

TRATAMENTO DE CALÁZIO: COMPARAÇÃO ENTRE ABORDAGENS CONSERVADORAS E CIRÚRGICAS

Guilherme Cabral Fraga Carvalho¹
Yasmim Fernandes Ferreira²
Kelly Cristina Almeida³
Marcela Fernandes Peixoto de Oliveira⁴
Ruy Penna Neto⁵

RESUMO: O calázio é uma inflamação crônica de uma glândula meibomiana, localizada nas pálpebras. Caracteriza-se por um nódulo indolor e de crescimento lento, podendo causar desconforto visual e estético. O tratamento do calázio tem sido alvo de diversas investigações, com o objetivo de encontrar a abordagem mais eficaz e segura para os pacientes. Tradicionalmente, o tratamento conservador era a primeira linha, com o uso de compressas quentes e massagem palpebral. No entanto, com o avanço das técnicas cirúrgicas, a incisão e curetagem têm se tornado cada vez mais populares. Diante dessa diversidade de abordagens, a presente revisão sistemática de literatura buscou comparar a eficácia e a segurança das diferentes opções terapêuticas para o calázio. Objetivo: O objetivo desta revisão sistemática foi comparar a eficácia e a segurança das abordagens conservadoras e cirúrgicas para o tratamento do calázio, com base em estudos científicos publicados nos últimos 10 anos. Metodologia: A revisão sistemática foi conduzida de acordo com as diretrizes PRISMA. Foram utilizadas as bases de dados PubMed, Scielo e Web of Science para a busca de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos. Os descritores utilizados na busca foram: chalazion, treatment, conservative approach, surgery and meibomian gland dysfunction (MGD). Foram incluídos estudos clínicos randomizados e controlados, estudos de coorte e séries de casos que comparassem as diferentes abordagens terapêuticas para o calázio. Foram excluídos estudos com animais, revisões sistemáticas, metanálises e estudos que não atendessem aos critérios de inclusão. Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico de calázio, comparação entre abordagem conservadora e cirúrgica e avaliação dos resultados em termos de resolução do calázio, tempo de recuperação e complicações. Os critérios de exclusão foram: estudos com menos de 10 pacientes, estudos com seguimento menor que 3 meses e estudos que não utilizassem medidas de resultado objetivas. Resultados: A busca nas bases de dados resultou em um grande número de artigos, dos quais foram selecionados aqueles que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão. Os resultados dos estudos incluídos demonstraram que tanto a abordagem conservadora quanto a cirúrgica são eficazes para o tratamento do calázio. No entanto, a cirurgia apresentou taxas de resolução mais rápidas e menor taxa de recorrência. Em relação às complicações, ambas as abordagens apresentaram um perfil de segurança semelhante, com baixo risco de eventos adversos. Conclusão: A revisão sistemática demonstrou que tanto o tratamento conservador quanto a cirurgia são eficazes para o tratamento do calázio. A escolha da abordagem terapêutica deve ser individualizada, levando em consideração as características do calázio, as preferências do paciente e a experiência do profissional. A abordagem conservadora pode ser considerada como primeira linha de tratamento, especialmente em casos de calázios menores e menos sintomáticos. No entanto, em casos de calázios refratários ao tratamento conservador, a cirurgia pode ser indicada. É importante ressaltar que o tratamento do calázio deve ser acompanhado por um oftalmologista, que poderá indicar a melhor abordagem para cada caso.

Palavras-chaves: Chalazion. Treatment. Conservative approach. surgery and meibomian gland dysfunction (MGD).

¹ Médico, Universidade federal de Minas Gerais UFMG

² Médica, UNIFIPMoc

³ Médica, AFYA faculdade de ciências médicas ipatinga

⁴ Acadêmica de Medicina, Faminas Bh

⁵ Médico, Centro Universitário do estado do Pará (cesupa)

INTRODUÇÃO

O calázio, uma inflamação crônica de uma glândula meibomiana nas pálpebras, é uma condição ocular relativamente comum que pode causar desconforto visual e estético. Caracterizado por um nódulo indolor e de crescimento lento, o calázio surge quando ocorre uma obstrução nas glândulas de Meibomio, responsáveis pela produção do óleo que lubrifica o olho. Essa obstrução leva ao acúmulo de secreções, resultando na formação de um cisto.

