

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 | 2 | 3
DEZ. 2022
CONVENTO SÃO FRANCISCO
COIMBRA

2 DEZEMBRO
6.ª feira



INOVAÇÕES E OPORTUNIDADES EM NEUROOFTALMOLOGIA E GLAUCOMA

A neurooftalmologia é a subespecialidade em foco no dia de hoje, sexta-feira, começando com um simpósio dedicado às urgências neste âmbito (P.4-5). Na Conferência Cunha-Vaz, um dos momentos altos do Congresso Português de Oftalmologia, serão apresentadas as novidades no tratamento dos gliomas da via óptica (P.11). De destacar também a sessão de *update* em neurooftalmologia (P.12) e a Conferência José Rui Faria de Abreu, que versará sobre a retinopatia diabética (P.13). No sábado, as atenções estarão centradas no glaucoma, com um simpósio e uma conferência de atualização nesta área (P.16-17). Neste dia, realiza-se ainda o segundo Fórum de Advocacia deste congresso, que incidirá sobre a demografia dos oftalmologistas e as queixas na Ordem dos Médicos (P.23). Outros momentos aguardados são a Conferência Miguel Burnier, com novidades para fazer face ao melanoma intraocular (P.21), e o Simpósio Luso-Brasileiro (P.22-23)

Direção da SPO com alguns dos intervenientes no programa do congresso (da esq. para a dta.): À frente – Prof. Neil Miller, Dr. Pedro Fonseca, Prof.ª Carolina Ramos, Prof. Mário Motta, Dr.ª Ana Magriço, Prof. Rufino Silva, Prof.ª Lilianne Duarte e Prof. Miguel Ângelo Padilha. Atrás – Dr. Fernando Trancoso Vaz, Dr.ª Rita Gama, Prof. Manuel Falcão, Dr. João Feijão, Dr. Fausto Carvalheira, Prof. Pedro Menéres e Dr. Pedro Faria.

PUBLICIDADE

 **Théa**
let's open our eyes

PUBLICIDADE





10h30 – 12h00, Sala 1

URGÊNCIAS EM NEUROFTALMOLOGIA



Dr. Pedro Fonseca, coordenador do Grupo Português de Neuroftalmologia da SPO (segundo a contar da esquerda), acompanhado pela Prof.ª Joana Ferreira, pela Prof.ª Carolina Ramos e pelo Dr. Fausto Carvalheira, alguns dos preletores neste simpósio.

As paresias de VI par e de III par, a nevríte óptica, a neuropatia óptica isquémica anterior arterítica, a oclusão da artéria central da retina, a hipertensão intracraniana, a síndrome de Horner e miastenia *gravis* são as patologias em análise no Simpósio de Neuroftalmologia, que evidencia como atuar perante casos urgentes.

Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis

Na primeira preleção, o Prof. Eduardo Silva vai incidir sobre a paresia do VI par, patologia que causa uma “impossibilidade súbita do movimento do olho para fora e visão dupla”, afetando doentes de todas as idades. Nas crianças, no entanto, a abordagem desta patologia requer um maior cuidado. “Ao contrário do que acontece com os adultos, em que a maior parte das situações de paresia do VI par é benigna, muitas crianças apresentam esta sintomatologia secundária a lesões do sistema nervoso central, tornando imperativo a exclusão de lesões de natureza oncológica”, alerta o oftalmologista no CRI-OftaPed, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Após a identificação de uma paresia do VI par, devem ser pedidos exames de imagem, nomeadamente a ressonância magnética (RM) e/ou TAC, bem como uma colaboração multidisciplinar, que também é essencial na escolha do tratamento. Segundo

o Prof. Eduardo Silva, “oftalmologista pediátrico deve contar com o contributo do neuropediatra, do neurorradiologista, do neurocirurgião e, em alguns casos, do oncologista, cujos papéis são essenciais para identificação de sintomas, interpretação dos exames de imagem e abordagens médicas e/ou cirúrgicas”.

A seguir, o Dr. Fausto Carvalheira abordará a paresia do III par. Segundo o oftalmologista no Centro Hospitalar de Leiria/Hospital de Santo André, esta condição é considerada uma urgência neuroftalmológica porque “pode estar associada a situações de risco de vida para o doente”. “Perante uma paresia do III par com a pálpebra caída, a pupila dilatada e o olho virado para fora e para baixo, quem está no Serviço de Urgência tem de despistar imediatamente, com recurso à neuroimagem e o apoio de Neurologia, aneurismas, hemorragias ou tumores”, salienta o preletor. A confirmar-se alguma destas situações graves, “o doente deve ser

encaminhado para tratamento adequado, nomeadamente neurocirurgia ou cirurgia vascular”.

Já nos doentes com idade superior a 50 anos e fatores de risco como a hipertensão arterial ou a diabetes *mellitus*, a paresia do III par “tende a ser benigna”. Além disso, remata Fausto Carvalheira, “há situações que podem simular paresia do III par, nomeadamente a enxaqueca oftalmoplégica, a anisocoria, a miastenia *gravis* ou a oftalmopatia tiroideia”.

NEVRITE ÓPTICA E NEUROPATIA ISQUÉMICA ANTERIOR ARTERÍTICA

De seguida, as particularidades da nevríte óptica serão esmiuçadas pela Dr.ª Carolina Bruxelas. “Vou abordar os sintomas e sinais mais frequentes da nevríte óptica típica e as principais *red flags* que apontam para esta patologia”, antecipa a oftalmologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz. Esta preleitora também vai falar sobre o diagnóstico diferencial das várias etiologias da nevríte óptica, apresentando, no final, um caso clínico.

Na palestra seguinte, a Prof.ª Carolina Ramos vai alertar para a importância de uma rápida intervenção no diagnóstico e no tratamento da neuropatia óptica isquémica anterior arterítica, uma doença em que a “perda visual é muito grande e, regra geral, permanente e grave”. “É também uma doença sistémica, que não afeta só o nervo óptico, podendo provocar acidente vascular cerebral [AVC] ou enfarte agudo miocárdio, porque afeta artérias de todo o corpo”, afirma a oftalmologista e coordenadora do Curso de Neuroftalmologia da Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

Um dos primeiros sinais da neuropatia óptica isquémica anterior arterítica é a perda de visão, que pode ser transitória e depois permanente, sendo, por isso, uma patologia que “requer tratamento



urgente para evitar complicações”. “Inicialmente, a terapêutica é feita com corticosteroides em alta dose. Depois, pode-se optar por associar outros imunossuppressores, para minimizar os muitos efeitos colaterais indesejados da corticoterapia”, concretiza Carolina Ramos. Já no que diz respeito ao diagnóstico, a preletora destaca o recurso a “marcadores inflamatórios, ultrassonografia, angiografia combinada com RM e biópsia da artéria temporal”.

OCCLUSÃO DA ARTÉRIA CENTRAL DA RETINA

Depois, caberá à **Dr.ª Lígia Ribeiro** abordar a oclusão da artéria central da retina, que “é reconhecida como uma manifestação de AVC, partilhando causas e fatores de risco”. Por isso, defende a oftalmologista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, esta patologia deve ter uma abordagem sistémica similar à do AVC. “Além do tratamento agudo, é também muito importante a prevenção secundária para evitar futuros eventos cardiovasculares”, afirma a oradora.

O diagnóstico atempado é crucial, uma vez que “o prognóstico da oclusão da artéria central da retina não é favorável”, ao que acresce a pouca evidência científica, até ao momento, ao nível da terapêutica aguda. “A última meta-análise indica que a trombólise parece ser benéfica quando realizada dentro de quatro a cinco horas desde o início dos sintomas. No olho, a janela de oportunidade é curta”, conclui Lígia Ribeiro.

HIPERTENSÃO INTRACRANIANA

Acerca da hipertensão intracraniana, o **Dr. Filipe Silva** vai advertir que esta patologia “pode levar a uma perda visual”, traduzindo-se de diversas formas. “Por vezes, são perdas transitórias de visão, além de perda visual central ou periférica. Também pode ocorrer diplopia por estiramento do VI par craniano”, contextualiza o oftalmologista no Hospital da Luz Lisboa. Outra queixa que, muitas vezes, leva os doentes à urgência são as “dores de cabeça intensas, que agravam quando o doente se deita ou faz algum esforço que implique manobra de Valsalva”.

Para o diagnóstico, “a punção lombar é essencial, para além da análise da história clínica do doente. Depois, “importa perceber se a hipertensão intracraniana é idiopática ou se existe uma causa secundária subjacente, nomeadamente um tumor ou uma trombose venosa cerebral”. Já o tratamento “depende da situação concreta, podendo ser médico ou cirúrgico”. Em todo o processo, “o oftalmologista deve assumir um papel central, nomeadamente no diagnóstico e na monitorização da resposta ao tratamento”.

SÍNDROME DE HORNER

A seguir, a **Dr.ª Cátia Azenha** vai abordar a síndrome de Horner. “É uma perturbação do sistema nervoso simpático


da cabeça e do pescoço, que se manifesta pela tríade de ptose palpebral, miose e anidrose da face unilaterais”, explica a oftalmologista no Hospital de Braga. Esta preletora vai falar sobre os métodos de diagnóstico e a abordagem dirigida em função da clínica. “Frequentemente, a síndrome de Horner está associada a problemas de saúde graves e, dependendo da sua causa, pode-se associar a outros sinais e sintomas.” Esta perturbação “pode ser causada por tumores cerebrais, complicações vasculares da artéria carótida, AVC, doenças desmielinizantes, tumores cervicais ou torácicos, problemas pulmonares, neuroblastoma nas crianças, etc.”, frisa Cátia Azenha.

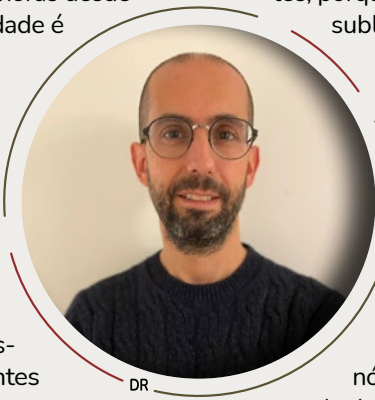
Quanto ao procedimento dos oftalmologistas perante a suspeita de síndrome de Horner, a oradora explica: “O primeiro passo é confirmar o diagnóstico e excluir outras causas de ptose palpebral e anisocoria através do exame clínico e com o auxílio das provas farmacológicas. O segundo passo é identificar a causa, podendo ser necessário o recurso a exames de imagem dirigidos, quando a clínica dá pistas localizadoras, ou a toda a cadeia simpática, quando a clínica não é suficiente”, diz Cátia Azenha, acrescentando que o tratamento depende da causa da doença. Nos casos de dissecação carotídea, “é necessário um diagnóstico e um tratamento urgentes, porque trata-se de uma situação ameaçadora de vida”, sublinha.

MIASTENIA GRAVIS

Por fim, a Prof.ª Joana Ferreira vai incidir sobre a miastenia *gravis*, uma “doença simuladora que pode mimetizar várias outras patologias que afetam a motilidade ocular, manifestando-se por ptose palpebral e/ou diplopia”, esclarece a oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria. Nesta apresentação, serão abordadas as formas de diagnóstico, os possíveis tratamentos e a evolução natural da doença.

Quanto ao diagnóstico de miastenia *gravis*, a preletora considera que “pode ser um desafio nos doentes cujos anticorpos responsáveis por esta doença neuromuscular são negativos, sendo necessário realizar um conjunto de testes para comprovar a fadiga clínica”.

O tratamento da miastenia *gravis* “é principalmente médico, com inibidores da acetilcolinesterase coadjuvados por imunossuppressores, mas também pode ser cirúrgico, caso exista timoma, ptose e/ou estrabismo, que, após estabilização da doença, não se resolveram completamente”. Na maioria dos casos, “a evolução natural da doença é positiva”, no entanto, “a maioria dos doentes com miastenia *gravis* ocular desenvolverá uma forma generalizada da doença nos primeiros dois anos”, adverte Joana Ferreira. 




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



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](https://www.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 99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

Depósito Legal n.º 338827/12

10h30 – 12h00, Sala 2

OTIMIZAR CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS EM CIRURGIA REFRACTIVA




Dr. Vítor Maduro (à esq.) e Dr. Nuno Alves, coordenadores do curso

O curso dedicado à partilha de dicas e utilidades do dia-a-dia na cirurgia refractiva começará com a apresentação do Dr. Luís Torrão, do Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, sobre como fazer o rastreamento dos doentes candidatos a este procedimento. “O objetivo é perceber quem é um bom candidato a cirurgia refractiva e que técnicas cirúrgicas é que são mais indicadas para cada doente”, explica o Dr. Vítor Maduro, um dos coordenadores deste curso e oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC).

Segue-se a apresentação do Dr. Luís Oliveira, do Centro Hospitalar Universitário do Porto, que demonstrará os benefícios da utilização

da tecnologia *StreamLight* na realização da PRK (*photo refractive keratectomy*). Já o Dr. João Feijão, do CHULC, dará a conhecer quais os limites atuais da cirurgia com LASIK (*laser in situ keratomileusis*). “Hoje, discute-se muito o facto de o número máximo de dioptrias a que um doente pode ser tratado com este método ser cada vez menor. Por isso, devemos enquadrar todos os exames que o doente realiza para perceber qual o limite desta técnica”, adianta Vítor Maduro.

Por sua vez, o Dr. Ivo Silva, do Hospital CUF Tejo, vai discorrer sobre qual o tamanho adequado de lentes fáquicas intraoculares para cada olho. “O modelo de lentes mais utilizado é o que se coloca por trás da íris, sendo que a sua segurança está mais do que comprovada. No entanto, ainda não temos uma avaliação quantitativa que seja totalmente capaz de fazer reproduzir o espaço onde vamos colocar a lente e medi-lo no pré-operatório. Tal seria importante, dado que muito do sucesso ou insucesso da cirurgia passa por encontrar o tamanho de lente adequado para determinado olho”, comenta o Dr. Nuno Alves, co-coordenador deste curso.

O também oftalmologista no CHULC destaca ainda apresentação do Dr. Bernardo Feijóo, do Hospital da Luz Lisboa, sobre RLE (*refractive lens exchange*), incidindo na escolha dos doentes e da lente intraocular mais indicada. “Para este tipo de cirurgia, geralmente, pensamos num doente que procura independência de óculos, que tem mais de 45 anos nos casos hipermetropes, ou mais de 50 anos nos casos míopes, nos quais há legitimidade para, mesmo antes de existir uma catarata, realizar cirurgia do cristalino transparente, com vista a corrigir o erro refrativo”, contextualiza Nuno Alves. O curso terminará com a intervenção do Prof. Fernando Faria-Correia, do Hospital de Braga, que partilhará as suas dicas sobre como otimizar os resultados da cirurgia de catarata.  **Marta Carreiro**



Instantes 

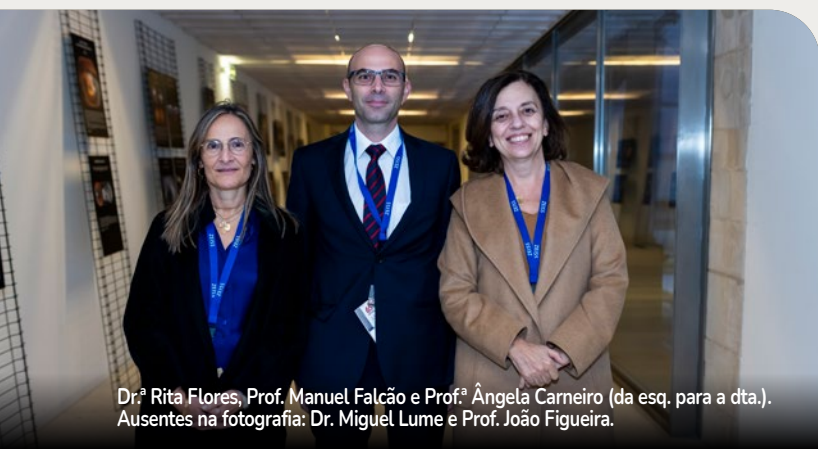
Ver mais fotografias



CooperVision®

10h30 – 12h00, Sala 3, Curso 8

FORMAÇÃO EM MACULOPATIAS MIÓPICAS



Dr.ª Rita Flores, Prof. Manuel Falcão e Prof.ª Ângela Carneiro (da esq. para a dta.). Ausentes na fotografia: Dr. Miguel Lume e Prof. João Figueira.

