

SEEO 90

90 CONGRESO de la SOCIEDAD
ESPAÑOLA de OFTALMOLOGÍA



LIBRO DE RESÚMENES



Bilbao 1- 4 de octubre 2014 - Palacio Euskalduna

GALERÍA

COLABORATIVA

DE IMÁGENES



Conviértase
en un **referente**
en su especialidad

+ 2.200
imágenes
disponibles para
médicos registrados

Descubra y comparta imágenes
Médico-Clínicas publicadas por profesionales
como usted para presentaciones, proyectos
y docencia



El portal sanitario
de referencia
univadis.es

univadis[®]
un servicio de  MSD

Síguenos también en **twitter** @univadis_es

SEEO 90

90 CONGRESO de la SOCIEDAD
ESPAÑOLA de OFTALMOLOGÍA



LIBRO DE RESÚMENES



Patrocinado por



MSD OFTALMOLOGÍA

www.msd.es

Los contenidos de esta publicación reflejan las opiniones y resultados de los autores y no se corresponden necesariamente con los de **MSD**.

Este libro de resúmenes ha sido realizado por la Secretaría del 90 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología.

- Cursos de Actualización
- Comunicaciones Libres
- Casos Clínicos y Maniobras Quirúrgicas de Interés
- Comunicaciones de Investigación
- Vídeos
- Comunicaciones en Panel



SEE@90

CURSOS DE ACTUALIZACIÓN



 MSD OFTALMOLOGÍA


(clorhidrato de dorzolamida y maleato de timolol)


un servicio de  MSD

CURSO C-1

SALA A3
Miércoles, 1 de octubre
10:00-12:00

CIRUGÍA DE GLAUCOMA EN DETALLE

Directores: José M.^a Martínez de la Casa, Pedro Arriola Villalobos

Colaboradores: Gema Rebolleda Fernández, José M. Larrosa Poves, M.^a Isabel Canut Jordana, Esperanza Gutiérrez Díaz, Jorge Vila Arteaga

OBJETIVOS

Realizar un repaso a las distintas técnicas quirúrgicas del Glaucoma, describiendo cada una de ellas, sus resultados y su situación en el algoritmo terapéutico.

GUIÓN

1. Introducción. Indicación de cirugía de Glaucoma.
2. Cirugía mínimamente invasiva (MIGS): Cirugía de derivación trabecular (iStent Glaukos, Hydrus). Cirugía de derivación supracoroidea (Cypass, Glaukos Supra).
3. Esclerectomía profunda no perforante.
4. Cirugía penetrante.
5. Manejo postoperatorio de la cirugía filtrante.
6. Implantes de drenaje.
7. Procedimientos ciclodestructivos
8. Algoritmo quirúrgico en el Glaucoma. Conclusiones, ruegos y preguntas.

CURSO C-2

SALA E
Miércoles, 1 de octubre
10:00-12:00

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PATOLOGÍA NO GLAUCOMATOSA DEL NERVIÓ ÓPTICO

Directores: Gema Bolívar de Miguel, Consuelo Gutiérrez Ortiz
Colaboradores: Miguel A. Teus Guezala, Miguel A. Castejón Cervero, Javier Paz Moreno-Arrones

OBJETIVOS

Instruir al asistente de una forma práctica y razonada los signos clínicos derivados de la exploración del nervio óptico en patología no glaucomatosa mediante fotografía, oftalmoscopia indirecta, lentes precorneales (70 y 90D) y lente de contacto, que permiten el diagnóstico diferencial.

GUIÓN

- 1) - Alteraciones congénitas del nervio óptico:
 - Aplasia e hipoplasia.
 - Disco oblicuo. Disco hipermetrope.
 - Coloboma. Morning glory.
 - Foseta óptica congénita.
 - Papila de Bergmeister.
 - Fibras de mielina.
 - Drusas.
- 2) - Neurooftalmología:
 - Algoritmo diagnóstico del edema de papila.
 - Neuritis óptica.
 - Neuropatía óptica isquémica.
 - Atrofia óptica.

CURSO C-3

SALA B (TERRAZA)
Miércoles, 1 de octubre
10:00-12:00

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO: PROTOCOLOS Y CONSEJOS PRÁCTICOS

Directores: Susana Noval Martín, Daniel Pérez Formigó

Colaboradores: María Granados Fernández, M.^a del Mar González, Marta Galdós Iztueta, Ana Clement, José M.^a Rodríguez del Valle

OBJETIVOS

Como continuación del curso básico, este año profundizaremos en determinadas patologías oculares propias de la infancia. En este curso trataremos de explicar de manera práctica y a través de casos clínicos nuestros protocolos de actuación y de diagnóstico diferencial ante algunos signos o circunstancias concretas.

GUIÓN

- Leucocoria.
- Daltonismo.
- Tortícolis torsional.
- Uveítis anteriores.
- Lesiones palpebrales y proptosis.
- Estrabismos restrictivos o paralíticos.
- Distrofias retinianas.

CURSO C-4

SALA B1
Miércoles, 1 de octubre
11:00-12:00

COMPLICACIONES MACULARES DE LA CIRUGÍA VÍTREO-RETINIANA

Directores: Enrique Díaz de Durana Santa Coloma, Arantza Larrauri Arana
Colaboradores: Gonzaga Garay Aramburu, Ángela Gómez Moreno, Cristian Eduardo Dalmaso

OBJETIVOS

Profundizar en la cirugía vitreo-retiniana a través del aspecto quizá menos conocido y reconocido de la misma: aquellas situaciones en las que algo va mal, y en especial cuando afecta a la mácula. Intentaremos no sólo describir y reconocer dichas situaciones complejas, sino su abordaje y resolución de la forma más adecuada posible.

GUIÓN

Desde que en 1921 Jules Gonin publicó el tratamiento del desprendimiento de retina, base de la actual cirugía extraescleral y la posterior descripción de la cirugía vitreoretiniana por Robert Machemer en 1972, precursora de la vitrectomía pars plana, la cirugía vitreoretiniana no ha cesado de incorporar mejoras técnicas hasta lo que hoy son la cirugía extraescleral y vitrectomía pars plana modernas. A pesar de los avances técnicos y de la experiencia acumulada, como toda técnica quirúrgica, no está exenta de posibles complicaciones.

En este apartado nos ocuparemos de las complicaciones maculares derivadas o relacionadas con la cirugía vitreoretiniana, tanto intra como postquirúrgicas.

Aunque hay poca bibliografía publicada al respecto, hablaremos de nuestra casuística, y de las complicaciones que por su frecuencia, o por su excepcionalidad nos parecen más relevantes. Las dividimos en intra y postquirúrgicas:

- Intraquirúrgicas:
 - Colorante submacular.
 - Hemorragia submacular.
 - Perfluorocarbono (PFCL) subfoveal/acúmulo de líquido subretiniano
- Postquirúrgicas:
 - Membrana epirretiniana macular/extramacular secundaria.
 - Edema macular cistoide.
 - Persistencia de fluido submacular/acúmulo de fluido subretiniano.
 - Fototoxicidad.
 - Agujero macular secundario/agujero macular ectópico
 - Pliegues retinianos maculares.

CURSO C-5

SALA B3
Miércoles, 1 de octubre
11:00-12:00

MANEJO DEL QUERATOCONO: ACTUALIZACIÓN EN DECISIONES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS

Directores: José Ignacio Recalde Yurrita, Juan Antonio Durán de la Colina
Colaboradora: M.^a Isabel Lema Gesto

OBJETIVOS

Actualización en diagnóstico.
Estadaje y progresión.
Protocolos de actuación en consulta.
Indicaciones terapéuticas; médicas y quirúrgicas.

GUIÓN

1. Descripción del cuadro: epidemiología, diagnóstico, evolución, topografía.
2. Nuevos enfoques patogénicos: inflamación, frotamiento ocular.
3. Tratamientos quirúrgicos: implantación de anillos intracorneales con láser de Femto-segundo, cross-linking corneal en sus diversas formas; la queratoplastia a día de hoy.
4. Contactología en los casos difíciles: lentes híbridas, de apoyo escleral.
5. Perspectivas.

CURSO C-6

SALA C1
Miércoles, 1 de octubre
10:00-12:00

MICS 23G FÁCIL: TÉCNICAS DE FACOEMULSIFICACIÓN BIMANUAL PARA EL FUTURO INMEDIATO. CURSO Y WETLAB

Directores: David Antolín García, M.ª Paz Rodríguez Ausín

Colaboradores: Irene Canal Fontcuberta, Lucía Gutiérrez Martín, César Hita Antón, Sara Llorente González, Cristina Míguez García, Daniel Pérez Formigó

OBJETIVOS

Adquisición de habilidades prácticas para la implementación de la técnica bimanual de faco 23G como base de la cirugía de todo tipo de cataratas con un incremento de la seguridad y eficacia del procedimiento. Aprovechamiento de la sinergia de la técnica con los nuevos procedimientos de femtofacó. Wetlab al efecto.

