

EDIÇÃO DIÁRIA

VISÃO SP



ACEDA À VERSÃO DIGITAL

Publicação de distribuição gratuita e exclusiva neste Congresso | www.spoftalmologia.pt

65° CONGRESSO
PORTUGUÊS DE
OFTALMOLOGIA
11 213
DEZ. 2022
CONVENTO SÃO FRANCISCO
COIMBRA

1 DEZEMBRO
5.ª feira

NOVIDADES E DESAFIOS EM CIRURGIA IMPLANTO-REFRATIVA



A área implanto-refrativa está em destaque no primeiro dia do 65.º Congresso Português de Oftalmologia, que abre o seu programa científico com um simpósio centrado nas complicações em cirurgia refrativa (P.2-3). Neste âmbito, a conferência do Prof. Colm McAlinden incide sobre a importância dos *outcomes* reportados pelos doentes após a cirurgia (P.12). Destaque ainda para os seis cursos que vão ocorrer ao longo do dia, tratando os seguintes temas: encerramento do ângulo, descolamento da retina (P.4), catarata em idade pediátrica (P.6), cirurgia refrativa da córnea com recurso a *laser* (P.13), ultrassonografia em Oftalmologia (P.14) e retinopatia da prematuridade (P.16). Também decorre hoje uma sessão sobre a importância da investigação e da revista científica da SPO (P.8), bem como a apresentação, em “primeira mão”, dos resultados de um estudo levado a cabo pela SPO em parceria com o Centro de Estudos Aplicados da Universidade Católica Portuguesa, para averiguar a realidade dos cuidados médicos na área da saúde ocular em Portugal (P.10)

Membros da Direção da SPO (da esq. para a dta.): Prof. Pedro Menéres, Dr.ª Ana Vide Escada, Prof. Rufino Silva, Dr.ª Ana Magriço, Prof. Manuel Falcão, Prof.ª Lilianne Duarte e Dr. Fernando Trancoso Vaz.

PUBLICIDADE

10h30 – 12h00, Sala 1

COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA REFRACTIVA

Após quatro sessões simultâneas de comunicações orais, o programa científico do dia dedicado à cirurgia implanto-refrativa começa com um simpósio centrado nas complicações deste procedimento, cujas preleções se baseiam na apresentação de casos clínicos. Cada interveniente discutirá as possibilidades de resolução das complicações referidas.

 Marta Carreiro



Na primeira comunicação, o Prof. Joaquim Murta vai falar sobre as complicações intraoperatórias, nomeadamente a perda de sucção e as fugas de gás com a utilização do laser de femtosegundo, tanto no LASIK (*laser in situ keratomileusis*), como na FLEX (*femtosecond lenticule extraction*) e na SMILE (*small incision lenticule extraction*). “Estas são complicações pouco frequentes, principalmente hoje em dia que dispomos de mecanismos de segurança altamente eficazes, mas que é necessário saber evitar e tratar”, afirma o diretor do Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Este orador vai apresentar o caso de uma cirurgia refrativa durante a qual ocorreu uma rutura do globo ocular.

Joaquim Murta sublinha que a utilização dos microqueratótomos acarreta um maior número de complicações, muitas vezes difíceis de tratar. “Atualmente, não se deve recorrer ao microqueratótomo na cirurgia refrativa da córnea, pois, para além de ser um aparelho muito menos previsível e reprodutível do que o laser de femtosegundo, não nos permite controlar o que acontece durante a sua utilização”, explica. Ao que acrescenta: “Hoje, o laser de femtosegundo é quase obrigatório na cirurgia refrativa da córnea, porque dá mais garantias de segurança, na medida em que a maior parte das possíveis complicações são evitáveis ou mais facilmente resolúveis.”

FLAPS DEFEITUOSOS

Segue-se a apresentação do Dr. João Feijão sobre as complicações intraoperatórias dos flaps no LASIK, entre as quais se destacam o flap pequeno, o flap descentrado, o free cap, o button-hole e o flap incompleto.

“Estas complicações são mais frequentes nos flaps realizados com microqueratótomo do que nos realizados com laser de femtosegundo”, afirma o oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Relativamente ao flap incompleto, João Feijão refere que “a sua incidência é relativamente baixa, entre 0,5 a 3,5%”, mesmo assim é a complicação mais frequente entre as que vai abordar no simpósio. “O flap incompleto resulta, sobretudo, da perda de sucção durante a cirurgia. No caso do microqueratótomo, pode ainda resultar de um bloqueio mecânico”, sublinha.

Esta situação é possível de prevenir através da “promoção de uma boa sucção, tendo o cuidado de manter um campo suficientemente amplo para o microqueratótomo passar”. No caso de ocorrência da complicação, há duas opções para a resolver: “Se for um flap ligeiramente menor do que o pretendido, consegue-se prosseguir a cirurgia, reduzindo a zona óptica. Se, pelo contrário, for um flap muito pequeno, então deve-se abortar a cirurgia”, frisa João Feijão.

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS PRECOSES

Por sua vez, o Dr. Luís Oliveira falará acerca das complicações pós-operatórias precoces, nomeadamente estrias, microestrias e problemas de interface. Segundo o oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto, com o LASIK, “estas complicações, tanto precoces como tardias, são muito raras”. “Se já o eram quando usávamos o microqueratótomo, atualmente ainda o são mais, pelo que, felizmente, ninguém tem muita experiência com este tipo de complicações”, afirma.

Apesar da raridade, o preletor afirma que “é importante saber como estas complicações podem ser resolvidas”. E explica: “Muitos casos de microestrias resolvem-se sem necessidade de qualquer tipo de tratamento, mas, em estrias maiores, intervimos cirurgicamente”, esclarece Luís Oliveira. Quanto aos problemas de interface, nomeadamente queratite lamelar difusa, “são situações de caráter inflamatório que requerem terapêutica médica”.

QUERATITE INFECIOSA

O surgimento de queratite infecciosa pós-cirúrgica será abordado pela Dr.ª Diana Silva. A oftalmologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, começa por notar que esta é uma complicação pouco frequente, “na ordem dos 0,015 a 0,005% de incidência, variando consoante o tipo de cirurgia e a série analisada”. A preletora chama ainda a atenção para o facto de existirem alguns fatores de risco que predispõem para a queratite infecciosa, nomeadamente “a existência de doença da superfície ocular, olho seco, blefarite, obstrução da via lacrimal, utilização do mesmo material cirúrgico nos dois olhos, má esterilização do material e manipulação cirúrgica excessiva”.

Segundo Diana Silva, o tratamento e a prevenção destes fatores de risco diminuem, logo à partida, o desenvolvimento de queratite infecciosa. Caso esta situação ocorra, “deve-se realizar, de imediato, um raspado da córnea, em particular do estroma afetado, fazendo um levantamento do flap nos casos que assim o exijam”. Após a raspagem, “deve-se irrigar essa zona diretamente com antibióticos reforçados, continuando depois a antibioterapia”.

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS TARDIAS

O Dr. Luís Torrão incidirá nas complicações pós-operatórias tardias, em particular a haze, a regressão e a ectasia. Nesse sentido, o oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no



Porto, recorda que a ectasia consiste “no enfraquecimento da córnea após o tratamento inicial”, sendo que a sua resolução varia consoante a ectasia em causa. “Se for precoce, é possível corrigir através de *crosslinking* e correção paliativa. Se for uma forma mais agressiva, podemos tratar com anéis intracorneanos ou com transplante de córnea.”

Sobre a *haze*, Luís Torrão explica que “é uma complicação do estroma que aparece na sequência de uma inflamação intraoperatória que se manifesta tardiamente”. “É uma situação cada vez menos frequente, mas difícil de tratar uma vez instalada. Ou conseguimos contornar o seu impacto ou pode levar a tratamentos mais agressivos e mesmo ao transplante de córnea”, acrescenta. Já a regressão da miopia ou do erro refrativo “pode ser corrigida com outras técnicas cirúrgicas que não a realizada inicialmente ou, caso seja uma pequena regressão, com retratamento”.

