

## Índices biométricos oculares en vietnamitas de 46 a 65 años de edad

### Ocular biometric indices in Vietnamese 46 to 65 years of age

Hien Thi Thu Nguyen<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6658-7962>

Khoa Xuan Ngo<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1718-7644>

Luan Thanh Nguyen<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0858-4106>

Luong Van Hoang<sup>4</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2657-4411>

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Oftalmología de Vietnam. Hanoi, Vietnam.

<sup>2</sup>Universidad Médica de Hanoi. Hanoi, Vietnam.

<sup>3</sup>Universidad de Tecnología Médica de Haiduong. Haiduong, Vietnam.

<sup>4</sup>Universidad Médico Militar de Vietnam. Hanoi, Vietnam.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [thuhienvno@gmail.com](mailto:thuhienvno@gmail.com)

#### RESUMEN

**Introducción:** La longitud axial ocular, la profundidad de la cámara anterior y el grosor corneal central, son tres índices biométricos oculares importantes. Estas medidas son útiles para mostrar los cambios en la población vietnamita con presbicia.

**Objetivos:** Determinar los índices biométricos oculares, longitud axial ocular, profundidad de la cámara anterior y espesor corneal central, en población vietnamita y evaluar la correlación entre ellos y con la edad y el sexo.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal en población vietnamita, con edad de 46 a 65 años. Se recogieron los datos de longitud axial ocular, profundidad de la cámara anterior y grosor corneal central. Se utilizaron la prueba t de Student y ANOVA para comparar las medias de los índices, agrupados por edad y sexo. La relación entre los índices biométricos oculares fue probada mediante la correlación de Pearson, con un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

**Resultados:** Se analizaron 390 ojos de 195 personas. La longitud media del eje ocular fue  $23,13 \pm 0,66$  mm, la profundidad de la cámara anterior,  $3,15 \pm 0,36$  mm, el grosor corneal central,  $529,15 \pm 30,57$   $\mu\text{m}$ . Los tres índices biométricos disminuyeron con la edad y fueron mayores en los hombres ( $p < 0,05$ ). La longitud del eje ocular tuvo relación positiva con la profundidad de la cámara anterior ( $r = 0,411$  y  $p < 0,001$ ) y el espesor corneal central ( $r = 0,141$  y  $p < 0,001$ ). No hubo relación entre la profundidad de la cámara anterior y el grosor corneal central ( $r = 0,039$  y  $p = 0,44$ ).

**Conclusión:** Los tres índices biométricos oculares disminuyeron con la edad y fueron mayores en los hombres. La longitud del eje ocular se relacionó con la profundidad de la cámara anterior y el grosor de la córnea central.

**Palabras clave:** longitud ocular axial; profundidad cámara anterior; grosor corneal central.

## ABSTRACT

**Introduction:** Ocular axial length, anterior chamber depth and central corneal thickness are three important ocular biometric indices. These measurements are useful to show changes in the Vietnamese population with presbyopia.

**Objectives:** To determine the ocular biometric indices, ocular axial length, anterior chamber depth and central corneal thickness, in Vietnamese population and evaluate the correlation between these indices.

**Methods:** A cross-sectional study was carried out in a Vietnamese population, aged 46 to 65 years. Data on ocular axial length, anterior chamber depth and central corneal thickness were collected. The Student's t test and ANOVA were used to compare the means of the indices, grouped by age and sex. The relationship between the ocular biometric indices was tested using Pearson's correlation, with a significance level of  $p < 0.05$ .

**Results:** 390 eyes of 195 people were analyzed. The mean length of the ocular axis was  $23.13 \pm 0.66$  mm, the depth of the anterior chamber,  $3.15 \pm 0.36$  mm, and the central corneal thickness,  $529.15 \pm 30.57$   $\mu\text{m}$ . The three biometric indices decreased with age and were higher in men ( $p < 0.05$ ). The length of the ocular axis had a positive relationship with the depth of the anterior chamber ( $r = 0.411$  and  $p < 0.001$ ) and the central corneal thickness ( $r = 0.141$  and  $p < 0.001$ ). There was no relationship between anterior chamber depth and central corneal thickness ( $r = 0.039$  and  $p = 0.44$ ).