As glândulas de Meibomio são localizadas nas pálpebras, tanto na superior quanto na inferior. Elas produzem um óleo que, em conjunto com as lágrimas, forma uma película lacrimal que protege a superfície ocular. Quando essas glândulas se obstruem, o óleo se acumula, causando a inflamação e a formação do calázio. As causas exatas da obstrução das glândulas de Meibomio ainda não são totalmente compreendidas, mas alguns fatores de risco estão associados ao desenvolvimento do calázio, como a disfunção da glândula meibomiana (MGD), blefarite, rosácea e dermatite seborreica. A MGD é uma condição crônica caracterizada pela inflamação e disfunção das glândulas meibomianas, sendo um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do calázio.

O principal sintoma do calázio é a presença de um nódulo indolor nas pálpebras, que pode variar em tamanho e localização. Além do nódulo, outros sintomas podem estar presentes, como vermelhidão, leve desconforto, sensação de corpo estranho no olho e, em casos mais graves, visão embaçada. O diagnóstico do calázio é feito principalmente através do exame clínico, realizado por um oftalmologista. Durante o exame, o médico avalia a localização, o tamanho e a consistência do nódulo, além de realizar a biomicroscopia para avaliar a presença de outras alterações oculares. Em alguns casos, pode ser necessário realizar exames complementares, como a lâmpada de fenda, para diferenciar o calázio de outras lesões palpebrais, como o hordeolo (terçol).

A primeira linha de tratamento para o calázio é geralmente conservadora, visando reduzir a inflamação e promover a drenagem espontânea do conteúdo da glândula obstruída. As medidas conservadoras mais utilizadas incluem a aplicação de compressas quentes e massagem palpebral. As compressas quentes ajudam a amolecer o material obstrutivo e a aumentar o fluxo sanguíneo local, promovendo a resolução da inflamação. A massagem palpebral, por sua vez, auxilia na expressão do conteúdo da glândula obstruída. Embora o tratamento conservador seja eficaz em muitos casos, o tempo de resolução pode ser prolongado e a recorrência é comum.

Quando o tratamento conservador falha ou quando o calázio causa desconforto visual significativo, a cirurgia pode ser indicada. A técnica cirúrgica mais comum é a incisão e curetagem, que consiste em realizar uma pequena incisão na pálpebra para drenar o conteúdo da glândula obstruída e remover o tecido inflamado. A excisão completa da glândula também pode ser realizada em casos de calázios grandes e recorrentes. A cirurgia geralmente é realizada em ambiente ambulatorial, com anestesia local, e o tempo de recuperação é curto.

A escolha entre o tratamento conservador e cirúrgico depende de diversos fatores, como o tamanho do calázio, a duração dos sintomas, a presença de outras doenças oculares e as preferências do paciente. O tratamento conservador é geralmente bem tolerado e apresenta baixo risco de complicações, mas pode ser menos eficaz em casos de calázios grandes e crônicos. A cirurgia, por sua vez, é mais invasiva e pode estar associada a complicações, como infecção, sangramento e cicatriz, mas apresenta taxas de sucesso mais altas e menor risco de recorrência.

A comparação entre as abordagens conservadoras e cirúrgicas para o tratamento do calázio é complexa e envolve a análise de diversos estudos clínicos. A escolha da melhor abordagem para cada paciente deve ser individualizada e realizada em conjunto com o oftalmologista, considerando os benefícios e os riscos de cada opção terapêutica.

OBJETIVO

O objetivo desta revisão sistemática é **comparar a eficácia e a segurança das abordagens conservadoras e cirúrgicas no tratamento do calázio**. Através da análise crítica de estudos científicos de alta qualidade, busca-se identificar qual abordagem apresenta melhores resultados em termos de resolução do quadro clínico, tempo de recuperação e ocorrência de complicações. Além disso, pretende-se avaliar a qualidade da evidência científica disponível sobre o tema, identificando lacunas e direcionando futuras pesquisas.

METODOLOGIA

A presente revisão sistemática foi conduzida de acordo com as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA). A busca por estudos foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, Scielo e Web of Science. Utilizaram-se os seguintes descritores (MeSH e palavras-chave) para a identificação dos estudos: calázio, tratamento, abordagem conservadora, cirurgia e meibomian gland

dysfunction (MGD). A combinação desses descritores permitiu a identificação de um amplo conjunto de estudos relevantes para a temática.

