

CERATITE POR ACANTHAMOEBA – RELATO DE CASO

Marcelle Naomi Oshiro Shinzato, Gilson Yudi Oshiro, Henrique Marini Ferreira, Marisa Miyuri Shinzato Carneiro

RESUMO: Introdução: As primeiras ceratites por Acanthamoeba estavam relacionados a lesões da córnea. Atualmente, devido ao uso inadequado das lentes de contato, essa doença aumentou significativamente nas últimas décadas. E é considerado, um dos diagnósticos diferenciais mais temidos pela oftalmologia por conta do seu difícil tratamento e prognóstico. Revisão da literatura: O gênero Acanthamoeba é um tipo de protozoário de vida livre que após sua instalação na córnea podem ocorrer ulcerações, infiltrados em forma de anel e inflamações, manifestando sintomas como: a fotofobia, opacidade da córnea, dor intensa e perda da acuidade visual. Com a progressão da infecção ocorrem mudanças no epitélio que podem apresentar-se com lesões na forma de um dendrito ou defeito epitelial verdadeiro. Sendo fundamental uma abordagem precoce para um bom prognóstico, porém apesar de suas peculiaridades ela pode ser confundida facilmente dificultando a terapêutica. Objetivo: relatar um caso de ceratite por Acanthamoeba. Metodologia: revisão bibliográfica de dados e bibliotecas digitais realizando comparações com o relato de caso. Resultado: Estudos demonstram que a Acanthamoeba não é capaz de invadir a córnea íntegra necessitando de uma lesão prévia para a sua aderência e penetração no epitélio. Portanto, as características da história são de extrema importância principalmente com relação do uso do soro fisiológico e a multiplicação da ameba. Alguns dados do exame biomicroscopio também devem ser valorizados para um diagnóstico precoce pois, estes podem ajudar na diferenciação de outras patologias como a ceratite herpética ou por outras bactérias. Além disso, não é incomum haver resultados laboratoriais negativos, sendo muitas vezes necessário a biópsia de córnea para a confirmação da presença deste tipo de ameba de vida livre. Como o descrito, o tratamento foi de acordo com o estipulado pela literatura com a combinação de polihexametilbiguanida 0,02% tópica e isotionato de propamidine tópico que devem ser utilizados a longo prazo. Conclusão: Por isso, o oftalmologista deve orientar corretamente as formas de higienização e armazenamento correto das lentes de contato. Além disso, é imprescindível para um bom prognóstico um diagnóstico precoce e conduta adequada, para um tratamento eficaz contra este protozoário que é a Acanthamoeba.

Palavras-chave: Relato de caso, Ceratite, Acanthamoeba, lente gelatinosa

INTRODUÇÃO

O gênero *Acanthamoeba* é um tipo de protozoário de vida livre que pode ser encontrado de duas formas: trofozoíto e cisto. A primeira é considerada sua forma vegetativa e a segunda é responsável pelo seu mecanismo de defesa resistindo a altas temperaturas e produtos químicos (ALVES, 2001). Este tipo de protozoário apresenta-se de diversas formas na natureza sendo responsável por patologias como a encefalite amebiana granulomatosa, ceratite crônica, úlceras cutâneas, abscessos, artrite e rinosinusite (LORENZO-MORALES et al, 2010). Os primeiros casos de ceratite por *Acanthamoeba* foram descritos em 1973 e estavam relacionados a lesões da córnea principalmente por trauma (NAGINGTON et al., 1974). Atualmente devido ao uso inadequado das lentes de contato houve aumento significativo desta doença nas últimas décadas.

A partir disso, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de ceratite por *Acanthamoeba*, a fim de alertar os riscos desta infecção.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso realizado a partir de revisão de prontuário, exames de imagem e apresentação evolutiva do caso após tratamento específico.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino de 46 anos, usuária de lente de contato gelatinosas há 25 anos em ambos os olhos. Relata viagem a Bonito (MS) onde inicia uso de soro fisiológico 0,9% para assepsia de lente, permanecendo com este método por 3 meses. Neste período apresentou quadro de intensa dor ocular em olho direito (OD) acompanhado de fotofobia, hiperemia conjuntival e sensação de corpo estranho. Após 1 semana refere piora da intensidade da dor buscando atendimento oftalmológico. Observou-se ao exame biomicroscópico inicial de OD: pseudodendrito em córnea associada a ceratite puntata com ausência de reação de câmara anterior e olho esquerdo (OE) sem alterações.

