

Esclerite posterior

Posterior scleritis

Paulo Bernardo Ferreira Rebelo¹ <https://orcid.org/0000-0003-2332-7463>
Carolina de Villa Nova Japiassu¹ <https://orcid.org/0000-0002-4635-4766>
Felipe Medeiros² <https://orcid.org/0000-0002-4665-9543>
Hilton Arcoverde Gonçalves de Medeiros¹ <https://orcid.org/0000-0003-0074-7748>
João Eugênio Gonçalves de Medeiros³ <https://orcid.org/0000-0002-4910-7365>

RESUMO

Esclerite Posterior (EP) é uma inflamação do segmento escleral posterior, de etiologia inflamatória ou infecciosa, pouco diagnosticada, com evolução rápida, progressiva e irreversível com severo comprometimento visual, principalmente se o diagnóstico e o tratamento da (EP) não forem realizados a tempo hábil. A dor ocular, dor à movimentação ocular, cefaléia e embaçamento visual são os principais sinais e sintomas. Pode ser de causa Idiopática ou associada a doença sistêmica em até 45% dos casos. A Artrite Reumatoide é descrita como a associação mais comum. Causas infecciosas podem estar presentes tais como: Herpes Simples, Herpes Zoster Oftálmico, Sífilis e Tuberculose. A bilateralidade pode ocorrer em até 35% dos casos sendo mais prevalente em mulheres a partir da quinta década de vida.

Descritores: Esclerite; Esclera; Fundo de olho; Segmento posterior do olho; Dor; Feminino

ABSTRACT

Posterior Scleritis (PS) is an inflammation of the posterior scleral segment, of low inflammatory or infectious etiology, with a rapid, progressive and irreversible evolution with severe visual impairment, especially if the diagnosis and treatment of (PS) are not performed in time skillful. Ocular pain, eye movement pain, headache and visual haze are the main signs and symptoms. It can be of idiopathic cause or associated with systemic disease in up to 45% of the cases. Rheumatoid arthritis is described as the most common association. Infectious causes may be present such as: Simple Herpes, Ophthalmic Herpes Zoster, Syphilis and Tuberculosis. Bilaterality can occur in up to 35% of cases being more prevalent in women from the fifth decade of life.

Keywords: Scleritis; Sclera; Fundus oculi; Posterior segment of the eye; Pain; Female

¹ Clínica de olhos Dr. João Eugênio, Brasília, DF, Brasil.

² Curso Acadêmico de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

³ Serviço de Neuro-Oftalmologia da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, Associação das Pioneiras Sociais, Brasília, DF, Brasil.

Trabalho realizado na Clínica de Olhos Dr. João Eugênio, Brasília, DF.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido para publicação em 17/04/2018 - Aceito para publicação em 22/08/2018.

INTRODUÇÃO

A esclerite posterior (EP) é uma inflamação do segmento escleral posterior, de etiologia inflamatória ou infecciosa, pouco diagnosticada e com frequência tratada tardiamente, podendo, dessa forma, comprometer a visão e levar a cegueira.⁽¹⁾

A dor ocular, dor à movimentação ocular, cefaléia e embaçamento visual são os principais sinais e sintomas. A Esclerite Anterior (EA) está presente em 43% dos casos se manifestando como hiperemia, fotofobia e lacrimejamento, sendo um importante sintoma nosológico. Possui evolução rápida, progressiva e irreversível com severo comprometimento visual, principalmente se o diagnóstico e o tratamento da (EP) não forem realizados a tempo hábil, causando danos catastróficos às estruturas nobres oculares. A bilateralidade pode ocorrer em até 35% dos casos e com recorrência freqüente. A freqüência da EP na infância e adultos jovens é baixa, sendo mais prevalente no sexo feminino, com idades entre 40 e 59 anos.⁽²⁾

A associação entre EA e EP ocorre principalmente na forma difusa, e pode ser de causa Idiopática ou associada a doença sistêmica em até 45% dos casos.^(3,4)