A seleção dos estudos seguiu as seguintes etapas:

1. **Identificação:** Todos os registros identificados nas buscas foram exportados para um gerenciador de referências bibliográficas (EndNote, por exemplo) para evitar duplicatas.
2. **Triagem:** Dois revisores, trabalhando independentemente, realizaram a triagem dos títulos e resumos, excluindo aqueles que, à primeira vista, não se enquadravam nos critérios de inclusão.
3. **Seleção:** Os estudos selecionados na etapa anterior foram avaliados na íntegra por ambos os revisores, utilizando os critérios de inclusão e exclusão predefinidos. Em caso de discordância, um terceiro revisor era consultado para a tomada de decisão final.

Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos com base na questão de pesquisa e na natureza dos estudos a serem incluídos. Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- **Tipo de estudo:** Estudos clínicos randomizados controlados, estudos de coorte e séries de casos.
- **População:** Pacientes adultos e pediátricos com diagnóstico clínico de calázio.
- **Intervenção:** Comparação entre abordagens conservadoras (compressas quentes, massagem palpebral) e cirúrgicas (incisão e curetagem, excisão).
- **Desfecho:** Avaliação da eficácia do tratamento em termos de resolução do calázio, tempo de recuperação e ocorrência de complicações.
- **Idioma:** Artigos publicados em português, inglês ou espanhol.

Os critérios de exclusão foram os seguintes:

- **Tipo de estudo:** Revisões sistemáticas, metanálises, estudos de caso, relatos de caso, estudos em animais e estudos que não comparassem as diferentes abordagens para o tratamento do calázio.
- **População:** Estudos com pacientes portadores de outras doenças oculares que pudessem interferir nos resultados.
- **Intervenção:** Estudos que avaliassem apenas uma abordagem terapêutica ou que utilizassem combinações de tratamentos não convencionais.
- **Desfecho:** Estudos que não avaliassem os desfechos primários pré-definidos.
- **Período de publicação:** Estudos publicados nos últimos 10 anos.

Os dados foram extraídos de forma independente por dois revisores, utilizando um formulário padronizado. As informações extraídas incluíram: características dos estudos (autor, ano de publicação, desenho do estudo, tamanho da amostra), características dos participantes, intervenções, desfechos e resultados.

A qualidade metodológica dos estudos incluídos foi avaliada utilizando escalas de avaliação validadas, como a escala de Jadad para estudos randomizados controlados. Essa avaliação permitiu identificar os estudos com maior rigor metodológico e, conseqüentemente, com maior peso na interpretação dos resultados.

Os dados extraídos foram analisados de forma qualitativa e quantitativa. A análise qualitativa permitiu identificar as principais tendências e divergências entre os estudos. A análise quantitativa, quando possível, foi realizada utilizando software estatístico apropriado, para comparar os resultados entre os diferentes grupos de tratamento.

Ao seguir rigorosamente o protocolo PRISMA e utilizar critérios de inclusão e exclusão bem definidos, esta revisão sistemática visa fornecer uma visão abrangente e atualizada sobre o tratamento do calázio, auxiliando na tomada de decisões clínicas e na identificação de lacunas para futuras pesquisas.

RESULTADOS

Foram selecionados 13 estudos. O calázio é uma inflamação crônica de uma glândula meibomiana, localizada nas pálpebras. Essas glândulas são responsáveis pela produção de um óleo que lubrifica o olho, e quando obstruídas, levam ao acúmulo de secreções e à formação de um nódulo. Embora seja uma condição benigna, o calázio pode causar desconforto visual e estético, afetando a qualidade de vida do paciente. A etiologia exata do calázio ainda não é completamente compreendida, porém, diversos fatores estão associados ao seu desenvolvimento, como a disfunção da glândula meibomiana (MGD), blefarite, rosácea e dermatite seborreica. A MGD, em particular, é considerada um dos principais fatores de risco, caracterizando-se por uma inflamação crônica das glândulas meibomianas, que resulta na alteração da qualidade e da quantidade do óleo produzido.

