

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OLHO VERMELHO

Juliana Zani Viegas da Silva  
Luis Ricardo Del Arroyo Tarragô Carvalho

## UNITERMOS

OFTALMOPATIAS/diagnóstico; OFTALMOPATIAS/terapia; CONJUNTIVITE; CERATITE; GLAUCOMA; UVEÍTE; BLEFARITE.

## KEYWORDS

*EYE DISEASES/diagnosis, EYE DISEASES/therapy; CONJUNCTIVITIS; KERATITIS; GLAUCOMA; UVEITIS; BLEPHARITIS.*

## SUMÁRIO

Os autores fazem uma revisão bibliográfica sobre as principais causas de olho vermelho, sintomas mais presentes e tratamento adequado. O conhecimento do diagnóstico diferencial facilitará ao médico clínico, principalmente nas emergências, o manejo correto até a avaliação do especialista.

## SUMMARY

*The authors review the literature on the main causes of red eye, most common symptoms and treatment. Knowledge of the differential diagnosis will facilitate, especially in emergencies, the correct management by clinicians until specialist assessment.*

## INTRODUÇÃO

Na avaliação de um olho vermelho agudo, o clínico deverá iniciar sua investigação por uma anamnese detalhada e procurar sinais e sintomas sistêmicos e oculares como febre, linfadenomegalia pré-auricular, dor, baixa de visão, hiperemia difusa ou localizada e secreção ocular.<sup>3</sup> Precisamos verificar também se há congestão do tipo **superficial**, como nas conjuntivites, ou **profunda**, tipo “ciliar” (pericerática ou pericorneal), onde se forma um anel vermelho violáceo em torno da córnea, encontrada em afecções mais sérias, como uveíte anterior, ceratite e glaucoma agudo.<sup>1</sup> Um diagnóstico impreciso pode, portanto, atrasar o tratamento adequado e resultar em consequências potencialmente graves.<sup>2</sup>

As principais causas de olho vermelho são conjuntivites, blefarites, ceratites, glaucoma e uveítes.

### **Conjuntivites**

As conjuntivites são inflamações da conjuntiva, caracterizadas por secreção (86%), olho vermelho ou hiperemia conjuntival (61%), lacrimejamento (45%), prurido ocular (44%), ardor (40%), fotofobia (22%), dor ocular e edema palpebral (15%), edema conjuntival (6%), baixa acuidade visual (5%) e infartamento do gânglio pré-auricular (1%), sensação de corpo estranho ocular e embaçamento visual, que melhora com o piscar.<sup>1</sup>

É a principal causa de olho vermelho que necessitam tratamento médico.<sup>4</sup>

#### **Conjuntivite Bacteriana**

Os principais agentes são *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus pneumoniae* e o *Haemophilus sp.*<sup>1</sup>

Geralmente são bilaterais, sendo o segundo olho acometido dois ou três dias após o primeiro. O paciente apresenta sensação vaga de corpo estranho, secreções mucopurulentas e hiperemia conjuntival difusa.

O diagnóstico na maioria dos casos é clínico. Apenas em casos graves ou que não respondem ao tratamento inicial são feitos estudos laboratoriais para detectar o agente etiológico.<sup>6</sup> A detecção do agente etiológico se faz com base na cultura e antibiograma da secreção e análise do esfregaço conjuntival.<sup>1</sup>

O tratamento consiste no uso tópico de antimicrobianos de amplo espectro, geralmente com uma quinolona de terceira ou quarta geração, aplicado quatro vezes ao dia, por 7 a 10 dias.<sup>4</sup>

#### **Conjuntivite Viral**

O principal agente é o adenovírus.<sup>1,4,5</sup> É o tipo de conjuntivite mais comum.<sup>6</sup>

Geralmente apresenta-se com hiperemia conjuntival, edema palpebral, linfadenomegalia pré-auricular, secreção mucóide, sensação de corpo estranho, fotofobia e discreto borramento visual.

Pode desenvolver-se após uma infecção respiratória ou após exposição a uma pessoa com tais sintomas.<sup>6</sup> Por isso, devemos investigar sintomas como febre, quadro gripal e cefaléia.

O tratamento é sintomático, já que se trata de uma doença autolimitada, por meio da aplicação de compressas frias e lubrificantes.<sup>3</sup>

#### **Conjuntivite Alérgica**

É uma reação de hipersensibilidade tipo 1 mediada por IgE.<sup>6</sup>

Os fatores desencadeantes são contato com animais, picadas de insetos, poluentes e contato com pólen. O paciente poderá também ter história de atopia.<sup>3</sup>

Os principais sintomas são prurido, hiperemia ocular e secreção viscosa.

O tratamento consiste em remover o fator alergênico. Pode-se utilizar anti-histamínicos tópicos e sistêmicos para reduzir o prurido. As medicações tópicas utilizadas são estabilizadores das células **mastocitos** (neodocromil, lodoxamida) e anti-histamínicos (levocabastina, azelastina, emedastina).<sup>4</sup>

### **Ceratite Superficial**

É uma desordem caracterizada pela inflamação do epitélio corneano e do estroma superficial que cursa com hiperemia conjuntival.<sup>4</sup>

Os fatores causadores incluem olhos secos, medicações tópicas, conjuntivite viral, exposição à luz ultravioleta, uso de lentes de contato e blefarite.

Pode-se identificar múltiplas lesões pontuais, que caracterizam erosões epiteliais microscópicas.<sup>6</sup>

Déficit visual e desconforto visual são achados comuns.

