



April 18th to 21st

Royal Palm Hall
Campinas - SP
Brazil

HERPES SIMPLEX VIRUS UVEITIS WITH SECONDARY RHEMMATOGENIC RETINAL DETACHMENT IN AN IMMUNOCOMPETENT PATIENT.

UVEÍTE POR HERPES SIMPLEX VIRUS COM DESCOLAMENTO DE RETINA REGMATOGÊNICO SECUNDÁRIO EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE.

Rebecca Maria Inocência Gabínio Vilar¹, Daniel Machado de Amorim¹, Marcella Hannah de Brito Maia¹, Mariana Monte Melo Dias Madruga¹, Marielle Boaventura de Sousa Manoel¹, Paulo Roberto de Lima Lins¹, Rômulo José de Gouveia Filho¹, Anielly Meira de Lacerda Macedo²

¹ Médico residente de Oftalmologia do Centro Oftalmológico Tarcízio Dias

² Médica Oftalmologista do Centro Oftalmológico Tarcízio Dias

INTRODUÇÃO

A uveíte é uma manifestação clínica não específica, resultado de fatores genéticos, inflamatórios ou infecciosos, provavelmente regulada por mecanismos imunológicos do hospedeiro que podem afetar diversas partes do olho, incluindo a úvea, a retina e o corpo vítreo. Entre os diversos agentes etiológicos associados à uveíte, o Herpes Simplex Virus (HSV) emerge como uma causa significativa, desencadeando uma cascata de eventos inflamatórios que podem resultar em complicações graves, como descolamento de retina.

No Brasil, as etiologias infecciosas são responsáveis pela maioria dos casos de uveítes e devem ser sempre consideradas como prioridade.

Por isso, estudos epidemiológicos nas uveítes são importantes, visto que fatores demográficos tais como idade, sexo, raça, aspectos socioeconômicos, ocupação e hábitos de vida podem auxiliar no diagnóstico etiológico e, assim, permitir tratamentos mais efetivos.³

Em relação a classificação anatômica das uveítes, a mesma é categorizada de acordo com o sítio primário da inflamação.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo é relatar o caso clínico de uma paciente imunocompetente que apresentou Uveíte Intermediária e Posterior, causadas pelo Herpes Simplex Virus, com consequente Descolamento de Retina Regmatogênico. A partir desse relato, tem-se como propósito discutir as características clínicas, os desafios no diagnóstico e tratamento da uveíte causada pelo HSV, assim como suas possíveis complicações e impactos na saúde ocular.

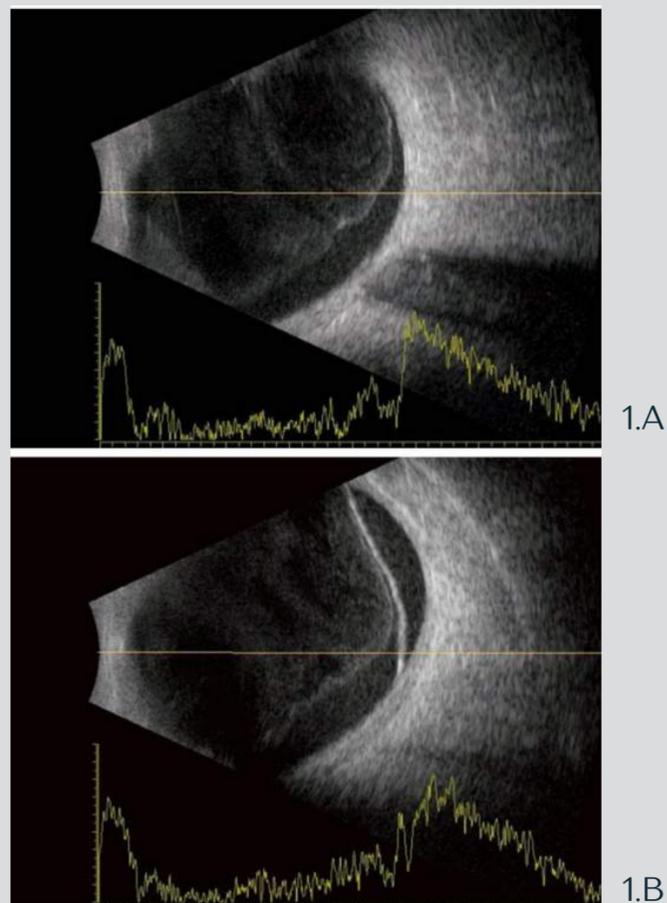
MÉTODOS

As informações obtidas para a confecção deste trabalho foram colhidas através da revisão de prontuário eletrônico, anamnese e exame oftalmológico da paciente, assim como exames laboratoriais e métodos de imagem.

