

TRATAMENTO INESPECÍFICO DAS UVEITES *

Dr. Rubens Belfort Mattos — S. Paulo

Achamos oportuno, para não estarmos repetindo sempre o mesmo assunto, encará-lo sob o “ponto de vista crítico” e dêsse modo, procuramos trazer ao plenário aspectos do problema encarados por Dan Gordon, do New York Hospital — Cornell Medical Center — (American Journal of Ophthalm. 1960-50, 236-249) que comenta alguns pontos de vista de Allan Woods e sua subsequente resposta. Dan Gordon reconhece que o tratamento ideal da uveíte deverá combinar a identificação e erradicação do agente etiológico ou seu mecanismo, com tratamento imediato da inflamação.

Considerando os inúmeros agentes etiológicos possíveis, lembra que todos os exames subsidiários só poderão demonstrar que o paciente apresenta determinado quadro clínico e só raramente, é possível demonstrar que estes sejam a causa real da uveíte. Dêsse modo, muitas vezes é realizado um tratamento específico sendo que a causa real da inflamação ocular permanece obscura, com conseqüente evolução da uveíte, devido à demora de um tratamento.

Constituem o polo posterior, especialmente àquelas próximas da mácula. Acredita Dan Gordon que a maior parte dos oculistas não está satisfeita com o atual modo de tratamento da uveíte e, embora reconhecendo as deficiências do que propõe, acredita que o mesmo dê maior margem de segurança.

Trata-se, em essência, do tratamento inespecífico com corticosteróides. Acha que a realidade dos fatos e a segurança do paciente devem ditar a prática oftalmológica e o oculista deve iniciar a corticoterapia enquanto procura estabelecer, pelos métodos diagnósticos usuais, a etiologia da inflamação ocular.

Acentua que só existem poucos pacientes que podem fazer exceção a essa regra e, além disso, na grande maioria dos casos, pode-se realizar a corticoterapia e concomitantemente o tratamento específico, sendo que, na tuberculose ocular, isso deve ser sempre realizado. Lembra Lan Gordon

* Apresentado no XIII Congresso Brasileiro de Oftalmologia — Rio - 17 a 22 de Setembro de 1964 — como um dos correlatórios ao Tema Oficial com o mesmo título.

** Professor no Ensino Superior da Escola Paulista de Medicina.

que, depois de algum tempo, uma uveíte granulomatosa apresenta superposição não granulomatosa pela reação inflamatória — alérgica, tornando-se mista, o que dificulta grandemente o diagnóstico e atrazava, em consequência o tratamento adequado.

A boa resposta à corticoterapia torna evidente a natureza alérgica da uveíte, diminuindo grandemente as lesões da mesma. O que é muito importante na corticoterapia é que ela seja bem conduzida, respeitando os seguintes itens: dose suficiente, início o mais precoce possível, que seja mantida por tempo suficiente até o resultado ideal ter sido obtido sem o perigo da recorrência e diminuição progressiva da dose. A dosagem terapêutica é muito importante, devendo ser altamente eficiente, sendo preferível não instituir a corticoterapia que fazê-la em dosagens impróprias ou insuficientes. Outro fator importante é que, com os novos produtos não se deve ter medo de manter o tratamento em doses suficientes por longo tempo. Em certos casos, variando-se o tipo de corticoesteróides, pode-se obter resultado num caso onde nenhuma resposta terapêutica tinha sido observada.

As contra indicações podem ser contornadas pela experiência ou pelo uso de corticóides em injeções retrobulbares, sub-tenonianas, assim como os problemas surgidos pelo uso prolongado, podem ser eliminados pela adição de cloreto de potássio na alimentação, restrição de líquidos e eventual administração de diuréticos.

