

COMPLICAÇÃO INTRAOPERATÓRIA POR PERDA DE VÁCUO NO FEMTOLASIK

Silva HM, Aragão VRS, Cunha PDC, Kaplan MB

INTRODUÇÃO

A cirurgia refrativa engloba uma diversidade de procedimentos que têm por objetivo mudar a ametropia do paciente. Dentre os métodos mais utilizados pra correção está a *ceratomileuse in situ a laser* (LASIK) (1). O LASIK originalmente é método em que, através de um anel de sucção (vácuo) centrado sobre a córnea, permite que um microcerátomo avance sobre o tecido corneano criando uma lamela pediculada com posterior aplicação do *excimer laser* sobre o leito estromal para correção da ametropia (1,2).

O *flap* é reposicionado, redefinindo o leito corneano. Um avanço da cirurgia foi a utilização de laser de femtosegundo para confecção da lamela, aumentando sua segurança e previsibilidade. Dentre as complicações intraoperatórias mais comuns, encontram-se: dificuldade de aplanção, perda de vácuo, *vertical gas breakthrough* e corte incompleto (4). Algumas podem ser corrigidas no mesmo ato intraoperatório, outras podem causar perda de acuidade visual ao paciente.

MÉTODOS

Revisão de prontuário e busca de dados na literatura.

