

Tuberculose ocular

Ocular tuberculosis

Veridiana Puppio Querido¹, Carlos Alexandre de Amorim Garcia², Kelly Fernandes de Paula Rodrigues¹, Paulo de Souza Segundo³

RESUMO

Relato de quatro casos de tuberculose ocular presumida, com comprometimento do segmento posterior em três destes casos. Nos dois primeiros casos, relata-se comprometimento do segmento anterior do olho e antecedente de tuberculose, em um caso sistêmica e no outro ocular. No terceiro caso, paciente apresenta lesão coriorretiniana no olho esquerdo. No quarto caso, descrita lesão serpiginosa-like. Os pacientes evoluíram favoravelmente com o tratamento específico. As lesões oculares da tuberculose são diversas e devemos continuar atentos a esta enfermidade.

Descritores: Tuberculose ocular/diagnóstico; Uveíte; Coroidite; Antibióticos antituberculose; Relatos de casos [Tipo de publicação]

¹ Residente em Oftalmologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal (RN), Brasil;

² Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN – Natal (RN), Brasil;

³ Fellow em Retina do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN – Natal (RN), Brasil.

Trabalho realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN – Natal (RN), Brasil.

Recebido para publicação em: 21/12/2007 - Aceito para publicação em 8/4/2008

INTRODUÇÃO

Atuberculose ocular é definida como uma infecção causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* no olho, ou em sua superfície. Nos casos de tuberculose sistêmica, a apresentação ocular ocorre entre 1 a 2%⁽¹⁾. Manifesta-se como doença primária, quando o olho é foco inicial da infecção, ou secundária, quando o acometimento ocular se dá por via hematogênica⁽²⁾.

É importante causa de uveíte, de apresentação clínica variada, como iridociclite crônica, coroidite focal ou multifocal, periflebite e ou pan-uveíte⁽³⁻⁴⁾.

Os principais fatores de risco são a raça negra, sexo masculino, idade, mais comum em crianças e idosos, baixo nível socioeconômico e algumas doenças sistêmicas como o diabetes mellitus, tumores, alcoolismo, Aids e silicose⁽⁵⁾.

RELATO DE CASOS

CASO 1

Masculino, 66 anos, apresentando baixa visual do olho direito (OD), hiperemia ocular e dor de aparecimento agudo. Passado de TB pulmonar tratada há 36 anos, sem outras co-morbidades. Acuidade visual (AV) no OD, 20/40 e no olho esquerdo (OE), 20/25. Na biomicroscopia do segmento anterior do OD, observava-se precipitados ceráticos (pKs) em gordura de carneiro, hipópio 2mm, células de câmara anterior (+3/+4) e sinéquias posteriores; OE com hiperemia leve e sem reação de câmara anterior. A biomicroscopia do OD revela vitreíte leve, sem foco de coriorretinite; do olho esquerdo, retina normal. Exames laboratoriais: PPD de 26mm; VDRL, VHS, RX de tórax, sorologia para toxoplasmose e citomegalovírus, anti-HIV sem significância clínica. Após seis meses de tratamento com rifampicina (600mg/dia), isoniazida (400mg/dia) e pirazinamida (2000mg/dia), houve resolução da inflamação ocular e acuidade visual no OD 20/25 e OE 20/20.

CASO 2

Masculino, 47 anos, queixa recente de hiperemia ocular e baixa de AV no OE. História de tratamento para tuberculose ocular em OD há nove anos. Acuidade visual do OD é de 20/20 e do OE de 20/60. Biomicroscopia de segmento anterior no OD sem alterações e no OE com hiperemia conjuntival leve, pKs em gordura de carneiro, flare e celularidade. Fundoscopia do OD com alteração pigmentar inferior e no OE, vitreíte moderada e coroidite em atividade. Exames laboratoriais: PPD de 20mm; VDRL e RX de tórax sem alterações. Iniciou-se tratamento específico para tuberculose. Após seis meses de tratamento específico para TB, o paciente apresentou melhora da AV, cicatriz na coróide e ausência de vitreíte.