CRESCIMENTO EPITELIAL

Em seguida, a **Dr.ª Ana Miguel Quintas** aborda o crescimento epitelial, que ocorre “quando as células epiteliais, que revestem a córnea saudável, crescem dentro da interface do *flap*”. “Isto pode provocar astigmatismo irregular, desconforto e, eventualmente, baixa de visão significativa, se as células atingirem o eixo visual”, explica a oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Apesar de rara, esta é uma complicação que, quando há necessidade de intervir, “apresenta muitos desafios”.

A resolução do crescimento epitelial depende do local onde se encontram as células epiteliais e dos sintomas que provocam. De acordo com Ana Miguel Quintas, “enquanto for possível a vigilância, deve-se sempre dar primazia a essa opção”. “O levantamento do *flap* seguido de raspagem das células e, eventualmente, tratamento adjuvante implica alguns riscos e alta taxa de recorrência, pelo que se deve optar por esse procedimento apenas nas situações mais graves”, afirma a oradora. Em contraponto, o tratamento com *laser YAG* “tem cada vez mais evidência de que é seguro e eficaz em fases iniciais da patologia”.

COMPLICAÇÕES COM LENTES FÁQUICAS

As complicações decorrentes da utilização de lentes fáquicas de câmara anterior serão o alvo da análise da **Dr.ª Sandra Barros**, oftalmologista no Hospital Garcia de Orta, em Almada. Já as complicações da câmara posterior serão abordadas pela Prof.ª Filomena Ribeiro, que sustentará a sua apresentação em dois casos clínicos. “Atualmente, já não há uma taxa de compli-

cações muito grande com este tipo de lentes, contudo, continua a ser crítico o chamado *vault* da lente, isto é, o espaço que fica entre a lente e o cristalino, pois surge em alguns casos e, por isso, temos de saber resolver”, nota a diretora do Serviço de Oftalmologia do Hospital da Luz Lisboa.

Em alguns casos, segundo a **Prof.ª Filomena Ribeiro**, o tratamento das complicações das lentes fáquicas pode ser apenas rodar a lente”. No entanto, há situações que exigem o explante da lente. “Nos *vaults* excessivos, quando existe compressão ao nível do ângulo, pode realmente ser necessário o explante da lente”, diz a oftalmologista.

NOVIDADES EM CIRURGIA FACORREFRATIVA

O Simpósio de Cirurgia Implanto-refrativa terminará com a intervenção do **Prof. Miguel Ângelo Padilha**, que vai discorrer sobre o estado atual da cirurgia facorrefrativa, incidindo nos seus benefícios e riscos. “Em fevereiro de 2022, o Conselho Federal de Medicina, no Brasil, autorizou esta cirurgia a partir dos 55 anos, em quaisquer graus acima de 1,5 de hipermetropia, nos doentes míopes que não tenham sido tratados previamente a alguma doença degenerativa da periferia da retina e em altos graus de astigmatismo”, contextualiza.

De acordo com o preletor, a cirurgia facorrefrativa tem claros benefícios (ver caixa), mas, ainda assim, não é isenta de riscos. Por isso, “depois de o doente ser informado sobre as possibilidades e os riscos do procedimento, tem de assinar o consentimento informado”. Na sua apresentação, Miguel Ângelo Padilha falará ainda sobre a extração da catarata por facoemulsificação, na qual “a presença de uma cápsula posterior intacta representa um fator de segurança para evitar uma série de complicações pós-operatórias”.

Benefícios da cirurgia facorrefrativa

- O doente alcança boa acuidade visual em curto prazo;
- Boa recuperação da estabilidade e do grau de refração;
- Alta imediata e rápido retorno à atividade profissional e social;
- Depois do implante de lentes bifocais, os doentes com hipermetropia ficam com uma visão ao longe e intermédia de boa qualidade e uma visão ao perto bastante razoável.



FICHA TÉCNICA



Propriedade:
Sociedade Portuguesa de Oftalmologia

Campo Pequeno, n.º 2, 13.º andar, 1000-078 Lisboa
Tel: (+351) 217 820 443 • Tlm. (+351) 924 498 989
geral@spoftalmologia.pt • socportoftalmologia@gmail.com
www.spoftalmologia.pt



esfera das ideias
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Edição: Esfera das Ideias, Lda.
Rua Eng.º Fernando Vicente Mendes, n.º 3F (1.º andar), 1600-880 Lisboa
Tlf: (+351) 219 172 815 / (+351) 218 155 107 • geral@esferadasideias.pt
www.esferadasideias.pt • @issuu.com/esferadasideias01

Direção de projetos: Madalena Barbosa e Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)
Textos: Cláudia Brito Marques, Diana Vicente, Madalena Barbosa, Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis
Fotografias: Rui Santos Jorge
Design/Web: Herberto Santos e Ricardo Pedro
Colaborações: Andreia Jesus, Rui Alexandre Coelho e Teresa Carvalho

Patrocinadores desta edição:



Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

Depósito Legal n.º 338827/12

10h30 – 12h00, Sala 2, Curso 1

MÉTODOS PARA IDENTIFICAR O ÂNGULO FECHADO



Dr. Pedro Faria e Dr. Fernando Trancoso Vaz, coordenadores do Curso 1

No primeiro curso do 65.º Congresso Português de Oftalmologia, estarão em evidência “os exames que permitem avaliar e documentar o encerramento angular e o glaucoma de ângulo fechado, para melhor orientação terapêutica”, introduz o Dr. Pedro Faria, responsável pela Secção de Glaucoma do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e coordenador do Grupo Português de Glaucoma da SPO.

Segundo o Dr. Fernando Trancoso Vaz, coordenador da Consulta de Glaucoma do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, apesar de ter uma baixa incidência em Portugal, “o glaucoma de ângulo fechado é agressivo e origina mais de metade dos casos de cegueira por glaucoma”. Tendo isso em conta, no curso, o oftalmologista vai alertar para a importância da deteção precoce através da avaliação do ângulo iridocorneano por gonioscopia.

Na primeira preleção, Pedro Faria vai apresentar a anatomia e a classificação do ângulo, sublinhando os “pontos de referência anatómicos que devem ser identificados, nomeadamente a localização do esporão escleral, a linha de Schwalbe, as partes pigmentada e não pigmentada

da zona trabecular e a inserção da íris”. No que diz respeito ao sistema de classificação, “o mais simples é o de Shaffer”, refere.

Em seguida, a apresentação de Fernando Trancoso Vaz vai incidir sobre a gonioscopia de indentação. Face à gonioscopia tradicional, a gonioscopia de indentação “não só é mais rápida de realizar e possibilita a observação simultânea dos quatro quadrantes do ângulo, como também permite pressionar a parte central da córnea e, assim, perceber se existe um ângulo fechado por aderências ou se o ângulo está anatomicamente encostado e é possível abri-lo, entre outras vantagens”.

Por sua vez, o Prof. Luís Abegão Pinto, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, abordará a gonioscopia automática, que regista e documenta os 360 graus do ângulo iridocorneano. O orador “vai discutir se este é ou não um método fiável e se pode objetivar o que foi observado clinicamente”, resume Fernando Trancoso Vaz.

A preleção seguinte, da Dr.ª Teresa Gomes, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, vai incidir sobre a tomografia de coerência óptica do segmento anterior. Depois, o Dr. António Benevides Melo, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, analisará o papel do Pentacam®. Por fim, a Dr.ª Sara Patrício, oftalmologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz, falará sobre a biomicroscopia ultrassónica (UBM). “Estes métodos imagiológicos usam diferentes tecnologias, como o laser, os ultrassons ou várias fotografias, complementando-se para avaliar o ângulo e a anatomia dos olhos com encerramento angular”, comenta Pedro Faria. Contudo, “importa conhecer a sensibilidade e a especificidade de cada método, bem como saber o quanto se pode confiar nos resultados e qual o seu papel na prática clínica”, conclui Fernando Trancoso Vaz. Diana Vicente

10h30 – 12h00, Sala 3, Curso 2

UPDATE EM DESCOLAMENTO DA RETINA



Prof. João Figueira (acima) e Dr. Nuno Gomes, coordenadores do Curso 2

Tendo em conta a elevada prevalência do descolamento da retina e a sua gravidade quando não é tratado da melhor forma, este curso destina-se aos internos de Oftalmologia, bem como aos especialistas que querem aprofundar conhecimentos e partilhar experiências. “Vamos abordar os temas mais importantes do descolamento da retina, desde a fisiopatologia até às metodologias de diagnóstico e às abordagens terapêuticas”, antecipa o Prof. João Figueira, oftalmologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A fisiopatologia e o diagnóstico serão alguns dos temas em análise na preleção do Prof. Carlos Marques Neves, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. “No início, é essencial perceber o porquê dos descolamentos da retina e quais os seus mecanismos, bem como identificar os fatores de risco e como os vigiar e tratar de forma preventiva”, afirma João Figueira.