O motivo que levou à organização do Curso de Maculopatia Miópica prende-se com o facto de a alta miopia afetar uma percentagem considerável da população. Quem o diz é a Prof.ª Ângela Carneiro, uma das coordenadoras desta formação e oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), no Porto. “Claro que nem todos os doentes míopes apresentam miopia patológica. Esses, felizmente, correspondem a uma percentagem mais pequena. Contudo, a maculopatia miópica é um problema com que quase todos nós nos debatemos na nossa prática clínica diária, daí a relevância do tema para os oftalmologistas em geral”, justifica.


Enquanto co-coordenador deste curso, o Prof. Manuel Falcão evidencia o facto de “existirem cada vez mais armas terapêuticas para tratar estes doentes, principalmente no que diz respeito aos aspetos neovasculares e à componente de tração miópica”. “Com o aumento do número de míopes por todo o mundo, é importante

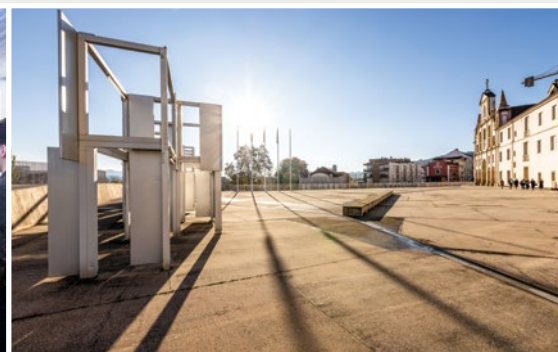
que os oftalmologistas conheçam todas as alterações retinianas causadas pela miopia”, completa.

Os dados epidemiológicos e as medidas preventivas da maculopatia miópica serão apresentados pelo Dr. Miguel Lume, do Centro Hospitalar Universitário do Porto. Segundo Ângela Carneiro, um dos aspetos a abordar será “o uso da atropina”. Por sua vez, a Dr.ª Rita Flores, do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, focará as alterações que, atualmente, não têm opções de tratamento efetivo disponíveis, como a maculopatia atrófica.

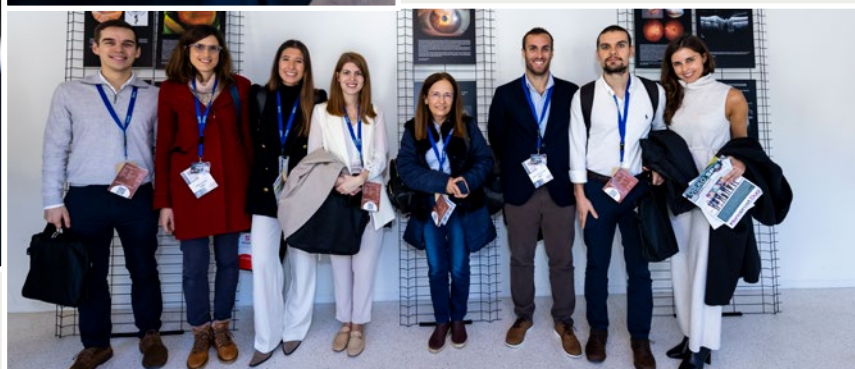
Segue-se a preleção de Manuel Falcão sobre neovascularização coroideia miópica. “Vou incidir, essencialmente, no diagnóstico. É necessário que se perceba que nem todas as hemorragias que aparecem no olho de um míope têm origem neste tipo de neovascularização”, adianta o oftalmologista no CHUSJ, apontando a tomografia de coerência óptica e a angiografia fluoresceínica como dois dos exames que podem ajudar no diagnóstico. Quando se confirma a existência de neovascularização com coroideia, “os anti-VEGF são uma opção de tratamento muito eficaz”, concretiza o preletor. E acrescenta: “Irei também mostrar que alguns doentes podem ser tratados só com uma ou duas injeções, por exemplo.”

Finalmente, o Prof. João Figueira, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, falará dos problemas da maculopatia tracional miópica. “Vamos tentar perceber quais os casos em que se justifica uma intervenção cirúrgica e quais aqueles que a dispensam”, adianta Ângela Carneiro. “Há casos que desenvolvem esquises e outros que chegam a provocar buracos maculares”, alerta ainda Manuel Falcão.

O curso terminará com um painel de casos clínicos ilustrativos, com o intuito de abordar as diferentes facetas da maculopatia miópica. Os casos serão apresentados por Ângela Carneiro, que os colocará à discussão com os oradores e a assistência do curso.  **Marta Carreiro**



Instantes 



Ver mais fotografias

10h30 – 12h00, Sala 4, Curso 9

DESAFIOS CLÍNICOS DO GLAUCOMA PEDIÁTRICO

O glaucoma pediátrico requer o estabelecimento de sinergias entre a Oftalmologia de adultos e a pediátrica. Esta mensagem é veiculada tanto pela Dr.ª Madalena Monteiro como pelo Dr. Pedro Faria, os dois coordenadores do curso 9. “O objetivo do curso é discutir os desafios clínicos do glaucoma pediátrico, que se colocam desde a suspeita do diagnóstico até ao tratamento médico e/ou cirúrgico”, sublinha Pedro Faria, coordenador do Grupo Português de Glaucoma da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia (SPO) e responsável pela Secção de Glaucoma do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

Por seu turno, Madalena Monteiro, coordenadora do Grupo Português de Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo da SPO, chama a atenção para a complexidade do glaucoma em idade pediátrica. “Trata-se de uma patologia com que os oftalmologistas pediátricos têm de lidar, mas, muitas vezes, precisamos da ajuda de quem está mais vocacionado para o tratamento do glaucoma, e vice-versa, porque a abordagem na criança é diferente da do adulto”, acrescenta a também oftalmologista no CHUC.


O caminho desde a suspeição até ao diagnóstico de glaucoma na criança será analisado pela Dr.ª Filipa Teixeira, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, que vai indicar os indícios a que os oftalmologistas devem estar atentos. “O glaucoma não se manifesta apenas com uma pressão intraocular alta, podendo também estar associado ao aumento do comprimento axial na criança ou a uma córnea mais opaca”, refere Madalena Monteiro.

De seguida, o Dr. Sérgio Estrela Silva, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, vai explicar quando e como tratar o glaucoma pediátrico, com foco na terapêutica médica. “Quando selecionamos a medicação, temos de ter em conta que há certos colírios que podem interferir com a atividade da criança, porque podem ter efeitos secundários mais acentuados do que nos adultos”, adverte Pedro Faria.



Dr.ª Madalena Monteiro, Dr. Pedro Faria e Dr.ª Filipa Teixeira (da esq. para a dta.). Ausentes na fotografia: Dr. Sérgio Silva, Dr.ª Isa Sobral e Prof. Julian Garcia Feijoo.

Quando o tratamento médico não é eficaz, a cirurgia torna-se necessária, como vai explicar o Prof. Julian Garcia Feijoo, responsável pelo Departamento de Oftalmologia do Hospital Clínico San Carlos, em Madrid. Este preletor falará sobre as técnicas cirúrgicas mais usadas no glaucoma pediátrico, suas complicações e desafios. Segundo Pedro Faria, “no glaucoma congénito, as técnicas mais utilizadas são a goniotomia e a trabeculectomia”.

Neste curso, será ainda abordado o *follow-up* da criança com glaucoma, na apresentação da Dr.ª Isa Sobral, oftalmologista no CHUC. Um tema essencial, uma vez que “a doença não acaba com a cirurgia e tem de estar permanentemente controlada”. “É fulcral definirmos o *timing* para avaliar cada criança e percebermos quando devemos mudar para uma vigilância mais apertada. Numa criança mais pequena, nem sempre conseguimos realizar a avaliação num gabinete de consulta, pelo que, por vezes, a observação tem de decorrer no bloco operatório”, remata Madalena Monteiro.  **Pedro Bastos Reis**



Instantes 



Ver mais fotografias



MiYOSMART TOTAL

O tratamento inovador de 3 anos que inclui:



Lentes necessárias para possíveis alterações superiores a 0.50 dp na graduação ou crescimento da criança, adolescente ou jovem.



Tranquilidade para os pais e para a saúde visual dos filhos. O tratamento MiYOSMART TOTAL recomenda que seja efetuado um seguimento regular de cada paciente para monitorizar a efetividade terapêutica.



Tratamento seguro, não invasivo em material resistente e com proteção UV.



Seguro com franquia em caso de quebra, perda ou roubo.

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



HOYA
FOR THE VISIONARIES

12h00 – 12h30, Sala 1

“A GENÉTICA MOLECULAR ABRE UMA NOVA ERA NO TRATAMENTO DOS GLIOMAS DA VIA ÓPTICA”

Em entrevista, o **Prof. Neil R. Miller, oftalmologista do Wilmer Eye Institute e professor na Faculdade de Medicina da Universidade Johns Hopkins (EUA)**, comenta a forma como a genética molecular veio revolucionar o tratamento dos gliomas da via óptica. O especialista norte-americano é o preletor da Conferência Cunha-Vaz deste ano.

 Cláudia Brito Marques

Porque vai falar de uma nova era no tratamento dos gliomas da via óptica (GVO)?

Até há bem pouco tempo, não dispúnhamos de um tratamento nem eficaz, nem específico para os GVO. Porém, nos últimos anos, percebeu-se que estes tumores têm uma “pegada” genética molecular, o que permitiu o desenvolvimento de terapêuticas-alvo. Hoje em dia, temos maior probabilidade de salvar a visão e até mesmo a vida dos doentes, em alguns casos. Para podermos utilizar estas terapêuticas-alvo, temos de conhecer a genética molecular do tumor e, para tal, necessitamos de realizar biópsia. Há crianças que não necessitam de tratamento, porque os seus tumores apresentam um ritmo de crescimento quase nulo. Há outras crianças que precisam de terapêutica, mas esta pode não ser específica, não havendo também necessidade de realizar biópsia. Porém, em casos de tumores maiores e mais agressivos, deve-se realizar biópsia e optar por terapêutica específica.

Do ponto de vista terapêutico, quais são os GVO mais desafiantes?

Aqueles que abrangem ambos os nervos ópticos e/ou uma grande parte da via óptica. Ou seja, os gliomas que não estão apenas num nervo... Quando o tumor envolve o quiasma óptico, a grande preocupação é o facto de esta área onde os nervos se juntam ser muito próxima de outras estruturas neurológicas, o que pode aumentar o risco em termos de sobrevivência da criança.

Quais são os tratamentos convencionais dos GVO?

Os tratamentos convencionais assentam em quimioterapia não específica (vincristina, actinomicina D, cisplatina, entre outros agentes), para prevenir ou travar o crescimento dos tumores.

De que novidades terapêuticas vai falar na conferência?

Atualmente, sabemos que há duas anomalias genéticas principais que estão na origem destes gliomas: a mutação do gene BRAF e a mutação de fusão. A via RAF é de crescimento celular, pelo que, se conseguirmos inibir essa via no tumor, conseguiremos reduzir o seu tamanho e a sua agressividade. A outra é uma mutação para a qual também já existe terapêutica-alvo, que pode ser eficaz. Os novos tratamentos incluem o dabrafenib, o encorafenib (inibidores da mutação no gene BRAF), o trametinib e o selumetinib (inibidores da mutação no gene MEK).


As novas moléculas dirigidas ao alvo conferem otimismo a quem trata doentes com GVO?

Sem dúvida! Para alguém que, como eu, tem vindo a lidar com esta patologia ao longo dos últimos 50 anos, é entusiasmante poder contar com estas novas terapêuticas. A genética mo-



lecular abre uma nova era no tratamento dos GVO, na medida em que nos trouxe uma nova forma de abordar e tratar estes doentes. Não quero sobrevalorizar estes tumores, que, na sua maioria, são benignos, mas, pela primeira vez, temos armas para tratar crianças que ficariam cegas ou morreriam devido a um GVO. Esta é uma fase muito gratificante para quem está envolvido na prestação de cuidados às crianças com gliomas.

A Conferência Cunha-Vaz é um momento especial do Congresso Português de Oftalmologia, porque homenageia este eminente oftalmologista. Como se sente, enquanto conferencista convidado?

Conheço o Prof. José Cunha-Vaz há muitos anos. Ele concretizou tanto na área da Oftalmologia que, para mim, é uma enorme honra ser convidado para falar numa conferência em sua homenagem. 

Desafios de diagnóstico e prognóstico

No que respeita ao diagnóstico dos gliomas da via óptica, o Prof. Neil R. Miller salienta que os oftalmologistas devem estar particularmente atentos a:

- Protrusão ocular;
- Estrabismo (sem causa óbvia);
- Alteração de cor no disco óptico (aquando do exame de observação da parte posterior do olho);
- Defeito ou área de resposta diferente (na observação da pupila com lanterna).

Relativamente ao prognóstico, na medida em que estes doentes são crianças, “é um pouco difícil avaliar a acuidade visual, mas pode-se recorrer a exames imagiológicos como a ressonância magnética e a tomografia axial computadorizada, para avaliar o tumor, ou a tomografia de coerência óptica, para avaliar a espessura das fibras do nervo óptico”. Segundo Neil R. Miller, “a par do comportamento da criança, estes exames ajudam na determinação do prognóstico”.

Excertos da entrevista em que o Prof. Neil R. Miller evidencia o papel da genética no tratamento dos gliomas da via óptica



12h30 – 13h00, Sala 2

UPDATE EM NEUROFTALMOLOGIA

Os desafios e a necessidade de novas classificações na neurite óptica, o papel da inteligência artificial na neuroftalmologia e as novidades na gestão dos meningiomas da bainha do nervo óptico são os tópicos em discussão nesta sessão, que conta com três preleções de especialistas internacionais.

 Pedro Bastos Reis

Na primeira palestra, o Prof. Axel Petzold vai começar por enaltecer o papel dos exames de imagem no diagnóstico da neurite óptica. “Importa realçar as modalidades imagiológicas, nomeadamente a ressonância magnética e a tomografia de coerência óptica [OCT]. Esta última é uma técnica muito bem tolerada e rápida de realizar”, destaca. Quanto à terapêutica, o oftalmologista no Moorfields Eye Hospital, no Reino Unido, salienta o advento de “tratamentos imunomoduladores”, embora ainda seja uma área com necessidades médicas por preencher.