A Artrite Reumatoide é descrita como a associação mais comum. Causas infecciosas podem estar presente tais como: Herpes Simples, Herpes Zoster Oftálmico, Sífilis e Tuberculose. Doença reumatologia como o Lúpus Eritematoso Sistêmico e Vasculites Sistêmicas como a Granulomatose de Wagner, Poliarterite Nodosa, Arterite de células gigantes e doenças inflamatórias intestinais como Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn.⁽⁵⁾

O diagnóstico diferencial inclui patologias como: Glaucoma de ângulo fechado, pregas de coróide, edema de disco óptico, descolamento seroso da retina, descolamento da coróide, exsudação sub-retiniana, tumor intraocular e efusão uveal.⁽⁶⁾

Uma abordagem multidisciplinar é recomendada, através da avaliação da clínica geral, realizando um bom interrogatório dos sistemas e avaliação laboratorial, além do acompanhamento com reumatologista, muito aconselhável para cooperação diagnóstica e tratamento.

Nosso objetivo é descrever um caso de uma paciente de 59 anos com quadro de Esclerite posterior sem doença sistema associada.

RELATO DE CASO

IAR, feminina, 59 anos, branca, iniciou quadro de dor ocular em olho direito (OD) há 1 mês, tendo sido examinada em outros dois serviços oftalmológicos por especialistas, sem diagnóstico preciso e sendo tratada como quadro de conjuntivite crônica e uveíte anterior.

Ao exame oftalmológico apresentava em OD Acuidade Visual LogMar 1,4, Reflexo fotomotores preservados, dor à motilidade ocular, tonometria de aplanção em 16mmHg (AO). Biomicroscopia normal. A fundoscopia do OD demonstrava presença de hiperemia papilar com hemorragias justa papilares, descolamento seroso de polo posterior, presença de alterações pigmentares, e manchas amareladas (Figura 1). Exame do OE completamente normal.

Ao exame de ultrassom evidenciava-se discreto descolamento de polo posterior, no entanto não se visualizou alterações como o sinal do T. (Figura 2).

A Tomografia de Coerência óptica (OCT) (Figura 3) revelava descolamento da retina neurosensorial. Na Angiofluoresceino-grafia (Foto 4) observava-se papiledema, hipofluorescência por bloqueio sugerindo edema a nível do complexo EPR/coriocapilar, e múltiplos pontos de extravasamento de corante a partir da coriocapilar.



Figura 1: Aspecto inicial do quadro.

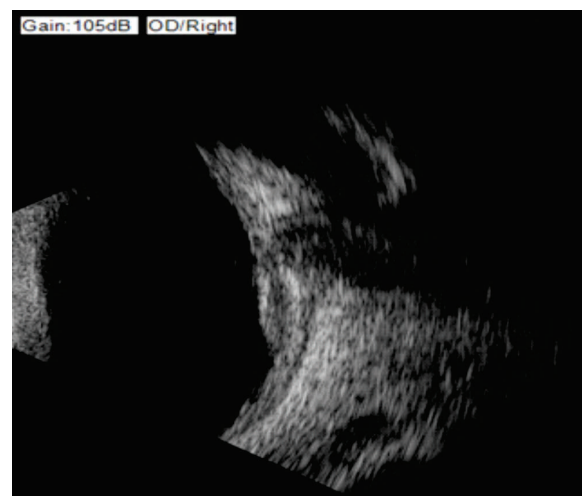


Figura 2: Evidenciando discreto descolamento de retina neurosensorial justa-papilar, sem o Sinal do T.



Figura 3: OCT revelando descolamento da retina neurosensorial.

Foram solicitados exames laboratoriais, mas estes não apresentaram alterações conclusivas. Assim foi instituído tratamento com corticoterapia, tipo pulsoterapia, sendo utilizado 500 mg de metilprednisolona como dose inicial e 125 mg a cada 48 hs por

10 dias, com redução gradual da dose de corticoide até sua remoção com 20 dias. Após 1 mês do início do tratamento, a paciente apresenta-se referindo melhora do quadro clínico. A acuidade visual era de LogMar 0,4 com resolução do processo inflamatório inicial, tanto em polo posterior, como do papiledema, persistindo algumas alterações pigmentares em polo posterior (Figuras 5, 6 e 7).