Seguir-se-á a intervenção do Prof. Amândio Rocha Sousa, oftalmologista no Centro

Hospitalar Universitário de São João, sobre as opções terapêuticas. O preletor vai referir, em particular, a retinopexia pneumática, “uma técnica clássica e cada vez menos usada, mas que importa conhecer, porque continua a ser a melhor abordagem para alguns tipos de descolamento”, sublinha João Figueira. Ao que acrescenta: “A retinopexia pneumática, que não era bem-amada por muitos vitrectomistas, é uma técnica que tem mostrado melhores resultados funcionais em ensaios clínicos recentes.”

Por seu turno, o Dr. João Branco, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, vai incidir sobre a indentação escleral. “Foi a primeira técnica que tivemos para tratar os descolamentos da retina, mas, com o tempo e os avanços tecnológicos, passámos a utilizá-la cada vez menos em favorcimento da vitrectomia via pars plana”, comenta Nuno Gomes, oftalmologista no Hospital de Braga, considerando, no entanto, que “é importante conhecer esta técnica por vezes negligenciada”.

De seguida, João Figueira vai falar sobre a vitrectomia, “a técnica mais utilizada na prática clínica para resolução do descolamento da retina”, apresentando as metodologias e equipamentos utilizados neste procedimento. Por fim, Nuno Gomes vai abordar os agentes de tamponamento e coadjuvantes na cirurgia, evidenciando as suas propriedades químicas e físicas. “Também vou falar sobre o prognóstico dos doentes e o papel das novas técnicas de imagem na avaliação da morfologia da retina, quer no pré quer no pós-operatório”, remata o oftalmologista.

Pedro Bastos Reis



CooperVision®

10h30 – 12h00, Sala 4, Curso 3

DESAFIOS DAS CATARATAS CONGÊNITAS OU ADQUIRIDAS NA INFÂNCIA

O diagnóstico, o tratamento e a reabilitação funcional das cataratas congénitas ou adquiridas na infância estarão em foco no curso 3. As matérias desta formação vão desde as especificidades diagnósticas aos *outcomes* pós-cirúrgicos, passando pelas principais complicações e pela importância da reabilitação da função visual.

 Cláudia Brito Marques



Dr. Augusto Magalhães e Dr. Paulo Freitas da Costa, coordenadores do Curso 3

“Uma formação holística e transversal, destinada a todos os oftalmologistas, em particular aos que têm menos experiência na cirurgia de catarata pediátrica.” É desta forma que o Dr. Augusto Magalhães, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), no Porto, introduz o curso sobre cataratas na infância, do qual é um dos coordenadores. “Operar uma catarata congénita não tem nada em comum com operar uma catarata num adulto. Por outro lado, a cirurgia de catarata pediátrica não é homogénea na sua abordagem, na medida em que operar um bebé de 6 semanas não é igual a operar um bebé de 6 meses ou uma criança de 10 anos”, sublinha.

Na primeira preleção, o Dr. Paulo Freitas da Costa, também oftalmologista no CHUSJ e coordenador deste curso, vai abordar a morfologia e as especificidades do diagnóstico da catarata pediátrica. Entre as diferentes morfologias, o preletor evidencia a catarata lamelar e a catarata polar, “classicamente congénitas e, muitas vezes, hereditárias, cujo diagnóstico é importante, mesmo que se estabeleça numa idade mais avançada, em contraponto com a catarata subcapsular posterior, classicamente adquirida e com etiologias bem concretas”.

Relativamente à catarata unilateral congénita, Paulo Freitas da Costa realça “a persistência do vítreo primário como o diagnóstico fundamental, muitas vezes subclínico, na medida em que interfere na cirurgia e na gestão pós-operatória dos doentes”. Outro aspeto destacado pelo formador é que, “na infância, a catarata congénita ou adquirida nem sempre é uma indicação para cirurgia”, algo que será igualmente abordado no curso.

CONTRIBUTOS DA GENÉTICA E DA BIOMETRIA


Na intervenção seguinte, o Dr. Sérgio Estrela Silva, oftalmologista no CHUSJ, incidirá na abordagem dos fenótipos genéticos de catarata. “Sendo as cataratas bilaterais muitas vezes herdadas e apresentando um determinado padrão autossómico, a investigação genética do doente e seus familiares pode ter indicação”, comenta Paulo Freitas da Costa. Algumas síndromes genéticas do segmento anterior que cursam com catarata e até com glaucomas secundários serão igualmente discutidas nesta preleção.

Segue-se uma apresentação sobre a abordagem pré-operatória, mais concretamente sobre a otimização da biometria, pela Dr.ª Ana Vide Escada, oftalmologista no Hospital Garcia de Orta, em Almada. “A decisão de implantar uma lente intraocular será analisada num plano prático, considerando as dificuldades de abordagem destes casos, cujo grau de complexidade é inversamente proporcional à idade das crianças”, adianta o coordenador.

TRATAMENTO CIRÚRGICO, COMPLICAÇÕES E REABILITAÇÃO FUNCIONAL

O passo a passo das técnicas cirúrgicas da catarata na infância será partilhado por Augusto Magalhães, com base na experiência de mais de duas décadas da equipa do CHUSJ. O oftalmologista sublinha que “a cirurgia da catarata na infância deve ser sempre feita com microincisão, de forma a obedecer ao princípio da câmara fechada”. Importa ainda ter ciente que “a capsulorréxis anterior na criança é completamente distinta da capsulorréxis no adulto”. O formador vai ainda desconstruir “o mito de que a capsulorréxis posterior tem grande dificuldade técnica”.

Quanto ao papel dos corticosteroides na terapêutica intra e pós-operatória, Augusto Magalhães vai partilhar a experiência pioneira e positiva do CHUSJ. “Em 2008, nas crianças mais pequenas, que têm maior risco de opacificação do eixo visual, começámos a realizar a vitrectomia anterior em dois tempos: no primeiro, fazemos uma vitrectomia ‘normal’ e, muitas vezes, “a seco”, só com uma peça; no segundo tempo, executamos uma vitrectomia assistida com triancinolona”, relata. Em 2010, esta prática começou a ser aceite pela comunidade científica internacional, depois de surgirem as primeiras publicações com resultados positivos ao nível funcional e anatómico. No CHUSJ, “tem-se verificado uma melhoria significativa nos resultados dos doentes desde que se implementou a corticoterapia sistémica no pós-operatório imediato”, refere Augusto Magalhães.

A seguir, Sérgio Estrela Silva volta a intervir, desta vez para falar sobre a gestão das complicações com repercussão a longo prazo e no prognóstico visual, sobretudo das crianças com cataratas congénitas, destacando o glaucoma pós-cirúrgico ou afáquico. Depois, o Dr. Renato Santos Silva, oftalmologista no CHUSJ, abordará a importância da reabilitação funcional precoce, como passo fundamental em todo o processo. Na última preleção, a Dr.ª Catarina Paiva, oftalmologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, incidirá nas estratégias terapêuticas da baixa visão, “problema que afeta uma percentagem significativa de crianças após cirurgia de catarata”, como nota Augusto Magalhães. 

MiYOSMART: a forma inteligente de tratar a miopia nas crianças, adolescentes e jovens

Reduz a
progressão
da miopia
em média
60%*

Juntos podemos combater a miopia.



HOYA
FOR THE VISIONARIES

*Lam CSY, Tang WC, Tse DY, Lee RPK, Chun RKM, Hasegawa K, Oj H, Hatanaka T, To CH. Defocus incorporated Multiple Segments (DIMS) spectacle lenses show myopia progression: a 2 year randomised clinical trial. British journal of Ophthalmology. Published Online First: 29 May 2019. doi:10.1136/bjophthalmol-2018-313739.

