

BMJ Best Practice

Terçol e calázio

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	11
Tratamento	14
Abordagem passo a passo do tratamento	14
Visão geral do tratamento	14
Opções de tratamento	16
Novidades	18
Acompanhamento	19
Recomendações	19
Complicações	19
Prognóstico	20
Diretrizes	21
Diretrizes de tratamento	21
Referências	22
Imagens	23
Aviso legal	25

Resumo

- ◇ Os terçoís costumam ser sensíveis à palpação, ao contrário dos calázios.
- ◇ Dacrioadenite e dacriocistite podem ser confundidas com terçoí; suas respectivas localizações (parte lateral da pálpebra superior e inferior para o epicanto médio) são fundamentais.
- ◇ A maioria dos terçoís e calázios desaparece com compressas quentes e antibióticos tópicos.
- ◇ Lesões recorrentes podem necessitar de biópsia para excluir carcinomas. Calázios recorrentes podem necessitar de excisão.

Definição

O terçol, também conhecido como hordéolo, é um processo infeccioso agudo envolvendo a formação de um abscesso na pálpebra superior ou inferior. Uma das 3 glândulas é geralmente infectada: as glândulas meibomianas ou as glândulas de Zeis e de Moll (glândulas ciliares). O *Staphylococcus aureus* (mais comum) e o *S. epidermidis* estão tipicamente envolvidos, e a pálpebra se apresenta eritematosa e edemaciada em associação com sensibilidade à palpação.

O calázio é uma doença inflamatória não infecciosa causada por uma reação de corpo estranho ao sebo produzido pelas glândulas meibomianas.

Epidemiologia

A incidência de terçóis e calázio é desconhecida, mas eles são comumente encontrados na prática clínica. Não existem diferenças conhecidas na prevalência entre as populações do mundo; tampouco se conhecem diferenças entre sexos ou raças. Terçóis e calázios podem ocorrer mais comumente em adultos que em crianças.

Etiologia

O terçol (hordéolo) é um processo bacteriano agudo que causa a formação de um abscesso na pálpebra, envolvendo 1 de 3 glândulas. Os organismos mais comumente associados ao hordéolo são *Staphylococcus aureus* e *S. epidermidis*.^{[1] [2]} Esse processo ocorre mais comumente em adultos que em crianças, possivelmente em decorrência de diferenças anatômicas. Pacientes com doença crônica, como diabetes, blefarite, seborreia e níveis séricos de lipídios elevados podem apresentar aumento do risco.

O calázio é mais frequentemente um processo crônico resultante de uma reação inflamatória de corpo estranho ao sebo. O bloqueio da drenagem normal das glândulas sebáceas, principalmente na margem da pálpebra, por blefarite, rosácea ou hordéolo, pode contribuir para o desenvolvimento de calázios.^{[1] [2] [3] [4]}

Fisiopatologia

No hordéolo, tipicamente, uma das 3 glândulas está agudamente infectada por estafilococos. As glândulas meibomianas secretam sebo, o que ajuda a evitar a evaporação do filme lacrimal no olho; quando está agudamente infectado, o hordéolo é chamado de interno e geralmente é menos circunscrito em aparência em virtude da sua posição mais profunda no interior da placa tarsal. As glândulas de Zeis e Moll (glândulas ciliares) geralmente são menores e mais superficiais e, quando infectadas, causam dor e inchaço na raiz do cílio. Esses hordéolos são chamados de externos e são responsáveis pela clássica aparência de um terçol.

O calázio surge quando o sebo das glândulas meibomianas é liberado para a placa tarsal, causando uma reação inflamatória localizada. Isso pode ocorrer secundário à obstrução mecânica por um hordéolo ou pela disfunção da glândula meibomiana, com subsequente estase e liberação de sebo. Portanto, calázios representam uma reação inflamatória mais crônica e não infecciosa.^{[1] [2] [3] [4]}

Classificação

Manifestações clínicas

Hordéolo interno

- Infecção das glândulas meibomianas; cria edema moderado mais difuso; frequentemente aponta para a conjuntiva tarsal (interior da pálpebra).

Hordéolo externo

- Infecção das glândulas ciliares (glândulas de Zeis ou de Moll); o edema é menor e superficial. Estes costumam ser responsáveis pela aparência clássica de terçol.

Calázio

- Inflamação granulomatosa crônica não infecciosa decorrente de uma reação de corpo estranho ao sebo produzido pelas glândulas meibomianas.