O diagnóstico específico e o tratamento exigem uma lâmpada de fenda.<sup>6</sup>

### **Glaucoma de Ângulo Fechado (Glaucoma Agudo)**

Glaucoma é definido como a elevação da pressão intra-ocular (PIO), associada a outros dois sintomas: alterações fundoscópicas (escavação patológica do nervo óptico) e campimétrica (no campo visual).<sup>1</sup>

Geralmente ocorre à noite, quando a diminuição da luminosidade ambiente força a pupila a uma dilatação, levando assim ao fechamento do ângulo de drenagem do humor aquoso.<sup>6</sup>

A crise geralmente é de início rápido, com dor forte, hiperemia, acentuada redução da acuidade visual no olho acometido, náuseas e vômitos.<sup>1</sup>

Ao exame físico, percebe-se nitidamente que o olho comprometido está mais tenso que o olho contralateral e a pupila dilatada e não responsiva à luz.

O tratamento farmacológico é feito com drogas que atuem na redução da secreção do humor aquoso, tais como  $\beta$ -bloqueadores,  $\alpha$ -2 agonistas e inibidores da anidrase carbônica. Quando não se tem acesso a essas drogas, inicia-se o uso de agentes hiperosmóticos, tais como manitol e glicerol, os quais têm capacidade de drenar o humor aquoso.<sup>4</sup>

### **Uveíte Anterior Aguda (Irite)**

É caracterizada pela inflamação da íris e do corpo ciliar, acometendo geralmente pessoas jovens.<sup>4,6</sup> A principal causa é idiopática.

Os sintomas incluem dor, fotofobia e borramento da visão no olho acometido.

O exame inicial deve ser feito com o objetivo de afastar conjuntivite e glaucoma agudo. A avaliação do reflexo pupilar poderá ser útil na diferenciação em relação ao glaucoma agudo, enquanto que na irite a pupila é geralmente miótica, no glaucoma ela é fixa e dilatada ou em meia midríase. A conjuntivite não afeta o reflexo pupilar.<sup>3</sup>

O tratamento consiste no uso de midriáticos, para se evitar a formação de sinéquias posteriores e no uso de esteroides tópicos.

### Blefarites

É uma inflamação palpebral, aguda ou crônica, geralmente associada à inflamação conjuntival. Pode ser causada por diversos agentes infecciosos, alterações alérgicas ou doenças dermatológicas. Quando a causa é uma infecção bacteriana, citamos principalmente a colonização dos folículos palpebrais e das glândulas de Meibomius pelo estafilococos.<sup>6</sup>

O tratamento inclui higiene palpebral, pomadas oftalmológicas, esteroides tópicos e substitutos do filme lacrimal.<sup>4</sup>

**Tabela 1 -Diagnóstico diferencial das principais causas de olho vermelho.<sup>7</sup>**

	CONJUNTIVITE AGUDA	UVÉITE ANTERIOR AGUDA	GLAUCOMA AGUDO	TRAUMA OU INFECÇÃO
INCIDÊNCIA	Extremamente comum	Comum	Incomum	Comum
SECREÇÃO	Moderada à abundante	Nenhuma	Nenhuma	Aquosa ou purulenta
VISÃO	Nenhum efeito na visão	Ligeiramente turva	Acentuadamente turva	Usualmente turva
DOR	Nenhuma	Moderada	Aguda	Moderada a aguda
INJEÇÃO CONJUNTIVAL	Difusa: mais nos fórnices	Principalmente pericorneana	Difusa	Difusa
CÓRNEA	Clara	Usualmente clara	Embaciada	Altera-se relativamente à causa
TAMANHO DA PUPILA	Normal	Pequena	Moderadamente dilatada e fixa	Normal
RESPOSTAS PUPILARES À LUZ	Normal	Fraca	Nenhuma	Normal
PRESSÃO INTRA-OCULAR	Normal	Normal	Elevada	Normal
ESFREGAÇO	Organismos causadores	Nenhum organismo	Nenhum organismo	Organismos encontrados apenas nas úlceras de córnea devidas a infecções

**Tabela 2 - Diagnóstico diferencial das principais causas de conjuntivites.<sup>1</sup>**

	Secreção	Lacrimejamento	Prurido	Congestão	Edema	Linfadenopatia
Bacteriano	++++	+	+ ou ++	+++	+++	+
Viral	+	++++	+	++++	++++	+++
Alérgica	+	+	++++	++	+	-

(-)ausente; (+)leve; (++)moderada; (+++) moderada a intensa; (++++) intensa

## REFERÊNCIAS

1. Duarte ACG, Cuiabano EB, Alvim HS, et al. Síndrome do olho vermelho: diagnóstico e tratamento clínico. *J Bras Med.* 1995;69:101-12.
2. Petricek I, Prost M, Popova A. The differential diagnosis of red eye: a survey of medical practitioners from Eastern Europe and the Middle East. *Ophthalmologica.* 2006;220:229-37.
3. Finamor LP. Olho vermelho agudo. In: Schor P, Belfort R Jr, Chamon W. *Oftalmologia.* Barueri: Manole; 2004. p. 169-77.
4. Carvalho JO, Pandolfi DL, Avozani ML, et al. Olho vermelho. *Acta Méd (Porto Alegre).* 2005; 26:166-77.
5. Frantz L, Santos SV, Alves LS, et al. Olho vermelho. *Acta Méd (Porto Alegre).* 1997;1:79-90.
6. Leibowitz HM. The red eye. *N Engl J Med.* 2000;343:345-51.
7. Vaughan D, Asbury T. *Oftalmologia geral.* 15ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003.