

Glaucoma secundário à iridociclite heterocrômica de Fuchs

Secondary glaucoma to fuchs' heterochromic iridocyclitis

Melina Cavichini Cordeiro¹, Rodrigo Andrade de Barros², José Ricardo Carvalho Lima Rehder³

RESUMO

A iridociclite heterocrômica de Fuchs ou Síndrome de Fuchs é um tipo de uveíte relativamente incomum. Afeta igualmente ambos os sexos, na faixa etária dos 20-45 anos, tendo no quadro clássico uma inflamação não granulomatosa crônica unilateral na úvea anterior, de início insidioso, baixo grau de atividade, e não sendo responsiva aos corticóides. Normalmente tem um bom prognóstico, exceto quando ocorre o desenvolvimento de catarata e glaucoma, patologias que podem estar associadas à síndrome. Nesse caso, temos um paciente masculino, de 68 anos, que teve como primeira manifestação da síndrome o glaucoma.

Descritores: Síndrome de Fuchs; Heterocromia; Catarata; Glaucoma; Relato de casos

¹ Residente do segundo ano da disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC – Santo André (SP), Brasil;

² Chefe do Setor de Glaucoma da disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC – Santo André (SP), Brasil;

³ Professor titular da disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC – Santo André (SP), Brasil.

Trabalho desenvolvido na disciplina de Oftalmologia da Faculdade de Medicina do ABC – FMABC – Santo Andre (SP) – Brasil.

Recebido para publicação em: 30/7/2010 - Aceito para publicação em 19/1/2011

INTRODUÇÃO

A iridociclite heterocrômica de Fuchs é uma inflamação crônica que ocorre, em média, em 2 a 3% de todos os casos de uveíte. Mais comum na terceira e quarta décadas de vida, com distribuição similar em ambos os sexos é unilateral em 90% dos casos⁽¹⁾. O diagnóstico pode ser feito quando há a heterocromia ou em sua ausência⁽²⁾.

Sua primeira descrição na literatura foi feita em 1906⁽³⁾ e foi caracterizada por uma variável atrofia e despigmentação do estroma iriano e do pigmento epitelial, precipitados ceráticos e catarata. Dentre outros achados típicos ainda se pode citar desordens vítreas e glaucoma.

O glaucoma está presente em 15 a 59% dos casos, mas o mecanismo de aumento da pressão intraocular é pobremente entendido⁽⁴⁻⁵⁾. Recentes estudos sugerem que esta desordem usualmente é resistente à medicação e que apenas a cirurgia tem chance de moderado sucesso⁽⁴⁾.

Relato de caso

JRS, 68 anos, homem, procedente de Mauá – SP, deu entrada no serviço encaminhado do Pronto Socorro, com queixa de dor em olho direito (OD) há um dia. O paciente estava usando colírio de Pilocarpina 1% de 12/12 hs e Maleato de Timolol 0.5% de 12/12 hs no OD e utilizando comprimido de Diamox 250 mg de 8/8 hs. Hipertenso, em uso de Captopril 50mg/dia e Lasix 40 mg/dia.

Realizou facectomia extracapsular com implante de lente intraocular (LIO) em OD há sete anos, e realizou YAG laser há dois anos para capsulotomia devido à opacidade de cápsula posterior.

Ao exame oftalmológico, apresentava acuidade visual com melhor correção de 20/50p (-2,50 -0,75 x 135°) em OD e 20/20 (-1,25 -0.50 x 150°) em OE.

O reflexo pupilar direto e indireto estava ausente em OD e presente em OE.

À biomicroscopia apresentou no OD com pálpebras e conjuntiva sem alterações, córnea com Pk's finos em 2/3 inferiores, câmara anterior profunda, RCA negativa, íris hipocrômica, com atrofia superior, pseudofácico, LIO centrada, opacidades discretas em vítreo anterior; no OE com pálpebras, conjuntiva e córnea sem alterações, câmara anterior média/profunda, íris de coloração acastanhada, catarata nuclear 1+/4+, vítreo anterior sem alterações.

