

Hemorragia submacular secundária à toxoplasmose congênita

Submacular hemorrhage secondary to congenital toxoplasmosis

Ana Luiza Fontes de Azevedo Costa¹, Thiago Gonçalves dos Santos Martins²,
Francisco Javier Solano Moncada³, Mário Martins dos Santos Motta¹

RESUMO

Relatamos o caso de uma paciente com toxoplasmose congênita e hemorragia submacular por uma membrana neovascular submetida à injeção intravítrea de C3F8 e bevacizumabe, com boa recuperação visual.

Descritores: Toxoplasmose congênita/etiologia; Hemorragia retiniana/etiologia; Injeções intravítreas/efeitos adversos; Neovascularização retiniana/complicações; Inibidores da angiogênese; Tomografia de coerência óptica; Relatos de casos

ABSTRACT

We report the case of a patient with congenital toxoplasmosis and submacular hemorrhage caused by a neovascular membrane who underwent an intravitreal injection of C3F8 and bevacizumab, and had a good visual recovery.

Keywords: Toxoplasmosis, congenital/etiology; Retinal hemorrhage/etiology; Intravitreal injections/adverse effects; Retinal neovascularization/complications; Angiogenesis inhibitors; Tomography, optical coherence; Case reports

INTRODUÇÃO

A retinocoroidite é a manifestação mais comum da toxoplasmose congênita, sendo bilateral em 50 a 80% dos casos. Pode haver também comprometimento vascular retiniano e formação de membrana neovascular sub-retiniana, que pode se localizar na margem da lesão ou à distância, com artérias nutridoras saindo da cicatriz.⁽¹⁾

Relatamos o caso de uma paciente com toxoplasmose congênita complicada por membrana neovascular sub-retiniana e posterior hemorragia submacular, que, apesar de pouco frequente, pode ter consequências importantes devido à redução da acuidade visual, podendo, contudo, ser tratada com possibilidade de recuperação.

RELATO DO CASO

LSE, 18 anos, estudante, gênero feminino, procedente de São Paulo, compareceu ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 10 de fevereiro de 2010 relatando baixa acuidade visual do olho esquerdo há 1 semana. Apresentava diagnóstico de toxoplasmose ocular congênita desde os 15 anos.

Ao exame oftalmológico, apresentou acuidade visual com correção de conta dedos a 1m do olho direito e movimentos de mãos do olho esquerdo. A acuidade visual do olho esquerdo era de 20/20 sem correção, antes de desenvolver o episódio relatado, segundo dados coletados do prontuário. Com o intuito de documentação e auxílio diagnóstico, foram realizados exames de retinografia e angiofluoresceinografia (Figura 1). Em 18 de fevereiro de 2010, optou-se pela injeção intravítrea no olho esquerdo de 0,3mL de C3F8, com posição de cabeça voltada para baixo.

No primeiro dia após o procedimento, a paciente apresentou visão de 20/50 e deslocamento inferior da hemorragia submacular (Figura 2).

¹ Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Ana Luiza Fontes de Azevedo Costa – Rua Sacadura Cabral, 178 – Saúde – CEP: 20221-161 – Rio de Janeiro, RJ, Brasil – Tel.: (21) 3228-2209 – E-mail: luizafacosta@hotmail.com