A lente MiYOSMART é uma lente oftálmica que cumpre os requisitos gerais estabelecidos no anexo I do Regulamento Europeu 745/2017 sobre dispositivos médicos bem como as normas ISO 8980-1/2/3/4 e 5 e ISO 14889. MiYOSMART é um dispositivo médico registado no Infarmed com o ID 312201. Data da última revisão: Outubro 2022.

12h30 – 13h15, Sala 2

DISCUTIR O FUTURO DA REVISTA CIENTÍFICA DA SPO

No espaço dedicado à investigação e à revista científica da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia (SPO) serão apresentados os resultados de um projeto que recebeu uma bolsa de investigação da SPO. Também será divulgado o trabalho que está em curso para que a revista *Oftalmologia* possa ser indexada num futuro próximo. Em análise estarão ainda os principais desafios editoriais de uma publicação científica e a aposta da atual direção da SPO no incremento de projetos de investigação. Seguem-se os resumos dos quatro intervenientes.

COROIDE E QUERATOCONES



“Vou falar sobre os trabalhos de investigação que estão a ser desenvolvidos no âmbito do meu projeto de doutoramento, que demonstram que a coróide poderá ser um marcador de inflamação e de progressão do queratocone. Basicamente, desde 2017, verificámos que a coróide apresenta uma espessura aumentada nos doentes com queratocone, doença que, tipicamente, era conhecida como um distúrbio com efeitos limitados à córnea. Desde essa altura até hoje, tenho procurado estudar o porquê de a coróide se apresentar espessada e com que fenómenos isso se relaciona. Já aferimos que a espessura coróideia relaciona-se com parâmetros inflamatórios da corrente sanguínea e a evidência aponta para uma relação, também, com a inflamação da superfície ocular. Isto é algo inédito – os doentes com queratocone evidenciam um estado pró-inflamatório, que pode ter relação com a evolução da doença, e a coróide parece ser mais um marcador dessa evidência.” **Dr. João Pinheiro Costa, bolseiro da SPO e oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), no Porto**

DESAFIOS EDITORIAIS DE UMA PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA

“O principal desafio que se impõe às publicações científicas é a falta de tempo. Como sabemos, em Portugal, não há a devida valorização da componente de investigação e produção científica. Enquanto este paradigma não mudar, os autores continuarão a ter dificuldade em encontrar um tema atual, relevante e com capacidade de causar impacto na comunidade científica, mas também na tomada de decisão clínica. Por outro lado, no que diz respeito ao corpo redatorial, continuará a faltar o tempo necessário para os revisores conseguirem dar uma resposta rápida aos autores, de modo a saberem se o artigo submetido será, ou não, publicado em determinada revista científica. Na minha intervenção, vou destacar estes e outros desafios.” **Prof. Fernando Faria-Correia, editor-chefe da revista científica da SPO e oftalmologista no Hospital de Braga**



INDEXAÇÃO E OUTROS OBJETIVOS FUTUROS



“Queremos profissionalizar a revista *Oftalmologia*. Para isso, têm de existir artigos em quantidade e qualidade suficiente e as revisões devem ser feitas por, pelo menos, dois revisores, dentro dos prazos estabelecidos. Este processo deverá fluir de forma contínua, para conseguirmos indexar a revista. Nesse sentido, já demos resposta a uma série de critérios, respeitando regras que as publicações indexadas em bases internacionais cumprem, tais como a disponibilização da informação aos autores e a criação de um identificador de objeto digital (DOI, na sigla em inglês) para cada artigo. Atualmente, já temos as condições necessárias para podermos solicitar a indexação em diversas bases de publicações científicas europeias, que serão o nosso ponto de partida. Esta é uma tarefa trabalhosa e morosa, que depende de todos nós, oftalmologistas portugueses e sócios da SPO. Cumprindo o objetivo da indexação, poderemos pensar na obtenção de um bom fator de impacto.” **Prof.ª Andreia Rosa, coordenadora do Grupo Português de Cirurgia Implanto-Refrativa da SPO e oftalmologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

PERSPETIVA DA DIREÇÃO DA SPO

“A atual direção da SPO reconhece o valor dos projetos científicos levados a cabo pelos seus associados, sendo que muitos resultam em artigos de qualidade publicados em revistas reconhecidas internacionalmente. Nesse sentido, percebemos a urgência de tornar a nossa própria revista um órgão de referência, procurando a sua indexação nas bases europeias e internacionais. Para isso, implementámos uma série de medidas que permitirão, esperamos que num futuro próximo, obter a tão desejada indexação. Além disso, criámos um curso de investigação, disponível *online*, que é coordenado pela direção da SPO em conjunto com a secção de investigação recentemente criada. Este curso pretende ajudar qualquer sócio, mas particularmente os jovens internos e recém-especialistas, que tenha interesse em fazer investigação. O curso tem a grande vantagem de poder ser assistido no horário mais conveniente para cada formando, sendo que, após assistir a todas as aulas, o formando recebe um diploma que comprova a realização da formação.” **Prof. Manuel Falcão, tesoureiro da SPO e oftalmologista no CHUSJ**





BRUDYLAB[®]

12h00 – 12h30, Sala 1

ESTUDO SOBRE OS CUIDADOS MÉDICOS NA ÁREA DA SAÚDE OCULAR EM PORTUGAL



Prof. Rufino Silva, presidente da SPO

A Sociedade Portuguesa de Oftalmologia (SPO) associou-se ao Centro de Estudos Aplicados da Universidade Católica Portuguesa, para desenvolver um estudo sobre a realidade dos cuidados médicos na área da saúde ocular em Portugal. Os resultados são divulgados hoje, “em primeira mão”, com o intuito de serem discutidos com os sócios da SPO presentes neste congresso.

 Marta Carreiro

Segundo o Dr. Fernando Trancoso Vaz, vice-presidente da SPO, o principal objetivo do estudo foi “identificar a perceção dos portugueses sobre a importância da saúde ocular”. “Também procurámos perceber que profissionais os portugueses consideram mais indicados para se informarem sobre saúde ocular e quem procuram quando surgem problemas de visão”, refere o oftalmologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

O Prof. Rufino Silva, presidente da SPO, evidencia a importância deste estudo, na medida em que “apresenta uma fotografia do país em termos de procura dos serviços de saúde ocular, quer por grupos profissionais, quer por setor público e privado”. Sobre as motivações que levaram ao desenvolvimento deste estudo, o também oftalmologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra afirma: “É uma preocupação da SPO manter as pessoas

informadas sobre as várias doenças do foro oftalmológico e o modo de atuação perante os sinais de alarme.”

Realizado entre 13 e 28 de outubro passado, por entrevistas telefónicas, o estudo envolveu 2373 pessoas, representativas de todo o território nacional. “Das respostas aferidas, chegámos à conclusão que, felizmente, as pessoas têm consciência de que é importante ter uma boa saúde ocular, reconhecendo o seu impacto na produtividade profissional, na vida privada e até na saúde mental”, indica o vice-presidente da SPO.

PORTUGUESES CIENTES DO PAPEL DOS OFTALMOLOGISTAS

Fernando Trancoso Vaz também expressa agrado com o facto de “82% dos inquiridos reconhecerem que o médico oftalmologista é o mais bem preparado para tratar os problemas de saúde ocular”. Segundo acrescenta Rufino Silva, “77% das pessoas procuram o médico oftalmologista em primeiro lugar”. O presidente da SPO chama ainda a atenção para o facto de “13,5% dos inquiridos nunca terem feito uma avaliação ocular, um valor significativo”.


No entanto, como sublinha Fernando Trancoso Vaz, “30 a 40% das pessoas afirmaram levar os seus filhos a rastreios oftalmológicos”.

Comentários em vídeo do Dr. Fernando Trancoso Vaz e do Prof. Rufino Silva sobre os resultados do estudo



“É na zona abrangida pela Administração Regional de Saúde do Norte que verificámos maior procura nesse sentido, assim como na Madeira, onde se aferiu que mais de 70% das crianças são rastreadas para problemas oftalmológicos”, revela. Já nas regiões do Alentejo e do Algarve verificou-se menos procura pelos rastreios oculares, pelo que “é fundamental perceber se tal se deve à menor oferta nessas regiões ou à falta de informação junto da população”.

