

HOSPITAL INTENDENTE CARRASCO — SERVICIO DE LEPROLOGIA
ROSARIO — Rep. ARGENTINA

A Reação Leprótica do Ponto de Vista Ocular

DR. MAXIMO CARLOS SOTO

Oculista do Serviço de Leprologia

I. — Generalidades. II. — Frequência, localização e mecanismo. III. — Prognóstico e tratamento. IV. — Vias de chegada da infecção ao olho. V. — Características da localização ocular da lepra. VI. — Prognóstico da reação leprótica ocular. — VII. — Conclusões.

GENERALIDADES. — No largo período da evolução do mal de Hansen, a reação leprótica (R. L.) é uma ocorrência comum às duas formas polares da moléstia. Para efeito do presente trabalho, vamos nos referir somente à forma lepromatosa (L) ou maligna, porque a forma tuberculóide (T) ou benigna, tomando somente os anexos e respeitando sistematicamente o olho, não constitui problema, nem do ponto de vista clínico, nem do ponto de vista ocular. Apesar de ser a R. L. um episódio comum, não é contudo obrigatório, pois existem enfermos que não a apresentam, quer espontânea quer provocadamente e naqueles em que a reação leprótica aparece, a intensidade varia desde o sintoma fugaz e pouco aparente até o estado de reação violenta e febril, sendo os sintomas mais freqüentes e notáveis as manifestações cutâneas, a temperatura e o aumento do índice de sedimentação.

Das manifestações cutâneas, o exantema é o sintoma mais freqüente localizando-se de preferência nos membros e face e respeitando quase sempre a pele do ventre. Para explicar esta predileção pelo rosto e membros fala-se e com razão do retardo circulatório, dos pequenos e contínuos traumatismos que estas regiões estão sempre expostas e da menor temperatura com relação a outras partes mais centrais e mais cobertas. Porém a localização da R. L. não é exclusivamente cutânea; pôde ser ao mesmo tempo ganglionar, orquílica, ocular, nervosa ou visceral, ou apresentar em alguns casos localizações exclusivamente extracutâneas.

FREQÜÊNCIA, LOCALIZAÇÃO E MECÂNISMO. — 75% dos doentes L., sem tratamento, apresentam bacilêmia. Todavia, somente 10% deles apresentam reações de forma espontânea. Esta

percentagem aumenta com o tratamento segundo a medicação empregada ao mesmo tempo que a percentagem mde bacilêmicos desce abaixo de 50% fóra dos períodos de reação, pois que em pleno período reacional a bacilemia alcança a 90% dos pacientes. Se bem que seja certo que os bacilos não agem por si, porém por suas toxinas e que estas toxinas possuem propriedades antigenicas, não é só o fator bacilo que temos a considerar para interpretar o fenômeno intimo da R. L.; há que considerar também o fator terreno, por estar demonstrado que quando o organismo permite o desenvolvimento sem obstáculo dos bacilos é porque carece de capacidade de defesa. Póde parecer que a invasão maciça bacilar abateu o organismo e paralizou suas defesas. O tratamento, ao destruir grande quantidade de bacilos colocaria o organismo em condições de reagir; porém esta reação assim produzida — medicamentosa — como a produzida pela interferência de focos sépticos, toxinas microbianas, estados fisiológicos especiais (gravidez, lactação, etc), choques nervosos ou quedas bruscas de temperatura, indicariam a origem paralérgica da R. L. em contraposição a uma percentagem mínima de casos em que a reação seria puramente alérgica ao reagir especificamente ao *Mycobacterium leprae*, levando-se em conta para este último caso a oscilação do estado alérgico, que é um fenômeno corrente nos processos infecciosos crônicos, porém devido a fatores menos claros que talvez ocorram espontâneamente alterando as relações do terreno e bacilo ou talvez melhor, do terreno e as toxinas. De qualquer maneira e não obstante que, de per si, a forma L. seja a forma enérgica em contra- posição a forma T. hiperérgica; sempre a R. L. na forma L. traz ainda, embora sob forma fugaz, um despertar do estado alérgico. Isto tem algo que ver com a capacidade de defesa do organismo e suas possibilidades de desembargar-se da enfermidade, porém, não é o suficiente. A lepromino-reação tem duas fases: a precoce ou reação de Fernandez que é inegávelmente de causa alérgica e a tardia ou reação de Mitsuda que é de imunidade. O emprego desta reação e seu resultado positivo em pessoas sadias, porém em contacto com doentes de lepra, ou habitantes de zonas onde a enfermidade é endêmica, deve ser considerada de natureza alérgica; ao contrário, o mesmo resultado em pessoas sem contacto com doentes de lepra e habitantes de zonas onde a moléstia é desconhecida deve ser interpretada como de natureza imunológica.

Apesar desta aparente semelhança entre as relações do estado orgânico imuno-alérgico, com a lepromino-reação e com a R. L., não se póde estabelecer uma relação direta entre o resultado da lepromino-reação e a eclosão periódica dos fenômenos reacionais.

