

COMO EU TRATO CONJUNTIVITE ALÉRGICA

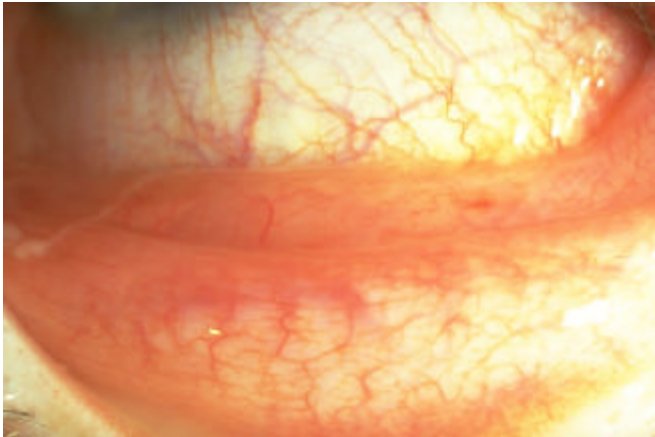
As conjuntivites alérgicas em crianças apresentam-se habitualmente de forma grave, principalmente as do tipo primaveril.

Há quatro formas de conjuntivite alérgica: Sazonal, geralmente associada à rinite ou asma; ceratoconjuntivite atópica (associada à dermatite atópica); conjuntivite primaveril (ou vernal); e conjuntivite papilar gigante (associada comumente ao uso de lentes de contato).

Conjuntivite alérgica sazonal (hay fever)

É causada por reação de hipersensibilidade tipo I, freqüentemente associada a rinite ou asma, e relaciona-se intimamente com exposição direta ao alérgeno. É a forma mais comum de alergia ocular.

A patogênese baseia-se na degranulação de mastócitos, que, estimulados previamente pelas IgE, liberam mediadores químicos que provocam os sintomas – prurido, hiperemia, edema, e formação de papilas na conjuntiva tarsal superior, que são menores que 1 mm. Habitualmente não há envolvimento corneano.

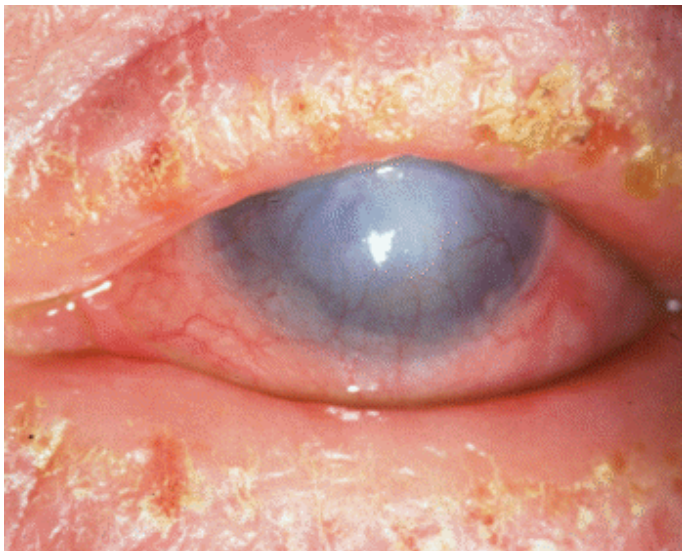


Conjuntivite sazonal – notar a secreção mucosa no fundo de saco inferior.

Ceratoconjuntivite atópica

É causada por reação de hipersensibilidade tipos I e IV, as crises são mais freqüentes no inverno, e há associação com dermatite atópica.

Os sintomas mais freqüentes são prurido, lacrimejamento, secreção mucosa, hiperemia, visão embaçada, fotofobia e dor. O acometimento palpebral causa blefarite secundária, que pode chegar a entrópio cicatricial. Madarose é freqüente, assim como microcalázios. Hiperemia da conjuntiva, quemose, limbite, hipertrofia papilar na conjuntiva tarsal superior e pontos de Tranta são sinais presentes. O envolvimento corneano mais freqüente é a ceratite pontuada, que pode ser acompanhada de neovascularização periférica. Os defeitos epiteliais crônicos podem resultar em diminuição da acuidade visual.



Ceratoconjuntivite atópica: blefarite, neovascularização corneana.

Conjuntivite primaveril (vernal)

É causada por reação de hipersensibilidade tipos I e IV; as crises são mais freqüentes na primavera, em regiões de clima quente e seco. É mais freqüente em crianças do sexo masculino, entre 2 e 10 anos de idade, e habitualmente resolve-se espontaneamente na puberdade. Histopatologicamente há presença de quantidade anormal de mastócitos na conjuntiva.

A conjuntivite vernal apresenta-se clinicamente sob duas formas: palpebral e limbar.

A característica da forma palpebral é a hipertrofia papilar na conjuntiva tarsal superior. Em casos severos, há coalescência das papilas, formando papilas gigantes. Comumente há secreção mucosa disposta entre as papilas.



Conjuntivite vernal
– papilas gigantes.
Notar a secreção
entre as papilas.

A forma limbar apresenta papilas no limbo (limbite), que se torna espessado e gelatinoso, freqüentemente com pontos de Tranta.



Limbite. Notar os pontos
brancos – pontos de Tranta.

A córnea apresenta ceratite pontuada difusa, que é exacerbada pelo trauma mecânico das papilas. A coalescência dos pontos inflamatórios do epitélio da córnea forma defeito oval com depósito de fibrina, no terço superior da córnea, denominado úlcera em escudo.



