

# BMJ Best Practice

## Avaliação do olho vermelho

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Aug 15, 2018

# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Visão geral</b>	<b>4</b>
Etiologia	4
<b>Emergencies</b>	<b>7</b>
Considerações de urgência	7
Sinais de alarme	8
<b>Diagnóstico</b>	<b>10</b>
Abordagem passo a passo do diagnóstico	10
Visão geral do diagnóstico diferencial	14
Diagnóstico diferencial	16
Diretrizes de diagnóstico	32
<b>Referências</b>	<b>33</b>
<b>Imagens</b>	<b>35</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>42</b>

## Resumo

- ◊ O olho vermelho agudo é uma queixa de apresentação comum para os médicos da atenção primária.<sup>[1]</sup> Uma história detalhada dos sintomas manifestos e das histórias oftalmológica e médica prévias pode limitar o diagnóstico diferencial e ajudar na interpretação dos principais achados do exame físico. A falta de equipamentos especiais nas unidades básicas de saúde, combinada com uma ampla variedade de diagnósticos diferenciais, pode causar dificuldade no estabelecimento do diagnóstico correto e, nesses casos, deve-se procurar a opinião de um oftalmologista.<sup>[2]</sup> Doenças graves que ameaçam a visão e que apresentam olho vermelho são raras e podem ocasionalmente ser ofuscadas por sintomas sistêmicos associados; portanto, elas devem ser sempre consideradas no diagnóstico diferencial e excluídas no exame físico.<sup>[3]</sup>

# Etiologia

## Etiologia

As causas do olho vermelho agudo podem ser consideradas dentro das seguintes categorias:[\[4\]](#)

### Causas anexiais

- Triquíase: desvio posterior dos cílios em relação ao local normal de origem  
[\[Fig-1\]](#)
- Entrópio: rotação interna da borda da pálpebra  
[\[Fig-2\]](#)
- Ectrópio: rotação externa da borda da pálpebra  
[\[Fig-3\]](#)
- Blefarite: inflamação da borda da pálpebra  
[\[Fig-4\]](#)
- Olho seco: sintomas ou sinais consistentes com uma deficiência do filme lacrimal pré-corneano.  
[\[Fig-5\]](#)

### Causas conjuntivais

- Conjuntivite bacteriana: inflamação da conjuntiva causada por infecção bacteriana  
[\[Fig-6\]](#)
- Conjuntivite viral: inflamação da conjuntiva causada por infecção viral  
[\[Fig-7\]](#)
- Conjuntivite alérgica (primaveril): inflamação da conjuntiva que ocorre durante uma resposta alérgica  
[\[Fig-8\]](#)
- Conjuntivite neonatal: inflamação da conjuntiva no primeiro mês de vida
- Hemorragia subconjuntival  
[\[Fig-9\]](#)
- Corpo estranho subtarsal  
[\[Fig-10\]](#)
- Corpo estranho conjuntival.

### Causas corneanas

- Úlcera bacteriana da córnea: defeito epitelial da córnea causado por infecção bacteriana  
[\[Fig-11\]](#)
- Úlcera viral da córnea: defeito epitelial da córnea causado por infecção viral  
[\[Fig-12\]](#)
- Úlcera fúngica da córnea: defeito epitelial da córnea causado por infecção fúngica
- Relacionadas às lentes de contato
- Corpo estranho na córnea  
[\[Fig-13\]](#)
- Abrasão da córnea: defeito epitelial da córnea geralmente causado por trauma.  
[\[Fig-14\]](#)

### Causas inflamatórias

- Uveíte anterior: inflamação da porção anterior do trato uveal

[\[Fig-15\]](#)

- Esclerite: inflamação da esclera

[\[Fig-16\]](#)

- Episclerite: inflamação da episclera.

[\[Fig-17\]](#)

#### Causas traumáticas

- Exame físico

[\[Fig-18\]](#)

- Químicas.

#### Outra

- Glaucoma de ângulo fechado: fechamento do ângulo iridocórneo causando aumento agudo na pressão intraocular.

[\[Fig-19\]](#)

## **Doenças mais comuns**

As que mais comumente se apresentam na atenção primária são:

- Conjuntivite infecciosa[\[5\]](#)

[\[Fig-6\]](#)

- Conjuntivite alérgica

[\[Fig-8\]](#)

- Olho ressecado e outros problemas anexiais.[\[6\]](#)

[\[Fig-5\]](#)[\[Fig-2\]](#)[\[Fig-1\]](#)[\[Fig-4\]](#)[\[Fig-3\]](#)

## **Causas que ameaçam a visão**

As causas de olho vermelho que podem ameaçar a visão pois levam a uma acuidade visual reduzida incluem:

- Glaucoma de ângulo fechado

[\[Fig-19\]](#)

- Lesões químicas

- Doenças que afetam a córnea

- Trauma

- Uveíte anterior.

[\[Fig-15\]](#)

As causas de olho vermelho que podem ameaçar a visão pois levam a uma ruptura ou perfuração do globo ocular incluem:

[Fig-18]

- Esclerite
- [Fig-16]
- Trauma físico
- Ulceração da córnea
- Corpos estranhos de alta velocidade.

Isso será discutido mais a fundo com o tratamento inicial em Emergências: considerações de urgência.

## Fatores de risco

Os fatores de risco associados a causas específicas de olho vermelho incluem:

- Uveíte anterior:

[Fig-15]

pacientes com resultado positivo para o complexo de histocompatibilidade HLA-B27, tuberculose, sífilis, doença de Lyme, sarcoidose, doença de Behçet e artrite pauciarticular juvenil crônica.

- Esclerite:

[Fig-16]

doenças do tecido conjuntivo inclusive artrite reumatoide, granulomatose com poliangiite (de Wegener), lúpus eritematoso sistêmico (LES) e policondrite recidivante.

- Episclerite:

[Fig-17]

as doenças do tecido conjuntivo incluem artrite reumatoide, granulomatose com poliangiite (de Wegener) e LES.

- Glaucoma de ângulo fechado:

[Fig-19]

medicamentos para hipermetropia, midriáticos e anticolinérgicos sistêmicos.

- Hemorragia subconjuntival:

[Fig-9]

hipertensão, anticoagulação sistêmica, anormalidades de sangramento (leucemia, distúrbios de coagulação), lesão vascular conjuntival, trauma (inclusive lesões relacionadas a lentes de contato) e diabetes.

- Olho seco:

[Fig-5]

doenças do tecido conjuntivo incluindo síndrome de Sjögren, artrite reumatoide e LES.

# Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

Os pacientes com suspeita de qualquer uma das seguintes afecções que ameaçam a visão devem ser encaminhados com urgência para uma avaliação com um oftalmologista no mesmo dia.

## Glaucoma de ângulo fechado

Esta é uma doença que apresenta risco de perda da visão. Os sintomas que indicam glaucoma de ângulo fechado incluem:

- Dor no olho afetado
- Visão turva
- Halos ao redor de luzes vistos por um olho
- Cefaleia
- Náuseas ou vômitos associados.

