

Universidade da Beira Interior

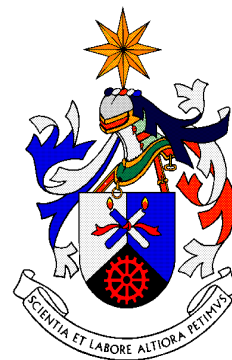
Estágio Hospitalar em Optometria em Ciências da Visão

Ano lectivo 2008/2009

Orientador: Dr. Santiago Garcia Hernández

Co-Orientador: Professor Doutor Pedro Lourenço Monteiro

Estagiário: Daniel Fernando Bartolomeu Macário



Relatório de
Estágio

Agradecimentos

Com este relatório de estágio acaba mais uma etapa da minha vida, oxalá com mais um grau académico e um passo mais na curta carreira feita com muito esforço mas também com muita ajuda. Em primeiro lugar, agradecer a minha família, em especial aos meus pais e irmã pelo suporte e apoio incondicional desde o primeiro dia desta vida académica.

A todos os meus colegas de curso com quem tive o prazer de trocar ideias e absorver conhecimentos.

A todos os meus professores, em especial aquele que me ensinou o significado de coisas como Optometria, Miopia, presbita, entre outras ao professor Doutor Mário Teixeira.

Ao director de mestrado, professor Doutor Paulo Fiadeiro pelo esforço para que tudo corresse da melhor maneira possível.

Ao professor Doutor Pedro Monteiro, pela disponibilidade em ser meu co-orientador de estágio e toda a ajuda prestada.

Aos meus colegas de mestrado que tal como eu aguentaram todas as adversidades e melhoraram todos os sábados “de dura praxe académica” com um sorriso e uma piada na hora certa.

Ao meu orientador de estágio Dr. Santiago García, pela amabilidade, pelos conhecimentos que me transmitiu, pela disponibilidade e pela facilidade com que sempre me resolveu todas as dúvidas e problemas.

A toda a equipa da secção de oftalmologia do Hospital Universitário Virgen Vega pela amabilidade com que fui tratado e inserido no serviço.

A senhora Juana Imelda, por permitir que estudasse e utilizasse os seus parâmetros e condições neste relatório.

Aos proprietários do Centro Óptico Urbina, pelos dias livres, pelas horas de estudo no local de trabalho e pela compreensão e ajuda que me permitiu realizar este mestrado e estágio.

E por fim, mas não menos especial, a minha namorada por toda a ajuda no dia-a-dia, de forma a facilitar todas as tarefas que me eram incumbidas, com uma dose extra de motivação.

Índice

❖ Lista de abreviaturas.....	página 4
❖ Objectivos.....	página 5
❖ Introdução.....	página 6
❖ A consulta de oftalmologia.....	página 8
❖ A cirurgia ocular.....	página 9
❖ Caso clínico 1 – Lúpus eritematoso.....	página 10
❖ Caso clínico 2 – excesso de acomodação – pseudomiopia.....	página 11
❖ Caso clínico 3 – Catarata nuclear.....	página 13
❖ Caso clínico 4 – Incisão ocular.....	página 14
❖ Caso clínico 5 – Buraco macular.....	página 15
❖ Caso clínico 6 – Quisto de Moll.....	página 16
❖ Caso clínico 7 – Glaucoma de ângulo aberto.....	página 17
❖ Caso clínico 8 – Degenerescência macular relacionada com a idade.....	página 18
❖ Caso clínico 9 – Macroaneurisma retiniano.....	página 19
❖ Caso clínico 10 – Fibrose capsular.....	página 20
❖ Caso clínico extenso – Introdução.....	página 21
❖ Caso clínico extenso (pterygium) – Descrição	página 27
❖ Conclusão.....	página 30
❖ Bibliografia.....	página 31

Lista de abreviaturas

- ❖ O.D. – olho direito
- ❖ O.I. – olho esquerdo
- ❖ ARN – acomodação relativa negativa
- ❖ ARP – acomodação relativa positiva
- ❖ H. C. U. S. – Hospital clínico universitário de Salamanca
- ❖ OCT – Tomografia de coerência óptica
- ❖ PIO – Pressão intra-ocular
- ❖ PIRRLA – Pupilas isocóricas e redondas que respondem à luz e à acomodação

Objectivos

O estágio hospitalar inserido no segundo ciclo do curso de Optometria em Ciências da Visão tem como principal função favorecer o contacto de optometristas com um ambiente que possa enriquecer toda a nossa perspectiva profissional e facilitar o nosso trabalho no dia-a-dia. Especificamente, os objectivos do estágio são:

- ❖ Familiarização com o trabalho hospitalar na especialidade de oftalmologia.
- ❖ Familiarização com o doente hospitalar.
- ❖ Contactar com os procedimentos de consulta.
- ❖ Contactar com os procedimentos de exames complementares.
- ❖ Observar casos reais de patologias mais sérias ou menos prevalentes, difíceis de observar fora de um hospital.
- ❖ Trabalhar em equipa com distintos profissionais, com diferentes conhecimentos, habilidades e técnicas.
- ❖ Conhecer a forma de actuar de um médico oftalmologista relativamente a algumas patologias ou alterações mais habituais de forma a poder prever mentalmente a evolução de um caso e ajudar o paciente a entender a situação.

Introdução

Realizado o primeiro ano do Mestrado em Optometria em Ciências da Visão, onde varias vezes abordamos o paciente de optometria sob uma perspectiva diferente, surge então a oportunidade de realizar um estágio hospitalar de forma a estar um pouco mais dentro do dia-a-dia desse campo que varias vezes tinha ouvido falar mas que ainda me era desconhecido. Com a aprovação e o apoio do Dr. Santiago Garcia, médico oftalmologista do Hospital Universitário de Salamanca, tive a oportunidade de conhecer esse novo mundo na cidade onde resido, Salamanca.

O Hospital Universitário de Salamanca está dividido em duas secções principais, sendo que cada uma presta cuidados de atenção primária a metade da cidade (organizada geograficamente) e cuidados extras a toda a província de Salamanca. Uma dessas partes, denomina-se Hospital Clínico Universitário de Salamanca. A outra dá pelo nome de Hospital Universitário Virgen Vega e funciona apenas em regime ambulatorio, transferindo qualquer caso que requeira cuidados especiais ou internamento ao H.C.U.S. O facto de estarem assim divididos traz várias vantagens a população em termos de efectividade e velocidade na atenção primária, mas aumenta os custos de manutenção e adaptação a nível técnico do hospital. Em consequência disso, há algumas provas em que temos de enviar o paciente ao H. C. U. S. pelo facto de não existirem meios técnicos no serviço do Virgen Vega, como por exemplo Tomografia de Coerência Óptica (O.C.T.).

