

Tuberculose Ocular: a importância da Corticoterapia Sistêmica – caso clínico

Irina Ramos Gomes¹; Vanda Nogueira²

¹Interna do Internato Complementar de Oftalmologia do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto (IOGP)

²Assistente Hospitalar de Oftalmologia do IOGP

RESUMO

Objetivos: Relato de caso clínico de um doente com diagnóstico prévio de tuberculose e panuveíte no olho esquerdo (OE) e neurorretinite bilateral.

Material e Métodos: Homem, 40 anos, origem africana, diagnóstico de tuberculose hepática e ganglionar sob tratamento com antibacilares há 3 meses com remissão completa da sintomatologia sistêmica. Observado pela primeira vez com história de hiperémia conjuntival bilateral e diminuição da AV com metamorfopsias OE com 4 meses de evolução. À observação, MAVC OD: 10/10 e MAVC OE: 8/10; uveíte anterior granulomatosa OE com precipitados endoteliais, câmara anterior com flare e células 3+, nódulos de Koeppe e Busacca e sinéquia posterior; edema do disco ótico bilateral, vitrite e edema macular OE e lesões coroideias nos quadrantes inferiores ODE. Iniciou tratamento com corticosteróide e midriático/cicloplégico tópicos.

Resultados: Uma semana depois, a MAVC OE melhorou para 10/10, com melhoria da inflamação no segmento anterior e remissão completa dos nódulos iridianos. A RM-CE excluiu lesão do sistema nervoso central e a perimetria estática computadorizada não revelou alterações ODE. A angiografia fluoresceínica mostrou difusão de contraste macular OE e difusão do disco ótico ODE. A tomografia de coerência ótica (OCT) confirmou edema macular OE. A angiografia com verde de indocianina revelou áreas com inflamação coroideia. Iniciou-se corticoterapia oral com remissão completa da inflamação do segmento posterior e do nervo ótico.

Conclusões: Apesar da resposta sistêmica completa com o tratamento antibacilar, a remissão da inflamação ocular só foi alcançada após implementação de corticoterapia sistêmica, destacando a sua importância na terapêutica da tuberculose ocular.

Palavras-chave: Tuberculose sistêmica, tuberculose ocular, uveíte, terapêutica antibacilar, corticoterapia sistêmica.

ABSTRACT

Purpose: We present a patient with panuveitis on the left eye (LE) and bilateral neuroretinitis, previously diagnosed with systemic tuberculosis.

Material and Methods: Male patient, 40 years old, African origin, was diagnosed with biopsy proven hepatic and lymph node tuberculosis. Under treatment with antibacillary drugs for 3 months with complete remission of systemic symptoms. The patient was seen for the first time, with a 4 months long history of bilateral conjunctival hyperemia and decreased visual acuity with metamorphopsias LE. On examination, BCVA RE: 10/10 and BCVA LE: 8/10 LE; granulomatous anterior uveitis LE with keratic precipitates, anterior chamber flare and cells 3+, Koeppe and Busacca nodules and posterior synechiae; bilateral optic disc edema, vitritis and macular edema LE and choroidal lesions in the inferior quadrants OU. Treatment with topical corticosteroid and mydriatic/cycloplegic was initiated.

Results: One week later, BCVA LE had improved to 10/10, with improvement of anterior segment inflammation and complete remission of iridian nodules. MRI excluded central nervous system injury and computerized static perimetry was within normal limits OU. Fluorescein angiography showed diffusion of macular contrast LE and leakage of the optical disc OU. Optical coherence tomography (OCT) confirmed macular edema LE. The indocyanine green angiography revealed areas with choroidal inflammation. Oral corticosteroid therapy was initiated with complete remission of posterior segment and optic nerve inflammation.

Conclusions: Despite the complete systemic response to the antitubercular treatment, remission of ocular inflammation was only achieved after implementation of systemic corticosteroid therapy, highlighting its importance on the management of ocular tuberculosis.

Keywords: Systemic tuberculosis, ocular tuberculosis, uveitis, anti-tuberculous therapy, systemic corticotherapy.

INTRODUÇÃO

A tuberculose ocular é uma forma de tuberculose extrapulmonar, com incidência de 1 a 2% na tuberculose sistêmica. Pode afetar todas as estruturas oculares, sendo a úvea mais frequentemente acometida. A uveíte anterior granulomatosa e a uveíte posterior com envolvimento da coróide são as formas de manifestação mais comuns de tuberculose ocular^{1,2}.

