

Endotelite e ceratoneurite herpética

Endothelitis and herpetic keratoneuritis

Gisela Garcia¹, Iris de Souza Yamane², Yoshifumi Yamane³

RESUMO

Relatamos um caso de endotelite que se expressou inicialmente como uma ceratoneurite em pacientes usuários de lente de contato gelatinosa e de inadequado uso de solução salina. Trata-se de uma paciente de 41 anos, branca feminina, que se queixava de intensa dor no olho esquerdo e que ao exame biomicroscópico revelou edema corneano microcístico e ceratoneurite radial. Foram realizadas cultura e biópsia corneana e todos testes foram negativos. O tratamento com excelente resposta terapêutica reduziu o edema da córnea e aliviou a dor ocular consistiu de dexametasona 0,1% tópica sob a forma de pomada e acyclovir oral.

Descritores: Infecções oculares virais/etiologia; Lentes de contato hidrofílicas/efeitos adversos; Ceratite herpética/quimioterapia; Ceratite herpética/terapia; Edema da córnea; Relatos de casos [Tipo de publicação]

¹ Médica oftalmologista do Setor de Córnea e Doenças Externa do Hospital Municipal da Piedade – HMP - Rio de Janeiro (RJ) – Brasil;

² Pós-graduanda do Setor de Cirurgia Refrativa do Serviço de Oftalmologia da Universidade de São Paulo - USP – São Paulo (SP), Brasil;

³ Professor Regente da Disciplina de Oftalmologia, Chefe do Serviço de Oftalmologia do Hospital da Piedade - HMP - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil.

Recebido para publicação em: 8/3/2008 - Aceito para publicação em 20/6/2008

INTRODUÇÃO

As manifestações clínicas da doença herpética ocular são muito variáveis e o reconhecimento exato de cada forma clínica apresentada é de vital importância no tratamento de cada caso. As formas epiteliais, assim como as formas estromais, podem ser confundidas com outras ceratites dependendo do estágio em que forem diagnosticadas.

Trata-se do primeiro caso descrito na literatura brasileira de endotelite que se manifestou inicialmente com ceratite neural periférica devido a herpes vírus simples.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 41 anos foi examinada com sintomas de dor ocular intensa e fotofobia no olho esquerdo, com duração de um mês sem história prévia de doença sistêmica, trauma ou cirurgia ocular. Era usuária de lente de contato gelatinosa de uso diário, preservada em solução salina e freqüentemente dormia com as lentes.

Referiu uso de medicação tópica cetrolac de trometamina (Acular[®]), acetato de prednisolona (Oftpred[®]), aciclovir (Zovirax[®]), cloridrato de nafazolina (Claroft[®]) sob prescrição médica sem apresentar melhora clínica. A melhor acuidade visual corrigida no primeiro exame foi de 20/25 com refração manifesta de -2,50=-1,25x160.

Ao exame oftalmológico inicial apresentava hiperemia conjuntival discreta sem secreção ocular e injeção ciliar de +/4+. A córnea mostrou irregularidades epiteliais superficiais associadas a edema microcístico que corava com fluoresceína e espessamento neural periférico compatível com ceratoneurite radial (Figura 1).

Não havia reação de câmara anterior e o olho estava normotenso. Suspeitou-se clinicamente de ceratite por ameba sendo realizada pesquisa laboratorial através de raspado corneano e cultura que foram negativas. Os métodos utilizados foram Gram, Giemsa, Ágar chocolate e Sabouraud.

Foi realizada biopsia corneana que evidenciou edema estromal e ausência de cistos ou formas trofozoíticas. Nesse período o quadro biomicroscópico evoluiu com edema estromal circular e precipitados ceráticos (PKs) restritos à área do edema (Figura 2). Em face destes achados clínicos fez-se o diagnóstico presuntivo de ceratite herpética e iniciou-se o tratamento específico com antiviral.

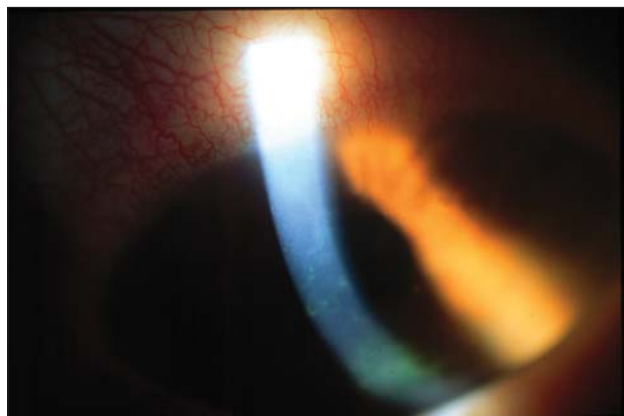


Figura 1: Ceratite epitelial superficial com edema microcístico e espessamento neural periférico