O meu estágio decorreu no serviço do Hospital Universitário Virgen Vega (Salamanca), de Outubro de 2008 a Maio de 2009, acompanhando o Dr. Santiago Garcia todas as segundas-feiras, no serviço de urgências oftalmológicas ou nas suas consultas diárias (1ª consulta e consultas de seguimento). A secção (2º andar do Centro de Especialidades da dita unidade hospitalar) dispõe de uma sala de espera, sete consultórios médicos, um gabinete de gestão da secção, um corredor interno para comunicação com enfermeiras e entre médicos, uma pequena sala para refractometria e uma sala com equipamentos extra e comuns a todos os médicos, onde se efectuam provas como biometria, biomicrofotografia, retinografia, campimetria, laser, angiografia, etc. A esta sala também se transladam pacientes suspeitos de problemas de visão binocular, pois dispõe de um foroptero que torna mais fácil o calculo de vergências, forias, acomodações relativas e outras funções. Cada consultório dispõe de um projector e caixa de prova, teste de leitura, computador, lâmpada de fenda com tonómetro de contacto integrado,

Estágio Hospitalar em Optometria em Ciências da Visão

oftalmoscópio directo, oftalmoscópio indirecto binocular com lente “Oculus”, lente de Volk para fundoscopia, lente de Goldmann “fundus camera” (Gonioscopia) e todos os consumíveis oftálmicos, como midriáticos, cicloplégicos, gotas anestésicas, outras gotas ou pomadas oftálmicas para tratamentos primários, agulhas, compressas, etc.

As consultas iniciavam às nove (9:00) e terminavam por volta das quinze (15:00) horas continuamente. Os pacientes, exceptuando os dias de urgências, estavam organizados da tarde anterior e avisados, com consultas de quinze em quinze minutos.

Quando entravam na sala de espera, os pacientes eram encaminhados por uma enfermeira que lhes fazia refractometria utilizando um auto-refractómetro TOPCON KR 8100P.

Quando o paciente entra no consultório, o médico dispõe já de antemão a sua ficha com todo o historial oftalmológico e/ou clínico.

Para a elaboração deste relatório de estágio decidi seleccionar alguns casos que me pareceram mais interessantes e descrever um pouco a forma como o mesmo foi abordado, as possibilidades terapêuticas e em alguns os resultados. Este relatório está composto em duas partes distintas, a primeira onde se descrevem os referidos casos de maior interesse e uma segunda parte, composta pela análise de um caso clínico escolhido por mim e pelo orientador principal, onde se pode observar que a acção do oftalmologista compensada com a ajuda do optometrista, poderá aumentar sensivelmente a qualidade de vida do doente.

A consulta de Oftalmologia:

Em termos gerais, pode dizer-se que a consulta de rotina de oftalmologia é composta por várias fases ou partes importantes e imprescindíveis. Nas nossas consultas iniciávamos a análise do paciente com a medição da *Acuidade Visual* monocular e depois binocularmente com ou sem correcção, de acordo com os hábitos do paciente. Como a refractometria estava já realizada, após a medição da AV e nos casos em que nos parecia adequado, obtínhamos a melhor graduação de longe e perto. Normalmente, seguíamos para a avaliação das *pupilas* medindo o seu diâmetro (em condições escotópicas). Com a ajuda de uma lanterna verificamos a rapidez e a contracção da pupila para cada um dos olhos. O passo seguinte no exame ocular, é uma avaliação geral da região *periorbital, pálpebras, posição do globo, e orla das pálpebras*. Nesta altura, inspeccionamos a *conjuntiva, as pálpebras, os seus bordos* e se necessário, fazíamos reversão das pálpebras. Sem descartar uma pequena análise da *motilidade, posição e músculos extra-oculares* analisando as várias posições do olhar e através do teste cover/uncover.

Utilizando a lâmpada de fenda (biomicroscópio), examinamos novamente embora com maior detalhe o segmento anterior do olho começando pelas pálpebras e passando para trás para examinar a *conjuntiva, a córnea, a câmara anterior, a íris, o cristalino e a câmara vítrea*.

A *pressão intraocular* é um dos dados clínicos mas importantes do exame oftalmológico. Para tal, utilizava-se o tonómetro de aplanção que tínhamos incorporado na lâmpada de fenda ou um outro portátil para pacientes que tinham dificuldade em manter a postura correcta e imprescindível para a lâmpada de fenda.

Por fim, fazia-se *fundoscopia*. Após instilar gotas midriáticas escolhia-se o oftalmoscópio directo ou indirecto e analisava-se a retina, dando especial atenção ao topo do *nervo óptico, mácula e vasos da retina*.

Em alguns casos, era necessário realizar alguns exames complementares de diagnóstico como gonioscopia, teste de visão das cores, testar a função lacrimal, a drenagem lacrimal (muito efectuado em pacientes de maior idade), exoftalmometria, perimetria, tomografia óptica de coerência, angiografia fluoresceínica, retinografia, topografia, biometria, etc.

A cirurgia ocular:

Incluída nos serviços do Hospital Virgen Vega, a sala de cirurgias do serviço de oftalmologia dispõe de modernos equipamentos Zeiss bem como um stock de lentes intra-oculares e outros componentes necessários a intervenção. Esta encontra-se totalmente preparada para a realização de 2 a 3 turnos de cirurgia por dia. De cada turno fazem parte, no momento da cirurgia, dois médicos oftalmologistas, um medico anestesista e dois enfermeiros.

Maioritariamente, são realizadas cirurgias de catarata e disso é exemplo o turno que tive a oportunidade de presenciar, onde foram realizadas três cirurgias de catarata e duas autoplastias conjuntivais com remoção de pterigium. Cada cirurgia de catarata teve uma duração média de 30 minutos (realizadas por facoemulsificação e aplicando uma lente de silicone, que segundo alguns estudos costuma obter melhores resultados a longo prazo) e a autoplastia demorou cerca de uma hora cada uma. Realizadas pelo Dr. Santiago acompanhado do Dr. Tabes, tudo correu segundo os procedimentos normais e todas resultaram em êxito.

Casos Clínicos:

❖ CASO CLÍNICO 1)

M.C.G.H., paciente do sexo feminino, 32 anos de idade, apresenta-se na consulta por indicação do seu dermatologista. Previamente diagnosticada de lúpus erimatoso sistémico, pretende efectuar um controlo ocular pois irá iniciar um tratamento com cloroquina. Esta toxina tem uma forte capacidade para depositar-se em tecidos ricos em melanina como a pele e a retina. Embora o lúpus nos seus estados iniciais não provoque danos retinianos, dependendo do tempo de tratamento e das concentrações, a toxicidade da cloroquina pode trazer problemas graves mesmo para uma retina inicialmente sã.

Padece de lúpus à quase 10 anos, mas apenas apresenta problemas dérmicos. O tratamento será efectuado em doses diárias de 250mg de Resochin.