É apresentado o caso clínico de um doente com panuveíte no olho esquerdo (OE) e neuroretinite bilateral.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 40 anos, origem africana a residir em Portugal há 20 anos, antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, hiperuricémia e hipertiroidismo medicados. Diagnosticado com tuberculose hepática e ganglionar confirmada por biópsia, na sequência de astenia e anorexia graves com um mês de evolução e uma perda ponderal de 20% do peso inicial no mesmo período. Após a confirmação microbiológica iniciou terapêutica antibacilar com isoniazida (H) + rifampicina (R) + pirazinamida (Z) + etambutol (E), com um plano terapêutico que incluía 2 meses de HRZE

seguidos por 10 meses de HR. Um mês após o início dos fármacos registou-se franca melhoria da sintomatologia sistêmica, com remissão completa das queixas e recuperação ponderal aos 2 meses. Três meses depois do início da terapêutica antibacilar foi observado por oftalmologista pela primeira vez por hiperémia conjuntival bilateral e diminuição da acuidade visual (AV) com metamorfopsias no OE presentes desde o início das queixas sistêmicas, ambos com agravamento significativo na última semana. À observação, melhor acuidade visual corrigida (MAVC) do olho direito (OD): 10/10 e MAVC OE: 8/10; uveíte anterior granulomatosa no OE com hiperémia ciliar, alguns precipitados queráticos endoteliais brancos granulomatosos no 1/3 inferior da córnea, câmara anterior com flare e células 3+, nódulos de Koepple e Busacca e sinéquia posterior (figura 1); pressão intraocular de 10 mmHg no OD e de 8 mmHg no OE; edema do disco ótico bilateral, vitrite moderada e edema macular no OE e lesões coroideais amareladas nos quadrantes inferiores ODE, melhor identificadas no exame do fundo ocular por oftalmoscopia indireta (figuras 2 e 3). Iniciou tratamento tópico com corticosteroide (prednisolona 10 mg/mL, 1 gota a cada hora) e midriático/cicloplégico (tropicamida 10mg/mL, 3 vezes por dia) tópicos e foi referenciado com urgência à consulta de Inflamação Ocular.

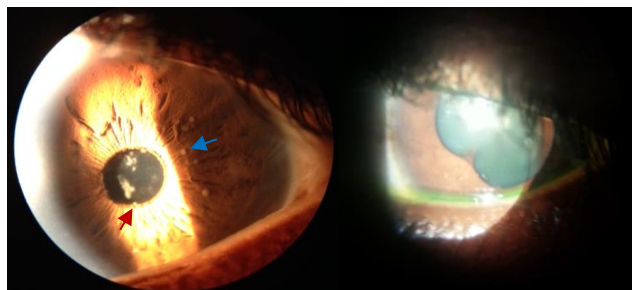


Figura 1 - Biomicroscopia OE na apresentação. À esquerda: nódulos de Koepple (seta vermelha) e de Busacca (seta azul). À direita (após midríase farmacológica): sinéquia posterior.

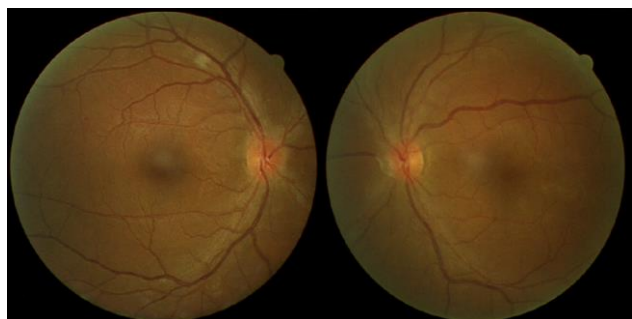


Figura 2 - Retinografia ODE na apresentação – vitrite e edema macular OE. Edema do disco ótico bilateral.

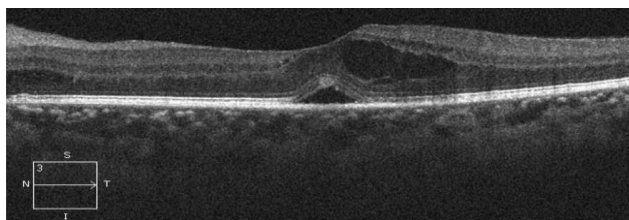


Figura 3 - OCT macular OE na apresentação – líquido intrarretiniano ao nível da camada plexiforme externa e nuclear interna e na região peripapilar. Pequeno descolamento seroso da retina.

RESULTADOS

Uma semana após o início de terapêutica tópica, o doente apresentava MAVC 10/10 em ambos os olhos e melhoria da inflamação no segmento anterior, com remissão completa dos nódulos iridianos (figura 4), tendo iniciado esquema de descontinuação da terapêutica tópica.

