



## ***Ceratoconjuntivite Atópica: aspectos clínicos***

Henrique Piacentini Silvestre<sup>1</sup>, Isabelle Cristyne Flávia Goulart de Pontes<sup>2</sup>, José Renato Schelini<sup>3</sup>, Camila Castro Cordeiro Polhuber<sup>4</sup>



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p4015-4025>

Artigo recebido em 08 de Agosto e publicado em 28 de Setembro

### **ARTIGO DE REVISÃO**

#### **RESUMO**

**Introdução:** A ceratoconjuntivite atópica (AKC) é uma doença ocular alérgica crônica que ocorre com mais frequência em adultos com histórico de dermatite atópica (DA). Embora menos comum do que outras formas de alergia ocular, a AKC pode causar danos graves à superfície ocular, levando a cicatrizes da córnea e perda de visão se não for tratada adequadamente. Geralmente começa no final da adolescência ou no início da idade adulta, com um pico de incidência entre 30 e 50 anos de idade. As histórias pessoais e familiares são quase sempre positivas para atopia (mais comumente DA e asma do que rinite alérgica). **Objetivos:** discutir aspectos clínicos e manejo inicial da ceratoconjuntivite atópica. **Metodologia:** Revisão de literatura integrativa a partir de bases científicas de dados da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a abril de 2024, com os descritores "Atopic keratoconjunctivitis", "Clinic" AND "Diagnostic". Incluíram-se artigos de 2019-2024 (total 38), com exclusão de outros critérios e escolha de 05 artigos na íntegra. **Resultados e Discussão:** O sintoma mais comumente relatado de AKC é a coceira intensa, que geralmente ocorre perenemente, embora alguns pacientes relatem exacerbações sazonais. Rasgos, queimação, descarga clara de muco e vermelhidão também estão quase sempre presentes. Outros sintomas incluem visão turva, fotofobia e sensação de corpo estranho. A maioria dos pacientes esfrega os olhos incessantemente. A inflamação crônica da superfície ocular pode levar à perda de visão. AKC pode envolver a pálpebra, conjuntiva e córnea; há uma ampla gama de gravidade, desde o envolvimento leve e isolado das pálpebras até o envolvimento da córnea que ameaça a visão. Ambos os olhos geralmente estão envolvidos, embora a gravidade possa ser assimétrica. No exame físico, é possível encontrar pálpebras espessas; inchaço intermitente das pálpebras devido à inflamação crônica; aparência escamosa e endurecida na pele periocular, com dermatite escamosa e uma base avermelhada. AKC deve ser suspeita em um paciente com histórico de DA que apresenta coceira ocular e dermatite palpebral. O encaminhamento a um oftalmologista deve ser buscado em todos os pacientes com suspeita de AKC, independentemente da gravidade. O diagnóstico é baseado em características típicas de epidemiologia e clínicas. Exames laboratoriais de rotina não são úteis e não há critérios de diagnóstico estabelecidos. A abordagem para pacientes com AKC inclui cuidados básicos com os olhos, medicamentos tópicos e medicamentos sistêmicos, se necessário. Sugerimos um estabilizador tópico de anti-histamínico de dupla ação como terapia de



primeira linha. Terapias adicionais devem ser iniciadas apenas em consulta com um oftalmologista.

**Conclusão:** A ceratoconjuntivite atópica (AKC) é uma forma crônica e agressiva de alergia ocular que ocorre com mais frequência em adultos com histórico de dermatite atópica (DA). Se não for tratado adequadamente, o AKC pode danificar a superfície do olho, levando a cicatrizes da córnea, ceratocone devido ao atrito persistente nos olhos e perda de visão.