CASO 3

Masculino, apresentava dor ocular, baixa da visão e hiperemia conjuntival do OE há dois meses. A acuidade visual do OD é de 20/20 e do OE de conta dedos à 20cm. Biomicroscopia do segmento anterior do OD apresentase sem alterações e do OE presença pKs em gordura de carneiro, pigmentos de íris dispersos em cristalino e sinéquias posteriores. Fundoscopia com cicatriz de coriorretinite em região temporal inferior antiga no OD e no OE vitreíte severa. Iniciado, na ocasião, tratamento específico para toxoplasmose ocular, associado à prednisona, 40mg/dia. Exames laboratoriais: PPD de 20mm; VDRL, RX de tórax, sorologia para toxoplasmose, anti-HIV sem significância. Após 30 dias, não ocorrendo melhora, foi iniciado tratamento específico para TB. Após dois meses de tratamento, verificou-se AV de 20/160 no OE. Fundoscopia do mesmo olho revelou traves vítreas, vitreíte moderada, e coroidite cicatrizada.

CASO 4

Feminino, com queixa de baixa da AV do olho esquerdo. No OD, AV de 20/60 e no OE de conta dedos. Biomicroscopia do segmento anterior sem alteração em ambos os olhos. Fundoscopia do OD, com seqüela de trombose de ramo temporal inferior no olho direito e atrofia do EPR na região macular. No OE, vitreíte e atrofia peridiscal (lesão serpiginosa-like). Na angiofluoroceinografia do OD, trombose de ramo venoso antigo em região temporal inferior e no OE, hiperfluorescência transmitida por atrofia do epitélio pigmentar e coriocapilar na região peridiscal e hiperfluorescência por vazamento sugestiva de coroidite serpiginosa em atividade. Exames laboratoriais: PPD de 15mm e VHS de 30mm. Iniciou-se tratamento específico para tuberculose. Seis meses após tratamento, cicatriz serpiginosa-like e focos de coroidite na região inferior em OE, e sem reação inflamatória (Figura 1).

DISCUSSÃO

A falta de uniformidade no critério diagnóstico para TB ocular, tanto em pessoas imunocompetentes ou imunodeprimidos, tem contribuído para muita confusão no diagnóstico e tratamento desta doença⁽⁴⁾.

A tuberculose ocular possui diversas manifestações clínicas, podendo mimetizar formas distintas de uveíte, dificultando seu diagnóstico⁽⁶⁾.

O diagnóstico de TB ocular é baseado em achados clínicos e epidemiológicos, levando-se em conta a história de contato com doentes, radiografia simples de tórax, antecedentes familiares e um estudo criterioso do PPD. Assim como, a não resposta ao tratamento com esteróides, achados negativos para outras causas de uveítes e resposta à quimioterapia antituberculosa⁽⁷⁾.

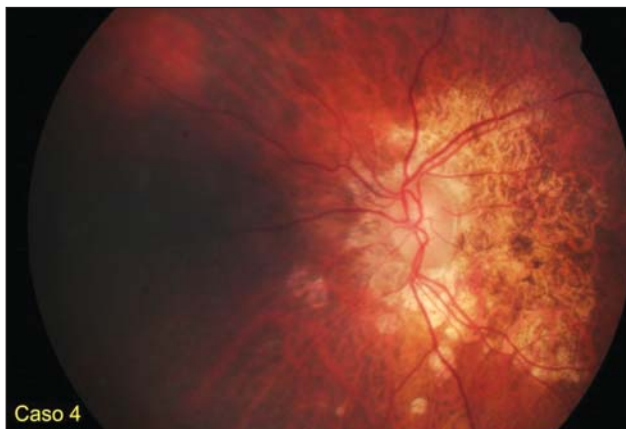


Figura 1: Cicatriz serpiginosa-like associada a focos inferiores em OE

O teste tuberculínico pode ser na forma do Mantoux ou teste Heaf e para interpretação do resultado é necessário conhecimento da história de vacinação com BCG, exposição à micobactéria não tuberculosa, e estado imunológico^(2,6).

