

Miopia aguda e glaucoma de ângulo fechado associados ao uso de topiramato em paciente jovem: relato de caso

Acute myopia and angle closure glaucoma associated with topiramate use in a young patient: case report

Mariana Neves Brandão¹
 Ivana Coutinho Fernandes²
 Flávia Fernanda Oliveira Barradas³
 Juliana Franca Machado⁴
 Mariane Tavares de Oliveira⁵

RESUMO

O glaucoma agudo de ângulo fechado pode ser secundário, dentre outras causas, ao uso de medicações sistêmicas, como o anticonvulsivante topiramato. Esse trabalho descreve o caso de uma paciente jovem com quadro agudo bilateral de miopia e glaucoma de ângulo fechado induzidos por terapia com topiramato para prevenção de crises de enxaqueca, fazendo relação com casos semelhantes descritos na literatura e revisão bibliográfica referentes à entidade.

Descritores: Glaucoma/epidemiologia; Glaucoma de ângulo fechado; Glaucoma de ângulo fechado/etiologia; Glaucoma de ângulo fechado/induzido quimicamente; Glaucoma de ângulo fechado/terapia; Anticonvulsivos/efeitos adversos; Relatos de casos [Tipo de publicação]

INTRODUÇÃO

O topiramato é um agente antiepiléptico relativamente novo, classificado como monossacarídeo sulfamato substituído. Acredita-se que a droga produza seus efeitos basicamente a partir dos seguintes mecanismos de ação⁽¹⁾: diminuição da frequência da reativação dos canais de sódio, potencialização da atividade do neurotransmissor inibitório GABA (ácido gama aminobutírico) e inibição do neurotransmissor excitatório glutamato. O medicamento ainda tem propriedade inibidora de algumas isoenzimas da anidrase carbônica, efeito este, muito mais fraco que o da acetazolamida.

O uso do topiramato tem demonstrado resultados satisfatórios em casos de epilepsia de difícil controle, além de prevenção e tratamento de crises de enxaqueca⁽¹⁻³⁾, distúrbios bipolares do humor e até obesidade. Diversos efeitos adversos têm sido atribuídos à terapêutica com topiramato, tanto em crianças quanto adultos, geralmente no primeiro mês do tratamento e que podem tornar-se potencialmente graves⁽⁴⁾.

As alterações oftalmológicas não são comuns, sendo que o mais alarmante é o quadro de miopia aguda associada a glaucoma de ângulo fechado bilateral, que geralmente regride com a interrupção da droga⁽²⁻⁵⁾. O processo acontece por efusão uveal devido a edema do corpo ciliar, com conseqüente anteriorização do diafragma irido-cristalinano, levando à diminuição da profundidade da câmara anterior e fechamento do seio camerular sem bloqueio pupilar. Já foram relatados casos de hemianopsia unilateral e maculopatia irreversível associadas ao uso do topiramato⁽¹⁾.

A seguir é descrito o caso de uma paciente jovem com glaucoma bilateral de ângulo fechado secundário a tratamento para enxaqueca com topiramato.

Trabalho realizado no Departamento de Glaucoma do Instituto Brasileiro de Oftalmologia e Prevenção da Cegueira - IBOPC - Salvador (BA) - Brasil.

¹ Residente do 3º ano no Instituto Brasileiro de Oftalmologia e Prevenção da Cegueira - IBOPC - Salvador (BA) - Brasil.

² Médica assistente, preceptora do Departamento de Glaucoma do IBOPC - Salvador (BA) - Brasil.

³ Residente do 3º ano no IBOPC - Salvador (BA) - Brasil.

⁴ Residente do 3º ano no IBOPC - Salvador (BA) - Brasil.

⁵ Residente do 3º ano no IBOPC - Salvador (BA) - Brasil.

Endereço para correspondência: Mariana Neves Brandão. Rua Engenheiro José Muccini, 7 - Brotas - Salvador (BA) CEP 40285-470
 E-mail: mnbrandao@hotmail.com

Recebido para publicação em 15.08.2008

Aprovado em 17.11.2008

RELATO DE CASO

Paciente branca, sexo feminino, 32 anos de idade, procurou atendimento extra no ambulatório do Instituto Brasileiro de Oftalmologia e Prevenção da Cegueira (IBOPC), em Salvador, com queixa de dor ocular e diminuição importante da acuidade visual em ambos os olhos (AO) há cerca de 24 horas. Na madrugada anterior procurou serviço de emergência clínica, onde foi prescrito colírio de brinzolamida 1% (Azopt®) de 4 em 4 horas e dipirona oral. A paciente havia sido examinada no próprio IBOPC dois meses antes, onde foi evidenciada emetropia e quadro de olho seco, sendo prescrito lubrificante ocular.

