

Efusão uveal associada à tuberculose presumida: relato de caso

Uveal effusion associated with presumed tuberculosis: case report

Juliana Ribeiro Rodrigues¹
Amanda Vieira Abílio²
Pedro Durães Serracarbassa³

RESUMO

Os autores relatam a rara associação de efusão uveal e tuberculose ocular presumida em paciente do sexo masculino que apresentou melhora clínica com o uso sistêmico de prednisona 40 mg/d e rifampicina 600 mg/d. Descrevem, ainda, aspectos relevantes da efusão uveal, como etiopatogenia, evolução da doença, diagnóstico diferencial e tratamento, por meio de revisão da literatura.

Descritores: Doenças da coróide; Doenças da úvea; Descolamento retiniano; Uveíte; Tuberculose ocular; Relatos de casos [Tipo de publicação]

INTRODUÇÃO

A efusão cílio-coroidiana é um acúmulo de material proteináceo em meio às fibras que ligam a coróide e o corpo ciliar à esclera. Classifica-se a efusão cílio-coroidiana ou efusão uveal como uma reação não específica observada em várias entidades clínicas⁽¹⁾, podendo estar associada às doenças sistêmicas como Vogt-Koyanagi-Harada⁽¹⁻²⁾; apresentar causas específicas como cirurgias oculares⁽³⁾ ou pós-traumáticas⁽¹⁾; quadros não inflamatórios como leucemias⁽¹⁾, mieloma múltiplo⁽¹⁾, tumor de glândula lacrimal⁽¹⁾, linfomas⁽⁴⁾, alterações vasculares (fístula carótido-cavernosa)⁽¹⁾ ou surgir após fotocoagulação retiniana⁽¹⁾. O mixedema também é descrito como causa de efusão uveal⁽⁵⁾. Quadros inflamatórios como episclerite e esclerite, pseudotumor orbitário, oftalmia simpática e doenças do colágeno também podem levar à efusão cílio-coroidiana⁽¹⁾. Uveíte infecciosa como a sífilis⁽⁶⁾ e a toxoplasmose⁽¹⁾ também são causas importantes. A efusão uveal e o nanofthalmos são duas entidades reconhecidamente relacionadas^(5,7). A efusão uveal em olhos nanofthalmicos pode ocorrer de forma espontânea, após cirurgia de catarata, pós-trabeculoplastia; após cirurgia filtrante antiglaucomatosa e após laserterapia retiniana⁽⁸⁻⁹⁾.

Em alguns casos de efusão cílio-coroidiana, a causa não é aparente e não há associação com doenças sistêmicas, a esta chamamos de síndrome da efusão uveal idiopática que é semelhante à observada no nanofthalmos, exceto pelo diâmetro normal do globo ocular^(1,10).

No presente trabalho, apresenta-se um caso de efusão uveal secundária, sendo a tuberculose a etiologia mais provável.

RELATO DO CASO

O caso refere-se ao paciente J.P., de 50 anos de idade, sexo masculino, cor parda, natural de Luís, Estado de São Paulo. Procurou o ambulatório de oftalmologia queixando-se de baixa acuidade visual (BAV) de surgimento

Trabalho realizado no Serviço de Oftalmologia do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira - São Paulo (SP) - Brasil

¹ Médica residente do 3º ano do Serviço de Oftalmologia do Hospital dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo - HSPE - São Paulo (SP) - Brasil.

² Médica oftalmologista.

³ Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP - São Paulo (SP) - Brasil. Médico Assistente do Departamento de Oftalmologia do HSPE - São Paulo (SP) - Brasil.

Endereço para correspondência: Juliana Ribeiro Rodrigues, Rua Oscar Freire, 1.753 - Apto. 112B - São Paulo (SP) CEP 05409-011
E-mail: julianaoftalmo@gmail.com

Recebido para publicação em 08.03.2007

Última versão recebida em 16.07.2008

Aprovação em 01.08.2008

Nota Editorial: Depois de concluída a análise do artigo sob sigilo editorial e com a anuência do Dr. Haroldo Vieira de Moraes Jr. sobre a divulgação de seu nome como revisor, agradecemos sua participação neste processo.

súbito no olho direito, com duração de 30 dias. A BAV é caracterizada pelo paciente como “uma mancha escura e central”. Negava história de trauma, dor ou hiperemia ocular. O interrogatório clínico sobre os demais aparelhos foi negativo.

