

Oftalmopatia de Graves: Um tratamento contínuo em evolução

Renúncia de responsabilidade

- *Os produtos não aprovados ou as utilizações não aprovadas de produtos aprovados poderão ser debatidos pelo corpo docente; estas situações poderão refletir o estatuto de homologação numa ou em mais jurisdições*
- *O corpo docente encarregue desta apresentação foi aconselhado pela USF Health e pela touchIME® a garantir que revela tais referências feitas relativamente à utilização não rotulada ou não aprovada*
- *Nenhuma aprovação pela USF Health ou pela touchIME de quaisquer produtos ou utilizações não aprovados é feita ou está implícita na menção destes produtos ou usos nas atividades da USF Health e da touchIME*
- *A USF Health e a touchIME não se responsabilizam por erros ou omissões*

Painel de especialistas



Dra. Andrea Kossler

Oftalmologista

Faculdade de Medicina da
Universidade de Stanford
Palo Alto, CA, EUA



Dr. Mario Salvi

Endocrinologista

Universidade de Milão
Milão, Itália



Dr. Edsel Ing

Oftalmologista

Universidade de Alberta,
Alberta, Canadá
Universidade de Toronto,
Ontário, Canadá

Pontos de discussão

Compreender os mecanismos da OG: Quem está em risco?

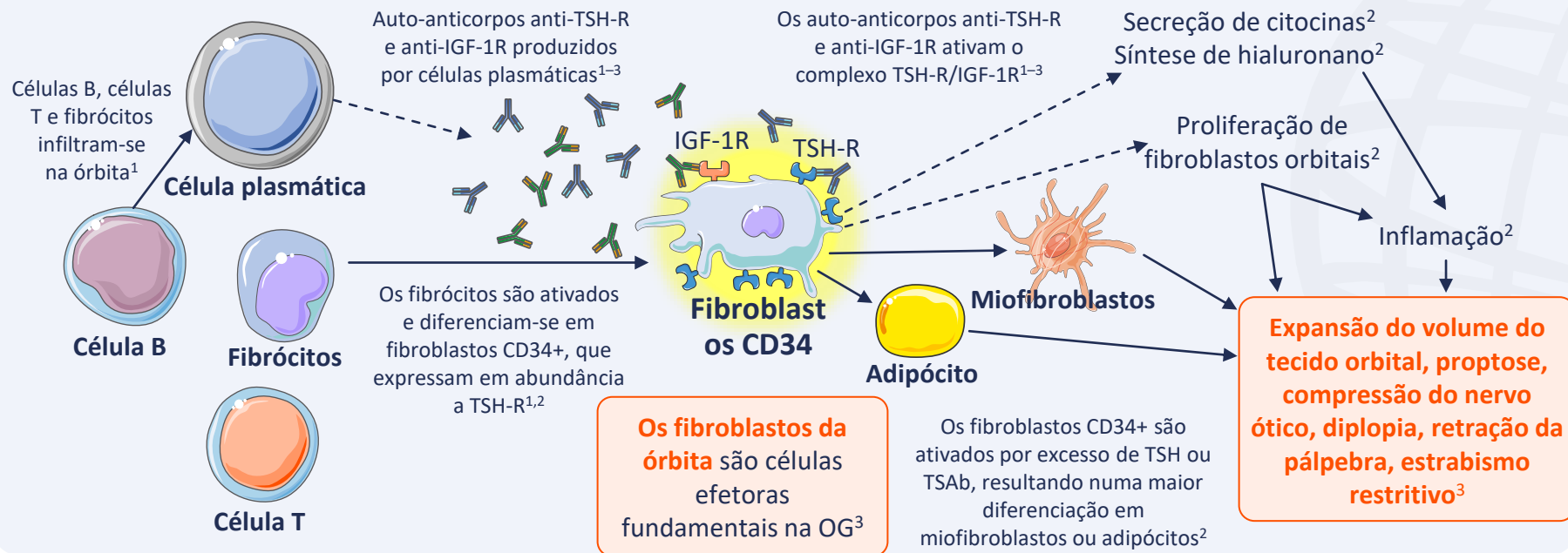
Apresentação clínica da OG: Quais são os sinais e sintomas?

Diagnosticar a OG: O que está em causa?



