



OBJETIVOS DE APRENDIZADO

- Conhecer os principais fatores de risco das conjuntivites agudas;
- Realizar o diagnóstico diferencial;
- Identificar pacientes que necessitam ser referenciados ao oftalmologista;
- Entender os princípios do tratamento.

RELEVÂNCIA

A conjuntivite é o diagnóstico mais provável em paciente com secreção e olho vermelho. Apesar de geralmente apresentar evolução benigna, é importante diagnóstico diferencial de condições potencialmente graves e que podem causar déficit visual permanente, como ceratite, uveíte anterior e glaucoma agudo.

INFORMAÇÕES GERAIS

Entende-se por conjuntivite qualquer inflamação da conjuntiva, apresentando-se caracteristicamente com olho vermelho. A conjuntivite aguda é classificada em infecciosa (viral e bacteriana) e não infecciosa (alérgica e não-alérgica). Pode-se colocar as conjuntivites neonatais como um subgrupo a parte.

QUADRO 1. LESÕES ELEMENTARES DA CONJUNTIVA.	
Lesão	Descrição
Papila	Lesão avermelhada hipertrófica, com vaso central, podendo acometer limbo, tarso superior e inferior. Papilas gigantes, características de conjuntivite alérgica, acometem tarso superior.
Folículo	Pápula cristalina (linfática) com vasos laterais. A reação folicular aguda sugere etiologia viral e a crônica pode ser fisiológica ou sinal de tracoma (com hiperemia).

CONJUNTIVITES VIRAIS

A conjuntivite viral é o tipo de conjuntivite mais comum. O adenovírus é o principal agente etiológico e possui dezenove subtipos que podem causar conjuntivites. O período de incubação é de 5-12 dias, sendo a infecção autolimitada. Após a recuperação, imunocompetentes estarão imunes contra o sorotipo infectante.

Fatores de risco. É uma doença altamente contagiosa, transmitida através do contato direto com secreções, objetos e superfícies contaminadas, principalmente em aglomerações. Os vírus tendem a ser eliminados entericamente, sendo comum a transmissão por piscinas.

CONJUNTIVITES BACTERIANAS

São mais frequentes em crianças, sendo causas comuns de epidemias. O principal agente é o *Staphylococcus aureus*, entretanto outras bacterianas causadoras são *S. pneumoniae*, *H. influenzae* (geralmente associado à infecção sistêmica, febre e IVAS) e *M. catarrhalis*.

Fatores de risco. Assim como as virais, são altamente contagiosas, sendo transmitidas através de contato direto com secreções, objetos e superfícies contaminadas. Acomete indivíduos cujos mecanismos de defesa ocular encontram-se deficientes. Os principais fatores de risco são alterações da integridade da conjuntiva e da secreção lacrimal.

CONJUNTIVITES ALÉRGICAS

Geralmente manifestada na adolescência, é causada por contato com alérgenos no olho (reação de hipersensibilidade tipo 1, mediada por IgE) e ativação de células mastocitárias. Apresenta diversas formas evolutivas, podendo, inclusive, cursar com acometimento corneano.

Fatores de risco. Está associada à outras doenças alérgicas, como asma, rinite alérgica e dermatite atópica, sendo a história familiar um importante fator de risco – QUADRO 2. Os alérgenos mais relacionados como desencadeadores de crise são pólen, poluentes, medicações, cosméticos e uso de lentes de contato.

QUADRO 2. ALERGIA E FATORES AGRAVANTES EM PACIENTES COM CONJUNTIVITE ALÉRGICA.

Sintoma	Frequência
Asma e história familiar	59,1%
Rinite alérgica	31,8%
Dermatite alérgica	22,7%

CONJUNTIVITES NÃO-ALÉRGICAS

Ocorre quando o paciente desenvolve um processo inflamatório na conjuntiva que não é associado à infecção nem à reação alérgica. Olho seco, substâncias irritantes e corpo estranho figuram entre as principais causas.

Conjuntivite neonatal

As conjuntivites neonatais geralmente são infecciosas e estão associadas à passagem pelo canal vaginal contaminado. Os agentes comumente relacionados são clamídia, gonococo, herpes vírus e outras bactérias (*Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas sp.*).

QUADRO 2. CONJUNTIVITES NEONATAIS.

