



BRASCRS 2022

XIX Congresso Internacional de Catarata e Cirurgia Refrativa

XIII Congresso Internacional de Administração em Oftalmologia

III Curso de Auxiliares em Oftalmologia

25 A 28 DE MAIO | SALVADOR - BAHIA

E-PÔSTER

Título: ERRO BIOMÉTRICO MIÓPICO EM PACIENTE SUBMETIDO À FACECTOMIA PÓS FECHAMENTO ANGULAR PRIMÁRIO

Nome do(s) autor(es): *Luiz Paulo F. Mesquita, João Victor V. G. Godinho, Gustavo C. Caiado, Natália F. Leão*

Nome da instituição: *Hospital de Olhos Aparecida.*

Palavras-chave: *biometria, catarata, fechamento angular primário.*

Introdução: Erros biométricos podem acontecer em pacientes com glaucoma primário de ângulo fechado (GPAF) ou fechamento angular primário (FAP). O objetivo deste trabalho é relatar um caso de erro biométrico em paciente com catarata branca pós crise de glaucoma agudo por fechamento angular submetido a facectomia com implante de lente intraocular no saco capsular.

Relato de caso: Paciente sexo feminino, 67 anos, compareceu a serviço de oftalmologia com queixa de dor aguda em olho direito há cerca de 4 horas. Nega glaucoma e trauma ocular. Uso de óculos com EE (equivalente esférico) + 4,00 em ambos os olhos (AO). Hipertensa e diabética. Ao exame: acuidade visual com correção (AVcc): < 20/400 em olho direito (OD) e 20/30 em olho esquerdo (OE). Biomicroscopia: OD: câmara anterior formada e rasa, sem reação de câmara, íris trófica sem neovasos em midrâse média paralítica, catarata nuclear 3-4+; OE: câmara anterior formada e ampla, sem reação de câmara, íris trófica sem neovasos, catarata cortical anterior e posterior 2+. Pressão intraocular de aplanação Goldmann (PIO): OD: 23 mmHg e OE: 14 mmHg. Gonioscopia: OD visto linha de Schwalbe com indentação nos 4 quadrantes e OE visto banda do corpo ciliar com indentação nos 4 quadrantes, sem goniosinéquias, com *imprints* irianos. Fundoscopia: OD não possível e OE disco óptico róseo, escavação 0.4x0.3. Optado por terapêutica com: colírios de brimonidina 2mg/ml e timolol 5mg/ml 2x/dia, travoprost 0.004% 1x/dia, pilocarpina 1% 4x/dia em OD, terapia oral com Acetazolamida 400mg 4x/dia e indicado iridotomia periférica com yag laser AO. Procedimento realizado sem intercorrências.

Uma semana após o procedimento paciente retornou para reavaliação do quadro. Sem queixa de dor, notou piora da acuidade visual OD e mantinha uso dos medicamentos descritos acima. À biomicroscopia: OD câmara anterior formada e rasa, midrâse média com íris reativa à luz, catarata total branca; OE sem alteração. PIO: 14 mmHg AO. Indicado facectomia AO.

Exames pré operatórios: microscopia especular de córnea OD com baixa densidade endotelial 1665 células e OE 2293. Ultrassonografia ocular de olho direito, normal. Biometria ultrassônica OD apresentava comprimento axial (AL) 21.84mm e profundidade de câmara anterior (ACD) 2.04mm. Biometria óptica: OD ceratometria 44.50 x 45.50; OE AL 21.74 mm, ACD 2.77mm, ceratometria 44.35x46.36D. Optado por lente intraocular (LIO) monofocal Alcon SN60WF e cálculo feito com uso da fórmula de barrett universal II: OD +25.50 (EE -0.1) e OE +25.50 (EE -0.11). Cirurgias realizadas sem intercorrências com implante de LIO no saco capsular. Intervalo de 15 dias entre as cirurgias.

No retorno de 30 dias do segundo olho operado observado a refração: OD: -2,25-0,50@120 20/30 e OE: +0.25-0.50@95 20/20. Biomicroscopia: OD: córnea sem edema, câmara anterior ampla, íris trófica em midrâse média reativa à luz, LIO no saco capsular; OE: córnea sem edema, câmara anterior ampla, íris trófica reativa à luz, LIO no saco capsular. PIO: 18 mmHg sem uso de medicamentos. Fundoscopia: OD disco óptico róseo, escavação 0.6x0.5 e OE disco óptico róseo, escavação 0.4x0.3. Repetimos a biometria óptica no modo pseudofácico para reavaliar medida do AL: OD 21.93mm e OE 21.77mm.

Discussão: A primeira hipótese para o erro biométrico do OD foi compressão do olho na medida do OD. Mas após reavaliação por meio de biômetro óptico observamos que o AL utilizado para cálculo da LIO era similar. Desta forma, aventamos a possibilidade para o erro estar relacionado a posição efetiva da LIO (ELP). Estudos comparando olhos com GPAF e FAP com olhos sem alteração observaram erro biométrico mais comum hipermetrópico em olhos com FAP. A variabilidade e a magnitude das mudanças pós-operatórias na profundidade de câmara anterior são mais intensas em olhos com GPAF e FAP. As hipóteses para esta imprevisibilidade têm relação com o tamanho do saco capsular e a posição da LIO nesses olhos, com ELP difícil de prever. Com relação as fórmulas mais modernas utilizadas atualmente, alguns estudos comparativos para o cálculo da LIO têm indicado o uso da Hoffer Q para olhos menores que 22mm com um erro biométrico menor no pós operatório, porém, baseando-se nesta fórmula no nosso caso a LIO escolhida seria +26.00 (EE -0.1), com possível erro biométrico maior.

Conclusão: Considerando a grande possibilidade de erro biométrico nos olhos com FAP deve-se informar tal fato para os pacientes no pré-operatório. Uma possibilidade para correção da refração residual nestes casos com maior previsibilidade seria a cirurgia ablativa corneana.