A paciente não tem quaisquer antecedentes oculares nem sistémicos, nem nada assinalável acerca da sua história familiar. Não toma outros medicamentos nem tem conhecimento de alergias. Utiliza óculos à quase 13 anos, alcança uma acuidade visual igual à unidade e usa a seguinte graduação:

O.D. +1,00esf -1,50cil x 180°

O.E. +0,50esf -0,75cil x 175°

Não apresenta alterações nas estruturas oculares dos pólos anterior ou posterior, nem refere quaisquer sintomas que indiquem alterações do sistema acomodativo e binocular. PIRRLA. O teste subjectivo mostra que não é necessária qualquer alteração.

Pode observar-se o típico eritema em forma de borboleta sobre as maçãs do rosto e a ponte do nariz.

Pressão intraocular de 12mmHg em ambos os olhos. O fundo de olho apresenta uma boa aparência, com um aspecto homogéneo, incluindo a mácula. O disco óptico é redondo e definido. Escavação papilar de 10%. Realizamos também uma campimetria periférica de 30 pontos.

Durante a discussão do caso, referimos que deveria ser efectuado um exame de sensibilidade ao contraste de forma a poder comparar num futuro próximo e avaliar mais claramente o nível de toxicidade provocado pela cloroquina, mas como nenhum dos centros hospitalares dispunha desse equipamento, não se realizou.

Recomendou-se nova consulta dentro de 6 meses.

❖ CASO CLÍNICO 2)

S.N.O., menina de 11 anos, enviada a consulta de oftalmologia aconselhada pela sua professora devido a alguns problemas de aprendizagem. Acuidade visual flutuante de aproximadamente 9/10 em cada um dos olhos.

Realizamos um questionário exaustivo para tentar desvendar a origem do problema. Os principais sintomas são: dores de cabeça, visão desfocada ao longe sobretudo no final do dia ou depois de algum tempo em visão de perto. Através de algumas perguntas mais detalhadas apercebemo-nos de que vários profissionais lhe variaram a graduação ao longo dos exames, referindo mesmo (embora não tivéssemos provas de que assim fosse) que ora lhe corrigiam miopia, ora lhe corrigiam hipermetropia. Este facto levou-nos a suspeitar de um problema acomodativo. Devido a falta de equipamento e tempo de consulta, pedimos à paciente que efectuasse uma consulta optométrica no meu local de trabalho, onde dispunha de tempo e meios para uma melhor revisão optométrica.

Uma semana depois, em conjunto com o orientador, discutimos o facto de que a amplitude de acomodação da paciente era diferente em cada um dos olhos (O.D. 14D/O.I. 16D), o que denuncia um esforço acomodativo também distinto. ARN inferior a norma (+0,75D) e menor que ARP (-3,00D). Falha flippers positivos binocularmente. Ponto próximo de convergência demasiado próximo (1,5cm). Vergências positivas e negativas com valores relativamente abaixo dos valores normais. O facto de ter um sistema visual tenso e de lhe ser impossível relaxar a acomodação, leva-nos a crer que a pequena endoforia em visão próxima seja produzida pelo suposto excesso de convergência e/ou acomodativo.

Depois de confirmado o diagnóstico de **excesso de acomodação** que provoca uma **pseudomiopia**. Devido ao facto de a paciente não viver nem ter facilidade em deslocar-se a Salamanca, descrevemos um plano de treino visual que recomendamos realizar numa óptica próxima da sua habitação. No plano de treino, pedimos que se efectuassem exercícios acomodativos e vergenciais. Embora os testes efectuados fossem determinados pelo especialista, pedimos uma atenção especial nos exercícios que relaxem a acomodação. Nova consulta dentro de 3 meses.

Devido ao facto de as consultas serem marcadas por aproximação, e o meu estágio ser apenas um dia por semana, não voltei a coincidir com a paciente, mas por observação da sua ficha clínica, posso garantir que a terapia deu resultado, foi desmascarada a hipermetropia, e a

Estagio Hospitalar em Optometria em Ciências da Visão

paciente atingiu um sistema visual com valores normais. A falta de tempo nos hospitais associado a falta de rigor na maioria das ópticas, leva a que este problema seja mais habitual do que possa parecer. Nestes casos, torna-se muito importante a cooperação entre oftalmologistas e optometristas, que com o apoio dos pais e do paciente pode converter esta anomalia num caso de sucesso.

❖ CASO CLÍNICO 3)

A.M.M., paciente do sexo masculino, 64 anos de idade, vem à revisão semestral. Diagnosticado de cataratas binocular há 3 anos, parece decidido a operar-se. Historia clínica detalhada e extensa. Operado a cerca de 10 anos de angina de peito, fumador activo e excessivo durante muitos anos, sofre de insuficiência cardíaca e parece ter superado a quase 2 anos um cancro de garganta. Também se queixa de ardor ocular e sensação de corpo estranho.

Acuidade visual e correcção actual:

O.D. -3,25esf -1,00cil * 70° Acuidade Visual 1/10

O.I. -2,00esf -1,75cil * 30° Acuidade Visual 7/10

Pupilas e movimentos oculares normais. O exame com lâmpada de fenda revela pálpebras normais e superfície corneal aparentemente saudável. Menisco lacrimal diminuído. Catarata grau 3/4. Tonometria de aplanção revela valores normais (10mmHg em ambos os olhos). Utilizando o oftalmoscópio indirecto binocular, parece ver-se um edema macular, mas a visibilidade é bastante reduzida. Retina aplicada 360°.

Diagnostico catarata nuclear grau 3/4 olho direito.

Marca-se operação de catarata ao olho direito. Avisa-se o paciente dos riscos e da evolução que esperamos. Informa-mos que terá de vir a uma consulta com o medico anestesista, e que a lista de espera é de aproximadamente um mês.

Tratamento com lágrimas artificiais sempre que tenha sintomas.

CASO CLÍNICO 4)

F.R.G.M., 50 anos, paciente que acudiu de urgência com traumatismo perforante no olho direito, segundo refere, derivado ao rebentamento de uma garrafa de vidro a cerca de 50 centímetros. Apresenta no momento da chegada, uma ferida inciso-contusa na zona intermédia da córnea na posição análoga a um relógio desde as 2h as 9h. Este corte estendia-se pela esclera cerca de 3 mm nas duas direcções. Apresenta também uma ferida na íris afectando a pupila e que divide a primeira em duas metades. Catarata traumática. Intervenção cirúrgica imediata procedendo a sutura da ferida corneal, escleral e iridiana. Também se realizou cirurgia de catarata.

No pós-operatorio imediato, apresenta dor moderada, câmara anterior profunda com hiperemia grau III-IV, o que impede a visão clara das estruturas internas. Por vontade do paciente, é-lhe concedida alta hospitalar com o seguinte tratamento: {prednisona alonga 10mg (2 comprimidos por dia), omeprazol 20mg (1 à tarde), paracetamol 650 (1 cada 8 horas enquanto permanecer a dor), atropina 1% (cada 6h), celestone S oftálmico (1 cada 4h), deicol pomada (de manhã e à noite), pomada epitelizante (cada 8h), oclusão, repouso e dieta normal.

