# Atualização no diagnóstico e tratamento das conjuntivites

# *Highlights on conjunctivitis diagnosis and treatment*

**CLAUDIA BOROWSKY** – Médica Oftalmologista, Especialização (Fellow) em Córnea e Doenças Externas. Aluna de Mestrado na UFRGS.

**LUCIANO P. BELLINI** – Médico Oftalmologista, Especialização (Fellow) em Córnea e Doenças Externas. Aluno de Doutorado na UFRGS.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

✉ Endereço para correspondência:
**Luciano P. Bellini**
Rua Vitor Meireles, 211 apto. 701
90430-160 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 9239-2776
💻 lucianopbellini@yahoo.com.br

**RESUMO**

As conjuntivites representam freqüente causa de consultas ambulatoriais, razão pela qual se torna relevante atualizar a comunidade médica acerca do adequado diagnóstico e tratamento das mesmas. Assim, neste artigo, os autores apresentam uma revisão da literatura, atualizando os conhecimentos relativos ao diagnóstico e tratamento das principais formas de conjuntivites, quais sejam: viral, bacteriana, neonatal, alérgica e tóxica.

UNITERMOS: Conjuntivite, Conjuntivite Viral, Conjuntivite Bacteriana, Conjuntivite Neonatal, Conjuntivite Alérgica, Conjuntivite Tóxica.

**ABSTRACT**

*Conjunctivitis represent frequent cause of ambulatorial medical visits. In this regard, it is very important to bring the medical staff up to date concerning its diagnosis and treatment. Thus, in this paper, the authors present a review of literature about the diagnosis and treatment of the main forms of conjunctivitis, which are: viral, bacterial, allergic, neonatal and toxic.*

KEYWORDS: *Conjunctivitis, Viral Conjunctivitis, Bacterial Conjunctivitis, Allergic Conjunctivitis, Neonatal Conjunctivitis, Toxic Conjunctivitis*.

## INTRODUÇÃO

A conjuntiva é uma camada delgada que reveste a porção anterior da esclera (conjuntiva bulbar) e a superfície interna das pálpebras (conjuntiva tarsal). A conjuntivite, por sua vez, consiste na inflamação da conjuntiva, sendo muito freqüente na população, representando importante causa de consultas ambulatoriais (1).

Nesse sentido, percebemos a relevância do conhecimento de tal diagnóstico, a fim de propiciar o adequado tratamento aos pacientes acometidos por esta moléstia ocular. Assim, no presente artigo, apresentamos uma revisão da literatura, cujo objetivo consiste em atualizar a comunidade médica acerca do diagnóstico e tratamento das principais formas de conjuntivite.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das conjuntivites baseia-se no relato do paciente e no exame biomicroscópico (na lâmpada de fenda), no qual verifica-se a dilatação dos vasos conjuntivais (hiperemia ocular), associada ou não a outros achados, como, secreção ocular e hipertrofia papilar (ou folicular). O relato do paciente pode ser inespecífico, como queixas de fotofobia, lacrimejamento e ardência ou bastante sugestivo da etiologia, como o prurido e o histórico de atopia, nos casos de conjuntivites alérgicas.

Antes de nos aprofundarmos no estudo das conjuntivites, contudo, devemos lembrar da importância de saber distingui-las de outras causas de olho vermelho (hiperemia ocular), como uveítes e crises agudas de glaucoma. Nessas duas últimas situações, verificamos a presença de células inflamatórias na câmara anterior e o aumento da pressão intra-ocular, associados ou não com outros achados, como edema corneano e diminuição da visão. Já nas conjuntivites, tais alterações não são encontradas. Ademais, na maioria das vezes, as conjuntivites não diminuem a visão, nem causam dor severa ao paciente, embora isto possa ocorrer em casos excepcionais (1, 2).

As conjuntivites podem ser classificadas, basicamente, em cinco tipos, quais sejam: conjuntivite viral, bacteriana, alérgica, neonatal e tóxica. A seguir, discutiremos cada uma destas formas separadamente.

