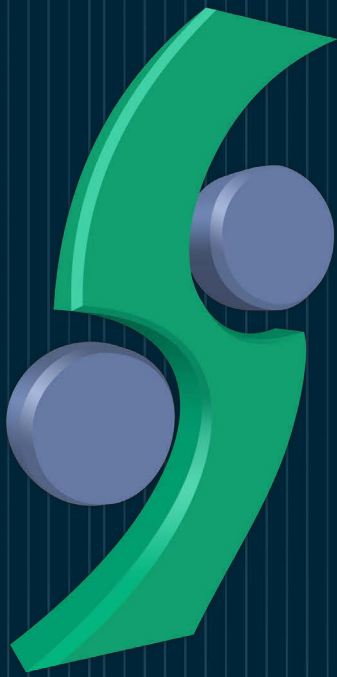


EDIÇÃO Nº 1



SBG News

Conectando Ideias

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GLAUCOMA - ANO I
EDIÇÃO 01 - JAN, FEV E MAR 2024

**SBG LANÇA
SUA PRIMEIRA
REVISTA
IMPRESSA
E DIGITAL!**

**Confira aqui artigos, calendário
de eventos, sessão de fotos, dicas
de especialistas, quiz e muito mais!**





A **Genom Oftalmologia** com seu amplo portfólio para **tratamento do Glaucoma** tem como compromisso a busca contínua pela melhoria da **Saúde Ocular**

Produtos

Glaucoma Genom



SAC
0800 011 15 59
A dose certa da
INFORMAÇÃO

GENOM
OFTALMOLOGIA

GRUPO **U** **União Química**
farmacêutica nacional S/A

As bulas dos produtos citados e informações complementares podem ser acessadas através do endereço eletrônico:

www.genom.com.br/produtos/saude-ocular/antiglaucomatosos

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Mal podia imaginar em que se transformaria a conversa que tive com meu amigo, e presidente da SBG, Emílio Suzuki, quando prontamente retornei à mensagem “Me ligue quando puder”. Senti a empolgação logo de início. Emílio contou sobre o projeto de criar “uma revista cheia de informações sobre glaucoma, mas também com assuntos gerais.” E continuou: “mas tem que ser bem colorida, alegre, leve, agradável, pois quero que seja uma forma de aproximar os associados”. “Já pensei até no nome”, disse Emílio. “SBG News. Simples, mas direto ao ponto. Novidades sobre nossa Sociedade, um informativo sobre o que estamos fazendo, resenhas de congressos, calendário...”. A ideia era ótima. Fechei os olhos e conseguia vislumbrar a imagem de tudo o que ele descrevia, mas, subitamente, a revista imaginária desapareceu para acompanhar o tom de seriedade que a conversa assumiu: “Mas a revista será impressa, e tem que estar nas mãos de todos os associados já no começo de 2024!” E continuou: “E gostaria que você fosse o Editor dessa revista”. Um desafio inusitado, mas que me agradou logo de início. Projeto na mesa, iniciamos compondo um grupo de coeditores: “Hatanaka, precisamos de gente nova. Tem que ser um pessoal jovem, antenado, criativo”. Um time incrível foi criado e os dias seguintes aconteceram com muitas conversas, reuniões, briefings, definição de seções, responsabilidades, busca por apoio comercial, contato e cobrança dos autores (perdoem nossa insistência!), testes de cores e diagramação e mais reuniões.

Colegas, recebam, com alegria, a primeira edição do periódico SBG News. O subtítulo “Conectando ideias” já define a essência da revista, que se propõe a ser um novo ponto de encontro e troca de informações para os associados da Sociedade Brasileira de Glaucoma. Temos absoluta certeza de que, a cada edição, o projeto estará mais robusto, completo e maduro. Ao longo

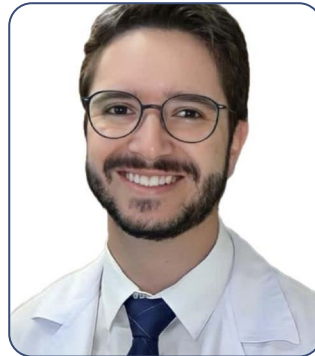
do tempo, nossa SBG News certamente passará para outros colaboradores, editores e coeditores. Mas que mantenha, sempre, a energia e os pedidos de nosso atual Presidente: “colorida, alegre, leve, agradável”. Até a próxima edição!



Editor-chefe
Dr. Marcelo Hatanaka



Coeditora
Dra. Ana Flávia Belfort



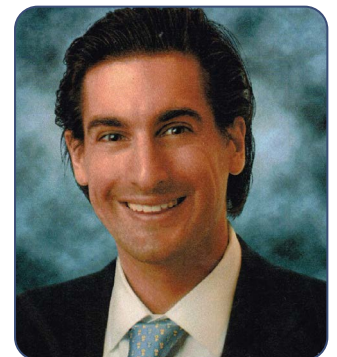
Coeditor
Dr. Guilherme Guedes



Coeditora
Dra. Núbia Vanessa Lima



Coeditora
Dra. Ticiania De Francesco



Coeditor
Dr. Víctor Cvintal



EXPEDIENTE

Publicação trimestral da Sociedade Brasileira de Glaucoma

Sociedade Brasileira de Glaucoma (SBG)

R. Mato Grosso, 306 - conj. 1702 | Higienópolis, São Paulo - SP

CEP: 01239-040 | Tel: (11) 93772-2004

sbglaucoma@sbglaucoma.org.br

Gestão 2024-2025:

Presidente: Emílio Rintaro Suzuki Jr

Vice-Presidente: Roberto Murad Vessani

Secretário: Alberto Diniz Filho

Secretária Adjunta: Heloisa Helena Abil Russ Giacometti

Tesoureiro: Marcelo Jarczun Kac

Tesoureira Adjunta: Hissa Tavares de Lima

Conselho Consultivo Eleito

Ana Flávia Lacerda Belfort

Bruno Teno Castilho Braga

Cristiano Caixeta Umbelino

Daniel Fulgêncio de Moura

Renato Antunes Schiave Germano

Conselho Fiscal Eleito

Christiana Velloso Rebello Hilgert

Guilherme Barroso Guedes

Luiz Alberto Soares de Melo Jr.

Marcelo Hatanaka

Niro Kasahara

SBG News

Editor-chefe:

Marcelo Hatanaka

Editores:

Ana Flavia Lacerda Belfort

Núbia Vanessa Lima

Guilherme Barroso Guedes

Ticiane De Francesco Figueiredo

Victor Cvintal

Jornalista:

Isabela Veiga

Mtb 0022599/MG

Projeto Gráfico e diagramação:

Thiago Ristow

Os artigos assinados são de responsabilidade exclusiva de seus autores e seu conteúdo não representa, obrigatoriamente, a opinião da SBG News.

A SBG não se responsabiliza nem endossa a qualidade dos serviços e produtos anunciados nesta publicação.

É permitida a reprodução de artigos, desde que citada a origem.

5 | PALAVRA DO PRESIDENTE

6 | SBG HISTÓRIA



9 | CALENDÁRIO

10 | POR DENTRO DA SBG



16 | COMO EU FAÇO

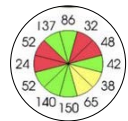


20 | SESSÃO DE FOTOS

22 | SBGZINHA



24 | CASO COM DISCUSSÃO



26 | DICA DO ESPECIALISTA



30 | MÊS DA MULHER



34 | RESENHA DE CONGRESSOS



36 | CULTURA EM FOCO



38 | QUIZ





Dr. Emílio Suzuki

É com muita alegria e satisfação que estamos entregando aos nossos associados e parceiros a primeira edição da SBG News, a mais nova publicação da Sociedade Brasileira de Glaucoma!

A concretização desta iniciativa faz parte de algo ainda maior: o nosso empenho em estreitar a comunicação com nossos colegas oftalmologistas! Queremos uma SBG unida, participativa e que consiga alcançar cada um de nossos sócios. Para isso, não estamos medindo esforços para ampliar nossos veículos de comunicação. Além da reformulação de todo o nosso site, realizada em janeiro, lançamos, recentemente, o SBGCast, um podcast para médicos e pacientes. E, na sequência, estamos apresentando a todos a SBG News, uma publicação trimestral, que tem como editor-chefe o doutor Marcelo Hatanaka.

Desde o início, minha ideia era produzir uma revista para os nossos associados que trouxesse informação, mas de maneira leve e descontraída. Era preciso ter conteúdo de qualidade, mas que fosse apresentado de forma atraente, despertando o interesse pela leitura. Convidei o doutor Marcelo Hatanaka, que gostou da ideia e embarcou comigo e mais cinco editores neste audacioso projeto. Assim, fazem parte desta iniciativa os médicos Dr. Victor Cvintal, Dra. Ana Flávia Belfort, Dr. Guilherme Guedes, Dra. Núbia Lima e Dra. Ticiania Figueiredo. A todos eles, meu muito obrigado pela dedicação e empenho!

Para essa primeira edição, contamos com a contribuição de importantes personalidades que fizeram história em nossa Sociedade, como o Dr. Homero Gusmão, um dos fundadores da SBG, e os ex-presidentes Dra. Wilma Barboza, Dr. Remo Susanna e Dr. Vital Paulino Costa. Escolhemos conteúdos bem direcionados e práticos, com discussão de casos, dicas de especialista e até um interessante quiz. Agradecemos a cada um que aceitou o convite para participar da SBG News, seja por meio de uma entrevista ou escrevendo um artigo. Sem dúvida, este é um empreendimento feito por muitas mãos, cujo foco é a troca de experiência e uma SBG cada vez mais forte e unida!



A seção SBG História é um convite para que os associados possam conhecer detalhes da trajetória da Sociedade Brasileira de Glaucoma. E, para esta primeira edição, a SBG News traz uma entrevista especial com aquele que foi um dos grandes responsáveis pela existência e fundação da entidade, o Dr. Homero Gusmão de Almeida! Confira!

Sobre o entrevistado: **Dr. Homero Gusmão de Almeida** graduou-se em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 8 de dezembro de 1970. Especializou-se em Oftalmologia em 1974, pela mesma universidade. Em 1977, concluiu o doutorado, também pela UFMG, e, na sequência, partiu para Londres para cursar o pós-doutorado. Em terras inglesas, o médico atuou no departamento de Oftalmologia Experimental do Institute of Ophthalmology, local em que trabalhou com o Professor E.S.

Perkins por seis meses, investigando a relação entre refração, diâmetros oculares e glaucomas. Ainda em Londres, trabalhou na Unidade de Glaucoma do Moorfields Eye Hospital, por 18 meses, frequentando diversos outros departamentos. Em 1983, já de volta ao Brasil, tornou-se professor adjunto da Faculdade de Medicina da UFMG. Foi o idealizador e um dos fundadores da Sociedade Brasileira de Glaucoma (SBG), tendo exercido a presidência desta entidade entre os anos de 1983 e 1985. Residente em Belo Horizonte, ao longo de sua carreira exerceu a liderança de outras importantes entidades: a Sociedade Brasileira de Catarata e Implantes Intraoculares (2004-2006) e o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (2015-2017). Por sua reconhecida e destacada trajetória, tornou-se Membro Honorário da Academia Mineira de Medicina (AMMG), desde 2016.

1. Como surgiu a ideia de criar a Sociedade Brasileira de Glaucoma?

R: Aqui no Brasil, até 1980/1981, embora existissem vários colegas que se interessavam pela área do glaucoma, não havia uma comunicação entre eles. Apenas duas pessoas ministravam cursos e palestras, os renomados e reconhecidos professores Nassim Calixto e Celso Antônio de Carvalho. Com alguma frequência, também havia um professor argentino convidado que realizava apresentações e palestras, o Dr. Roberto Sampaolesi. Não havia um espaço para intercâmbio entre os espe-

cialistas. Em 1981, após participar de um evento no exterior, eu voltei entusiasmado e, também, estimulado por um professor americano, o Dr. John Bellows, a criar a Sociedade Brasileira de Glaucoma. O Dr. John Bellows era, naquela época, o diretor da "American Society of Contemporary Ophthalmology". Estando no Brasil, eu entrei em contato com o Dr. José Carlos Reys, professor da Escola Paulista de Medicina, que se entusiasmou com a ideia. Foi assim que tudo começou. Na sequência, para aumentar a abrangência da entidade no país, nós convidamos outros dois colegas que também atuavam na área de glaucoma, sendo um do nordeste, o Roberto Galvão, de Recife, e ou-

tro da região sul, o Ítalo Marcon, do Rio Grande do Sul. Isso deu uma representatividade geral à entidade. No Congresso Brasileiro de Oftalmologia, realizado em Recife, pelo CBO, em 1981, nós quatro, de maneira simples, fizemos uma ata temporária de criação da Sociedade Brasileira de Glaucoma.

2. Conte-nos um pouco sobre a sua relação com o Dr. John Bellows.

R: Quando fiz o pós-doutorado na Inglaterra, em Londres, eu o conheci. Ele era o mentor dessa Sociedade Contemporânea de Oftalmologia e, em conversa com ele, comentei que não tínhamos uma sociedade de glaucoma no Brasil. Quando do evento em Orlando, por meio de uma carta, ele me animou sobremaneira em iniciar este movimento. Depois, não tivemos outros contatos. Mas, o que agradeço muito a ele foi o fato de ter me estimulado a seguir em frente na concretização da iniciativa.

3. O que significa para o senhor ter sido parte desse movimento e, efetivamente, ser um dos fundadores desta que é uma sociedade que permanece forte até hoje e possui 42 anos de existência?

R: O sentimento é de missão cumprida. Sou muito orgulhoso da minha atuação na criação da SBG. É como um filho que você vê crescer e ficar bonito. No primeiro Simpósio da Sociedade, que foi realizado durante a minha gestão, em 1985, tivemos cerca de 200 participantes. Era uma sociedade recém-formada, mas esse sucesso do evento, há aproximadamente 40 anos, já indicava que a sociedade estava condenada ao sucesso. É como um filho, mas que permanece no meu colo, pois tenho o maior carinho. Sou sempre muito bem recebido em tudo e em

qualquer evento e o relacionamento entre os colegas que atuam na área do glaucoma é extremamente amigável, de muito respeito e de muita admiração mútua.

4. Estando na vice-presidência da primeira gestão e na presidência da segunda gestão, quais eram, na sua visão, os principais desafios a serem superados naquela época?

R: Arregimentar e consolidar a entidade era o mais importante naquele momento. Mas isso aconteceu de maneira natural, em decorrência da necessidade que existia de intercâmbio e de troca de experiências. Nesse primeiro momento, foi preciso “caçar” colegas para participar da sociedade. Tínhamos colegas discretos, *low profile*, mas que a gente sabia do interesse deles. No Rio de Janeiro não havia nenhum especialista em glaucoma. Para encontrar os médicos da área, pesquisávamos nas revistas de publicação aqueles que poderiam ser eventuais convidados para ingressar na entidade. Mas, depois, tudo fluiu naturalmente.



5. Uma de suas ações foi a criação da logomarca da SBG. Conte-nos um pouco de como foi o desenvolvimento deste processo de criação da logo, a qual permanece até hoje.

R: Sempre me interessei nessa área de comunicação visual. Os dois semicírculos representam o exame mais fundamental em glaucoma, que é a medida da pressão ocular. Achei interessante tirar daquele elemento as letras que indicam a entidade. A criação da logomarca foi idealizada e desenvolvida por mim e, na arte final, tivemos o apoio de uma desenhista, a Carla Coscarelli, que também foi ilustradora de alguns livros meus. Há outras logomarcas com as quais também colaborei, como a do Instituto Hilton Rocha, a atual do São Geraldo, do hospital onde trabalho, o Instituto de Olhos de Belo Horizonte. Sempre dei pitaco nessa área, mas apenas por interesse. Sou um curioso, vamos dizer assim!

6. À época, como era a comunicação entre os sócios? Havia algum boletim informativo?

R: Naquela época, era tudo meio em câmera lenta. Usávamos muito telefone para falar diretamente com as pessoas. Havia também muita comunicação por cartas, que documentavam e registravam as informações. Nesse início, não havia ainda boletim informativo, pois neste primeiro momento a minha gestão focou na criação de conteúdo para a sociedade. Mas, até 2013, eu auxiliei na guarda dos programas dos eventos, com todas as palestras e participantes. Ia atrás das fotos e documentos para registrar a memória da sociedade.

7. Onde aconteceu o primeiro congresso oficial da SBG?

R: O primeiro Simpósio aconteceu em Belo Horizonte, durante a minha gestão, em 1985.

