

AULA: URGÊNCIAS OCULARES

PROFESSOR: Eduardo Melani Rocha

TRANSCRIÇÃO: Luís Felipe Visconde

EDIÇÃO: Sara Caixeta

OBJETIVOS DA AULA:

- Diagnosticar e caracterizar as urgências oculares;
- Identificar as gravidades de cada quadro a partir dos sinais e sintomas que o paciente apresenta;

HOT-SPOTS PARA A PROVA:

- Saber quais perguntas são importantes durante a anamnese de um paciente com “olho vermelho”;
- Saber o manejo de urgências por traumas oculares por corpo estranho;

INTRODUÇÃO

- Algumas situações óbvias não requerem grande quantidade de coleta de informações, mas requerem cuidados bastante delicados.
- Os recursos utilizados para o atendimento das urgências oculares não são diferentes daqueles empregados na semiologia oftalmológica (oftalmoscópio, colírio de fluoresceína, análise da acuidade visual, etc);
- Em termos gerais, as urgências oftalmológicas podem ser agrupadas em três grandes grupos:

1-Olhos inflamado ou “olho vermelho” (pode ter múltiplas etiologias, tais como: conjuntivite, hemorragia conjuntival, Inflamação da pálpebra, Pterígio, Esclerite, Glaucoma agudo, uveíte, etc).

2-Trauma

3-Perda súbita de visão

OLHO VERMELHO AGUDO (OLHO INFLAMADO)

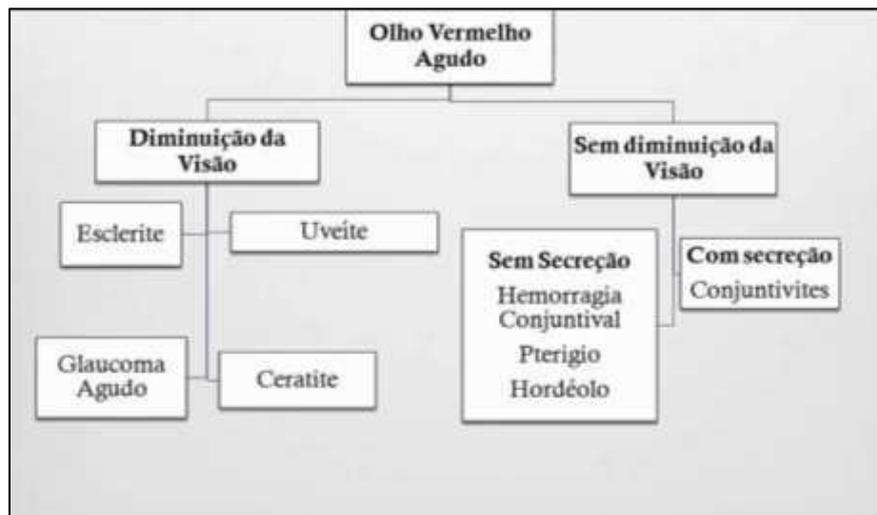
- É um quadro que se manifesta agudamente, por algumas horas ou dias;
- Pode, ou não estar associado à redução da acuidade visual; As principais etiologias causadoras de baixa visão são:
 - Glaucoma agudo (que exige maior atenção)
 - Escleríte
 - Uveíte
 - Ceratite

- As etiologias que não causam baixa de visão podem ser divididas, a fim de facilitar o diagnóstico diferencial, em dois subgrupos:

SEM SECREÇÃO ASSOCIADA: hemorragia conjuntival (que é um processo subconjuntival), pterígio e hordéolo (inflamação palpebral, também conhecida como terçol);

COM SECREÇÃO ASSOCIADA: conjuntivites

Veremos, detalhadamente, cada uma dessas condições.



CONDIÇÕES QUE NÃO REDUZEM A ACUIDADE VISUAL:

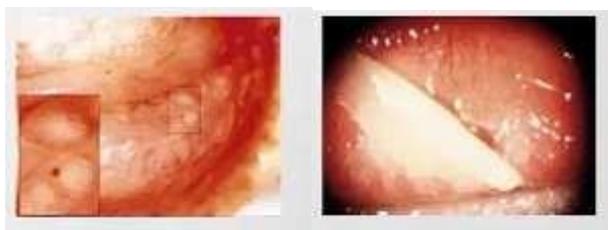
HEMORRAGIA CONJUNTIVAL

- Pode ser espontânea ou por etiologia traumática;
- Quando de origem traumática, observa-se sangue acumulado não apenas sob a conjuntiva, mas também na pele da região pálpebral (como uma equimose);
- É, geralmente, unilateral, indolor, sem secreção;
- Não cursa com baixa da visão;
- Sua resolução tende a acontecer de forma espontânea ao longo do tempo.



