

Perfuração corneana em Artrite Reativa

Aileen M.Tabuse (aileenmiwa@gmail.com)

INTRODUÇÃO

Artrite Reativa (AR) é uma desordem crônica autoimune que faz parte do grupo das Espondiloartropatias Soronegativas. Caracteriza-se por doença sistêmica imune desencadeada após quadro infeccioso bacteriano, de trato gastrointestinal ou genitourinário, em indivíduo geneticamente predisposto. Acomete principalmente homens com menos de 40 anos que apresentam marcador HLA B27 positivo. O quadro sistêmico surge 2 a 4 semanas após infecção por bactérias intracelulares como *Salmonella enterica* e *Chlamydia trachomatis*. Apresenta a tríade de Reiter, composta por artrite, uretrite e inflamação ocular. O quadro clínico ocular pode se manifestar como conjuntivite, uveíte anterior não granulomatosa, episclerite, esclerite, ceratite, glaucoma secundário e até retinite, sendo as principais apresentações conjuntivite e iridociclite. A identificação do quadro oftalmológico é essencial para diagnóstico e também para prognóstico da doença sistêmica.

RELATO DE CASO

Homem, 22 anos, negro, sem comorbidades prévias, em tratamento de conjuntivite aguda quando foi encaminhado por baixa acuidade visual súbita dolorosa de olho esquerdo há 1 dia. Apresentou quadro de uretrite 2 semanas antes do aparecimento do quadro ocular. Estava em uso de lubrificante para tratamento de conjuntivite aguda há 1 semana, quando apresentou piora súbita visual devido a perfuração corneana.

Ao exame apresentava acuidade visual do olho direito de 20/20 e conjuntivite folicular e do olho esquerdo de contagem de dedos a 2m e conjuntivite folicular associada a uveíte anterior não granulomatosa e perfuração corneana. Além disso apresentou artrite de joelhos, linfadenopatia pré auricular e balanite circinada.

O teste de HLA B27 indicou resultado positivo. O exame de fator antinuclear demonstrou valor de 1:80 com pontilhado fino e o fator reumatoide indicou resultado negativo, compatível com espondiloartropatia soronegativa. As sorologias de sífilis e HIV indicaram resultado negativo. A colheita de raspado conjuntival não demonstrou crescimento bacteriano nos meios de cultura. Além disso, a artrocentese de joelhos demonstrou líquido sinovial de aspecto inflamatório não infeccioso.

Apesar da ausência de identificação do patógeno, realizou-se o diagnóstico clínico de AR e assim introduziu-se tratamento sistêmico com prednisona via oral. O paciente foi submetido a transplante parcial penetrante em olho esquerdo e apresentou boa evolução clínica. Segue em acompanhamento no setor de Doenças Externas da Córnea e de Reumatologia sem novas exacerbações da doença sistêmica.

DISCUSSÃO

O caso em questão se trata de um quadro de AR com perfuração corneana associada. AR é relacionada principalmente a conjuntivite e uveíte anterior porém em raros casos pode provocar complicações como ceratite e perfuração corneana. Tal complicação, no entanto, é mais frequente em AR crônica. O acompanhamento desse paciente, portanto, é vital para o melhor entendimento da evolução clínica.

Esse é o primeiro relato de caso de AR apresentando conjuntivite, uveíte anterior e perfuração corneana. Destaca-se a gravidade e a raridade do caso em questão. Por isso, em casos como o descrito é ainda necessário excluir outros diagnósticos diferenciais, tais como sífilis, doença de Behçet e HI, apesar da presença da clássica tríade de Reiter. Ainda faltam estudos que possam esclarecer essa apresentação clínica atípica.

CONCLUSION

A presença de manifestação oftalmológica associada a oligoartrite e outras alterações sistêmicas após uretrite ou disenteria deve alertar para um quadro de AR. Conjuntivite e uveíte anterior são sinais comuns, mas perfuração corneana também pode fazer parte da apresentação clínica.

