



As conjuntivites alérgicas são o resultado da resposta a alergénios.

Conjuntivite alérgica

DATA 2018-08-20 **AUTORES** Adriana Machado, *Estagiária finalista do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas*; Aurora Simón, *Directora técnica do CIM*

A conjuntiva é a fina camada transparente de tecido que reveste a superfície interna da pálpebra e cobre a parte exposta da córnea.¹⁻⁴ Esta membrana ajuda a proteger o olho de agressões externas como o fumo, bactérias, alergénios do ar, bem como dos danos provocados pelo sol e vento.³

A conjuntivite é uma inflamação ou infeção da conjuntiva.¹⁻⁴ Dentro das conjuntivites não infecciosas encontramos as conjuntivites alérgicas (CA), que são o resultado da resposta a alergénios transportados pelo ar que contactam com o olho,^{4,5} como pólenes, pêlos de animais e outros antígenos ambientais^{2,6} e que desencadeiam uma resposta alérgica.¹⁻¹² As CA podem ser classificadas em:

- **Conjuntivite alérgica sazonal**^{3,5-8} (CAS) – aparece todos os anos na mesma época,⁸ tendo a maioria dos casos ocorrência na primavera/outono, quando os níveis de alergénios estão elevados.^{6,7} Os sintomas alérgicos aos pólenes variam de dia para dia, dependendo das condições climáticas, melhoram com o tempo húmido e pioram em dias de vento quente ou depois de tempestades. Existem também variações sazonais de alguns alergénios ambientais, o que pode causar sintomas sazonais.³
- **Conjuntivite alérgica perene**^{3,5-8} (CAP) – manifesta-se durante todo o ano, normalmente por alergia a alergénios ambientais mais recorrentes ao longo do ano, como ácaros, pêlos de animais^{3,6-8} e ocasionalmente a alimentos ou aditivos alimentares.³

Tanto a CAS como a CAP afetam ambos os olhos^{3,5,8} e são mais frequentes em pessoas com atopia,^{4,6-8} ocorrendo muitas vezes em conjunto com episódios de rinite alérgica.⁶⁻⁸

Não serão abordadas todas as diversas patologias associadas a processos alérgicos que envolvem a córnea, tais como a queratoconjuntivite (vernal e atópica)^{3,7} e a conjuntivite papilar gigante,^{1,3,7,8} associada ao uso de lentes de contacto.^{1,3}

A CA é uma inflamação da conjuntiva devida a uma reação de hipersensibilidade por exposição a alergénios,⁸ mediada por um mecanismo dependente de imunoglobulina E (IgE).^{4,5,7}

O mecanismo dá-se a partir da interação alérgico-olho, com o envolvimento de IgE específicas, provocando a desgranulação dos mastócitos no local⁴⁻⁶ e a libertação de mediadores químicos

responsáveis pelos sintomas,⁶ como a histamina, fatores quimiotáticos de eosinófilos, fatores de ativação plaquetar, entre muitos outros.^{4,6,9}

Manifestações clínicas

Os sintomas são o resultado da reação alérgica.⁶ Estes são: vermelhidão bilateral, secreção aquosa e prurido,¹⁻¹⁰ sendo este último o sintoma cardinal da alergia. A fricção dos olhos pode piorar os sintomas.⁴ Pode haver edema do saco conjuntival e tumefação da pálpebra.^{3,8} A fotofobia é também um sintoma frequente.^{1,3,5-7}

Apesar de os sintomas serem bilaterais, estes podem ser predominantemente num dos olhos.^{8,9}

Existem sinais de alerta que requerem o encaminhamento para um oftalmologista, como a opacidade da córnea e a redução da visão,^{3,4,9} bem como secreções anormais e dor ocular.⁹

Tratamento

A principal medida para tratar os quadros de CA é a evicção do contacto com os alergénios.^{1-8,11} A CA é um processo autolimitado; o tratamento existente reduz os sintomas, mas não altera o curso clínico.⁴ O tratamento da CAS e da CAP é gerido de forma semelhante.⁵

Opções terapêuticas tópicas

Anti-histamínicos com propriedades estabilizadoras de mastócitos – (azelastina, epinastina, olopatadina e cetotifeno)^{5-7,11,12} têm duas ações: o bloqueio dos receptores de histamina e consequente inibição das ações dos mediadores pro-inflamatórios e inibição da desgranulação dos mastócitos, limitando a libertação de mediadores pro-inflamatórios. Têm um início de ação rápido^{3,5} e devem-se administrar duas vezes por dia, durante, pelo menos, duas semanas. Alguns autores consideram ser a opção de excelência.⁵ Em Portugal, existem escolhas terapêuticas classificadas como medicamento não sujeito a receita de venda exclusiva em farmácia (MNSRM-EF) que dispõem de um protocolo de dispensa disponibilizado para consulta no INFARMED.