### Conjuntivite Viral

A conjuntivite viral é a mais freqüente de todas as formas de conjuntivites. Pode ser causada por diversos vírus distintos (poxvírus, coxsackievírus e enterovírus, por exemplo), mas o adenovírus é o agente mais usual, situação na qual é chamada de ceratoconjuntivite epidêmica. Os sintomas variam, mas, tipicamente, há queixa de olho vermelho, sensação de corpo estranho, lacrimejamento, ardência e se-

Recebido: 10/9/2007 – Aprovado: 11/10/2007



18-127-Atualização no diagnóstico.pmd 222 30/10/2007, 13:48

creção ocular mucosa, podendo estar associada com infecção de vias respiratórias superiores. Ao exame, verifica-se hiperemia conjuntival difusa, edema palpebral, folículos hipertrofiados (na conjuntiva tarsal) e linfonodo pré-auricular palpável. Em alguns casos, membranas ou pseudomembranas podem ser encontradas, assim como infiltrados corneanos subepiteliais. A ceratoconjuntivite epidêmica é bilateral em cerca de 50% dos casos, sendo muito contagiosa, razão pela qual o paciente deve ser instruído a lavar as mãos com freqüência, usar toalha individual e evitar ambientes fechados, bem como contatos íntimos com outras pessoas (3, 4).

O tratamento, na maioria das vezes, é sintomático, com o uso de compressas frias e lágrimas artificiais, 5 a 10 vezes ao dia. Havendo membranas, pseudomembranas ou filamentos, devemos retirá-los cuidadosamente, podendo-se usar colírio de acetil-cisteína para diminuir a formação dos mesmos. Em casos severos ou na presença de infiltrados corneanos subepiteliais com diminuição da acuidade visual, podemos empregar colírios de corticóide. Estes, porém, devem ser usados com cautela, a fim de evitar a cronificação do quadro viral, preconizando-se uma retirada gradual, no intuito de evitar recidivas de tais infiltrados. Assim, infiltrados sem prejuízo visual ao paciente podem ser apenas acompanhados, já que a maioria desaparece após cerca de seis meses (3-5).

## Conjuntivite bacteriana

A conjuntivite bacteriana é menos comum que a viral, sendo mais freqüente em pacientes imunocomprometidos ou hospitalizados. A conjuntivite bacteriana apresenta-se com hiperemia e outros achados semelhantes à forma viral, porém com uma quantidade maior de secreção mucopurulenta e ausência de linfonodo pré-auricular. Reação folicular e infiltrados subepiteliais também não costumam ocorrer na forma bacteriana, a qual é causada, na maioria da vezes, por *Sthaphilococcus aureus, Streptococcus pneumoniae* ou *Hemophilus influenza* (6-9).

Uma forma bastante específica de conjuntivite bacteriana que merece nossa atenção é o chamado tracoma. O tracoma consiste na infecção causada pelos sorotipos A, B e C da *Clamidia tracomatis*, afetando principalmente populações de mais baixa renda e com precárias condições de higiene. Nesses casos, formam-se folículos na conjuntiva tarsal e limbar superior, que podem evoluir para as fases tardias da doença, com surgimento de áreas de fibrose, opacificação corneana e severo comprometimento da visão (10).

O tratamento das conjuntivites bacterianas baseia-se nos colírios de antibióticos, utilizando-se fluoroquinolonas de terceira (ciprofloxacina ou ofloxacina) ou, preferencialmente, de quarta geração (moxifloxacina ou gatifloxacina), 4 a 5 vezes ao dia. Além disso, podem ser associadas lágrimas artificiais (colírios lubrificantes) e compressas frias. Havendo processo inflamatório muito intenso, corticóides tópicos podem ser usados, como o acetato de prednisolona 1%, desde que não exista suspeita de infecção fúngica. No caso de confirmação de conjuntivite por *Hemophilus influenza* em crianças, deve ser associado tratamento sistêmico com amoxacilina/clavulanato, para evitar complicações como meningite e pneumonia (8, 9, 11).

