



Visão e desporto

» Rev Medic Desp *in forma*, 1 (3), pp.24-26, 2010

Vitor Fernandes⁽¹⁾ | Pedro Brito⁽²⁾ | Vitor Leal⁽³⁾ | Augusto Magalhães⁽³⁾ | Falcão-Reis⁽⁴⁾

⁽¹⁾Interno Complementar de Oftalmologia | ⁽²⁾Interno Complementar de Oftalmologia | ⁽³⁾Oftalmologista

⁽⁴⁾Director de Serviço de Oftalmologia do Hospital de São João (HSJ), Porto.

ABSTRACT

Em Portugal não existe um registo oficial de lesões oculares relacionadas com o desporto. Contudo, a experiência de quase 18 anos da Consulta de Oftalmologia Desportiva do Hospital de São João (Porto, Portugal), permite concluir que este tipo de lesão é relativamente frequente e potencialmente grave com impacto na função visual. Tem sido demonstrado que o uso dos protectores oculares actualmente disponíveis reduz o risco de lesão ocular em pelo menos 90% o que realça a importância da prevenção primária. É objectivo deste texto orientar todos aqueles directa ou indirectamente relacionados com o desporto a avaliar o risco de lesão ocular, recomendar protecção ocular adequada e identificar os casos que devem ser referenciados a um médico oftalmologista para diagnóstico e tratamento adequados (prevenção secundária).

Even though there is no official record of sports related ocular injuries in Portugal, the almost 18 years of experience at the Sports Ophthalmology Consultation of Hospital de São João (Oporto, Portugal), allows us to conclude that these of injury is relatively frequent and a potential cause of serious ocular injuries with influence on visual function. It has been shown that ocular protection diminishes the risk of ocular lesion in more than 90% which emphasizes the importance of primary prevention. It is this text's purpose to help everyone directly or indirectly related to sports on assessing the risk of ocular lesion, counseling adequate ocular protection and identifying all cases of ocular trauma that should be referred to an ophthalmologist for correct diagnosis and treatment (secondary prevention).

PALAVRAS-CHAVE KEYWORDS

Desporto; Trauma Ocular; Protecção Ocular
(Sports; Ocular Trauma; Ocular Protection)

Introdução

Apesar do globo ocular estar protegido pela órbita, mais de 42000 lesões oculares relacionadas com o desporto (acrónimo LORDs) e outras actividades recreativas foram notificadas nos Estados Unidos da América durante o ano de 2000¹. O *Consumer Product Safety Commission* (CPSC) aponta para cerca de 40000 lesões oculares por ano durante a prática desportiva¹. Este é um número inferior ao real porque exclui lesões observadas em consultórios particulares e hospitais fora da área de actuação do CPSC¹. De 1989 a 1991 recorreram ao Serviço de Urgência (SU) de Oftalmologia do HSJ, 80 doentes com traumatismos oculares durante a prática desportiva o que levou o Professor Doutor João Capão Filipe a criar a primeira consulta

de Oftalmologia Desportiva em Portugal a funcionar desde Abril de 1992². Entre Abril de 1992 e Março de 2001 foram observados no SU do HSJ 246 doentes com lesões oculares no desporto, dos quais 91,5% eram do sexo masculino². A idade média foi de 23 anos (7-50 anos)². Os doentes considerados pediátricos (<18 anos) corresponderam a 32% dos casos². A maioria das lesões ocorreu no futebol (74,4%), seguido por desportos de raqueta (6,5%), desportos radicais (6,1%), andebol (2,8%) e voleibol (2%). Estes números reflectem, pelo menos em parte, o número de praticantes por cada modalidade desportiva em Portugal². A maioria dos praticantes eram amadores (não federados) e praticantes de desportos como passatempo (50%)². A maioria dos casos foi provocada pelo impacto da

bola (67,9%)². Quanto ao tecido ocular atingido, em mais de metade dos doentes foi envolvida a câmara anterior do globo ocular (67,5%) e a pálpebra/órbita (52%), enquanto quase metade foram lesados no vítreo e/ou retina (48%)². O diagnóstico inicial mais frequente foi o hematoma palpebral (49,2%) seguido pelo hífera (sangue na câmara anterior; 48,8%), hemorragia da retina (32,9%), uveíte (31,7%), hemorragia do vítreo (23,2%) e glaucoma (22%)². Durante o follow-up o diagnóstico mais usual foi o recuo do ângulo da câmara anterior, seguido por rupturas da retina (8,9%). Parte destes diagnósticos nunca seriam realizados se os atletas não fossem submetidos a consultas de seguimento². A melhor acuidade visual inicial variou entre 20/20 (126 doentes) e “sem percepção luminosa” (2 doentes)². A maioria dos doentes apresentou uma acuidade visual final de 20/20 (88,2%)². Os oito (3,3%) doentes que ficaram com uma acuidade visual final menor que 20/300 (legalmente cegos) eram praticantes de futebol de onze (5 casos), futebol de cinco (1 caso), andebol (1 caso) e jogo da malha (1 caso). A presença de maculopatia traumática foi responsável pelo mau resultado final, na maioria dos casos².

