

SEMIOLOGIA OFTALMOLÓGICA

OPHTHALMOLOGIC SEMIOLOGY

Maria de Lourdes Veronese Rodrigues

Docente do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

CORRESPONDÊNCIA: Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Campus Universitário - CEP: 14048-900 - Ribeirão Preto - S.P - Fax: (016) 633.5839.

RODRIGUES M de LV Semilogia oftalmológica. **Medicina, Ribeirão Preto**, 29: 54-60, jan./mar. 1996.

RESUMO: Iniciando pela anamnese oftalmológica e seguindo com o exame externo do globo ocular, com a avaliação da movimentação ocular e da acuidade visual, concluímos com o exame das estruturas oculares internas do olho com auxílio de instrumentos. Trata-se dos primeiros elementos da propedêutica oftalmológica básica, necessária para o médico não oftalmologista.

UNITERMOS: Relações Médico-Paciente. Anamnese. Diagnóstico Oftalmológico. Exame Físico. Oftalmologia.

1. ANAMNESE E RELACIONAMENTO COM O PACIENTE

Na Oftalmologia, como em qualquer ramo da Medicina, é necessário, antes do exame físico, realizar a anamnese, que deve ser, suficientemente, ampla para a obtenção de subsídios para a condução do problema, sem se tornar excessivamente extensa.

O médico deve sempre iniciar cumprimentando o paciente, inclusive apertando a mão. No caso de um primeiro atendimento, ao fazer a identificação do paciente, é sempre importante que o médico, também, se apresente. Isso se torna fundamental se o paciente tiver uma deficiência visual que o impeça de ver o médico, pois o ajudará a estabelecer um melhor relacionamento.

O relacionamento médico-paciente, que se inicia no momento do primeiro contato (visual ou através de outros órgãos dos sentidos), idealmente, deveria ser uma relação de colaboração mútua na busca da cura do paciente. No entanto, nem sempre existem con-

dições para o estabelecimento deste tipo de relação, uma vez que, em muitas situações, as condições físicas e ou emocionais do paciente e a urgência de se estabelecer o tratamento, vão determinar o tipo de interação que necessita ser estabelecido nessa fase e que não necessariamente persistirá por todo o curso da doença. Assim, nas urgências, nos procedimentos cirúrgicos e em algumas outras situações o médico precisa assumir a responsabilidade da conduta, estabelecendo-se um modelo de Atividade/Passividade¹.

Apesar de o modelo mais frequente de relação médico-paciente ser o de Orientação/Cooperação, no qual o médico sugere condutas esperando que o paciente concorde com elas, nas doenças crônicas é fundamental que se estabeleça um modelo de Participação Mútua. Neste tipo de relacionamento, o médico e o paciente tem poderes equivalentes para a consecução de um mesmo objetivo. Para uma interação médico-paciente adequada é necessário que o médico tenha capacidade de vivenciar os três modelos, conforme as necessidades do momento¹.

A anamnese pode ser iniciada com o estabelecimento da *Queixa Principal*, seguido de perguntas sobre a *História da Moléstia Atual*, os *Antecedentes Pessoais* e os *Antecedentes Familiares*. Os pontos que devem ser mais enfatizados vão depender do tipo de problema e da idade do paciente.

Assim, não é necessário perguntar a um paciente de 80 anos, que veio à consulta queixando de dor ocular aguda, sobre as condições do seu nascimento. Mas esta informação é fundamental no caso de uma criança com estrabismo.

2. EXAME OCULAR EXTERNO

O globo ocular, pela sua anatomia, permite a observação de quase todas as suas estruturas, principalmente com o auxílio de aparelhos, que cada vez estão se tornando mais sofisticados.

No entanto, sem nenhum instrumental especializado pode-se fazer um exame ocular externo que traga informações importantes, tanto para o oftalmologista quanto para o médico de outras especialidades, que deve incluí-lo em sua rotina (pelo menos parte dele), pois pode detectar inclusive manifestações de doenças sistêmicas.

