

BRUCELOSE EM OFTALMOLOGIA

Raul Chamma — São Paulo

Pensávamos que a Brucelose fôsse muito rara entre nós, quando há dois anos tive conhecimento da sua elevada incidência nas pesquisas da Maternidade de São Paulo.

Modificou-se então, aquêlo conceito errôneo cujas consequências foram desastrosas para inúmeros pacientes.

É mesmo de admirar como permaneceu tanto tempo sem uma verificação mais acurada, porque as pesquisas da Brucelose animal em nosso Estado, sempre demonstraram uma difusão imensa e onde existe a Brucelose animal tem que haver a humana, em virtude das propriedades biológicas destas bactérias e da sua capacidade infectante.

Esta relação é um fato de observação universal sem possibilidade de contestação.

Desejo alertar aos colegas da especialidade porque casos idênticos aos que vou relatar devem existir nas clínicas hospitalares e particulares sem um diagnóstico exato podendo trazer consequências desagradáveis.

Seria conveniente uma pesquisa sistemática para verificar exatamente a sua importância em Oftalmologia.

Sabemos que os seus sintomas e a sua localização são proteiformes, atingindo praticamente a todos os componentes do aparelho ocular isoladamente ou acompanhados de outros próprios da Brucelose crônica, como: adinamia intensa, cefaléia, continua ou em crises, irritabilidade, fobias, sensações parestésicas, artralguas e artrites, mialgias, diarréia etc. Geralmente êstes casos evoluem sem febre, ou quando existe pode ser de vários tipos embora a mais comum seja a febrícula vesperal.

Parece existir maior incidência nas lesões do nervo ótico achando alguns que seria devido a meningite ou encefalite enquanto outros são mais propensos a acreditar numa neurite ou peri-neurite.

Abreu Fialho (1) em seu trabalho, cita as conclusões de Weskan, Maffrand e Peirotti encarregados do estudo de lesões oftálmicas por intermédio da "Comissão Sanitária Especial de Luta contra Brucelose" de Córdoba.

- a) as complicações oculares ocorrem em 35% dos portadores de brucelose.
- b) o edema papilar constitui a manifestação ocular mais frequente.
- c) num total de mais de 50 enfermos examinados sob o ponto de vista

oftalmológico, foi observada a seguinte frequência para as diversas manifestações oculares da doença:

Edema papilar	14
Coreo-retinite	6
Periflebite retinica	3
Atrofia papilar	2
Congestão venosa e tortuosidade vascular retinica	6
Congestão papilar e dilatação vascular	4
Hemorragias retinicas	6
Irites e irido-ciclites	3
Glaucoma hemorrágico e atrofia do globo	1
Paralisia do 6.º par	2
Exame ocular negativo	12

Nesta estatística verifica-se a predominância das lesões do nervo ótico sendo idêntica a observação de outros autores como: Roger (2) e colaboradores que descrevem dois casos: um com edema da papila que ocasionou súbita cegueira seguida de paraplegia flácida e síndrome bulbar fatal; o outro com edema papilar, cefaléia apresentando depois paraplegia com perturbações esfinterianas e impotência, houve recuperação total do paciente. Malbran (3) em 68 brucélicos em atividade e 27 ex-brucélicos encontrou 41 com lesões oculares, predominando a congestão venosa do fundo do olho.

Cremona (4) em 160 brucelosos encontrou 76 casos ou 47% com congestão venosa do fundo do olho e 33 ou 21% com conjuntivite alérgica. O mesmo autor descrevem-na: "conjuntivite alérgica apresenta sintomas imprecisos; ardor lacrimejamento, secreção gomosa, espessa e pegajosa que se acumula nos cantos palpebrais. Outras vezes há uma crise repentina de grande irritação com vermelhidão intensa; dilatação acentuada dos vasos, sensação de corpo estranho que passa após certo tempo.

O exame dos pacientes revela a existência de um estado irritativo conjuntival uni ou bilateral que se caracteriza pela vermelhidão da conjuntiva, em especial do fundo do saco inferior. Este último é invadido por folículos redondos isolados, transparentes, com aparência de conter líquido no seu interior. A conjuntiva de ambos os fundos é edematosa comprovando-se a existência de papilas no fundo do caso superior. O edema e a alteração irritativa alcançam a conjuntiva bulbar e a caruncula lacrimal. Não é rara a existência de vegetação gelatinosa, translúcidas, semelhantes em tudo ao observado na conjuntivite primaveril. A estes sintomas se junta a dilatação sempre presente do ponto lacrimal (sinal de Malbran): sua presença basta para orientar o diagnóstico. Nos estados alérgicos o diâmetro do ponto lacrimal se duplica ou ainda mais o que não ocorre em outros processos oculares e conjuntivais. O diagnóstico se confirma em 30% dos casos pela existência de eosinofilia acentuada (15%) das células encontradas no exsu-

dato conjuntival (Malbran), exsudato no qual nunca há bactérias de supuração”.