No exame oftalmológico observou-se refração dinâmica plana para longe e adição para perto de +2,00 em cada olho. Acuidade visual com correção era de 20/200 no olho direito e 20/20 no olho esquerdo. Ausência de alterações no exame de biomicroscopia anterior e da musculatura extrínseca ocular. Pressão ocular no momento da consulta: 8 e 12 mmHg no olho direito e olho esquerdo respectivamente. Reflexos fotomotor direto e indireto presentes e normais em ambos os olhos.

No mapeamento de retina notou-se olho esquerdo (OE) sem alterações e olho direito (OD) com descolamento de retina seroso inferior, atingindo mácula e descolamento de coróide nos 360° da periferia da retina (Figuras 1 A e B; 2 A e B).

Foi realizada angiofluoresceinografia (AGF); ultra-sonografia ocular (USG) e ultra-sonografia biomicroscópica (UBM) em ambos os olhos. À AGF notaram-se pontos de hiperfluorescência do tipo extravasamento do contraste, ao nível do EPR e no pólo posterior, que aumentaram de intensidade e tamanho com o decorrer do exame (Figuras 3 A a E). A USG ocular do olho direito denotou descolamento de vítreo parcial, espessamento de coróide e descolamento de retina na periferia (Figuras 4 A e B) e a UBM demonstrou espessamento (edema) e descolamento de corpo ciliar (Figuras 5 A a C).

Foram realizados exames subsidiários: hemograma com leucocitose e neutrofilia; IgG positivo para toxoplasmose, rubéola e mononucleose, PPD forte reator (enduração de 18 mm), VDRL negativo e RX de tórax sem alterações.

O paciente foi considerado com forte suspeita para tuberculose ocular e recebeu rifampicina 600 mg/d e prednisona

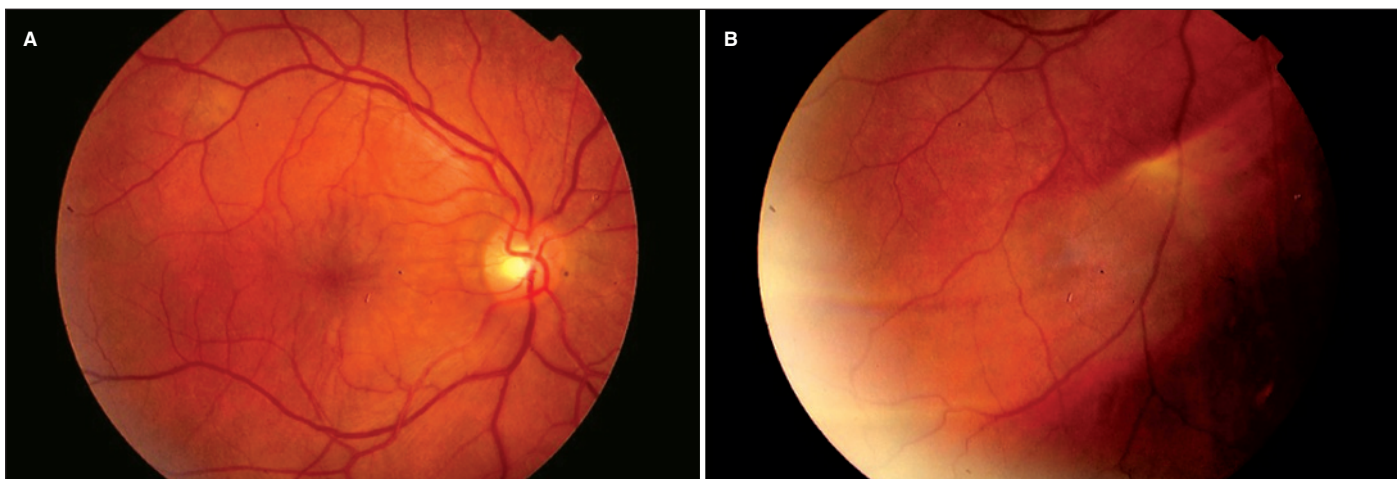


Figura 1 - Retinografia do olho direito: A) Descolamento seroso da mácula; B) Descolamento seroso de retina inferior e descolamento de coróide 360°, na periferia