Desta forma, o exame físico do paciente oftalmológico deve se iniciar com o exame ocular externo que consiste, predominantemente, na *inspeção desarmada* das estruturas mais anteriores do globo ocular e de seus anexos.

Com o auxílio de um foco luminoso faz-se a inspeção de:

- posição do globo ocular;
- posição da fenda inter-palpebral;
- bordas palpebrais;
- pele palpebral;
- conjuntiva bulbar;
- carúncula;
- conjuntiva tarsal (após eversão das pálpebras, sendo que para a superior pode-se utilizar um cotonete ou algum outro objeto pequeno que dê apoio, para facilitar a manobra);
- limbo esclero-corneal;
- córnea;
- câmara anterior;
- íris; e
- pupila.

Com o exame ocular externo podem ser detectados desvios oculares pela simples observação ou através da localização do reflexo luminoso na superfície da córnea; alterações das pálpebras, como entropião,

ectrópio, hordélos, chalázios, triquíase; hiperemias oculares; opacificações da córnea ou alterações da sua forma e do seu diâmetro; perfurações oculares da parte anterior do globo ocular; cicatrizes de traumatismos ou cirurgias; bolhas filtrantes (cirurgias anti-glaucomatosas); pterígios; alterações da profundidade da câmara anterior; alterações da íris; alterações da pupila, medicamentosas ou não; alterações do limbo esclero-corneal; tumorações da conjuntiva e das pálpebras; corpos estranhos; opacificações do cristalino e do vítreo, retinoblastomas, etc.

O exame ocular externo é válido, mesmo quando o examinador não tiver conhecimentos de Oftalmologia, desde que ele conheça a morfologia normal para detectar eventuais patologias e, ou variações da normalidade. Em caso de dúvida, sempre deve ser consultado um especialista.

O exame da pupila deve incluir a observação do tamanho, da forma e da posição; se há algo visível através dela (ex: leucocoria); a pesquisa das reações direta e consensual à luz; a reação à acomodação; e o “swinging test” (Marcos Gunn). Este último teste é muito importante para a detecção de lesões da retina ou do nervo óptico (defeitos pupilares aferentes): se um olho for cego e o outro normal, a luz indo de um olho para outro induz contração de ambas as pupilas quando o olho normal é iluminado; esta contração é alternada com uma relativa dilatação de ambas as pupilas quando o olho cego é iluminado².

No caso de se detectar uma leucocoria, se se julgar que a opacificação está no cristalino, é aconselhável utilizar a classificação preconizada por Mehra & Minassian³ para graduá-la. O resumo dessa classificação Tabela I.

Tabela I - Critérios de Classificação das Opacificações do Cristalino (Mehra & Minassian, 1988).

Grau de Opacificação	Critério
0	sem opacificações
1	pequenos pontos opacificados
2A	opacificação parcial menor que a área não opacificada
2B	opacificação parcial maior que a área não opacificada
3	opacificação total
4	afacia ou deslocamento do cristalino
5	outra opacificação impedindo a avaliação do cristalino

A *palpação* só é necessária se houver inflamação ou edema de pálpebra ou da região lacrimal. Pode ser utilizada, também, quando se suspeita de glaucoma agudo (digito-pressão). Neste caso, deve ser feita através das pálpebras. Em todos os casos, a palpação deve ser delicada e cuidadosa.

Nos casos em que houver exoftalmia pulsátil, pode ser realizada a *ausculta*, que permite o diagnóstico de fístula carótido-cavernosa⁴.

3. MOVIMENTAÇÃO OCULAR

A seguir, realiza-se o *estudo da movimentação ocular* (funcionamento dos seis músculos extra-oculares) de cada olho (duções) e dos dois olhos funcionando em conjunto (versões). Os músculos extra-oculares são inervados por três nervos cranianos: o III, motor ocular comum (reto superior, reto inferior, reto medial e oblíquo inferior), o VI, motor ocular externo (reto lateral) e o IV, troclear (oblíquo superior).

