

MSN

Clínica Oftalmológica

Dr. Miguel Sousa Neves

Edifício Portas do Parque I
Avenida 25 de Abril, 62/70
4490-004 Póvoa de Varzim
Tel 252 688 937/8
Fax 252 688 939
www.drmsn.com



EDITORIAL

Mais de 15 anos depois de me instalar de forma independente da ClíPóvoa onde fundei o serviço de Oftalmologia e por lá permaneci 10 anos, consegui estabelecer um serviço de excelência com a criação da Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves.

Vim de Inglaterra em 1990 para criar um departamento de oftalmologia no que era então o maior hospital privado do país. Em 10 anos tínhamos o serviço com o maior volume de pacientes e cirurgias de todo o hospital. Mas sentia-me um pouco manietado no meu objetivo de melhoria contínua pois nem sempre podia colocar em prática aquilo que sentia ser o melhor.

E assim decidi criar uma clínica à imagem dos meus sonhos: lutar sempre para sermos os melhores a nível de diagnóstico e tratamento

das doenças oculares, assim como prestar um serviço de apoio à comunidade, especialmente às mais desprotegidas e desqualificadas.

É com um sentimento misto de orgulho e dever cumprido que construímos uma clínica de sucesso conhecida em todo o país.

Neste momento já somos 8 médicos oftalmologistas, vemos cerca de 250 pacientes por semana e fazemos mais de 1000 cirurgias por ano, neste caso, em parceria com o Hospital Valentim Ribeiro de Esposende e Hospital de Santa Maria no Porto.

Olhando para trás penso que temos conseguido alcançar os nossos objetivos:

– temos os melhores colaboradores, os melhores equipamentos investindo milhares de euros anualmente em novas soluções de diagnóstico e tratamento;

– somos uma equipa que a todo o momento coloca o paciente no centro das nossas preocupações;

– orgulhamo-nos de todos os anos disponibilizar direta ou indiretamente 7 a 10% do que ganhamos em prol da comunidade mais carenciada.

Fazêmo-lo conscientes de que o nosso papel não se esgota unicamente naqueles que nos procuram e a quem tentamos servir da melhor maneira possível mas também a outros que precisam de nós.

Com o vosso apoio e compreensão iremos fazer de 2017 um ano ainda melhor que 2016.

Um abraço amigo,
Dr. Miguel Sousa Neves

A Clínica Oftalmológica Dr. Miguel Sousa Neves dispõe das seguintes convenções para consulta: ADSE, GNR, PSP, MÉDIS e MULTICARE. Esta Clínica trabalha em cooperação com o Hospital Valentim Ribeiro, da Santa Casa da Misericórdia de Esposende e há possibilidade de comparticipação para a cirurgia das seguintes entidades: Multicare, Médis, ADSE, ADM, SAMS, SNS, CGD, GNR, PSP.

Dra. Carla Teixeira



A retina é uma camada muito fina de tecido nervoso que forra o interior do olho.

O **descolamento da retina** consiste na separação da retina da restante parede do globo ocular e, geralmente, ocorre devido ao aparecimento de uma rasgadura na retina que permite a passagem de vítreo liquefeito para trás da retina, levantando-a.

A sintomatologia pode iniciar-se por fotsias (**luzes a piscar**) e **moscas volantes** com várias formas (**teia de aranha, pontos escuros, etc.**), que são sintomas de descolamento posterior do vítreo. Se surge um descolamento de retina, o paciente observa uma mancha escura na visão, que é fixa e vai aumentando até que, quando o descolamento atinge a mácula (que corresponde à área central da retina), o doente deixa de ver.

Geralmente o descolamento do vítreo é um processo benigno e, na maioria dos casos, não induz o aparecimento de rasgaduras na retina. Mas nos casos em que se forma a

rasgadura, porque o vítreo puxou tanto a retina que ela rompeu, o risco de se desenvolver um descolamento de retina é muito grande. Por isso, recomenda-se que, quando os pacientes têm estes sintomas visuais, sejam observados por um oftalmologista para diagnosticar a rasgadura precocemente e fazer laser para “soldar” a retina, evitando o aparecimento do descolamento.

Para além do descolamento posterior do vítreo, existem outros factores que podem estar associados ao descolamento de retina, nomeadamente: os traumatismos oculares, como um traumatismo fechado com um murro ou um objeto arremessado (ex.: futebol, outros desportos com bola, no trabalho, paintball, etc.), cirurgias oculares prévias e doenças oculares (como a miopia e a retinopatia diabética com proliferação de vasos anormais que pode levar ao aparecimento de descolamento da retina tracional).