Até há pouco tempo, existia uma “espécie de dogma em Medicina de que a neurite óptica tinha origem na esclerose múltipla [EM]”. No entanto, “os novos dados epidemiológicos demonstram que isso não é verdade, pois existem várias outras formas de neurite óptica que não são causadas pela EM e que são tratáveis”, assegura o também docente no University College London.

Nesse sentido, Axel Petzold considera fulcral a realização de estudos mais alargados para aferir se “uma grande proporção de doentes com síndromes isoladas de EM desenvolve neurite óptica”, tendo em conta que esse é o sintoma mais frequente. “Importa também saber se, no contexto da neuromielite óptica, o interferão beta é ou não indicado”, acrescenta o especialista, vincando a importância de definir novos sistemas de classificação da neurite óptica. “As *guidelines* devem deixar claro para os oftalmologistas e neurologistas quais são as orientações para o diagnóstico, para a definição dos subgrupos de doentes e para o tratamento mais adequado”, conclui Axel Petzold.

CONTRIBUTO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

De seguida, o Prof. Dan Milea vai refletir sobre o papel da inteligência artificial na neuroftalmologia, apresentando alguns exemplos concretos e a sua experiência na identificação de casos de papiledema, uma patologia cujo diagnóstico vai para além do âmbito de atuação da Oftalmologia. “Qualquer oftalmologista deve saber olhar para o interior do olho e identificar lesões do nervo óptico, que podem sugerir lesões do sistema nervoso central, em particular uma hipertensão intracraniana ou uma pressão intracraniana aumentada, que se manifesta por papiledema”, contextualiza o neuroftalmologista no Singapore National Eye Centre, em Singapura, e no Centre Hospitalier Universitaire d’Angers, em França.

Para desenvolver um sistema capaz de reconhecer o papiledema de forma mais eficaz, Dan Milea e o seu grupo de investigação recolheram informação de “mais de 15 mil exames, de 20 países”,



Prof. Axel Petzold



Prof. Dan Milea



Prof. Neil R. Miller com o Dr. Pedro Fonseca, coordenador do Grupo Português de Neuroftalmologia


utilizando depois uma tecnologia inovadora para os analisar. “Usámos cinco conjuntos de dados externos completamente independentes e o sistema funcionou muito bem. A área coberta teve uma eficácia de deteção do papiledema entre 90 e 93%”, revela.

Apesar de esta tecnologia estar ainda numa fase muito precoce, Dan Milea acredita que “a inteligência artificial poderá não só classificar várias anomalias do nervo óptico, como também reconhecer doenças cerebrais que não se manifestam na retina”. “Mas ainda estamos numa fase inicial e estes achados são apenas preliminares. A inteligência artificial ainda não é uma ferramenta determinante no diagnóstico, mas já tem valor no *screening*”, remata o preletor.

INOVAÇÕES EM MENINGIOMAS DO NERVO ÓPTICO

Na terceira preleção, o Prof. Neil R. Miller vai falar sobre as novidades na gestão dos meningiomas da bainha do nervo óptico (MBNO), patologia que acarreta decisões complexas para o neuroftalmologista. “Ao longo dos anos, tornou-se evidente que podemos fazer tratamento com radiação, geralmente com bons resultados. Contudo, quando o tumor está adjacente ao próprio olho, a radiação pode causar dano permanente e cegueira devido à lesão do nervo óptico. Quer observemos, quer tratemos com algum tipo de radiação, há sempre riscos significativos e, em alguns doentes, nomeadamente os diabéticos, os riscos são maiores”, alerta o oftalmologista no Wilmer Eye Institute e professor na Faculdade de Medicina da Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos.

No entanto, não intervir acarreta riscos substanciais para o doente, uma vez que “o tumor pode estender-se até ao outro nervo óptico, causando cegueira bilateral”. Assim, é obviamente necessário proporcionar tratamento aos doentes com MBNO. Nesse âmbito, Neil R. Miller remete para a

mais recente investigação nesta área, nomeadamente a descoberta de mutações específicas nos doentes com MBNO. “Perante um tumor que exige tratamento, se considerarmos que a radiação é demasiado perigosa, poderá vir a ser possível remover um pequeno tecido do tumor através de biópsia, sem causar dano à visão”, antecipa o especialista. Essa possibilidade, apesar de ainda estar numa fase muito precoce de investigação, “poderá levar a que a terapêutica dirigida ao alvo possa ser usada nos doentes com MBNO”, remata Neil R. Miller. 

Destaques das entrevistas em vídeo com os três preletores



14h15 – 15h00, Sala 2

CONFERÊNCIA PROF. J. RUI FARIA DE ABREU

Depois da homenagem ao legado desta figura marcante na Oftalmologia portuguesa, o Prof. José Cunha-Vaz falará sobre novas evidências e necessidades ainda não preenchidas no âmbito da retinopatia diabética, uma das áreas a que o Prof. Faria de Abreu mais se dedicou.

Como explica o Prof. Rufino Silva, presidente da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia (SPO) e oftalmologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), “o Prof. José Rui Faria de Abreu (1945-2012) marcou uma geração de oftalmologistas, não só como médico e mestre, mas também como amigo e conselheiro”. Tendo exercido no CHUC, este oftalmologista “foi muito importante para a especialidade e contribuiu muito para a inovação na área da retina médica em Portugal.” “Era também conhecido pela sua acutilância e pela capacidade de provocar uma reação nas pessoas, mas com um sentido de humor muito característico”, acrescenta Rufino Silva, que, na sua palestra de homenagem, vai também revelar alguns momentos vividos entre ambos.

O Prof. José Rui Faria de Abreu deu um grande contributo na área da retinopatia diabética, à semelhança do Prof. José Cunha-Vaz, presidente da Associação para a Investigação Biomédica e Inovação em Luz e Imagem (AIBILI) e ex-diretor do Serviço de Oftalmologia do CHUC. “Assim se explica a temática da conferência, pois foi um tema que os uniu muito, tendo ambos os oftalmologistas trabalhado de perto, tanto ao nível clínico como de investigação, deixando uma marca significativa na Oftalmologia de Coimbra e nacional”, justifica o presidente da SPO.

Na sua palestra, José Cunha-Vaz vai começar por discorrer sobre a etiologia da retinopatia diabética (RD), sublinhando que “alguns doentes com diabetes *mellitus* desenvolvem esta patologia até a um ponto que leva à perda de visão, o que requer o recurso a tratamentos mais agressivos”. Outros, no entanto, “nunca chegam a ter complicações ao nível ocular”. Nesse sentido, para perceber as diferentes formas de progressão, estão em curso uma série de estudos no Instituto Biomédico de Investigação da



Luz e Imagem (IBILI), em Coimbra, cujos resultados serão apresentados nesta sessão.

Já no que diz respeito ao tratamento da RD, José Cunha-Vaz afirma que “só quando surgem as alterações é que se recorre ao laser, aos fármacos anti-VEGF, com injeções intravítreas, ou a cirurgia”. “Estes tratamentos são realizados quando as complicações atingem um estado grave. Por isso, é crucial conhecer os indicadores de risco de progressão da doença, para ser possível tratar na altura ideal”, adverte o preletor.

Relativamente aos biomarcadores nesta área, José Cunha-Vaz explica que “são obtidos através da OCT-A (angiografia por tomografia de coerência óptica), que verifica, de uma forma não invasiva, a densidade microvascular na retina e na mácula. Essas alterações mostram se há deficiência circulatória ou isquemia”, acrescenta. Outros marcadores relevantes são a existência de edema na retina e a neurodegenerescência. “As alterações neurodegenerativas reveladas na OCT indicam um prognóstico de progressão, sugerindo a existência de uma possível lesão microvascular”, refere o presidente da AIBILI.

Uma das formas de progressão da RD é a via isquémica e, nestes casos, “há a possibilidade de intervir antes de surgirem complicações, evitando que a deficiência circulatória se instale”, elucida José Cunha-Vaz. Já no caso da neurodegenerescência, “há medicamentos neuroprotetores que nunca foram ensaiados no acompanhamento das fases iniciais da doença e que têm potencial para serem indicados como tratamento mais precoce da RD”.

Para o futuro, remata o orador, “prevê-se a possibilidade de fazer um tratamento mais preventivo”. Nesse sentido, “o objetivo passa por perceber a progressão da RD e que doentes estão em maior risco”. “Usando esses biomarcadores, poder-se-á categorizar os doentes e permitir o desenvolvimento de novas terapêuticas que possam travar a evolução da RD antes das complicações”, conclui José Cunha-Vaz. Diana Vicente

Comentários em vídeo dos Profs. Rufino Silva e José Cunha-Vaz



17h00, Auditório

ELEIÇÃO DA PRÓXIMA DIREÇÃO DA SPO E ENTREGA DE NOVA MONOGRAFIA

A Assembleia-geral da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia (SPO) deste congresso tem como principal destaque a eleição dos novos órgãos sociais da SPO para o biénio 2023-2024, sendo que há duas listas concorrentes. De recordar que existe a possibilidade de votar eletronicamente – os sócios que manifestem essa opção junto da SPO recebem uma mensagem explicativa do procedimento.

Outro destaque da Assembleia-geral é a entrega da mais recente monografia da SPO, dedicada à miopia, cuja edição foi coordenada pela Prof.ª Lilianne Duarte, contando com o contributo de 152 oftalmologistas, dos quais 150 autores de capítulos e dois coeditores. “A cada dois anos, a SPO produz uma monografia acerca de um tema específico. A edição de 2022 versa sobre a miopia, uma patologia muito presente, tendo em consideração o número crescente de míopes no mundo, e para a qual têm surgido várias propostas de intervenção ao nível da prevenção da progressão, da correção e do tratamento das complicações”, sublinha a oftalmologista no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga/Hospital de São Sebastião.

A monografia *Myopia* tem 364 páginas e 69 capítulos e subcapítulos, “abrangendo todas as implicações da miopia em todas as valências da Oftalmologia”. “Esta monografia traz algumas novidades, nomeadamente o facto de ter sido escrita em inglês e a sua disponibilização na biblioteca digital da SPO. Por outro lado, além da habitual identificação ISBN (*international standard book number*), dispõe de DOI (*digital object identifier*), permitindo maior difusão ao nível nacional e internacional, facilidade de acesso digital e também maior referência”, esclarece a coordenadora. Como o Prof. Rufino Silva, presidente da SPO, escreve no prefácio, o objetivo é que “todos os oftalmologistas e internos de formação considerem este livro como uma referência para a sua prática clínica”.

Esta monografia também reforça a parceria da SPO com a o laboratório Théa, que “ao longo dos últimos anos, tem apoiado a produção científica da SPO, particularmente as suas monografias”, evidencia Lilianne Duarte. A Théa também ajudará a SPO a fazer chegar um exemplar físico desta obra a todos os oftalmologistas em Portugal. Marta Carreiro



10h30 – 12h00, Sala 2, Curso 10

ATUALIZAÇÃO EM LENTES INTRAOCULARES FÁQUICAS



Prof. Tiago Monteiro (à esq.) e Dr. Ivo Silva, coordenadores do curso

As indicações, os resultados clínicos e a gestão de complicações dos dois grandes tipos de lentes intraoculares (LIO) – as lentes de câmara anterior de fixação à íris e as lentes de câmara posterior de fixação no sulco ciliar – são os temas em análise no curso 10. De acordo com o Dr. Ivo Silva, oftalmologista no Hospital CUF Tejo, um dos principais objetivos deste curso que coordena com o Prof. Tiago Monteiro, oftalmologista no Hospital de Braga, é apresentar “uma abordagem geral sobre a importância das LIO fáquicas na correção dos erros refrativos da miopia, do astigmatismo e da hipermetropia, revendo as indicações e contraindicações de cada lente”.

Na primeira preleção, o Prof. António Marinho, oftalmologista no Hospital Luz Arrábida, vai falar sobre as indicações e a seleção dos doentes, abordando a decisão entre colocar uma LIO fáquica ou

optar pelo LASIK (*laser-assisted in situ keratomileusis*). Segundo Tiago Monteiro, “existem zonas cinzentas no processo de escolha, que deve ter em conta fatores como a idade e o estilo de vida do doente, o grau de erro refrativo, a experiência do cirurgião e os resultados dos exames pré-operatórios”.

De seguida, a Dr.ª Sílvia Monteiro, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto, vai discorrer sobre as LIO fáquicas de fixação à íris, fazendo um resumo das indicações para este tipo de lente e evidenciando as técnicas a adotar para que a cirurgia seja bem-sucedida e os cuidados a ter no pós-operatório. Depois, Ivo Silva vai debruçar-se sobre as LIO fáquicas de câmara posterior. “O meu objetivo é relembrar as indicações e os critérios de seleção dos doentes para implante destas lentes, apresentando os últimos dados de eficácia e segurança disponíveis”, sintetiza. Nesta apresentação, o oftalmologista vai ainda discutir “a avaliação pré-operatória e a escolha da lente”, explicando como definir o tamanho mais adequado de lente para cada olho.

Também orador no curso, Tiago Monteiro prossegue com a descrição da técnica para a cirurgia combinada de extração da LIO fáquica e da catarata, seguindo-se o implante de uma lente pseudofáquica. Por último, o Dr. Vítor Maduro, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, vai falar sobre a extração de LIO por perda de endotélio, uma situação mais complexa. “Ao passo que, nas explantações da lente por catarata, podemos fazer o procedimento combinado na mesma cirurgia com muita segurança; nos casos de perda grave de endotélio ou descompensação corneana, a explantação da lente pode ter de ser feita em combinação com transplante de córnea, o que é tecnicamente mais difícil e está associado a mais complicações”, remata Tiago Monteiro. **Pedro Bastos Reis**



Instantes



Ver mais fotografias

10h30 – 12h00, Sala 3, Curso 11

TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DO ESTRABISMO

Conforme explica a **Dr.ª Madalena Monteiro**, a ideia para a realização deste curso partiu do Grupo Português de Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo (GPOPE) da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, no qual é coordenadora, e tem como objetivo partilhar a experiência e os resultados dos oftalmologistas portugueses dos diversos hospitais do país no manejo desta técnica.

Nesta formação, Madalena Monteiro vai começar por fazer uma palestra introdutória, em que vai explicar que terapêutica é esta e como funciona. “Na década de 1970, o Dr. Alan Scott começou a fazer estudos sobre a utilização da toxina botulínica no tratamento do estrabismo, com os primeiros resultados a serem publicados em 1980. Desde então, é uma técnica utilizada como forma de evitar a cirurgia”, contextualiza a oftalmologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Feita esta introdução, o Dr. Ricardo Parreira, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto, vai incidir sobre o uso da toxina botulínica nas endotropias (esotropias) precoces e tardias, enquanto a Dr.ª Sara Pinto, oftalmologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, vai refletir sobre a toxina botulínica enquanto tratamento adjuvante das hipo e hipercorreções cirúrgicas. Por seu turno, o Dr. Paulo Loureiro, oftalmologista no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, abordará a toxina botulínica na paralisia oculomotora, referindo o papel desta terapêutica enquanto adjuvante na cirurgia ou enquanto solução isolada. Refletindo sobre os tipos de estrabismo em que a toxina botulínica poderá ser mais útil, Madalena Monteiro



considera que esta terapêutica “tem apresentado melhores resultados nas endotropias e nos estrabismos paralíticos”, registando menor eficácia “nas exotropias e nos estrabismos divergentes”.

