

## SUDDEN LOSS OF VISUAL ACUITY

### PERDA SÚBITA DA ACUIDADE VISUAL

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

#### unitermos

PERDA VISUAL SÚBITA, DOR OCULAR, EMERGÊNCIA OFTALMOLÓGICA

#### Keywords

SUDDEN VISION LOSS, EYE PAIN, EYE EMERGENCY

#### Sumário

A perda visual súbita é uma situação que gera grande ansiedade nos pacientes, tornando-se, portanto, queixa bastante frequente em emergências. Este artigo visa fornecer ferramentas para que o clínico saiba reconhecer as doenças mais comuns que acarretam esse sintoma e realizar o manejo inicial correto para tomar as primeiras medidas antes da avaliação do oftalmologista.

#### SUMMARY

*Sudden vision loss is a situation that creates great anxiety in patients, making it therefore quite frequent complaint in emergencies. This article aims to provide tools for the clinical learn to recognize the most common diseases that cause this symptom and perform the correct initial management to take the first steps before ophthalmologist evaluation.*

#### INTRODUÇÃO

A perda súbita da visão é uma queixa frequente em pronto-atendimentos e um assunto pouco abordado durante a graduação de medicina. Todo clínico geral deve ter uma noção básica de como manejar esse tipo de sintoma. O primeiro passo para diagnosticar e tratar adequadamente a patologia de base desse sintoma é realizar uma boa anamnese. É necessário questionar o paciente sobre o tempo do início dos sintomas, se a perda é monocular ou binocular, se é acompanhada de dor ocular, se o paciente sofreu algum trauma, se tem alguma patologia ocular prévia, se já foi submetido a alguma cirurgia ocular, se possui

alguma patologia sistêmica que afete a visão (por exemplo, diabetes), que medicamentos o paciente usa, há quanto tempo está apresentando o sintoma.

Em alguns casos a perda visual é transitória. Quando ela dura menos de 24 horas, é chamada de amaurose fugaz e geralmente decorre de alterações vasculares, neurológicas ou até mesmo oftalmológicas. Esse sintoma, muitas vezes precede uma perda visual definitiva, podendo ser considerado um sinal de alerta para prognósticos visuais mais reservados.

O segundo passo é um exame oftalmológico básico:

- Acuidade visual: almeja verificar qual a situação visual do paciente, questionando-o se consegue ler letras ou números da tabela de Snellen projetados em uma parede. O paciente deve utilizar seus óculos e deve ser avaliado um olho de cada vez.

- Inspeção de olhos e anexos: objetiva procurar sinais flogísticos, lesões.

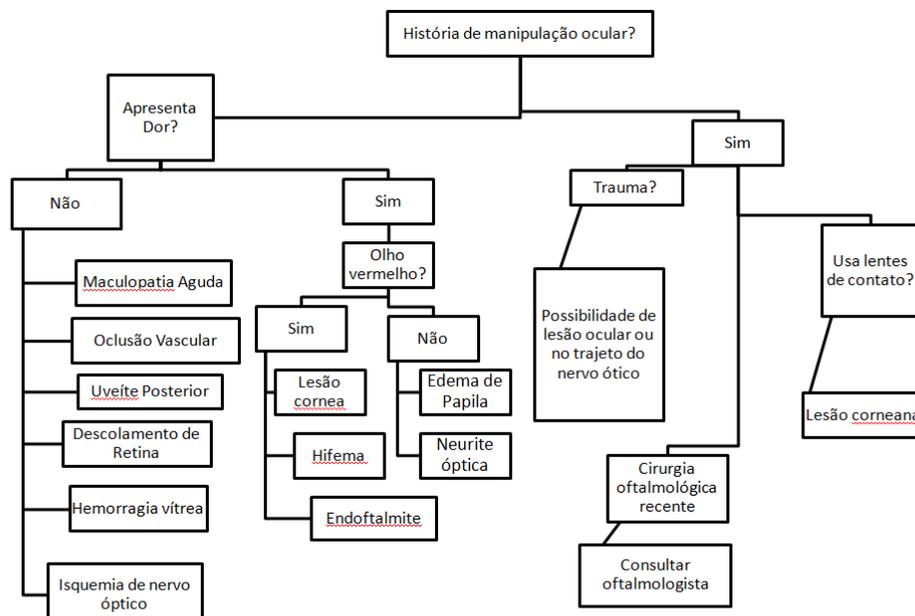
- Palpação bidigital: visa inferir a pressão intraocular através da palpação de ambos os olhos fechados com dois dedos - quanto mais tenso, maior a pressão.