Se um olho sofrer um descolamento da retina, o outro olho do mesmo paciente também deve ser observado, porque tem um risco aumentado de desenvolver a doença.

O tratamento do descolamento da retina é cirúrgico e deve ser realizado rapidamente, principalmente, se a mácula ainda não estiver descolada. Quando a mácula já está descolada a recuperação visual pode estar comprometida mesmo que a cirurgia consiga voltar a colocar a retina no seu lugar, pois as células da retina degeneram rapidamente. Se o paciente não for operado, a perda de visão torna-se permanente e irreversível.

A avaliação precoce por um oftalmologista, é muito importante para um diagnóstico e tratamento mais rápidos, com melhor recuperação visual.

Dr. Miguel Sousa Neves



A maior parte das cirurgias que fazemos são de **catarata**. Estudamos todos os dias para manter uma combinação ótima entre uma operação segura e um resultado de sucesso. Para que seja

Dra. Ágata Mota



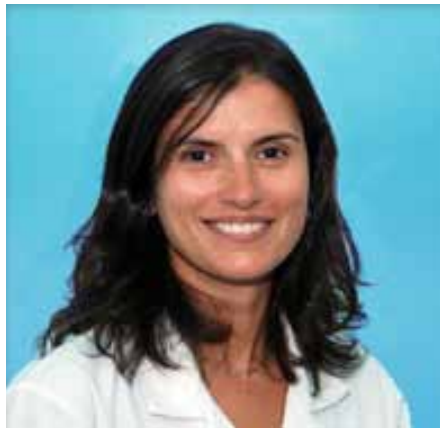
A **ambliopia** consiste na diminuição da acuidade visual de um ou de ambos os olhos, em relação

ao valor considerado normal de acordo com a idade. Vulgarmente é conhecida como o “**olho preguiçoso**”. Resulta de um erro na captação da imagem ao nível da estrutura ocular durante o período crítico do desenvolvimento do fenómeno de aprendizagem visual, que ocorre desde o nascimento até à infância. Para “aprender a ver” é necessário que a imagem que chega à via visual (desde o olho até ao córtex cerebral) seja nítida. Essa nitidez pode ser afetada pela existência de **erros refrativos** (miopia, astigmatismo, hipermetropia), estrabismo, opacidades da córnea e cristalino (catarata), entre outras. É fundamental a deteção e tratamento precoce da ambliopia, de modo a conseguir atuar numa fase na qual a estrutura cerebral se consegue modificar e moldar. Na maioria das situações é necessário

recorrer ao tratamento refrativo (óculos ou lentes de contacto) e de penalização do olho com boa acuidade visual (com um penso oclusivo ou gotas que desfocam a visão). O tratamento quando realizado precocemente tem elevada taxa de sucesso.

Através de uma simples fotografia (foto-refracção, Plus-Optix) que demora apenas alguns segundos a obter, é possível perceber se uma criança com alguns meses de vida apresenta alguma probabilidade de ser ambliope. Como as crianças em idade precoce não têm a capacidade de verbalizar as queixas, nem de perceber se existe baixa acuidade visual de um dos olhos, deve ser o oftalmologista a fazer esta deteção. Como tal, alertar os pais para esta necessidade é um dos grandes objetivos dos Oftalmologistas Pediátricos.

Dra. Dália Meira



O glaucoma é um grupo de doenças que, silenciosamente, danificam o nervo ótico. É a segunda causa de cegueira no mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde. O glaucoma pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais comum na idade adulta avançada, em pessoas com história familiar de glaucoma e em indivíduos de raça negra. Existem vários tipos de glaucoma: primário de ângulo aberto, ângulo fechado, normotensional, congénito, secundário a traumatismo, entre outros. Em Portugal, o glaucoma primário de ângulo aberto é a forma mais comum, sendo motivado por uma **elevada pressão intra ocular**. Apesar de existirem muitos tipos de glaucoma, a lesão causada pelo glaucoma no nervo ótico tem um aspeto característico, o que permite ao médico oftalmologista fazer o diagnóstico de glaucoma numa consulta de rotina.

A maioria das formas de glaucoma **não apresenta sintomas de aviso e é indolor**. A deterioração da visão é tão gradual e, inicialmente, periférica, que as pessoas não notam até uma fase muito avançada da doença. Assim, o glaucoma só é detetado através de um exame oftalmológico cuidadoso, onde é obrigatório medir a pressão intra ocular e observar o nervo ótico. No glaucoma, as fibras nervosas das células ganglionares da retina são danificadas e desaparecem, deixando uma escavação maior do nervo ótico. Pode ser necessário realizar alguns exames auxiliares de diagnóstico para confirmar a doença, nomeadamente **OCT e campo visual**.