GUIÓN

Fundamentos técnicos. Fluídica, parámetros y variantes de facoemulsificación. Plataformas de facoemulsificación. Aplicabilidad de la técnica. Customización. Instrumental y lentes intraoculares. Técnica de facoemulsificación 23G. Técnicas de fractura clásicas y sin chop. Curva de aprendizaje. Resolución de casos complejos. Cataratas blancas y negras. Zonulopatía. Manejo de la pupila estrecha sin dispositivos expansores. IFIS. Prevención y resolución de complicaciones. Resultados y manejo del astigmatismo. Perspectivas futuras. Femtofacó y MICS.

CURSO C-7

SALA C3
Miércoles, 1 de octubre
10:00-12:00

APLICACIONES PRÁCTICAS DE LA ELECTROFISIOLOGÍA VISUAL EN OFTALMOLOGÍA CLÍNICA

Directora: Miren Itxaso Herrera Cabezón

Colaboradores: Estíbaliz Garamendi Ramírez, Íñigo Corcóstegui Crespo

OBJETIVOS

Promover el conocimiento básico de la aplicación práctica clínica de los estudios electrofisiológicos estándar en oftalmología.

Conocer qué debemos esperar de cada prueba –PEV, ERG pattern, ERG flash, ERG multifocal, EOG–; además de deshacer mitos implantados, como que unos PEV patológicos significan una neuropatía óptica.

GUIÓN

El conocimiento sobre electrofisiología visual ha evolucionado de forma notable en los últimos años, pero no siempre ha sido paralelo al conocimiento que los oftalmólogos hemos adquirido sobre ella. Este curso pretende acercar al oftalmólogo a la realización, interpretación y valor de un estudio electrofisiológico visual; además de las condiciones mínimas que debe cumplir un paciente para realizar la prueba.

Comenzaremos con un resumen de las pruebas estándar en electrofisiología visual -PEV, ERG pattern, ERG flash, ERG multifocal, EOG- haciendo hincapié en el valor que cada una aporta -. Conoceremos también los protocolos que el ISCEV (International Society for Clinical Electrophysiology of Vision) propone para cada una de ellas. Seguiremos analizando diferentes casos clínicos reales (neuropatías, distrofias retinianas y coroides, toxicidad retiniana, pérdida de visión funcional...) en que la electrofisiología ha sido importante para elaborar un diagnóstico.

CURSO C-8

SALA BARRIA
Miércoles, 1 de octubre
11:00-12:00

ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA MACULAR

Directores: Juan M. Laborda Oñate, Pedro Martínez Villa

Colaboradores: Mariano Rodríguez Maqueda, Juan M. Cubero Parra

OBJETIVOS

Curso dirigido a oftalmólogos y residentes de oftalmología cuyo objetivo es profundizar de una forma dinámica, mediante vídeos quirúrgicos, en la actualidad sobre la cirugía macular de diferentes patologías. El asistente al curso conocerá la cirugía macular desde sus indicaciones a posibles maniobras quirúrgicas en diferentes patologías.

GUIÓN

Las principales patologías a tratar serán: agujeros maculares, membranas epirretinianas, hemorragias submaculares, mácula miópica y mácula en desprendimiento de retina. Dentro de todas ellas se harán diferencias por etiología, estadio u otras características clínicas. Se expondrán resumidamente aspectos etiopatogénicos, indicaciones quirúrgicas y factores pronósticos.

Se desarrollarán los diferentes instrumentales, tinciones, equipos y demás utilidades necesarias para el abordaje quirúrgico.

La mayor parte del curso constará de vídeos quirúrgicos de cada una de las patologías comentadas así como de variantes patológicas, posibles complicaciones y diferentes técnicas quirúrgicas para el abordaje de la cirugía macular.

CURSO C-9

SALA BARRIA II
Miércoles, 1 de octubre
11:00-12:00

PSEUDOEXFOLIACIÓN: CIRUGÍA Y CATARATA

Directores: Javier Mendicute del Barrio, Iñaki Rodríguez Aguirretxe

Colaboradores: Lucía Bascarán Oteyza, Victoria de Rojas Silva, Betty Lorente Bulnes,
Ramón Lorente Moore

OBJETIVOS

Actualización en todo lo relacionado con la pseudoexfoliación del cristalino. Desde la valoración preoperatoria hasta las claves quirúrgicas y el manejo postoperatorio.

GUIÓN

- Descripción de la enfermedad, epidemiología y enfermedades asociadas. Betty Lorente. 7 minutos.
- Valoración preoperatoria y riesgos intraoperatorios. Lucía Bascarán. 7 minutos.
- Maniobras quirúrgicas. Javier Mendicute. 6 minutos.
- Prevención de la luxación tardía del complejo zónulo capsular. V. De Rojas. 10 minutos.
- Anillos: ¿Cuáles? ¿Cuándo? Javier Mendicute. 10 minutos.
- Glaucoma y pseudoexfoliación. Iñaki Rodríguez Aguirretxe. 10 minutos.
- Complicaciones tardías. Ramón Lorente. 10 minutos.

CURSO C-10

SALA E
Jueves, 2 de octubre
9:00-11:00

OFTALMOPATÍA TIROIDEA: PROTOCOLO PARA TRATAMIENTO MÉDICO EN LOS CUADROS ACTIVOS Y PAUTAS DE CIRUGÍA. DESCOMPRESIÓN, ESTRABISMO RESTRICTIVO Y RETRACCIÓN PALPEBRAL

Directores: José V. Pérez Moreiras, Consuelo Prada Sánchez

Colaboradores: María Varela Agra, Fernando Rodríguez Álvarez, Nicolás Toledano Fernández, Alejandro Álvarez, Guillermo Salcedo

OBJETIVOS

- Presentar el protocolo de actuación y tratamiento en los pacientes con OT. ACTIVA con signos de inflamación en los tejidos orbitarios. Saber elegir el momento en el que se tiene que poner el tratamiento y como elegir entre esteroides y terapia biológica que nos aporte buenos resultados en mas del 95% de los casos.
- Saber cuándo es el momento de descomprimir una exoftalmía y qué tenemos que hacer según sea uni o bilateral. Saber qué paredes óseas elegir y valorar el riesgo de generar complicaciones como fístulas de LCR, diplopía horizontal o vertical, enoftalmos neuropatía isquémica, etc. y cómo podemos corregirlos o evitarlos.

GUIÓN

1. Protocolo de tratamiento médico: esteroides y/o terapia biológica (RTX o Tocilizumab). Cuándo y cómo aplicarlo. Dosis y pautas.
2. Decisiones quirúrgicas: cuándo y cómo operar.
Cómo se estudia cada caso según clínica, TC cómo lo queremos y qué buscamos en las imágenes.
¿Es realmente necesaria la RMN?
3. Ventajas e inconvenientes de hacer descompresiones.

CURSO C-11

SALA B1
Jueves, 2 de octubre
9:00-11:00

MANIOBRAS COMPLEJAS EN CIRUGÍA DE VÍTREO-RETINA

Directores: Félix Armadá Maresca, Agustín Fonseca Sandomingo

Colaboradores: Jesús García Martínez, Gloria Amorena Santiesteban, Mónica Asencio Durán, Irene Rosa Pérez, Natalia Pastora Salvador, Pino Ciudad Betegón

OBJETIVOS

Actualización de conocimientos en maniobras complejas quirúrgicas en vítreo-retina, mediante la proyección de vídeos y exposición detallada del procedimiento. Se buscará el debate y el diálogo con los participantes al curso, para profundizar en aspectos de la cirugía.

GUIÓN

Plantear distintas maniobras de cirugía de Vitreo-Retina, en sus distintos campos, Cirugía Macular, Desprendimiento de Retina, Retinopatía proliferante diabética, Retina Pediátrica en sus distintas patologías, Traumatismos oculares, Cirugía combinada Facó-Vitrectomía, Cuerpos extraños intraoculares, etc.

Profundizar en el conocimiento de dichas maniobras quirúrgicas, de tal forma que el asistente pueda contrastar sus conocimientos y ampliarlos.