## Conjuntivite neonatal

A conjuntivite neonatal (*ophthalmia neonatum*) é definida como uma inflamação da conjuntiva durante o primeiro mês de vida. A sua forma mais comum é a conjuntivite química, a qual decorre da ação irritativa provocada por determinadas substâncias aplicadas na superfície ocular, ocorrendo na primeira semana de vida. Nesse contexto, o agente mais freqüentemente envolvido costuma ser o nitrato de prata, o qual é usado para a prevenção da conjuntivite gonocócica. Por essa razão, o nitrato de prata vem sendo gradualmente substituído, nas maternidades, por colírios de antibióticos, os quais atendem à necessidade de prevenir a conjuntivite gonocócica, com menores riscos de conjuntivite química.

A conjuntivite gonocócica, por sua vez, representa uma forma mais rara, porém bastante agressiva de conjuntivite neonatal, sendo causada pela *Neisseria gonorrhoeae.* Seu início é geralmente abrupto, manifestando-se já nas primeiras 48 horas de vida, com secreção ocular abundante, podendo evoluir para úlcera corneana. Nesses casos, recomenda-se a coleta de material para exames bacteriológico e bacterioscópico, iniciando-se o tratamento empírico antes do resultado definitivo dos referidos exames. As crianças devem ser tratadas em regime de internação hospitalar, com acompanhamento pediátrico, medicadas com antibiótico sistêmico (geralmente ceftriaxone, endovenoso), colírio antibiótico (fluoroquinolona de quarta geração, de 4/4 horas) e higiene para a remoção de secreções. Toda criança com diagnóstico de conjuntivite gonocócica deve ser tratada, também, para clamídia com eritromicina, via oral. Felizmente esse tipo de conjuntivite é rara nos dias atuais, devido à prevenção realizada com o nitrato de prata, iodo povidona ou eritromicina colírio, ao nascimento (12).

## Conjuntivite alérgica

As conjuntivites alérgicas constituem uma causa bastante comum de consultas oftalmológicas, acometendo de 15 a 20% da população (13). O sintoma mais característico dessas conjuntivites é o prurido ocular, o qual é mediado pela ação da histamina junto a receptores específicos. Outras substâncias participam do processo alérgico, como a imunoglobulina E (IgE), sintetizada por linfócitos B. Além desses, mastócitos, neutrófilos, eosinófilos e outras células inflamatórias também estão envolvidas na cascata de eventos alérgicos. As conjuntivites alérgicas podem ser divididas em quatro tipos: sazonal, vernal, atópica e



18-127-Atualização no diagnóstico.pmd 223 30/10/2007, 13:48

papilar gigante. A seguir, discutiremos cada tipo individualmente.

### *Conjuntivite sazonal*

A conjuntivite sazonal é a mais freqüente dos quatros tipos, caracterizando-se por ser uma reação de hipersensibilidade tipo 1, associada com fatores externos, como poeira e pólen. Os sintomas têm intensidade de leve a moderada e incluem: prurido, ardência, fotofobia e lacrimejamento. Ao exame podemos encontrar quemose, hiperemia conjuntival e reação papilar, sem envolvimento corneano. O tratamento é realizado com colírios antialérgicos, como a olopatadina 0,1%, a epinastina 0,05% ou o cetotifeno 0,025%, 2 vezes ao dia, podendo ser associadas lágrimas artificiais (13). Dentre essas alternativas, a epinastina representa uma droga bastante interessante no tratamento e na prevenção dos sintomas da conjuntivite alérgica sazonal, agindo sobre receptores de histamina H1, tendo ação estabilizadora de mastócitos e atividade antiinflamatória (14).