No momento da consulta extra a paciente referia não ter notado melhora após início da instilação da brinzolamida, doze horas antes. Relatava história de depressão e insônia, para a qual vinha em uso de Rivotril® há cerca de um ano e uso de “analgésico (sic)” para prevenção de crises de enxaqueca há nove dias.

Ao exame oftalmológico, apresentava acuidade visual não corrigida de contar dedos a 2 metros no olho direito (OD) e 20/400 no olho esquerdo (OE), com acuidade visual bilateral para perto normal (J1). A auto-refração sem cicloplegia evidenciava $-4,50 \pm 0,50 \times 10^\circ$ no OD e $-3,50 \pm 0,50 \times 170^\circ$ no OE, levando à acuidade visual corrigida de 20/30 em AO. À biomicroscopia notava-se conjuntiva e córnea claras, câmara anterior (CA) muito rasa nos 2 olhos, sem sinais de reação inflamatória (Figura 1). As pupilas estavam mióticas e reagem normalmente à luz. A tonometria foi de 28 mmHg no OD e 26 mmHg no OE. Ao exame com oftalmoscópio direto, foram visualizadas escavações papilares aparentemente normais, estimadas em 0,3 no OD e 0,4 no OE, sem alterações no polo posterior. Na avaliação gonioscópica com lente de Zeiss observou-se ângulo fechado em AO, que à identificação vislumbrava esporão escleral em quadrante inferior do OE.

Diante do quadro descrito, foi feito diagnóstico clínico de glaucoma agudo bilateral, possivelmente mascarado pelo uso da brinzolamida. No primeiro momento, a paciente foi tratada com acetazolamida (Diamox®) oral 250 mg, colírios cloridrato de pilocarpina 2% e maleato de timolol 0,5%. Decorrida uma hora, a paciente referia cefaléia intensa e a pressão intraocular (PIO) era de 28 mmHg em AO. Foi suspensa a pilocarpina e optou-se pela realização de iridotomia periférica com Yag Laser em AO. Após algumas horas, a CA encontrava-se mais profunda bilateralmente e a PIO era de 22 mmHg no OD e 20 mmHg no OE.

Por tratar-se de glaucoma bilateral em paciente jovem, possivelmente secundário, foi feita uma anamnese mais detalhada nesse mesmo dia, a fim de identificar provável causa desencadeante do processo. Nesse momento tivemos acesso à informação de que a medicação usada para enxaqueca tratava-se do topiramato (50 mg). Foi feito breve estudo do mecanismo de ação da droga e seu uso suspenso imediata-

mente. Evidenciamos a falta de necessidade do uso da pilocarpina e das iridotomias, que diante do quadro emergencial, acreditamos tratar-se de condutas apropriadas.

A paciente foi liberada para casa em uso de Combigan® e orientada a retornar após 48 horas ou se houvesse piora do quadro. Após dois dias, a acuidade visual não corrigida era de 20/60 no OD e 20/40 no OE, e a PIO de 15 mmHg em AO. No sexto dia após o primeiro atendimento, a paciente encontrava-se assintomática, com acuidade visual sem correção de 20/25 em AO e PIO de 8 e 9 mmHg no OD e OE, respectivamente. Foi feita ultra-sonografia ocular que evidenciou descolamento parcial de vítreo posterior em AO. Era possível identificar faixa ciliar na gonioscopia de ambos os olhos. À biomicroscopia via-se CA profunda e iridotomias pérvias em AO. A fundoscopia mantinha-se sem alterações.

O colírio antiglaucomatoso foi suspenso e a paciente reavaliada com quinze e trinta dias, apresentando apenas queixa de visão de moscas volantes, sem alterações biomicroscópicas, tonométricas, gonioscópicas ou fundoscópicas. Foi solicitada uma biomicroscopia ultrassônica bilateral e a paciente referenciada ao neurologista para busca de novo tratamento pra enxaqueca, mas não mais retornou.



Figura 1 - Biomicroscopia do olho direito evidenciando câmara anterior rasa no momento do primeiro exame

DISCUSSÃO

O glaucoma de ângulo fechado pode ser primário ou secundário, e este, agudo ou crônico⁽⁶⁾. Devido à diversidade de mecanismos fisiopatológicos relacionados a cada uma dessas entidades, faz-se necessário, além do tratamento do glaucoma, a busca pela identificação de sua etiologia, a fim de ser tomada melhor conduta terapêutica para cada caso.