O vice-presidente da SPO também indica que “12,7% dos inquiridos referiram utilizar óculos prescritos por um optometrista e 9,6% por uma loja de óptica”. Relativamente ao impacto da saúde ocular no dia-a-dia, “33,1% dos participantes admitiram que os problemas oculares influenciam a sua produtividade laboral, 29% que influenciam muito a vida privada e perto de 27% que influenciam bastante a saúde mental”. Portanto, “há uma boa perceção de que é relevante ter saúde ocular”, conclui Fernando Trancoso Vaz.

As conclusões deste estudo “permitem tomar o pulso ao reconhecimento da importância da saúde ocular pela sociedade civil, para analisar, em conjunto com os sócios da SPO, o porquê de ser este o panorama, o que justifica as diferenças geográficas em certos critérios, o porquê da variação consoante o grupo etário e o grau de literacia, entre outros aspetos”, evidencia Fernando Trancoso Vaz. “Queremos perceber como é que a SPO pode atuar para melhorar estes números”, conclui Rufino Silva. Na mesa da sessão de apresentação do estudo, estarão presentes todos os membros da atual direção da SPO. 

Destaques do estudo SPO/Universidade Católica

82% dos inquiridos reconhecem que o médico oftalmologista é o profissional mais bem preparado para avaliar a saúde ocular;

77,2% procuram um médico oftalmologista quando têm problemas oculares;

57% procuram os oftalmologistas no setor privado;

12,7% têm óculos prescritos por optometristas e 9,6% por lojas ópticas;

13,5% dos inquiridos nunca fizeram uma avaliação da sua saúde ocular;

30 a 40% levaram os seus filhos a rastreios visuais;

33,1% consideram que os problemas oculares prejudicam a sua produtividade laboral;

29% reconhecem que os problemas oculares prejudicam a sua vida privada;

27% consideram que os problemas oculares prejudicam a sua saúde mental.



17h15 – 18h00, Sala 2

OUTCOMES REPORTADOS PELO DOENTE NA CIRURGIA DE CATARATA E REFRACTIVA




DR

Na Conferência de Cirurgia Refractiva, o Prof. Colm McAlinden, oftalmologista no Queen Victoria Hospital NHS Foundation Trust, Reino Unido, vai abordar os *outcomes* reportados pelos doentes e a qualidade da visão após cirurgia de catarata e refractiva. Esta preleção tem como objetivo “reforçar a importância de considerar o ponto de vista do doente após a cirurgia, pois, muitas vezes, as pessoas têm problemas que não são encontrados nas medições objetivas”. Por outras palavras, “sem os resultados relatados pelos doentes não se obtêm os verdadeiros *outcomes* das cirurgias”.

Normalmente, vários indicadores são avaliados antes e depois da cirurgia refractiva, nomeadamente a acuidade visual e o grau de refração, mas “nem todos os profissionais de saúde se preocupam com o que sente e pensa o doente, que, na verdade, deveria ser o mais importante”, defende Colm McAlinden. Por isso, o conferencista vai destacar o contributo do questionário *Quality of Vision* (QoV), “que utiliza fotografias para estimular vários sintomas visuais, como os clarões, os halos, o chamado efeito *starburst* ou a visão turva”. Desta forma, “é possível saber o que os doentes querem dizer quando se queixam de determinados sintomas”. Este questionário pode ser respondido pelo doente ao seu

ritmo, antes de ir ter com o médico. “Também está indicado em contexto de investigação, para comparar determinadas técnicas e diferentes tipos de lentes, por exemplo, mas podemos usá-lo, sobretudo, para enriquecer a prática clínica”, sublinha o oftalmologista inglês. O QoV foi desenvolvido através do chamado modelo de Rasch e existe uma versão traduzida em Português. No entanto, há questionários desenvolvidos por outros autores, como o Cat-PROM5, que “tem sido muito usado no Reino Unido”. Outro exemplo é o Catquest, por sua vez “muito usado na Europa, inclusive em Portugal”.

A apresentação de Colm McAlinden também vai incidir sobre alguns estudos que utilizaram estes questionários. Uma das conclusões a destacar relaciona-se com as lentes EDOF (*extended depth of focus*). “Acredita-se que estas lentes minimizam mais a difotopia do que as lentes multifocais. Contudo, segundo algumas investigações que compararam lentes multifocais, incluindo trifocais, com lentes EDOF, revelaram que estas últimas, em algumas situações, causaram mais difotopia do que as lentes trifocais”, informa o oftalmologista.

Esses estudos também salientaram que há diferenças entre as várias marcas de lentes EDOF. Por isso, “é importante ter atenção à forma como são publicitadas, pois o facto de serem promovidas como lentes EDOF não significa que tenham apenas a profundidade de foco estendida”. Aliás, “podem ser lentes refractivas que causam mais difotopia do que as lentes trifocais”, remata Colm McAlinden.  **Diana Vicente**

PUB.



Tratamento do OLHO SECO



Sistema de aquecimento e massagem

Wellness for your eyes

Visite
o nosso
STAND



Sistema de luz
pulsada regulada



Para mais informações deverá contactar o distribuidor para Portugal:

Goldfarma
produtos farmacêuticos 

Tel.: +351 219 346 450 - Fax: +351 219 346 459
geral@goldfarma.com - www.goldfarma.com

Activa e E-Eye são dispositivos médicos.

CIRURGIA REFRACTIVA DA CÓRNEA COM LASER

Centrado nas duas principais técnicas cirúrgicas de laser – a *photorefractive keratectomy* (PRK) e a *laser-assisted in situ keratomileusis* (LASIK) –, o curso sobre cirurgia refrativa da córnea incidirá sobre os critérios de seleção dos doentes e as especificidades e complicações de cada técnica. Os perfis de ablação personalizados também estarão em evidência, numa formação destinada, principalmente, a internos de Oftalmologia, mas também a especialistas que queiram aprofundar conhecimentos técnico-cirúrgicos.

 Pedro Bastos Reis

A primeira preleção será assegurada pela Dr.^a Ana Carolina Abreu, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António (CHUPorto/HSA), que vai debruçar-se sobre o processo de seleção dos candidatos à cirurgia refrativa da córnea, um passo-chave na avaliação da indicação cirúrgica e na escolha da técnica de laser.

“Se, há alguns anos, seleccionávamos os doentes baseados apenas na topografia/tomografia corneana, atualmente, temos mais armas de diagnóstico, nomeadamente o estudo da biomecânica e dos mapas epiteliais, que nos permitem uma avaliação mais abrangente da córnea de cada doente”, sublinha a formadora. “Nesta apresentação, vou abordar não só as indicações e contra-indicações sistémicas, como também as características específicas de cada doente, sejam anatómicas ou ocupacionais, por exemplo, que nos auxiliam na escolha da técnica”, acrescenta.

As indicações, técnicas e complicações da cirurgia com LASIK serão apresentadas pela Dr.^a Sílvia Monteiro, oftalmologista no CHUPorto/HSA. Sobre esta preleção, Ana Carolina Abreu considera essencial compreender as diferenças entre “a criação do flap com recurso ao microqueratótomo e com a mais recente inovação do laser femto-segundo”. Quanto às complicações associadas ao LASIK, a coordenadora fala numa mudança de paradigma, alertando para a ectasia da córnea. “Se, há uns anos, procurávamos diagnosticar formas subclínicas de queratocone, agora, o que pretendemos identificar são os doentes que, à partida, terão um risco de suscetibilidade ectásica, que é a complicação mais temida”, afirma.

ESPECIFICIDADES DO PRK


Em seguida, a Dr.^a Maria do Céu Pinto vai discorrer sobre as indicações, técnicas e complicações do PRK, começando por identificar algumas semelhanças com o LASIK. “Tanto numa cirurgia como na outra, é necessário reunir determinadas condições, nomeadamente garantir a existência de um erro refrativo estável”, sublinha a também oftalmologista no CHUPorto/HSA, notando que esta estabilidade ocorre, por norma, em doentes com idade igual ou superior a 21 anos. “É também necessário fazer um exame oftalmológico completo para excluir determinadas patologias que possam contraindicar as cirurgias e garantir que não comprometemos o futuro da acuidade visual do doente”, acrescenta a formadora, reiterando a importância de uma “avaliação muito cuidadosa” antes de avançar para LASIK ou PRK.

