

## UVEITES ANTERIORES

São inflamações da uvea (a inflamação é uma reacção patológica do organismo, provocada pela entrada em acção de Ag microbiológicos, tissulares ou outros). Esta reacção faz-se graças às Ig, no caso da imunidade celular e linfocitos T, no caso da hipersensibilidade retardada.

São as formas mais frequentes de uveítes (12/100.000/ano).

A uvea, bem protegida pela esclera, não é acessível aos microorganismos (excepto nas feridas do segmento anterior).

Segundo o segmento anatómico da uvea (íris, corpo ciliar, coróide ou as 3), assim falamos de irite, coroidite e panuveíte).

### CLASSIFICAÇÃO

As uveítes são classificadas em função do seu modo evolutivo ou em função do seu carácter reaccional.

Modo evolutivo - agudo  
subagudo  
crónico

Característica reaccional - serosa  
fibrino-plástica  
purulenta

Woods fez uma classificação baseada na classificação histopatológica em:

- granulomatosas (correspondem às formas crónicas de tipo fibrinoplástico)
- não granulomatosas (correspondem às formas agudas de tipo seroso ou purulento)

A multiplicidade das classificações trazem confusão. Um exemplo é o termo agudo que traduz uma noção de

intensidade, enquanto que o termo crónico é expressão da duração da uveíte.

### **CRITÉRIOS EVOLUTIVOS**

Início (súbito ou insidioso)

Perfil evolutivo (único e repetidos)

Intensidade (fraco (1, 2 cruces Tyndall) e forte (tyndall maior que 2 cruces)

Duração (Curta - menor que 3 meses e Longa, maior que 3 meses) - substituem o termo agudo e crónico.

Resposta ao tratamento (Boa ou má)

Cortico-dependência (sim ou não, segundo a doente tem necessidade ou não de corticosteroides, de maneira a conseguir a melhoria)

### **IRITES**

- Rara

- Isolada é quase sempre aguda e não granulomatosa.

- Início súbito e que pode ser muito doloroso.

- Manifesta-se pela tríade: EPÍFORA, FOTOFOBIA E

ESPASMO ORBICULAR

- Edema estroma íris

- cura em 10-15 dias

- a dor habitualmente irradia até á região fronto-temporal (consequência da hiperemia e congestão do musculo ciliar e dos tecidos iridiano e escleral).

- o ponto de partida da inflamação situa-se na zona tributária do grande círculo arterial da íris.

### **IRIDOCICLITES**

- São menos agudas e também menos benignas

- São quase sempre bilaterais

- Evolução recidivante ou de maneira crónica

- sintomas menos marcados, nomeadamente a dor!

- precipitados queráticos mais importantes (maiores e mais espessos)

- Nas iridociclites crônicas, o exame só revela uma injeção ciliar discreta

- a íris apresenta zonas de edema e placas de atrofia da íris.

- Flocos de fibrina que se depositam sobre a íris, formando um cogumelo adiante da pupila

- Sinéquias posteriores (se múltiplas podem levar a seclusão pupilar).

### **INSUCESSO PESQUISA ETIOLÓGICA**

A etiologia de qualquer doença inflamatória é importante, porque só ela permite um tratamento específico. No entanto na uveíte habitualmente a pesquisa etiológica traduz-se por um insucesso devido:

1) um tecido uveal especializado, mas simples. Composto de vasos e pouco tecido mesenquimatoso, pigmentos e epitélio. O aspecto da reacção inflamatória da uveíte não varia segundo a etiologia seja microbiológica, tóxica ou alérgica.

2) A uvea é raramente invadida por agentes microbiológicos patogénicos. As uveítes bacterianas são consequência de um traumatismo corneano ou conjuntival. Mesmo que os organismos estivessem realmente na uvea durante o episódio inflamatório, a sua colocação em evidência, e ainda mais o seu isolamento, são difíceis. A biopsia que pode efectuar no estado agudo da iridociclite é a punção do humor aquoso.