**Palavras-chave:** Ceratoconjuntivite atópica; Adultos; Clínica; Manejo inicial.

## Atopic keratoconjunctivitis: clinical features

### ABSTRACT

**Introduction:** Atopic keratoconjunctivitis (AKC) is a chronic allergic eye disease that occurs most frequently in adults with a history of atopic dermatitis (AD). Although less common than other forms of eye allergies, AKC can cause severe damage to the ocular surface, leading to corneal scarring and vision loss if not treated properly. It usually begins in late adolescence or early adulthood, with a peak incidence between 30 and 50 years of age. Personal and family histories are almost always positive for atopy (more commonly AD and asthma than allergic rhinitis). **Objectives:** discuss clinical aspects and initial management of atopic keratoconjunctivitis. **Methodology:** Integrative literature review based on scientific databases from Scielo, PubMed and VHL, from January to April 2024, with the descriptors “Atopic keratoconjunctivitis”, “Clinic” AND “Diagnostic”. Articles from 2019-2024 (total 38) were included, excluding other criteria and choosing 5 full articles. **Results and Discussion:** The most commonly reported symptom of AKC is severe itching, which usually occurs perennially, although some patients report seasonal exacerbations. Tearing, burning, clear mucus discharge, and redness are also almost always present. Other symptoms include blurred vision, photophobia, and foreign body sensation. Most patients rub their eyes incessantly. Chronic inflammation of the ocular surface can lead to vision loss. AKC may involve the eyelid, conjunctiva, and cornea; There is a wide range of severity, from mild, isolated eyelid involvement to vision-threatening corneal involvement. Both eyes are usually involved, although the severity may be asymmetrical. On physical examination, it is possible to find thick eyelids; intermittent swelling of the eyelids due to chronic inflammation; scaly, hardened appearance on periocular skin, with scaly dermatitis and a reddish base. AKC should be suspected in a patient with a history of AD who presents with ocular itching and eyelid dermatitis. Referral to an ophthalmologist should be sought in all patients with suspected AKC, regardless of severity. Diagnosis is based on typical epidemiological and clinical characteristics. Routine laboratory tests are not useful and there are no established diagnostic criteria. The approach for patients with AKC includes basic eye care, topical medications, and systemic medications if necessary. We suggest a dual-acting topical antihistamine stabilizer as first-line therapy. Additional therapies should only be initiated in consultation with an ophthalmologist. **Conclusion:** Atopic keratoconjunctivitis (AKC) is a chronic and aggressive form of ocular allergy that occurs most frequently in adults with a history of atopic dermatitis (AD). If not treated properly, AKC can damage the surface of the eye, leading to corneal scarring, keratoconus due to persistent friction in the eyes, and loss of vision.

**Keywords:** Atopic keratoconjunctivitis; Adults; Clinic; Initial management.



Instituição afiliada – 1 -Médico, Universidade do Sul de Santa Catarina; 2 -Médica, Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT; 3- Médico, Universidade José do Rosário Vellano, UNIFENAS BH; 4- Médica, Universidade Federal do Pará - UFPA.

**DOI:**

**Autor correspondente:** Henrique Piacentini Silvestre - [cmaqanhinmed@gmail.com](mailto:cmaqanhinmed@gmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## INTRODUÇÃO

A AKC é uma doença ocular crônica e perene que geralmente ocorre em pacientes com histórico de dermatite atópica (DA) [1,2]. A prevalência exata é desconhecida, embora aproximadamente 4% dos pacientes com alergia ocular tivessem AKC em um grande estudo [3]. Entre os pacientes com DA, os estudos relataram estimativas variadas de quantos pacientes também têm AKC, variando de 20 a 77% [4,5]. Aproximadamente 5% dos pacientes com AKC não têm DA [6,7].

A AKC geralmente começa no final da adolescência ou no início da idade adulta, com um pico de incidência entre 30 e 50 anos de idade. No entanto, o início dos sintomas da AKC foi descrito entre 7 e 76 anos de idade. A AKC tem uma proporção homem:mulher de 2,4:1 [1]. Histórias pessoais e familiares são quase sempre positivas para atopia (mais comumente DA e asma do que rinite alérgica) [2].

A AKC consiste em reações de hipersensibilidade do tipo IV (tipo retardado) e algum envolvimento de hipersensibilidade do tipo I.

Lágrimas em pacientes com AKC contêm células T CD4+ e células B e níveis aumentados das citocinas interferon gama, fator de necrose tumoral alfa, interleucina (IL) 4, IL-5 e IL-10 e a quimiocina eotaxina em comparação com controles normais [8-11]. Pacientes com AKC podem apresentar imunidade celular disfuncional e ocasionalmente ter níveis mais baixos de células T circulantes [12], embora isso não seja usado no diagnóstico. Níveis elevados de imunoglobulina E (IgE) são observados nas lágrimas e no soro de pacientes com AKC em comparação com controles normais [13]. O teste de alergia identifica sensibilidades específicas em aproximadamente metade dos pacientes [13].

Na histologia, a camada epitelial conjuntival é espessada em AKC. O epitélio conjuntival e a substância própria de pacientes com AKC mostram números elevados de mastócitos e eosinófilos, números aumentados de fibroblastos e quantidade de colágeno, e uma proporção aumentada de células T CD4+:CD8+ em comparação com indivíduos normais [8,13-15]. Além disso, muitas células mononucleares está presente na substância própria.

