



OBJETIVOS DE APRENDIZADO

- Realizar o diagnóstico diferencial das causas de olho vermelho;
- Identificar pacientes com risco para condições oculares potencialmente danosas e que necessitem de avaliação de especialista;
- Saber conduzir um paciente com olho vermelho não grave;
- Entender os princípios do tratamento clínico e cirúrgico das principais causas de olho vermelho.

RELEVÂNCIA

O olho vermelho é uma das queixas mais comuns em oftalmologia. As causas de olho vermelho incluem desde condições sem nenhuma repercussão clínica e autolimitadas até condições associadas a doenças sistêmicas e com grande potencial de causar sequelas. Pode-se evitar a progressão da doença quando pacientes com sinais de alerta são identificados e encaminhados para avaliação e tratamento especializados.

INFORMAÇÕES GERAIS

O olho vermelho é uma condição bastante comum em urgências oftalmológicas, respondendo por cerca de um terço das queixas. Apesar de não haver estudos epidemiológicos que detalhem com precisão a prevalência das causas de olho vermelho, sabe-se que a conjuntivite viral, uma condição benigna e autolimitada, é provavelmente a causa mais comum de olho vermelho na comunidade.

A abordagem inicia-se com anamnese detalhada, em busca de sinais e sintomas oculares e sistêmicos. É importante, também, investigar tempo de início e duração do quadro, recidivas e antecedentes oftalmológicos, como uso de medicações, óculos, lentes de contato e cirurgias prévias.

O olho vermelho não guarda necessariamente relação com a gravidade da condição ocular. A presença de dor ocular, baixa visual (BAV) e alteração pupilar deve alertar para condições de maior gravidade.

A acuidade visual (AV) deve sempre ser feita seguida de inspeção com lanterna (principais ferramentas do clínico na abordagem do olho vermelho). A lanterna permite examinar as pupilas e o segmento anterior, não sendo necessária lâmpada de fenda para diferenciar condições que podem ser conduzida pelo clínico. A fundoscopia pouco auxilia no diagnóstico diferencial do olho vermelho, uma vez que geralmente o fundo de olho é normal ou não pode ser visualizado.

TABELA 1. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASSOCIADAS AO OLHO VERMELHO.

Características	Comentário
Baixa visual	A presença de BAV com olho vermelho sugere condições de pior prognóstico, como ceratite infecciosa, uveíte e glaucoma agudo, devendo o paciente ser referido com urgência ao oftalmologista.
Exame pupilar	Pupila em meia-midríase fixa sugere glaucoma agudo. Pupilas mióticas ocorrem em casos de abração corneana, ceratite infecciosa e uveíte anterior, a qual, entretanto, não cora com fluoresceína nem apresenta sensação de corpo estranho.
Sensação de corpo estranho	É um sintoma cardinal de envolvimento corneano. O paciente geralmente não consegue abrir ou manter aberto o olho espontaneamente. Esses paciente devem ser referidos com urgência ao oftalmologista. Conjuntivite alérgica, viral, olho seco podem causar sensação subjetiva de corpo estranho, sem significar necessariamente envolvimento corneano.
Fotofobia	Processos ativos na córnea causam tanto fotofobia quanto sensação de corpo estranho. Pacientes com uveíte tem sinais de fotofobia sem sensação de corpo estranho. Condições restritas à palpebral e/ou à conjuntiva não causam sensação de corpo estranho nem fotofobia.

