

Ceratite ulcerativa periférica após cirurgia de catarata em artrite reumatóide

Peripheral ulcerative keratitis after cataract surgery in rheumatoid arthritis

Maria Carmen Menezes Santos ⁽¹⁾
Renato Augusto Neves ⁽²⁾

RESUMO

Ceratite ulcerativa periférica e esclerite necrosante estão descritas na literatura após cirurgias e traumas oculares. Relata-se o caso de uma paciente com diagnóstico de Artrite Reumatóide que desenvolveu afinamento corneano periférico progressivo após cirurgia de catarata. A conduta incluiu exérese da conjuntiva adjacente à área de afinamento, cola sobre a área afinada, uso de inibidores da colagenase, adaptação de lente de contato terapêutica e imunossupressão sistêmica. A presença de afinamento corneano periférico pode ser uma manifestação primária ou tardia de Artrite Reumatóide, doença vascular sistêmico autoimune potencialmente letal, exigindo uma abordagem criteriosa desses pacientes.

Palavras-chave: Ceratite ulcerativa periférica; Artrite Reumatóide; Cirurgia de catarata.

INTRODUÇÃO

Ceratite ulcerativa periférica e esclerite necrosante podem estar associados, embora raramente, a cirurgia ocular. O trauma cirúrgico pode desencadear a mobilização de complexos imunes, células inflamatórias, particularmente neutrófilos e histiócitos, e enzimas para a córnea periférica e vasos limbares, com consequente destruição de colágeno e proteoglicans. DE LA MAZA E FOSTER relataram casos de pacientes com ceratite ulcerativa periférica e esclerite necrosante associados a diferentes doenças vasculares autoimunes sistêmicas, tais como Artrite Reumatóide, granulomatose de Wegener e colite ulcerativa ¹.

A Artrite Reumatóide do adulto é uma doença sistêmica autoimune, que se caracteriza por alterações inflamatórias de estruturas articulares e tendinosas, podendo apresentar modifica-

ções extra-articulares, entre elas febre, anorexia, nódulos subcutâneos, vasculite reumatóide, alterações pulmonares, cardíacas, hematológicas, neurológicas e oculares. Ocorre em cerca de 1% da população geral, é mais frequente entre a 4ª e 5ª décadas de vida e acomete mais o sexo feminino (2-3:1). Embora a avaliação laboratorial seja útil, o diagnóstico é essencialmente clínico. O fator reumatóide é encontrado em cerca de 70% dos pacientes, mas pode também ser encontrado em indivíduos normais (5%) e em outras patologias. Recentemente, a Associação Americana de Reumatologia recomendou o uso de critérios clínicos diagnósticos ² (tabela 1).

Entre as principais manifestações oculares estão incluídas alterações corneanas, episclerais e esclerais, além de lesões das glândulas lacrimais. A ceratoconjuntivite sicca é a manifestação ocular mais comum da Artrite Reumatóide (15-25%) ³. A esclerite e episclerite

⁽¹⁾ Residente do 3º ano no Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo.

⁽²⁾ Mestre em Oftalmologia, pós-graduando nível doutorado no Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo

Endereço para correspondência: Maria Carmem M. Santos - Rua Botucatu, 820 - Vila Clementino - CEP 04023-062 - São Paulo - SP

TABELA 1
Critérios diagnósticos revisados pela AAR para artrite reumatóide²

Critérios	Observações
1. Rigidez matinal	por no mínimo 1 hora
2. Atrite de 3 ou mais articulações	as 14 possíveis articulações, IFP, MCF, do pulso, cotovelo, joelho, tornozelo e MTF direitas e esquerdas
3. Artrite das articulações das mãos	pelo menos uma área de edema na articulação do pulso, MCF ou IFP
4. Artrite simétrica	envolvimento simultâneo das mesmas áreas articulares em ambos os lados do corpo (envolvimento bilateral da IFP, MCF ou MTF é aceitável com ou sem simetria absoluta)
5. Nódulos reumatóides	nódulos subcutâneos, sobre proeminências ósseas, superfícies extensoras, ou em regiões justa-articulares
6. Fator reumatóide sérico	quantidades anormais através de qualquer método (positivo em menos de 5% de pacientes normais).
7. Alterações radiológicas	erosões ou descalcificações ósseas típicas da Artrite Reumatóide

O paciente pode ser considerado portador de Artrite Reumatóide quando apresenta pelo menos 4 desses critérios. Os critérios 1 a 4 precisam estar presentes por pelo menos 6 semanas. Os pacientes com 2 diagnósticos clínicos não estão excluídos. IFP - articulação inter-falangeana proximal; MCF - articulação metacarpo-falangeana; MTF - articulação metatarso-falangeana.

rite são descritas sob as formas difusa, nodular, necrosante e posterior. Essas alterações, assim como a ceratite ulcerativa periférica, estão provavelmente relacionados a mecanismos mediados por imunocomplexos.

