

Sociedade Brasileira de Uveítes

Wesley Ribeiro Campos¹ & Fernando Oréfica²

A HANSENÍASE é uma doença endêmica no Brasil. Segundo a Organização Mundial da Saúde há cerca de 20 milhões de casos no mundo, com uma incidência de um milhão de casos novos por ano. O BRASIL, está entre os três países com maior número de doentes no mundo.

A manifestação da doença após a infecção pelo *Mycobacterium leprae* vai depender da capacidade da resposta imune de cada paciente e ela pode se manifestar num polo TUBERCULOÍDE ou num polo VIRCHOWIANO ou ainda no espectro intermediário, DIMORFO.

O *M. leprae* pode causar doença ocular por lesar os anexos oculares, onde são vistas alterações tais como: entrópio, madarose de cílios e supercílios, ectrópio, lagoftalmo, triquíase, distúrbios na produção de lágrima, dacriocistite, e também por lesar diretamente o bulbo ocular, causando lesões principalmente no segmento anterior do olho, tais como: esclerites, ceratites, uveítes, glaucoma, hansenomas límbicos, hipoestesia corneana, catarata e finalmente atrofia bulbar.

As lesões causadas tanto em anexos quanto no bulbo ocular tem pelo menos duas etiologias: uma causada diretamente pelo *M. leprae* e outra causada por inflamação secundária às modificações no estado imunológico do doente. Estas alterações imunológicas são chamadas de ESTADOS REACIONAIS e podem ser de dois tipos: REAÇÃO DO TIPO 1, mediada pela imunidade celular (linfócitos T e macrófagos, principalmente) e REAÇÃO DO TIPO 2, mediada pelas imunidades celular e humoral. Esta conhecida como ERITEMA NODOSO DA LEPRO, cuja patogênese é devida à deposição de imunocomplexos constituídos por antígenos bacilares, depósitos granulares de imunoglobulinas (principalmente IgG e IgM) e complemento ao nível das lesões.

O envolvimento ocular é comum em ambos os tipos de reações. As reações podem acelerar o início das complicações oculares porque a incidência do envolvimento ocular é usualmente proporcional ao tempo de duração da doença.

A REAÇÃO DO TIPO 1 ocorre mais comumente nos primeiros seis meses de tratamento e acomete preferencialmente os pacientes dimorfos, enquanto que a REAÇÃO DO TIPO 2 ocorre mais comumente após os seis primeiros meses de tratamento, e acomete preferencialmente os pacientes virchowianos.

A REAÇÃO DO TIPO 1 apesar de comum, não é tão

frequentemente diagnosticada quanto as do TIPO 2, mas ambas são capazes de produzir lesões oculares intensas.

As lesões oculares mais comumente encontradas nos pacientes com REAÇÃO DO TIPO 1 são: placas eritematosas nas pálpebras. Hipoestesia corneana, ceratites punctatas superficiais lagoftalmo e uveítes.

As lesões oculares mais comumente encontradas nos pacientes com REAÇÃO DO TIPO 2 são: madarose, hipoestesia corneana, ceratite punctata superficial, uveítes, esclerites e lagoftalmo.

O tratamento da REAÇÃO DO TIPO 1 é feita com o uso de corticosteróides, tanto por via oral quanto tópica ocular. É importante frisar que lesões que ocorrem na face são classificadas como graves e devem ser tratadas imediatamente com altas doses de corticosteróides, pelo risco de lesão do VII nervo causando lagoftalmo.

O tratamento da REAÇÃO DO TIPO 2 é feita com antiinflamatórios não hormonais, talidomida, porém é frequentemente necessário o uso concomitante de corticosteróides, já que em muitos casos de REAÇÃO DO TIPO 2 há também um componente de REAÇÃO DO TIPO 1 associada, que os antiinflamatórios não hormonais e a talidomida não conseguem tratar, tornando os corticosteróides essencial.

As UVEÍTES que podem ser agudas ou crônicas, se tornam extremamente graves na medida que elas se perpetuem nestes doentes, levando à incapacidade ocular intensa. As UVEÍTES AGUDAS podem se manifestar como uma iridociclite granulomatosa ou não granulomatosa serosa aguda, grave, se originando principalmente nas crises de ERITEMA NODOSO DA LEPRO. As UVEÍTES CRÔNICAS são insidiosas, de evolução lenta, porém progressivas, e podem causar graves alterações tais como atrofia iriana e pupila miótica devido à uma neuropatia autonômica simpática intra-ocular. Entretanto devemos diferenciar dos quadros de atrofia iriana que se apresentam sem qualquer sinal de inflamação intra-ocular, e que por isto mesmo não devem ser tratadas.

A HANSENÍASE TEM CURA. Hoje com a utilização simultânea de drogas, a MULTIDROGATERAPIA, é possível curar os pacientes paucibacilares em seis meses e em 2 anos os pacientes multibacilares. Estas drogas são: CLOFAZIMINA, SULFONA e RIFAMPICINA.

Por isto a divulgação e o esclarecimento para a classe oftalmológica destes aspectos relativos à HANSENÍASE, vão por certo, possibilitar um diagnóstico e tratamento mais efetivos, contribuindo em muito para minimizarmos as instalações de incapacidades oculares nestes pacientes.

¹ Doutor em Oftalmologia da FMUFMG. Professor Voluntário do Serviço de Uveítes do Hospital São Geraldo da FMUFMG.

² Professor e Chefe do Serviço de Uveítes do Hospital São Geraldo da FMUFMG