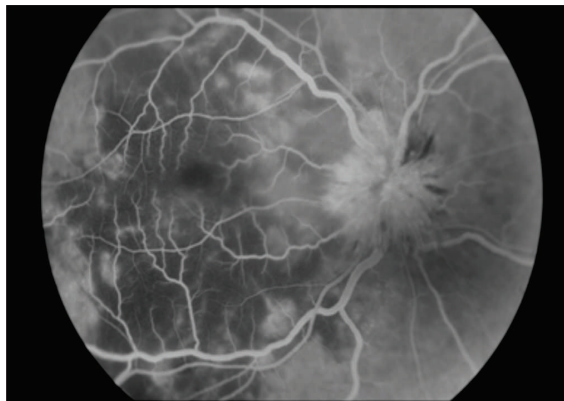


Figura 4: Angiofluoresceinografia inicial. observe grande edema de capas profundas.



Figura 5: Observe ausência do papiledema e resolução do processo inflamatório.

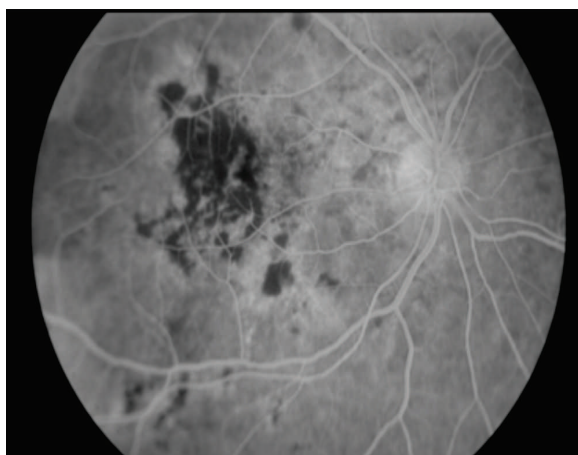


Figura 6: Angiofluoresceinografia evidenciando alterações pigmentares em polo posterior e ausência de papiledema.

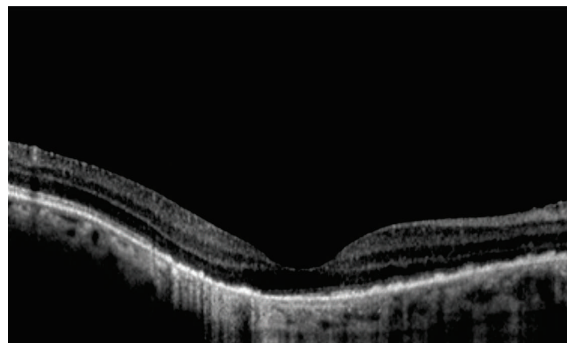


Figura 7: OCT evidenciando resolução total do descolamento de retina neuro-sensorial.

DISCUSSÃO

Quanto à classificação da Esclerite Posterior, segundo Watson (1976), é possível dividi-la em cinco tipos: anterior difusa, anterior nodular, anterior necrosante sem inflamação, anterior necrosante com inflamação e posterior. As formas nodulares, quando associadas a espessamento de retina e coróide, podem simular neoplasias intraoculares, como o melanoma de coróide.⁽⁷⁾

Na fundoscopia, a EP pode apresentar sinais clínicos variados sendo mais frequentes o descolamento seroso da retina, edema de disco óptico e infiltrados sub-retinianos. Outros achados são de vitreíte, descolamento anular da coróide, dobras coróides, massa sub-retiniana e os depósitos intra-retinianos esbranquiçados, os quais são semelhantes a exsudatos duros, além da exsudação subretiniana.