Reafirma Dan Gordon: o moderno tratamento da uveíte combina imediato controle da inflamação com corticoteroideterapia, suplementada ou substituída por terapia específica naqueles casos nos quais a etiologia é conhecida ou óbvia, e quando essa terapia específica exista. As indicações são: inflamações, edema, alergia, tecido granulomatoso e certas infecções, onde concomitantemente o tratamento específico deve ser feito. O trabalho de Dan Gordon, que apresentava várias idéias em contrário ao estabelecido em seu livro "Uveítes endógenas" e fez os seguintes comentários.

Não resta dúvida que o tratamento específico deva ser indicado nas uveítes granulomatosas, assim como é também indicado o uso concomitante de corticoesteróides nos casos mistos, quando existe uma inflamação superposta, proveniente da alergia bacteriana. Entretanto, a instituição do tratamento por corticoesteróides não é corretamente aplicada em todos os casos de uveítes granulomatosas, uma vez que existirá sempre um número de casos onde a etiologia tuberculosa está presente e, a não ser que o médico seja um "super-oftalmologista" capaz de diagnosticar uveíte na origem tuberculosa, o tratamento específico contra essa moléstia, preconizado com ênfase por Dan Gordon, será instituído com prejuízo real para o paciente.

E' pois, muito mais seguro pesquisar a causa etiológica, com uma única exceção: uma reação aguda, alérgica, que ponha em perigo o olho

e a visão. Sòmente em muito raras ocasiões, na uveite granulomatosa, é esse acesso tão agudo que exige urgência e nêsses casos, é aconselhável que seja feita preventivamente, uma terapêutica antituberculosa, até que todos os exames sejam feitos e a etiologia granulomatosa estabelecia, devendo a corticoterapia ser suspensa assim que o tratamento etiológico seja capaz de controlar a uveite.

Outra questão é referente ao valôr dos exames subsidiários para a determinação da causa da uveite.

O diagnóstico é normalmente presumível, sendo baseado na história, em exames clínicos e em exames de laboratório. Muitas vêzes são feitos por clínicos que não compreendem a natureza da uveite e não fazem os exames de modo correto, assim como são empregados antígenos para os testes com poder da antigenicidade muito fracos e, nesses casos, a uveite é rotulada "de etiologia indeterminada", sendo usada a corticoterapia incuradamente.

Sendo os exames médicos e de laboratório, assim como a observação ocular, realizados acuradamente, a etiologia pode ser estabelecida no mais das vezes, conforme pode ser comprovado se computarmos o resultado de 619 casos de uveite, na pesquisa realizada pela American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, nas quais foi encontrada uma etiologia em 74 a 80 por cento de uveites granulomatosas, assim como em 65% nas não granulomatosas.

Ainda, se for instituída precocemente a corticoterapia inespecífica, vários resultados de exames irão ser falseados, especialmente aqueles que dependem de reações cutâneas, quer sejam para diagnósticos de etiologia granulomatosas, quer para os de causas não granulomatosas. Finalmente uma terapêutica prolongada raramente é necessária nos casos de uveite não granulomatosa, porque eles geralmente são agudos e muitas vêzes no segmento anterior; nesses casos a corticoterapia se impõe.

Entretanto, nos casos não granulomatosos, crônicos e localizados no polo posterior, a corticoterapia, ao mesmo tempo que diminua o edema e inflamação, inibe, de modo marcado, o início de fibrose e mobilização de células fagocitárias, que constituem a primeira defesa da natureza contra infecções granulomatosas e, nêsses pacientes, se examinarmos os olhos depois de um tempo maior ou menor, observa-se que muitos casos foram perdidos. Além disso, devemos considerar que a terapêutica com corticosteróides constitui uma espada de dois gumes, que sempre poderá ocasionar mal maior.

Vemos, pois, pelas considerações desses dois mestres, e com a nossa experiência de oculistas militantes, que o tratamento das uveites não deve ser sempre uniforme, e que devemos examinar, diagnosticar, instituir a terapêutica que nos parecer indicada e continuar a observar minuciosamente a evolução do caso até a sua cura final.