

CONJUNTIVITES

**Amanda Schnorr
Vicente Bohrer Brentano
José Amadeu de Almeida Vargas**

UNITERMOS

INFLAMAÇÃO CONJUNTIVAL; CONJUNTIVITE AGUDA; SECREÇÃO OCULAR; HIPEREMIA CONJUNTIVAL.

KEYWORDS

CONJUNCTIVAL INFLAMMATION; ACUTE CONJUNCTIVITIS; OCULAR DISCHARGE; CONJUNCTIVAL HYPEREMIA.

SUMÁRIO

Esta revisão visa contemplar os diferentes aspectos clínicos, etiológicos, diagnósticos e terapêuticos das inflamações conjuntivais agudas mais comuns. Tem o objetivo de guiar o raciocínio clínico e manejo diante de um caso de conjuntivite na emergência, assim como atentar para os principais achados de gravidade que requerem avaliação imediata do caso por um especialista.

SUMMARY

This chapter aims to review the main clinical, etiologic, diagnostic and treatment topics of the most common acute conjunctival inflammation. The goal is to guide the clinical management of conjunctivitis in the emergency room, as well as to recognize the main findings of gravity that require immediate evaluation by an expert.

INTRODUÇÃO

A inflamação da conjuntiva (conjuntivite) é a enfermidade ocular mais comum do mundo.¹ A membrana conjuntival está exposta a muitos microorganismos e fatores ambientais.² Assim, diante de um paciente com olho vermelho e secreção ocular, conjuntivite aguda torna-se o diagnóstico mais provável.³ Varia em gravidade de ligeira hiperemia com lacrimejamento até uma séria conjuntivite com copiosa secreção purulenta.¹ Usualmente é um quadro benigno, autolimitado e facilmente tratável, em contraste com outros processos patológicos ameaçadores da visão como glaucoma de ângulo agudo, irites e

ceratites infecciosas, os quais devem ser excluídos prontamente e manejados por oftalmologistas.³

EPIDEMIOLOGIA

A conjuntivite aguda pode ser classificada como infecciosa, dividida em bacteriana e viral, ou não infecciosa, dividida em alérgica e não alérgica. A prevalência de cada uma é diferente nas populações adulta e pediátrica. Conjuntivite bacteriana é mais comum em crianças do que em adultos.⁴ Entretanto, a experiência clínica sugere que a maioria das conjuntivites infecciosas são virais em adultos e crianças.³ Os patógenos comuns que podem causar conjuntivites são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Neisseria meningitidis*, a maioria das cepas de adenovírus humanos, vírus tipo 1 e 2 da herpes simples, *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*.¹ A história do paciente é muito importante para determinar o agente etiológico em cada caso.²

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS GERAIS

Os sinais clínicos exibidos pela resposta inflamatória conjuntival dependem da natureza do agente etiológico.² Os sintomas importantes da conjuntivite são a sensação de corpo estranho no olho, arranhadura ou ardor, sensação de pressão ao redor dos olhos, prurido e fotofobia. Os sinais importantes da conjuntivite são hiperemia, lacrimejamento, exsudação, pseudoptose, hipertrofia papilar, quemose (edema conjuntival), folículos, pseudomembranas e membranas, granulomas e adenopatias pré-auriculares.¹

CLÍNICA, DIAGNÓSTICO E MANEJO NAS DIFERENTES ETIOLOGIAS

Conjuntivite bacteriana

A conjuntivite bacteriana é comumente causada por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*. A infecção pelo *S. aureus* é comum em adultos, e os outros patógenos são mais comuns em crianças.³ Produzem irritação e congestão conjuntival bilateral, exsudato purulento que gruda nas pálpebras ao despertar e, ocasionalmente, edema palpebral.¹ O clínico não deve confundir este achado com a secreção e as crostas normais comumente encontradas ao despertar.²

A conjuntivite bacteriana é disseminada pelo contato direto com secreções ou com objetos e superfícies contaminadas.³ Geralmente o acometimento de um olho precede o de outro em um ou dois dias.⁵ A acuidade visual é em geral discretamente afetada. Não deve haver linfadenopatia pré-auricular ou submandibular, achados comuns nas conjuntivites virais. A conjuntiva palpebral

inferior mostra uma predominância de reação papilar.² A conjuntiva tarsal (mucosa que cobre internamente as pálpebras) fica com aspecto aveludado vermelho e com alterações papilares discretas.⁵ A descarga purulenta é espessa e abundante, podendo ser amarela, branca ou verde. A aparência e quantidade de secreção diferem das conjuntivites virais e alérgicas, que frequentemente apresentam-se com descarga aquosa, escassa, pegajosa com componente mais mucoso do que purulento. Além disso, nas conjuntivites bacterianas a descarga de pus aparece espontaneamente e continuamente nas margens da pálpebra, o que não é comum nos outros tipos de conjuntivites.³