A ultrassonografia (US) normalmente fornece dados importantes para o diagnóstico, principalmente na ausência de sinais no fundo do olho. Uma alteração muito observada neste exame é o espessamento esclerocoroideano (espessamento da parede escleral posterior) e o sinal do T (fluido no interior da cápsula de tenon e na bainha do nervo óptico determinando pelo aspecto semelhante a uma letra T escura na ecografia).⁽⁸⁾ Porém a (US) da paciente em questão não revelou o clássico sinal do “T”.

O tratamento depende do correto diagnóstico, sendo o corticoide oral (prednisona - 1mg/kg/dia) a principal droga, em casos mais graves e não-responsivos a terapia convencional, são utilizados os imunossuppressores (azatioprina ou ciclosporina). A supressão a longo prazo se torna, muitas vezes, necessária, com a finalidade de prevenir recidivas, visando melhor controle do quadro ocular. Apesar do quadro agressivo, o correto tratamento pode evitar grandes perdas visuais, diminuindo as alterações das estruturas oculares.^(9,10)

CONCLUSÃO

O diagnóstico precoce e pronto tratamento da (EP), assim como o conhecimento sobre suas características clínicas e formas de apresentação são de extrema importância para um rápido diagnóstico. Por ser uma doença com muitos diagnósticos diferenciais, ela não deve ser esquecida como causa de inflamação de ocular, fundamentalmente por se tratar de uma doença potencialmente destrutiva.

REFERÊNCIAS

1. McKluskey PJ, Watson PG, Lightman S, Haybittle J, Restori M, Branley M. Posterior scleritis: clinical features, systemic associations and outcome in a large series of patients. *Ophthalmology*. 1999; 106(12):2380-6
2. Machado DO, Curi AL, Bessa TF, Campos WR, Oréfice F. Esclerite posterior: características clínicas, associação sistêmica, tratamento e evolução de 23 pacientes. *Arq Bras Oftalmol*. 2009;72(3):321-6
3. Parra AG, Miyazaki FH, Ribeiro RM, Gehlen ML, Skare, T. Análise de 29 casos de esclerite. Experiência de um serviço de Reumatologia. *Arq Bras Oftalmol*. 2010;73(3):250-3
4. La Maza MS, Molina N, Gonzales-Gonzales LA, Doctor PP, Tauber J, Foster CS. Clinical characteristics of a large cohort of patients with scleritis and episcleritis. *Ophthalmology*. 2012;119(1):43-50. Comment in: *Ophthalmology* 2012;119(8):1715-1715.e.1
5. Rajji VR, Palestine AG, Parver DL. Scleritis and systemic disease association in a community-based referral practice. *Am J Ophthalmol*. 2009;148(6):946-50
6. Akpek EK, Thorne JE, Qazi FA, Do DV, Jabs DA. Evaluation of patients with scleritis of systemic disease. *Ophthalmology*. 2004;111(3):501-6. Comment in: *Ophthalmology*. 2007;114(6):1232.
7. Machado DO, Curi AL, Fernandes RS, Bessa TF, Campos WR, Oréfice F. Esclerite: características clínicas, associação sistêmica, tratamento e evolução de 100 pacientes. *Arq Bras Oftalmol*. 2009;72(2):231-5
8. Medeiros, HAG; Medeiros, JE. In Abreu, Gustavo; *Ultra-sonografia ocular. Atlas e texto*. 3a ed. São Paulo: Cultura Médica; 2002. Cap. 13, p. 127-34.
9. Watson PG, Hazleman BL, Pavésio CE, Green WR. Clinical presentation of scleritis and episcleritis. In: Watson PG, Hazleman BL, Pavésio CE, Green WR. *The sclera and systemic disorders*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004.
10. abs DA, Mudun A, Dunn JP, Marsh MJ. Episcleritis and scleritis: clinical features and treatment result. *Am J Ophthalmol*. 2000;130(4):469-76

Autor correspondente:

Hilton Arcoverde Gonçalves de Medeiros
E-mail: clinicajoaoeugenio@yahoo.com.br