

**NEURORRETINITE COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DA
DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO: RELATO DE CASO
Neurorretinitis As a Form of Presentation of Cat Scratch
Disease: Case Report**

Thamiles Batista Ronconi¹

Leonardo Medlig de Souza Cravo²

¹Médica Residente de Clínica Médica pelo Hospital Central do Exército

²Médico Oftalmologista aluno da Pós-graduação Stricto Senso em Ciências cirúrgicas do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)

Thamiles Batista Ronconi

Av. Francisco Manuel, 126 - Benfica / Rio de Janeiro-RJ –

CEP.: 220911-270

Tels: (21) 3891-7000

thamiles@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A doença da arranhadura do gato (DAG) foi descrita pela primeira vez em três pacientes com febre crônica, linfadenopatia regional e conjuntivite folicular^[1]. A associação entre gatos e a doença foi feita pela primeira vez em 1931^[1]. A síndrome oculoglandular de Parinaud é o achado ocular mais comum do complexo primário de DAG^[2]. **Objetivo:** Descrição incomum de uma das formas de apresentação da doença. **Descrição do caso:** Relata-se, a seguir, o caso de um paciente brasileiro, sexo masculino, de 14 anos de idade, com diagnóstico de DAG, portador de Neurorretinite através de informações obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos a que foi submetido e revisão da literatura. A neurorretinite é caracterizada por uma inflamação da vasculatura do disco óptico com exsudação de fluido na retina peripapilar. **Conclusão:** No Brasil, existem poucos casos relatados provavelmente não devido à baixa incidência e sim a não inclusão dessa doença no diagnóstico diferencial de várias síndromes clínicas^[6]. Dessa forma, é muito importante o conhecimento das várias formas de apresentação clínica da DAG de forma a futuramente avaliarmos a sua real incidência na população brasileira.

Palavras-chaves: Doença da arranhadura do gato; neurorretinite.

ABSTRACT

Introduction: Cat scratch disease (DAG) has been described for the first time in three patients with chronic fever, regional lymphadenopathy and follicular conjunctivitis [1]. The association between cats and the disease was first made in 1931 [1]. Parinaud oculoglandular syndrome is the most common ocular finding of the primary DAG complex [2]. **Objective:** Description of one unusual form of presentation of the disease. **Case Report:** This is a case of a Brazilian male patient, 14 years old, diagnosed with DAG, with Neuroretinitis through information obtained by reviewing the medical record, interviewing the patient, photographic records of the patients diagnostic methods and review of the literature. Neuroretinitis is characterized by an inflammation of the optic disc vasculature with exudation of fluid in the peripapillary retina. **Conclusion:** In Brazil, there are few reported cases probably not due to the low incidence but the non inclusion of this disease in the differential diagnosis of several clinical syndromes [6]. Thus, it is very important to know the various forms of clinical presentation of DAG in order to evaluate its real incidence in the Brazilian population in the future.

Keywords: Cat scratch disease; neuroretinitis.

INTRODUÇÃO

Neurorretinite é uma inflamação neural da retina e nervo óptico. Foi originalmente descrita por Leber em 1916 como uma "maculopatia estrelada"^[5], mas esta definição foi desafiada por Don Gass em 1917, citando que o edema do disco precede exsudato macular^[5]. Posteriormente, Gass confirmou o vazamento do disco óptico por angiofluoresceinografia e sugeriu o termo "neurorretinite"^[5]. A doença pode ser idiopática na maioria dos casos ou pode estar associada com alguma patologia ocular e sistêmica^[5].

A Neurorretinite da Doença da Arranhadura do Gato (DAG) pode ser caracterizada por inflamação ocular, devido a infecção por bacilo gram negativo, identificado como *Bartonella henselae*. A idade média de início é de 24,5 anos, com um intervalo de 4-64 anos. Incidência no sexo masculino de 1,8:1. Setenta e três por cento destes pacientes manifestam sintomas sistêmicos, enquanto apenas 7,7% se manifestam com dor ocular^[3].

O diagnóstico baseia-se na história clínica e exame físico oftalmológico completos. Testes adicionais, tais como exame físico sistêmico total ou testes auxiliares deve ser guiada pela suspeita clínica^[3].