Relata-se o caso de uma paciente portadora de Artrite Reumatóide, submetida a cirurgia de catarata, que evoluiu com ceratite ulcerativa periférica, ressaltando os aspectos importantes na conduta sugerida na literatura.

RELATO DE CASO

QM, 76 anos, branca, portadora de Artrite Reumatóide há 22 anos, informava ter sido submetida a facectomia extracapsular com implante de lente intraocular no olho direito em setembro de 1994. No terceiro dia de pós-operatório, a paciente evoluiu com quadro de dor intensa, tendo sido diagnosticado ceratite ulcerativa periférica e instituído tratamento clínico com sulfato de prednisolona (Predfort[®]) a cada 2 horas. Entretanto, houve piora importante do quadro de afinamento (4x4mm) e a paciente foi então submeti-

da a um enxerto corneano sobre a área afetada. Após 5 dias, observou-se progressão do afinamento subjacente ao enxerto (7x5mm).

No momento em que o caso foi referido, a paciente apresentava olho extremamente doloroso, diminuição significativa do menisco lacrimal, comprovada pelo teste de Schirmer I de 0 mm, hiperemia conjuntival de 4+/IV, epiteliopatia superficial demonstrável pela coloração com rosa bengala e afinamento corneano de aproximadamente 6x8 mm sob o enxerto corneano previamente realizado. Optou-se por uma conduta cirúrgica, na qual foi realizada exérese ampla da conjuntiva adjacente ao afinamento das 12 às 5 horas, retirado o enxerto corneano e aplicada cola isobutyl cyanoacrylate. Em seguida, foi realizada a oclusão do ponto lacrimal inferior com fio catgut 7-0 e adaptada lente de contato terapêutica. Além disso, introduziu-se terapêutica clínica imunossupressora com methotrexate 7,5 mg por semana, além de vibramicina 100 mg de 12/12 horas como inibidor de colagenase, prednisona (Meticorten[®]) 40 mg/dia

por 1 semana com diminuição até suspensão em 03 semanas, medroxiprogesterona tópica 1% (de 2/2 horas) como esteróide e inibidor de colagenase, cloridrato de ciprofloxacina (Biamotil[®]) de 4/4 horas e lágrimas artificiais de forma frequente.

A paciente evoluiu com melhora acentuada da sintomatologia e desaparecimento da hiperemia conjuntival em 10 dias. Após 4 semanas, foi suspensa a maior parte das medicações, mantendo-se apenas methotrexate e lágrimas artificiais. Em dezembro de 1994, a cola despreendeu-se naturalmente, e a área afetada não apresentava mais impregnação com fluoresceína, demonstrando epitélio intacto.

DISCUSSÃO

A manifestação ocular mais comum da Artrite Reumatóide é a síndrome do olho seco, resultante de alterações autoimunes nas glândulas lacrimais. O tratamento nesses casos visa preservar a quantidade de lágrima existente e inclui basicamente oclusão de ponto lacrimal, uso de óculos protetores especiais, uso de lágrimas artificiais, e até tarsorrafia, dependendo da severidade do caso.

As episclerites e esclerites são frequentes em Artrite Reumatóide. Nos casos de esclerite, a terapêutica sistêmica é sempre necessária para um tratamento satisfatório, podendo-se utilizar anti-inflamatórios não-hormonais associados ou não a altas doses de corticosteróides por um curto período de tempo, embora existam situações em que o uso de ciclofosfamida, methotrexate ou azatioprina possam ser requeridas^{4,5}. Existem relatos do uso de enxertos cirúrgicos de tecido córneo-escleral ou fásclia lata para tratamento de esclerites necrosantes⁶ com perda de substância e exposição uveal. Além disso, a Artrite Reumatóide é a principal patologia a afetar a córnea periférica, resultando em 4 tipos de alterações: ceratite esclerosante, ceratite

estromal aguda, ceratite ulcerativa periférica e ceratólise.

