

Síndrome de Stevens-Johnson: complicações oculares *

Marta Maria Lavol Holanda Freitas **

Elaine Santos ***

Dalton Wada ****

Claudia Benetti ****

Reinaldo Craveiro ****

RESUMO

Os autores apresentam dois casos de pacientes acometidos pela Síndrome de Stevens-Johnson. Discutem as complicações oculares ocorridas e as possibilidades de tratamento.

Unitermos: Síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, hipersensibilidade.

INTRODUÇÃO

FOSTER et al.¹ esclarecem que o eritema multiforme é uma síndrome imunológica complexa que se caracteriza, na sua forma leve, por lesões típicas na pele. Na forma severa é conhecida com o nome de Síndrome de Stevens-Johnson, pois além de afetar a pele, compromete também todas as mucosas, inclusive a conjuntiva.

GENVERT et al.² demonstraram o caso de uma criança portadora de Síndrome de Stevens-Johnson provocada pelo uso de sulfadiazina sódica tópica. Trataram com pomada de eritromicina, colírio de prednisolona 1%, prednisona sistêmica e Staficilin intravenoso com resolução completa da doença.

FOSTER et al.¹ estudaram as características histopatológicas, ultra-estruturais e imunopatológicas da conjuntiva de pacientes portadores da Síndrome de Stevens-Johnson, encontrando: vasculite ou perivasculite, deposição de imunorreagentes nas paredes dos vasos, desorganização da membrana vascular basal, engrossamento e reduplicação e preponderância dos linfócitos T - Helper; macrófagos e células de Langehans são distintas nestes pacientes com recorrente inflamação da conjuntiva. Esta rara Síndrome pode representar a mesma afecção ocular que aparece na recidiva do eritema multiforme da derme ou mucosa oral.

HALEBIAN & SHIRES³ consideram a possibilidade do tratamento dos portadores da Síndrome de Stevens-Johnson em Centros de Queimados, aplicando-se a mesma técnica empregada no tratamento de grandes queimados. Esses centros estão aptos a realizar adequados procedimentos de enxertos cutâneos no sentido de reparar importantes áreas de pele necrosada, peculiar nessa grave enfermidade.

KOZARSKY et al.⁴ demonstraram técnicas ousadas de ceratoprótese de cerâmica colocada através das pálpebras em casos desesperadores de Síndrome de Stevens-Johnson. Em onze pacientes operados, dez obtiveram sucesso cirúrgico. A cirurgia envolve: lensectomia, vitrectomia anterior, ceratoplastia penetrante de 3 mm, colocação da prótese de cerâmica através da córnea, conjuntiva, tarso, músculo e pele palpebral. Acredita-se que nos casos onde

* Trabalho realizado no Centro Oftalmológico Campinas e na Clínica Oftalmológica da FCM - PUCCAMP

** Membro do Centro Oftalmológico Campinas, Professora Assistente do Serviço de Oftalmologia da FCM - PUCCAMP.

*** R1 do Serviço de Oftalmologia da FCM - PUCCAMP.

**** Monitor do Serviço de Oftalmologia da FCM - PUCCAMP.

certamente o transplante de córnea não seria viável pelas complicações advindas dos problemas conjuntivais e corneanos, esta seria a solução adequada.

Apresenta-se com freqüência em crianças, em jovens, ou em pacientes de meia idade, sendo raramente encontrada em pessoas idosas. O início é brusco e incidiioso, acompanhado de mal estar geral e febre. Dias depois surgem erupções cutâneas constituídas por máculas e pápulas, comprometendo braços, pernas e tronco.

Membranas mucosas podem ocorrer na boca, olhos e genitália. A fase aguda pode demorar de quatro a seis semanas e a mortalidade varia de 5 a 20%.

Trata-se de uma doença desencadeada por alergia a drogas, sendo as mais responsáveis: sulfas, e seus derivados, anticonvulsivantes, penicilina, barbitúricos, fenilbutazona e difenil-hidantoína.

Os achados clínicos e seu controle, as complicações oculares verificadas e a maneira como são conduzidas e solucionadas, são os propósitos deste trabalho.

MATERIAL E MÉTODOS

Neste relato são avaliadas as complicações oculares verificadas em dois pacientes portadores de Síndrome de Stevens-Johnson.

Ambos os pacientes foram hospitalizados por apresentarem episódios agudos de lesões cutâneas maculopapulares que evoluíram para vesículas ou bolhas comprometendo principalmente braços, pernas, tronco e segmento cefálico. Membranas mucosas afetavam especialmente a boca, olhos e genitália.

APRESENTAÇÃO DE CASOS

Caso I:

Ficha 45.443; F.F.L.; 17 a.; solteiro; branco; operário. Paciente atendido no Pronto Socorro da PUCCAMP, por apresentar há três dias reação alérgica cutânea caracterizada por prurido intenso, lesões cutâneas representadas por pápulas por todo o corpo, dor de garganta, mal estar, febre (38°C), fendas labiais e conjuntivite.

Referia estar usando Gardenal há vinte dias para controlar crise convulsiva que surgiu há um ano.

Foi colhido material conjuntival revelando a presença de *Staphylococcus aureus*.

Foi medicado com Flebocortid, Anfotericina B, Cloranfenicol, Tobramicina e Meticorten 20 mg.

O paciente evoluiu durante dois meses com alternativas de melhora e piora do quadro. As lesões cutâneas evoluíram para crostas e perda dos fâneros.