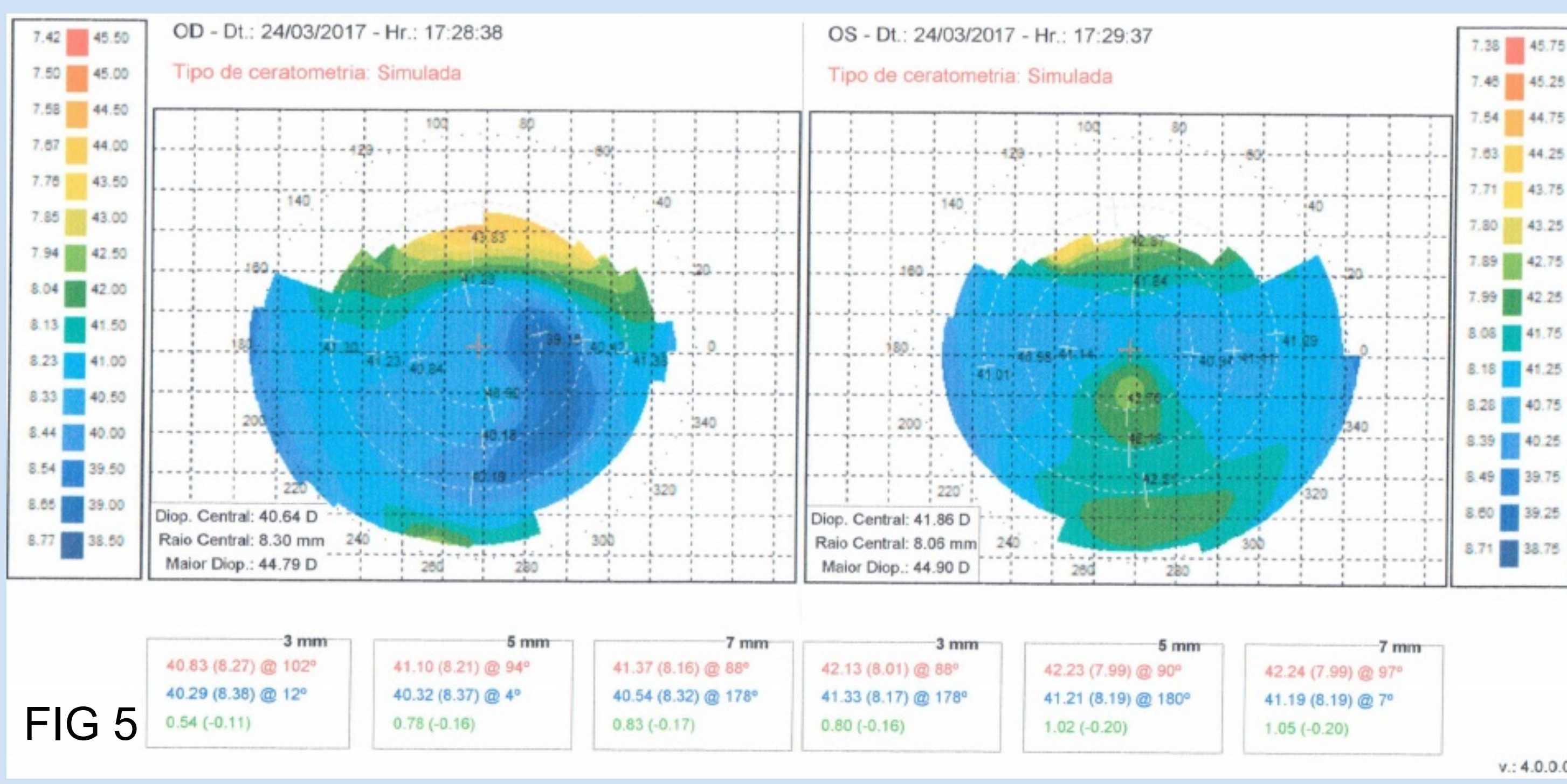
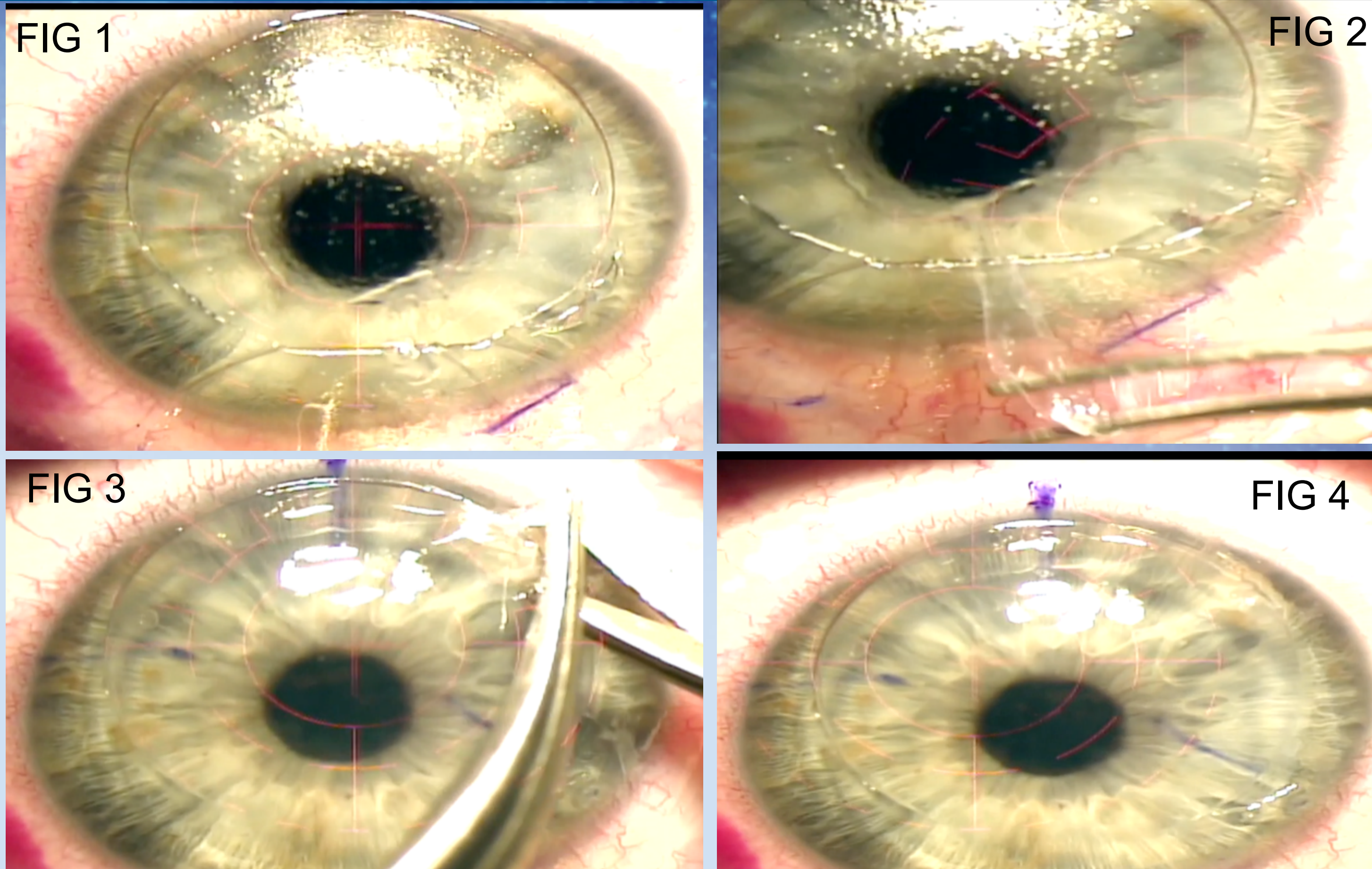
OBJETIVO E RESULTADOS