SMITH e SCHANZLIN acreditam que a ceratite ulcerativa periférica é, na verdade, a evolução de um olho seco e dano epitelial não reconhecidos ao tempo da cirurgia de catarata, e também de defeitos epiteliais pós-operatórios que não foram devidamente tratados. Por outro lado, a maioria dos autores refere que a patogênese se deve a um lento acúmulo de complexos imunes que se segue ao trauma cirúrgico, levando inclusive a dano vascular. Existem relatos de úlceras corneanas pós-cirurgia de catarata em pacientes com Artrite Reumatóide que progrediram para descemetocelose, perfuração e perda do olho. Nos casos de progressão rápida de uma úlcera nesses pacientes é mandatório a instituição de um tratamento agressivo, incluindo tarsorrafia e uso de adesivo tecidual, a fim de preservar o globo ocular. Em pacientes com úlcera, tanto central como periférica, com ou sem esclerite, está indicada a imunossupressão sistêmica após ressecção da conjuntiva. A ciclofosfamida é a droga mais efetiva, por outro lado, methotrexate ou azatioprina também podem ser usados. Optou-se por methotrexate neste caso que, administrado uma vez por semana, é provavelmente menos tóxico que a ciclofosfamida.

A ceratite ulcerativa periférica é observada em certo número de doenças sistêmicas, incluindo Artrite Reumatóide. O tecido episcleral e conjuntival adjacentes têm mostrado numerosos linfócitos e macrófagos. Essas células mononucleares vistas na episclera e conjuntiva inflamada são capazes de liberar citocinas ⁷ que, por sua vez,

liberam fibroblastos corneanos. Estes últimos produzem enzimas, como a colagenase, que podem degradar a matriz extracelular ⁷. Baseado nisso é que realizou-se a exérese da conjuntiva adjacente ⁸, procedimento que pode diminuir o acesso de neutrófilos e suas enzimas colagenolíticas para a área de inflamação e ulceração. O uso de inibidores da colagenase, embora discutível, pode retardar a progressão dessas lesões ⁷. No caso relatado foi indicado uso de vibramicina sistêmica e medroxiprogesterona tópica, como inibidores da colagenase.

Ceratite ulcerativa periférica e esclerite necrosante em paciente com Artrite Reumatóide geralmente indicam envolvimento vascular a nível sistêmico ^{9,10}. Muitos desses pacientes, quando não tratados agressivamente através de imunossupressão sistêmica, evoluem para o óbito em 5 anos devido às manifestações sistêmicas da vasculite ^{5,11}. Portanto, oftalmologistas e reumatologistas devem estar atentos ao envolvimento sistêmico e as implicações desse tipo de lesão ocular.

SUMMARY

Peripheral ulcerative keratitis and necrotizing scleritis are reported after ocular trauma or surgery. We report a case of a Rheumatoid Arthritis patient that presented with a progressive marginal furrow after extracapsular cataract extraction. The treatment included conjunctival resection and organic glue, collagenase inhibitors, bandage contact lens and systemic

immunosuppression. Peripheral ulcerative keratitis can be the initial or a late manifestation of Rheumatoid Arthritis, a vascular systemic disease with a death potential that require an adequate approach of these patients.

Key Words: peripheral ulcerative keratitis, Rheumatoid Arthritis, cataract surgery

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DE LA MAZA, M. S.; FOSTER, C. S. - Necrotizing scleritis after ocular surgery. *Ophthalmology* 98: 1720, 1991.
2. ARNETT, F. C.; EDWORTHY, S. M.; BLOCH, D. A. et al. - The American Rheumatism Association revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 31: 315, 1988.
3. THOMPSON, M.; EADIE, S. - Keratoconjunctivitis sicca and rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 5: 21, 1971.
4. FOSTER, C. S.; FORSTOT, S. L.; WILSON, L. A. - Mortality rate in rheumatoid arthritis patients developing necrotizing scleritis or peripheral ulcerative keratitis. *Ophthalmology* 91: 1253, 1984.
5. FOSTER, C. S. - Immunosuppressive therapy for external ocular inflammatory disease. *Ophthalmology* 87: 140, 1980.
6. DE LA MAZA, M. S.; TAUBER, J. FOSTER, C. S. - Scleral grafting necrotizing scleritis. *Ophthalmology* 96: 306, 1989.
7. DAYER, J-M; RUSSEL, R. G. G.; KRANE, S. M. - Collagenase production by rheumatoid synovial cells: Stimulation by a human lymphocyte factor. *Science* 195: 181, 1977.
8. FINI, M. E. - Non-coordinate regulation of the expression of secreted metalloproteases in corneal epithelial/stromal fibroblasts. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* 30 (ARVO Suppl): 423, 1989.
9. JAYSON, M. I.; JONES, DE. - Scleritis and rheumatoid arthritis. *Ann Rheum. Dis.*, 30: 343, 1971.
10. WILLIAMS Jr., R. C. - Adult and juvenile rheumatoid arthritis. In: Parker CW, ed. *Clinical Immunology*. Philadelphia: WB Saunders, 713, 1980.
11. WATSON, P. G.; HAYREH, S. S. - Scleritis and episcleritis. *Br. J. Ophthalmol.*, 60: 163, 1976.