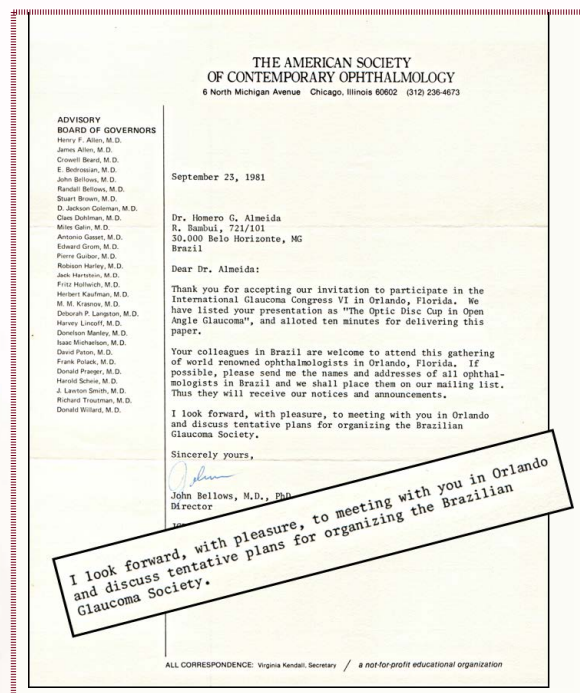
8. Como eram programados os congressos?

R: Nos programas sempre há os cursos formais, voltados aos colegas mais jovens, que abordam os exames e as técnicas praticadas na especialidade. Dentro do glaucoma, sempre terá, por exemplo, cursos de campo visual, de fatores de risco, avaliação do nervo óptico, dentre outros. Essa é a parte formal e acadêmica. Já naquela época, iniciamos com as sessões de atualização, com os temas mais recentes, as pesquisas e descobertas do momento.

9. Como imagina o futuro da SBG?

R: A SBG é extremamente robusta e cumpre seu papel de agregar e convidar os especialistas para a conversa, a discussão e o intercâmbio. O futuro da medicina é incrível. E penso que, dado o fato que a SBG é uma sociedade arejada, democrática e atuante, ela tem tudo para seguir em frente acompanhando o avanço da medicina, na vanguarda!

Carta do John Bellows



FIQUE POR DENTRO DOS PRINCIPAIS EVENTOS DA ESPECIALIDADE!



Dra. Isabelle Tito

Especialista em Glaucoma pela EPM-Unifesp
Corpo clínico do Hospital de Olhos do RN

Glaucoma 360 New Horizons Forum

Glaucoma Research Foundation | 09/02/2024
events.bizzabo.com/535540

ANZGS Congress 2024

Australian and New Zealand Glaucoma Society
16-18/02/2024
www.anzgsconference.com

AGS Annual Meeting 2024

American Glaucoma Society | 29/02-03/03/2024
www.americanglaucomasociety.net/ags-events/annual-meeting/

The Critical Lens Technologies and Techniques (Gonioscopy, SLT, ALT, and MIGS) to Diagnose & Treat Glaucoma

Orbis Cybersight | 04/03/2024
https://live.cybersight.org/register/95663124055/tz/America/Sao_Paulo?lang=pt

18º Congreso de la Sociedad Española de Glaucoma

Sociedad Española de Glaucoma
07-09/03/2024
www.sociedadglaucoma.com/18-congreso-de-la-sociedad-espanola-de-glaucoma/

Update on Glaucoma Medical Therapy: A Global Perspective

Orbis Cybersight
25/03/2024
https://live.cybersight.org/register/96053325338/tz/America/Sao_Paulo?lang=pt

XIII Kongres České Glaukomové Společnosti

Česká Glaukomová Společnost | 04-06/04/2024
www.glaukom2024.cz

12th International Congress on Glaucoma Surgery

International Society of Glaucoma Surgery
18-20/04/2024
www.isgs.info

MIGS and Evolving Non-traditional Glaucoma Treatment Options For the Anterior Segment Surgeon

Orbis Cybersight | 26/04/2024
https://live.cybersight.org/register/92910762309/tz/America/Sao_Paulo?lang=pt#

15º Simpósio Internacional de Glaucoma da Unicamp/ Simpósio da Sociedade Pan-Americana de Glaucoma

Departamento de Oftalmologia da Unicamp e Pan-American Glaucoma Society | 26-27/04/2024
www.simposioglaucomaunicamp.com.br

SAGS 2024 Congress

South African Glaucoma Society | 24-26/05/2024
www.sags.co.za/website/congress

7th Asia-Pacific Glaucoma Congress

Asia-Pacific Glaucoma Society | 24-26/05/2024
www.apgcongress.org

16th European Glaucoma Society Congress

European Glaucoma Society | 01-04/06/2024
www.egscongress.org/

Glaucoma Summit 2024

Associação Paranaense de Oftalmologia e Sociedade Brasileira de Glaucoma | 14-15/06/2024
www.apoparana.com.br



DR. EMÍLIO SUZUKI ASSUME A PRESIDÊNCIA DA SBG

O médico oftalmologista, **Dr. Emílio Rintaro Suzuki Junior**, é o mais novo presidente da Sociedade Brasileira de Glaucoma (SBG) para o biênio 2024-2025. A escolha de seu nome foi ratificada durante Sessão Ordinária da entidade, realizada no Congresso CBO 2023, que aconteceu em Fortaleza, em agosto de 2023.

O médico, que reside em Belo Horizonte, Minas Gerais, iniciou seu mandato em janeiro deste ano e já apresenta, nestes primeiros meses de sua gestão, resultados de suas

ações em prol da ampliação da comunicação da entidade: a reestruturação e lançamento do novo site, a publicação da revista SBG News e a formatação de podcasts sobre a especialidade.

Emílio Suzuki graduou-se em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Paraná, em 1998. Especializou-se em Oftalmologia e, a seguir, em Glaucoma e Catarata. Concluiu o mestrado em Medicina pela Santa Casa de Belo Horizonte, em 2003. É professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Para apresentar a nova presidência e sua gestão, a SBG News traz, nesta edição, uma entrevista com o Dr. Emílio Suzuki. O médico conta seus principais objetivos, os desafios para a conscientização do glaucoma, fala sobre a composição de sua gestão e deixa uma mensagem aos associados. Confira!

O que o motivou a assumir a presidência da Sociedade Brasileira de Glaucoma?

R: A minha história na SBG começa quando eu era *fellow* de glaucoma e eu pude participar, em 2001, do Congresso realizado pela entidade em Belo Horizonte. Eu acompanhei todo o desenrolar desse congresso e pude ver como a diretoria daquele momento, que era composta pelo Dr. Felício, pelo Dr. Homero, pelo Dr. Wagner e pelo Dr. Carlos Figueiredo, estava gerindo a SBG com muita dedicação e com muito amor ao glaucoma. Fiquei impressionado em ver o amor deles pela SBG e comecei a me interessar e também me inteirar pela história e as atividades da entidade. Eu criei uma identidade e um carinho muito forte pela Sociedade. Depois disso, eu ajudei o Dr. Akira Omi (2007-2009) na reestruturação do site da SBG. Ele me deu carta-branca para realizar este trabalho. A seguir, eu participei como tesoureiro da

gestão do Dr. João Prata (2009-2011). Na sequência, fui secretário-geral do Dr. Marcelo Paulis (2015-2017) e, por fim, fui presidente do Conselho Fiscal na gestão da Dra. Wilma Lelis Barboza (2017-2019). Então, eu transitei praticamente por todos os cargos de diretoria executiva e me via apto a assumir a presidência da SBG, buscando trazer uma renovação e um pouco do momento da minha geração. Penso que estava no momento da minha geração assumir esse compromisso, que é um legado de responsabilidade muito grande, de uma instituição de mais de 40 anos. Então esse foi o grande motivo pelo qual eu assumi. Penso que foi natural, mas reflete a minha devoção à SBG. A minha ideia é modernizar a SBG, sem esquecer de seu legado.

Qual o sentimento ao iniciar este mandato à frente da SBG?

R: É um sentimento de muita responsabilidade, mas estou preparado para assumir essa liderança e responsabilidade. O sentimento inicial é de cumprir esse grande desafio dos próximos dois anos, que passam muito rápido, colocando o ritmo e a maneira com as quais eu pretendo administrar a SBG. Tenho também o sentimento de engajamento, no sentido de atuar para que as pessoas envolvidas nas comissões e na diretoria estejam envolvidas, cada qual na sua função. Todos precisam ter esse sentimento de pertencimento à SBG.

Como avalia a importância da instituição e quais são, na sua visão, os principais objetivos da entidade na área da oftalmologia e, em especial, no Brasil?

R: A importância da SBG é enorme, porque ela é uma Sociedade que busca combater a principal causa de cegueira irreversível no mundo. Um dos objetivos que a gente tem, além de assessorar os nossos associados médicos com informações, cursos, revistas, *lives* e congressos, é estender o apoio também aos pacientes e

seus familiares. É preciso atingir essa população de pacientes de forma clara. Ocupar os espaços da mídia, dentro do possível, com informações sérias, corretas e baseadas em evidências médicas. Para isso, nada melhor do que a Sociedade Brasileira de Glaucoma para fornecer essas informações e ocupar esse espaço. Assim, um dos objetivos principais é que a SBG realmente alcance não só o associado médico, mas também pacientes e familiares para que tenham um melhor entendimento da doença.

Quais são os principais projetos e metas da sua gestão?

R: Conforme eu comentei anteriormente, o objetivo é tentar modernizar e tornar a SBG mais próxima do associado e dos pacientes. Para isso, vamos modernizar as ferramentas de mídia que a gente tem, vamos marcar presença nos

principais eventos de oftalmologia, nos principais canais de comunicação e criar ferramentas também de apoio científico, como a nossa revista SBG News, que está sendo lançada. Teremos os nossos podcasts, que serão dois: um com conteúdo focado no médico e o outro no paciente e seus familiares. Esse ano, teremos um evento em parceria com a Associação Paranaense de Glaucoma, o Glaucoma Summit, um evento inédito de informação e aprimoramento do aprendizado do glaucoma para os médicos.

Para você, quais os maiores desafios quando se trata do combate e conscientização sobre o glaucoma?

R: O principal desafio para conscientização do glaucoma é, em primeiro lugar, fazer chegar a informação. Quanto mais informação a população tiver sobre a enfermidade, mais fácil vai ser o entendimento das pessoas em buscar e exigir assistência médica. Além disso, é importante que também os familiares da pessoa que



tem o glaucoma possam entender melhor a doença. Quanto mais informadas, maior será a proatividade delas em buscar a assistência médica especializada com o médico oftalmologista. Só é possível fazer o diagnóstico se o paciente chegar à consulta médica oftalmológica, que é a única maneira que temos de tentar descobrir o glaucoma. Quanto mais cedo ele vier, mais fácil vai ser o diagnóstico inicial da doença e, para que ele chegue, ele precisa entender do que se está tratando. Costumo dar um exemplo: todo mundo sabe, de uma maneira geral, o que é o diabetes e a hipertensão arterial, mas o glaucoma ainda não. Eu quero que o glaucoma seja tão conhecido quanto o diabetes e a hipertensão arterial, pois aí, realmente, fica mais fácil a mobilização dos pacientes em busca de atendimento médico.

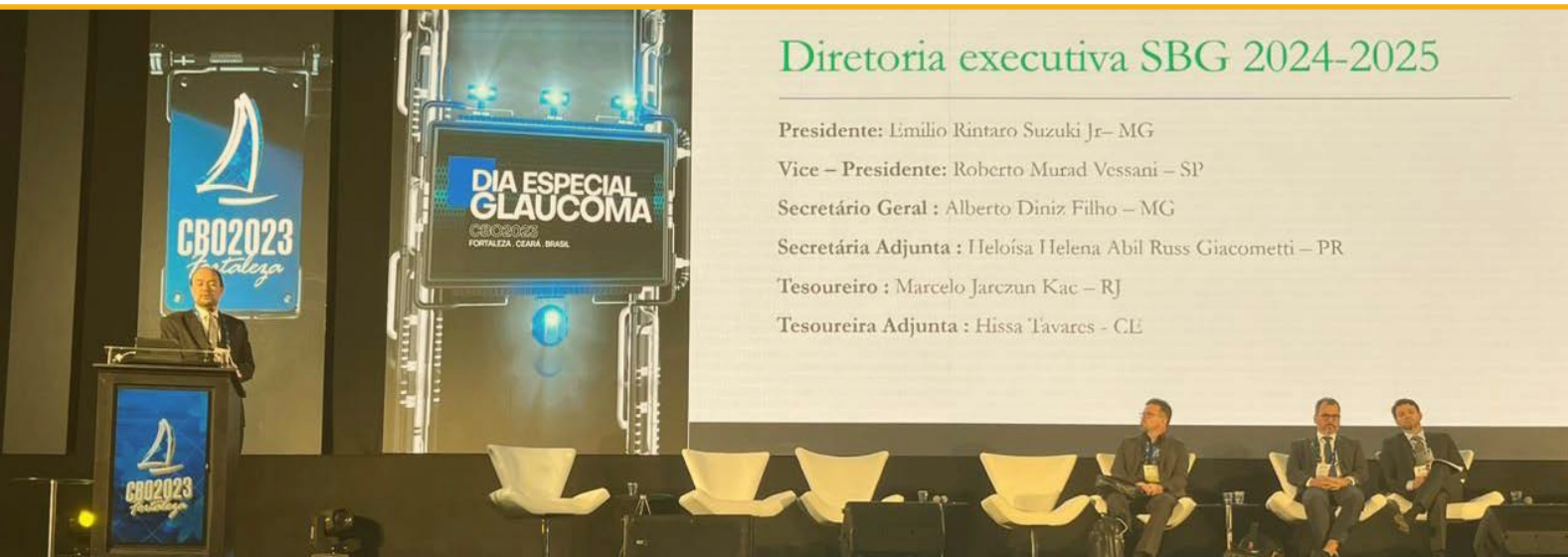
Conte-nos um pouco da composição de sua gestão.

R: A composição da nossa gestão é bastante inclusiva. Estamos criando várias comissões de temas específicos, com pessoas que são realmente muito ligadas ao glaucoma. Não são, necessariamente, professores, mas médicos associados que possuem um vínculo muito forte com o glaucoma. Essas comissões contam com a participação de oftalmologistas que são do Rio Grande do Sul até o Acre. Buscamos, assim, abranger o Brasil todo, com representantes regionais em todos os estados do Brasil. Então, teremos embaixadores da SBG em todos os estados do Brasil, alguns até com mais de um representante, que cubra a parte da capital e do interior. A composição é bastante ampla, com participação de homens, mulheres, jovens e pessoas com mais ex-

periência. A gente está tentando reciclar e renovar as pessoas dentro da SBG, até mesmo porque essas pessoas mais jovens, que estão começando, vão assumir a SBG no futuro. A nossa diretoria executiva é composta por médicos de Minas Gerais, de São Paulo, do Paraná, do Ceará e do Rio de Janeiro. Estamos abarcando praticamente todas as regiões mais populosas do Brasil para compor a nossa diretoria.

Qual mensagem gostaria de deixar aos associados e parceiros da SBG?

R: A mensagem que eu gostaria de deixar aos nossos associados é que estamos trabalhando da melhor maneira possível para deixar a SBG mais bonita, moderna e acessível. Gostaria de destacar para os associados que eles têm canal direto para falar com qualquer membro da diretoria, podendo apresentar sugestões, críticas ou demandas. Estaremos atentos para buscar acolher todas essas questões. Gostaria também que os associados realmente divulgassem informações de conscientização à população, que possam ocupar esse espaço tão importante, que precisa ser ocupado por pessoas que têm capacidade para tratar do glaucoma. Nesse sentido, resalto que todos podem contar com o apoio da SBG em suas comunidades e em suas ações. Também reforço o convite para que todos participem de atividades presenciais e atividades online que estamos desenvolvendo. Contem com a gente! Todos têm os nossos canais de comunicação e estamos aqui para servir à SBG e não para ser servido dela.



Diretoria executiva SBG 2024-2025

Presidente: Emílio Rintaro Suzuki Jr. – MG

Vice – Presidente: Roberto Murad Vessani – SP

Secretário Geral : Alberto Diniz Filho – MG

Secretária Adjunta : Heloísa Helena Abil Russ Giacometti – PR

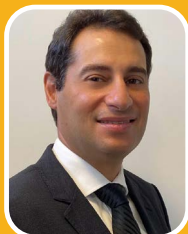
Tesoureiro : Marcelo Jarczun Kac – RJ

Tesoureira Adjunta : Hissa Tavares - CE

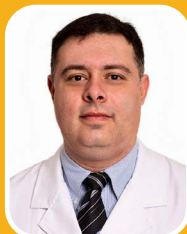
MEMBROS DA DIRETORIA



Presidente:
Emílio Rintaro
Suzuki Jr



Vice-Presidente:
Roberto Murad
Vessani



Secretário:
Alberto Diniz Filho



Secretária Adjunta:
Heloisa Helena
Abil Russ Giacometti



Tesoureiro:
Marcelo
Jarczun Kac



Tesoureira Adjunta:
Hissa Tavares
de Lima

CONSELHO CONSULTIVO ELEITO



Ana Flávia
Lacerda Belfort



Bruno Teno
Castilho Braga



Cristiano Caixeta
Umbelino



Daniel Fulgêncio
de Moura



Renato Antunes
Schiave Germano

CONSELHO FISCAL ELEITO



Christiana Velloso
Rebello Hilgert



Guilherme Barroso
Guedes



Luiz Alberto
Soares de Melo Jr.