**Conclusion:** Three ocular biometric indices decreased with age and were higher in men. The length of the ocular axis was related to the depth of the anterior chamber and the thickness of the central cornea.

**Keywords:** ocular axial length; anterior chamber depth; central corneal thickness.

Recibido: 26/04/2021

Aprobado: 13/07/2021

## INTRODUCCIÓN

La longitud axial ocular (AO), la profundidad de la cámara anterior (PCA) y el grosor corneal central (GCC) son los 3 índices biométricos oculares principales. La determinación de estos índices, proporciona información oftalmológica importante, en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades oculares. Según *Young*,<sup>(1)</sup> la principal alteración en la miopía y la hipermetropía es la alteración de la AO. Muchas investigaciones han demostrado, en ojos miopes, que cuanto mayor es la PCA, mayor es la AO. Por el contrario, la hipermetropía tiende a tener PCA y AO pequeñas y mayor riesgo de glaucoma que los ojos normales y miopes. Los ojos con una PCA menor de 2,8 mm tienen un riesgo 42,5 veces mayor de glaucoma de ángulo cerrado que una PCA de 3,0 mm. En el tratamiento quirúrgico de la miopía, el GCC juega un papel importante en la elección de la cirugía refractiva con láser excímero o la cirugía refractiva intraocular.<sup>(1)</sup> En ojos con cataratas que tienen indicación de cirugía, la AO es un índice importante para calcular el poder del cristalino artificial.<sup>(2)</sup>

Se han publicado estudios sobre la distribución de índices oftalmológicos en varios países, como China, Estados Unidos y Australia.<sup>(3,4)</sup> Los resultados de estos estudios han establecido una base de datos de referencia, para el diagnóstico y el tratamiento. Estos índices pueden verse afectados por la raza o la herencia, por lo que es imposible que se aplique el mismo estándar para todo el mundo. Por tanto, es necesario realizar estudios en diferentes países, para obtener una base de datos adecuada a las distintas características morfológicas. Con la mejora de la tecnología, la máquina IOL Master puede medir índices biométricos de manera precisa y segura, pues no contacta directamente con la superficie corneal.<sup>(5)</sup>

Los oftalmólogos clínicos han utilizado índices extranjeros para comparar casos con algunos trastornos, sin embargo, muchas mediciones oculares muestran diferencias entre grupos étnicos. En la epidemiología de las enfermedades oculares en Vietnam, existen aquellas en las que la prevención y el diagnóstico, están relacionados con la AO, PCA y GCC, como cataratas, defectos de refracción y glaucoma. Además, la cirugía de catarata, refractiva o de glaucoma puede cambiar la AO, PCA y GCC.<sup>(6,7)</sup> La ausencia de una base de datos de índices biométricos oculares, genera dificultades en el diagnóstico. Por lo tanto, se necesitan más estudios para completar una base de datos de mediciones de índices biométricos oculares normales a diferentes edades, que podría usarse para comparar casos patológicos.

Este estudio se realizó con el fin de determinar, en la población vietnamita, los índices biométricos oculares, AO, PCA y GCC, evaluar la correlación entre ellos, con la edad y el sexo.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal en el Instituto Nacional de Oftalmología de Vietnam, durante el período de un año, a partir de septiembre de 2017. Se incluyeron 390 ojos, de 195 participantes, vietnamitas (residentes en Vietnam), de 46 a 65 años, que voluntariamente accedieron a participar en el estudio.

Fueron excluidos sujetos con lesiones oculares, cirugía ocular previa, cicatriz corneal, cataratas graves, enfermedades oculares agudas, miopía superior a 6 dioptrías o hipermetropía superior a 5 dioptrías.

Cada paciente se sometió a un examen ocular. Se midieron la autorrefracción (con un autorrefractor Nidek), el examen con lámpara de hendidura y el examen del fondo de ojo; para descartar cualquier enfermedad ocular o error de refracción alto. El examen fue realizado por especialistas en oftalmología.

