*, 17: n.º 3, 1977.

8. O'CONNOR, G. R. — Manifestations and management of ocular toxoplasmosis. *Bull. of N.Y. Acad. of Med.*, 50: 192, 1974.

9. SCHLAEGEL, Jr. T. F. — Current aspects of uveitis. *International Ophthalmology Clinics*, 17, n.º 3, pg. 1, 1977.

10. MIETTINEN, R. — Incidence of uveitis in Northern Finland. *Acta Ophth.*, 55/2, 252-260, 1977.

11. SCHLAEGEL, Jr. T. F. — Presumed Ocular Histoplasmosis. *Clinical Ophthalmology*, vol. 4. Ed. Thomas D. Duane, chap. 48. Harper & Row Publishers, inc. Hagerstown, Maryland, 1976.

12. MEREDITH, T. A.; SMITH, R. E.; BRALEY, R. E.; WITKOWKI, J. A.; KOETHE, S. M. — HLA Typing in the presumed ocular histoplasmosis syndrome. Association for Research in vision and ophthalmology. National Meeting — Sarasotta, 415/78 — EUA, 1978.

13. SHIMIZU, K. — Fluorescein fundus angiography in Behçet's syndrome. *Mod. Probl. Ophthalmol.*, 10: 224-229, 1972.

14. O'DUFFI, J. D. — Summary of International Symposium on Behçet's Disease. *Rheumatol.*, 5: 2, 229-231, 1978.

15. HOGAN, M. J. — Toxoplasmosi oculari. *Bull. Ocul.*, 47: 365-367, 1968.

16. BLUNDI, E. — Palestra pronunciada no XVI Congresso Nacional de Tuberculose — Boletim Informativo da Divisão Nacional de Tuberculose, edição special n.º 8 — agosto 1972.

17. SAARI, M.; VUORRE, I.; NIEMINEU, H. — Fuchs' Heterochromic cyclitis: a simultaneous bilateral fluorescein angiographic study of the iris. *British Journal of Ophthalmology* 62: 715-721, 1978.

18. CALIXTO, N.; MAIA, J. A. C. — Fuchs' heterochromic cyclitis XXII *Concilium Optalm.*, vol. 2, 503-508, 1974.

19. WEBER, J. C.; SCHLAEGEL, Jr. T. F. — Delayed skin-test reactivity of uveitis patients. *Am. J. Ophthalmol.*, 67: 732-736, 1969.