RELATO DE CASO

Sexo Feminino, 35 anos, queixa-se de baixa de acuidade visual em olho esquerdo (OE) há 40 dias, associado à moscas volantes e escotoma em campo visual. Nega comorbidades e quadros prévios. Ao exame oftalmológico, apresenta Acuidade Visual (AV) 20/20 e 20/400 com correção. À Biomicroscopia, não verifica-se reação de câmara anterior em OE, assim como nenhuma alteração digna de nota em ambos os olhos. Pressão intraocular (PIO) 10 em olho direito (OD) e 08 em OE. À biomicroscopia de segmento posterior, nota-se em OE importante opacidade de meios devido vitreíte 3+/4+, presença de lesão branco-amarelada em periferia temporal superior, com descolamento de retina perilesional e vasos em fio de prata, além de snowballs e snowbank em periferia inferior. Em OD, não houve alterações. À ecografia ocular de OE, tem-se múltiplos pontos hiperecogênicos anterior e posterior à hialóide posterior, compatível com vitreíte, além de eco membranáceo espesso, contínuo, compatível com descolamento de retina das 13h às 16h, sem acometimento de mácula. Em screening infeccioso, apresenta sorologia para Herpes Simples 1 e 2 IgM e IgG positivos. Demais exames para rastreamento de infecção foram negativos, assim como exames para rastreamento de doenças auto-imunes. Diante do quadro, foi iniciado Valaciclovir 1,5 gramas de 08/08 horas por 21 dias, associado à imunossupressão com corticoterapia na dose 1 mg/kg/dia, via oral. Após 1 semana do tratamento instituído, verificou-se melhora da AV de OE para 20/80, assim como melhora parcial de vitreíte, possibilitando melhor visualização de lesão de retinite em periferia temporal superior, com descolamento de retina perilesional, além de roturas anteriores à lesão, porém sem envolvimento macular. Além disso, verificou-se redução perceptível de snowballs e snowbank. Com isso, optou-se por aumento da dosagem de corticoterapia para 1,5 mg/kg/dia e foi solicitado fotocoagulação para contenção de descolamento de retina periférico. Após três dias da última avaliação, paciente retorna ao serviço com queixa de escotoma central. À fundoscopia, verifica-se avanço de descolamento de retina regmatogênico para pólo posterior, com envolvimento macular. Diante do quadro, com lesão de retinite contida e com sinais de cicatrização, além de AV 20/40, a mesma foi submetida à Vitrectomia Via Pars Plana de caráter emergencial, onde foi realizado aspiração do vítreo, retinopexia e endolaser em topografia de lesão temporal superior, além de implante de Óleo de Silicone em cavidade vítrea. Posteriormente ao procedimento cirúrgico, não verificou-se sinais de nova atividade inflamatória da lesão preexistente. Por isso, após 21 dias do início do tratamento, foi iniciado desmame de corticóide oral e diminuição da dosagem de Valaciclovir para 1 grama ao dia, dividido em duas tomadas, caracterizando dose de manutenção do mesmo. No momento, paciente encontra-se com AV 20/20 em ambos os olhos, com cuidado continuado no serviço.

FIGURAS



Figuras 1.A e 1.B : Ecografia ocular evidenciado importante processo inflamatório em cavidade vítrea associado ao descolamento do vítreo posterior e ao descolamento de retina.

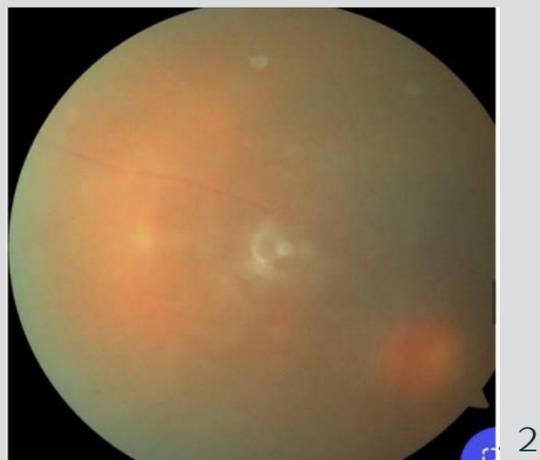


Figura 2. Retinografia do olho esquerdo com importante opacidade de meios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As causas mais frequentes de uveíte posterior viral vêm da família Herpesviridae. São os Herpesvírus Humano (HHVs), sendo o citomegalovírus o mais comum desse grupo, seguido pelo herpes simplex e o vírus da varicela zoster. A infecção primária do vírus é seguida pela persistência na forma latente. A reativação do mesmo no olho pode ocorrer na forma de ceratite, uveíte anterior ou retinite (necrótica e não necrotizante). A gravidade e o resultado da doença ocular são influenciados por uma série de fatores, incluindo a resposta imune do hospedeiro, diferenças do antígeno leucocitário humano (HLA), virulência e possivelmente carga viral intraocular.

