

## **MAIN OPHTHALMIC DISEASES IN THE EMERGENCY ROOM**

### **PRINCIPAIS AFECÇÕES OFTALMOLÓGICAS NO PRONTO-SOCORRO**

**Licio Eiji Kamogari de Araújo**  
**Mariana Cogo Furquim**  
**José Amadeu de Almeida Vargas**

#### **UNITERMOS**

DOR OCULAR, BAIXA ACUIDADE VISUAL, HIPEREMIA, CÓRNEA, CONJUNTIVA, REFLEXOS PUPILARES, PRESSÃO INTRAOCULAR.

#### **KEYWORDS**

*PAIN EYE, LOW VISUAL ACUITY, HYPEREMIA, CORNEA, CONJUNCTIVA, REFLECTIONS PUPIL, INTRAOCULAR PRESSURE.*

#### **SUMÁRIO**

As patologias oftalmológicas no pronto-socorro são bastante frequentes e muitas vezes causam dúvidas quanto ao seu manejo inicial e a real necessidade de encaminhamento para um serviço de oftalmologia. Este artigo tem como objetivo apresentar algumas das patologias recorrentes no pronto-socorro e mostrar como aborda-las de forma prática e objetiva.

#### **SUMMARY**

**The ophthalmic disorders in the emergency room are quite frequent and often cause doubts about its initial management and the real need for referral to an eye care service. This article aims to present some of recurrent disease in**

**the emergency room and show how them can be approached in a practical and objective way.**

## **INTRODUÇÃO**

Os quadros de urgência/emergência em oftalmologia cursam principalmente com dois principais sintomas: a baixa acuidade visual (BAV) e/ou dor ocular e orbitária.

A inervação do globo ocular é mais rica em sua superfície, sendo as afecções superficiais de conjuntiva, esclera e córnea as mais dolorosas. A dor de origem no globo ocular pode ser referida na distribuição do ramo oftálmico do nervo trigêmeo, simulando cefaléia importante de início recente. A úvea é uma estrutura ricamente inervada podendo gerar quadros dolorosos quando agredida por processos inflamatórios (uveíte) ou isquêmicos (glaucoma). Outras estruturas oculares podem não gerar quadros tão dolorosos, por exemplo, perfurações oculares extensas ou o descolamento de retina. Logo não será a queixa de dor que irá, necessariamente, predizer a gravidade do quadro oftalmológico.

## **CONJUNTIVITES INFECCIOSAS AGUDAS**

As conjuntivites são o quadro mais comum em pronto-atendimentos oftalmológicos, sendo as mais prevalentes os casos virais, seguidas pelas bacterianas.

De maneira geral o paciente queixa-se de hiperemia ocular, lacrimejamento, sensação de corpo estranho e prurido importante. Ao exame externo, nota-se hiperemia conjuntival variável, sem alterações na córnea, os reflexos pupilares e a tensão ocular estão normais e o paciente nega baixa da acuidade visual. Nas conjuntivites virais a secreção é mucosa, e nas bacterianas, é mucopurulenta.

O principal sintoma que diferencia a conjuntivite de outras doenças oculares é a diminuição da visão. Na conjuntivite não há baixa da acuidade visual.

### **Tratamento**

- Colírios lubrificantes 6 vezes ao dia para fluidificar secreções e proporcionar mais conforto ao paciente.

- Compressas frias, se inflamação importante.

- Analgésicos e Antiinflamatórios não esteróides sistêmicos, se sintomas forem exuberantes.

- Antibióticos tópicos são indicados na suspeita de conjuntivite bacteriana, com secreção mucopurulenta: colírios de ofloxacino, ciprofloxacino, moxifloxacino, gatifloxacino, para adultos e cloridrato de besifloxacino para crianças. É recomendada revisão após 2-3 dias do início do tratamento e, caso não ocorra melhora, o encaminhamento ao oftalmologista.

### **Celulite Orbitária**

É a infecção bacteriana da órbita, que pode ser causada por infecções oculares contíguas dos seios da face ou pálpebras.

O paciente refere dor importante e diplopia, acompanhada ou não de BAV. À ectoscopia nota-se edema bipalpebral, proptose, quemose conjuntival com grande hiperemia e restrição da motilidade ocular. Nos casos de sofrimento do nervo óptico os reflexos pupilares podem evidenciar defeito aferente relativo (DAR).

A celulite orbitária é quadro grave pela repercussão sistêmica e pelo risco de evoluir com trombose do seio carvenoso e meningite. Diante da suspeita clínica de celulite orbitária, deve-se realizar Tomografia computadorizada de órbitas para avaliar a existência de abscesso orbitário.

