

# BMJ Best Practice

## Conjuntivite aguda

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Jan 05, 2018

# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
<b>Prevenção</b>	<b>7</b>
Prevenção primária	7
Prevenção secundária	7
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	10
Anamnese e exame físico	12
Exames diagnóstico	13
Diagnóstico diferencial	14
<b>Tratamento</b>	<b>16</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	16
Visão geral do tratamento	18
Opções de tratamento	21
Novidades	35
<b>Acompanhamento</b>	<b>36</b>
Recomendações	36
Complicações	36
Prognóstico	37
<b>Diretrizes</b>	<b>38</b>
Diretrizes de diagnóstico	38
Diretrizes de tratamento	38
<b>Nível de evidência</b>	<b>39</b>
<b>Referências</b>	<b>40</b>
<b>Imagens</b>	<b>47</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>52</b>

## Resumo

- ◇ Os sintomas incluem um olho vermelho irritado com lacrimejamento ou secreção purulenta.
- ◇ A conjuntivite alérgica geralmente é bilateral, com lacrimejamento e prurido.
- ◇ O tratamento da conjuntivite alérgica inclui anti-histamínicos e estabilizadores de mastócitos tópicos; o tratamento da conjuntivite bacteriana inclui antibióticos tópicos; a conjuntivite viral requer tratamento sintomático.
- ◇ As conjuntivites bacteriana e viral são altamente contagiosas; devem-se considerar medidas para prevenir a disseminação da infecção.

## Definição

A conjuntivite é a inflamação do revestimento das pálpebras e do globo ocular causada por bactérias, vírus, reações alérgicas e imunológicas, irritação mecânica ou medicamentos.[1]

[Fig-1]

## Epidemiologia

A conjuntivite geralmente afeta homens e mulheres de todas as idades.[1] Geralmente, ela é tratada por clínicos gerais e estima-se que seja responsável por quase 1% de todas as consultas em unidades básicas de saúde.[2] Na Inglaterra, existem 13 a 14 casos por 1000 pessoas a cada ano.[3] [4] A taxa de incidência parece ser mais elevada em crianças <1 ano (80 casos por 1000 pacientes-ano) que em crianças >4 anos (12 casos por 1000 pacientes-ano).[5] Foi reportado que até 1.3% da população dos EUA têm a condição.[6] Nos EUA, 3% de todas as visitas ao pronto-socorro estão relacionados aos olhos, sendo 30% destes devidos à conjuntivite. Dois por cento de todas as visitas a médicos de unidades básicas de saúde são relacionadas com condições dos olhos, das quais 54% são conjuntivite ou abrasão da córnea.[7] De forma semelhante, a conjuntivite sazonal representa mais de 90% dos casos de conjuntivite alérgica.[8] [9] [10] [11] [12] A conjuntivite perene é menos comum, mas 80% desses pacientes têm surtos sazonais de exacerbação.[8] A doença da conjuntivite alérgica atópica é mais comum em adultos, e a conjuntivite alérgica primaveril (uma forma de conjuntivite alérgica mais grave e crônica) é mais comuns em garotos. As conjuntivites atópica e primaveril juntas representam 2% das doenças oculares alérgicas; a dermatite atópica ocorre em 3% da população, e 25% destes têm envolvimento ocular.[9] [10] [11] [12]

A prevalência de casos da ceratoconjuntivite vernal na Europa varia de 1.2 a 10.6 por população de 10,000, embora a prevalência de complicações associadas à córnea seja muito mais baixa (0.3-2.3 por população de 10,000).[13]

A conjuntivite bacteriana é mais comum em crianças e a conjuntivite viral é mais comum em adultos. Da conjuntivite infecciosa, 42% a 80% é bacteriana, 3% é por clamídia, e 13% a 70% é viral.[14] [15] [16] [17] [18] A conjuntivite viral representa até 50% de todas as conjuntivites agudas nas unidades básicas de saúde.[14] [15] [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24] [25] O penfigoide cicatricial ocular e a conjuntivite neoplásica são raros.

[Fig-4]

[Fig-5]

[Fig-1]

## Etiologia

Os patógenos bacterianos mais comuns na conjuntivite infecciosa incluem *Pneumococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis* e *Haemophilus influenzae*. [14] [15] [16] Raramente, a *Neisseria gonorrhoeae* causa uma conjuntivite purulenta hiperaguda; o organismo é transmitido da genitália para as mãos, e daí para os olhos.[26] A *Chlamydia* é uma causa comum de conjuntivite persistente.[14]

A conjuntivite viral pode ser causada por adenovírus, herpes simples, Epstein-Barr, varicela-zóster, molusco contagioso, coxsackie e enterovírus.[1] A conjuntivite adenoviral geralmente causa ceratoconjuntivite epidêmica, conjuntivite folicular e conjuntivite inespecífica.[18] [27] A conjuntivite viral é altamente

contagiosa, disseminada pelo contato direto com pessoas ou superfícies contaminadas expostas a secreções.[28] [29]

O uso de lentes de contato pode causar ceratoconjuntivite ou conjuntivite papilar de células gigantes devido à substituição infrequente das lentes, tempo prolongado de uso, higiene insuficiente da lente, soluções para lentes de contato alergênicas, conteúdo de natureza iônica ou com grande quantidade de água, ou mal encaixe das lentes de contato.

A conjuntivite mecânica pode ser causada por irritação conjuntival crônica, especialmente durante o sono. Geralmente, é causada pela síndrome da pálpebra flácida, que está associada à obesidade, apneia do sono, frouxidão da pálpebra superior e imbricação palpebral (sobreposição da pálpebra superior à pálpebra inferior).

A conjuntivite tóxica/química é causada por irritação da conjuntiva pela exposição ambiental a produtos químicos (incluindo ácidos e bases). Algumas preparações oculares, como medicamentos para glaucoma, antibióticos e antivirais, muitas vezes contêm conservantes como cloreto de benzalcônio, que podem se acumular na conjuntiva após administração frequente; esses conservantes podem ser um fator causador.

O penfigoide cicatricial ocular pode se desenvolver a partir de uma predisposição genética ou como resposta a certos medicamentos tópicos, como idoxuridina, pilocarpina, adrenalina, timolol e iodeto de ecotiopato.

A conjuntivite neoplásica é causada por um carcinoma de glândula sebácea; radioterapia secundária também pode induzir uma conjuntivite crônica.

[Fig-5]

## Fisiopatologia

A conjuntiva contém epitélio escamoso não queratinizante e uma substância própria fina ricamente vascularizada. A conjuntiva também tem glândulas lacrimais acessórias e células caliciformes.

A conjuntivite alérgica é causada por uma resposta imune de tipo I a um alérgeno. O alérgeno se une a um mastócito e ocorre uma ligação cruzada com a imunoglobulina E (IgE), causando degranulação do mastócito e iniciação de uma cascata inflamatória. Isso resulta na liberação de histamina pelos mastócitos, além de outros mediadores, incluindo triptase, quimase, heparina, sulfato de condroitina, prostaglandinas, tromboxane e leucotrienos. A histamina e a bradicinina imediatamente estimulam os nociceptores, causando prurido, aumento da permeabilidade vascular, vasodilatação, vermelhidão e hiperemia conjuntival.

A conjuntivite infecciosa decorre da redução das defesas do hospedeiro e da contaminação externa. Patógenos infecciosos podem invadir a partir de locais adjacentes ou por transmissão sanguínea, e se replicar dentro das células da mucosa conjuntiva. Infecções bacterianas e virais iniciam uma cascata inflamatória leucocítica ou linfocítica, levando à atração de leucócitos e eritrócitos para a área. Esses leucócitos atingem a superfície da conjuntiva e se acumulam ali, movendo-se facilmente através dos capilares dilatados e altamente permeáveis.

## Classificação

## Padrões de prática da American Academy of Ophthalmology[1]

- Conjuntivite alérgica
  - Ceratoconjuntivite atópica
  - Conjuntivite alérgica sazonal
  - Conjuntivite primaveril
  - Conjuntivite papilar gigante
- Conjuntivite bacteriana
  - Conjuntivite bacteriana gonocócica (hiperaguda)
  - Conjuntivite bacteriana não-gonocócica
  - Conjuntivite por clamídia
- Conjuntivite viral
  - Conjuntivite adenoviral
  - Conjuntivite herpética
  - Outros vírus

Formas menos comuns de conjuntivite:

- Conjuntivite mecânica/irritativa/tóxica
  - Conjuntivite relacionada a lentes de contato
  - Conjuntivite tóxica/química
  - Conjuntivite relacionada a medicamentos
- Conjuntivite mediada imunologicamente
  - Penfigoide cicatricial ocular
  - Doença do enxerto contra o hospedeiro
  - Síndrome de Stevens-Johnson
- Neoplásica

## Prevenção primária

O diagnóstico precoce e preciso pode levar ao início do tratamento adequado e/ou isolamento, o que pode limitar a disseminação da doença e reduzir a morbidade ocular. Os pacientes devem ser orientados a praticar medidas de higiene cautelosas, como não dividir toalhas, para prevenir a disseminação da infecção a outros.

## Prevenção secundária

Pacientes com história de conjuntivite alérgica devem evitar alérgenos conhecidos.

Pacientes com conjuntivite infecciosa devem considerar medidas para prevenir a disseminação da doença, incluindo lavar as mãos com frequência, não dividir toalhas ou lençóis, e não ir ao trabalho, escola ou creche.

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma garota de 6 anos sem história médica pregressa significativa se consulta 4 dias após desenvolver irritação e vermelhidão no olho esquerdo. Sua mãe afirma que vem enxugando um lacrimejamento amarelo esbranquiçado espesso do olho, e que o olho fica fechado devido à cobertura de secreção pela manhã. Ela nega exposição a pessoa infectada, sintomas no trato respiratório superior ou uso de lentes de contato. Ela também nega dor significativa ou sensibilidade à luz. No exame físico, as pupilas da paciente estão iguais e reativas. Ela não apresenta linfonodo pré-auricular sensível à palpação. O exame com lanterna clínica não revela nenhuma opacidade corneana, mas observa-se um lacrimejamento espesso e esbranquiçado.

### Caso clínico #2

Um garoto de 14 anos sem história médica pregressa significativa se consulta 3 dias após desenvolver irritação e vermelhidão no olho direito, disseminada, naquele dia, para o olho esquerdo. Ele apresenta lacrimejamento em ambos os olhos, que amanhecem com as pálpebras grudadas. Ele relata sintomas recentes no trato respiratório superior, e que várias crianças na escola tiveram o olho avermelhado recentemente. Ele nega dor significativa ou sensibilidade à luz, e não usa lentes de contato. No exame físico, suas pupilas estão iguais e reativas, e ele apresenta um linfonodo pré-auricular sensível à palpação do lado direito. O exame com lanterna clínica não revela opacidade corneana.

### Outras apresentações

A apresentação hiperaguda por mais de 24 a 48 horas com secreção amarela esbranquiçada contínua em pessoas sexualmente ativas é compatível com *Neisseria gonorrhoeae*, a menos que algo diferente seja confirmado.

[Fig-2]

[Fig-3]

A conjuntivite alérgica geralmente é bilateral com prurido e lacrimejamento ou secreção pegajosa.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

A conjuntivite aguda se apresenta clinicamente com um olho vermelho e lacrimejamento sem dor, sensibilidade à luz ou perda da visão significativas. Muitas vezes, é difícil diferenciar clinicamente conjuntivite alérgica, viral e bacteriana, pois muitas vezes há uma significativa sobreposição nos sintomas manifestos. Se houver suspeita de que a conjuntivite seja infecciosa, deve-se considerar um imunoensaio rápido para adenovírus, a fim de identificar a possibilidade de conjuntivite adenoviral,[32] que é a causa mais comum da conjuntivite aguda.