[Fig-1]

[Fig-2]

Prevenção primária

As estratégias de tratamento para doenças crônicas associadas a terçóis e calázios podem reduzir suas taxas de recorrência. Essas entidades incluem blefarite, rosácea ocular, colesterol sérico elevado e diabetes mellitus. Pacientes com tendência à seborreia podem usar xampus anticaspa nas pálpebras para ajudar a evitar bloqueios nos ductos.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 30 anos de idade se apresenta com o olho direito edemaciado e doloroso desde o dia anterior. Ele se queixa de dor não muito forte à palpação na pálpebra e nega qualquer história de trauma, crostas ou alterações na visão. Não tem história de alergias ou afecções oftalmológicas e nega o uso de novos sabonetes, loções ou cremes. Ao ser examinado, ele apresenta sensibilidade à palpação localizada e eritema na linha média da pálpebra inferior, próximo à margem. O restante do exame físico, incluindo o globo ocular, é normal.

Outras apresentações

Os terçóis (hordéolos) geralmente se apresentam como processos infecciosos dolorosos agudos da pálpebra. Calázios são processos inflamatórios não infecciosos agudos ou crônicos e costumam ser indistinguíveis de hordéolos. Um calázio crônico pode persistir como uma área de inchaço periorcular focal sem sinais associados de infecção ou inflamação. Os calázios podem se tornar muito grandes de modo a pressionar o globo ocular e causar alterações na visão.

[Fig-1]

[Fig-2]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico de terçol (hordéolo) e calázio necessita apenas da anamnese e do exame físico. Não são necessários ou úteis testes diagnósticos. No contexto agudo, pode ser difícil diferenciar um hordéolo interno de um calázio. Entretanto, uma vez que eles, inicialmente, exigem modalidades comuns de tratamento relativamente benignas, essa diferenciação possui utilidade clínica limitada.

Hordéolo externo

Os pacientes tipicamente se apresentam com hordéolo externo queixando-se de dor unilateral de início agudo na pálpebra. A dor e o edema envolvem a pálpebra superior ou a inferior e geralmente estão bem localizados em uma área discreta, sensível à palpação. A sensibilidade se localiza na margem da pálpebra no caso de um hordéolo externo, dando a clássica aparência de terçol. As glândulas ciliares de Zeis e Moll geralmente estão envolvidas.[1] O hordéolo se manifesta como uma pústula apontando para a margem da pálpebra. A própria pálpebra pode estar ligeiramente edemaciada, com eritema em torno da área envolvida. Uma pálpebra difusamente edemaciada com eritema acentuado deve levar o médico a considerar outros diagnósticos.[1] [2] [3] [4]

Hordéolo interno

Pacientes com hordéolo interno também se apresentam com dor aguda e edema da pálpebra. A infecção da glândula meibomiana, que se situa mais profundamente na pálpebra no interior da placa tarsal, é responsável por essa afecção.[1] A infecção pode causar obstrução dessa glândula relativamente longa, que possui um orifício na borda da pálpebra. Caso ele esteja obstruído, pode não haver patologia notável

na margem da pálpebra. Sensibilidade e eritema podem estar mais difusamente localizados na pálpebra. O processo infeccioso pode apontar na direção da superfície da conjuntiva e ser diagnosticado ao virar a pálpebra para fora para revelar uma pequena pústula, que é a característica definidora do hordéolo interno.[1] Se a glândula estiver infectada, mas não obstruída, o exame físico pode ser semelhante, sem a pústula interna, mas com dor e sensibilidade na margem da pálpebra, como no hordéolo externo. Uma vez que o tratamento para hordéolo interno e externo é o mesmo, essa diferenciação não é de grande preocupação clínica.[1] [2] [3] [4]

[Fig-1]

Calázio

Em oposição ao hordéolo, os calázios tipicamente se apresentam de uma forma mais indolente. O calázio é resultante de uma reação inflamatória localizada ao sebo, e não de um processo infeccioso agudo. Quando eles surgem, podem ser confundidos com um hordéolo interno, mas sem qualquer pústula na margem da pálpebra. No entanto, os calázios são nódulos sem sensibilidade e a pele adjacente tipicamente não apresenta eritema ou sinal de infecção bacteriana aguda. Caso eles persistam, podem aparecer alterações crônicas na pele que recobre o nódulo.[1] [2] [3] [4]