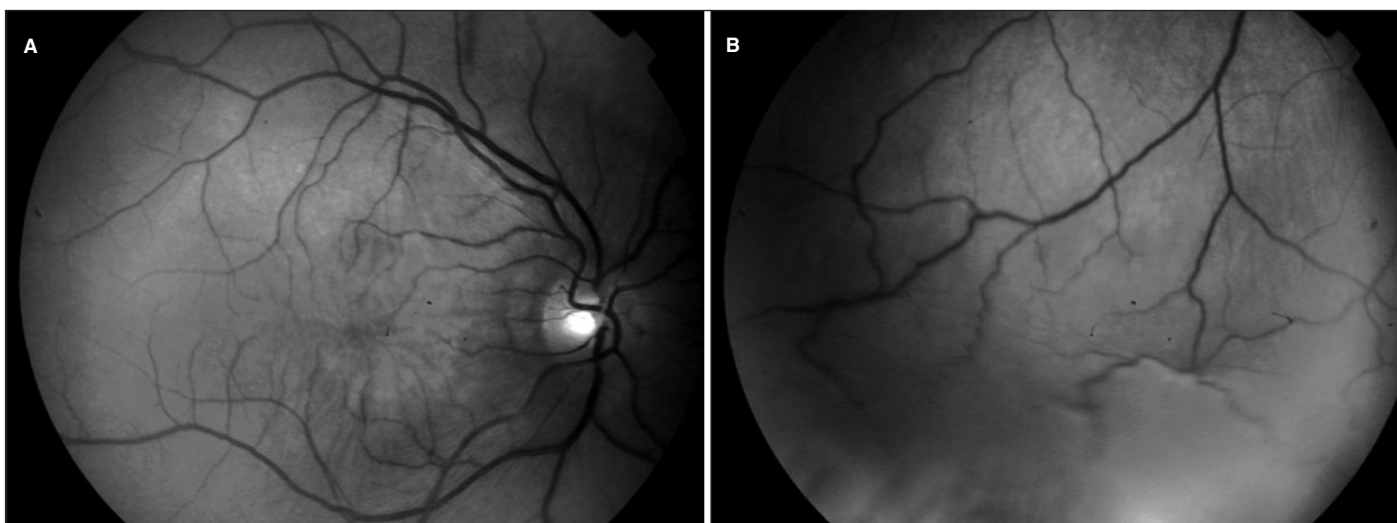


Figura 2 - Retinografia do olho direito: A) Foto anerythra demonstra o descolamento seroso da mácula; B) Foto anerythra demonstra o descolamento seroso de retina na região inferior

