

Uveíte anterior hiperaguda e seu diagnóstico diferencial com endoftalmite endógena em paciente com sopro cardíaco – Um relato de caso

Hyperacute anterior uveitis and its differential diagnosis with endogenous endophthalmitis in a patient with a heart murmur – A case report

DOI:10.34117/bjdv7n1-034

Recebimento dos originais: 05/12/2020

Aceitação para publicação: 05/01/2021

Luciane Tsuji

Médica residente de Oftalmologia

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – HC-FAMEMA

Endereço: Rua Dr. Reinaldo Machado, 255, Fragata - Marília, SP, CEP: 17519-080
E-mail: luh_t@hotmail.com

Priscila Sonoda

Médica residente de Oftalmologia

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – HC-FAMEMA

Endereço: Rua Dr. Reinaldo Machado, 255, Fragata - Marília, SP, CEP: 17519-080
E-mail: pri.sonoda@hotmail.com

Ivan Pedro Cardeal

Médica residente de Oftalmologia

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – HC-FAMEMA

Endereço: Rua Dr. Reinaldo Machado, 255, Fragata - Marília, SP, CEP: 17519-080
E-mail: ivan_cardeal@hotmail.com

Débora Fardim Mota

Médica residente de Oftalmologia

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – HC-FAMEMA

Endereço: Rua Dr. Reinaldo Machado, 255, Fragata - Marília, SP, CEP: 17519-080
E-mail: debora.fardim@hotmail.com

Débora Yoshimatsu Izelli

Médica residente de Oftalmologia

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – HC-FAMEMA

Endereço: Rua Dr. Reinaldo Machado, 255, Fragata - Marília, SP, CEP: 17519-080
E-mail: deborayoshimatsu@gmail.com

RESUMO

As uveítes são caracterizadas por inflamação envolvendo principalmente o trato uveal, embora também possa ocorrer inflamação dos tecidos adjacentes, como retina, nervo óptico e humor vítreo¹. O diagnóstico é baseado na anamnese completa do paciente, exame oftalmológico e avaliação sistêmica e laboratorial pertinente. Além dos sinais clássicos, a presença de fibrina e hipópio auxilia no diagnóstico diferencial, pois estão presentes nas endoftalmites, uveítes associadas ao HLA-B27 ou condições neoplásicas. O tratamento, com uso de midríaticos/cicloplégicos e esteróides tópicos, é necessário para redução de sintomas e prevenção de complicações e, portanto, deve ser iniciado precocemente².

Palavras-chave: uveíte, hiperaguda, endoftalmite, hipópio, fibrina.

ABSTRACT

Uveitis is characterized by inflammation involving mainly the uveal tract, although inflammation of adjacent tissues, such as the retina, optic nerve and vitreous humor, can also occur. The diagnosis is based on the patient's complete anamnesis, ophthalmological examination and pertinent systemic and laboratory evaluation. In addition to the classic signs, the presence of fibrin and hypopyon helps in the differential diagnosis, as they are present in endophthalmitis, uveitis associated with HLA-B27 or neoplastic conditions. Treatment, with the use of mydriatics / cycloplegics and topical steroids, is necessary to reduce symptoms and prevent complications and, therefore, should be started early.

Keywords: uveitis, hyperacute, endophthalmitis, hypopyon, fibrin.

1 INTRODUÇÃO

As inflamações intra-oculares têm sido classificadas segundo vários critérios. Porém, o mais utilizado é o anatômico, pois permite não apenas a identificação do local primário do processo inflamatório, como também possibilita a elaboração dos diagnósticos diferenciais. A uveíte anterior aguda é o tipo mais comum, com incidência variável relatada em todo o mundo. Acomete predominantemente o segmento anterior do olho, incluindo a irite, ciclite anterior, iridociclite e a ceratouveíte. Na maioria das vezes, manifesta-se com graus variados de dor e hiperemia conjuntival, presença de células inflamatórias na câmara anterior e *flare*. Observa-se também discreta celularidade do corpo vítreo anterior. Em casos graves, pode estar associado ao aumento da pressão intra-ocular^{3,4}

O diagnóstico é baseado na anamnese completa do paciente, exame oftalmológico e avaliação sistêmica e laboratorial pertinente. Um diagnóstico diferencial importante, quando além dos sinais clássicos há também hipópio e fibrina, refere-se à endoftalmite endógena. Esta geralmente está associada a alguma comorbidade sistêmica, além da presença de outro foco infeccioso (endocardite, por exemplo), ou seja, ocorre quando o

microrganismo chega ao olho pela corrente sanguínea, atravessando a barreira hemato-ocular. As principais manifestações incluem hiperemia conjuntival, dor, redução da acuidade visual, hipópio, fibrina, edema de córnea e vitreíte^{5,6}.