Testes laboratoriais e biópsias devem ser guiados pela suspeita clínica e sob medida para a história e exame físico. Na maioria das vezes, os títulos da arranhadura do gato devem ser obtidos. FTA-ABS, PPD, Sorologia para Doença de Lyme e radiografia de tórax podem servir como testes iniciais adequadas.

O exame do fundo de olho do polo posterior pode revelar um disco óptico inflamado e/ou um padrão de estrela macular. Como a estrela macular pode levar 1-2 semanas para se manifestar, apenas inflamação do disco óptico pode ser evidente em uma apresentação mais precoce. A estrela macular geralmente aparece de algumas semanas após o início dos sintomas visuais e resolve posteriormente ao longo de várias semanas. Em um episódio recorrente, uma estrela macular pode ou não ser evidente e, mesmo que presente podem não apresentar o padrão clássico de estrela. Exsudados duros em um padrão mais ou menos radiais relativamente a fóvea podem ser o único achado óbvio. Cronicamente, palidez do disco podem estar presentes^[7].

A Angiografia com Fluoresceína pode revelar edema do disco e vazamento e bloqueio de fluorescência em áreas de exsudados duros^[4]. Ocasionalmente, a coloração pode ser encontrada no olho contralateral aparentemente não envolvido^[4].

A Tomografia de Coerência Óptica (OCT) revela espessamento da retina, possivelmente por fluido sub-retiniano e/ou exsudados no interior da camada plexiforme externa (camada de Henle). A OCT pode também ser útil na detecção de um descolamento seroso da retina, antes de se formar uma estrela macular (figura 1)^[4].

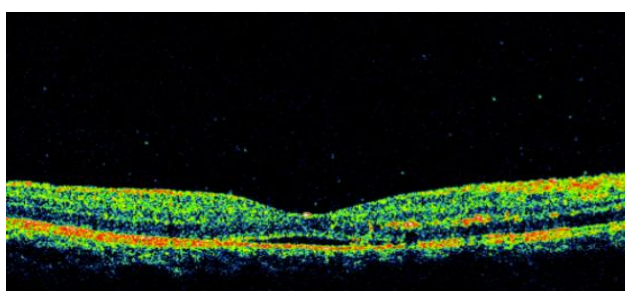


Figura 1: Exame de Topografia de coerência óptica de olho direito demonstrando curvatura foveal preservada; cortes tomográficos com pontos hiperrefringentes (exsudato perifoveal), presença de infiltrado hiporrefringente subfoveal (descolamento seroso)

O diagnóstico diferencial para a estrela macular inclui retinopatia hipertensiva, papiledema, neuropatia óptica isquêmica anterior, papilopatia diabética, tração vítreo posterior, disco e tumores justapapilares e etiologias tóxicas^[5]. Muitos dos diagnósticos diferenciais, tendem a ser de natureza bilateral, ao contrário da neurorretinite^[3]. Como tal, a suspeita clínica deve orientar testes e diagnóstico adicional.

O tratamento de neurorretinite está direcionada para a etiologia subjacente. Suspeita de etiologia infecciosa, especialmente a tuberculose, podem merecer consulta com um especialista em doenças infecciosas^[6]. Se o agente causador é considerado a doença da arranhadura do gato, os vários métodos de tratamento são encontrados na literatura e incluem: a ausência de tratamento, apenas os antibióticos, antibióticos e esteróides, e apenas esteróides^[6]. Como um elevado grau de recuperação visual espontânea existe na doença da arranhadura do gato

neuroretinite, conclusões definitivas não podem ser feitas a respeito da eficácia do antibiótico^[6].

A suspeita de uma etiologia infecciosa requer um trabalho apropriado com tratamento com antibióticos de amplo espectro enquanto os resultados estão pendentes é apropriado^[6]. Antibióticos recomendados são a doxiciclina, ciprofloxacina ou a azitromicina para adultos e azitromicina ou sulfametoxazol-trimetoprim para as crianças. Para a forma idiopática da doença, corticosteróides orais em altas doses foram administradas. Antibióticos podem ser consideradas para cobrir a doença da arranhadura do gato enquanto as sorologias estão pendentes^[6].

Quanto ao prognóstico, o edema do disco óptico é geralmente autolimitado. Caso contrário, outra etiologia, tais como tumor de disco ou sarcoidose devem ser consideradas. A maioria dos pacientes com neuroretinite devem alcançar excelente recuperação visual com ou sem intervenção.