**Compreender os mecanismos da OG:
Quem está em risco?**

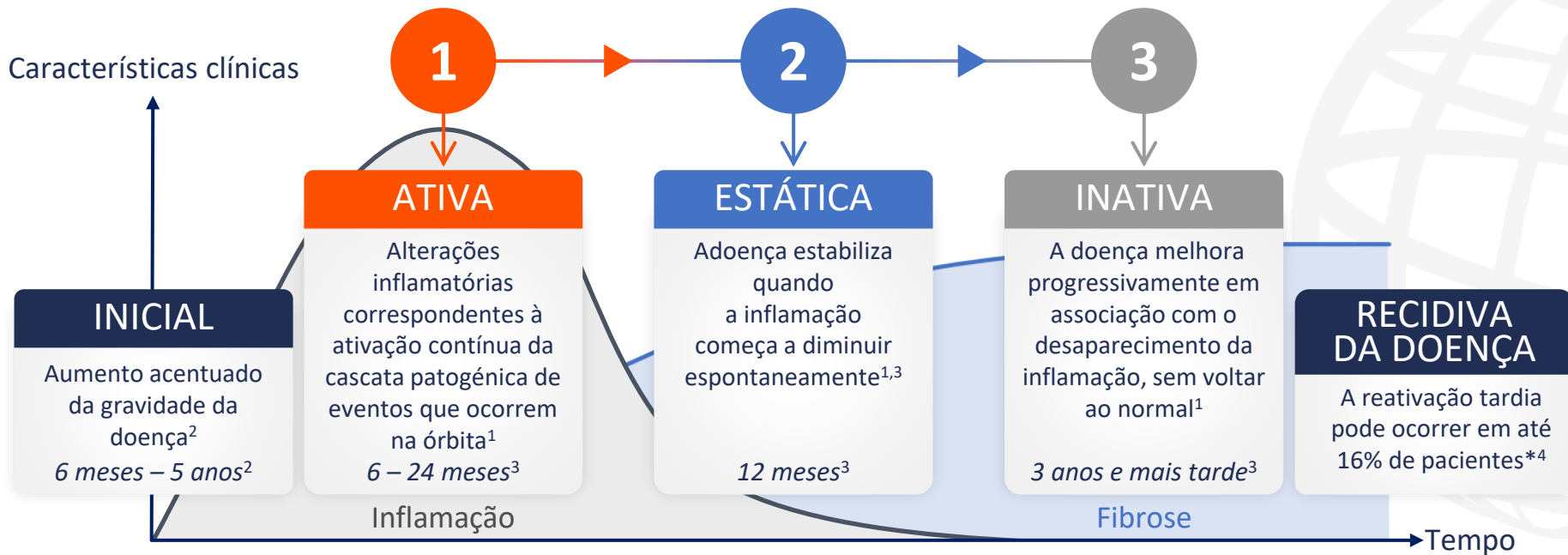
A OG caracteriza-se pela inflamação e remodelação dos tecidos moles orbitais e das áreas periorbitais^{1,2}



IGF-1R, recetor 1 de fator de crescimento tipo insulina; OG, oftalmopatia de Graves; TSAbs, anticorpo estimulante da tiroide; TSH, hormona estimulante da tiroide; TSH-R, recetor da hormona estimulante da tiroide.

1. Men CJ, et al. *Ther Adv Ophthalmol*. 2021;13:1-14; 2. Moledina M, et al. *Eye (Lond)*. 2024;38:1425-37; 3. Maurya RP, et al. *Int J Ocular Oculoplast*. 2021;7:117-30.

A história natural da OG envolve uma fase ativa, uma fase estática e uma fase inativa¹⁻³