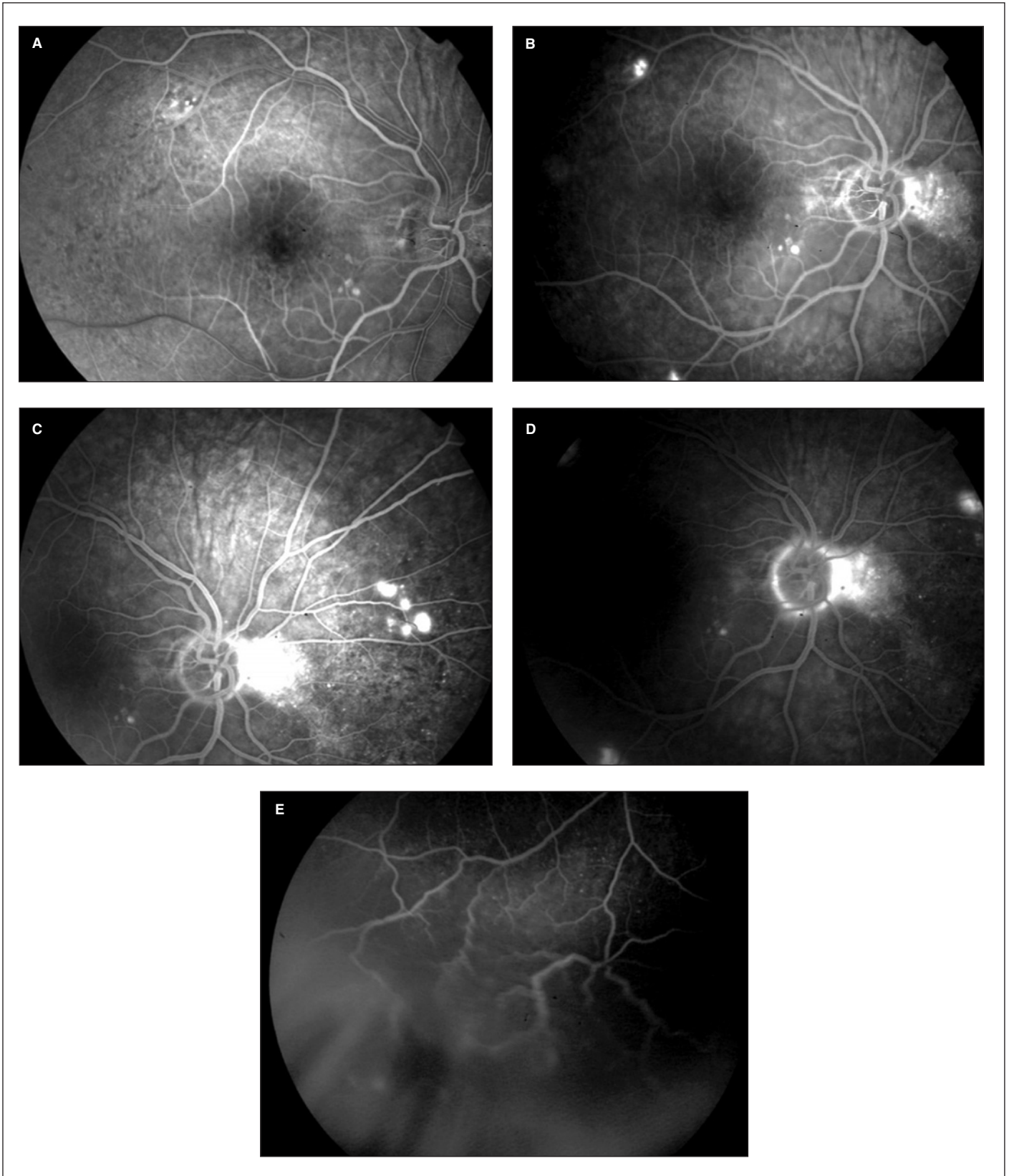


Figura 3 - Angiofluoresceinografia do olho direito: A) Fase inicial: pontos de hiperfluorescência, decorrentes do extravasamento do contraste, ao nível do EPR; B) Fase intermediária: hiperfluorescência puntiforme, ao nível de EPR, em pólo posterior; C) Pontos de vazamento do contraste nasal ao disco óptico; D) Fase tardia: pontos de hiperfluorescência que aumentaram em intensidade e tamanho com o decorrer do exame; E) Observa-se descolamento seroso de retina periférico

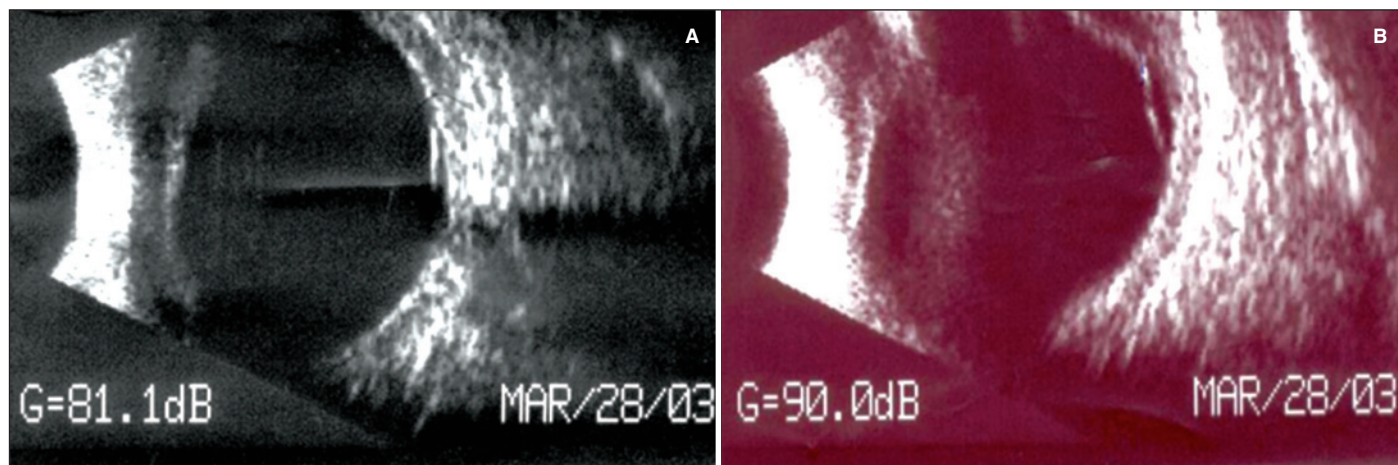


Figura 4 - Ultra-sonografia do olho direito: A) Presença de descolamento parcial do vítreo e espessamento da coróide; B) Evidência do descolamento de retina em periferia e do espessamento da coróide

40 mg/d via oral. Após 30 dias do início do tratamento, houve melhora da acuidade visual no OD para 20/20 e resolução do descolamento de retina seroso, porém com descolamento de coróide presente. Nos três meses de seguimento, a acuidade visual ainda era de 20/20, a retina permanecia aplicada e o descolamento de coróide permanecia inalterado.