## Conjuntivite alérgica

Todas as formas de conjuntivite alérgica são bilaterais. A doença geralmente está associada a uma secreção de muco líquida ou pegajosa, e o prurido como queixa primária deve estar presente para a realização do diagnóstico. A conjuntivite alérgica geralmente é sazonal e, muitas vezes, está associada a pacientes com uma história de dermatite atópica, febre do feno e asma.

A conjuntivite atópica geralmente ocorre em adultos e está associada à dermatite atópica das pálpebras. A conjuntivite primaveril geralmente ocorre em homens jovens descendentes de asiáticos ou mediterrâneos.

[Fig-4]

## Conjuntivite bacteriana aguda

A conjuntivite bacteriana aguda tem maior probabilidade de ser bilateral que unilateral. Os pacientes geralmente se queixam de olho vermelho associado a ardência ou sensação de corpo estranho. Prurido é incomum. Ela está associada a uma reação conjuntiva papilar, emaranhamento dos cílios e secreção purulenta. Não há linfadenopatia pré-auricular, como ocorre na conjuntivite bacteriana hiperaguda. A conjuntivite bacteriana pode estar associada a otite média concomitante.

[Fig-5]

## Conjuntivite bacteriana hiperaguda (gonorreica)

É provável que a conjuntivite bacteriana hiperaguda seja causada por *Neisseria gonorrhoeae*. Ela está associada a uma secreção abundante e purulenta, edema nas pálpebras e quemose que se desenvolve ao longo de 12 a 24 horas. Pode também haver úlceras periféricas na córnea. Tipicamente, o paciente é um adulto jovem sexualmente ativo; pode haver linfadenopatia pré-auricular. Uma coloração de Gram para diplococos é o principal recurso de diferenciação.

[Fig-2]

[Fig-3]

## Conjuntivite bacteriana por clamídia

A conjuntivite por clamídia é transmitida sexualmente e geralmente é encontrada em adultos jovens sexualmente ativos. Os pacientes geralmente apresentam secreção de muco ou uma secreção pegajosa, folículos conjuntivais e pano da córnea, e pode haver infiltrados na córnea. A presença de linfadenopatia pré-auricular é comum. Essa forma geralmente evolui para conjuntivite crônica. Aproximadamente 70% dos pacientes com clamídia ocular confirmada também têm clamídia urogenital, e devem ser encaminhados para investigação.

## Conjuntivite viral

A causa mais comum de conjuntivite viral é adenovírus. Geralmente começa em um olho e se dissemina para o outro alguns dias depois. Frequentemente está associada com exposição a uma pessoa infectada ou com sintomas recentes no trato respiratório superior. Os pacientes se queixam de olho vermelho com prurido, ardência ou sensação de corpo estranho associado a lacrimejamento ou secreção de muco e linfadenopatia pré-auricular. Pode haver infiltrados subepiteliais na córnea. A conjuntivite herpética geralmente é unilateral e apresenta vesículas nas pálpebras, mas pode se apresentar de maneira indistinguível do adenovírus.

[Fig-1]

## Avaliação laboratorial

Se houver suspeita de conjuntivite infecciosa, deve-se considerar um imunoensaio rápido para adenovírus, a fim de identificar a conjuntivite adenoviral (que é a causa mais comum da conjuntivite aguda).[33] [34] [35] A sensibilidade está entre 85% e 93%, e a especificidade, entre 94% e 99%.[24] [32] Os valores preditivos positivo e negativo para este teste são 82.4% e 96.3%, respectivamente.[24] Como pacientes com adenovírus precisam de mais tempo longe do trabalho ou escola, o diagnóstico correto e eficiente (possibilitado pelo imunoensaio rápido para adenovírus) pode limitar o uso de antibióticos desnecessários e reduzir a disseminação da doença.

Outros exames laboratoriais incluem reação em cadeia da polimerase e cultura celular, mas a maioria dos pacientes não são enviados rotineiramente para tais exames, devido ao tempo necessário para se obter um resultado.[36] [37] O uso desses testes deve ser considerado para formas crônicas de conjuntivite infecciosa, a fim de confirmar o patógeno.

A cultura celular é o teste mais preciso e confiável, mas o resultado de identificação de um vírus pode levar até 3 semanas. A reação em cadeia da polimerase é utilizada principalmente para fins de investigação.[38]

A conjuntivite hiperaguda requer uma coloração de Gram, para identificar diplococos Gram-negativos, e cultura celular (ágar chocolate), para excluir a *N gonorrhoeae*. [26]

## Conjuntivite não infecciosa

A conjuntivite não infecciosa geralmente pode ser diagnosticada com base na história do paciente. A exposição química direta do olho pode indicar conjuntivite tóxica/química. Em caso de suspeita de lesão por respingos químicos, o pH ocular deve ser testado, e a irrigação do olho deve ser continuada até que o pH seja 7. A conjuntivite também pode ser causada pelo uso de lentes de contato ou irritação mecânica pela pálpebra.

## Encaminhamento a um especialista

As condições a seguir podem indicar uma doença mais grave, e deve-se considerar o encaminhamento a um oftalmologista: história de trauma, doença reumatoide, uso de lentes de contato, dor significativa, perda da visão, sensibilidade à luz, pupila irregular ou fixa, defeito pupilar aferente ou mancha branca na córnea.[24]

## Fatores de risco

### Fortes

#### exposição a pessoas infectadas

- A conjuntivite infecciosa é muito contagiosa.[1]

#### infecção em um olho

- A conjuntivite pode se disseminar de um olho ao outro, especialmente a conjuntivite viral.

#### agentes irritantes ambientais

- Causa da conjuntivite tóxica/química.

**exposição a alérgenos**

- Causa da conjuntivite alérgica.

**acampamentos, piscinas, bases militares**

- Muitas vezes, é transmitida entre pessoas com contato próximo. A disseminação viral é mais prevalente que a disseminação bacteriana nessas situações.[14] [15] [16] [17]

**homens jovens da Ásia ou do Mediterrâneo**

- A conjuntivite primaveril é mais comum nesse grupo.[30]  
[Fig-4]

**atopia**

- Cerca de 25% das pessoas com dermatite atópica apresentam envolvimento ocular.[9] [10]

**uso de lentes de contato**

- Conjuntivite papilar gigante causada pela interação mecânica crônica com lentes de contato.[1]  
Usuários de lentes de contato gelatinosas têm alto risco de ceratite bacteriana, especialmente com lentes de uso prolongado.

**próteses oculares**

- Conjuntivite papilar gigante causada por interação mecânica crônica com prótese.[1]

**irritação mecânica**

- A síndrome da pálpebra flácida, que está associada à obesidade e à apneia do sono, pode causar inversão crônica da pálpebra superior e trauma mecânico durante o sono.

**Fracos****asma**

- A conjuntivite alérgica é mais prevalente em pessoas com asma.

**febre do feno**

- A conjuntivite alérgica é mais prevalente em pessoas com febre do feno.

**medicamentos oculares tópicos**

- Preparações medicamentosas oculares, incluindo medicamentos para glaucoma, antibióticos e antivirais, muitas vezes contêm conservantes como cloreto de benzalcônio, que podem se acumular na conjuntiva após a administração frequente do medicamento e causar irritação nos olhos.

**medicamentos anticolinérgicos/anti-histamínicos orais**

- Os efeitos adversos de medicamentos por via oral com anti-histamínicos ou anticolinérgicos podem causar secura nos olhos, o que pode reduzir o mecanismo protetor do olho e predispor à conjuntivite.

**carcinoma das glândulas sebáceas**

- O carcinoma das glândulas sebáceas pode ser uma das causas da conjuntivite crônica. A radioterapia para este tipo de câncer pode induzir alterações patológicas na conjuntiva, incluindo perda de células calciformes e glândulas lacrimais acessórias, causando secura e irritação.

**história de doença reumática**

- Mais comum na conjuntivite inflamatória que nas formas virais e bacterianas.[31]

## Anamnese e exame físico

**Principais fatores de diagnóstico****presença de fatores de risco (comum)**

- Os principais fatores incluem exposição a contato infectado (risco específico para conjuntivite viral), exposição a alérgeno, sintomas do trato respiratório superior, exposição a irritantes ambientais e história de dermatite atópica.

**lacrimejamento (comum)**

- Mais comum em infecção viral que em infecção bacteriana ou alérgica.[9] [10] [14] [15] [16] [17]

**secreção mucoide filamentosa (comum)**

- Mais comum em infecção alérgica que em infecção bacteriana ou viral.[9] [10] [14] [15] [16] [17]

**secreção purulenta (comum)**

- Mais comum na infecção bacteriana do que na infecção viral.[14] [15] [16] [17] Secreção purulenta contínua por 12 a 24 horas pode indicar uma infecção gonorréica hiperaguda.

**prurido como sintoma predominante (comum)**

- Mais comum na alérgica do que na infecção viral.[9] [10]

**pálpebras coladas pela manhã (comum)**

- Ocorre nas infecções bacteriana e viral.[14] [15] [16] [17]

**linfadenopatia pré-auricular sensível à palpação (comum)**

- Mais comum na infecção viral do que na infecção bacteriana.[14] [15] [16] [17]

**Outros fatores de diagnóstico****folículos conjuntivais (comum)**

- Presente na infecção viral.[14] [15] [16] [17]

**ceratopatia ponteadas superficial (comum)**

- Presente na infecção viral.[14] [15] [16] [17]

**doença unilateral (comum)**

- Mais comum na infecção bacteriana do que na infecção viral.[14] [15] [16] [17]

**infiltrados subepiteliais da córnea (incomum)**

- Pode estar presente em infecção viral e bacteriana.

**pano da córnea (incomum)**

- Pode estar presente em infecção viral e bacteriana.

**erupção cutânea vesicular (incomum)**

- Pode indicar infecção por herpes-zóster.