O *teste da cobertura* (“cover test”) é utilizado para a verificação de estrabismos ou de heteroforias, através da “quebra” da fusão pela oclusão de um dos olhos, que deve, também, ser feita de maneira alternada. Por exemplo, se uma pessoa for ortofórica e tiver um de seus olhos cobertos, o outro olho continua fixando a mira (localizada a aproximadamente 30 centímetros, se o teste for para perto, ou 5m se for para longe) e não aparecerão movimentos oculares, mesmo no teste alternante. Se o paciente tiver uma heteroforia (endoforia ou exoforia), quando os olhos forem ocluídos alternadamente, o olho que está descoberto vai realizar um pequeno movimento para fixar a mira, fato que pode ocorrer, também, quando o olho dominante for ocluído. Já nos estrabismos, a oclusão de um dos olhos será seguida de um movimento do outro, para fora ou para dentro, a menos que haja supressão ou que o olho não tenha visão.

4. ACUIDADE VISUAL

A seguir, realiza-se a pesquisa da *acuidade visual central* (para longe e para perto) e a estimativa do *campo visual*.

A *acuidade visual para longe* é medida em tabelas de optotipos, com o paciente colocado a 5 metros de distância. Quando o maior optotipo da tabela não puder ser identificado pode-se diminuir a distância

entre o paciente e a tabela, anotando a nova distância como numerador da fração da acuidade⁵. Se mesmo assim o maior optotipo não for identificado verifica-se se o paciente:

- a** - “conta dedos”;
- b** - detecta movimentos de mão;
- c** - identifica a localização de um foco luminoso (projeção luminosa) ou
- d** - percebe luz (percepção luminosa).

A medida da acuidade visual (AV) deve ser feita para cada olho, separadamente.

As causas mais frequentes de diminuição da acuidade visual são as ametropias (miopia, hipermetropia e astigmatismo). Assim, se o paciente usar óculos, deve-se realizar a medida da acuidade visual com as lentes corretoras.

Para verificar se a visão pode melhorar com lentes, ou ainda mais com novas lentes, realiza-se a medida da acuidade visual com o orifício estenopêico (“pinhole”). Se a acuidade visual não melhorar quando o paciente olhar através desse pequeno orifício, que seleciona os raios que passam pelo centro da córnea, pode-se suspeitar de problemas da retina, de opacificações dos meios oculares ou de alterações neuro-oftalmológicas.

Se o valor da acuidade visual (expresso sempre através de uma fração, em cujo numerador está a distância, em pés, do paciente à tabela e, no denominador, a distância em que o optotipo forma um ângulo visual de 1 minuto de arco - ex: 20/200 ou 0,1) for maior com optotipos isolados do que com optotipos agrupados, pode-se suspeitar de ambliopia⁵, que é uma diminuição de acuidade visual sem problema aparente.

A visão de perto é medida, através de tabelas próprias, e deve ser pesquisada mesmo em pacientes mais jovens, pois a diminuição da acuidade visual para aproximadamente 30-40 centímetros, além de indicar presbiopia, pode indicar grandes hipermetropias, afacias e problemas da acomodação.

Quando houver suspeita de perdas campimétricas, deve-se realizar uma estimativa do campo visual, confrontando o do paciente com o do examinador. Se forem detectadas anormalidades, a realização de uma perimetria é mandatória^{2,5}.

Embora tenham sido propostas classificações abrangentes, que consideram além da acuidade visual e do campo visual a capacidade do indivíduo de realizar as atividades da vida diária, a capacidade de se locomover, etc, as deficiências visuais são classificadas

pela Organização Mundial da Saúde⁶ em seis categorias, com base apenas na acuidade visual, para longe, do melhor olho com a melhor correção óptica e no campo visual Tabela II.