Marcelo Hatanaka



Niro Kasahara

Para usufruir de todos os benefícios de ser sócio da SBG, não deixe de quitar a sua anuidade! Acesse o QR Code para efetuar o pagamento!



O novo site da SBG já está no ar! Com design moderno e leve, o website passou por toda uma reestruturação, liderada pela médica **Dra. Ana Flávia Lacerda Belfort**. A oftalmologista é coordenadora do departamento de glaucoma e glaucoma infantil da Clínica de Olhos da Santa Casa de Belo Horizonte e membro do Conselho Consultivo da SBG.

“Em um primeiro momento, revisitamos todo o conteúdo disponível, adotando perspectivas tanto do associado quanto do paciente. Nossa missão principal era aprimorar o site, tornando-o mais atraente para os associados e uma fonte segura de informações para pacientes interessados em aprofundar seus conhecimentos sobre o glaucoma. A partir desse ponto, buscamos trazer um design contemporâneo e simultaneamente leve, visando proporcionar uma experiência agradável ao usuário”, esclarece Belfort. Agora, todos que acessam a página da SBG podem optar pelo conteúdo segundo o público de interesse: médico ou paciente. Há, ainda, informações específicas sobre o glaucoma infantil, na página exclusiva da SBGzinha.

Todo o trabalho de reestruturação do site foi bastante rápido e eficaz. A **Dra. Ana Flávia Belfort** conta que, desde o final do ano passado, já vinham sendo avaliadas, pela nova gestão, as mudanças. A implementação das alterações iniciou-se em janeiro, com lançamento oficial no dia 24 do mesmo mês.

A médica conta que a prioridade do trabalho era aprimorar a navegabilidade. “Agora, com um único login e senha, todo o conteúdo está acessível de maneira integrada para os associados”, ressalta. O site possui diversas funcionalidades, como calendários de eventos da oftalmologia, diretrizes da sociedade e material informativo para pacientes. “Alguns benefícios são exclusivos para o associado, como acesso a periódicos, como o *“Journal of Glaucoma”* e *“International Glaucoma Review”*; acesso a todos os consensos já publicados pela SBG, incluindo o IV Consenso de Glaucoma Primário de Ângulo Aberto de 2022 e o livro *“Glaucoma na Gra-*



SITE DA SBG É REESTRUTURADO COM CONTEÚDO EXCLUSIVO PARA MÉDICOS E PACIENTES

vidéz e Lactação”. Também é exclusividade do associado o acesso ao “Atlas SBG” e aos vídeos de aulas de simpósios da SBG, *lives* gravadas, podcasts e vídeos cirúrgicos”, pontua a **Dra. Ana Flávia Belfort**.

A oftalmologista avalia que a experiência de estar à frente deste trabalho foi bastante enriquecedora, pois pôde relembrar a história da Sociedade, enriquecendo sua compreensão do significado de ser membro da SBG. “Reconhecer o impacto positivo das gestões passadas, tanto em produção de conhecimento quanto em representatividade nacional e internacional, é inspirador. Fazer parte dessa trajetória é motivo de agradecimento ao Dr. Emílio Suzuki, cujo impulso inicial possibilitou essa atualização”, enfatiza Belfort.

Por fim, a **Dra. Ana Flávia Belfort** ressalta que ainda haverá novidades no site, mas que todos estão convidados a enviar comentários, críticas ou sugestões.

Basta enviar email para sbglaucoma@sbglaucoma.org.br.



SBG REALIZA, EM CONJUNTO COM A ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE OFTALMOLOGIA, O GLAUCOMA SUMMIT 2024

A Sociedade Brasileira de Glaucoma (SBG), juntamente com a Associação Paranaense de Oftalmologia (APO), está organizando o Glaucoma Summit 2024. O evento, que será realizado nos dias 14 e 15 de junho, em Curitiba (PR), reunirá renomados especialistas em glaucoma de diversos locais do Brasil. Presidido pelo Dr. Emílio Suzuki, presidente da SBG, e a Dra. Heloisa Russ, presidente da APO, o congresso já está com inscrições abertas.

A programação prevê conteúdo aprofundado, que oferecerá, aos participantes, uma imersão nos principais tópicos que envolvem o tratamento da enfermidade. Fatores de risco, diagnóstico, novas tecnologias disponíveis, apresentação e debate de casos clínicos são alguns dos destaques da grade de programação do evento. Além disso, durante o congresso acontecerá também o I Fórum Científico de Cirurgia Micro Invasiva do Glaucoma (MIGS). A iniciativa será realizada durante toda a tarde do dia 15, sábado, e prevê ampla programação que abordará desde palestra sobre a classificação atual das MIGS, como formas de avaliar a eficácia e a segurança de um procedimento cirúrgico em glaucoma, os dispositivos trabeculares, dentre outros temas.

Além das numerosas palestras, o Glaucoma Summit oferecerá cursos práticos, conforme destaca a presidente do congresso, Dra. Heloisa Russ. “Teremos aulas, cursos teóricos e práticos no modelo “Hands On” em laser e cirurgias de glaucoma. Incluímos também cursos de

Campimetria Computadorizada e Tomografia de Coerência Óptica. A maneira como elaboramos as grades permitirá que o colega, ao optar por um curso, possa fazer uma completa imersão no tópico escolhido, tendo módulos teóricos que podem ser complementados pelos cursos práticos, do básico ao avançado”, destaca a médica.

Russ conta que está sendo programado também um Curso Teórico-Prático para Auxiliares de Oftalmologia, com foco em exames complementares, visando capacitar esses profissionais que atuam em clínicas e centros de diagnóstico. “Temos percebido uma carência em cursos como esse no mercado. É uma oportunidade para o colega se atualizar e também capacitar sua equipe”, ressalta.

A presidente do Glaucoma Summit pontua que a maneira como foi formatado o congresso permitirá o aproveitamento dos médicos de vários níveis de conhecimento, contemplando desde o residente em oftalmologia, *fellows* e especialistas em glaucoma. “Teremos módulos que denominamos “Flash Cards”, que trarão o essencial do diagnóstico e terapêutica em cursos de 30 minutos. Creio que o portfólio do evento é amplo em seu conteúdo e tem capacidade de atingir todos os públicos”, finaliza Dra. Heloisa Russ.

Para fazer a inscrição e participar do evento, acesse:



COMO EU FAÇO?



Dr. César Rodrigues de Lima Neto
Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Sorocaba PUC-SP. Residência em Oftalmologia no Hospital das Clínicas da UNICAMP. Fellowship em Glaucoma no Hospital das Clínicas da UNICAMP. Pós-Graduando em Ciências Médicas na FCM-UNICAMP. Médico Assistente do Setor de Glaucoma do Ambulatório de Oftalmologia HC-UNICAMP.



Dr. Vital P. Costa
Professor Titular de Oftalmologia da Unicamp. Fellowship em Glaucoma no Wills Eye Hospital, EUA
Doutorado e Livre-Docência pela USP
Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Glaucoma. Ex-Chefe do Setor de Glaucoma da Unicamp. Presidente da Sociedade Pan-Americana de Glaucoma.

CICLOFOTOCOAGULAÇÃO TRANSECLERAL NO GLAUCOMA

Os Procedimentos Ciclodestrutivos vêm sendo utilizados por mais de 8 décadas, no tratamento do Glaucoma, para reduzir a Pressão Intraocular (PIO), através da diminuição da produção de humor aquoso (1,2). Eles evoluíram ao longo do tempo, desde a ciclocrioterapia (3,4) até a ciclofotocoagulação utilizando o laser de rubi (5), o Nd:YAG e, por fim, o Laser de Diodo (2).

A técnica de Ciclofotocoagulação Transescleral Contínua Padrão, com laser diodo de 810 nm, utiliza uma potência inicial de 1,75 W e uma duração de 2,0 segundos (3,5 J por aplicação), através do modelo de sonda G-Probe posicionada a 1,5mm e paralela ao limbo (6) (Figura 1). Com esta técnica, a potência é ajustada para cima ou para baixo em 0,25 W de acordo a percepção de “estalos” ou “pops” que denotam destruição tecidual (ajuste para baixo) ou nenhum estalo (ajuste para cima). São realizados cerca de 6 “spots” por quadrante, evitando-se a região de 3-9 horas a fim de poupar estruturas vasculares (6)

Devido aos seus potenciais efeitos colaterais como inflamação prolongada, hipotonia, diminuição de acuidade visual e phtisis bulbi, essa técnica é classicamente reservada



Figura 1
Posicionamento da Sonda G-Probe e “Spots” de aplicação na Ciclofotocoagulação Contínua

para casos refratários, com potencial visual reservado, contraindicação para cirurgia incisival ou olhos cegos dolorosos (1,2).

Entretanto, nos últimos anos, vêm sendo estudadas e aplicadas na prática clínica duas novas técnicas de ciclofotocoagulação transescleral com o intuito de ocasionar menor inflamação que a técnica tradicional: a Ciclofotocoagulação Lenta (“Slow Coagulation” ou “Slow Cook”) e a Ciclofotocoagulação Micro-Pulso (MP-TSCPC).

CICLOFOTOCOAGULAÇÃO MICROPULSO (MP-TSCPC)

Diferentemente do modo contínuo aplicado nas técnicas descritas anteriormente, o MP-TSCPC fornece uma série de rajadas curtas e pulsadas de energia do laser em fases on e off. Nas fases off, há tempo para que os tecidos adjacentes esfriem, diminuindo a propagação do dano térmico e causando menor dano tecidual, mantendo o efeito redutor de PIO (11). O mecanismo de ação exato ainda não é totalmente compreendido, mas postula-se que além de uma diminuição de produção de humor aquoso sem necrose coagulativa do corpo ciliar, há um aumento da drenagem úveo-escleral e um efeito “pilocarpina like” com aumento da drenagem via trabecular (12,13).

Como é uma técnica relativamente nova, os parâmetros ideais ainda não foram definidos (12). Há diferenças consideráveis entre os estudos em relação às configurações de laser usadas. Utiliza-se a Sonda MP3 (Figura 2), com ciclo de trabalho fixo de 31,3%, o qual se refere a um tempo on de 0,5ms e um tempo off de 1,1ms por ciclo. Recentemente houve mudança no desenho da sonda visando melhor ergonomia no intra-operatório (Sonda MP3 Revised). A potência varia de 1,6 a 2,5 W e a duração de 120 a 420 segundos (16), a depender do caso. A técnica de “varredura” ou “pintura” é a que estamos utilizando. Nessa técnica, a sonda é movida lentamente a 3 mm e perpendicularmente ao limbo nos hemisférios superior e inferior (12) (Figura 2). Sugere-se que a excursão do probe deve demorar cerca de 20 segundos quando o movimentamos ao longo de um hemisfério, evitando também as posições de 3 e 9 horas.

A revisão realizada por ANAND et al. ressalta que há uma preferência recente pelo MP-TSCPC, pela tendência em causar menos complicações e ter eficácia comparável à técnica padrão. As taxas de sucesso, definidas na maior parte dos artigos de MP-TSCPC como redução $\geq 20\%$ após 12 meses de acompanhamento, chegam a 93,1%. A redução de PIO em olhos tratados com MP-TSCPC após um ano de seguimento variou de 27 a 61%. A maior frequência de hipotonia prolongada reportada após MP-TSCPC foi de 6%, enquanto tal complicação foi relatada em até 18% dos pacientes submetidos à técnica padrão. Entretanto, estudos mostram uma taxa de 20% de perda de AV de ≥ 2 linhas.

Em conclusão, nos últimos anos houve avanços na área de procedimentos ciclodestrutivos com o advento das técnicas de Slow Cook e Micropulso, o que motivou estudos do uso dessa modalidade cirúrgica em olhos com melhor potencial visual e até como terapia primária em casos selecionados. As novas técnicas de ciclofotocoagulação têm as vantagens de serem não invasivas, com recuperação pós-operatória rápida, apresentarem curva de aprendizado curta e com necessidade de menos visitas pós-operatórias. Elas apresentam boa eficácia, têm um bom perfil de segurança, mas não são isentas de complicações. Desse modo, é necessário sempre individualizar cada caso, e usar de conhecimento científico e prático para decidir a melhor terapia para cada paciente.

São necessários mais estudos para definir uma melhor padronização dos parâmetros, e de ensaios clínicos randomizados e prospectivos comparando a eficácia e segurança das técnicas de Ciclofotocoagulação Lenta e Micropulso entre si e com cirurgias antiglaucomatosas fistulizantes convencionais em diferentes tipos e estágios de glaucoma.

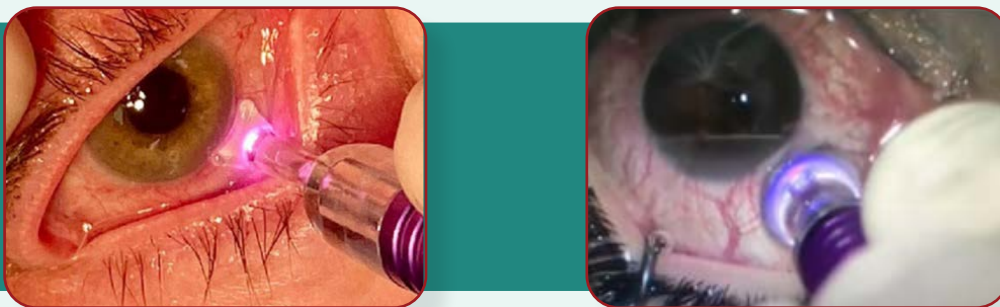


Figura2: Técnica de Varredura no Laser Micropulsado: utiliza-se substância visco elástica na interface entre a sonda e a conjuntiva. À esquerda nova sonda MP3 Revised.

CICLOFOTOCOAGULAÇÃO LENTA (“SLOW COOK”)

Nesta técnica, utiliza-se menos energia por tempo mais prolongado do que na técnica tradicional, visando diminuir o risco de complicações inflamatórias (6,17). Para olhos que têm uma tonalidade da íris escura ou marrom claro, aplica-se energia de 1,25 W com 4,0 a 4,5 segundos de duração (5,0 a 5,6 J por aplicação). Para olhos com menor grau de pigmentação da íris, prefere-se energia de 1,5W com 3,5 a 4,0 segundos de duração (5,25 a 6,00 J por aplicação) (6). Utiliza-se a mesma G-Probe, aplicando 6 a 7 spots por quadrante em 3 quadrantes (270°), evitando-se 3-9 horas. Aqui, espera-se não ouvir os “estalos” como na técnica contínua padrão.

Estudos que compararam a técnica padrão com essa nova técnica verificaram menor inflamação

após a coagulação lenta (8,9), tornando-a menos dependente do uso prolongado de corticosteróides tópicos no pós-operatório e reduzindo a frequência de complicações decorrentes da inflamação, como, por exemplo, edema macular cistóide.

Apesar de demonstrar menor inflamação do que a técnica padrão, a ciclofotocoagulação lenta resulta em redução semelhante da PIO e do número de medicações (8,9,10). Em estudo de KHODEIRY et al., que avaliou os resultados da Ciclofotocoagulação Lenta como um procedimento cirúrgico inicial em pacientes pseudofácicos com glaucoma, a PIO apresentou uma redução média de 42,1% após 18,7 ± 9 meses de acompanhamento, mas houve diminuição de AV de ≥ 2 linhas em 25,7% dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- PRUM, B.E. Jr, et al. Primary open-angle glaucoma preferred practice pattern(r) guidelines. *Ophthalmology*. 2016;123(1):41-P111.
- 2- GAASTERLAND, D.E., POLLACK, I.P. Initial experience with a new method of laser transscleral cyclophotocoagulation for ciliary ablation in severe glaucoma. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 1992; 90:225-43; discussion 243-6. PMID: 1494821; PMCID: PMC1298436.
- 3- BIETTI G.: Surgical interventions on the ciliary body. *New trends for the relief of Glaucoma. J Am Med Assoc* 1950; 142:889-896.
- 4- CAPRIOLI, J. et al: Cyclocryotherapy in the treatment of advanced glaucoma. *Ophthalmology* 1985; 92:947-954.
- 5- BECKMAN, H., et al: Transscleral ruby laser irradiation of the ciliary body in the treatment of intractable glaucoma. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1972; 76:423-435.
- 6- GAASTERLAND, D.E., Diode laser cyclophotocoagulation. *Glaucoma Today*. 2009; 7:35-37.
- 7- KHODEIRY M. M., et al. Slow Coagulation Transscleral Cyclophotocoagulation for Postvitrectomy Patients With Silicone Oil-induced Glaucoma. *J Glaucoma*. 2021 Sep 1;30(9):789-794. doi: 10.1097/IJG.0000000000001893.
- 8 - FONG, Y. Y. Y. et al. A Retrospective Study of Transcleral Cyclopho-

tocoagulation Using the Slow Coagulation Technique for the Treatment of Refractory Glaucoma. *Seminars in Ophthalmology*, 1-5. doi:10.1080/08820538.2019.1638946 11.1080/08820538.2019.1638946.