Maria do Céu Pinto frisa que, com o PRK, “o epitélio será regenerado após a cirurgia”, o que faz com que seja uma técnica menos invasiva para a córnea, ao contrário do que acontece com o LASIK, cujo “corte superficial ronda, geralmente, os 110 micras”. Contudo, as especificidades do PRK exigem um cuidado especial. “Normalmente, não ultrapassamos as cinco dioptrias ou os 70 micras de profundidade, por causa do risco de induzir haze ou uma cicatrização anómala”, adverte a oftalmologista. Ao que acrescenta: “Neste momento, somos muito mais criteriosos na seleção dos doentes, porque temos muitos meios complementares de diagnóstico que nos ajudam nessa seleção e, conseqüentemente, somos mais cautelosos em termos cirúrgicos. É isso que queremos transmitir com este curso.”



Dr.^a Ana Carolina Abreu e Dr.^a Maria do Céu Pinto, coordenadoras do Curso 4

Outro aspeto essencial é a gestão das expectativas do doente. “Muitas vezes, o doente tem expectativas demasiado elevadas para aquilo que lhe podemos oferecer, pelo que é importante esclarecer sobre as alterações que serão induzidas na córnea e sobre o possível aparecimento de halos ao redor das luzes e glare, os efeitos laterais de que os doentes mais se queixam”, concretiza Maria do Céu Pinto.

Ainda neste curso, o Prof. Tiago Monteiro, oftalmologista no Hospital de Braga, vai abordar os diversos perfis de ablação customizados. A este propósito, Mária do Céu Pinto destaca os avanços para os astigmatismos irregulares, nomeadamente “o tratamento topoguiado com correção a laser de acordo com a topografia do doente e os tratamentos por frente de onda”. O curso fecha com a apresentação de alguns casos clínicos, que serão discutidos entre formadores e formandos. 

Indicações gerais para LASIK e PRK

- Idade igual ou superior a 21 anos;
- Estabilidade refrativa nos últimos 12 meses, com variabilidade da refração inferior a 0,5 dioptrias;
- Exame oftalmológico completo para excluir condições como catarata, uveíte, glaucoma, olho seco grave, anomalias corneanas e cicatrizes profundas;
- Exames complementares de diagnóstico para avaliação das características corneanas, indicações e contra-indicações para tratamento e eventual risco de suscetibilidade ectásica da córnea;
- No caso do LASIK, erro refrativo máximo de 7 dioptrias na miopia e 4 dioptrias na hipermetropia;
- No caso do PRK, máximo de 5 dioptrias na miopia e 3 dioptrias na hipermetropia.

14h30 – 16h00, Sala 2, Curso 5

O PAPEL DA ULTRASSONOGRAFIA EM OFTALMOLOGIA

A tecnologia subjacente à ultrassonografia, as indicações clínicas, a interpretação de achados no segmento posterior, o seu papel no diagnóstico do glaucoma e na avaliação de lesões ou tumores são os temas em análise neste curso.

 Pedro Bastos Reis



Dr.ª Helena Prior Filipe e Dr.ª Sara Patrício, coordenadoras do Curso de Ultrassonografia

Destinado tanto a internos de Oftalmologia como a especialistas que queiram rever ou aprofundar conhecimentos nesta matéria, o Curso de Ultrassonografia vai incidir sobre as vantagens deste exame na prática clínica. “Partindo dos conceitos básicos da física, que nos permitem otimizar os resultados do exame, vamos abordar a utilização da ecografia no segmento posterior e no segmento anterior, realçando o seu papel na deteção de neoformações e também a sua aplicabilidade no glaucoma, sobretudo de ângulo estreito”, introduz a Dr.ª Helena Prior Filipe, oftalmologista no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz (CHLO/HEM).

A outra coordenadora do curso, Dr.ª Sara Patrício, também oftalmologista no CHLO/HEM, reitera que esta formação tem como principais objetivos “apresentar de forma sistemática, prática e didática a tecnologia subjacente à ultrassonografia do globo ocular, bem como as suas principais indicações clínicas”. Para tal, serão apresentados diversos casos clínicos ilustrativos.

Depois de uma breve introdução ao tema, os formandos ficarão a conhecer melhor o ultrassom com a preleção da Helena Prior Filipe, que vai explicitar a tecnologia subjacente à ecografia. “Se conhecermos melhor a física dos ultrassons, conseguiremos otimizar as imagens e os resultados. A ecografia é um exame muito informativo e útil para o diagnóstico e o acompanhamento de diversas patologias oftalmológicas, podendo ser complementado por outros meios de diagnóstico”, contextualiza a também delegada portuguesa na Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) e no European Board of Ophthalmology (EBO).


A seguir, a Dr.ª Filomena Pinto, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, vai discorrer sobre as indicações clínicas e a interpretação dos achados

da ultrassonografia no segmento posterior do olho. “A ecografia ajuda-nos muito quando há opacidade dos meios ópticos. Mesmo com transparência, este exame tem uma aplicabilidade muito interessante no estudo da interface vitreoretiniana, analisando se há trações ou descolamento completo ou não do vítreo”, destaca Helena Prior Filipe. Ainda ao nível do segmento posterior, Sara Patrício acrescenta que este exame “é também útil na avaliação de traumatismos oculares e neoplasias intraoculares”.

AValiação DO SEGMENTO ANTERIOR

Na preleção seguinte, Sara Patrício vai debruçar-se sobre a utilização da ultrassonografia na avaliação do segmento anterior do olho, em particular nos casos de glaucoma. “Este exame tem indicações muito específicas. Não substitui a gonioscopia, mas fornece informações adicionais e complementares, nomeadamente nos casos de encerramento angular, permitindo uma abordagem clínica individualizado de cada doente”, sublinha. Esta formadora também vai falar sobre o papel da ultrassonografia na avaliação do ângulo iridocorneano em contexto de traumatologia e na avaliação pós-operatória dos doentes com glaucoma.

Por fim, a Dr.ª Maria João Furtado, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António, vai abordar o papel da ultrassonografia na avaliação do segmento anterior em casos de lesões e/ou tumores. “A ecografia de alta resolução permite-nos uma caracterização qualitativa, que alerta para a histopatologia da lesão, mas também quantitativa, fazendo o dimensionamento da mesma”, afirma Helena Prior Filipe, destacando ainda as vantagens deste exame no estudo do corpo ciliar posterior à íris. “A tomografia de coerência óptica não consegue ultrapassar o ecrã do epitélio pigmentado da íris, daí a vantagem do ultrassom, que permite visualizar a lesão do corpo ciliar”, indica.

Ainda sobre as vantagens da ultrassonografia ao nível do segmento anterior, Sara Patrício acrescenta “a avaliação e a caracterização de lesões intraoculares, nomeadamente identificando as suas dimensões, as características ecográficas e a relação com os tecidos vizinhos”. No entanto, “a informação obtida deve ser analisada em conjunto com uma avaliação clínica detalhada e com o acompanhamento das lesões ao longo do tempo”, conclui a oftalmologista. 

Principais vantagens da ultrassonografia

- Exame inócuo;
- Pode ser repetido facilmente;
- É possível otimizar os parâmetros de observação;
- No segmento posterior, é útil em casos de opacidade dos meios ópticos;
- No segmento anterior, permite avaliar e caracterizar lesões intraoculares.

Alcon

14h30 – 16h00, Sala 3, Curso 6

RETINOPATIA DA PREMATURIDADE: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO



 Cláudia Brito Marques

Dentro das doenças da retina, a ROP é uma das que implica “grande diferenciação, em termos de prática, manejo e tratamento”. Quem o diz é a Dr.ª Susana Teixeira, oftalmologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF), na Amadora, e uma das coordenadoras desta formação, destinada “não só a internos da especialidade, mas, sobretudo, a oftalmologistas que estejam a dar os primeiros passos nesta área”, explica.

Depois da introdução ao curso, o Dr. Pinto Ferreira, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), abordará os fatores de risco para o desenvolvimento de ROP. Segundo a Dr.ª Mafalda Mota, oftalmologista no HFF e também coordenadora deste curso, entre esses fatores, destacam-se o baixo peso à nascença (inferior a 1500 gramas) e o curto tempo de gestação (menos de 32 semanas).