Em relação ao tratamento da uveíte anterior hiperaguda, este baseia-se no uso de midriáticos/cicloplégicos e esteróides tópicos e é necessário para redução de sintomas e prevenção de complicações, como sinéquias e glaucoma. O corticóide tópico deve ser usado de forma intensa, dependendo da gravidade. Ocasionalmente, pode ser necessário o uso de corticóide periocular ou mesmo o uso de rápido curso de alta dose de esteróides sistêmicos⁷.

2 OBJETIVO

Este relato tem como objetivo descrever o caso de uma paciente com quadro grave de uveíte anterior hiperaguda unilateral, porém que inicialmente recebeu tratamento empírico para endoftalmite endógena, devido à presença de sopro cardíaco e febre. Apresentou evolução favorável, ressaltando-se a importância de uma anamnese completa e exame oftalmológico detalhado, bem como adequada investigação sistêmica e laboratorial, para início precoce do tratamento.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso, realizado a partir da consulta de prontuário médico nos arquivos do Serviço de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). O mesmo não apresenta riscos para o paciente, pois não há menção dos dados pessoais. Realizada revisão de literatura embasada em artigos nas principais bases de dados disponíveis.

4 CASO CLÍNICO

Paciente de 33 anos, sexo feminino, comparece ao Pronto Socorro Oftalmológico do Hospital da Faculdade de Medicina de Marília em 28 de outubro de 2019, com queixa de hiperemia, dor e baixa acuidade visual em olho direito (OD) há 4 dias. Negava comorbidades, cirurgias intraoculares, trauma, uso de medicamentos ou drogas ilícitas e outros antecedentes oculares. Ao exame oftalmológico, apresentava acuidade visual (AV) melhor corrigida de percepção luminosa positiva em OD e 20/20 em olho esquerdo. À biomicroscopia de OD, apresentava hiperemia conjuntival 2+/4+, câmara anterior formada (CAF) com presença de fibrina, pigmentos hemáticos e reação

inamatória (RI) de 4+/4+, flare, hipópio inferior de 0,5mm, íris em média midríase (Figura 1). Tonometria de OD: 16 mmHg. Fundoscopia de OD não foi possível avaliar. À ausculta cardíaca, presença de sopro. Prescrito tratamento com esteróide e cicloplégico tópicos e solicitados exames para investigação etiológica, bem como avaliação cardiológica. Ultrassonografia ocular evidenciou processo inflamatório ou hemorrágico em organização na cavidade vítrea e ausência de descolamento de retina. Exames laboratoriais (sorologias, prova tuberculínica, exames de triagem de doenças autoimunes e infecciosas, hemograma, urina I) e de imagem sem alterações. Após 2 dias da admissão, paciente referiu episódios de pico febril. Realizada internação hospitalar e antibioticoterapia parenteral empírica para endoftalmite endógena (ceftriaxone 2g/dia e vancomicina 2g/dia), conforme orientação da equipe de infectologia. Realizado ecocardiograma transtorácico pela equipe de cardiologia: ausência de sinais de endocardite (sopro fisiológico). Paciente iniciou melhora do quadro após 3 dias de tratamento. Após 5 dias, apresentava AV de 20/200 em OD e biomicroscopia com melhora da RI (2+/4+), resquício de fibrina em câmara anterior e sinéquias posteriores (Figura 2). Permaneceu internada por 8 dias. Iniciado corticoterapia via oral 50 mg/dia e mantido tratamento tópico. No dia 08 de novembro de 2019, apresentava AV de 20/25 em OD. Em sua última consulta, em 28 de janeiro de 2020, paciente sem uso de medicações. Ao exame, apresentava AV de 20/20 em ambos os olhos. Biomicroscopia sem alterações, exceto pela presença de pigmentos irianos em cápsula anterior do cristalino de OD. Fundoscopia sem alterações. Mantido acompanhamento ambulatorial.