RELATO DE CASO

Inicialmente, paciente masculino 14 anos, encaminhado ao Serviço de Pediatria do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense em Niterói- RJ, com suspeita inicial de tuberculose, devido um quadro de febre intermitente, artralgia em joelho esquerdo, emagrecimento, mal-estar, fadiga, inapetência, dor abdominal difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Apresentava ao exame físico linfonodo cervical posterior aumentado e presença de tumoração móvel, dolorosa, sem sinais de flogose em linha axilar posterior esquerda. A investigação laboratorial mostrava EAS normal, Hemograma Completo: eosinofilia 7%; VHS: 40 mm/h; PCR: 1,29; Sorologias para Hepatites A e B negativas; Hemocultura e Urinocultura negativas; PPD com endureção de 12 mm; BAAR com 3 amostras negativas; Anti-HIV: negativo; VDRL: negativo; IgM e IgG negativo para Toxoplasmose; IgM negativo IgG positivo para CMV; Sorologia para Epstein Barr negativa. Foi solicitado um parecer para Oftalmologia devido Baixa Acuidade Visual e Metamorfopsia no olho direito.

Ao exame oftalmológico a melhor visão: Olho direito 20/50 e Olho esquerdo 20/20 para longe e J2 e J1 para perto, respectivamente. Grade de Amsler alterada em olho direito. Biomicroscopia: Sem alterações em ambos os olhos. Tonometria:

14/14 mmHg. À luz da fundoscopia: Olho direito: Edema e borramento de papila óptica, vasos preservados, exsudato em região macular em formato de estrela, retina aplicada (figura 2). Olho esquerdo sem alterações. Frente a este achado de neurorretinite, foi investigada na anamnese e confirmada a história positiva de arranhadura/mordedura por gato doméstico.

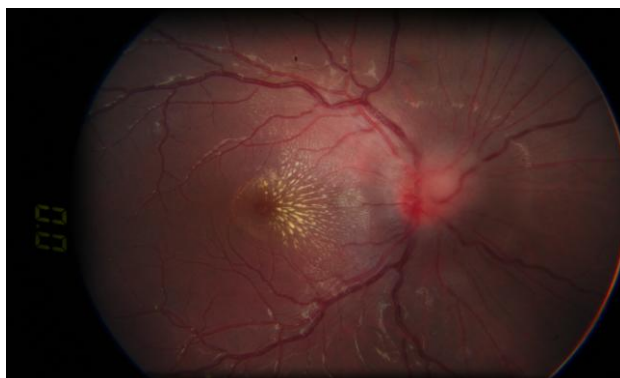


Figura 2: Retinografia do olho direito evidenciando Neurorretinite, Edema de papila com exsudatos retinianos peripapilares acometendo a região macular

Foi feita biópsia de linfonodo cervical posterior que confirmou Bartonella henselae. Foi iniciado tratamento com Ciprofloxacino 500 mg 6/6horas por 14 dias. 30 dias após a terapêutica, houve melhora do quadro (figura 3), e a visão passou para 20/20 em olho direito e 20/20 em olho esquerdo. Sem alterações significativas à fundoscopia.

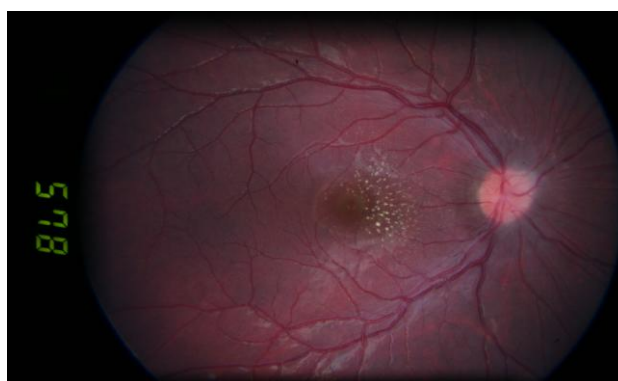


Figura 3: Evolução retinografica do olho direito do paciente 15 dias após o tratamento com Ciprofloxacino demonstrando excelente aspecto fundoscópico em relação ao quadro inicial, com importante reabsorção do exsudato e diminuição do papiledema

DISCUSSÃO

Koehler e Dreyer já descreviam a DAG como uma doença zoonótica que não mostra discriminação baseada em gênero ou raça. Embora possa ocorrer em pacientes de qualquer idade, a grande maioria dos casos relatados é em crianças e adolescentes, assim como evidenciado neste relato.