Em caso de suspeita, o paciente deve ser encaminhado imediatamente para avaliação e tratamento por um oftalmologista. O atraso no diagnóstico e no encaminhamento de casos de glaucoma de ângulo fechado mostrou-se prejudicial ao desfecho final.[\[7\]](#)

O tratamento imediato consiste em inibidores da anidrase carbônica, como a acetazolamida ou a metazolamida, para diminuir a formação do humor aquoso.

[\[Fig-19\]](#)

## Trauma: lesão química

Lesões químicas, especialmente soluções de base alcalina, são potencialmente muito graves e podem causar problemas prolongados na superfície ocular. A irrigação imediata com água solução salina a 0.9% para remover o reservatório de substâncias químicas dos olhos deve ser feita antes de qualquer outro procedimento.[\[8\]](#) A quantidade de irrigação necessária dependerá do pH do filme lacrimal. Após o pH ter sido normalizado, indica-se o encaminhamento a um oftalmologista.[\[9\]](#)

## Úlcera da córnea

Úlceras de córnea bacterianas, virais ou fúngicas são doenças de risco para a visão que precisam ser encaminhadas a um oftalmologista para garantir o tratamento adequado e limitar a formação de cicatrizes na córnea. Úlcera na córnea pode levar à perfuração do olho.

[\[Fig-11\]](#)

[\[Fig-12\]](#)

[\[Fig-18\]](#)

## Olho vermelho relacionado a lentes de contato

Esta é uma condição com potencial ameaça à visão e precisa ser encaminhada a um oftalmologista para garantir o tratamento apropriado e limitar a formação de cicatrizes na córnea. O paciente deve ser instruído a interromper o uso de suas lentes de contato e levá-las ao hospital de olhos local onde elas serão verificadas.

## Corpo estranho na córnea

Qualquer história de lesão feita por alta velocidade (uso de martelo) deve ser encaminhada a um exame de imagem imediato e apropriado, pois qualquer corpo estranho de alta velocidade pode penetrar no globo. Isso, e corpos estranhos que não penetraram a córnea, são condições potenciais de ameaça à visão e exigem o encaminhamento a um oftalmologista para garantir o tratamento apropriado.

[Fig-13]

## Trauma ocular penetrante

Exames iniciais cuidadosos são exigidos para evitar uma possível expulsão dos conteúdos intraoculares. Exige-se o tratamento imediato por um especialista para que o risco de complicações que ameacem a visão e os olhos seja reduzido.

## Esclerite

A esclerite é uma condição com potencial de ameaça à visão. Certas formas de esclerite podem causar a perfuração do globo e reduzir a acuidade visual.[\[10\]](#) Em caso de suspeita de perfuração do globo ocular, o olho deve ser protegido e a palpação evitada. Uma avaliação mais aprofundada deve ser realizada por um oftalmologista. A esclerite é comumente associada a doenças do tecido conjuntivo inclusive artrite reumatoide, granulomatose com poliangiite (de Wegener), lúpus eritematoso sistêmico e policondrite recidivante.

[Fig-16]

[Fig-18]

## Conjuntivite neonatal

Geralmente, a conjuntivite neonatal (ophthalmia neonatorum) é uma doença leve. No entanto, a infecção não tratada (por exemplo, com gonococo, clamídia, pseudomonas ou herpes) pode causar complicações que ameaçam a visão e infecções sistêmicas potencialmente graves.[\[11\]](#) [\[12\]](#) As complicações da conjuntivite neonatal causadas pela clamídia incluem vascularização superficial da córnea, cicatrização conjuntival e pneumonia. As complicações causadas pela infecção por gonorreia incluem cicatrização da córnea, ulceração, panoftalmite, perfuração do globo ocular e comprometimento visual permanente.[\[11\]](#) [\[12\]](#) [\[13\]](#) Os pacientes com suspeita de conjuntivite neonatal devem ser encaminhados imediatamente ao setor de oftalmologia.[\[12\]](#) [\[14\]](#)

## Sinais de alarme

- Úlcera na córnea (bacteriana, viral ou fúngica)
- Olho vermelho relacionado a lentes de contato
- Corpo estranho na córnea
- Conjuntivite neonatal
- Trauma ocular penetrante

- Trauma químico
- Esclerite
- Uveíte anterior
- Glaucoma de ângulo fechado

# Abordagem passo a passo do diagnóstico

## História atual

Ao se obter a história atual sobre o olho vermelho, é importante considerar os diagnósticos de ameaça grave à visão juntamente com as causas mais comuns. Incluindo perguntas-chave e anotando características negativas relevantes, pode-se limitar o diagnóstico diferencial e a decisão quanto à necessidade de encaminhamento para tratamento oftalmológico adicional ou a possibilidade de tratamento na unidade básica de saúde pode ser tomada.

As principais questões a serem consideradas incluem:[\[15\]](#)

- Quando a doença teve início?
- A doença é unilateral ou bilateral?
  - Um corpo estranho ou trauma é geralmente unilateral, enquanto a conjuntivite pode começar unilateral e se tornar bilateral.
- O início dos sintomas foi agudo ou gradual?
  - Um início agudo pode indicar um corpo estranho ou abrasão na córnea ou trauma por corpo estranho.

Os sintomas associados mais importantes a serem observados no histórico são a presença de acuidade visual reduzida ou uma dor profunda dentro do olho, indicando a presença de um diagnóstico subjacente mais grave, como glaucoma de ângulo fechado, uveíte anterior ou esclerite.

[\[Fig-19\]](#)

[\[Fig-16\]](#)

[\[Fig-15\]](#)

Caso o paciente relate sensação de corpo estranho, os diagnósticos possíveis são conjuntivite, corpo estranho conjuntival/subtarsal, corpo estranho na córnea, ceratite e úlcera corneana. Em caso de suspeita de corpo estranho, pergunte se o paciente realizou alguma atividade recente que possa ter causado isso e, em caso afirmativo, se ele estava utilizando proteção ocular. A natureza da atividade também indicará potenciais lesões penetrantes: por exemplo, o uso de serra mecânica e o ato de martelar podem produzir corpos estranhos de alta velocidade, os quais têm a capacidade de penetrar na superfície do globo e tornarem-se intraoculares.

[\[Fig-7\]](#)

[\[Fig-6\]](#)

[\[Fig-20\]](#)

[\[Fig-10\]](#)

[\[Fig-13\]](#)

[\[Fig-11\]](#)

[\[Fig-12\]](#)

Se o paciente usa lentes de contato, em caso de olho vermelho relacionado ao uso de lentes de contato, o paciente deve ser encaminhado para uma revisão oftalmológica adicional, assim como a ulceração corneana deve ser excluída.

Se houver qualquer secreção presente, fatores que podem ajudar a identificar a presença de conjuntivite e a possível etiologia subjacente são:[\[16\]](#)

- Lacrimejamento, secreção purulenta ou mucopurulenta; por exemplo:
  - O lacrimejamento é observado na conjuntivite viral
  - Uma secreção profusa de muco é observada na conjuntivite por clamídia
  - Uma secreção purulenta é observada na conjuntivite gonocócica
- Secreção que piora pela manhã:
  - Pode ser devido a uma alergia
- Presença de prurido:
  - Geralmente devido a uma alergia
  - Um prurido mínimo pode estar presente na conjuntivite por clamídia
- História de atopia.