### *Conjuntivite vernal*

A conjuntivite vernal ou primaveril é encontrada, principalmente, no sexo masculino, dos 5 aos 15 anos de idade, e está associada com outras manifestações alérgicas, como asma, rinite alérgica e dermatites. Os sintomas, em geral, são mais severos que nas conjuntivites sazonais e, ao exame, encontramos hipertrofia papilar (com papilas gigantes em alguns casos) e nódulos limbares de Trantas (constituídos por eosinófilos degenerados), podendo haver acometimento corneano, com ceratite puntacta e úlcera em escudo. Nesses casos de comprometimento corneano, recebe o nome de cerato-conjuntivite vernal. O tratamento dos casos leves pode ser feito de modo semelhante ao empregado nas conjuntivites sazonais. Já nos casos moderados a severos, especialmente nos períodos de crises, o tratamento da conjuntivite vernal requer o uso de corticóides tópicos, como o acetato de prednisolona 1%, além das demais medicações usadas nas conjuntivites sazonais. Uma vez controlada a crise, recomenda-se a retirada gradual do corticóide, a fim de evitar possíveis complicações advindas do seu uso crônico, como o surgimento de catarata, por exemplo. Nesse contexto, o uso tópico de ciclosporina 0,05% foi sugerido como alternativa para evitar o uso prolongado de corticóides, embora seu real benefício ainda seja incerto (15, 16). Havendo úlcera em escudo, além do uso de corticóide, deve ser empregada profilaxia antimicrobiana com fluoroquinolona de quarta geração, como a gatifloxacina, até a completa reepitelização.

### *Conjuntivite atópica*

A conjuntivite atópica é a mais rara dos quatro tipos e pode acarretar severo dano ocular aos pacientes, os quais, freqüentemente, têm acometimento cutâneo (dermatite), asma ou outras manifestações alérgicas. Além disso, portadores de conjuntivite atópica apresentam maior risco para o desenvolvimento de ceratocone e catarata. As pálpebras podem apresentar dermatite e fissuras. A conjuntiva mostra reação papilar, com simbléfaro nos casos avançados. A córnea é acometida com ceratite puntacta, podendo haver defeitos epiteliais persistentes, úlceras e formação de leucomas nos casos mais graves. O tratamento é realizado com anti-histamínicos tópicos, sendo freqüente a necessidade do uso de corticóides, como na cerato-conjuntivite vernal. Algumas vezes, além das medicações tópicas, é necessário associar anti-histamínicos ou imunomoduladores sistêmicos, como a ciclosporina e o tacrolímus (17).

### *Conjuntivite papilar gigante*

A conjuntivite papilar gigante caracteriza-se pela presença de papilas gigantes na conjuntiva tarsal superior, podendo estar presente nos casos anteriores, sendo mais comum na forma vernal. Uma importante causa de conjuntivite papilar gigante consiste no uso crônico de lentes de contato, principalmente as gelatinosas, devido ao acúmulo de depósitos protéicos na superfície das mesmas. Além disso, traumas mecânicos na superfície ocular, como a presença de suturas, também podem desencadear esta forma de conjuntivite. O tratamento é feito com anti-histamínicos e corticóides tópicos. Suspender o uso das lentes de contato por alguns dias ou semanas também é recomendado, a fim de acelerar o processo de cura. Em alguns casos, além do tratamento clínico, é necessário remover cirurgicamente as papilas.

### Conjuntivite tóxica

A conjuntivite tóxica pode ser causada por qualquer substância que exerça ação danosa à superfície ocular. Na prática, a principal causa deste tipo de conjuntivite consiste no uso de medicações tópicas, principalmente antivirais, antibióticos, aminoglicosídeos, antiglaucomatosos, mióticos, atropina e preservativos (encontrados em colírios e soluções de lentes de contato). Ao exame, observamos reação folicular, hiperemia conjuntival e ceratite puntacta, especialmente na porção inferior da córnea. O tratamento é realizado com a descontinuidade do colírio sob suspeita, associando-se o uso de lágrimas artificiais, preferencialmente sem preservativos (18).