Categoria	AV máxima	AV mínima	Campo Visual
1	0,30	0,10	-
2	0,10	0,05	5 a 10°
3	0,05	0,02	até 5°
4	0,02	percepção de luz	
5	ausência de percepção de luz		
9	perdas não quantificáveis		

Do ponto de vista oftalmológico, há cegueira quando a acuidade visual no melhor olho, com a melhor correção óptica, é inferior a 0,05 ou o campo visual inferior a 5°. Esta acuidade visual de 0,05, ou 200/400, corresponde a contar dedos, à luz do dia, a 3 metros de distância, bastante usada em “surveys”. A fração que define a “cegueira legal” varia de país para país, sendo que no Brasil é a visão inferior a 0,01.

5. PROPEDÊUTICA INSTRUMENTADA

A oftalmoscopia direta ou indireta é o exame que permite a observação do fundo de olho. Apesar da oftalmoscopia direta ser monocular, e assim não haver estereopsia; de permitir somente a observação de pequena parte do fundo de olho cada vez; e de não propiciar o exame da retina periférica, ela tem a vantagem de propiciar um aumento maior (aproximadamente 14 vezes)⁷ e ser mais fácil para o uso de estudantes e médicos não oftalmologistas.

Souza⁵ preconiza que o exame se inicie com o “paciente fixando um ponto em frente, no infinito, com o olho contra-lateral. Sem lentes corretoras, tendo a luz focada na pupila do paciente, inicia-se o exame, a cerca de 50 centímetros do olho do paciente, para observar o reflexo vermelho da pupila (em caso de opacidade dos meios transparentes, aparecerá uma mancha escura no campo avermelhado)”.

Para o exame do fundo de olho propriamente dito é necessário aproximar-se mais do paciente, e a

observação das estruturas deve seguir a seqüência: disco, vasos sanguíneos, mácula.

A capacitação dos estudantes de medicina para a realização dos exames descritos, anteriormente, faz parte dos objetivos do curso de graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Mas, obviamente, eles não são suficientes para a realização de uma semiologia oftalmológica completa, que inclui desde instrumentos simples até aparelhos sofisticados e que o avanço da tecnologia torna dia a dia mais eficientes.

Nem todos os exames que serão listados a seguir (iniciando-se com os mais utilizados) são necessários para todos os pacientes; a sua indicação vai depender do tipo de problema.

A biomicroscopia é realizada em um aparelho denominado lâmpada de fenda ou biomicroscópio, que oferece uma ampliação de 6 a 40 vezes e permite a obtenção de cortes ópticos de diferentes formas, inclinações e intensidades, o que possibilita a observação das estruturas transparentes⁸

Se forem utilizadas lentes de contato com espelhos, a lâmpada de fenda e o microscópio cirúrgico permitem o exame de diversas estruturas, como do ângulo da câmara anterior (gonioscopia) e da retina.

O exame da retina, também, pode ser realizado através da oftalmoscopia indireta, que dá uma imagem virtual, com aumento de três vezes e propicia visão de conjunto e tridimensionalidade.

A documentação fotográfica do estado da retina é chamada de retinografia.

A retinoscopia ou esquiascopia consiste na reflexão de luz num ponto da retina e permite, através da interpretação dos reflexos oriundos de movimentos do examinador, quantificar, nos diversos meridianos do olho, eventual vício de refração. A detecção de vícios de refração pode ser facilitada com a refratometria computadorizada e complementada com testes de lentes (este último é um exame subjetivo).

A tonometria é a medida da pressão ocular e é realizada através de diferentes tipos de tonômetros - indentação, aplanção, pneumotômetros, sendo que os mais utilizados são os de aplanção (acoplados à lâmpada de fenda ou portáteis). A avaliação da pressão ocular pode ser complementada com testes provocativos (de aumento da pressão ocular), com o estudo da variabilidade diária (curva diária de pressão) e com o estudo da hidrodinâmica do humor aquoso (tonografia).