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>imunoensaio rápido para adenovírus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positivo para infecção por adenovírus.[33] [34] [35] Exame de imunoensaio de dez minutos no consultório para diagnosticar adenovírus na amostra do líquido lacrimal. Uma linha de controle visível indica resultado negativo; 2 linhas visíveis indicam positivo.[24] [32] Esses imunoensaios têm sensibilidade de 90% e especificidade de 96%.[24] [32]</li> </ul>	<b>2 linhas visíveis indicam resultado positivo</b>

### Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>cultura celular</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teste mais preciso e confiável; pode levar de 1 a 3 semanas para um resultado.[38] [36] [37] A cultura celular tem sensibilidade de 91% e especificidade de 100%.[24]</li> </ul>	<b>isolamento bacteriano ou viral</b>
<b>coloração de Gram</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usada em conjuntivite hiperaguda para identificar diplococos Gram-negativos (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>).[26]</li> </ul>	<b>visualização de organismos bacterianos</b>
<b>reação em cadeia da polimerase</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muito sensível; geralmente requer de 1 a 4 dias para um resultado.[20] [39] [40] Utilizada principalmente para fins de investigação.</li> </ul>	<b>ácido desoxirribonucleico (DNA) bacteriano ou viral ampliado</b>
<b>pH ocular</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em casos de suspeita de lesão por respingo químico, o pH ocular deve ser testado, e a irrigação do olho continuada até que o pH seja 7.</li> </ul>	<b>o pH ideal é 7</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Olhos secos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quadro clínico típico de adultos; ocorre mais em mulheres que em homens; geralmente é bilateral com secreção mínima ou emaranhamento dos cílios; injeção mínima; sem secreção ou linfadenopatia.[41] [42] [43] [44] [45] [46]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coloração pontuada da córnea com corante de fluoresceína; testes de Schirmer com &lt;10 mm; tempo de intervalo de lacrimejamento &lt;10 segundos.</li> </ul>
<b>Blefarite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quadro clínico crônico típico de adultos; mais comum em mulheres que em homens; geralmente é bilateral com secreção mínima ou emaranhamento dos cílios; injeção mínima; sem secreção ou linfadenopatia; presença de disfunção nas glândulas meibomianas, vasos telangiectásicos nas bordas da pálpebra; crostas ao redor dos cílios.[41] [42] [43] [44] [45] [46]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervalo de lacrimejamento &lt;10 segundos.</li> </ul>
<b>Episclerite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unilateral é mais comum que bilateral; injeção tipicamente segmental; sem secreção ou emaranhamento dos cílios; desconforto mínimo.[41] [42] [43] [44] [45] [46]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem testes definitivos; casos recorrentes, bilaterais ou persistentes requerem exames de sangue para excluir uma doença inflamatória sistêmica.</li> </ul>
<b>Uso excessivo de lentes de contato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de dormir com lentes de contato; recorrências múltiplas; sensibilidade à luz.[41] [42] [43] [44] [45] [46]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem testes definitivos.</li> </ul>
<b>Irite (uveíte)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dor e sensibilidade à luz mais pronunciadas que a irritação; unilateral mais comum que bilateral.[41] [42] [43] [44] [45] [46]</li> <li>Leucócitos e eritrócitos, além de turvação (efeito causado pelo aumento do conteúdo proteico do humor aquoso) geralmente observados com exame de lâmpada de fenda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem testes definitivos; casos recorrentes, bilaterais ou persistentes requerem exames de sangue para excluir uma doença inflamatória sistêmica.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Glaucoma agudo de ângulo fechado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adulto, geralmente acima dos 40 anos de idade; pode haver a presença de náuseas e vômitos, bem como cefaleia periocular profunda e incômoda; unilateral; dor associada à diminuição da visão; pupila meio dilatada e não reativa; presença de defeito pupilar aferente.[41] [42] [43] [44] [45] [46]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elevação acentuada na pressão intraocular (normal &lt;22 mmHg); córneas finas (paquimetria &lt;520); defeito pupilar aferente.</li> </ul>

## Abordagem passo a passo do tratamento

É importante diferenciar os subtipos de conjuntivite para possibilitar o tratamento mais eficaz.

### Conjuntivite alérgica

Geralmente, a maioria das conjuntivites alérgicas é tratada inicialmente como leve, a menos que haja fracasso no tratamento e ela seja elevada para moderada. A doença leve a moderada geralmente apresenta conjuntiva edemaciada com reação conjuntival papilar leve com pequena secreção de muco. Casos mais graves apresentam papilas gigantes na conjuntiva das pálpebras, folículos límbicos e úlcera de córnea em escudo (estéril).

#### Alérgica, leve

Conjuntivite alérgica leve refere-se a olhos vermelhos lacrimejantes e com prurido; em geral, ocorre sazonalmente e responde a medidas de suporte, incluindo lágrimas artificiais e compressas frias. As lágrimas artificiais ajudam a diluir diversos alérgenos e mediadores inflamatórios possivelmente presentes na superfície ocular.

#### Alérgica, moderada

Conjuntivite alérgica moderada refere-se a olhos vermelhos lacrimejantes e com prurido; em geral, ocorre sazonalmente e responde a anti-histamínicos tópicos e/ou estabilizadores de mastócitos. O uso de curta duração de anti-histamínicos orais também pode ser necessário.<sup>[47]</sup>

Estabilizadores de mastócitos evitam a degranulação dos mastócitos; exemplos de uso comum incluem cromoglicato de sódio e lodoxamida.

Anti-histamínicos tópicos são de ação curta no alívio do prurido e da vermelhidão, e têm poucos efeitos adversos; estão disponíveis em combinação com estabilizadores de mastócitos.<sup>[48]</sup> <sup>[49]</sup>

Anti-histamínicos orais, que têm ação mais prolongada, podem ser usados em associação com, ou no lugar de, anti-histamínicos tópicos.

Vasoconstritores estão disponíveis em combinação com anti-histamínicos tópicos, que fornecem alívio adicional de curta duração da injeção vascular, mas podem causar efeito rebote da hiperemia conjuntival e inflamação.

Medicamentos que têm atividade anti-histamínica e de estabilização de mastócitos incluem olopatadina, nedocromila e cetotifeno.<sup>[50]</sup> Uma revisão descobriu que a olopatadina e o cetotifeno são mais eficazes que o placebo no alívio dos sinais e sintomas da conjuntivite alérgica.<sup>[51]</sup>

Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) tópicos também são usados para conjuntivite alérgica moderada a grave, se houver necessidade de um efeito anti-inflamatório adicional.<sup>[52]</sup>

#### Alérgica, grave

Doença alérgica grave refere-se à presença de sintomas durante todo o ano, e está associada a uma inflamação maior que na doença moderada. A conjuntivite primaveril é uma forma agressiva de conjuntivite alérgica que pode estar associada a úlceras de córnea em escudo. Deve-se considerar encaminhamento para um oftalmologista em casos de doença alérgica grave ou resistente, já que isso pode exigir um tratamento adicional com corticosteroides tópicos. Corticosteroides podem ser usados



em associação com anti-histamínicos tópicos ou orais e estabilizadores de mastócitos. AINEs tópicos podem ser adicionados caso haja necessidade de um efeito anti-inflamatório adicional. Corticosteroides têm diversos riscos oculares em longo prazo, incluindo cura tardia da ferida, infecção secundária, pressão intraocular elevada e formação de catarata. O corticosteroide loteprednol parece ter menos efeitos adversos que a prednisolona. Ele demonstrou uma eficácia semelhante à da prednisolona no tratamento de pacientes com conjuntivite primaveril,[53] e mostrou não ser inferior à olopatadina no tratamento da conjuntivite alérgica sazonal.[54] A ciclosporina tópica proporciona alívio com efeitos poupadores de esteroides e pode ser considerada como segunda linha aos corticosteroides. Elas podem ser particularmente úteis como tratamento de segunda linha nas conjuntivites atópica ou primaveril graves.[9] [10] [55] [56] [1] [57] [58]

## Bacteriana, leve a moderada

A conjuntivite bacteriana leve a moderada requer tratamento com antibióticos de amplo espectro, como pomada de eritromicina, azitromicina ou gotas de polimixina/trimetoprima como terapia de primeira linha.[59] [60] [61] 1[B]Evidence As alternativas incluem pomada de bacitracina ou polimixina/bacitracina.2[C]Evidence A conjuntivite bacteriana geralmente é autolimitada e pode não exigir antibioticoterapia. No entanto, os antibióticos podem desempenhar um papel na rápida resolução dos sintomas e da infecção, sobretudo durante os primeiros 2 a 5 dias após a apresentação.[62] [63]

Aminoglicosídeos, como a gentamicina e a tobramicina não são tratamentos recomendados, pois são tóxicos para as córneas e podem atrasar a cura e causar hiperemia.[64] [65] [66] [67]

## Bacteriana, moderada a grave

As formas graves de conjuntivite bacteriana estão associadas a sintomas mais pronunciados, como aumento da secreção, inflamação mais intensa e duração mais prolongada que as formas mais leves da doença. Fluoroquinolonas tópicas são eficazes e bem toleradas, sendo tratamento de primeira escolha para tratar infecções oculares bacterianas mais graves. Elas também podem ser usadas caso se tenha conhecimento de resistência bacteriana a outros antibacterianos. Por isso, as fluoroquinolonas tópicas são cada vez mais utilizadas como terapia de primeira linha. Todos os usuários de lentes de contato ou pacientes imunossuprimidos devem iniciar uma terapia de primeira linha com fluoroquinolona.[64] [65] [66] [67] [68] [69] [70] [71] [72]

## Bacteriana, hiperaguda (gonorreica)

A conjuntivite bacteriana hiperaguda requer tratamento sistêmico com ceftriaxona e tratamento simultâneo para coinfeção por clamídia com eritromicina ou doxiciclina orais.3[C]Evidence Bacitracina ou ciprofloxacino tópicos devem ser usados em associação com a terapia oral.4[C]Evidence

## Bacteriana, por clamídia

A conjuntivite por clamídia requer tratamento com antibióticos tópicos associados a orais.

## Viral

Não existe um agente antiviral específico para tratamento da conjuntivite viral. Alguns pacientes obtêm alívio sintomático com anti-histamínicos/descongestionantes tópicos e lágrimas artificiais, que podem aliviar o prurido. Compressas frias gentilmente aplicadas na área ao redor dos olhos fornecem alívio sintomático adicional. Agentes sistêmicos não desempenham nenhum papel na conjuntivite viral.[1] [64] [65] [66] [67]

A conjuntivite adenoviral associada à presença de uma pseudomembrana ou de infiltrados subepiteliais na córnea requer tratamento com corticosteroides tópicos. Considere encaminhamento a um oftalmologista. O ganciclovir tópico pode ser considerado para adenovírus confirmado.<sup>[73] [74]</sup>

## Relacionada às lentes de contato

O uso de lentes de contato deve ser descontinuado por 2 semanas ou mais, e o regime de cuidado com as lentes deve ser revisado e alterado para um sistema de cuidado das lentes sem conservantes. Pode-se prescrever um breve ciclo de corticosteroides tópicos. Se for bacteriana, deve-se prescrever fluoroquinolonas tópicas.

## Mecânica

O alívio temporário da síndrome da pálpebra flácida pode ser atingido mantendo os olhos do paciente fechados com ataduras ou fazendo com que ele use uma máscara protetora enquanto dorme. Lubrificantes podem ajudar no manejo de casos leves. Procedimentos cirúrgicos, como encurtamento horizontal da espessura total da pálpebra superior, a fim de evitar que a pálpebra superior se sobreponha à inferior, podem ser considerados para casos mais graves.

## Tóxica/química

Reduzir a exposição a irritantes químicos. O olho deve ser lavado imediatamente após qualquer exposição, e o pH das lágrimas deve ser avaliado. A lavagem deve ocorrer até que o pH seja de 7. Lágrimas artificiais devem ser usadas com frequência para alívio sintomático. Um ciclo curto de corticosteroides tópicos pode ser considerado se a inflamação persistir.

## Relacionada a medicamentos

A descontinuação do medicamento que está causando a conjuntivite induzida por medicamento geralmente resulta na resolução gradativa dos sintomas. Lágrimas artificiais sem conservantes podem oferecer alívio sintomático. Se houver inflamação grave da conjuntiva ou da pálpebra, um breve ciclo de corticosteroides tópicos pode ser considerado. No entanto, somente oftalmologistas devem prescrever corticosteroides tópicos.

## Encaminhamento a um especialista

Considere encaminhamento a um oftalmologista se os sintomas persistirem por mais de 7 a 10 dias após o início do tratamento, ou se o paciente desenvolver dor, sensibilidade à luz ou perda da visão significativas.

