

Endoftalmite micótica endógena: aspectos clínicos e histopatológicos de 3 casos

Endogenous mycotic endophthalmitis: clinical and histopathological aspects of 3 cases

Renato Augusto Neves⁽¹⁾
Moacyr Pezati Rigueiro⁽²⁾
Arnaldo Furman Bordon⁽¹⁾
Miguel Burnier Junior⁽³⁾

RESUMO

Aspectos clínicos e histopatológicos de 3 casos de endoftalmite micótica endógena são descritos. O primeiro paciente foi submetido a uma hemicolectomia, e fez uso de nutrição parenteral prolongada. Nos 2 outros casos, os pacientes eram diabéticos, sendo que o primeiro havia sido submetido a hemodiálise e o segundo não sabia ser diabético. O diagnóstico clínico não foi feito em nenhum dos casos, talvez pela aparência não usual dos casos: descolamento de retina, conjuntivite com sinéquia e catarata e coriorretinite exsudativa.

INTRODUÇÃO

Os fungos, considerados organismos saprófitas, mais recentemente passaram a ter um papel importante como agentes causadores de infecções, principalmente em condições oportunistas⁽¹⁾. Infecções oculares de origem endógena por estes agentes têm sido descritas, nas últimas 2 décadas, de maneira cada vez mais frequente. A maior sobrevivência de pacientes graves manipulados por técnicas invasivas ou imunocomprometidos parece explicar o aumento da incidência destas infecções. Reflexo desta condição foi o envio nos últimos meses de 3 casos de endoftalmite micótica endógena ao Registro Brasileiro de Patologia Ocular – Departamento de Anatomia Patológica e Disciplina de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina. Apesar de alguns aspectos típicos, em nenhum destes casos foi feita suspeita clínica. A não familiaridade com esta condição nos motivou a relatá-los, enfatizando as suas características e sinais sugestivos, e a discutir a pato-

gênese do acometimento ocular, pois não só o oftalmologista como também médicos de outras especialidades devem estar atentos à possibilidade deste diagnóstico.

CASOS

Caso 1 – D.8367 – Pacientes de 34 anos do sexo masculino portador de megacolon chagásico, submetido a uma hemicolectomia esquerda. Fez uso de nutrição parenteral por 20 dias. Dois meses após começou a apresentar visão turva em olho esquerdo. Ao exame ocular, apresentava coriorretinite exsudativa, tendo sido investigada a etiologia através de exames laboratoriais para toxoplasmose, toxocaríase e tuberculose, com resultados negativos e cultura de câmara anterior negativa. Apresentou perda visual progressiva e 4 meses após foi diagnosticado descolamento de retina total. Por início de dor de forte intensidade e intratável, foi enucleado 2 meses depois.

Ao exame anátomo-patológico constataram-se: presença de desco-

Registro Brasileiro de Patologia Ocular – Departamento de Anatomia Patológica – Departamento de Oftalmologia – Escola Paulista de Medicina

⁽¹⁾ Residente do Departamento de Oftalmologia – EPM

⁽²⁾ Pós-Graduando do Departamento de Anatomia Patológica – EPM

⁽³⁾ Prof. Adjunto – Doutor e Chefe do Departamento de Anatomia Patológica – EPM

lamento total de retina e gliose-reacional, estando o espaço vítreo preenchido por material hialino pardo e amorfo de consistência firme e endurecida.

Processo inflamatório granulomatoso com focos de necrose e supuração acometendo o corpo ciliar e a região retrocristalínea, com ruptura da cápsula. A coloração por P.A.S. revelou a presença de hifas de fungos.

Caso 2 – B87-9531 – Paciente do sexo masculino, 67 anos, portador de Diabetes Mellitus, tipo II, insulino-dependente, foi submetido a diálise por cateter de subclávia por nefropatia diabética. Três dias após apresentou visão turva em olho esquerdo que progressivamente evoluiu para olho vermelho e dor com irradiação hemisferiana esquerda. Ao exame ocular, apresentava no olho esquerdo edema bupalpebral e quemose conjuntival intenso, edema corneano, atalâmia e sinéquia de 360°, catarata, pressão intra-ocular de 50mmHg. Olho direito normal. Evoluiu para glaucoma absoluto e enucleação.