Enquanto o glaucoma primário de ângulo fechado é mais comum entre pacientes femininos, idosos e asiáticos⁽⁷⁾, o glaucoma secundário não apresenta predileção por população específica, já que pode ser desencadeado por inúmeras situações distintas, como traumatismos, uveítes, associação com anomalias congênitas e uso de determinadas medicações, entre outras⁽⁶⁾.

Os pacientes com maior risco de glaucoma secundário ao uso de medicações sistêmicas não esteroideais são aqueles com olhos pequenos, hipermetrópicos, com CA rasa, desproporção entre cristalino e segmento anterior e aqueles com ângulo estreito⁽⁶⁾.

Já foi identificada miopia aguda induzida por derivados da sulfa como acetazolamida, sulfametoxazol-trimetropim, prometazina, espironolactona e outros^(3,8-9). Recentemente, têm sido relatados alguns poucos casos na literatura mundial relacionando quadro de miopia aguda e glaucoma bilateral de ângulo fechado com o uso de topiramato^(2,5,8-10), como o que foi descrito nesse trabalho.

A não identificação do agente etiológico no momento do primeiro exame nos levou a fazer uso de agente miótico e iridotomias periféricas, que não seriam indicados nessa situação e poderiam ter agravado o caso, já que se acredita que a causa do glaucoma seja por efusão uveal sem bloqueio pupilar^(2,10). Diagnosticado precocemente, o quadro clínico é totalmente reversível, necessitando para tanto, apenas a suspensão do topiramato e auxílio de colírios antiglaucomatosos para evitar que a elevação da PIO se mantenha por tempo suficiente para causar lesão ao nervo óptico.

Esse caso reforçou para a equipe a necessidade de ser dada maior importância à realização minuciosa da anamnese desde o primeiro contato com o paciente e esse trabalho teve por objetivo chamar atenção para a possibilidade de que medicamentos sistêmicos e tópicos podem levar ao aumento da

pressão intraocular, podendo acarretar danos irreversíveis à visão do paciente.

ABSTRACT

Acute angle-closure glaucoma may be induced, among other causes, by therapy with systemic drugs, such as the anticonvulsant topiramate. This paper reports the case of a young patient with acute myopia and angle-closure glaucoma associated with migraine prevention with topiramate. We make a link with similar cases described in medical journals and in a bibliographic review related to this entity.

Keywords: Glaucoma/epidemiology; Angle-closure glaucoma; Angle-closure glaucoma/etiology; Angle-closure glaucoma/chemically induced; Angle-closure glaucoma/therapy; Anti-convulsants/adverse effects; Case reports [Publication type]

REFERÊNCIAS

- Asensio-Sánchez VM, Torreblanca-Agüera B, Martínez-Calvo S, Calvo MJ, Rodríguez R. [Severe ocular side effects with Topamax]. Arch Soc Esp Oftalmol. 2006;81(6):345-8. Spanish.
- Stangler F, Prietsch RF, Fortes Filho JB. Glaucoma agudo bilateral em paciente jovem secundário ao uso de topiramato: relato de caso. Arq Bras Oftalmol. 2007;70(1):133-6.
- Chalam KV, Tillis T, Syed F, Agarwal S, Brar VS. Acute bilateral simultaneous angle closure glaucoma after topiramate administration: a case report. J Med Case Reports. 2008;2:1.
- Cereza G, Pedrós C, García N, Laporte JR. Topiramate in non-approved indications and acute myopia or angle closure glaucoma. Br J Clin Pharmacol. 2005;60(5):578-9.
- Chen TC, Chao CW, Sorkin JA. Topiramate induced myopic shift and angle closure glaucoma. Br J Ophthalmol. 2003;87(5):648-9.
- Almeida HG, Cohen R, editores. Glaucomas secundários. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2006.
- Mello PAA, Mandia Jr C, Galvão RP, editores. 1º Consenso Brasileiro de Glaucoma Primário de Ângulo Fechado. Sociedade Brasileira de Glaucoma. São Paulo: PlanMark; 2006.
- Rhee DJ, Goldberg MJ, Parrish RK. Bilateral angle-closure glaucoma and ciliary body swelling from topiramate. Arch Ophthalmol. 2001;119(11):1721-3. Comment in: Arch Ophthalmol. 2002;120(12):1775.
- Sankar PS, Pasquale LR, Grosskreutz CL. Uveal effusion and secondary angle-closure glaucoma associated with topiramate use. Arch Ophthalmol. 2001;119(8):1210-1. Comment in: Arch Ophthalmol. 2002;120(8):1108.
- Medeiros FA, Zhang XY, Bernd AS, Weinreb RN. Angle-closure glaucoma associated with ciliary body detachment in patients using topiramate. Arch Ophthalmol. 2003;121(2):282-5.