A perimetria e a campimetria (manual ou computadorizada) consistem na quantificação do campo visual periférico e central.

A ultra-sonografia, ecografia ou biometria é utilizada para medir as diferentes estruturas oculares e para a observação bidimensional dessas estruturas, de corpos estranhos, de tumores, etc. Este exame é imprescindível para o cálculo de lentes intra-oculares (utilizadas para substituir o cristalino).

A ceratometria é a medida da curvatura da córnea e é utilizada nos astigmatismos, no cálculo de lentes de contato e de lentes intra-oculares e em avaliações pós-operatórias.

A paquimetria é a medida da espessura da córnea, fundamental antes de cirurgias refrativas.

A ceratoscopia é a avaliação da regularidade da superfície anterior da córnea.

A oftalmodinamometria é a medida da pressão da artéria oftálmica e é utilizada para aprofundamento do estudo de alguns tipos de glaucoma e de quadros sistêmicos em que seja importante a avaliação

do estado da circulação cerebral.

A angiofluoresceinografia permite o estudo da circulação da retina e da coróide e consiste na observação e documentação do estado dos vasos da retina em diversos tempos, após a injeção sistêmica de fluoresceína.

A *eletro-oculografia* é o registro do potencial de repouso das camadas da retina; a *eletro-retinografia* consiste no registro da atividade elétrica da retina que segue a um estímulo visual; e o *estudo do potencial evocado visual* tem o objetivo de registrar a atividade elétrica cortical (ao nível da região occipital), que ocorre depois de um estímulo visual⁴.

Na medida dos desvios oculares, são utilizados *prismas, filtros verdes e vermelhos* e outros recursos.

Finalmente, nos últimos anos, a avaliação do estado das estruturas oculares foi, grandemente, enriquecida com a *tomografia computadorizada* e com a *ressonância nuclear magnética*.

RODRIGUES M de LV Ophthalmologic semiology. **Medicina, Ribeirão Preto**, 29: 54-60, jan./mar. 1996.

ABSTRACT: Following anamnesis, which is the first patient-doctor contact, physical examination must start with the inspection of anterior ocular structures and their annexes, which can provide valuable information for such the ophthalmologist and other specialists; the next steps are to assess ocular movements and to research strabismus also by the corneal light reflex test and the cover test; to assess pupillary function; to measure and record visual acuity; to find out visual field defects; to perform slit-lamp biomicroscopy; to measure and record the intraocular pressure; to perform ophthalmoscopy, and then, according with the symptoms and signs, to choose the other tests and techniques necessary to a diagnosis of the ocular problem or disease.

UNITERMS: Physician-Patient Relations. Medical History Taking. Diagnosis, Eye. Physical Examination. Ophthalmology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - RODRIGUES CRC. Relação médico-paciente. In: RODRIGUES MLV. **Oftalmologia clínica**. Cultura Médica, Rio de Janeiro, p. 1-10, 1992.
- 2 - AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY: **Ophthalmology Study Guide for Students and Practitioners of Medicine**. AAO, San Francisco, p. 145-168, 1982.
- 3 - MEHRA V & MINASSIAN DC. A rapid method of grading cataract in epidemiological studies and eye surveys. ICEH, London, 1988 (typescript).
- 4 - YAMANE R. Exame físico do bulbo ocular e seus anexos. In: RODRIGUES MLV. **Oftalmologia clínica**. Cultura Médica, Rio de Janeiro, p. 50-60, 1992.
- 5 - SOUSA SJF. Medida da acuidade visual e estimativa do campo visual. In: RODRIGUES MLV, ed. **Disciplina ROT-311 - Oftalmologia. Caderno de exercícios**. Legis Summa, Ribeirão Preto, p.13-16, 1989.
- 6 - WORLD HEALTH ORGANIZATION **Guidelines for Programmes for Prevention of Blindness**. WHO, Geneve, 33p, 1989.
- 7 - SOUZA, NV. Oftalmoscopia direta. In: RODRIGUES, MLV **Disciplina ROT-311 - Oftalmologia. Caderno de Exercícios**. Legis Summa, Ribeirão Preto, p.18-19, 1989.
- 8 - RODRIGUES MLV, SCHOR P & RODOLPHO JÚNIOR T. Avanços da tecnologia no diagnóstico e tratamento dos problemas oculares. In: **Setor de Oftalmologia do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia da FMRP-USP. Oftalmologia para Alunos de Graduação em Medicina**. Legis Summa, Ribeirão Preto, p. 133-138, 1992.