CONJUNTIVITES:

- Podem ser **INFECCIOSAS** (predominam as virais, mas também existem as bacterianas).
- Quando infecciosa, devemos identificar a cadeia de transmissão para interrompê-la com orientações médicas.
- É comum, nas conjuntivites infecciosas a presença de folículos (pequenas saliências na conjuntiva) e membranas que se aderem ao tarso (são membranas amarelo-esbranquiçadas, que podem ser destacadas e que são formadas por fibrina organizada). As imagens representam os folículos e membranas.



- Podem ser de origem **ALÉRGICA** (nesses casos, outros sinais e sintomas, além dos oculares, estarão presentes, como inflamação e reação papilar. Tem uma relação forte com antecedentes familiares). A imagem abaixo mostra o aspecto de uma reação papilar na conjuntiva:



- Podem ser **IRRITATIVAS**, causadas por agentes químicos tóxicos, agentes radioativos ou por exposição prolongada a ambientes muito quentes e secos.

INFLAMAÇÕES DE PÁLPEBRA

HORDÉOLO (“TERÇOL”)

- Causada por uma obstrução ou inflamação de uma das glândulas que produz óleo, chamadas de glândulas de Meybone;
- A inflamação inicia-se de forma aguda, sendo bem delimitada, sem repercussão pra visão e sem secreção. Em alguns casos, o foco inflamatório pode alastrar-se para toda a pálpebra, que fica inchada;
- Tendem a se resolver espontaneamente com o tempo. A resolução é acelerada com aplicação de compressas quentes ou massagens;
- Por vezes, o indivíduo fica com um nódulo persistente, chamado de CALÁZIO, que representa a glândula obstruída com permanência de conteúdo em seu interior. Esse nódulo não apresenta sinais flogísticos da inflamação aguda.

BLEFARITE

- Inflamação difusa e leve da pálpebra que, eventualmente, compromete a conjuntiva. Nota-se secreção aderida ao cílios;

PTERÍGIO

- Não é uma condição aguda, mas por ser uma condição bastante frequente e se tratar de um tecido que surge na tentativa de reparar agressões da superfície ocular (exposição continuada ao sol e raios UV ou agentes químicos), passa a ser um foco de irritação recorrente e causa frequente de procura por auxílio médico.
- Pode ser aliviado com emprego de compressas frias;
- O uso de colírios deve ser investigado, pois muitas vezes, essa é uma condição iatrogênica, causada pelo uso irracional desses colírios.



CONDIÇÕES QUE REDUZEM A ACUIDADE VISUAL:

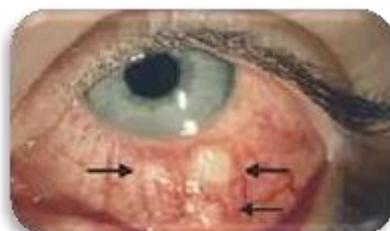
CERATITE (OU “ÚLCERA DE CÓRNEA”)

- É marcada pela perda de integridade da superfície corneana que se associa ao quadro do olho vermelho.
- Pode, ou não, haver secreção associada.
- A queixa de baixa da acuidade visual e dor são bastante importantes e frequentes nesses casos.
- Pode haver formação de uma abscesso corneano, que dificulta a visualização do contorno da pupila, associado à vermelhidão.
- Além dos cuidados iniciais e identificação do eventual patógeno, é importante definirmos o agente desencadeante, tais como:
 - Má higiene, falta de cuidado ou uso prolongado das lentes de contato (o acúmulo de sujeira funciona como um “agente infiltrado”, que facilita a agressão da córnea e exacerbação do quadro).
 - Uso irracional e inadvertido de colírios, principalmente: **colírios anestésicos** que, apesar de aliviarem o desconforto nos primeiros instantes, são corrosivos para a superfície corneana; **colírios a base de corticóide**, que podem deixar a córnea vulnerável a ação de patógenos ou agravar uma infecção de base que o indivíduo possua. Além disso, os corticoides podem promover catarata e aumentar a pressão intraocular, por isso, devem ser usados com cautela.



