

**30170****SORO AUTÓLOGO NO TRATAMENTO DO OLHO SECO GRAVE RESISTENTE À TERAPÊUTICA CONVENCIONAL**

Karla Linck Scheid, Diane Ruschel Marinho, Samuel Rymer, Claudete Ines Locatelli, Bruna Karla Perozzo, Sergio Kwitko, Paulo Ricardo Cavinato. **Orientador:** Diane Ruschel Marinho

**Introdução:** A lágrima contém componentes essenciais tais como o fator de crescimento epitelial, fibronectina, fator de crescimento dos neutrófilos, vitamina A, citocinas, entre outros, os quais mantêm a integridade da superfície ocular. Tanto as alterações estruturais da lágrima quanto a sua deficiência acarretam modificações importantes na superfície ocular, podendo resultar em graves complicações. Várias doenças cursam com alterações ou deficiência do filme lacrimal. O olho seco grave associa-se comumente a defeito epitelial persistente e presença de úlceras neurotróficas, estando também presente em quadros de penfigóide ocular cicatricial, síndrome de Stevens-Johnson, ceratoconjuntivite seca, após transplante de córnea, após ceratite herpética, doença do enxerto versus hospedeiro e ceratopatia pós irradiação. **Objetivos:** Avaliar os efeitos clínicos e a segurança do uso do soro autólogo (SA) em defeitos epiteliais persistentes da córnea e olho seco resistentes à terapêutica convencional, analisando critérios subjetivos de melhora da sintomatologia e critérios clínicos objetivos de resposta à terapêutica. **Metodologia:** Estudo longitudinal prospectivo, análise pelo teste qui quadrado de McNemar. **Inclusão:** pacientes com defeito epitelial persistente ou olho seco grave não responsivo à terapêutica convencional, incluindo uso de lágrima artificial, oclusão dos pontos lacrimais e/ou uso de lente de contato terapêutica. **Considera-se** olho seco grave, situações em que a lubrificação da superfície ocular é tão precária a ponto de provocar sintomas pronunciados de sensação de areia nos olhos, fotofobia e diminuição da acuidade visual por irregularidades de epitélio corneano. **Exclusão:** falta de adesão ao tratamento, infecção sistêmica ou no local da punção ou a presença de defeito epitelial com iminência de perfuração que necessita tratamento cirúrgico. **Critérios objetivos** são determinados através de um exame oftalmológico completo e avaliação da superfície ocular, utilizando biomicroscopia, tempo de ruptura do filme lacrimal (BUT), avaliação da coloração da córnea pela fluoresceína, teste de Schirmer, teste da rosa bengala e avaliação do menisco lacrimal. A preparação do SA é realizada conforme orientação da comissão de infecção do HCPA: são retirados 50 ml de sangue venoso, centrifugado e para cada 1 ml de soro é adicionado 1 ml de metilcelulose 0,5%. **Projeto** GPPG 09-583. **Resultados:** Foram analisados os dados de 35 olhos desde junho de 2009, avaliados os resultados antes e depois de 6 ou 12 meses de uso. No critério subjetivo 18 pacientes obtiveram melhora nos sintomas, 2 pioraram e 15 não alteraram seus sintomas,  $p=0,002$ . Nos critérios objetivos, o BUT normalizou em 15 pacientes, em 2 pacientes ele evoluiu para anormal e em 18 ele não se alterou,  $p=0,002$ ; na coloração com a fluoresceína 20 melhoraram, 1 piorou e 14 não se alteraram,  $p=0,002$ ; no teste de Schirmer 13 normalizaram, 3 evoluíram para anormal e 19 não se alteraram,  $p=0,021$ . Na coloração com o rosa bengala 20 melhoraram, 6 pioraram e 9 não alteraram o padrão,  $p=0,014$ ; quanto ao menisco lacrimal 15 normalizaram, 1 se tornou anormal e em 19 não se alterou,  $p=0,001$ . **Conclusão:** O SA apresenta-se como uma opção terapêutica promissora, eficaz e segura no tratamento de olho seco e defeito epitelial, principalmente para os casos não responsivos a outras formas terapêuticas.