CURSO C-12

SALA B3
Jueves, 2 de octubre
9:00-11:00

CASOS COMPLEJOS EN TRASPLANTE CORNEAL

Directores: Alberto Villarrubia Cuadrado, Antonio Cano Ortiz

Colaboradores: Jaime Etxebarria Ecenarro, Juan P. Álvarez de Toledo,
Javier Celis Sánchez

OBJETIVOS

Abordar casos complejos en trasplante corneal, en cada una de sus vertientes; lamelares anteriores, lamelares posteriores y queratoplastia penetrante así como casos extremos en los que se terminan realizando técnicas de queratoprótesis.

Se pretende mostrar vídeos ilustrativos de cada sección para poder discutir cuál es la mejor opción quirúrgica a desarrollar.

GUIÓN

Casos complejos en DALK.

Casos complejos en DSAEK.

Casos complejos en DMEK.

Casos complejos en QPP.

Queratoprótesis.

CURSO C-13

SALA C1
Jueves, 2 de octubre
9:00-11:00

ESTRABISMOS DIVERGENTES: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO

Directores: Juan C. Castiella Acha, Juan García de Oteyza

Colaboradores: María Anguiano Jiménez, Silvia Gómez, Helena Noguera Núñez

OBJETIVOS

Unificar criterios de tratamiento médico y las indicaciones quirúrgicas.

GUIÓN

Cómo se realiza el diagnóstico de un estrabismo divergente intermitente.

Cómo se realiza la exploración de un estrabismo divergente.

Tratamiento médico, ¿hasta cuándo?

¿Cuándo indicamos la cirugía?

Técnicas quirúrgicas según la clasificación.

Resultados.

CURSO C-14

SALA C3
Jueves, 2 de octubre
9:00-11:00

IMPLANTES SECUNDARIOS

Directores: Victoria de Rojas Silva, Ramón Lorente Moore

Colaboradores: José F. Alfonso Sánchez, Fernando González del Valle, Betty Lorente Bulnes, Javier Mendicute del Barrio, Lorenzo López Guajardo, Paula Vázquez de Parga Salleras

OBJETIVOS

Curso basado en vídeos con los siguientes objetivos:

- Presentar las diversas opciones para la realización de un implante secundario, su técnica, ventajas e inconvenientes para seleccionar la alternativa más adecuada en cada caso.
- Explicar por medio de vídeos en detalle las técnicas básicas a emplear para cada una de las alternativas (sutura iris, nudo Siepser, tapetes esclerales, bolsillo Hoffman, nudo media lazada para Hoffman).
- Mostrar las posibilidades de combinación con otras cirugías (vitrectomía, queratoplastia, reparación de iris).

GUIÓN

1. Evaluación preoperatoria
2. Implantes secundarios en cámara anterior:
 - Lentes de apoyo angular: técnica, ventajas, inconvenientes
 - Lentes ancladas a iris prepupilares: técnica, ventajas, inconvenientes
3. Implantes secundarios en cámara posterior:
 - Lentes ancladas a iris retropupilares: técnica, ventajas, inconvenientes
 - Lentes suturadas a iris: técnica, ventajas, inconvenientes
 - Lentes implantadas en sulcus: técnica, ventajas, inconvenientes
 - Lentes fijadas a esclera: técnica, ventajas, inconvenientes

CURSO C-15

SALA BARRIA
Jueves, 2 de octubre
9:00-11:00

EVALUACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE GLAUCOMATOSO

Directores: M.^a Dolores Pinazo y Durán, Ignacio Vinuesa Silva

Colaboradores: Julián García Sánchez, José Salgado Borges, M.^a José Vinuesa Silva,
Isabel Lopes Cardoso

OBJETIVOS

Revisar la fisiopatología, los factores de riesgo, la tonometría, las pruebas morfológicas y funcionales, los biomarcadores moleculares, el tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico del glaucoma para protocolizar la evaluación integral del paciente glaucomatoso.

GUIÓN

Primera Parte.- El Diagnóstico

Fisiopatología del glaucoma. Julián García Sánchez

Factores de Riesgo.

Presión Intraocular. Parámetros Corneales: José Salgado Borges

El Campo Visual: Ignacio Vinuesa Silva

La Tomografía de Coherencia Óptica

Biomarcadores Moleculares y Genéticos en el glaucoma Primario de Angulo Abierto: M.^a

Dolores Pinazo y Durán

Comentarios y Preguntas

Segunda Parte.- El Tratamiento

Tratamiento Médico del Glaucoma: Josefa M Vinuesa Silva

La Cirugía del glaucoma: Isabel Lopes Cardoso

Comentarios y Preguntas.

CURSO C-16

SALA BARRIA II
Jueves, 2 de octubre
9:00-11:00

DILEMAS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN UVEÍTIS

Directores: Alfredo Adán Civera, Alejandro Fonollosa Calduch

Colaboradores: Miguel Cordero Coma, David Díaz Valle, Joseba Artaraz Beobide,
Víctor Llorens Belles, Marina Mesquida Febrer, Laura Pelegrín Colás

OBJETIVOS

Ofrecer a los asistentes una actualización en técnicas diagnósticas y tratamientos en uveítis. Se trata de un curso práctico en el que dicha actualización emana de casos clínicos reales y complejos desde el punto de vista de diagnóstico diferencial y/o opciones terapéuticas.

GUIÓN

Cada ponente plantea un caso clínico con abundante iconografía a lo largo de 10 minutos. En los siguientes 5 minutos los ponentes discuten y subrayan los aspectos clave del diagnóstico y el tratamiento. También se solicita la participación y opinión del público asistente.

CURSO C-17

SALA C1
Jueves, 2 de octubre
15:30-16:30

ACTUALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD HERPÉTICA OCULAR

Directores: David J. Galarreta Mira, José M.^a Herreras Cantalapiedra

Colaboradora: Lidia Cocho Archiles

OBJETIVOS

Actualizar los conocimientos de la biología, de las formas clínicas, del tratamiento y de los nuevos abordajes y objetivos terapéuticos de la afectación oftálmica de la familia del virus del herpes.

GUIÓN

- Biología del virus del herpes. Lo que debe saber el oftalmólogo.
- Formas clínicas. No olvidarse de su diagnóstico
 - Dérmica.
 - Queratitis.
 - Uveítis.
 - Retinitis.
 - Neuritis.
 - Herpes y Queratoplastia.
- Tratamientos.
 - Herpetic eye disease study. La mayor evidencia científica. Fallos y aciertos.
 - Pautas actuales de tratamiento. ¿Cuándo, cuánto y por cuánto tiempo?
 - Nuevas opciones terapéuticas. ¿qué viene? ¿cuáles son los objetivos terapéuticos?

CURSO C-18

SALA C3
Jueves, 2 de octubre
15:30-16:30

NUEVAS TÉCNICAS PARA LA CIRUGÍA DEL ESTRABISMO

Director: Jaime Tejedor Fraile

Colaboradores: Pilar Merino Sanz, Carlos Laria Ochaíta, Jesús Barrio Barrio

OBJETIVOS

- Enseñar y conocer nuevos procedimientos quirúrgicos, útiles en el tratamiento del estrabismo.
- Al final del curso, el participante será capaz de utilizar o iniciarse en la aplicación de nuevas técnicas quirúrgicas para el estrabismo, con la finalidad de mejorar los resultados quirúrgicos y reducir las complicaciones.

GUIÓN

Descripción de nuevos procedimientos quirúrgicos: Cirugía mínimamente invasiva (tipos de incisión conjuntival), mini-tenotomía, plegamiento central, avance completo del músculo oblicuo superior, miectomía nasal del oblicuo inferior, procedimiento Faden-polea, alargamiento por múltiples miotomías, uso de membrana amniótica, reforzamiento por inyección de bupivacaína, transposición en el síndrome de Duane, cirugía de anclaje al periostio. Se presentarán videos y estudios sobre resultados de los procedimientos.

CURSO C-19

SALA BARRIA
Jueves, 2 de octubre
15:30-16:30

BLEFAROPLASTIA. INDICACIONES Y TÉCNICAS

Directora: Andrea Sanz López

Colaboradores: Marco Sales Sanz, Andrea Sales Sanz, Hae-Ryung Won Kim

OBJETIVOS

Describir la valoración prequirúrgica del paciente candidato a una blefaroplastia, para individualizar el tratamiento y minimizar el riesgo de complicaciones.

Explicar las distintas variantes de blefaroplastia superior, y los detalles de la técnica quirúrgica.

Explicar las variantes de blefaroplastia inferior, detallando las indicaciones de cada una de ellas, y los detalles quirúrgicos.

Detallar las complicaciones quirúrgicas posibles, haciendo hincapié en como evitarlas y en como tratarlas en caso de que se presenten.

