

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

Departamentos Científicos SPSP
Gestão 2016-2019

84

Maio
2018



**Departamento de
Otorrinolaringologia**

Prevenção
das doenças
respiratórias,
otites e IVAS

**Departamento de
Oftalmologia**

Nem todo olho
vermelho é
conjuntivite

**Departamento de
Aleitamento Materno**

Amamentar com boa
técnica resulta em
prática bem sucedida



Diretoria de Publicações
Sociedade de Pediatria de São Paulo

www.spsp.org.br

Nem todo olho vermelho é conjuntivite

Olho vermelho (OV) representa a congestão de vasos conjuntivais, episclerais e esclerais. É importante lembrar que OV não é sinônimo de conjuntivite e que nem toda conjuntivite é infecciosa e transmissível. As reações infecciosas e inflamatórias são as mais frequentes causas de OV, mas o trauma, inflamação, alergia e reação a produtos químicos e algumas doenças sistêmicas também apresentam o quadro de OV.^{1,2}

O **diagnóstico diferencial** requer uma história detalhada e um exame ocular externo, que por vezes precisa ser complementado por oftalmologista.

Deve-se perguntar sobre: o início e duração do quadro ocular; comprometimento de um ou os dois olhos; possibilidade de traumas contusos, térmicos e elétricos; se apresenta dor, fotofobia ou alteração na acuidade visual (AV); se apresenta secreção mucopurulenta, mucoide, lacrimejamento, prurido; se é portador de alergias; se apresenta doenças sistêmicas ou usa lentes de contato.

Durante o exame externo deve-se estar atento a: observar edema alérgico; vesículas; processo inflamatório ou blefarite nas pálpebras. Presença de linfadenopatia pré-auricular, reflexos fotomotores e tamanho das pupilas. Padrão da hiperemia conjuntival (nas conjuntivites é difusa, já nas úlceras de córnea e nas uveítes é mais localizado ao redor da córnea).

As secreções purulentas sugerem úlceras de córnea e conjuntivites bacterianas, as mucoides ou aquosas são características das conjuntivites alérgicas e as aquosas das conjuntivites virais e irritativas.

Presença de dor sugere lesão de córnea: corpo estranho corneano (CEC), desepitelização da córnea (DC), ceratoconjuntivite, entre outras.

Conjuntivite é qualquer inflamação ou infecção da conjuntiva, que é uma membrana fina e transparente. As conjuntivites podem ser classificadas sob diversos aspectos:¹

Autora:

Rosa Maria Graziano

DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGIA

Gestão 2016-2019

Presidente:

Rosa Maria Graziano

Vice-presidente:

Márcia Keiko Uyeno Tabuse

Secretário:

Marcelo Alexandre Agra Cavalcante Costa

Membros:

Andrea Greco Muller, Fábio Teixeira Maróstica, Iara Debert, Luis Carlos F. Sá, Nilva S. Moraes, Roberta Melissa Benetti Zagui, Sandra Francischini.

- Mecanismo responsável – alérgica, bacteriana, viral, fúngica e irritativa.
- Apresentação e tempo de evolução – agudas (período de até três semanas), crônicas quando perduram por mais de três semanas e as neonatais (primeiros 28 dias de vida).
- Comprometimento de estruturas vizinhas concomitantes: ceratoconjuntivite (quando compromete a córnea) e blefarconjuntivite (quando compromete o bordo palpebral).

Os OV de recém-nascidos e lactentes envolvem as conjuntivites neonatais, traumas de parto e o glaucoma congênito.^{3,4} A Tabela I resume as características desse grupo.⁴ Nas conjuntivites neonatais deve-se sempre fazer o

Tabela 1 – Diagnóstico diferencial dos olhos vermelhos em recém-nascidos e lactentes

Doença	Início dos sintomas	Tipo de secreção	Diagnóstico	Complicações	Tratamento
Conjuntivite tóxica	Primeiras 24hs	Aquosa	Uso de nitrato de prata	Raras	Compressas frias
Neisseria gonorrhoea	2 a 4 dias	Bilateral, purulenta+++ edema palpebral	Gram e cultura diplococos G-	Pode perfurar a córnea, endoftalmite	Eritromicina pom, VO Cefotaxime, tratar pais
Chlamydia	4 a 10 dias	Secreção + edema palp., pseudomembranas conjuntivais	PCR, cultura, imunofluoresc. indireta	Vascularização e opacidades corneanas, pneumonia	Eritromicina 50 mg/kg/dia 14 dias, tratar pais
Haemophilus	5 a 10 dias	Serosanguinolente, edema palp, hemor. conjuntivais	PCR, cultura e gram		Polimixina B, trimetropim, cefotaxima
Outras bactérias	4 dias ou mais	Variável	Gram e cultura		Colírio de tobramicina
Herpes simples tipo 2	6 a 12 dias	Unilateral, secr. serosa *pode estar associada a encefalite e doença sistêmica	PCR, gram	Vascularização e opacidades corneanas, ceratite intersticial, uveíte	Aciclovir pomada e EV
Glaucoma congênito	Dias a meses	Lacrimejamento Uni ou bilateral	Biomicroscopia e pressão ocular	Opacidade de córnea, miopia Escavação de nervo óptico	Cirúrgico
Trauma de parto	Ao nascer	Lacrimejamento	Biomicroscopia, parto a fórcepe, raro em cesárea	Edema e abrasão de córnea, hemorragias conjuntivais	Colírios de corticoide e cloreto de sódio para tratar o edema

