

Sinais e sintomas do tracoma em povoado do Estado da Bahia-Brasil

Trachoma signs and symptoms in village age of State of Bahia-Brasil

Marinho Jorge Scarpi *
Rosana Gentil **

RESUMO

No povoado de Poço Redondo, município de Tucano, Estado da Bahia, onde a prevalência de tracoma total foi igual a 47,04%, estudaram-se os sinais e sintomas mais frequentes nos casos de tracoma folicular, cicatricial, e em pessoas que não apresentavam qualquer sinal de tracoma.

Gânglio pré-auricular palpável foi o sinal e prurido o sintoma mais frequentes nos casos de tracoma folicular. A doença se comportou como tracoma não causador de cegueira.

Palavras-chaves: tracoma, conjuntivite, cegueira, epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A expressão clínica do tracoma resulta da composição de diferentes fatores, incluindo o agente etiológico primário, a bactéria *Chlamydia trachomatis*, suas reinfecções (TAYLOR e col., 1982), infecções bacterianas superpostas repetidas (VASTINE e col., 1974), uma variedade de respostas do hospedeiro e fatores ambientais (HANNA, 1971; JONES, 1975; WEST e col., 1989).

Cicatrização conjuntival no tracoma é um resultado direto da intensidade e duração do processo inflamatório. A doença inflamatória, mesmo de baixa intensidade, persistente a vida inteira, leva a um acúmulo de cicatrizes conjuntivais, produzidas desde a infância, que através de suas retrações podem ocasionar triquíases e entrópio. Essas são lesões potencialmente incapacitantes para a visão, pois podem, anos após o aparecimento das cicatrizes, promover lesões corneanas acumulativas

(DAWSON e col., 1976). Essas alterações irreversíveis colaboram para a gravidade do tracoma em regiões endêmicas, determinando se a moléstia, naquela população estudada, tem características de doença que cega ou não cega (DAWSON e col., 1975).

No Brasil, tracoma tem se comportado diferentemente conforme a região estudada. No Ceará, a mesma região endêmica apresenta tracoma que não cega na área urbana e tracoma que cega na área rural (SCARPI e col., 1990). Na Bahia, uma região endêmica, apesar da prevalência elevada de tracoma, a característica apresentada foi de doença que não cega (SCARPI e col., 1988).

Poderia parecer evidente que numa região de tracoma mais grave, como a estudada no Ceará (SCARPI e col., 1989), onde triquíases e opacidades corneanas estão presentes ou em localidades estudadas na Bahia (SCARPI e col., 1988), onde a prevalência de tracoma ativo foi elevada, os sinais e sintomas seriam inten-

* Professor Doutor, Chefe do Laboratório de Patologia Externa, Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.
** Oftalmologista da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Endereço para correspondência: Marinho Jorge Scarpi - Rua Euclides da Cunha, 140 - 13200-Jundiá-SP - Tel: 434-4457/436-1230.

sos. No entanto, a observação clínica de habitantes destas regiões brasileiras com tracoma endêmico tem mostrado que estes quase não apresentam queixas.

Com o objetivo de se verificar a predominância de sinais e sintomas em casos de tracoma folicular ou ativo, comparou-se estes com aqueles habitantes de um mesmo povoado que apresentavam apenas cicatrizes tracomatosas ou sem quaisquer sinais de tracoma.

O diagnóstico clínico de tracoma folicular nestas regiões mencionadas foi devidamente confirmado através da imunofluorescência direta pelo anticorpo monoclonal fluorescente, realizada no Laboratório de Doenças Externas Oculares do Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina ou no Laboratório Fleury, na cidade de São Paulo.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

No município de Tucano, Estado da Bahia, foi escolhido o povoado de Poço Redondo para desenvolver esta investigação por ser localidade onde ainda não havia sido estudada a prevalência de tracoma pela SUCAM/Ministério da Saúde e, portanto, não havia sido distribuída pomada oftálmica de tetraciclina a 1% a aqueles moradores.