## ETIOLOGIA

Os diagnósticos etiológicos de probabilidade são:

### 1) Agentes patogênicos

- VIRUS (o mais frequente é o herpes simples, mesmo na ausência de queratite. A varicela e a zona caracterizam-se pelo seu aspecto hemorrágico. Outras causas são varíola, adenovírus e influenza).
- RICKETTSIAS (Febre Q)
- BACTÉRIAS (A tuberculose, que causa mais uveíte posterior)
- PARASITAS (Onchocercoses)
- PROTOZOÁRIOS (A Toxoplasmose é mais importante no segmento posterior)
- FUNGOS (o mais frequente é a candidíase)

### 2) Auto-antigénios

- AUTO Ag TISSULARES

## FORMAS EXOGENAS

Ainda que relativamente raras, mas que podem ter um mau prognóstico

- OFTALMIA SIMPÁTICA
- UVEITE FACO-ANTIGÉNICA
- ENDOFTALMIA

## FORMAS ENDOGENAS

### 1) INFECCIOSAS

- Tuberculose, sífilis, lepra, vírus, candidíase, coccidomicose, criptococose, aspergilose, toxoplasmose, tripanosomíase, amebíase, toxocariose, onchocercose

2) NÃO INFECCIOSAS (mais frequentes - pressupõem em geral um mecanismo imunitário)

- Hipersensibilidade a agentes microbianos, virais ou fúngicos, D.Behcet, S.Vogt-koyanagi-harada, iridociclite heterocromática fuchs, S. Posner-schlossmann, espomdilatrose anquilosante, S.reiter, A.R. juvenil, colite ulcerosa-hemorragica.

#### UVEÍTE FACO-ANTIGÉNICA

- RARA, sobretudo após facoemulsificação. Podem surgir após uma catarata hipermadura com libertação de proteínas cristalinas na câmara anterior.

- início súbito (1-2 dias após a abertura cápsula - é intensa, com edema palpebral, injeção ciliar, precipitados queráticos em gordura de carneiro, sinéquias posteriores. Deve ser distinguida do glaucoma facolítico, que é um glaucoma agudo resultante do bloqueio das malhas do trabéculo pelos macrofagos e massas cristalinas).

- início insidioso ( pouco intenso).

-Etiopatogenia - straub diz que é um processo de toxicidade às proteínas do cristalino e Verhoeff, aponta um processo alérgico.

#### UVEÍTE APÓS IMPLANTE LENTE INTRAOCULAR

PRECOSES (1-4 DIAS)

- ligadas ao traumatismo cirúrgico ou às impurezas do implante intraocular.

TARDIAS (MAIORES QUE 3 MESES)

- factores mecânicos -pressão sobre o corpo ciliar
- factor imunológico

#### IDIOPÁTICA

É a forma mais comum de inflamação do segmento anterior. Não é uma entidade clínica definida.

É uma inflamação isolada do segmento anterior que não está associada com outros síndromes clínicos sistémicos.

É mais frequente no sexo masculino e jovens.

-36% inflamação ocular e HLAB27+

Precipitados queráticos não granulomatosos.

Tyndall, sinéquias e fibrina.

### ESPONDILITE ANQUILOSANTE

A uveíte anterior e a espondilite anquilosante são independentes quanto ao momento de eclosão e à sua intensidade.

- Envolvimento ocular (25%) - iridociclite intensa, recidivante, com dor intensa e fotofobia.

-Bilateral em 80% dos casos.

Mais frequente no sexo masculino. Homens entre os 15 e os 45 anos idade.

HLAB27 é positivo em 90% de doentes com uveíte anterior e espondilite

Sacroileite e restrição pulmonar

Raros casos de edema macular cistoide e edema papila.

Recorrências inflamação ocular, em média, 3 semanas por ano (sazonais).

O mecanismo pelo qual o AgHLAB27 tem uma função no desenvolvimento da uveíte anterior aguda é mal conhecido.

### OFTALMIA SIMPÁTICA

Uveíte granulomatosa com bilateralização característica

Relativamente rara

É uma das formas mais graves

Bilateral, num intervalo de tempo menor que 3 meses (em 45% dos casos).

Inflamação uvea granulomatosa, difusa e não necrosante.

-0,19% após traumatismo ocular

-0.007 após intervenção cirúrgica

Suspeita-se de oftalmia se no olho lesado ou operado aparecer imã injeção periquerática, fotofobia, lacrimejo, dor

e tyndall. Também no caso de hemorragias intraoculares de repetição ou hipertensão ocular persistente.

Tipicamente, o 2º olho tem um início insidioso, com fotofobia e alteração acomodação. Posteriormente, a inflamação uveal manifesta-se por diminuição da acuidade visual, precipitados queráticos em gordura de carneiro, turvação vítrea, edema macular e descolamento retina exsudativo.