GUIÓN

- Blefaroplastia superior.
- Blefaroplastia inferior.
- Blefaroplastia en asiáticos.
- Complicaciones, prevención y tratamiento.

CURSO C-20

SALA E
Jueves, 2 de octubre
15:00-17:00

SIMULACIÓN Y DISIMULACIÓN. ACTUALIZACIÓN Y TÉCNICAS AMBULATORIAS DIAGNÓSTICAS

Directores: Enrique Santos Bueso, Diego Zarco Villarrosa

Colaboradores: Irene Gallego Lago, Ana M.^a Muñoz Hernández, Federico Sáenz-
Francés,

Sofía García Sáenz, José A. Menéndez de Lucas, M.^a José Vinuesa Silva,
Julián García Sánchez

OBJETIVOS

1. Actualización en simulación y disimulación.
2. Simulación infantil.
3. Simulación en adultos.
4. Práctica y dominio de pruebas diagnósticas ambulatorias.

GUIÓN

1. Introducción.
2. Simulación en adultos.
3. Simulación en niños.
4. Casos prácticos.
5. Enfermedades autolimitadas.
6. Repercusión legal de la simulación y disimulación.
7. Prácticas de los participantes.

CURSO C-21

SALA B (TERRAZA)
Viernes, 3 de octubre
9:00-10:00

VIDEOOCULOGRAFÍA 3D; CLAVES PARA SU MANEJO E INTERPRETACIÓN

Directores: Carlos Laria Ochaíta, Joan Prat Bartomeu

Colaborador: David Piñero Llorens

OBJETIVOS

Profundizar en el conocimiento de la Videooculografía 3D como técnica de registro de la motilidad ocular, enseñando la claves para su manejo e interpretación, así como mostrando las ventajas de una técnica que nos permite un nuevo enfoque para el análisis de los movimientos oculares desde un punto de vista dinámico y con una precisión nunca obtenida hasta la fecha, pudiendo aplicarse sus resultados a múltiples campos de la oftalmología.

GUIÓN

- * Desarrollo de la Videooculografía en la historia.
- * Ventajas e inconvenientes de su aplicación.
- * Campo de aplicación en Oftalmología: Estrabismos; Nistagmus, Cirugía Refractiva; Neurología y Terapia Visual
- * Claves prácticas para el manejo de los equipos de videooculografía.
- * Aplicación clínica para el diagnóstico de las principales patologías:
 - Estrabismos horizontales.
 - Estrabismos verticales.
 - Estrabismos disociados.
 - Parálisis oculomotoras.
 - Nistagmus.
 - Cirugía refractiva.
 - Terapia visual.
- * Aplicación clínica de una nueva interpretación de los movimientos oculares desde el punto de vista dinámico.
- * Conclusiones.

CURSO C-22

SALA E
Viernes, 3 de octubre
9:00-10:00

ABORDAJE INTEGRAL DEL QUERATOCONO

Directores: Jesús Merayo Llovés, José F. Alfonso Sánchez

Colaboradores: Carlos Lisa Fernández, Tatiana Suárez, Arancha Po, David J. Galarreta Mira,
Begoña Baamonde Arbaiza, Marcela M. Espinosa-Lagana

OBJETIVOS

Al final del curso el alumno será capaz de:

- Conocer los conceptos actuales en ciencias básicas respecto al queratocono: epidemiología, fisiopatología y biomarcadores.
- Conocer las claves de diagnóstico.
- Aplicar la clasificación de queratocono para el tratamiento quirúrgico.
- Manejar de forma autónoma el tratamiento médico.
- Conocer las innovaciones en tratamiento quirúrgico.

GUIÓN

- Ciencias básicas y queratocono: epidemiología, genética, fisiopatología y patogenia, factores de riesgo.
- Diagnóstico y clasificación.
- Tratamiento médico y medidas preventivas.
- Tratamiento quirúrgico: cirugía aditiva de la córnea, segmentos de anillos intraestromales, entrecruzamiento de colágeno con radiación ultravioleta y riboflavina, queratoplastia. Técnicas combinadas.
- Resultados y complicaciones.

CURSO C-23

SALA A3
Viernes, 3 de octubre
9:00-10:00

¿CÓMO OBTENER LOS MEJORES RESULTADOS EN LA CIRUGÍA DE LA CATARATA CON CIRUGÍA REFRACTIVA PREVIA?

Director: Miguel J. Maldonado López

OBJETIVOS

Al finalizar este curso, el asistente será capaz de identificar y evitar las fuentes de error más comunes que dan lugar a que el transcurso o el resultado de la cirugía de la catarata en el paciente con cirugía refractiva corneal o intraocular previas puedan ser más complicados, atendiendo no solo a aspectos puramente biométricos, sino a otros muchos propiamente quirúrgicos y de valoración adecuada del paciente.

GUIÓN

1. Planificación correcta de la cirugía para respetar el principio de la no intersección:
 - 1.1. Localización de las incisiones en QR.
 - 1.2. Localización de las incisiones en LASIK.
2. Elección de la lente intraocular adecuada:
 - 2.1. Cálculo del poder de la lente:
 - 2.1.1. Cálculo de la potencia real de la córnea intervenida.
 - 2.1.2. Valoración adecuada de la longitud axial en el paciente con lente fáquica.
 - 2.1.3. Utilización de las fórmulas de cálculo más apropiadas teniendo en cuenta el cálculo de la posición efectiva de la lente (PEL).
 - 2.2. Elección de la asfericidad adecuada.
 - 2.3. Elección de la toricidad apropiada.
 - 2.4. Elección de la compensación de la presbicia más adecuada.
3. Ejecución correcta de la intervención:
 - 3.1. Parámetros y fluídicas más apropiadas con cirugía queratorrefractiva previa.
 - 3.2. Compensación de la posible dehiscencia zonular en implantes fáquicos de cámara posterior.
 - 3.3. Medicación postoperatoria apropiada.
4. Seguimiento e interpretación correctos de los hallazgos postoperatorios:
 - 4.1. Estabilización tardía del resultado tras algunas cirugías queratorrefractivas previas.
 - 4.2. Manejo adecuado de las curvas hipermetrópica y miópica iniciales.
 - 4.3. Interpretación apropiada de la posible «sorpresa refractiva».

CURSO C-24

SALA A1
Viernes, 3 de octubre
9:00-11:00

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES EN LA CIRUGÍA DEL CRISTALINO

Directores: José R. Hueso Abancéns, José L. Encinas Martín

Colaboradores: Encarnación Mengual Verdú, Clara Cajigal Morales, J. García Aguirre

OBJETIVOS

Analizar las complicaciones que pueden producirse durante cada una de las fases de la cirugía del cristalino, empezando con el control de la dinámica de fluidos para evitar el colapso de la cámara anterior, así como las hiperpresiones oculares, para posteriormente ir desarrollando lo que nos puede suceder en cada una de las fases de la emulsificación. Se describen tanto las complicaciones de polo anterior como las de polo posterior, analizando las distintas estrategias para poder evitarlas.

GUIÓN

1. Dinámica de fluidos.
2. Incisiones.
3. Iris: Efusión, Prolapso, Sdr. del Iris Flácido Intraoperatorio.
3. Capsulorrexia (Manual, láser...).
4. Maniobras de hidrodissección e hidrodelineación. Técnica de Seguridad.
5. Modalidades de Fractura nuclear.
6. LIOs.
7. Complicaciones en Polo Posterior: prevención y tratamiento.

CURSO C-25

SALA C3
Viernes, 3 de octubre
9:00-11:00

QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL

Directores: Emeterio Orduña Domingo, José L. Güell Villanueva
Colaboradores: José F. Alfonso Sánchez, Javier Celis Sánchez, Isabel Dapena Sevilla,
David J. Galarreta Mira, Rocío Regueiro Salas, Íñigo Jiménez Alfaro,
Juan P. Álvarez de Toledo, Alberto Villarrubia Cuadrado, Javier
Mendicute
del Barrio, Francisco Arnalich Montiel

OBJETIVOS

Curso práctico cuyo objetivo es adquirir conocimientos necesarios para iniciarse en las técnicas actuales de Queratoplastia Endotelial tanto DSAEK como DMEK. Cómo evitar complicaciones en la curva de aprendizaje. Resultados que se pueden esperar. Discusión de ambas técnicas por cirujanos expertos en las mismas.