A população total estimada desse povoado era de 350 habitantes, dos quais 321, com idades entre seis meses e 89 anos, foram examinados nos meses de agosto e setembro de 1987.

Após registro de nome, idade, sexo e endereço, naquelas pessoas cuja idade já permitisse colaboração, a acuidade visual de cada olho separadamente era medida através da tabela de optotipos de Snellen, que recebia iluminação solar através de portas abertas para o exterior do prédio, de ambos os lados da tabela e à sua frente.

Investigaram-se queixas de ardor, hiperemia, lacrimejamento, fotofobia, sensação de corpo estranho, edema palpebral, prurido e secreção,

e procuraram-se gânglios pré-auriculares palpáveis.

Biomicroscopia através de lâmpada de fenda foi efetuada em quase todos os 321 habitantes examinados, excetuando-se cinco crianças de pouca idade que não colaboraram e foram examinadas com o auxílio de lupa com magnificação de quatro vezes.

A classificação dos casos de tracoma foi realizada de acordo com o novo esquema de graduação adotado pela Organização Mundial da Saúde (THYLEFORS e col., 1987).

Aqueles que apresentavam quadro ocular compatível com tracoma folicular recebiam medicação suficiente para tratamento com tetraciclina, pomada oftálmica a 1%, aplicada três vezes ao dia, durante três semanas e/ou eritromicina, suspensão via oral, na dosagem de 30 mg por kg de peso, por dia, divididos em três doses, durante duas semanas.

RESULTADOS

A Tabela I mostra a frequência de linfadenopatia pré-auricular e dos sinais e sintomas oculares, exceto a presença de folículos e papilas, en-

contrados na população de Poço Redondo.

Essa tabela não foi analisada estatisticamente devido às frequências muito pequenas em várias caselas.

Qualquer tipo de sinal ou sintoma esteve presente em 34 (55,74%) dos indivíduos com tracoma folicular, em 15 (16,66%) das pessoas com tracoma cicatricial e em 15 (8,82%) dos habitantes sem sinais de tracoma.

A presença de gânglio pré-auricular palpável foi o sinal mais frequente nos habitantes com tracoma folicular, ocorrendo em 24 pessoas (39,34%).

O sintoma mais frequente nos indivíduos com tracoma folicular foi o prurido, ocorrendo em sete deles (11,47%).

Nenhum habitante apresentou comprometimento da acuidade visual secundário a lesões tracomatosas.

DISCUSSÃO

Apesar dos dados obtidos nessa investigação, sobre os sinais e sintomas oculares da população de Poço Redondo, não terem possibilitado análise estatística, devido às fre-

TABELA I
Sinais, sintomas oculares e linfadenopatia em habitantes com e sem tracoma, do povoado de Poço Redondo, município de Tucano, Estado da Bahia, em 1987.

Sinais e sintomas	Tracoma				Normal	
	Folicular		Cicatricial		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Gânglio pré-auricular	24	39,34	1	1,11	7	4,11
Prurido	7	11,47	6	6,66	8	4,70
Secreção	6	9,83	-	-	-	-
Hiperemia	4	6,55	-	-	2	1,17
Ardor	3	4,91	6	6,66	6	3,52
Edema palpebral	3	4,91	1	1,11	-	-
Lacrimejamento	1	1,63	3	3,33	3	1,70
Sensação de corpo estranho	1	1,63	3	3,33	1	0,58
Fotofobia	-	-	-	-	1	0,58
Dor	-	-	-	-	-	-
Sem sinais e sintomas	27	44,26	75	83,33	155	91,17
População total (R.M.)	61	100,00	90	100,00	170	100,00

(R.M.) = respostas múltiplas
Normal = sem tracoma

quências muito pequenas, ficou evidente a grande preponderância de gânglios pré-auriculares e prurido nos casos de tracoma folicular.

A respeito dos demais sinais e sintomas investigados, não é possível outras conclusões, além de estarem presentes ou não, pois as frequências desses nos casos da doença em atividade, nos cicatrizados e nos que não apresentavam tracoma, foram muito reduzidas.