O glaucoma não tem cura, sendo a perda visual resultante do glaucoma não recuperável, pelo que é muito importante fazer consultas de rotina, que incluam a medição da pressão intra ocular e a visualização do nervo ótico. A academia americana de oftalmologia recomenda que o rastreio de glaucoma se realize a cada 4 anos após os 40 anos, reduzindo-se o intervalo para dois anos após os 65 anos, mesmo em doentes sem fatores de risco conhecidos. Se o glaucoma for diagnosticado precocemente, a perda visual pode ser lentificada ou prevenida. O principal objetivo do tratamento do glaucoma é baixar a pressão intra ocular, podendo ser feito através de colírios (a maioria dos casos), tratamentos laser e/ou cirurgias. **Quando se tem glaucoma é necessário fazer um acompanhamento oftalmológico regular e tratamento durante toda a vida.**

uma cirurgia segura utilizamos o equipamento mais atualizado e toda a experiência do médico cirurgião. Na procura do sucesso, isto é, para que o paciente fique satisfeito com o resultado há exames muito importantes que se fazem antes da cirurgia que se devem aliar a uma técnica cirúrgica perfeita para minimizar complicações.

Em 90% dos casos a cirurgia demora menos de 10 minutos, utilizamos apenas anestesia com gotas e 95% dos pacientes ficam muito satisfeitos com o resultado. No caso, por exemplo, de cirurgias LASER (**lasik** ou **PRK**) ou colocação de lentes intra oculares (**lentes fáquicas**), utilizamos também vários aparelhos que medem parâmetros no olho antes da cirurgia para assim podermos garantir, tanto quanto possível, segurança e bons resultados.

Estes dois aspetos são essenciais na nossa prática clínica e nunca abdicamos deles porque o paciente está sempre no centro de tudo.

Tratamos, também, com tecnologia de vanguarda casos de **Queratocone/Ceratocone** com um sistema CROSS-LINKING que fortalece os tecidos fragilizados e, em casos mais complexos, a nossa parceria com o Instituto Oftalmológico Fernandez-Vega em Oviedo permite obter cuidados ao mais alto nível.

Lembro que mesmo nos casos de glaucoma em que é necessário tratar com cirurgia, já utilizamos uma válvula sintética **Express Shunt**, para além de técnicas muito conhecidas como a trabeculectomia.

Por último e para uma grande parte de pacientes com queixas crónicas de ardência, picadelas, irritação, comichão, olhos vermelhos associados a uma **deficiência da lágrima natural protetora do olho**, a clínica adquiriu tecnologia sofisticada e de última geração para se fazer o diagnóstico correto e planificar um tratamento adequado.

Dra. Lara Queirós



Há diversos tipos de tumores que podem aparecer em várias partes do olho -

externamente, como por exemplo nas pálpebras ou na conjuntiva; ou dentro do olho, como por exemplo, na coróide, retina ou nervo ótico.

Em adultos, o tumor maligno primário oftalmológico mais frequente é o **melanoma uveal**. O melanoma é conhecido por ser o tumor maligno mais agressivo a atingir a pele. Menos conhecido é o facto de o olho ser o segundo local onde este tumor é mais frequente. A causa do melanoma ainda é motivo de estudo, mas sabe-se que é mais frequente em pessoas com pele e olhos claros. Muitas vezes, os tumores dão queixas tardiamente, quando já são suficientemente grandes para atingir o eixo visual. A camada atingida mais habitualmente é a coróide

- um tecido rico em vasos sanguíneos que se encontra internamente, junto à retina. Assim, apenas pode ser diagnosticado com a avaliação do fundo ocular na consulta. Pode ser uma lesão pigmentada (escura) ou não pigmentada (clara) e pode surgir a partir de lesões não malignas - nevus (vulgo, sinais).

O nevus da coróide é uma lesão relativamente frequente, atingindo cerca de 7% da população. A taxa de malignização dos nevus típicos é muito baixa (inferior a 1% durante toda a vida). Assim, o diagnóstico de nevus da coróide, não deverá ser um motivo de alarme. No entanto, deverá ser vigiado em consulta de oftalmologia.

Dr. João Tavares Ferreira



O desporto, na sua vertente profissional ou amadora, é uma importante área de lazer que, aliado aos benefícios globais em saúde, se traduz numa enorme satisfação para os seus

inúmeros participantes.

Para o desempenho desportivo de excelência muito contribui a Oftalmologia.