Agente etiológico	Comentário
Nitrato de prata	Ocorre até 3 dias após o nascimento pela instilação nitrato de prata (profilaxia da conjuntivite gonocócica). A secreção é aquosa e discreta.
Clamídia	É a conjuntivite neonatal mais comum. Apresenta-se com secreção mucopurulenta, 5-10 dias após o nascimento, podendo haver quadro sistêmico (pneumonia, IVAS). Se não tratada, pode causar pannus e formar cicatriz corneana.
Gonococo	Desenvolve-se em 2-4 dias após o nascimento. O uso de nitrato de prata 1% diminuiu a ocorrência, mas não a erradicou. Causa conjuntivite hiperaguda.
Outras bactérias	Ocorre de 2-30 dias após o nascimento. Apresenta-se como conjuntivite aguda.
Herpes simplex II	Geralmente unilateral, ocorre a partir de 7 dias do nascimento. É uma conjuntivite com secreção aquosa, podendo apresentar vesículas palpebrais, ceratite, coriorretinite e uveíte associados.

ABORDAGEM AO PACIENTE

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

CONJUNTIVITES VIRAIS

Podem fazer parte de doença viral sistêmica ou aparecer isoladamente. Paciente pode apresentar quadro semelhante a um resfriado, com tosse matinal, congestão nasal e secreção, podendo apresentar a glutinação palpebral pela manhã. Linfadenomegalia preauricular está presente em até 90% dos casos.

Cursam com hiperemia conjuntival, secreção hialina e sensação de queimação ou areia nos olhos. O segundo olho costuma ficar envolvido dentro de 48h até uma semana após o primeiro. Os sintomas geralmente pioram entre 3-5 dias, melhorando gradualmente em 1-2 semanas.

Sinais de inflamação da conjuntiva (hiperemia conjuntival) e secreção são achados universais. A presença de reação folicular é bastante sugestiva de etiologia viral.

Ceratoconjuntivite epidêmica (CCE)

É uma forma de ceratoconjuntivite adenoviral fulminante, tipicamente causada pelos subtipos 8, 19 e 37. É a forma mais grave de conjuntivite, ocorrendo após doze dias das primeiras manifestações clássicas. O paciente desenvolve sensação de corpo estranho e infiltrados subepiteliais (visíveis à iluminação direta). As lesões resultam da reação antígeno-anticorpo e podem ser coradas por fluoresceína durante meses (o vírus que causa a CCE em um paciente pode causar apenas conjuntivite simples em outro). A sensação do corpo estranho impede o paciente de manter olhos abertos espontaneamente e os infiltrados causam BAV. Podem formar-se membranas em 1/3 dos pacientes (CCE membranosa). Esses pacientes devem ser referidos a um oftalmologista para confirmar o diagnóstico e avaliar uso de glicocorticoide tópico.

CONJUNTIVITES BACTERIANAS

As conjuntivites bacterianas geralmente possuem apresentação unilateral e instalação rápida, cursando com olho vermelho, irritação e secreção mucopurulenta persistente ao longo do dia (amarela da, esbranquiçada ou esverdeada). Geralmente, o olho contralateral é afetado em 1-2 dias.

Sinais de inflamação da conjuntiva (hiperemia conjuntival) e secreção são achados universais. A presença de pseudomembranas (mais relacionadas a *N. gonorrhoeae* e *S. beta-hemolíticos*) e secreção mucopurulenta contínua são bastante sugestivas de causa bacteriana.

Conjuntivite hiperaguda

É um tipo de conjuntivite que instala-se em 24h, mais em neonatos e adultos com atividade sexual. Os agentes implicados são *N. gonorrhoeae* (principal) e *N. meningitidis*. Uretrite geralmente está presente. A transmissão ocorre da genitália para as mãos e delas para os olhos. O olho apresenta intensa secreção purulenta nas primeiras 12h do contágio. Hiperemia e dor à palpação ocorrem nas horas subsequentes. Tipicamente ocorre quemose, edema palpebral e adenopatia preauricular dolorosa. É uma condição grave que necessita de encaminhamento urgente a um oftalmologista e hospitalização para tratamento adequado, a fim de evitar complicações como ceratite e perfuração.

CONJUNTIVITES ALÉRGICAS

Podem compor reação alérgica generalizada, com sintomas respiratórios, ou apresentar-se isoladas. As queixas principais incluem prurido, secreção e olho vermelho.

Acometimento geralmente é bilateral com prurido característico, o que diferencia da conjuntivite viral.