Data de submissão: 17/12/2012 – Data de aceite: 5/12/2013

DOI: 10.1590/S1679-45082014RC2708

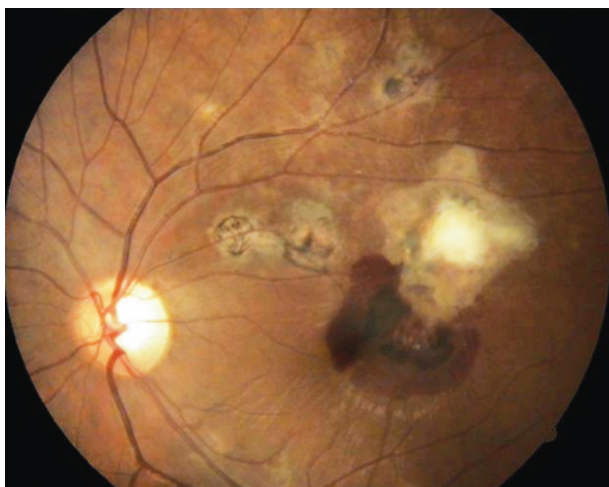


Figura 1. Área cicatricial com hemorragia submacular em olho esquerdo

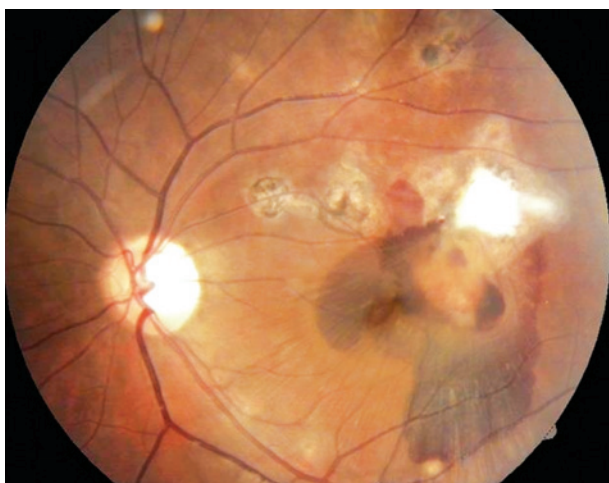


Figura 2. Primeiro dia após injeção intravítrea de C3F8

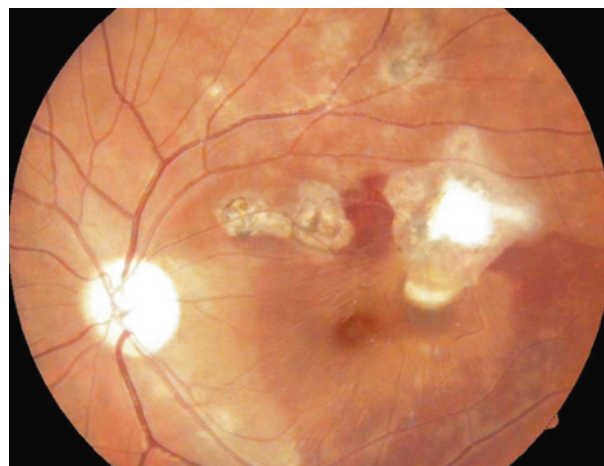


Figura 3. Uma semana após injeção intravítrea de C3F8



Figura 4. Uma semana após injeção intravítrea de bevacizumabe

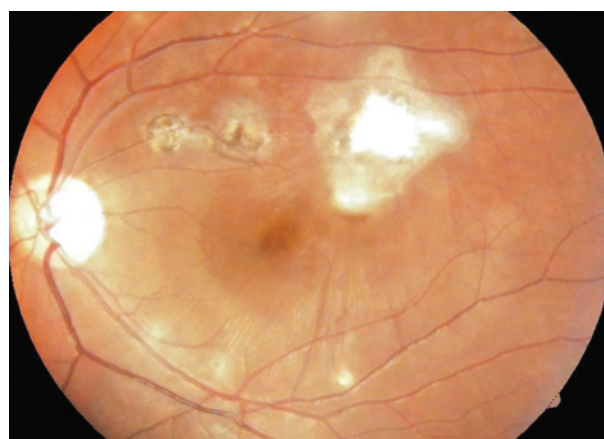


Figura 5. Seis meses após injeção intravítrea de bevacizumabe

No dia 25 de agosto de 2010, houve redução da acuidade visual para 20/200. Observou-se, à fundoscopia, absorção parcial da hemorragia, porém com edema macular (Figura 3). Diante desse quadro, optou-se, em 1º de março de 2010, por uma aplicação intravítrea de 0,1mL de bevacizumabe.

Uma semana após o procedimento, a paciente apresentou acuidade visual no olho esquerdo de 20/20, com maior redução da hemorragia submacular na retinografia e hiperfluorescência por impregnação da membrana neovascular, sem vazamento significativo. A tomografia de coerência óptica conferiu a presença de membrana neovascular à frente do epitélio pigmentar sem edema intrarretiniano significativo (Figura 4).

Após 6 meses de seguimento, a paciente manteve a acuidade visual no olho esquerdo de 20/20, sem sinais de atividade da membrana à fundoscopia nos exames de angiografia e OCT (Figura 5).