Dr.ª Susana Teixeira (acima)
e Dr.ª Mafalda Mota, coordenadoras
do Curso 6

Neste contexto, as duas coordenadoras ressaltam “a enorme importância do rastreio”, cujos critérios e protocolos, em Portugal e um pouco por todo o mundo, serão analisados na intervenção da Dr.ª Ana Almeida, oftalmologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures. A este respeito, Mafalda Mota salienta que “o rastreio deve ser feito por um observador treinado”. Uma ideia corroborada por Susana Teixeira, que explica: “Há uma aposta cada vez maior no desenvolvimento de critérios e algoritmos que permitam identificar 100% dos bebés que terão de ser tratados, rastreando o número mínimo útil de bebés com ROP, de forma segura e mantendo a fiabilidade.”

MÉTODOS DE OBSERVAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA

De seguida, a Dr.ª Ana Vide Escada, oftalmologista no Hospital Garcia de Orta, em Almada, falará sobre os métodos de observação dos doentes com ROP, nomeadamente a oftalmoscopia indireta e a retinografia RetCam. Sobre este tema, Susana Teixeira destaca que, “apesar de ser difícil de aprender e aplicar, sobretudo em bebés prematuros, a oftalmoscopia indireta, por comparação com a direta, permite ver

o olho a três dimensões e é a técnica de observação protocolar no contexto da ROP”.

Como explica Susana Teixeira, a oftalmoscopia indireta “tem uma curva de aprendizagem longa e é uma observação individual, muito baseada na experiência do observador, tendo como desvantagem o facto de não poder ser facilmente partilhada”. A RetCam veio contornar essa desvantagem. “Embora se perca um pouco da profundidade de campo, a RetCam permite obter uma imagem de todo o fundo ocular da criança, que é possível de partilhar com os colegas, independentemente de onde estiverem (por telemedicina), para uma leitura conjunta dessa imagem”, ressalva a oftalmologista, considerando esta potencialidade como “uma grande mais-valia”.


A classificação da ROP, em termos de zona, estádios e indicações para tratamento, será abordada no curso por Mafalda Mota, que tem como principal objetivo esclarecer sobre as novidades da *International Classification of Retinopathy of Prematurity, Third Edition (ICROP-3)*, que foi publicada em 2021. “É fundamental conhecer os critérios para instituir o tratamento adequado no *timing* certo, de modo a prevenir a cegueira, que é o objetivo último neste contexto”, sublinha a oftalmologista.

Na preleção seguinte, Susana Teixeira incidirá sobre o papel dos achados vasculares por angiografia fluoresceínica, “uma evolução muito interessante no âmbito da ROP”, na medida em que “permite aprofundar o conhecimento sobre a fisiopatologia desta doença vasoproliferativa e, simultaneamente, fazer um diagnóstico mais preciso”.

OPÇÕES TERAPÊUTICAS E OUTCOMES DE LONGO PRAZO

Caberá também a Susana Teixeira passar em revista as opções de tratamento atualmente disponíveis para a ROP, nomeadamente a injeção de anti-VEGF, o tratamento com *laser* e a vitrectomia. “Para tratar na altura certa e de forma adequada, primeiro temos de rastrear, diagnosticar e aferir o estádio/gravidade da ROP”, sublinha a oftalmologista, acrescentando que “esta é uma doença-*sniper*, porque a janela terapêutica é muitíssimo curta e exigente”.

O curso prossegue com a apresentação de Mafalda Mota acerca dos *outcomes* a longo prazo após o tratamento. “Este m tema é crucial, já que, muitas vezes, não nos lembramos que as alterações decorrentes da ROP não se esgotam na idade pediátrica. Os adultos que tiveram esta doença na infância, mesmo os que não foram tratados, têm de continuar a ser vigiados por um oftalmologista, dado que existem várias alterações que podem surgir, mesmo na idade adulta”, explica a preletora.

Neste curso, serão ainda apresentados casos clínicos de ROP, por Susana Teixeira, pretendendo-se que este seja um momento interativo para “permitir a consolidação prática dos temas abordados, com discussão entre a audiência e os palestrantes”. No encerramento, Susana Teixeira vai ainda partilhar uma reflexão sobre a “importância de existirem centros de referência, para ser possível centralizar os casos mais graves de ROP com necessidade de tratamento”. 

16h00 – 16h45, Sala 2

LITIGÂNCIA EM TRIBUNAL: COMO PREVENIR E COMO LIDAR?


No *Forum Advocacy* de hoje, a **Dr.ª Carla Barbosa, advogada e investigadora no Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra** vai partilhar estratégias para prevenir e lidar com situações de litigância em tribunal no âmbito da Saúde, dando conta se as ações de responsabilidade médica têm aumentado ou diminuído nos últimos anos, em Portugal.

Apesar de a Oftalmologia ser das especialidades médicas com menos litigância em tribunal, “vão aparecendo algumas ações judiciais e, nos últimos tempos, com maior frequência”. Por isso, “é fundamental que os médicos tenham uma atuação muito mais segura e isenta de quaisquer atritos com os doentes e os seus familiares”, afirma Carla Barbosa.

Segundo a advogada, “o mais importante é evitar as ações em tribunal, que, por norma, são extremamente demoradas e desgastantes”. No que toca à prevenção de ações judiciais contra médicos, a advogada sublinha os “procedimentos que podem ser adotados no âmbito da atuação clínica para mitigar qualquer tipo de responsabilidade médica que possa ser interpelada no futuro”.

Um procedimento-chave é o consentimento informado, que, segundo a legislação portuguesa, na maior parte dos casos, pode ser obtido verbalmente. Contudo, “há aproximadamente 20 situações em que a lei exige que o consentimento informado seja expresso

de forma escrita”. Trata-se de situações consideradas de maior risco, no entanto, “os profissionais de saúde têm de estar alerta para todas as especificidades jurídicas do consentimento informado, para adequarem a sua atuação às exigências legais”, aconselha Carla Barbosa.

Outro procedimento essencial é a elaboração de um processo clínico completo e detalhado, o que “não só garante a segurança do doente, como também permite que a informação circule corretamente entre os profissionais de saúde”. Apesar de ter um papel secundário em caso de conflito entre doente e profissional de saúde, o processo clínico “pode servir como meio probatório”. Aliás, “esta é a melhor prova no âmbito das ações judiciais de responsabilidade médica”, garante a advogada.  **Diana Vicente**



Destaques da entrevista sobre o risco de ações judiciais na área da Saúde.

PUB.

RELAÇÕES DE CONFIANÇA NA OFTALMOLOGIA



Bayer Portugal, Lda.
Av. Vitor Figueiredo nº4 - 4º piso
2790-255 Carnaxide
Portugal
PP-EYL-PT-0164-1 09/2020

14h30 – 18h00, Sala 4

CIRURGIAS DE OCULOPLÁSTICA EM CADÁVER

Organizado pelo Grupo Português de Órbita e Oculoplástica (GPOO) da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia (SPO), o Curso de Dissecção Anatómica vai centrar-se nas técnicas cirúrgicas para a pálpebra e a órbita. Cirurgiões nacionais e internacionais vão operar em cadáver, a partir do Teatro Anatómico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com transmissão em direto no Convento de São Francisco. Além de aprenderem as técnicas passo a passo, os formandos poderão esclarecer dúvidas com os formadores.

 Pedro Bastos Reis



A primeira cirurgia será uma blefaroplastia superior, a realizar pela Dr.ª Maria Araújo (oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto) e pelo Dr. Rui Tavares (oftalmologista no Centro Cirúrgico de Coimbra). “Trata-se de uma das cirurgias mais realizadas no âmbito da oculoplástica e da estética periocular”, comenta o Dr. Guilherme Castela, coordenador do GPOO e impulsionador deste curso.