As temáticas seguintes incidirão sobre as técnicas para a injeção da toxina botulínica e sobre as complicações associadas a esta terapêutica, com apresentações feitas, respetivamente, pela Dr.ª Cláudia Costa Ferreira (Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga) e pela Dr.ª Raquel Seldon (Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto). Sobre o modo de administração, Madalena Monteiro realça que esta terapêutica “pode ser aplicada por injeção através da conjuntiva, com ou sem recurso ao eletromiógrafo, ou cirurgicamente, abrindo a conjuntiva e injetando diretamente no músculo, com a sua visualização direta”.

Já no que diz respeito às complicações, a coordenadora do GPOPE nota que a mais frequente e a que gera mais preocupação entre os pais das crianças é a ptose, embora esta seja “um efeito temporário”, para qual deve haver sensibilização. Com este curso, Madalena Monteiro espera passar a mensagem de que “a toxina botulínica é uma opção terapêutica viável, cuja utilização e resultados dependem da experiência pessoal de cada um”. **Pedro Bastos Reis**

PUB.



Conforto
Hidratação

A MAIS COMPLETA*

Saúde**
Design

A **Tecnologia Advanced MoistureSeal®** oferece a maior retenção de hidratação após **16 horas¹**, em comparação com as principais lentes de silicone-hidrogel diárias***

A **Tecnologia ComfortFeel** liberta uma combinação única de componentes para o conforto e a saúde ocular para ajudar a proteger, enriquecer e estabilizar o filme lacrimal²

Cada dia é uma nova oportunidade para ir além com a lente diária de silicone-hidrogel que tem tudo*



Live the ULTRA Life.

BAUSCH + LOMB

* Apenas as lentes de contacto ULTRA® ONE DAY da BAUSCH + LOMB oferecem um sistema completo de hidratação e conforto com as tecnologias Advanced MoistureSeal® e ComfortFeel, aliadas a um desenho completo com DiV alto, módulo baixo, filtro de radiação UV e ótica de alta definição.

** As tecnologias do material das lentes de contacto ULTRA® ONE DAY da BAUSCH + LOMB, aliadas à inclusão de determinados componentes para o cuidado dos olhos, atuam de forma conjunta para favorecer um ambiente saudável e estável no filme lacrimal e na superfície ocular.

*** vs as principais lentes de contacto de silicone diárias como as Dailies Total® e Acuvue® Oasys 1-Day Day.

¹ Schaller J, Stelten R, Reindel W. A clinical assessment of dehydration resistance for a novel silicone hydrogel lens and six silicone hydrogel daily disposable lenses. Apresentação em póster na Reunião Anual da American Academy of Optometry de 2020. ² Rah M. Ocular surface homeostasis and contact lens design. Fevereiro 2021. Disponíveis em: <https://viendolavida.com/bi-ultra-one-day-tech-talk-ocular-surface-homeostasis/>

As lentes de contacto são dispositivos médicos. ULTRA® ONE DAY da BAUSCH + LOMB e MoistureSeal® são marcas comerciais da Bausch & Lomb Incorporated ou suas filiais. Todos os restantes nomes de marcas/ produtos e/ou logótipos são marcas comerciais dos seus respetivos titulares.

© 2022, Bausch & Lomb Incorporated. Para mais informações sobre os produtos, leia atentamente a rotulagem e folheto de instruções ou contacte-nos. Material publicitário preparado em junho 2022. AUC-PTZ206-13

10h30 – 12h00, Sala 1

CIRURGIA NO GLAUCOMA PARA ALÉM DA TRABECULECTOMIA

Discutir opções cirúrgicas alternativas no glaucoma é o mote do simpósio dedicado a esta área oftalmológica. Especialistas de diferentes centros vão apresentar as vantagens, indicações e complicações das diversas técnicas, nomeadamente os implantes trabeculares, os dispositivos de drenagem posterior, os implantes subconjuntivais *ab externo* e *ab interno*, a canaloplastia e a esclerectomia profunda.

 Pedro Bastos Reis



Dr.ª Isabel Lopes Cardoso, Prof. Ricardo Paletta Guedes e Dr.ª Teresa Gomes, intervenientes no simpósio, acompanhados pelo Dr. Pedro Faria, coordenador do Grupo Português de Glaucoma da SPO.

As vantagens do recurso aos implantes trabeculares serão abordadas pelo Prof. Ricardo Paletta Guedes, que considera que estes dispositivos têm a “capacidade de mudar a história natural da doença e da obstrução progressiva de drenagem”. “No glaucoma de ângulo aberto, o problema que causa a elevação da pressão intraocular é a obstrução da via de drenagem de escoamento do humor aquoso. Por isso, se conseguirmos romper precocemente a barreira trabecular, conseguimos controlar a pressão intraocular de forma mais eficaz”, explica o presidente da Sociedade Brasileira de Oftalmologia.

De acordo com o oftalmologista no Instituto de Olhos Paletta Guedes, no Brasil, estes implantes trabeculares “representam uma alternativa válida à terapêutica não invasiva do glaucoma, como os colírios ou o laser, não sendo alternativas diretas à trabeculectomia”. “Quando os colírios ou o laser já não funcionam, normalmente optamos pela trabeculectomia. Contudo, com os implantes trabeculares, existe uma mudança de paradigma, porque podemos agir cirurgicamente, de forma mais segura e precoce, quando os colírios ainda estão a atuar.”

Este modo de atuação é particularmente importante porque permite “preservar a função ocular do doente durante mais tempo”, contornando as dificuldades subjacentes à adesão terapêutica nos colírios.

DISPOSITIVOS DE DRENAGEM POSTERIOR

Por sua vez, o Prof. Luís Abegão Pinto vai apresentar a experiência clínica relativa à utilização de novos dispositivos de drenagem posterior, nomeadamente os tubos de PAUL® e Ahmed ClearPath®. “Estes dispositivos são usa-

dos primariamente quando achamos que um doente está em risco de falência terapêutica e nos casos em que não existem grandes hipóteses de a cirurgia de primeira linha ser bem-sucedida”, contex-

tualiza o oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHULN/HSM).

A experiência dos últimos anos no manejo destes novos dispositivos será explanada pelo preletor, que faz um balanço positivo, até ao momento, da utilização dos mesmos no CHULN/HSM. “Há pouca literatura, uma vez que não existem dados a longo prazo, mas os resultados de curto prazo são encorajadores”, afiança Luís Abegão Pinto. E assegura: “A curva de aprendizagem está ultrapassada e os resultados, na nossa óptica, pelo menos não são piores do que com os dispositivos clássicos.” Assim, defende que, caso estas vantagens se venham a confirmar a longo prazo, “deve-se considerar a utilização dos novos dispositivos”. Admite, no entanto, que o recurso aos tubos de PAUL® ou aos tubos Ahmed ClearPath® é “tecnicamente mais complexo e demorado do ponto de vista intraoperatório”.

Em seguida, o Dr. André Barata, oftalmologista no CHULN/HSM, vai discorrer sobre implantes subconjuntivais *ab externo*.

CANALOPLASTIA

Já a Dr.ª Isabel Lopes Cardoso centrar-se-á na canaloplastia, “uma técnica cirúrgica inovadora, com um conceito puramente reabilitador”. “Esta técnica caracteriza-se por ter um perfil muito seguro e enquadra-se no âmbito da cirurgia não penetrante, logo, menos invasiva, não havendo uma descompressão tão descontrolada durante e após a cirurgia, mas com uma atuação circunferencial na via de drenagem convencional”, destaca a oftalmologista no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga.

Neste procedimento, as complicações, “nomeadamente relacionadas com hipotonia, perda da câmara anterior, descolamento da coroide ou complicações de tipo infecciosas, embora possam acontecer, têm uma incidência muito menor”. Será abordada tanto a técnica *ab externo* como os procedimentos de canaloplastia *ab interno*, que se enquadram mais na filosofia da MIGS (*microinvasive glaucoma surgery*).

Para corroborar as vantagens da canaloplastia, Isabel Lopes Cardoso vai apresentar os resultados da sua experiência cirúrgica de 12 anos com esta técnica, vincando que “a atuação circunferencial no canal de Sclermm permite manter uma grande proporção de doentes livres de medicação, pois tem um sucesso completo bastante elevado e sustentado no tempo”. “É um procedimento que requer paciência e atenção aos pormenores tendo também alguma curva de aprendizagem, dificuldades que, uma vez ultrapassadas, permitem que a cirurgia seja feita com um acréscimo mínimo no tempo cirúrgico”, reforça a oradora.

ESCLERECTOMIA PROFUNDA

Em seguida, a Dr.ª Cláudia Gonçalves vai enumerar os benefícios da esclerectomia profunda, recomendada para doentes com glaucoma primário de ângulo aberto. “É uma cirurgia não penetrante, na qual,



para além de ser criada uma membrana trabeculodescemética, é removido parcialmente o canal de Schlemm. Assim vai ocorrer drenagem do humor aquoso da câmara anterior para o espaço subconjuntival, sem a necessidade de realizar uma cirurgia penetrante”, explica a oftalmologista no Hospital de Vila Franca de Xira.




Segundo **Dr.ª Cláudia Gonçalves**, estas características permitem “não só a redução das complicações intra e pós-operatórias, como também uma recuperação cirúrgica mais rápida e confortável para o doente”. Por outro lado, é importante destacar “o facto de não existir diminuição da eficácia dos resultados cirúrgicos, quando em combinação com a cirurgia da catarata, o que não acontece com a trabeculectomia”. Além disso, “perante a falência cirúrgica, a esclerectomia profunda permite recorrer a técnicas não invasivas para a manter funcionante, como o laser, evitando, muitas vezes, uma reintervenção cirúrgica, uma vez que estas técnicas são realizadas em contexto de consulta, sem necessidade de o doente ir para o bloco operatório”, conclui a oradora.

IMPLANTE SUBCONJUNTIVAL AB INTERNO

Na última preleção, a Dr.ª Teresa Gomes vai apresentar a experiência do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central com um implante subconjuntival colocado *ab interno*, o XEN45tm. “Com este implante, é criada uma via de drenagem direta entre a câmara anterior e o espaço subconjuntival. Ao contrário do que acontece na colocação

ab externo, este implante é inserido de dentro para fora, não havendo lugar a abertura e conseqüente encerramento da conjuntiva. Este procedimento exige um ângulo aberto e, normalmente, não é utilizado em casos avançados de glaucoma”, explica a oftalmologista.

Teresa Gomes defende, no entanto, a procura por alternativas à trabeculectomia. “Atualmente, ainda não existe a cirurgia perfeita para tratar o glaucoma, mas seguramente a trabeculectomia não é ainda a resposta ideal. Por isso, é imperativo que se procurem alternativas mais seguras, que deem ao doente um maior conforto no pós-operatório, idealmente sem perda de eficácia”, remata a preleitora. 

Indicações cirúrgicas a reter

- Os implantes trabeculares podem ser utilizados como alternativa à trabeculectomia e aos colírios, que são difíceis de manter a longo prazo;
- Os tubos de PAUL® demonstraram ser menos lesivos para as estruturas do segmento anterior. Os tubos Ahmed ClearPath® são mais ergonómicos;
- A canaloplastia é indicada para glaucomas de ângulo aberto, pseudoesfoliativos e inflamatórios;
- Deve-se considerar a esclerectomia profunda em doentes com glaucoma não controlado com terapêutica médica ou sem adesão aos colírios;
- O implante subconjuntival *ab interno* é opção para doentes com ângulo completamente aberto, desde que o glaucoma não esteja em fase muito avançada.

12h00 – 12h30, Sala 1


EVOLUÇÃO DA CIRURGIA DO GLAUCOMA E NECESSIDADES NÃO RESPONDIDAS

Na sua conferência, o **Prof. Keith Barton**, oftalmologista no Moorfields Eye Hospital NHS Foundation Trust, no Reino Unido, vai abordar a evolução da cirurgia do glaucoma e as necessidades dos doentes que ainda se encontram por responder.

Keith Barton é um nome de destaque na comunidade de oftalmologistas dedicados ao glaucoma, uma das suas vertentes de especialização, a par da cirurgia de catarata e da oftalmologia pediátrica. Já as suas áreas de investigação de eleição são o tratamento cirúrgico do glaucoma, em particular com dispositivos de



derivação aquosa, a cirurgia microinvasiva do glaucoma e o glaucoma secundário, especificamente a uveíte.

Coinventor do implante PAUL®, Keith Barton é também pioneiro na utilização do implante BAERVELDT® no Reino Unido. O oftalmologista é ainda professor no University College London, bem como cofundador e coordenador dos *Ophthalmology Futures Forums* e do *International Glaucoma Surgery Registry*. Entre 2014 e 2021, foi editor-chefe do *British Journal of Ophthalmology*, e tem sido conferencista em reuniões científicas de todos os continentes. 



Ver mais fotografias

Instantes 

10h30 – 12h00, Sala 4, Curso 12

CIRURGIA DE CATARATA EM DOENTES COM PATOLOGIA DA CÓRNEA



Dr. João Feijão, Prof. Joaquim Murta, Dr. João Gil, Prof.ª Maria João Quadrado, Dr. Miguel Mesquita Neves, Dr. João Pinheiro Costa e Prof. Luís Torrão (da esq. para a dta.). Ausentes na fotografia: Dr. Miguel Raimundo e Dr. Paulo Guerra.

“Um doente com patologia da córnea que necessita de ser submetido a cirurgia de catarata representa sempre um desafio acrescido para o cirurgião. O número de doentes nestas condições tem vindo a aumentar, associando-se ao envelhecimento da população e à melhoria das condições assistenciais”, afirma a Prof.ª Maria João Quadrado, que coordena o curso 12 com o Prof. Luís Torrão.

Desenvolvido para fornecer as bases teóricas e algumas dicas práticas para dar resposta a casos clínicos quotidianos, este curso vai analisar questões como a seleção do melhor momento para operar, a escolha da melhor técnica cirúrgica, como realizar o cálculo da lente a implantar e como lidar com a superfície ocular antes e após a cirurgia. “A partilha do conhecimento de especialistas em córnea pode ajudar outros oftalmologistas na otimização do tratamento em todas as etapas, desde a seleção do doente à quase ‘personalização’ da técnica cirúrgica e aos cuidados pós-operatórios”, afirma

a chefe da Secção de Córnea e Cirurgia Refrativa e do Banco de Olhos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

Por sua vez, Luís Torrão, oftalmologista no Centro Hospitalar e Universitário de São João (CHUSJ), sublinha que “as estratégias atualmente disponíveis permitem, por um lado, melhorar resultados e, por outro, evitar complicações desagradáveis”. O curso começará com a apresentação do Dr. João Pinheiro Costa, também oftalmologista no CHUSJ, sobre a cirurgia de catarata em doentes com olho seco. “Nestes casos, é muito importante prevenir o agravamento da doença no peri-operatório da cirurgia de catarata e conhecer os fatores surpresa que podem aparecer”, adianta o coordenador.

Segue-se a intervenção do Dr. Miguel Raimundo (CHUC), sobre cirurgia de catarata após cirurgia refrativa. Já o Dr. Miguel Mesquita Neves (Centro Hospitalar Universitário do Porto), abordará este procedimento nos doentes com distrofia de Fuchs. Nestes casos, “é essencial escolher o momento certo para executar a cirurgia de catarata”, frisa Luís Torrão. Depois, os cuidados específicos da cirurgia de catarata nos doentes com transplante de córnea serão explorados pelo Dr. João Feijão (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central).