DISCUSSÃO

A efusão uveal pode ser idiopática ou de causas secundárias. A síndrome de efusão uveal idiopática foi primeiramente descrita por Schepens e Brockhurst em 1963, os autores descreveram 17 casos de síndrome de efusão uveal presentes, predominantemente, em homens de meia-idade, sendo que 30% deles apresentavam descolamento de coróide anular e o espessamento escleral foi encontrado em 47% do total dos pacientes⁽¹¹⁾.

O descolamento de coróide idiopático seroso, de corpo ciliar e de retina são descritos como síndrome de efusão uveal e, uma das causas dessa desordem são anormalidades esclerais que levam ao aumento da resistência ao fluxo transescleral de proteínas intra-oculares⁽¹²⁾. Esta teoria explica a causa da efusão uveal onde o espessamento escleral é evidente, mas falha em relação àquela onde a espessura escleral é normal. Acredita-se que neste último caso há alterações na permeabilidade vascular coroidiana levando à efusão⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A síndrome de efusão uveal idiopática acomete principalmente indivíduos saudáveis e homens de meia-idade^(10,12). A apresentação inicial mais comum é a baixa acuidade visual central, descolamento de retina exsudativo, acompanhado de espessamento ou descolamento de coróide e de corpo ciliar anular^(5,8,12). Caracteriza-se também pela dilatação dos vasos episclerais e pressão ocular normal⁽¹²⁾. A angiofluoresceinografia desses olhos geralmente revela retardo da perfusão coroidiana, fluorescência coroidiana prolongada, áreas focais de hiperfluorescência por vazamento do contraste através do

epitélio pigmentado da retina e acúmulos de pigmentos semelhantes à pele de leopardo que surgem após alguns meses do descolamento^(10,12). Alguns autores mostraram dois casos de efusão uveal idiopática nos quais a angiografia com indocianina verde apresentou alterações coroidianas sugestivas de inflamação inespecífica, caracterizadas por dilatação dos vasos e por áreas focais de hiperfluorescência perivascular coroidiana de início tardio, por extravasamento do contraste⁽¹⁴⁾. A USG ocular é importante no diagnóstico de descolamento de retina, descolamento de coróide e de corpo ciliar e informa espessura de esclera e diâmetro axial do globo ocular.

Através da imunohistoquímica e microscopia eletrônica, é possível demonstrar o acúmulo anormal de glicosaminoglicanas na esclera, o que prejudica o fluxo transescleral de fluidos e contribui para o espessamento escleral. Essas observações descritas sugerem que o defeito na síntese e degradação das proteoglicanas na esclera pode representar uma forma de mucopolissacaridose ocular⁽¹⁵⁾.

A doença tem um curso indolente, podendo levar meses a anos para a resolução do quadro. O tratamento clínico com corticoterapia e antimetabólitos muitas vezes é ineficaz^(10,12), sugerindo ausência de inflamação, sendo o tratamento cirúrgico muitas vezes necessário, como a descompressão das veias vorticosas, com sucesso limitado, e esclerotomias a fim de aumentar o fluxo de fluidos supracoroidais, obtendo assim algum sucesso no manejo dessa entidade.

Todas as entidades clínicas causadoras de efusão cíliocoroidiana secundária formam o diagnóstico diferencial da síndrome de efusão uveal idiopática, são elas: síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada⁽²⁾; nanofthalmia^(5,7), tumores coroidianos (metástases, linfoma, melanoma)^(1,4); mixedema⁽⁵⁾; esclerite⁽¹⁾; sífilis⁽⁶⁾; toxoplasmose⁽¹⁾; coroidorretinopatia serosa central idiopática⁽¹²⁾; fístula carótido-cavernosa⁽¹⁾; oftalmia simpática⁽¹⁾ e pseudotumor orbitário⁽¹⁾.