## CONCLUSÃO

As conjuntivites representam freqüente motivo de busca por atendimento médico, merecendo, portanto, a atenção não apenas do oftalmologista, como também dos demais partícipes da comunidade médica, em especial de pediatras, médicos comunitários, infectologistas, alergistas e internistas. Ademais, dados os potenciais riscos asso-



18-127-Atualização no diagnóstico.pmd 224 30/10/2007, 13:48

ciados aos casos mais severos, o correto diagnóstico e o tratamento precoce são profícuos, a fim de resguardar a plenitude da capacidade visual de tais pacientes. Nesse sentido, acreditamos que o presente texto revisa e atualiza os principais tópicos referentes ao diagnóstico e tratamento das formas mais freqüentes de conjuntivite em nosso meio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Wirbelauer C. Management of the red eye for the primary care physician. Am J Med 2006; 119(4):302-6.
2. Roy FH. The red eye. Ann Ophthalmol 2006; 38(1):35-8.
3. Hammersmith KM, Cohen EJ, Blake TD et al. Blepharokeratoconjunctivitis in children. Arch ophthalmol 2005; 123(12):1667-70.
4. Tavares FN, Costa EV, Oliveira SS et al. Acute hemorragic conjunctivitis and coxsackievirus A24v, Rio de Janeiro, Brazil, 2004. Emerg Infect Dis 2006; 12(3): 495-7.
5. Butt AL, Chodosh J.Adenoviral keratoconjunctivites in a terciary care eye clinic. Cornea 2006; 25(2):199-202.
6. Everitt HA, Little PS, Smith PW et al. A randomized controlled trial of management strategies for acute infective conjunctivitis in general practice. BMJ 2006; 2:333(7566):468.
7. Patel PB, Diaz MC, Bennet JE, Attia MW. Clinical features of bacterial conjunctivitis in children. Acad Emerg Med 2007; 14(1):1-5.
8. Rao SK, Basti S. The itching, burning eye: diagnostic algorithm and management options. Compr Ophthalmol Update 2006; 7(4):157-67.
9. Kruse A, Thomsem RW, Hundborg HH. Diabetes and risk of acute infectious conjunctivitis-a populacion based case-control study. Diabet Med 2006;23(40):393-7.
10. Gambhir M, Basanay MG. Trachoma: transmision, infection and control. Lancet Infect Dis 2007;7(6):420-7.
11. Sheikh A, Hurwitz B. Topical antibiotics for acute bacterial conjunctivitis: Cochrane systematic review and metanalysis update. Br J Gen Pract 2005; 55(521): 962-4.
12. Matinzadeh ZK, Beiragdar F, Kavemanesh Z et al. Efficacy of topical ophthalmic prophylaxis in prevention of ophthalmia neonatorum. Trop Doct 2007; 379(1):47-9.
13. Brutus S, Portela R. Ocular allergy: diagnosis and treatment. Ophthalmol Clin North Am 2005;18(4):485-92.
14. Abelson MB, Gomes P, Crampton HJ, Schiffman RM, Bradford RR, Whitcup SM. Efficacy and tolerability of ophthalmic epinastine assessed using the conjunctival antigen challenge model in patients with a history of allergic conjunctivitis. Clin Ther. 2004;26(1):35-47.
15. Kate N, Fukagawa K, Dogru M et al. Mechanism of giant papillary formation in vernal keratoconjunctivitis. Cornea 2006; 25(1):547-52.
16. Kelic A, Gurler B. Topical cyclosporine A in preservative free artificial tears for the tretment of vernal keratoconjuctivitis. Can J Ophthalmol 2006; 41(6):693-8.
17. Stumpf T, Legmani N. Systemic tacrolimus in the treatment of severe atopic keratoconjunctivitis. Cornea 2006; 25(10): 1147-9.
18. Baudoin C. Allergic reaction to topical eyedrops. Curr Opin Allergy Clin Imunol 2005; 5(5):459-63.




18-127-Atualização no diagnóstico.pmd 225 30/10/2007, 13:48