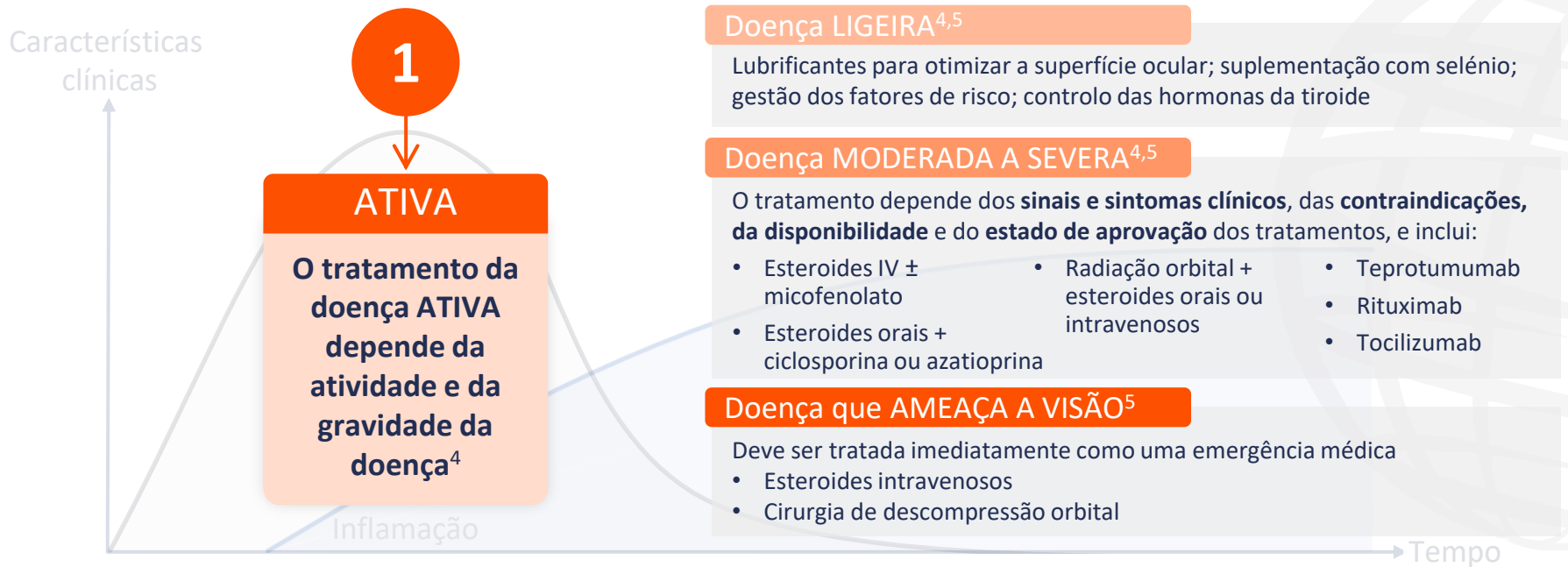
Graph reproduced from Maurya RP, et al. *Int J Ocular Oculoplast.* 2021;7:117–30 (CC BY 4.0 www.creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

* Baseado num estudo retrospectivo, N = 415.⁴

OG, oftalmopatia de Graves.

1. Bartalena L, et al. *Front Endocrinol.* 2020;11:615993; 2. Shah SS, Patel BC. Oftalmopatia de Graves. Atualizado: 2023. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582134/ (acedido em 17 de junho de 2024); 3. Maurya RP, et al. *Int J Ocular Oculoplast.* 2021;7:117–30; 4. Patel P, et al. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2015;31:445–8.

A história natural da OG envolve uma fase ativa, uma fase estática e uma fase inativa¹⁻³



Graph reproduced from Maurya RP, et al. *Int J Ocular Oculoplast.* 2021;7:117–30 (CC BY 4.0 www.creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

IV, intravenoso; OG, oftalmopatia de Graves.

1. Bartalena L, et al. *Front Endocrinol.* 2020;11:615993; 2. Shah SS, Patel BC. Oftalmopatia de Graves. Atualizado: 2023. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582134/ (acedido em 17 de junho de 2024); 3. Maurya RP, et al. *Int J Ocular Oculoplast.* 2021;7:117–30; 4. Men CJ, Kossler AL. *touchREVIEWS Ophthalmol.* 2024;18:33–40;

5. Bartalena L, et al. *Eur J Endocrinol.* 2021;185:G43–67.

A história natural da OG envolve uma fase ativa, uma fase estática e uma fase inativa¹⁻³

Características
clínicas

Doença INATIVA

A **descompressão orbital**, a **cirurgia plástica oftálmica** e a **cirurgia do estrabismo** podem tratar as desfigurações residuais (por exemplo, exoftalmia, retrações palpebrais, inchaço palpebral e periorbital, estrabismo, tensão retroperiocular/periocular e diplopia)^{4,5}

O **teprotumumab** é uma alternativa à descompressão orbital para o tratamento da proptose, quando disponível⁶

3

INATIVA

As terapias médicas convencionais não têm qualquer papel no tratamento da DOT crónica⁴


Fibrose

Tempo

Graph reproduced from Maurya RP, et al. *Int J Ocular Oculoplast.* 2021;7:117–30 (CC BY 4.0 www.creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

OG, doença ocular da tireoide.

1. Bartalena L, et al. *Front Endocrinol.* 2020;11:615993; 2. Shah SS, Patel BC. Oftalmopatia de Graves. Atualizado: 2023. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582134/ (accedido em 17 de junho de 2024); 3. Maurya RP, et al. *Int J Ocular Oculoplast.* 2021;7:117–30; 4. Kossler AL, et al. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022;107:S36–46; 5. Bartalena L, et al. *Eur J Endocrinol.* 2021;185:G43–67; 6. Men CJ, Kossler AL. *touchREVIEWS Ophthalmol.* 2024;18:33–40.