PROGNÓSTICO E TRATAMENTO. — Considera-se que a R. L. pôde exercer uma influência favorável na evolução do processo quando acompanhada de intenso exantema cutâneo e é de curta duração. Ao contrário as reações prolongadas, febris, com discreto exantema, assim como as reações violentas e prolongadas parecem exercer uma influência contraproducente, pelo esgotamento que provocam no paciente, comprometendo seu estado geral. O médico se vê neste caso com a obrigação de deter a reação, ou cortá-la. A lista de medicamentos usados é vasta; quase todos os desensibilizantes: hipossulfito, cálcio, magnésio, vitamina C, benadril, sôro de convalescentes de reação. Não há, contudo, um tratamento seguro; existem reações irremovíveis, porém parece que o Repodral, sal de antimônio, é até o momento um dos mais ativos.

VIAS DE CHEGADA DA INFECÇÃO AO OLHO. — A complicação ocular aparece como manifestação secundária da lepra cutânea ou nervosa, depois de vários anos de evolução da moléstia. Sua localização é sempre o polo anterior; córnea, esclera, íris e corpo ciliar. A freqüência desta complicação varia segundo os distintos autores. Nossa experiência pessoal (1) mostrou que 76% das formas L apresentam complicação ocular, porém nem sempre estão em relação direta com a R. L. Inegavelmente a via de chegada é a sanguínea, sobretudo nos períodos reacionais nos quais a bacilemia alcança a 90% dos doentes; porém convém recordar que fôra dos períodos de reação a bacilemia alcança a 75% dos doentes sem tratamento e quase a 50% nos submetidos a tratamento. O fato de que as lesões oculares da lepra apresentem uma gama tão grande em sua intensidade, obedece aos mesmos fatores que determinam semelhante evolução das lesões cutâneas, fatores apresentados mais do que pelo bacilo, pelo terreno orgânico que os asila.

A biomicroscopia na lepra põem em evidência os mais precoces elementos locais de resposta ante a agressão; por exemplo as, células flutuantes no aquoso, sem turvação do mesmo, sem dôr e sem reação periquerática; porém o achado desses elementos não nos autoriza a pensar que estamos em presença de uma R. L. de localização ocular; ainda que nos obrigue a ser um pouco cautelosos no emprego dos tratamentos gerais e atentos na vigilância do aparelho visual. Se pudéssemos empregar a biomicroscopia no estudo íntimo dos fenômenos cutâneos das infiltrações também encontraríamos elementos característicos do estado de progressão da mal de Hansen — a biopsia os põem a descoberto — porém isto não é R. L. E um estado de progressão dissimulada e silenciosa porém segura em um organismo anérgico incapaz de reações evi-

dentes e aqui como em diversas manifestações da moléstia o paralelismo entre o olho e a pele é surpreendente (2).

A R. L. como fenômeno local de exacerbação das lesões pre-existentes, apresenta os quatro pontos cardiais de Celsus: calor, tumor, rubor e dor; isto é, tem os caracteres próprios da inflamação e essa localização significa aparecimento de outro elemento infalível da inflamação que é o transtorno funcional.

CARACTERÍSTICAS DA LOCALIZAÇÃO OCULAR DA LEPRO. — O porque da maior localização na esclera e córnea do que na íris e no corpo ciliar e o porque da localização no polo anterior e não em profundidade pode ser explicado pelos mesmos fatores que determinam a maior localização das lesões cutâneas nos membros e na face do que no ventre e tórax, a saber: os pequenos, porém contínuos traumatismos, o retardo circulatório e a baixa temperatura. No olho aberto, a temperatura da córnea é de 30° e a causa de sua pouca espessura, menos de 1 milímetro no centro, esta baixa temperatura se faz sentir na camera anterior, cujo liquido marca 32°, sendo já de 36° a temperatura do vitreo (3). Como processo inflamatório determina no olho a produção dos elementos próprios da inflamação exsudativa de forma quase sempre fibrinosa ou pseudomembranosa; com muito menor freqüência, hemorrágica. Si recordarmos que estes processos inflamatórios são determinados pela reação defensiva do organismo frente as toxinas microbianas, devemos aceitar que a R. L. é um índice de defesa do organismo e uma tentativa de cura; porém o que na pele pôde não ser de conseqüências funestas, pode ser no olho devido ao quinto elemento da inflamação que é o transtorno funcional, grave sobretudo, quando toma a íris e o corpo ciliar pela atrofia que deixa dos ditos elementos e pelas alterações da permeabilidade da pupila.

A esclera sendo a vigia da reação, portanto o principal elemento do syndrome irritativo ocular e que faz com que o olho seja muito mais sensível que a pele para este tipo de manifestações, é o primeiro e que mais freqüentemente se afeta. A córnea que os nutre por imbibição dos elementos exsudativos da visinhança exerce pequena parte na sua forma de queratite intersticial no processo da reação uma vez que não se edematize; porém pôde agravar muito as lesões da queratite hiperplásica ou tumoral, felizmente muito menos freqüente, acelerando o crescimento dos lepromas corneanos ou esclerocorneanos.

