

EBOOK • GUIA COMPLETO



Dr. Bernardo Kaplan
Moscovici

Oftalmologia

Pterígio

Da prevenção ao tratamento cirúrgico

Uma palavra antes de começar

Olá. Sou o Dr. Bernardo Kaplan Moscovici, oftalmologista. Se você está lendo este material, é porque a palavra "pterígio" entrou na sua vida — talvez no espelho, ao perceber uma película crescendo sobre o branco do olho; talvez na consulta de rotina; talvez por causa de uma queixa de irritação que volta e meia incomoda.

Vale começar com uma frase que costumo dizer aos pacientes: pterígio é uma condição muito comum, especialmente no Brasil, e costuma assustar mais pela aparência do que pelos riscos que efetivamente traz. Tem causa bem compreendida, evolução previsível e tratamento bem estabelecido. A grande maioria dos casos é manejada com tranquilidade — alguns apenas com cuidados clínicos, outros com cirurgia eletiva e técnica refinada.

Este é um tema ao qual dediquei boa parte da minha trajetória acadêmica. Sou autor do livro "Tudo sobre Pterígio: Da Evidência à Prática Clínica" (2026) e participei do desenvolvimento de variações técnicas cirúrgicas, descritas na literatura científica. Trazer essa experiência, de forma clara, em forma de guia para o paciente, é o objetivo deste material.

Vamos passar por: o que é o pterígio, por que aparece, quando precisa ser tratado, quais são as opções clínicas, como é a cirurgia (com foco no autoenxerto conjuntival, padrão moderno) e — talvez o ponto mais importante — como reduzir a chance de recidiva, que historicamente foi o maior desafio do tratamento.

Leia com calma. Marque dúvidas. Quando vier à sua avaliação, vamos conversar focados no SEU caso. Boa leitura.

Dr. Bernardo Kaplan Moscovici

Oftalmologia • CRM-SP 120.495

1. O que é o pterígio

1.1 Definição

O pterígio é um crescimento de tecido fibrovascular sobre a conjuntiva (a membrana fina e transparente que cobre o branco do olho) que, com o tempo, pode invadir a córnea — a estrutura transparente em forma de cúpula que fica no centro da frente do olho. O termo vem do grego pterygion, que significa "pequena asa" — uma referência ao formato triangular do tecido, com a base na conjuntiva e o vértice voltado para o centro da córnea.

É uma condição muito mais comum do que parece: estudos epidemiológicos em populações brasileiras estimam prevalências entre 5 e 25 %, dependendo da região e da idade — sendo mais frequente em adultos a partir dos 30-40 anos que tiveram exposição solar significativa ao longo da vida.

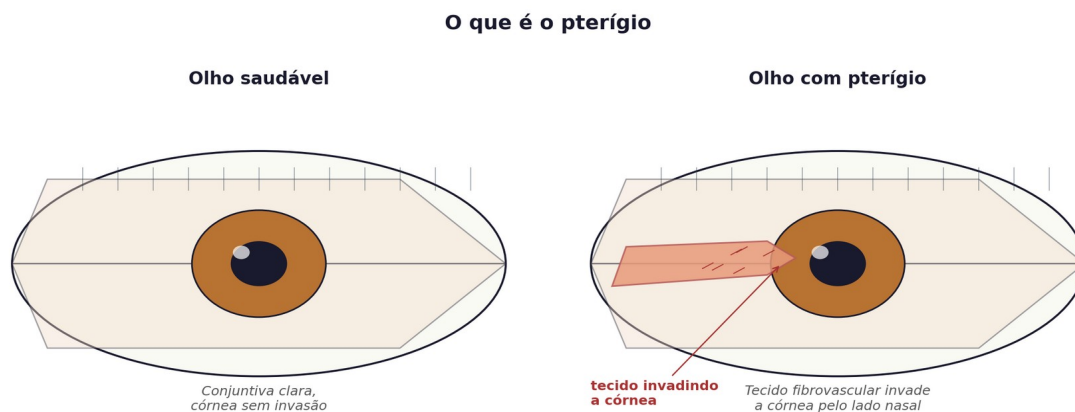


Figura 1 — Olho saudável vs. olho com pterígio.

1.2 Não confundir com pingüecula

Frequentemente, o pterígio é confundido com a pingüecula — outra alteração benigna da conjuntiva, ainda mais comum, que aparece como uma elevação amarelada ao lado da córnea (em geral, também no lado nasal), mas que NÃO invade a córnea. A pingüecula é, em quase todos os casos, apenas um achado estético, sem necessidade de tratamento. O pterígio, por crescer sobre a córnea, tem implicações ópticas e funcionais — daí a diferença prática entre os dois.

