

Conjuntivite alérgica, prurido ocular e ceratocone: um “buraco negro” entre especialidades

Arq Asma Alerg Imunol. 2020;4(2):240-1.

<http://dx.doi.org/10.5935/2526-5393.20200037>

O ceratocone (CC) é um distúrbio progressivo e assimétrico que está associado a alterações estruturais e à organização do colágeno da córnea. Essa assume uma forma cônica devido ao seu afinamento e à sua protrusão.

A causa dessa doença ainda é desconhecida, sendo que a principal manifestação ocorre na segunda década de vida, normalmente na puberdade, quando a córnea assume uma forma mais cônica, levando ao astigmatismo, à miopia progressiva, e à subsequente baixa da acuidade visual^{1,2}.

Uma associação positiva entre o CC e várias condições alérgicas é enumerada, aí incluindo-se a ceratoconjuntivite vernal, ceratoconjuntivite atópica, a conjuntivite alérgica estacional/intermitente e a perene/persistente². Na ceratoconjuntivite atópica deve sempre ser considerada a possível associação com dermatite atópica, como fator de prurido ocular.

Foi comprovado que esfregar os olhos aumenta o nível de metaloproteínas da matriz lacrimal, IL-6 e TNF-alfa, mesmo em indivíduos normais³. Esse aumento pode ser ainda mais exacerbado durante o atrito ocular intenso observado na conjuntivite alérgica, contribuindo para o desenvolvimento e a progressão do CC. O controle da alergia e da fricção ocular é a melhor medida para evitar ectasias de córnea².

A alergia ocular tem um papel importante na patogênese, na progressão da doença e no resultado do tratamento⁴.

A prevalência do CC varia entre populações, sendo aproximadamente, de 1:375 a 1:2000, quando os pacientes apresentam deterioração da acuidade visual secundária à miopia e ao astigmatismo³.

Visão embaçada, fotofobia, diplopia e dificuldade de visualizar imagens à noite podem ser sintomas de CC, associados à troca frequente de óculos de grau ou lentes de contato, especialmente na população pediátrica de adolescentes^{1,2}.

O diagnóstico de CC é realizado por oftalmologistas, valendo-se de alguns procedimentos, entre os quais

a tomografia, a topografia e a paquimetria (medida da espessura da córnea)¹⁻³.

Quando for diagnosticado o CC, de início, pode haver a indicação unicamente de óculos ou lentes de contato especiais¹.

A falta de controle e/ou a progressão da doença pode levar a tratamentos invasivos para controlar a ectasia da córnea. Estes são citados como o denominado *cross linking* (colocação de colírio de riboflavina na córnea associado a raios UVA, para o enrijecimento do colágeno) ou um implante de anel intracorneano, a fim de corrigir e/ou evitar a progressão do CC^{1,3}.

Quando houver falha, associada à progressão do CC, essa pode levar à extrema diminuição da visão até a cegueira, e a consequente indicação de transplante de córnea. Infelizmente, em nosso país é o que ocorre com mais frequência, quando se compara com todos os demais transplantes realizados.

Foi computado o registro do número de transplantes de córnea em 25 estados do Brasil no ano de 2019, e o total estimado foi de 14.943 pacientes, e aqueles que aguardam em lista de espera somaram 10.741 (fonte: Registro Brasileiro de Transplantes, ano XXV n° 4-2019).

A análise do perfil clínico de pacientes pediátricos em ambulatório de alergia com conjuntivite alérgica foi obtido em 137 deles, sendo o diagnóstico comprovado por oftalmologista. Complicações ocorreram em 41 casos, sendo as mais prevalentes o CC (51%), úlcera de córnea (49%), CC e úlcera de córnea simultaneamente (17%), e glaucoma (10%). A conjuntivite alérgica perene foi a principal complicação encontrada⁵.

Esses resultados tornam-se importantes em relação ao CC, e devem chamar a atenção de alergistas em geral, pediatras e mesmo oftalmologistas, especialmente no Brasil, onde a rinoconjuntivite alérgica é especialmente prevalente devido aos ácaros existentes na poeira domiciliar.

A polinose é um fator importante para a conjuntivite alérgica no Sul do país, entretanto, temos uma estação climática por pólen de gramíneas relativamente curta (set-dez), sem a existência daquela de árvores ou ervas, quando os sintomas poderiam ser prolongados, aumentando a morbidade.

Crianças, e especialmente o grupo de adolescentes, com quadro de rinoconjuntivite alérgica confirmado por meio de história clínica, exame físico, testes cutâneos com alérgenos e/ou a IgE específica, poderiam ser questionados: Existe frequente troca de óculos de grau e/ou prurido ocular associado ao ato de coçar, dificultando o uso de lentes de contato?

Aqui poderia haver uma primeira suposição para um possível CC inicial a ser confirmado por oftalmologista¹.

A conjuntivite alérgica é altamente prevalente e mantém uma estreita relação epidemiológica com a rinite alérgica. Há a necessidade de terapias com eficácia em ambos os conjuntos de sintomas, sem o que, se pode aumentar a morbidade, principalmente quando existe uma monovisão terapêutica unicamente direcionada aos olhos. Admite-se, portanto, que há um espaço associado com oftalmologista para um tratamento em conjunto e sistêmico, a fim de tentar desviar a rota do CC, incluindo-se a avaliação de imunoterapia específica.

Alergistas tendem a subdiagnosticar a síndrome do olho seco, e super diagnosticar a alergia ocular, por outro lado, em geral, a alergia ocular é superdiagnosticada e subtratada por profissionais da saúde ocular, e subdiagnosticada e subtratada ou maltratada por médicos da atenção primária⁶.

Violet June (The keratokonus awareness campaign) é uma campanha internacional de conscientização sobre o CC: (1) esfregar ou coçar os olhos prejudica a visão, (2) a má informação prejudica mais que a doença.

Provavelmente se deverá ter em relação ao CC no Brasil, uma visão holística e multidisciplinar, a fim de tentar diminuir o hiato existente, acrescido de uma atividade médico-social para possível prevenção de cegueira, mesmo pelo alergista.

Referências

1. Mukhtar S, Balamurali AK. Pediatric keratoconus: a review of the literature. *Int Ophthalmol*. 2018;38:2257-66.
2. Sharma N, Rao K, Mahrana PK, Vajpayee RB. Ocular allergy and keratoconus. *Indian J Ophthalmol*. 2013;61:407-9.
3. Hernandez-Bogantes E, Pedro-Aguilar L, Chan E, Godefrooij D. Optimal management of pediatric keratoconus: challenges and solutions. *Clin Ophthalmol*. 2019;(13):1183-91.
4. Balasubramanian SA, Pye DC, Willcox MD. Effects of eye rubbing on the levels of protease, protease activity and cytokines in tears: Relevance in keratoconus. *Clin Exp Optom*. 2013; 96:214-8.
5. Martins de Aquino B, Momoi C, Jojima CL, Mallozi MC, Freitas D, Santos MS, et al. Análise do perfil clínico de pacientes com conjuntivite alérgica em um ambulatório de alergia. *Anais do 42º Congresso Brasileiro de Alergia e Imunologia*; 2014 outubro 3-6; Vitória, Brasil.
6. Bielory L, Delgado L, Katelaris CH, Leonardi A, Rosario N, Vichyanoud P. Diagnosis and management of allergic conjunctivitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2020;124:118-34.

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

Francisco Machado Vieira

Clínica de Alergia e Imunologia, Diretor Clínico
Caxias do Sul, RS, Brasil
E-mail: famvieira@hotmail.com