Se o paciente é fotofóbico, isso pode indicar uma possível uveíte anterior subjacente ou distúrbio epitelial da córnea. Associações sistemáticas de fotofobia, como meningite, devem sempre ser consideradas em um paciente com indisposição.[\[17\]](#)

[\[Fig-21\]](#)

[\[Fig-22\]](#)

## História médica e oftalmológica pregressa

O médico deve considerar se o paciente apresentou episódios prévios similares ou se há alguma associação sistêmica subjacente de afecções que causam olho vermelho, como:

- Pacientes com complexo de histocompatibilidade HLA-B27
- Artrite reativa
- Tuberculose, sífilis
- Doença de Lyme
- Sarcoidose
- Doença de Behçet
- Artrite crônica juvenil pauciarticular
- Doenças do tecido conjuntivo (inclusive artrite reumatoide, síndrome de Sjogren e lúpus eritematoso sistêmico)
- Granulomatose com poliangiite (de Wegener)
- Policondrite recidivante
- Hipertensão.

[\[Fig-23\]](#)

## História de medicamentos

O uso atual de qualquer medicamento oftalmológico, bem como de qualquer medicamento sistêmico conhecido por precipitar as causas do olho vermelho, deve ser observado. Entre eles estão os medicamentos midriáticos e os anticolinérgicos sistêmicos. Pacientes que tomam anticoagulantes podem estar predispostos a hemorragia subconjuntival. A persistência da conjuntivite, mesmo com o uso de antibióticos tópicos, exige a avaliação imediata de uma etiologia diferente.

## Exame

O exame físico do olho na unidade básica de saúde exige o uso de uma tabela de Snellen, uma fonte luminosa, fluoresceína e um cotonete para revirar a pálpebra superior.[\[16\]](#) Uma abordagem escalonada pode ser usada considerando os diagnósticos diferenciais a partir da história.

1. A acuidade visual deve ser verificada em todos os pacientes, pois sua redução pode indicar uma causa subjacente mais grave para o olho vermelho.
2. Deve-se realizar a inspeção das pálpebras e das sobrancelhas para excluir lesão periorbital. A posição das margens das pálpebras deve ser verificada para a presença de triquíase, um entrópio, ou um ectrópio. Se qualquer secreção puder ser observada, deve-se considerar conjuntivite. Se a condição for bilateral com secreção purulenta, deve ser tratada como conjuntivite.

[\[Fig-1\]](#)

[\[Fig-2\]](#)

[\[Fig-3\]](#)

3. Na inspeção da superfície ocular e da superfície subtarsal, o padrão de vermelhidão, uma característica importante, deve ser avaliado. A injeção segmentar pode indicar episclerite ou a presença de um corpo estranho. A injeção ciliar ou límbica (junção da córnea e da esclera) ocorre na uveíte anterior e doenças da córnea. A vermelhidão localizada e bem demarcada com uma conjuntiva circundante não inflamada é observada em hemorragia subconjuntival, exigindo que a pressão arterial do paciente seja verificada. Vermelhidão generalizada, com ingurgitamento dos vasos episclerais mais profundos e dor à palpação do globo, indica presença de esclerite.[\[18\]](#) A conjuntiva tarsal deve ser inspecionada para detecção de papilas, observadas na conjuntivite alérgica, ou de folículos, observados na conjuntivite por clamídia. Se houver histórico de corpo estranho, a pálpebra superior deve ser virada com um cotonete para excluir uma localização subtarsal. Se o corpo estranho não puder ser encontrado e a atividade realizada durante o acidente puder ter produzido um corpo estranho de alta velocidade, a opinião de um oftalmologista deve ser considerada para que uma posição intraocular seja excluída. Instilar fluoresceína durante a inspeção da superfície ocular pode permitir a visualização de corpos estranhos, abrasões da córnea e úlceras na córnea. Se houver corante fluorescente presente na córnea ou a córnea parecer turva (observado em glaucoma de ângulo fechado), recomenda-se exame adicional por um oftalmologista. A coloração com rosa bengala pode ser usada em pacientes com suspeita de que o olho seco seja uma causa subjacente.

[\[Fig-17\]](#)

[\[Fig-9\]](#)

[\[Fig-8\]](#)

[\[Fig-14\]](#)

[Fig-5]

4. Respostas pupilares. O médico deve estar atento à anisocoria (tamanho desigual da pupila), e caso isso esteja presente, deve realizar o encaminhamento para avaliação oftalmológica.<sup>[19]</sup> Usando uma lanterna clínica (ou uma fonte de luz equivalente), as respostas pupilares diretas e consensuais devem ser verificadas. Se as respostas pupilares forem anormais na presença de olho vermelho, uveíte anterior e glaucoma de ângulo fechado precisam ser excluídos. Se o paciente for fotofóbico no exame físico, o encaminhamento adicional também é aconselhado.<sup>[20]</sup>

## Investigações

Swabs para cultura bacteriana, viral e para clamídia podem ser coletados em pacientes com suspeita de conjuntivite. Após a realização do diagnóstico oftalmológico definitivo, investigações sobre as causas sistêmicas subjacentes do olho vermelho devem ser feitas em uma clínica especializada. Certas causas locais de olho vermelho incluindo ectrópio, entrópio, úlcera da córnea, olho vermelho relacionado ao uso de lentes de contato, abrasão da córnea, corpo estranho na córnea, traumas químicos e penetrantes, esclerite e glaucoma de ângulo fechado devem ser avaliadas adicionalmente por um oftalmologista.

Deve ser realizado diagnóstico por imagem com tomografia computadorizada em caso de suspeita de lesão penetrante por objeto de alta velocidade.

Em caso de suspeita de glaucoma agudo, a pressão intraocular deve ser medida no pronto-socorro.

# Visão geral do diagnóstico diferencial

## Comum

Triquíase

Entrópio

Ectrópio

Blefarite

Olho seco

Úlcera na córnea (bacteriana, viral ou fúngica)

Olho vermelho relacionado a lentes de contato

Ceratite

Corpo estranho na córnea

Abrasão da córnea

Corpo estranho conjuntival e subtarsal

Conjuntivite alérgica

Conjuntivite bacteriana

Conjuntivite viral

Hemorragia subconjuntival não traumática

## Incomum

Conjuntivite por clamídia

Conjuntivite neonatal

Trauma ocular penetrante

Trauma químico

Episclerite

## Incomum

Esclerite

Uveíte anterior

Glaucoma de ângulo fechado

DIAGNOSIS

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 15, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerar responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

# Diagnóstico diferencial

## Comum

### ◊ Triquíase

História	Exame	1º exame	Outros exames
início insidioso de desconforto ocular; paciente pode descrever irritação ocular localizada; não há presença de secreção	pode-se observar cílio/grupo de cílios aberrante; coloração corneal com fluoresceína observada; acuidade visual e reações pupilares normais	» <b>diagnóstico clínico:</b> nenhum exame inicial Observa-se a presença de cílio/grupo de cílios aberrante. <a href="#">[Fig-1]</a>	

### ◊ Entrópio

História	Exame	1º exame	Outros exames
início súbito de desconforto ocular conforme a pálpebra se vira para dentro; pode fazer com que os cílios friccionem a córnea, causando irritação localizada e lacrimejamento	a pálpebra inferior pode estar virada para dentro; coloração com fluoresceína pode estar presente se os cílios estiverem friccionando a córnea; acuidade visual e reações pupilares normais	» <b>exame em clínica especializada:</b> Para determinar a causa subjacente: involucional, cicatricial ou congênita (criança). <a href="#">[Fig-2]</a>	

