



Síndrome do olho seco na conjuntivite polínica: uma interface entre oftalmologia e alergia

Braz J Allergy Immunol. 2014;2(3):125-6.

Prezada Editora,

O olho seco, ou ceratoconjuntivite sicca, é uma doença multifatorial das lágrimas e da superfície ocular. Vem acompanhada do aumento da osmolaridade do filme lacrimal e da inflamação da superfície ocular. Afeta principalmente adultos, e a sua prevalência mundial varia entre 7% e 33%¹.

Em sua fisiopatologia, inúmeros fatores podem estar incluídos, tais como: visualização excessiva de computador ou televisão, envelhecimento, mulheres em pós-menopausa, doenças autoimunes, uso de alguns anti-histamínicos e numerosas medicações com efeito anticolinérgico. Fatores ambientais, incluindo ar seco e vento, e ar condicionado podem rapidamente ressecar o filme lacrimal, traduzindo uma situação aguda.

Embora haja portadores assintomáticos, a maioria dos pacientes tem como principais sintomas: sensação de corpo estranho tipo "areia nos olhos", queimação, secura, vermelhidão, prurido discreto, embaçamento visual.

O olho tem se tornado um alvo de intensa dose de envolvimento farmacológico e um dos mais ativos locais de inflamação alérgica, devido ao fato de não possuir nenhuma barreira para prevenir o impacto de alérgenos, como o pólen em sua superfície. A quebra da junção epitelial pela atividade inflamatória leva ao aumento da penetração do alérgeno, gerando a ativação de mastócitos com a infiltração de eosinófilos, e a liberação de mediadores que causam defeito epitelial².

Alergia ocular e olho seco são muito comuns na população, constituindo-se em duas patologias distintas, embora possam estar sobrepostas no mesmo paciente, especialmente naqueles com rinoconjuntivite polínica. Esta última é considerada a mais importante reação de hipersensibilidade do tipo I observada no olho.

Quando o paciente chega ao médico, em geral, queixa-se de prurido e lacrimejamento, podendo estar

associados a eritema e edema da conjuntiva, denominado quemose. Contudo, prurido unicamente não pode caracterizar uma doença alérgica ocular. Entretanto, quando temos uma história clínica característica de rinoconjuntivite sazonal, repetindo-se por dois ou mais anos consecutivos, associada à presença de IgE específica elevada ou testes cutâneos positivos a antígenos polínicos, os alergistas têm a vantagem de fazer o diagnóstico antecipado de polinose.

Surge para oftalmologistas um questionamento "É olho seco ou alergia?", enquanto para alergistas seria: "É alergia com olho seco?". O diagnóstico diferencial inclui as duas condições em separado, que podem (ou não) estar sobrepostas. Não se pode colocar, simplesmente isso: olho que arde é seco, e olho com prurido é alérgico³.

Indivíduos com polinose apresentam sintomas de olhos secos (61%-74%). Nesse grupo, o prurido ou a queimação ocorreu em 50%-59% dos pacientes, índice superior a olhos vermelhos, lacrimejamento, ou edema em todas as estações polínicas ($p < 0,05$). O importante a considerar é que ambas as patologias expressam sinais e sintomas comuns⁴. O lacrimejamento, no olho seco, pode ser um reflexo para a produção de lágrimas, que gera um fator de confusão para o paciente, ou talvez, para o médico desavisado.

Um estudo em nosso meio envolvendo 876 pacientes com polinose por gramíneas constatou que a conjuntivite ocorreu em 86,2% do total, sendo considerada grave em 24,8% (sintomatologia difícil de tolerar, interferindo nas atividades diárias)⁵.

É relatado que são os pólenes das gramíneas aqueles que produzem os sintomas mais frequentes de conjuntivite. Esse fato é importante entre nós, principalmente no Sul do Brasil, onde a polinose por gramíneas é o principal ou único agente etiológico.

O diagnóstico de olho seco está ligado primordialmente a oftalmologistas, que poderão confirmá-lo através de história clínica, exame físico, diferentes testes envolvendo a osmolaridade das lágrimas (elevada correlação), tempo de quebra do filme lacrimal, uso de corantes na conjuntiva e na córnea, exame com lâmpada de fenda, teste de Schirmer, entre outros¹.

O teste de Schirmer consiste na aplicação de uma tira de papel-filtro com os primeiros 5 mm dobrados no saco conjuntival lateral inferior de ambos os olhos. Após 5 minutos com os olhos fechados, as fitas são retiradas, a quantificação da produção de lágrimas é feita pela medida da extensão do papel que ficou úmido,

considerando-se olho seco quando for < 5 mm; entre 6 mm a 10 mm, suspeito; e valores superiores a 15 mm considerados normais. O lacrimejamento reflexo pode, algumas vezes, ser estimulado quando da aplicação das fitas, interferindo nos resultados. É um procedimento simples, com uma especificidade de 51%, quando comparado a outros testes⁶.