GUIÓN

1. Introducción: Antecedentes y Evolución Histórica del Transplante Endotelial.
2. Principios Anatomofisiológicos del complejo Descemet-Endotelio. Manejo, Obtención y conservación del donante. Criterios de calidad del tejido. Conservación y tratamiento. Controles Bacteriológicos.
3. Técnica DSAEK: Instrumentación. Curva de Aprendizaje y trucos. Tratamiento y seguimiento Postoperatorio.
4. Técnica DMEK. Instrumentación. Curva de Aprendizaje y trucos. Tratamiento y seguimiento Postoperatorio.
5. Causas de Fracaso precoz y tardío. Rechazo del Aoinjerto Endotelial.
6. Resultados. Complicaciones postoperatorias. Manejo del Desprendimiento de la MD. Rebubbling.
7. DSAEK Versus DMEK: Ventajas e inconvenientes de cada Técnica.
8. Manejo de la Catarata asociada con Distrofia de Fuchs.
9. Casos Complejos DSAEK/DMEK.
10. Perspectivas de futuro del tratamiento de la patología Endotelial.

CURSO C-26

SALA C1
Viernes, 3 de octubre
11:15-12:15

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL IRIS: TÉCNICAS QUIRÚRGICAS E IMPLANTES SUSTITUTIVOS

Directores: Juan P. Álvarez de Toledo, Joaquín Barraquer Moner
Colaborador: Rafael I. Barraquer Compte

OBJETIVOS

1. Exponer a los asistentes de forma sistemática las diferentes técnicas quirúrgicas de reconstrucción del iris en las diversas situaciones que se presentan en la práctica, desde las más simples a las más complejas.
2. Analizar los distintos implantes de sustitución iridiana parciales o totales disponibles en la actualidad, sus indicaciones, complicaciones, ventajas y desventajas.

GUIÓN

1. Suturas iridianas simples y complejas.
2. Iridotomías, iridectomías e iridoplastias intraoperatorias: técnicas e indicaciones.
3. Reconstrucción del iris tras traumatismos previos.
4. Reconstrucción tras patología iridiana secundaria a otros procedimientos quirúrgicos.
5. Patología tumoral del iris: melanomas, quistes epiteliales.
6. Implantes iridianos de sustitución:
Parciales: anillos con segmentos iridianos.
Totales: lentes diafragmadas rígidas e implantes iridianos plegables.

CURSO C-27

SALA C3
Viernes, 3 de octubre
11:15-12:15

CONTROVERSIAS EN PATOLOGÍA MACULAR MÉDICO-QUIRÚRGICA

Director: Lorenzo López Guajardo

Colaboradores: Juan Donate López, Roberto Gallego Pinazo, Rosa Dolz Marco

OBJETIVOS

Actualización del conocimiento existente en determinados aspectos de patología macular médico-quirúrgica para los que no existe un consenso en la actualidad.

El formato del curso se basa en la presentación de casos reales sobre estos temas de controversia y la posterior solución presentada por cada uno de los ponentes, lo que permitirá contrastar los distintos tratamientos propuestos.

GUIÓN

Presentación de casos reales y posterior discusión de:

- 1) **PATOLOGÍA DE LA INTERFASE VITREORRETINIANA:**
 - 1a Membrana epirretiniana y visión disminuida
 - 1b Membrana epirretiniana y Edema macular quístico
 - 1c Agujero macular + Distrofia macular
 - 1d Agujero macular + Degeneración Macular Asociada a la Edad
- 2) **EDEMA MACULAR DIABÉTICO:**
 - 2a Edema macular diabético naive con componente traccional leve
 - 2b Edema macular diabético asociado a isquemia angiográfica
- 3) **DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD (DMAE):**
 - 3a Degeneración Macular Asociada a la Edad + líquido persistente tras múltiples tratamientos intravítreos
 - 3b Desprendimiento del epitelio pigmentario sin líquido intrarretiniano/subretiniano
- 4) **OBSTRUCCIÓN VENOSA RETINIANA:**
 - 4a Obstrucción de rama venosa retiniana asociada a edema macular isquémico
 - 4b Obstrucción de vena central de la retina asociada a edema macular y grandes quistes

CURSO C-28

SALA C1
Viernes, 3 de octubre
15:00-16:00

TRUCOS PARA EVITAR COMPLICACIONES EN LA FACOEMULSIFICACIÓN

Directores: Carlos Piñana Darias, David Viera Peláez

Colaboradores: Francisco Medina Rivero, Haridián Peñate Santana, Yasmín Bahaya Álvarez, Sara Romero Báez

OBJETIVOS

Intentar minimizar en la medida de lo posible, las complicaciones propias de la técnica de facoemulsificación. Es un curso de nivel básico, orientado principalmente a aquellos Oftalmólogos que después de terminar su residencia, se enfrentan al reto de hacer frente ellos solos a la cirugía de la catarata, sin el apoyo habitual del médico adjunto ya formado, con el cual se sentían arropados. Trata de evitar los problemas y el temor a la cirugía, propia del cirujano que se inicia, dándole motivos para sentirse seguro.

GUIÓN

Se explica detalladamente cada paso en la facoemulsificación, advirtiendo de las posibles complicaciones en cada uno de ellos, y que pautas y detalles técnicos se deben utilizar para evitarlas. Se utilizarán proyecciones de diapositivas y vídeos de intervenciones quirúrgicas realizadas en nuestro hospital.

CURSO C-29

SALA C3
Viernes, 3 de octubre
15:30-17:30

**CRITERIOS ÓPTICOS Y BIOMÉTRICOS PARA LA SELECCIÓN DE LENTES
INTRAOCULARES DIFRACTIVAS**

Directores: José F. Alfonso Sánchez, Luis Fernández-Vega Sanz

Colaboradores: Carlos Lisa Fernández, José I. Blázquez García, Mariano Yllera Sánchez

OBJETIVOS

Al final del curso el alumno será capaz de indicar y personalizar la mejor alternativa de lente intraocular para la cirugía de cataratas y la lensectomía refractiva.

GUIÓN

Indicaciones personalizadas de Lente Intraocular (LIO)

- Cuándo recomendar monofocal
- Personalización de LIO bifocal / trifocal y progresiva

Técnica quirúrgica:

- Claves en la medida de la LIO
- Con o sin anillos capsulares

Resultados

Complicaciones

Resumen

CURSO C-30

SALA C1
Viernes, 3 de octubre
16:30-17:30

ECOGRAFÍA OCULAR

Directores: Fernando Mascaró Ballester, José M.^a Caminal Mitjana
Colaborador: Ferrán Mascaró Zamora

OBJETIVOS

En este curso se pretende de manera eminentemente práctica, dar una visión de la ecografía ocular abordada desde el segmento anterior hasta el segmento posterior.

Es por lo tanto el objetivo principal, conseguir unos conocimientos básicos de ecografía ocular que permitan al oftalmólogo general tener unas guías de actuación para un correcto diagnóstico ante diversas entidades clínicas a las que puede enfrentarse en la práctica diaria.

Es por ello que pretendemos que aquellos que posean un ecógrafo en la consulta y que tienen la sensación de no sacarle el suficiente partido, consigan integrarlo en su práctica habitual.

GUIÓN

1. Principios básicos de la ecografía.
2. Biometría y Ecografía de polo anterior. UBM.
3. Ecografía en la patología vitreoretiniana.
4. Ecografía en la patología de la coroides.
5. Ecografía de los tumores intraoculares.
6. Leucocoria.
7. Ecografía del nervio óptico.

CURSO C-31

SALA A3
Sábado, 4 de octubre
12:30-13:30

CURSO PRÁCTICO DE PENTACAM

Director: David Pérez Silguero
Colaboradora: Nuria Garzón Jiménez

OBJETIVOS

Pentacam se ha convertido en un utensilio imprescindible en la práctica diaria de cualquier oftalmólogo especializado en segmento anterior. La propia cirugía de cataratas obliga a la búsqueda de la emetropía, por lo que todo aquel que la practica se ha convertido en cirujano refractivo. Si añadimos a ello el manejo del astigmatismo, el uso de lentes Premium, crosslinking, anillos corneales, lentes epicristalinianas, cirugía refractiva corneal, implantes tipo Kamra... Podremos darnos cuenta cómo la actualización en este dispositivo es algo imprescindible para cualquier oftalmólogo. El objetivo es, partiendo de conceptos básicos en la comprensión del pentacam, conocer las pantallas más utilizadas en mayor profundidad, apoyándonos para ello en casos prácticos que ilustren las explicaciones, y siempre de un modo práctico. Queremos que quien acuda al curso sea capaz de manejar las diferentes pantallas con soltura y aplicarlas a su práctica diaria, y deseche la práctica habitual de tener en cuenta sólo los colores que ofrecen los diferentes mapas, sin conocer muchas veces su significado ni las cifras que aparecen. Nuestro objetivo es **EMINENTEMENTE PRÁCTICO**. Sabemos que tenemos el apoyo de la casa Oculus para ello, sin que tengamos ningún lazo comercial ni económico con los mismos. Prueba de ello es que fui el coordinador de la pasada reunión nacional de usuarios de Pentacam del 27/septiembre de 2013 en el 89 congreso de la SEO en Tenerife. Sabemos que, en caso de necesitarlos, contamos con otros especialistas en segmento anterior y Pentacam que nos han brindado su apoyo, por lo que el curso tiene asegurada su presentación.

