

As doenças da retina e os avanços na luta contra a cegueira

Cerca de 65% das pessoas com baixa visão e 82% das pessoas cegas têm mais de 50 anos de idade. As causas mais frequentes de perda grave de visão e de cegueira, na vida adulta, estão relacionadas com doenças da retina e são a DMI (Degenerescência Macular da Idade) em idosos, a Retinopatia Diabética (DR), a Miopia Patológica na população trabalhadora e as oclusões venosas.



Com base em dados da Organização Mundial da Saúde, cerca de 285 milhões de pessoas em todo o mundo sofriam de baixa visão (inferior a 3/10, isto é, sem visão de leitura com a correção normal) em 2010, dos quais 39 milhões estavam cegos. No entanto, em cerca de 80% dos casos a baixa visão e a cegueira poderiam ter sido evitadas se tivesse havido um diagnóstico precoce e um tratamento atempado e adequado. A cegueira e a baixa visão constituem um grave problema socioeconómico também a nível europeu, onde os cuidados com a saúde ocular e a reabilitação visual estão seriamente subfinanciados.

Considerando o elevado número de pessoas com deficiência visual ou cegueira e o facto de em 80% dos casos ela poder ser evitada, é extremamente importante que nos debruçemos detalhadamente sobre estas doenças e possíveis medidas para reduzir a sua dimensão patológica. Em conversa com o Prof. Doutor Rufino Silva, procurámos desenvolver esta temática e fornecer

um conhecimento mais profundo destas doenças aos doentes e à população em geral. “A adoção de medidas profiláticas adequadas e a instituição de tratamentos atempados e mantidos podem significar a diferença entre cegueira e visão de condução, ou entre manter o emprego e uma vida social plena ou ficar gravemente doente e dependente”, avança o nosso interlocutor.

A inovação terapêutica permitiu, a partir de 2005, que novos medicamentos fossem introduzidos na prática clínica, contribuindo de maneira muito significativa para a redução da taxa de doentes com baixa visão e cegueira. Assegurar a toda a população em risco a adoção de medidas profiláticas, garantir um diagnóstico precoce e efetuar um tratamento adequado e atempado são aspetos fulcrais para o sucesso na luta contra a baixa visão e a cegueira na população portuguesa. Em cada uma destas doenças, várias medidas, algumas mais simples, outras mais complexas, são fundamentais para atingir estes objetivos.

DMI - Degenerescência Macular da Idade

A Degenerescência Macular da Idade (DMI) é uma doença que afeta a mácula – um tecido fino e sensível à luz que se encontra na parte central da retina e que nos dá a visão de pormenor para podermos, por exemplo, ler, ver televisão, identificar um rosto ou conduzir – e surge, habitualmente, a partir dos 50 anos, constituindo a primeira causa de cegueira nesta faixa etária.

Esta doença tem duas formas de apresentação: uma forma precoce – a Maculopatia Precoce Relacionada com a Idade ou DMI precoce – e uma forma tardia, mais grave – a Maculopatia Tardia Relacionada com a Idade, também conhecida como DMI tardia ou avançada. Na fase mais grave e avançada da doença, a pessoa afetada pode perder por completo a visão central, restando apenas uma perspetiva periférica e desfocada do mundo. Quando os dois olhos são afetados, e isto pode suceder em cerca de 50% dos casos, o doente pode ficar impedido de realizar tarefas quotidianas tão simples como ler, escrever, conduzir, distinguir os rostos das outras pessoas, ver as horas ou os números de telefone.

A DMI é a primeira causa de cegueira no mundo ocidental após os 50 anos. O seu impacto na vida das pessoas e os custos socioeconómicos são muito elevados. Em Portugal, existem cerca de 400 mil pessoas com a forma precoce da doença e cerca de 37 mil com formas avançadas.

A idade (quanto mais idoso maior a probabilidade de ter a doença e maior a probabilidade de ter uma forma mais grave da doença), o fumo do tabaco e a existência de casos de DMI na família são os três fatores mais importantes no aparecimento da doença. A exposição aos raios UV, o consumo exagerado de alimentos ricos em gorduras saturadas e colesterol, ou o desprezo por uma alimentação rica em frutas e legumes poderão ter também algum papel no seu aparecimento.