Se utilizó el equipo Carl Zeiss Meditec IOL Master 700 para evaluar la AO, PCA y GCC.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{s^2}{(X, \varepsilon)^2}$$

Donde:

n: tamaño de muestra.

---

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

s: desviación estándar ( $s = 0,368$ ) ( $s = SE \times \sqrt{n} = 0,005 \times \sqrt{4869} = 0,348$ , SE es el error estándar de la media y n es el tamaño de muestra según la investigación de Hashemi.<sup>(8)</sup>

$\alpha$  : nivel de significación ( $\alpha = 0,05$ )

$$Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,962$$

$\varepsilon$ : error esperado ( $\varepsilon = 0,02$ )

X: valor medio (2,62 en la investigación de Hashemi<sup>(8)</sup>).

Con estos valores, el tamaño calculado fue de 171,4. Finalmente se incluyeron 195 sujetos.

Para comparar las medias de la AO, PCA y GCC, se utilizó la prueba t para muestras independientes, entre los sexos. Se utilizó la prueba ANOVA para comparar la diferencia de medias de la AO, PCA y GCC entre grupos de edad. Se aplicó la correlación de Pearson para analizar la correlación entre la AO, PCA y GCC, con un nivel de significación de  $p < 0,05$ . Los datos se analizaron con SPSS v. 20.0.

Este estudio obedece estrictamente los principios de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Médica de Hanoi. Se recopilaron consentimientos informados de los participantes, para el uso de la información en el estudio, de manera anónima.

## RESULTADOS

De los participantes, 101 eran mujeres (51,8 %) y 94 hombres (48,2 %). La edad media fue  $56,43 \pm 5,74$ . Los promedios de la AO, PCA y GCC fueron  $23,13 \pm 0,66$  mm,  $3,15 \pm 0,36$  mm y  $529,15 \pm 30,57$   $\mu$ m, respectivamente. La AO disminuyó con la edad, esta diferencia fue estadísticamente significativa (prueba ANOVA,  $p < 0,05$ ). La AO fue mayor en los hombres; esta diferencia fue estadísticamente significativa (prueba t,  $p < 0,001$ ). La PCA disminuyó con la edad, esta diferencia fue estadísticamente significativa (prueba ANOVA,  $p < 0,001$ ). La PCA fue mayor en los hombres; esta diferencia fue estadísticamente significativa (prueba t,  $p < 0,001$ ). El GCC disminuyó con la edad; la diferencia fue estadísticamente significativa (prueba ANOVA,  $p < 0,05$ ). El GCC fue mayor en los hombres; esta diferencia fue estadísticamente significativa (prueba t,  $p < 0,001$ ) (tabla 1 y tabla 2).

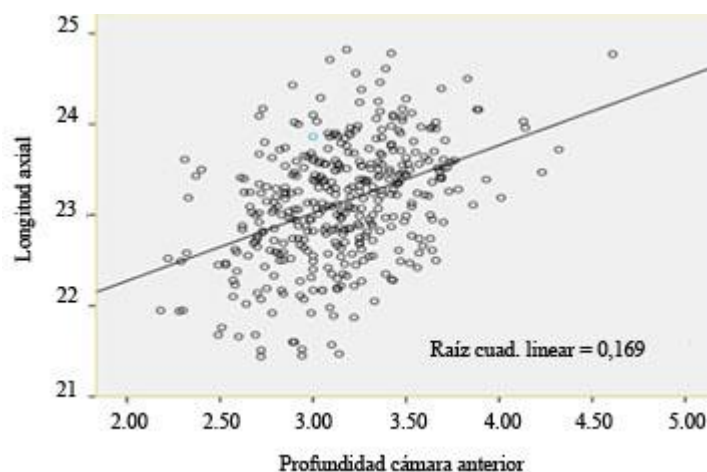
**Tabla 1** – Media de la AO, PCA, GCC y la relación con la edad