A infecção intraocular por HSV pode resultar em um amplo espectro de manifestações clínicas, desde uveíte não necrosante mais leve até Necrose Retiniana Aguda (NRA) fulminante. Além da NRA clássica, observa-se três tipos adicionais de uveíte herpética com envolvimento posterior: Do tipo lento, com lesões necróticas semelhantes a NRA localizadas na periferia da retina, mas caracterizadas por progressão lenta; Do tipo vasculite/papilite, com ausência de lesões necróticas na retina; Panuveíte, com ausência de lesões necróticas e sem vasculite ou papilite óbvia.

A razão subjacente às variáveis manifestações clínicas e gravidade da uveíte herpética posterior é desconhecida, mas pode ser, além de fatores relacionados ao patógeno, influenciada pela variação na capacidade imunológica dos pacientes. Levantou-se a hipótese de que as variantes retinopatias herpéticas necrosantes são equivalentes retinianas da ceratite epitelial e assumiram uma presença intracelular dos vírus com subsequente dano citopático, enquanto as variantes não necrosantes foram consideradas equivalentes da ceratite estromal, ou seja, associadas a danos teciduais baseado em processos imunológicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obviamente, mais estudos são necessários para testar essa hipótese. Além disso, é possível que a variação das características clínicas também possa estar relacionada ao número de vírus presentes no olho e à capacidade de resposta imune do hospedeiro.

A uveíte intermediária é uma condição de carácter recorrente, que pode causar flutuações significativas na acuidade visual e eventuais complicações oculares como hemovítreo, neovascularização retiniana, edema macular cistóide ou descolamento de retina.

O diagnóstico de uveíte por HSV pode ser feito clinicamente com base na história e nos sinais observados no exame oftalmológico completo e apoiado por testes laboratoriais de sorologia viral. Os anticorpos virais podem ser detectados com teste de fixação de complemento, imunofluorescência ou técnicas de ensaio imunoenzimático (ELISA). A uveíte posterior por HSV geralmente tem um bom prognóstico se não houver evidência de NRA. Muitas vezes, as lesões podem ser tratadas com Aciclovir ou Valaciclovir sistêmico e corticosteróides com resolução completa da inflamação.

Na presença de NRA o prognóstico da doença é desfavorável, principalmente se envolvimento do nervo óptico ou se ocorrência de DRR. A literatura mostra taxas de DRR entre 20 e 73%, provavelmente por diferenças nos critérios e nas definições dos estudos. Em geral, essa complicação ocorre um a dois meses após o início dos sintomas, quando as áreas de necrose retiniana facilitam a formação de roturas e quando ocorre uma possível contração do corpo vítreo e formação de membranas. A vitrectomia é comumente indicada como tratamento. Essa última também pode ser realizada para aliviar a tração vitreoretiniana e prevenir o DRR, com benefício incerto. A retinopexia a laser ao redor de áreas necróticas, para induzir a cicatrização das bordas, também é controversa. Trabalhos recentes sugerem o abandono da técnica.

Diante do relato do caso exposto associado ao estudo do tema na literatura médica atual, conclui-se a compatibilidade do caso com uveíte intermediária devido a importante vitreíte com formação de agregados inflamatórios- snowballs/ snowbanks - associados a uveíte posterior com retinite focal, evoluindo com descolamento de retina regmatogênico com acometimento macular. Verifica-se que o diagnóstico etiológico permite a adoção de medidas terapêuticas eficazes, possibilitando melhores desfechos visuais. Além disso, o diagnóstico e tratamento precoce das possíveis complicações corroboram para prognósticos favoráveis.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, Milton Ruiz et al. Uveítes. 4. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2016. 543 p.
2. NASCIMENTO, H. M. DO. Uveítes: revisitando o tema. e-Oftalmo.CBO: Revista Digital de Oftalmologia, v. 2, n. 1, 17 mar. 2016.
3. ENÉIAS BEZERRA GOUVEIA et al. Causas das uveítes em serviço terciário em São Paulo, Brasil. Arquivos Brasileiros De Oftalmologia, v. 67, n. 1, p. 139–145, 1 fev. 2004.
4. FREITAS, A. M. DE et al. Necrose retiniana aguda de etiologia presumível por herpesvírus. Revista Médica de Minas Gerais, v. 30, 2020.
5. FENSTERSEIFER, G. et al. DESCOLAMENTO DE RETINA. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882606/descolamento-de-retina.pdf>>.
6. LEE, J. H. et al. Viral posterior uveitis. Survey of Ophthalmology, v. 62, n. 4, p. 404–445, jul. 2017.
7. WENSING, B. Necrotizing and Nonnecrotizing Variants of Herpetic Uveitis With Posterior Segment Involvement. Archives of Ophthalmology, v. 129, n. 4, p. 403, 11 abr. 2011.
8. RISSEEUW, S. et al. Risk of Rhegmatogenous Retinal Detachment in Acute Retinal Necrosis With and Without Prophylactic Intervention. American Journal of Ophthalmology, v. 206, p. 140–148, out. 2019.
9. Salmon JF. Kanski's. Clinical Ophthalmology. A Systematic Approach. 9 ed. Oxford:Elsevier publishers, 2020; p.916.