1.3 Por que aparece

A causa é compreendida com bom nível de evidência. A radiação ultravioleta (UV) crônica é o principal fator — daí a maior prevalência em populações de regiões equatoriais, em pessoas com exposição solar profissional (pescadores, agricultores, profissionais de obra) e em quem passa muitas horas em atividades ao ar livre sem proteção adequada.

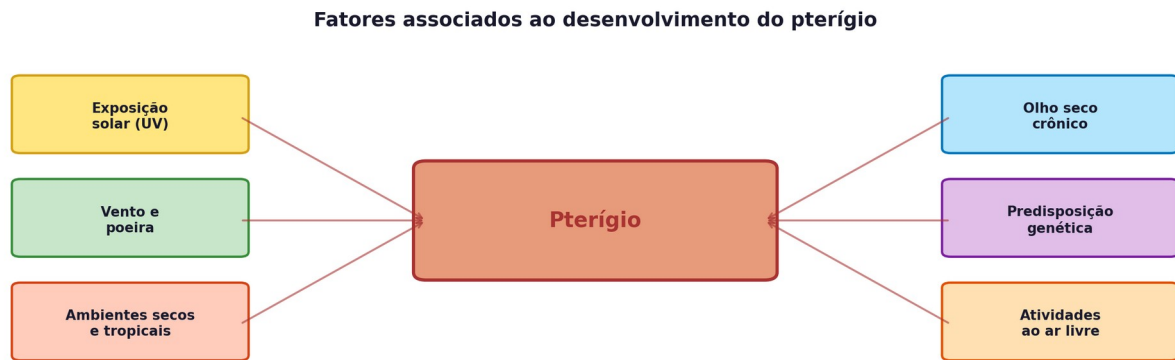


Figura 2 — Fatores associados ao pterígio.

Fatores documentados na literatura

- Radiação ultravioleta cumulativa (sol) — fator principal.
- Vento e poeira — irritação mecânica crônica da superfície ocular.
- Ambientes secos e tropicais.
- Olho seco crônico — superfície ocular vulnerável.
- Predisposição genética — algumas famílias têm maior tendência.
- Atividades ao ar livre sem proteção ocular adequada.

Prevenção é parte do tratamento

Estudos consistentemente mostram que o uso regular de óculos de sol com proteção UV-A e UV-B reduz a chance de aparecimento do pterígio e atrasa sua progressão em quem já tem. Em pacientes com pterígio diagnosticado, o uso de óculos escuros é parte estrutural do manejo — antes, durante e depois do tratamento.

2. Como o pterígio se manifesta

2.1 Sintomas mais comuns

O pterígio costuma evoluir lentamente — às vezes, por anos. Os sintomas podem variar bastante de pessoa para pessoa e dependem do tamanho, do grau de inflamação e da localização do crescimento.

- Vermelhidão local, especialmente em períodos de mais sol, vento ou cansaço.
- Sensação de corpo estranho ou de areia no olho.
- Coceira ou ardor recorrentes.
- Lacrimejamento.
- Aspecto estético — uma "película" visível no canto do olho que incomoda em fotos ou em aparências.
- Em pterígios maiores, que invadem a córnea, astigmatismo induzido, com piora da visão (especialmente em tarefas que exigem nitidez).
- Em casos avançados que atingem o eixo visual: bloqueio efetivo da visão central.

2.2 Diagnóstico

O diagnóstico é clínico — feito no exame oftalmológico de rotina, com lâmpada de fenda. Exames complementares ajudam a planejar a conduta:

- Topografia e tomografia da córnea quantificam o astigmatismo induzido.
- Documentação fotográfica — útil para acompanhar a progressão ao longo do tempo.
- Em pterígios atípicos (de aspecto incomum, recorrentes ou bilaterais agressivos), pode-se considerar a análise patológica do tecido removido para descartar outras lesões.

3. Quando tratar — clínico vs. cirúrgico

Não é todo pterígio que precisa de cirurgia. A indicação é construída em conjunto com o paciente, com base em critérios objetivos e na repercussão concreta na vida da pessoa.