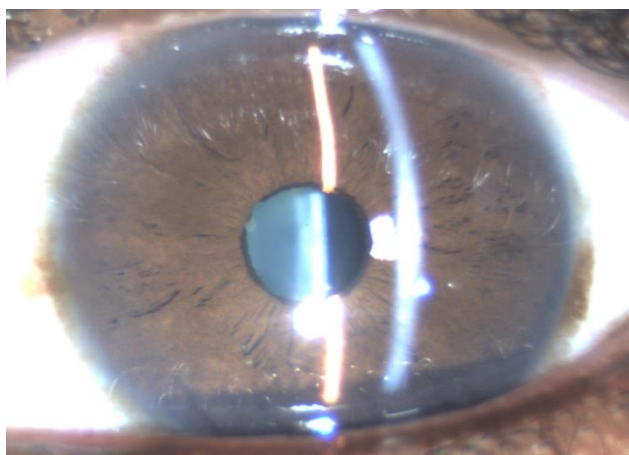


Figura 4 - Biomicroscopia OE 1 semana após tratamento com corticosteroide tópico – remissão completa dos nódulos iridianos.

A ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE) permitiu excluir lesão do sistema nervoso central e a perimetria estática computadorizada não revelou alterações ODE (figura 5). A angiografia fluoresceínica mostrou difusão de contraste macular no OE e difusão no disco ótico ODE com hiperfluorescência ligeira envolvente desde a fase arterio-venosa precoce com intensificação crescente no decorrer das fases mais tardias (figura 6). A angiografia com verde de indocianina confirmou a inflamação focal da coróide, com presença de alguns pequenos focos inferiores hipofluorescentes em todas as fases do exame.

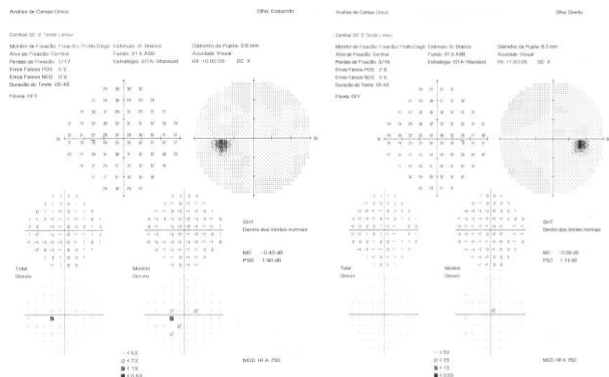


Figura 5 - Perimetria Estática Computorizada na apresentação – sem alterações significativas da sensibilidade retiniana ODE.

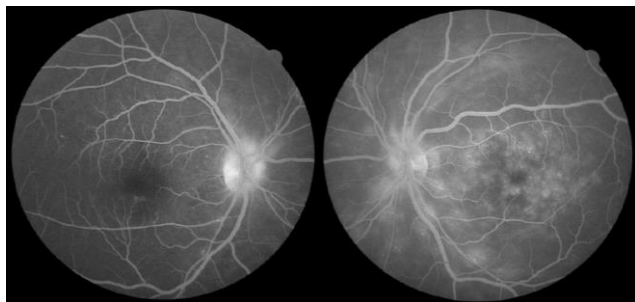


Figura 6 - Angiografia fluorescência ODE (fase tardia) antes do início da corticoterapia sistêmica – difusão de contraste no disco ótico ODE e na mácula OE.

Apesar da melhoria da inflamação ocular com corticosteroide tópico e da remissão da doença sistêmica com a terapêutica antibacilar, a instituição de corticoterapia oral (prednisolona 1 mg/Kg/dia) foi necessária para tratar a inflamação do segmento posterior, nomeadamente a coroidite e a neurorretinite (figuras 7 e 8).

O doente cumpriu 6 meses de corticoterapia oral seguindo um plano de redução progressiva da dose, inicialmente com redução de 8 mg de prednisolona a cada 2 semanas nos primeiros 2 meses, seguido por redução de 4 mg a cada 2 semanas durante 4 meses. Manteve a terapêutica antibacilar concluindo os 12 meses de tratamento.

Vinte e quatro meses após término da corticoterapia oral e vinte e um meses após ter cessado terapêutica antibacilar, o doente mantém estabilidade da situação ocular, sem recidivas.

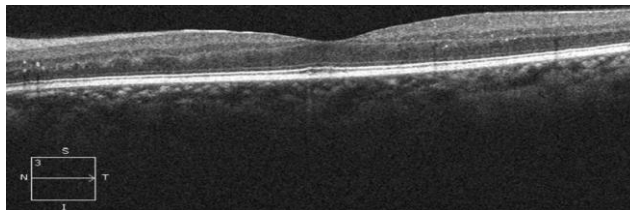


Figura 7 - OCT macular OE 4 semanas após início de corticoterapia sistêmica – resolução do edema macular.



Figura 8 - Retinografia ODE 4 meses após início de corticoterapia sistêmica – melhoria do edema do disco ótico bilateral.

DISCUSSÃO

Apresenta-se um caso clínico de um doente com tuberculose hepática e ganglionar comprovada por biópsia e manifestações oculares da doença.