O presente estudo relata um caso de efusão uveal secundária, sendo a tuberculose ocular a etiologia mais provável, diagnosti-

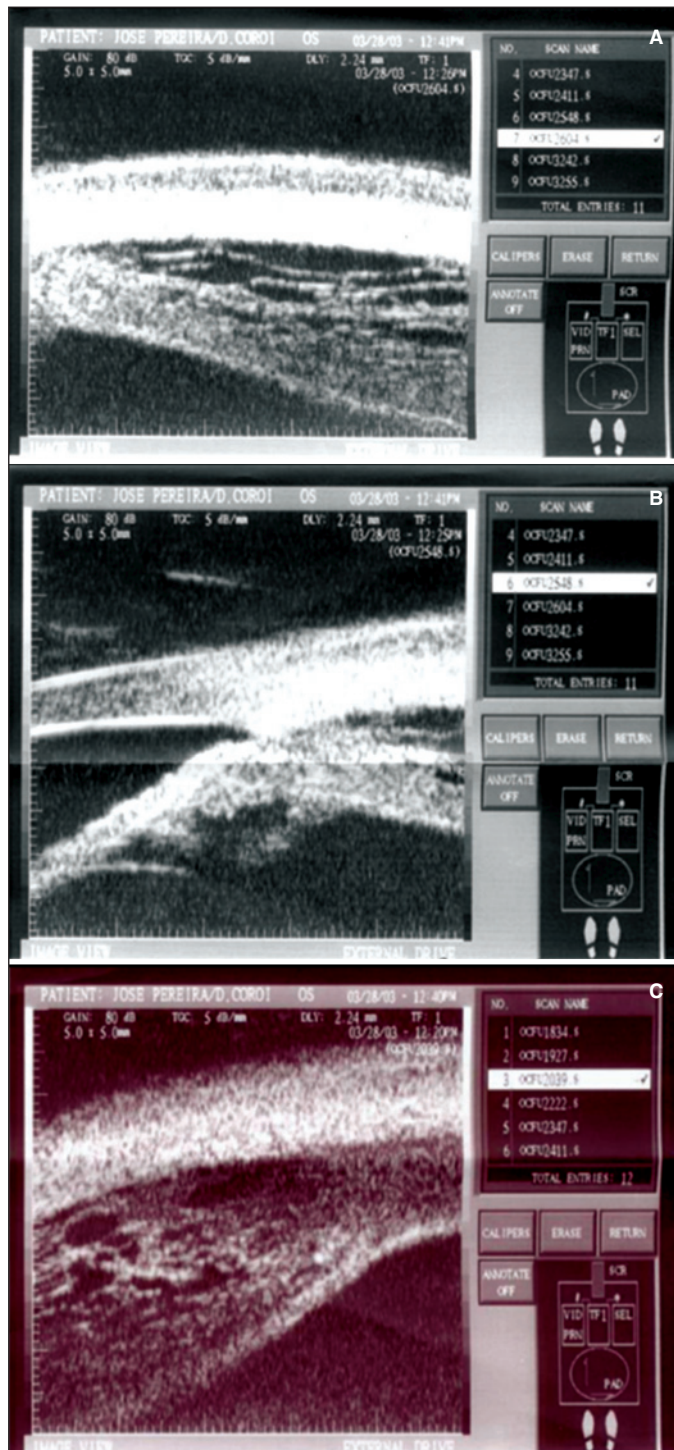


Figura 5 - Ultra-sonografia biomicroscópica do olho direito: A) Observa-se espessamento do corpo ciliar; B) Descolamento e edema do corpo ciliar; C) Espessamento (edema) do corpo ciliar

cada através da alteração ocular presente, ausência de doença sistêmica e PPD forte reator. Estudo prévio analisou 17 pacientes com diagnóstico de tuberculose ocular, encontrando como forma mais comum de apresentação a uveíte crônica bilateral granulomatosa (35,3% dos casos) sendo que, apesar da diversidade de

apresentações clínicas, nenhum caso evoluiu com efusão uveal⁽¹⁶⁾. Nesse mesmo estudo a doença sistêmica era presente em 41,1% dos casos. O paciente do presente relato desconhecia contato com portadores de tuberculose, não tinha história pregressa da doença, nem diagnóstico de tuberculose extra-ocular na época, além de não possuir outras alterações oculares, exceto o descolamento de coróide e descolamento de retina exsudativo. Poucos são os diagnósticos de efusão uveal devido às uveítes. É descrito um caso de retinite por toxoplasmose com uveíte secundária, coroidite nodular e efusão cílio-coroidiana⁽¹⁾.