3.1 Tratamento clínico (conservador)

Em pterígios pequenos, pouco vascularizados e estáveis, o manejo conservador costuma ser suficiente:

- Lubrificação ocular regular (colírios lubrificantes sem conservantes em quadros sintomáticos).
- Anti-inflamatórios tópicos durante períodos de exacerbação inflamatória, sob orientação médica.
- Tratamento de olho seco e de alergia ocular associados.
- Proteção solar rigorosa — óculos de sol com proteção UV, chapéu de aba larga e evitar exposição solar nos horários de pico.
- Acompanhamento periódico para detectar progressão.

3.2 Indicações para cirurgia

A indicação cirúrgica costuma ser construída sobre um ou mais dos seguintes critérios:

- Pterígio que invade significativamente a córnea, especialmente se já atingiu ou está próximo do eixo visual.
- Astigmatismo induzido importante, com queda da qualidade visual.
- Inflamação recorrente que não responde bem ao tratamento clínico.
- Limitação de atividades importantes para o paciente (como motorista profissional, esportes e leitura prolongada).
- Incômodo estético significativo, desde que o paciente compreenda a relação risco-benefício.
- Documentação de crescimento progressivo em consultas seriadas.

Decisão informada

Como em toda cirurgia eletiva, a indicação é uma conversa. Apresentamos o tamanho atual, a velocidade aparente de progressão, o impacto óptico, os riscos do procedimento e a chance de recidiva esperada para o caso. O paciente, com essas informações, decide o momento. Não há "emergência" na maioria dos casos.

4. A cirurgia de pterígio

4.1 Princípio geral

A cirurgia de pterígio consiste em duas etapas conceituais: remover o tecido alterado (exérese do pterígio) e cobrir a área exposta, de forma a reduzir a chance de recidiva. A escolha da técnica de cobertura é o fator que mais determina o desfecho a longo prazo.

4.2 O salto da técnica moderna: o autoenxerto conjuntival

Durante muitas décadas, a cirurgia de pterígio foi realizada com técnicas que apenas removiam o tecido, deixando a esclera exposta para cicatrização espontânea ("bare sclera"). Funcionavam tecnicamente — mas tinham um problema sério: as taxas de recidiva eram inaceitavelmente altas, com algumas séries históricas mostrando recidivas em 30 a 80 % dos casos.

A literatura científica moderna mudou esse panorama com a introdução do autoenxerto conjuntival — em que, após a exérese do pterígio, o cirurgião transplanta um pequeno fragmento de conjuntiva sadia do próprio paciente (em geral, retirada da região superior do olho, sob a pálpebra) para cobrir a área exposta. Estudos com seguimento de longo prazo mostram que essa abordagem reduz a recidiva para faixas substancialmente menores — frequentemente abaixo de 5 %.

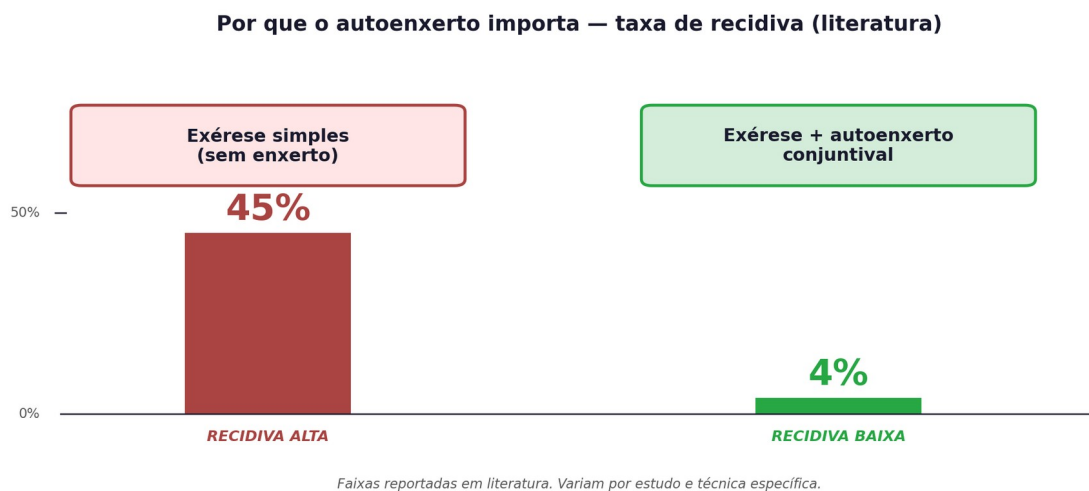


Figura 3 — Por que o autoenxerto importa: diferença de recidiva na literatura.

Hoje, o autoenxerto conjuntival é considerado o padrão de referência na cirurgia de pterígio em centros que seguem a literatura atual.