Exame Anátomo-patológico: câmara anterior preenchida por material amorfo, friável e acinzentado. Massa friável, amarelo-acinzentada, preenchendo a câmara vítreo. Não

havia sinais de descolamento de retina.

Íris, com neovascularização e infiltrado leucocitário. Na periferia do corpo ciliar notava-se intensa vacuolização do citoplasma das células epiteliais. A câmara vítreo estava preenchida por exsudato de neutrófilos, onde identificaram-se estruturas P.A.S. positivas e que se impregnavam por Prata Metenamina, com características de hifas e esporos de fungos. A retina estava totalmente desorganizada com exsudato de leucócitos e obstrução vascular. A coróide mostrava infiltrado leucocitário, além de congestão acentuada e focos de hemorragia, notando-se formação de granulomas e ainda presença de capilares e arteríolas com paredes espessadas.

Caso 3 – D.8255 – Paciente do sexo masculino, de 55 anos, com queixa de visão turva extra-ocular. Ao exame apresentava hiperglicemia de 220 mg/dl, não sabendo ser diabético. Piora do quadro, amaurose e dor intratável, levou à enucleação.

Exame Anátomo-patológico: desorganização vítreo e descolamento total de retina com intensa supuração onde indenticavam-se estruturas semelhantes a esporos e hifas de fungos. Havia ainda catarata e hemorragia vítreo.

DISCUSSÃO

Não encontramos na literatura nacional nenhum caso descrito de infecções oculares por fungos de origem endógena mas, comparados à internacional, nossos casos são ilustrativos.

A patologia pode incidir em qualquer idade, e sem predileção por sexo⁽²⁾. Fatores predisponentes têm sido enfatizados pela literatura.

O principal é o uso de antibióticos de largo espectro⁽³⁾, podendo haver a proliferação de fungos em pacientes em uso de antibioticoterapia. Em nosso primeiro caso, antibioticoterapia profilática foi utilizada no intra e pós-operatório.

O segundo fator predisponente é a realização de cirurgias. Principalmente, cirurgias de ressecção ou reparo intestinal, a exemplo do nosso caso 1, submetido a uma hemicolectomia. A manipulação direta de alças intestinais, focos de fungos que podem estar proliferados secundariamente a antibioticoterapia, principalmente CANDIDA SP, parece explicar sua presença na circulação. A administração parenteral de substâncias, principalmente soluções de glicose⁽⁴⁾ e o uso de drogas injetáveis por toxicômanos⁽⁵⁾ são também apontados como fatores predisponentes. O preparo e a administração



Figura 1

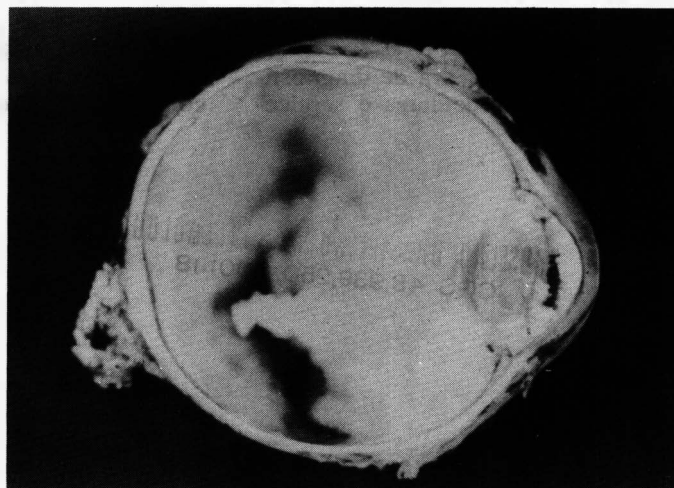


Figura 2

de substâncias para nutrição parenteral – caso 1 – exigem alto grau de assepsia, já que são uma porta direta para a circulação, levando a infecções sistêmicas. No caso 2, o paciente foi submetido a diálise, e a contaminação do cateter nos parece a principal explicação para o quadro.