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		( resumo )
conjuntivite alérgica		
<div> <div></div> <div>leve</div> </div>	1a	lágrimas artificiais

Agudo ( resumo )		
<ul style="list-style-type: none"> <li>moderado</li> <li>grave</li> </ul>	adjunto 1a adjunto 1a mais adjunto	compressa fria estabilizador de mastócito ± anti-histamínico anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) tópicos estabilizador de mastócito ± anti-histamínico ciclosporina ou corticosteroide tópico anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) tópicos
conjuntivite bacteriana		
<ul style="list-style-type: none"> <li>leve a moderada</li> <li>moderada a grave; resistência a outros antibióticos; imunocomprometidos</li> <li>hiperaguda (gonorreica)</li> </ul>	1a 1a 1a	antibióticos de amplo espectro por via tópica fluoroquinolonas tópicas antibióticos tópicos associados a antibióticos sistêmicos
conjuntivite por clamídia		
	1a	antibióticos tópicos associados a antibióticos orais
conjuntivite viral		
	1a	anti-histamínicos tópicos ± lágrimas artificiais
	adjunto	corticosteroides tópicos
	adjunto	ganciclovir tópico
relacionada às lentes de contato		
<ul style="list-style-type: none"> <li>bacteriana</li> </ul>	1a mais	corticosteroides tópicos fluoroquinolonas tópicas
conjuntivite mecânica		
	1a	lágrimas artificiais
conjuntivite tóxica/química		
	1a	irrigação dos olhos e lágrimas artificiais ± corticosteroides
conjuntivite relacionada a medicamentos		

Agudo ( resumo )	
1a	lágrimas artificiais ± corticosteroides

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

#### conjuntivite alérgica

##### ■ leve

##### 1a lágrimas artificiais

##### Opções primárias

» **hipromelose (solução oftálmica)**: 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

##### OU

» **carmelose (solução oftálmica)**: 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

##### OU

» **hidroxipropilcelulose (solução oftálmica)**: 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

» A conjuntivite alérgica leve refere-se a olhos vermelhos lacrimejantes e com prurido; em geral, ocorre sazonalmente e responde a medidas de suporte.

» Lágrimas artificiais ajudam a diluir os alérgenos e mediadores inflamatórios presentes na superfície ocular.

##### adjunto compressa fria

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» A conjuntivite alérgica leve refere-se a olhos vermelhos lacrimejantes e com prurido; em geral, ocorre sazonalmente e responde a medidas de suporte.

» Uma toalha fria e úmida pode ser colocada sobre a área do olho para alívio sintomático.

##### ■ moderado

##### 1a estabilizador de mastócito ± anti-histamínico

##### Opções primárias

» **cromoglicato de sódio (solução oftálmica)**: (2%-4%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada 4-6 horas

## Agudo

**-ou-**» **Iodoxamida (solução oftálmica)**: (0.1%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada 6 horas**--E/OU--**» **epinastina (solução oftálmica)**: (0.05%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia**-ou-**» **azelastina (solução oftálmica)**: (0.05%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia**-ou-**» **nafazolina/feniramina (solução oftálmica)**: (0.025%/0.03%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) até quatro vezes ao dia**-ou-**» **alcaftadina (solução oftálmica)**: (0.25%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) uma vez ao dia**--E/OU--**» **cetirizina**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia**-ou-**» **loratadina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia**-ou-**» **fexofenadina**: 180 mg por via oral uma vez ao dia ou administrados em 2 doses fracionadas

## OU

» **olopatadina (solução oftálmica)**: (0.2%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) uma vez ao dia**-ou-**» **nedocromila (solução oftálmica)**: (2%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia**-ou-**» **cetotifeno (solução oftálmica)**: (0.025%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia**--E/OU--**» **cetirizina**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia**-ou-**» **loratadina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia**-ou-**» **fexofenadina**: 180 mg por via oral uma vez ao dia ou administrados em 2 doses fracionadas

» Conjuntivite alérgica moderada refere-se a olhos vermelhos lacrimejantes e com prurido; em geral, ocorre sazonalmente e

## Agudo

responde a anti-histamínicos tópicos (por exemplo, epinastina, azelastina, feniramina, alcaftadina[47] [75]) e/ou estabilizadores de mastócitos (por exemplo, cromoglicato sódico, lodoxamida).

» Existem vasoconstritores (como a nafazolina) presentes em algumas preparações de anti-histamínicos tópicos para alívio adicional de curta duração da injeção vascular.

» Medicamentos que têm atividade anti-histamínica e de estabilização de mastócitos incluem olopatadina, nedocromila e cetotifeno.[50] Uma revisão descobriu que a olopatadina e o cetotifeno são mais eficazes que o placebo no alívio dos sinais e sintomas da conjuntivite alérgica.[51]

» Anti-histamínicos orais, que têm ação mais prolongada, podem ser usados em associação com, ou no lugar de, anti-histamínicos tópicos. Anti-histamínicos mais recentes são preferíveis porque são menos sedativos. Eles incluem fexofenadina, loratadina e cetirizina.

### adjunto

#### anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) tópicos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **cetorolaco (solução oftálmica):** (0.5%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

#### OU

» **nepafenaco (solução oftálmica):** (0.1%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) três vezes ao dia

#### OU

» **diclofenaco (solução oftálmica):** (0.1%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

#### OU

» **bronfenaco (solução oftálmica):** (0.09%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia

» Conjuntivite alérgica moderada refere-se a olhos vermelhos lacrimejantes e com prurido;

## Agudo

■ grave

1a

em geral, ocorre sazonalmente e responde a anti-histamínicos tópicos e/ou estabilizadores de mastócitos. O uso de curta duração de anti-histamínicos orais também pode ser necessário.

» AINEs tópicos, como cetorolaco, diclofenaco, bronfenaco e nepafenaco, podem ser adicionados caso haja necessidade de um efeito anti-inflamatório adicional.

**estabilizador de mastócito ± anti-histamínico**

## Opções primárias

» **cromoglicato de sódio (solução oftálmica)**: (4%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada 4-6 horas

**-ou-**

» **lodoxamida (solução oftálmica)**: (0.01%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada 6 horas

**--E/OU--**

» **epinastina (solução oftálmica)**: (0.05%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia

**-ou-**

» **azelastina (solução oftálmica)**: (0.05%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia

**-ou-**

» **nafazolina/feniramina (solução oftálmica)**: (0.025%/0.03%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) até quatro vezes ao dia

**-ou-**

» **alcaftadina (solução oftálmica)**: (0.25%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) uma vez ao dia

**--E/OU--**

» **cetirizina**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia

**-ou-**

» **loratadina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia

**-ou-**

» **fexofenadina**: 180 mg por via oral uma vez ao dia ou administrados em 2 doses fracionadas

**OU**

» **olopatadina (solução oftálmica)**: (0.2%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) uma vez ao dia

**-ou-**

» **nedocromila (solução oftálmica)**: (2%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia

**-ou-**



## Agudo

» cetotifeno (solução oftálmica): (0.025%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia

--E/OU--

» cetirizina: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia

-ou-

» loratadina: 10 mg por via oral uma vez ao dia

-ou-

» fexofenadina: 180 mg por via oral uma vez ao dia ou administrados em 2 doses fracionadas

» Doença alérgica grave refere-se à presença de sintomas durante todo o ano, e está associada a uma inflamação maior que na doença moderada.

» Utilize estabilizadores de mastócitos (por exemplo, cromoglicato de sódio, lodoxamida) e/ou anti-histamínicos tópicos (por exemplo, epinastina, azelastina, feniramina e alcaftadina[47] [75]) em associação com corticosteroides tópicos ou ciclosporina.

» Existem vasoconstritores (como a nafazolina) presentes em algumas preparações de anti-histamínicos tópicos para alívio adicional de curta duração da injeção vascular.

» Medicamentos que têm atividade anti-histamínica e de estabilização de mastócitos incluem olopatadina, nedocromila e cetotifeno.[50] [51]

» Anti-histamínicos orais, que têm ação mais prolongada, podem ser usados em associação com, ou no lugar de, anti-histamínicos tópicos. Anti-histamínicos mais recentes são preferíveis porque são menos sedativos. Eles incluem fexofenadina, loratadina e cetirizina.

mais

**ciclosporina ou corticosteroide tópico**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» loteprednol (solução oftálmica): (0.2%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

OU

## Agudo

» prednisolona (solução oftálmica): (1%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) duas a quatro vezes ao dia

### Opções secundárias

» ciclosporina (solução oftálmica): (0.05%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia

» Doença alérgica grave refere-se à presença de sintomas durante todo o ano, e está associada a uma inflamação maior que na doença moderada. Somente oftalmologistas devem prescrever corticosteroides tópicos.

» A doença alérgica grave ou resistente pode exigir um tratamento adicional com corticosteroides tópicos,[54] que podem ser usados em associação com anti-histamínicos tópicos ou orais e estabilizadores de mastócitos. Considere encaminhamento a um oftalmologista.

» A ciclosporina tópica proporciona alívio com efeitos poupadores de corticosteroides. Ela pode ser considerada como segunda linha em vez dos corticosteroides para secura e inflamação ocular na conjuntivite alérgica grave. Ela pode ser particularmente eficaz como tratamento de segunda linha para conjuntivite atópica ou primavera grave.[1] [9] [10]

### adjunto anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) tópicos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» cetorolaco (solução oftálmica): (0.5%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

**OU**

» nepafenaco (solução oftálmica): (0.1%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) três vezes ao dia

**OU**

» diclofenaco (solução oftálmica): (0.1%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

**OU**

## Agudo

» **bronfenaco (solução oftálmica):** (0.09%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia

» Doença alérgica grave refere-se à presença de sintomas durante todo o ano, e está associada a uma inflamação maior que na doença moderada.

» AINEs tópicos, como cetorolaco, diclofenaco, bronfenaco e nepafenaco, podem ser adicionados caso haja necessidade de um efeito anti-inflamatório adicional.

## conjuntivite bacteriana

### ■ leve a moderada

#### 1a antibióticos de amplo espectro por via tópica

##### Opções primárias

» **azitromicina (solução oftálmica):** (1%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes por um dia, depois uma vez ao dia por 4 dias

OU

» **eritromicina oftálmica:** (0.5%) aplicar no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

OU

» **polimixina B/trimetoprima (solução oftálmica):** (10,000 unidades/mg) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

##### Opções secundárias

» **bacitracina (solução oftálmica):** (500 unidades/g) aplicar no(s) olho(s) afetado(s) a cada 3-4 horas

OU

» **sulfacetamida oftálmica:** (solução a 10%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada 1-3 horas durante o dia e com menor frequência à noite; (pomada a 10%) aplicar no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia e ao deitar

OU

» **bacitracina/polimixina B tópica:** aplicar no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

## Agudo

■ moderada a grave;  
resistência a outros  
antibióticos;  
imunocomprometidos

1a

» Considere antibióticos tópicos de amplo espectro, como pomada de eritromicina ou gotas de polimixina-trimetoprima, como terapia de primeira linha.<sup>[62] 1[B]Evidence</sup>

» As alternativas incluem pomada de bacitracina, pomada de polimixina-bacitracina, ou gotas ou pomada de sulfacetamida.<sup>2[C]Evidence</sup>

» Antibióticos devem ser continuados por 7 a 10 dias.

**fluoroquinolonas tópicas****Opções primárias**

» **ofloxacino oftálmico**: (0.3%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

OU

» **ciprofloxacino oftálmico**: (0.3%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

OU

» **levofloxacino (solução oftálmica)**: (0.5%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

OU

» **moxifloxacino (solução oftálmica)**: (0.5%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) três vezes ao dia

OU

» **gatifloxacino (solução oftálmica)**: (0.3%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

» Considere fluoroquinolonas para diversas infecções bacterianas graves. Elas também podem ser usadas caso se tenha conhecimento de resistência bacteriana a outros antibacterianos. Pacientes imunossuprimidos devem r iniciar fluoroquinolonas tópicas como terapia de primeira linha.<sup>[1] [64] [65] [66] [67] [71] [72]</sup>

■ hiperaguda (gonorreica)

1a

**antibióticos tópicos associados a antibióticos sistêmicos****Opções primárias**

## Agudo

» **ceftriaxona**: 1 g por via intramuscular em dose única

--E--

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

-ou-

» **azitromicina**: 1 g por via oral em dose única

--E--

» **bacitracina (solução oftálmica)**: (500 unidades/g) aplicar no(s) olho(s) afetado(s) a cada 3-4 horas

-ou-

» **ciprofloxacino oftálmico**: (0.3%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

» É provável que a conjuntivite bacteriana hiperaguda seja causada por *Neisseria gonorrhoeae*.