Ressalta-se o objetivo em discutir aspectos clínicos e o manejo inicial da ceratoconjuntivite atópica.

## METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura integrativa sobre visão geral da ceratoconjuntivite atópica: "Atopic keratoconjunctivitis", "Clinic" AND "Diagnostic" com foco no levantamento bibliográfico de produções científicas atuais e com base nas melhores evidências. Há de se construir uma nova perspectiva e linha de pensamento sobre a oftalmologia, com referências teóricas na cirurgia com caminhos conceituais e desmistificação de terminologias.

Foi realizada uma profunda pesquisa de artigos de revisão a partir de bases científicas da Scielo, da PubMed e da BVS, no período de janeiro a março de 2024, com descritores em inglês "Atopic keratoconjunctivitis", "Clinic" AND "Diagnostic" e correspondentes em português. Incluíram-se artigos de 2019 a 2024, com total de 38

estudos. Após exclusão de artigos que abordavam outros critérios, foram eleitos 05 artigos para leitura na íntegra.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

Ceratoconjuntivite atópica (AKC) é uma forma crônica e agressiva de alergia ocular que ocorre mais frequentemente em adultos com histórico de dermatite atópica (DA). Se não for tratada adequadamente, a AKC pode danificar a superfície ocular, levando à cicatrização da córnea, ceratocone devido à fricção persistente dos olhos e perda da visão.

O sintoma mais comumente relatado de AKC é coceira intensa, que geralmente ocorre perenemente, embora alguns pacientes relatem exacerbações sazonais [1,13]. Lacrimejamento, queimação, secreção de muco claro e vermelhidão também estão quase sempre presentes. Outros sintomas incluem visão turva, fotofobia e sensação de corpo estranho. A maioria dos pacientes esfrega os olhos incessantemente. A inflamação crônica da superfície ocular pode levar à perda da visão.

AKC pode envolver a pálpebra, conjuntiva e córnea [1,2,16]. Há uma ampla gama de gravidade, desde envolvimento palpebral leve e isolado até envolvimento da córnea com risco à visão. Ambos os olhos geralmente são envolvidos, embora a gravidade possa ser assimétrica. As alterações palpebrais no AKC são geralmente bastante marcantes. Os achados característicos incluem:

- Pálpebras espessadas
- Inchaço intermitente das pálpebras devido à inflamação crônica
- Aspecto escamoso e endurecido da pele periocular, com dermatite escamosa e base avermelhada

As pálpebras podem se tornar liquenificadas e lenhosas, desenvolvendo ectrópio cicatricial (a pálpebra inferior vira para fora ou se evertem devido à cicatrização) e lagoftalmo (falha em fechar as pálpebras completamente). Fissuras, perda de cílios, ulceração do canto lateral e ptose também podem se desenvolver. As margens das pálpebras podem apresentar meibomianite, ceratinização e ectrópio puntal (os pontos lacrimais são evertidos). Blefarite coexistente causada por bactérias estafilocócicas também é comum. Com o tempo, a pele periorbital pode se tornar hiperpigmentada [6].

As manifestações de doenças crônicas incluem olhos secos, neovascularização da córnea e úlceras estéreis. Condições associadas e complicador

- Úlceras infecciosas e herpéticas
- Infecção ocular por *Staphylococcus aureus*
- Distúrbios de afinamento da córnea (por exemplo, ceratocone) e perfuração da córnea [17]
- Descolamento de retina (apresentando sintomas de aumento de moscas volantes, flashes ou cortinas pretas no olho).

### **- Avaliação e diagnóstico**

O diagnóstico deve ser suspeitado em um paciente com histórico de dermatite atópica (DA) que apresenta coceira ocular e dermatite palpebral. Os generalistas devem

examinar a pele, os olhos e as pálpebras. A AKC é tipicamente bilateral, então a doença unilateral deve levar à consideração de outros distúrbios.

Um exame geral da pele deve ser realizado se o diagnóstico de DA (eczema) ainda não tiver sido estabelecido. Pele seca e coceira intensa são os sinais cardinais da DA. A DA aguda é caracterizada por pápulas e vesículas eritematosas intensamente pruriginosas com exsudação e crostas, enquanto lesões subagudas ou crônicas se apresentam como pápulas eritematosas secas, escamosas ou escoriadas. O espessamento da pele devido à coceira crônica (liquenificação) e fissuras pode se desenvolver ao longo do tempo.