Úlcera em escudo.

Conjuntivite papilar gigante

É causada por reação de hipersensibilidade tipos I e IV, e tem, como característica, a formação de papilas gigantes na conjuntiva tarsal superior.

A causa mais freqüente dessa conjuntivite é o uso prolongado de lentes de contato, principalmente as gelatinosas, porém ocorre também em fios de sutura expostos, uso de próteses oculares, e exposição de faixa escleral (pós-cirurgia de descolamento de retina).

Os sintomas mais comuns são intolerância à lente de contato, com secreção mucosa abundante principalmente pela manhã (após a retirada das lentes no dia anterior), sensação de corpo estranho e prurido.

Os sinais característicos são hiperemia conjuntival e hipertrofia papilar na conjuntiva tarsal superior. Com a progressão, a secreção torna-se mais espessa e as papilas coalescem, formando as papilas gigantes.

Quando associada à exposição de fios de sutura ou faixa escleral, a reação é localizada, adjacente ao estímulo.



Conjuntivite papilar gigante – usuário de lentes de contato.

Tratamento

Em qualquer quadro alérgico, ocular ou não, o primeiro passo é orientar o paciente (ou seu responsável) que a doença é crônica, recorrente, e deve-se tomar algumas medidas para diminuir a intensidade e a frequência das crises, a saber: evitar o acúmulo de pó, como em cortinas carpetes, bichos de pelúcia, varrer a casa com auxílio de pano úmido, para não levantar a poeira, entre outras medidas preventivas. Não coçar o olho é mandatório; as compressas geladas aliviam muito os sintomas alérgicos.

As drogas utilizadas no tratamento das conjuntivites alérgicas são anti-histamínicos, estabilizadores de membrana de mastócitos, antiinflamatórios não hormonais, corticosteróides, e imunomoduladores.

Os anti-histamínicos tópicos são indicados nos pacientes onde o prurido é sintoma importante, porém, sua ação é unicamente sobre a histamina, tendo seu efeito limitado à inibição do prurido e da hiperemia. Essa medicação não inibe nem tampouco cessa a manifestação alérgica, sendo apenas um paliativo dos sintomas pruriginosos.

Os estabilizadores de membrana de mastócitos levam no mínimo uma semana para iniciarem sua ação, por isso, devem ser associados à droga de início rápido na crise. São indicados nas conjuntivites alérgicas crônicas, recorrentes, para diminuir a intensidade e a recorrência das

Antiinflamatórios não hormonais: - Cetorolac
- Diclofenaco sódico

Corticosteróides: - Prednisolona
- Dexametasona
- Fluormetolona
- Rimexolona

Tratamento

Nas conjuntivites alérgicas sazonais, o quadro é mais brando, e, na maioria dos casos, resolvido com anti-histamínicos para amenizar o prurido e estabilizadores de membrana, além de lubrificantes (sem conservantes) para dar maior conforto. Devemos lembrar que os estabilizadores de membrana levam no mínimo uma semana para surtirem efeito, portanto, seu uso deve ser continuado mesmo após cessar a crise, por pelo menos um mês.

A ceratoconjuntivite atópica deve ser tratada de forma conjunta – conjuntivite e blefarite – para que se possa compensar o quadro. Devemos utilizar anti-histamínicos, estabilizadores de membrana, lágrimas artificiais, e, dependendo da gravidade do quadro, corticosteróides. A blefarite deve ser tratada com pomadas de tetraciclina, que, além de diminuir a população bacteriana, agem emulsionando as gorduras, o que é de grande valia na meibomite.

Nas conjuntivites vernais, o tratamento baseia-se principalmente nos estabilizadores de membrana, anti-histamínicos e corticosteróides. As lágrimas artificiais devem ser instiladas de hora em hora, pois a ceratite pontuada normalmente é severa. No caso de ocorrer úlcera em escudo, as placas de fibrina devem ser removidas.

Nos casos de conjuntivite papilar gigante, o tratamento só será eficaz com a suspensão da causa. Em usuários de lentes de contato ou prótese ocular, deve-se suspender o uso por pelo menos um mês. Nos casos de exposição de fio de sutura ou faixa escleral, a remoção ou reposicionamento deve ser feita.

Em todos os casos de conjuntivite alérgica, vemos que o tratamento baseia-se em anti-histamínicos, estabilizadores de membrana e corticosteróides. Em minha prática diária, dou preferência à olopatadina, por ser um medicamento mais potente que o cromoglicato dissódico, e tem ação anti-histamínica associada. A posologia é de quatro vezes ao dia, e, nos casos recorrentes, deve-se manter a medicação por no mínimo seis meses para que se obtenha o efeito de prevenção de novas crises. Quanto ao corticosteróide, utilizo a Rimexolona, por ser uma droga potente e de pouca ou nenhuma

penetração na câmara anterior, o que minimiza o risco de glaucoma e catarata. Quanto à posologia, inicialmente recomendo frequência de duas em duas horas, diminuindo a cada semana, até alcançar duas vezes ao dia, que mantenho por dois meses, com posterior retirada gradual. Em todos os casos de conjuntivite alérgica utilizo lubrificantes em conservantes, pois aumenta o conforto do paciente e mantém a lubrificação corneana. Raramente utilizo AINH.

Estudos recentes demonstram a eficácia da ciclosporina 0,05% em ceratoconjuntivite atópica e conjuntivite vernal, principalmente os casos refratários à corticoterapia. A posologia recomendada é de quatro vezes ao dia, mantida por seis meses.

Marisa Florence
2004