Índices biométricos	n = 390	Grupos de edad				p (test ANOVA)
		46 – 50 n = 78	51 – 55 n = 88	56 – 60 n = 120	61 – 65 n = 104	
AO (mm)	23,13 ± 0,66	23,26 ± 0,69	23,23 ± 0,71	23,06 ± 0,63	23,05 ± 0,61	p < 0,05
PCA (mm)	3,15 ± 0,36	3,25 ± 0,33	3,23 ± 0,45	3,12 ± 0,33	3,04 ± 0,33	p < 0,001
GCC (µm)	529,15 ± 30,57	535,63 ± 27,52	533,2 ± 29,32	526,39 ± 35,35	524,59 ± 26,22	p < 0,05

**Tabla 2** – Media de la AO, PCA, GCC y la relación con el sexo

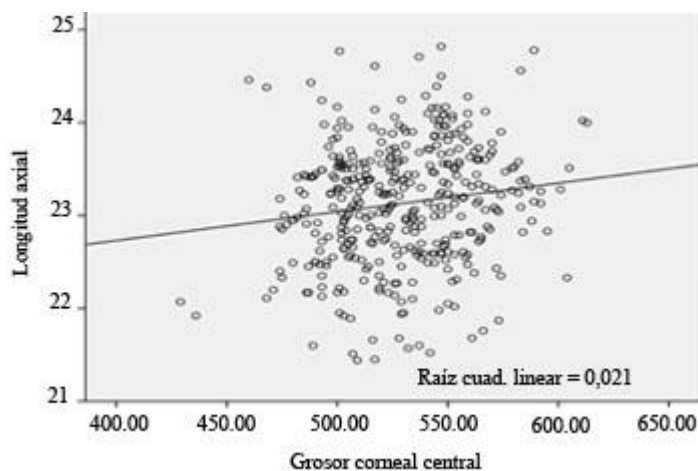
Índices biométricos	n = 390	Sexo		
		Masculino n = 188	Femenino n = 202	p (prueba t)
AO (mm)	23,13 ± 0,66	23,37 ± 0,60	22,90 ± 0,62	p < 0,001
PCA (mm)	3,15 ± 0,36	3,21 ± 0,36	3,08 ± 0,35	p < 0,001
GCC (µm)	529,15 ± 30,57	538,36 ± 31,15	520,58 ± 27,43	p < 0,001

En cuanto a la correlación entre la AO y PCA (Fig. 1), fue significativa ( $r = 0,411$ ;  $p < 0,001$ ). Cuanto mayor sea el AO, mayor será el PCA.



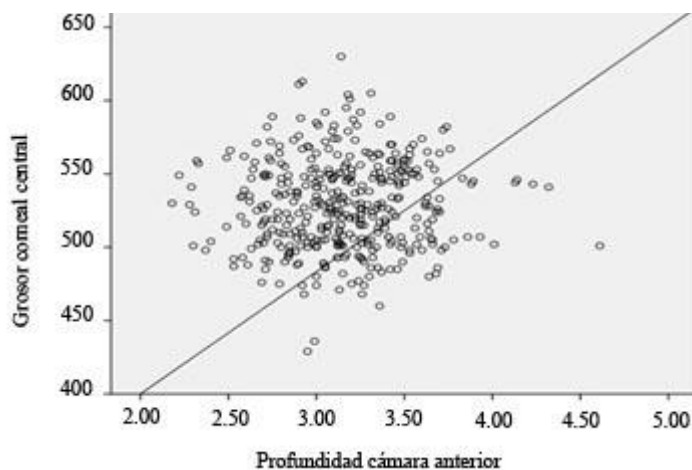
**Fig. 1** – Correlación entre la AO y PCA.

En cuanto a la correlación entre la AO y GCC (Fig. 2),  $r = 0,141$ ,  $p < 0,001$ . Cuanto mayor sea la AO, mayor será el GCC.



**Fig. 2** – Correlación entre la AO y el GCC.

No hubo correlación entre PCA y GCC ( $r = 0,039$ ;  $p = 0,44$ ) (Fig. 3).