[Fig-2]

Dificuldades no diagnóstico

Embora o diagnóstico de calázio e hordéolo geralmente seja direto, existem várias enfermidades com as quais eles podem ser confundidos. Especificamente, dor e edema da pálpebra sem uma pústula discreta visível na margem da mesma ou na superfície da conjuntiva devem levar o clínico a considerar outros diagnósticos. Celulite periorbitária (pré-septal) e orbitária (septal) são processos mais difusos que devem ser considerados se o exame físico não indicar uma pústula ou pápula, pois têm implicações significativas no tratamento. Invariavelmente, esses pacientes apresentam inchaço mais difuso, edema e eritema da pálpebra e da região periorbitária.[1] [3]

Em pacientes com calázio crônico ou recorrente, pode ser necessário o encaminhamento a um oftalmologista para biópsia, para excluir malignidade.[5]

Exames por imagem

A tomografia computadorizada (TC) da face e das órbitas não é útil no diagnóstico de hordéolo ou calázio. Entretanto, se os diagnósticos alternativos não puderem ser diferenciados clinicamente, a TC pode ser adequada para confirmar o diagnóstico e descartar outra patologia mais grave, como celulite orbitária.[1] [3]

Fatores de risco

Fracos

idade entre 30 e 50 anos

- A incidência em crianças geralmente é menor que em adultos. A viscosidade mais elevada do sebo, a maior incidência de disfunção das glândulas meibomianas e a maior incidência de rosácea em adultos teoricamente são responsáveis por essa diferença.

blefarite e rosácea ocular

- A inflamação crônica da margem da pálpebra provavelmente acarreta uma maior incidência de terçóis (hordéolos) em decorrência de fatores mecânicos. A obstrução dos ductos que drenam as glândulas meibomianas e ciliares pode causar uma maior incidência de estase e colonização bacteriana, ocasionando o hordéolo. O bloqueio da drenagem sebácea também pode causar o aumento da incidência de calázios.

dermatite seborreica

- Alterações na composição e deposição do sebo podem causar aumento dos níveis de estase e, finalmente levando a um aumento na taxa de disfunção da glândula meibomiana e calázio.

colesterol sérico elevado

- Altos níveis de colesterol sérico podem aumentar o risco de bloqueio das glândulas sebáceas das pálpebras, predispondo a terçóis e calázios.

diabetes mellitus

- Terçóis e calázios são mais comuns em pacientes com diabetes mellitus.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

dor aguda somente na pálpebra (comum)

- Os pacientes mais comumente se queixam de dor unilateral aguda na pálpebra superior ou inferior. Não há dor no globo ocular. A dor na pálpebra geralmente se localiza na margem, no hordéolo externo, ou um tanto mais difusa, apontando na direção da conjuntiva tarsal, no hordéolo interno.
- Os pacientes podem se queixar de dor ocular, mas, após um questionamento adicional mais detalhado, constata-se que a queixa se refere apenas à pálpebra. Dor envolvendo o globo ocular, principalmente com o movimento do olho, deve levantar a preocupação de celulite orbitária.

pústula na margem da pálpebra (comum)

- No exame físico, os pacientes com hordéolo externo costumam apresentar uma pústula facilmente identificável na margem da pálpebra. A ausência de uma pústula na margem, com pálpebra dolorosa, deve levar o médico a considerar a ocorrência de hordéolo interno ou calázio.

pústula na conjuntiva tarsal (comum)

- Ao contrário do hordéolo externo, pacientes com hordéolo interno frequentemente apresentam uma pústula facilmente identificável ao virar a pálpebra para fora. Esse processo é diferente do hordéolo externo, pois ele envolve a glândula meibomiana, que se localiza mais profundamente na placa tarsal.

nódulo palpável sem sensibilidade (comum)

- No calázio, o exame físico revela um nódulo sem sensibilidade sem dor ou eritema associado.

ausência de sintomas constitucionais (comum)

- Os pacientes não apresentam sintomas constitucionais ou sistêmicos, já que o terçol e o calázio são processos localizados.

ausência de dor ocular (comum)

- Os pacientes podem se queixar de dor ocular, mas, após um questionamento adicional mais detalhado, constata-se que a queixa se refere apenas à pálpebra. Dor envolvendo o globo ocular, principalmente com o movimento do olho, deve levantar a preocupação de celulite orbitária.

ausência de patologia intraocular (comum)

- O médico pode encontrar pequena hiperemia conjuntival secundária à irritação mecânica ou manipulação do olho pelo paciente. Entretanto, um exame cuidadoso não deve revelar qualquer outra patologia do globo ocular. Outros achados no olho ou dor com a amplitude de movimentos do olho devem levar o médico a considerar outros diagnósticos.