Assim, apesar de em Portugal não existir um registo nacional de lesões oculares relacionadas com o desporto, a nossa experiência e de outros autores permite afirmar que os traumatismos oculares relacionados com o desporto são responsáveis por um número significativo de lesões oculares graves^{2,4,5,6}.

O risco de lesão ocular é proporcional à probabilidade do olho sofrer um impacto com energia suficiente para provocar lesão. Assim, o risco de lesão ocular não deve ter por base apenas a classificação do desporto em colisão, contacto ou não contacto. Em vez disso o risco de lesão ocular na ausência de protecção é grosseiramente classificado em alto, moderado, baixo ou seguro (tabela 1)².

O mais importante – Prevenir

Tem sido demonstrado que o uso dos protectores oculares actualmente disponíveis reduz o risco de lesão ocular em pelo menos 90%³. O principal obstáculo a um maior e mais difundido uso de protectores oculares é o desconhecimento e uma certa confusão por parte de todos os elementos ligados ao desporto³. Apesar da utilização de protector ocular ser obrigatória em alguns desportos, na maior parte isso não acontece. A decisão de utilizar ou não protector ocular na prática de um determinado desporto deve ter em conta o risco de lesão ocular (relacionado com a probabilidade de ocorrer um impacto com energia suficiente para provocar lesão), os regulamentos específicos do desporto, protectores oculares disponíveis e condições particulares de cada atleta.

Risco Elevado

Projecteis pequenos e rápidos

- . Espingardas/pistolas pressão ar
- . Paintball

Projecteis pesados, sticks, contacto próximo

- . Basquetebol
- . Basebol / softball / críquete
- . Lacrosse, masculino e feminino
- . Hóquei campo
- . Hóquei gelo
- . Hóquei rua
- . Squash / racquetball
- . Esgrima

Lesão intencional

- . Boxe
- . Artes marciais contacto

Risco Moderado

- . Ténis/badminton
- . Futebol/voleibol
- . Pólo aquático
- . Futebol americano
- . Pesca desportiva
- . Golfe

Baixo Risco

- . Natação / mergulho / esqui aquático
- . Esqui neve
- . Artes marciais não contacto
- . Wrestling
- . Ciclismo

Seguro para o olho

- . Provas de orientação e atletismo (excluindo corridas)
- . Ginástica

Tabela - 1. Categorias de risco de lesão ocular por desporto (atleta não protegido). Adaptado de Filipe JAC, *Visão e Desporto*, Lisboa: Lidel, 2003; págs. 29 a 51.

Os atletas monoculares, sob o ponto de vista funcional, devem ser vivamente aconselhados a utilizar protector ocular em desportos mesmo de risco baixo tendo em conta o potencial impacto físico, psíquico, social e económico de um traumatismo ocular em olho único. Por outro lado, sabe-se que um indivíduo tem maior probabilidade de sofrer um traumatismo ocular se for monocular. Também os atletas com doença ocular, ou antecedentes de cirurgia ocular prévia considerada pelo Oftalmologista como debilitante para a resistência do globo ocular, devem ser aconselhados a utilizar protector. Em especial no caso dos atletas que praticam desporto em part-time ou como hobby e não como profissão, o atleta deve compreender o im-

pacto de um défice visual na prática da sua actividade profissional – indivíduos que têm profissões altamente dependentes de visão binocular devem ser incentivados a utilizar protector ocular. Não obstante, a última decisão deve caber ao atleta sendo obrigação do médico, treinador, director desportivo ou professor garantir que aquele toma uma decisão informada.

No caso de crianças e adolescentes que se mostram renitentes à utilização de protector ocular, a identificação com desportistas famosos que utilizam óculos de protecção pode ser útil.