Nossos últimos dois pacientes têm como quadro de base Diabetes Mellitus. A doença pode ser considerada como imunodepressora, e está muitas vezes associada à presença de fungos em condições oportunistas. Mac Lean 1963⁽⁶⁾ enfatizou a presença de candidíase genitourinária associada a infecção ocular, tendo ainda observado a regressão da inflamação com o tratamento da infecção urinária. Michelson 1972⁽⁷⁾, em 29 casos revistos, verifica que um terço dos pacientes são imunocomprometidos, 3 dos quais com Diabetes, e metade dos pacientes tem um foco específico de candidíase: boca, trato genitourinário, pele e trato respiratório. Além de doenças imunossupressoras como neoplasias, alcoolismo, desnutrição, síndrome da imunodeficiência adquirida, cirrose hepática e sarcoidose, o uso de drogas imunossupressoras para pacientes transplantados e corticosteróides está muito associado às infecções oculares, já que comprometem a imunidade celular, mecanismo de defesa contra os fungos. Edwards⁽²⁾ observou que 54% fizeram uso de corticoterapia e 6 pacientes de drogas imunossupressoras ou radioterapia.

A principal maneira de diagnosticar as infecções oculares e septicemia

por fungos é oftalmoscopia indireta^{(2) (8)}, como foi por nós observado em todos os 3 casos. O aspecto oftalmoscópico mais comumente descrito é a presença de exsudatos múltiplos, branco algodoados, circunscritos com bordas filamentosas e elevadas na coriorretina, estendendo-se ao vítreo, podendo comprometerlo^(2,8,9). Apesar de atípicos, hemorragias, manchas de Roth, uveíte anterior, hipópio e descolamento de retina também são referidos. Curiosamente, nos nossos 3 casos o aspecto mais usual não se apresentou. No caso 1, a patologia se apresentou como coriorretinite, no caso 2, como descolamento de retina e no último como endoftalmite, glaucoma secundário e catarata.

O acometimento ocular em septicemia fúngica parece ser de 85% e aproximadamente metade dos pacientes apresentam hemocultura positiva para *Candida*, porém muitas vezes esse resultado é descartado como consequência de contaminação⁽⁹⁾.

Pacientes graves manipulados e imunocomprometidos têm uma grande possibilidade de ser acometidos por infecções oculares por fungos. Oftalmologistas e médicos de outras especialidades devem estar atentos a estes pacientes e examiná-los sistematicamente ou à mínima queixa. A simples oftalmoscopia pode diagnosticar precocemente uma endoftalmite micótica endógena, e contribuiria para a manutenção das condições oculares do paciente.

SUMMARY

Clinical and histopathologic features of three cases of endogenous micotic endophthalmitis are reported. The first patient was submitted to intestinal surgery, using parenteral nutrition. The two others had diabetes, one of them underwent hemodialysis. The second had no complaints. The clinical diagnosis was not achieved in any of the cases, perhaps because of the unusual signs: retinal detachment, conjunctivitis with sinequia and cataract, and exsudative chorioretinitis.

BIBLIOGRAFIA

1. Bernhardt, H.E., Orlando, J.C., Benfield, J.R., Hirose, F.M., Foos, R.Y.: Disseminated candidiasis in surgical patients. *Surg. Gyn. and Obst.*, 134: 819, 1972.
2. Edwards, J.E., Foos, R.Y., Montgomery, J.Z., and Guze, L.B.: Ocular manifestations of *Candida* septicemia: Review of seventy-six cases of hematogenous *Candida* endophthalmitis. *Medicine* 53: 47, 1974.
3. Selling, M.S. The role of antibiotics in a pathogenesis of *Candida* infections. *Am. J. Med.* 40: 887, 1966.
4. Freeman, J.B.: *Candida* ophthalmitis associated with intravenous hyperalimentation. *Arch. Surg.*, 108: 237, 1974.
5. Getnik, R.A. and Rodrigues, M.M.: Endogenous fungal endophthalmitis in a drug addict. *Am. J. Ophthalmol.* 77: 680, 1974.
6. Mac Lean, J.M. Oculomycosis. *Am. J. Ophthalmol.* 56: 537, 1963.
7. Michelson, P.E., Start, W., Reeser, F., and Green, W.R. Endogenous *Candida* Ophthalmitis. *Int. Ophthalmol. Clin.* 11: 125, 1971.
8. Fold, P.I., and Trounce, J.R. Immunological aspects of *Candida* infections complicating steroid and immunosuppressive drug therapy. *Lancet* 2: 1112, 1970.
9. Ramsey, M.S., and Willis, N.R. Endogenous *Candida* Endophthalmitis. *Can. J. Ophthalmol.* 7: 126, 1972.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA
CGC 48.939.250/0001-18