**Tratamento:**

- Internação, coleta de hemocultura e controle de comorbidades;
- Antibioticoterapia EV com ceftriaxone, 1-2g 12/12h e oxacilina, 1-2g de 6/6h, em geral por 7-14 dias;
- Se abscesso presente na TC deve –se realizar cirurgia com orbitotomia e drenagem de abscesso;
- Sinusotomia quando a origem da celulite orbitária for sinusite, se houver abscesso, ou BAV ou não melhorar com tratamento clínico.

**INFEÇÕES DE ANEXOS**

Juntamente com as conjuntivites são as principais queixas no pronto-socorro oftalmológico.

**Celulite Pré-Septal**

A celulite pré-septal ou periorbitária acomete os tecidos anteriores ao septo orbitário com inflamação limitada à pálpebra sem acometimento dos tecidos orbitários.

O paciente refere leve dor palpebral, aumento do volume local e olho vermelho. Ao exame, além de uma área bem delimitada de celulite, o paciente pode apresentar também hiperemia. O exame ocular é normal (acuidade visual, motilidade, reflexos pupilares) diferenciando-se do quadro de celulite orbitária.

**Tratamento**

- Antibióticos VO: cefalexina, 500 mg VO de 6/6h por 7-10 dias.

**Hordéolo**

É a infecção das glândulas sebáceas (glândulas de Zeiss) da pálpebra, também conhecida como tersol, terçolho.

O paciente queixa-se de dor localizada na pálpebra, apresentando nódulo hiperemiado, que pode ter ponto de flutuação. Em alguns casos raros podem evoluir para celulite pré-septal.

### **Tratamento**

- Compressas mornas 3 vezes ao dia e massagem no sentido dos cílios, com o objetivo de estimular a liquefação da secreção retida na glândula e sua drenagem.

- Pomada combinada de corticoide e antibiótico (ciprofloxacino/cloranfenicol + dexametasona): aplicar na borda dos cílios 3 vezes ao dia por 15 dias.

- Se abscesso volumoso: drenagem cirúrgica.

### **Dacriocistite Aguda**

É a infecção do saco lacrimal, geralmente associada à obstrução crônica de vias lacrimais. O paciente refere dor no canto medial, com lacrimejamento e saída de secreção mucopurulenta pelos pontos lacrimais. Ao exame pode-se notar abaulamento na topografia do saco lacrimal, que se apresenta tenso e aumentado, podendo ser drenado por compressão direta.

### **Tratamento**

- Antibioticoterapia VO: amoxicilina, 500 mg VO de 8/8h por 7-10 dias.

- Analgésicos.

- Colírios antibióticos: ofloxacino 0,3% de 3/3h por 7-10 dias.

- Cirurgia para desobstrução da via lacrimal, após resolução do quadro infeccioso agudo.

### **Glaucoma Agudo**

Ocorre devido ao fechamento do ângulo da câmara anterior por bloqueio do trabeculado pela íris, com conseqüente aumento da pressão intraocular (PIO).

O paciente refere dor ocular importante e se apresenta por vezes com piora do estado geral, náuseas e vômitos, associados a perda visual severa de graus variáveis (dependendo da PIO), hiperemia ocular e halos ao redor das luzes, pelo edema de córnea. O olho torna-se congesto e a pupila permanece em média midríase fixa.

### **Tratamento**

- Analgesia.
- Colírio de pilocarpina 2%.
- Maleato de timolol 0,5%.
- Colírio de acetato de prednisolona 1%.
- Acetazolamida.
- Manitol 20%, 250 ml EV em 45 minutos.
- Encaminhar para oftalmologista.

### **Descolamento de Retina**

O paciente queixa-se de BAV. A queda visão depende do setor da retina que ocorreu o descolamento (central ou periférico). A retina ao se descolar e perder contato com a coroide, imediatamente perde sua função e quanto mais tempo ficar descolada, maior será sua lesão, comprometendo de maneira irreversível sua função, mesmo após tratamento.

O descolamento de retina é uma urgência oftalmológica e em casos suspeitos ou confirmados o paciente deve ser encaminhado para oftalmologista para tratamento cirúrgico com brevidade.

## **TRAUMATISMOS OCULARES**

### ***Traumas Mecânicos***

**Contuso:** geralmente causado por agressão física, traumas esportivos, quedas, etc. Não ocorre solução de continuidade do globo ocular. O paciente queixa-se de dor ocular e embaçamento visual. No exame apresenta hiperemia difusa e alteração ou não da tensão ocular.

***Tratamento:***

Colírio de tropicamida 1% de 6/6h; colírio de dexametosona 0,1% de 6/6h; encaminhamento para avaliação oftalmológica.

