



CIRURGIA IMPLANTO-REFRACTIVA

08:30 | 10:45 SALA PÉGASO

Mesa: Maria do Céu Brochado Pinto, José Pedro Silva, Cristina Tavares

08:30

CL127- COMPRIMENTOS AXIAIS EXTREMOS E CÁLCULO DALENTE INTRAOCULAR COM O IOLMASTER® - ANÁLISE DE 78 OLHOS

Diana Silva, Mário Ramalho, Catarina Areias Pedrosa, Inês Coutinho, Mafalda Mota, Ana Sofia Lopes, Sara Pinto, Peter Pêgo, Isabel Prieto
(Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca)

Introdução: O cálculo da lente intraocular assume extrema relevância para os resultados de cirurgia de catarata. Em doentes com olhos de comprimento axial extremo existem dificuldades acrescidas dada a existência de diferente comportamento nas fórmulas de cálculo da lente. O objectivo deste estudo foi avaliar se a magnitude do erro das fórmulas usadas no cálculo de lentes intraoculares (SRKII, HofferQ, Holladay, SRK-T) é maior para comprimentos axiais extremos (<22mm e >26mm), bem como comparar o desempenho relativo destas fórmulas em cada um dos subgrupos.

Material e Métodos: Os dados foram obtidos de forma retrospectiva em 78 olhos de 65 doentes, 48 com comprimento axial inferior a 22mm e 30 com comprimento axial superior a 26mm. A biometria foi realizada com o Iolmaster® e a refração alvo prevista para a lente intraocular calculada pelas diferentes fórmulas foi comparada com a refração final um mês após a cirurgia. Testou-se a correlação entre comprimento axial e erro verificado.

Resultados: A refração final média foi 0,18 dioptrias (D) \pm 0.65 para olhos com comprimento axial inferior a 22mm e de -1.48 D \pm 1,03 para olhos com comprimento axial superior a 26 mm. O erro absoluto médio (EAM, diferença entre o cálculo de lente e a refração final) para doentes com comprimento axial inferior a 22 mm foi de 0,95 \pm 0.68 com SRKII, 0.48 D \pm 0.38 com HofferQ, 0.54 D \pm 0.42 com Holladay 1 e 0.53 D \pm 0.39 com SRK-T. A fórmula HofferQ foi a que apresentou menor EAM, embora esta diferença apenas tenha significância estatística face à fórmula Holladay 1 ($p=0.016$). Face à SRK-T não foi verificada significância estatística ($p=0.350$). O EAM para olhos com comprimento axial superior a 26 mm foi de 0.95 \pm 0.64 com SRKII, 0.68 \pm 0.46 com HofferQ, 0.74 \pm 0.52 com Holladay 1 e 0.57 \pm 0.38 com SRK-T. A fórmula SRK-T foi a que apresentou menor EAM. Diferiu com significância estatística da fórmula Holladay 1 ($p=0.032$) mas não da fórmula HofferQ ($p=0.156$).

O aumento do EAM associado ao aumento/diminuição do comprimento axial só se verificou para comprimentos axiais superiores a 26mm. Nestes, o EAM aumenta juntamente com o aumento do comprimento axial nas fórmulas SRK-T ($R=0.438$, $p=0.016$), HofferQ ($R=0.447$, $p=0.013$) e Holladay 1 ($R=0.386$, $p=0.035$).

Conclusões: Para comprimento axial inferior a 22mm, a HofferQ tem o melhor desempenho, embora não se diferencie significativamente da SRK-T. Para comprimentos axiais superiores a 26mm, a SRK-T foi a melhor fórmula, com diferença significativa da Holladay 1. A comprimentos axiais sucessivamente mais extremos corresponde um aumento com significado estatístico do EAM nos doentes com comprimentos axiais superiores a 26 mm, mas não nos que têm comprimento axial inferior a 22mm.