

TRAUMATOLOGIA OCULAR

OCULAR TRAUMATOLOGY

Erasmão Romão

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 - SP – Fax: (016) 633-0186.

ROMÃO E. Traumatologia ocular. **Medicina, Ribeirão Preto**, 30: 76-78, jan./mar. 1997.

RESUMO: O presente capítulo tem como objetivo capacitar o estudante de graduação a nomear as principais alterações oculares ocasionadas por traumas.

UNITERMOS: Traumatismos Oculares. Emergências. Oftalmologia.

GENERALIDADES

Traumas oculares são acontecimentos frequentes em todo serviço de atendimento de urgências e, assim, é necessário que atendentes, enfermeiros, médicos e residentes tenham conhecimento suficiente dos métodos de avaliação, triagem e tratamento das emergências oculares.

Para os residentes de Oftalmologia é importante, em sua formação e aperfeiçoamento, o manuseio de pacientes politraumatizados com comprometimento ocular.

Os traumas oculares acontecem no ambiente familiar, na atividade profissional e no lazer.

No ambiente doméstico, são mais comuns os traumas em crianças e provocados por objetos pontiagudos (faca, tesoura, flecha, prego, etc.), substâncias químicas, brinquedos, etc.

Na atividade profissional, traumas mais comuns em jovens e adultos ocorrem na indústria química, na construção civil, na indústria de vidro, no trânsito, etc.

Nas atividades de recreação, acometendo jovens, crianças e principalmente adolescentes, nas disputas nos esportes, no trânsito, no uso de fogos de artifício, também são frequentes os traumas oculares.

Na atualidade, merecem destaque os traumas provocados por agressão.

EPIDEMIOLOGIA

O trauma ocular é uma importante causa de deficiência visual, inclusive da cegueira. Nos E.U.A., ocorrem mais de 2.500.000 traumas anuais e mais de 40.000 indivíduos ficam com deficiência visual importante, o que os impede de ter uma condição de vida satisfatória.

No Brasil, não temos estatísticas completas, porém alguns levantamentos localizados permitem avaliar a importância do trauma. No atendimento oftalmológico, na Clínica Oftalmológica da F.M.U.S.P, 10% das cirurgias com pacientes internados são por traumatismo.

Estudos mostram que mais de 50% dos traumas oculares acontecem com pessoas abaixo de 25 anos, e que, nas crianças, são mais frequentes entre os meninos e, na maioria das vezes, provocados por eles próprios.

Entre os agentes causadores, as estatísticas são variáveis, porém podemos inferir que os objetos pontiagudos, as contusões e as substâncias cáusticas são as causas mais comuns, em crianças.

Mais comuns nos adultos, podendo também ocorrer nas crianças, temos traumas perfurantes bilaterais que ocorrem, principalmente, nos acidentes automobilísticos.

Com relação ao resultado visual final, nos traumas oculares graves, existe uma concordância entre as pesquisas: cerca de 30% dos pacientes ficam sem sua visão útil, e isto corresponde, aproximadamente, a 10% de todo ferimento ocular, em crianças.

Podemos, com isso, assegurar que a profilaxia é o melhor tratamento para o traumatismo ocular, e acredita-se que 70% dos traumas poderiam ser evitados com adequada medida de proteção.

A maioria dos produtos introduzidos para a comodidade da sociedade trazem consigo uma grande capacidade lesiva, o que nem sempre é conhecido da população.

Educação e orientação são fundamentais na profilaxia do trauma ocular. Informar a sociedade, controlar a indústria de brinquedos, obrigar o uso de óculos, capacetes, cintos de segurança e tomar outras medidas para proteção contribuem para prevenir os traumas oculares.

ATENDIMENTO DE PACIENTES COM TRAUMA OCULAR

No atendimento a paciente politraumatizado, primeiramente devem ser avaliadas suas condições clínica e neurológica e, só posteriormente, deverá ser feita a avaliação oftalmológica.

A solicitação da avaliação de um oftalmologista depende muito da habilidade do profissional que realizou o primeiro atendimento. Para ser efetivo, esse profissional deve ter noções do comprometimento ocular e, se possível, fazer a avaliação das conseqüências desse comprometimento. Quando o oftalmologista é solicitado, ele assume os problemas oculares devendo integrar-se com os outros especialistas, no sentido de tomar as condutas mais adequadas para o caso.

O oftalmologista deve caracterizar o comprometimento ocular, avaliando sua gravidade e a necessidade de condutas urgentes, sempre em consonância com as urgências das outras especialidades; ele deve, também, educar as equipes médicas e paramédicas, indicando a melhor maneira de conduzir os problemas oftalmológicos.

Assim, deve orientar que todo paciente, que refira na história comprometimento ocular por produtos químicos, deve ter seus olhos copiosamente lavados com soro fisiológico, antes de se chamar o oftalmologista. Deve também orientar que pacientes, que apresentem perfuração ocular, tenham seus olhos ocluídos com monóculo, até o atendimento especializado.

