

OCCLUSÃO DE RAMO DE VEIA CENTRAL DA RETINA SECUNDÁRIA A RETINOCOROIDITE POR TOXOPLASMOSE

Camila A. Silva^{1,*}, Caio V. Manchini¹, Fernanda P. P. Ferreira¹, Paula S. Frantz¹, Sayonara D. I. Carvalho¹, Karen T. Ogata¹,
Talissa F. Douaki¹, Ane Caroline L. M. Botelho¹, Yan B. Anjos¹, Rossen M. Hazarbassanov^{1,2}

Código: 1170

*camilartijas@hotmail.com

¹Hospital de Olhos -C.R.O, Guarulhos, SP

^{1,2} Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, SP

INTRODUÇÃO

Toxoplasmose é causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, uma vez infectado se estabelece em forma de cistos em vários órgãos, nos quais podem causar lesões pode ser atingido o olhos, o resultado é a toxoplasmose ocular. O quadro clínico em manifesta-se com embaçamento visual, moscas volantes, fotofobia, dor ocular e hiperemia conjuntival. Dentre as complicações oculares encontramos: glaucoma, catarata, opacificação do corpo vítreo, hemorragias vítreas e retinianas, descolamento de retina, atrofia óptica, membrana epirretiniana, membrana neovascular subretiniana, oclusões vasculares. A oclusão de ramo de veia central da retina (ORVCR) é definida como uma oclusão focal de uma veia retiniana ao nível de um cruzamento arteriovenoso (AV), onde a artéria passa anteriormente à veia. Neste local, a artéria e veia apresentam uma bainha adventícia comum. As características clínicas podem incluir hemorragias retinianas setoriais, tortuosidade vascular retiniana e manchas algodonosas na distribuição da veia obstruída. O edema e isquemia macular são as principais causas de perda visual na ORVCR. Neste caso, devido a fatores anatômicos e de localização da lesão de toxoplasmose existiu um fator mecânico que levou como consequência uma ORVCR.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 18 anos de idade, sem comorbidades, foi atendido no pronto atendimento com queixa de dor no olho direito (OD) com início há 02 dias e diminuição da acuidade visual com metamorfopsia. Ao exame oftalmológico apresentava acuidade visual com correção (AVCC) de 20/80 no olho direito (OD), à biomicroscopia mostrou hiperemia conjuntival 1+, córnea transparente, câmara anterior sem células ou flare, pupila fotorreagente, fático, tarsos livres. Na fundoscopia apresentava vítreo claro, hemorragias intra-retinianas em quadrante inferior e temporal, edema em feixe papilomacular com discreta diminuição do brilho, retina aplicada 360°. Após 15 dias o paciente retorna com AVCC OD conta dedos 50 cm. À biomicroscopia OD com reação de câmara anterior e flare 1+/4+. À fundoscopia e retinografia OD apresentava meios levemente turvos, borramento de papila, espessamento macular, lesão hipopigmentada mal delimitada em região justapapilar em arcada temporal inferior, hemorragias intra-retinianas em quadrante inferior e temporal mostrando na fig 1. À angiofluoresceínoграфия OD apresentava borramento de papila, hiperfluorescência em parede vascular da arcada temporal inferior com limites não nítidos e hipofluorescência por bloqueio da passagem do contraste (figura 2). No OCT de mácula apresentava grande espessamento macular com desorganização das camadas internas da retina com ausência de depressão foveal (figura 3). Diante o quadro foi feita a hipótese diagnóstica de oclusão de ramo temporal inferior da veia central da retina secundária a retinocoroidite por toxoplasmose. Iniciamos a combinação de Sulfametoxazol + Trimetoprima (Bactrim F®), após 15 dias do tratamento, o paciente retorna com os resultados dos exames laboratoriais apresentando IgG reagente para *Toxoplasma gondii*, Varicela Zoster e Citomegalovírus. Na fundoscopia apresentou turvação vítrea e exsudação da lesão, sendo introduzido prednisona 20 mg em regressão, evoluindo com flutuações na acuidade visual sem evolução satisfatória do quadro clínico, sendo indicado injeção intra-vítrea, anti-angiogênico e acetato de triancinolona.