O curso prossegue com as preleções do Dr. Paulo Guerra (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte) e do Prof. Joaquim Murta (CHUC), que, respetivamente, abordarão a cirurgia de catarata em doentes com patologia anterior da córnea e em doentes com alto astigmatismo. “É importante ter em atenção a natureza do astigmatismo, perceber se será modificável ou não, para fazer o cálculo da lente intraocular”, comenta Luís Torrão. Por fim, o Dr. João Gil (CHUC) vai incidir na cirurgia de catarata após trauma na córnea. Cada apresentação será sustentada com casos clínicos e vídeos ilustrativos do procedimento adotado em cada situação.

👁️ **Marta Carreiro**



Instantes 



Ver mais fotografias



VIATRIS

12h30 – 13h15, Sala 1

UM OLHAR DIFERENTE SOBRE AS PATOLOGIAS DA RETINA

Excertos das entrevistas em vídeo com os intervenientes do simpósio



Doutor António Campos, Prof.ª Sara Vaz-Pereira, Dr. João Pedro Marques e Prof.ª Lilianne Duarte.

É este o mote do simpósio organizado pela Bayer, que tem como objetivo discutir a evolução no tratamento das doenças exsudativas da retina. Em destaque estarão as novidades terapêuticas que se esperam para os próximos anos, no sentido de responder a alguns desafios ainda existentes nesta área, nomeadamente o *burden* hospitalar e a otimização de recursos em Saúde.

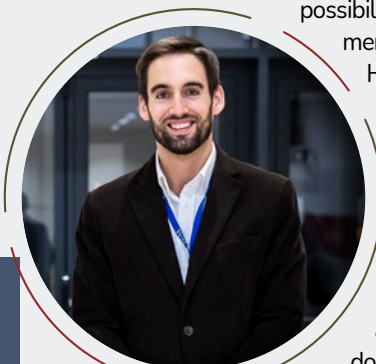
Marta Carreiro

Enquanto moderadora do simpósio, a Prof.ª Lilianne Duarte, oftalmologista no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, começa por afirmar que “chegou-se ao topo do tratamento das doenças exsudativas da retina, principalmente da degenerescência macular relacionada com a idade [DMI], muito graças ao aparecimento dos fármacos anti-VEGF [fator de crescimento endotelial vascular]”.

Ainda assim, “apesar de os anti-VEGF serem um tratamento bem estabelecido, com eficácia e segurança comprovadas, as patologias da retina requerem um tratamento crónico”. Nesse sentido, Lilianne Duarte destaca os desafios que persistem, nomeadamente o *burden* hospitalar, tanto ao nível das consultas como da administração de terapêuticas. “Há cada vez mais doentes a serem diagnosticados, quer porque a população está cada vez mais informada, quer devido ao aumento da esperança média de vida. Com uma maior incidência de doenças da retina, torna-se difícil dar resposta atempada a todos os doentes”, admite.

CONTRIBUTO DO AFLIBERCEPT

Segundo o Dr. João Beato, o aflibercept tem sido fulcral na diminuição do *burden* nos serviços de saúde. “Este anti-VEGF proporcionou-nos a possibilidade de alargar os intervalos de tratamento”, explica o oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto. Já o Doutor António Campos, oftalmologista no Centro Hospitalar de Leiria, evidencia os benefícios do aflibercept no tratamento das oclusões venosas, permitindo “um ganho superior de acuidade visual com administrações de oito em oito semanas após o primeiro ano, na maior parte dos doentes, e excelente perfil de segurança”.



Atualmente, a administração de aflibercept na dose de 2 mg é o *standard of care* do tratamento de algumas doenças exsudativas da retina. “Este fármaco começou por ser utilizado na DMI, mas rapidamente foi aprovado também para o edema macular diabético [EMD], as oclusões venosas e as neovascularizações miópicas”, indica o Dr. João Pedro Marques, oftalmologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Apesar de o aflibercept, inicialmente, ter sido usado na DMI num regime fixo, que implicava uma dose de carga e, depois, injeções a cada dois meses, “atualmente, está também aprovado num regime *treat-and-extend*”. Isto significa que, “após a dose de carga, é feito um alargamento gradual do intervalo entre administrações e, hoje em dia, há uma percentagem significativa de doentes que conseguem chegar a intervalos de 12 ou até de 16 semanas”, evidencia João Pedro Marques.

O QUE ESPERAR DO FUTURO COM AFLIBERCEPT?

Também interveniente no simpósio, a Prof.ª Sara Vaz-Pereira destaca alguns dos resultados já conhecidos dos estudos PULSAR¹, que avalia o perfil de eficácia e segurança de aflibercept 8 mg no tratamento da DMI, e PHOTON², que tem o mesmo objetivo em doentes com EMD. Estes ensaios clínicos começaram em meados de 2020 e, nos últimos meses, têm sido divulgados os seus resultados preliminares. “O aflibercept é uma molécula muito boa, por isso, os estudos estão a demonstrar que, quadruplicando a dose, consegue-se maior tempo de duração de ação, com uma eficaz supressão do VEGF no período entre injeções^{1,2}”, explica a oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Relativamente ao perfil de segurança com o aumento da dose, Sara Vaz-Pereira tranquiliza: “Nos doentes que estou a tratar no âmbito destes estudos, não observei aumentos de pressão intraocular nem outras queixas significativas, o que mostra que o perfil de segurança dos 8 mg será equiparável ao dos 2 mg e os ensaios clínicos demonstram isso mesmo^{1,2}”. A oftalmologista sublinha também que, nos ensaios, “uma percentagem significativa de doentes atingiu intervalos de 12 e 16 semanas entre injeções^{1,2}”.

Notando que o principal objetivo dos estudos PULSAR¹ e PHOTON² é “avaliar a manutenção da eficácia do aflibercept com maior espaçamento entre administrações”, António Campos afirma que os resultados já conhecidos “são promissores^{1,2}”. Por sua vez, João Beato ressalva que “realizar um menor número de tratamentos significa menos visitas dos doentes aos hospitais”. No fundo, a maior vantagem de tratar com uma dose superior é a “simplificação do seguimento dos doentes que necessitam de injeções intravítreas, diminuindo o *burden* nos hospitais e otimizando os recursos em Saúde”, remata o oftalmologista.

Mais tempo entre injeções

Segundo os resultados preliminares dos estudos PULSAR¹ e PHOTON², perto de **90%** dos doentes com EMD e quase **80%** dos doentes com DMI conseguem manter um período de 16 semanas entre administrações de aflibercept 8 mg^{1,2}.

Referências: 1. Bayer AG. *Aflibercept 8mg first to achieve extended injection intervals of 16 weeks in up to 89% of patients*. Disponível em: <https://www.bayer.com/media/en-us/aflibercept-8-mg-first-to-achieve-extended-injection-intervals-of-16-weeks-in-up-to-89-of-patients>. 2. Regeneron Pharmaceuticals, Inc. *Aflibercept 8mg meets primary endpoints in two global pivotal trials for DME and wAMD, with a vast majority of patients maintained on 12- and 16-week dosing intervals*. Disponível em: <https://investor.regeneron.com/news-releases/news-release-details/aflibercept-8-mg-meets-primary-endpoints-two-global-pivotal>.

O aflibercept 8 mg é uma opção terapêutica em investigação, que não dispõe de Autorização de Introdução no Mercado (AIM), não estando a sua utilização aprovada.

14h30 – 15h00, Sala 2


AVANÇO NA PATOGÊNESE DA METASTIZAÇÃO DO MELANOMA INTRAOCULAR

Na conferência intitulada em sua homenagem, o **Prof. Miguel Burnier** vai apresentar, em primeira mão, uma descoberta que fez recentemente sobre o papel das chamadas células de dupla natureza no melanoma intraocular. “Este melanoma tem algumas características diferentes de outros tumores. Conseguimos tratar muito bem a vertente primária ocular, mas conhecemos menos a vertente sistémica da doença, sendo que a principal causa de mortalidade associada a este melanoma são as metástases hepáticas”, contextualiza o diretor-geral do Centro de Investigação da Universidade McGill, no Canadá.

Já se sabia que os doentes com tumor dentro do olho tinham células malignas circulantes, mas “faltava descobrir como essas células saem do olho, passam para a corrente sanguínea e chegam ao fígado”, explica Miguel Burnier, sublinhando o contributo da biópsia líquida para a mudança de paradigma na abordagem destes casos. Recentemente, uma investigação levada a cabo no Oregon, Estados Unidos, trouxe para a discussão o papel das células híbridas – “células malignas que se juntam aos linfócitos do doente”.

No seu trabalho de investigação, Miguel Burnier decidiu aprofundar essa questão e chegou a conclusões inovadoras. “Estudei 40 casos em que o melanoma ocular foi retirado e descobri que essas células, a que chamei de células de dupla natureza, antes de irem para o sangue, já estão presentes no tumor ocular, sendo que, quanto maior for o seu nú-

mero, pior será o prognóstico da doença. Portanto, trata-se de um novo fator de prognóstico, que é muito interessante e, provavelmente, poderá ajudar a explicar a facilidade com que essas células malignas levam à metastização hepática, uma vez que já têm características do próprio doente”, revela o oftalmologista.

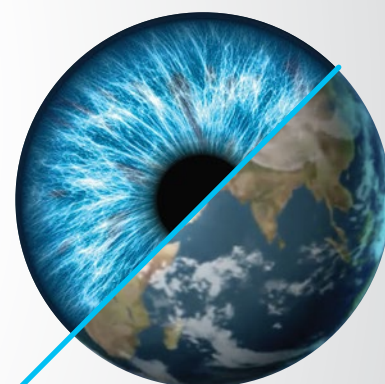
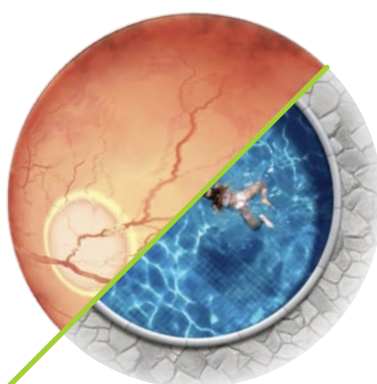
No futuro, para perceber como estas células híbridas se formam, o Centro de Investigação da Universidade McGill vai testá-las em modelos animais. “Se conseguirmos contar estas células, podemos perceber que doentes têm maior probabilidade de desenvolver metástases, o que nos permitirá tratar os doentes com imunoterapia desde o início”, adianta Miguel Burnier. As repercussões da sua descoberta poderão ser várias, como “permitir a utilização de monoterapia dirigida ao antígeno específico ou, comprovando-se a existência deste mecanismo no melanoma ocular, também se poderá aplicar a qualquer outro tumor com disseminação sanguínea”, destaca o oftalmologista e investigador.  **Pedro Bastos Reis**



PUB.



RELAÇÕES DE CONFIANÇA NA OFTALMOLOGIA



14h30 – 16h00, Sala 1

PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS ENTRE PORTUGAL E BRASIL SOBRE DESAFIOS EM SAÚDE OCULAR

Os desafios em comum e as principais diferenças na prática oftalmológica entre Portugal e Brasil dão o mote para o debate do Simpósio Luso-Brasileiro. Trata-se de uma organização conjunta da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia (SPO) com as duas principais estruturas que congregam os oftalmologistas do outro lado do Atlântico: a Sociedade Brasileira de Oftalmologia (SBO) e o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO).

Cláudia Brito Marques



Alguns intervenientes no Simpósio Luso-Brasileiro: Dr. Fernando Trancoso Vaz, Dr.ª Ana Magriço, Dr. Augusto Magalhães, Prof.ª Ângela Carneiro, Prof. Rufino Silva, Prof. Pedro Menéres, Prof. Ricardo Paletta Guedes, Dr.ª Ana Vide Escada e Prof. Mário Motta. Ausentes nas fotografias: Dr. Cristiano Caixeta, Dr.ª Maria João Menéres e Doutor António Campos.

As diversas opções cirúrgicas para o glaucoma primário de ângulo aberto, as novidades na abordagem terapêutica da degenerescência macular da idade (DMI) exsudativa e da atrofia geográfica, bem como questões de índole associativa/organizativa relacionadas com a prática clínica da Oftalmologia ou os desafios regulamentares/legislativos dos vários grupos profissionais da área da saúde ocular serão os grandes temas do Simpósio Luso-Brasileiro.

Num formato “um pouco diferente do habitual”, como evidencia a Prof.ª Lilianne Duarte, vogal da direção da SPO, prevê-se que, em cada tema, seja lançada uma questão à audiência, debatida em seguida por um grupo de especialistas, “numa partilha efetiva de visões, conhecimento e experiências entre oftalmologistas portugueses e brasileiros”. A oftalmologista no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga destaca a “ligação especial, histórica e linguística” com os colegas brasileiros, que facilita esta partilha de ciência entre países.

Por sua vez, o Dr. Fernando Trancoso Vaz, vice-presidente da SPO e oftalmologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, salienta que “o Simpósio Luso-Brasileiro já é um clássico nos congressos da SPO”, antevendo “um debate profícuo e uma aprendizagem intensa para os participantes”.

EXISTE CIRURGIA PERFEITA PARA O GLAUCOMA PRIMÁRIO DE ÂNGULO ABERTO?

Fernando Trancoso Vaz vai lançar a primeira discussão do simpósio, acerca dos desafios e limitações da cirurgia do glaucoma primário de ângulo aberto. “Quais os benefícios de eficácia e segurança das novas opções cirúrgicas, como a MIGS [*minimally invasive glaucoma surgery*], face às mais convencionais, como a trabeculectomia modificada por MSS [*Moorfields Safer Surgery*], as cirurgias não penetrantes, a esclerectomia profunda ou a canaloplastia?” Esta será, segundo o vice-presidente da SPO, uma das muitas questões a analisar pelos preletores: Dr.ª Maria João Menéres (Centro Hospitalar Universitário do Porto), Prof.ª Wilma Lelis Barboza (secretária do CBO) e o Prof. Ricardo Paletta Guedes (presidente da SBO).



“O glaucoma é uma doença muito prevalente no mundo e uma das principais causas de perda irreversível da visão. É muito importante a existência de tratamentos que permitam controlar a pressão intraocular, sendo, por vezes, necessário recorrer à cirurgia. Assim, é de grande valor para os oftalmologistas participarem num debate deste tipo, que discutirá muitas informações científicas que ajudam na escolha da melhor opção para cada doente”, afirma Prof.ª Wilma Lelis Barboza.

Por sua vez, Ricardo Paletta Guedes ressalva que “as cirurgias do glaucoma apresentam limitações, tanto em termos de indicação como de eficácia e segurança”. Assim, respondendo ao mote “Teremos a cirurgia perfeita?”, o oftalmologista refere que “não há um tratamento ideal para todos os doentes, que seja livre de complicações”. É do consenso geral que, na cirurgia do glaucoma primário de ângulo aberto, “a tónica tem de ser a personalização do tratamento”. O principal objetivo é “atingir o controlo da doença, com a redução da pressão intraocular e da administração de colírios”, frisa o presidente da SBO.

NOVIDADES PARA FORMAS AVANÇADAS DE DMI EXSUDATIVA E ATROFIA GEOGRÁFICA

Na segunda parte do Simpósio Luso-Brasileiro, o Dr. Mário Motta (membro da SBO) lançará a discussão sobre as novidades terapêuticas para a DMI exsudativa e a atrofia geográfica. Serão abordados pontos controversos dos tratamentos na prática da vida real, num debate em que intervêm também a Prof.ª Lilianne Duarte, o Doutor António Campos (Centro Hospitalar de Leiria) e a Prof.ª Ângela Carneiro (Centro Hospitalar Universitário de São João).