**Apresentação clínica da OG:
Quais são os sinais e sintomas?**



O desconforto ocular é a apresentação mais comum nos pacientes com OG¹

A retração palpebral

é o sinal clínico mais comum da OG¹

A retração da pálpebra superior apresenta-se em mais de **90%** dos casos^{1,2}

Superfície ocular*



Os sintomas de olho seco ocorrem em 65-85% dos pacientes;³ **inflamação da glândula lacrimal; aumento da produção de lágrimas;** ceratoconjuntivite límbica superior; lagoftalmo; ceratopatia de exposição; ulceração da córnea; † perfuração da córnea; † endoftalmite^{†1}

Pálpebra



Retração palpebral; flare lateral; atraso palpebral; lagoftalmo; vermelhidão; inchaço¹

Órbita



Proptose; hipertrofia da gordura orbital e do MEO; estase venosa e congestão; hipertensão ocular¹

MEO



Estrabismo restritivo; alargamento do MEO; fibrose de início tardio; diplopia¹

Nervo ótico



Neuropatia ótica distiroídiana (neuropatia ótica compressora; alongamento do nervo ótico)¹

*DOT ativa. †Casos graves. O texto em negrito destaca o sinal/sintoma chave dentro de cada categoria.

MEO, músculo extraocular; OG, oftalmopatia de Graves.

1. Shah SS, Patel BC. Oftalmopatia de Graves. Atualizado: 2023. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582134/ (acedido em 17 de junho de 2024);

2. Burch HB, et al. *Thyroid*. 2022;32:1439-70; 3. Sun R, et al. *BMC Ophthalmol*. 2023;23:72.



**Diagnosticar a OG:
O que está em causa?**



O diagnóstico da OG é tipicamente feito a nível clínico, com base na apresentação de sinais e sintomas oculares¹



Retração palpebral **presente** e qualquer um dos seguintes sinais/sintomas:²

- Disfunção da tiroide
- Proptose
- Neuropatia ótica distiroidiana
- Músculo extraocular (visão dupla ou movimentos oculares limitados)



Retração palpebral **ausente** mais **disfunção da tiroide**, mais qualquer um dos seguintes sinais/sintomas:²

- Proptose²
- Disfunção do nervo ótico²
- Envolvimento do músculo extraocular²
- Resultados imagiológicos clássicos^{2,3}

Todas as outras apresentações²

- Considerar um diagnóstico alternativo

OG, oftalmopatia de Graves.

1. Barrio-Barrio J, et al. *J Ophthalmol.* 2015;2015:249125; 2. Burch HB, et al. *Thyroid.* 2022;32:1439–70; 3. Shah SS, Patel BC. Oftalmopatia de Graves. Atualizado: 2023.

Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582134/ (acedido em 17 de junho de 2024).

Os oftalmologistas podem confirmar o diagnóstico de OG e avaliar a gravidade, a atividade e a trajetória da doença

Sugestão de exame no consultório por endocrinologistas para avaliação da OG



Pálpebras

Inchaço, vermelhidão, retração, lagoftalmo



Movimentos oculares

Postura da cabeça, estrabismo, restrição de movimentos, visão dupla, dor retro-orbital.



Conjuntivas

Vermelhidão, quemose



Córnea

Opacidade devido a cicatrizes ou erosões



Proptose

Posição da córnea em relação ao rebordo orbital lateral utilizando o exoftalmómetro, se disponível.



Visão*

VA, dessaturação da cor, defeitos do campo visual, defeito pupilar aferente relativo, papiledema/atrofia ótica

Exame oftalmológico formal efetuado por oftalmologistas especializados em OG



Visão

Visão central; visão cromática; visão periférica

Exame: tabela de Snellen; placas coloridas; teste da pupila; exame do fundo do olho e do nervo ótico.



Inflamação

Vermelhidão e inchaço das pálpebras e conjuntiva

Exame: biomicroscópio com lâmpada de fenda



Estrabismo

Diplopia; ducções; estrabismo

Exame: teste do reflexo da luz na córnea; teste de cobertura



Aparência

Retração palpebral; proptose; exposição da córnea

Exame: distância marginal reflexa; exoftalmometria; biomicroscópio com lâmpada de fenda; coloração com fluoresceína

* Necessário se o historial sugerir perda visual.
AV, acuidade visual; OG, oftalmopatia de Graves.
Burch HB, et al. *Thyroid*. 2022;32:1439–70.