GUIÓN

- Comprendiendo la tomografía basada en la elevación y la importancia de comprender la superficie de referencia.
 - Evaluación paquimétrica comprensiva.
 - Superficie de referencia modificada.
 - Atlas de topografía de elevación.
 - Imágenes de Scheimpflug en la práctica clínica.
 - Pentacam y catarata.
 - Pentacam y lentes Premium.
 - Pentacam y anillos corneales.
 - Pentacam y lentes fáquicas.
 - Pentacam y cirugía refractiva corneal.
 - Pantallas futuras y en construcción.
- Todo ello con casos prácticos e interactivo.

CURSO C-32

SALA E
Sábado, 4 de octubre
12:30-13:30

DISPOSITIVOS DE DRENAJE PARA GLAUCOMA DE TUBO LARGO. CUÁL ESCOGER Y CÓMO HACER QUE FUNCIONE

Directores: Esperanza Gutiérrez Díaz, Marta Montero Rodríguez

Colaboradores: M.^a Dolores Lago Llinás, Gema Rebolleda Fernández, José L. Urcelay Segura

OBJETIVOS

Describir los dispositivos de drenaje para glaucoma de tubo largo actualmente comercializados en España, analizando las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos.

Describir la técnica quirúrgica para el implante de estos dispositivos especificando los pasos más importantes y las medidas de prevención de las complicaciones más frecuentes e importantes.

Describir el manejo postoperatorio, pauta de tratamiento y calendario de revisiones.

GUIÓN

Dispositivos de drenaje, características e indicaciones de cada dispositivo.

Técnica quirúrgica, incluye los siguientes subapartados:

- Elección del cuadrante y sutura del reservorio.
- Tallado del túnel escleral e introducción del tubo en cámara anterior.
- Sutura conjuntival y recubrimiento del tubo extraocular.
- Sistemas de restricción en los dispositivos de flujo libre.

Manejo postoperatorio: pauta general y específica de los dispositivos de flujo libre.

CURSO C-33

SALA B (TERRAZA)
Sábado, 4 de octubre
12:30-13:30

APLICACIONES PRÁCTICAS EN LA CLÍNICA DIARIA DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DEL SEGMENTO ANTERIOR

Directores: Javier A. Urcola Carrera, Gonzaga Garay Aramburu

Colaboradores: Ángela Gómez Moreno, Francisco J. Cabrerizo Núñez, Cristian Eduardo Dalmaso

OBJETIVOS

Enseñar a identificar estructuras y parámetros morfológicos referencia para la observación y seguimiento de determinadas patologías oculares.

GUIÓN

1. Descripción de las características y propiedades de las distintas versiones de tomógrafos de coherencia óptica comercializados actualmente, Visante y Cirrus (Carl Zeiss), OCT-1000 y 2000 (Topcon), Opto-Vue (Oftaltech) y Casia (Tomey).
2. Aplicaciones de las OCT de segmento anterior:
 - a. En glaucoma: descripción de línea Schwalbe, espolón escleral, canal de Schlemm, canales colectores y medidas angulares como distancia de apertura ángulo, ángulo trabeculo-iridiano, etc. Se detallarán los cambios angulares post iridotomía Yag, iridoplastia periférica láser argon y post cirugía de cristalino Se analizarán también las características morfológicas de las ampollas subconjuntivales en cirugía no perforante (fluido epiescleral posterior, quistes subconjuntivales, encarceración de iris y quiste de Tenon).
 - b. En superficie ocular estudio de meniscometría (altura y profundidad de menisco lagrimal) para ojo seco, epifora y malposiciones palpebrales.
 - c. Estudio de la arquitectura de la incisión corneal tras cirugía de catarata y producción de desprendimientos de endotelio-descemet.
 - d. Estudio de la arquitectura de las esclerotomias tras inyecciones intravitreas, producción de desprendimientos ciliocoroideos e encarceraciones vítreas.
 - e. Estudio topográfico en queratocono y correlación con el grosor escleral.
 - f. Descripciones y localizaciones de patologías de diferentes estructuras (endotelio, iris...).
 - g. Estudio y seguimiento postoperatorio de la cirugía corneal (Queratoplastias, DMEK, DSAEK...).
 - h. Estudio y seguimiento de patología inflamatoria corneal.

CURSO C-34

SALA B1
Sábado, 4 de octubre
12:30-13:30

INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL GLAUCOMA

Directores: Consuelo Gutiérrez Ortiz, José I. Belda Sanchís

Colaboradores: Esperanza Gutiérrez Díaz, Carmen Rodríguez-Bermejo Guijo, José L. Urcelay Segura

OBJETIVOS

Que el asistente sea capaz de poder individualizar la cirugía más conveniente para cada paciente según la gravedad de su glaucoma (desde la hipertensión ocular hasta el glaucoma terminal) y su etiología. De esta manera podrá elegir entre las cirugías disponibles en el momento actual: desde el bypass trabecular en los casos más leves, pasando por la esclerectomía profunda no penetrante y la trabeculectomía en los moderados y graves, hasta otros procedimientos de drenaje (Ahmed, Molteno, ex-press) en casos de mayor complejidad; para llegar a la ciclofotocoagulación con láser diodo en los glaucomas terminales.

GUIÓN

- Introducción: ¿Cómo individualizar en cada paciente según su gravedad y etiología?
- By-pass trabecular
- Esclerectomía no penetrante
- Trabeculectomía
- Implantes de drenaje (valvulados y no valvulados): Ahmed, Molteno, ex-press
- Ciclofotocoagulación con láser diodo
- Conclusiones

CURSO C-35

SALA B3
Sábado, 4 de octubre
12:30-13:30

¿CÓMO EMPEZAR CON DESCemet MEMBRANE ENDOTHELIAL KERATOPLASTY (DMEK)?

Directora: Marina Rodríguez Calvo de Mora

Colaboradores: Isabel Dapena Sevilla, Javier Cabrerizo, Miguel L. Naveiras Torres-Quiroga, María Satué, Gerrit Melles

OBJETIVOS

El objetivo de este curso es introducir y describir el concepto de queratoplastia endotelial de membrana de Descemet (DMEK), aportando un conocimiento actualizado sobre sus resultados y complicaciones. Además se impartirán, paso a paso, nociones de cómo, tanto un cirujano corneal principiante como uno experto, pueden iniciarse en esta técnica, que puede ser realizada con éxito tanto en un ámbito clínico privado como en uno público.

GUIÓN

1. Evolución de la queratoplastia endotelial hasta la actual DMEK, indicaciones y selección de pacientes.
2. Preparación del injerto para DMEK.
3. Técnica quirúrgica estandarizada y técnicas alternativas.
4. Resultados clínicos (agudeza visual, refracción y densidad de células endoteliales).
5. Prevención y manejo de las complicaciones.

CURSO C-36

SALA C1
Sábado, 4 de octubre
12:30-13:30

NUTRICIÓN, HÁBITOS DE VIDA Y FACTORES GENÉTICOS EN OFTALMOLOGÍA: ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA

Directores: José J. García Medina, Vicente Zanón Moreno

Colaboradores: Konrad Schargel Palacios, Roberto Gallego Pinazo, Antonio Ferreras Amez, Ignacio Vinuesa Silva, Rosa Dolz Marco, Daniel Sánchez Martínez, Enrique Santos Bueso

OBJETIVOS

En este curso se pretenden dar ideas útiles y claras a partir de evidencias científicas actualizadas acerca de los diferentes factores de riesgo, sobre todo los modificables, que influyen en las patologías oculares más prevalentes. Su finalidad es eminentemente práctica para poder orientar a nuestros pacientes en la clínica diaria. Se repasarán las asociaciones más significativas entre cada patología ocular considerada y hábitos o situaciones del paciente como la nutrición, suplementación micronutricional, tabaco, alcohol, sueño-vigilia, ejercicio, medidas posturales, salud mental y estatus socioeconómico así como una aproximación somera y al alcance del oftalmólogo de los factores genéticos.