9 - DUERR, E.R. et al. Transscleral Diode Laser Cyclophotocoagulation: A Comparison of Slow Coagulation and Standard Coagulation Techniques. *Ophthalmol Glaucoma*. 2018 Sep-Oct;1(2):115-122. doi: 10.1016/j.ogla.2018.08.007.

10 - ALZUHAIRY, S. et al. Intraocular Pressure Outcomes Following Transscleral Diode Cyclophotocoagulation Using Long and Short Duration Burns. *J Glaucoma*. 2016 Sep;25(9):e782-6. doi: 10.1097/IJG.0000000000000503. PMID: 27513905.

11- ALLBON D, MEYER JJ. Cyclodiode Laser Glaucoma Therapy. 2022 Oct 3. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.

12 - ANAND N. et al. A Review of Cyclodestructive Procedures for the Treatment of Glaucoma. *Semin Ophthalmol*. 2020 Aug 17;35(5-6):261-275. doi: 10.1080/08820538.2020.1810711. Epub 2020 Sep 16. PMID: 32936725. MA A., YU S. W. Y., WONG J. K. W. Micropulse laser for the treatment of glaucoma: A literature review. *Surv Ophthalmol*. 2019 Jul-Aug;64(4):486-497.

13 - Ma A., Yu S. W. Y., Wong J. K. W. Micropulse laser for the treatment of glaucoma: A literature review. *Surv Ophthalmol*. 2019 Jul-Aug;64(4):486-497. doi: 10.1016/j.survophthal.2019.01.001. Epub 2019 Jan 11. PMID: 30639207.

Conecte-se com os maiores especialistas
e transforme sua prática clínica



GLAUCOMA
SUMMIT 2024

14 e 15 de junho | Curitiba - PR

Inscreva-se já!

Acesse: glaucomasummit.com.br



OU ESCANEIE O QR CODE

REALIZAÇÃO:



ASSOCIAÇÃO
PARANAENSE
DE OFTALMOLOGIA

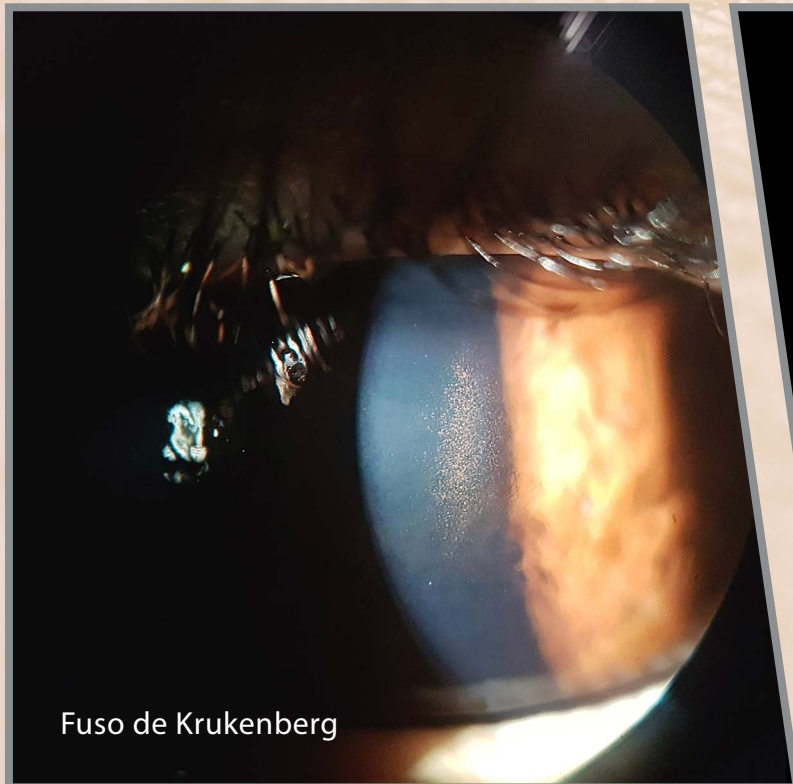


SOCIEDADE
BRASILEIRA DE
GLAUCOMA

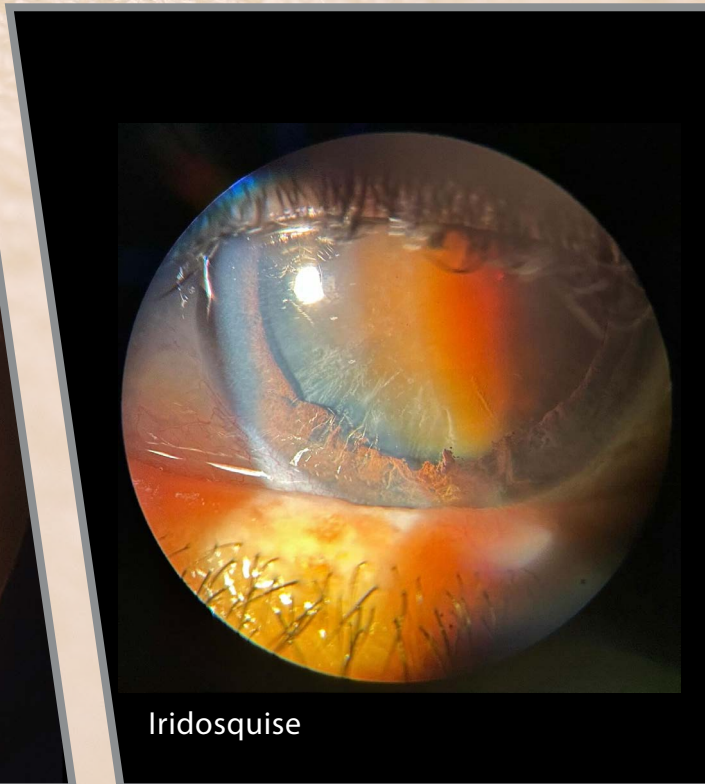


Dr. Rodolpho Matsumoto

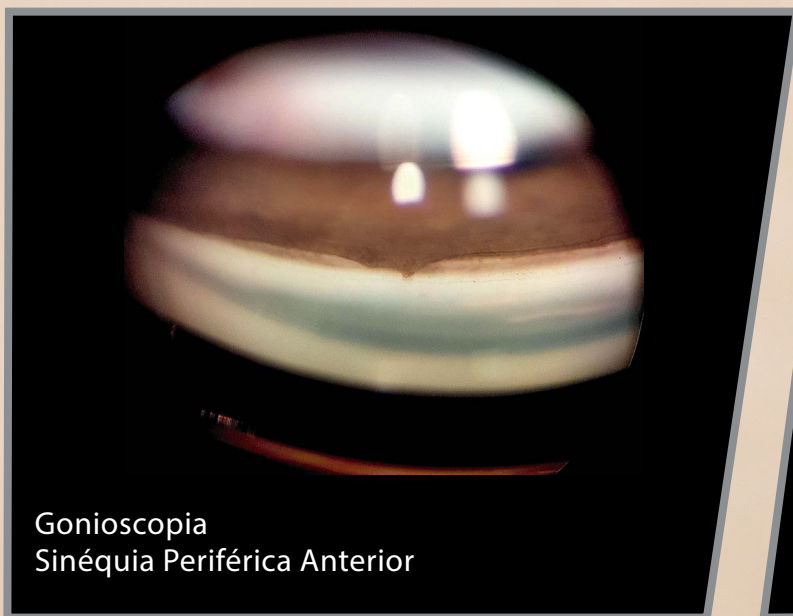
Graduação e Residência pela FMUSP-SP • Fellowship em Glaucoma pela Universidade de Montreal - CA 2020 • Preceptor da Residência HOFTALON 2021-2024 • Professor OFT-Review 2021-2024



Fuso de Krukenberg



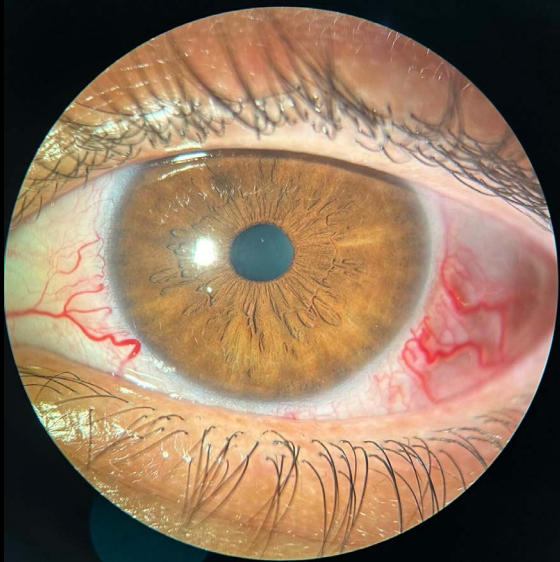
Iridosquise



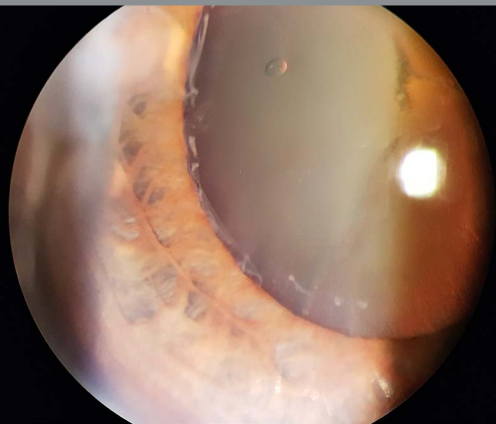
Gonioscopia
Sinéquia Periférica Anterior



Glaucoma Facolítico



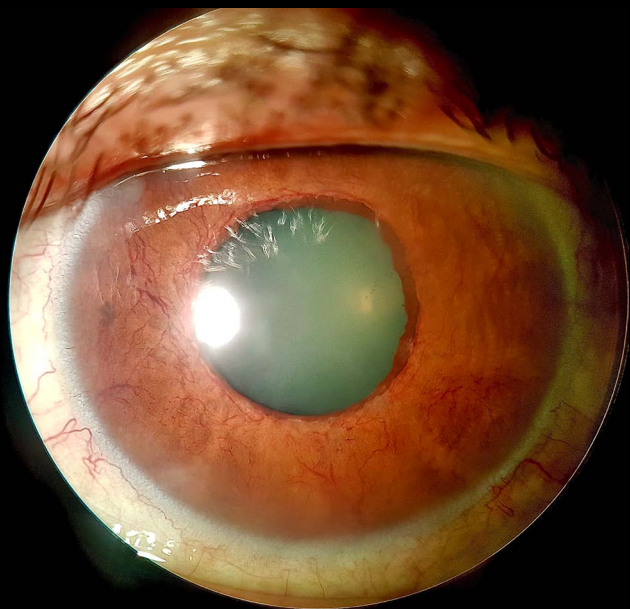
Dilatação Venosa Episcleral Idiopática
(Radius-Maumenee)



Pseudoexfoliação



Trabeculectomia – bolha nasal disestésica



Glaucoma
Neovascular



Síndrome ICE
Sinéquia
periférica
anterior

INÍCIO DA JORNADA:

a história da SBGzinha



Exame oftalmológico de crianças com glaucomainfantil durante o ambulatório da Santa Casa de Belo Horizonte.



As doenças oftalmológicas não podiam ser interrompidos. Na infância, cada dia é crucial para janela de oportunidade de desenvolvimento da visão.

Em 2021, recebi o convite da Dra. Christiane Rolim para colaborar com o “blog da Comunidade” da SBGzinha, momento em que uma retrospectiva dos ensinamentos recebidos de vários mestres passou por minha mente. O interesse em glaucoma congênito iniciou durante a residência médica no Instituto de Olhos de Recife, onde o Dr. Roberto Galvão Filho era responsável pelos cuidados com essas crianças. Seguindo seu exemplo, passei a amar examinar os olhinhos das crianças e compreendi o quanto é precioso conseguir agir no intuito de prevenir a deficiência visual. Durante o *fellowship* de glaucoma e catarata na Santa Casa/BH com o Prof. Wagner Batista e do doutorado com o Prof. Sebastião Cronemberger,

pude constatar como um atendimento humanizado faz a diferença na vida de cada família. Ao longo dos anos nas Gerais, assimilei a importância da amorosidade no tratamento do glaucoma infantil e a necessidade de se divulgar informação sobre o assunto.

Consciente da demanda por materiais informativos e de fácil acesso e entendimento para os pacientes e suas famílias, aceitar o convite da Dra. Chris foi o caminho natural para colocar em prática o desejo de levar informação para a comunidade. O “blog da Comunidade” da SBGzinha foi a ferramenta que permitiu descomplicar o glaucoma infantil para as famílias e cuidadores e, à medida que o blog crescia, novas necessidades surgiam.



Dr. Wagner Duarte Batista, Dra. Hévila Rolim e Dr. Emilio Suzuki em 2011.



Dra. Ana Flávia Belfort, Dra. Regina Cele e Dra. Hévila Rolim

Assumi a direção do Glaucoma Pediátrico na gestão 2022/23 com a enorme responsabilidade de suceder Dra. Chris e continuar um projeto com o qual era necessário haver um carinho especial. A missão era aproximar a SBG da população para divulgar informação sobre o tema. No primeiro ano, junto a Regina Cele e Ana Flávia Belfort, fizemos *lives*, *meetings*, demos continuidade ao blog da Comunidade e idealizamos a “Turma da SBGzinha” (nossos mascotes).

Ao final de 2022, um projeto de extensão dos meus alunos de medicina da Universidade Federal de Rondônia levou a uma ação de conscientização sobre o glaucoma infantil, associado à produção de material informativo. Essa iniciativa foi reproduzida em Belo Horizonte, em parceria com a Santa Casa/BH e o apoio da liga de Oftalmologia da PUC/Minas, coordenada pelo Prof. Emílio Suzuki, com boa receptividade pela população. Utilizamos dessa experiência para concluir a tão sonhada cartilha da SBG e lançar a “Turma da SBGzinha” durante o 67º Congresso Brasileiro de Oftalmologia em 2023, em Fortaleza.

O objetivo central da SBGzinha sempre foi sensibilizar a população e os pediatras para o tema, promovendo conscientização sobre essa relevante causa de deficiência visual infantil, utilizando uma linguagem acessível, do conceito ao tratamento. Com o auxílio da “turma da SBGzinha” - Íris, Glauco e Pio-, esperamos poder contar muitas histórias de superação e inspirar pais, professores e cuidadores a se manterem informados sobre o glaucoma em crianças. O acesso ao diagnóstico precoce muda o prognóstico visual

e, talvez, todo o futuro de uma criança na sua interação com o meio externo. Casos extremamente bem sucedidos, que acompanho o crescimento à distância, contrastam com situações que devastaram meu coração pela gravidade com que chegaram ao atendimento.

Diariamente, o glaucoma infantil desafia oftalmologistas e famílias em todo o Brasil. Seria maravilhoso que esses pacientes alcançassem locais de tratamento o mais rápido possível e pudessem contar com uma rede capacitada e estruturada, com tecnologias e profissionais habilitados para desenvolver o melhor potencial dessas crianças.



Acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Rondônia em ação de conscientização sobre o glaucoma infantil

Sonho com a realização desse cenário em cada Estado do nosso Brasil. Enquanto isso não se concretiza, convido a todos, especialmente os mais jovens, a tentarem doar um pouco de si em ações para prevenção da cegueira infantil e estimularem seus alunos a fazerem o mesmo, colocando o coração em cada iniciativa. Como diria Madre Teresa: O mar seria menor se lhe faltasse uma gota.



Dra. Hévila Rolim
CRM-RO: 3977 - RQE: 1111

Professora adjunta de oftalmologia da Universidade Federal de Rondônia, Doutoranda em oftalmologia-UFMG, Diretoria da SBGzinha na gestão 2022-23

IMPORTÂNCIA DO CASO CLÍNICO:

O relato do caso clínico abaixo destaca a importância dos exames oftalmológicos, não somente para acompanhamento do glaucoma, mas para topografar as lesões na via óptica. Lembrar desses detalhes, associado às principais lesões neurooftalmológicas que podem escavar e simular glaucoma, são algumas dicas para nosso dia a dia de consultório.

CASO CLÍNICO

Feminino, 34 anos, encaminhada para avaliar nervo óptico suspeito de glaucoma associado à redução da visão periférica de longa data, sem piora progressiva. Nega comorbidades. Nega cirurgia ocular ou sistêmica. Uso de anticoncepcional oral. Relata história de traumatismo crânio encefálico há 12 anos, após acidente automobilístico.