### ◊ Ectrópio

História	Exame	1º exame	Outros exames
o paciente pode relatar irritação e desconforto ocular com lacrimejamento associado; não há secreção	pode-se observar a pálpebra inferior se afastando do globo; nenhuma coloração com fluoresceína observada; acuidade visual e reações pupilares normais	» <b>exame em clínica especializada:</b> Para determinar a causa subjacente: involucional, cicatricial ou paralítica. <a href="#">[Fig-3]</a>	

### ◊ Blefarite

História	Exame	1º exame	Outros exames
o paciente pode relatar uma sensação intermitente de corpo estranho, de ardência	crostas inflamadas nas margens das pálpebras; acuidade visual e reações	» <b>diagnóstico clínico:</b> nenhum exame inicial	

**Comum****◊ Blefarite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
ou de areia nos olhos; muitas vezes os sintomas pioram pela manhã, mas podem se intensificar a qualquer momento; não há presença de secreção	pupilares normais; nenhuma coloração com fluoresceína visível	Nota-se crosta inflamada nas margens da pálpebra. [Fig-4]	

**◊ Olho seco**

História	Exame	1º exame	Outros exames
o paciente pode relatar irritação, ardência, sensação de corpo estranho ou desconforto ocular inespecífico; fotofobia e secreção pegajosa também podem ser descritas	a acuidade visual pode estar afetada; a vasculatura ocular pode parecer ingurgitada, pode haver presença de coloração com rosa bengala; pode-se observar secreção pegajosa	» <b>diagnóstico clínico:</b> nenhum exame inicial Olhos secos são diagnosticados pela aparência clínica. [Fig-5]	

**◊ Úlcera na córnea (bacteriana, viral ou fúngica)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
o paciente pode relatar inicialmente sensação de corpo estranho, que evolui para fotofobia, visão turva, dor e secreção; as pálpebras também podem inchar	acuidade visual reduzida, muitas vezes hiperemia conjuntival intensa; pálpebra edemaciada ou secreção pode ser visível; coloração corneal com fluoresceína observada; a úlcera pode ser bacteriana, viral ou fúngica	» <b>raspagem da córnea para microcultura e sensibilidade:</b> positivos em causa bacteriana ou fúngica Deve ser realizado em clínica especializada. No caso de suspeita de úlcera bacteriana, são retiradas amostras do infiltrado na úlcera, usando lâmina ou bisel de agulha, e enviadas para coloração de Gram e cultura (2 placas de ágar sangue, 1 ágar chocolate e 1 placa Sabouraud).[4]	

**Comum****◊ Úlcera na córnea (bacteriana, viral ou fúngica)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		A úlcera pode ser de etiologia bacteriana, viral, ou fúngica. [Fig-11]  [Fig-12]	

**◊ Olho vermelho relacionado a lentes de contato**

História	Exame	1º exame	Outros exames
usuários de lente de contato inicialmente podem relatar a sensação de um corpo estranho, que evolui para fotofobia, visão turva, dor e secreção; as pálpebras também podem inchar	acuidade visual reduzida; hiperemia conjuntival intensa pode estar presente; pálpebra edemaciada ou secreção pode ser visível; coloração corneal com fluoresceína observada	» <b>raspagem da córnea para microcultura e sensibilidade:</b> positivos em causa bacteriana ou fúngica Deve ser realizado em clínica especializada. No caso de suspeita de úlcera bacteriana, são retiradas amostras do infiltrado na úlcera, usando lâmina ou bisel de agulha, e enviadas para coloração de Gram e cultura (2 placas de ágar sangue, 1 ágar chocolate e 1 placa Sabouraud).[4]	

**◊ Ceratite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
o paciente pode relatar dor intensa, secreção, fotofobia, lacrimejamento aumentado; as pálpebras também podem inchar	úlcera da córnea que pode ser bacteriana, viral ou fúngica; acuidade visual reduzida; pálpebra edemaciada e secreção podem ser visíveis	» <b>raspagem da córnea para microcultura e sensibilidade:</b> positivos em causa bacteriana ou fúngica Deve ser realizado em clínica especializada. No caso de suspeita de úlcera bacteriana,	

## Comum

### ◊ Ceratite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>são retiradas amostras do infiltrado na úlcera, usando lâmina ou bisel de agulha, e enviadas para coloração de Gram e cultura (2 placas de ágar sangue, 1 ágar chocolate e 1 placa Sabouraud).[4]</p> <p>A úlcera pode ser de etiologia bacteriana, viral, ou fúngica.</p> <p>[Fig-11]</p> <p>[Fig-12]</p>	

### ◊ Corpo estranho na córnea

História	Exame	1º exame	Outros exames
uma sensação de corpo estranho progredindo para uma fotofobia e dor pode ser relatada; a sensação é frequentemente precedida por uma rajada de vento ou segue-se a uso de equipamentos de martelagem ou de polir/triturar	pode-se observar o corpo estranho na córnea, sob a pálpebra inferior ou no fórnice inferior; acuidade visual e reações pupilares normais	<p>»<b>exame de imagem com tomografia computadorizada (TC) das órbitas:</b> corpo estranho intraocular pode estar presente</p> <p>É necessária a realização de exame de imagem da órbita para excluir um corpo estranho intraocular em casos de lesão de alta velocidade.[21]</p> <p>Corpos estranhos também podem ser notados clinicamente no exame físico da córnea, da conjuntiva palpebral superior ou do fórnice inferior.</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 15, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

**Comum****◊ Corpo estranho na córnea**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		[Fig-13]	

**◊ Abrasão da córnea**

História	Exame	1º exame	Outros exames
início agudo do desconforto ocular; pode ser precedido por uma história de trauma leve	acuidade visual reduzida; reações pupilares normais; hiperemia conjuntival com coloração corneal com fluoresceína observada em um único olho; a pálpebra pode estar edemaciada; não há secreção	» <b>diagnóstico clínico:</b> nenhum exame inicial Abrasão da córnea pode ser observada com coloração por fluoresceína. [Fig-14]	

**◊ Corpo estranho conjuntival e subtarsal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
frequentemente visão reduzida; pequena partícula de corpo estranho no olho, geralmente causada por rajada de vento de baixa velocidade; sensação persistente e intensa de coceira causada pelo corpo estranho piorando ao piscar; lacrimejamento frequentemente profuso; não há secreção	acuidade visual possivelmente reduzida; hiperemia da conjuntiva, frequentemente localizada; corpo estranho visível na conjuntiva na eversão das pálpebras (superior e inferior), frequentemente melhor visualizado com corante fluorescente; correspondendo a abrasões da córnea lineares e finas; respostas pupilares normais	» <b>diagnóstico clínico com corante fluorescente:</b> positivo com corante fluorescente O corpo estranho pode ser visualizado com coloração por fluoresceína. [Fig-10]	

**◊ Conjuntivite alérgica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de exposição a alérgenos (pode incluir	acuidade visual normal; hiperemia	» <b>diagnóstico clínico:</b> nenhum exame inicial	