Todos os pacientes com suspeita de AKC, independentemente da gravidade, devem ser encaminhados a um oftalmologista. Todo paciente requer um exame oftalmológico completo para garantir que a patologia da córnea e da conjuntiva, em particular, seja identificada e tratada adequadamente. Um exame completo com lâmpada de fenda da córnea, conjuntiva bulbar e palpebral será realizado pelo oftalmologista. Em casos moderados a graves, os pacientes são então encaminhados a um especialista em córnea e doenças externas.

O diagnóstico definitivo é feito por um oftalmologista com base em sinais e sintomas característicos. Não há critérios diagnósticos estabelecidos ou testes laboratoriais para AKC.

Os sinais de inflamação crônica da superfície ocular incluem:

- Quemose conjuntival
- Hiperemia conjuntival
- Hipertrofia papilar tarsal

Na avaliação com lâmpada de fenda, a hipertrofia papilar na AKC é mais proeminente no fórnice inferior. Além disso, papilas podem se formar adjacentes à córnea como hiperplasia gelatinosa perilimbal. Fibrose subepitelial é comum, mas encurtamento forniceal e simbléfaro (adesão da pálpebra ao globo) também podem se formar.

Papilas gigantes podem ser detectadas no revestimento conjuntival do tarso inferior e do fórnice inferior. Papilas gigantes também podem estar presentes no revestimento conjuntival das pálpebras superiores. No entanto, esse achado é comum em muitas outras doenças oculares e com o uso de lentes de contato ou corpo estranho (por exemplo, sutura exposta), então, se a maioria das papilas estiver nas pálpebras superiores, essas outras condições devem ser consideradas.

### **- Diagnóstico diferencial**

Existem quatro outros tipos principais de alergia ocular: conjuntivite alérgica sazonal, conjuntivite alérgica perene, ceratoconjuntivite primaveril (VKC) e conjuntivite papilar gigante. Destes, a VKC é o distúrbio primário no diagnóstico diferencial da AKC. Outros distúrbios que podem se assemelhar à AKC leve incluem conjuntivite tóxica, blefarite e rosácea.

VKC ocorre mais frequentemente em meninos pré-púberes de climas quentes. O pico de incidência de VKC é entre 7 e 12 anos de idade. Os sintomas são mais frequentemente sazonais inicialmente, e o tarso superior (pálpebra) é predominantemente afetado. Em contraste, AKC geralmente afeta adultos, e os

sintomas estão presentes perenemente, embora possa haver exacerbações sazonais se o paciente tiver alergias sazonais coexistentes. Pacientes com VKC frequentemente desenvolvem papilas gigantes no revestimento conjuntival da pálpebra superior, enquanto a hipertrofia papilar em AKC é mais proeminente no fórnice inferior. Tanto VKC quanto AKC podem afetar a córnea e ameaçar a visão, e o encaminhamento para um oftalmologista é indicado.

A conjuntivite tóxica não é alérgica por natureza, mas é frequentemente confundida com doença ocular alérgica. Ela se desenvolve com o uso prolongado de medicamentos tópicos, principalmente devido a conservantes. Não está associada à dermatite atópica (DA).

Blefarite é um distúrbio inflamatório comum das pálpebras, que se apresenta com irritação ocular crônica, frequentemente acompanhada de vermelhidão ocular. Pode haver descamação cerosa característica nos cílios. Os sintomas podem aumentar episodicamente. A blefarite está associada à seborreia e à rosácea facial, enquanto a maioria dos pacientes com AKC tem DA.

A rosácea ocular se apresenta com ardor, coceira, sensação de corpo estranho, secura, lacrimejamento ou fotofobia. Os achados mais comuns em pacientes com rosácea ocular são blefarite, telangiectasias da margem palpebral e hiperemia conjuntival. Alguns pacientes podem ter rosácea cutânea (erupção cutânea eritematosa e telangiectasias nas áreas malares), mas outros podem não ter. As pálpebras em pacientes com rosácea são eritematosas, enquanto as pálpebras em AKC são mais espessadas e hiperpigmentadas.

### **- Complicações**

As complicações da AKC incluem várias formas de catarata, que podem resultar da própria AKC ou da terapia com corticosteroides. A perda de visão pode resultar de cicatrizes na córnea e ulceração crônica da córnea

### **- Tratamento**

O tratamento da AKC inclui cuidados básicos com os olhos, bem como medicamentos tópicos e, às vezes, sistêmicos. Nossa abordagem em adultos e crianças é semelhante, embora faltem dados em crianças [18-20].