Ao exame oftalmológico paciente apresenta acuidade visual sem correção de 20/20 em ambos olhos, tonometria 17 mmHg, biomicroscopia sem alterações, gonioscopia ângulo aberto 360 graus e fundoscopia (Figura 1A). Campo visual apresenta hemianopsia homônima à direita (Figura 1B). Tomografia de coerência óptica apresenta redução das camadas de fibras nervosas horizontais em olho direito (OD) e vertical em olho esquerdo (OE) (Figura 1C). Complexo das camadas de fibras nervosas, células ganglionares e plexiforme interna (GCL++) apresentam reduzidos em hemiretina nasal (OD) e hemiretina temporal (OE) (Figura 1D)

Os exames oftalmológicos indicavam lesão em topografia de trato óptico, motivo pelo qual foi realizada nova ressonância magnética, evidenciando lesão neurológica em trato óptico, provavelmente associada ao quadro de TCE progressivo (Figura 1E). Após 3 anos de diagnóstico, os exames apresentam-se sem sinais de progressão.

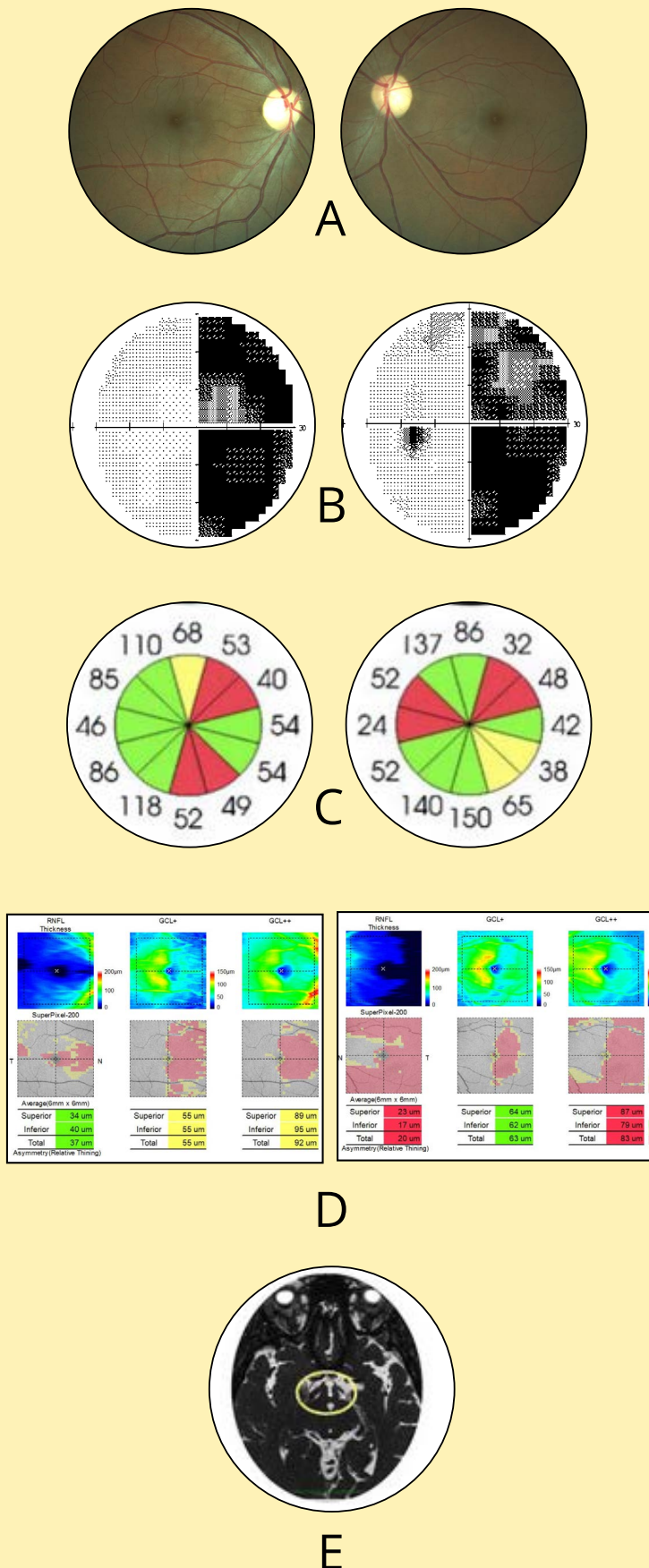


FIGURA 1

Figura 1 – (A) Retinografia: palidez horizontal em nervo óptico direito e vertical em nervo óptico esquerdo, com perda das camadas de fibras nervosas correspondentes. (B) Campo visual OD e OE, demonstrando hemianopsia homônima à direita. (C) Tomografia de coerência óptica com redução da espessura das camadas de fibras nervosas vertical em OD e horizontal em OE. (D) Redução do GCL ++ em hemi retina nasal (OD) e temporal (OE). (E) Ressonância magnética evidencia afilamento em trato óptico esquerdo.

DISCUSSÃO

O aumento da escavação está amplamente associado ao glaucoma, porém não é uma condição patognomônica dessa doença. Casos que envolvam a pressão intraocular dentro da normalidade e aumento da escavação são comuns e desafiadores dentro de nossa rotina de consultório.

Outras causas importantes de aumento de escavação são: neuropatias compressivas (aneurisma, macroadenoma de hipófise, meningioma, craniofaringioma), neuropatias hereditárias (Neuropatia Óptica Hereditária de Leber, Atrofia Óptica Dominante), neuropatias tóxicas / nutricionais e neuropatias ópticas isquêmicas (principalmente a NOIA arterítica). (1), (2).

Além da anamnese detalhada, as doenças neurooftalmológicas apresentam algumas características importantes como: alteração de cores desproporcional em relação à acuidade visual, defeito de campo visual respeitando a linha média vertical, palidez de papila, defeito pupilar aferente relativa e pacientes abaixo de 50 anos (3). Esses achados são indicativos da necessidade de exames complementares que podem variar desde provas inflamatórias, sorologias e exames de imagens até dosagem de vitaminas e teste genético.

No caso clínico descrito a paciente era jovem, apresentava palidez de papila, história de TCE associado a perdas funcionais e estruturais além de PIO dentro da normalidade. Esses achados nos guiaram para solicitar novo exame de imagem com alteração em trato óptico correspondente, evitando um possível tratamento de glaucoma futuramente.

REFERÊNCIAS

1. Piette SD, Sergott RC. Pathological optic-disc cupping. *Curr Opin Ophthalmol*. 2006;17(1):1–6.
2. Waisberg E, Micieli JA. Neuro-Ophthalmological Optic Nerve Cupping: An Overview. *Eye Brain*. 2021;13:255–68.
3. Fraser CL, White AJ, Plant GT, Martin KR. Optic nerve cupping and the neuro-ophthalmologist. *J Neuroophthalmol*. 2013 Dec;33(4):377-89. doi: 10.1097/WON.000000000000080. PMID: 24256877.



Dr. Glauco Batista Almeida

Especialista em Glaucoma (Hospital das Clínicas - HCUSP SP) e em Neuroftalmologia (Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP). Doutorando Faculdade de Medicina USP - São Paulo. Médico Assistente setor Glaucoma - Hospital das Clínicas SP e Universidade Federal de Mato Grosso.



Dra. HELOISA RUSS

Presidente da Associação Paranaense de Oftalmologia (APO). Prof. Associada Pós-Graduação UFPR -Curitiba-PR. Mestre em Oftalmologia -Unicamp. Doutorado em Oftalmologia-USP. Pos-Doutorado em Oftalmologia-UNIFESP. Chefe do Setor de Glaucoma-Medico de Olhos SA. Secretária Adjunta SBG 2024-2025.



Quando Goldman apresentou pela primeira vez seu tonômetro de aplanção, em 1954, enfatizou que a infecção transmitida através do contato da córnea pelo cone de aplanção do tonômetro poderia ocorrer e sugeriu que métodos apropriados de desinfecção deveriam ser pesquisados e aplicados.^{1,2} O uso do corante de fluoresceína aumenta ainda mais o risco de contaminação já que as soluções podem ser contaminadas por *P. aeruginosa*.³

A presença de vírus nas lágrimas como HIV, hepatite B, hepatite C, herpes, adenovírus, e mais recentemente COVID-19, além da possibilidade da presença de *Acanthamoeba* e bactérias da flora normal ocular torna obrigatória a desinfecção do cone do tonômetro de Goldman para garantir segurança ao paciente.⁴⁻⁷

A desinfecção utiliza um processo químico com finalidade de eliminar todos os microorganismos reconhecidamente

patogênicos, mas não necessariamente todas as formas microbianas.

As soluções desinfetantes frequentemente utilizadas são álcool isopropílico a 70%, hipoclorito de sódio a 1% e peróxido de hidrogênio a 3%.

São recomendações do Centro de Controle de Doenças (Centers for Disease Control - CDC):

1 • Remoção mecânica dos resíduos macroscópicos através de fricção do cone com gaze ou algodão.

2 • Desinfecção com imersão por 5 minutos em solução de hipoclorito de sódio 500 ppm (partes por milhão) de cloro, peróxido de hidrogênio a 3% ou álcool isopropílico a 70%.^{4,8,9}

A Academia Americana de Oftalmologia adotou essas medidas, acrescentando a opção de simplesmente friccionar o cone com algodão embebido em álcool isopropílico a 70%.

Prudente lembrar que os processos de desinfecção podem deixar resíduos no aparelho e também dano ao cone.

Apesar de ser uma prática comum, a limpeza do cone de aplanção apenas com gaze ou algodão estéril seco é um método ineficaz e potencialmente perigoso.

- 1.Norn MS, Thomsen F. Contamination of applanation tonometer prism. Acta Ophthalmol (Copenh). 1968;46(4):712-20.
- 2.Kniestedt C, Sturmer J, Stamper RL. Clinical alert: damage to Goldmann applanation tonometer tips. Acta Ophthalmol Scand. 2005;83(1):129-30.
- 3.Maimone N, Maimone AL. Avaliação de um novo produto na desinfecção do tonômetro de aplanção de Goldmann. Arq Bras Oftalmol. 2001;64(6):545-9.
- 4.CDC. Current trends recommendations for preventing

possible transmission of Human T- Lymphotropic Virus tipe III/ lymphadenopathy associated virus from tears. MMWR. 1985;34:533.

5.Pepose JS, Linette G, Lee SF, MacRae S. Disinfection of Goldmann tonometers against human immunodeficiency virus type 1. Arch Ophthalmol. 1989;107(7):983-5.

6.Maldonado MJ, Rodriguez-Galietero A, Cano-Parra J, Menezes JL, Diaz LM. Goldmann applanation tonometry using sterile disposable silicone tonometer shields. Ophthalmology. 1996;103(5):815-21.

7.Nagington J, Sutehall GM, Whipp P. Tonometer disinfection and viruses. Br J Ophthalmol. 1983;67(10):674-6.

8.CDC - Guidelines for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities:<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/index.html>

9.Academia Americana de Oftalmologia - Guidelines for Cleaning and Sterilizing Ophthalmic Instruments: <https://www.aaopt.org/eyenet/article/guidelines-for-cleaning-sterilizing-ophthalmic-instr>

Como fazer a Aferição do Tonômetro de Goldmann:

Esse procedimento que vale para a maioria dos tonômetros de aplanção do tipo Goldmann é muito simples de fazer e serve como uma conferência para verificar se ele está aferido. Se apresentar diferença ele deverá ser enviado a um técnico para o reparo.

1 Primeiramente coloque o tonômetro em sua base, a Lâmpada de fenda deverá estar nivelada.

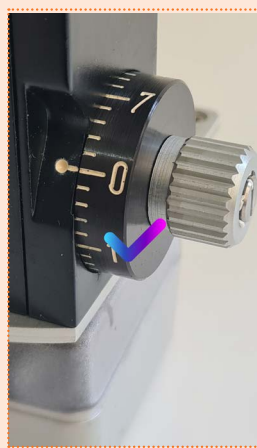
2 Pegue o calibrador.



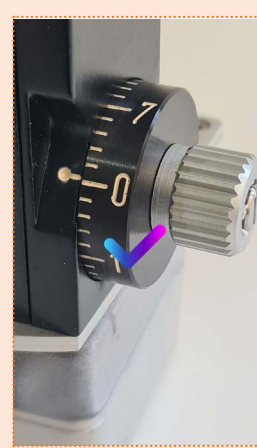
3 Encaixe ele na lateral do tonômetro (no local indicado).



4 Ajuste o calibrador na posição central.



5 Coloque o botão de ajuste na posição zero ou menos.

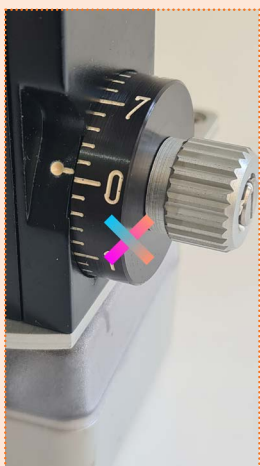


6 Gire lentamente o botão de ajuste até a posição zero.

O cone deverá estar livre sem estar fixo para frente ou para trás.

Sopre as pontas do calibrador (nos locais indicados abaixo): ao soprar na frente o cone deve movimentar para frente e manter-se nessa posição ou na posição central.

Ao soprar a parte de trás do calibrador o cone deve se mover para trás e se manter nessa posição ou ficar na posição central.

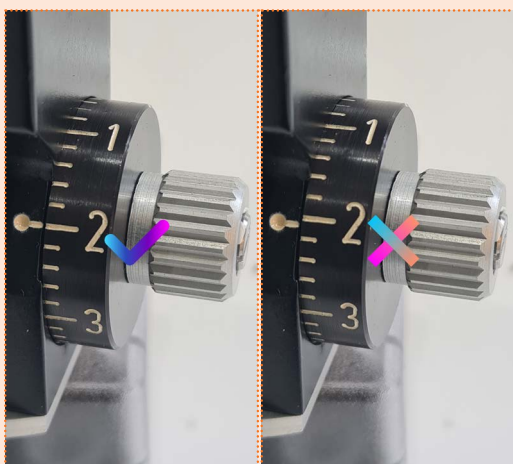


7 Se o cone não se mover com facilidade, mova o botão de ajuste lentamente até que isso ocorra (se passar da metade da distância entre um traço e outro, o aparelho está descalibrado – procure um técnico).



8 Se estiver dentro do limite, continue para a Posição 2.

9 Mova o cilindro do calibrador para a próxima marcação (puxando o cilindro do calibrador em sua direção).



10 Gire lentamente o botão de ajuste até a posição 2 (20mmHg).

*Se realizar todos esses testes e as medidas estiverem corretas, parabéns!
O seu aparelho está calibrado e dentro dos padrões.*

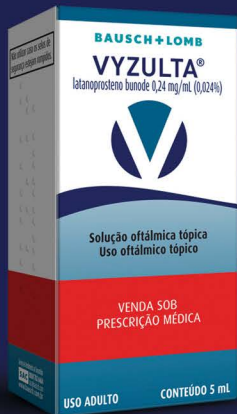
Imagens e texto baseados nas orientações do Sr. Marcos Benjamin.