Observado semanalmente, apresenta dor ocular até cerca das 3 semanas após o acidente. Observação muito dificultada pela incapacidade de manter o olho aberto.

Na consulta de observação, um mês após o acidente, não apresenta dor ocular. Biomicroscopia revela córnea esbranquiçada, drenagem ocular e distrofia do globo ocular. Cegueira monocular absoluta, com prognóstico reservado em relação a possibilidade de manutenção do globo ocular.

❖ CASO CLÍNICO 5)

M.O.U.C., paciente do sexo masculino, com 70 anos vem a consulta de rotina e refere visão desfocada no olho direito. Conta que à mais de 1 ano nota que vê mal desse olho. Não tem qualquer sintoma que se possa associar, nem casos relevantes na sua história clínica. Apesar da idade, não tem nenhum tratamento médico nem farmacológico em seguimento. Não padece de qualquer tipo de alergias. Refracção objectiva e subjectiva equivalente.

O.D. +1,50esf -2,00cil *140° Acuidade Visual de 0,5/10

O.I. +2,25esf -1,00cil * 90° Acuidade Visual de 8/10

Pupilas iguais, redondas e regulares, que respondem correctamente a luz e a acomodação. Movimentos oculares suaves, precisos, extensos e sem restrições. Suspeita de escotoma central detectado por grelha de Amsler típica. Pálpebras e pestanas limpas, pequena pinguécua localizada nasalmente no olho esquerdo, ângulo de Van Herick grau 4, e catarata grau II em ambos os olhos.

A exploração do fundo do olho é realizada por oftalmoscopia indirecta binocular ,após dilatar o paciente com uma gota de tropicamida a 1%. Coloração de aparência saudável, sem alterações vasculares, nervos ópticos não patológicos, redondos e de bordos bem definidos. Relação escavação papila 0,4 em ambos os olhos. Na mácula do olho direito pode ver-se um anel redondo com uma coloração mais intensa no centro.

Teste de Watzke-Allen positivo no olho direito. Suspeita de buraco macular. Pedimos OCT em ambos os olhos. Nova consulta dentro de uma semana.

A tomografia de coerência óptica confirma o diagnóstico. Buraco macular completo de grau IV, com bordos edematosos e desprendimento da hialoide posterior. Avisa-se o paciente de que dificilmente este problema se poderá atenuar sem recorrer à cirurgia e que o êxito da mesma está directamente relacionado com a precocidade da patologia. Também se lhe explica de que o prognostico é incerto, terá de ser internado e operado por um outro oftalmologista (especializado em retina) na outra secção do hospital.

❖ CASO CLÍNICO 6)

M.C.R.G., mulher de 68 anos, queixa-se de uma “bolha de pus”. História clínica sem registos de interesse, nunca teve qualquer doença ocular nem antecedentes conhecidos com graves doenças do foro ocular. Não sofre de qualquer doença sistémica, embora tenha sido operada ao estômago a mais de 10 anos, encontra-se perfeitamente.

Usa óculos à cerca de 20 anos. Acuidade visual com os seus óculos igual a 7/10. A graduação actual é a seguinte:

O.D. -2,75esf -0,50cil * 90°

O.I. -4,00esf -0.75cil * 115°

Não melhora acuidade visual realizando exame subjectivo.

Biomicroscopia revela um quisto de aspecto seroso sobre o bordo da margem palpebral temporal do olho direito. Catarata nuclear de grau +II/IV. Pontos lacrimais desobstruídos e película lacrimal com algum défice. Refere fotofobia e alguma vez sensação de corpo estranho e ardor. Pressão intraocular normal. Exame de fundo ocular não revela qualquer anormalidade.

Diagnostico de Quisto de Moll, provocado pelo bloqueio do canal excretor das glândulas de Moll, crónico e indolor.

Recomendada a aspiração do conteúdo do quisto através de uma agulha fina, que poderia ter sido realizada no momento. No entanto, por opção da paciente que se encontrava sozinha naquele dia a extracção foi marcada para 2 a 3 dias depois.

❖ CASO CLÍNICO 7)

J.C.G.P., homem de 67 anos, caucasiano, vem a consulta de rotina. Acuidade visual igual à unidade utilizando os seus óculos. História clínica sem dados anteriores suspeitosos de qualquer anomalia. Queixa-se unicamente de que lhe lacrimejam em demasia ambos os olhos. Biomicroscopia sem condições relevantes, PIRRLA sem defeitos aferentes, movimentos oculares normais. **Pressão intra-ocular elevada** (O.D. 25mmHg, O.I. 23mmHg) executada por tonómetro de aplanção de Goldman. **Ângulo da câmara anterior de grau 3 utilizando técnica de Van Herick.**

Oftalmoscopia binocular indirecta revela escavação do nervo óptico, com relação escavação papila de aproximadamente 0,6. Retina aplicada 360°.

Diagnosticado glaucoma de ângulo aberto, realizou-se perimetria de forma a avaliar possíveis escotomas enquanto a localização e intensidade. Campimetria sem escotomas definidos nota-se uma pequena mancha acinzentada em arco na zona superior ao ponto cego.

Tratamento com beta-bloqueantes tópico e prostaglandinas (Timoptic e Xalatan) 3 vezes ao dia.

Nova consulta dentro de dois meses.

❖ CASO CLÍNICO 8)

E.G.N.S., paciente do sexo feminino, 65 anos, queixa-se de “ver as linhas torcidas” e ser incapaz de reconhecer rostos a mais de 3 metros. Não usa óculos. Acuidade visual bruta de 5/10 e 6/10 em olho direito e esquerdo, respectivamente. Pupilas isocóricas, redondas e normoreactivas. Movimentos oculares normais. História clínica sistémica sem anomalias importantes e retrospectiva ocular nula. Nunca tinha consultado um especialista da visão. Refracção objectiva:

O.D.-1,25esf -0,50cil*36°

O.I. -1,75esf -0,25cil*159°

Realizando refração subjectiva pode melhorar uma linha de acuidade visual em cada olho, com a seguinte graduação:

O.D. -1,00

O.I. -1,50

Adição de +3,25D.

Devido a queixa principal, realizamos a prova da grelha de Amsler antes de efectuar biomicroscopia, de forma a não deslumbrar a paciente. Refere distorção das linhas, sem escotoma central.

Biomicroscopia sem resultados de interesse. PIO normal. Em fundo ocular observado com oftalmoscópio indirecto, observamos palidez da região macular e abundantes drusas.

Diagnosticada degenerescência macular relacionada com a idade, não é aconselhável efectuar angiografia devido a falta de confiança da paciente nos profissionais de saúde. Também prefere esperar até perder mais visão antes de recorrer a fotocoagulação.

Nova consulta dentro de 6 meses.

❖ CASO CLÍNICO 9)

A.A.M.I., mulher de 62 anos, caucasiana, queixa-se de visão desfocada no olho esquerdo. Acuidade Visual igual a unidade em ambos os olhos. Hipertensa, medicada a mais de um ano, não tem conhecimento de qualquer outra doença ocular ou sistémica, nem problemas oculares graves na sua família directa. Exame com biomicroscopio sem qualquer alteração anormal para a idade, pressão intraocular normal (17 AO).