Figura 1 – Biomicroscopia de OD à admissão

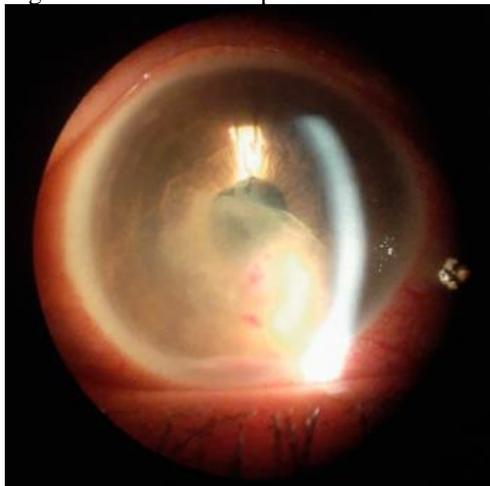
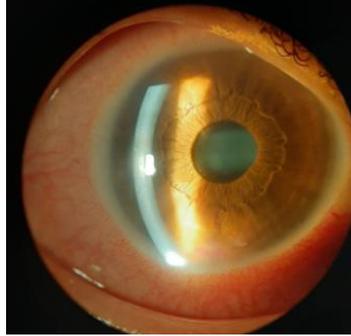


Figura 2 – Biomicroscopia de OD após 5 dias de tratamento



5 DISCUSSÃO

As uveítes constituem importante causa de morbidade e baixa acuidade visual. Além dos sinais clássicos, a presença de fibrina e hipópio auxilia no diagnóstico etiológico, pois estão presentes nas endoftalmites, uveítes associadas ao HLA-B27 ou condições neoplásicas². Como a paciente negou história de cirurgias prévias, traumas, uso de drogas intravenosas ou imunossupressão, porém apresentava sopro cardíaco e febre, iniciou tratamento para endoftalmite endógena. Afinal, devido à gravidade do quadro, é fundamental o diagnóstico correto e rápido da etiologia da doença, a fim de se instituir terapêutica apropriada e precoce. Após descartada essa hipótese, manteve tratamento para uveíte anterior hiperaguda, com uso de midriáticos/cicloplégicos e esteróides tópicos e sistêmicos, e a paciente apresentou boa evolução clínica.

6 CONCLUSÃO

Nos quadros de inflamação ocular, a avaliação clínica do oftalmologista é de suma importância no estabelecimento do diagnóstico. Os exames complementares devem ser solicitados de forma direcionada para determinados diagnósticos diferenciais e o tratamento deve ser iniciado precocemente, a fim de prevenir seqüelas e obter o melhor prognóstico visual possível.

REFERÊNCIAS

1. AGRAWAL R.V., MURTHY S., SANGWAN V., BISWUAS J. Current approach in diagnosis and management of anterior uveitis. *Indian J Ophthalmol.* 2010;58(1):11-9. Review.
2. EHLERS, J. P.; SHAH, C. P. Manual de doenças oculares do Wills Eye Hospital: diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. cap. 4, p. 358-363
3. PAVÉSIO, C.E.N. Uveítes. *Arq. Bras. Oftalmologia* 56, (2), 1993; 55-61
4. BIRNBAUM, A.D. et al. Bilateral Simultaneous Onset Nongranulomatous Acute Anterior Uveitis. *Arch Ophthalmol.* 2012, Vol. 130 (n 11).
5. SADIQ, M.A. et al. Endogenous endophthalmitis: diagnosis, management, and prognosis. *J Ophtalmic Inflamm Infect.* 2015; 5:32
6. NOVOSAD B.D., CALLEGAN M.C. Severe bacterial endophthalmitis: towards improving clinical outcomes. *Expert Rev Ophthalmol.* 2010;5(5):689–698.
7. KANSKI, Jack J. *Oftalmologia Clínica.* 5ª ed. Editora Elsevier.