

14:30 | 16:30 - Sala Lince

Mesa: João Paulo Castro Sousa, Cristina Brito, Miguel de Pinho Gomes

PO97- 14:30 | 14:35**TRAUMATISMO OCULAR CONTUSO – ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO**

Marta Gomes Guerra; Miguel Ribeiro; Ricardo Faria; José Arede

(Serviço de Oftalmologia - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Hospital S. Teotónio, Viseu)

Introdução

Os traumatismos oculares representam uma causa importante de perda da acuidade visual, com repercussões pessoais e socioeconómicas significativas¹. As lesões contusas do globo ocular constituem um tipo frequente de traumatismo ocular que pode causar lesão difusa e com pior prognóstico. Podem estar associadas à prática desportiva, nomeadamente de basquetebol, futebol, ténis² e hóquei. A rotura coroideia ocorre em cerca de 8%³ dos traumatismos contusos.

Objectivo

Apresentar um caso clínico de lesão contusa do globo ocular com bola de ténis num adolescente de 16 anos de idade.

Material e Métodos

Estudo de adolescente de 16 anos de idade, saudável, avaliado no serviço de Urgência do Centro Hospital Tondela-Viseu em Maio de 2013 por traumatismo contuso com bola de ténis do olho direito (OD). Inicialmente foram avaliadas acuidades visuais (AV), alterações biomicroscópicas, fundo ocular e realizados retinografia, angiografia fluoresceínica (AF) e tomografia óptica computadorizada (OCT) macular. Reavaliações seriadas destes parâmetros foram registadas ao 3º, 7º, 10º, 30º, 37º e 50º dias pós traumatismo.

Resultados

Inicialmente ao exame objectivo do OD o doente apresentava: AV de 0,5 sem correção; Tyndall positivo ligeiramente hemático à biomicroscopia; hemorragia venosa central e rotura vertical do epitélio pigmentar da retina (EPR) justa foveal temporal associada a hemorragia subretiniana à observação do fundo ocular. O OCT macular e a AF confirmaram o diagnóstico de rotura vertical do EPR, membrana de Bruch (MB) e da coriocalilar. Foi recomendado repouso absoluto e prescrita dexametasona (colírio). Nas reavaliações seguintes verificou-se reabsorção progressiva da hemorragia venosa central e subretiniana com melhoria da AV para 0,62. Contudo, no 30º dia pós traumatismo, houve decréscimo da AV para 0,25 e ao 37º para 0,2. Na última avaliação a AV melhorou para 0,32, sem alterações à biomicroscopia ou observação do fundo ocular.

Conclusão

O prognóstico visual deste doente está relacionado com a localização justa foveal da rotura da MB e EPR. Reavaliações clínicas periódicas deverão ser realizadas devido ao risco aumentado de desenvolvimento de membranas coroideias neovasculares⁴.

¹ Sternberg P Jr. Trauma: principles and techniques of treatment. In: Ryan SJ, ed. Retina, 2nd edn, vol. 3. St. Louis: Mosby; 1994:2351–2378.

² Easterbrook M. Eye injuries in racket sports. Int Ophthalmol Clin 1988; 28:232–237.

³ Daniel F *et al.* Treatment and Pathogenesis of Traumatic Chorioretinal Rupture (Sclopetaria). Am J Ophthalmol, Feb; 1994. 117: 190-200.

⁴ Smith RE, Kelley JS, Harbin TS. Late macular complications of choroidal ruptures. Am J Ophthalmol 1974; 77:650–658.