» Ela requer tratamento sistêmico com dose única de ceftriaxona e tratamento simultâneo para coinfeção por clamídia com doxiciclina ou azitromicina orais.[76] [77] 3[C]Evidence

» O tratamento tópico com pomada de bacitracina ou gotas de ciprofloxacino é usado em associação com a terapia oral.4[C]Evidence

## conjuntivite por clamídia

1a

**antibióticos tópicos associados a antibióticos orais**

### Opções primárias

» **azitromicina**: 1 g por via oral em dose única

-ou-

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

-ou-

» **eritromicina**: 500 mg por via oral quatro vezes ao dia por 7 dias

--E--

» **azitromicina (solução oftálmica)**: (1%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas ou três vezes ao dia por 2-3 semanas

-ou-

» **eritromicina oftálmica**: (0.5%) fita de 1 cm aplicada no saco conjuntival inferior duas ou três vezes ao dia por 2-3 semanas

» A conjuntivite por clamídia requer tratamento com antibióticos tópicos associados a orais.

## conjuntivite viral

1a

**anti-histamínicos tópicos ± lágrimas artificiais**

## Agudo

### Opções primárias

» epinastina (solução oftálmica): (0.05%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia

**-ou-**

» azelastina (solução oftálmica): (0.05%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia

**-ou-**

» olopatadina (solução oftálmica): (0.2%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) uma vez ao dia

**-ou-**

» nedocromila (solução oftálmica): (2%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia

**-ou-**

» cetotifeno (solução oftálmica): (0.025%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) duas vezes ao dia

**-ou-**

» nafazolina/feniramina (solução oftálmica): (0.025%/0.03%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) até quatro vezes ao dia

**-ou-**

» alcaftadina (solução oftálmica): (0.25%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) uma vez ao dia

**--E/OU--**

» hipromelose (solução oftálmica): 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

**-ou-**

» carmelose (solução oftálmica): 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

**-ou-**

» hidroxipropilcelulose (solução oftálmica): 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

» Considere para o alívio sintomático do prurido.

» Uma toalha fria e úmida pode ser colocada sobre a área do olho para alívio sintomático.

### adjunto

### corticosteroides tópicos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» loteprednol (solução oftálmica): (0.2%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

**OU**

## Agudo

» **prednisolona (solução oftálmica)**: (1%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) duas a quatro vezes ao dia

» Considere corticosteroides tópicos ou encaminhamento a um oftalmologista para tratamento da conjuntivite adenoviral associada a infiltrados subepiteliais da córnea ou pseudomembrana.

» Os riscos oculares de longo prazo dos corticosteroides incluem cura tardia da ferida, infecção secundária, pressão intraocular elevada e formação de catarata; o loteprednol tem menos efeitos adversos que a prednisolona.

» O alívio sintomático do prurido pode ser atingido utilizando-se anti-histamínicos e/ou lágrimas artificiais.

» Compressas frias gentilmente aplicadas na área ao redor dos olhos fornecem alívio sintomático adicional.

### adjunto **ganciclovir tópico**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **ganciclovir (solução oftálmica)**: (0.15%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) cinco vezes ao dia

» O ganciclovir tópico pode ser considerado para adenovírus confirmado.[73] [74]

## relacionada às lentes de contato

relacionada às lentes de contato

1a

### corticosteroides tópicos

#### Opções primárias

» **loteprednol (solução oftálmica)**: (0.2%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

OU

» **prednisolona (solução oftálmica)**: (1%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) duas a quatro vezes ao dia

» Um breve ciclo de corticosteroides tópicos pode ser prescrito para reduzir a irritação e a inflamação. O uso de lentes de contato deve ser descontinuado por 2 semanas ou mais, e o regime de cuidado com as lentes deve ser

## Agudo

### ■ bacteriana

### mais

revisado e alterado para um sistema de cuidado das lentes sem conservantes.

### fluoroquinolonas tópicas

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **ofloxacino oftálmico**: (0.3%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

**OU**

» **ciprofloxacino oftálmico**: (0.3%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

**OU**

» **levofloxacino (solução oftálmica)**: (0.5%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

**OU**

» **moxifloxacino (solução oftálmica)**: (0.5%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) três vezes ao dia

**OU**

» **gatifloxacino (solução oftálmica)**: (0.3%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

» Se for bacteriana, deve-se prescrever fluoroquinolonas tópicas.[1] [64] [65] [66] [67] [71] [72]

## conjuntivite mecânica

### 1a

### lágrimas artificiais

#### Opções primárias

» **hipromelose (solução oftálmica)**: 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

**OU**

» **carmelose (solução oftálmica)**: 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

**OU**



## Agudo

» **hidroxipropilcelulose (solução oftálmica)**: 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

### Opções secundárias

» **cirurgia**

» Lubrificantes oculares podem ajudar no manejo de casos leves.

» Procedimentos cirúrgicos, como encurtamento horizontal da espessura total da pálpebra superior, a fim de evitar que a pálpebra superior se sobreponha à inferior, podem ser considerados para casos mais graves.

## conjuntivite tóxica/química

### 1a irrigação dos olhos e lágrimas artificiais ± corticosteroides

#### Opções primárias

» **irrigação dos olhos**

--E--

» **hipromelose (solução oftálmica)**: 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

-ou-

» **carmelose (solução oftálmica)**: 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

-ou-

» **hidroxipropilcelulose (solução oftálmica)**: 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

#### Opções secundárias

» **loteprednol (solução oftálmica)**: (0.2%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

OU

» **prednisolona (solução oftálmica)**: (1%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) duas a quatro vezes ao dia

» O olho deve ser lavado imediatamente após qualquer exposição, e o pH das lágrimas deve ser avaliado. A lavagem deve continuar até que o pH seja 7.

» Lágrimas artificiais devem ser usadas com frequência para fornecer alívio sintomático.

## Agudo

» Um ciclo curto de corticosteroides tópicos pode ser considerado se a inflamação persistir.

### conjuntivite relacionada a medicamentos

#### 1a lágrimas artificiais ± corticosteroides

##### Opções primárias

» [hipromelose \(solução oftálmica\)](#): 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

**OU**

» [carmelose \(solução oftálmica\)](#): 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

**OU**

» [hidroxipropilcelulose \(solução oftálmica\)](#): 2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) a cada hora quando necessário

##### Opções secundárias

» [loteprednol \(solução oftálmica\)](#): (0.2%) 1 gota no(s) olho(s) afetado(s) quatro vezes ao dia

**OU**

» [prednisolona \(solução oftálmica\)](#): (1%) 1-2 gotas no(s) olho(s) afetado(s) duas a quatro vezes ao dia

» Lágrimas artificiais sem conservantes podem oferecer alívio sintomático.

» Se houver inflamação grave da conjuntiva ou da pálpebra, um breve ciclo de corticosteroides tópicos pode ser considerado.

## Novidades

### Agentes antiadenovirais

Há pesquisas para encontrar um tratamento contra adenovírus. Diversos medicamentos contra o HIV e outras moléculas novas parecem promissores, e entraram na fase II dos ensaios clínicos. Observou-se um efeito antiadenoviral com zalcitabina, sanilbudine, stampidine, betainterferona, aganocide e peptídeo antiosteopontina. A atividade antiadenoviral ocorre nos inibidores da transcriptase reversa de nucleosídeos (zalcitabina e sanilbudine), mas não nos inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos ou inibidores da protease.[78] [79] Outros possíveis tratamentos incluem ganciclovir e povidona iodada (PVI). Um ensaio clínico randomizado e controlado de 18 pacientes revelou que a duração da doença foi reduzida em mais da metade, de aproximadamente 18.5 dias para aproximadamente 7.7 dias em pacientes no braço de ganciclovir em comparação com aqueles no braço de camada livre conservante. Complicações na forma de infiltrados subepiteliais também foram reduzidas em aproximadamente 70%.[74] Em um estudo in vitro, descobriu-se que a povidona iodada (PVI) (0.8%) extingue a infecciosidade do adenovírus livre após 10 minutos de exposição, mas é menos eficaz contra adenovírus intracelular.[80] Um ensaio clínico prospectivo em crianças revelou que a PVI (1.25%) é ineficaz contra o adenovírus,[23] embora um estudo retrospectivo mais recente tenha demonstrado que a PVI (0.5%) melhorou com segurança os tempos de recuperação em comparação com controles.[81] Uma combinação de PVI (0.4%) e dexametasona (0,1%) demonstrou produzir uma redução importante nas cópias de DNA por volta do dia 5.[82] O quelato de cobalto CTC-96 tópico, ou doxivir, exibiu atividade anti-adenoviral in vitro.[83]

## Recomendações

### Monitoramento

Se o paciente com conjuntivite aguda não melhorar em 7 a 10 dias, ou reportar diminuição da acuidade visual ou sensibilidade à luz persistentes, encaminhe a um oftalmologista.

### Instruções ao paciente

Pacientes com conjuntivite infecciosa devem ser informados sobre a natureza contagiosa de sua condição. Pacientes com conjuntivite bacteriana podem voltar ao trabalho/escola/creche após 24 a 48 horas do tratamento com antibiótico, mas a conjuntivite viral requer ao menos 1 semana sem ir ao trabalho/escola/creche.

Orientações sobre lavar as mãos rigorosamente e não dividir toalhas ou lençóis podem ajudar a prevenir a disseminação da infecção. Geralmente, a conjuntivite viral é contagiosa até que o olho não esteja mais vermelho e lacrimejante.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>olhos secos/sensação de corpo estranho</b>	<b>curto prazo</b>	<b>alta</b>
Pode justificar investigação de alteração do filme lacrimal após conjuntivite aguda.		
<b>ceratite</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
Raramente, uma conjuntivite bacteriana pode evoluir para uma ceratite em pacientes com história de uso de lente de contato ou que sejam imunocomprometidos.[45] A <i>Neisseria gonorrhoeae</i> pode invadir rapidamente a córnea.[26]		
<b>infiltrados subepiteliais da córnea</b>	<b>longo prazo</b>	<b>média</b>
Aproximadamente 30% a 50% dos pacientes com a forma de adenovírus que causa ceratoconjuntivite epidêmica podem desenvolver infiltrados subepiteliais. Isso pode levar à perda da visão e sensibilidade à luz persistentes.[84] [85] [86] [87] [88] Considere encaminhamento a um oftalmologista para possível tratamento com corticosteroides.		
<b>problemas com drenagem lacrimal</b>	<b>longo prazo</b>	<b>baixa</b>
A cicatrização dos dutos lacrimais pode causar lacrimejamento crônico.[89] Considere encaminhamento a um oftalmologista para possível tratamento com corticosteroides.		
<b>simbléfaro</b>	<b>longo prazo</b>	<b>baixa</b>
A cicatrização da conjuntiva pode levar ao mau posicionamento da pálpebra e causar lacrimejamento ou problemas nos cílios.[90] Considere encaminhamento a um oftalmologista para possível tratamento com corticosteroides.		

## Prognóstico

### Conjuntivite alérgica

A maioria dos pacientes responde ao tratamento, mas pode apresentar exacerbações sazonais.