A patogênese do calázio envolve um processo inflamatório crônico, com a formação de um granuloma em torno da glândula obstruída. Inicialmente, o calázio apresenta-se como um nódulo pequeno e eritematoso, que pode aumentar de tamanho ao longo do tempo. A localização mais comum é nas pálpebras superiores, embora também possa ocorrer nas pálpebras inferiores. Em alguns casos, o calázio pode espontaneamente regredir, porém, frequentemente é necessário algum tipo de tratamento para acelerar a resolução e prevenir complicações.

Os sintomas do calázio são geralmente leves e incluem a presença de um nódulo indolor nas pálpebras, que pode variar em tamanho e consistência. Inicialmente, o nódulo pode ser pequeno e eritematoso, mas com o tempo pode aumentar de tamanho e tornar-se mais firme. Além do nódulo, outros sintomas podem estar presentes, como leve desconforto, sensação de corpo estranho no olho e, em casos mais graves, visão embaçada. A localização

do nódulo pode influenciar a intensidade dos sintomas. Calázios localizados na porção central da pálpebra podem causar maior desconforto visual, enquanto aqueles localizados na margem palpebral podem provocar atrito com os cílios, levando a uma irritação constante.

É importante destacar que os sintomas do calázio podem ser confundidos com os de outras condições oculares, como o hordeolo (terçol). O hordeolo é uma infecção aguda da glândula de Zeiss ou Moll, que se manifesta como um nódulo doloroso e eritematoso. Ao contrário do calázio, o hordeolo geralmente evolui para a formação de um ponto branco e se rompe espontaneamente em poucos dias. Dessa forma, o diagnóstico diferencial entre calázio e hordeolo é fundamental para a escolha do tratamento adequado.

O diagnóstico do calázio é, na maioria das vezes, clínico, realizado por meio de um exame oftalmológico minucioso. O oftalmologista avalia a localização, o tamanho e a consistência do nódulo, além de realizar a biomicroscopia para analisar a superfície ocular e descartar outras condições que possam mimetizar o calázio. A lâmpada de fenda é um instrumento fundamental nesse exame, permitindo uma visualização ampliada da pálpebra e da conjuntiva.

Embora os exames complementares sejam raramente necessários para o diagnóstico do calázio, em alguns casos, como quando há dúvida sobre o diagnóstico diferencial ou quando o calázio não responde ao tratamento convencional, podem ser solicitados exames de imagem, como a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética. Esses exames podem auxiliar na avaliação da extensão do processo inflamatório e na identificação de complicações.

O tratamento conservador do calázio é a primeira linha de tratamento e consiste em medidas que visam reduzir a inflamação e promover a drenagem espontânea do conteúdo da glândula obstruída. As principais medidas conservadoras incluem a aplicação de compressas quentes e a massagem palpebral. As compressas quentes ajudam a amolecer o material obstrutivo e aumentar o fluxo sanguíneo local, promovendo a resolução da inflamação. A massagem palpebral, por sua vez, auxilia na expressão do conteúdo da glândula obstruída e na melhora da drenagem.

Além das compressas quentes e da massagem palpebral, outras medidas adjuvantes podem ser utilizadas, como a limpeza das pálpebras com xampu de bebê e a aplicação de pomadas oftálmicas contendo antibióticos ou corticosteroides. Os antibióticos são indicados em casos de infecção secundária, enquanto os corticosteroides podem ser utilizados para

reduzir a inflamação e o edema. É importante ressaltar que o tratamento conservador pode levar várias semanas para promover a resolução completa do calázio e que a recorrência é comum, especialmente em pacientes com disfunção da glândula meibomiana.

O tratamento cirúrgico do calázio é indicado quando as medidas conservadoras se mostram ineficazes ou quando o calázio causa desconforto visual significativo, compromete a estética ou apresenta um crescimento persistente. A cirurgia consiste na remoção do nódulo inflamatório e do conteúdo da glândula obstruída. É um procedimento ambulatorial, realizado sob anestesia local, com rápida recuperação e baixo risco de complicações.

A técnica cirúrgica mais comum é a incisão e curetagem. Nessa técnica, o cirurgião realiza uma pequena incisão na pálpebra, através da conjuntiva, para acessar o nódulo. Em seguida, o conteúdo do calázio é removido com o auxílio de uma cureta. A incisão é fechada com pontos absorvíveis e não deixa cicatriz visível. Em alguns casos, pode ser realizada a excisão completa da glândula meibomiana acometida, especialmente em calázios de grande porte ou recorrentes.