**Fig. 3** – Correlación entre la PCA y el GCC.

## DISCUSIÓN

En la literatura médica reciente, los cambios en la AO, PCA y GCC están relacionados con la edad y el sexo.<sup>(8,9,10,11,12)</sup> Después de los 40 años, el ojo comienza a degenerar y presenta presbicia. La AO, PCA y el GCC disminuyen con la edad, en personas mayores de 40 años. La relación directa entre estos índices

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

y la edad fue comprobada por estudios de *Lee*,<sup>(13)</sup> y *Wu*,<sup>(14)</sup> además, la AO, PCA y GCC son mayores en personas con mayor altura y peso.

En este estudio, los tres índices biométricos (AO, PCA y GCC) disminuyeron con la edad. La disminución de la AO conduce a desequilibrio e hipermetropía. Los resultados mostraron una correlación negativa entre la edad y la AO; por lo tanto, las personas mayores tienen un mayor riesgo de hipermetropía. La PCA disminuyó con la edad, especialmente en los mayores de 50 años, en quienes aumenta el riesgo de glaucoma de ángulo cerrado. *Praveen*<sup>(15)</sup> planteó la hipótesis de que la principal causa de la disminución de la PCA, era el engrosamiento del cristalino, debido a la degeneración por la edad. Los mismos resultados fueron reportados por *Shufelt*,<sup>(4)</sup> *Hashemi*<sup>(8)</sup> (50 - 54 años: AO - 23,16 mm; PCA - 2,66 mm; 55 - 59 años: AO 23,07 mm, PCA - 2,60 mm; 60 - 64 años: AO - 23,04 mm, PCA 2,52 mm), *Kadhim*<sup>(16)</sup> (edad 40 - 49: GCC 538,67  $\mu\text{m}$ ; edad 50-59: GCC - 537,39  $\mu\text{m}$ ; edad > 60: GCC - 528,75  $\mu\text{m}$ ). *Gudmundsdottir*<sup>(17)</sup> mostró que la AO disminuye con la edad, en un estudio de cohorte de 5 años, en 846 personas mayores de 50 años, realizado en Islandia. Este aumento en la edad puede deberse a la degeneración, que disminuye la PCA, informa *Praveen*.<sup>(15)</sup> *Hahn* y otros<sup>(18)</sup> asumen que la disminución de los queratocitos, junto con la edad, causa una disminución en el GCC.

La AO, PCA y el GCC en este estudio, fueron más altos en los hombres. Algunos autores plantearon la hipótesis de que la curvatura de la córnea en los hombres, es mayor que en las mujeres, lo que conduce a una mayor distancia de la córnea central al agujero posterior.<sup>(3,4,10)</sup> Los estudios publicados, también muestran niveles más altos de la AO, PCA y GCC en los hombres: *Warrier*<sup>(10)</sup> (masculinos: AO - 23,12 mm, PCA - 2,86 mm; femenino: AO - 22,54 mm, PCA - 2,79 mm), *Shufelt*<sup>(4)</sup> (masculino: AO - 23,65 mm, PCA - 3,48 mm; femenino: AO - 23,18 mm, PCA - 3,36 mm), *He*<sup>(3)</sup> (masculino: AO - 23,38 mm, PCA - 3,15 mm; femenino: AO - 22,83 mm, PCA - 3,08 mm), *Hashemi*<sup>(8)</sup> (masculino: AO - 23,41 mm, PCA - 2,87 mm; femenino: AO - 22,95 mm, PCA - 2,77 mm), *Chen*<sup>(19)</sup> (masculino: GCC - 534,1  $\mu\text{m}$ ; femenino: 528,3  $\mu\text{m}$ ), *Kadhim*,<sup>(16)</sup> (masculino: GCC - 545,7  $\mu\text{m}$ ; femenino: 541,9  $\mu\text{m}$ ). La AO, PCA y GCC, tuvieron una correlación positiva con la talla y el peso.<sup>(13,14)</sup> La talla y el peso medio de las mujeres, son menores que los de los hombres de la misma edad; esa podría ser la razón de la diferencia entre hombres y mujeres. En este estudio, la cámara anterior en las mujeres, era menos profunda en comparación con los hombres, lo que puede aumentar el riesgo de glaucoma de ángulo cerrado en las



mujeres. Los resultados fueron consistentes con la investigación de *Do Thi Thai Ha*,<sup>(20)</sup> cuyo resultado mostró que en Vietnam, la prevalencia de glaucoma en mujeres es más alta que en hombres.

