

**OBJETIVOS DE APRENDIZADO**

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

RELEVÂNCIA

O olho vermelho é uma das queixas mais comuns em oftalmologia, respondendo por cerca de um terço das queixas de urgências oftalmológicas. 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 quando pacientes com sinais de alerta são identificados e encaminhados para avaliação e tratamento especializados.

INFORMAÇÕES GERAIS

Olho vermelho é mais comumente uma condição benigna e autolimitada, sendo a conjuntivite viral a principal causa na comunidade. Dor ocular, baixa visual, alteração pupilar, presença de conteúdo de derrame em câmara anterior (hipópio, hifema) devem alertar para condições de maior gravidade (ceratites, uveites, glaucoma agudo, perfuração), devendo-se encaminhar ao oftalmologista com urgência.

A abordagem inicia-se com anamnese detalhada, e 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.

A acuidade visual deve sempre ser feita seguida de inspeção com lanterna (principais ferramentas do clínico na abordagem do olho vermelho). Ela 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 (geralmente o fundo de olho é normal ou não pode ser visualizado).

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

QUADRO 1. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASSOCIADAS AO OLHO VERMELHO.

Características	Comentário
Baixa visual	BAV com olho vermelho sugere condições de pior prognóstico (ceratite, uveite, glaucoma agudo).
Exame pupilar	Pupila em meia-midríase fixa sugere glaucoma agudo. Pupilas mióticas ocorrem em casos de abração corneana, ceratite infecciosa e uveite anterior.
Sensação de corpo estranho	É sinal de envolvimento corneano. O olho não consegue permanecer aberto espontaneamente. Pode ocorrer no olho seco e nas conjuntivites alérgica e viral sem acometimento da córnea.
Fotofobia	É característica de processos ativos na córnea e na úvea.
Lentes de contato	Olho vermelho no contexto de lentes de contato é sugestivo de ceratite, principalmente por pseudomonas.
Dor	Alerta para condições oculares mais graves (uveite, glaucoma agudo) e raramente ocorre de isolada. Outras condições oculares podem causar apenas desconforto.
Secreção	Secreção opaca é característica de conjuntivites e ceratites bacterianas. Processos alérgicos e virais autolimitados, geralmente cursam com secreção hialina.
Hiperemia	Quando difusa, em conjuntiva tarsal e bulbar, sugere conjuntivite. <i>Flush</i> perilímbico caracteriza condições mais graves (ceratite, uveite, glaucoma agudo).
Hipópio e hifema	A presença de células brancas na câmara anterior (hipópio) está associada à ceratite infecciosa ou endoftalmite até que se prove o contrário. Enquanto a de células vermelhas (hifema) é sinal de trauma ocular.
Opacidades corneanas	Sugerem ceratite infecciosa (abrasões não opacificam).

QUADRO 2. INDICAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO IMEDIATO DE OLHO VERMELHO AO OFTALMOLOGISTA (SINAIS DE ALARME).

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

QUADRO 3. OLHO VERMELHO MANEJADO PELO CLÍNICO.

- Hordéolo;
- Calázio;
- Blefarite;
- Hemorragia subconjuntival;
- Conjuntivites infecciosas e alérgicas;
- Olho seco.

ABORDAGEM AO PACIENTE

AFECÇÕES PALPEBRAIS

HORDÉOLO E CALÁZIO

Hordéolo é uma inflamação das glândulas que produzem uma secreção gordurosa (de Zeiss e Mol) e que existem na pálpebra perto das raízes dos cílios. Quando acomete glândulas mais profundas (de Meibomius) é chamada de calázio e muitas vezes precisa de tratamento cirúrgico. Não afeta a visão, mas causam incomodo, dor e vermelhidão no local.

Conduta. Compressas mornas até drenagem espontânea ou cirúrgica.

BLEFARITE

É a inflamação da margem palpebral, geralmente bilateral, causada por estafilococos e comumente associada à calázio. Ocorre hiperemia nas margens palpebral e conjuntival, crostas na base dos cílios, prurido, sensação de corpo estranho, lacrimejamento e filme lacrimal espumoso.

Conduta. Uso de lubrificantes e limpeza diária com xampu neutro (infantil) diluído.

HIPOSFAGMA

É o aparecimento súbito de sangramento sob a conjuntiva. Consiste em área avermelhada circunscrita na esclera, geralmente assintomática. Pode ocorrer espontaneamente ou a manobra de Valsava (vômito, espirro, tosse). O diagnóstico é confirmado na ausência de outros sinais e sintomas. Apresenta evolução benigna, com reabsorção do sangue em 1 a 3 semanas.