Para um satisfatório atendimento de paciente com trauma ocular, em um hospital de atendimento de urgências, faz-se necessária a existência de um espaço específico para esse atendimento, bem como de equipamentos normalmente utilizados em exame ocular:

- tabelas de acuidade visual (longe e perto)
- lanternas
- régua com orifício estenopéico
- filtro de luz cobalto
- oftalmoscópios
- lâmpada de fenda
- tonômetro de aplanção
- gazes, monóculos, esparadrapos, seringas, agulhas, etc.
- medicamentos (colírios anestésicos, midriáticos, fluoresceína, antibióticos, etc) de uso oftalmológico.

TÉCNICA DO EXAME:

Deverá ser obtida uma detalhada história, sempre que possível, da natureza e forma do acidente.

Dever-se-á avaliar a A.V. monocular, utilizando-se tabelas, jornais ou mesmo a contagem de dedos, a percepção da luz ou a falta de informação; tudo deve ser anotado.

EXAME EXTERNO:

- Lesões e deformações da região orbitária, periorbitária, da pálpebra e dos cílios devem ser descritas.
- O globo ocular deve ser observado, anotando-se sua forma, a presença de exoftalmia ou enoftalmia.
- A motricidade ocular deve ser avaliada.

EXAME SEGMENTO ANTERIOR:

Conjuntiva e esclera: hemorragias, edemas, quemose, irregularidades, corpos estranhos, exposição de tecidos intra-oculares devem ser anotados.

Córnea: brilho, embaçamento, lesões, corpos estranhos, teste da fluoresceína devem ser observados.

Câmara anterior: profundidade, deformações, presença de sangue, transparência, presença de Tyndall devem ser observados.

Íris: irregularidades, defeitos periféricos, movimentos, pupila e suas irregularidades devem ser anotados. O reflexo fotomotor deve ser estudado.

Cristalino: posição, transparência, etc. devem ser anotadas.

Segmento Posterior: com auxílio da lâmpada de fenda e oftalmoscópio devem ser examinados o vítreo e a retina, observando-se suas irregularidades.

A pressão intra-ocular deve ser avaliada, se possível, com tonometria ou manualmente.

Quando o oftalmologista é o primeiro a atender um paciente acidentado, deve descartar o acometimento de outras estruturas. Deve lembrar que depressões do canto temporal, hematomas periorbitários, hemorragias subconjuntivas, ptose, desvios oculares, exoftalmia, paralisias musculares, diminuição da rima palpebral anestesia na distribuição do V por etc. podem indicar fratura, sendo necessários exames tomográficos e atendimento de outro especialista.

O oftalmologista deve lembrar-se que o uso de midriáticos, para avaliação do fundo do olho, deve ser discutido com o neurologista, pois pode prejudicar o estudo do reflexo fotomotor parâmetro, importante na avaliação neurológica. Se for observada uma perfuração ocular, deve chamar a atenção dos anestesiologistas na contra-indicação relativa de agentes despolarizantes.

O globo ocular, devido a sua delicada estrutura e extrema sensibilidade, apresenta, frente a um trauma, aspectos específicos, diferenciando-se de outras partes do organismo.

Enquanto, na maioria dos órgãos, a cura das lesões traz quase sempre uma volta à normalidade

funcional, no olho, sempre ocorrem seqüelas que intervem na função, trazendo perturbação visual.

Assim, são comuns seqüelas estéticas, como deformações extensas (ectrópios, entrópios) epífora, opacificações dos meios transparentes (hemorragias, leucomas, opacificações do cristalino e vítreo) irregularidades pupilares, degenerações e descolamento da retina, inflamações crônicas, glaucomas e mesmo atrofia ocular.

Costumeiramente os traumatismos são divididos em:

- mecânicos: (perfurantes e não-perfurantes); não-mecânicos, como as queimaduras térmicas, elétricas, químicas por, irradiação e ultra-som. Das queimaduras, as mais frequentes são as químicas, produzidas pelos ácidos e pelas bases que provocam lesões de intensidade variável, inclusive podendo causar a necrose ocular. Além dos problemas imediatos, são frequentes seqüelas como: simbléfaro, úlcera de córnea, cicatrizes e retrações com graves aspectos estéticos, glaucomas, cataratas, etc. O melhor tratamento é a profilaxia, porém a lavagem imediata e abundante do globo ocular pode minorar as conseqüências do trauma.

Os traumas térmicos (hipertermia ou hipotermia) elétricos, barométricos e ultra-sônicos podem provocar perturbações agudas e variáveis.

Os traumas provocados por radiações, como o infravermelho, podem provocar queimaduras graves com opacificações da córnea e do cristalino. O raio ultravioleta, comum nos aparelhos de solda, leva a erosões corneanas extremamente dolorosas, porém sem seqüelas graves.

Os traumatismos mecânicos perfurantes podem acometer as regiões periorculares ou o globo ocular, causando comprometimento de intensidade variável; devemos sempre, na presença de perfuração, pensar na presença de um corpo estranho intra-ocular e exigir exames complementares.

ROMÃO E. Ocular traumatology. *Medicina*, Ribeirão Preto, 30: 76-78, jan./march 1997.

ABSTRACT: The objective of this Chapter is to enable the student to recognize the main ocular injuries and to indicate the first treatment.

UNITERMS: Eye Injuries. Emergencies. Ophthalmology.

Recebido para publicação em 03/01/97

Aprovado para publicação em 30/01/97