Este quadro ocular de aparência clínica branda pode ser justificado por se tratar de tracoma de baixa intensidade, com característica de tracoma não causador de cegueira (SCARPI e col., 1988), de comportamento diferente daquele observado em outra região nordestina de aspecto sócio-econômico bastante semelhante, onde se observou até mesmo caso de triquias e opacidades corneanas com comprometimento da visão (SCARPI e col., 1989).

Apesar desta aparência tranqüilizadora, devemos alertar que, na maioria das infecções bacterianas, o número de indivíduos infectados é muito maior do que o número que exibe manifestações da doença. Conseqüentemente, uma pesquisa de indivíduos com sintomas ou sinais específicos revela uma porcentagem variada, freqüentemente menor, do reservatório total da infecção, tal qual ocorre nos estudos epidemiológicos do tracoma (JAWETZ e col., 1967). Esta presença do microorganismo na conjuntiva sem quadro clínico de tracoma folicular poderia, também, justificar a presença de alguns sinais e sintomas nos indivíduos ditos normais.

SUMMARY

A follicular trachoma symptoms and signs frequency survey was carried out in Poço Redondo village, State of Bahia, where the total trachoma prevalence was 47.04%. The data was compared to the cicatricial trachoma cases and to the inhabitants without trachoma of the village.

Preauricular lymphadenopathy was the sign and itching the symptom most frequent in follicular trachoma cases. Trachoma in this village was presented as non-blinding disease.