Todos os pacientes devem ser avaliados por um oftalmologista e aconselhados em cuidados básicos com os olhos. Geralmente iniciamos o tratamento com agentes de dupla ação (ou seja, agentes com ações estabilizadoras de mastócitos e anti-histamínicas). Se os sintomas não melhorarem o suficiente, um breve curso de corticosteroides tópicos é o próximo passo. Para pacientes que têm problemas para controlar os sintomas quando os corticosteroides tópicos são reduzidos, adicionamos inibidores de calcineurina tópicos como agentes poupadores de esteroides. A maioria dos pacientes tem controle adequado com essas medidas ao longo do tempo, mas uma pequena porcentagem requer terapias imunossupressoras sistêmicas.

Existem várias medidas gerais que são úteis para a maioria dos pacientes:

- Os pacientes não devem esfregar os olhos, pois isso pode causar desgranulação mecânica dos mastócitos e agravamento dos sintomas, o que requer educação completa do paciente.



- Compressas frias podem ajudar a reduzir o edema palpebral e periorbitário.
- O uso frequente de lágrimas artificiais refrigeradas ao longo do dia pode ajudar pacientes com olho seco concomitante.

Os principais agentes tópicos usados na QCA levem são anti-histamínicos com propriedades estabilizadoras de mastócitos, corticosteroides e inibidores de calcineurina.

Os anti-histamínicos tópicos com propriedades estabilizadoras de mastócitos são normalmente usados como terapia profilática diária e de longo prazo com base em sua eficácia em outras doenças oculares alérgicas. A estabilização de mastócitos previne a liberação de histamina e outros mediadores pró-inflamatórios de mastócitos nos tecidos oculares. Não há ensaios clínicos randomizados ou estudos observacionais usando esses medicamentos em AKC. Medicamentos específicos incluem olopatadina, alcaftadina, bepotastina, cloridrato de azelastina, epinastina, fumarato de cetotifeno e emedastina.

A dosagem é duas vezes por dia para a maioria dos produtos. Pataday, Pazeo e Lastacaft (nomes de marca) são preparações de uma vez ao dia. Pode levar de duas a três semanas para ver o efeito total desses agentes e para que os sintomas diminuam. Efeitos colaterais comuns incluem ardência e queimação após a instilação. Os pacientes podem achar útil refrigerar as gotas e/ou usar lágrimas artificiais refrigeradas antes de usar esses medicamentos. Outros efeitos adversos incluem dor de cabeça e aumento da secreção ocular. Terapias adicionais para sintomas que persistem apesar de um estabilizador de mastócitos/anti-histamínico incluem corticosteroides tópicos e inibidores de calcineurina.

Para pacientes que não respondem a duas ou três semanas de terapia consistente com um estabilizador de mastócitos/anti-histamínico, a pulsoterapia com corticosteroides tópicos é apropriada. Corticosteroides tópicos são usados para obter controle da inflamação para que os estabilizadores de mastócitos/anti-histamínicos e lágrimas artificiais tenham uma chance maior de funcionar. Os pacientes devem ser encaminhados a um oftalmologista para esta terapia, pois ela deve ser monitorada cuidadosamente e usada apenas por breves períodos. O uso prolongado de corticosteroides tópicos aumenta o risco de formação de catarata, glaucoma e infecções oculares graves (por exemplo, ceratite por herpes).

Para sintomas leves a moderados, sugerimos um dos vários esteroides ésteres "suaves", como loteprednol 0,5 ou 0,2%, acetato de prednisolona 0,12%, pomada de fluorometolona e rimexolona 1%. Preferimos etabonato de loteprednol 0,5%, aplicado duas vezes ao dia durante duas semanas. Mais de seis semanas de uso estão associadas a um risco aumentado de complicações. Os esteroides suaves sofrem rápida inativação após a penetração na córnea e têm penetração ocular diminuída. Portanto, eles são menos propensos a causar elevações da pressão intraocular.

Para sintomas graves, usamos acetato de prednisolona (suspensão a 1%), oito vezes por dia por aproximadamente uma semana. Isso pode ser reduzido para quatro vezes ao dia e então diminuído lentamente com acompanhamento próximo.

Os inibidores tópicos da calcineurina também são usados para sintomas refratários. Eles têm a vantagem de não aumentar a pressão intraocular [22]. No entanto, eles agem mais lentamente do que os corticosteroides tópicos, e a disponibilidade desses agentes geralmente limita seu uso. Quatro preparações (duas soluções oftálmicas diferentes de ciclosporina a 0,05%, uma solução oftálmica de



ciclosporina a 0,09%, bem como uma solução oftálmica de ciclosporina a 0,1%) estão disponíveis comercialmente nos Estados Unidos. Preparações de ciclosporina (soluções de 1 e 2%) e tacrolimus (solução de 0,03%) podem ser compostas. Os efeitos adversos incluem ardência e maceração da pálpebra.