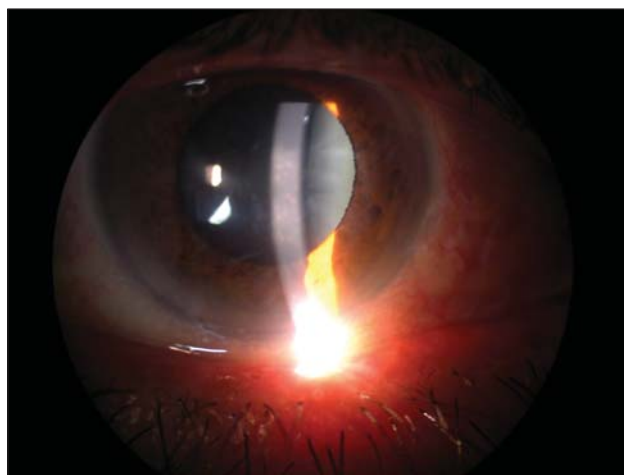


Figura 2: Aspecto corneano após a biópsia revela edema de córnea e discretos precipitados ceráticos

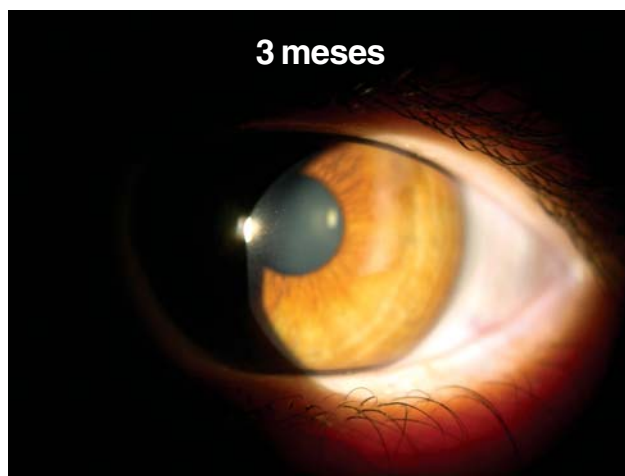


Figura 3: Leucoma corneano discreto na região da biópsia com resolução completa do processo inflamatório

O tratamento clínico foi feito com dexametasona 0,1% colírio de 3/3h, ciclopentolato colírio de 8/8h, duarsob colírio de 3/3h, aciclovir oral 800mg/dia durante 21 dias .

Evoluiu com melhora acentuada em 72 h, tanto do quadro álgico como no aspecto biomicroscópico com redução do edema estromal e do número de precipitados ceráticos. O corticóide tópico foi retirado gradualmente após 1 mês de tratamento. A lesão corneana evoluiu com resolução completa do quadro clínico em 3 meses, restando apenas um leucoma discreto na região paracentral correspondente a área biopsiada (Figura 3).

O resultado refracional final do olho esquerdo foi de 20/20 com lentes corretoras de $-1,75\text{esf} = -1,75 \times 180^\circ$.

DISCUSSÃO

A preocupação no diagnóstico etiológico de todas as lesões epiteliais dendritiformes, em usuários de lente de contato hidrofílica, mostram a necessidade de investigação laboratorial como meio propedêutico para o estabelecimento de um tratamento adequado⁽¹⁾, ao levar em conta que a lesão por *Acanthamoeba* pode expressar-se como uma ceratite dendrítica que mimetiza uma infecção por herpes simples⁽¹⁾.

Apesar de ser uma causa relativamente rara, a infecção corneana por *Acanthamoeba* pode levar a resultados visuais devastadores quando não diagnosticada e tratada precocemente. A ceratoneurite radial com dor severa e história sugestiva do uso de lente de contato associada ao uso de solução salina são dados importantes que sugerem este tipo de infecção⁽²⁾.

As formas estromais de ceratite herpética podem apresentar dificuldade diagnóstica principalmente quando sinais clínicos atípicos estão presentes. Estudos utilizando microscopia confocal verificaram espessamento de nervos e alterações dos ceratócitos em casos onde presumivelmente o edema estromal era de etiologia herpética^(3,4). Kim et al. (1997) relatam o comprometimento direto dos nervos em ceratite epitelial dendrítica em que a progressão e a replicação do vírus podem ocorrer através das células epiteliais basais ao longo dos nervos⁽⁵⁾. Isto poderia confirmar um quadro de ceratoneurite. A ceratite dendrítica epitelial costuma ser o primeiro achado clínico e após várias recorrências, o estroma corneano pode ficar afetado⁽⁵⁾. Normalmente a reação estromal está ausente ou é mínima e localizada às camadas superficiais nos casos de infecção epitelial. Não obstante, podem ocorrer casos de edema estromal e irite. Estes olhos são mais propensos à doença auto-imune recorrente.

O comprometimento estromal pode ser minimizado e o processo cicatricial evoluir de forma mais rápida quando o debridamento cuidadoso do epitélio infectado é realizado antes de se instituir a terapia antiviral. Este debridamento reduz o estímulo antigênico das camadas estromais mais profundas⁽⁶⁾.