Após dias de evolução, houve progressão para úlcera de córnea pequena em forma de anel e presença de ceratoneurite superior. Foi realizado tratamento para herpes vírus e bactéria sem melhora. Por conta da suspeita diagnóstica de ceratite por *Acanthamoeba*, realizou-se a raspagem do material da lesão corneana, não sendo identificado o agente etiológico em coloração de lâminas. Considerando assim, o estado da paciente foi discutido o caso para tratamento empírico para o protozoário sendo optado por colírio de polihexametilbiguanida 0,02%, 1 gota de 1/1 hora nos primeiros 2 dias e depois 1 gota de 2/2 horas.

Nos primeiros 2 dias de tratamento houve piora dos sintomas, porém após 1 semana do uso do colírio já havia boa resposta com melhora da dor, fotofobia, hiperemia e com presença de úlcera fechada em biomicroscopia. Durante a evolução paciente refere melhora, decidindo por conta própria diminuir a frequência das medicações. Apresentando perda da visão e hiperemia intensa em OD. No exame apresentou abertura de úlcera central no eixo visual sendo coletado novamente material então, isolada a *Acanthamoeba* no exame direto do raspado. Neste momento foi associado a isetionato de propamidine (Brolene) junto com biguanida. O Brolene foi usado por 2 meses e diminuída dose de biguanida após melhora clínica até sua suspensão após 6 meses. Após 4 meses do início do tratamento evoluiu com falência de limbo levando a defeito epitelial persistente. Por conta disso, iniciou-se o colírio de soro autólogo e acompanhamento. Após 6 meses de evolução houve fechamento de úlcera, porém com vascularização superficial inclusive na parte central associado a leucoma. Por fim, na avaliação corrigida após 1 ano de tratamento apresentou visão de 20/80 sem melhora com uso de lente de contato rígida. No momento aguarda definição para fazer transplante lamelar de córnea.



Figura 1: úlcera de córnea

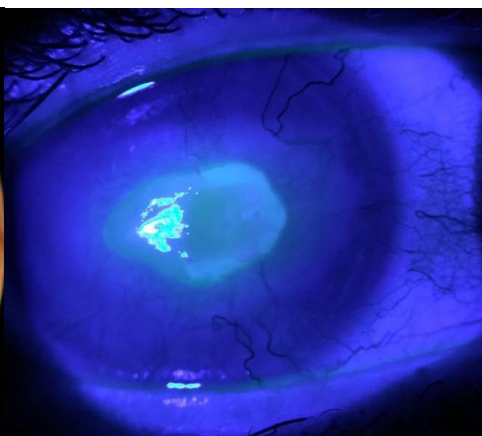


Figura 2: úlcera de córnea central



Figura 3: opacidade de córnea

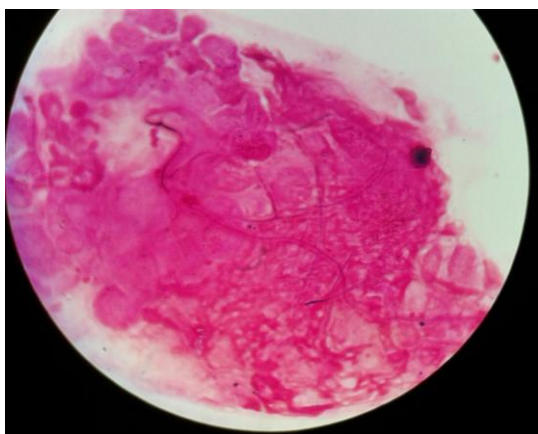


Figura 4: Acanthamoeba sp. encontrado em raspado de córnea

CONCLUSÃO

É possível observar a extrema importância do papel do médico oftalmologista a respeito da orientação do uso adequado das lentes de contato gelatinosas principalmente quanto a sua higienização e armazenamento.

Além disso, é imprescindível para um bom prognóstico, um diagnóstico precoce e conduta adequada, para um tratamento eficaz contra este protozoário que é a Acanthamoeba.

REFERÊNCIAS

LORENZO-MORALES, J. et al. Pathogenicity of amoebae. *Experimental Parasitology*, v. 126, p. 2, 2010.

NAGINGTON, J. et al. Amoebic infections of the eye. *Lancet* ii, v. 2, p. 1537, 1974.

ALVES, J. M. P. Caracterização e filogenia moleculares de *Acanthamoeba*. Tese (Doutorado em Biomedicina) – Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo: Universidade de São Paulo, São Paulo; 2001.