Fonte: Adaptado de ALVES, M.R. et al., 2013.³

diagnóstico laboratorial e, na suspeita da conjuntivite gonocócica, iniciar o tratamento imediatamente.

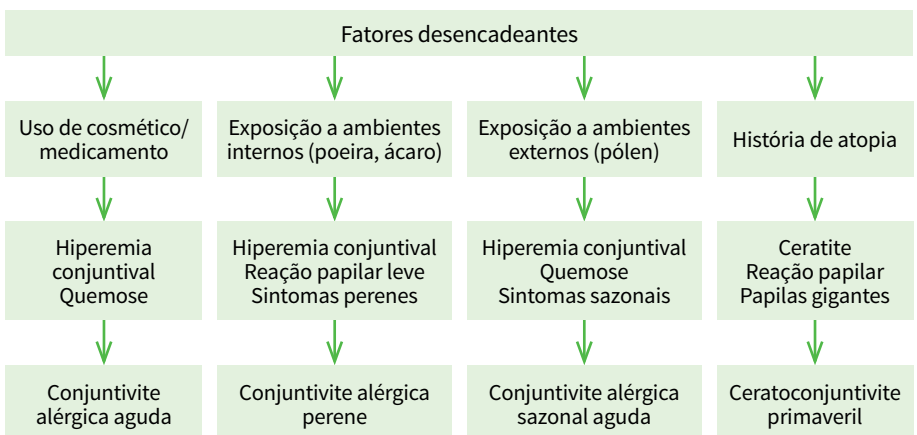
As **conjuntivites bacterianas** apresentam hiperemia conjuntival difusa e secreção mucopurulenta. As formas agudas são mais frequentemente relacionadas ao *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae*; não há necessidade de cultura e muitas vezes são autolimitadas. Os antibióticos (gentamicina, tobramicina e fluoroquinolonas) podem abreviar a resolução do quadro.²

As **conjuntivites bacterianas crônicas** geralmente estão associadas a blefarites e/ou dacriocistite. Quando isto não ocorre deve-se fazer cultura para identificar o agente.²

As **conjuntivites alérgicas** resumidas na Tabela 2 são bastante frequentes e sua principal característica é a presença de prurido ocular, edema palpebral e OV com secreção mucoide ou aquosa. O tratamento é evitar os fatores desencadeantes e fazer compressas frias. Os colírios lubrificantes, anti-histamínicos, estabilizadores de membrana de mastócito e inibidores de migração de eosinófilo resolvem a maior parte dos casos. Poucas vezes precisamos usar corticoides ou tacrolimus tópicos.²

As **ceratoconjuntivites virais (CV)**: as CV por ade-

Tabela 2 – Diagnóstico diferencial das conjuntivites alérgicas



Fonte: Elaborada pela autora.

novírus são as mais frequentes, podem apresentar queda do estado geral, linfadenopatia pré-auricular, otite, faringite e infecção de vias aéreas superiores. São altamente contagiantes e o tratamento é feito com colírios lubrificantes. A **CV por herpes** se caracteriza por apresentar dor, vesículas em pálpebras e ceratite dendrítica. Há necessidade de tratamento precoce, local e sistêmico com Aciclovir, evitando-se que atinja o estroma corneano e possa trazer prejuízo visual por leucomas cicatriciais. A **CV por molusco contagioso** (Figura 1) se caracteriza por quadro crônico de OV. A lesão é unilateral, verrucosa e indolor. Seu tratamento é a remoção cirúrgica.^{1,2}



Arquivo pessoal da autora

Figura 1 – Conjuntivite por molusco contagioso. Note o OV sem secreção e o nódulo palpebral que representa a lesão do molusco contagioso.