**Comum****◊ Conjuntivite alérgica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
medicamentos oculares tópicos); possível recorrência sazonal ou sintomas atópicos associados (primaveril); início rápido após a exposição; prurido; secreção pegajosa e aquosa	conjuntiva difusa; quemose (abaulamento da camada clara/ avermelhada da conjuntiva com líquido abaixo dela, frequentemente descrito como uma geleia no branco do olho); papilas finas aveludadas sobre a conjuntiva tarsal, podem desenvolver um aspecto pavimentoso gigante (primaveril); córnea clara, não há coloração por fluoresceína; eritema e edema para as pálpebras; resposta pupilar normal; não há linfonodos pré-auriculares palpáveis	A conjuntivite primaveril pode desenvolver um aspecto pavimentoso. [Fig-8]	

**◊ Conjuntivite bacteriana**

História	Exame	1º exame	Outros exames
desconforto, sensação de corpo estranho, secreção purulenta (se grave, considerar etiologia gonocócica); inicialmente unilateral, tornando-se bilateral; eritema e edema da pálpebra; visão minimamente afetada ou não afetada; não há prurido	hiperemia conjuntival difusa; secreção mucoide ou purulenta; córnea clara, não há coloração por fluoresceína; acuidade visual e resposta pupilar normais	» <b>swabs conjuntivais para microcultura e sensibilidade, incluindo Chlamydia:</b> positiva Culturas positivas obtidas da conjuntiva ou da secreção podem permitir que o tratamento seja iniciado ou modificado apropriadamente. [Fig-6]	

## Comum

## ◊ Conjuntivite viral

História	Exame	1º exame	Outros exames
desconforto, sensação de corpo estranho, lacrimejamento (não purulento); geralmente profuso; inicialmente unilateral, tornando-se bilateral; sintomas associados de infecção do trato respiratório superior; histórico de contato recente com alguém que apresentava olho vermelho; visão minimamente afetada ou não afetada	hiperemia conjuntival difusa; folículos na conjuntiva tarsal; córnea clara inicialmente, possibilidade de pequenas manchas de infiltrados subepiteliais se desenvolverem de 2 a 3 semanas após o início; ocasionalmente surgem linfonodos pré-auriculares palpáveis; não há coloração corneal por fluoresceína; acuidade visual e respostas pupilares normais	» <b>swabs conjuntivais para microcultura e sensibilidade incluindo Chlamydia (para exclusão desses diagnósticos):</b> positivos em causa bacteriana ou fúngica A conjuntivite viral geralmente é um diagnóstico clínico. <a href="#">[Fig-7]</a>	Swabs conjuntivais são realizados para excluir os diagnósticos bacterial ou fúngico. Culturas positivas podem permitir que o tratamento seja iniciado ou modificado conforme o necessário.

## ◊ Hemorragia subconjuntival não traumática

História	Exame	1º exame	Outros exames
espontânea; histórico ocasional de manobra de Valsalva, tosse ou espirro, ou levantamento de peso; geralmente assintomática; ocasionalmente leve desconforto ou sensação de estalos no início; possível associação com hipertensão sistêmica ou medicamento anticoagulante	área bem circunscrita de sangramento confluente sob a conjuntiva (caso a borda posterior não possa ser observada, pode originar-se de um sangramento intracraniano, o que justifica o encaminhamento imediato ao setor de emergências), <a href="#">[22]</a> geralmente setorial; córnea clara, não há coloração por fluoresceína; acuidade visual e resposta	» <b>diagnóstico clínico:</b> nenhum exame inicial A hemorragia subconjuntival é observada como uma área bem circunscrita de sangramento confluente sob a conjuntiva. <a href="#">[Fig-9]</a>	

**Comum****◊ Hemorragia subconjuntival não traumática**

História	Exame	1º exame	Outros exames
	pupilar normais; possível hipertensão sistêmica; pressão arterial deve ser medida em todos os pacientes e tratada de acordo com as diretrizes[23]		

**Incomum****◊ Conjuntivite por clamídia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
desconforto, sensação de corpo estranho, secreção de muco, frequentemente profusa; geralmente de início unilateral, tornando-se bilateral; sintomas crônicos, apesar do uso de antibióticos tópicos; raramente associada aos sintomas de inflamação e secreção do trato geniturinário; visão minimamente afetada ou não afetada; não há prurido ou é mínimo	hiperemia conjuntival difusa; grandes folículos na conjuntiva tarsal; córnea clara, não há coloração por fluoresceína; acuidade visual e resposta pupilar normais	» <b>swab conjuntival/raspagem especificamente para Chlamydia:</b> positiva Culturas positivas obtidas da conjuntiva ou da secreção podem permitir que o tratamento seja iniciado ou modificado conforme o necessário. [Fig-20]	

**◊ Conjuntivite neonatal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
parto natural, apresentação até 1 mês após o nascimento; secreção mucoide ou purulenta, frequentemente profusa, geralmente bilateral; ocasionalmente associada a sintomas de inflamação ou	hiperemia conjuntival difusa; secreções purulentas; córnea clara, não há coloração por fluoresceína; resposta pupilar normal; reação folicular da conjuntiva tarsal não ocorre em neonatos,	» <b>swabs conjuntivais para microcultura e sensibilidade incluindo clamídia:</b> positivo clamídia Culturas positivas podem permitir que o tratamento seja	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 15, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

**Incomum****◊ Conjuntivite neonatal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
secreção geniturinários presentes na mãe	mesmo com infecção por clamídia	iniciado ou modificado conforme o necessário.	

**◊ Trauma ocular penetrante**

História	Exame	1º exame	Outros exames
identificação da natureza, força e tempo da lesão, principalmente com pequenos fragmentos de alta velocidade (por exemplo, produzidos pela batida de metal em metal ou ferramentas elétricas); geralmente visão reduzida; dor desde o início, pode ser pequeno	acuidade visual reduzida; hiperemia conjuntival; hemorragia subconjuntival, geralmente extensa; laceração da córnea ou da conjuntiva no local de entrada com possível prolapsos do tecido uveal (tecido de pigmentação escura); câmara anterior rasa (espaço entre a córnea e a íris) comparada ao outro olho; hifema (sangue na câmara anterior); pupila irregular; catarata; reflexo vermelho reduzido; associado a lesões na pálpebra e no rosto	» <b>tomografia computadorizada (TC) de crânio/óbitas:</b> observação do corpo estranho radiopaco É necessária a realização de exame de imagem da órbita para excluir um corpo estranho intraocular, especialmente em casos de lesão de alta velocidade. <a href="#">[21]</a>  Clinicamente, a penetração pode ser notada pela laceração no local de entrada com possível prolapsos do tecido uveal. <a href="#">[Fig-18]</a>	

**◊ Trauma químico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
histórico de instilação de irritantes químicos; detalhes exatos do momento, duração, pH e constituintes do químico são vitais, assim como qualquer tratamento fornecido agudamente; geralmente visão reduzida; dor desde	acuidade visual possivelmente reduzida; hiperemia da conjuntiva, áreas de palidez podem indicar queimadura severa; partículas podem ser observadas e retiradas dos fórnices na eversão da pálpebra; corante fluorescente epitelial	» <b>pH do filme lacrimal:</b> pH = 7 em filme lacrimal normal; portanto, pode ser elevado em lesão por ácali e diminuído em lesão por ácido	