4.3 Como é feito o procedimento

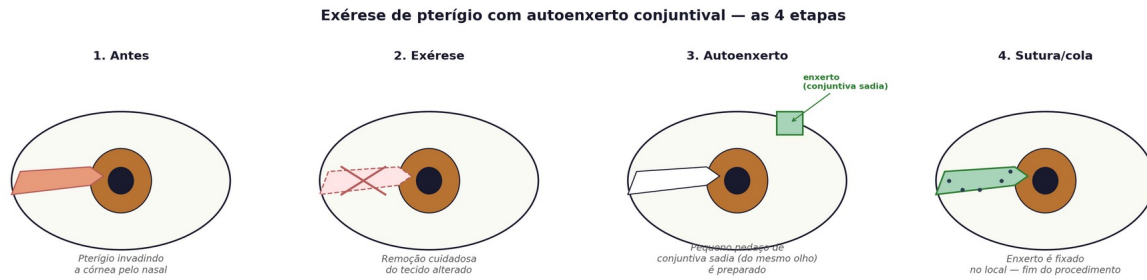


Figura 4 — As 4 etapas da exérese com autoenxerto conjuntival.

- Anestesia tópica (colírio) com complemento de anestesia local subconjuntival.
- Exérese cuidadosamente o pterígio, preservando o estroma corneano e removendo a cápsula de Tenon adjacente.
- Preparo do leito conjuntival e regularização da superfície.
- Coleta de um fragmento delgado de conjuntiva sadia da região superior do mesmo olho.
- Posicionamento do enxerto sobre a área exposta.
- Fixação do enxerto — historicamente com pontos absorvíveis; atualmente, em muitas situações, com cola biológica de fibrina, que reduz a inflamação e o desconforto pós-operatório.
- Duração: entre 30 e 45 minutos por olho.

4.4 Variações técnicas descritas na literatura

Diversas variações da técnica de autoenxerto foram descritas e estudadas — todas com o mesmo princípio (cobrir a área exposta com tecido sadio) e com diferenças nos detalhes que podem otimizar o resultado em situações específicas. Entre elas:

- Uso de cola biológica de fibrina vs. sutura — a cola tende a reduzir o tempo cirúrgico e o desconforto inicial.
- Variações na espessura e na forma do enxerto coletado.
- Uso adjuvante de mitomicina C em casos de alto risco de recidiva (pterígios recidivados, jovens, com alta atividade).
- Uso de cola de fibrina para fixação do enxerto, no lugar de pontos — reduz o tempo cirúrgico, o desconforto pós-operatório imediato e a incidência de granuloma piogênico (literatura consistente nas últimas duas décadas).
- Dissecção com bolha de ar (Técnica de Dissecção de Moscovici)— variação técnica em que uma pequena bolha de ar é introduzida no plano subepitelial conjuntival para facilitar a separação dos planos teciduais, descrita por nosso grupo em 2022 (relato técnico em paciente pós-LASIK) e avaliada em ensaio clínico randomizado publicado em 2023, no qual a técnica gerou enxertos significativamente mais finos e foi considerada tecnicamente mais fácil pelos cirurgiões.

A escolha da variação técnica é individualizada — depende do tipo de pterígio, da história do paciente, dos achados intraoperatórios e da experiência do cirurgião.

5. Recidiva — o ponto-chave

A recidiva — quando o pterígio volta a crescer após a cirurgia — é, historicamente, o principal desafio no tratamento do pterígio. Vale dedicar um capítulo a ela, porque entender esse ponto é entender por que a escolha da técnica e os cuidados pós-operatórios fazem tanta diferença.

5.1 O que sabemos sobre recidiva

- A maioria das recidivas, quando ocorre, ocorre nos primeiros 6 a 12 meses após a cirurgia.
- Após 1 ano sem sinais de recidiva, a chance de recidiva subsequente cai significativamente.
- Pacientes jovens (menos de 40 anos) têm maior risco de recidiva do que os mais velhos.
- Pterígios mais vascularizados, mais espessos e com história prévia de recidiva também apresentam maior risco.
- A exposição solar contínua no pós-operatório é um fator de risco modificável.

5.2 Estratégias modernas para reduzir recidiva

- Autoenxerto conjuntival (descrito no capítulo anterior) — fator mais importante.
- Mitomicina C intraoperatória em casos selecionados — reduz a proliferação fibrovascular.
- Técnica meticulosa de dissecação, com remoção completa do tenon adjacente.
- Uso de anti-inflamatórios no pós-operatório, sob orientação.
- Proteção solar rigorosa durante meses no pós-operatório.
- Controle de fatores agravantes — como olho seco, alergia, ambientes secos e ventosos.