FIGURAS



Fig 1. Olho direito



Fig 2. perfuração corneana e uveíte anterior

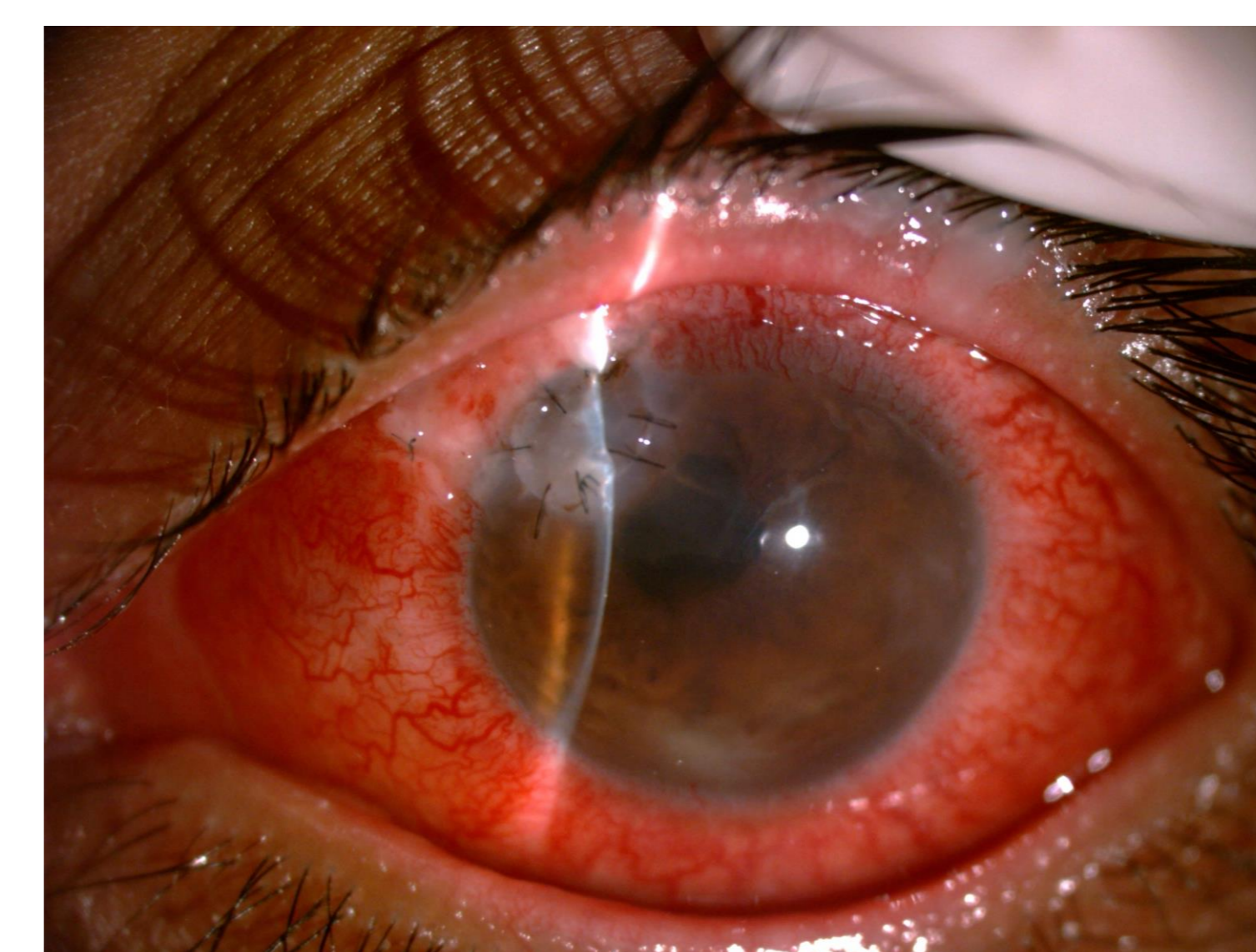


Fig 3. 5º dia de pós operatório de patch corneano

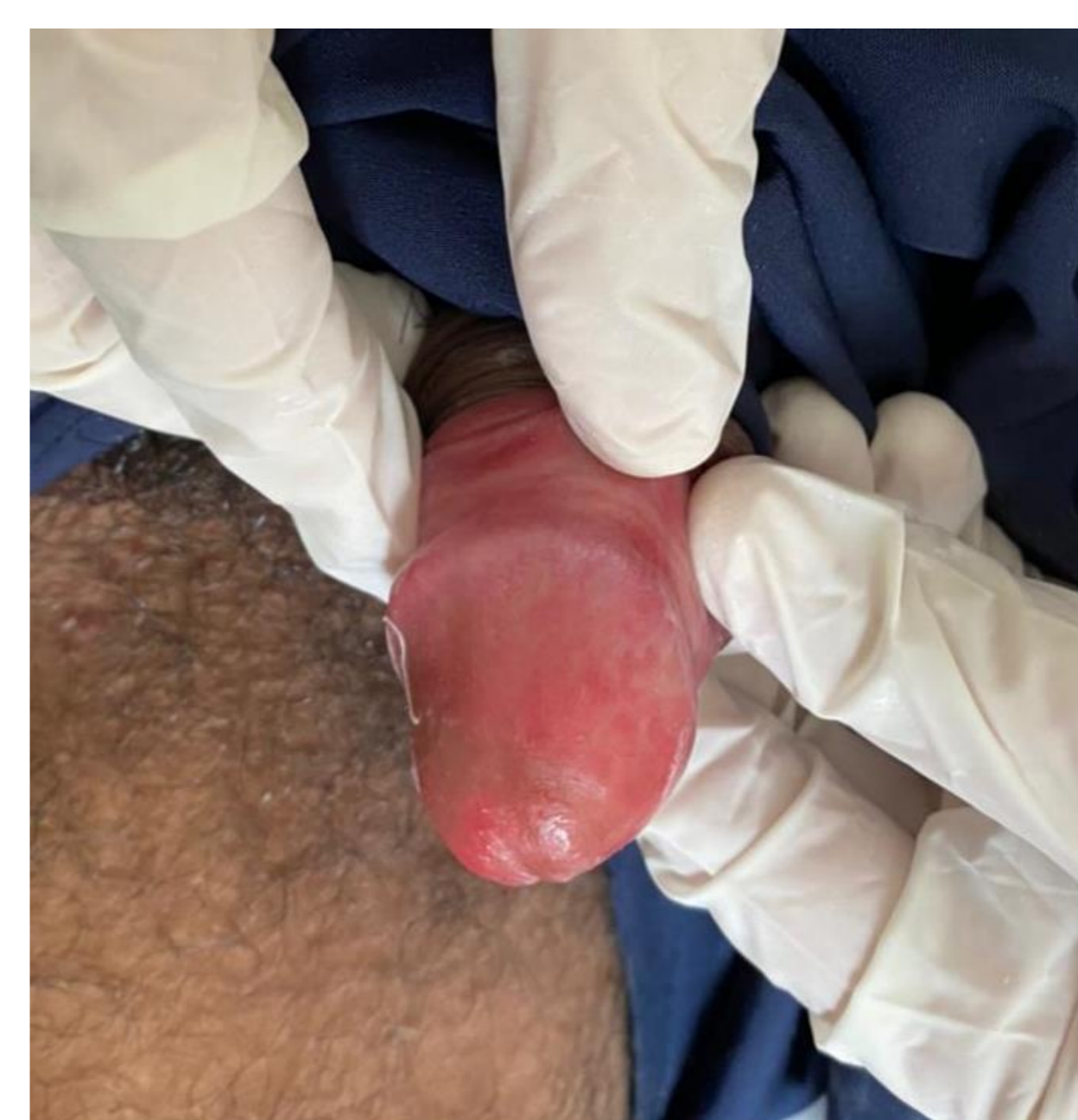


Fig 4. Balanite circinada



Fig 5. Artrite de joelhos

REFERENCES

1. Hsing YE, Walker J. Bilateral interstitial keratitis with anterior stromal infiltrates associated with reactive arthritis. *BMJ Case Rep.* 2017 Jul 6;2017:bcr2016218419. doi: 10.1136/bcr-2016-218419. PMID: 28687682; PMCID: PMC5534880.
2. Selmi C, Gershwin ME. Diagnosis and classification of reactive arthritis. *Autoimmun Rev.* 2014 Apr-May;13(4-5):546-9. doi: 10.1016/j.autrev.2014.01.005. Epub 2014 Jan 10. PMID: 24418301.
3. Kemeny-Beke A, Szodoray P. Ocular manifestations of rheumatic diseases. *Int Ophthalmol.* 2020 Feb;40(2):503-510. doi: 10.1007/s10792-019-01183-9. Epub 2019 Oct 3. PMID: 31583550.
4. Kiss S, Letko E, Qamruddin S, Baltatzis S, Foster CS. Long-term progression, prognosis, and treatment of patients with recurrent ocular manifestations of Reiter's syndrome. *Ophthalmology.* 2003 Sep;110(9):1764-9. doi: 10.1016/S0161-6420(03)00620-1. PMID: 13129875.
5. Kozeis N, Trachana M, Tyradellis S. Keratitis in reactive arthritis (Reiter syndrome) in childhood. *Cornea.* 2011 Aug;30(8):924-5. doi: 10.1097/ICO.0b013e3182000916. PMID: 21738103.
6. Cass EE. Interstitial keratitis occurring in a case of Reiter's disease. *Br J Ophthalmol* 1949;33:454-5. 10.1136/bjo.33.7.454