**Incomum****◊ Trauma químico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
o início, pode ser grave; lacrimejamento, geralmente profuso	para conjuntiva e córnea; névoa na córnea obscurecendo detalhes da íris, se grave; eritema, edema e queimaduras da pálpebra; resposta pupilar normal		

**◊ Episclerite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
início agudo da vermelhidão e da dor; geralmente o paciente descreve a vermelhidão em uma área específica do olho e pode ter notado um pequeno nódulo adjacente a essa área; não há secreção; o paciente pode ter artrite reumatoide, granulomatose com poliangiti (de Wegener) ou lúpus eritematoso sistêmico (LES) associadas de forma subjacente	vermelhidão setorial em um ou nos dois olhos; um nódulo pode estar presente sobre a área; não há coloração com fluoresceína; acuidade visual e reações pupilares normais	<p>»<b>Hemograma completo:</b> os resultados dependem da causa subjacente A avaliação das causas de episclerite deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes.</p> <p>[Fig-17]</p> <p>»<b>ureia e eletrólitos:</b> os resultados dependem da causa subjacente A avaliação das causas de episclerite deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes.</p> <p>[Fig-17]</p> <p>»<b>Velocidade de hemossedimentação (VHS):</b> elevada em doenças inflamatórias A avaliação das causas de episclerite deve ser realizada em uma</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 15, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerar responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Incomum

## ◊ Episclerite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes.  <a href="#">[Fig-17]</a></p> <p>»<b>proteína C-reativa:</b> elevada em doenças inflamatórias  A avaliação das causas de episclerite deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes.  <a href="#">[Fig-17]</a></p> <p>»<b>fator reumatoide:</b> positivo em alguns pacientes com artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico  A avaliação das causas de episclerite deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes.  <a href="#">[Fig-17]</a></p> <p>»<b>anticorpo anticitoplasma de neutrófilo-c (ANCA-c):</b> positivo em granulomatose com poliangíite (de Wegener)  A avaliação das causas de episclerite deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de</p>	

**Incomum****◊ Episclerite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		doenças autoimunes subjacentes. [Fig-17]	

**◊ Esclerite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor ocular intensa e vermelhidão (características proeminentes); não há secreção; redução da acuidade visual pode estar presente, história médica pregressa deve ser revisada em busca de associações sistêmicas conhecidas, como doenças do tecido conjuntivo incluindo artrite reumatoide, granulomatose com poliangiíte (de Wegener), lúpus eritematoso sistêmico (LES) e policondrite recidivante	ingurgitamento profundo dos vasos esclerais e dor na palpação ocular; não há coloração por fluoresceína; a acuidade visual e as reações pupilares podem ser anormais dependendo da posição da esclerite no globo (anterior ou posterior)	<p>»<b>Hemograma completo:</b> os resultados dependem da causa subjacente A avaliação das causas de esclerite deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes.</p> <p>[Fig-16]</p> <p>»<b>ureia e eletrólitos:</b> os resultados dependem da causa subjacente A avaliação das causas de esclerite deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes.</p> <p>[Fig-16]</p> <p>»<b>Velocidade de hemossedimentação (VHS):</b> elevada em doenças inflamatórias A avaliação das causas de esclerite deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de</p>	

## Incomum

## ◊ Esclerite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>doenças autoimunes subjacentes.  <a href="#">[Fig-16]</a></p> <p>»<b>proteína C-reativa:</b> elevada em doenças inflamatórias  A avaliação das causas de esclerite deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes.  <a href="#">[Fig-16]</a></p> <p>»<b>fator reumatoide:</b> positivo em alguns pacientes com artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico (LES)  A avaliação das causas de esclerite deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes.  <a href="#">[Fig-16]</a></p> <p>»<b>anticorpo anticitoplasma de neutrófilo-c (ANCA-c):</b> positivo em granulomatose com poliangiite (de Wegener)  A avaliação das causas de esclerite deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes.</p>	

**Incomum****◊ Esclerite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		[Fig-16]	

**◊ Uveíte anterior**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor e fotofobia no olho afetado; dependendo da gravidade, a dor pode ser exacerbada quando o paciente realizar atividade de leitura ou uma tarefa próxima aos olhos; histórico de episódios similares; o histórico médico pregresso deve ser analisado para qualquer associação conhecida, como pacientes com resultado positivo para o complexo de histocompatibilidade HLA-B27, tuberculose, sífilis, doença de Lyme, sarcoidose, doença de Behçet e artrite pauciarticular juvenil crônica	a acuidade visual pode estar reduzida; padrão de rubor ciliar de vermelhidão no olho afetado; a análise criteriosa da córnea a da câmara anterior pode mostrar a presença de precipitados ceráticos (agregados celulares na superfície interna da córnea), células inflamatórias e turvação (aumento do conteúdo proteico dentro da câmara anterior permitindo a visualização do feixe de luz dentro do humor aquoso) e, em casos graves, presença de um hipópio; a borda pupilar pode parecer irregular e de reações anormais se sinéquias posteriores (adesão da íris à cápsula da lente) estiverem presentes	<p>»<b>Hemograma completo:</b> os resultados dependem da causa subjacente A avaliação da uveíte anterior deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes ou outras etiologias.</p> <p>[Fig-15]</p> <p>»<b>ureia e eletrólitos:</b> os resultados dependem da causa subjacente A avaliação da uveíte anterior deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes ou outras etiologias.</p> <p>[Fig-15]</p> <p>»<b>proteína C-reativa:</b> elevada em doenças inflamatórias e infecciosas A avaliação da uveíte anterior deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 15, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerar responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Incomum

## ◊ Uveíte anterior

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>subjacentes ou outras etiologias.  <a href="#">[Fig-15]</a></p> <p>»<b>sorologia para sífilis:</b> positivo para sífilis  A avaliação da uveíte anterior deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes ou outras etiologias.</p> <p><a href="#">[Fig-15]</a></p> <p>»<b>enzima conversora de angiotensina:</b> elevada na sarcoidose  A avaliação da uveíte anterior deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes ou outras etiologias.</p> <p><a href="#">[Fig-15]</a></p> <p>»<b>complexo de histocompatibilidade HLA-B27:</b> positivo para pacientes afetados  A avaliação da uveíte anterior deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes ou outras etiologias.</p> <p><a href="#">[Fig-15]</a></p>	

**Incomum****◊ Uveíte anterior**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»<b>triagem de autoanticorpos:</b> positiva de acordo com a doença autoimune subjacente</p> <p>A avaliação da uveíte anterior deve ser realizada em uma clínica especializada para avaliação de doenças autoimunes subjacentes ou outras etiologias.</p> <p>[Fig-15]</p>	

**◊ Glaucoma de ângulo fechado**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor ocular grave frequentemente associada com vômitos; visão turva e halos ao redor de fontes de luzes; o histórico ocular, médico e de medicamentos do paciente deve ser analisado para excluir qualquer associação conhecida	acuidade visual reduzida; córnea turva e fixa, pupila de forma oval semidilatada; na palpação digital leve o globo parece duro	<p>»<b>medição da pressão intraocular:</b> pressão intraocular elevada</p> <p>Avaliação para glaucoma de ângulo fechado deve ser realizada por um oftalmologista.</p> <p>A pressão intraocular normal é 12 a 21 mmHg.</p> <p>[Fig-19]</p>	