EVOLUÇÃO - Pthisis ocular.

ETIOPATOGENIA - Autoimunidade(?)

### ARTRITE REUMATÓIDE JUVENIL

É uma afecção progressiva e invalidante, que afecta mais o sexo feminino.

3 formas ( D.Still, artrite poliarticular e artrite panciarticular)

A D.Still só excepcionalmente dá iridociclite.

A forma panciarticular é a que atinge mais as crianças sexo feminino.

Idade menor que 16 anos

Factor reumatóide negativo.

Poliartrite

Maior risco de uveite na panciarticular

A inflamação articular usualmente precede o aparecimento de sintomas oculares por vários anos.

A inflamação articular diminui com o aumento da idade, mas a uveite habitualmente prolonga-se até á idade adulta.

DD com sarcoidose ocular

Anticorpos antinucleares ocorrem em 80% de doentes com artrite reumatóide e uveite

### IRIDOCICLITE HETEROCROMÁTICA FUCH'S

Relativamente rara

Crónica recorrente

Os 3 sinais major são hipocromia íris, precipitados queráticos característicos e catarata

Unilateral em 90% dos casos

Heterocromia íris

Eiologia controversa- degenerativa ou imunológica

Antigamente fazia-se a associação com Toxoplasmose, mas nem todos os casos têm cicatrizes corioretinianas

A hipocromia íris é secundária a atrofia do estroma que se inicia na zona pupilar íris.

Os precipitadops queráticos são dispersos, pequenos, estrelados e translúcidos

A catarata surge tardiamente e é subcapsular posterior.

#### D. BECHET

É uma afecção relativamente rara

Aftose boca, úlceras genitais (escroto e vulva) e uveíte. Lesões cutâneas semelhantes a eritema nodoso.

Iridociclite recidivante, não granulomatosa (80%)

Hipopion , por vezes. Não é patognomónico! Observa-se também na espondilite anquilosante, D.Reiter, D.Crohn e linfoma ocular.

ETIOPATOGENIA- Desconhecida . vasculite por depósito de imunocomplexos circulantes (?). O facto dos complexos imunes ter tendência a acumular-se ao nível das membranas basais e provocar vasculite explica o polimorfismo clínico da D.Behcet.

#### S. VOGT-KOYANAGI-HARADA

Panuveíte bilateral, exsudativa , com vitiligo, poliose, alopecia, meningite e alterações auditivas.

3 estadios de evolução

- PRODRÓMICO- febrícula, cefaleias intensas e vertigens



- OCULAR - diminuição súbita visão, sinéquias posteriores, precipitados queráticos em gordura carneiro, glaucoma secundário.

O estágio ocular inicia-se habitualmente com uma diminuição súbita da acuidade visual consecutiva a uma uveíte anterior e/ou posterior.

A iridociclite pode ser granulomatosa ou não granulomatosa. Ela provoca a formação de sinéquias posteriores com precipitados desceméticos em gordura carneiro. Complica-se de glaucoma secundário.

- CONVALESCENÇA - poliose, vitiligo e sinal siguiria (despigmentação perilimbica em 10% dos casos)

ETIOPATOGENIA- Infecção viral(?)

- Reacção autoimune (?)

### UVEITE SARCOIDOSICA

Manifestação comum de sarcoidose generalizada

Pode iniciar-se sob a forma de iridociclite aguda, com dor, fotofobia e injeção ciliar, mas na maioria dos casos inicia-se insidiosamente, com uma iridociclite pouco intensa, com alteração visão.

Início insidioso

Início agudo

Nódulos brancos, cremosos, pálpebras e conjuntiva.

ETIOPATOGENIA- Enigmática parece tratar-se de uma alteração de cooperação entre os macrofagos que fagocitam incompletamente o Ag desconhecido e os linfocitos T.

Sobre a área da pars plana, observam-se a forma de bancos de neve.

### S. REITER

Uretrite, artrite e conjuntivite

CRITERIOS MAJOR- poliartrite, conjuntivite, iridociclite, uretrite, queratodermia, blenorragia

CRITÉRIOS MINOR - fasceíte. Tendinite, sacroileite, queratite, cistite, diarreia

Patologia definitiva maior ou igual a 3 criterios major ou 2 major e maior ou igual a 3 criterios.

Provável se 2 criterios ou 2 criterios minor.