Outros fatores de diagnóstico**inchaço crônico da pálpebra (comum)**

- Na presença de inchaço mais crônico da pálpebra, o clínico deve considerar a ocorrência de calázio. Os pacientes frequentemente apresentam um nódulo palpável sem sensibilidade longe da margem da pálpebra.

idade entre 30 e 50 anos (comum)

- Os adultos têm maior probabilidade de apresentar hordéolo e calázio. Blefarite e rosácea são mais comuns em adultos e estão associadas ao hordéolo. Teoriza-se que a viscosidade elevada do sebo em adultos aumenta o risco de calázio.

história de blefarite e rosácea ocular (incomum)

- Ambas as doenças criam inflamação na margem da pálpebra, que pode potencialmente criar obstrução mecânica das glândulas e uma predisposição à infecção.

Exames diagnóstico**Primeiros exames a serem solicitados**

Exame	Resultado
diagnóstico clínico <ul style="list-style-type: none"> Geralmente, não é necessário realizar exames. 	aspectos de terçol ou calázio

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
biópsia <ul style="list-style-type: none"> Em pacientes com calázio crônico ou recorrente, pode ser necessário o encaminhamento a um oftalmologista para biópsia, para excluir malignidade.^[5] 	inflamação crônica; sem evidência de malignidade

Exame	Resultado
tomografia computadorizada (TC) da face e órbitas <ul style="list-style-type: none"> Não é útil no diagnóstico de terçol ou calázio. No entanto, se houver suspeita da presença de dacrioadenite ou dacriocistite, a TC pode ser adequada para confirmar o diagnóstico e excluir outra patologia mais grave, como celulite orbitária. Invariavelmente, esses pacientes apresentam inchaço mais difuso, edema e eritema da pálpebra e da região periorbitária.^{[1] [3]} 	nenhum achado significativo no terçol ou calázio; evidência de envolvimento lacrimal em dacrioadenite ou dacriocistite ou celulite periorbitária ou orbitária

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Blefarite	<ul style="list-style-type: none"> A anamnese geralmente revela queimação ocular bilateral, prurido, sensação de corpo estranho, fotofobia, crostas nas pálpebras e vermelhidão das margens da pálpebras. Nos casos graves, podem ocorrer alterações corneanas, causando uma redução da visão. Se associada à síndrome do olho seco, os pacientes com blefarite podem se queixar de sensação de secura nos olhos. Se associada à rosácea, são observados eritema facial, telangiectasia facial, pápulas e pústulas. Se associada à dermatite seborreica, é típica a presença de pele escamosa e gordurosa no couro cabeludo, na região retroauricular, na glabella e nos sulcos nasolabiais. O calázio pode estar associado a uma blefarite subjacente. 	<ul style="list-style-type: none"> É necessário o exame com lâmpada de fenda para confirmar o diagnóstico e excluir outras causas. Em casos unilaterais atípicos, a biópsia palpebral pode ser necessária para excluir outras enfermidades, particularmente malignidades como carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas ou de células sebáceas.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Dacriocistite	<ul style="list-style-type: none"> • Obstrução e infecção bacteriana do saco lacrimal; facilmente identificável no exame físico como uma massa muito sensível, edemaciada e flutuante abaixo do epicanto medial.[1] • Mais comum em crianças, em geral precedida por uma infecção viral do trato respiratório superior e comumente associada a sintomas constitucionais.[1] • A palpação do saco pode promover a drenagem de pus proveniente dos pontos lacrimais.[1] [3] 	<ul style="list-style-type: none"> • Em caso de suspeita, a tomografia computadorizada (TC) da face e das órbitas pode ser útil para identificar inflamação do sistema lacrimal e excluir celulite orbitária.
Dacrioadenite	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção bacteriana da glândula lacrimal causada por infecções bacterianas ou virais; os pacientes geralmente se queixam de sintomas constitucionais. • Apresenta-se tipicamente com dor e inchaço na borda lateral da pálpebra superior, com lacrimejamento e secreção do olho.[1] [3] 	<ul style="list-style-type: none"> • Em caso de suspeita, a TC da face e das órbitas pode ser útil para identificar inflamação da glândula lacrimal e excluir celulite orbitária.
Celulite periorbitária	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente resulta de infecções bacterianas secundárias decorrentes de trauma cutâneo local, disseminação de impetigo ou extensão de sinusite. Às vezes associada à febre. Os pacientes apresentam inchaço mais difuso, edema e eritema da pálpebra e da região periorbitária.[1] [3] 	<ul style="list-style-type: none"> • Em caso de suspeita, a TC da face ou das órbitas pode ser útil para excluir celulite orbitária.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Celulite orbitária	<ul style="list-style-type: none"> • Frequentemente, manifesta-se inicialmente com sinais e sintomas de celulite periorbitária. • Adicionalmente, os pacientes se queixam de dor ocular com movimentos, diminuição da visão, febre e cefaleia. • No exame físico, os pacientes podem apresentar quemose acentuada com proptose e elevação da pressão intraocular.[1] [3] 	<ul style="list-style-type: none"> • A TC costuma ser realizada para identificar a extensão da doença e excluir a formação potencial de abscesso.
Carcinoma de células escamosas e sebáceas	<ul style="list-style-type: none"> • Pode haver suspeita em pacientes mais velhos com lesões persistentes das pálpebras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para lesões suspeitas, é necessária a biópsia para excluir carcinoma.