- Avaliação dos reflexos pupilares: procura identificar alterações na contração das pupilas e, por conseguinte, na inervação dos olhos com o auxílio de uma lanterna.

- Campo visual de confrontação: tenta identificar deficiências grosseiras de campo visual. O examinador se posiciona de frente para o paciente, oclui um dos olhos desse e o seu próprio olho oposto e solicita ao paciente que diga se está ou não vendo seus dedos em diferentes pontos do campo visual, tomando o seu próprio campo como referência.

- Fundoscopia direta: busca avaliar se há papiledema, alteração de cor do nervo óptico, hemorragia, descolamento de retina.

A partir dessa avaliação inicial já é possível classificar a perda visual súbita em duas grandes síndromes: perda visual súbita com dor ocular e sem dor ocular, e enquadrar os achados de anamnese e de exame físico nos diagnósticos mais prevalentes, conforme o fluxograma abaixo:



## **Anátomo Fisiologia da Visão**

Para que ocorra a percepção da visão, o raio luminoso precisa atravessar diversas estruturas do globo ocular e atingir os fotorreceptores (cones e bastonetes) na retina, os quais convertem a energia luminosa em elétrica. Ainda na retina os impulsos são processados pelas células ganglionares e enviados ao encéfalo através do nervo óptico, onde são interpretados e transformados na imagem que percebemos.

O olho pode ser dividido didaticamente em:

- Túnica externa ou fibrosa: córnea e esclera;
- Túnica média, vascular ou úvea: íris, corpo ciliar e coróide;
- Túnica interna ou neurosensorial: retina;
- Corpo vítreo.

Qualquer interferência no eixo de percepção visual acarreta perda da visão. Podemos classificar a perda súbita da acuidade visual por região acometida e, através do exame físico, buscar as alterações nos diversos setores do globo ocular.

### **Perda Visual Súbita com dor Ocular**

A maioria das causas de perda súbita visual que cursam com dor ocular acometem os setores mais externos do globo ocular.

Inspeção de olhos e anexos: Através da inspeção dos olhos, podemos perceber se há lesão da túnica externa. As lesões da córnea cursam com diminuição da acuidade visual e dor ocular. Uma das causas mais comuns é a Ceratite (inflamação da córnea). O quadro clínico inclui hiperemia conjuntival e ao redor da córnea, sensação de corpo estranho, lacrimejamento e dor, pode haver lesão esbranquiçada na córnea, e hipópio (acúmulo de exudato celular no interior da câmara anterior).

Palpação bidigital: Através da palpação bidigital dos olhos é possível inferir se há, de maneira grosseira, aumento da pressão intraocular. Glaucoma Agudo: Quadro súbito de aumento da pressão intraocular que acarreta intensa dor ocular acompanhada de fotofobia, náuseas, turvação visual, pupila em médio-midríase fixa, visualização de halos coloridos ao olhar para um foco luminoso e olho vermelho.

Na avaliação dos reflexos pupilares pode aparecer defeito pupilar aferente (o olho afetado transmite menos estímulos ao cérebro para que sejam contraídas as pupilas e essas contraem menos do que quando o olho não afetado é iluminado). A neurite óptica, patologia geralmente de etiologia autoimune, cursa com perda de visão unilateral, súbita e dor ocular que se acentua a movimentação do olho e na qual este defeito pode estar presente.

Uveíte: Inflamação da úvea (íris, corpo ciliar e coróide). Pode ser de etiologia inflamatória, infecciosa, traumática. Apresenta-se com hiperemia

conjuntival e ao redor da córnea, fotofobia, turvação visual, com ou sem dor ocular.

Traumatismo: Lesão do globo ocular por objeto cortante, contuso ou corto-contuso que afete o eixo visual.

### **Perda visual aguda sem dor ocular**

As causas de perda da acuidade visual sem acompanhamento de dor ocular em sua maioria são decorrentes de afecções de regiões mais internas do globo ocular e, portanto, de maior dificuldade diagnóstica para o clínico sem o auxílio de métodos de exame físico mais específicos, como fundoscopia indireta. Nesses casos o que pode guiar mais o médico generalista são os dados de anamnese. Também é possível observar alterações do nervo óptico e de região central da retina, bem como algumas opacidades do eixo visual através de fundoscopia direta comum.