Fundoscopia directa revela mancha em arco de exsudados lipídicos bem como hemorragia na zona periférica superior da retina. Diagnostico de macroaneurisma retiniano causado por dilatação anómala de uma arteríola retiniana. Pediu-se campimetria periférica (60 pontos) de forma a avaliar os danos que possam ter sido causados pela hemorragia. Normalmente, sobretudo se não afecta a região macular, este problema não requer tratamento⁽¹⁾, pois forma-se um trombo que vai impedir espontaneamente a hemorragia e resolver o edema circundante. Esta situação aparece 75% das vezes em hipertensos numa proporção de 3:1 entre homens e mulheres. No caso de ser periférica não é perigosa, mas pode criar algumas complicações como hemorragias intraretinianas, desprendimento macular, e oclusão da artéria retiniana distal, pois os trombos que se formam para bloquear a hemorragia podem criar uma embolia na artéria retiniana distal.

❖ CASO CLÍNICO 10)

M.Q.R., senhora de 83 anos, vem a consulta por recomendação do seu médico de família, com queixas de visão desfocada no olho esquerdo. Usa lentes progressivas e esta perfeitamente adaptada a esse tipo de lentes. Operada de cataratas à mais de 15 anos, apresenta uma história clínica sem relevâncias oftalmológicas nem doenças sistémicas de especial atenção. Não toma medicamentos. Na história familiar refere que uma tia padeceu de glaucoma desde muito nova e morreu jovem e cega. Acuidade visual de 7/10 no olho direito e 1/10 no olho esquerdo. Não obtém qualquer melhoria realizando refração subjectiva. PIRRLA. Movimentos suaves, precisos, extensos e sem restrições. Pressão intra-ocular normal.

Biomicroscopia revela pequeno grau de ectrópio, causa do excesso de lacrimejo referido na anamnese, no entanto toda a superfície corneal apresenta um aspecto saudável. Fibrose capsular de grau máximo no olho esquerdo. Depois de aplicada uma gota de F+T (flouresceína e tropicamida a 1%) e de esperar cerca de 20 minutos, realizamos fundoscopia com oftalmoscópio directo. Retina de aparência sã, relação escavação papila de aproximadamente 0,4. Mácula de aspecto normal.

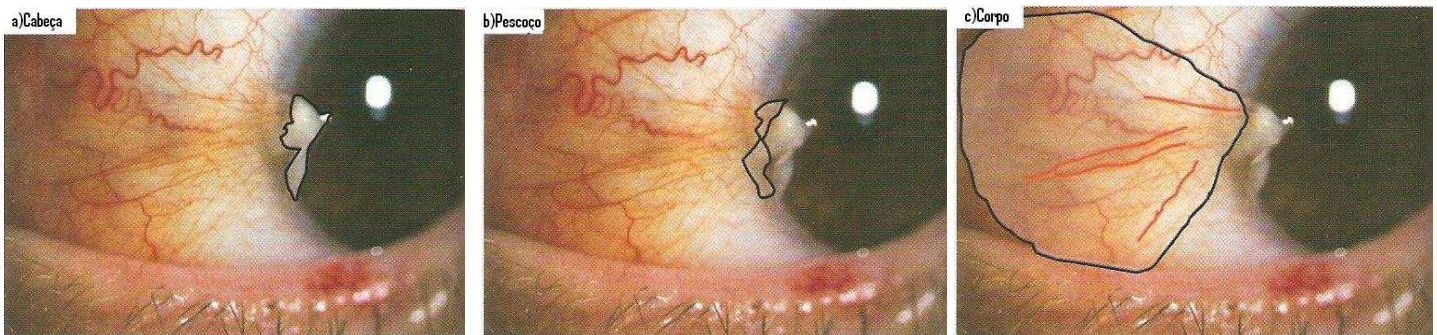
Deslocamos a paciente a uma outra sala, onde foi submetida a laser Yag no olho esquerdo, recortando a fibrose capsular com um corte vertical e outro horizontal sobre a zona mais densa.

Foi avisada de que provavelmente iria recuperar a visão do olho esquerdo de forma progressiva. Poderia continuar com os seus óculos actuais até nova consulta.

Nova revisão dentro de 20 dias.

(Caso clínico extenso - Pterigium) Introdução

O pterigium é uma degeneração da conjuntiva de etiopatogenia desconhecida. A definição clínica mais comum entre os especialistas é a que descreve o pterigium como uma proliferação fibrovascular de tecido conjuntival que cresce desde a conjuntiva bulbar e adere ao tecido transparente corneal através do limbo esclerocorneano.⁽²⁾ Geralmente apresenta-se de forma triangular com a base localizada na periferia e o ápex na direcção da córnea. A sua localização exacta no globo ocular (dentro da área interpalpebral no eixo horizontal) é significativa sobre o ponto de vista clínico. Pode ser unilateral ou bilateral, unipolar ou bipolar. Observando um pterigium com biomicroscópio, podemos apreciar três áreas bem diferenciadas dentro da lesão, as quais: cabeça, colo e corpo⁽²⁾. A primeira corresponde ao ápex da lesão, é plana, acinzentada e avascular (Figura 1a). O colo da lesão conecta a cabeça com o corpo. Nesta zona encontram-se finos neovasos e vasos anastomosicos (Figura 1b). O corpo é a zona de maior extensão que se encontra sobre a conjuntiva bulbar. Apresenta vasos nutricionais que são rectos e radiais em respeito ao ápex (Figura 1c)⁽²⁾.



Figuras 1a), 1b) e 1c) - Morfologia de um pterigium ⁽²⁾

A análise histológica do pterigium mostra a formação de um tecido de degeneração elástica que avança na direcção da córnea provocando a degradação das fibras de colagénio do estroma periférico. A nível superficial podem evidenciar-se áreas de hiperplasia epitelial e zonas de atrofia do mesmo, o que explica o padrão positivo de tincção observado quando se instila fluoresceína. Na figura 2, pode observar-se um exemplo dos efeitos do crescimento do pterigium no epitélio corneal.