Abordagem passo a passo do tratamento

O terçol (hordéolo) tipicamente é uma condição autolimitada que desaparece espontaneamente em 5 a 7 dias. Compressas quentes e antibioticoterapia tópica ajudam a acelerar a recuperação e evitar a disseminação da infecção. Os calázios, em virtude da sua natureza inflamatória mais crônica, podem demorar mais a apresentar resolução espontânea.

Terçol

Hordéolos internos e externos são tratados de forma semelhante. Uma vez que a maioria das infecções é causada por *Staphylococcus aureus*, a bacitracina ou eritromicina oftálmicas tópicos geralmente são suficientes. Em associação com antibióticos tópicos, compressas quentes aplicadas à pálpebra ajudam a acelerar a resolução e drenagem. A maioria dos hordéolos desaparece em 5 a 7 dias. Raramente são indicados antibióticos sistêmicos, a menos que haja celulite adjacente significativa. Pode ser indicada uma cefalosporina de primeira geração ou amoxicilina/ácido clavulânico.^{[1] [2] [3] [4]}

Para hordéolos muito grandes que distorcem a visão ou para os que são refratários à terapia medicamentosa, é adequado o encaminhamento a um oftalmologista ou optometrista para incisão e drenagem.^{[1] [2] [3] [4]}

Calázio

A maioria dos calázios responde ao tratamento conservador de compressas quentes e à higiene adequada da pálpebra, que inclui a lavagem com gotas de xampu para bebês. Manter as pálpebras livres de secreção, pus ou crostas também ajuda a melhorar a doença. Não são necessários antibióticos.^{[1] [2] [3] [4]}

Para calázios recorrentes ou refratários, o encaminhamento a um oftalmologista ou optometrista pode ser necessário para a injeção de corticosteroide ou incisão e curetagem. Ambas as opções são parecidas em termos de taxas de recorrência e, geralmente, melhores que compressas quentes e massagem.^{[6] [7] [8] [9]}

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo		(resumo)
terçol		
	1a	bacitracina ou eritromicina oftálmicas tópicas
	mais	compressas quentes + massagem
■ celulite adjacente significativa	mais	antibioticoterapia oral
■ visão distorcida ou refratária à terapia medicamentosa	mais	encaminhamento a um oftalmologista/ optometrista para incisão e drenagem

TREATMENT

Opções de tratamento

Agudo

terçol

1a **bacitracina ou eritromicina oftálmicas tópicas**

Opções primárias

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

OU

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

» Aplica-se bacitracina ou eritromicina oftálmicas tópicas no saco conjuntival até o desaparecimento dos sintomas.

mais **compressas quentes + massagem**

» As compressas quentes podem ser feitas com uma toalha molhada em água quente, aplicada com leve pressão sobre a pálpebra fechada. As compressas podem ser aplicadas 4 a 5 vezes ao dia por 10 a 15 minutos e podem ser acompanhadas por uma leve massagem da área.^{[1] [2] [3] [4]}

■ **celulite adjacente significativa**

mais **antibioticoterapia oral**

Opções primárias

» **cefalexina**: 250-500 mg por via oral a cada 6-12 horas

OU

» **amoxicilina/ácido clavulânico**: 500 mg por via oral a cada 8 horas

» Pode ser indicada uma cefalosporina de primeira geração ou amoxicilina/ácido clavulânico.