Combinações de descongestionantes e anti-histamínicos – reduzem o edema conjuntival, devido à componente vasoconstritora, e os sintomas associados à histamina, através da componente anti-histamínica.⁵ Não devem ser utilizados por

DATA 2018-08-20 | AUTORES Adriana Machado, *Estagiária finalista do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas*;
Aurora Simón, *Directora técnica do CIM*

períodos superiores a duas semanas sem aconselhamento médico.^{3,5,6,8} Isto deve-se ao efeito *rebound* de hiperémia.^{5-8,12} Exemplos destes fármacos incluem a nafazolina e feniramina (descongestionantes)^{5,6} em associações com antazolina.²

Anti-histamínicos tópicos – (emedastina e levocabastina)^{6-8,10-12} garantem um alívio mais imediato que os anti-histamínicos orais.⁵⁻⁷ Contribuem ainda na redução da fase tardia da resposta alérgica.⁵ Apresentam um bom perfil de segurança, inclusive para crianças.⁷ Contudo, podem ser irritantes e causar sensibilidade ocular.⁶

Descongestionantes tópicos – (oximetazolina, fenilefrina e tetrizolina)^{6-8,10-12} reduzem a hiperémia, a quimose e a vermelhidão ocular pelo efeito vasoconstritor dos capilares oculares.^{5,6} O uso prolongado destes fármacos está fortemente desaconselhado em doentes com problemas cardiovasculares e/ou glaucoma. O seu uso tem uma eficácia e duração de ação reduzidas.⁷

Estabilizadores dos mastócitos – (nedocromil, ácido cromoglicólico e ácido espaglumíco)^{5,6,9-12} têm uma eficácia máxima após 5 a 14 dias de tratamento consecutivo.⁵ Estes fármacos são usados para prevenir o aparecimento de sintomas e podem ser utilizados por longos períodos,³ sendo uma opção profilática para a CAS – o tratamento deverá ser iniciado duas a quatro semanas antes da época sazonal de pólenes.⁵

Anti-inflamatórios não esteroides (AINE) – (diclofenac, cetorolac e flurbiprofeno)^{6,7,11,12} exercem a sua ação por bloqueio da via das ciclooxigenases, limitando a formação de mediadores inflamatórios.⁵ Verifica-se uma redução na produção de muco, na infiltração celular e no eritema, o que culmina no alívio do prurido, da hiperémia e da inflamação.^{6,7}

Corticosteroides – (dexametasona, fluorometolona, prednisolona e rimexolona)^{11,12} são a terapêutica mais efetiva⁶ em doentes com sintomas refratários.⁵ O uso restringe-se a situações ocasionais com tratamentos de curta duração (3-5 dias).⁸ Os efeitos secundários dos corticóides podem ser o aumento da pressão intraocular, glaucoma e infeções secundárias.^{5,6,12} O seu uso deve ser monitorizado por um oftalmologista.⁵

Opções terapêuticas sistémicas

Anti-histamínicos orais – são frequentemente utilizados na gestão da CA associada a sintomas não oculares.⁵ Os **não sedativos** (cetirizina, desloratadina, ebastina, levocetirizina, loratadina, rupatadina, bilastina e fexodenadina)^{5,6,10-12} são particularmente úteis em utentes que reportam rinite e prurido generalizado.^{5,6} Contudo, anti-histamínicos tópicos são mais efetivos que os anti-histamínicos orais quando se tratam de sintomas oculares e causam menos efeitos a nível sistémico.^{5,6}

A **imunoterapia** utiliza-se como forma de dessensibilização ao antigénio pela sua administração em elevadas doses. É uma boa abordagem terapêutica para doentes com problemas alérgicos,⁷ mas raramente é utilizada.^{6,7,11,12}

Aconselhamento farmacêutico

Podem ser aconselhadas várias medidas não farmacológicas que podem prevenir situações de CA e/ou melhorar a sintomatologia associada.