Atualmente a doença estromal pode ser subdividida em 4 ou 5 categorias de acordo com o mecanismo patogênico. Os mecanismos onde Ag-Ac-C atuam, caracterizam a ceratite intersticial viral com anel imunológico e vasculite limbar.

A reação de hipersensibilidade tardia manifesta-se nas formas auto-imunes caracterizada pelos edema disciforme e endotelite. A endotelite está normalmente associada ao aumento da pressão intra-ocular.

A fisiopatogenia exata da endotelite no herpes simples é desconhecida⁽⁷⁾. Nesses casos muitos pacientes desenvolvem edema estromal sem infiltrado estromal e revelam normalmente os seguintes achados: precipitados ceráticos, edema estromal, edema epitelial e irite⁽⁸⁾.

Esta forma de apresentação deve ser considerada como alteração primária do endotélio corneano e não uma inflamação estromal⁽⁹⁾.

A redução do edema com o uso tópico de corticóide fortalece a tese de que existe uma alteração imunológica, sendo o papel do vírus vivo no endotélio de carácter especulativo. Estudos demonstram a presença do Ag HSV1 em células endoteliais corneanas^(9,10).

O edema estromal pode ser disciforme ou não. Pacientes com endotelite disciforme apresentam-se com fotofobia desconforto ocular moderado e injeção ciliar. Dependendo da localização e da severidade da lesão a acuidade visual pode diminuir e o epitélio revelar edema microcístico. Em todos os casos de endotelite disciforme, precipitados ceráticos estão presentes e não são encontrados em áreas não correspondentes ao edema^(11,12).

Muitos casos são autolimitados resolvendo-se completamente mesmo quando não tratados. Casos mais severos, no entanto, podem levar a edema e a neovascularização permanentes.

CONCLUSÃO

A ceratoneurite como achado bastante específico na infecção por *Acanthamoeba*, deve também ser motivo de suspeição para casos atípicos de ceratite herpética, no qual a inflamação tecidual de origem imunológica ou não, pode comprometer os nervos periféricos corneanos.

ABSTRACT

We described a case of endothelitis that began with keratoneuritis in patient who wore soft contact lens and saline solution with poor hygiene. A 41 years old, white female suffered from severe pain in her left eye, with microcystic corneal edema and radial keratoneuritis. Culture and corneal biopsy was made, and all tests were negative. The treatment including topical dexametasona 0.1% ophthalmic solution and oral acyclovir successfully controlled the corneal edema and the pain.

Keywords: Eye infections, viral/etiology; Contact lenses, hydrophilic/adverse effects; Keratitis, herpetic/drug therapy; Keratitis, herpetic/therapy; Corneal edema; Case reports [Publication type]

REFERÊNCIAS

1. Yeung EY;Huang SC;Tsai RJ.Acanthamoeba keratitis presenting as dendritic keratitis in a soft contact lens wearer.Chang Gung Med J2002;25(3):201-6..
2. Bernauer W,Duguid GI,Dart JK.Early clinical diagnosis of acanthamoeba keratitis.A study of 70 eyes.Klin Monatsbl Augenheilkd 1996;208:282-284.
3. Grupcheva CN;Craig JP;Sherwin T;Mc Ghee CN.Diferencial diagnosis of corneal edema assisted by in vivo confocal microscopy.Clin Experiment Ophthalmol2001;29(3):133-7.
4. Rosemberg ME; Tervo TM; Müller LJ;Moilanenja;Vesaluosma MH.In vivo confocal microscopy after herpes keratitis.Cornea2002;21(30):265-9.
5. Kim JH; KO MK; Shin JC.Infectivity of basal epithelial cells in herpetic dendritic epithelial keratitis.Korean J ophthalmol 1997;11(2):84-8.
6. Gorweg JG; HalberstadtM.Klin Monatsbl Augenheilkd; 219(7):477-86,2002 Jul.
7. Wilhelmus K.The treatment of herpes simples virus epithelial keratitis.Trans Am Ophthalmol Soc 2000;98:505-532.
8. Wilhelmus K. Interventions fos herpes simplex virus epithelial keratitis (review).Cochrane database syst rev 2001;(1):CD 002898.
9. Kaufman HE,Kanai A, Ellison ED: Herpetic iritis:demonstration of virus in the anterior chamber by fluorescent antibody techniques and electron microscopy , Am J ophthalmol 1971;71:465.
10. Sundmacher R et al:Connatal monosymptomatic corneal endotheliitis by cytomegalovirus.In Sundmacher R(Hrsg):Herpetische augenerkrankungen, Munchen, 1981, Bergmann.
11. Vannas A,Ahonen R,makitie J:Corneal endothelium in herpetic keratouveitis,arch ophthalmol 1983;101:913-915.
12. Meyers-Elliott RH,Chityian PA,Dethlefs BA:Experimental herpesvirus keratitis in the rabbit:topical versus intrastromal infection rates,ophthalmic Res1983; 15:240-256.