■ **visão distorcida ou refratária à terapia medicamentosa**

mais **encaminhamento a um oftalmologista/ optometrista para incisão e drenagem**

» Para hordéolos muito grandes que distorcem a visão ou para os que são refratários à terapia medicamentosa, é adequado o encaminhamento a um oftalmologista ou optometrista para incisão e drenagem.^{[1] [2] [3] [4]}

calázio

Agudo

calázio

1a

compressas quentes + massagem

» Compressas quentes, acompanhadas por uma leve massagem da área, podem ser aplicadas sobre a área envolvida 4 a 5 vezes ao dia por aproximadamente 10 a 15 minutos. Isso auxilia na resolução de qualquer obstrução ductal nas longas glândulas meibomianas e ajuda a drenar o sebo.

■ **recorrente ou refratário****mais****encaminhamento a um oftalmologista/ optometrista para injeção de corticosteroide ou incisão e curetagem**

» Para calázios recorrentes ou refratários, o encaminhamento a um oftalmologista ou optometrista pode ser necessário para a injeção de corticosteroide ou incisão e curetagem. Ambas as opções são parecidas em termos de taxas de recorrência e, geralmente, melhores que compressas quentes e massagem.^{[6] [7] [8] [9]}

Novidades

Acupuntura

A acupuntura foi estudada para o tratamento do hordéolo agudo. Uma revisão Cochrane revelou evidências de baixa exatidão de que a acupuntura com ou sem tratamentos convencionais pode fornecer benefícios em curto prazo para o tratamento de hordéolo agudo em comparação com tratamentos convencionais isolados.^[10]

Recomendações

Monitoramento

Para terçóis não complicados ou calázios que apresentam resolução sem o tratamento adequado, não é necessário acompanhamento. Compressas quentes e antibióticos tópicos são intervenções relativamente benignas com poucos efeitos adversos. Para lesões persistentes ou recorrentes, especialmente calázios, o acompanhamento oftalmológico é apropriado. Calázios crônicos podem necessitar de injeções de corticosteroides ou, no limite, de excisão. Além disso, lesões suspeitas ou crônicas podem ser submetidas a biópsia para excluir carcinoma.

Instruções ao paciente

O terçol leve pode remitir (sem a necessidade de tratamento com antibiótico) após reconhecimento imediato e início de compressas quentes pelo paciente. Manter as pálpebras livres de secreção, pus ou crostas também ajuda a melhorar a doença e evitar a recorrência. Para pacientes com dermatite seborreica, a lavagem dos cílios com xampu anticaspa pode ajudar.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
calázio decorrente de terçol	curto prazo	média
Terçol agudo pode impedir a drenagem normal do sebo das glândulas meibomianas, causando a formação de calázio.		
celulite orbitária e periorbitária	curto prazo	baixa
Um terçol não tratado pode progredir para uma celulite mais generalizada da pálpebra. Se esta progredir, poderá ocasionar celulite periorbitária e, raramente, celulite orbitária. Qualquer progressão além de uma pústula ou nódulo muito bem localizado deve ser monitorada rigorosamente quanto à ocorrência de celulite, o que pode exigir antibióticos orais ou intravenosos.[1]		
deformidade estética	variável	baixa
Complicações provenientes de terçol agudo são raras, mas incluem a interrupção do crescimento dos cílios, deformidades e fístulas na pálpebra. Calázios, em virtude da sua natureza mais crônica, têm maior probabilidade de ocasionar alterações cutâneas na área sobreposta à reação inflamatória. Relata-se que grandes lesões da pálpebra superior causam alterações visuais, ao induzir astigmatismo.[11]		

Prognóstico

A perspectiva do paciente geralmente é boa tanto para terçol (hordéolo) quanto para calázio, quando adequadamente tratados. O calázio pode necessitar de mais tempo para apresentar resolução espontânea.