Medidas gerais

- Eliminar ou evitar os agentes causadores da conjuntivite sempre que possível;^{3,5,7}
- Evitar esfregar os olhos;
- Lavar as mãos cuidadosamente e com regularidade;^{1,4,5}
- Limpar os olhos com soluções de lavagem ocular suaves recorrendo, por exemplo, a lágrimas artificiais ou a soro fisiológico estéril, ou ainda à aplicação de compressas frias, o que pode ajudar a reduzir a irritação;^{3,5-7}
- Durante os episódios de conjuntivite não devem ser usadas lentes de contacto, nem maquilhagem;^{1,4,5}
- Uso de óculos de sol para prevenir o contacto com os alérgenos e evitar a fotofobia.^{4,7}

Aconselhamento na administração ocular de fármacos

- Evitar que a extremidade do frasco conta-gotas entre em contacto com o olho ou qualquer outra superfície, para evitar a contaminação da solução;⁸
- Recomendar a espera de 5 minutos entre instalações de colírios diferentes para que os efeitos sejam maximizados e o doente optimize a eficácia do tratamento,⁸⁻¹⁰ pois as vias lacrimais têm uma capacidade máxima de absorção (30-40 µL) e eliminam após 15 a 30 segundos de uma instalação;⁸
- Após administração ocular, e para minimizar a absorção sistémica do medicamento, recomendar ao doente que feche os olhos durante 2 ou 3 minutos pressionando levemente, com o dedo indicador, o canto interno do olho (o canto mais próximo do nariz);^{5,8-10}
- Prestar informação acerca do prazo de utilização dos colírios após abertura.⁹

Devem também ser sempre avaliados os sintomas que o doente apresenta, pois em caso de fotofobia, dor ocular, visão turva e/ou secreções anormais devem ser encaminhados para o médico,^{3-5,9} assim como se existir ineficácia no tratamento.⁹

Referências bibliográficas

1. Conjunctivitis. American Optometric Association. [Acedido a 2018 06 jun]; Disponível em: <https://www.aoa.org/patients-and-public/eye-and-vision-problems/glossary-of-eye-and-vision-conditions/conjunctivitis>
2. Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: A Systematic Review of Diagnosis and Treatment. JAMA. 2013 310(16): 1721-1730. [Acedido a 2018 06 jun]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049531/>
3. Ascia. Information for patients, consumers and carers. Allergic conjunctivitis. [Web page] Australia: ASCIA; [Atualizado em 2015; Acedido a 2018 08 jun]. Disponível em: <https://www.allergy.org.au/patients/allergic-rhinitis-hay-fever-and-sinusitis/allergic-conjunctivitis>
4. Jacobs D S. Conjunctivitis. UpToDate®. Wolters Kluwer; [Atualizado 2018 jun; Acedido 2018 02 jul]; Disponível em: <https://www.uptodate.com>
5. Hamrah P, Dana R. Allergic conjunctivitis: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate®. Wolters Kluwer; [Atualizado 2017; Acedido 2018 06 jun]; Disponível em: <https://www.uptodate.com>
6. Bielory L, et al. Management of seasonal allergic conjunctivitis: guide to therapy. Acta Ophthalmologica. [Revista em linha]. 2011 [Acedido 2018 06 jun]; 90(5):399-704. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1755-3768.2011.02272.x>

7. Sánchez-Hernández MC, et al. Consensus Document on Allergic Conjunctivitis (DECA). J Invest Allergol Clin Immunol. 2015; 25(2): 94-106. [Acedido a 2018 06 jun]; Disponível em: <http://www.jiaci.org/issues/vol25issue2/2.pdf>
8. Problemas oculares en atención primaria. Infac [Revista em linha] 2009. [Acedido a 2018 08 jun]; 17(1):1-6. Disponível em: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2009/es_def/adjuntos/infac_v17_n1.pdf
9. Ojo rojo. Panorama Actual Med. 2013; 37(361): 202-206.
10. Guia Farmacoterapêutica de Atención Primaria. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2007 [Acedido a 2018 08 jun]. Disponível em: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85pkpub02/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/farmacia/guiaFarmacoterapeutica.pdf
11. Krinsky D. L., et al. Handbook of Nonprescription Drugs – An Interactive Approach to Self-Care. 17th ed. Washington DC: American Pharmacists Association; 2012.
12. Caramona M, et al. Prontuário Terapêutico. Lisboa: INFARMED; 2016 [Acedido a 2018 12 jun]. Disponível em: <http://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=Outros+anti-inflamat+F3rios%2C+descongestionantes++e+antial%Ergricos&x=0&y=0&rb=1>