Em um pequeno ensaio randomizado, a ciclosporina tópica (2% quatro vezes ao dia) foi mais eficaz do que o placebo na redução do uso de corticosteroides tópicos e na melhora dos sinais e sintomas em pacientes com AKC [23]. Em um estudo de coorte subsequente, a ciclosporina tópica 0,1% reduziram significativamente a frequência de episódios inflamatórios, a necessidade de corticosteroides tópicos concomitantes e as visitas clínicas em pacientes com AKC [24]. Preferimos doses mais altas (ciclosporina 2%) à solução de ciclosporina 0,05% disponível comercialmente, pois concentrações mais baixas de ciclosporina mostraram eficácia mista [25-28].

As evidências da eficácia do tacrolimus são limitadas a séries de casos. Em uma série de 30 crianças e adultos jovens com AKC grave refratária a corticosteroides tópicos, a suspensão de tacrolimus a 0,1% foi eficaz ao longo de um ano no controle dos sintomas e permitiu a redução da dose de corticosteroides [29]. Três casos de ceratite herpética se desenvolveram durante o tratamento, mas foram controlados com sucesso com medicamentos antivirais. Em um estudo menor de cinco pacientes com AKC grave, a terapia contínua com tacrolimus tópico também levou a uma melhora significativa [30]. A pomada tópica de tacrolimus também foi usada para tratar eczema palpebral associado [31].

Agentes imunossupressores sistêmicos (por exemplo, prednisona, ciclosporina ou tacrolimus) são algumas vezes usados em casos graves nos quais os corticosteroides tópicos são ineficazes ou são necessários por mais de seis semanas. Três pequenas séries de casos descobriram que a terapia de longo prazo com inibidores de calcineurina oral (ciclosporina, 3 a 5 mg/kg diariamente ou tacrolimus, 0,03 a 0,08 mg/kg diariamente) foi geralmente segura e resultou em remissão completa na maioria dos pacientes com AKC grave e refratária [32,33]. O co-gerenciamento com um oftalmologista, clínico geral, alergista, dermatologista e/ou reumatologista é recomendado para maximizar o resultado e minimizar os efeitos colaterais nesses casos difíceis.

#### **- Outras terapias:**

Anti-histamínicos orais não sedativos, incluindo fexofenadina , loratadina , desloratadina , cetirizina e levocetirizina , demonstraram eficácia no tratamento da conjuntivite alérgica, embora nenhum estudo extensivo tenha sido realizado especificamente em pacientes com AKC. A ativação dos receptores H1 oculares via histamina é responsável por alguns sintomas de AKC [2], sugerindo que os anti-histamínicos orais podem ser úteis. Usamos anti-histamínicos orais quando o tratamento tópico sozinho não controla a coceira suficientemente.

A imunoterapia com alérgenos pode ser útil para pacientes com AKC e alergias ambientais, com base em sua eficácia na conjuntivite alérgica e em alguns pacientes com dermatite atópica (DA) [34]. A imunoterapia para AKC especificamente não foi estudada. É necessária uma consulta com um alergista para teste de alergia e administração de imunoterapia. Os alergistas também podem orientar medidas para limitar a exposição aos alérgenos que são relevantes para aquele paciente.



O tratamento da AKC também envolve terapia para dermatite palpebral. Inibidores tópicos de calcineurina, como pomadas tópicas de tacrolimus (1%) e pimecrolimus (1%), são preferidos porque têm menos efeitos colaterais de longo prazo [35-38]. Em um ensaio randomizado e cruzado, houve uma tendência não significativa em direção ao benefício superior do tacrolimus tópico na redução de sinais e sintomas de eczema palpebral em comparação com o corticosteroide tópico clobetasona em pacientes com AKC [35]. Os sinais e sintomas oculares também melhoraram com a terapia tópica de tacrolimus restrita às pálpebras em várias séries de casos [36,37]. Uma vez que os sintomas tenham melhorado, a frequência de aplicação pode ser reduzida para a menor dose que mantém o controle dos sintomas.