FIGURAS

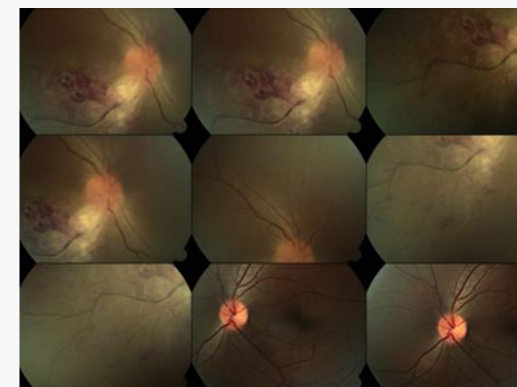


Fig. 1 Retinografia no OD

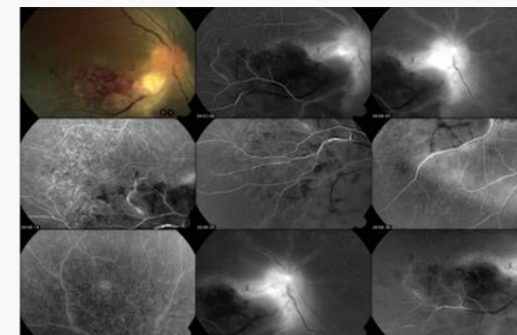


Fig 2 Angiofluoresceínoграфия OD

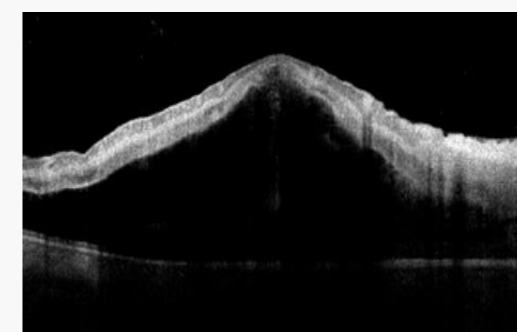


Fig. 3 OCT de macula OD

DISCUSSÃO:

O *Toxoplasma gondii* é o principal agente causal de uveíte posterior no Brasil e a zoonose mais frequente no mundo. A obstrução vascular retiniana é descrita como complicação rara associada a retinocoroidite por toxoplasmose ativa, podendo levar ao desenvolvimento de neovascularização retiniana e de papila, o que compromete a acuidade visual. A obstrução ocorre devido à presença de vasculite perilesional, gerando uma área de obstrução vascular, logo, má perfusão suficiente para o desenvolvimento de neovascularização intra-retiniana. A recorrência da manifestação ocular da doença pode ocorrer em mais de 50% dos casos devido à eclosão de cistos com replicação do parasita na retina e podem se instalar nas margens das lesões pré-existentes, em áreas retinianas longe do foco primário e no olho contralateral. Sendo assim, vale ressaltar a importância dos exames complementares para o acompanhamento e na tentativa de rastrear as complicações como a oclusão vascular retiniana e reconhecer as indicações para o tratamento frente a suspeita de toxoplasmose ocular conforme as indicações feitas pela Sociedade Brasileira de Uveíte, que são: acometimento macular e perimacular, de disco óptico e região peridiscal; vitreíte intensa e lesões com grande reação inflamatória; baixa acuidade visual de 1/3 em relação à acuidade visual anterior. Embora a retinocoroidite por toxoplasmose geralmente tem um curso autolimitado, ela pode levar a uma perda visual irreversível, particularmente quando a macula e o nervo óptico estão envolvidos. O diagnóstico e tratamento precoce pode prevenir um mal prognóstico de perda visual. Nosso relato de caso teve uma apresentação atípica de ORVCR secundário a retinocoroidite por toxoplasmose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dubey JP. Outbreaks of clinical toxoplasmosis in humans: five decades of personal experience, perspectives and lessons learned. *Parasit Vectors*. 2021; 14: 263.
2. Kalogeropoulos D et al. Ocular toxoplasmosis: a review of the current diagnostic and therapeutic approaches. *Int Ophthalmol*. 2021 Aug 9;1-27
3. Kouros P. Et al. Retinochoroiditis toxoplasmotica initially presenting as branch retinal vein occlusion. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2015 Apr;232(4):573-5