Nas suas formas iniciais (Maculopatia Precoce Relacionada com a Idade ou DMI

precoce), esta patologia não manifesta, em regra, sintomas, sendo as alterações na visão, na maioria das vezes, quase impercetíveis para o doente. Existem, no entanto, alterações na retina que são características da doença, bem definidas e que implicam um risco de progressão para formas mais graves. Nesta fase, a intervenção terapêutica preventiva poderá estar indicada, nomeadamente através de suplementos vitamínicos e de antioxidantes em altas doses.

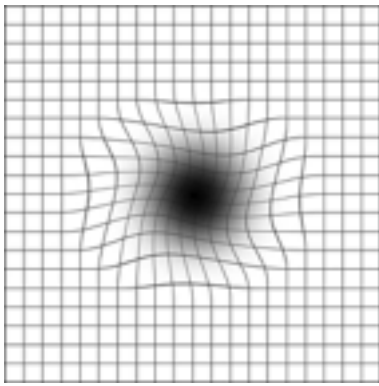
DMI Exsudativa

A DMI pode manifestar-se de duas formas na sua fase mais avançada ou tardia: a forma húmida conhecida como DMI Exsudativa e a forma atrófica conhecida como Atrofia Geográfica.

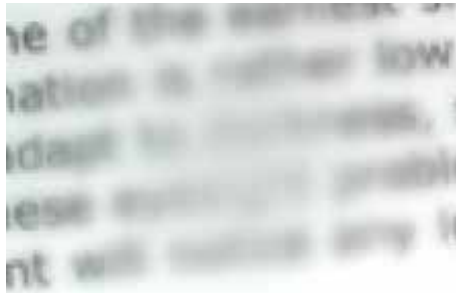
Apenas a forma Exsudativa tem tratamento e é extremamente importante que este se inicie o mais rapidamente possível e seja feito corretamente, de forma a obter os resultados desejados. Cerca de 80 a 90% dos casos de cegueira devidos à DMI são provocados por esta forma da doença.

Informe-se da importância de se reunirem três condições para obter o sucesso do seu tratamento – sucesso significa, neste caso, preservar uma visão de condução. Passemos a explicar.

Em primeiro lugar é fundamental fazer o diagnóstico correto antes de haver perda grave de visão. O primeiro sinal desta doença é, em regra, a distorção. Uma pessoa com mais de 50 anos que comece a ver distorcido com um olho ou com os dois (por exemplo, as faces das pessoas, os umbrais das portas ou os telhados parecem distorcidos) deve consultar imediatamente um oftalmologista. As pessoas em risco podem ter em casa uma grelha quadriculada para fazerem o teste, uma ou duas vezes por semana. Se notarem distorção das linhas ou uma sombra que impede a visualização destas, devem procurar um oftalmologista. A DMI Exsudativa não é a única doença a causar distorção das imagens, mas a distorção é sempre sinal de doença. “O seu médico of-



Visão da grelha quadriculada quando existe a doença



Visão das letras quando existe a doença



Visão dos rostos quando existe a doença

talmologista fará o diagnóstico correto”, alerta o Prof. Doutor Rufino Silva. A distorção das imagens surge em regra associada a perda de visão, sendo que, por vezes, em menos de um mês a pessoa afetada perde a visão de leitura ou a capacidade de reconhecer um rosto.

Em segundo lugar “é extremamente importante que o tratamento da DMI Exsudativa seja iniciado o mais precocemente possível”. Ao fim de 15 dias de doença os resultados dos tratamentos poderão já ser muito inferiores. Os melhores tratamentos que existem permitem conservar a visão com que se inicia o tratamento em cerca de 70% dos casos e melhorá-la em mais de 25%. Iniciar o tratamento com uma visão muito reduzida não é pois o mesmo que iniciá-lo com uma visão que ainda permita ler ou conduzir. O acesso a um diagnóstico e a um tratamento atempado, antes que exista perda grave de visão, são mandatórios e fazem toda a diferença, após o tratamento, entre

ficar ou não com visão que permita distinguir os rostos, ler, ver as horas ou conduzir.