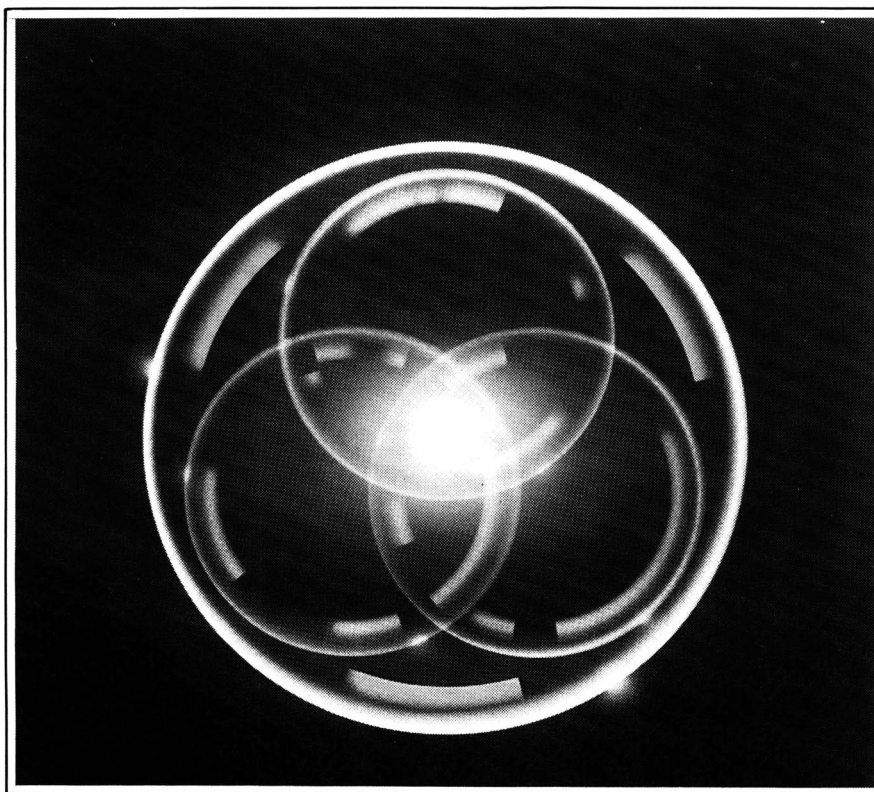
Agradecimentos: à bióloga Tânia Guidugli, do Laboratório de Doenças Externas Oculares do Departamento de Oftalmologia/EPM e ao Laboratório Fleury, pelo processamento da imunofluorescência direta, e ao Serviço de Oftalmologia Sanitária/Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, pelo empréstimo da lâmpada de fenda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DAWSON, C.R.; DAGHFOUS, T.; MESSADI, M.; HOSHIWARA, I.; SCHACHTER, J. – Severe endemic trachoma in Tunisia. *Br. J. Ophthalmol.*, 60: 245-52, 1976.
2. DAWSON, C.R.; JONES, B.R.; DAROUGAR, S. – Blinding and non-blinding trachoma: assessment of intensity of upper tarsal inflammatory disease and disabling lesions. *Bull. World Health Organ.*, 52: 279-82, 1975.
3. HANNA, L. – Immunofluorescence in Chronic TRIC infections of American Indians and Tunisians: influence of trauma on results of tests. *Proc. Soc. Exp. Biol.*, 136: 655-9, 1971.
4. JAWETZ, E.; HANNA, L.; DAWSON, C.; WOOD, R.; BRIONES, O. – Subclinical infections with TRIC agents. *Am. J. Ophthalmol.*, 63: 387-98, 1967.
5. JONES, B.R. – The prevention of blindness from trachoma. *Trans. Ophthal. Soc. U.K.*, 95: 16-33, 1975.
6. SCARPI, M.J.; BELFORT Jr., R.; GUIDUGLI, T.; GRANATO, C.; GENTIL, R.; SILVA, G.A.P. da – Epidemiology of trachoma in Bahia, Brazil. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.*, 29 (suppl.): 359, 1988. (Abstract, 7). (ARVO abstracts).
7. SCARPI, M.J.; PLUT, R.C.A.; ARRUDA, H.O. de – Prevalência do tracoma no povoado de Mocambo, Estado do Ceará, Brasil. *Arq. Bras. Ophthalmol.*, 52: 177-9, 1989.
8. SCARPI, M.J.; PLUT, R.C.A.; ARRUDA, H.O. de; GUIDUGLI, T. – Prevalence of trachoma in the rural and urban zone in a region in the State of Ceará, Brazil. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.*, 31 (suppl.): 181, 1990. (Abstract 892). (ARVO abstracts).
9. TAYLOR, H.R.; JOHNSON, S.L.; PRENDERGAST, R.A.; SCHACHTER, J.; DAWSON, C.R.; SILVERSTEIN, A.M. – An animal model of trachoma. II. The importance of repeated reinfection. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.*, 23: 422-33, 1981.
10. THYLEFORS, B.; DAWSON, C.R.; JONES, B.R.; WEST, S.K.; TAYLOR, H.R. – A simple system for assessment of trachoma and its complications. *Bull World Health Organ.* 65: 477-83, 1987.
11. VASTINE, D.W.; DAWSON, C.R.; DAGHFOUS, T.; MESSADI, M.; HOSHIWARA, I.; YONEDA, C.; NATAF, R. – Severe endemic trachoma in Tunisia. I. Effect of topical chemotherapy on conjunctivitis and ocular bacteria. *Br. J. Ophthalmol.*, 58: 833-42, 1974.
12. WEST, S.; LYNCH, M.; TURNER, V.; MUÑOZ, B.; RAPOZA, P.; MMBAGA, B.B.O.; TAYLOR, H.R. – Water availability and trachoma. *Bull World Health Organ.*, 67: 71-5, 1989.

Medicon

WALMAR



EQUALENS™

Qualidade, tradição e pioneirismo. É isso que você pode esperar de nossas lentes-de-contato. Somos parte de um mundialmente seletivo grupo de laboratórios, indicados pelos melhores fabricantes de materiais do mundo, para conduzir em primeira mão os testes em seus produtos. É o caso da Equalens, hoje mundialmente consagrada na linha de fluorocarbonadas. Fomos os primeiros a testar e comercializar estas lentes, antes mesmo dos próprios americanos.

A marca MEDICON, traduz 18 anos dedicados à qualidade, e uma política comercial que defende os seus interesses.

MEDICON, a lente do médico.

Medicon

Rua dos Timbiras, 500 – Conjunto 01 - CEP 30.140
Belo Horizonte – MG

Fones: (031) 222-3141 – Telex (031) 1802