Estos resultados mostraron una relación positiva entre la AO y PCA ( $r = 0,411$ ;  $p < 0,001$ ). Se han realizado muchos estudios sobre esta correlación. *Chen*<sup>(19)</sup> informó una correlación positiva entre la AO y PCA ( $r = 0,651$ ;  $p < 0,001$ ). Se reconoce que PCA es mayor con la AO más alta. *Aprioku*<sup>(21)</sup> observó que por cada milímetro de aumento en la AO, hubo un aumento de 0,07 mm en la PCA ( $r = 0,253$ ,  $p = 0,000$ ) y el valor es mayor en los hombres. *Sedaghat*<sup>(22)</sup> encontró que los hombres tienen una AO promedio mayor ( $23,7 \pm 2,4$  mm frente a  $22,9 \pm 2,1$  mm;  $p < 0,001$ ) y una PCA más profunda en comparación con las mujeres ( $2,93 \pm 0,45$  mm frente a  $2,82 \pm 0,42$  mm,  $p = 0,002$ ).

En este estudio, hubo una correlación positiva débil entre la AO y el GCC ( $r = 0,141$ ;  $p < 0,005$ ). El estudio de *Hwang*<sup>(23)</sup> sobre coreanos mayores de 40 años, muestra los mismos resultados. Sin embargo, estudios de *Chen*<sup>(19)</sup> en taiwaneses mayores de 40 años, no muestran correlaciones. No se encontró correlación entre la PCA y el GCC ( $p = 0,44$ ;  $r = 0,039$ ). *Chen*<sup>(19)</sup> muestra el mismo resultado ( $p > 0,05$ ). Los 3 índices biométricos oculares estudiados, disminuyeron con la edad y fueron mayores en los hombres. La longitud del eje ocular se relacionó con la profundidad de la cámara anterior y el grosor de la córnea central.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Young TL. Complex Trait Genetics of Refractive Error. Arch Ophthalmol. 2007 [acceso: 02/03/2021]; 125(1): 38-48. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/article-abstract/419014>
2. Connell BJ, Kane JX. Comparison of the Kane formula with existing formulas for intraocular lens power selection. BMJ Open Ophthalmology. 2019 [acceso:02/02/2021]; 4: e000251. Disponible en: <https://bmjophth.bmj.com/content/bmjophth/4/1/e000251.full.pdf>
3. He M, Huang W, Li Y, Zheng Y, Yin Q, Foster PJ. Refractive error and biometry in older Chinese adults: the Liwan eye study. Investigative ophthalmology & visual science. 2009 [acceso: 02/03/2021]; 50(11): 5130-6. Disponible en: <https://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2164735>