O que é "recidiva"?

Recidiva, na literatura, é definida como o crescimento de novo tecido fibrovascular invadindo a córnea após a cirurgia. Algumas pequenas alterações conjuntivais que aparecem no pós-operatório não constituem recidiva clinicamente significativa — apenas cicatrização inflamatória que costuma regredir. O diagnóstico de recidiva verdadeira é feito em consulta de revisão, com base em critérios objetivos.

6. Como é o dia da cirurgia

A cirurgia de pterígio com autoenxerto é ambulatorial, com anestesia tópica complementada por anestesia local. O paciente permanece acordado, sem necessidade de sedação significativa na maioria dos casos.

Chegada e preparo

- Chegar ao centro cirúrgico cerca de 2 horas antes do horário marcado.
- Jejum: conforme orientação do anestesista — em geral, jejum leve quando se considera sedação.
- Tomar a medicação conforme o habitual, salvo orientação em contrário.
- Comparecer com acompanhante — obrigatório.
- Levar todos os exames pré-operatórios e os colírios prescritos.

Na sala cirúrgica

- Anestesia tópica com colírio + anestesia local subconjuntival.
- Procedimento descrito no Capítulo 4: exérese, preparo do leito, coleta do enxerto, fixação.
- Duração total: de 30 a 45 minutos por olho.
- Você sente pressão e movimento, mas não sente dor durante o procedimento.

Logo após

- Curativo oclusivo no olho operado, retirado na revisão do dia seguinte.
- Sensação de areia/irritação é esperada nas primeiras 48 horas — é a parte mais desconfortável.
- Alta no mesmo dia, com acompanhante (não dirige).

7. Pós-operatório

7.1 Cuidados nas primeiras 24 horas

- Repouso visual ao chegar em casa.
- Usar os colírios prescritos rigorosamente (antibiótico + anti-inflamatório + lubrificante).
- Não retirar o curativo em casa — apenas na revisão.
- Compressa fria leve sobre a pálpebra fechada nas primeiras horas pode aliviar.
- Analgésico oral pode ser usado, conforme prescrição.

7.2 Primeira semana

- Continuar com os colírios.
- Evitar coçar e esfregar o olho operado.
- Banho normal, sem deixar água cair diretamente sobre o olho.
- Sem maquiagem nos olhos.
- Sem piscina, mar, banheira.
- Atividades físicas leves liberadas conforme o conforto.
- Vermelhidão e desconforto reduzem gradualmente.

7.3 Primeiro mês

- Sem esportes de contato.
- Sem mergulho.
- Óculos escuros com proteção UV são obrigatórios sempre que sair ao sol.
- Continuar a lubrificação ocular.

7.4 Longo prazo — prevenir a recidiva

- Proteção solar contínua — óculos de sol com proteção UV ao ar livre, chapéu/boné em exposição intensa.
- Tratamento mantido para olho seco e alergia ocular, quando presentes.
- Lubrificação ocular conforme orientação.
- Acompanhamento periódico — sobretudo nos primeiros 12 meses, em que a maioria das recidivas, se vão ocorrer, acontece.

Sinais de alerta — entre em contato

Dor intensa que não cede com analgésico, queda de visão, secreção purulenta, sangramento expressivo, deslocamento do enxerto (sensação súbita de "algo solto"), ou qualquer trauma direto no olho operado. Quanto mais cedo identificado, mais facilmente tratado.

8. Resultados e expectativas

A cirurgia moderna de pterígio, com autoenxerto conjuntival, costuma apresentar um equilíbrio bastante favorável entre risco e benefício. Vale, no entanto, calibrar as expectativas com clareza.

8.1 O que tende a melhorar

- Aspecto estético — o branco do olho volta a ficar uniforme (com alguma cicatrização discreta no local, como esperado).
- Sintomas irritativos — vermelhidão, sensação de areia, lacrimejamento — tendem a melhorar substancialmente.
- O astigmatismo induzido pelo pterígio pode reduzir, especialmente quando o pterígio for extenso.
- Conforto em atividades cotidianas.