### Conjuntivite bacteriana

Geralmente autolimitada por 5 a 10 dias; sem complicações significativas em longo prazo. Usuários de lentes de contato e pacientes imunocomprometidos apresentam maior risco de complicações.<sup>[45]</sup>

### Conjuntivite viral

A maioria dos casos é autolimitada; aproximadamente 30% a 50% dos pacientes com a forma de adenovírus que causa a ceratoconjuntivite epidêmica podem desenvolver infiltrados subepiteliais, o que pode levar à perda da visão e sensibilidade à luz persistentes.<sup>[84] [85] [86] [87] [88]</sup>

### Conjuntivite não infecciosa

A maioria dos pacientes se recupera bem após a descontinuação da causa.

## Diretrizes de diagnóstico

### Europa

#### Conjunctivitis (bacterial)

**Publicado por:** College of Optometrists

**Última publicação em:**  
2016

#### Atopic keratoconjunctivitis (AKC)

**Publicado por:** College of Optometrists

**Última publicação em:**  
2017

### América do Norte

#### Preferred practice patterns: conjunctivitis

**Publicado por:** American Academy of Ophthalmology

**Última publicação em:**  
2013

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### Conjunctivitis (bacterial)

**Publicado por:** College of Optometrists

**Última publicação em:**  
2016

#### Atopic keratoconjunctivitis (AKC)

**Publicado por:** College of Optometrists

**Última publicação em:**  
2017

### América do Norte

#### Preferred practice patterns: conjunctivitis

**Publicado por:** American Academy of Ophthalmology

**Última publicação em:**  
2013

### Africa

#### National guideline on management and control of eye conditions at primary level

**Publicado por:** Department of Health (South Africa)

**Última publicação em:**  
2005

## Nível de evidência

1. Taxas de cura: existem evidências de qualidade moderada de que antibióticos tópicos são mais eficazes que o placebo no aumento das taxas de cura em 2 a 10 dias da conjuntivite bacteriana comprovada; as taxas de cura espontânea são altas.  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
2. Taxas de cura: existem evidências de baixa qualidade de que nenhum antibiótico tópico é mais eficaz que os outros no aumento das taxas de cura da conjuntivite bacteriana.  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
3. Conjuntivite gonocócica: não encontramos revisões sistemáticas adequadas nem ensaios clínicos randomizados e controlados que avaliem a evidência dos efeitos dos antibióticos orais isolados no tratamento da conjuntivite gonocócica suspeita ou comprovada em neonatos na África. Não encontramos nenhum ensaio clínico randomizado e controlado (ECRC) realizado fora da África.  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
4. Conjuntivite gonocócica: existem evidências de baixa qualidade de que antibióticos parenterais associados a antibióticos tópicos são tão eficazes quanto antibióticos parenterais isolados no aumento das taxas de cura. No entanto, existe um consenso de que é mais provável que antibióticos parenterais de dose única seguidos de antibióticos tópicos, a critério do médico, sejam benéficos no tratamento de pessoas com conjuntivite gonocócica suspeita ou comprovada. Não encontramos nenhum ensaio clínico randomizado e controlado (ECRC) realizado fora da África.  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

## Artigos principais

- Sambursky R, Trattler W, Tauber S, et al. Sensitivity and specificity of the AdenoPlus test for diagnosing adenoviral conjunctivitis. JAMA Ophthalmol. 2013;131:17-22. [Resumo](#)
- Leibowitz HM. The red eye. N Engl J Med. 2000 Aug 3;343(5):345-51. [Resumo](#)
- Sheikh A, Hurwitz B, van Schayck CP, et al. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(9):CD001211. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64:1-137. [Erratum in: MMWR Recomm Rep. 2015;64:924.] [Texto completo](#) [Resumo](#)

## Referências

1. American Academy of Ophthalmology. Preferred practice pattern: conjunctivitis - 2013. October 2013. [Texto completo](#)
2. Høvdning G. Acute bacterial conjunctivitis. Acta Ophthalmol. 2008;86:5-17. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. Mannes T. Managing eye conditions in general practice. BMJ. 1997;315:816-817. [Resumo](#)
4. Royal College of General Practitioners, Royal College of Ophthalmologists. Ophthalmology for general practice trainees. London: Medical Protection Society; 2001.
5. Rietveld RP, ter Riet G, Bindels PJ, et al. Do general practitioners adhere to the guideline on infectious conjunctivitis? Results of the Second Dutch National Survey of General Practice. BMC Fam Pract. 2007;8:54. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Ganley JP, Roberts J. Eye conditions and related need for medical care among persons 1-74 years of age, United States 1971-72. In: DHHS, ed. Vital health statistics. Washington, DC: DHHS; 1983.
7. Shields T, Sloan PD. A comparison of eye problems in primary care and ophthalmology practices. Fam Med. 1991;23:544-546. [Resumo](#)
8. Dart JK, Buckley RJ, Monnickendan M, et al. Perennial allergic conjunctivitis: definition, clinical characteristics and prevalence. A comparison with seasonal allergic conjunctivitis. Trans Ophthalmol Soc UK. 1986;105:513-520. [Resumo](#)
9. Ono SJ, Abelson MB. Allergic conjunctivitis: update on pathophysiology and prospects for future treatment. J Allergy Clin Immunol. 2005;115:118-122. [Resumo](#)
10. Buckley RJ. Allergic eye disease: a clinical challenge. Clin Exp Allergy. 1998;28(suppl 6):39-43. [Resumo](#)



11. Bielory L. Differential diagnoses of conjunctivitis for clinical allergist-immunologists. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2007;98:105-114. [Resumo](#)
12. Choi SH, Bielory L. Late-phase reaction in ocular allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2008;8:438-444. [Resumo](#)
13. Bremond-Gignac C, Donadieu J, Leonardi A, et al. Prevalence of vernal conjunctivitis: a rare disease? *Br J Ophthalmol.* 2008;92:1097-1102. [Resumo](#)
14. Stenson S, Newman R, Fedukowicz H. Laboratory studies in acute conjunctivitis. *Arch Ophthalmology.* 1982;100:1275-1277. [Resumo](#)
15. Weiss A, Brinser J, Nazar-Stewart V. Acute conjunctivitis in childhood. *J Pediatr Med.* 1993;122:10-14. [Resumo](#)
16. Gigliotti F, Williams WT, Hayden FG. Etiology of acute conjunctivitis in children. *J Pediatr.* 1981;98:531-536. [Resumo](#)
17. Fitch CP, Rapoza PA, Owens S. Epidemiology and diagnosis of acute conjunctivitis at an inner-city hospital. *Ophthalmology.* 1989;96:1215-1220. [Resumo](#)
18. Sambursky RP, Fram N, Cohen EJ. The prevalence of adenoviral conjunctivitis at the Wills Eye Hospital emergency room. *Optometry.* 2007;78:236-914. [Resumo](#)
19. Aoki K, Tagawa Y. A twenty-one-year surveillance of adenoviral conjunctivitis in Sapporo, Japan. *Int Ophthalmol Clin.* 2002;42:49-54. [Resumo](#)
20. Adleberg JM, Wittwer C. Use of the polymerase chain reaction in the diagnosis of ocular disease. *Curr Opin Ophthalmol.* 1995;6:80-85. [Resumo](#)
21. Woodland RM, Darougar S, Thaker U, et al. Causes of conjunctivitis and keratoconjunctivitis in Karachi, Pakistan. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1992;86:317-320. [Resumo](#)
22. Ishii K, Nakazono N, Fujinaga K, et al. Comparative studies on aetiology and epidemiology of viral conjunctivitis in three countries of East Asia: Japan, Taiwan and South Korea. *Int J Epidemiol.* 1987;16:98-103. [Resumo](#)
23. Isenberg SJ, Apt L, Valenton M, et al. A controlled trial of povidone-iodine to treat infectious conjunctivitis in children. *Am J Ophthalmol.* 2002;134:681-688. [Resumo](#)
24. Sambursky R, Tauber S, Schirra F, et al. The RPS adeno detector for diagnosing adenoviral conjunctivitis. *Ophthalmology.* 2006;113:1758-1764. [Resumo](#)
25. Laibson PR. Ocular adenoviral infections. *Int Ophthalmol Clin.* 1984;24:49-64. [Resumo](#)
26. Ullman S, Roussel TJ, Culbertson WW, et al. Neisseria gonorrhoeae keratoconjunctivitis. *Ophthalmology.* 1987;94:525-531. [Resumo](#)

27. Kinchington PR, Turse SE, Kowalski RP, et al. Use of polymerase chain amplification reaction for the detection of adenoviruses in ocular swab specimens. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 1994;35:4126-4134. [Resumo](#)
28. Gordon YJ, Gordon RY, Romanowski E, et al. Prolonged recovery of desiccated adenoviral serotypes 5, 8, and 19 from plastic and metal surfaces in vitro. *Ophthalmology*. 1993;100:1835-1839. [Resumo](#)
29. Azar MJ, Dhaliwal DK, Bower KS, et al. Possible consequences of shaking hands with your patients with epidemic keratoconjunctivitis. *Am J Ophthalmol*. 1996;121:711-712. [Resumo](#)
30. Kumar S. Vernal keratoconjunctivitis: a major review. *Acta Ophthalmol*. 2009 Mar;87(2):133-47. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Lai NS, Tsai TY, Koo M, Lu MC. Association of rheumatoid arthritis with allergic diseases: A nationwide population-based cohort study. *Allergy Asthma Proc*. 2015 Sep-Oct;36(5):99-103. [Resumo](#)
32. Sambursky R, Trattler W, Tauber S, et al. Sensitivity and specificity of the AdenoPlus test for diagnosing adenoviral conjunctivitis. *JAMA Ophthalmol*. 2013;131:17-22. [Resumo](#)
33. O'Brien TP, Jeng BH, McDonald M, et al. Acute conjunctivitis: truth and misconceptions. *Curr Med Res Opin*. 2009;25:1953-1961. [Resumo](#)
34. Leibowitz HW, Pratt MV, Flagstad IJ, et al. Human conjunctivitis. I. Diagnostic evaluation. *Arch Ophthalmol*. 1976;94:1747-1749. [Resumo](#)
35. Cheung D, Bremner J, Chan JT. Epidemic kerato-conjunctivitis: do outbreaks have to be epidemic? *Eye (Lond)*. 2003;17:356-363. [Resumo](#)
36. Chien L, Llaues-Rodas R. Application of immunofluorescent staining technique to the study of pathogenesis and rapid diagnosis of viral infections. *Am J Clin Pathol*. 1972;57:829-834. [Resumo](#)
37. Van Rij G, Klepper L, Perkamp E, et al. Immune electron microscopy and a cultural test in the diagnosis of adenovirus ocular infection. *Br J Ophthalmol*. 1982;66:317-319. [Resumo](#)
38. Wadell G, Allard A, Hierholzer JC. Adenoviruses. In: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, et al., eds. *Manual of clinical microbiology*. 7th ed. Washington, DC: American Society for Microbiology; 1999.
39. Elnifro EM, Cooper RJ, Klapper PE, et al. Diagnosis of viral and chlamydial keratoconjunctivitis: which laboratory test? *Br J Ophthalmol*. 1999;83:622-627. [Resumo](#)
40. Elnifro EM, Cooper RJ, Klapper PE, et al. Multiplex polymerase chain reaction for diagnosis of viral and chlamydial keratoconjunctivitis. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2000;41:1818-1822. [Resumo](#)
41. Leibowitz HM. The red eye. *N Engl J Med*. 2000 Aug 3;343(5):345-51. [Resumo](#)
42. Wirbelauer C. Management of the red eye for the primary care physician. *Am J Med*. 2006;119:302-306. [Resumo](#)
43. Bal SK, Hollingworth GR. Red eye. *BMJ*. 2005 Aug 20;331(7514):438. [Resumo](#)