Os exames complementares realizados e a clínica oftalmológica descartam as diversas causas de descolamento de retina exsudativo e efusão cílio-coroidiana, levando a uma forte suspeita de uma etiologia inflamatória e infecciosa para o caso, que é sustentada pela melhora do quadro clínico com o início do tratamento. É válida a possibilidade da melhora clínica ter ocorrido apenas pelo uso do corticóide que tem ação antiinflamatória bem conhecida, não ocorrendo influência da rifampicina administrada, por isso, considera-se como o diagnóstico mais provável para o presente caso a tuberculose ocular presumida.

ABSTRACT

The authors report a rare association of uveal effusion with presumed ocular tuberculosis in a male patient who presented clinical improvement with the systemic use of prednisone 40 mg/d and rifampicin 600 mg/d. In addition, relevant aspects of the uveal effusion such as the pathogenesis, evolution of the disease, differential diagnosis and treatment are described through a revision of the literature.

Keywords: Choroid diseases; Uveal diseases; Retinal detachment; Uveitis; Tuberculosis, ocular; Case reports [Publication type]

REFERÊNCIAS

- Green WR, Kincaid MC, Fogle JA. Uveal effusion syndrome. *Trans Ophthalm Soc UK.* 1981;101(Pt 3):368-75.
- Damico FM, Kiss S, Young LH. Vogt-Koyanagi-Harada disease. *Semin Ophthalmol.* 2005;20(3):183-90. Review.
- Sabti K, Lindley SK, Mansour M, Discepolo M. Uveal effusion after cataract surgery: an echographic study. *Ophthalmology.* 2001;108(1):100-3.
- Gaucher D, Bodaghi B, Charlotte F, Schneider C, Cassoux N, Lemaître C, et al. [MALT-type B-cell lymphoma masquerading as scleritis or posterior uveitis] *J Fr Ophthalmol.* 2005;28(1):31-8. French.
- Ward RC, Gragoudas ES, Pon DM, Albert DM. Abnormal scleral findings in uveal effusion syndrome. *Am J Ophthalmol.* 1988;106(2):139-46.
- DeLuise VP, Clark SW 3rd, Smith JL. Syphilitic retinal detachment and uveal effusion. *Am J Ophthalmol.* 1982;94(6):757-61.
- Han L, Cairns JD. Nanophthalmos with longstanding choroidal effusion and serous retinal detachment. *Aust N Z J Ophthalmol.* 1997;25(2):181-3.
- Bhagat N, Lim JL, Minckler DS, Green RL. Posterior uveal effusion syndrome after trabeculectomy in an eye with ocular venous congestion. *Br J Ophthalmol.* 2004;88(1):153-4.
- Lesnoni G, Rossi T, Nistri A, Bocassini B. Nanophthalmic uveal effusion syndrome after prophylactic laser treatment. *Eur J Ophthalmol.* 1999;9(4):315-8.
- Anand R, Tasman WS. Nonrhegmatogenous retinal detachment. In: Ryan SJ, editor. *Retina.* California: Mosby; 2001. p.2076-99.

11. Schepens CL, Brockhurst RJ. Uveal effusion. I. Clinical Picture. Arch Ophthalmol. 1963;70:189-201.
12. Gass JD, Jallow S. Idiopathic serous detachment of the choroid, ciliary body, and retina (uveal effusion syndrome). Ophthalmology. 1982;89(9):1018-32.
13. Gass JD. Uveal effusion syndrome: a new hypothesis concerning pathogenesis and technique of surgical treatment, 1983. Retina. 2003(6 Suppl):159-63.
14. Kumar A, Kedar S, Singh RP. The Indocyanine green findings in idiopathic uveal effusion syndrome. Indian J Ophthalmol. 2002;50(3):217-9.
15. Forrester JV, Lee WR, Kerr PR, Dua HS. The uveal effusion syndrome and trans-scleral flow. Eye. 1990;4(Pt 2):354-65.
16. Almeida SRA, Finamor LP, Muccioli C. Alterações oculares em pacientes com tuberculose. Arq Bras Oftalmol. 2006;69(2):177-9.

III FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE OCULAR

Brasília – 30 de outubro de 2008

A Mello Faro Turismo, agência de viagens oficial para o evento, oferece em condições e preços especiais, a hospedagem em Brasília e o transporte aéreo a partir das principais cidades brasileiras.

