

CAPÍTULO 13

OLHO VERMELHO NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E SINAIS DE GRAVIDADE

Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva
Alessandra Almeida Rocha
Juliana de Oliveira Alves

RESUMO

INTRODUÇÃO: Olho vermelho é uma queixa frequente em atendimentos ambulatoriais e de urgência, com causas que variam de processos autolimitados a doenças que ameaçam a visão. A hiperemia pode decorrer de acometimento conjuntival, corneano, escleral, uveal ou de aumento agudo da pressão intraocular; por isso, o diagnóstico não deve se basear apenas no aspecto externo. Conjuntivite é uma causa comum de olho vermelho agudo, mas dor intensa, fotofobia, redução visual ou antecedente de trauma penetrante são sinais associados a condições potencialmente graves e exigem avaliação oftalmológica especializada (ROYAL CHILDREN'S HOSPITAL MELBOURNE, 2025). A abordagem inicial estruturada permite diferenciar cenários de menor risco daqueles que requerem encaminhamento imediato. **OBJETIVO:** Este capítulo tem como objetivo discutir o diagnóstico diferencial do olho vermelho e identificar sinais de gravidade que orientam a avaliação e o encaminhamento na prática médica. **DESENVOLVIMENTO:** A anamnese deve caracterizar início, lateralidade, evolução, intensidade da dor, prurido, secreção, sensação de corpo estranho, fotofobia e alteração visual. Também é necessário investigar trauma, exposição química, uso de lentes de contato, procedimentos oculares recentes, medicamentos e doenças autoimunes. Secreção purulenta e aderência palpebral são compatíveis com conjuntivite bacteriana; lacrimejamento, sintomas respiratórios e adenopatia pré-auricular podem sugerir etiologia viral; e prurido bilateral favorece conjuntivite alérgica. Hemorragia subconjuntival costuma manifestar-se como mancha bem delimitada, geralmente indolor e sem perda visual. Contudo, a unilateralidade persistente, a recorrência ou a apresentação atípica devem ampliar a investigação, pois a denominação “conjuntivite” não deve encobrir ceratite, uveíte anterior, esclerite ou glaucoma agudo de ângulo fechado. O exame deve incluir acuidade visual em ambos os olhos, inspeção de pálpebras e conjuntiva, avaliação pupilar, motilidade ocular, padrão da hiperemia e transparência corneana. Quando disponíveis e indicados, biomicroscopia, fluoresceína, tonometria e fundoscopia complementam a avaliação. Dor profunda e intensa, fotofobia

consensual, miose, injeção ciliar ou alteração na câmara anterior sugerem uveíte; dor exacerbada à palpação e hiperemia violácea levantam suspeita de esclerite. Defeito epitelial corneano, infiltrado, opacidade ou úlcera apontam para ceratite, cuja forma bacteriana é especialmente relevante em usuários de lentes de contato. A American Academy of Ophthalmology destaca o uso de lente de contato como principal fator de risco para ceratite microbiana nos Estados Unidos, justificando baixo limiar para avaliação especializada nesses pacientes (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2024). A redução da acuidade visual, dor moderada a intensa, fotofobia, opacidade corneana, pupila irregular ou pouco reativa, cefaleia com náuseas ou vômitos, trauma ocular, suspeita de corpo estranho intraocular e proptose são sinais de alarme. No glaucoma agudo de ângulo fechado, dor ocular intensa associada a visão embaçada, halos, cefaleia, náuseas e pupila médio-dilatada demanda tratamento urgente. Exposição química requer irrigação imediata e abundante antes de qualquer etapa diagnóstica que a retarde. Na ausência de sinais de gravidade e com apresentação típica de conjuntivite, o manejo pode ser clínico, com orientação de retorno diante de piora. Entretanto, corticosteroides tópicos não devem ser iniciados empiricamente, pois podem agravar ou mascarar infecção corneana. A prioridade prática é reconhecer precocemente o risco visual e assegurar encaminhamento oportuno. **CONCLUSÃO:** O olho vermelho deve ser avaliado por meio de história dirigida e exame ocular básico, com atenção especial à acuidade visual, dor, fotofobia, córnea, pupilas e antecedentes de trauma ou uso de lentes de contato. Conjuntivites explicam grande parte dos casos, mas a presença de sinais de gravidade exige excluir ceratite, uveíte, esclerite, glaucoma agudo e trauma ocular. O reconhecimento desses achados, associado ao encaminhamento imediato quando indicado, é decisivo para prevenir perda visual e qualificar o cuidado médico.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Bacterial keratitis preferred practice pattern®. San Francisco: AAO, 2024. Disponível em: <https://www.aao.org/education/preferred-practice-pattern/bacterial-keratitis-ppp-2023>. Acesso em: 24 set. 2026.

ROYAL CHILDREN'S HOSPITAL MELBOURNE. Clinical practice guidelines: acute red eye. Melbourne: RCH, 2025. Disponível em: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/acute_red_eye/. Acesso em: 24 set. 2026.