

DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DA RETINA

Fernando Oréface*

As uveítes são divididas em dois pólos: as oriundas de patógenos infecto-parasitários e outro grupo relacionado com as doenças imunológicas. Essa divisão deve ser encarada como elemento fundamental para o diagnóstico, exames complementares, tratamento e prognóstico. Uma vez deletada qualquer possibilidade de uma doença infecto-parasitária, temos a autorização para pensarmos em doenças imunológicas.

Das doenças infecto-parasitárias o carro chefe é a toxoplasmose, que apresenta uma prevalência de 50% de todas as uveítes posteriores do tipo focal necrosante. Daí, o fato de termos mais cuidado na dissertação da mesma.

A toxoplasmose ocular tem como seu patógeno o *Toxoplasma gondii*, um parasita intracelular obrigatório cujo hospedeiro definitivo são os felídeos, principalmente o gato, o qual elimina os ocistos através das fezes que se espalham pelo solo e vão contaminar os lençóis de água, tornando-se hoje um dos veículos mais preocupantes na transmissão da toxoplasmose. Além disso, devemos salientar que carne mal cozida, frutas e verduras mal lavadas, ovos, sêmen e sangue são também elementos importantes na transmissão dessa doença.

Na população brasileira, a prevalência da sorologia positiva para toxoplasmose varia de 50% a 85%. É de suma importância lembrar que em nossa população 40% a 50% das mulheres em idade fértil terão a possibilidade de adquirir a doença durante a gravidez. A epidemiologia e a profilaxia é que vão diminuir sua incidência na gestação. A soroconversão de uma mulher grávida deve ser um fator de máxima preocupação e deve ser tratada de maneira rígida para que haja a possibilidade de se ter uma criança sem alterações quer oculares quer neurológicas.

Observou-se em estudos longitudinais que se a mulher for devidamente tratada na gravidez e o recém-nascido tratado durante um ano com o esquema clássico específico antiparasitário para toxoplasmose, tem-se a possibilidade de diminuir de 50% para 8% as alterações neuro-oculares.

A toxoplasmose pode se apresentar sob

duas formas: a congênita e a adquirida. Em ambas, a doença ocular pode ser concomitante com a doença sistêmica ou surgir tardiamente em relação à doença sistêmica. O tratamento deve ser dirigido através do esquema clássico antiparasitário, o qual possibilita uma involução rápida e recaída e recidiva pouco frequentes.

Figuras 1, 2, 3 e 4. Involução da lesão toxoplasmática com o tratamento específico.

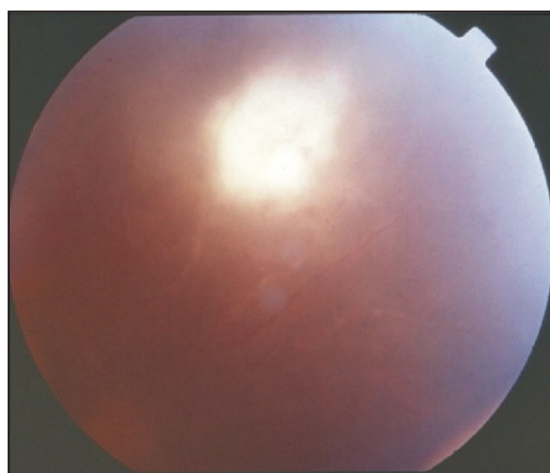


Figura 1. Antes do tratamento: lesão ativa na fase inicial com margens difusas.

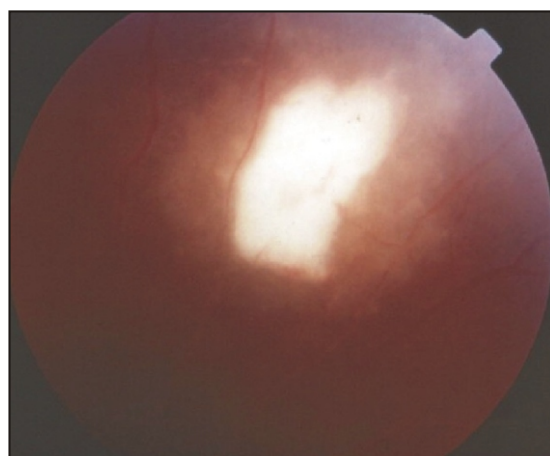


Figura 2. Primeira semana após o início do tratamento: lesão em atividade.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 5, n. 1, p. 30-32, 2003

* Professor Titular de Oftalmologia - UFMG.