Segundo o mesmo autor, a Brucelose atinge além da conjuntiva e do nervo ótico, a córnea, a câmara anterior, a úvea, o vítreo, a retina, os músculos motores e a tensão ocular.

Há nítido contraste entre a literatura internacional tão grande e com tantos trabalhos clínicos, estatísticos e experimentais e os poucos nacionais; somente três são de meu conhecimento: o de Pacheco, Novais e Veiga (5) com dois casos; o de Abreu Fialho (1) 1 caso e o de Brito de Oliveira (6) 3 casos.

Acredito que pela difusão da Brucelose animal e humana em nosso país devem existir inúmeros casos idênticos aos que vou relatar.

Observações:

L.G.S. Data 7; 8.1963 — bras. 28 anos de idade, costureira, casada.

Anamnesé: há mais de 20 anos que sofre de cefaléia, tonturas, sensação de areia em AO, fotofobia, epifora e ardor. Já fez vários tratamentos, tendo tido ligeira melhora, para alguns tempos depois voltarem todos esses fenômenos. Já foi operada das amígdalas e removeu todos os focos dentários, por sofrer muito de reumatismo. Há 6 dias que as perturbações oculares voltaram com muita intensidade, sendo obrigada a procurar um especialista.

O exame, revelou forte hiperemia das conjuntivas palpebraes e bulbares, com ligeira infiltração das córneas.

Acuidade visual para longe em AO igual a 1, com presbiopia de 1.75 dioptrias já corrigida.

Solicitados os exames complementares, inclusive a intradermo reação para Brucelose, cujo resultado foi positivo para B. abortus e suis, sendo iniciado o tratamento específico (vacina Brucelose).

Após 90 dias de tratamento, começou a paciente sentir melhoras acentuadas, não só no setor oftalmológico, como também no seu estado geral, (reumatismo), desaparecendo a cefaléia e tonturas; melhorou o apetite tendo aumentado de peso.

O tratamento da Brucelose foi suspenso após 13 meses ficando a paciente em observação durante 12 meses, após os quais recebeu alta definitiva.

2.a Observação

R. V. Data 14.3.1963 — bras. 53 anos. vend. cas.

Há 5 anos que vêm sofrendo de AO, com dores, fotofobia, epifora e sensação de areia. Foi obrigado a parar de trabalhar devido estar vendo

muito mal, e quase não poder se locomover sozinho. Submeteu-se a vários tratamentos sem ter obtido resultado.

O exame, revelou forte hiperemia das conjuntivas palpebrais e bulbares e presença de úlceras em ambas corneas.

Acuidade visual OD igual 1/10 e OE vultos a 2 metros.

Solicitados os exames complementares, a intradermo reação foi fortemente positiva para *B. abortus* e suis. Iniciado o tratamento com vacinas após 120 dias de tratamento, começou o paciente melhorar desaparecendo os fenômenos que o incomodavam, havendo também melhorar de visão.

Após 1 ano de tratamento, houve o desaparecimento total de quadro inflamatório, com a cicatrização das úlceras da cornea, tendo o paciente recebido alta em 15.6.1964 por cura completa, sendo então a sua acuidade visual de OD igual 1/4 e OE dedos a 1/2 metro (nebula central). Examinado periodicamente não houve recidiva. Tendo o paciente retornado ao trabalho.

3.a Observação

L. D. 13 anos de idade, bras. estudante.

Sempre foi doentio, estando permanentemente sob cuidados médicos.

Há 1 ano teve um estado febril, que durou mais ou menos 4 meses, porém a febre não ultrapassava de 37,5. Nos exames complementares não foi constatado mononucleose, sendo considerado então, como portador de virose inespecífica.

Há 2 meses sente dificuldade para ler ao longe e de perto quando as letras são pequenas, o que não acontecia anteriormente.

No exame oftalmológico, revelou neuritis em AO, com redução de 0.3 da acuidade visual.

Solicitados os exames complementares, com resultado positivo para *B. abortus* e suis. Iniciado o tratamento específico com vacina após 5 meses começou o paciente a sentir melhoras da visão e no exame de fundo já apresentava as papilas normais, sendo a sua acuidade igual a 1, em AO Houve também melhora acentuada em todo seu estado geral.

Após 14 meses de tratamento, teve alta por cura completa

BIBLIOGRAFIA

- 1) Abreu Fialho, S. 1945. Rev. Bras. Oftalm. 4 (4) 189-200
- 2) Roger, H. 1951. Rev. Neurol., 84: 245-246
- 3) Malbran J. Colbs. 1947 — Primeiro Cong. Nac. Brucelose 439-491
- 4) Cremona, A. C. 1951 Rev. As. Med. Arg. 65: 613-616
- 5) Pacheco G. ; Novais J. ; Pacheco Veiga, G. 1943 — Bras. Med. 57: 433-438
- 6) Oliveira, D.B. ; Arg. Inst. Penido Burnier. Campinas. 1949. 8: 132-133