Relativamente a linhas de investigação em curso para o tratamento da atrofia geográfica, Lilianne Duarte sublinha que “ainda só existem estudos de fase II/III, cujos resultados são bastante preliminares”.

Acresce que muitos desses estudos “são direcionados para as vias de complemento, quando ainda falta aprofundar o conhecimento sobre a fisiopatologia da doença”.

No que concerne à redução do *burden* associado à DMI, Lilianne Duarte explica que “o grande desiderato, atualmente, passa por terapêuticas que permitam aumentar o intervalo entre injeções intraoculares”. Por seu turno, Mário Motta salienta que, nos planos do diagnóstico e do tratamento, os desafios da DMI exsudativa são grandes, na medida em que “os doentes normalmente só procuram ajuda médica quando já apresentam alguma queixa”.



Excertos das entrevistas em vídeo com alguns dos intervenientes no Simpósio Luso-Brasileiro

GRUPOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE OCULAR: COMPETÊNCIAS E CONFLITOS

Na terceira parte do simpósio, serão debatidas questões menos técnico-científicas e mais organizativas e até legislativas. Os intervenientes são o **Prof. Miguel Ângelo Padilha** (membro da SBO), o Dr. Augusto Magalhães (presidente do Colégio de Oftalmologia da Ordem dos Médicos), a Dr.ª Ana Magriço (secretária-geral da SPO) e a Dr.ª Ana Vide Escada (secretária-geral adjunta da SPO). Com este painel, pretende-se uma efetiva discussão acerca dos modelos adotados no Brasil e em Portugal, quer no âmbito da regulamentação dos grupos profissionais da área da saúde ocular, quer no que respeita ao associativismo e à proximidade com a sociedade civil da Oftalmologia.

“O papel do oftalmologista nos cuidados de saúde ocular (prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças) é inegável”, diz Ana Vide Escada. No entanto, “outros grupos profissionais têm vindo a posicionar-se neste plano, alguns sem a devida regulamentação, como é o caso dos optometristas”. Já os ortoptistas “têm a sua atividade muito bem regulamentada, estão enquadrados na carreira dos técnicos de diagnóstico



e terapêutica e trabalham há muitos anos conjuntamente com os oftalmologistas nos hospitais, consultórios e clínicas, numa colaboração muito harmoniosa”, sublinha a oftalmologista Hospital Garcia de Orta.

Ana Vide Escada também destaca a importância de “esclarecer muito bem a sociedade civil sobre o que são as competências de cada grupo profissional”, alertando que, “para questões relacionadas com doenças oculares ou na dúvida, as pessoas não devem consultar outro profissional que não seja o médico oftalmologista”.

Miguel Ângelo Padilha comentará a realidade do Brasil, onde “a legislação no que toca ao ato médico em Oftalmologia é bastante restritiva e a optometria é considerada ilegal, estando mesmo os ópticos proibidos por lei de prescrever óculos graduados”. Cenário completamente oposto verifica-se nos Estados Unidos, onde, “em alguns estados, os optometristas tratam glaucoma e fazem cirurgia refrativa”. De acordo com o oftalmologista brasileiro, “os riscos para os doentes são grandes, quando as competências específicas de cada classe profissional não estão bem definidas ou acabam por ser transpostas”.

12h30 – 13h15, Sala 2

DEMOGRAFIA DOS OFTALMOLOGISTAS E QUEIXAS CONTRA MÉDICOS

Na segunda sessão do Fórum de Advocacia, serão apresentados, em “primeira mão”, os principais resultados do estudo demográfico dos oftalmologistas em Portugal, pela Dr.ª Paula Leitão, oftalmologista na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. Estes dados “permitem perceber qual é a distribuição e a atividade dos oftalmologistas ao nível dos serviços público e privado e em termos sociais”, explica o Dr. Augusto Magalhães, presidente do Colégio de Oftalmologia da Ordem dos Médicos (OM). “O levantamento trouxe ainda informação muito importante para perceber e programar a formação médica especializada na área da Oftalmologia”, sublinha o também oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto.

“Em linhas gerais, temos um rácio global de 1,8 oftalmologistas por cada 20 000 habitantes, acima do recomendado, que é 1 por 20 000. No entanto, no Serviço Nacional de Saúde [SNS], o rácio é de 0,9 oftalmologistas por 20 000 habitantes, ou seja, abaixo do que é recomendado, o que não se deve à falta de oftalmologistas, mas ao facto de o SNS ter deixado de ser competitivo relativamente à oferta privada e até internacional”, explica Augusto Magalhães.

Estes resultados “são muito importantes para sensibilizar as autoridades de Saúde, o Governo e a Direção-Geral da Saúde para se criar uma estratégia a curto e médio prazos, com base nas necessidades ao nível da formação, da política de contratação e das carências do serviço público”, acredita o presidente do Colégio de Oftalmologia da OM. É também objetivo que os resultados deste estudo demográfico “estimulem as autoridades de Saúde a refletirem sobre formas de garantir a qualidade dos médicos especializados em Oftalmologia”.

Em seguida, a Prof.ª Leonor Duarte de Almeida, vice-presidente do Conselho Disciplinar Regional do Sul, falará sobre as queixas apresentadas por doentes ou seus familiares à OM e as sanções aplicadas a médicos. “O principal motivo das queixas é a má relação/má comunicação entre o médico e o doente. Muitas queixas poderiam



Prof.ª Leonor Almeida, Dr. Augusto Magalhães e Dr.ª Paula Leitão

ser evitadas, sendo que o impacto desse problema tem consequências negativas, podendo levar a infração disciplinar, que é definida como toda a ação ou omissão que viole os deveres consignados no Estatuto da OM e no seu Regulamento Disciplinar 631/2016”, afirma a preleitora.

Os tipos de sanções são “a advertência, que é uma pena leve de mero reparo; a censura, uma pena moderada e aplicada a casos de negligência, que exprime um juízo de reprovação ética; a suspensão até o máximo de 10 anos, que se aplica em casos de infração grave praticada com negligência grosseira ou dolo eventual; e a expulsão, que consiste no afastamento total do exercício da Medicina, sendo aplicada em situações muito graves de corrupção, abuso sexual ou outras ações que afetem a dignidade da profissão e o prestígio da OM”, descreve Leonor Almeida. Para aprovar a suspensão de um médico por dez anos ou a sua expulsão, “é preciso obter dois terços dos votos dos membros do Conselho Disciplinar da OM”, acrescenta a oftalmologista no Hospital Lusíadas Amadora.

Quando uma queixa é registada na OM, o médico em causa é informado e “tem o dever de colaborar com o Conselho Disciplinar, segundo o artigo 43.º do Código Deontológico da OM, expresso no regulamento n.º 631/2016, que está publicado em *Diário da República*”. Contudo, “muitos médicos acusados não colaboram, pelo que muitas reclamações evoluem desnecessariamente de uma avaliação sumária para um processo disciplinar, com a agravante de a falta de colaboração constituir infração disciplinar na OM”, lamenta Leonor Almeida. **Diana Vicente**

Saiba mais sobre as questões em discussão no Fórum de Advocacia deste sábado



16h00 – 17h00, Sala 1

INOVAÇÕES EM INFLAMAÇÃO OCULAR

O interesse da vitamina D enquanto marcador preditor de risco e de diagnóstico e o papel do microbioma nas uveítes, com o advento de possíveis novas opções terapêuticas, serão os dois grandes tópicos a abordar no que diz respeito às novidades na área da inflamação ocular. A sessão será complementada pela apresentação de três casos clínicos.

 Pedro Bastos Reis

A sessão começará com a comunicação do **Prof. Luís Figueira**, centrada na relação da vitamina D com os mecanismos autoimunes. Este é um tema que tem vindo a ganhar preponderância em especialidades como a Reumatologia, a Medicina Interna e a Gastrenterologia, mas que é novo na inflamação ocular. “O risco de uveíte pode estar aumentado se a vitamina D for baixa. No entanto, não se sabe a partir de quando é que se considera que o *cut-off* de vitamina D é clinicamente baixo, mesmo para outro tipo de doenças sistémicas e autoimunes”, introduz.

O oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, vai também explorar o papel da suplementação desta vitamina. “Há evidência de que a suplementação pode reduzir a recorrência da inflamação ocular, mas não existem dados a longo prazo quanto a resultados concretos.” Ainda assim, a vitamina D poderá ser útil, particularmente nos doentes com diferentes entidades de uveíte, que, “apesar de estarem já sob medicação sistémica e tópica, podem ter um controlo ineficiente da doença”. “Mesmo nos doentes com uveíte com diagnóstico estabelecido e otimizados do ponto de vista sistémico, podemos dosear a vitamina D e vigiar esses níveis para um melhor controlo da atividade inflamatória.”

Assim, Luís Figueira conclui que, “mesmo em casos de incerteza quanto à etiologia da uveíte, que muitas vezes é idiopática, o doseamento precoce da vitamina D poderá constituir um marcador preditor de um maior risco de recorrência da inflamação ocular”.

PAPEL DO MICROBIOMA NAS UVEÍTES

Segue-se a intervenção da **Dr.ª Vanda Nogueira**, que incidirá nas novidades terapêuticas, especificamente no papel do microbioma na inflamação ocular, e nas perspetivas futuras dos tratamentos nesta área. “É hoje claro na Medicina que o microbioma tem uma função muito mais holística do que anteriormente pensado, havendo cada vez mais provas científicas de que a sua desregulação se repercute em múltiplas áreas, tanto no nosso desenvolvimento, na resposta ao stresse, no envelhecimento e no estado inflamatório do indivíduo”, exemplifica a oftalmologista no Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, em Lisboa.

A evidência científica mostra que “as alterações no microbioma podem modificar a resposta inflamatória local e sistémica, levando a consequências não localizadas no intestino, como inflamação intraocular”. Por isso, o microbioma começa a ser visto como um alvo terapêutico. “Se o conseguirmos modelar, impedimos tanto a circulação anómala de antigénios como o desequilíbrio entre células T anti e pró-inflamatórias circulantes, fatores que

constituem processos-base da fisiopatologia das uveítes”, salienta Vanda Nogueira.

A modificação do microbioma para o tratamento da inflamação ocular, embora se encontre numa fase precoce de desenvolvimento, conta já com alguns ensaios clínicos em curso. Vanda Nogueira destaca a emergência dos probióticos e também dos bacteriófagos, estes últimos com mais especificidade nos alvos terapêuticos do que os antibióticos. “Muito provavelmente, iremos beneficiar deste tipo de fármacos num futuro próximo, que constituirão mais uma arma terapêutica na abordagem às uveítes não infecciosas”, conclui a preleitora.

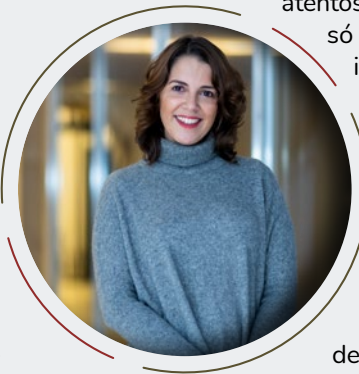
CASOS CLÍNICOS

A sessão encerrará com a apresentação de três casos clínicos. O primeiro, à responsabilidade da **Prof.ª Marta Guedes**, será de um doente com coroidopatia serpiginosa. Entres os exames de diagnósticos realizados, a oftalmologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz chama a atenção para o papel da tomografia de coerência óptica (OCT) e do OCT-Angiografia, que permitem uma “deteção mais precoce na progressão da doença e no desenvolvimento de complicações”.

“Em termos de tratamento, é importante a terapêutica antibacilar, bem como uma imunossupressão eficaz”, acrescenta.

Por sua vez, o **Dr. Miguel Ruão**, oftalmologista no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, vai apresentar o caso de um doente em “terapêutica com biológico que desenvolveu panuveíte”. O especialista alerta para a necessidade de uma atenção redobrada no tratamento destes indivíduos. “Temos de ter em consideração que, apesar de serem uma arma muito importante, a utilização de tratamentos biológicos aumenta a probabilidade de infeções, tanto a nível oftalmológico como sistémico.”

Por fim, a **Dr.ª Rita Proença** levará o caso de um doente que, pela suspensão da terapêutica imunossupressora, desenvolveu uma uveíte de recuperação imune. “Temos de estar muito mais atentos a esta patologia, porque já não surge só em doentes infetados com vírus da imunodeficiência humana, mas também em pessoas imunossuprimidas por outras causas”, explica a oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. “O aumento da esperança média de vida destes doentes faz com que o tratamento das uveítes de recuperação imune seja cada vez mais desafiante”, remata o orador. 



16h00 – 16h30, Sala 2

ATUALIZAÇÕES EM GENÉTICA E ONCOLOGIA

Na sessão de *update* em Genética e Oncologia, a Dr.^a Ana Marta vai falar da aplicabilidade da inteligência artificial (IA) nas doenças hereditárias da retina, tendo como base a evidência científica nesta área. “Os dados mais recentes demonstram que esta tecnologia pode ser relevante no diagnóstico e no prognóstico, mesmo tratando-se de patologias raras e baseando-se em bases de dados relativamente pequenas”, elucida a oftalmologista no Centro Hospitalar e Universitário do Porto/Hospital de Santo António.


Segundo especialista preletora, as distrofias retinianas mais frequentemente analisadas com recurso a IA são a retinose pigmentar e a doença de Stargardt, seguindo-se a coroideremia e a doença de Best. Ao nível da imagiologia, “os tipos de exames mais estudados e com maior aplicabilidade nos algoritmos são a tomografia de coerência ótica (OCT) e a autofluorescência”, esclarece a especialista. No futuro, prossegue Ana Marta, “a tecnologia pode vir a desempenhar um papel revolucionário nestas patologias menos estudadas e com menos investimento, como as distrofias”. Além disso, preconiza a oradora, as inovações “podem poupar recursos e abrir portas para a possibilidade de um diagnóstico genético mais dirigido, de um melhor entendimento da evolução destas doenças e de uma melhor seleção dos candidatos a terapia genética”.

Em seguida, o Dr. Jorge Cruz vai visar as atualizações no melanoma metastático, numa perspetiva diagnóstica e de Medicina personali-

Dr. Jorge Cruz e Dr.^a Ana Marta acompanhados pelo Dr. João Pedro Marques (à dta.), coordenador do Grupo Português de Patologia Oncológica e Genética Ocular.

zada. Em particular, o oncologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra vai discorrer sobre o melanoma uveal metastático, uma patologia com “péssimo prognóstico, em que ainda não existem terapêuticas *standard*”.

Contudo, destaca o especialista, existem novidades nesta área, uma vez que a Agência Europeia de Medicamentos aprovou, este ano, o tebentafusp para o tratamento desta patologia. “Este fármaco é uma proteína de fusão que consegue que a célula tumoral do melanoma uveal seja reconhecida pelo sistema imunitário, permitindo uma resposta imune”, explica o orador. Com este fármaco, “pela primeira vez, há sobrevivências medianas superiores aos 20 meses”. Contudo, o uso do tebentafusp não pode ser generalizado. “Este fármaco apenas está indicado para doentes com um antígeno leucocitário humano identificado, o HLA-A*02:01”, sublinha Jorge Cruz.