Lentes de contato	O uso de lentes de contato no contexto de olho vermelho e secreção é sugestivo de ceratite infecciosa, principalmente por pseudomonas.
Dor	A dor ocular intensa é um sinal de alerta para condições oculares mais graves (ex.: uveíte, glaucoma agudo) e raramente ocorre de maneira isolada. Não raramente, pacientes com outras condições oculares podem referir apenas um desconforto como dor.
Secreção	Conjuntivites e ceratites bacterianas apresentam secreção opaca que persiste ao longo do dia. Diferentemente da ceratite, que requer encaminhamento de urgência, a conjuntivite não cora com fluoresceína nem possui opacidades na córnea, podendo ser tratada pelo clínico. Aglutinação matinal das pálpebras com secreção hialina geralmente representa processos autolimitados como conjuntivite alérgica ou viral.
Hiperemia	Hiperemia difusa envolvendo conjuntiva tarsal e bulbar sugere conjuntivite. Por outro lado, <i>flush</i> ciliar (perilímbico) é característico de condições mais graves, como ceratite, uveíte, e glaucoma agudo. A presença de hemorragia sugere hiposfagma.
Hipópio	Consiste na presença de células brancas na câmara anterior. Está associado à ceratite infecciosa ou endoftalmite até que se prove o contrário, devendo ser avaliados o quanto antes por oftalmologista (em horas).
Hifema	Consiste na presença de células vermelhas na câmara anterior. É um sinal de trauma ocular e deve ser avaliado por especialista em horas.
Opacidade corneana	Sugere ceratite infecciosa. Pode ser vista facilmente com fluoresceína. Abrasão corneana também pode corar, mas não opacifica.

Se a visão estiver preservada, houver reação pupilar, ausência de sensação de corpo estranho, fotofobia, opacidade corneana, hipópio ou hifema, o clínico poderá tomar as medidas terapêuticas iniciais.

TABELA 2. INDICAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO DE OLHO VERMELHO AO OFTALMOLOGISTA.

- Unilateral com náuseas e vômitos;
- Hipópio ou hifema;
- História de trauma penetrante;
- Dor ocular severa ou baixa visual;
- Opacidade corneana que cora com fluoresceína.

TABELA 3. OLHO VERMELHO MANEJADO PELO CLÍNICO.

- Hordéolo;
- Calázio;
- Blefarite;
- Hemorragia subconjuntival;
- Conjuntivites infecciosas e alérgicas;
- Abrasão corneana*;
- Corpo estranho*;
- Uso de lentes de contato*;
- Olho seco.

* Referir com urgência ao oftalmologista se não houver melhora em 48

ABORDAGEM AO PACIENTE

HIPOSFAGMA

É o aparecimento súbito de sangramento sob a conjuntiva. Consiste em uma área avermelhada circunscrita na esclera, geralmente assintomática. Pode ocorrer espontaneamente ou à manobra de valsava (vômito, espirro, tosse). O diagnóstico é confirmado na ausência de secreção, BAV, fotofobia e sensação de corpo estranho. Apresenta evolução benigna, com reabsorção do sangue em 1 a 3 semanas.

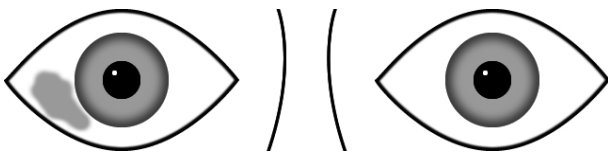


FIGURA 1. Hiposfagma em OD.

Conduta. Não necessita de tratamento específico. Se for recorrente ou houver história de sangramentos ou uso de anticoagulantes, deve-se investigar coagulopatias. No contexto de um trauma, é

importante descartar ruptura ocular e hemorragia retrobulbar.

PINGUÍCULA

É uma elevação amarelada resultante da degeneração do colágeno da conjuntiva bulbar, por envelhecimento e exposição solar. Ocorre mais comumente adjacente ao limbo nasal, podendo cursar com olho seco. Pode gerar dor e hiperemia ocular quando inflamada (pingueculite).

Conduta. Para pacientes sintomáticos sem pingueculite, prescreve-se lubrificantes. Na presença de inflamação, deve-se referenciar ao oftalmologista para uso de corticoide tópico de baixa potência por curto tempo.