Por fim, é de suma importância realizar o tratamento de forma adequada, por forma a evitar mais perda de visão e, se possível, recuperar visão perdida. O tratamento da DMI Exsudativa requer um conhecimento aprofundado da doença, das suas manifestações e da forma como intervir em cada circunstância. É um tratamento que se prolonga, em regra, por vários anos e os dois olhos podem estar afetados em cerca de 50% dos casos.

Os tratamentos que atualmente existem para a forma Exsudativa da DMI, quando efetuados de forma adequada, são eficazes. São essencialmente baseados na utilização de injeções intravítreas de anti-VEGF e podem incluir em casos muito específicos a terapia fotodinâmica (para os casos com vasculopatia polipóide). A cirurgia tem atualmente um papel muitíssimo reduzido no tratamento da DMI (casos de hemorragia maciça).

O tratamento com anti-VEGF deve ser efetuado atempadamente, antes de haver perda significativa de visão. Inicia-se, em regra, com uma dose de carga de três injeções mensais. Posteriormente, o doente é seguido regularmente, podendo efetuar tratamentos mais ou menos espaçados, de acordo com a atividade da doença e de forma a evitar perda adicional de visão. O processo terapêutico pode manter-se ao longo de vários anos.

Retinopatia Diabética

Sabemos que a Retinopatia Diabética (RD) é a primeira causa de cegueira em idade produtiva. Falamos de cidadãos ativos, entre os 20 e os 65 anos, com diabetes, que em regra esteve e/ou está mal controlada, e que deixam de ser ativos devido à doença. Em mais de 95% dos casos esta situação podia ter sido evitada. Bastaria que todo o processo, desde o diagnóstico precoce, o bom controlo metabólico, e o tratamento tivessem sido realizados.

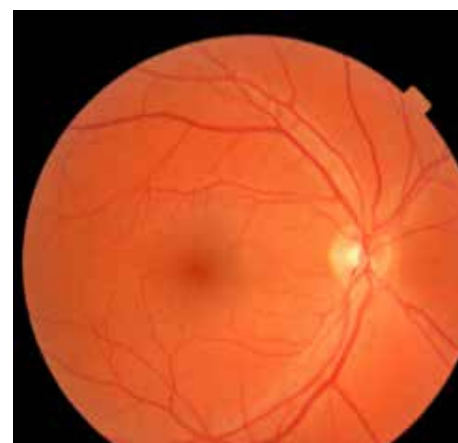
A RD não surge logo no início da diabetes, mas, regra geral, após cinco ou mais anos. Muitos doentes com diabetes (tipo 2) não sabem que são diabéticos até o diagnóstico ser feito e, em alguns casos (cerca de 5%), o diagnóstico é feito pelo oftalmologista que deteta as lesões na retina. Um diagnóstico mais precoce teria evitado estas lesões na retina e a perda de visão associa-

da. Com os meios que temos atualmente é possível evitar a baixa visão (perda da visão de leitura) e a cegueira em 95% dos casos.

Revelamos agora os passos fundamentais para evitar a perda de visão e a cegueira devidas à RD.

Em primeiro lugar está a prevenção que passa por um acompanhamento multidisciplinar do doente diabético, envolvendo a Medicina Geral e Familiar, a Endocrinologia, entre outras especialidades. Inclui o controlo da glicémia, da tensão arterial, do colesterol e do excesso de peso, assim como a realização de exercício físico regular. A isquémia ocular é uma das patologias associadas à RD e caracteriza-se pela obstrução dos vasos sanguíneos e para a qual não existe tratamento. “O melhor tratamento para impedir o aparecimento ou a evolução da isquémia é o exercício físico, por exemplo, caminhar, no mínimo, meia hora por dia. O bom controlo metabólico e o exercício físico devem ser mantidos toda a vida”, reforça o Prof. Doutor Rufino Silva.