GUIÓN

1. Introducción.
2. Ojo seco.
3. Catarata.
4. Glaucoma.
5. Retinopatía diabética.
6. Miodesopsias y desprendimiento de retina.
7. DMAE.
8. Obstrucciones vasculares retinianas.
9. Neuropatías ópticas.

CURSO C-37

SALA C3
Sábado, 4 de octubre
12:30-13:30

MEDIOS DIAGNÓSTICOS ACTUALES EN LA PATOLOGÍA VÍTREO-RETINIANA MACULAR

Director: Gonzalo Corcóstegui Guraya

Colaboradores: Javier Araiz Iribarren, Íñigo Corcóstegui Crespo, Miren Itxaso Herrera Cabezón

OBJETIVOS

El conocimiento de las claves diagnósticas actuales en los métodos de estudio de la patología macular y su interrelación.

GUIÓN

La continua evolución de las técnicas diagnósticas (angiografía fluoresceínica y verde indocianina, autofluorescencia, tomografía óptica de coherencia y electrorretinograma multifocal macular) y la diversidad de parámetros que gracias a ellas podemos obtener, hacen que sea imprescindible el exacto conocimiento de estos métodos para el diagnóstico de precisión en la patología macular, en la indicación del tratamiento y evolución tras el mismo.

Se insistirá en los signos claves que obtenidos gracias a estas exploraciones nos ayuden a la consecución de nuestros objetivos diagnósticos y terapéuticos, revisando así mismo casos clínicos de la práctica diaria.

CURSO C-38

SALA BARRIA
Sábado, 4 de octubre
12:30-13:30

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON RETINOPATÍA DIABÉTICA

Directores: Antonio Ferreras Amez, Emilio Abecía Martínez

Colaboradores: M.^a Carmen Egea Estopiñán, Sonia Fernández Larripa, Pilar Calvo Pérez, Beatriz Abadía Álvarez

OBJETIVOS

Mostrar los puntos clave en el manejo de la retinopatía diabética y sus complicaciones. Se presentarán de forma gráfica y práctica las aplicaciones de las tecnologías multi-modalidad en la práctica clínica. El objetivo del curso será aprender a optimizar el diagnóstico y tratamiento del paciente diabético mediante toma de decisiones basadas en la evidencia científica.

GUIÓN

Enfoque multidisciplinar del paciente diabético.

Pruebas de imagen para el estudio de la retinopatía diabética. Valoración de la isquemia macular y periférica.

Telemedicina para el diagnóstico de retinopatía diabética en atención primaria.

Planteamientos terapéuticos y abordaje del edema macular diabético.

Recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo de la retinopatía diabética.

SEE@90

COMUNICACIONES LIBRES



 MSD OFTALMOLOGÍA


(clorhidrato de dorzolamida y maleato de timolol)


un servicio de  MSD

CL1

CROSS-LINKING REALIZADO A TRAVÉS DE UNALENTE HIDRÓFILA, CUANDO LA CÓRNEA ES EXTREMADAMENTE FINA

RECALDE YURRITA José Ignacio, RODRÍGUEZ AGIRRETXE Iñaki, RECALDE YURRITA Rafael, SAN CRISTÓBAL EPALZA Juan

Propósito: Evaluar la seguridad y efectividad del cross-linking corneal (CXL) realizado bajo (a través de) una lente de contacto hidrófila impregnada de riboflavina, cuando la paquimetría corneal es inferior a 400 μm .

Método: Se realiza una revisión de 5 pacientes (6 ojos) con ectasia post-lasik. Todos presentaban córneas muy adelgazadas. Se realizó CXL siguiendo el Protocolo de Dresde; desepitelización, 30' de impregnación corneal con riboflavina y 30' de irradiación UVA (360 nm). Como las córneas eran demasiado delgadas para realizar el tratamiento con garantías, se colocó una lente de contacto hidrófila (LCH) sobre la córnea. Esto proporcionó un incremento instantáneo del grosor corneal de unas 150 μm , y el tratamiento se pudo realizar como de costumbre, aunque a través de la LCH impregnada en riboflavina. Se utilizaron varios tipos de lentes, pero siempre sin escudo anti UVA que, lógicamente, las haría inadecuadas para este tratamiento. Se realizó análisis topográfico con ORBSCAN II (Bausch&Lomb, Rochester, NY, USA).

Resultados: Con seguimientos entre 3 y 5 años, la topografía revela: K-apex, desviación media de 0,4 D (rango 0 a 1). Desviación media de K-max, 0,6 D (rango -0,8 a 2,6). Desviación media del astigmatismo topográfico, -0,1 D (rango -2,3 a 0,9). La paquimetría mínima media era de 353 μm (rango 385 a 317) y no se observaron modificaciones postoperatorias. No hubo variaciones significativas en el conteo endotelial. La agudeza visual con corrección (AVCC) mejoró 4 líneas en un caso, se estabilizó en otro, disminuyó en una línea en dos casos y hubo un caso que perdió dos líneas de AVCC.

Conclusiones: La aposición de una lente de contacto impregnada en riboflavina previamente al tratamiento con CXL en caso de que no pudiéramos engrosar la córnea por otros medios, es un método seguro y razonablemente efectivo según se deriva de los datos que se presentan.

CL2

PRUFUNDIDAD DE ANILLOS INTARCORNEALES MEDIDA CON OCT: CREACIÓN DEL TUNNEL DE FORMA MANUAL VERSUS FEMTOSEGUNDO

CONTIERI LAMBIASE Fabio, GARCÍA CATALÁN M.^a del Rocío, GARCÍA MARCOS Manuel, GALLARDO GALERA José M.^a

Propósito: Comparar la variación entre la profundidad programada y la obtenida en pacientes con implante de segmentos intraestromales asistido por láser de femtosegundo y de forma manual.

Método: Estudio prospectivo en el que se estudiaron 16 ojos de 13 pacientes con implante de anillos asistido con láser femtosegundo y 13 ojos de 13 pacientes con implante manual de anillos intraestromales de Ferrara, con un seguimiento postoperatorio superior a tres meses. En todos ellos, se realizó una tomografía de coherencia óptica para comparar la variación de la profundidad programada con la obtenida. En el análisis estadístico se utilizó la prueba de t de Student. Un segundo observador analizó las imágenes y se calculó el coeficiente de correlación intraclase (ICC) entre los dos observadores.

Resultados: En el grupo de anillos implantados con la ayuda del femtosegundo, la edad media de los pacientes era $30,4 \pm 14,4$ años. La profundidad media del corte programado era de $406 \pm 22,21$ μm . La profundidad media del corte realizado, medida con OCT, era de $390,5 \pm 33,5$ μm . En el grupo de anillos implantados de forma manual, la edad media era $28,1 \pm 10,4$ años. La profundidad media del corte programado era de $374,6 \pm 19,3$ μm . La profundidad media del corte realizado, medida con OCT, era de $414,5 \pm 32,5$ μm . La diferencia entre profundidad deseada y realizada era de $10,1$ μm en el grupo con femtosegundo y de $39,9$ μm en los manuales. Esta diferencia era estadísticamente significativa ($p < 0,001$). El ICC de la profundidad del corte medida con OCT fue de 0,58.

Conclusiones: Existe una diferencia discreta, aunque estadísticamente significativa, entre la profundidad del segmento programada y la obtenida, a favor de los implantados con láser de femtosegundo.

CL3

RESULTADOS VISUALES, REFRACTIVOS Y TOPOGRÁFICOS DE SEGMENTOS INTRACORNEALES EN QUERATOCONO CON FENOTIPO DUCK

CASCO SILVA Bruno, D'ANNA MARDERO Oriana, HIERRO ZARZUELO Almudena del, BOTO DE LOS BUEIS Ana

Propósito: Evaluar los cambios visuales, refractivos y topográficos, así como la indicación de segmentos intracorneales (ICRS) con láser femtosegundo en pacientes afectos de queratocono (QC) con patrón topográfico tipo duck.

Método: Realizamos un estudio retrospectivo incluyendo 14 ojos con QC tipo duck. Se evaluaron datos clínicos y topográficos previos y 6 meses luego de la implantación de ICRS. La topografía y aberrometría corneal se obtuvieron con Pentacam Scheimpflug camera. Las principales variables fueron la AV mejor corregida (MAVC), cilindro topográfico, aberrometría, tipo de anillo implantado y las complicaciones postoperatorias.