DISCUSSÃO

A membrana neovascular coroidiana é uma rara complicação da coriorretinite por toxoplasmose relacio-

nada à produção de fator de crescimento endotelial vascular.⁽²⁾

Considerando-se as causas de hemorragia submacular, estudos demonstraram que, quando secundária à degeneração macular relacionada a idade (DMRI), há um pior prognóstico visual do que aquelas secundárias a trauma, macroaneurisma ou toxoplasmose congênita.⁽³⁾

O tratamento com injeção intravítrea de ativador tecidual de plasminogênio em baixa dose (18 a 50mg) e 0,3mL perfluoropropano, com posição baixa de cabeça, por 3 dias, apresentou bons resultados em pacientes com hemorragia submacular secundária a DMRI.⁽⁴⁾

Existem estudos demonstrando que crianças com membrana neovascular apresentam melhor recuperação visual que adultos.⁽⁵⁾

Estudo com injeção intravítrea de C3F8 e bevacizumabe, como utilizado no caso relatado, demonstrou boa recuperação visual, provavelmente por retirar o sangue da região macular, diminuindo a toxicidade aos fotorreceptores.⁽⁶⁾ O sangue em contato com os fotorreceptores leva a edema dos mesmos após 1 hora de sangramento, ocasionando a uma destruição da camada nuclear externa em 2 semanas devido aos efeitos tóxicos do ferro presente na hemoglobina.⁽⁷⁾ O objetivo do uso de bevacizumabe é reduzir a permeabilidade vascular, provocando involução da membrana neovascular sub-retiniana.⁽⁶⁾

Outro método relatado na literatura para o tratamento de hemorragia submacular secundária à toxoplasmose congênita foi o uso de terapia fotodinâmica, o qual apresentou bons resultados.⁽⁸⁾

CONCLUSÃO

Apesar de infrequente, essa condição deve ser lembrada em pacientes com toxoplasmose congênita que já apresentavam cicatrizes e membrana sub-retiniana com boa acuidade visual, evoluindo com queda súbita da visão. A ausência de estudos comparativos com a evolução natural da membrana neovascular secundária à cicatriz de toxoplasmose ocular permite afirmar que o melhor tratamento seria o aqui relatado, por ser uma paciente jovem e com visão útil em somente um olho.

REFERÊNCIAS

1. Oréfice F, Santos VD, Oréfice JL. Toxoplasmose In: Oréfice F, Santos VD, Oréfice JL. Uveítes e oncologia ocular. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.131-56.
2. Benevento JD, Jager RD, Noble AG, Latkany P, Mieler WF, Sautter M, Meyers S, Mets M, Grassi MA, Rabiah P, Boyer K, Swisher C, McLeod R; Toxoplasmosis Study Group. Toxoplasmosis-associated neovascular lesions treated successfully with ranibizumab and antiparasitic therapy. *Arch Ophthalmol.* 2008;126(8):1152-6.
3. Berrocal MH, Lewis ML, Flynn HW Jr. Variations in the clinical course of submacular hemorrhage. *Am J Ophthalmol.* 1996;122(4):486-93.
4. Handwerker BA, Blodi BA, Chandra SR, Olsen TW, Stevens TS. Treatment of submacular hemorrhage with low-dose intravitreal tissue plasminogen activator injection and pneumatic displacement. *Arch Ophthalmol.* 2001;119(1):28-32.
5. Uemura A, Thomas MA. Visual outcome after surgical removal of choroidal neovascularization in pediatric patients. *Arch Ophthalmol.* 2000;118(10):1373-8.
6. Ferraz DA, Bressanim GL, Morita C, Takahashi WY. Injeção intravítrea de bevacizumab e gás C3F8 para tratamento da hemorragia submacular secundária degeneração macular relacionada à idade: relato de casos. *Arq Bras Oftalmol.* 2010;73(1):77-80.
7. Glatt H, Machemer R. Experimental subretinal hemorrhage in rabbits. *Am J Ophthalmol.* 1982;94(6):762-73.
8. Oliveira LB, Reis PA. Photodynamic therapy-treated choroidal neovascular membrane secondary to toxoplasmic retinochoroiditis. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2004;42(12):1028-30.