Recebido para publicação em 04/03/96

Aprovado para publicação em 14/03/96

APÊNDICE: VOCABULÁRIO OFTALMOLÓGICO

- ABDUÇÃO - movimento do globo ocular para o lado temporal.
- ABLEFARIA - ausência (geralmente congênita) das pálpebras.
- ACROMATOPSIA - incapacidade para ver cores.
- ACOMODAÇÃO - aumento fisiológico do poder refrativo cristalino.
- ADUÇÃO - movimento do globo ocular para o lado nasal.
- AFACIA - ausência de cristalino.
- AGNOSIA - incapacidade de reconhecer objetos.
- ACINESIA - ausência de movimento voluntário.
- ALBINISMO OCULAR - problema congênito, no qual há ausência de pigmento nos tecidos oculares.
- AMAUROSE - cegueira.
- AMBLIOPIA - diminuição da visão em um ou ambos os olhos, sem problemas anatômicos dos olhos ou vias ópticas.
- AMETROPIA - vício de refração (miopia, hipermetropia ou astigmatismo).
- ÂNGULO DA CÂMARA ANTERIOR - junção da córnea com a íris (é o que se vê na gonioscopia).
- ANIRIDIA - formação incompleta ou ausência da íris.
- ANISEICONIA - desigualdade no tamanho das imagens retínicas dos dois olhos.
- ANISOCORIA - diferença no tamanho pupilar dos dois olhos.
- ANISOMETROPIA - diferença na refração entre os dois olhos.
- ANISOPIA - diferença na acuidade visual entre os dois olhos.
- ANOFTALMIA - ausência congênita do globo ocular.
- ANOPSIA - diminuição ou perda de parte do campo visual (hemianopsia, quadrantopsia).
- ASTENOPIA - desconforto visual, após esforço visual.
- BLEFARITE - inflamação da borda palpebral.
- BLEFAROCHALÁSIO - aumento do volume das pálpebras, geralmente secundário a processos alérgicos.
- BLEFAROFIMOSE - diminuição da abertura da fenda palpebral.
- BLEFAROPLASTIA - cirurgia palpebral indicada nos casos de dermatocálase.
- BLEFAROPTOSE - (ptose palpebral) queda das pálpebras.
- BLEFAROESPASMO - espasmo involuntário do músculo orbicular.
- BUFTALMIA - (macroftalmia) aumento anormal do tamanho do globo ocular.
- CANALICULITE - inflamação do canalículo lacrimal.
- CANTOTOMIA - cirurgia para aumentar a abertura das pálpebras (incisão do canto externo).
- CAPSULOTOMIA - incisão na cápsula do cristalino.
- CATARATA - opacificação do cristalino.
- CELULITE ORBITÁRIA - inflamação do tecido conectivo orbitário, sempre grave.