Terçol

Uma vez tratados, quase todos os terçóis (hordéolos) desaparecem em 5 a 7 dias sem sequelas cosméticas. Se o tratamento for iniciado precocemente, os sintomas e o edema poderão durar somente 1 a 2 dias. Casos mais avançados podem necessitar de até uma semana para apresentar resolução espontânea. Os casos podem apresentar recorrência e os pacientes devem ser instruídos a reconhecer e tratar imediatamente a doença com compressas quentes.^{[1] [2] [3] [4]}

Calázio

Em virtude da sua natureza mais crônica, os calázios podem demorar várias semanas para apresentar resolução espontânea. Enquanto > 50% apresentam resolução espontânea, eles são um tanto mais refratários ao tratamento que os hordéolos. Muitos calázios apresentam recorrência, embora o índice exato seja desconhecido.

Diretrizes de tratamento

Europa

Hordeolum

Publicado por: The College of Optometrists

Última publicação em:
2015

Chalazion (Meibomian cyst)

Publicado por: The College of Optometrists

Última publicação em:
2016

Artigos principais

- Wald ER. Periorbital and orbital infections. Infect Dis Clin North Am. 2007;21:393-408. [Resumo](#)
- Mueller JB, McStay CM. Ocular infection and inflammation. Emerg Med Clin North Am. 2008;26:57-72. [Resumo](#)
- Lederman C, Miller M. Hordeola and chalazia. Pediatr Rev. 1999;20:283-284. [Resumo](#)
- Goawalla A, Lee V. A prospective randomized treatment study comparing three treatment options for chalazia: triamcinolone acetonide injections, incision and curettage and treatment with hot compresses. Clin Experiment Ophthalmol. 2007;35:706-712. [Resumo](#)

Referências

1. Wald ER. Periorbital and orbital infections. Infect Dis Clin North Am. 2007;21:393-408. [Resumo](#)
2. Mueller JB, McStay CM. Ocular infection and inflammation. Emerg Med Clin North Am. 2008;26:57-72. [Resumo](#)
3. Wald ER. Periorbital and orbital infections. Pediatr Rev. 2004;25:312-320. [Resumo](#)
4. Lederman C, Miller M. Hordeola and chalazia. Pediatr Rev. 1999;20:283-284. [Resumo](#)
5. Shields JA, Demirci H, Marr BP, et al. Sebaceous carcinoma of the eyelids: personal experience with 60 cases. Ophthalmology. 2004;111:2151-2157. [Resumo](#)
6. Perry HD, Serniuk RA. Conservative treatment of chalazia. Ophthalmology. 1980;87:218-221. [Resumo](#)
7. Pizzarello LD, Jacobiec FA, Hofeldt AJ. Intralesional corticosteroid therapy of chalazia. Am J Ophthalmol. 1978;85:815-821. [Resumo](#)
8. Goawalla A, Lee V. A prospective randomized treatment study comparing three treatment options for chalazia: triamcinolone acetonide injections, incision and curettage and treatment with hot compresses. Clin Experiment Ophthalmol. 2007;35:706-712. [Resumo](#)
9. Chung CF, Lai JS, Li PS. Subcutaneous extralesional triamcinolone acetonide injection versus conservative management in the treatment of chalazion. Hong Kong Med J. 2006;12:278-281. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Cheng K, Law A, Guo M, et al. Acupuncture for acute hordeolum. Cochrane Database Syst Rev. 2017; (2):CD011075. [Texto completo](#) [Resumo](#)
11. Santa Cruz CS, Culotta T, Cohen EJ, et al. Chalazion-induced hyperopia as a cause of decreased vision. Ophthalmic Surg Lasers. 1997;28:683-684. [Resumo](#)