Figura 1 - Secreção purulenta espessa em conjuntivite bacteriana⁵

Na maioria dos casos, os organismos podem ser identificados pelo exame microscópico dos raspados conjuntivais corados com Gram ou Giemsa, que também revela numerosos neutrófilos polimorfonucleares. Os raspados conjuntivais para exame microscópico e cultura são recomendáveis para todos os casos, e obrigatórios se a doença for purulenta, membranosa ou pseudomembranosa.¹ No entanto, rotineiramente não são solicitados exames laboratoriais.⁵ Na suspeita de conjuntivite gonocócica ou resistência ao tratamento os exames devem ser solicitados.²

O médico pode começar o tratamento empírico com terapia tópica antimicrobiana.¹ Mesmo sem tratamento, conjuntivites bacterianas não complicadas resolvem em 10 a 14 dias. Antes de iniciar o tratamento é importante fazer higiene das pálpebras e cílios.⁵ Escolhas apropriadas incluem eritromicina em pomada, bacitracina, cloranfenicol, ciprofloxacina, ofloxacina, gentamicina, tobramicina ou neomicina em colírio.^{2,3,5} Os especialistas em geral optam por gatifloxacino 0,3% ou moxifloxacino 0,5%, ambos colírios. A dose é 1,25 cm de pomada depositada na parte interna da pálpebra inferior ou 1 a 2 gotas de colírio aplicadas quatro vezes por dia por cinco a sete dias. A resposta ao tratamento ocorre em um a dois dias, com diminuição da secreção, da hiperemia e da irritação. Usuários de lentes de contato devem ser orientados a descontinuar o uso.³

Conjuntivite bacteriana hiperaguda

A conjuntivite causada por espécies de *Neisseria*, particularmente *N. Gonorrhoeae*, podem causar uma conjuntivite hiperaguda severa e ameaçadora da visão, requerendo encaminhamento oftalmológico imediato.³ Este microorganismo é um diplococo Gram negativo capaz de invadir epitélio corneano íntegro, com possibilidade de ocorrer quadros graves como ceratite e perfuração corneana.⁵

A infecção é caracterizada por descarga profusa purulenta apresentada em apenas 12 horas de inoculação. O quadro é mais progressivo e rápido, com hiperemia conjuntival e irritação.³ As pálpebras ficam edemaciadas e endurecidas, ocorre quemose e frequentemente formação de pseudomembranas.⁵ O organismo é usualmente transmitido da genitália para as mãos e, então, para os olhos. Frequentemente há história de uretrite.³



Figura 2 - Descarga profusa na conjuntivite bacteriana gonocócica⁵



Figura 3 - Pseudomembranas conjuntivais⁵

Conuntivite viral

A ceratoconjuntivite viral é uma enfermidade comum que pode ser causada por uma ampla variedade de vírus. A gravidade é variável.¹ O acometimento ocular pode fazer parte de um quadro prodrômico seguido de

adenopatias, febre, faringite e infecção de vias aéreas superiores, ou pode ser a única manifestação. É uma doença altamente contagiosa.³ A transmissão ocorre por via respiratória, contato com secreção ocular, compartilhamento de objetos pessoais e instrumentos oftalmológicos utilizados durante consultas. O tempo de incubação varia de 4 a 10 dias.⁵ Caracteriza-se por hiperemia, lacrimejamento, descarga aquosa ou mucosa à manipulação da pálpebra inferior e sensação de queimação ou de corpo estranho em um olho e fotofobia. O segundo olho geralmente é acometido dentro de 24 a 48 horas. A conjuntiva tarsal pode ter um aspecto folicular e, geralmente, há adenopatia preauricular firme.³



Figura 4 - Foliculos conjuntivais na infecção adenoviral⁵

O tratamento sintomático inclui uso de lágrimas artificiais 3 a 4 x por dia e compressas geladas. O paciente deve ser orientado a não compartilhar objetos de uso pessoal. Pode ser necessário o afastamento de suas atividades pelo risco de propagar a doença.² Alguns pacientes podem se beneficiar do uso de antihistamínicos/descongestionantes tópicos.³ Agentes antivirais são ineficazes e corticóides tópicos devem ser evitados, a não ser que a inflamação seja muito severa.⁵

