

RT 04 /2015

Triancinolona no tratamento de uveíte posterior

SOLICITANTE: Juiz Mário Paulo de Moura Campos Montoro - Juiz Titular da 2ª Vara Cível da Comarca de Lavras.

NÚMERO DO PROCESSO: 0108442-56.2014.8.13.0382

Ré: CASSI

CONTEXTO

Venho por meio deste solicitar nota técnica acerca do medicamento "triancionolona", utilizado para tratamento de uveíte posterior grave (coroidite - inflamação da coróide, camada vascular profunda do fundo do olho, que pode ser de origem reumatológica e ou infecciosa) em ambos os olhos, associada a degeneração retiniana secundária, com indicação de injeção intraocular de corticóide para controle do processo inflamatório. Gostaria de saber se o medicamento em questão tem registro na ANVISA para tratamento da patologia acima, ou se trata de procedimento experimental. A questão se refere ao processo nº 0108442-56.2014.8.13.0382, tendo como partes Cassi - Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil e M.M.B.M.I, em trâmite na Turma Recusal de Lavras, sob a relatoria do magistrado Mário Paulo de Moura Campos Montoro. Desde já se agradece a atenção dispensada. Mário Paulo de Moura Campos Montoro - Juiz Titular da 2ª Vara Cível da Comarca de Lavras.

SOBRE A DOENÇA

DEFINIÇÃO/CLASSIFICAÇÃO

Uveíte é uma inflamação da úvea, camada vascular média dos olhos, e é classificada anatômicamente como anterior (íris), intermediária (corpo ciliar e vítreo) e posterior (vítreo, retina, coróide e esclera). Também podem ser classificadas como agudas ou crônicas, sendo consideradas agudas aquelas com menos de três meses de evolução.^{1,2}

Uveítes com acometimento de mais de uma porção uveal são chamadas de difusas, apresentando geralmente acometimento bilateral. As uveítes podem causar cegueira ou baixa visão em aproximadamente 35% dos pacientes.

A uveíte pode se apresentar como inflamação ocular primária ou estar associada a doença inflamatória sistêmica. As uveítes podem ser divididas em infecciosas, quando é identificado um agente etiológico e o paciente é submetido a tratamento antimicrobiano específico, e não infecciosas. As principais causas de uveítes posteriores não infecciosas são artrite psoriásica, doença de Behçet, doença inflamatória intestinal, esclerose múltipla, granulomatose de Wegener, lúpus eritematoso sistêmico, poliarterite nodosa, policondrite recorrente, sarcoidose, síndrome de Sjögren e síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada.

Cada doença sistêmica pode apresentar um acometimento ocular variável. Na doença de Behçet, a uveíte difusa é um dos critérios maiores para o diagnóstico ocorrendo em cerca de 70% dos casos, podendo ser a manifestação inicial, e preceder os outros sintomas por anos. A sarcoidose se manifesta com uveíte em 20%-50% dos casos, e a esclerose múltipla apresenta uveíte isolada em 1%-16% dos pacientes. As doenças que cursam com presença do anticorpo anticitoplasma de neutrófilos (granulomatose de Wegener e poliarterite nodosa) podem apresentar uveíte em 10%-20% dos pacientes, sendo que a granulomatose de Wegener pode causar manifestações oculares em até 90% dos casos. As doenças do tecido conjuntivo, como lúpus eritematoso sistêmico, cursam com vasculite em 10%-30% dos casos. A doença inflamatória intestinal e artrite psoriásica apresentam uveíte em torno de 10% dos pacientes, e a síndrome de Sjögren evolui com uveíte posterior em casos raros. A doença de Vogt-Koyanagi-Harada é uma

síndrome uveomeníngea multissistêmica caracterizada por resposta autoimune e a manifestação ocular é uma uveíte difusa bilateral grave.¹

PERGUNTA ESTRUTURADA PARA AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO:

P – paciente portador de uveíte posterior não infecciosa

I – injeção intraocular de triancinolona

C – sem intervenção, injeção de triancinolona periocular, outras intervenções.

O – melhora clínica, segurança.

REVISÃO DA LITERATURA

Os corticosteroides têm se mantido como o tratamento de escolha nas uveítes não infecciosa. Como a aplicação tópica não é efetiva na uveíte posterior, e a utilização sistêmica vem acompanhada de muitos efeitos colaterais, a aplicação periocular de triancinolona ou prednisolona tem sido o tratamento de escolha quando o acometimento é unilateral. A injeção intraocular de triancinolona tem sido proposta para diminuir o edema macular e melhorar a visão nos casos que não responderam ao tratamento sistêmico. No entanto, as opções terapêuticas para a uveíte posterior são limitadas e insatisfatórias. O efeito é transitório, durando aproximadamente três meses, e necessita ser repetido apesar do risco de catarata e aumento da pressão ocular.³

O uso crônico de corticoides é inaceitável devido ao alto risco de complicações, como glaucoma e catarata.⁴ É necessário que pacientes estejam cientes da possibilidade de ocorrência dos efeitos adversos da triancinolona intraocular.

CONCLUSÃO/RESPOSTAS

Sob a luz da literatura científica o benefício clínico de aplicação intraocular de triancinolona no tratamento de uveítes posterior bilateral não infecciosa é marginal (somente três meses, e com riscos de importantes efeitos colaterais),

além da triancinolona para uso intraocular não ter registro na ANVISA e não é comercializada no Brasil.

Não há recomendação para o uso de aplicação intraocular de triancinolona no tratamento de uveíte posterior bilateral não infecciosa.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde . Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Uveítes posteriores não infecciosas. Outubro de 2010.
2. Tempest-Roe S., Lavnish Joshi L., Andrew D Dick A.D., Taylor R.S.J. BMC Ophthalmology 2013, 13:39
3. Taylor S.R., Isa H., Joshi L., Lightman S.: New developments in corticosteroid therapy for uveitis. Ophthalmologica 2010, 224(Suppl 1):46–53.
3. Kim E.C., Foster C.S. Immunomodulatory therapy for the treatment of ocular inflammatory disease: evidence-based medicine recommendations for use. Int Ophthalmol Clin. 2006;46(2):141-64.