Nesse sentido, o oncologista defende que, “até haver fármacos que sejam eficazes neste tipo de doença, uma das possíveis estratégias passa por identificar os doentes com maior risco de metastização através das alterações moleculares que estão presentes no tumor”. “Deste modo, pode-se adequar e personalizar o plano de vigilância ao risco de metastização. A identificação precoce da doença metastática vai permitir terapêuticas locais mais eficazes, melhorando os *outcomes* dos doentes”, conclui Jorge Cruz.  Diana Vicente

16h30 – 17h00, Sala 2


NOVIDADES EM OCLUSÕES ARTERIAIS DA RETINA E CIRURGIA DO SEGMENTO ANTERIOR

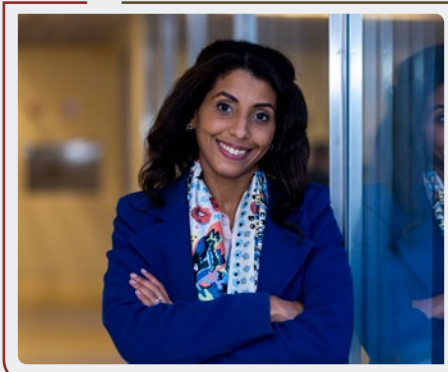
Na sessão promovida pela SPO Jovem, a Dr.^a Luísa Vieira vai começar por abordar as novidades em oclusões arteriais da retina. Uma delas é a definição da patologia, que “passou a ser designada como um enfarte do sistema nervoso central, tal como o acidente vascular cerebral”, refere a oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Esta alteração tem implicações ao nível do tratamento, porque passou a ser fundamental a “realização de uma avaliação sistémica profunda”. “É necessário fazer um estudo nas primeiras 24 horas, em parceria com os colegas das unidades cerebrovasculares, o que antigamente não sucedia”, concretiza Luísa Vieira.

No que diz respeito ao tratamento, a oftalmologista clarifica que, “nos últimos anos, as indicações têm sido baseadas em estudos menos robustos”. Porém, “estão a ser realizadas três grandes investigações, que serão divulgadas num futuro próximo, e que vão corroborar ou refutar as práticas utilizadas”. “Ainda assim, pode-se recorrer à trombólise endovenosa dentro de um período de quatro horas e meia, embora os efeitos adversos causem alguma preocupação. Todos os restantes tratamentos ou não demonstraram melhorias, ou revelaram ter um efeito deletério”, sublinha a Dr.^a Luísa Vieira.

Por sua vez, a Dr.^a Diana Silva, oftalmologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, vai

falar sobre as novidades em cirurgia do segmento anterior, apontando para as mais recentes “alterações ao nível dos aparelhos de facoemulsificação”. “Esta é uma cirurgia bastante segura e com resultados previsíveis, porque já existem aparelhos com uma eficiência muito elevada e ótima estabilidade da câmara anterior”, assegura a especialista. Tal resulta da implementação crescente de sistemas que “promovem um controlo fluídico mais ativo, para manter a pressão intraocular estável durante toda a cirurgia, permitindo operar casos mais complexos com segurança e estabilidade”, explica a Dr.^a Diana Silva. Outra tendência atual é o “retorno das bombas tipo Venturi, sob a forma de unidades híbridas, sendo que o cirurgião pode optar pelo modo peristáltico ou Venturi durante a cirurgia, existindo, assim, maior adaptabilidade e personalização”.

Também têm vindo a ser implementadas estratégias que permitem uma “maior conectividade” entre os aparelhos de facoemulsificação, o microscópio operatório e os aparelhos de biometria. Diana Silva realça ainda a emergência de modelos híbridos para a facoemulsificação e para a cirurgia vitreoretiniana. “A maior utilização destes modelos poderá ser importante devido à necessidade crescente de maior flexibilidade com o mesmo aparelho”, sintetiza a preletora.  Diana Vicente



17h15 – 17h45, Sala 2

UPDATE EM ERGOFTALMOLOGIA

O que é necessário saber sobre o papel do oftalmologista na atribuição e na renovação da carta de condução? E sobre a elaboração de relatórios médicos e a adequação dos postos de trabalho para pessoas com baixa visão? Estas são algumas das questões que vão ser respondidas na sessão de atualização promovida pelo Grupo Português de Ergoftalmologia e Baixa Visão (GPEBV) da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia.

 Pedro Bastos Reis



Dr.ª Sara Perestrelo

Na sua preleção, a Dr.ª Sara Perestrelo vai discutir os passos da avaliação oftalmológica para atribuição ou renovação da carta de condução. “O exame médico realizado por um oftalmologista deve incluir a avaliação e a documentação da acuidade visual, do campo visual, da visão cromática, de patologias oftalmológicas progressivas ou outras alterações pertinentes à segurança rodoviária”, começa por referir a oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto.

Na avaliação, importa também dividir os condutores em grupo 1 (de ciclomotores, motociclos e automóveis ligeiros) e grupo 2 (condutores de veículos pesados ou que utilizam os automóveis para fins profissionais, como transporte de doentes ou de crianças). Conforme o tipo de condutor, há particularidades a ter em conta, cabendo ao oftalmologista “realizar o exame diagnóstico, documentar e, se detetar alguma alteração que impeça a condução de veículos, informar, esclarecer e reportar a incapacidade para condução”. É também de realçar que, “se o oftalmologista detetar alguma irregularidade no cumprimento da lei, deve reportar o caso ao delegado de saúde, para evitar o dano iminente ao próprio e a terceiros”, sublinha Sara Perestrelo.

RELATÓRIOS MÉDICOS

As especificidades dos relatórios médicos em Oftalmologia serão abordadas pela Dr.ª Catarina Paiva, oftalmologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que considera que há uma grande margem de melhoria na elaboração destes documentos. “Muitas vezes, notamos que os doentes surgem apenas com relatórios *standard*, que têm pouca informação além da avaliação padrão sobre a visão de longe”, lamenta a também coordenadora do GPEBV.

Na sua prática clínica diária, os oftalmologistas são chamados frequentemente a


realizar relatórios médicos. “Num caso de atestado de incapacidade, além da visão de longe, devemos ter informação sobre a visão de perto e o campo visual. Já num caso de adequação do posto de trabalho, importa referir se o trabalhador pode fazer turnos e se é necessário aumentar contrastes ou o tamanho da letra”, exemplifica a preleitora.

Estes e outros exemplos serão referidos numa apresentação que pretende consciencializar e alertar. “Há uma grande dissociação entre o que os doentes têm e a informação clínica que é veiculada. Portanto, no fundo, vamos recordar tudo o que é preciso constar nos relatórios médicos, para que não escape nenhuma informação sobre a condição do doente”, sintetiza Catarina Paiva.

ADEQUAÇÃO DO POSTO DE TRABALHO

A preleção seguinte, da Dr.ª Salomé Gonçalves, vai incidir sobre a adequação dos postos de trabalho às pessoas com baixa visão, o que “pressupõe um conjunto de alterações no ambiente onde se desenvolve a atividade profissional”. O objetivo é “ajustar as condições físicas às dificuldades funcionais e ao desempenho do trabalhador”, indica a oftalmologista no Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, em Lisboa.

As adaptações no posto de trabalho podem ir desde a introdução de equipamentos e *softwares* específicos até às alterações do horário de trabalho. “Por exemplo, um doente com dificuldades de visão à noite deve sair mais cedo ou fazer o turno da manhã. Não é aconselhável que saia do trabalho após as 18h00, sobretudo no inverno”, exemplifica Salomé Gonçalves.

Neste processo, é necessário “fazer uma avaliação criteriosa das necessidades do trabalhador, identificando as principais barreiras, mas também os aspetos favoráveis que devem ser aproveitados”. Até porque, “para um trabalhador cuja visão tenha deixado de ser compatível com o desempenho das funções habituais, tal não significa que a reforma seja o único caminho possível”. “Pode haver meios para esse trabalhador se manter ativo e válido para a entidade empregadora”, assegura Salomé Gonçalves. 

Dicas práticas

- Para atribuição ou renovação da carta de condução, os condutores do grupo 1 (de veículos ligeiros) devem ter uma acuidade visual binocular mínima de 5/10. No grupo 2 (veículos pesados e condutores profissionais), são necessários valores de 8/10 no olho com melhor acuidade visual e de 5/10 no olho contralateral;
- O campo visual, no plano horizontal, deverá ser de pelo menos 120° nos condutores do grupo 1 e pelo menos 160° no grupo 2;
- Num relatório médico para incapacidade, deve constar a informação sobre os vários tipos de visão, referindo-se as patologias oftalmológicas crónicas existentes (distrofias da retina ou glaucomas avançados, por exemplo);
- Para as pessoas com baixa visão, são necessárias adaptações no posto de trabalho como: controlo das condições de luz, instalação de equipamentos e *softwares* adaptados, sinalização de pontos de risco (escadas, corredores, etc.), alteração do horário de trabalho para exclusivamente diurno, etc.



Dr.ª Catarina Paiva

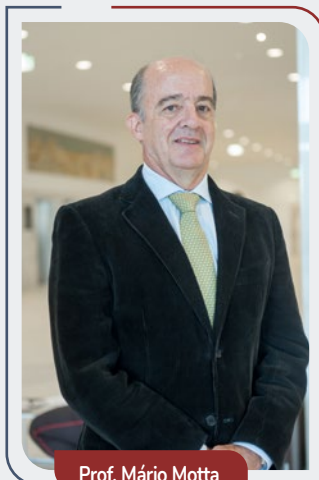


Dr.ª Salomé Gonçalves

17h15 – 18h45, Sala 1

SIMPÓSIO DE ATUALIZAÇÃO EM RETINA MÉDICA E CIRÚRGICA

O Grupo Português de Retina e Vítreo (GPRV) da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia e o Grupo de Estudos da Retina (GER), que têm vindo a estreitar a sua colaboração, organizam neste congresso mais um simpósio conjunto. Além da atualização em retina médica e cirúrgica, serão divulgados os mais recentes resultados do Retina.pt, registo nacional e multicêntrico do tratamento das oclusões venosas, da neovascularização macular miópica e da degenerescência macular da idade exsudativa (DMI).



Prof. Mário Motta



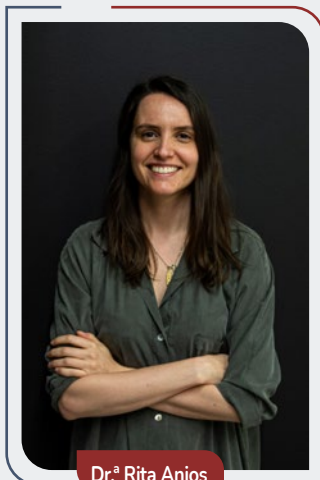
Prof.ª Angela Carneiro



Doutor António Campos



Prof. João Figueira



Dr.ª Rita Anjos

O Simpósio GER/GPRV começará com uma conferência sobre retinopatia diabética (RD) proferida pelo Prof. Mário Motta, oftalmologista e docente na Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Brasil. “A RD é a maior causa de perda visual importante ou de cegueira na idade produtiva, que vai dos 18 aos 65 anos”, evidencia. Nesse sentido, a sua apresentação iniciará com uma chamada de atenção para “o impacto da RD na perda visual, que pode ser evitada, se a doença for diagnosticada e tratada a tempo”.

Mário Motta reforça a necessidade de “avaliar os doentes diabéticos com frequência”. Detetando-se a existência de RD, “nos casos com alterações leves, basta um controlo clínico e metabólico mais apertado”. Quando as alterações já estão numa fase mais avançada, “além do controlo clínico e metabólico, é necessário avançar para tratamentos localizados com laser ou antiangiogénicos”. Atualmente, dada a existência de alternativas, “há alguma polémica sobre a escolha do melhor tipo de antiangiogénico e quanto à utilização de corticosteroides como auxílio nos casos crónicos de RD”, refere o oftalmologista brasileiro. Estes e outros assuntos serão alvo de análise na sua conferência.

RESULTADOS DO REGISTO RETINA.PT

Em seguida, serão apresentados os últimos resultados nacionais e multicêntricos do tratamento das oclusões venosas, da neovascularização macular miópica e da DMI exsudativa registados na plataforma Retina.pt. Os dados serão partilhados pelo Dr. Bruno Teixeira, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), pelo Dr. João Romano, do Centro Hospitalar de Leiria, e pela Dr.ª Rita Rodrigues, do Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, representantes dos três hospitais que contribuíram para o registo.

De acordo com a Prof.ª Ângela Carneiro, presidente do GER, estes dados tornam possível “ter um retrato de quais são as dificuldades que, muitas vezes, se impõem na prática clínica e perceber as diferenças entre os resultados dos ensaios clínicos, que são realizados em condições ideais que maximizam o efeito dos fármacos, e os resultados da prática clínica diária”. “Só auditando o que estamos a fazer é que conseguimos perceber os problemas e melhorar a nossa prática”, conclui. Por sua vez, o Doutor António Campos, coordenador


do GPRV, afirma que, no caso da DMI, a plataforma Retina.pt permite saber “quantas injeções intravítreas são administradas por ano e se o doente mantém visão de leitura ou de condução”, entre outros aspetos. Já relativamente às oclusões venosas, o registo permite aferir, por exemplo, “quantos doentes estão sob tratamento para esta patologia, que é mais prevalente do que se pensa, e se a acuidade visual final se relaciona com o número de injeções administradas”.

O QUE HÁ DE NOVO EM RETINA CIRÚRGICA E MÉDICA

Na terceira parte do simpósio, o Prof. João Figueira terá o desafio de resumir, em 10 minutos, as novidades em retina cirúrgica. O oftalmologista no CHUC falará sobre o que há de novo “não só em termos de tecnologia, mas também de equipamentos, como pinças”. Além disso, o orador vai dar conta “da nova classificação dos buracos maculares de grandes dimensões e das evidências científicas mais significativas na área de retina e vítreo que foram partilhadas nos últimos artigos e apresentações em congressos internacionais”, antecipa o orador.

Numa preleção mais dirigida aos oftalmologistas que realizam vitrectomia, João Figueira também evidenciará os “novos vitrectomos, de corte ultrarrápido, que são capazes de realizar 20 000 cortes, e de fluxo de aspiração contínua”. “São uma revolução importante na tecnologia da vitrectomia”, reitera.

Seguidamente, também em 10 minutos, a Dr.ª Rita Anjos apresentará o que há de novo no âmbito da retina médica. “Vou falar sobre as novidades em termos de diagnóstico, nomeadamente da retinopatia diabética, e dos resultados mais recentes dos protocolos da DRRCR Retina Network”, resume. A oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central também vai comentar o papel dos novos fármacos para as doenças da retina, alguns já disponíveis e outros em desenvolvimento, evidenciando o contributo da terapia génica.

Segundo Rita Anjos, “os avanços em retina médica têm sido fundamentais para se conseguir diagnosticar melhor certas patologias, sobre as quais existe agora mais informação, que responde a muitas questões levantadas no passado”. Relativamente aos novos fármacos, a oftalmologista sublinha a “possibilidade de alargar os intervalos entre administrações do tratamento em alguns doentes”. 

17h45 – 18h15, Sala 2

UPDATE EM DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO RETINOBLASTOMA

A sessão de *update* em oftalmologia pediátrica e estrabismo vai incidir sobre o retinoblastoma. Estarão em análise a abordagem no centro de referência, o tratamento sistémico atual e a quimioterapia suprasseteiva da artéria oftálmica.