HOSPEDAGEM em BRASÍLIA		Diária do Apt° PARA 01 PESSOA	Diária do Apt° PARA 02 PESSOAS	Diária do Apt° PARA 03 PESSOAS
Bonaparte Suítes <i>Flat Primeira Superior</i> SHS Quadra 2 Bloco J		R\$ 299,00 + 10% taxa	R\$ 344,00 + 10% taxa	R\$ 389,00 + 10% taxa
Mercure <i>Primeira</i> SHN Quadra 5 Bloco G		R\$206,00 + 5%ISS <i>sem café da manhã</i>	R\$ 241,00 + 5%ISS <i>sem café da manhã</i>	-
Sonesta <i>Turística</i> SHN Quadra 5 Bloco B		R\$ 175,00 + 5%ISS	R\$ 175,00 + 5%ISS	-

Os valores apresentados são por apartamento. Reservas serão aceitas mediante o efetivo pagamento da primeira diária ou da garantia da reserva através dos cartões de crédito Amex, MasterCard ou Visa. Não serão efetuados débitos antecipados para as reservas garantidas por cartão de crédito e, neste caso, todas as despesas deverão ser pagas diretamente ao hotel. Uma diária será cobrada por cancelamento após 10/10/2008 ou não comparecimento ao hotel na data da reserva. As diárias iniciam às 14h e terminam às 12h, referem-se ao apartamento da categoria standard de cada hotel e incluem o café da manhã (exceto no Mercure). A disponibilidade de apartamentos TRIPLOS é bastante limitada. Os hotéis cobram **taxa opcional de turismo** que varia de R\$ 1,20 a R\$ 6,00 a depender do hotel e que será cobrada como despesa extra no check-out.

TRANSPORTE AÉREO

Serão aplicadas tarifas promocionais segundo disponibilidade por ocasião da reserva e **descontos especiais** para o evento. Os bilhetes serão emitidos na forma de ordem de passagem ou bilhete eletrônico e estarão disponíveis na cidade de origem para pagamento parcelado por cartões de crédito segundo condições vigentes na época. **A disponibilidade de vôos e tarifas serão informada durante o atendimento.**

Exclusivo para o FÓRUM!
Desconto de até 17%
sobre as tarifas disponíveis no ato da reserva e emissão através da Mello Faro
PAGAMENTO PARCELADO

Outras informações e reserva diretamente



Av. São Luis, 165 - 1º andar - conj. 01^A
01046-001 São Paulo-SP Brasil
Tel +55 11 3258.5044 - Fax +55 11 3231.1343
eventos@mellofaro.com.br - www.mellofaro.com.br

Solicite a sua reserva diretamente pelo nosso site em ambiente seguro, ou preencha e envie por fax ou correio a Ficha de Reserva abaixo

III FÓRUM NACIONAL DA SAÚDE OCULAR		FICHA DE RESERVA			
Nome	Tel	Fax			
Endereço	Cidade	UF	Cep		
Acompanhante	Email				
	Chegada (dd/mm/aa)	Saida (dd/mm/aa)	Nº noites	Nº pessoas	

Solicito a reserva de hospedagem conforme a seguir:

Ocupação: Individual Duplo Triplo
Disponibilidade limitada para ocupação em TRIPLO

Bonaparte Mercure Sonesta

- encaminho em anexo cheque ou comprovante de depósito de **uma diária + taxas** no hotel escolhido como 1ª opção;
 autorizo a garantia da reserva com o meu cartão de crédito a seguir indicado assim como o débito correspondente a **uma diária + taxas** em caso do meu não comparecimento ao hotel no primeiro dia da reserva ou cancelamento após 10/10/2008.

Depósitos a favor da Mello Faro no Bradesco, Agência 095-7, Conta corrente 151.216-1 - CNPJ 65.838.427/0001-09

Amex Mastercard Visa Nº: _____ Cod. Segurança*: _____ Portador: _____

* Atenção: é necessário informar o código de segurança do cartão (3 números após o número do cartão impresso na tarja de assinatura para Mastercard, Visa e quatro números gravados na frente e à direita para o Amex)

PARA SUA PRÓPRIA SEGURANÇA SERÁ NECESSÁRIO O ENVIO POR FAX DE CÓPIA FRENTE / VERSO DO CARTÃO DE CRÉDITO

Validade: __/__/__

Assinatura igual à do cartão: _____

Data __/__/2008