Pressão intraocular realizada com tonômetro de Goldman era de 30 mmHg no OD e 12 mmHg no OE.

À gonioscopia, OD com ângulo aberto observado até esporão escleral (grau 3 de Shaffer), com presença de membrana e finos vasos radiais; OE: ângulo aberto observado até banda do corpo ciliar (grau 4 de Shaffer).

Ao exame de fundo de olho, o OD apresentava discreta opacidade de vítreo anterior, nervo óptico com escavação 0,6 X 0,7, mácula sem alterações, retina aplicada 360°; e no OE, nervo óptico com escavação 0,3 X 0,3, mácula sem alterações, retina aplicada 360°. A paquimetria apresentava no OD: 522 e no OE: 523.

Foi diagnosticado glaucoma secundário a iridociclite heterocrômica de Fuchs em olho direito (OD).

O tratamento indicado foi a Trabeculectomia (TREC) + Mitomicina C (MMC) no OD. A TREC foi realizada com auxílio de um Punch de Kelly após colocação de MMC 0,3% subconjuntival.

No pós-operatório imediato, o paciente apresentou hifema de 2 mm em câmara anterior do OD.

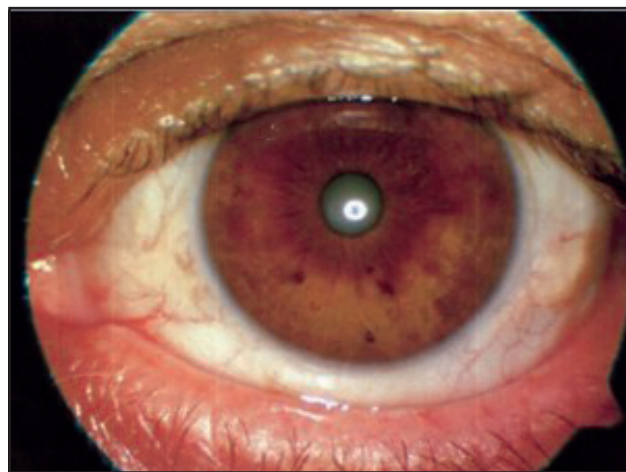
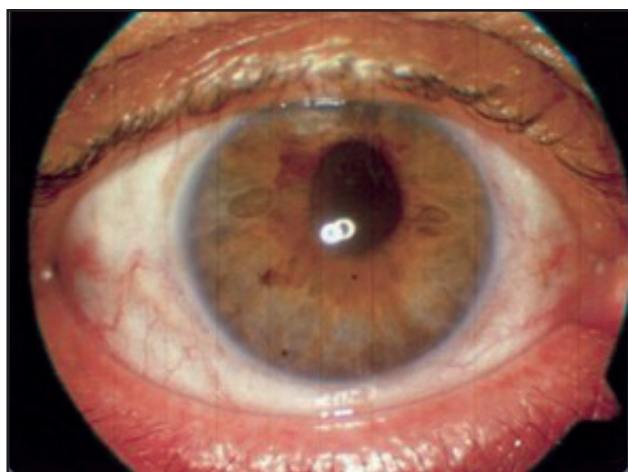


Figura 1: Paciente com Síndrome de Fuchs apresentando heterocromia. Olho direito hipocrômico em relação a olho contralateral

Após 2 semanas, o paciente estava sem queixas, apresentando à biomicroscopia de OD apresentava bolha formada, iridectomia pérvia, CA profunda. Com PIO de 05 mmHg no OD e 12 mmHg no OE. À gonioscopia óstio pérvio no OD.

DISCUSSÃO

Pacientes com Síndrome de Fuchs' (SF) podem ser assintomáticos por anos, antes de suas primeiras apresentações. A heterocromia pode existir antes que haja alguma manifestação clínica visual e ainda podem ter manifestações como catarata e glaucoma sem que a síndrome ainda tenha sido identificada, abrindo o quadro e tendo a uveíte como um achado de exame.