PTERÍGIO

Define-se pterígio como um crescimento fibrovascular triangular que avança sobre a córnea. Ocorre mais comumente do lado nasal e está associado

à radiação ultravioleta (exposição solar). O paciente pode apresentar distribuição irregular do filme lacrimal na superfície corneana, prurido, sensação de corpo estranho e fotofobia. A progressão da lesão pode induzir astigmatismo e invadir o eixo visual, causando diminuição da visão.

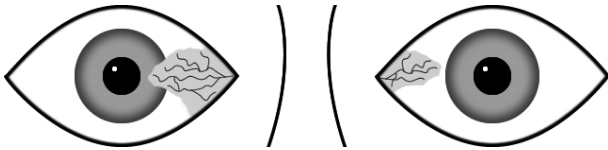


FIGURA 2. Pterígio bilateral.

Conduta. Deve-se prescrever lágrimas artificiais e orientar quanto ao uso de óculos com proteção solar. Nos casos em que há baixa visual ou quando se deseja corrigir a parte estética, deve-se encaminhar ao oftalmologista (excisão pode estar indicada).

CONJUNTIVITE

É a inflamação da membrana que reveste externamente o bulbo ocular e internamente as pálpebras. É causada principalmente por infecção (altamente contagiosa) e alergia. Clinicamente, apresenta-se com hiperemia conjuntival, secreção (hialina ou purulenta) e desconforto ocular.



FIGURA 3. Conjuntivite.

Conduta. Deve-se orientar o paciente a evitar estar em aglomerações, esfregar o olho infectado, tomar banho de piscina, lavar as mãos constantemente, e não usar maquiagem nem lentes de contato até a resolução da infecção. O tratamento é feito com lubrificantes e compressas frias (virais), antibióticos e compressas mornas (bacterianas) e controle ambiental e anti-histamínicos (alérgicas). Nos casos virais muito sintomáticos ou com infiltrado, deve-se referenciar ao oftalmologista para avaliar prescrição de corticóide tóxico.

OLHO SECO

É uma das principais condições encontradas nos ambulatórios de oftalmologia. Nessa síndrome, há instabilidade do filme lacrimal, com grande potencial de lesão ocular. Os mecanismos envolvidos na sua patogênese são a deficiência aquosa e a evaporação excessiva do filme lacrimal.

O paciente queixa-se de queimação, prurido, sensação de corpo estranho, secura, fotofobia, fadiga ocular e olho vermelho. Os sintomas geralmente pioram ao longo do dia e em condições ambientais adversas. Blefarite é um achado comum. Para o

diagnóstico, instila-se fluoresceína e observa-se coloração esverdeada da superfície. Testes complementares incluem análise do tempo de rompimento do filme lacrimal e teste de Schirmer.

Olho seco por deficiência aquosa

Ocorre por impedimento na produção glandular. Pode ser primária (resultado do envelhecimento ou de reação autoimune) ou secundária (ex.: doenças de depósito, AIDS, trauma e radiação), podendo estar relacionada síndrome de Sjögren (olho seco associado a boca seca).

Evaporação excessiva do filme lacrimal

A evaporação excessiva do filme lacrimal pode ocorrer em determinadas desordens oculares e ou condições ambientais adversas, como clima seco, muito quente ou em altas altitudes. Dentre as desordens oculares, destacam-se disfunção da glândula de Meibomius, redução do piscar dos olhos, lagofalmo, aumento da fissura palpebral e trauma.

Conduta. Deve-se investigar a causa secundária dos pacientes com deficiência aquosa e realizar controle ambiental, podendo utilizar lubrificantes. Nos casos de olho seco evaporativo, as medidas iniciais incluem massagem da glândula, compressas mornas e higiene da pálpebra. É importante ressaltar que pacientes com anormalidades anatômicas e casos refratários ou com sinais de alarme, devem ser referidos ao oftalmologista, uma vez que pode predispor a condições mais graves, como ceratite, perfuração e endoftalmite.