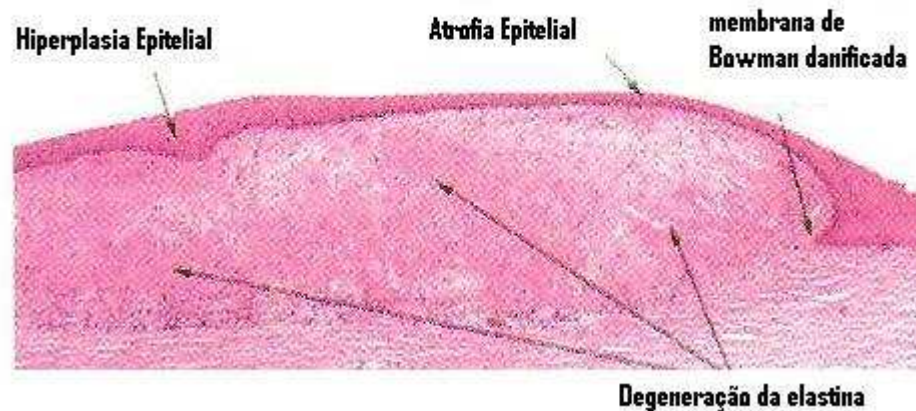


Figura 2 – Histologia de Pterigium ⁽²⁾

A prevalência é maior em países tropicais e subtropicais, uma vez que a radiação ultravioleta é o principal factor de risco. Assim, enquanto em climas temperados avança lentamente e não costuma causar problemas visuais em locais tropicais e subtropicais representa uma seria ameaça à visão. O seu desenvolvimento está também relacionado com outros factores como olho seco, escassa humidade ambiental, rápida evaporação da película lacrimal, hereditariedade, ametropias e ventos (estes porque podem produzir micro traumatismos com partículas de pó ou gelo⁽²⁾).

O pterigium pode classificar-se segundo a sua morfologia e segundo a sua actividade. Assim, este pode dizer-se activo ou inactivo como se observa na figura números 3 e 4, respectivamente. O inactivo apresenta vasos fantasma ou finos, a lesão apresenta uma aparência esbranquiçada e é assintomático.

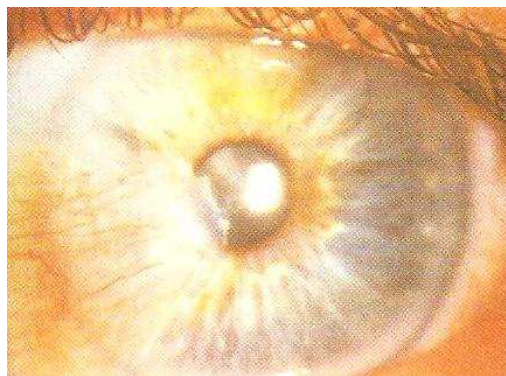


Figura 3 – Pterigium inactivo ⁽²⁾

No pterigium activo, os vasos estão muito dilatados e chegam ao ápex, pois a lesão está em pleno crescimento. Normalmente é sintomático.

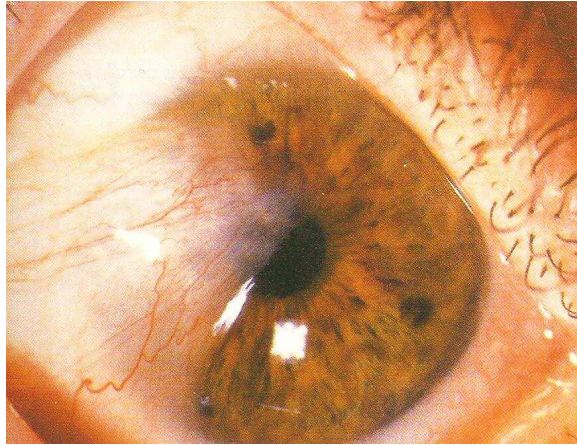


Figura 4 – Pterigium activo ⁽²⁾

Quanto à sua morfologia, está classificado em atrófico, carnoso e intermédio. O atrófico permite ver os vasos episclerais que se localizam por baixo do corpo da lesão, enquanto o carnoso é grosso e os vasos existentes estão totalmente escondidos por baixo do corpo do pterigium. O intermédio apresenta zonas de pterigium atrófico e zonas de pterigium carnoso. Estas diferenças podem observar-se nas figuras 5, 6 e 7. Outros autores preferem a classificação em pterigium estacionário, progressivo e maligno, mas dada a dificuldade e em diferenciar os dois últimos, preferi utilizar a primeira terminologia.

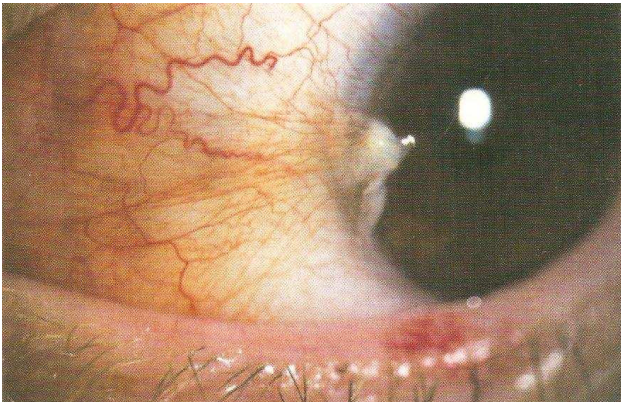


Figura 5 – Pterigium atrófico ⁽²⁾

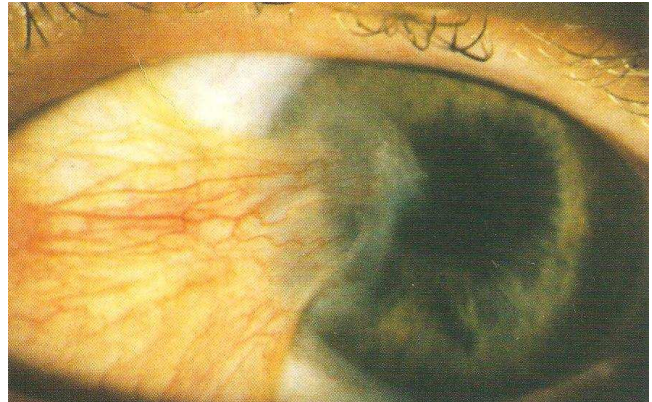


Figura 6 - Pterigium carnoso ⁽²⁾

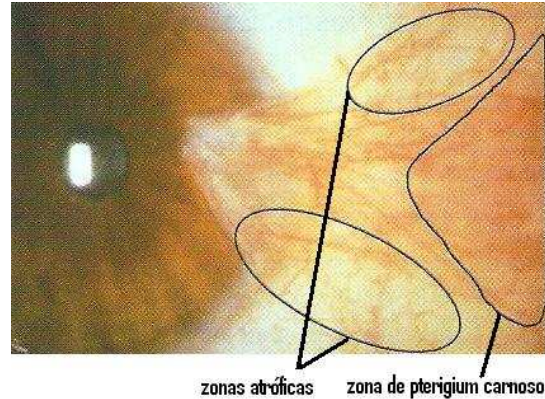


Figura 7 – Pterigium intermédio ⁽²⁾

De acordo com as características da lesão, o tratamento pode ser médico-optométrico ou cirúrgico. As opções para tratar as lesões moderadas, onde não é necessária a cirurgia, são a protecção contra a radiação ultravioleta e evitar agentes irritantes. Está também demonstrado que os colírios anti-inflamatórios, os substitutos lacrimais e os lubrificantes aliviam os sintomas⁽²⁾.