8.2 O que vale saber

- Pequenas cicatrizes residuais são esperadas, mas, em geral, são discretas.
- A vermelhidão local pode persistir por algumas semanas a poucos meses, até a cicatrização completa.
- O ressecamento ocular leve e transitório é comum nas primeiras semanas.
- O resultado óptico final (estabilização do astigmatismo) é avaliado entre 2 e 3 meses.
- Em pterígios muito antigos ou que invadiram profundamente a córnea, pode haver cicatriz corneana residual visível.

8.3 O fator recidiva

Como descrito no Capítulo 5, a recidiva é o desfecho que mais nos preocupa a longo prazo. Com técnicas modernas e cuidados pós-operatórios adequados, as taxas reportadas na literatura são significativamente menores do que as das técnicas antigas — mas a recidiva não é zero. Apresentar o paciente a essa realidade desde o início é uma decisão bem fundamentada.

9. Riscos e segurança

Como toda cirurgia, há riscos. Os procedimentos descritos neste material têm perfil de segurança bem documentado em literatura científica internacional, com dois grandes grupos de eventos a serem conhecidos pelo paciente:

Sintomas comuns transitórios — como olho seco, sensação de areia, halos noturnos, vermelhidão temporária ou flutuação visual nas primeiras semanas. São frequentemente passageiros e bem manejáveis com lubrificação e tempo.

Complicações graves — raras nos centros que seguem técnicas modernas, triagem rigorosa e protocolos de assepsia. As frequências relatadas em literatura para os eventos mais sérios (infecção intraocular, descolamento de retina, ectasia, perda significativa de visão) ficam, em geral, abaixo de 1 caso em 1.000 cirurgias.

Os detalhes específicos de cada complicação possível, suas frequências reportadas em literatura e o manejo correspondente serão apresentados a você no Termo de Consentimento Informado, durante a consulta presencial — conforme prática médica padrão e exigências do Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM 2.336/2023). É o documento que detalha cada risco de forma individualizada e formal, e o local apropriado para essa discussão.

10. Antes da cirurgia — uma palavra

Antes do checklist técnico, uma mensagem que costumo entregar aos meus pacientes na véspera.

Tudo vai dar certo.

É natural sentir ansiedade. A cirurgia de pterígio é um procedimento bem estabelecido. Confie no time que vai te receber, no planejamento feito e na técnica que vamos usar.

Cuide do corpo e da mente

- Alimente-se bem nos dias que antecedem.
- Evite bebidas alcoólicas no dia anterior.
- Durma bem.
- Se gostar, medite, ore ou faça qualquer atividade que lhe traga serenidade.

11. Checklist pré-operatório

Até 7 dias antes

- ☐ Realizar os exames pré-operatórios solicitados.
- ☐ Suspender o uso de lentes de contato conforme orientação.
- ☐ Confirmar acompanhante para o dia.

Na véspera

- ☐ Não usar maquiagem nos olhos.
- ☐ Tomar a medicação habitual normalmente.
- ☐ Dormir bem.
- ☐ Cumprir o jejum se houver indicação de sedação.

No dia

- ☐ Não usar perfume, hidratante facial nem maquiagem.
- ☐ Retirar brincos e piercings.
- ☐ Roupas confortáveis, com abertura por baixo.
- ☐ Levar os colírios prescritos.
- ☐ Levar documento de identidade.
- ☐ Chegar ao centro cirúrgico 2 horas antes do horário.
- ☐ Comparecer com acompanhante — obrigatório.

12. Checklist pós-operatório

Primeiras 48 horas

- ☐ Repouso visual em casa.
- ☐ Usar os colírios estritamente nos horários indicados.
- ☐ Compressa fria leve, se confortável.
- ☐ Não retirar o curativo em casa.
- ☐ Comparecer à revisão do dia seguinte.

Primeira semana

- ☐ Continuar com os colírios.
- ☐ Sem coçar nem esfregar os olhos.
- ☐ Sem água diretamente no olho operado.
- ☐ Sem maquiagem nos olhos.
- ☐ Sem piscina, mar, banheira.
- ☐ Óculos escuros sempre ao sair.

Primeiro mês

- ☐ Sem esportes de contato.
- ☐ Sem mergulho.
- ☐ Manter lubrificação ocular.
- ☐ Comparecer às revisões.

Longo prazo — prevenção de recidiva

- ☐ Óculos de sol com proteção UV em todas as atividades ao ar livre.
- ☐ Chapéu/boné em exposição prolongada.
- ☐ Tratar o olho seco e a alergia ocular, quando presentes.
- ☐ Acompanhamento periódico, especialmente nos primeiros 12 meses.

13. Perguntas frequentes

Pterígio é câncer?

