

Prognóstico visual em pacientes com hifema traumático: estudo prospectivo de 43 casos

Visual outcome in patients with traumatic hyphema: prospective study of 43 cases

Paulo Dantas Rodrigues ⁽¹⁾
 Pablo F. Larco Recalde ⁽¹⁾
 Luciene S. Barbosa ⁽¹⁾
 Nilva S. Bueno Moraes ⁽¹⁾
 Denise de Freitas ⁽¹⁾

RESUMO

Um estudo prospectivo de 43 casos consecutivos de hifema traumático, com acompanhamento ambulatorial, foi realizado em São Paulo, no período de 01/06/93 a 30/01/94.

O sexo masculino foi o mais acometido (6,4:1) e a média de idade dos pacientes foi de 20,8 anos. Intervenção cirúrgica foi necessária em 5 pacientes.

Ressangramento foi observado em 2 (5,4%) pacientes, e não teve influência na acuidade visual final. A recessão angular foi observada em 18 pacientes entre os 23 em que foi possível realizar gonioscopia, sendo que 1 (5,5%) desenvolveu glaucoma necessitando intervenção cirúrgica.

Foi observado um pior resultado visual final nos pacientes que tiveram lesões de segmento posterior.

Palavras-chave: Hifema; Traumatismos oculares.

INTRODUÇÃO

O hifema traumático (HT) é uma condição relativamente freqüente na prática oftalmológica, associada muitas vezes com alterações do segmento anterior e posterior ¹. Tem interesse social e econômico por acometer faixas etárias jovens e produtivas ².

Este estudo teve o objetivo de analisar as alterações de segmento anterior e posterior e as complicações associadas, em pacientes acompanhados ambulatorialmente. Relacionou-se também a acuidade visual final destes pacientes com o grau inicial de hifema e as alterações oculares associadas.

PACIENTES E MÉTODOS

Os pacientes portadores de hifema secundário ao trauma contuso foram acompanhados ambulatorialmente, por

dois observadores, com retorno diário até resolução do hifema. O exame constou de medida da acuidade visual com melhor correção, biomicroscopia, tonometria de aplanção, oftalmoscopia indireta e sempre que possível gonioscopia, comparando-se o olho traumatizado com o olho contralateral. Ressangramento foi identificado pelo aumento do nível do hifema e/ou presença de sangue recente em câmara anterior.

Classificou-se o hifema de forma quantitativa ³ como: Grau I quando nível de sangue inferior ou igual a 1/3 da câmara anterior; Grau II, entre 1/3 e 1/2; Grau III, maior que 1/2 (exceto hifema total); Grau IV correspondendo a hifema total e finalmente, hifema microscópico quando apenas se observava a presença de hemácias livres no humor aquoso.

A conduta inicial consistiu em uso de agente cicloplégico (atropina 1%) a

* Pronto-Socorro de Oftalmologia do Hospital São Paulo Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

Endereço para correspondência: Paulo Dantas Rodrigues - Rua Botucatu, 820 - V. Clementino - CEP 04023-062 - São Paulo - SP

cada 8 horas, e uma combinação de antibiótico (neomicina e polimixina) e corticoide (dexametasona 0,1%) tópico cuja frequência era determinada pela severidade de inflamação intra-ocular. Os pacientes foram orientados a permanecer em repouso, manter decúbito elevado a 45 graus e aumentar a ingestão hídrica.

RESULTADOS

O Pronto-Socorro de Oftalmologia do Hospital São Paulo, Departamento de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina, atendeu 43 casos de hifema associado ao trauma contuso. Destes, 6 não cumpriram com os retornos sendo retirados do estudo. O sexo masculino foi predominantemente acometido com 32 (86%) casos em relação ao sexo feminino 5 (14%).

A idade dos pacientes variou de 4 a 50 anos, com média de 20,8. Foi observado que 79% dos pacientes tinham menos de 30 anos. O tempo médio de seguimento foi de 80 dias.