As frites ou iridociclites agudas ou superagudas, onde a dor é, dos quatro pontos cardiais de Celsus, o sintoma mais notável e desesperador, ao que se agrega com não menor intensidade a fotofobia, apesar de ser menos freqüente que as lesões esclerocorneanas, são muito mais graves, estando presente a dor pela irritação das termi-

nações nervosas do polo anterior do olho que tem nervos sensitivos, em contraposição aos do polo posterior cujos processos inflamatórios são sempre indolores e onde a lepra não se localiza: retina e coróides. Dada a predileção que tem a lepra pelos trajetos nervosos, seria de se conjecturar também se não existe alguma espécie de localização seletiva sobre determinados nervos e não sobre qualquer um e, senão seria também este um motivo a mais para a localização das lesões exclusivamente no polo anterior do olho.

PROGNÓSTICO DA REAÇÃO OCULAR. — A localização, nos olhos da R. L. é sempre de caráter reservado; na maioria dos casos é simplesmente sombrio devido aos desastrosos resultados finais. O emprego das sulfonas e em geral dos oxidos redutores parece ter influência favorável no sentido de diminuir o grande período de evolução da enfermidade, ainda que não deixe de ter como de fato teve o chaulmoogra, uma influência no desencadeamento da R.L. Se a intensidade desta é média, e não se repete, pôde curar uma frite sem déficit visual; porém geralmente os enfermos que apresentam reações oculares, apresentam-na repetidamente, quer subintrantes, quer com intervalos mais ou menos prolongados e cada episódio reacional deixa suas cicatrizes visíveis através da atrofia da iris, do deslocamento da borda pupilar e da seclusão quando não da oclusão total da pupila.

Quando a reação é de pouca intensidade, significa que há ainda um princípio de defesa pelo estado alérgico que ela supõe, esta não é suficiente para defender o olho que será presa fácil e freqüente das pequenas reações repetidas que livremente alterarão também as vias de entrada da luz no olho e até a sua própria nutrição. Quando a reação é de grande intensidade o fenômeno é sempre grave, porque a intervenção dos elementos dos sistemas vascular e conectivo, que são os encarregados da defesa local, se faz com tal profusão que ao desaparecer o estado reacional o olho permanece quase sempre sômente com percepção luminosa.

Não há portanto motivo algum para acreditar que a localização da R. L. nos olhos possa ser benéfica para o mesmo. Não podemos negar que existem casos em que se salvou os olhos de uma reação com a conservação da visão 1, porém isto só excepcionalmente. Como do ponto de vista geral pôde-se aceitar o benefício que uma reação que preenche certos requisitos de duração e intensidade possa trazer ao enfermo; inclusive como preventivo das complicações oculares (existem trabalhos bem documentados a este respeito) (4), o leprólogo deve controlá-la dentro de certos limites sempre que a reação não haja englobado o olho. Existiu em certa época tendência para favorecer e eclosão de uma reação, especialmente com iodureto, porém a impossibilidade de prever a futura

localização da reação e de julgar sua duração e intensidade uma vez instalada, fez com que abandonasse semelhante terapêutica.

Do nosso ponto de vista, toda reação leprótica com localização ocular deve ser combatida, apelando-se para todo o arsenal terapêutico que se tenha mostrado útil. Para o sintôma dor, continuamos pensando que a injeção endovenosa de esteres etílicos do chaulmoogra, que propuzemos com FERNANDEZ em 1945 (5), continua sendo um dos meios mais eficazes, devendo-se suprimir prontamente o tratamento de fundo, quer seja chaulmoogrico ou sulfônico, fazendo excepção para a promanida que tem demonstrado ser não sómente menos responsavel da ocorrência da R. L. que outras drogas sulfônicas, como também se tem mostrado capaz de eliminá-la, em certas circunstâncias.

CONCLUSÕES:

- 1° — É regra que a R. L. apareça no decurso do tratamento.
- 2° — Geralmente a R. L. pôde ser interpretada com índice favorável da reação defensiva do organismo.
- 3° — A R. L. com localização ocular é de funestas conseqüências para o transtorno funcional da visão e deve ser suprimida o mais depressa possível.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — SOTO, M. C. — Frecüencia de las complicaciones oculares de la lepra. Arch. y Mem. de la Soc. de Oftal del Litoral. Rosario, 1947-1948, 1. (28-34).
- 2 — MENDONÇA DE BARROS, J. — Paralelismo entre lesões oculares e cutâneas na lepra. — Rev. Bras. Leprol., 1938. 6. (19-22).
- 3 — FUCHS, E. — Tratado de Oftalmologia.
- 4 — SOUZA LIMA, L., & MENDONÇA DE BARROS, J. & SCHUJMAN, S. — Influência da R. leprotica na evolução da lepra cutânea. — Rev. Bras. Leprol. 1936. 4.
- 5 — FERNANDEZ, J. M. M. & SOTO, M. C. — Tratamento das complicações agudas de la lepra con esteres benecillos del chaulmoogra por via endovenosa. Rev. Arg. de Dermatosifil., 1945. 29/4 (266-272).