Os autores relatam quatro casos de TB ocular presumida, no ano de 2006, em pacientes imunocompetentes. Apresentação clínica variada, caso 1 e 2, uveíte granulomatosa anterior, e manifestações no segmento posterior nos casos 2, 3 e 4.

Nos quatro casos, o diagnóstico presumido de TB ocular foi fortalecido pela melhora clínica após tratamento específico, bem como, o relevante papel do PPD, forte reator em todos.

A uveíte anterior é tipicamente granulomatosa⁽²⁾, como nos casos 1 e 2, e no segmento posterior, pode apresentar coroidite focal, coroidite multifocal, granuloma coroidiano e vasculite retiniana^(2,8).

No caso 4, foi observado alterações serpiginosa-like. Atualmente, sugere-se TB como uma de suas possíveis causas. O provável mecanismo de lesão seria a resposta inflamatória imunomediada que se manifesta clinicamente como coroidite multifocal progressiva ou difusa, mimetizando uma coroidite serpiginosa⁽⁸⁾.

A tuberculose ocular é uma doença rara, o diagnóstico precoce influencia diretamente o prognóstico, podendo evitar perda importante e permanente da visão. Portanto, deve-se investigar tuberculose em qualquer caso de uveíte⁽³⁾.

ABSTRACT

Report of four cases of presumed ocular tuberculosis, with involvement of the posterior segment in three cases. In the first and second case, report anterior involvement of the eye and antecedent of tuberculosis, in a systemic case and the other ocular. In the third case, patient presents

coriorretiniana lesion in the left eye. In the fourth case, report lesion serpiginosa-like. The patients underwent the treatment for tuberculosis. The ocular lesions of the tuberculosis are polymorphic and we must be aware of this disease.

Keywords: Tuberculosis, ocular/diagnosis; Uveites; Choroiditis; Antibiotics, antitubercular; Case reports [Publication type]

REFERÊNCIAS

- Costa DS, Silva RTS, Klejnberg T, Japiassu R, Turchetti R, Moraes Júnior HV. Tuberculose ocular: relato de casos. *Arq Bras Oftalmol.* 2003; 66(6):887-90.
- Varma D, Anand S, Reddy AR, Das A, Watson JP, Currie DC, et al. Tuberculosis: an under-diagnosed aetiological agent in uveitis with an effective treatment. *Eye.* 2006; 20(9):1068-73.
- Kanski JJ. *Oftalmologia clínica: uma abordagem sistemática.* 5a ed. São Paulo: Elsevier; 2004.
- Gupta V, Gupta A, Rao NA. Intraocular tuberculosis - an update. *Surv Ophthalmol.* 2007; 52(6):561-87.
- Helm CJ, Holland GN. Ocular tuberculosis. *Surv Ophthalmol.* 1993; 38(3):229-56.
- Gupta V, Gupta A, Arora S, Bambery P, Dogra MR, Agarwal A. Presumed tubercular serpiginouslike choroiditis: clinical presentations and management. *Ophthalmology.* 2003; 110(9):1744-9.
- Almeida SRA, Finamor LP, Muccioli C. Alterações oculares em pacientes com tuberculose. *Arq Bras Oftalmol.* 2006; 69(2):177-9.
- Oréfice F. Doenças inflamatórias da retina. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2003; 5(1):30-2.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Carlos Alexandre de Amorim Garcia
Departamento Oftalmologia - UFRN
Hospital Universitário Onofre Lopes
CEP-59075-250 - Natal - Rio Grande do Norte
E-mail: prontoc.de.olhos@digicom.br