Quanto ao grau de hifema no momento do primeiro atendimento, 24 (64,9%) apresentaram Grau I; 8 (21,6%) Grau II; 1 (2,7%) Grau III e 3 (8,1%) Grau IV. Hifema microscópico foi observado em 1 (2,7%) caso.

O intervalo de tempo entre o trauma e primeiro atendimento foi, em média, de 11 horas (15 minutos e 96 horas).

Todos os pacientes foram controlados clinicamente com exceção de 5 (13,5%) casos que necessitaram de intervenção cirúrgica. Um paciente necessitou de trabeculectomia (na terceira semana pós-trauma), um de facectomia com implante de lente intra-ocular (no 20º dia), dois de lavagem de câmara anterior (por impregnação hemática da córnea, no 8º e 10º dia pós-trauma) e um paciente foi submetido a correção cirúrgica de estrabismo.

Ressangramento foi observado em 2 (5,4%) pacientes (com 5 e 32 anos) que inicialmente apresentavam hifema graus I e II, e ressangraram no 4º e 3º

dia após trauma, respectivamente. Nenhum destes pacientes necessitou intervenção cirúrgica e a acuidade visual final em ambos os casos foi de 20/25.

Dos 23 pacientes submetidos à gonioscopia, observou-se recessão angular em 18 (78,2%). Destes, 9 apresentavam pelo menos, 180 graus de recessão e 1 (5,5%) desenvolveu glaucoma, necessitando cirurgia (na 3ª semana) por não obtenção de controle clínico.

A abrasão corneana 20 (54%), o edema de córnea 13 (35%) e a rotura de esfíncter iriano 8 (21,6%) foram os achados associados mais frequentes no segmento anterior, enquanto que no segmento posterior, o edema de retina 12 (32%), a hemorragia vítrea 5 (13,5%), a hemorragia subretiniana 5 (13,5%) e a rotura de coróide 3 (8,1%) foram observados.

Dos 24 pacientes que apresentaram hifema grau I, 6 (25%) tiveram acuidade visual final menor que 20/40 devido, na grande maioria a alterações do segmento posterior, como rotura de coróide e hemorragia vítrea. Em todos os casos de hifema graus II e III (9 casos), a acuidade visual foi melhor que 20/40, assim como o único caso que apresentou hifema microscópico. Dos 3 pacientes com hifema grau IV, 1 (33%) apresentou acuidade melhor que 20/40, e os demais também evoluíram com alterações de segmento posterior e em consequência, acuidade visual final menor que 20/200.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos neste estudo prospectivo de 43 casos de hifema traumático, no que diz respeito a idade e sexo mais acometidos, são concordantes com estudos prévios²⁻⁵, onde o indivíduo jovem do sexo masculino foi o mais frequentemente acometido.

A incidência de ressangramento por nós constatada (5,4%), foi semelhante a de outros estudos que envolveram

populações com distribuição étnica semelhante^{1,5,6}, ou seja de 3 a 38%. Outros fatores no entanto, também poderiam ter influência nesta variabilidade. O grau de hifema e a idade dos pacientes não tiveram relação com a incidência de ressangramento.

A distribuição de lesões do segmento anterior, foi semelhante a da literatura², onde o comprometimento corneano e da íris foram os mais frequentes.

A recessão angular costuma estar presente na maioria dos pacientes com hifema pós-trauma contuso, com prevalência variando de 20 a 100%. Também a literatura mostra que a extensão da recessão não tem relação com o grau de hifema⁷. A incidência de glaucoma em pacientes com recessão varia de 1 a 7%^{3,7}.

A ocorrência de impregnação hemática relaciona-se com: duração prolongada do hifema, disfunção endotelial, aumento da pressão intra-ocular e hifema ocupando mais da metade da câmara anterior^{7,8}. Sua incidência na literatura varia entre 5,6%⁸ e 10,5%⁹, ocorrendo mais frequentemente do 6º ao 12º dia⁹. Em nosso estudo, 2 (5,4%) pacientes iniciaram com impregnação hemática entre o 8º e 10º dia de evolução, necessitando lavagem de câmara anterior.