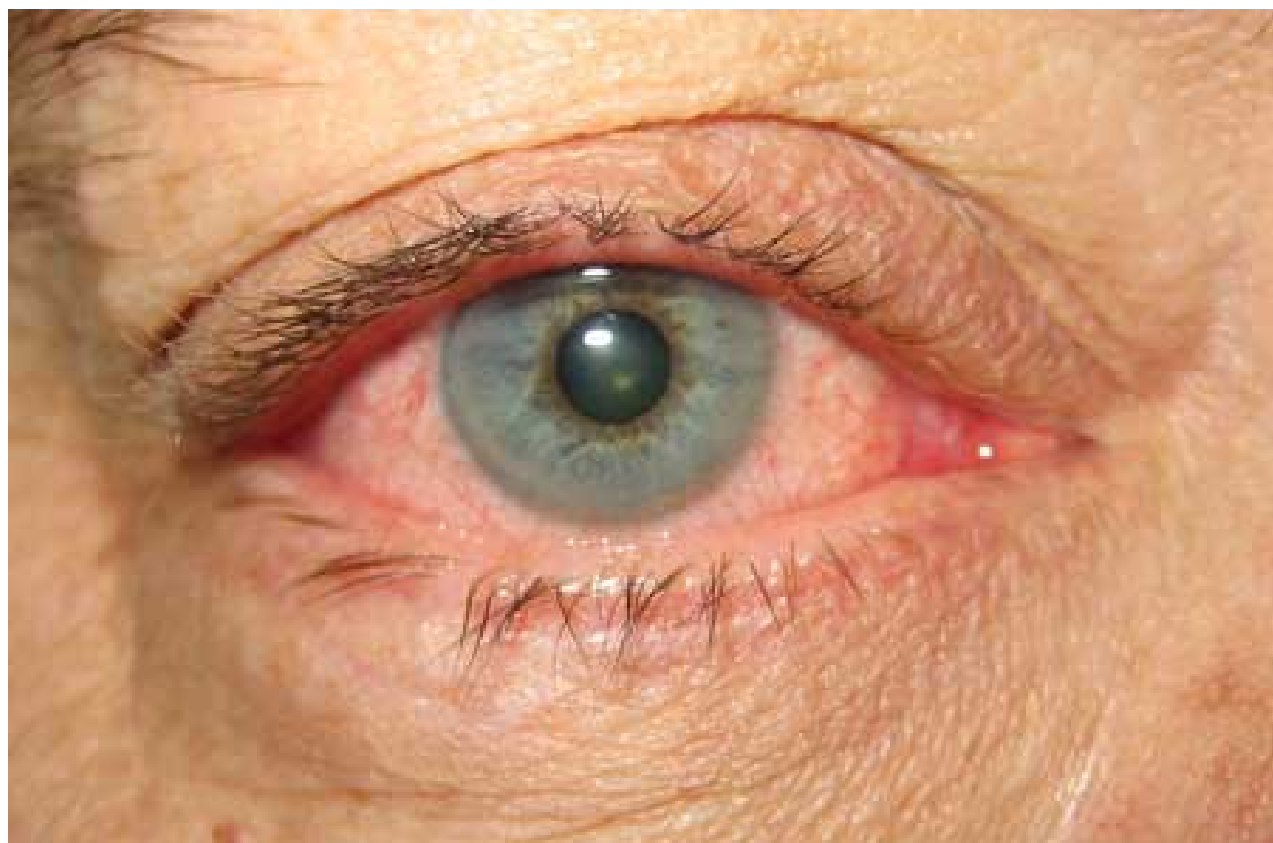
44. Vafidis G. When is red eye not just conjunctivitis? *Practitioner*. 2002;246:469-471,474-475,478-481. [Resumo](#)
45. Morrow GL, Abbott RL. Conjunctivitis. *Am Fam Physician*. 1998;57:735-746. [Resumo](#)
46. Weber CM, Eichenbaum JW. Acute red eye: differentiating viral conjunctivitis from other, less common causes. *Postgrad Med J*. 1997;101:185-196. [Resumo](#)
47. Castillo M, Scott NW, Mustafa MZ, et al. Topical antihistamines and mast cell stabilisers for treating seasonal and perennial allergic conjunctivitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(6):CD009566. [Texto completo](#) [Resumo](#)
48. Bonini S, Gramiccioni C, Bonini M, et al. Practical approach to diagnosis and treatment of ocular allergy: a 1-year systematic review. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2007;7:446-449. [Resumo](#)
49. Bielory L, Katelaris CH, Lightman S, et al. Treating the ocular component of allergic Rhinoconjunctivitis and related eye disorders. *MedGenMed*. 2007;9:35. [Texto completo](#) [Resumo](#)
50. Abelson MB, Gomes PJ. Olopatadine 0.2% ophthalmic solution: the first ophthalmic antiallergy agent with once-daily dosing. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2008;4:453-461. [Resumo](#)
51. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Olopatadine for the treatment of allergic conjunctivitis: a review of the clinical efficacy, safety, and cost-effectiveness. March 2012. <http://www.cadth.ca> (last accessed 30 November 2016). [Texto completo](#)
52. Schechter BA. Ketorolac tromethamine 0.4% as a treatment for allergic conjunctivitis. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2008;4:507-511. [Resumo](#)
53. Oner V, Türkcü FM, Taş M, et al. Topical loteprednol etabonate 0.5 % for treatment of vernal keratoconjunctivitis: efficacy and safety. *Jpn J Ophthalmol*. 2012;56:312-318. [Resumo](#)
54. Gong L, Sun X, Qu J, et al. Loteprednol etabonate suspension 0.2% administered QID compared with olopatadine solution 0.1% administered BID in the treatment of seasonal allergic conjunctivitis: a multicenter, randomized, investigator-masked, parallel group study in Chinese patients. *Clin Ther*. 2012;34:1259-1272. [Resumo](#)
55. Mantelli F, Santos MS, Petitti T, et al. Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials on topical treatments for vernal keratoconjunctivitis. *Br J Ophthalmol*. 2007;91:1656-1661. [Texto completo](#) [Resumo](#)
56. Swamy BN, Chilov M, McClellan K, et al. Topical non-steroidal anti-inflammatory drugs in allergic conjunctivitis: meta-analysis of randomized trial data. *Ophthalmic Epidemiol*. 2007;14:311-319. [Resumo](#)
57. Takamura E, Uchio E, Ebihara N, et al; Japanese Society of Allergology. Japanese guidelines for allergic conjunctival diseases 2017. *Allergol Int*. 2017 Apr;66(2):220-229. [Texto completo](#) [Resumo](#)
58. Berger WE, Granet DB, Kabat AG. Diagnosis and management of allergic conjunctivitis in pediatric patients. *Allergy Asthma Proc*. 2017 Jan 1;38(1):16-27. [Resumo](#)

59. Denis F, Chaumeil C, Goldschmidt P, et al. Microbiological efficacy of 3-day treatment with azithromycin 1.5% eye-drops for purulent bacterial conjunctivitis. *Eur J Ophthalmol.* 2008;18:858-868. [Resumo](#)
60. Abelson MB, Heller W, Shapiro AM, et al; AzaSite Clinical Study Group. Clinical cure of bacterial conjunctivitis with azithromycin 1%: vehicle-controlled, double-masked clinical trial. *Am J Ophthalmol.* 2008;145:959-965. [Resumo](#)
61. Protzko E, Bowman L, Abelson M, et al; AzaSite Clinical Study Group. Phase 3 safety comparisons for 1.0% azithromycin in polymeric mucoadhesive eye drops versus 0.3% tobramycin eye drops for bacterial conjunctivitis. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2007;48:3425-3429. [Texto completo](#) [Resumo](#)
62. Sheikh A, Hurwitz B, van Schayck CP, et al. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(9):CD001211. [Texto completo](#) [Resumo](#)
63. Rose P. Management strategies for acute infective conjunctivitis in primary care: a systematic review. *Expert Opin Pharmacother.* 2007;8:1903-1921. [Resumo](#)
64. Mah F. Bacterial conjunctivitis in pediatrics and primary care. *Pediatr Clin North Am.* 2006;53(suppl 1):7-10. [Resumo](#)
65. Sheikh A, Hurwitz B. Topical antibiotics for acute bacterial conjunctivitis: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2001;51:473-477. [Resumo](#)
66. Alfonso E, Crider J. Ophthalmic infections and their anti-infective challenges. *Surv Ophthalmol.* 2005;50(suppl 1):S1-S6. [Resumo](#)
67. Sheikh A, Hurwitz B. Topical antibiotics for acute bacterial conjunctivitis: Cochrane systematic review and meta-analysis update. *Br J Gen Pract.* 2005;55:962-964. [Texto completo](#) [Resumo](#)
68. Karpecki P, Depaolis M, Hunter JA, et al. Besifloxacin ophthalmic suspension 0.6% in patients with bacterial conjunctivitis: a multicenter, prospective, randomized, double-masked, vehicle-controlled, 5-day efficacy and safety study. *Clin Ther.* 2009;31:514-526. [Resumo](#)
69. McDonald MB, Protzko EE, Brunner LS, et al. Efficacy and safety of besifloxacin ophthalmic suspension 0.6% compared with moxifloxacin ophthalmic solution 0.5% for treating bacterial conjunctivitis. *Ophthalmology.* 2009;116:1615-1623;e1. [Resumo](#)
70. Tepedino ME, Heller WH, Usner DW, et al. Phase III efficacy and safety study of besifloxacin ophthalmic suspension 0.6% in the treatment of bacterial conjunctivitis. *Curr Med Res Opin.* 2009;25:1159-1169. [Resumo](#)
71. Sanfilippo CM, Allaire CM, DeCory HH. Besifloxacin ophthalmic suspension 0.6% compared with gatifloxacin ophthalmic solution 0.3% for the treatment of bacterial conjunctivitis in neonates. *Drugs R D.* 2017 Mar;17(1):167-175. [Texto completo](#) [Resumo](#)
72. O'Brien TP. Besifloxacin ophthalmic suspension, 0.6%: a novel topical fluoroquinolone for bacterial conjunctivitis. *Adv Ther.* 2012 Jun;29(6):473-90. [Resumo](#)