A febre faringoconjuntival é causada geralmente pelo adenovirus tipo 3 e, ocasionalmente, pelos tipo 4 e 7. Geralmente o quadro caracteriza-se por febre de 38,3-40°C, garganta dolorida e conjuntivite folicular. Linfadenopatia preauricular firme é característica.¹ É muito comum em crianças. A infecção é autolimitada.²

A ceratoconjuntivite epidêmica é uma forma de conjuntivite viral particularmente fulminante, causando ceratite com conjuntivite. É causada pelos adenovirus tipos 8,19 e 37.³ Em contraste com a febre faringoconjuntival, não costuma causar sintomas sistêmicos.⁵ Além dos sintomas típicos da conjuntivite viral, o paciente desenvolve sensação de corpo estranho mais severa, infiltrados corneanos, diminuição da acuidade visual e formação de

pseudomembranas. Os pacientes devem ser encaminhados a um oftalmologista para avaliação e possível orientação de uso de corticoides tópicos. Médicos generalistas não devem prescrever corticoides tópicos para quadros conjuntivais.³

Conjuntivite alérgica

Na conjuntivite alérgica o paciente queixa-se de prurido importante, lacrimejamento e hiperemia bilateral.¹ A conjuntiva tem aparência rosada e a enfermidade costuma ser transitória, com acessos agudos dos sintomas, associados à congestão nasal.⁵ Pode haver importante quemose.³ O paciente pode ter história de doenças atópicas como asma, dermatite atópica ou rinite alérgica. O clínico deve considerar outras causas como contato com pêlos de animais, pó, mofo, irritantes ambientais e pólen.² O tratamento consiste na instilação de vasoconstritores locais durante a fase aguda, compressas frias, lubrificantes oculares, anti-histamínicos e corticoides tópicos. Eventualmente o uso de anti-histamínicos orais é válido. A recidiva do quadro é comum.¹

Conjuntivite não alérgica e não infecciosa

Pacientes podem desenvolver hiperemia conjuntival e descarga da mucosa ocular causada por insulto mecânico ou químico. A história do paciente ajudará no diagnóstico: poderá haver queixa de olho seco de longa data, manipulação e instilação de produtos químicos ou corpo estranho ocular. Comumente é necessário o encaminhamento ao oftalmologista.³

Sinais de alerta em quadro de olho vermelho

O médico generalista deve estar atento a alguns sinais de gravidade como redução da acuidade visual, hiperemia na região do limbo (zona de transição entre a córnea e a esclera), fotofobia, sensação importante de corpo estranho que impede que o paciente abra o olho espontaneamente, opacidade corneana, pupilas fixas, cefaleia e náuseas.³

Orientações quanto ao retorno às atividades

As orientações mais seguras sugerem permanecer em casa até que não haja mais secreção ocular. A maioria das escolas e centros de saúde requer que os pacientes recebam pelo menos 24 horas de tratamento até a volta às atividades.³

CONCLUSÃO

As conjuntivites agudas são condições muito comuns e podem ser avaliadas e manejadas inicialmente pelo médico generalista. Entretanto, este deve estar capacitado a reconhecer sinais de alerta e gravidade particulares de alguns quadros etiológicos importantes que podem ameaçar a saúde ocular e visão do paciente. Caso sejam reconhecidos processos patológicos mais graves ou casos duvidosos, os pacientes devem ser encaminhados prontamente ao oftalmologista.

REFERÊNCIAS

1. Schwab IR, Crawford JB. Conjuntiva. In: Vaughan D, Asbury T, Riordan-Eva P. Oftalmologia geral. 15ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 92-109.
2. Sato EH. Inflamação Conjuntival Aguda. In: Schor P, Chamon W, Belfort R. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-Oftalmologia. São Paulo: Manole; 2004. p. 199-206.
3. Jacobs DS. Conjunctivitis. UpToDate. 2014 [acesso em 2014 Maio 07]Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/conjunctivitis?source=search_result&search=conjunctivitis&selectedTitle=1%7E150
4. Weiss A, Brinser JH, Nazar-Stewart V. Acute conjunctivitis in childhood. J Pediatr. 1993; 122(1):10-4.
5. Kanski J, Menon J. Clinical Ophthalmology: a systematic approach. 5th ed. Edinburgh: Butterworth-Heinemann; 2003. p. 62-77.