EPISCLERITE

É uma doença de geralmente idiopática (70%), que acomete principalmente mulheres jovens. Pode estar associada a doenças inflamatórias sistêmica, em especial a colagenoses. Pode ser difusa ou nodular (pode ser movimentado sobre a esclera). Apresenta-se na forma de olho vermelho autolimitado, com desconforto ocular, mais comumente unilateral, resolvendo de dias (forma simples) a semanas (forma nodular). Geralmente não ultrapassa três semanas, mesmo sem tratamento. Recorrência e sequelas não são comuns.

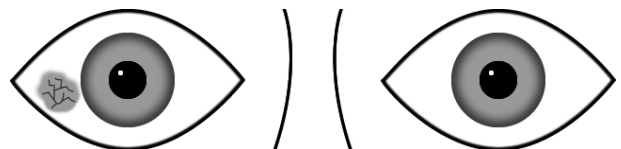


FIGURA 4. Episclerite em OD.

TABELA 4. TIPOS DE EPISCLERITE.

Tipo	Associação sistêmica
Difusa	EA soronegativas HLA-B27
Nodular	Idiopática (70%) Associada à AR

Conduta. Investigar doença sistêmicas e prescrever lubrificantes para alívio dos sintomas. Em casos mais sintomáticos ou por estética, pode-se indicar AINEs.

CORPO ESTRANHO E TRAUMA

A história clínica é fundamental para determinar a causa do olho vermelho. Paciente apresenta-se com olho vermelho doloroso, secreção haquosa, podendo apresentar fotofobia.

Conduta. No trauma químico, deve-se lavar copiosamente o olho sem aguardar por avaliação de especialista (deve ser feita posteriormente). Nos casos de trauma por irradiação e de corpo estranho, deve-se ocluir o olho e referir para avaliação oftalmológica.

ÚLCERA DE CÓRNEA

Ocorrem na túnica externa ocular, geralmente secundárias a infecção viral ou bacteriana, principalmente em usuários de lente de contato. Podem ocorrer como complicação de olho seco. Paciente pode apresentar dor ocular, fotofobia, diminuição da visão, secreção aquosa ou mucopurulenta. Ao exame externo, pode-se notar opacificação corneana e hiperemia perilábica.

Conduta. Encaminhar ao oftalmologista (podem causar diminuição importante da visão, necessitando de exames especializados para tratamento e seguimento).

ESCLERITE

É inflamação da esclera. A maioria dos casos é não infecciosa, entretanto, pseudomonas e aspergilos podem causar doença severa, de difícil tratamento. Em até 50% há associação com doenças sistêmicas, geralmente collagenases (1/3 é AR). A inflamação pode durar meses a anos. Caracteriza-se por ser muito dolorosa, podendo acordar o paciente durante a noite, havendo descoloração violácea da esclera. A esclerite está frequentemente associada a uveíte secundária e (se adjacente à córnea) e pode causar perfuração da esclera e predispor ao desenvolvimento de catarata. A forma necrotizante apresenta alta incidência de perda visual e mortalidade de até 21% em 8 anos.

	Episclerite	Esclerite
Hiperemia	Vermelha	Violácea
Fenilefrina	Reduz hiperemia	-
Nódulo	Móvel	Imóvel
Dor	-	Moderada
Associação sistêmica	1/3	3/4
Complicações	Pouco comuns	Frequentes

Conduta. Deve-se investigar doença sistêmica e encaminhar para o oftalmologista em virtude das potenciais complicações. A esclerite aguda (sintomática) sempre deve ser tratada, afim de prevenir danos ao olho. Devem ser usado lubrificantes e anti-inflamatórios. Nos casos refratários, deve-se encaminhar ao oftalmologista para avaliar indicação de corticóide tópico. O tratamento deve ser mantido até a resolução dos sintomas.

UVEÍTE ANTERIOR

É a inflamação da úvea (íris, corpo ciliar e coróide). Geralmente é uma condição autoimune ou infecciosa, mas pode ocorrer após traumas. Pode ser anterior, intermediária, posterior e panuveíte, entretanto para cursar com olho vermelho deve haver uveíte anterior ou iridociclite. Ocorre dor ocular intensa com BAV e hiperemia pericerática. Também pode-se observar pupilas mióticas.