Conduta. Não necessita de tratamento específico. Se for recorrente e houver história de sangramentos ou uso de anticoagulantes, deve-se investigar distúrbios cardiovasculares e hematológicos. No de trauma, é importante descartar ruptura ocular e hemorragia retrobulbar.



FIGURA 1. Hiposfagma em OD.

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 como crescimento fibrovascular triangular que avança sobre a córnea. Ocorre mais comumente do lado nasal e está associado à 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 a stigmatismo e invadir o eixo visual, causando diminuição da visão.

Conduta. Deve-se prescrever lágrimas artificiais e orientar quanto ao uso de óculos com proteção solar. Nos casos com baixa visual, ou para correção estética, deve-se encaminhar ao oftalmologista para avaliar excisão.

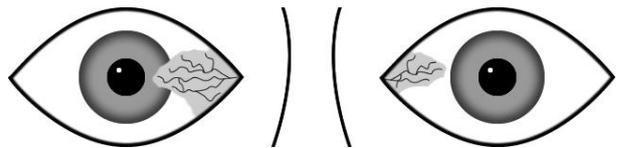


FIGURA 2. Pterígio bilateral.

CONJUNTIVITE

É a inflamação da membrana que reveste externamente o bulbo ocular e internamente as pálpebras. Pode ter evolução aguda (ex.: infecciosas, traumáticas, alérgicas) ou crônica (ex.: olho seco, tracoma, alérgicas). É causada principalmente por infecção (altamente contagiosa) e alergia. Detalhes no capítulo sobre conjuntivite aguda.



FIGURA 3. Conjuntivite.

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. 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.

Conduta. Nos pacientes com deficiência aquosa, deve-se investigar as causas, realizar controle ambiental e prescrever lubrificantes. Nos casos evaporativos, as medidas iniciais incluem massagem da glândula, compressas mornas e higiene da pálpebra. Pacientes com anormalidades anatômicas, refratariedade ao tratamento e sinais de alarme devem ser referidos ao oftalmologista, para avaliar condições mais graves, como ceratite, perfuração e endoftalmite.

Olho seco por deficiência aquosa

Ocorre por impedimento na produção glandular. Pode ser primária (envelhecimento ou reação autoimune) ou secundária (síndrome de Sjögren e outras doenças de depósito, AIDS, trauma e radiação).

Evaporação excessiva do filme lacrimal

Há maior facilidade na evaporação do filme lacrimal. Pode ocorrer em distúrbios oculares (disfunção meibomiana, redução do piscar dos olhos, lagofalmo, aumento da fissura palpebral e trauma) e condições ambientais (clima seco, muito quente ou em altas altitudes).

EPISCLERITE

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

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



FIGURA 4. Episclerite em OD.

QUADRO 4. TIPOS DE EPISCLERITE.

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

TRAUMA OCULAR

O trauma ocular é uma importante causa de deficiência visual, inclusive da cegueira. Mais de 50% dos traumas oculares acontecem com homens abaixo de 25 anos. Geralmente está relacionado a acidentes de trabalho, ambiente domiciliar e violência urbana (com a obrigatoriedade do uso do cinto de segurança, os acidentes automobilísticos deixaram de ser uma das maiores causas de lesão ocular). Nos traumas graves cerca de 30% dos pacientes ficam sem visão útil. A história clínica é fundamental para determinar o tipo de mecanismo e a causa do olho vermelho. Cerca de 70-90% poderia ser evitado com medidas de proteção, educação e orientação.

Conduta. No trauma químico, deve-se lavar copiosamente o olho (avaliação por oftalmologista deve ser feita posteriormente). No trauma mecânico, deve-se ocluir o olho e referir para avaliação oftalmológica.

ÚLCERA DE CÓRNEA

Ocorre na túnica externa ocular, geralmente secundária 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 (observa-se coloração esverdeada da superfície quando se instila fluoresceína) e hiperemia perilímbrica.

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 não é infecciosa, entretanto, pseudomonas e aspergilos podem causar doença severa, de difícil tratamento. Em até 50%, há associação com doenças sistêmicas, geralmente collagenoses, sendo a artrite reumatoide responsável por até 33%. A inflamação pode durar meses a anos. Pode ser muito dolorosa, podendo acordar o paciente, e apresentar descoloração violácea da esclera. Está frequentemente associada à uveíte secundária e (se adjacente à córnea) e pode causar perfuração da esclera, predispondo à catarata. A forma necrotizante apresenta alta incidência de perda visual e mortalidade de até 21% em 8 anos.

Conduta. Deve-se investigar doença sistêmica e encaminhar para o oftalmologista, em virtude das potenciais complicações. A esclerite aguda (sintomática) sempre deve ser tratada, a fim de prevenir danos ao olho. Devem ser usados lubrificantes e anti-inflamatórios. Nos casos

refratários, deve-se encaminhar ao oftalmologista para avaliar indicação de corticoide tópico. O tratamento deve ser mantido até a resolução dos sintomas.