# Diretrizes de diagnóstico

## Europa

### Sub-conjunctival haemorrhage

**Publicado por:** The College of Optometrists (UK)

**Última publicação em:** 2017

## América do Norte

### Conjunctivitis

**Publicado por:** American Academy of Ophthalmology

**Última publicação em:** 2013

## Artigos principais

- McDonnell PJ. How do general practitioners manage eye disease in the community? Br J Ophthalmol. 1988 Oct;72(10):733-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Leibowitz HM. The red eye. N Engl J Med. 2000 Aug 3;343(5):345-51. [Resumo](#)

## Referências

- McDonnell PJ. How do general practitioners manage eye disease in the community? Br J Ophthalmol. 1988 Oct;72(10):733-6. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Vernon SA. Eye care and the medical student: where should emphasis be placed in undergraduate ophthalmology? J R Soc Med. 1988 Jun;81(6):335-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Dayan M, Turner B, McGhee C. Acute angle closure glaucoma masquerading as systemic illness. BMJ. 1996 Aug 17;313(7054):413-5. [Resumo](#)
- Kunimoto DY, Kanithar KD, Makar M. Differential diagnosis of ocular symptoms. In: Kunimoto DY, Kanithar KD, Makar M, eds. The Wills eye manual, office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease. Philadelphia (PA): Lippincott Williams and Wilkins; 2004:1-5.
- Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. JAMA. 2013 Oct 23;310(16):1721-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Sheldrick JH, Wilson AD, Vernon SA, et al. Management of ophthalmic disease in general practice. Br J Gen Pract. 1993 Nov;43(376):459-62. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- David R, Tessler Z, Yassur Y. Long-term outcome of primary acute angle-closure glaucoma. Br J Ophthalmol. 1985 Apr;69(4):261-2. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Dunlop A, Wells J. Approach to red eye for primary care practitioners. Prim Care. 2015 Sep;42(3):267-84. [Resumo](#)
- Wagoner MD. Chemical injuries of the eye: current concepts in pathophysiology and therapy. Surv Ophthalmol. 1997 Jan-Feb;41(4):275-313. [Resumo](#)
- Tuft SJ, Watson PG. Progression of scleral disease. Ophthalmology. 1991 Apr;98(4):467-71. [Resumo](#)
- Canadian Paediatric Society. Recommendations for the prevention of neonatal ophthalmia. Paediatr Child Health. 2002 Sep;7(7):480-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- The College of Optometrists. Clinical management guidelines: ophthalmia neonatorum. Oct 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)

13. Matejcek A, Goldman RD. Treatment and prevention of ophthalmia neonatorum. *Can Fam Physician*. 2013 Nov;59(11):1187-90. [Texto completo](#) [Resumo](#)
14. American Academy of Ophthalmology. Conjunctivitis Preferred Practice Pattern. Oct 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
15. Bal SK, Hollingworth GR. Red eye. *BMJ*. 2005 Aug 20;331(7514):438. [Resumo](#)
16. Rietveld RP, ter Riet G, Bindels PJ, et al. Predicting bacterial cause in infectious conjunctivitis: cohort study on informativeness of combinations of signs and symptoms. *BMJ*. 2004 Jul 24;329(7459):206-10. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Hart CA, Thomson AP. Meningococcal disease and its management in children. *BMJ*. 2006 Sep 30;333(7570):685-90. [Texto completo](#) [Resumo](#)
18. Leibowitz HM. The red eye. *N Engl J Med*. 2000 Aug 3;343(5):345-51. [Resumo](#)
19. Rose GE, Pearson RV. Unequal pupil size in patients with unilateral red eye. *BMJ*. 1991 Mar 9;302(6776):571-2. [Texto completo](#) [Resumo](#)
20. Chong NV, Murray PI. Pen torch test in patients with unilateral red eye. *Br J Gen Pract*. 1993 Jun;43(371):259. [Texto completo](#) [Resumo](#)
21. Saeed A, Cassidy L, Malone DE, et al. Plain X-ray and computed tomography of the orbit in cases and suspected cases of intraocular foreign body. *Eye (Lond)*. 2008 Nov;22(11):1373-7. [Resumo](#)
22. The College of Optometrists. Clinical management guidelines: sub-conjunctival haemorrhage. Oct 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
23. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in adults: diagnosis and management. Nov 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)