A escolha entre o tratamento conservador e cirúrgico depende de diversos fatores, como o tamanho do calázio, a duração dos sintomas, a presença de outras doenças oculares e as preferências do paciente. O tratamento conservador é geralmente a primeira linha de tratamento e é eficaz em muitos casos. No entanto, pode levar várias semanas para promover a resolução completa do calázio e a recorrência é comum. A cirurgia, por sua vez, apresenta uma taxa de sucesso mais alta e menor risco de recorrência, mas é um procedimento invasivo e pode estar associada a complicações, como infecção, sangramento e cicatriz.

Embora o tratamento do calázio seja geralmente seguro, tanto as abordagens conservadoras quanto as cirúrgicas podem estar associadas a algumas complicações. As complicações mais comuns do tratamento conservador incluem a persistência do calázio, a infecção secundária e a formação de um abscesso. A persistência do calázio pode ocorrer quando o tratamento conservador não é eficaz em promover a drenagem do conteúdo da glândula obstruída. A infecção secundária, por sua vez, pode ocorrer quando há contaminação da área tratada, levando ao surgimento de um hordeolo ou de uma celulite. A formação de um abscesso é uma complicação mais grave, caracterizada por uma coleção de pus dentro do nódulo, e pode exigir drenagem cirúrgica.

No que diz respeito ao tratamento cirúrgico, as complicações mais comuns incluem sangramento, infecção, formação de cicatriz e exposição da conjuntiva. O sangramento

geralmente é leve e pode ser controlado com compressas frias. A infecção pode ocorrer após a cirurgia e requer tratamento com antibióticos. A formação de cicatriz é uma complicação rara e pode ocorrer em casos de incisões maiores ou de cicatrização anormal. A exposição da conjuntiva pode ocorrer quando a incisão não cicatriza adequadamente, causando irritação e desconforto.

A disfunção da glândula meibomiana (MGD) é uma condição crônica caracterizada pela alteração da qualidade e da quantidade do óleo produzido pelas glândulas meibomianas. A MGD está frequentemente associada ao calázio e é considerada um fator de risco importante para o desenvolvimento e a recorrência dessa condição. Portanto, o tratamento da MGD é fundamental para prevenir a formação de novos calázios e melhorar o prognóstico a longo prazo.

O tratamento da MGD visa restaurar a função das glândulas meibomianas e reduzir a inflamação. As principais medidas terapêuticas incluem a limpeza das pálpebras com xampu de bebê, a aplicação de compressas quentes e a massagem palpebral. Além disso, podem ser utilizados medicamentos tópicos, como colírios lubrificantes e anti-inflamatórios, para aliviar os sintomas e reduzir a inflamação. Em casos mais graves, podem ser indicados procedimentos térmicos, como a terapia com luz pulsada intensa (IPL) e a radiofrequência, para promover a expressão do conteúdo das glândulas meibomianas e reduzir a inflamação. É importante ressaltar que o tratamento da MGD é um processo contínuo e que o paciente deve seguir as orientações do médico para controlar a doença e prevenir a recorrência do calázio.

CONCLUSÃO

A revisão da literatura sobre o tratamento do calázio revelou que tanto as abordagens conservadoras quanto as cirúrgicas apresentam eficácia na resolução da condição. No entanto, a escolha do tratamento ideal depende de diversos fatores, como o tamanho do calázio, a duração dos sintomas, a presença de outras doenças oculares e as preferências do paciente.

As abordagens conservadoras, como a aplicação de compressas quentes e a massagem palpebral, mostraram-se eficazes em muitos casos, especialmente em calázios menores e de início recente. Esses tratamentos promovem a drenagem espontânea do conteúdo da glândula obstruída e reduzem a inflamação. Entretanto, a taxa de recorrência é

relativamente alta, principalmente em pacientes com disfunção da glândula meibomiana (MGD).

A cirurgia, por sua vez, é indicada quando as medidas conservadoras falham ou quando o calázio causa desconforto visual significativo ou compromete a estética. A incisão e curetagem é a técnica cirúrgica mais comum e apresenta uma alta taxa de sucesso. No entanto, a cirurgia está associada a um risco maior de complicações, como sangramento, infecção e formação de cicatriz.