As **blefaroconjuntivites** são importantes causas de OV crônico. As bordas palpebrais encontram-se inflama-

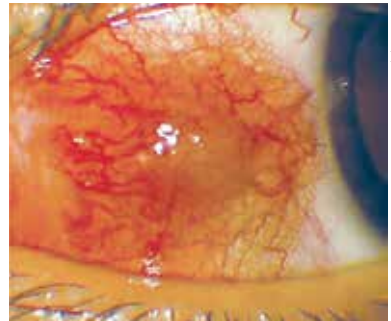
Tabela 3 – Diagnóstico diferencial de olhos vermelhos

	Conjuntivite	Uveíte	Esclerite	Episclerite	Úlcera córnea
Hiperemia	Difusa	Injeção ciliar	Difusa ou localizada	Difusa ou localizada	Injeção ciliar
Secreção	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
Visão	Preservada	Preservada ou diminuída	Preservada ou diminuída	Preservada	Diminuída
Dor	Ausente	Presente	Presente	Ausente	Presente
Reação de câmara anterior	Ausente	Presente	Ausente	Ausente	Ausente ou presente
Pupila	Normal	Miose	Normal	Normal	Normal

Fonte: Adaptado de SANTO, R.M., 2013.⁵

das e os cílios mostram crostas. Podem estar associadas a agentes infecciosos (*Staphylococcus*), parasitas (*Demodex folliculorum*) e doenças dermatológicas. Suas complicações mais frequentes são os calázios, hordéolos e as flictenulas conjuntivais e corneanas. O tratamento envolve a higiene palpebral e o uso de pomadas de tobramicina nas bordas palpebrais. Em casos mais severos pode-se usar a eritromicina por via oral.¹

A Tabela 3 (página 9) organiza o **diagnóstico diferencial de conjuntivites com as uveítes e úlcera de córnea**, duas condições com dor, baixa AV e hiperemia ao redor do limbo e que devem ter tratamento imediato pelo risco de perda da visão. Compara também as esclerites e episclerites, doenças mais frequentes nos adolescentes e relacionadas a doenças sistêmicas como artrite reumatoide, panarterite nodosa e lúpus eritematoso sistêmico. As **episclerites** são comprometimento autolimitado do tecido episcleral; já as **esclerites** (Figura 2) são dolorosas e podem evoluir para perfuração escleral, uveíte e glaucoma.^{5,6}



Arquivo pessoal da autora

Figura 2 – Esclerite. Observe a reação inflamatória localizada. Nas esclerites não há mobilidade conjuntival e nas episclerites a conjuntiva tem mobilidade.

Conjuntivites pediátricas associadas a doenças sistêmicas: síndrome de Kawasaki, síndrome de Stevens-Johnson, sarampo e deficiência de vitamina A, entre outras.^{6,7}

Finalmente o trauma ocular é importante causa de OV. As **hemorragias conjuntivais** (Figura 3), **ferimentos perfurantes**, **desepitelização da córnea**, **corpos estranhos conjuntivais**, **queimaduras químicas, térmicas e elétricas** são lesões graves que requerem tratamento urgente.



Arquivo pessoal da autora

Figura 3 – Hemorragia conjuntival.

Referências:

- 1- ALVES, M.R. et al. Afecções da conjuntiva. In: GRAZIANO, R.M., et al. **Oftalmologia**. Manole: Barueri, 2013. (Coleção Pediatria do Instituto da Criança do Hospital da FMUSP, v.24).
- 2- MUÑOZ, E.H. et al. Doenças da conjuntiva. In: GRAZIANO, R.M. et al. **Oftalmologia para o Pediatra**. São Paulo: Atheneu, 2009. (Série Atualizações Pediátricas).
- 3- ELDER, J. My baby's got a red eye, doctor. In: HOYT, C.S.; TAYLOR, D. **Pediatric ophthalmology and strabismus**. 4. ed. Philadelphia: Saunders, 2013. p.948.
- 4- CRESTANA, F.P. Conjuntivite neonatal. In: GRAZIANO, R.M., et al. **Oftalmologia**. Manole: Barueri, 2013. (Coleção Pediatria do Instituto da Criança do Hospital da FMUSP, v.24).
- 5- SANTO, R.M. Diagnóstico diferencial do olho vermelho. In: GRAZIANO, R.M., et al. **Oftalmologia**. Manole: Barueri, 2013. (Coleção Pediatria do Instituto da Criança do Hospital da FMUSP, v.24).
- 6- URBANO, A.P. et al. Episclerite e esclerite. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v.65, n.5, p.591-8, 2002.
- 7- PRAJNA, V.; RAJAMANI, M. Conjunctiva and subconjunctival tissue. In: HOYT, C.S.; TAYLOR, D. **Pediatric ophthalmology and strabismus**. 4. ed. Philadelphia: Saunders, 2013. p.281.