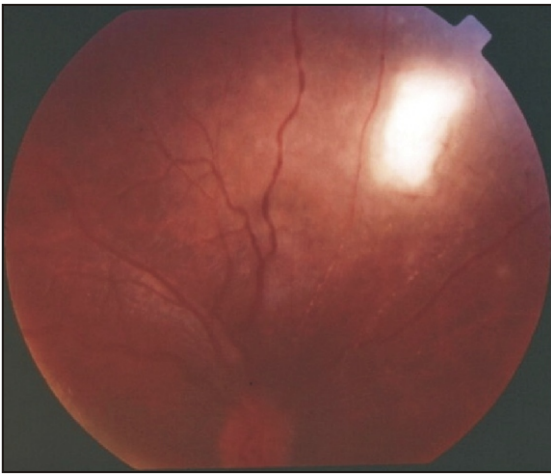


Figura 3. Segunda semana: lesão em regressão.

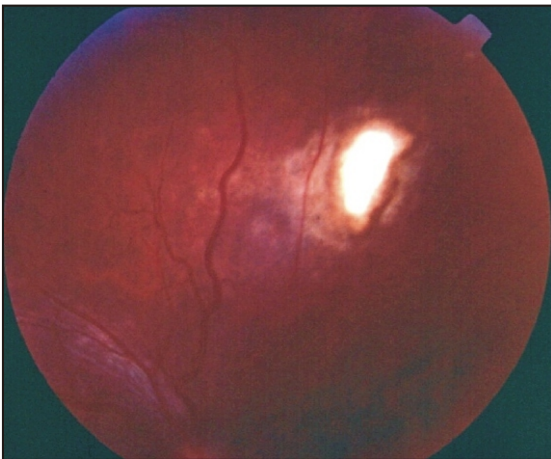


Figura 4. Terceira semana: lesão retinocoroidiana cicatrizada.

Como patógenos também importantes nos processos inflamatórios retinianos temos os vírus quer no paciente imunocompetente, quer no imunodeficiente. Os vírus mais frequentes são os Citomegalovírus, Herpes Simples e Herpes Zoster. Essas viroses levam a um quadro dramático de necrose retiniana difusa que deve ser diagnosticada precocemente para uma terapia antiviral emergencial, pois assim, teremos algumas chances no sucesso do tratamento da doença.

Em seguida, com frequência temos a toxocaríase sob a forma de granuloma ou de neuroretinite subaguda unilateral difusa (DUSN), doença que apresenta uma incidência grande na região Nordeste do País, sendo diagnosticada através da presença de larva que deve ser destruída por laserterapia ou anti-helmíntico. Se não for tratada de maneira exuberante, teremos a perda total da função

visual.

A seguir, temos a tuberculose, que na nossa população deve ser reconhecida, pois somos potencialmente tuberculosos. A tuberculose ocular é de difícil diagnóstico, para tanto temos que utilizar uma série de requisitos como idade, sexo, raça, história de contato com doentes, radiografia simples de tórax, antecedentes familiares e um estudo criterioso do PPD. Acima de 25 mm deve ser muito bem estudado para que sirva de orientação para o tratamento tuberculostático.

A sífilis é uma doença de transmissão sexual e sua curva de ascensão está a cada dia mais preocupante. O diagnóstico é sempre realizado através dos testes correlatos ao *Treponema pallidum* (quer no soro, quer no líquor). O tratamento deve ser rigoroso e obedecer aos critérios da Organização Mundial de Saúde.

Os fungos são patógenos que raramente trazem problemas de retinite ocular, porém devemos estar sempre atentos a essa possibilidade em pacientes imunodeficientes ou imunocompetentes que estão em esquema de alimentação parenteral. O fungo mais frequentemente encontrado é a *Candida sp.*

Para terminarmos, não devemos nos esquecer da esquistossomose mansônica e da cisticercose.

No grupo das doenças imunológicas temos como exemplos as síndromes de Vogt-Koyanagi-Harada, doença de Behcet, uveítes intermediárias e as coroidites, todas levando a processos inflamatórios retinocoroidianos. É necessário o estudo constante do segmento posterior nas uveítes reumáticas, pois não é raro termos alterações retinianas no decurso dessas doenças imunológicas.

Nessa área da imunologia, temos de ter a preocupação de fazer o diagnóstico o mais precocemente possível, pois são doenças bilaterais e que, frequentemente, atuam de maneira grave no pólo posterior. Uma vez feito o diagnóstico, a indicação terapêutica consiste no tratamento de drogas do tipo corticosteróides em altas doses acompanhados de imunossuppressores, quer seletivos ou não, tais como ciclosporina, azatioprina, infliximab, tacrolimus, daclizumab, rapamicina e micofenolato mofetil entre outros.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Oréfice F. Uveíte. Clínica e Cirúrgica. Volumes I e II. Editora Cultura Médica, Rio de Janeiro/RJ, 2000.