CONJUNTIVITE- 30-40%. Muco-purulenta. É o achado mais comum.

IRITE/QUERATITE - menos comuns. A queratite é ponteada subepitelial e tem um infiltrado estroma anterior.

IRITE - 3-12%. Não granulomatosa. Ocorre mais tardiamente. É recidivante e de bom prognóstico. Por vezes com hipopion.

ETIOLOGIA - após disenteria gram- ou uretrite não gonocócica. O organismo mais frequente é a clamídea trachomatis. Os sintomas ocorrem 2-4 semanas após o início da disenteria.

### UVEITES VIRAIS

#### HERPES SIMPLEX

A forma mais frequente é a iridociclite acompanhando a queratite herpética.

A iridociclite por herpes simplex é manifestação do vírus tipo I, contrariamente á corioretinite que se observa no recém nascido, consequência do vírus tipo II

-queratite disciforme (crónica e pouco intensa)

- queratite dendrítica ( intensa e glaucoma 2º), com precipitados queraticos em gordura de carneiro. O glaucoma 2º é por acumulação de proteínas e células inflamatórias no trabéculo.

#### HERPES ZOSTER

É frequente na origem de iridociclite quando o ramo nasociliar do trigémio é atingido.

-Início insidioso indolor

-início súbito, com dores fortes

A iridociclite zosteriana pode ser acompanhada ou não por lesões corneanas.

### OUTROS

S. SCHLOSSMAN-POSNER- crise glaucomato-ciclítica, com crises unilaterais e recidivantes . Hipertensão ocular e ciclite com edema córnea, midrise, precipitados queráticos pequenos. É frequente na Primavera e Outono. Etiopatogenia desconhecida.

PSORÍASE - Uveite anterior se associada a artrite.

D. INFLAMATORIA INTESTINAL - Colite ulcerosa e D.Crohn - provocam inflamação anterior e posterior. Investigar sobre diarreia e sangue, porque a irite pode ser o primeiro sintoma.

NEFRITE INTERSTICIAL AGUDA

S. SCHWARTZ - uveite anterior com glaucoma e descolamento retina.

TUMORES - O pseudotumor ocular inflamatório pode ter iridociclite. Leucemias. Metástases (a uveite anterior pode ser o primeiro sinal).

ISQUEMIA DO SEGMENTO ANTERIOR - por I.arteria carótida, em doentes idosos. A pupila é fracamente reactiva. Associação com estase venosa e neovascularização.

D. KAWASAKI- Ou linfonodo mucocutâneo- É uma vasculite da criança, associada com uveite anterior. Causa desconhecida. Doença febril com linfadenopatia e eritema dérmico.

XANTOGRANULOMA JUVENIL. Antes da idade de 1 ano. Unilateral. Desenvolve glaucoma 2º com buftalmus.

RETINOBLASTOMA E MELANOMA COROIDE - podem provocar reacção inflamatória a nível do segmento anterior ocular após necrose do tumor e hipopion.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

**CONJUNTIVITE AGUDA** - injeção conjuntival com rede superficial de vasos tortuosos, vermelho vivo no equador. Não dá fotofobia, lacrimajejo ou blefaroespasma.

**QUERATITE / EROSÕES CORNEA-** indispensável o exame ao biomicroscopio.

**GLAUCOMA AGUDO-** distingue-se da uveíte anterior pela observação da pupila (midríase no glaucoma).

**RUBEOSIS IRIDENS** - Na uveíte anterior de longa duração, a atrofia íris permite a visualização de vasos íris que deverão ser distinguidos da rubeosis iridens.

## **TUMORES**

## COMPLICAÇÕES

**GLAUCOMA - GRAVE.** Sobretudo associado a hipertensão ocular. S.Posner-schlossman, heterocromia fuchs, uveítes virais.

**CATARATA** - subcapsular posterior, após sinequias posteriores.

**QUERATOPATIA EM BANDA-**complicação da uveíte crónica e recidivante. Consiste em depósitos de calcário na m. Bowman. Inicia-se na região límica entre as 3-9 horas.

**ATROFIA IRIS** - Uveítes de longa duração e recidivantes. Atinge o estroma.

**DESCOLAMENTO RETINA** - exsudativo. No Vogt-Koyanagi-Harada

**PHTYSIS DO GLOBO OCULAR** - estágio terminal de uveíte conduzindo á cegueira.