Sinais de inflamação da conjuntiva (hiperemia conjuntival) e secreção são achados universais. Os achados são semelhantes aos da viral (história ajuda a diferenciar). A presença de reação folicular tarsal superior é bastante sugestiva de etiologia alérgica associada a lentes de contato. Alguns casos podem apresentar aglutinação matinal e edema de conjuntiva (quemose).

QUADRO 3. INTENSIDADE DOS SINTOMAS EM PACIENTES COM CERATITE ALÉRGICA.	
Sintoma	Intensidade
Prurido	+++
Lacrimejamento	++
Sensação de corpo estranho	+
Fotofobia	+

CONJUNTIVITES NÃO-ALÉRGICAS

Clinicamente, há hiperemia difusa com secreção hialina no olho acometido, não raramente com desconforto ocular.

CONDUTA

CONJUNTIVITES VIRAIS

Não há tratamento específico, apesar de haver benefício com lubrificantes e compressas frias. Deve-se alertar o paciente a não compartilhar objetos de uso pessoal e permanecer em casa até que não haja mais secreção, a fim de evitar propagação da doença, fornecendo atestado médico se necessário por 2-3 semanas, quando o paciente deve retornar para avaliar curar ou antes se houver piora do quadro.

Colírios corticoides nas conjuntivites virais

Não está recomendado em todos os casos de conjuntivites virais. É indicado apenas na presença de infiltrados inflamatórios corneanos, baixa visual importante ou sintomas insuportáveis. Tais colírios alteram a imunidade local, não reduzem o tempo de doença, sendo seu tempo de uso indeterminado, podendo causar efeitos colaterais graves, como catarata e glaucoma. Devem ser prescritos apenas após avaliação por oftalmologista.

CONJUNTIVITES BACTERIANAS

O tratamento é essencialmente antibiótico, normalmente tópico, o qual também reduz transmissão. Compressas mornas e lubrificantes também são medidas benéficas. Diferente das conjuntivites virais, pode-se associar corticóides tópicos, alertando-se para possíveis efeitos colaterais. Usualmente, prescreve-se colírio de quinolona de 4/4h por 7 dias. O paciente deve retornar após 2-3 dias para reavaliação e, havendo melhora do quadro, pode-se reduzir a posologia para duas vezes ao dia. Do contrário, encaminha-se a um oftalmologista.

Como nas virais, deve-se alertar o paciente para que permaneça em casa até que não haja mais secreção, em geral duas semanas, e que não compartilhe objetos de uso pessoal.

CONJUNTIVITES ALÉRGICAS

As medidas iniciais, nos casos mais simples, incluem controle ambiental e uso de lubrificantes. Nos casos moderados, podem ser usados colírios anti-histamínicos. Em virtude dos efeitos colaterais, corticoides tópicos devem ser reservados para o controle das exacerbações, devendo ser prescritos apenas por oftalmologistas.

CONJUNTIVITES NÃO-ALÉRGICAS

Independente da causa, a regra é que a conjuntiva se recupere espontaneamente da lesão até 24h após a retirada do agente agressor. Lubrificantes melhoram o desconforto ocular e podem ser utilizados várias vezes por dia. Se a agressão for provocada por medicação tópica ocular, pode-se alterar por similar e observar como o olho reage.

REFERÊNCIAS

1. KANSKI, J. J. **Oftalmologia clínica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
2. REY, L. **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
3. DALL'COLL, M. Olho vermelho. In: CAVALCANTI, E. F. A.; MARTINS, H. S. **Clínica Médica: dos sinais e sintomas ao diagnóstico e tratamento**. Barueri: Manole, 2007.
4. RUBENSTEIN, J. B.; VIRASH, V. Allergic Conjunctivitis. In: MYRON, Y.; DUKER, J. S. **Ophthalmology**. Saint Louis: Elsevier, 2009.
5. RUBENSTEIN, J. B.; VIRASH, V. Conjunctivitis: Infectious and Noninfectious. In: MYRON, Y.; DUKER, J. S. **Ophthalmology**. Saint Louis: Elsevier, 2009.
6. MARBACK, P. M. F. et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos da conjuntivite alérgica em serviço de referência. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 70, n. 2, Mar. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Nov. 2012.
7. JACOBS, D. S. Conjunctivitis. **UpToDate**, 2012. Disponível em <<http://www.uptodate.com/contents/conjunctivitis>>. Acesso em 08 Nov. 2012.