4. Shufelt C, Fraser-Bell S, Ying-Lai M, Torres M, Varma R. Refractive error, ocular biometry, and lens opalescence in an adult population: the Los Angeles Latino Eye Study. *Investigative ophthalmology & visual science*. 2005 [acceso: 02/04/2021]; 46(12): 4450-60. Disponible en: <https://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2124301>
5. Huang J, Lu W, Savini G, Chen H, Wang C, Yu X, et al. Comparison between a New Optical Biometry Device and an Anterior Segment Optical Coherence Tomographer for Measuring Central Corneal Thickness and Anterior Chamber Depth. *Journal of Ophthalmology*. 2016 [acceso: 02/05/2021]; 2016: 6347236. Disponible en: <https://downloads.hindawi.com/journals/joph/2016/6347236.pdf>
6. Khalid M, Ameen SS, Ayub N, Mehboob MA. Effects of anterior chamber depth and axial length on corneal endothelial cell density after phacoemulsification. *Pak J Med Sci*. 2019 [acceso:02/05/2021]; 35(1):200-4. Disponible en: [https://applications.emro.who.int/imemrf/Pak\\_J\\_Med\\_Sci/Pak\\_J\\_Med\\_Sci\\_2019\\_35\\_1\\_200\\_204.pdf](https://applications.emro.who.int/imemrf/Pak_J_Med_Sci/Pak_J_Med_Sci_2019_35_1_200_204.pdf)
7. Kaup S, Shivalli S, Divyalakshmi KS. Central corneal thickness changes in bevel-up versus bevel-down phacoemulsification cataract surgery: study protocol for randomised, triple-blind, parallel group trial. *BMJ Open* 2016 [acceso:02/03/2021]; 6: e012024. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/9/e012024.full.pdf>
8. Hashemi H, Khabazkhoob M, MirafTAB M, Emamian MH, Shariati M, Abdolahinia T, et al. The distribution of axial length, anterior chamber depth, lens thickness, and vitreous chamber depth in an adult population of Shahroud, Iran. *BMC ophthalmology*. 2012 [acceso: 02/06/2021]; 12(1):50. Disponible en: <https://bmcophthalmol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2415-12-50.pdf>
9. Zocher MT, Rozema JJ, Oertel N, Dawczynski J, Wiedemann P, Rauscher FG, et al. Biometry and visual function of a healthy cohort in Leipzig, Germany. *BMC ophthalmology*. 2016 [acceso: 01/30/2021]; 16(1): 79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27268271>
10. Warriar S, Wu HM, Newland HS, Muecke J, Selva D, Aung T, et al. Ocular biometry and determinants of refractive error in rural Myanmar: the Meiktila Eye Study. *British Journal of Ophthalmology*. 2008 [acceso: 02/05/2021]; 92(12): 1591-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18927224>

11. Grace MR, Wang M, Jiang X. Ocular Determinants of Refractive Error and Its Age- and Sex-Related Variations in the Chinese American Eye Study. *JAMA Ophthalmol.* 2017 [acceso:02/04/2021]; 135(7):724-732. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/2627938>
12. Gessesse GW, Debela AS, Anbesse DH. Ocular Biometry and Their Correlations with Ocular and Anthropometric Measurements Among Ethiopian Adults. *Clinical Ophthalmology.* 2020 [acceso:02/03/2021]; 14: 3363–3369. Disponible en: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=62637>
13. Lee KE, Klein BEK, Klein R, Quandt Z, Wong TY. Association of age, stature, and education with ocular dimensions in an older white population. *Archives of Ophthalmology.* 2009 [acceso: 01/30/2021]; 127(1): 88-93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19139346>
14. Wu HM, Gupta A, Newland HS, Selva D, Aung T, Casson RJ. Association between stature, ocular biometry and refraction in an adult population in rural Myanmar: the Meiktila eye study. *Clinical & experimental ophthalmology.* 2007 [acceso: 02/03/2021]; 35(9): 834-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18173412>
15. Praveen MR, Vasavada AR, Shah SK, Shah CB, Patel UP, Dixit NV, et al. Lens thickness of Indian eyes: impact of isolated lens opacity, age, axial length, and influence on anterior chamber depth. *Eye.* 2009 [acceso: 02/05/2021]; 23(7): 1542. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18949009>
16. Kadhim YJ, Farhood QK. Central corneal thickness of Iraqi population in relation to age, gender, refractive errors, and corneal curvature: a hospital-based cross-sectional study. *Clinical Ophthalmology (Auckland, NZ).* 2016 [acceso: 02/04/2021]; 10: 2369-76. Disponible en: <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=33774>
17. Gudmundsdottir E, Arnarsson A, Jonasson F. Five-year refractive changes in an adult population: Reykjavik Eye Study. *Ophthalmology.* 2005 [acceso: 02/06/2021]; 112(4): 672-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15808261>
18. Hahn S, Azen S, Ying-Lai M, Varma V, Los Angeles Latino Eye Study Group. Central corneal thickness in Latinos. *Investigative ophthalmology & visual science.* 2003 [acceso: 02/05/2021]; 44(4): 1508-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12657586>