A ambição é assegurar **a melhor performance visual na atividade física**. Para isso é necessário dar resposta a inúmeros cenários, desde a criança que usa óculos e joga futebol com os amigos, àqueles que praticam desportos na água e necessitam de correção para ver melhor, aos desportos de exterior e o valor de proteger adequadamente os olhos da radiação solar e condições ambientais adversas, até quaisquer necessidades oftalmológicas que possam condicionar a prática normal de actividades físicas. **Tudo se otimiza através do aconselhamento e prescrição de ajudas corretas**, que são muito diferentes das convencionais em parâmetros como o design e resistência, e que não interferem no prazer e na execução da modalidade.

Outro pilar de atuação é a **prevenção de lesões oculares**, especialmente nas crianças e jovens, particularmente susceptíveis pela maturidade atlética ainda em desenvolvimento. Prescrever proteção ocular recomendada para os diversos desportos, e envolver os pais, atletas, professores e treinadores para a proporção do problema, são tarefas usuais.

Finalmente, coloca-se o desafio de tratar desportistas que sofreram **traumatismos oculares**. Estes são extraordinariamente diversos e podem atingir todas as estruturas oculares. É sempre mandatária uma cuidada observação oftalmológica, já que a gravidade das lesões não tem relação direta com o aspeto que o olho apresenta exteriormente.

Por isto, considero a Oftalmologia Desportiva uma estimulante vertente, de importância inegável.

Dra. Carla Ferreira



A **blefarite** é uma inflamação do bordo das pálpebras, frequentemente menosprezada, porém causadora de desconforto ocular crónico, com dor, sensação de picada ou "areias nos olhos", ardor e "comichão". É uma patologia extremamente frequente, que pode surgir em qualquer idade, sendo crónica e com agravamentos cíclicos. O seu tratamento regular impede a instalação e melhora

a maior parte das suas complicações, como o **olho seco** ou os **chalázios**.

O olho seco é uma patologia cada vez mais frequente, presente em cerca de 20% da população. Apresenta diversas causas, como a blefarite, o envelhecimento, algumas medicações, ar condicionado, uso de tecnologias por períodos prolongados, lentes de contacto, etc. Para além do desconforto gerado, esta patologia pode levar a uma menor qualidade da visão, já que a lágrima tem um importante papel na nutrição e regularização da superfície do olho.

A desregulação entre a quantidade de lágrima produzida e a necessária pode levar a situações de lacrimejo permanente. O envelhecimento normal, associado à inflamação produzida por estas patologias podem, também, conduzir a uma situação de obstrução da drenagem da lágrima para o saco lacrimal. Existem vários tratamentos, entre os quais pequenas intervenções que resultam no alívio sintomático, assim como prevenção de situações de conjuntivites de repetição e infeções graves do saco lacrimal.

Os chalázios, vulgarmente conhecidos como **terçolhos**, correspondem a pequenas massas arredondadas, em que a pálpebra tende a ficar inchada. Correspondem a inflamações das glândulas presentes nas pálpebras, apresentando também compromisso estético, que pode ser grave. É importante a identificação da causa, para prevenção de recorrências, assim como o seu tratamento atempado, cirúrgico ou não.

As pálpebras são responsáveis pela proteção do olho, funcionando como barreira mecânica e sendo responsáveis pela secreção das lágrimas. Com a idade, a sua posição normal pode alterar-se, ficando mais "**descaidas**", com "**excesso de pele**" ou bolsas de gordura, afastando-se da superfície do olho, ou ainda "**viradas para dentro**", expondo a superfície do olho à agressão pelas pestanas.

Estas alterações, para além do prejuízo estético, interferem com a função das pálpebras, podendo prejudicar a visão, causar desconforto, aumentar o risco de infeções, entre outros, pelo que o seu tratamento está indicado.

1º PÓLO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE OLHO SECO NA CLÍNICA DR. MIGUEL SOUSA NEVES

A nossa clínica acaba de abrir um pólo dedicado ao diagnóstico e tratamento do olho seco, patologia que afeta perto de 1 milhão de portugueses.

Quando há uma deficiente produção de lágrima ou a lágrima que é produzida não tem a composição adequada, pode originar desconforto ocular e resultar em danos graves da superfície ocular externa. Os sintomas vão desde ardor, irritação, lacrimejo, fotofobia, prurido até sensação de corpo estranho.

Neste sentido, a clínica acaba de adquirir 2 aparelhos que medem a

produção e qualidade da lágrima para depois o médico oftalmologista decidir qual o tratamento mais adequado.

A clínica dispõe agora, também, de um tratamento com luz pulsada (E-EYE). Este tratamento foi especificamente projetado para o tratamento do olho seco devido à disfunção da glândula de Meibomian.

O dispositivo funciona produzindo uma série especificamente calibrada de luz pulsada intensa. Estes pulsos de luz são precisamente definidos numa energia específica e numa frequência que estimula as glândulas e as ajuda a recuperar a função.