GLAUKOS[®]

TRANSFORMING VISION

Empowering Ophthalmic Growth Worldwide

VYZULTA[®]
latanoprosteno bunode 0,24 mg/mL (0,024%)



VYZULTA[®]
apresentou redução
significativamente
maior da

PIO vs Xalatan[®]

34,6% vs 29,8%
VYZULTA[®] Xalatan[®]

Pio Média Basal: VYZULTA[®] 26,01mmHg | Xalatan[®] 26,15 mmHg | $P=0,0005$

Única prostaglandina com liberação de Óxido Nítrico e ação na Malha Trabecular.¹

VYZULTA[®] - latanoprosteno bunode - solução oftálmica tópica com 0,024% de latanoprosteno bunode; embalagem contendo 1 frasco de 2,5 mL ou 1 frasco de 5 mL - Uso Oftálmico Tópico. Uso Adulto. INDICAÇÃO: É indicada para a redução da pressão intraocular (PIO) em pacientes com glaucoma de ângulo aberto ou hipotensão ocular. CONTRAINDICAÇÃO: Categoria de risco C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES: Pigmentação: VYZULTA[®] pode causar alterações nos tecidos pigmentados do olho, incluindo a formação de pigmentação relacionada com os análogos das prostaglandinas, levando ao aumento da pigmentação da íris e da lâmina própria (palpebras). Espere-se que a pigmentação aumente enquanto a solução oftálmica de latanoprosteno bunode for administrada. Com a interrupção no uso de VYZULTA[®], a pigmentação da íris tende a ser permanente, enquanto que a pigmentação do tecido periorbital (palpebras) e as alterações dos cílios tendem a ser reversíveis na maioria dos pacientes. A utilização em pacientes pediátricos menores de 16 anos de idade não é recomendada devido às potenciais preocupações de segurança relacionadas com o aumento da pigmentação após utilização crônica a longo prazo. Alterações nos cílios: VYZULTA[®] pode mudar gradualmente os cílios e a aparência do olho tratado. Essas alterações incluem aumento de comprimento, espessura e o número de cílios ou pelos. As alterações nos cílios são geralmente reversíveis quando o tratamento é interrompido. Inflamação Intraocular: VYZULTA[®] deve ser utilizado com precaução em pacientes com histórico de inflamação intraocular (irite/uvíte) e geralmente não deve ser utilizado em pacientes com inflamação intraocular ativa, já que pode agravar esta condição. Edema macular: Edema macular, incluindo edema macular cistóide, foi relatado durante o tratamento com análogos de prostaglandina. VYZULTA[®] deve ser utilizado com precaução em pacientes afetados, em pacientes pseudofáculicos com uma cápsula de cristalino posterior rompida ou em pacientes com falhas de risco conhecidos para o edema macular. Cereite bacteriana: Houve relatos de cereite bacteriana associada ao uso de frascos de doses múltiplas de produtos oftálmicos tópicos. Esses frascos foram inadvertidamente contaminados por pacientes que, na maioria dos casos, tinham uma doença cometa concomitante ou uma ruptura da superfície epitelial ocular. Use com Lentes de Contato: Deve-se remover as lentes de contato antes da administração de VYZULTA[®] porque este produto contém corante de benzalcônio. As lentes podem ser reinsertadas 15 minutos após a administração. Ideação: Não foram observadas diferenças clínicas gerais de segurança ou eficácia entre idosos e outros pacientes adultos. Uso pediátrico: A segurança e a eficácia em pacientes pediátricos ainda não foram estabelecidas. Portanto, o uso de VYZULTA[®] não é recomendado nesses pacientes. Grávidas e Lactação: Não há dados humanos disponíveis para o uso de VYZULTA[®] durante a gravidez para informar quaisquer riscos associados a medicamentos. Com base em estudos em animais com latanoprosteno bunode, VYZULTA[®] pode causar aborto espontâneo, aborto e danos fetais. ALB mostrou-se abortiva e teratogênica quando administrada a coelhos grávidas. Anormalidades estruturais observadas em fetos de coelho incluem anormalidades dos vasos da base e do arco aórtico, cabeça cônica, anomalias externas e vertebrais esqueléticas, hipotensão e má rotação de membros, catarata adionômica e edema. Não existem dados sobre a presença de VYZULTA[®] no leite humano, os efeitos no lactante amamentado ou os efeitos na produção de leite. Devido aos níveis extremamente baixos de plasma após a aplicação no olho, não é provável que atingirá o leite materno ou o conteúdo sanguíneo do bebê ou que cause quaisquer efeitos adversos nas crianças amamentadas. Categoria de risco C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: Não foram realizados testes de interação medicamentosas entre VYZULTA[®] e outros medicamentos. Se mais de um medicamento oftálmico estiver sendo usado, os medicamentos devem ser administrados com um intervalo de pelo menos cinco (5) minutos entre as aplicações. REAÇÕES ADVERSAS: As reações adversas oculares mais comuns observadas em pacientes tratados com latanoprosteno bunode foram: hiperemia conjuntival (5%), irritação ocular (4%), dor ocular (3%) e dor no local de instilação (2%). Aproximadamente 0,6% dos pacientes interromperam a terapia devido às reações adversas oculares, incluindo hiperemia ocular, irritação conjuntival, irritação ocular, dor ocular, edema macular, visão borrosa, cereite pontilada e sensação de corpo estranho. POSOLOGIA E MODO DE USO: Recomende-se a aplicação de uma gota no saco conjuntival (saco) afetado(s) uma vez ao dia no período noturno. Não administrar VYZULTA[®] mais do que uma vez ao dia, uma vez que foi demonstrado que a administração mais frequente de análogos das prostaglandinas pode diminuir o efeito de diminuição da pressão intraocular. Se há o uso concomitante de VYZULTA[®] com outros medicamentos oftálmicos tópicos para baixar a pressão intraocular, então administrar cada medicamento com pelo menos cinco (5) minutos de intervalo. Evitar que a ponta do frasco entre em contato com o olho, estruturas adjacentes, dedos ou qualquer outra superfície, a fim de evitar a contaminação da solução por bactérias comuns que causam infecções oculares. Danos graves aos olhos e subsequentes perda de visão podem resultar do uso de soluções contaminadas. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. © Bausch & Lomb Incorporated. VYZULTA é uma marca da Bausch & Lomb Incorporated ou de suas afiliadas. - M.D. 1.091.0029 - Importado por: BL Indústria Ótica Ltda. - CNPJ 27.411.022/0001-03 - SAC: 0800 702 6464. Documentação Científica e Informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. ©2023 Bausch & Lomb Incorporated. Bausch & Lomb é uma marca registrada da Bausch & Lomb Incorporated ou suas afiliadas. Todos os direitos são reservados. É proibida a reprodução total ou parcial sem prévia autorização da BL Indústria Ótica Ltda. Material destinado à classe médica. Fev/2024. Referências: 1- Weinreb RN, T. Scassellati SB, Vitvov J., Singh K, Kaufman PL, Br J Ophthalmol. June 2015;99(6):738-745.

SAC 0800 702 6464
sac@bausch.com
www.bausch.com.br

BAUSCH + LOMB
Ver melhor. Viver melhor.



Dra. Wilma Lelis Barboza

Graduada pela Universidade de Taubaté, em 1990, Dra. Wilma Lelis Barboza especializou-se em Oftalmologia pelo CBO, em 1994, e em Glaucoma pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em 1997. Concluiu

o doutorado em Oftalmologia pela USP, em 2000. Atualmente, é médica assistente voluntária do HCFMUSP e cirurgiã no Hospital de Olhos do Vale. É também professora do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté.

DIA INTERNACIONAL DA MULHER

ENTREVISTA COM A

DRA. WILMA LELIS BARBOZA

No dia 08 de março, comemora-se o Dia Internacional da Mulher, data que simboliza as conquistas femininas em nossa sociedade. Para falar sobre este tema e compartilhar um pouco de sua destacada trajetória na oftalmologia, o SBG News conversou com a Dra. Wilma Lelis Barboza.

A médica, que já foi presidente da Sociedade Brasileira de Glaucoma (2017-2019) e da Sociedade Latino-americana de Glaucoma (2021-2022), é a atual presidente do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (2024-2025). A oftalmologista marcou seu nome na história por ser a primeira mulher a presidir cada uma dessas entidades.

1. Como e por que você decidiu se tornar uma médica oftalmologista? Conte-nos um pouco de sua trajetória.

R: A primeira vez que a ideia de ser médica passou pela minha cabeça ocorreu quando eu tinha uns oito a nove anos. Eu tinha ido a uma pediatra e achei sensacional, especialmente porque, naquela época, a maioria dos médicos era masculina. Acredito que essa médica foi inspiradora para mim, pois significou dizer: “mulheres podem!” Outro aspecto que me levou a escolher a medicina foi o fato de poder ajudar as pessoas. Sempre achei muito interessante ver uma pessoa em necessidade e

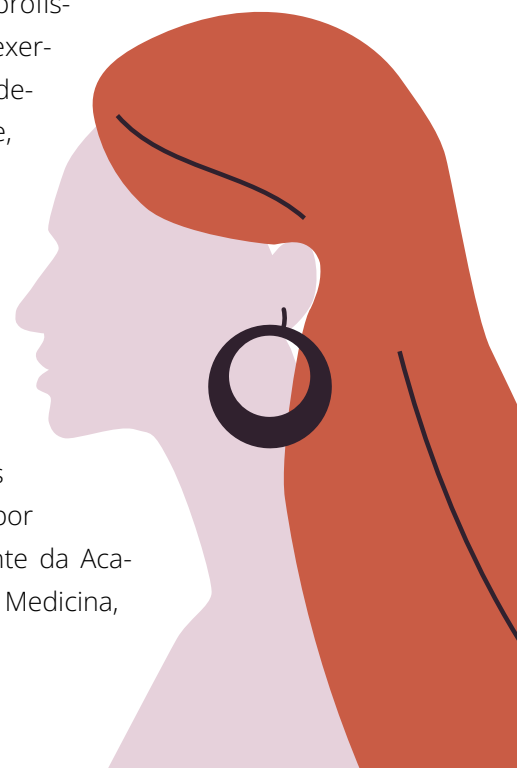
pensar no que eu poderia fazer para ajudá-la. Cheguei até a cogitar ser assistente social, pois a questão de poder ajudar sempre me guiou. Quanto à oftalmologia, me encantei com a ideia de poder fazer clínica e cirurgia juntas e, além disso, gostava muito das especificidades da área. Durante a faculdade, também me interessei muito pela otorrinolaringologia, ficando entre as duas e optando, ao final, pela oftalmologia. Muitos anos depois eu descobri que oftalmo e otorrino eram uma cadeira única no passado, ou seja, as pessoas aprendiam as duas coisas. Eu realmente me interessava por ambas, mas acabei optando pela oftalmologia.

2. Como avalia a proporção de mulheres nos cursos de medicina, nas residências médicas em geral e, em especial, na residência em oftalmologia?

R: O número de mulheres na medicina em geral e, também, na oftalmologia tem crescido muito nos últimos anos. Algumas áreas da medicina ainda têm um certo predomínio masculino e outras o feminino. Mas a maioria delas, hoje, é compartilhada por ambos, e a oftalmologia é o caso. Creio que a resposta para isso tenha um fundo histórico, que reflete a inserção da mulher na sociedade de maneira geral. Antigamente, tivemos mulheres que ganharam o Prêmio Nobel, tivemos grandes nomes da literatura, mas, sem dúvida, nas últimas décadas é que isso aumentou expressivamente. As mulheres ficavam cuidando da casa e os homens gerenciavam a sociedade. As mulheres não tinham um papel. Quando minha mãe nasceu, por exemplo, as mulheres ainda não tinham o direito de votar. Então, os direitos foram conquistados há muito pouco tempo. Penso que, além dessa conquista individual das mulheres, há ainda a necessidade de mercado. Estes aspectos não são separados. Hoje, as mulheres contribuem com a renda da família e, a partir do momento em que ela atua nesse sentido, ela ganha espaço. Acredito que isso tudo faz parte de uma construção social e econômica que os últimos tempos foram trazendo.

3. Dentro da oftalmologia em específico, como percebe a atuação feminina na área acadêmica e em cargos de lideranças? Quais são as perspectivas para o futuro nesta questão?

R: Acho que esta é uma conquista que vem sendo feita ao longo do tempo. Na área acadêmica, precisa-se de espaço para começar a atuar, mas precisa-se muito mais de um trabalho individual. No passado o número de médicas doutoras e livres docentes era pequeno e hoje aumentou muito. Essas pioneiras, em geral, eram mulheres apaixonadas pela ciência, que se dedicaram muito. Tivemos grandes nomes dentro da oftalmologia que, ao longo dos anos, foram aumentando. Nunca houve um bloqueio específico. Não vejo nenhum tipo de restrição, apenas as de ordem pessoal. As mulheres, em seu trajeto profissional, passam também pelo período da maternidade que, por menor que seja, exige dedicação e tempo. Via de regra, as mulheres abrem mão de horas de trabalho e de pesquisa para se dedicarem à maternidade. Há algum tempo, as mulheres, quando passavam por isso, não conseguiam voltar. Hoje, as pessoas se organizam, já faz parte do fluxo, é uma etapa da vida. Nesse sentido, temos tido muito mais mulheres atuantes do ponto de vista acadêmico e do ponto de vista profissional. Quanto ao exercício de cargos de liderança, recentemente, estive na posse do presidente da Associação Médica Brasileira (AMB) e havia lá um grupo de mulheres muito relevantes. E, quando chamadas a discursar, havia, por exemplo, a presidente da Academia Brasileira de Medicina,



a primeira em 194 anos, as presidentes das Sociedades de Neurocirurgia e Pneumologia, ambas são as primeiras em décadas. Então, notamos que a “primeira mulher em décadas” está acontecendo em vários lugares. É um momento e as coisas estão direcionadas nesse sentido. E todo mundo ainda está muito surpreso com isso. No meu caso, eu fui caminhando na profissão e as coisas foram acontecendo da forma como eu imaginava que fosse possível. Tive a sorte de ter muitos homens próximos a mim que não eram machistas, desde o meu pai, meu marido, meu professor orientador. Foram homens que, um dia, um deles olhou para mim e perguntou: “Você quer ser presidente da Sociedade Brasileira de Glaucoma? Você precisa dizer e se posicionar.” Ele cogitou e os que estavam ao redor concordaram. Então, são essas pessoas que fazem a sociedade melhor. No meu caminhar eu fui me deparando com várias mulheres que me abordaram (e me abordam) em corredores e mídia social, para brilhar os olhos e achar encantador eu estar nestas posições de liderança. Percebo que as mulheres não se sentem respeitadas, elas não têm essas pessoas que foram na frente para abrir caminhos e, mesmo no dia a dia, elas não são respeitadas quando falam.

4. O que significa para você ser a primeira e única mulher a presidir entidades como SBG, SLAG e, agora, CBO?

R: Não me passa pela cabeça a ideia de que “sou mulher e, por isso, vou conquistar esse espaço”. Para mim, tudo foi acontecendo de maneira natural e tranquila. Mas, do ponto de vista feminino, eu vejo como uma oportunidade de inspirar, no sentido de mostrar que as mulheres podem escolher esse caminho. A gente vê que colegas nossas que são pesquisadoras inspiram outras. Se uma garotinha vai ao consultório ou hospital e vê uma médica, ela abre o cenário dela e pensa: eu posso ser! Portanto, seria nesse sentido.

5. Sendo mulher e exercendo cargos de liderança à frente de diferentes entidades médicas, você acredita que o olhar feminino contribui na gestão de processos e pessoas? Se sim, de que modo percebe a importância da mulher nestas posições?

R: Tem um lado que sim! Mulheres talvez sejam um pouco mais hábeis para conversar e se relacionar. Mas depende muito. Há mulheres que, para chegar em cargos de lideranças, precisaram bater tanto que elas chegam um pouco agressivas. Isso acontece com homens também. Há situações em que a pessoa foi oprimida em algum momento e que elas já chegam agressivas no ambiente de trabalho. Mas temos a oportunidade de não ser assim. Mães, em geral, são mais doces que os pais e acho que essa facilidade de conversar mais calmamente, de contornar e resolver problemas, pode ser levado pelas mulheres para o seu local de trabalho, inclusive na gestão.

6. Em 2024, inicia seu mandato junto ao CBO. Quais são os principais projetos e metas que pretende alcançar na sua gestão?

R: Eu assumi no dia 1º de janeiro o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, que é extremamente relevante para os médicos, sendo a principal entidade representativa da especialidade. É uma sociedade antiga e com várias gestões de muito sucesso. Possui uma coluna vertebral muito firme, no que diz respeito às nossas atividades e aos nossos eixos de ação. De minha parte, eu preciso seguir com o trabalho que precisa ser feito e manter essa coluna ereta. No entanto, em cada gestão, temos a oportunidade de trazer novidades e melhorias. Nesse sentido, o que tenho observado nos últimos anos é o distanciamento dos médicos de suas sociedades associativas. Isso não é um problema exclusivo do CBO, pois acontece em outras sociedades também. Então, um dos projetos é a aproximação maior do Conselho com cada oftalmologis-

ta, para que este perceba o que o Conselho faz por eles e também possam saber a quem demandar. Se ele tiver uma ideia ou uma queixa, ele às vezes padece com isso, sem resolver do jeito mais fácil, porque está faltando esse contato com o Conselho. É a ideia do “CBO para mim”, em que existe um CBO para cada um.

7. Para você, quais são os principais desafios da oftalmologia no Brasil? De que modo o CBO e demais entidades médicas podem contribuir na superação desses desafios?

R: A união entre as sociedades é fundamental. A Sociedade Brasileira de Glaucoma e outras de subespecialidade são filiadas ao CBO, ou seja, são braços do Conselho, partes desse corpo. E todo mundo deve estar absolutamente unido para mantermos a força, não só do ponto de vista social, mas também do ponto de vista político. Para que a gente consiga realizar algo e falar pela oftalmologia, esse grupo deve estar coeso. Quanto aos desafios, em termos de ensino, é preciso pensar nas novidades que chegam e em como incorporá-las da melhor forma, mas o que acho mais gritante é fazer com que todos os médicos façam o básico bem feito. Muitas vezes os especialistas se preocupam com as grandes novidades, com a última pesquisa publicada, mas do nosso lado há vários médicos que não estão atualizados em relação ao fundamental para a prática e para cuidar de uma doença que pode causar a perda da visão. A SBG tem um papel fundamental nisso, na melhoria do conhecimento. Além do desafio da educação médica continuada, o outro desafio é a proteção do mercado de trabalho. A gente observa na saúde suplementar uma mudança regular, que passa pelos modelos de remuneração que se tem hoje, as verticalizações, as grandes fusões, tudo isso impacta no mercado de trabalho. É um papel do Conselho se inteirar e buscar se relacionar com essas entidades para tentar frear ou mostrar as situações que são adversas à qualidade do trabalho médico. E, além disso, ajudar a criar modelos que sejam de melhor remuneração ao médico.