**Perfurante e penetrante:** geralmente causado por acidentes automotivos, explosões com estilhaços, etc. Há solução de continuidade no globo ocular. Pode haver BAV ou não, com pouca dor.

***Tratamento***

Analgesia; proteção ocular com curativo não compressivo; encaminhamento com brevidade para oftalmologista.

***Trauma Químico***

Os traumas oculares químicos são consequência de queimaduras por substâncias básicas ou ácidas e quanto maior a exposição à substância, maior o dano ocular. O paciente chega ao PS referindo dor intensa e dificuldade para abrir os olhos.

***Tratamento***

- Colírio anestésico.

-Lavagem copiosa com soro fisiológico com eversão de pálpebra, pedindo sempre para o paciente olhar para cada posição para expor o máximo de área conjuntival. Restos de materiais e outros debris devem ser retirados após lavagem inicial.

- Curativo ocular e encaminhamento com urgência ao oftalmologista para tratamento complementar.

### **Corpo Estranho Ocular**

Queixa oftalmológica que cursa com olho vermelho, lacrimejamento e desconforto. Avaliar história de atividades com exposição da superfície ocular sem proteção, por exemplo, atividades na construção civil, lixar metais, pequenas farpas de madeira, areia, andar de motocicleta sem proteção, etc.

#### ***Tratamento:***

- Colírio anestésico e eversão de pálpebras com retirada do corpo estranho\*\*.

- Curativo ocular e encaminhamento para oftalmologista.

\*\* Se ao exame externo o corpo estranho estiver situado na córnea ou conjuntiva bulbar, estes devem ser avaliados idealmente por oftalmologista à lâmpada de fenda, para remoção com mínimo de trauma.

### **Hemorragia Subconjuntival**

Afecção oftalmológica também conhecida como “derrame ocular” ocorre após a ruptura de pequenos vasos localizados na conjuntiva que causam coleção sanguinolenta entre a esclera e a conjuntiva. Apesar de causar grande aflição nos pacientes, não resulta em perda visual.

A hemorragia subconjuntival pode ocorrer devido a processos alérgicos, irritativos, traumáticos, infecciosos, esforço físico intenso, tosse prolongada, espirros copiosos, pico de pressão arterial, episódios de vômitos e força excessiva a evacuação.

Ao exame o paciente apresenta uma mancha vermelho viva na esclera ocular. Como não causa complicações a hemorragia subconjuntival acaba sendo mais um problema estético do que clínico.

Em geral não há necessidade de tratamento, a regressão ocorre espontaneamente em alguns dias, evoluindo para uma área de coloração amarela

que some após mais alguns dias. Lubrificação ocular com lágrimas artificiais podem ser utilizadas, embora não sejam necessárias. Deve-se evitar o uso de AINES e aspirinas. O seguimento do caso visa investigar fator desencadeante.

## **CONCLUSÃO**

As patologias oftalmológicas são ocorrências frequentes no pronto-socorro e, apesar de necessitarem de avaliação e tratamentos especializados em alguns casos, muitas dessas intercorrências podem ser manejadas inicialmente por um médico generalista. A seguir seguem dois fluxogramas que, junto com uma boa anamnese, auxiliam no diagnóstico e diagnóstico diferencial com outras oftalmopatias.

## **REFERÊNCIAS**

1. Martins HS, Brandão Neto RA, Scalabrini Neto A, et al. Emergências clínicas: abordagem prática. 8ª ed. Barueri: Manole; 2013; 1086-1102.
2. Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, et al. Clínica médica. Vol. 6, Doenças dos olhos, doenças dos ouvidos, nariz e garganta, neurologia, transtornos mentais. Barueri: Manole; 2009; 104-117.
3. Kanski Jj, Bowling B. Clinical ophtalmology: a systematic approach. 7th ed. Edinburgh: Eselvier Saunders; 2011.
4. Porto Cc. Semiologia médica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
5. Suzuki R. Perda visual aguda. In: USP Oftalmologia [Site na Internet]. 2015 [capturado 2015 mar 26]. Disponível em: <http://www.oftalmologiausp.com.br/imagens/capitulos/Capitulo%205.pdf>.
6. Síndrome do olho vermelho. In: USP Oftalmologia [Site na Internet]. 2015 [capturado 2015 mar 26]. Disponível em: <http://www.oftalmologiausp.com.br/imagens/capitulos/Capitulo%207.pdf>.
7. Pronto-socorro em oftalmologia. In: USP Oftalmologia [Site na Internet]. 2015 [capturado 2015 mar 26]. Disponível em: <http://www.oftalmologiausp.com.br/imagens/capitulos/Capitulo%208.pdf>.