Imagens

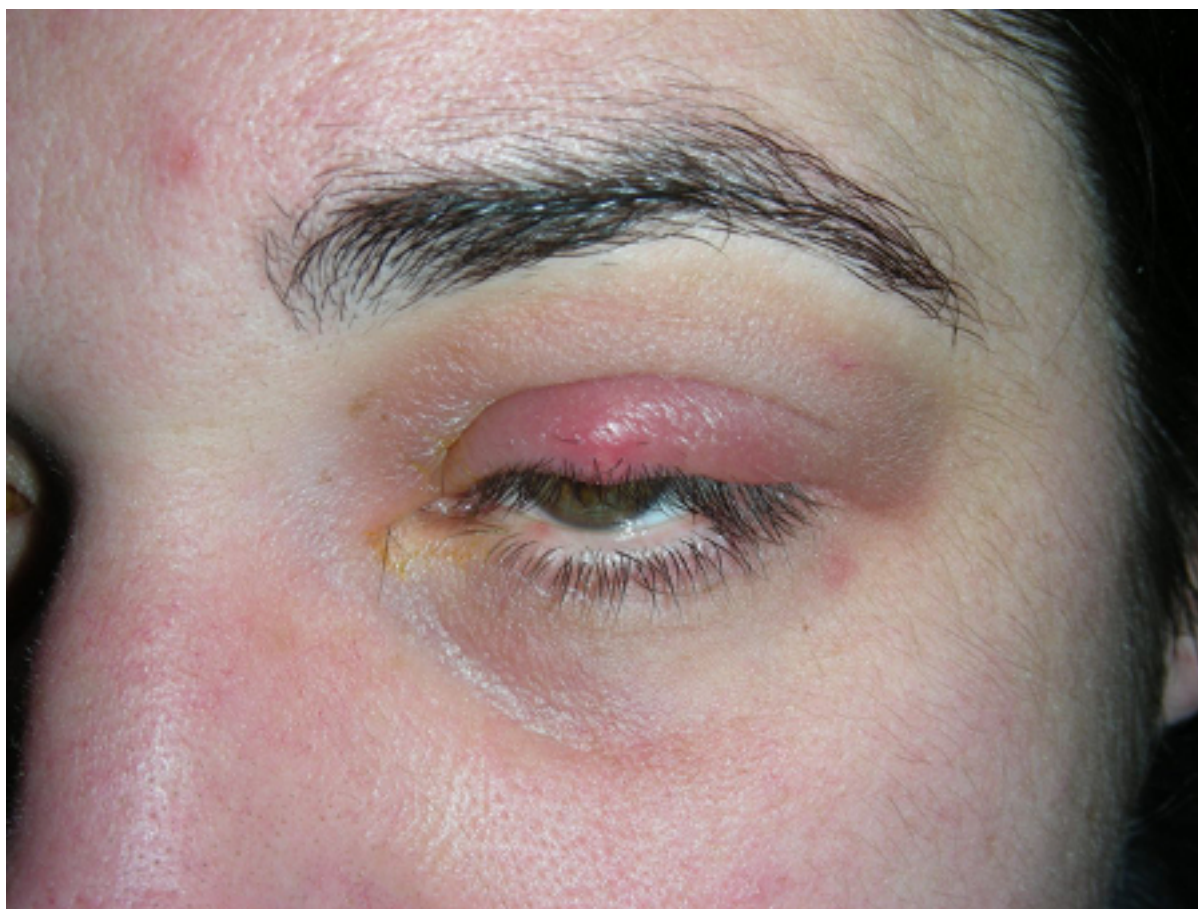


Figura 1: Hordéolo interno na pálpebra superior esquerda com celulite limitada

Gupta A, Stacey S, Amissah-Arthur KN. Eyelid lumps and lesions. BMJ. 2014;348:g3029.



Figura 2: Calázio na pálpebra inferior do olho esquerdo

Gupta A, Stacey S, Amissah-Arthur KN. Eyelid lumps and lesions. BMJ. 2014;348:g3029.

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 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
	Numerais de 4 dígitos
	Numerais < 1

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

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web atualizada pela última vez em: Jun 04, 2018.

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

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

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Christopher McStay, MD

Associate Professor of Emergency Medicine

Chief of Clinical Operations, Emergency Department, University of Colorado Hospital, University of Colorado School Of Medicine, Aurora, CO

DIVULGAÇÕES: CM declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Bob Avery, MD, PhD

Assistant Professor

Ophthalmology, University of New Mexico Medical School, Albuquerque, NM

DIVULGAÇÕES: BA declares that he has no competing interests.

Gus Gazzard, MA, MBBChir, MD, FRCOphth

Consultant Ophthalmic Surgeon

King's College Hospital, Honorary Research Fellow, Institute of Ophthalmology, London, UK

DIVULGAÇÕES: GG declares that he has no competing interests.

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.

Christopher Tedeschi, MD

Instructor in Clinical Medicine

Emergency Medicine Department, New York Presbyterian Hospital, Columbia University Medical Center, New York, NY

DIVULGAÇÕES: CT declares that he has no competing interests.