# Imagens



**Figura 1: Triquíase**

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



**Figura 2: Entrópio**

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



**Figura 3: Ectrópio**

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



**Figura 4: Blefarite**

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



**Figura 5: Olho seco (corado com rosa bengala)**

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



**Figura 6: Conjuntivite bacteriana**

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



**Figura 7: Conjuntivite viral**

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



**Figura 8: Ceratoconjuntivite alérgica (primaveril)**

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



**Figura 9: Hemorragia subconjuntival**

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



**Figura 10: Corpo estranho subtarsal: abrasão vertical da córnea observada com coloração por fluoresceína**

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris

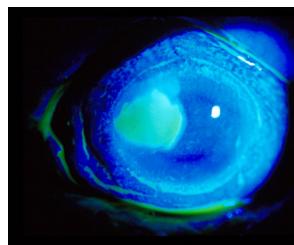


Figura 11: Úlcera da córnea observada com coloração de fluoresceína

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



Figura 12: Úlcera dendrítica observada com coloração por fluoresceína

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



Figura 13: Corpo estranho na córnea

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



Figura 14: Abrasão da córnea observada com coloração de fluoresceína

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



*Figura 15: Uveíte anterior com sinéquias posteriores*

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



*Figura 16: Esclerite*

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



*Figura 17: Episclerite*

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



*Figura 18: Lesão da córnea penetrante com prolapso da íris*

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



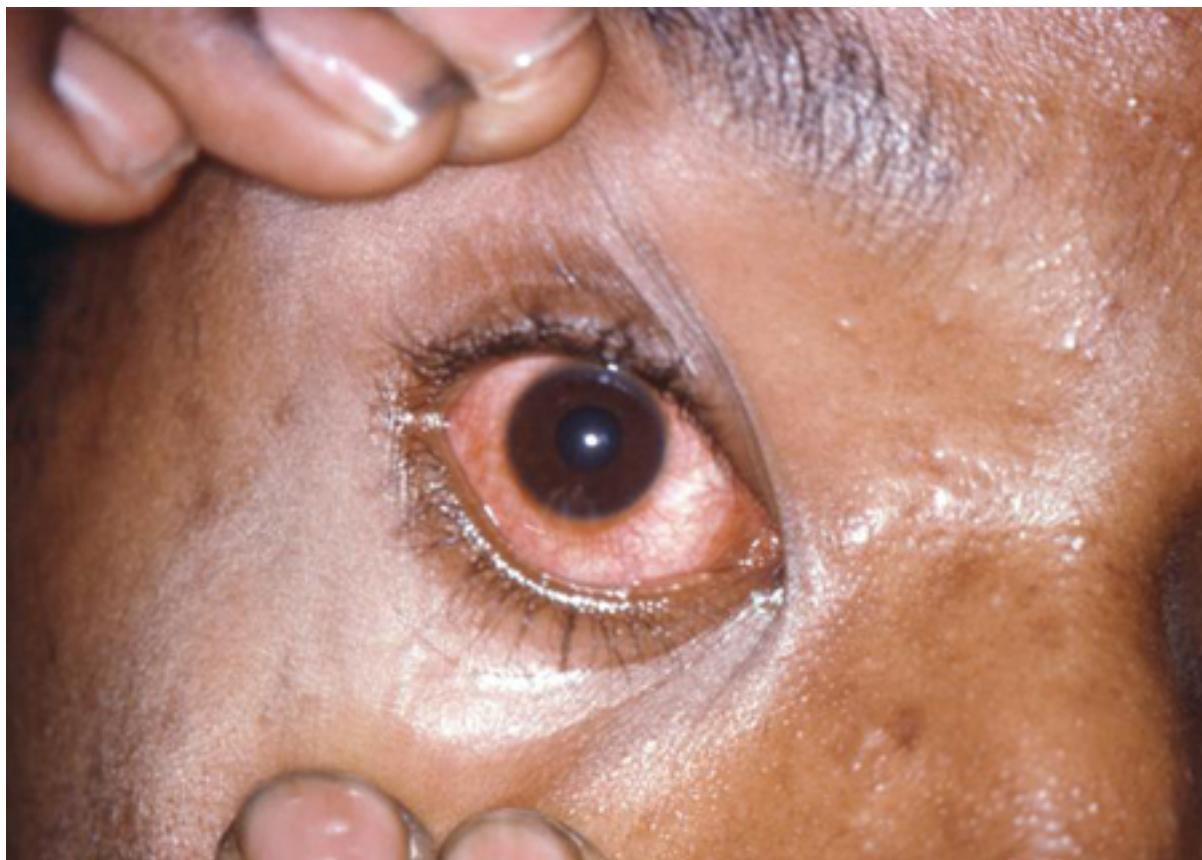
*Figura 19: Glaucoma de ângulo fechado: edema central da córnea com pupilas em média midríase em formato ovalar.*

Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



*Figura 20: Conjuntivite por clamídia*

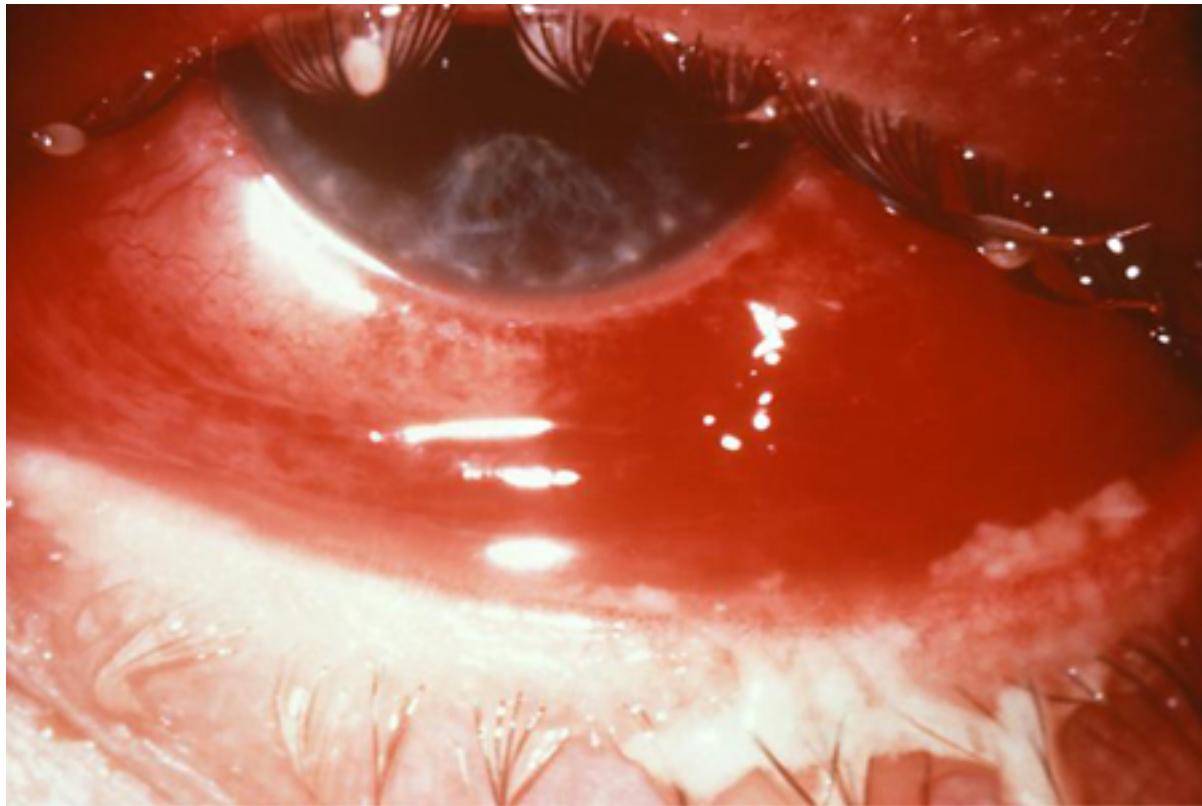
Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris



IMAGES

Figura 21: Conjuntivite gonocócica

Biblioteca de Imagens do CDC/Joe Miller



*Figura 22: Conjuntivite gonorrreica: resultou em cegueira parcial*

Biblioteca de Imagens do CDC



Figura 23: Conjuntivite: consequência de artrite reativa

Biblioteca de Imagens do CDC/Joe Miller

IMAGES

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice		
	Numerais de 5 dígitos	10,000
	Numerais de 4 dígitos	1000
	Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
London  
WC1H 9JR  
UK

DISCLAIMER

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Aug 15, 2018.

43

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

#### **Jonathan Smith, FRCOphth, MRCP**

Consultant Ophthalmologist  
Sunderland Eye Infirmary, Sunderland, UK  
DIVULGAÇÕES: JS declares that he has received travel and meeting costs from Novartis and Bayer.

---

#### **Philip Severn, FRCOphth, MRCP**

Consultant Ophthalmologist  
James Cook University Hospital, Middlesbrough, UK  
DIVULGAÇÕES: PS declares that he has served on the advisory boards of and received travel grants from Bayer and Novartis. He has also received travel grants from Allergan.

---

#### **Lucy Clarke, MRCS, FRCOphth**

Consultant in Ophthalmology  
Royal Victoria Infirmary, Newcastle-upon-Tyne, UK  
DIVULGAÇÕES: LC declares that she has no competing interests.

### // Colegas revisores:

---

#### **Michael P. Ehrenhaus, MD**

Assistant Professor of Ophthalmology  
Cornea External Disease and Refractive Surgery Local Director, Long Island College Hospital Eye Center,  
Brooklyn, NY  
DIVULGAÇÕES: MPE declares that he has no competing interests.

---

#### **Usha Chakravarthy, MBBS, FRCS, PhD**

Professor of Ophthalmology and Vision Sciences  
Centre for Vision Science, Queen's University Belfast, Belfast, UK  
DIVULGAÇÕES: UC declares that she has no competing interests.