A relação entre o grau de hifema inicial e a acuidade visual final tem sido frequentemente discutida na literatura^{3,6,9}, onde hifemas maiores têm pior acuidade visual final. Devido ao pequeno número de pacientes com hifema graus III e IV, não foi possível neste estudo constatar esta relação. No entanto, pudemos observar que o resultado visual final em nossos pacientes esteve mais relacionado à ocorrência de lesões de pólo posterior do que ao grau do hifema, fato este também relatado em outras séries^{1,6}.

O tratamento do hifema traumático permanece sem uma padronização. A possibilidade de prever os pacientes mais suscetíveis ao ressangramento,

bem como sua prevenção, constitui para alguns o aspecto mais importante na condução de pacientes com hífe-
ma^{4,6}.

Muitas das alterações responsáveis pela baixa de acuidade visual no hífe-
ma traumático, relacionam-se mais com a severidade do trauma inicial do que com o hífe-
ma propriamente dito. Este fato releva a importância de medi-
das preventivas em relação ao trauma
contuso.

SUMMARY

*A prospective study of 43
consecutive cases of traumatic
hyphema was conducted in São Paulo
from June 1, 1993 to January 30,*

*1994. There was a 6.4:1 male/female
ratio and the average age was 20.8
years.*

*Rebleeding occurred in 2 (5.4%)
patients and had no influence in final
visual acuity. The study revealed
angle recession in 18 patients among
23 in whom gonioscopy was
performed, and it was associated with
secondary glaucoma in 1 (5.5%) case
that required surgery for adequate
IOP control.*

*We observed that final visual
acuity was worse in patients with
posterior segment injuries.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VOLPE, N. J.; LARRISON, W. I.; HERSH, P. S.;

KIM, T.; SHINGLETON, B. J. - Secondary
hemorrhage in traumatic hyphema. *Am. J.
Ophthalmol.*, **112**: 507-513, 1991.

2. KEARNS, P. - Traumatic hyphema: a
retrospective study of 314 cases. *Br. J.
Ophthalmol.*, **75**: 137-141, 1991.

3. EDWARDS, W. C.; LAYDEN, W. E. - Traumatic
hyphema. A report of 184 consecutive
cases. *Am. J. Ophthalmol.*, **75**: 110-16, 1973.

4. THOMAS, M. A.; PARRISH, R. K.; FEVER, W.
J. - Rebleeding after traumatic hyphema. *Arch.
Ophthalmol.*, **104**: 206-210, 1986.

5. KENNEDY, R. H.; BRUBAKER, R. F. -
Traumatic hyphema in a defined population. *Am.
J. Ophthalmol.*, **106**: 123-130, 1988.

6. NG, C. S.; SPARROW, J. M.; STRONG, N. P.;
ROSENTHAL, A. R. - Factors related to the final
visual outcome of 425 patients with traumatic
hyphema. *Eye*, **6**: 305-307, 1992.

7. JONES, W. L. - Posttraumatic glaucoma. *J. Am.
Optom. Assoc.*, **58**: 708-715, 1987.

8. CROUCH Jr., E. R. - Traumatic hyphema. *J.
Ped. Ophthalmol. and Strab.*, **23**: 95-97, 1986.

9. SHAMMAS, H. F.; MATTA, C. S. - Outcome of
traumatic hyphema. *Ann. of Ophthalmol.*, **7**:
701-706, 1975.

XII CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DA CEGUEIRA E I CONGRESSO PANAMERICANO DE PREVENÇÃO DA CEGUEIRA

4 A 7 DE SETEMBRO DE 1996
HOTEL TRANSAMÉRICA - SÃO PAULO

PROGRAME-SE DESDE JÁ

**30 DE MARÇO DE 1996 É O PRAZO FINAL PARA ENVIO DE
TEMAS LIVRES, POSTERS E VÍDEOS**