O tratamento cirúrgico pode ser recomendado por motivos de carácter relativo ou absoluto. O paciente pode ser operado por motivos relativos, quando se trata de um problema estético ou casos de inflamação periódica muito sintomáticos ou crescimento documentado. Por outro lado, diz-se que a operação é de carácter absoluto se o pterigium é grande e activo, se este limita a motilidade ocular ou provoca alterações visuais como astigmatismo e diplopia monocular, causados pela tracção que a lesão exerce sobre a córnea, ou quando o ápex alcança a zona pupilar⁽³⁾.

A complicação mais comum aquando da incisão do pterigium primário é a recidiva. Em casos leves e não inflamatórios o pterigium costuma ser assintomático mas, em casos de recidiva a zona elevada produz lacrimajo reflexo, fotofobia, sensação de corpo estranho e ardor. Normalmente estes sintomas acabam por tornar-se crónicos.⁽⁴⁾ Depois de o paciente obter alta final, deve seguir-se a lesão anualmente. Se interrompemos este seguimento prematuramente, estamos a descartar uma possibilidade de reincidência. Quando ocorre, a recidiva aparece poucos meses depois da intervenção, uma situação em que, como não pode ser explicada com a simples exposição solar está sob investigação.⁽²⁾ A técnica mais usada actualmente e com a qual se estão obtendo os melhores resultados é a remoção do pterigium com cobertura total do defeito com auto-enxerto de conjuntiva ou membrana amniótica.⁽²⁾ Como tratamento secundário usa-se

5fluoruracil, mitomicina C e betairradiação, pois estes minimizam as possibilidades de reincidência.

Diagnóstico diferencial

As lesões de aparência similar que devem ser consideradas aquando de um diagnóstico diferencial são:

- *Pseudopterygium* (figura 8)

Normalmente apresenta a sua progressão num plano obliquo relativamente ao plano horizontal e tem apenas o seu ápex aderido ao globo ocular ,enquanto o verdadeiro pterigium está totalmente agregado às estruturas oculares subjacentes.



Figura 8 - Pseudopterygium ⁽²⁾

- *Pinguécula* (figura 9)

A pinguécula diferencia-se do pterigium porque não ultrapassa o limbo esclero-corneano, não apresenta forma triangular nem vascularização.

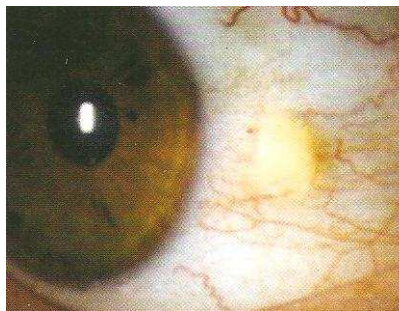


Figura 9 - Pinguécula ⁽²⁾

- *Carcinoma conjuntival* (figura 10)

A sua superfície é rugosa e irregular e não lisa e uniforme como no caso do pterigium. Além disso, o carcinoma não tem forma triangular e como se pode observar na figura, o seu padrão de vascularização é distinto do pterigium.

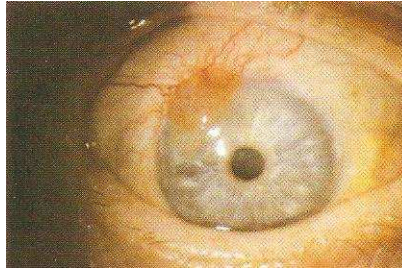


Figura 10 – Carcinoma conjuntival⁽²⁾

- *Neoplasia intraepitelial conjuntival em placa* (figura 11)

Apesar de ser uma lesão menos habitual, que as referidas anteriormente, o diagnóstico diferencial deve basear-se sobretudo no facto de este ter um padrão de vascularização diferente e não ter forma triangular. Quanto à sua posição, este pode aparecer em qualquer zona em redor ao limbo esclero-corneano.

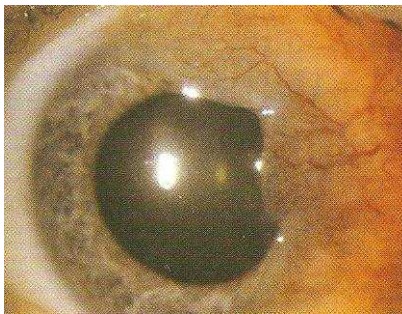


Figura 11 – Neoplasia intraepitelial conjuntival em placa⁽²⁾

(Caso clínico extenso - Pterigium) Descrição

J.I.G.C. 41 anos, mulher latino-americana, natural de Colômbia imigrada em Espanha (Salamanca) desde Setembro de 2004. Aconselhada pelo seu médico de família, obtém a primeira consulta no serviço de oftalmologia deste hospital em Outubro do ano 2005. É-lhe diagnosticado Pterigium binocular e é submetida a uma intervenção cirúrgica binocular em Novembro do mesmo ano. Consta da sua ficha clínica 3 revisões ao longo do ano seguinte, sem qualquer problema ou anomalia. Em Maio de 2007 detectam-se sinais de pterigium em ambos os olhos, mas a paciente refere que não pretende submeter-se a nenhum tipo de tratamento pois não apresenta qualquer sintoma. É-lhe marcada uma revisão anual.

Devido ao facto de não ter comparecido a essa revisão anual, ocorre novamente à consulta dia 01/12/2008 com sensação de corpo estranho e ardor ocular, em ambos os olhos, mas sobretudo no olho direito. Não está submetida a nenhum tratamento médico nem usa óculos. Não lhe é conhecido nenhuma doença sistémica. A sua Acuidade Visual bruta é de $0,6^{-1/4}$ no olho direito, $0,7^{-1/4}$ no olho esquerdo. Binocularmente consegue apenas ver a linha de AV correspondente a 0,7 completa. Tem pupilas isocóricas redondas e normoreactivas. A avaliação do estado motor ocular mediante “cover test” não revela qualquer anormalidade. Não apresenta desvios verticais nem quaisquer limitações em posições secundárias ou terciárias do olhar. Podemos referir os movimentos oculares como suaves, precisos, extensos e completos. Ao fazer retinoscopia, obtivemos sombras irregulares sobretudo no olho direito (pterigium mais evoluído). Utilizando o auto-refractómetro obtivemos a indicação da seguinte compensação:

O.D. +5,00esf -4,00cil x 170°

O.I. +4.25esf -4.50cil x 5°

A acuidade visual com esta correcção é 0,7 em ambos os olhos. Estes dados são discutidos com a paciente que refere pouca melhoria com óculos de prova. **Este caso prova a falta de precisão do autorefractómetro em córneas ou superfícies anteriores alteradas.** Sabendo-se da predisposição de pacientes com pterigium para um astigmatismo elevado, devido a tracção que este exerce na superfície corneal, temos de assumir que neste caso o

autorefractometro esta cometendo um erro. A pressão intraocular medida com tonómetro de aplanção por volta das 12:00h é de 12,0 e 11,0 em olho direito e esquerdo, respectivamente. A exploração do pólo anterior através do biomicroscopio não revela quaisquer sinais clínicos de interesse, com excepção para o pterigium e um leve hiposfagma no olho esquerdo. O tempo de ruptura lacrimal não invasivo estava dentro dos valores normais (aproximadamente 10 segundos) e o menisco lacrimal tinha uma altura também dentro dos parâmetros considerados normais (0,7 a 1,0 mm). O exame do pólo posterior, utilizando um composto oftálmico midriático e cicloplégico com fluoresceína (“F+T”), mostra nervos ópticos de aparência sã, com escavação fisiológica de 20%, tronco vascular estruturado e reflexo foveal presente em ambos os olhos.