Em segundo lugar está o diagnóstico, que só pode ser feito pelo médico oftalmologista, através do rastreio da RD ou de uma consulta de Oftalmologia. “É um erro enorme um doente esperar por ter alguma perda de visão para recorrer ao oftalmologista. Pode ter uma visão praticamente normal e ser portador de uma RD muito grave com alto risco de perda de visão ou cegueira. Todos os diabéticos tipo 1 (em regra tem o diagnóstico efetuado antes dos 30 anos de idade) devem ser encaminhados para uma consulta de Oftalmologia ao fim de cinco anos de doença, ao passo que todos os diabéticos tipo 2 devem ser orientados uma consulta de Oftalmologia (ou para o rastreio) logo após o diagnóstico da diabetes. A partir do rastreio ou de uma consulta com o médico oftalmologista o doente é encaminhado, sempre que necessário, para o tra-



A Retina normal

tamento. É importante que este se inicie, sempre que indicado, o mais precocemente possível”, reforça o especialista.

Por fim, surge o tratamento. Saliente-se que nem todas as lesões de RD necessitam de ser sujeitas a tratamento, apenas são tratadas aquelas que estão associadas a perda de visão (provocam perda de visão ou têm um risco grande de provocar perda de visão). São elas: o edema macular, a neovascularização retiniana ou papilar, a hemorragia no vítreo, a tração e descolamento da retina.

A causa mais frequente de perda de visão é o edema macular - corresponde a uma acumulação de fluido na espessura da mácula (fluido que sai dos vasos sanguíneos com permeabilidade alterada devido à diabetes). Os oftalmologistas dispõem atualmente de um arsenal terapêutico para o tratamento do edema macular diabético que inclui a fotocoagulação laser (para os casos de edema muito focal), as injeções intravítreas de anti-VEGF e os implantes de corticóides.

A introdução das injeções intravítreas e dos implantes de corticóides veio revolucionar o tratamento do edema macular diabético. É possível agora não só recuperar visão perdida como também melhorar a RD. O tratamento deve ser efetuado atempadamente, antes de haver perda significativa de visão, e repetido sempre que necessário. A monitorização da sua eficácia deve ser continuada ao longo dos anos.

A miopia patológica

A miopia patológica é uma das principais causas de perda de visão irreversível e de cegueira. Refere-se a uma condição em que o olho apresenta um comprimento axial grande (conhecido por “olho comprido”, tipicamente superior a 26mm) um erro de refração grande (de pelo menos -6,0dpt) e é



A retina com lesões de RD



Escotomas associados à RD

acompanhada por características típicas do fundo do olho. Estas podem incluir atenuação da pigmentação, atrofia do epitélio pigmentado, roturas da membrana de Bruch - uma camada situada por detrás da retina e do epitélio pigmentado) e/ou neovasos coroideus.

A neovascularização coroideia, secundária à miopia patológica, é a principal causa de perda de visão em pacientes com menos de 50 anos de idade. O aparecimento de distorção das imagens num dos olhos (raramente bilateral e simultânea), com ou sem perda de visão associada, num jovem com miopia patológica deve fazer pensar em neovascularização coroideia. É importante que o diagnóstico seja efetuado o mais precocemente possível e que o tratamento seja iniciado nas primeiras duas semanas. Quando não tratadas atempadamente, estas membranas neovasculares formam uma cicatriz com perda irreversível e grave de visão. A prevalência de miopia patológica com perda de visão está estimada em 0.1 a 0.5% na população europeia e 0.2 a 1.4% na população asiática.

Não existe tratamento para a miopia patológica, mas existe tratamento para muitas das suas complicações incluído a neovascularização coroideia, o buraco macular associado à presença de retinosquias macular (tratamento cirúrgico), as rasgaduras (tratamento laser) ou os descolamentos da retina (tratamento cirúrgico).

O diagnóstico da miopia patológica e da neovascularização coroideia apenas pode ser feito através da observação de um oftalmologista, o que permite diagnosticar a

miopia patológica, avaliar o risco de complicações e diagnosticar a presença de neovascularização coroideia. A presença de sintomas como distorção das imagens, visão com perda de nitidez ou o aparecimento de uma sombra (escotoma) que impede focar os objetos (pode, por exemplo, não se conseguir ler ou ver as horas porque a sombra está à frente daquilo que se quer fixar) deve fazer pensar que podemos estar na presença de uma membrana neovascular. O médico oftalmologista tem meios de diagnóstico que mostram a presença destes neovasos e, em muitos casos, o fluído associado, assim como o tecido cicatricial, entretanto já formado. É importante que todo este processo que medeia o início dos sintomas e o início do tratamento não seja superior a duas semanas.