Gass e Ryan, descrevem na epidemiologia de sua literatura como os adultos representando uma média de 20% dos casos, além de mostrar que 90-95% dos pacientes com DAG têm uma história de contato com o gato, corroborando com os dados epidemiológicos do paciente.

Weiss descreve que o sinal mais comum e clássico de DAG ocular é neuroretinite caracterizada por perda de visão súbita e indolor, mas esse sinal não é patognomônico. O paciente do caso não apresentou dor ocular, apenas perda abrupta de visão.

Gass ainda relata que a neuroretinite geralmente é unilateral, embora também tenham sido relatados casos bilaterais, portanto, este relato retifica as mesmas informações.

CONCLUSÃO

No Brasil existem poucos casos relatados, provavelmente não devido à baixa incidência e sim a não inclusão dessa doença no diagnóstico diferencial de várias síndromes clínicas. Torna-se, então, muito importante o conhecimento das várias formas de apresentação clínica para futuramente avaliarmos a sua real incidência na população brasileira.

REFERENCIAS

- 1- Duker JS, Yanoff M. Oftalmologia. 3ªed. 2011. Elsevier Saunders.
- 2- Kanski JJ, Browling B. Oftalmologia Clínica: Uma abordagem sistemática. 7ªedição. 2012. Elsevier Saunders.
- 3- Ryan, SJ. Schachat AP, Wilkinson CP, Hinton DR, Sadda SR, Wiedemann P. Retina. Fifth edition. 2012. Elsevier Saunders.
- 4- Farah, ME. Tomografia de Coerência Óptica- OCT: Texto e Atlas. 2ª edição. 2009. Ed. Guanabara Koogan.
- 5- Agarwal, A. Gass' Atlas of Macular Diseases. Fifth edition. 2011. Elsevier Health Sciences.
- 6- Série Oftalmologia Brasileira. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. 3ªedição. 2013. Ed. Guanabara Koogan.
- 7- LANA-PEIXOTO, Marco Aurélio. Neuro-Oftalmologia: sistema sensorial -- Parte II Revisão 1997 -- 1999. Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo , v. 65, n. 2, Mar. 2002 .
- 8- ORÉFICE, F. . Neurorretinite pela Doença da arranhadura de Gato. Universo Visual, v. 15, p. 18-20, 2004.
- 9- Longmuir RA, Lee A. Cat-Scratch neuroretinitis (Ocular bartonellosis): 44-year-old female with non-specific "blurriness" of vision, left eye (OS). EyeRounds.org. March 31, 2005; Available from: <http://www.EyeRounds.org/cases/36-CatScratchBartonella.htm>.
- 10- Koehler JE, Sanchez MA, Garrido CS, Whitfield MJ, Chen FM, Berger TG, Rodriguez-Barradas MC, LeBoit PE, Tappero JW. Molecular epidemiology of Bartonella infections in patients with bacillary angiomatosis-peliosis. N Engl J Med. 1997;337:1876–1883.

- 11- Kordick DL, Wilson KH, Sexton DJ, Hadfield TL, Berkhoff HA, Breitschwerdt EB. Prolonged Bartonella bacteremia in cats associated with cat-scratch disease patients. J Clin Microbiol. 1995;33:3245–3251.
- 12- Koehler JE, Glaser CA, Tappero JW. Rochalimaea henselae infection: a new zoonosis with the domestic cat as reservoir. JAMA. 1994;16;271:531–535.
- 13- Dreyer RF, Hopen G, Gass JDM, Smith JL. Leber's idiopathic stellate neuroretinitis. Arch Ophthalmol. 1984;102:1140–1145.
- 14- Weiss AH, Beck RW. Neuroretinitis in childhood. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 1989;26:198–203.
- 15- Reed JB, Scales KD, Wong MT, Lattuada CP, Dolan MJ, Schwab IR. Bartonella henselae neuroretinitis in cat scratch disease: diagnosis, management, and sequelae. Ophthalmology. 1998;105:459–466.