73. Kaufman HE. Ganciclovir: a promising topical antiviral gel for herpetic keratitis. *Expert Rev Ophthalmol.* 2009;4:367-375.
74. Colin J. Ganciclovir ophthalmic gel, 0.15%: a valuable tool for treating ocular herpes. *Clin Ophthalmol.* 2007;1:441-453. [Texto completo](#) [Resumo](#)
75. Mahvan TD, Buckley WA, Hornecker JR. Alcaftadine for the prevention of itching associated with allergic conjunctivitis. *Ann Pharmacother.* 2012;46:1025-1032. [Resumo](#)
76. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015;64:1-137. [Erratum in: *MMWR Recomm Rep.* 2015;64:924.] [Texto completo](#) [Resumo](#)
77. Haimovici R, Roussel TJ. Treatment of gonococcal conjunctivitis with single-dose intramuscular ceftriaxone. *Am J Ophthalmol* 1989;107:511-514. [Resumo](#)
78. D'Cruz OJ, Uckun FM. Stampidine: a selective oculo-genital microbicide. *J Antimicrob Chemother.* 2005;56:10-19. [Resumo](#)
79. Gordon YJ, Romanowski EG, McDermott AM. A review of antimicrobial peptides and their therapeutic potential as anti-infective drugs. *Curr Eye Res.* 2005;30:505-515. [Resumo](#)
80. Monnerat N, Bossart W, Thiel MA. Povidone-iodine for treatment of adenoviral conjunctivitis: an in vitro study [in German]. *Klin Monbl Augenheilkd.* 2006;223:349-352. [Resumo](#)
81. Yazar H, Yarbag A, Balci M, et al. The effects of povidone iodine (pH 4.2) on patients with adenoviral conjunctivitis. *J Pak Med Assoc.* 2016 Aug;66(8):968-70. [Resumo](#)
82. Pelletier JS, Stewart K, Trattler W, et al. A combination povidone-iodine 0.4%/dexamethasone 0.1% ophthalmic suspension in the treatment of adenoviral conjunctivitis. *Adv Ther.* 2009;26:776-783. [Resumo](#)
83. Epstein SP, Pashinsky YY, Gershon D, et al. Efficacy of topical cobalt chelate CTC-96 against adenovirus in a cell culture model and against adenovirus keratoconjunctivitis in a rabbit model. *BMC Ophthalmol.* 2006;6:22. [Texto completo](#) [Resumo](#)
84. Butt AL, Chodosh J. Adenoviral keratoconjunctivitis in a tertiary care eye clinic. *Cornea.* 2006;25:199-202. [Resumo](#)
85. Colon LE. Keratoconjunctivitis due to adenovirus type 8: report on a large outbreak. *Ann Ophthalmol.* 1991;23:63-65. [Resumo](#)
86. Ankers HE, Klapper PE, Cleator GM, et al. The role of a rapid diagnostic test (adenovirus immune dot blot) in the control of an outbreak of adenovirus type-8 keratoconjunctivitis. *Eye.* 1993;7:15-17. [Resumo](#)
87. Jackson WB, Davis PL, Groh V, et al. Adenovirus type 19 keratoconjunctivitis in Canada. *Can J Ophthalmol.* 1975;10:326-333. [Resumo](#)

88. Richmond S, Burman R, Crosdale E, et al. A large outbreak of keratoconjunctivitis due to adenovirus type 8. J Hyg (Lond). 1984;93:285-291. [Resumo](#)
89. Hyde KJ, Berger ST. Epidemic keratoconjunctivitis and lacrimal excretory system obstruction. Ophthalm. 1988;95:1447-1449. [Resumo](#)
90. Hammer LH, Perry HD, Donnenfeld ED, et al. Symblepharon formation in epidemic keratoconjunctivitis. Cornea. 1990;9:338-340. [Resumo](#)

## Imagens



IMAGES

*Figura 1: Conjuntivite viral*

*Do acervo de Robert Sambursky, MD*

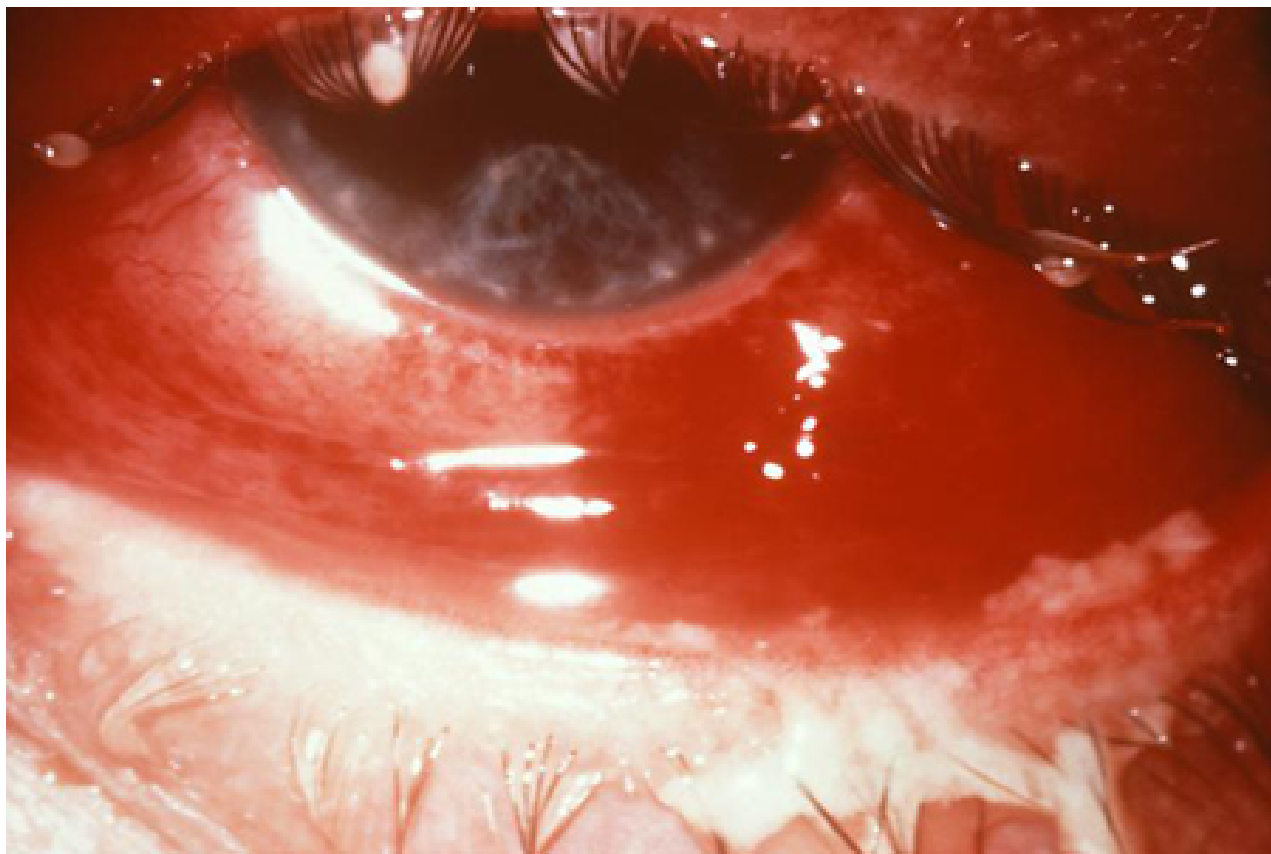




*Figura 2: Conjuntivite gonocócica*

*Biblioteca de Imagens do CDC/Joe Miller*





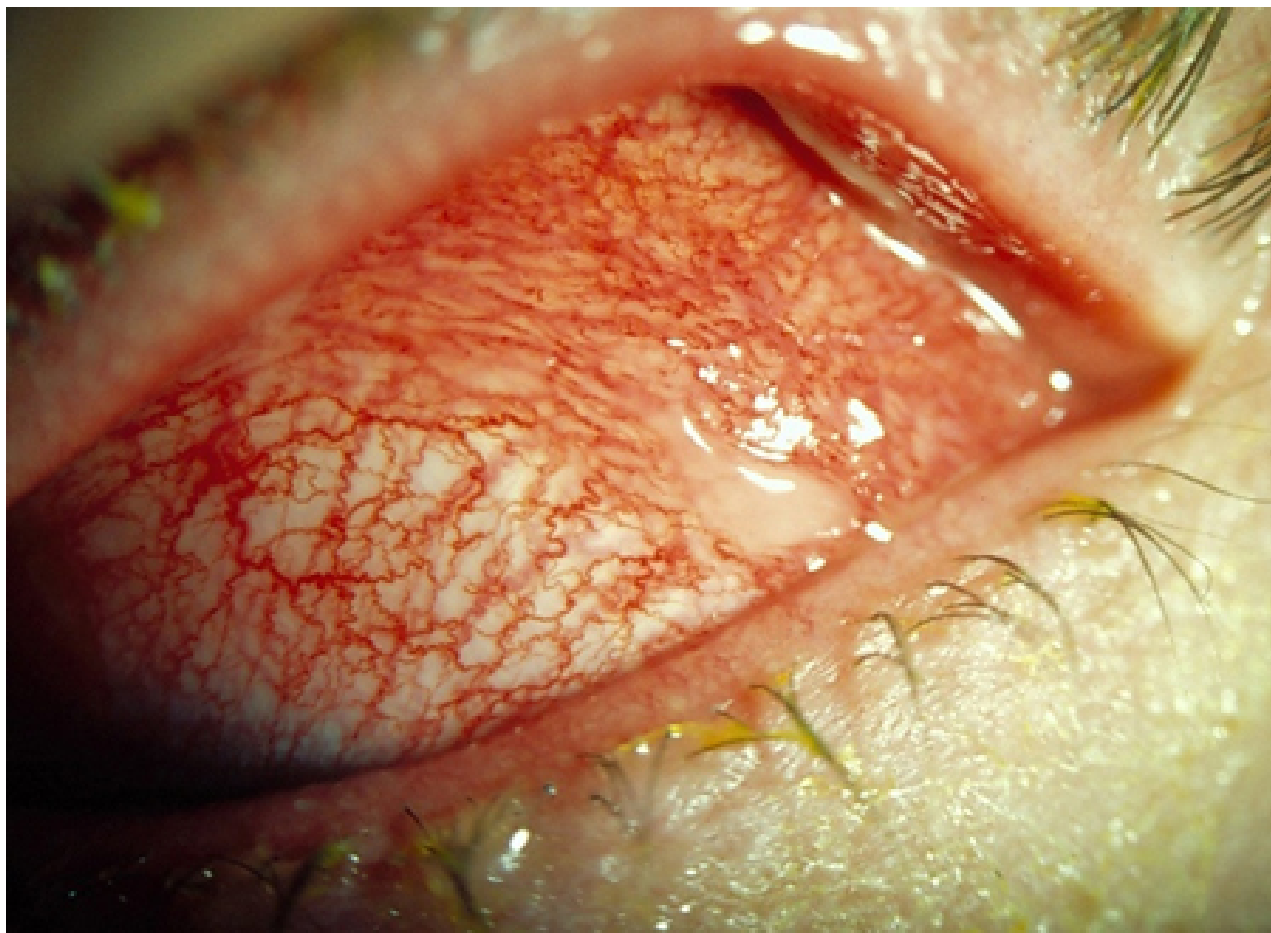
*Figura 3: Conjuntivite gonocócica: resultou em cegueira parcial*

*Biblioteca de Imagens do CDC*



*Figura 4: Ceratoconjuntivite alérgica (primaveril)*

*Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris*



*Figura 5: Conjuntivite bacteriana*

*Coleção particular – cedida pelo Sr. Hugh Harris*

## 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 considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações 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 contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese 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

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Robert Sambursky, MD**

---

Fellowship-Trained Ophthalmologist

Manatee Sarasota Eye Clinic & Laser Center, Bradenton, Chief Medical Officer, Rapid Pathogen Screening Inc., Sarasota, FL

DIVULGAÇÕES: RS is Chief Medical Officer at Rapid Pathogen Screening, Inc, which is the manufacturer of AdenoPlus, and also has stock in the company. He serves as an advisory board member for Allergan, the manufacturer of gatifloxacin, and NovaBay Pharmaceuticals, Inc, the manufacturer of aganocides.

### // Reconhecimentos:

Dr Robert Sambursky would like to gratefully acknowledge Dr Lee Raykovicz, a previous contributor to this monograph. LR is Director of Clinical Relations, Rapid Pathogen Screening, Inc.

### // Colegas revisores:

#### **Michael Ehrenhaus, MD**

---

Director

Cornea, External Disease & Refractive Surgery, Long Island College Hospital Eye Center, Assistant Professor of Ophthalmology, SUNY Downstate Medical Center, Brooklyn, NY

DIVULGAÇÕES: ME declares that he has no competing interests.

#### **Scott Fraser, MD, FRCS (Ed), FRCOphth**

---

Consultant Ophthalmologist

Sunderland Eye Infirmary, Sunderland, UK

DIVULGAÇÕES: SF declares that he has no competing interests.