ESCLERITE

- Facilmente visualizado a olho nu, pela abertura das pálpebras;
- O quadro clínico é marcado por edema da esclera, dor importante à palpação;
- Esse quadro produz olho vermelho, mas esse achado é, normalmente, causado por uma atividade inflamatória sistêmica (p.ex: doenças do colágeno, que cursam com lesões à estrutura colagenosa da esclera);
- Pode estar associada a infecções, imunodeficiências ou autoimunidade;
- O ataque aos olhos sinaliza grande gravidade da doença de base que, se não tratada adequadamente, pode levar o paciente a óbito;



GLAUCOMA AGUDO

- É uma situação de aumento agudo da pressão ocular, que acontece de forma rápida (em questão de minutos ou horas) pelo acúmulo de humor aquoso;
- É causado pelo fechamento da região de escoamento desse líquido;
- É mais comum no inverno e período vespertino (quando o período de penumbra é maior, o que promove dilatação prolongada da pupila e maior oclusão do sistema de drenagem);
- Mulheres e hipermetropes são mais suscetíveis;
- A dor é intensa, podendo estar associada a náuseas e ser confundida com cefaleia. Por isso, o médico deve estar atento a outros sinais oculares para fazer o correto diagnóstico diferencial, tais como:

Ofuscamento da nitidez da pupila pelo edema de córnea (o aumento da pressão intra-ocular leva líquido ao tecido corneano) a midríase média (que oclui o canal de escoamento) e palpação (o globo ocular se mostra com tônus aumentado em relação ao lado contra-lateral, com a consistência de uma bola de tênis).



UVEÍTE

- É a inflamação da úvea;
- Como a esclerite, a uveíte pode ser (e normalmente é) o reflexo de uma doença sistêmica;
- Pode haver formação de pus na câmara anterior, com formação de nível líquido;
- Há turvação do tecido acometido e hiperemia ocular por inflamação da íris, corpo ciliar e coroide;
- É comum em jovens e pacientes de meia idade, pois essas faixas etárias são comumente acometidas por doenças sistêmicas que deflagram uveíte (toxoplasmose, espondilite, etc);
- Queixas mais comuns incluem: dor de baixa intensidade, fotofobia, embaçamento visual (pela turvação dos meios de transmissão) e miose (ao contrário do que ocorre no glaucoma, onde há midríase!).

Sabendo-se o padrão da hiperemia, presença ou não de secreção, intensidade da dor, o aspecto pupilar e as alterações da visão é possível fazer o diagnóstico diferencial entre as condições citadas acima. A tabela abaixo resume os diferentes achados clínicos em cada uma das situações:

	Conjuntivite	Esclerite	GA	Uveíte
Hiperemia	Difusa	Focal	Difusa	Difusa
Secreção	Sim	Não	Não	Não
Dor	Desconforto	Moderada	Forte	Moderada
Pupila	Normal	Normal	Dilatada	Miose
Visão	Normal	Diminuída	Diminuída	Diminuída

TRAUMAS OCULARES

- Pode acontecer associados a outras modalidades traumáticas, como os TCE's. Podem, didaticamente, ser divididos de acordo com o seu agente causal em:

MECÂNICOS

- O trauma mecânico pode ser:

contuso (podendo haver repercussão para o globo ocular como aumento de pressão e sangramentos internos);

laceração (pálpebra, córnea ou conjuntiva sofrem algum tipo de lesão);

perfurante (devemos ficar atentos nos casos em que o objeto realizou dois pertuitos: um na entrada e um na saída).

penetrante (devemos ficar atentos quando o globo fica com o tônus muito diminuído, ou quando a pupila perde sua conformação circular, o que pode gerar herniações da íris pela córnea)

QUÍMICOS

POR RADIAÇÃO

TÉRMICOS

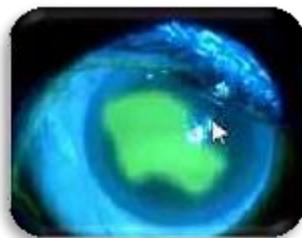
- **ATENDEMENTO INICIAL DOS TRAUMAS OCULARES:**

MECÂNICOS:

- O exame inicial do paciente traumatizado depende da priorização e compensação do paciente. Em politraumatizados (p.ex: acidente automobilísticos) devemos atentar, primeiramente, para a repercussões sistêmicas, respiratórias antes da investigação ocular.
- Em caso de trauma em região frontal, pelo grande aporte de sangue que por aí passa, há risco de muito sangramento. Assim, deve-se fazer uma contenção e limpeza adequada das lesões (limpar com água oxigenada e retirar corpos estranhos sem produzir novas lesões).
- Durante a limpeza de traumas na região orbitária, deve-se tomar cuidado para não confundir estruturas intraoculares lesadas com coágulos sanguíneos.

QUÍMICOS:

- A lesão química mais agressiva para os olhos é a lesão alcalina (comum em acidentes industriais, ou agressão entre indivíduos).
- Quando superficial, pode-se visualizar seus limites como uso do corante de fluoresceína e medir o tamanho da lesão.



- No atendimento inicial, devemos remover o agente o quanto antes, por meio de lavagem com soro fisiológico ou solução de Ringer Lactato (em situações de falta de recurso, qualquer líquido neutro não irritativo pode ser usado para lavagem).