Como existem variações dentro do mesmo tema, a SF é uma das síndromes uveíticas mais subdiagnosticadas. Uma análise retrospectiva reportou um atraso em média de 3,7 anos em 79% dos casos em um Centro de Referência⁽⁶⁾.

Precipitados ceráticos não são sempre em formato "stellate" e generalizados, pois podem ocorrer em qualquer distribuição e ser de qualquer tipo⁽⁷⁾.

Hifema após paracentese foi primeiramente notado por Amsler e Verry e é denominado Sinal de Amsler⁽⁸⁾, porém não é patognômico dessa síndrome, podendo ocorrer em outras uveítes. Variações deste sinal também já foram descritos após traumas, anestesia peribulbar e tonometria de contato⁽⁷⁻⁹⁾.

A catarata é a complicação mais comum da SF, sendo a SCP a mais comum, e podendo ter um rápido progresso de maturação⁽⁴⁾. Deve-se levantar a hipótese da síndrome em todo paciente jovem com catarata unilateral e sem história de trauma ou uso de esteróides⁽⁷⁾.

Os resultados descritos com todos os tipos de extração da catarata na SF são excelentes, tendo um melhor prognóstico com implantes de LIO que outras formas de uveítes crônicas⁽¹⁰⁾, porém são descritos maiores complicações na FEC e resultados visuais melhores na FACO⁽¹¹⁻¹²⁾. Hemorragias, OCP e glaucoma são as principais complicações.⁽¹⁰⁾

O menor insulto devido à menor incisão e o menor sangramento intraocular da FACO comparada à FEC resulta em menor reação inflamatória e aumento da PIO após a cirurgia⁽⁷⁾.

A cirurgia de catarata deve ser indicada quando o processo inflamatório da SF estiver sob controle por pelo menos três meses^(1:13).

O glaucoma é uma das complicações mais pro-

blemáticas da SF. O glaucoma secundário desses pacientes não é resultado de uma trabeculite responsiva aos esteróides, a drenagem do ângulo é normalmente aberta e apesar de poder ocorrer sinéquias anteriores periféricas elas não são regulares⁽⁴⁻⁵⁾.

A investigação para monitoramento e detecção precoce do glaucoma é de extrema importância para o prognóstico.

Um estudo realizado na década de 80 reportou que 66% dos pacientes com glaucoma secundário necessitaram de cirurgia⁽⁴⁾. Outro estudo, este da década de 90, descreveu falência da terapia medicamentosa em 73% dos casos, e após cirurgia – trabeculectomia com 5-fluoracil – apenas 72% desses pacientes obtiveram PIO abaixo de 21mmHg, ainda com medicação adicional⁽¹⁴⁾.

Ao examinar pacientes com uveíte no Massachusetts Eye and Ears Infirmary, encontrou-se SF em 19% dos pacientes o glaucoma secundário. Após tratamento medicamentoso agressivo e cirurgia, ocorreu uma progressiva diminuição da acuidade visual e danos no nervo óptico em um terço dos pacientes.

Portanto, uma vez diagnosticado o glaucoma nesses pacientes, seja como manifestação inicial, ou como achado de um paciente já com a SF, o tratamento deve ser agressivo para reduzir a PIO e uma vez havendo falência, não se deve demorar em indicar a cirurgia, que muitas vezes ainda deverá ser complementada com o tratamento medicamentoso.

O diagnóstico diferencial da SF inclui condições que cursem com heterocromia hipopigmentar e aumento da PIO como crises de glaucomatociclite, Síndrome de Posner-Schlossmann e uveíte herpética.⁽⁷⁻⁹⁾ Glaucoma secundário à SF pode ser confundido com crises glaucomatociclíticas, pois esta também pode cursar com heterocromia. Porém, ao contrário da primeira, a PIO é responsiva à esteróides⁽⁷⁾.

Em alguns casos o diagnóstico é difícil de ser fechado.

A etiologia da SF ainda é desconhecida, mas há um consenso de que há reações imunológicas envolvidas no processo⁽¹⁶⁾. Há descrições de associação da Síndrome com herpes simplex, toxoplasmose e com rubéola.