QUADRO 5. DIFERENÇAS DE EPISCLERITE E ESCLERITE.		
	Episclerite	Esclerite
Hiperemia	Vermelha	Violácea
Fenilefrina	Reduz hiperemia	-
Nódulo	Móvel	Imóvel
Dor	-	Moderada
Associação sistêmica	1/3	3/4
Complicações	Pouco comuns	Frequentes

UVEÍTE ANTERIOR

É a inflamação da úvea anterior (íris e corpo ciliar). Na maioria das vezes está associado a uma condição autoimune (HLAB27 positivo), podendo também ser infecciosa ou traumática. Cursar com olho vermelho e o paciente apresenta fotofobia. Entretanto, o olho não cora com fluoresceína nem apresenta sensação de corpo estranho. Há dor ocular intensa, acompanhada de BAV, hiperemia pericerática e miose.

Conduta. Investigar doença de base (infecciosas e autoimunes) e encaminhar ao oftalmologista.

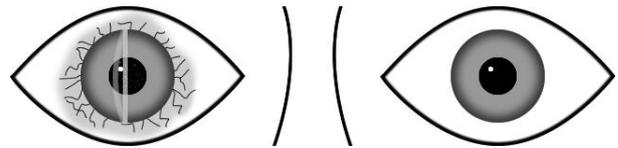


FIGURA 5. Episclerite em OD.

É uma urgência oftalmológica que consiste no aumento súbito da PIO, causando dor bastante intensa, muitas vezes referida como cefaleia do lado acometido, associado a náuseas, vômitos e alterações visuais. Geralmente acomete adultos e idosos, e 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 à abertura fisiológica (ambiente de baixa luminosidade, situações estressantes, uso de medicações anticolinérgicas e midríase farmacológica para exame oftalmológico). Ao exame, nota-se olho vermelho, endurecido à palpação bidigital e meia midríase parálitica.

Conduta. Prescrever hipotensores oculares e analgésicos, encaminhando imediatamente ao oftalmologista.



FIGURA 6. Glaucoma agudo em OD.

QUADRO 6. SINAIS E SINTOMAS CARACTERÍSTICOS DOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DA SÍNDROME DO OLHO VERMELHO.							
	Hiposfagma	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	Normal	Turvação
Pupila	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Miose Redução do RFM*	Meia midríase Ausência do RFM*
Secreção	-	+++	-	-	+	-	+
Baixa visual	-	- / +	-	-	+	+++	+++
Dor	-	- / +	-	++	+	+++	+++
Fotofobia	-	-	-	-	+	+	-
Sensação de CE*	-	- / +	-	-	+++	-	-

*RFM = reflexo fotomotor, CE = corpo estranho.

REFERÊNCIAS

- BRADFORD, C. A. **Basic ophthalmology**. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 2004.
- CULLOM, R. D.; CHANG, B. **The willis eye manual office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease**. Philadelphia: JB Lippincott; 1994.
- FACULDADE DE MEDICINA DA USP. **Programa Educacional de Oftalmologia**. São Paulo: Merck Sharp & Dohme, 2008.
- FRITH, P. et al. **The eye in clinical practice**. Oxford: Blackwell, 1994.
- KANSKI, J. J. **Oftalmologia clínica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

6. REY, L. **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
7. STEIN, H. A. **The ophthalmic assistant: fundamentals and clinical practice**. Saint Louis: Elsevier, 1983.
8. WRIGHT, J. L.; WIGHTMAN J. M. Red and painful eye. In: Marx, J. A. **Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice**. Philadelphia: Elsevier, 2009.
9. DART, J. K. Eye disease at a community health center. **British Medical Journal**, London, v. 293, dez. 1986. Disponível em <<http://www.bmj.com/content/293/6560/1477.1>>. Acesso em 08 Nov. 2012.
10. LEIBOWITZ, H. M. The red eye. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 343, n.5, Ago. 2000. Disponível em <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200008033430507>>. Acesso em 08 Nov. 2012.
11. OUM, B. S.; LEE, J. S.; HAN, Y. S. Clinical features of ocular trauma in emergency department. **Korean Journal of Ophthalmology**, Seoul, v. 18, n.1, jun. 2004. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15255241>>. Acesso em 08 Nov. 2012.
12. SOUSA, S. J. F. Doenças oculares externas. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP**, Ribeirão Preto, v.30, n.1, jan. 1997. Disponível em <http://www.fmrp.usp.br/revista/1997/vol30n1/doencas_oculares_externas.pdf>. Acesso em 08 Nov. 2012.