- CELULITE PERI-ORBITÁRIA - inflamação do tecido conectivo pré-septal (septo palpebral), nem sempre grave.
- CERATECTOMIA - remoção cirúrgica de pedaço de córnea.
- CERATITE - inflamação da córnea.
- CERATOCONE - adelgaçamento e protusão da porção central da córnea.
- CERATOPLASTIA - transplante de córnea.
- CERATOTOMIA - incisão na córnea.
- CHÁLASIO - inflamação nas glândulas de Meibomius (palpebrais).
- COLOBOMA - defeito de fusão da fissura fetal, que se traduz por ausência da parte inferior de uma das estruturas oculares.
- CONFUSÃO - percepção simultânea de dois objetos no mesmo local do espaço.
- CORECTOPIA - deslocamento da pupila de sua posição central.
- CORIORRETINITE - inflamação da coróide e retina.
- COROIDITE - inflamação da coróide.
- CRIPTOFTALMIA - ausência de abertura da fenda palpebral.
- DACRIOADENITE - inflamação da glândula lacrimal.
- DACRIOCISTITE - inflamação do saco lacrimal.
- DACRIOCISTORRINOSTOMIA - cirurgia para se criar nova via de drenagem lacrimal, entre o saco lacrimal e a cavidade nasal.
- DESCOLAMENTO DE RETINA - plano de clivagem, entre o epitélio neuro-sensorial e pigmentar da retina.
- DERMATOCÁLASE - excesso de pele nas pálpebras.
- DIPLOPIA - percepção de duas imagens de um mesmo objeto.
- DISLEXIA - incapacidade de interpretar palavras escritas (leitura).
- DISTQUIÁSE - presença de fileira supra numerária de cílios.
- DUÇÃO - movimento de um dos olhos analisado, separadamente.
- ECTRÓPIO - eversão da margem palpebral.
- EMETROPIA - ausência de vício de refração.
- ENDOFTALMITE - inflamação dos tecidos intra-oculares.
- ENOFTALMIA - retração do globo ocular na órbita.
- ENTRÓPIO - inversão da margem palpebral.
- ESODESVIO - desvio ocular nasal.
- ENUCLEAÇÃO - retirada cirúrgica do globo ocular.
- EPÍFORA - escoamento de lágrima na face, por deficiência na drenagem.
- EPISCLERITE - inflamação na episclera.
- ESCOTOMA - área de perda visual dentro do campo visual.
- ESTAFILOMA - adelgaçamento da esclera com protusão do tecido subjacente.
- ESTEREOPSIA - percepção de profundidade na visão binocular.
- EVICERAÇÃO - retirada cirúrgica do conteúdo do globo ocular, deixando-se a esclera.
- EXENTERAÇÃO - retirada cirúrgica de toda a órbita e seu conteúdo.
- EXODESVIO - desvio ocular temporal.