ABSTRACT

Fuchs' heterochromic iridocyclitis or Fuchs' Syndrome is a kind of uveitides relatively uncommon. Affect equally both genders, between 20-45 years old, in the classic

features include a chronic unilateral nongranulomatous inflammation in anterior uvea, insidious onset, low-grade in activity, and unresponsive to corticosteroid therapy. Usually has a good prognosis, except for the development of cataract and glaucoma, pathologies associated with syndrome. In this case, there are a male patient, 68 years, with glaucoma as the first manifestation of the Fuchs' Syndrome.

Descritores: *Fuchs' Syndrome; Heterochromic; Cataract; Glaucoma; Case reports*

REFERÊNCIAS

1. Monteiro LG, Orefice F. Ciclite heterocrômica de Fuchs. In: Orefice F. Uveite: clínica e cirurgia. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2000. p. 796-806
2. Wang RC, Rao NA. Idiopathic and other anterior uveitis syndromes. In: Yanoff M, Duker JS. Ophthalmology. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 2004. p. 1209-14.
3. Fuchs E. Ueber Komplikationen der Heterochromie. Z Augenheilkd. 1906;15(3):191-212.
4. Liesegang TJ. Clinical features and prognosis in Fuchs' uveitis syndrome. Arch Ophthalmol. 1982;100(10):1622-6.
5. Jones NP. Glaucoma in Fuchs' Heterochromic Uveitis: etiology, management and outcome. Eye (Lond). 1991;5(Pt 6):662-7.
6. Brancaloni A, Sekkat L, Bouchenaki N, Herbort CP, Herbort CP. Delay in the diagnosis of Fuchs' uveitis and its deleterious consequences. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2003;44:E-Abstract 2381.
7. Mohamed Q, Zamir E. Update on Fuchs' uveitis syndrome. Curr Opin Ophthalmol. 2005;16(6):356-63.
8. Amsler M, Verrey F. Heterochromia de Fuchs' et fragilité vasculaire. Ophthalmologica. 1945;111:177-81.
9. Jones NP. Fuchs' Heterochromic Uveitis: a reappraisal of the clinical spectrum. Eye (Lond). 1991;5(Pt 6):649-61.
10. Milazzo S, Turut P, Borhan M, Kheireddine A. Intraocular lens implantation in eyes with Fuchs' heterochromic iridocyclitis. J Cataract Refract Surg. 1996;22 Suppl 1:800-5.
11. O'Neill D, Murray PI, Patel BC, Hamilton AM. Extracapsular cataract surgery with and without intraocular lens implantation in Fuchs heterochromic cyclitis. Ophthalmology. 1995;102(9):1362-8.
12. Ram J, Kaushik S, Brar GS, Gupta A, Gupta A. Phacoemulsification in patients with Fuchs' heterochromic uveitis. J Cataract Refract Surg. 2002;28(8):1372-8.
13. Bonfioli AA, Curi AL, Orefice F. Fuchs' heterochromic cyclitis. Semin Ophthalmol. 2005;20(3):143-6.
14. La Hey E, de Vries J, Lengerhorst CT, Baarsma GS, Kijlstra A. Treatment and prognosis of secondary glaucoma in Fuchs' heterochromic iridocyclitis. Am J Ophthalmol. 1993;116(3):327-40.
15. Merayo-Llodes J, Power WJ, Rodriguez A, Pedroza-Seres M, Foster CS. Secondary glaucoma in patients with uveitis. Ophthalmologica. 1999;213(5):300-4.
16. Quentin CD, Reiber H. Fuchs heterochromic cyclitis: rubella virus antibodies and genome in aqueous humor. Am J Ophthalmol. 2004;138(1):46-54.

Endereço para correspondência:

Dra. Melina Cavichini Cordeiro

Rua Adolfo Bastos, nº41 – apto 41

CEP 09041-000 - Santo Andre (SP), Brasil

E-mail: melina.cavichini@gmail.com

Tel: (0xx11) 7896-8144