Pomadas tópicas de corticoides de baixa potência, como fluorometolona ou loteprednol, também são opções para sintomas refratários. Elas podem ser aplicadas nas pálpebras duas a quatro vezes por dia durante várias semanas para tratar a pele periocular inflamada. No entanto, os pacientes devem ser avisados de que o uso prolongado de corticoides na pele pode levar ao afinamento dérmico. Além disso, esses pacientes devem ser monitorados por um oftalmologista para efeitos colaterais oculares devido à permeabilidade dos corticoides através da pele.

### **- Prognóstico**

Com terapias, a maioria dos sintomas dos pacientes pode ser controlada adequadamente, e a deficiência ou perda da visão é rara.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A ceratoconjuntivite atópica é uma forma grave de conjuntivite alérgica que ocorre de forma perene, ou seja, durante todo o ano. É causada por alérgenos não sazonais, como ácaros, pelos de animais e poeira, e está associada à dermatite atópica. Esse tipo é uma subdivisão das conjuntivites alérgicas e é conhecida como ceratoconjuntivite atópica ou vernal. Ela é causada por alergias crônicas e podem impactar no cotidiano, além de poderem evoluir para um quadro grave. Ceratoconjuntivite atópica (AKC) é uma forma crônica e agressiva de alergia ocular que ocorre mais frequentemente em adultos com histórico de dermatite atópica (DA). Se não for tratada adequadamente, a AKC pode danificar a superfície ocular, levando à cicatrização da córnea, ceratocone devido à fricção persistente dos olhos e perda da visão.

## **REFERÊNCIAS**

1. Tuft SJ, Kemeny DM, Dart JK, Buckley RJ. Características clínicas da ceratoconjuntivite atópica. *Oftalmologia* 1991; 98:150.
2. Foster CS, Calonge M. Ceratoconjuntivite atópica. *Oftalmologia* 1990; 97:992.
3. Uchio E, Kimura R, Mígita H, et al. Aspectos demográficos de doenças oculares alérgicas e avaliação de novos critérios para avaliação clínica de alergia ocular. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2008; 246:291.
4. Moscovici BK, Cesar AS, Nishiwaki-Dantas MC, et al. [Ceratoconjuntivite atópica em pacientes do ambulatório de dermatologia pediátrica de um centro de referência]. *Arq Bras Oftalmol* 2009; 72:805.