Por serem as comorbidades conjuntivite alérgica polínica e olho seco tão elevadas, deveriam os alergistas tratar do olho seco? Considerando os casos leves, gotas de lágrimas artificiais são o procedimento indicado. Naqueles pacientes com diagnóstico de doença moderada, deve ser associada medicação tópica como a ciclosporina, e, nos casos graves, o uso de corticosteroide oftálmico. Entretanto, neste último caso, a questão é controversa, principalmente por efeitos colaterais, como o aumento de pressão intraocular ou formação de catarata quando usado por período prolongado⁴. Caberia aqui uma menção à importância do acompanhamento conjunto dos pacientes com conjuntivite alérgica pelo alergista e oftalmologista, particularmente os casos moderados e graves.

Na prática clínica, existem pacientes com rinoconjuntivite polínica, sensibilizados a gramíneas que exacerbam os sintomas oculares, mesmo usando corticosteroide tópico nasal contendo indicação para sintomas de conjuntivite, tais como o Furoato de Fluticasona ou Furoato de Mometasona. Salienta-se que o impacto da eficácia terapêutica dos corticosteroides nasais é mais notado na forma sazonal do que nas formas perenes de conjuntivite².

A adição de um anti-histamínico oral de segunda geração ou olopatadina colírio, incluindo-se aqui alguns similares (efeito antihistamínico e estabilizador de mastócitos), seria indicada para pacientes com associação com síndrome do olho seco? Pode-se considerar que o uso de lágrimas artificiais ou de lubrificantes oculares, poderia ser adicionado ao arsenal farmacológico, e a síndrome do olho seco lembrada. O volume aumentado de lágrima pode diluir os fatores inflamatórios e oferecer um efeito sintomático paliativo, e o contrário ocorreria com a sua diminuição⁴.

Em casos selecionados, a imunoterapia específica por via subcutânea administrada por 3 a 5 anos consecutivos, oferece uma importante opção de tratamento, quando inadequadamente controlada por medicação sintomática. Por outro lado, deve-se considerar também o desejo do paciente de evitar o

uso contínuo de medicamentos. O mesmo ocorre com a imunoterapia sublingual, havendo estudos recentes, por 3 anos de tratamento, mostrando eficácia e efeitos a longo prazo⁷.

Existe relato do uso do Omalizumabe (anti-IgE) isoladamente ou em associação com a imunoterapia para a rinoconjuntivite alérgica⁸. Particularmente, pode também ser uma opção para o tratamento da asma polínica severa de difícil controle.

Com a extensão de conhecimentos básicos adquiridos sobre a intrincada inflamação ocular, Bielory cita que "alergistas/imunologistas clínicos possuem um importante papel no tratamento de pacientes com desordens inflamatórias da superfície ocular anterior, primariamente conjuntivite alérgica, incluindo a síndrome do olho seco"². Portanto, mais uma vez, ressurge, com a evolução, a interface entre oftalmologia e alergia e a oportunidade de haver sobre isso um "olhar diferente".

Francisco M. Vieira, MD

Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS
E-mail: famvieira@hotmail.com

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca EC, Arruda GV, Rocha EM. Olho seco: etiopatogenia e tratamento. *Arq Bras Oftalmol.* 2010;73:197-203.
2. Bielory L. Allergic conjunctivitis: the evolution of therapeutic options. *Allergy Asthma Proc.* 2012;33:129-39.
3. Abelson MB, Liliestrom L. Is it dry eye or allergy? *Rev Optometry.* 2007;144:8.
4. Bielory L, Hom MM. Allergy and immunology interfaces with ophthalmology and optometry. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2014;113:582-3.
5. Vieira FM, Motta VT. Conjuntivite alérgica polínica em Caxias do Sul. *Rev bras alerg imunopatol.* 2008;31:56-9.
6. Lemp AM, Bron AJ, Baudouin C, Benítez Del Castillo JM, Geffen D, Tauber J, et al. Tear osmolarity in the diagnosis and management of dry eye disease. *Am J Ophthalmol.* 2011;151:792-8.
7. Durham SR, et al. SQ-standardized sublingual grass immunotherapy: confirmation of disease modification 2 years after 3 years of treatment in randomized trial. *J Allergy Clin Immunol.* 2012;129:717-25.
8. Okubo K, Nagakura T. Anti-IgE antibody therapy for Japanese cedar pollinosis: Omalizumab update. *Allerg Int.* 2008;57:205-9.