Não. Pterígio é uma lesão benigna da conjuntiva — um crescimento fibrovascular sem características malignas. Em casos atípicos (raros), o tecido removido pode ser enviado para análise patológica, a fim de descartar outras lesões da superfície ocular.

Posso esperar para operar?

Na maioria dos casos, sim. Pterígios pequenos e estáveis são acompanhados sem urgência. A indicação cirúrgica geralmente é estabelecida quando há critérios objetivos (invasão da córnea, astigmatismo, sintomas refratários, progressão documentada) ou quando o paciente, bem-informado, opta pelo tratamento por critérios pessoais relevantes.

Vai voltar?

A chance de recidiva existe e varia conforme a idade, o tipo de pterígio, a técnica empregada e os cuidados pós-operatórios. Com técnica moderna (autoenxerto) e adesão aos cuidados de prevenção, as taxas reportadas na literatura são significativamente menores do que as das técnicas antigas, mas ainda não são zero. Conversamos sobre a faixa esperada para o seu caso na consulta.

É só um problema estético?

Frequentemente começa de forma estética, mas pode evoluir para um impacto funcional importante — astigmatismo induzido, irritação crônica e, em casos avançados, bloqueio da visão central. Esse é justamente o motivo pelo qual a indicação cirúrgica é feita caso a caso.

Posso fazer cirurgia refrativa se tenho pterígio?

Em geral, recomenda-se tratar o pterígio primeiro, aguardar a estabilização (alguns meses) e, só então, avaliar a refrativa. O pterígio induz um astigmatismo irregular que pode interferir na precisão do grau e na previsibilidade do resultado refrativo.

Tem cirurgia a laser para pterígio?

Não há indicação consolidada de cirurgia a laser para o pterígio em si. O tratamento padrão é a cirurgia convencional (microcirurgia com técnica refinada). O laser desempenha um papel em algumas situações associadas, como no tratamento do astigmatismo residual após a estabilização.

Convênio cobre?

A cirurgia de pterígio é coberta pelos convênios em diversas situações. Apresentamos o detalhamento da cobertura e, quando aplicável, o orçamento na consulta.

E se eu tiver os dois olhos?

Em geral, operamos um olho de cada vez, com intervalo de algumas semanas, para permitir avaliação da recuperação do primeiro antes da segunda cirurgia.

14. Mitos e verdades

"Pterígio cresce porque a pessoa olha para o sol."

PARCIALMENTE. Não é "olhar diretamente para o sol" que causa — é a exposição crônica à radiação UV ao longo dos anos, que atinge a conjuntiva. Por isso, a proteção com óculos de sol é tão importante.

"Pterígio é catarata na vista."

MITO. São condições completamente diferentes. Catarata é a opacificação do cristalino (lente interna do olho); pterígio é o crescimento de tecido sobre a conjuntiva e a córnea. As duas são frequentes em populações mais expostas ao sol, o que pode contribuir para a confusão.

"Depois da cirurgia, volta com certeza."

MITO. Era próximo da verdade com técnicas antigas (bare sclera). Com autoenxerto conjuntival e cuidados adequados, as taxas de recidiva caíram substancialmente.

"Pode ser tratado apenas com colírios."

PARCIALMENTE. Pterígios pequenos podem ser manejados clinicamente com lubrificação e proteção solar. Mas os colírios não "removem" o pterígio existente — apenas controlam os sintomas e reduzem a progressão.

"Cirurgia de pterígio dói muito."

PARCIALMENTE. Durante a cirurgia, não — a anestesia funciona bem. As primeiras 48 horas do pós-operatório costumam ser desconfortáveis (sensação de areia nos olhos, fotofobia, lacrimejamento). Depois, melhora rápido.

"Quem fez cirurgia precisa parar de ir à praia."

MITO. Pode ir, sim — desde que com proteção (óculos de sol com proteção UV, chapéu de aba larga, evitando exposição prolongada nos horários de pico).

15. Sobre o Dr. Bernardo Kaplan Moscovici



Médico oftalmologista com atuação em cirurgia refrativa, córnea, ceratocone e catarata.

Formação

- Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), em 2005.
- Residência em Oftalmologia pela Santa Casa de São Paulo.
- Especialização em Cirurgia Refrativa pela UNIFESP.
- Especialização em Córnea e Doenças Externas pela Santa Casa de São Paulo.
- Especialização em Superfície Ocular pelo HC-USP.
- Doutorando pela UNIFESP.