5. Bielory B, Bielory L. Dermatite atópica e ceratoconjuntivite. *Immunol Allergy Clin North Am* 2010; 30:323.
6. Guglielmetti S, Dart JK, Calder V. Ceratoconjuntivite atópica e dermatite atópica. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2010; 10:478.
7. Dogru M, Nakagawa N, Tetsumoto K, et al. Doença da superfície ocular na dermatite atópica. *Jpn J Ophthalmol* 1999; 43:53.
8. Leonardi A, De Dominicis C, Motterle L. Imunopatogênese da alergia ocular: uma abordagem esquemática para diferentes entidades clínicas. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2007; 7:429.
9. Leonardi A, Curnow SJ, Zhan H, Calder VL. Múltiplas citocinas em amostras de lágrimas humanas em doenças oculares alérgicas sazonais e crônicas e em culturas de fibroblastos conjuntivais. *Clin Exp Allergy* 2006; 36:777.
10. Leonardi A, Jose PJ, Zhan H, Calder VL. Lágrima e muco eotaxina-1 e eotaxina-2 em ceratoconjuntivite alérgica. *Oftalmologia* 2003; 110:487.
11. Metz DP, Hingorani M, Calder VL, et al. Citocinas de células T em doença ocular alérgica crônica. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 100:817.
12. Braude LS, Chandler JW. Doença atópica da córnea. *Int Ophthalmol Clin* 1984; 24:145.
13. Bonini S. Ceratoconjuntivite atópica. *Allergy* 2004; 59 Suppl 78:71.
14. Foster CS, Rice BA, Dutt JE. Imunopatologia da ceratoconjuntivite atópica. *Oftalmologia* 1991; 98:1190.
15. Soukiasian SH, Rice B, Foster CS, Lee SJ. O receptor de células T na conjuntiva humana normal e inflamada. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1992; 33:453.
16. Calonge M, Herreras JM. Graduação clínica de ceratoconjuntivite atópica. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2007; 7:442.
17. Nivenius E, Montan P. Perfuração espontânea da córnea associada à ceratoconjuntivite atópica: uma série de casos e revisão da literatura. *Acta Ophthalmol* 2015; 93:383.
18. Kim SE, Nowak V, Quartilho A, et al. Intervenções sistêmicas para ceratoconjuntivite atópica e vernal grave em crianças e jovens de até 16 anos. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 10:CD013298.
19. Ridolo E, Kihlgren P, Pellicelli I, et al. Ceratoconjuntivite atópica: Farmacoterapia para idosos. *Drugs Aging* 2019; 36:581.
20. Li J, Luo X, Ke H, Liang L. Ceratoconjuntivite atópica recalcitrante em crianças: relato de caso e revisão da literatura. *Pediatrics* 2018; 141:S470.
21. Vajpayee RB, Gupta SK, Uppal RK. Avaliação de cromoglicato de sódio e medrysona no tratamento de ceratoconjuntivite atópica: um estudo clínico duplo-mascarado. *Aust NZJ Ophthalmol* 1986; 14:251.
22. Abud TB, Amparo F, Saboo US, et al. Um ensaio clínico comparando a segurança e eficácia do tacrolimus tópico versus metilprednisolona na doença enxerto versus hospedeiro ocular. *Oftalmologia* 2016; 123:1449.
23. Hingorani M, Moodaley L, Calder VL, et al. Um ensaio randomizado, controlado por placebo, de ciclosporina A tópica em ceratoconjuntivite atópica dependente de esteroides. *Oftalmologia* 1998; 105:1715.
24. Dahlmann-Noor AH, Roberts C, Muthusamy K, et al. Ciclosporina A tópica 1 mg/ml para ceratoconjuntivite atópica: Série de casos de cinco anos de 99 crianças e jovens. *Acta Ophthalmol* 2023; 101:e197.
25. Akpek EK, Dart JK, Watson S, et al. Um ensaio randomizado de ciclosporina tópica 0,05% em ceratoconjuntivite atópica resistente a esteroides tópicos. *Oftalmologia* 2004; 111:476.
26. Daniell M, Constantinou M, Vu HT, Taylor HR. Ensaio controlado randomizado de ciclosporina A tópica em conjuntivite alérgica dependente de esteroides. *Br J Ophthalmol* 2006; 90:461.
27. Ebihara N, Ohashi Y, Uchio E, et al. Um grande estudo observacional prospectivo de nova solução oftálmica aquosa de ciclosporina 0,1% no tratamento de conjuntivite alérgica grave. *J Ocul Pharmacol Ther* 2009; 25:365.
28. González-López JJ, López-Alcalde J, Morcillo Laiz R, et al. Ciclosporina tópica para ceratoconjuntivite atópica. *Sistema de banco de dados Cochrane Rev* 2012; :CD009078.
29. Yazu H, Shimizu E, Aketa N, et al. A eficácia da suspensão oftálmica de tacrolimus 0,1% no tratamento da ceratoconjuntivite atópica grave. *Ann Allergy Asma Immunol* 2019; 122:387.
30. Miyazaki D, Tominaga T, Kakimaru-Hasegawa A, et al. Efeitos terapêuticos da pomada de tacrolimus para doenças inflamatórias refratárias da superfície ocular. *Oftalmologia* 2008; 115:988.
31. Benaim D, Tétart F, Bauvin O, et al. Pomada de tacrolimus no tratamento da ceratoconjuntivite atópica. *J Fr Ophthalmol* 2019; 42:e147.



32. Hoang-Xuan T, Prisant O, Hannouche D, Robin H. Ciclosporina A sistêmica em ceratoconjuntivite atópica grave. *Oftalmologia* 1997; 104:1300.
33. Stumpf T, Luqmani N, Sumich P, et al. Tacrolimus sistêmico no tratamento de ceratoconjuntivite atópica grave. *Cornea* 2006; 25:1147.
34. Bielory L, Mongia A. Opinião atual sobre imunoterapia para alergia ocular. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2002; 2:447.
35. Nivenius E, van der Ploeg I, Jung K, et al. Pomada de tacrolimus vs pomada esteroide para dermatite palpebral em pacientes com ceratoconjuntivite atópica. *Eye (Lond)* 2007; 21:968.
36. Rikkers SM, Holanda GN, Drayton GE, et al. Tratamento tópico com tacrolimus na doença atópica das pálpebras. *Am J Ophthalmol* 2003; 135:297.
37. Zribi H, Descamps V, Hoang-Xuan T, et al. Melhora dramática da ceratoconjuntivite atópica após tratamento tópico com pomada de tacrolimus restrita às pálpebras. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23:489.
38. Al-Amri AM. Acompanhamento de longo prazo de pomada de tacrolimus para tratamento de ceratoconjuntivite atópica. *Am J Ophthalmol* 2014; 157:280.