Quase todos os standards de segurança ocular no desporto nos Estados Unidos são da responsabilidade da *American Society for Testing and Materials* (ASTM). Estes standards garantem a adequação de um determinado protector para a prática de um desporto específico³. No caso do futebol, o desporto mais frequentemente associado a lesões oculares desportivas em Portugal, não existe nenhum protector ocular standard, sendo contudo o protector conforme os requisitos ASTM F803 o mais recomendado (Fig.1)³. Entre os milhões de jogadores que utilizam este protector actualmente não está documentado nenhum caso de lesão ocular grave³. Não sendo objectivo deste texto fazer uma descrição exaustiva dos protectores oculares certificados para cada tipo de desporto, os leitores são referenciados para o Joint Policy Statement “*Protective Eyewear for Young Athletes*” acessível online no site oficial da Academia Americana de Oftalmologia (www.aao.org). Não devem ser utilizados protectores oculares não certificados, nem óculos de uso comum, os quais podem mesmo provocar lesão ocular em caso de traumatismo. As lentes de contacto não proporcionam qualquer protecção. Os protectores oculares podem ser adquiridos em algumas casas comerciais de material desportivo ou onde se vendem óculos de uso comum. O médico deve saber informar o atleta sobre onde adquirir um protector ocular.



Fig. - 1. Protector ocular conforme os requisitos ASTM F803 recomendado para prática de: desportos de raqueta (badminton, ténis, squash); hóquei em campo, baseball, basquetebol. Não existe nenhum protector ocular standard para a prática de futebol sendo contudo este o mais recomendado.

O que fazer em caso de lesão

A especificidade da patologia ocular e tamanho reduzido dos elementos constituintes do globo ocular tornam difícil o seu exame por um médico não oftalmologista desprovido de meios auxiliares. De acordo com a estatística mais recente da Consulta de Oftalmologia

Desportiva do Hospital de São João, apenas 52,2% dos doentes com lesões do segmento posterior tinham lesões do segmento anterior quando recorreram ao Serviço de Urgência de Oftalmologia. O mesmo será dizer que cerca de 48% dos doentes com lesões oculares potencialmente graves não seriam detectadas com base no exame ocular externo (Figs. 2)⁴. Assim, a decisão de referenciar um doente que sofreu um traumatismo ocular ou orbitário/periorbitário deve ter por base a energia do impacto e não apenas as manifestações oculares externas no traumatismo. À mínima dúvida o doente deve ser sempre reverenciado de imediato.

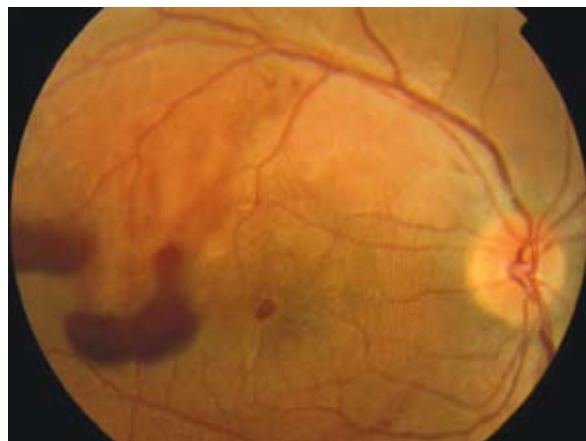


Fig. - 2. Retinografia do olho direito de jovem de 16 anos, praticante de futebol de cinco que sofreu traumatismo ocular fechado do olho direito com bola de futebol que ressaltou num adversário. O exame ocular externo desde doente era normal o que o fez não recorrer a observação especializada. Oito dias depois notou diminuição da acuidade visual, tendo recorrido ao Serviço de Urgência de Oftalmologia, tendo-lhe sido diagnosticado um buraco macular traumático e hemorragia pré-retiniana .

Traumatismos por agentes químicos devem ser tratados de imediato *in loco*, através de lavagem abundante, se possível contínua do globo ocular com soro fisiológico (preferencialmente) ou água e só depois referenciados. Corpos estranhos oculares ou perioculares que não saiam com uma lavagem simples com água ou soro fisiológico, não devem ser removidos previamente a observação por um oftalmologista. A sua remoção pode originar mais danos do que o próprio traumatismo em si.

Bibliografia

- 2000 Sports and Recreational Eye injuries. Washington: US Consumer Product Safety Commission.
- Filipe JAC, Visão e Desporto, Lisboa: Lidel, 2003; págs. 1-9.
- Filipe JAC, Visão e Desporto, Lisboa: Lidel, 2003; págs. 29-51.
- Fernandes V, Falcão M., Silva R., Gomes N., Leal V, Falcão-Reis F. "Sports-related ocular injuries. A two year follow-up study". [ESO abstract], European Society of Ophthalmology Final Program 2009.
- Fernandes V, Falcão M., Gomes N., Leal V, Breda J, Falcão-Reis F. "Sports-related ocular trauma in Paediatric age – a three-year follow-up study". [WCPOS Abstract], WCPOS Final Program 2009.
- Fernandes V, Falcão M., Silva, R., Gomes N., Leal V, Falcão-Reis F. "Consulta de Oftalmologia Desportiva – Casuística Setembro 2006 – Setembro 2008". [SPO Resumo] SPO Programa Final 2008.