

Perda de visão aguda, dolorosa. O conjunto de distúrbios, a seguir referidos, provocam perda visual aguda e estão associados a dor forte. Além disso, também ocorre, geralmente, injeção acentuada da conjuntiva, em resultado da inflamação ocular.

HISTÓRIA ADICIONAL

Úlcera da córnea

Geralmente, é referida história recente de traumatismo ou uso de lente de contacto. O facto de se dormir com as lentes aumenta muito o risco de desenvolvimento de úlcera infecciosa da córnea.

Uveíte

A origem da uveíte é, muitas vezes, idiopática. Entre as doenças sistémicas comumente associadas, contam-se a sarcoidose, a sífilis, a tuberculose, e distúrbios associados a HLA-B27 (por ex., síndrome de Reiter, espondilite anquilosante, doença inflamatória intestinal, psoríase). Também se observam antecedentes de fotofobia.

Glaucoma agudo de ângulo fechado

O glaucoma agudo de ângulo fechado ocorre, geralmente, em indivíduos mais idosos e com maior frequência nos que sofrem de hipermetropia. Pode ser precipitado por catarata avançada. Uma crise aguda pode ser precedida de antecedentes de visão enevoadada, halos à volta das luzes, e dor precipitada por situações de escurecimento (por exemplo, depois de ter estado no cinema). Uma pressão intra-ocular, acentuadamente elevada, pode causar cefaleias, náuseas ou vômitos. Os sintomas sistémicos podem ser desproporcionados, quando comparados com os sintomas visuais, e pode acontecer ser feito um diagnóstico errado.

Endoftalmite

A maior parte dos casos de endoftalmite estão associados a recente cirurgia ocular. É raro, mas os doentes podem desenvolver endoftalmite (por exemplo, endoftalmite fúngica) por outra fonte de infecção, no organismo.

CARACTERÍSTICAS-CHAVE NO EXAME

O exame com a lâmpada pode revelar abrasão da córnea, mas uma infiltração prematura na córnea pode ser difícil de identificar. À medida que a infecção avança, vê-se infiltração branca na córnea. No caso de infecções extensas, poderá ver-se uma camada de leucócitos na câmara anterior (hipopion).

A pupila pode ser pequena, preguiçosa ou não reagir à luz. Observa-se injeção conjuntival circular à volta da córnea (rubor limbar). O reflexo vermelho pode estar diminuído, nomeadamente com edema da córnea e inflamação do vítreo. Geralmente, a uveíte é unilateral, mas pode afectar os dois olhos.

Na sua forma aguda, é sempre unilateral. O olho está vermelho e a pupila em semimidríase e não reactiva. Geralmente, a visão no início está limitada, devido ao edema da córnea, mas pode vir a ser mais reduzida por lesão do nervo óptico na sequência de pressão intra-ocular elevada, por período prolongado. A pressão intra-ocular chega a registar valores acima de 50 mmHg.

Além da visão acentuadamente diminuída e de injeção do olho, pode haver secreção mucopurulenta. É comum observar-se depósitos de leucócitos na câmara anterior (hipopion). O reflexo vermelho está diminuído devido a inflamação do vítreo. Na endoftalmite fúngica, o exame do segmento anterior pode revelar achados absolutamente normais.

Perda de visão progressiva crónica. Os distúrbios, a seguir referidos, provocam perda de visão progressiva, crónica.

HISTÓRIA ADICIONAL

Erro de refração

O doente pode já usar lentes de contacto ou óculos

Catarata

A catarata é uma das causas mais comuns da perda de visão progressiva crónica, podendo estar associada a história na família de cataratas, diabetes, ou utilização crónica de corticosteróides. Os doentes podem queixar-se de que vêem imagens múltiplas, quando fixam os objectos só com um olho. À medida que a catarata progride, os objectos ficam enevoados e é difícil distingui-los num plano superior, ao perto e ao longe.

Glaucoma de ângulo aberto

O glaucoma de ângulo aberto é mais comum em doentes com uma história familiar de glaucoma, doentes que sofram de miopia, diabéticos, e afro-americanos. A acuidade visual pode permanecer normal até muito tarde, no processo patológico, pelo que os doentes com glaucoma grave podem apresentar-se relativamente assintomáticos.

Degenerescência macular atrófica

A degenerescência macular atrófica observa-se geralmente em pessoas de mais de 60 anos. Pode estar associada a história familiar de degenerescência macular.

Tumor cerebral

Presentes, cefaleias, náuseas ao acordar, e vários sintomas e sinais neurológicos.

CARACTERÍSTICAS-CHAVE NO EXAME

A acuidade visual é quase normal, quando o doente olha através de um orifício estenopeico.

A acuidade visual pode estar ligeiramente melhorada, no teste do orifício estenopeico. Normais as reacções pupilares. O reflexo vermelho está diminuído e poderá ser difícil visualizar o fundo ocular com o oftalmoscópio pelo método directo.

São significativas uma pressão intra-ocular de 22 mm Hg, ou valor superior, e escavação do nervo óptico aumentada (0,6 ou mais).

No início da doença, vêem-se, no fundo ocular, múltiplos nódulos hialinos (drusens). Com doença em estágio avançado, ocorre atrofia da retina, que deixa grande cicatriz, ou área atrófica no centro da mácula.

O padrão da perda do campo visual varia com a localização do tumor. Os tumores atrás do quiasma óptico não produzem atrofia do nervo óptico ou deficiências pupilares aferentes. Os que envolvam o quiasma, ou estejam dentro do nervo óptico, produzem deficiências pupilares aferentes e atrofia do nervo óptico.