TÉRMICOS e RADIAÇÃO:

- Nas lesões por irradiação e queimadura térmica, devemos aliviar a dor e fazer um levantamento dos tecidos lesionados. Assim, promove-se o conforto do indivíduo e permite-se que a reparação aconteça de forma adequada e precoce.

BAIXA DE VISÃO SÚBITA

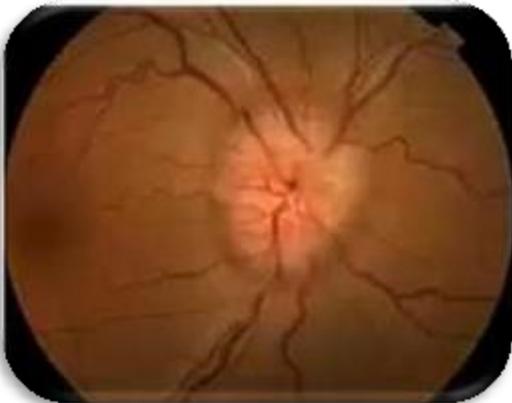
- A baixa de visão súbita também é uma situação que pode ser enfrentada em um pronto-socorro de doenças oculares.
- Nesses casos, além dos dados colhidos na anamnese ocular típica (HMA, antecedentes pessoais, e exame da acuidade visual), devemos nos atentar para os achados do exame de fundo de olho e do exame pupilar. Esses exames ajudam no diagnóstico diferencial de condições que podem levar à redução (ou perda) abrupta da acuidade visual, tais como:

OCCLUSÃO DA ARTÉRIA CENTRAL DA RETINA (a baixa da visão é súbita, em questões de segundos. O aspecto no exame de fundo de olho é um apagamento das artérias retinianas e um contrastamento da mácula, que fica em aspecto de “cereja”, pois o tecido coroidiano fica evidente nessa região);

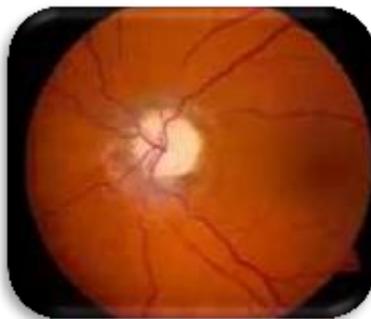


NEUROPATIA ISQUÊMICA ÓPTICA ANTERIOR (NOIA)

NEURITE ÓPTICA (a baixa de visão acontece de forma mais arrastada, em horas ou dias); O indivíduo tem uma perda progressiva de parte da visão. Em algumas situações, pode-se observar um edema que se propaga até o disco óptico, apagando seus contornos naturais ao fundo de olho.



SÍNDROMES ISQUÊMICAS (Pode ser causada por deslocamentos de êmbolos ou pela obstrução de artérias que irrigam os olhos.); Os olhos tem uma circulação do tipo terminal, por isso, quando há obstrução de sua perfusão, dificilmente ela é corrigida por vias colaterais de circulação e anastomoses. O processo de isquemia e perda de visão tende a ser associado por uma resposta de neovascularização. Ao exame de fundo de olho notam-se vasos em número abundante e atípicos e atrofia do n. óptico pela má perfusão e nutrição. Isso também acontece em síndromes compressivas ou expansivas, seja por coágulo ou hemorragias espontâneas ou traumáticas;



SÍNDROMES COMPRESSIVAS (podem ser causadas por coágulos, hemorragias espontâneas ou traumáticas dentro da caixa craniana e/ou tumores que se expandem e comprimem tecidos moles. Os achados ao fundo de olho são semelhantes aos das síndromes isquêmicas).

SIMULAÇÃO (pacientes podem apresentar histeria conversiva ou simular um quadro de cegueira na busca de ganhos secundários e pessoais);

OBS: A anisocoria (diferente no tamanho das pupilas) deve ser confirmada com exames de resposta ao estímulo de luz (reflexo direto e consensual) e, quando presente, deve-se registrá-la no prontuário antes de se efetuar a dilatação pupilar com medicamentos para exames seguintes.

EMERGÊNCIAS OCULARES:

- **Queimadura alcalina** (conduta: lavar bastante para retirar o agente irritativo);
- **Hemorragia retro-bulbar**, que é aquela que ocupa o espaço da órbita e tende a promover a proptose do bulbo ocular (Conduta: realizar descompressão da órbita);
- **Glaucoma agudo** (conduta: remover o líquido extra-vascular, reduzindo a quantidade de líquido dentro do bulbo ocular e diminuindo a pressão intraocular);