M.M.L., sexo masculino, branco, 30 anos, natural e procedente de São Paulo, advogado. Paciente veio para consulta com desejo de realizar cirurgia refrativa. Antecedentes patológicos: ndn. Antecedentes oftalmológicos: ndn. Acuidade visual com correção: olho direito (OD)-2,50 DE e -1,25 DC EIXO 175 20/20 e olho esquerdo(OE) -2,25 -1,25 DC 20/20 .Biomicroscopia :conjuntiva clara, córnea transparente, íris trófica câmara anterior ampla em ambos os olhos. Diante do quadro clínico, foi solicitado uma ceratoscopia computadorizada e uma paquimetria cujo valor foi de 550 micras OD e 559 micras OE, respectivamente. Foi proposto cirurgia refrativa com a técnica de FemtoLASIK. O procedimento foi realizado com o IFS 150 e Visx 4 (Johnson & Johnson, New Brunswick, EUA).

Durante o procedimento cirúrgico, ocorreu perda de vácuo 2 vezes seguidas em olho direito, pois o paciente realizava movimentos involuntários da cabeça. Após a primeira perda de vácuo foi retirado o *pocket* (FIG 1). Na terceira tentativa de realizar o *flap*, optou-se por fazer um corte de 20 micras mais profundo, com intuito de facilitar o levantamento da lamela, visto que o laser de femtosegundo forma bolhas de cavitação entre as células e assim a separação do estroma ocorre, teoricamente, apenas quando realizamos o levantamento mecânico da lamela. Nesta última tentativa não ocorreu perda de vácuo e optou-se por levantar a lamela da parte inferior até o pedículo, para evitar entrar em planos diferentes e ocorrer separação das lamelas. Mesmo com esta precaução, ocorreu adesão de tecido corneano ao estroma, evidenciando que apenas a aplicação de laser gerou um duplo *flap* (FIG 2). Foi retirado o tecido corneano de 20 micras central (FIG 3) e aplicado o *excimer laser* (FIG 4).

Após 4 meses de acompanhamento, a refração final do paciente foi de OD: +0,75 DE OD e OE: plano - 0,50 DC 180 com 20/20 em ambos os olhos, a biomicroscopia com córnea clara sem sinais de complicações pós refrativa, como HAZE ou crescimento subepitelial(1,2). Foi realizada uma nova ceratoscopia computadorizada de controle (fig 5). A retirada de tecido central de aproximadamente 20 micras gerou uma hipermetropização proporcional ao paciente(3,4).

RESULTADOS



CONCLUSÕES

O caso citado trás alguns aspectos relevantes a serem considerados. Tendo em vista que o “duplo flap” formado durante procedimento intraoperatório poderia gerar complicações e prejuízo á visão do paciente. Apesar de podermos continuar no mesmo local a confecção da lamela em caso de perda de vácuo com o laser de femtosegundo, a sucessiva perda de vácuo pode trazer imprevisibilidade e dificuldade no ato cirúrgico. A possibilidade de uma lamela com profundidade de apenas 20 micras não se mostrou uma opção viável, talvez a melhor possibilidade seria uma lamela mais profunda, provavelmente maior que 40 micras. Finalmente, o resultado após o procedimento foi positivo e o paciente se encontra satisfeito com o resultado e sem uso de lentes oculares corretivas.

REFERÊNCIAS

1. Kanski: oftalmologia clínica; uma abordagem sistêmica/ Brad Bowling- 8 ed;
2. Refractive surgery; na interactive case-based approach / J. Bradely Randleman;
3. Belin, Michael W., MD, FACS; Khachikian, Stephens S., MD; Ambrosio Jr., Renato, MD, PhD “ELEVATION BASED CORNEAL TOMOGRAPHY” Second edition;
4. Boyd Benjamin F.; M.D., F.A.C.S., Argarwal, Amar, M.D. “Wavefront Analysis, Aberroments & Corneal Topography” ISBN Nº.9962-613-18-3