- EXOTALMIA - (proptose) protusão anormal do globo ocular.
- FACECTOMIA - retirada cirúrgica do cristalino.
- FORIA - desvio ocular latente.
- FOTOPSIA - percepção de pontos ou formas luminosas no campo visual.
- FUSÃO - unificação, no cérebro, de duas imagens semelhantes (uma de cada olho) em uma só imagem.
- GONIOSCOPIA - exame do ângulo da câmara anterior.
- GONIOTOMIA - abertura cirúrgica do trabeculado.
- HEMERALOPIA - diminuição anormal da visão em baixas luminosidades.
- HEMIANOPSIA - perda da metade do campo visual de cada olho.
- HETEROCROMIA DA ÍRIS - diferentes colorações da íris dos dois olhos da mesma pessoa.
- HETEROFORIA - estrabismo latente, compensado pela fusão.
- HIFEMA - presença de sangue na câmara anterior do olho.
- HIPÓPIO - presença de células inflamatórias, formando nível, na câmara anterior.
- HORDÉOLO - inflamação das glândulas de Zeiss e Moll (palpebrais).
- IMPLANTE INTRA-OCULAR - lente de material sintético para a substituição do cristalino, após retirada cirúrgica.
- IRIDECTOMIA - retirada de porção de tecidos da íris.
- IRIDOCICLITE - inflamação da íris e do corpo ciliar.
- IRIDODIALISE - ruptura traumática da base da íris.
- IRIDODONESIS - movimentos da íris (tremor) por falta de apoio do cristalino.
- IRIDOTOMIA - pequeno orifício na íris.
- IRITE - inflamação da íris.
- LAGOFTALMO - olho não totalmente coberto com as pálpebras fechadas, por frouxidão da pálpebra inferior.
- LEUCOCORIA - condição em que a pupila aparece branca (catara, retinoblastoma, etc.).
- LEUCOMA CORNEANO - opacidade densa da córnea.
- MACROPSIA - distorsão em que as imagens retinianas são percebidas maiores que o normal.
- METAMORFOPSIA - percepção distorcida da forma dos objetos.
- MICROFTALMIA - (nanoftalmia) globo ocular com tamanho anormalmente reduzido.
- MICROPSIA - condição em que as imagens retinianas são percebidas menores que o normal.
- MIDRÍASE - aumento do tamanho da pupila.
- MIOSE - diminuição do tamanho da pupila
- NISTAGMO - movimentos rítmicos e involuntários dos olhos.
- ORTOFORIA - ausência de desvios oculares latentes.
- ORTOTROPIA - ausência de desvios oculares manifestos.
- PANNUS - vasos sanguíneos e tecido fibroso invadindo a córnea.
- PHTISIS BULBI - diminuição do tamanho e degeneração do globo ocular, após doença ou traumatismo, com diminuição da pressão ocular (conseqüente a perda de função dos processos ciliares).
- PINGUÍCULA - elevação subconjuntival peri-limbrica, composta por tecido elástico degenerado.
- POLIOSE - despigmentação dos cílios (ou pelos).
- POLICORIA - várias pupilas.
- PRESBIOPIA - perda gradual da capacidade acomodativa.
- PSEUDOFACIA - lente intra-ocular substituindo o cristalino.
- PTERÍGEO - degeneração elástica da conjuntiva bulbar que cresce e invade a córnea.
- PTOSE - queda da pálpebra superior.
- QUADRANTOPSIA - perda de um quadrante do campo visual de cada olho.
- QUEMOSE - edema de conjuntiva.
- REFRAÇÃO - procedimento que visa diagnosticar e quantificar um vício refrativo.
- RECUO - técnica cirúrgica, utilizada em estrabismos, que enfraquecem a ação de um músculo.
- RESSECÇÃO - técnica cirúrgica utilizada em estrabismos que fortalece a ação de um músculo.
- RETINITE - inflamação da retina.
- RETINOBLASTOMA - tumor maligno da retina (da infância).
- RETINOPATIA - doença não inflamatória da retina.
- RETINOPEXIA - correção do deslocamento de retina.
- RUBEOSIS IRIDIS - neovascularização da íris.
- SINÉQUIA - aderência da íris a outro tecido próximo.
- SIMBLÉFARO - aderência anormal entre a conjuntiva tarsal e a conjuntiva bulbar.
- SUPRESSÃO - inibição inconsciente do impulso visual, para evitar a diplopia ou a confusão.
- TRABECULECTOMIA - cirurgia para retirada de fragmento do trabeculado.
- TRABECULOTOMIA - cirurgia para a retirada do trabeculado e do canal de Schlemm.
- TRIQUÍASE - posicionamento anormal de um ou mais cílios.
- TROPIA - desvio ocular manifesto (estrabismo).
- UVEITE - inflamação da úvea (íris, corpo ciliar e coróide).
- VERSÃO - movimento conjugado dos dois olhos.
- VITRECTOMIA - cirurgia para a retirada do vítreo, que deve ser substituído por material sintético.
- XANTELASMA - formação pequena e amarelada (geralmente múltipla) das pálpebras, conseqüente a problemas no metabolismo lipídico.
- XEROFTALMIA - ressecamento da superfície do globo ocular (córnea e conjuntiva).

Elaborado por:

Maria de Lourdes Veronese Rodrigues, em colaboração com Paulo Schor e Thomaz Rodolpho Júnior.