8. No exercício da oftalmologia, como avalia a saúde ocular da mulher no Brasil?

R: Na verdade, as mulheres, de uma maneira geral na medicina, acabam por se cuidar melhor. Via de regra, elas vão mais ao médico, têm diagnóstico precocemente, aderem mais facilmente aos tratamentos e são importantes agentes de saúde. São as mulheres para quem você ensina a ser agentes sociais de saúde, especialmente, porque muitas vezes elas são as acompanhantes de outros pacientes. Quando a mulher leva seu filho de seis anos à consulta e você elogia a conduta e reforça que as crianças precisam ser examinadas na infância, você está cumprindo um papel social. Quando uma avó questiona se precisa levar a netinha, o médico deve orientar. Essas mulheres, ao carregar essas orientações para a sociedade, podem contribuir com o cuidado de todos.

9. Considerando o Dia Internacional da Mulher, celebrado no dia 08 de março, que mensagem gostaria de deixar às mulheres?

R: Gostaria que todas as mulheres pensassem fundamentalmente no “eu posso”. Se eu quiser, “eu posso”! O lugar da mulher é onde ela quer estar. Esteja onde você quer: pode presidir, pode escolher não participar, pode auxiliar, pode qualquer coisa. Esteja onde você quer!



HOT TOPICS WORLD GLAUCOMA CONGRESS 2023



Por: Dra. Carolina P. B. Gracitelli

Professora Afiliada e Professora orientadora da Pós-graduação da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM). Graduação, Residência médica, doutorado e Pós-doutorado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM). *Research Fellow* pela Universidade da Califórnia, San Diego

Em junho de 2023, ocorreu o último congresso mundial de glaucoma em Roma, organizado pela Associação Mundial de Glaucoma (World Glaucoma Association). Este evento acontece a cada dois anos e reúne, em média, 90 instituições de todo o mundo. Considerado o maior encontro mundial de glaucomatologistas, o congresso oferece as atualizações mais recentes em tecnologia para diagnóstico e tratamento da doença, além de permitir interação direta com representantes da indústria relacionada ao tema. Aqui vamos falar um pouco dos principais tópicos abordados durante os quatro dias de congresso.

Diagnóstico

Diferentes formas de análise estrutural e funcional foram apresentadas neste evento, bem como avaliação combinada destes métodos, e, também, o papel do Angio OCT



no diagnóstico e acompanhamento do glaucoma. Evidentemente, houve discussões ricas sobre a nossa constante dificuldade em lidar com os glaucomas avançados, a associação de glaucoma com miopia e como otimizar a detecção dos chamados “progressores rápidos”.

Além disso, a inteligência artificial foi apresentada como ferramenta em diferentes trabalhos, que visam associar imagens de fundo de olho com estudos funcionais, a fim de facilitar o diagnóstico e acompanhamento da doença.

Novas formas tratamento para glaucoma

O papel das terapias adjuvantes no manejo do glaucoma de ângulo aberto também foi bastante abordado. A prática da meditação foi abordada por diferentes estudos, inclusive através de revisão sistêmica, com meta-análises. Foram observadas melhorias nas medidas de pressão intraocular (PIO), cortisol, B-endorfina e qualidade de vida. Apesar de esta terapêutica, assim como outras abordadas, não reduzir de forma suficiente a PIO, a ponto de ser considerada uma terapia primária, pode proporcionar um certo resultado complementar para pessoas com glaucoma de ângulo aberto. Outras terapêuticas envolvendo Yoga e modificações do estilo de vida também foram apresentadas.

Tivemos uma sessão específica e muito rica sobre possíveis fatores de risco para o glaucoma e debates em torno de diabetes, miopia e espessura central da córnea. Cada palestrante teve a oportunidade de discutir como cada um dos fatores poderia ou não ser um fator de risco para a doença.

Outras novas áreas de terapêutica foram apresentadas de forma muito animadoras. Uma delas seria o primeiro inibidor ROCK: o ripasudil. Os resultados dos estudos em termos de eficácia, segurança e potencial trouxeram bastante animação. Além disso, uma nova droga, um receptor agonista Prostanóide EP2, também foi apresentada com bons resultados. A substância não é considerada um análogo da prostaglandina, mas apresenta semelhante efeito de diminuição da PIO. Ambos foram apresentados por grupos de pesquisadores japoneses.

Cirurgias minimamente invasivas

Talvez um dos pontos mais altos do congresso foi no âmbito cirúrgico. Diversos estudos foram apresentados, além de diferentes wet-labs, oferecidos para treinamento e aprimoramento de diferentes novas técnicas cirúrgicas. Toda a indústria envolvida nas novas tecnologias cirúrgicas estava também disponível para discussões e esclarecimentos de dúvidas. É bem sabido que o desenvolvimento de cirurgias minimamente invasivas de glaucoma (MIGSs) teve o objetivo de fornecer modalidades seguras e modestamente eficazes para intervenção precoce de glaucoma leve a moderado, com trauma mínimo e menor tempo de recuperação. Diferentes discussões foram feitas, durante o evento, para moldar o papel dos MIGS disponíveis. Além da discussão em cima dos MIGS atuais, como stent de gel Xen e PRESERFLO MicroShunt, também houve muita discussão

na tentativa de se revisitar os MIGS “tradicionais” para uso alternativo, assim como formas de modificar os procedimentos cirúrgicos, levando-se em consideração a fisiologia fundamental do fluxo aquoso. Técnicas com MIGS combinados também foram abordadas, baseando-se na teoria de que seus diferentes mecanismos podem proporcionar efeitos aditivos ou sinérgicos.

Alternativamente, o avanço dos procedimentos a laser como trabeculoplastia seletiva ou ciclofotocoagulação também foram muito discutidos, com resultados promissores e que poderiam complementar as necessidades não atendidas ao longo do algoritmo de tratamento do glaucoma.

Discrepâncias no tratamento glaucoma

Estudos revisaram grandes bancos de dados para examinar os dois lados de uma questão semelhante: quem tem menos probabilidade de se submeter a testes ou cirurgias de glaucoma e quem tem maior probabilidade de apresentar glaucoma avançado ou de ficar cego pela doença? Neste contexto, diferentes abordagens foram feitas em relação à etnia, ao nível socioeconômico, ao convênio médico /saúde pública e como estes fatores trazem uma grande discrepância

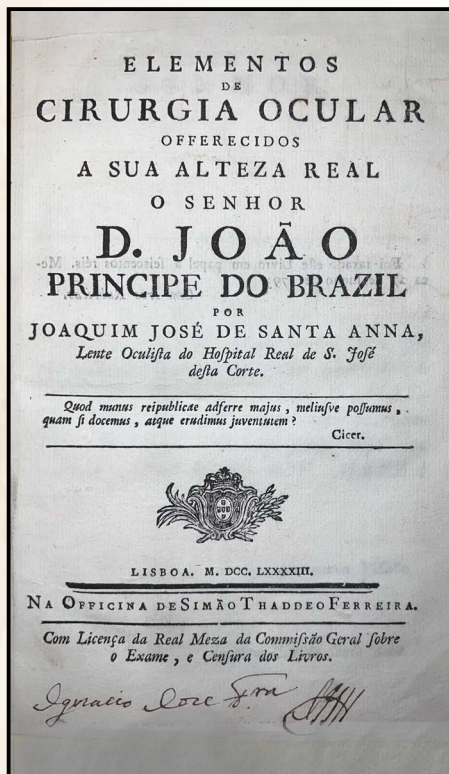
para o acompanhamento e tratamento da doença. Podem existir disparidades em vários aspectos do manejo clínico e cirúrgico do glaucoma, incluindo, por exemplo, seleção do paciente e momento da cirurgia, tipo de cirurgia realizada, complicações cirúrgicas intra e pós-operatórias, cuidados cirúrgicos de acompanhamento e resultados cirúrgicos em longo prazo. Além disso, as limitações trazidas

pela doença no ponto de vista de atividades de vida diária como hábito de leitura ou direção também foram apresentadas de forma distintas em cada instituição ou país.

O próximo World Glaucoma Congress acontecerá em junho de 2025 em Honolulu, Havaí. Programe-se para participar!



O QUE VOCÊ SABE SOBRE A OFTALMOLOGIA DO SÉCULO XVIII?



Em dezembro de 2023, foi realizada a campanha “SBG no Cinema” para o glaucoma. O filme de estreia foi “Napoleão”, líder francês que ocupou o centro da cena política da Europa, no final do século XVIII e início do XIX.

Ele foi o causador da vinda da família Real Portuguesa em 1808, que por sua vez, impulsionou o desenvolvimento

e econômico e cultural do Brasil. Neste mesmo ano, no dia 18 de fevereiro, foi fundada a primeira escola de medicina do Brasil: a Faculdade de Medicina da Bahia.

No ano de 1793, Dom João VI era o regente de Portugal e Príncipe do Brasil, governando em nome de sua mãe Maria I. Nesse ano, foi escrito o livro “Elementos de Cirurgia Ocular”, pelo Dr. Joaquim José de Santa Anna (médico de V. Alteza Real), que servirá de base para este QUIZ.

Vale lembrar, ainda, que o oftalmoscópio foi inventado em 1851, pelo Dr. Hermann von Helmholtz; que o primeiro tonômetro foi inventado em 1865, pelo Dr. Karl Ferdinand Ritter von Arlt; e que a lâmpada de fenda foi inventada em 1945, pelo Dr. Harold Ridley. O antibiótico foi descoberto em 1928, por Alexander Fleming, e a primeira cirurgia com anestesia foi realizada no ano de 1846, por William T.G. Morton.

A seguir, as questões baseadas no referido livro. Dica de leitura das questões: em algumas palavras o “f” tem som de “s”.

1- “He eita moleitia huma opacidade de humor vitreo: conhece-le esta enfermidade pela cegueira do doente, e pela visão do circulo opaco, ou mais obícuo, que fe obferva pela parte pofterior, e lateraes da lente cryftallina.

A caula proxima he a depolição do humor opaco no humor vitreo. He enfermidade rariflima, difficultofamente conhecida, e fempre incuravel.”

Este texto é a definição de qual doença?

(A) Catarata (B) Uveíte (C) Glaucoma (D) Retinopatia

2 - No final do século XVIII também se discutia qual tratamento deveria ser utilizado primeiro. No texto abaixo está sendo explicado o tratamento para qual doença?

“Por tres modos fe póde tentar a cura da XXXXXX. Primeiro, pela ufo de remedios internos, fundentes mercuriaes. Segundo, por extracção. Terceiro, por abatimento, que antigamente fe propunha em primeiro lugar, e prefentemente pouco feguido, ainda que póde haver algum calo, que le prefira o abatimento em legundo lugar.”

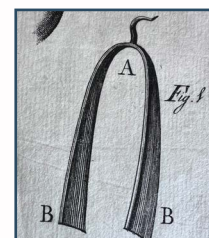
(A) Glaucoma (B) Catarata (C) Retinopatia (D) Uveíte

3 - Qual(is) a(s) melhor(es) estação(ões) do ano para se realizar uma cirurgia ocular?

(A) Verão (B) Outono (C) Inverno (D) Primavera

4 - Qual a função do seguinte instrumento de cirurgia oftalmológica?

**(A) Abertura do canal lacrimal
(B) Afastador blefarostato
(C) Estabilizador do globo ocular
(D) Remoção de calázio**



5 - As cirurgias de catarata eram feitas com o paciente sentado, e o auxiliar segurava com força a cabeça contra o seu peito. Era feita uma incisão limbar 180° inferior. “Quando o dito bifturi penetrar a camara anterior do olho, feja de modo que a fua ponta não toque a membrana chroide, uvea, ou iris. Feita a incisão, he obrigado a fahir o humor

aquofio, e as mais das vezes a Cataracta; no cafo porém de não fahir, fe levantará a porção da cornea dividida e fe introduz pela pupilla o eltillete a fim de dividir a membrana cryftalina e havendo porção de humor concreto, fe tirará com outra pinça própria ou com a colher também própria, fe deixa cair a córnea e..."

Ao final da cirurgia de catarata com qual tipo de fio era feita a sutura?

(A) Nylon (B) Seda (C) Algodão (D) Não era feita sutura

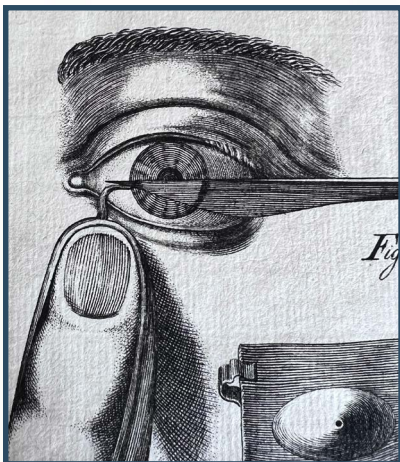
Respostas comentadas:

1) O texto é a definição de glaucoma à época. Não havia avaliação do nervo óptico, e, no texto, a única descrição de pressão é "olho com concreção dura na especie térrea". Fato é que, ainda hoje, o glaucoma continua uma doença "difficultofamente conhecida, e fempre incurável".

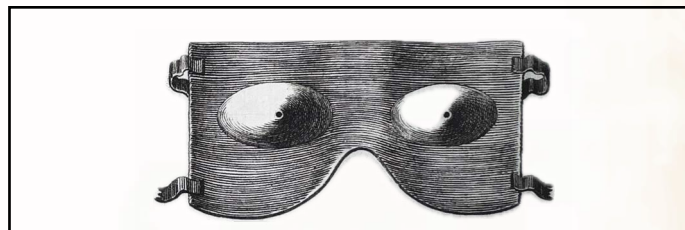
2) Eram os tratamentos para catarata. Observar que a técnica de abatimento era a padrão até início do século 18, e que a retirada era algo mais moderno. O autor defende o uso de remédios como tratamento inicial, embora ele escreva: "nas confirmadas rariffimas vezes fe confegue refolução da opacidade".

3) "Em todo o tempo do anno fe póde fazer operação, porém são preferidos por todos os de Primavera, e Outono. Deve elcolher-fe o dia, que ha de fer claro, e não nublado, nem ventofo, o lugar da cafa deve fer reparado com vidraças."

4) O nome do instrumento é "echmommo" e servia para estabilizar o olho, sendo cravado na esclera para realização da cirurgia (sem anestesia).



5) Ao final da cirurgia não era feita sutura, mas sim um curativo que é descrito meticulosamente em três páginas do livro. O tempo de recuperação era de 1 mês. Há um capítulo descrevendo as 17 principais complicações. Os pacientes que evoluíam bem eram orientados a usar, em alguns momentos, a seguinte máscara estenoipeica:



Este livro, de 1793, tem um teor bastante prático e descreve um grande número de doenças e tratamentos (maioria em pálpebras e córnea). Tem pouquíssimas citações e, quando as faz, apenas cita o nome do médico. Algumas vezes é empregada a expressão "como dizem os Authores" para demonstrar que a idéia tem respaldo, mas sem indicar quais seriam eles. Vale lembrar que, naquela época, os livros eram muito caros e de acesso bastante limitado.

Várias concepções utilizadas permanecem válidas até hoje, como é o caso do estenoipeico, base da cirurgia de pterígio, e a importância das orientações pré e pós-operatórias. Havia também limitações técnicas em relação ao que temos hoje. Talvez as cataratas curadas com medicação não fossem cataratas, mas algum outro diagnóstico. Nesse sentido, certamente hoje também temos limitações que médicos no futuro não terão.

Quando se estuda a história, percebe-se a mudança de alguns conceitos, o que nos estimula a questionar e melhorar os atualmente existentes. Interessante visitar o passado e descobrir como era a Oftalmologia há 231 anos, e instigante imaginar (ou tentar imaginar) como será em 2255.



Por Dr. Guilherme B. Guedes

Fellow em glaucoma na Yale University, Secretário Geral da Associação Paranaense de Oftalmologia - APO, Ocularis Oftalmologia Avançada e Hospital de Olhos do Paraná.

QUIZ



Dra. Carolina Susanna

Fellowships de Plástica Ocular e Glaucoma adulto e pediátrico na Universidade de São Paulo (USP). Estágios em Glaucoma na Universidade da Califórnia, San Diego (UCSD), Universidade de Toronto e Bascom Palmer. Estágio em Glaucoma e Plástica Ocular na Universidade de Illinois, Chicago (UIC), EUA. Diretoria da SBO Jovem.



Dr. Remo Susanna Jr.

Professor da Faculdade de Medicina da USP. Ex-presidente da Associação Mundial de Glaucoma, da Associação Pan-americana de Glaucoma, da Sociedade Brasileira de Glaucoma e ex-presidente e fundador da Sociedade Latino-Americana de Glaucoma.

INTRODUÇÃO

- O glaucoma é uma neuropatia óptica progressiva, com alterações do disco óptico e/ou da camada de fibras nervosas da retina, podendo levar à perda de campo visual.
- É a principal causa de cegueira irreversível.
- Mais de 79 milhões de pessoas no mundo têm glaucoma, sendo mais da metade não diagnosticados.