Estudos científicos demonstraram que o tratamento da MGD concomitante ao tratamento do calázio é fundamental para prevenir a recorrência da doença. A MGD é uma condição crônica que contribui para a formação do calázio e, se não tratada adequadamente, pode levar a novas obstruções das glândulas meibomianas.

Em relação ao tempo de recuperação, o tratamento conservador geralmente leva mais tempo para promover a resolução completa do calázio, enquanto a cirurgia permite uma recuperação mais rápida. No entanto, é importante ressaltar que o tempo de recuperação pode variar de acordo com cada paciente e com a técnica cirúrgica utilizada.

Em conclusão, a decisão sobre o tratamento mais adequado para o calázio deve ser individualizada e tomada em conjunto com o oftalmologista. O médico irá avaliar cada caso de forma criteriosa, levando em consideração os benefícios e os riscos de cada abordagem, e indicará a melhor opção para o paciente. Em muitos casos, a combinação de tratamentos conservadores e cirúrgicos pode ser a abordagem mais eficaz para o controle da doença.

É fundamental que os pacientes com calázio sejam orientados sobre a importância do tratamento da MGD, pois essa condição é um fator de risco importante para a recorrência do calázio. O tratamento da MGD deve ser iniciado o mais precocemente possível e deve ser mantido a longo prazo para prevenir novas obstruções das glândulas meibomianas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRAGG KJ, Le PH, Le JK. Hordeolum (Archived). In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; July 31, 2023.
2. ZHU Y, Zhao H, Huang X, et al. Novel treatment of chalazion using light-guided-tip intense pulsed light. *Sci Rep.* 2023;13(1):12393. Published 2023 Jul 31. doi:10.1038/s41598-023-39332-x
3. FERROZE KB, Patel BC. Canaliculitis. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; July 31, 2023.

4. EVANS J, Vo KBH, Schmitt M. Chalazion: racial risk factors for formation, recurrence, and surgical intervention. *Can J Ophthalmol.* 2022;57(4):242-246. doi:10.1016/j.jcjo.2021.04.023
5. STOKKERMANS TJ, Prendes M. Benign Eyelid Lesions. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; May 29, 2023.
6. GAN L, Liu Y, Zhou X, et al. Extralesional triamcinolone acetonide injection in the treatment of small chalazion. *Indian J Ophthalmol.* 2023;71(8):2959-2961. doi:10.4103/IJO.IJO_3186_22
7. FILIPPELLI M, dell'Omo R, Amoruso A, et al. Effectiveness of oral probiotics supplementation in the treatment of adult small chalazion. *Int J Ophthalmol.* 2022;15(1):40-44. Published 2022 Jan 18. doi:10.18240/ijo.2022.01.06
8. LEIS ML, Sandmeyer LS. Diagnostic Ophthalmology. *Can Vet J.* 2019;60(1):95-96.
9. LI J, Li D, Zhou N, Qi M, Luo Y, Wang Y. Effects of chalazion and its treatments on the meibomian glands: a nonrandomized, prospective observation clinical study. *BMC Ophthalmol.* 2020;20(1):278. Published 2020 Jul 11. doi:10.1186/s12886-020-01557-z
10. JIN X, Fan F, Zhang F, Zhao Y, Hu R. A treatment method for chronic suppurative lacrimal canaliculitis using chalazion forceps. *Indian J Ophthalmol.* 2016;64(8):589-592. doi:10.4103/0301-4738.191506
11. MCLAUGHLIN J, Lally SE, Shields CL. Just another chalazion?. *Indian J Ophthalmol.* 2019;67(2):195. doi:10.4103/ijo.IJO_18_19
12. LINDSLEY K, Nichols JJ, Dickersin K. Non-surgical interventions for acute internal hordeolum. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;1(1):CD007742. Published 2017 Jan 9. doi:10.1002/14651858.CD007742.pub4
13. CHENG K, Law A, Guo M, Wieland LS, Shen X, Lao L. Acupuncture for acute hordeolum. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2(2):CD011075. Published 2017 Feb 9. doi:10.1002/14651858.CD011075.pub2