Diagnosticasse-lhe pterigium em ambos os olhos com a agravante de que no olho esquerdo é recidivado (O.D grau II e grau III em O.E.). Enviada para cirurgia, que será realizada em primeiro lugar ao olho direito e passado um mes ao olho esquerdo.

Foi operada em Janeiro de 2009 utilizando a técnica de autoplastia conjuntival. Esta técnica começou a utilizar-se nos últimos anos e de forma muito arcaica consiste na limpeza exhaustiva da área do pterigium e transplante de conjuntiva normal para a zona onde foi feita anteriormente a dissecção. É um procedimento efectivo e seguro que se utiliza sempre no pterigium recidivante. Efectuar esta técnica no pterigium primário oferece garantias de êxito, uma vez que as estruturas do segmento anterior mantêm intacta a sua morfologia. Um estudo científico realizado pela Faculdade de Ciências Médicas de Cienfuegos⁽⁵⁾ onde comparam a autoplastia conjuntival com a exérese simples, demonstra a grande utilidade desta técnica, pois este é um problema ocular que, apesar de todos os avanços tecnológicos e científicos, apresenta uma solução nefastamente cirúrgica.

Operada ao olho esquerdo a 09/03/2009, é observada dois dias depois onde se queixa de dor ocular, fotofobia extrema, sensação de enjoo e ardor. Todos esses sintomas são entendidos como normais pelo Dr. Santiago, sendo que, explorando a superfície anterior se pode considerar uma evolução favorável. Recomendado o mesmo tratamento que está a colocar desde a cirurgia (colírio antibiótico e um anti-inflamatório local e sistémico). Continua com o olho tapado, onde aplicamos uma pomada epitelizante.

Observada novamente 12 dias depois da cirurgia, apresenta melhorias significativas tanto em questões de conforto como de visão. Pólos anteriores com boa apresentação, não se faz notar qualquer resto de pterigium nem é referida nenhuma moléstia. Deve ressaltar-se que a paciente

Estagio Hospitalar em Optometria em Ciências da Visão

tem tendência a queixar-se facilmente. Realizando um teste subjectivo de visão, obtemos uma acuidade visual de $0,9^{+1/4}$ em ambos os olhos, com a seguinte prescrição:

O.D. +1,00esf - 0,25cil x 180°

O.E. +1,25esf - 0,25cil x 175°

Obtém alta clínica e é-lhe recomendado esperar pela próxima consulta, a qual é marcada para 06/04/2009.

Seguindo as indicações, a paciente ocorre a consulta com aparente satisfação. Não relata qualquer sintoma e apresenta um típico caso de sucesso na cirurgia de pterigium. Receita-se a graduação obtida na consulta anterior e recomendasse-lhe óculos de sol com alta protecção ultravioleta. Consulta de seguimento anual.

Embora tudo tenha corrido como esperado e a satisfação seja elevada, é precipitado retirar conclusões finais deste caso, pois a complicação mais preocupante seria a recidiva, que pode aparecer dentro de 1, 2 ou mais anos. No entanto, a medicina de atenção primária, deve ter também como objectivo proporcionar qualidade de vida aos pacientes, o qual foi totalmente cumprido.

Conclusão

Após a realização deste relatório de estágio e fazendo uma retrospectiva da minha vida profissional, posso e devo afirmar que esta talvez tenha sido a experiência profissional mais enriquecedora não só em termos de currículo, de sabedoria e de preparação académica como também uma experiência que me deu a possibilidade de me tornar um ser humano com mais reconhecimento pelo valor da saúde, neste caso da visão, e sobretudo com mais vontade de ajudar todas as pessoas em situações idênticas aquelas que passaram pelas minhas mãos durante estes oito meses. Graças a esta oportunidade, sinto que estou mais preparado para não tropeçar, para poder aconselhar os meus pacientes no dia-a-dia, para os acalmar, ou para os alarmar consoante a necessidade de recorrer a um oftalmologista ou a qualquer outro profissional.

Também foi enriquecedora a experiência de pela primeira vez integrar uma equipa formada por vários profissionais com diferentes competências e conhecimentos. Juntando a isso, acresce o facto de que uma das mais-valias deste estágio foi sem dúvida, o respeito, a admiração e o empenho em ajudar que ganhei para com os oftalmologistas e toda a classe médica. Ao longo destes oito meses pude aperceber-me de que o trabalho efectuado nos hospitais não é tão fácil de ser feito como parece quando visto de fora. Os níveis de sucesso não são tão fáceis de alcançar como se pensa e os pequenos erros, as grandes falhas e a perfeição do tratamento estão juntos, numa área muito pequena onde o mais pequeno encontram pode significar muito.

Bibliografia

- ❖ ⁽¹⁾ – Filho, J. B. F.; Filho H. L. “Macroaneurismas arteriais da retina: história natural, indicações e resultados de tratamento em 115 pacientes” Serviço de Retina do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre, 2002.
- ❖ ⁽²⁾ – Morales, M. J. et al. “Pterigium Presentación y manifestaciones clínicas” Gaceta óptica nº432. Dezembro 2008. Páginas 32 a 35.
- ❖ ⁽³⁾ – Guillén, D. E. (1995): “Pterigium. Una guía práctica de diagnóstico y tratamiento” en Revista Médica Hondureña – Vol. 63 – No.3.
- ❖ ⁽⁴⁾ – Hernández-Veja Sanz, L.; Baamonde Arbaza, M. B.; Fernández-Veja Sanz, J. (2003): “Tratamiento del pterigium recidivante com injerto de membrana amniótica. A propósito de un caso” en Arch. Soc. Canar. Oftal. 2003 – Nº 14
- ❖ ⁽⁵⁾ – Alfonso, L. R. D.; Héctor, E. M.; Álvarez, H. G.; Núñez, J.A.; “Estudio comparativo de 2 técnicas quirúrgicas para la cirugía del pterigiión primario” Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, 2000.
- ❖ American Academy of Ophthalmology. “Oftalmología pediátrica y estrabismo” ELSEVIER 2007-2008
- ❖ Palay, D. A.; Krachmer, J. H. “Principios básicos de oftalmologia” Lusociência 1999.
- ❖ Grosvenor, Theodore. “Optometría de Atención Primaria” Masson 2004