 Diana Vicente

A discussão vai ser iniciada pelo **Dr. Guilherme Castela**, oftalmologista e responsável pelo centro nacional de referência no tratamento do retinoblastoma, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). “Este cancro aparece, sobretudo, em crianças, 90% das quais abaixo dos 5 anos de idade, sendo diagnosticados, em Portugal, cerca de cinco casos por ano”, indica. Desde 2015 que o CHUC recebe todos os casos de retinoblastoma em Portugal. Até então, “não se conhecia a incidência desta patologia no nosso país, porque os doentes estavam dispersos por vários hospitais”.

Na sua preleção, Guilherme Castela vai apresentar as características dos doentes com retinoblastoma, como foram tratados e quais os resultados. O oftalmologista pretende ainda “demonstrar como o centro de referência tem trabalhado”, abordando tanto o que está bem, como o que é preciso melhorar. “Hoje em dia, conseguimos tratar mais eficazmente este tumor, mas ainda é diagnosticado em estádios avançados, o que compromete os resultados do tratamento”, reitera.

No CHUC, “a abordagem terapêutica do retinoblastoma segue o *gold standard* mundial”. Nos últimos anos, “surgiram novas formas de administrar a quimioterapia, que foram adotadas neste centro de referência”. No entanto, os resultados do tratamento serão tão melhores quanto mais precoce for o diagnóstico. Por isso, Guilherme Castela sublinha que “é fundamental sensibilizar para a existência deste tumor junto dos oftalmologistas, dos pediatras, dos médicos de família e da população em geral”.

TRATAMENTO SISTÉMICO NA ATUALIDADE

Em seguida, a **Dr.ª Sónia Silva**, oncologista pediátrica no CHUC, vai falar sobre o tratamento sistémico atual no contexto atual do retinoblastoma. “Este é o tumor ocular maligno mais frequente na criança e pode ter uma agressividade muito grande”, introduz a preleitora. Quanto ao tratamento, nos últimos anos, “evoluiu no sentido da preservação do olho e da visão, evitando a enucleação”. Consequentemente, hoje em dia, existem opções terapêuticas de administração localizada e menos invasivas.

Contudo, quando o retinoblastoma é diagnosticado num estádio mais avançado, “pode estar indicada a utilização da quimioterapia sistémica prévia ou posterior à enucleação ocular”. “Este tipo de terapêutica, utilizada há vários

anos, além dos efeitos secundários a curto prazo inerentes à administração sistémica de citostáticos (imunossupressão, citopenias, etc.), pode levar ao aparecimento de sequelas a médio e longo prazos, como é o caso da surdez neurosensorial”, afirma Sónia Silva. Nestas situações, em que já existe, habitualmente, défice visual, “poderá também haver interferência na aprendizagem e no desenvolvimento cognitivo das crianças”. “Além disso, não podemos esquecer que, apesar da sobrevida global ser superior a 90% dos casos, a deteção do tumor numa fase tardia pode comprometer a vida do doente, já que estamos perante um tumor maligno”, acrescenta a preleitora.


Por isso, “é necessário que o diagnóstico de retinoblastoma seja precoce, não só com vantagens óbvias na sobrevida da criança, de preferência com preservação da máxima visão possível, mas também com menor número de sequelas a longo prazo”, conclui Sónia Silva.

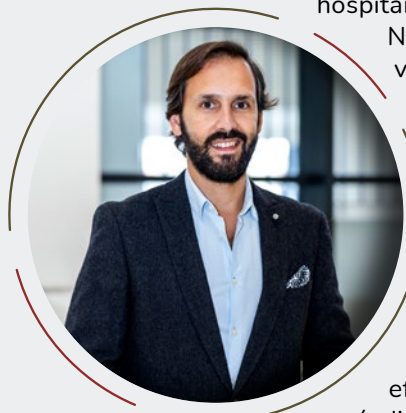
QUIMIOTERAPIA SUPRASSELETIVA DA ARTÉRIA OFTÁLMICA

A última preleção, sobre a quimioterapia suprasseteiva da artéria oftálmica, ficará à responsabilidade do **Dr. Ricardo Veiga**, neurorradiologista de intervenção no CHUC. “Este tratamento consiste na cateterização com um microcateter e na injeção dos fármacos diretamente na artéria oftálmica”, esclarece o orador. Através deste método de administração da quimioterapia, “é possível colocar concentrações muito mais elevadas do fármaco dentro do tumor do que pela via sistémica, com menos efeitos adversos”, explica.

A taxa de sucesso técnico da quimioterapia suprasseteiva da artéria oftálmica ronda os 98%, com uma taxa de preservação do globo ocular de aproximadamente 85%. “É possível poupar os olhos com esta terapêutica, pois evita a enucleação numa percentagem muito significativa dos doentes com retinoblastoma em fases mais precoces”, destaca Ricardo Veiga. Acresce que “a taxa de complicações associadas a esta terapêutica é baixa”.

Os subgrupos de que mais beneficiam da quimioterapia suprasseteiva da artéria oftálmica são “os doentes que têm a doença localizada, tanto unilateral como bilateral”.

Ricardo Veiga defende que “a interdisciplinaridade é fundamental no tratamento dos doentes com retinoblastoma”, sendo necessário o envolvimento, sobretudo, da Oftalmologia, da Oncologia Pediátrica e da Neurorradiologia de Intervenção. “Se cada um de nós se focar nas especificidades dos tratamentos que têm de ser realizados, conseguiremos atingir um nível de diferenciação muito elevado, que só é possível graças a esta interdisciplinaridade”, remata o neurorradiologista. 



EPIDEMIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS QUERATITES FÚNGICAS

A epidemiologia, as estratégias de diagnóstico e as opções de tratamento médico e cirúrgico atualmente disponíveis para as queratites fúngicas vão estar em debate entre patologistas clínicos e oftalmologistas na sessão de *update* em córnea.

Cláudia Brito Marques

A Dr.ª Esmeralda Costa, coordenadora do Grupo Português de Superfície Ocular, Córnea e Contactologia da SPO e oftalmologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC); a Prof.ª Maria João Quadrado, chefe da Secção de Córnea e Cirurgia Refrativa e do Banco de Olhos do CHUC; e o Dr. Walter Rodrigues, diretor do Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Uni-

versitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, são os moderadores da sessão de *update* em córnea. Durante meia hora, será promovida uma atualização em infeções fúngicas da córnea, que constituem um desafio clínico, pois são de difícil diagnóstico, particularmente nos estádios iniciais, sendo necessários um elevado nível de suspeição, uma cuidada observação clínica e

a realização dos exames microbiológicos adequados.


Na primeira apresentação, da responsabilidade do **Dr. Rui Tomé** e da **Prof.ª Anália Carmo, patologistas clínicos no CHUC**, será abordada a epidemiologia e as estratégias de diagnóstico, começando por elencar os fungos que mais frequentemente causam queratites (ver caixa). “O diagnóstico das infeções fúngicas oculares depende de uma relação estreita entre a Patologia Clínica e a Oftalmologia”, salienta Anália Carmo, que também explicará o protocolo de diagnóstico seguido no CHUC, há já vários anos. “A amostra é colhida pelo oftalmologista. Depois, segue para o patologista clínico, com informação detalhada, que adota os métodos laboratoriais mais adequados para identificar e caracterizar o fungo”, relata. No CHUC, garante Anália Carmo, a relação entre a clínica e o laboratório “é muito próxima”.

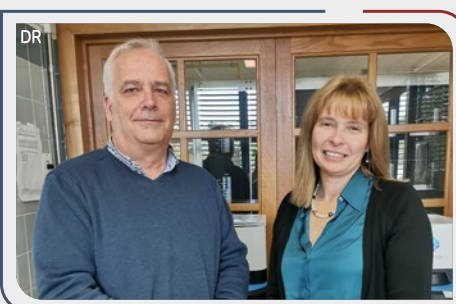
Ainda sobre o diagnóstico, a patologista clínica ressalva que “o processo de cultura e identificação do fungo é lento”. Atualmente, já existe a possibilidade, embora ainda não implementada no CHUC, de pesquisar o fungo diretamente a partir da amostra, por biologia molecular. Anália Carmo refere que “o Serviço de Patologia Clínica do CHUC já faz sequenciação com base na cultura de fungos e está

prevista a implementação de outras estratégias de biologia molecular num futuro próximo”.

Ao nível do tratamento, como alerta Anália Carmo, “os desafios são constantes, já que as resistências aos antifúngicos são frequentes, podendo obrigar à execução de um antifungograma como ferramenta para instituição da terapêutica mais eficaz”.

Na sessão, as opções de tratamento, seja médico ou cirúrgico, vão ser apresentadas pelo **Dr. Pedro Neves Cardoso**, oftalmologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto. O tratamento médico baseia-se na utilização de antifúngicos tópicos ou sistémicos. “Infelizmente, sobretudo nos casos diagnosticados tardiamente, a terapêutica médica revela-se insuficiente, sendo necessário recorrer à terapêutica cirúrgica”, sublinha o preletor. A abordagem cirúrgica consiste na injeção intraestromal de antifúngico, na lavagem da córnea com antifúngico e/ou queratoplastia penetrante.

“É da maior importância um diagnóstico precoce, para o qual é necessário um alto nível de suspeição clínica. Isto porque iniciar a terapêutica antifúngica adequada o mais depressa possível é o principal fator sob o nosso controlo para conseguirmos um resultado favorável com a terapêutica médica”, ressalva Pedro Neves Cardoso. No entanto, “se a abordagem médica não produzir os resultados adequados e na presença de sinais clínicos de progressão, não se deve hesitar em avançar para a terapêutica cirúrgica, nomeadamente a queratoplastia penetrante, que, nessas circunstâncias, pode ser curativa e a única intervenção capaz de impedir a progressão para endoftalmite”, destaca o oftalmologista. 



Fungos que mais provocam queratites

FILAMENTOSOS

- *Fusarium*
- *Aspergillus*
- *Scedosporium*

LEVEDURIFORMES

- *Candida albicans*

PRÉMIOS DO CONGRESSO

Durante o jantar de encerramento, que começará às 20h00, na igreja do Convento São Francisco, serão anunciados os vencedores dos seguintes prémios:

- **Prémio António Plácido/SPO**, no valor de € 1500, atribuído à melhor apresentação no congresso.
- **Prémio Queiroz Marinho/SPO**, no valor de € 1500, atribuído ao melhor trabalho de inovação em Oftalmologia.
- **Prémio Borges de Sousa** instituído pelo Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.
- **Prémio Manuel de Lemos** instituído pelo Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto.
- **Prémio Silva Pinto** instituído pelo Serviço de Oftalmologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto.
- **Prémio SPO/Alcon**, no valor de € 2000, atribuído ao melhor vídeo cirúrgico apresentado no congresso.

- **Prémio SPO/Bausch+Lomb**, no valor de € 2000, atribuído a um interno de Oftalmologia pela apresentação do melhor caso clínico ou comunicação oral.
- **Prémio SPO/Dávi**, no valor de € 2000, atribuído à melhor apresentação na área de glaucoma.
- **Prémio SPO/Edol**, no valor de € 2000, atribuído à melhor apresentação na área da oftalmologia pediátrica.
- **Prémio de Fotografia SPO/Essilor**, no valor de € 1000, atribuído à melhor fotografia científica submetida ao congresso.
- **Prémio SPO/Novartis**, no valor de € 2 000, atribuído à melhor apresentação na área da retina.
- **Prémio SPO/Théa** para o melhor trabalho de investigação, que assegura o valor de inscrição e deslocação ao próximo congresso da Association for Research in Vision and Ophthalmology (ARVO).

Santen lança a plataforma de formação médica SEE (Santen Eyecare Education) em Portugal, um portal de Oftalmologia de nova geração



Equipa da Santen Portugal na Oftalmologia (da esq. para a dta.): Bruno Figueiredo (sales manager), Teresa del Río (medical manager), José Luis Miguelañez (marketing manager), Carla Silva (medical rep), María Pisano (medical science liaison), Miguel Fernandes (medical rep), Paulo da Costa (medical rep), Severine Belie (surgical sales manager), Paulo Rodrigues (surgical rep) e Miguel Costa (medical rep).

A Santen, especialista global em Oftalmologia, acaba de lançar uma plataforma inovadora e interativa de educação médica para profissionais de saúde. O portal SEE (Santen Eyecare Education) está repleto de elementos de formação criados para especialistas em Oftalmologia, oferecendo o acesso a conteúdos de alta qualidade e personalizados, num ambiente intuitivo e de ritmo próprio. Dentro da Oftalmologia, são cobertas áreas como o glaucoma, o olho seco ou a antibioterapia em cirurgia de catarata.

O portal SEE foi desenvolvido de acordo com as necessidades e preferências dos oftalmologistas. A evidência mostra que os profissionais de saúde preferem conteúdos interativos específicos, acessíveis a pedido e adaptados às suas necessidades individuais¹. O portal SEE oferece aos oftalmologistas uma grande variedade de recursos e conteúdos, para que possam escolher como preferem aprofundar a sua educação e informação no campo da Oftalmologia.

“A COVID-19 mudou a forma como todos nós interagimos. Embora nunca substituiríamos o contacto presencial com oftalmologistas, estamos encantados por poder oferecer acesso a formação médica de alta qualidade neste novo ambiente digital. O nosso objetivo é sermos um líder na educação médica em Oftalmologia, e o lançamento do portal SEE é apenas o início desta viagem”, afirma Ioana Grobeiu, vice-presidente do Departamento Médico da Santen EMEA.

O portal SEE permite aos oftalmologistas acederem a todos os recursos disponíveis em computador, *smartphone* e *tablet*, proporcionando a máxima flexibilidade de aprendizagem.

O portal SEE está agora disponível em Portugal e pode ser acedido através deste código QR:



SOBRE A SANTEN

Como empresa global de Oftalmologia, a Santen conduz investigação, desenvolvimento e comercialização de produtos farmacêuticos, dispositivos médicos OTC e produtos de cirurgia do glaucoma, que beneficiam doentes em mais de 60 países. A visão a longo prazo de Santen é tornar-se um inovador social em Oftalmologia e abordar questões sociais e económicas relacionadas com a saúde ocular, explorando estrategicamente tecnologias avançadas e colaborando com os principais líderes em todo o mundo.

Partindo dos seus valores centrados nas pessoas, a Santen visa, em última análise, proporcionar felicidade com visão: uma vida com a melhor experiência visual para cada indivíduo em todo o mundo. Graças aos seus conhecimentos científicos e capacidades organizacionais, adquiridos ao longo de 130 anos, a Santen oferece produtos e serviços que contribuem para o bem-estar dos doentes, dos seus entes queridos e, consequentemente, da sociedade. Para mais informações, visite os *websites* de Santen www.santen.eu (Europa, Médio Oriente e África, EMEA), www.santen.com (sede no Japão) e www.santen.pt (Portugal).

Referência: 1. EPG Health. *The gaps between HCPs demand and pharma supply of medical information* (2021). Disponível em: https://www.epghealth.com/pharmaceutical-industry-reports/pharma-hcp-engagement-gaps.html#Download_form (último acesso em novembro de 2022).

Santen Pharma Portugal Br
Centro Empresarial Torres de Lisboa
Rua Tomás da Fonseca, Torre G5
1600-209 Lisboa

NP-SANTEN-PT-0014

Santen

PUBLICIDADE

Santen