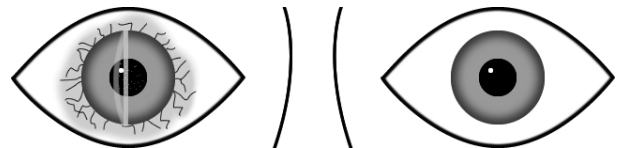


FIGURA 5. Episclerite em OD.

Conduta. Investigar doença de base (infecciosas e auto-imunes) e encaminhar ao oftalmologista.

GLAUCOMA AGUDO

É uma urgência oftalmológica que consiste no aumento súbito da PIO, causando bastante dor dor intensa, muitas vezes referida como cefaléia do lado acometido, associado a náuseas e vômitos. e alterações visuais. Geralmente acomete adultos e idosos, em especial asiáticos e hipermetropes. Pode ser desencadeada por condições que causam dilatação pupilar, levando ao fechamento do ângulo de drenagem do humor aquoso durante o retorno da pupila à abertura fisiológica (ambiente de baixa luminosidade, situações estressantes que levam maior liberação de epinefrina, uso de medicações anticolinérgicas e midríase farmacológica para exame oftalmológico). Ao exame, nota-se olho vermelho, endurecido à palpação bidigital e meia midríase paralítica.

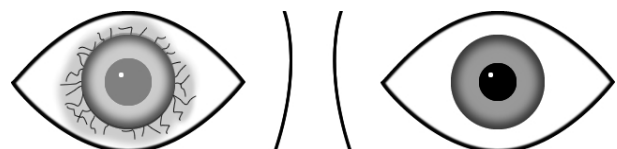


FIGURA 6. Glaucoma agudo em OD.

Conduta. Prescrever hipotensores oculares e analgésicos e encaminhar imediatamente ao oftalmologista

TABELA 6. SINAIS E SINTOMAS CARACTERÍSTICOS DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DA SÍNDROME DO OLHO VERMELHO.

	Hipofagma	Conjuntivite	Episclerite	Esclerite	Ceratite	Uveíte anterior	Glaucoma agudo
Hiperemia	Setorial	Difusa	Localizada	Localizada	Pericerática	Pericerática	Pericerática
Córnea	Normal	Pode haver infiltrados	Normal	Normal	Áreas opacificadas na córnea	Miose, Redução do RFM*	Turvação corneana
Pupila	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Miose, Redução do RFM*	Meia midríase, Ausência do RFM*
Secreção	-	++	-	-	+	-	-
Baixa visual	-	- / +	-	-	+	++	+++
Dor	-	-	-	+	+	++	+++
Fotofobia	-	-	-	-	+	+	-
Sensação de corpo estranho	-	- / +	-	-	++	-	-

*RFM = Reflexo fotomotor.

REFERÊNCIAS

1. DART JK. **Eye disease at a community health centre.** Br Med J (Clin Res Ed) 1986; 293:1477.
2. LEIBOWITZ HM. **The red eye.** N Engl J Med 2000; 343:345.
3. WRIGHT JL, WIGHTMAN JM. Red and painful eye. In: Marx JA, ed. **Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice.** 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2009:chap 32.
4. CULLOM JR RD, CHANG B (ED.). **The wills eye manual office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease.** Philadelphia: JB Lippincott; 1994.
5. FRITH P, ET AL. **The eye in clinical practice.** Oxford: Blackwell; 1994.
6. SHAPIRO MB. **Patient demographics and diagnoses at a large ophthalmology clinic.** Heath Administrations Symposium. University of Wisconsin, Madison, June 1994.
7. STEIN HA. **The ophthalmic assistant: fundamentals and clinical practice.** 4th ed. St Louis: CV Mosby Co, 1983.
8. REY, L. **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde.** 2a edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.