Atuação acadêmica e clínica

- Chefe de Córnea de Residências Médicas entre 2017 e 2020.
- Médico assistente nos setores de cirurgia refrativa da UNIFESP e da Santa Casa de São Paulo.
- Autor de mais de 100 artigos científicos publicados em revistas nacionais e internacionais.
- Mais de 100 aulas em congressos.
- Coordenou o Curso de Cirurgia de Pterígio nos Congressos Mundiais e Europeus de Oftalmologia.
- Autor do livro "Tudo sobre Pterígio: Da Evidência à Prática Clínica" (2026).

- Autor de capítulos de livros sobre cirurgia refrativa, ceratocone, e córnea.
- Desenvolveu a técnica de dissecação com bolha de ar para cirurgia de pterígio, descrita na literatura científica (Moscovici et al., 2022).
- Realizou mais de 10 mil cirurgias.

CRM-SP 120.495 • RQE 40978

Leve estas 5 perguntas para a consulta

Para tirar o máximo proveito da avaliação presencial, sugerimos que chegue com estas cinco perguntas em mente. São perguntas que ajudam a personalizar a decisão para o seu caso específico.

1. Eu sou candidato a essa abordagem?

Critérios anatômicos, refrativos, clínicos e expectativas precisam se alinhar. A primeira pergunta da consulta é objetiva: o seu caso permite este caminho — ou faz mais sentido considerar uma alternativa?

2. Entre as opções disponíveis, qual técnica se encaixa melhor para mim?

Cada técnica tem trade-offs. Conhecer qual perfil de paciente se beneficia mais de cada uma delas ajuda a tomar uma decisão informada.

3. Qual risco específico é mais relevante para o meu caso?

Riscos populacionais são úteis, mas o que mais importa é entender qual deles pesa mais na sua situação específica (idade, anatomia, profissão, doenças associadas).

4. Qual resultado é realista para o meu caso?

Estatísticas globais são uma referência. O resultado individual depende de fatores próprios — entender essa faixa no seu caso permite uma expectativa mais precisa.

5. Que cuidados, da minha parte, podem mudar o prognóstico?

Em muitas condições oculares, a adesão do paciente aos cuidados clínicos altera substancialmente o desfecho. Saber quais são esses cuidados — para você — faz parte da decisão.

Referências selecionadas

As afirmações quantitativas e os parâmetros clínicos citados ao longo deste material têm base na literatura científica. Esta lista não exaustiva indica fontes representativas dos principais pontos abordados.

- Moscovici BK et al. Pterygium surgery with air bubble technique in a post-LASIK patient. Rev Bras Oftalmol. 2022.
- Moscovici BK et al. Analysis of the thickness of conjunctival autograft in pterygium surgery with the Moscovici dissection technique compared with manual dissection. Rev Bras Oftalmol. 2023;82:e0042.
- Hirst LW. The treatment of pterygium. Surv Ophthalmol. 2003.
- Kaufman SC et al. Options and adjuvants in surgery for pterygium. Cornea.
- Koranyi G, Seregard S, Kopp ED. Cut and paste: a no-suture, small-incision approach to pterygium surgery. Br J Ophthalmol. 2004.
- Solomon A, Pires RT, Tseng SC. Amniotic membrane transplantation after extensive removal of primary and recurrent pterygia. Ophthalmology.

Para a literatura completa, recomenda-se consultar bases de dados científicas (PubMed, SciELO) e diretrizes das sociedades nacionais (CBO, BRASCRS) e internacionais (AAO, ESCRS).

Contato

Dr. Bernardo Kaplan Moscovici

Oftalmologia • CRM-SP 120.495 • RQE 40978

CONSULTÓRIO 1 — Higienópolis

Av. Angélica, 1996 — conjuntos 1407 e 1408 — Consolação, São Paulo / SP — CEP 01228-200

Telefone: (11) 2373-9333

WhatsApp: (11) 93070-8392

CONSULTÓRIO 2 — Vila Leopoldina

Av. Imperatriz Leopoldina, 1248 — conjuntos 908 e 911 — Vila Leopoldina, São Paulo / SP

Telefone: (11) 97818-7409

Online

Site: www.drbernardokmoscovici.com

Instagram: @oftalmobernardomoscovici

Este material tem finalidade exclusivamente educativa e informativa, em conformidade com a Resolução CFM nº 2.336/2023. Não substitui a consulta oftalmológica. Indicações, técnicas e resultados são individuais e dependem de avaliação clínica completa. Os dados estatísticos apresentados referem-se a médias populacionais de estudos publicados e não constituem garantia de resultado individual.