Através do campo visual de confrontação é possível avaliar defeitos grosseiros do campo de visão. É possível, dessa maneira, suspeitar em que nível do trajeto do nervo óptico está a lesão do paciente, ou se é uma afecção da retina.

Lesão pré-quiasmática: perda visual unilateral.

Lesão retroquiasmática: no nível do trato óptico causa hemianopsia homônima e no nível do córtex estriado há hemianopsia homônima com preservação da região macular.

Lesão quiasmática: Ocorre hemianopsia bitemporal ou heterônima.

Descolamento de Retina: O paciente pode enxergar inicialmente flashes e posteriormente moscas volantes. Quanto maior for a área de descolamento e mais próxima da mácula, maior será o tamanho do defeito de imagem do paciente. Se a retina permanecer descolada por muito tempo, suas células, as quais recebem suporte nutricional da coroide, começam a sofrer isquemia e morte celular, tornando o déficit visual permanente.

Neuropatia Óptica Isquêmica: Pode estar relacionada à arterite de células gigantes ou arterite temporal. Nessa síndrome clínica, vários dados de anamnese podem auxiliar o diagnóstico como dor em região temporal unilateral de forte intensidade, claudicação de mandíbula, astenia, perda visual unilateral, hipersensibilidade do couro cabeludo que cursa com dor para pentear os cabelos. Essa situação é uma emergência oftalmológica, pois, se não tratada com brevidade, pode ser causa de amaurose. Portanto é necessário realizar corticoterapia se a suspeita diagnóstica se confirmar.

Oclusão venosa na retina: Quadro inicial pode variar de boa acuidade visual até grave diminuição da acuidade visual dependendo da extensão do território acometido pela lesão.

### **Tratamento:**

**Ceratite:** Analgesia. Encaminhar para oftalmologista  
**Uveite:** Analgesia. Tratamento conforme etiologia, encaminhar para oftalmologista

**Glaucoma agudo**

Analgesia.

Colírio de pilocarpina 2%

Maleato de timolol 0,5%

Colírio de acetato de prednisolona 1%

Acetazolamida, 500 mg VO.

Manitol 20%, 250 ml EV em 45 minutos.

Encaminhar para oftalmologista.

**Neurite Óptica:**

Pulso de metilprednisolona por 3 dias e prednisona oral por 14 dias, pesquisar causas.

**Arterite de células gigantes:**

Pulso de metilprednisolona + prednisona oral

**Oclusão venosa:** Controlar fatores de risco. Avaliação oftalmologista.

## Conclusão

A perda visual súbita é uma queixa bastante frequente e que pode ser indicativa de afecções oculares graves. Quando o clínico geral sabe reconhecer inicialmente as patologias mais prevalentes que apresentam esse sintoma através de um exame oftalmológico básico aliado a uma boa anamnese, ele se torna capaz de manejar algumas situações, contribuindo para minimizar os danos que tais doenças possam acarretar à visão do paciente futuramente, e identificar os casos em que é necessária avaliação de um médico especialista.

## Referências

1. Martins M, Carrilho F, Alves V, editores. Clínica médica. Vol. 6, Doenças dos olhos, doenças dos ouvidos, nariz e garganta, neurologia, transtornos mentais. Barueri: Manole; 2009.
2. Martins H, Brandão Neto R, Scalabrini Neto A. Emergências clínicas: abordagem prática. 8ª ed. Barueri: Manole; 2013; 1080-91.
3. Purves D, Augustine GJ, Fitzpatrick D. Neurociências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
4. Suzuki R. Perda visual aguda. In: USP Oftalmologia [Site na Internet]. 2015 [capturado 2015 mar 24]. Disponível em: <http://www Oftalmologiausp.com.br/imagens/capitulos/Capitulo%205.pdf>
5. Leveque T. Approach to the adult with acute persistent visual loss. [Database on internet]. 2015 [updated 2015 Mar 11; cited 2015 Mar 24]. In: UpToDate. Available: [http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-acute-persistent-visual-loss?source=search\\_result&search=perda+visual+aguda&selectedTitle=1%7E150](http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-acute-persistent-visual-loss?source=search_result&search=perda+visual+aguda&selectedTitle=1%7E150)
6. Lana-Peixoto, M. Neuro-oftalmologia. Sistema sensorial - Parte I revisão 1997-1999. Arq Bras Oftalmol. 2002;65(1):118-36.
7. Porto CC. Semiologia médica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.