Ceratite Bacteriana (Avaliação Inicial)

Reviewed by Luiz Lima, MD

Anamnese

- Sintomas oculares (por exemplo: grau de dor, hiperemia, secreção, turvação visual, fotofobia, duração dos sintomas, circunstâncias relacionadas ao início dos sintomas).
- Histórico sobre lentes de contato (por exemplo: esquema de uso, uso ao dormir, tipo de lente de contato, solução das lentes de contato, protocolo de higiene, enxágue das lentes com água de torneira, uso em piscinas e durante o banho em chuveiro ou banheira).
- Revisão de outros históricos oculares, incluindo fatores de risco como ceratite pelo vírus herpes simples, ceratite pelo vírus herpes zoster, ceratite bacteriana prévia, trauma, síndrome do olho seco e cirurgia ocular prévia, inclusive cirurgia refrativa.
- Revisão de outros problemas clínicos.
- Medicações oculares atuais e recentemente utilizadas.
- Alergia a medicamentos.

Exame Físico Inicial

- Acuidade visual.
- Aspecto geral do paciente, inclusive condições cutâneas.
- Exame facial.
- Posicionamento do globo.
- Pálpebras e fechamento palpebral.
- Conjuntiva.
- Aparelho nasolacrimal.
- Sensibilidade corneana.
- Biomicroscopia com lâmpada de fenda.
  - Margens palpebrais.
  - Conjuntiva.
  - Esclera.
  - Córnea.
  - Câmara anterior para avaliar a profundidade e a presença de inflamações, incluindo células e *flare*, hipópio, fibrina e hifema.
  - Vítreo anterior.
  - Olho contralateral para dicas da etiologia, assim como para possíveis patologias similares subjacentes.

Testes Diagnósticos

- Gerenciar a maioria dos casos adquiridos na comunidade com terapia empírica e sem esfregaços ou culturas.
- Indicações para esfregaços e culturas:
  - Ameaça à visão ou ceratite grave com suspeita de origem microbiana antecedente ao início do tratamento.
  - Grande infiltrado corneano central, com extensão a espessura mediana ou profunda do estroma.
  - Natureza crônica.
  - Ausência de resposta ao tratamento com antibióticos de amplo espectro.
  - Características clínicas sugestivas de ceratite fúngica, amebiana ou por ceratite micótica.
- O hipópio que ocorre em olhos com ceratite bacteriana normalmente é estéril, e coleta de humor aquoso ou vítreo não deve ser realizada a não ser que exista uma grande suspeita de endoftalmite microbiana.
- Esfregaços corneanos para culturas devem ser inoculados diretamente em meios apropriados para maximizar o resultado da cultura. Se isto não for possível, colocar os espécimes em um frasco para transporte. Em ambos os casos, incubar imediatamente as culturas ou levá-las prontamente ao laboratório.

Conduta

- Colírio de antibiótico tópico é o método mais indicado na maioria dos casos.
- Utilizar inicialmente antibióticos tópicos de amplo espectro para o tratamento empírico de ceratite bacteriana presumida.
- Para ceratite central ou grave (por exemplo, comprometimento profundo do estroma ou infiltrado maior do que dois milímetros com extensa supuração), utilizar uma dose de ataque (por exemplo, a cada 5 a 15 minutos pelos primeiros 30 a 60 minutos), seguido de aplicações frequentes (por exemplo, a cada 30 minutos ou a cada hora). Para ceratites menos graves, um regime com doses menos frequentes é apropriado.
- Utilizar tratamento sistêmico para ceratite gonocóccica.
- Para pacientes tratados com corticosteróides oculares tópicos no momento de apresentação da suspeita de ceratite bacteriana, reduzir ou eliminar os corticóides até que a infecção esteja controlada.
- Quando o infiltrado corneano compromete o eixo visual, pode-se adicionar tratamento tópico com corticosteróide após dois ou três dias de melhora sob tratamento com antibióticos tópicos. Continuar com antibióticos tópicos em doses elevadas com redução gradual.
- Examinar os pacientes a cada um ou dois dias após o início do tratamento com corticosteroide tópico.

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2014, Tradução para português Marcha 2013

Ceratite Bacteriana (Recomendações de Conduta)

Reviewed by Luiz Lima, MD

Educação do Paciente

- Informar os pacientes com fatores de risco para ceratite bacteriana sobre seu risco relativo, sinais e sintomas da infecção e que procurem um oftalmologista assim que apresentá-los.
- Educar o paciente sobre a natureza destrutiva da ceratite bacteriana e a necessidade de adesão ao tratamento.
- Discutir a possibilidade de baixa visual permanente e necessidade de futura reabilitação visual.
- Educar usuários de lentes de contato sobre o aumento do risco de infecção associado às lentes, sobre o uso durante a noite e a importância de aderir as técnicas de higienização das lentes.
- Encaminhar os pacientes com comprometimento visual significativo ou cegueira para reabilitação visual caso não sejam candidatos cirúrgicos (ver: www.aao.org/smartsight)

Antibioticoterapia para Ceratite Bacteriana [A:III]

Organismo	Antibiótico	Concentração Tópica	Dose Subconjuntival
Nenhum organismo ou múltiplos tipos de organismos identificados	Cefazolina com	50 mg/ml	100 mg em 0,5 ml
	Tobramicina ou gentamicina ou	9-14 mg/ml	20 mg em 0,5 ml
	Fluoroquinolonas*	Vários†	
Coccos Gram-positivos	Cefazolina	50 mg/ml	100 mg em 0,5 ml
	Vancomicina‡	15-50 mg/ml	25 mg em 0,5 ml
	Bacitracina‡	10.000 UI	
	Fluoroquinolonas*	Vários†	
Bastonetes Gram-negativos	Tobramicina ou gentamicina	9-14 mg/ml	20 mg em 0,5 ml
	Ceftazidima	50 mg/ml	100 mg em 0,5 ml
	Fluoroquinolonas	Vários†	
Coccos Gram-negativos §	Ceftriaxone	50 mg/ml	100 mg em 0,5 ml
	Ceftazidima	50 mg/ml	100 mg em 0,5 ml
	Fluoroquinolonas	Vários†	
Micobactéria Não-tuberculosa	Amicacina	20-40 mg/ml	20 mg em 0,5 ml
	Claritromicina	10 mg/ml	
	Azitromicina ‖	10 mg/ml	
	Fluoroquinolonas	Vários†	
Nocardia	Sulfacetamida	100 mg/ml	
	Amicacina	20-40 mg/ml	20 mg em 0,5 ml
	Trimetoprim/Sulfametoxazol:		
	Trimetoprim	16 mg/ml	
	Sulfametoxazol	80 mg/ml	

* Coccos gram-positivos são menos resistentes a gatifloxacino e moxifloxacino do que outras fluoroquinolonas.

† Ciprofloxacino 3 mg/ml; gatifloxacino 3 mg/ml; levofloxacino 15 mg/ml; moxifloxacino 5 mg/ml; ofloxacino 3 mg/ml, todos comercialmente disponíveis nestas concentrações.

‡ Para espécies resistentes como *Enterococcus* e *Staphylococcus* e alergia a penicilina. Vancomicina e bacitracina não têm atividade contra gram-negativos e não devem ser utilizados como agente único no tratamento empírico das ceratites bacterianas.

§ O tratamento sistêmico é necessário quando há suspeita de infecção gonocóccica.

‖ Dados de *Chandra NS, Torres MF, Wintrop KL. Cluster of Mycobacterium chelonae keratitis cases following laser in-situ keratomileusis. Am J Ophthalmol 2001;132:819-830.*

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2014, Tradução para português Marcha 2013