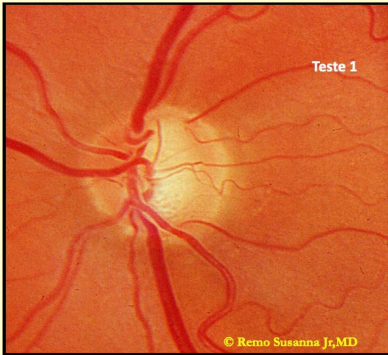


Prof. Remo Susanna Jr. descreveu 5 regras para avaliar as lesões glaucomatosas no disco óptico (“The Five Rs”) e selecionou os sinais mais característicos da neuropatia óptica glaucomatosa, hoje considerados os sinais típicos de lesão glaucomatosa do disco. Este programa faz parte de programas educacionais de vários países na Europa, na Ásia, Estados Unidos e Oriente Médio.

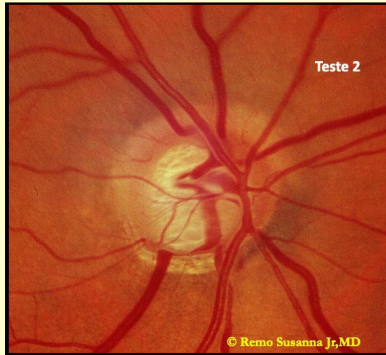
- 1)** Identifique o anel escleral para localizar o limite do disco e seu tamanho
- 2)** Identifique a espessura da rima neural, em toda sua extensão, e defeitos localizados.
- 3)** Analise a atrofia peripapilar, sua localização e extensão, e a lâmina cribiforme.
- 4)** Analise a camada de fibras nervosas e identifique defeitos localizados ou diminuição generalizada de sua espessura.
- 5)** Procure pela presença de hemorragia do nervo óptico.

Teste seus conhecimentos! Descreva as lesões glaucomatosas nas onze fotografias de discos abaixo:

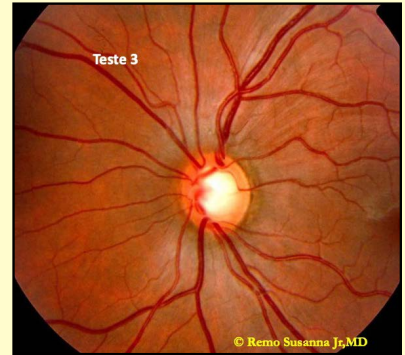
TESTE 1



TESTE 2



TESTE 3



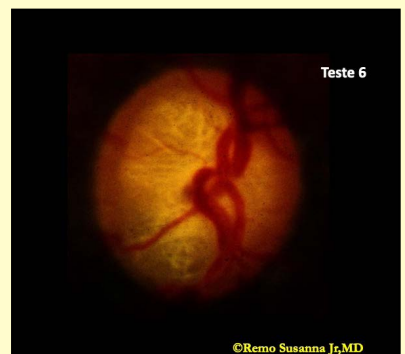
TESTE 4



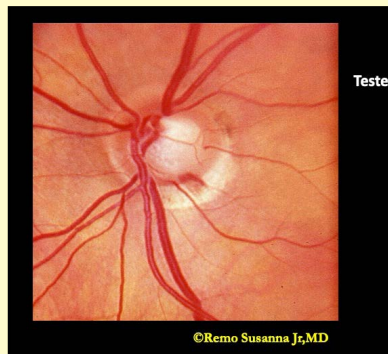
TESTE 5



TESTE 6



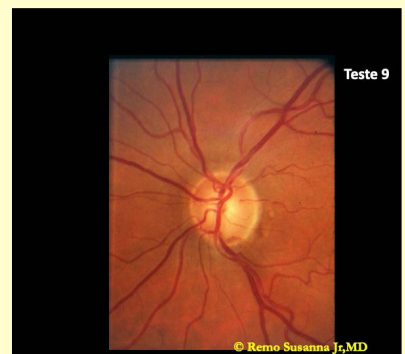
TESTE 7



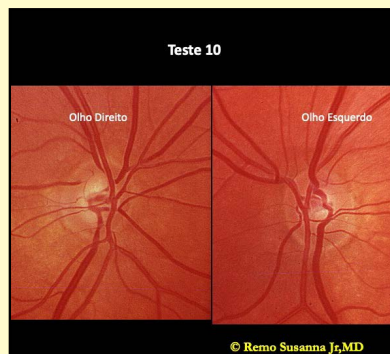
TESTE 8



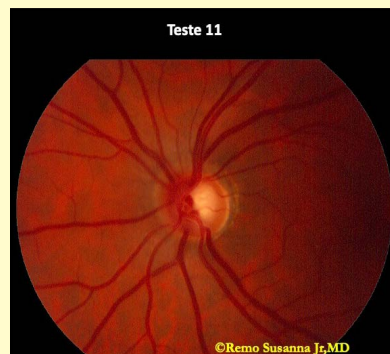
TESTE 9



TESTE 10

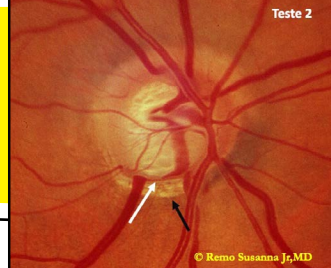
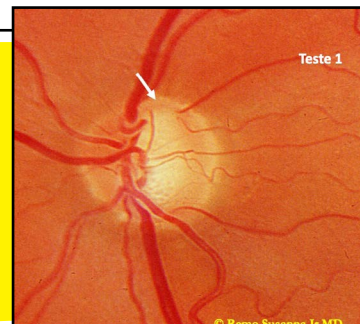


TESTE 11



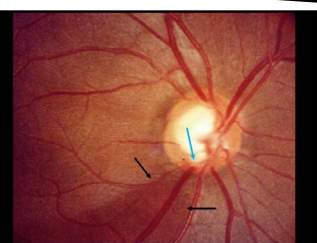
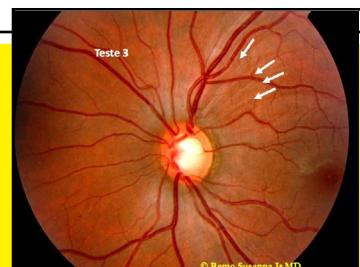
RESPOSTAS - OS SINAIS MAIS IMPORTANTES ESTÃO DESTACADOS EM LETRAS CAPITAIS E EM NEGRITO.

RESPOSTA 1 Avaliando-se a RIMA NEURAL, devemos observar se a lei de ISNT está sendo preservada, ou seja, na maioria dos olhos saudáveis, a rima neural inferior geralmente é mais espessa que a superior, que é mais espessa que a nasal, que é mais espessa do que a temporal. Essa regra não é obedecida em 30% dos pacientes sem a doença (falso positivos). Também, uma escavação maior do que 0,6 acontece em apenas 4% da população normal, enquanto que uma escavação vertical maior que a horizontal ocorre em apenas 2% da população normal. A seta branca mostra o **SINAL DE NOTCH**, que se caracteriza pela perda localizada da rima neural, um sinal característico de glaucoma.



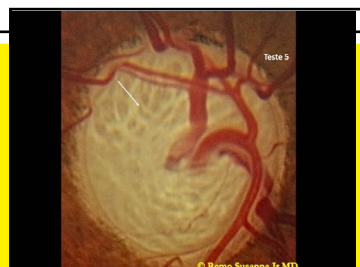
RESPOSTA 2 A seta branca mostra o **SINAL DE NOTCH**, que se caracteriza pela perda localizada da rima neural. Avaliando-se a região peripapilar, a seta preta mostra a **Zona Beta**, que é uma área de atrofia do EPR (epitélio pigmentar da retina) e coriocapilar, deixando visíveis os grandes vasos da coróide e a esclera. Esse sinal tem uma sensibilidade de 20% e especificidade de 80%. A zona beta tem maior associação com o glaucoma quando localizada em outras regiões além da área temporal e correlaciona-se com a maior progressão da doença.

RESPOSTA 3 Avaliando-se a camada de fibras nervosas da retina (CFNR), podemos observar **SINAIS DE HOYT** assinalados pelas setas brancas, caracterizados pela perda localizada da CFNR. Esse sinal pode ser melhor visto na imagem red-free.

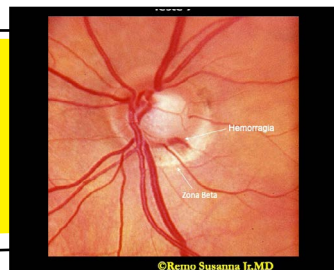
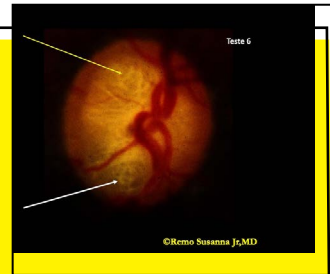


RESPOSTA 4 Entre as setas pretas observa-se o **SINAL DE HOYT**, que caracteriza-se pela perda localizada da CFNR. A seta azul mostra o **SINAL DE NOTCH** e presença de hemorragia no disco.

RESPOSTA 5 Observando-se a lâmina cribriforme, é possível identificar na seta branca o sinal do alongamento dos poros ("Estrias de Susanna"). Outro sinal que não está representado nessa imagem, mas na seguinte, é a fosseta adquirida de nervo óptico.

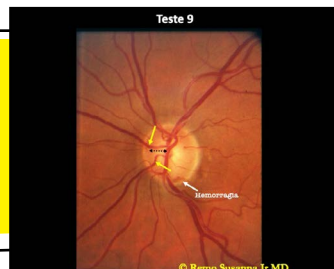


RESPOSTA 6 A seta amarela superior mostra estriações da lâmina cribriforme (alongação dos poros). A seta branca inferior mostra **FOSSETA ADQUIRIDA DA LÂMINA CRIBRIFORME**. Esse sinal é caracterizado pela ectasia posterior localizada na lâmina cribriforme, com perda focal de tecido neural. É mais comum na região temporal inferior do nervo óptico e está associado a maior risco de progressão do glaucoma. Também pode estar associado a defeitos arqueados densos no campo visual e é mais comum em glaucoma de pressão normal (GPN).



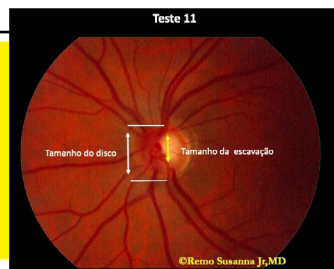
RESPOSTA 7 Avaliando-se a presença de **HEMORRAGIA**, a seta preta mostra hemorragia de disco óptico, que está associada a maior risco de progressão do glaucoma (80%), mais relacionada ao glaucoma de pressão normal (GPN), mais comumente localizado em região temporal inferior, tem associação com **NOTCH**, com **HOYT** e também com zona beta de atrofia peripapilar como neste caso.

RESPOSTA 8 A seta branca mostra o **SINAL DE NOTCH**, que se caracteriza pela perda localizada da rima neural. A seta preta mostra uma **HEMORRAGIA DO NERVO ÓPTICO**. A seta amarela identifica a presença de zona beta que se estende até os polos do disco.



RESPOSTA 9 **ESCAVAÇÃO NASAL DE PÁPILA** observada pela deflexão dos vasos na região nasal do disco indicada pelas setas amarelas e a sua extensão mostrada pela seta dupla pontilhada em preto. Também se observa neste disco **hemorragia do disco óptico**, destacada pela seta branca inferiormente.

RESPOSTA 10 **ASSIMETRIA DA ESCAVAÇÃO MAIOR OU IGUAL A 0,2 EM DISCOS DO MESMO TAMANHO** sugere lesão glaucomatosa no disco com maior escavação.



RESPOSTA 11 Em discos pequenos, **A DESPROPORÇÃO ENTRE O TAMANHO DO DISCO** com o tamanho da escavação. A seta dupla branca assinala o tamanho do disco e a seta amarela dupla o da escavação. Em um disco óptico pequeno, não deveria haver escavação ampla, pois o disco, por ser pequeno, estaria preenchido de fibras nervosas. Esta escavação ampla em disco pequeno sugere perda de fibras nervosas.

Participe do



GLAUCOMA SUMMIT 2024

14 e 15 de junho | Curitiba - PR

e esteja à frente na

INOVAÇÃO OFTALMOLÓGICA.

Garanta sua vaga!

Visite: glaucomasummit.com.br



OU ESCANEIE O QR CODE

REALIZAÇÃO:



ASSOCIAÇÃO
PARANAENSE
DE OFTALMOLOGIA



SOCIEDADE
BRASILEIRA DE
GLAUCOMA

15º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE GLAUCOMA DA UNICAMP

SIMPÓSIO
DA SOCIEDADE
PAN-AMERICANA
DE GLAUCOMA



**26 E 27
ABRIL
2024**

**CENTRO DE
CONVENÇÕES
REBOUÇAS
SÃO PAULO**

Realização:



Apoio:

Alcon

Faça Parte e Ajude a Moldar o Futuro da Glaucomatologia.

Técnicas de Diagnóstico e Tratamento

Avanços terapêuticos medicamentosos
e cirúrgicos

Networking com Especialistas

Troca de experiências e
construção de relacionamentos

Cursos Paralelos de OCT e Perimetria Computadorizada

Programação completa e inscrições online:

simposioglaucomaunicamp.com.br

iStent
infinite® ...

THE POWER OF 3



3 BEST-IN-CLASS STENTS

infinitas possibilidades

Amplie os horizontes com iStent infinite®, um novo e elegante sistema injetor desenvolvido com engenharia de precisão que permite implantar 3 stents trabeculares de flange larga anatomicamente desenhados para reestabelecer o fluxo fisiológico de saída, criando arcos de fluxo com cobertura de até 240°

ISTENT INFINITE - Informações Resumidas do Produto

INDICAÇÃO PARA USO: O iStent infinite® destina-se a reduzir a pressão intraocular de forma segura e eficaz em pacientes adultos diagnosticados com glaucoma primário de ângulo aberto, glaucoma pseudo-esfoliativo ou glaucoma pigmentar. O dispositivo é seguro e eficaz quando implantado em combinação com ou sem cirurgia de catarata naqueles indivíduos que requerem redução da pressão intraocular e/ou se beneficiariam da redução da medicação para glaucoma. O dispositivo também pode ser implantado em pacientes que continuam a apresentar pressão intraocular elevada apesar do tratamento prévio com medicamentos para glaucoma e/ou cirurgia convencional de glaucoma. **CONTRAINDICAÇÕES:** O Sistema iStent Infinite® está contraindicado para as seguintes circunstâncias ou condições: olhos com glaucoma primário de ângulo fechado, incluindo glaucoma neovascular, pois não se espera que o dispositivo funcione nas situações referidas. Pacientes com tumor retrobulbar, orbitopatia tireoideia, Síndrome de Sturge-Weber ou qualquer outro tipo de condição suscetível de provocar elevada pressão venosa episcleral. **POTENCIAIS COMPLICAÇÕES:** Os eventos adversos intraoperatórios ou pós-operatórios podem estar relacionados ao dispositivo ou não. **POTENCIAIS EVENTOS DURANTE A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA:** Hemorragia ou efusão coroidal, afecção da lente do cristalino pelo Injector, ruptura do saco capsular posterior, nos casos de associação à cirurgia de catarata, colapso prolongado da câmara anterior, lesão relevante da córnea, lesão relevante da malha trabecular, hifema significativo, lesão relevante da íris, perda de humor vítreo ou vitrectomia, em casos de associação com cirurgia de catarata, posicionamento incorreto do stent ou stent solto dentro do olho, exigindo a recuperação do dispositivo. **POTENCIAIS EVENTOS DURANTE O PÓS-OPERATÓRIO:** Complicações ao nível coroidal (hemorragia intensa ou efusão), hipotonia crônica, edema macular cistóide clinicamente relevante, endoftalmite, câmara anterior achatada, perda significativa da acuidade visual com o valor máximo possível após correção (best corrected visual acuity, BCVA), inflamação intraocular (anteriormente inexistente), deslocamento da LIO (em olhos pseudofácicos), aumento de PIO requerendo intervenção com recurso a medicamentos de administração oral ou intravenosa ou intervenção cirúrgica, bloqueio pupilar, complicações ao nível da retina (dialise, lágrima, descolamento, ou vitreoretinopatia proliferativa), intervenção cirúrgica secundária incluindo, mas não limitada a: trabeculectomia, reposicionamento ou remoção da LIO, reposicionamento ou remoção de stent, complicações ao nível da córnea com relevância incluindo edema, opacificação e descompensação, lesão relevante da malha trabecular, hifema significativo, lesão relevante da íris, deslocamento ou posicionamento incorreto do stent, obstrução do stent. Consulte as Instruções de Uso para informações completas sobre as potenciais complicações.

PRODUTO ESTÉRIL DE USO ÚNICO - PROIBIDO REPROCESSAR - REGISTRO ANVISA 81456170003

Importado/Comercializado por Glaukos Produtos Médicos Ltda | CNPJ 24.925.965-0001-53 | SAC (11) 3021-6090

e-mail: glaukosbrasil@glaukos.com

Glaukos®, iStent® e iStent infinite® são marcas comerciais registradas da Glaukos Corporation. Todos os direitos reservados. ©2024

PM-BR-0168

GLAUKOS®