19. Chen MJ, Liu UT, Tsai CC, Chen YC, Chou CK, Lee SM. Relationship between central corneal thickness, refractive error, corneal curvature, anterior chamber depth and axial length. Journal of the Chinese Medical Association. 2009 [acceso: 02/05/2021]; 72(3): 133-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1726490109700383>
20. Kho Tàng Kiến Thức Y Học. Khảo sát tình trạng glôcôm trên những mắt có lõm đĩa thị nghi ngờ bệnh glôcôm tại Bệnh viện Mắt Trung Ương. Luận Văn Y Học; 2018. [acceso: 02/05/2021]. Disponible en: <https://luanvanyhoc.com/khao-sat-tinh-trang-glocôm-tren-nhung-mat-co-lom-dia-thi-nghi-ngo-benh-glocôm-tai-benh-vien-mat-trung-uong>
21. Aprioku IN and Ejimadu CS. Analysis of Ocular Axial Length and Anterior Chamber Depth in Port Harcourt, Nigeria. World Journal of Ophthalmology & Vision Research. 2019 [acceso:02/05/2021]; 2(2): 1-7. Disponible en: <https://irispublishers.com/wjovr/pdf/WJOVR.MS.ID.000535.pdf>
22. Sedaghat MR, Azimi A, Arasteh P, Tehranian N, Bamdad S. The Relationship between Anterior Chamber Depth, Axial Length and Intraocular Lens Power among Candidates for Cataract Surgery. Electronic Physician. 2016 [acceso:02/04/2021]; 8(10): 3127-31. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5133039/pdf/epj-08-3127.pdf>
23. Hwang YH, Kim HK, Sohn YH. Central Corneal Thickness in a Korean Population: The Namil Study Central Corneal Thickness in a Korean Population. Investigative ophthalmology & visual science. 2012 [acceso: 02/05/2021]; 53(11): 6851-5. Disponible en: <https://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2127129>

### Conflictos de interés

Los autores plantean que no tienen conflictos de interés

### Declaración de autoría

Conceptualización: *Hien Thi Thu Nguyen, Khoa Xuan Ngo, Luan Thanh Nguyen, Luong Van Hoang.*

Curación de datos: *Hien Thi Thu Nguyen, Khoa Xuan Ngo, Luan Thanh Nguyen, Luong Van Hoang.*

Análisis formal: *Hien Thi Thu Nguyen, Khoa Xuan Ngo, Luan Thanh Nguyen, Luong Van Hoang.*

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

Bajo licencia Creative Commons 

Adquisición de fondos: *Hien Thi Thu Nguyen, Khoa Xuan Ngo, Luan Thanh Nguyen, Luong Van Hoang.*

Investigación: *Hien Thi Thu Nguyen, Khoa Xuan Ngo, Luan Thanh Nguyen, Luong Van Hoang.*

Metodología: *Hien Thi Thu Nguyen, Khoa Xuan Ngo, Luan Thanh Nguyen, Luong Van Hoang.*

Administración del proyecto: *Hien Thi Thu Nguyen, Khoa Xuan Ngo, Luan Thanh Nguyen, Luong Van Hoang.*

Recursos: *Hien Thi Thu Nguyen, Khoa Xuan Ngo, Luan Thanh Nguyen, Luong Van Hoang.*

Supervisión: *Hien Thi Thu Nguyen, Khoa Xuan Ngo, Luan Thanh Nguyen, Luong Van Hoang.*

Validación: *Hien Thi Thu Nguyen, Khoa Xuan Ngo, Luan Thanh Nguyen, Luong Van Hoang.*

Visualización: *Hien Thi Thu Nguyen, Khoa Xuan Ngo, Luan Thanh Nguyen, Luong Van Hoang.*

Redacción – borrador original: *Hien Thi Thu Nguyen, Khoa Xuan Ngo, Luan Thanh Nguyen, Luong Van Hoang.*

Redacción – revisión y edición: *Hien Thi Thu Nguyen, Khoa Xuan Ngo, Luan Thanh Nguyen, Luong Van Hoang.*