O diagnóstico definitivo de tuberculose ocular é baseado na presença de bacilos ácido-resistentes no exame direto, no crescimento de *Mycobacterium tuberculosis* no exame cultural a partir de biópsia de tecidos oculares ou na deteção de *Mycobacterium tuberculosis* através da técnica de PCR. No entanto, a maioria dos diagnósticos de tuberculose ocular são presuntivos e baseados em dados, tais como teste cutâneo de tuberculina positivo, lesões pulmonares sugestivas de infeção prévia por *Mycobacterium tuberculosis* em exame imagiológico ou presença de tuberculose sistémica associada^{3,4}. Neste caso clínico, o diagnóstico de tuberculose ocular foi presuntivo, fundamentado pelos achados oculares sugestivos e pela presença de tuberculose hepática e ganglionar ativa diagnosticada com biópsia.

A terapêutica para a tuberculose ocular é semelhante à utilizada na tuberculose pulmonar, embora habitualmente mais prolongada no tempo. Os antibacilares são usados de

forma sistemática no tratamento da tuberculose ocular, uma vez que têm boa capacidade de penetração no segmento posterior com o mínimo de toxicidade, estando preconizado o tratamento com quatro fármacos tuberculostáticos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) e um período total de terapêutica de 12 meses^{5,6}.

Na tuberculose ocular, a corticoterapia sistêmica poderá estar indicada, sobretudo nos casos de inflamação grave com risco de perda visual, nomeadamente com acometimento do disco ótico, da mácula e/ou dos vasos sanguíneos retinianos. A dosagem de corticosteroides administrada depende da intensidade do processo inflamatório, podendo variar de 1 a 2 mg/Kg/dia de prednisolona por um período de semanas com redução gradual da dose até suspensão total^{2,7}. A terapêutica com imunossuppressores na tuberculose ocular está reservada para os casos que não melhoram com a implementação de corticoterapia oral e para os casos de uveíte recorrente^{2,3,6}.

No presente caso clínico, o doente apresentou como manifestações da tuberculose ocular panuveíte do OE e neurorretinite bilateral. Apesar da ótima resposta sistêmica com o tratamento antibacilar, a remissão da inflamação ocular só foi alcançada após instituição de corticoterapia sistêmica, pelo que se salienta a sua importância na terapêutica da tuberculose ocular. Neste contexto de uveíte infecciosa, realça-se a imperatividade do seu diagnóstico e início de terapêutica dirigida antes da administração de corticoterapia sistêmica.

No caso relatado, foi iniciado tratamento com corticosteroide tópico por existir inflamação no segmento anterior, ressaltando-se, no entanto, a sua ineficácia no tratamento das uveítes com atingimento posterior.

Concluindo, a terapêutica adjuvante com corticoides sistêmicos na tuberculose ocular poderá ser necessária para a cessação da cascata inflamatória mesmo após o tratamento direto e efetivo do agente infeccioso, constituindo assim um passo essencial no tratamento de alguns doentes.

REFERÊNCIAS

1. Gupta A. et al. Ocular Signs Predictive of Tubercular Uveitis. *American Journal of Ophthalmology*. 2010; Vol.149, No.4: 562-570.
2. Campos W. R. et al. Tuberculose intraocular. *Revista Brasileira de Oftalmologia*. 2011; 70 (6): 437-451.
3. Bansal R. et al. Role of Anti-Tubercular Therapy in Uveitis With Latent/Manifest Tuberculosis. *American Journal of Ophthalmology*. 2008; 146: 722-779.
4. Ang M. et al. Duration of anti-tubercular therapy in uveitis associated with latent tuberculosis: a case-control study. *Br J Ophthalmol*. 2012; 96:332-336.
5. Yasaratne B. et al. A case series of symptomatic ocular tuberculosis and the response to anti-tubercular therapy. *Ceylon Medical Journal*. 2010. Vol. 55, No. 1: 16-19.
6. Gupta V., Gupta A. Rao N. A. Intraocular tuberculosis – An Update. *Surv Ophthalmol*. 2007; 52(6):561-587.
7. Dooley D.P., Carpenter J.L., Rademacher S. Adjunctive corticosteroid therapy for tuberculosis: a critical reappraisal of the literature. *Clin Infect Dis*. 1997; 25:872-887.

CONTACTO

Irina Ramos Gomes
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto
Travessa Larga, nº 2
1169-050 Lisboa
E-mail: irinagom@gmail.com

Trabalho apresentado sob a forma de Poster, intitulado “**TUBERCULOSE OCULAR: QUE TRATAMENTO – CASO CLÍNICO**”, no 57º Congresso da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, de 4 a 6 de dezembro de 2014, em Vilamoura.

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

Os autores declaram que o presente artigo não foi publicado previamente.

Os autores declaram que cedem os direitos de autor deste artigo à Sociedade Portuguesa de Oftalmologia.