O hemograma mostra leucocitose e linfocitose.

Recebeu transfusão sanguínea.

O quadro ocular se caracterizou-se por abundante secreção conjuntival purulenta, úlcera corneana, sendo necessário proceder recobrimento conjuntival bilateral (Figura 1).

Atualmente apresenta acentuada redução na acuidade visual, leucoma cicatricial vascularizado, triquíase, entrópico cicatricial, olho seco.

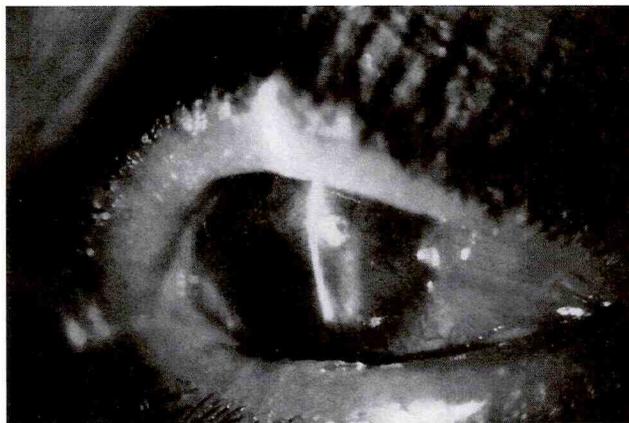


FIGURA 1 - Olho seco, úlcera corneana paracentral, vascularização em início.

O paciente aguarda oportunidade para submeter-se a plástica do entrópico e posteriormente ceratoplastia em ambos os olhos.

Caso II:

Ficha 2882; S.H.G.G.; 7a.; M. Paciente atendido no C.O.C. com diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson há três anos, provavelmente desencadeada por Gardenal. Em uso de Decadron col. há três anos, e há três dias Cefaloxil, Epitezan pom. oftálmica, Timoptol 0,5 col., Lacril col., Teldane e Flanax via oral (VO).

Na ocasião apresentava baixa acuidade visual em ambos os olhos (AO) pressão intra-ocular (PIO), elevada no olho direito (OD), cicatrização conjuntival, triquíase de vários cílios, ceratite punctata, opacidade cristalínica subcapsular posterior, opacidade da córnea, sinéquias no setor nasal e úlcera perfurada. Essa foi tratada com Timoptol 0,5 col. - duas vezes ao dia, Lacril col. - seis vezes ao dia e epilação diatérmica em ambos os olhos.

Após um mês retornou com piora do quadro, apresentando úlcera corneana em AO e secreção catarral.

Foi tratado com Decadron colírio - quatro vezes, Teldane - três vezes, Flumex - três vezes e Celestone.

O paciente foi acompanhado a cada dois dias com melhora do quadro, diminuição das úlceras e olho calmo; e tonometria: OE: normal e OD: elevada, sendo então instituído o Oralcon VO - 1/2 comp. - 12/12h. O Oralcon foi suspenso três dias após, com tonometria normal.

DISCUSSÃO

MONDINO et al.⁵ demonstraram aumento do antígeno HLA - BW 44 na ordem de 66,7% em grupo de pacientes portadores de Síndrome de Stevens-Johnson.

HALEBIAN & SHIRES³ empregaram enxerto de pele para contornar as graves perdas cutâneas na Síndrome de Stevens-Johnson e acreditam que os grandes serviços de queimados poderiam colaborar decisivamente no tratamento dessa grave enfermidade.

Os dois casos apresentados foram submetidos a recobrimento conjuntival e correção do entrópio cicatricial e como a córnea vem permitindo visão satisfatória, preferimos não submetê-los a ceratoplastia penetrante no momento, pois o fracasso é iminente.

CONCLUSÕES

1. O tratamento clínico adequado na maioria das vezes é suficiente;
2. Toda a atenção deve ser dada ao controle das complicações palpebrais: entrópio, triquíase etc.;
3. O recobrimento conjuntival é uma solução prática de emergência, em face das perfurações corneanas.

SUMMARY

Stevens-Johnson Syndrome: ocular involvement

The authors present two cases of Stevens-Johnson Syndrome with ocular involvement and treatment.

Keywords: *Stevens-Johnson Syndrome, erythema multiforme, hypersensitivity.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FOSTER, C.S., FONG, L.P., AZAR, D., KENYON, K.R. Episodic conjunctival inflammation after Stevens-Johnson Syndrome. *Ophthalmology*, Philadelphia v. 95, n. 4, p. 453-462, 1988.
2. GENVERT, G.I. COHEN, E.D., DNNENFELD, E.D., BLECHER, M.H. Erythema multiforme after use of topical sulfacetamide. *American Journal of Ophthalmology*, Chicago, v. 99, n. 4, p. 465-468, 1985.
3. HALEBIAN, P.H., SHIRES, G.T. Burn unit treatment of acute severe exfoliating disorders. *Annual Review of Medicine*, Palo Alto, v. 40, p. 137-147, 1989.
4. KOZARSKY, A.M., KNIGHT, S.H., WARING, G.O. Clinical results with a ceramic keratoprosthesis placed through the eyelid. *Ophthalmology*, Philadelphia, v. 94, n. 8, p. 904-911, 1987.
5. MONDINO, B.J., BROWN, S.I., BIGLAN, A.W. HLA antigens in Stevens-Johnson Syndrome with ocular involvement. *American Journal of Ophthalmology*, Chicago, v. 100, p. 1453-1454, 1982.