Quando não tratados, os neovasos coroideus associados à miopia patológica provocam cegueira em mais de 90% dos casos num prazo de cinco anos.

No entanto, o tratamento com anti-VEGF veio revolucionar o tratamento desta patologia. De facto, estes neovasos respondem muito bem a este tratamento. Quando efetuadas precocemente, e na ausência de outras complicações (roturas da Bruch, hemorragias, atrofia, etc.), tornam a recuperação de visão possível. Ao contrário dos doentes com neovasos coroideus associados à DMI, os doentes com neovasos associados à miopia patológica precisam em regra de poucos tratamentos no primeiro ano (entre um a quatro). Pode, no entanto, recidivar e nestes casos é necessário retratar.

Oclusões Venosas

Existem duas formas de Oclusão Venosa. A Oclusão Venosa da veia central é a forma de doença mais grave, mas também menos frequente. Nestes casos, verifica-se uma hemorragia ao nível da retina, com formação de edema, e a obstrução do vasos sanguíneos que impede que todo o sangue que entra no olho volte a sair. Quando se verifica isquémia, o organismo tende a produzir vasos novos, anormais, que são prejudiciais ao normal funcionamento da visão, podendo culminar em hemorragia extensa, cegueira, ou glaucoma neovascular (doloroso e pode no limite levar à perda do globo ocular).

Antes da descoberta do anti-VEGF apenas se tratavam as complicações e, perante uma isquémia agravada, a progressão conduzia a uma situação de glaucoma neovascular. Então, a fotocoagulação laser apresentava-se o tratamento mais adequado, revelando eficácia apenas em alguns casos.

Neste momento, com os anti-VEGF é possível reverter este processo, na maioria dos casos, permitindo melhorar muito a qualidade da visão dos doentes.

A segunda forma, cinco vezes mais frequente, surge por oclusão de um dos ramos da veia central da retina. Neste tipo, por formação de edema, o doente perde uma parte do campo de visão central. Porém, os recentes avanços farmacológicos permitem melhorar a visão em mais de 70% dos casos. Mais uma vez, verificamos que os anti-VEGF's vieram revolucionar e oferecer novas perspectivas a estes doentes, o que, anteriormente, por via da fotocoagulação laser

A saber:

As principais causas de baixa visão (perda de visão que impede uma pessoa de ler normalmente com a correção que usa) ou de cegueira (visão inferior a 0.5/10) no idoso e na idade produtiva estão associadas a doenças da retina: a DMI, a retinopatia diabética e a neovascularização associada à miopia patológica.

A introdução de novos fármacos no arsenal terapêutico, em especial dos anti-VEGF intraviteos, vieram revolucionar o tratamento destas doenças e estabelecer novos horizontes no seu prognóstico. A incidência da cegueira tem diminuído na Europa e nos USA, após a introdução destas terapêuticas.

Mas para que os resultados sejam de facto eficazes é imprescindível a prevenção junto de um oftalmologista e, se necessário, que o tratamento se faça precocemente e de forma adequada.

só se conseguia estabilizar a visão ou melhorar num número reduzido de casos.

Esta patologia pode surgir em qualquer idade, sendo mais frequente em pessoas idosas com outras doenças associadas, nomeadamente hipertensão arterial.

Em situações de doentes jovens, o oftalmologista necessita de realizar um estudo mais aprofundado procurando descobrir outras causas, como doenças inflamatórias ou hipercolesterolemia, por exemplo.

O Prof. Dr. Rufino Silva reforça a mensagem de que o risco de sofrer desta doença diminui em pessoas com nível de tensão arterial controlada e não fumadores.



Espaço Médico de Coimbra
Rua Camara Pestana Nº 37
3030-163 Coimbra.
rufino.silva@oftalmologia.co.pt
www.oftalmologia.co.pt

Tel: +351 239 484 348
Telem: +351 966 320 022