Segue-se a cirurgia de correção de anomalias da posição da pálpebra superior, nomeadamente de ptose, que “pode ser realizada tanto

Dr.ª Ana Magriço e Dr. Guilherme Castela, coordenadores do Curso de Dissecção Anatómica

Segundo a Dr.ª Ana Magriço, secretária-geral da SPO, a organização do Curso de Dissecção Anatómica “é uma grande mais-valia, que comprova a vitalidade do GPOO”. Através de cirurgias em cadáver realizadas em direto, “os formandos vão visualizar as estruturas anatómicas e os passos fundamentais das cirurgias oculoplásticas da pálpebra e da órbita, o que é importante para quem quer começar a realizá-las ou aperfeiçoar as técnicas”, concretiza a oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

As cirurgias de oculoplástica serão divididas em duas fases: na primeira, realizar-se-ão procedimentos na pálpebra e, na segunda, na órbita. “Serão executadas descompressões orbitárias, um tipo de cirurgia que, mesmo dentro da oculoplástica, não é dominada por muitos oftalmologistas. Ao nível da pálpebra, já serão realizadas técnicas mais frequentes, como a blefaroplastia, mas que é importante rever e aprender novos truques”, antevê Ana Magriço.

por via anterior como posterior, através da via conjuntival”, explica o responsável pelo Departamento de Órbita e Oculoplástica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Cada uma destas cirúrgicas de ptose – por via anterior e por via posterior – será realizada por dois oftalmologistas, respetivamente Dr. Ricardo Dias (Centro Hospitalar e Universitário de São João)/Dr.ª Sandra Prazeres (Hospital CUF Porto) e Dr.ª Dolores Abelenda (Hospital de Pontevedra, Espanha)/Dr.ª Filipa Ponces (CHUC).

De seguida, a Dr.ª Fabíola Murta, do Moorfields Eye Hospital (Reino Unido), e a Dr.ª Joana Providência, do CHUC, vão realizar uma blefaroplastia inferior cutânea. Por seu turno, o Prof. André Borba, de São Paulo (Brasil), e a Dr.ª Joana Couceiro, do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, vão executar uma blefaroplastia inferior transconjuntival. “Na maioria das vezes, além de remover pele, como se faz na blefaroplastia superior, também temos de fazer lipectomia. Por isso, vamos abordar as duas técnicas, removendo pele e bolsas de gordura palpebral”, antecipa Guilherme Castela.


Antes de encerrar a primeira parte do curso, a Dr.ª Nádía Lopes (Centro Hospitalar do Médio Tejo) e a Dr.ª Cátia Azenha (Hospital de Braga) vão realizar um *lift* mediofacial. “Recorremos a esta técnica tanto em situações estéticas, nomeadamente em casos de grande deflação dos tecidos resultante da idade, como em situações patológicas, como é o caso da reabilitação da paralisia facial”, explica Guilherme Castela.

Descompressão da parede lateral da órbita

- Técnica utilizada para reduzir a exoftalmia relacionada com a orbitopatia tiroideia em situações graves, como a neuropatia óptica compressiva ou a queratopatia de exposição, e também para reabilitação estética e funcional na doença inativa;
- Consegue reduzir a exoftalmia em cerca de 4 a 5 mm, tentando restabelecer a imagem da pessoa prévia à doença;
- Associando a descompressão da parede lateral profunda, consegue-se obter maior redução da exoftalmia;
- Técnica realizada perto do globo ocular e das estruturas orbitárias, requerendo, por isso, bom conhecimento anatómico para evitar complicações pós-operatórias.

CIRURGIAS DA ÓRBITA

Na segunda parte do curso, as atenções viram-se para a órbita, com a realização de “cirurgias mais complexas e uma curva de aprendizagem mais difícil”, como reconhece Guilherme Castela. “Vamos realizar dois tipos de cirurgias: a descompressão óssea combinada das paredes medial e inferior da órbita e a descompressão da parede lateral”, refere o coordenador do GPOO, que, juntamente com Fabíola Murta, realizará a segunda cirurgia.

A descompressão combinada das paredes medial e inferior será executada pelo Prof. Perez Moreiras (Hospital Clínico Universitário de Santiago de Compostela) e pela Dr.ª Dolores Abelenda. “A decisão de descomprimir a parede lateral, medial ou inferior depende do volume de exoftalmia, sendo que, por vezes, é necessário descomprimir as três paredes. Tudo depende do grau de exoftalmia e da experiência do cirurgião”, remata Guilherme Castela. 

18h00, Sala 1

BALANÇOS E CONTRIBUTOS PLURIDISCIPLINARES NA CERIMÓNIA DE ABERTURA




Prof. Rufino Silva

A sessão de abertura do 65.º Congresso Português de Oftalmologia contará com as participações do Prof. Rufino Silva (presidente da SPO), do Dr. José Pita Negrão (presidente honorário do congresso), da Prof.ª Maria João Quadrado (vice-diretora da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra), do Dr. Carlos Santos (presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra), do Dr. Augusto Magalhães (presidente do Colégio da Especialidade de Oftalmologia da Ordem dos Médicos), do Dr. Carlos Cortes (presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos), do Prof. José Manuel Silva (presidente da Câmara Municipal de Coimbra), e do Dr. José Ramos-Horta (presidente da República Democrática de Timor Leste), que, não podendo estar presente, deixará uma mensagem gravada para os congressistas. “Muito nos honra a presença destas personalidades, assim como de todos os congressistas, nacionais e estrangeiros, que participam no nosso congresso”, afirma Rufino Silva.

Enquanto presidente honorário, José Pita Negrão expressa a sua satisfação com o convite que lhe foi endereçado. “Encaro-o como um contributo para a evolução da Oftalmologia em Portugal. A minha geração viveu uma revolução tecnológica única, operávamos sem luvas e a olho nu. Atualmente, operamos a olhar para visores 3D e temos a robótica à porta, além de que a evolução da terapêutica médica trouxe novos campos de atuação”, refere. Nesse sentido, José Pita Negrão destaca a importância dos seus mestres, contemporâneos e discípulos. “Tal como eu, são fruto de uma escola que tanto valoriza a competência técnica como a conduta ética”, conclui.

Na sessão de abertura, Rufino Silva vai apresentar o balanço do que foi alcançado pela atual direção da SPO nos seus dois anos de mandato. “Enquanto presidente, pude constatar mais de perto a grande vitalidade da nossa sociedade. Em todos os momentos, foi possível contar com a ativa participação dos oftalmologistas nas diferentes atividades da SPO, tanto de caráter científico como, por exemplo, de *disease awarness* junto da sociedade civil. Apesar das contingências da pandemia, conseguimos realizar a maioria dos nossos eventos em contexto presencial e implementámos novas iniciativas, como os *webinars* ‘Quartas da SPO’ e a rubrica ‘À Conversa com o seu Médico Oftalmologista’ na TSF e na RPT1. Aliás, a presença mais regular dos oftalmologistas nos meios de comunicação, promovendo a literacia em saúde ocular e a defesa do ato médico, é de capital importância para a Oftalmologia nacional.”

Portanto, é com “sentimento de dever cumprido” que o atual presidente da SPO e a sua equipa passarão o testemunho à nova direção, que será eleita na Assembleia-geral de amanhã à tarde (17h00, sala 1), ao mesmo tempo que agradecem “a confiança dos sócios e o contributo de todos para tornar a SPO maior”. “É salutar ‘passar a pasta’ a uma nova equipa, que, com certeza, trará novas ideias e a quem desde já desejamos os maiores sucessos, a bem da Oftalmologia nacional”, remata Rufino Silva.  **Marta Carreiro**



Dr. José Pita Negrão

Mensagens em vídeo do Prof. Rufino Silva para os congressistas e sócios da SPO



PUB.

ESSILOR®
#1

A MARCA DE LENTES MAIS
RECOMENDADA EM TODO O MUNDO
PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE VISUAL

As lentes Essilor® Stellest™
abrandam a progressão da
miopia em média 67%**



essilor

Stellest™

**Em comparação com lentes unificais standard, quando utilizadas pelas crianças pelo menos 12 horas por dia, todos os dias. Ban, J., Huang, Y., Li, X., Yang, A., Zhou, F., Wu, J., Wang, C., Li, Y., Lim, E.W., Spiegel, D.P., Drobná, B., Chen, H., 2022. Lentes oftálmicas com microlentes asféricas para controlo da miopia vs lentes oftálmicas unificais. Estudo clínico randomizado. JAMA Ophthalmol. 140(5), 472-278. <https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2022.0401> As lentes Essilor® são qualificadas como dispositivos médicos nos termos previstos no Regulamento UE 2017/745.

Presente e disponível em todo o mundo - Pesquisa quantitativa realizada numa amostra representativa de 650 profissionais de saúde visual independentes pela CSA em Fevereiro de 2019 - França, Reino Unido, Alemanha, Itália, Espanha, EUA, Canadá, Brasil, China, Índia.

PUBLICIDADE

Santen