Resultados: La MAVC a los 6 meses tras implantación de ICRS mejoró en 1 o más líneas en el 57,14%, en un 28,58% se mantuvo estable y el 14,28% empeoró 1 o más líneas. De los QC estudiados, 64,2% correspondía a ojos miopes y 35,8% a hipermetropes. El 57,14% padecían astigmatismo oblicuo, 28,57% directo y 14,2% inverso. En 3 ojos, la asfericidad corneal (Q) fue superior a 1. El 100% de los ojos con menos de 3 D de astigmatismo requirieron un solo ICRS, de los que el 50% correspondió a 210° de longitud de arco y el 50% a 150°-160°. El 70% de los ojos con más de 3 D de astigmatismo requirieron 1 solo ICRS, mientras que el 30% restante 2. De ellos, el 20% correspondieron a 120° de longitud de arco, 70% a 150°-160° y 20% a 210°. En caso de implantarse dos segmentos, uno siempre correspondía a 90°. El astigmatismo topográfico mejoró en el 78,57%, se mantuvo constante en 7,14% y empeoró en el 14,28%. Se observó inversión del astigmatismo topográfico en un caso y extrusión del segmento en otro, correspondiendo a implantación superficial del mismo.

Conclusiones: El QC tipo duck cursa con astigmatismo oblicuo en mayor porcentaje. La implantación de ICRS resultó eficaz en cuanto a mejoría de MAVC y astigmatismo topográfico, con baja tasa de complicaciones. El segmento más frecuentemente implantado correspondió a 150-160° de longitud de arco.

CL4

DISTRIBUCIÓN DE LA OSMOLARIDAD EN UNA POBLACIÓN SENIL ESPAÑOLA

GONZÁLEZ MESA Ana M.^a, EGUREN SOTO Mainer, PAZ MORENO-ARRONES Javier

Propósito: Analizar y describir la osmolaridad lagrimal en la población senil española no seleccionada mediante el osmómetro de impedancia eléctrica TearLab[®] (TearLab Osmolarity System).

Método: Estudio transversal, en el que reclutamos un total de 92 ojos de 46 pacientes consecutivos empatados por edad y sexo (25 hombres y 21 mujeres), con una media de edad de 71,10 ± 8,87 años a los que se analizó la osmolaridad de la película lagrimal mediante el osmómetro de impedancia eléctrica TearLab[®]. El rango medible del aparato se encuentra entre 275 y 400 mOsm/L, con una precisión de ± 5 mOsm/L.

Resultados: El 54,35% de nuestra muestra mostró normo-osmolaridad lagrimal, considerada como un nivel de osmolaridad menor a 300 mOsmol/L. El resto mostraron valores superiores a 308 mOsmol/L, de los cuales el 41,30% se encontraban por encima de 316 mOsmol/L. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grado de osmolaridad entre hombres y mujeres.

Conclusiones: En la población senil española existe un porcentaje destacablemente alto de pacientes con alteración en la osmolaridad lagrimal. Tras medir la osmolaridad lagrimal de una forma mínimamente invasiva, con el osmómetro TearLab[®], el 45,65% de los pacientes mostraron hiperosmolaridad lagrimal, siendo normo-osmolar en el resto de los pacientes estudiados.

CL5

QUERATITIS POR ACANTHAMOEBA: CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA ENTRE CULTIVO, PCR Y MICROSCOPIA CONFOCAL

HERNÁNDEZ MARRERO Dayra, SOLÉ GONZÁLEZ Lorena, ÁLVAREZ MARÍN Jorge, RODRÍGUEZ GIL Ruymán

Propósito: Correlacionar las imágenes de microscopía confocal in vivo obtenidas con microscopía confocal mediante HRTII-RCM (Heidelberg Retina Tomograph II, Rostock Cornea Module) en córneas con sospecha de queratitis por Acanthamoeba, con el diagnóstico de confirmación mediante cultivo y reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Método: Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas, de pacientes con diagnóstico de queratitis por Acanthamoeba confirmado mediante cultivo, visitados en nuestro hospital, durante los años 2012-2013. De cada paciente, se recogieron características epidemiológicas, factores de riesgo de queratitis por Acanthamoeba y diagnóstico de sospecha inicial en la primera visita. Se revisaron las imágenes de microscopía confocal in vivo realizadas previas a la confirmación del cultivo.

Resultados: Se incluyen 12 ojos con diagnóstico de queratitis por Acanthamoeba confirmado mediante cultivo de raspado corneal en el 100% de los casos y mediante PCR en el 91,7%. El 66,7% eran hombres y la edad media fue de $40,17 \pm 10,62$ años. Todos los pacientes eran inmunocompetentes, 9 casos eran usuarios habituales de lentes de contacto (LC) (75%), 4 casos (33,3%) reconocían mal uso de ellas y 2 casos (16,7%) referían traumatismo previo. El diagnóstico de sospecha inicial fue de queratitis por Acanthamoeba en el 50% de los casos. El estudio con microscopía confocal se realizó en 10 casos (83,4%) siendo el resultado positivo para Acanthamoeba en 8 (80%).

Conclusiones: En la actualidad el gold standard en el diagnóstico de las queratitis por Acanthamoeba son los estudios microbiológicos, basados en el cultivo, examen microscópico directo y PCR. Sin embargo, la microscopía confocal es una técnica no invasiva que permite un diagnóstico precoz y con una sensibilidad elevada.

CL6

RESULTADOS VISUALES, REFRACTIVOS Y TOPOGRÁFICOS DE SEGMENTOS INTRACORNEALES EN QUERATOCONO CON FENOTIPO CROISSANT

MARQUINA LIMA Kelly Sonia, CASCO SILVA Bruno, HIERRO ZARZUELO Almudena del, BOTO DE LOS BUEIS Ana

Propósito: Evaluar los cambios visuales, refractivos y topográficos (AV), así como la indicación de segmentos intracorneales (ICRS) con láser femtosegundo en pacientes afectados de queratocono (QC) con patrón topográfico tipo croissant.

Método: Realizamos un estudio retrospectivo incluyendo 19 ojos con QC patrón croissant. Se evaluaron datos clínicos, refractivos y topográficos prequirúrgicos y a los 6 meses luego de implantación de ICRS. El Pentacam Scheimpflug camera se utilizó para determinar la topografía y aberrometría corneal. Las principales variables fueron la AV mejor corregida (MAVC), cilindro topográfico, aberrometría, tipo de anillo implantado y complicaciones postoperatorias.

Resultados: La MAVC a los 6 meses mejoró 1 ó más líneas en un 47,37%, en el 15,78% se mantuvo estable y en el 8,27% disminuyó 1 ó más líneas. La media de esfera preoperatoria fue de 2,58 dioptrías (D), siendo el 66,66% miope y 33,33% hipermetrope. El 52,63% tenía astigmatismo inverso, 42,10% oblicuo y 5,26% directo. En 3 ojos, la asfericidad corneal (Q) fue superior a 1. El 94,73% fue tratado mediante ICRS de 6 mm de diámetro interno y 5,27% de 5 mm. El 100% de los ojos con menos de 3 D de astigmatismo requirieron un solo ICRS. Respecto a la longitud de arco, el 50% correspondió a 210° y el 50% a 150°. Los ojos con más de 3 D de astigmatismo, requirieron 2 ICRS en 53,64% y el 46,15% uno solo. El 30,76% fueron de 120° de arco, 61,53% de 150°-160° y el 7,69% de 210°. El astigmatismo topográfico mejoró en el 83,33% y experimentó un empeoramiento en el 16,66%. En el 15,78% observamos una inversión del astigmatismo topográfico. Un sólo caso presentó extrusión del segmento.

Conclusiones: El QC tipo croissant cursa con astigmatismo inverso en mayor porcentaje. La implantación de ICRS resultó eficaz en cuanto a mejoría de MAVC y astigmatismo topográfico, con baja tasa de complicaciones. El segmento más frecuentemente implantado correspondió a 150-160° en zona óptica de 6.

CL7

DETERMINACIÓN OBJETIVA DEL TIEMPO DE RUPTURA DE LA PELÍCULA LAGRIMAL MEDIANTE DISCO DE PLÁCIDO

MODAMIO GARDETA Laura, ARIAS PUENTE Alfonso, MATILLA RODERO María, FERNÁNDEZ GARCÍA Javier Lorenzo

Propósito: Describir el método de valoración objetiva del tiempo de ruptura de la película lagrimal, mediante la utilización de disco de plácido con sistema de iluminación especial.

Método: Se evaluaron 49 pacientes (12 controles asintomáticos y 37 con sintomatología de ojo seco) mediante el Oculus Keratograph®, un topógrafo corneal basado en discos de plácido con sistema de iluminación por diodos que permite la valoración del NITBUT (non-invasive tear break-up time). El sistema detecta y analiza la calidad de la imagen reflejada en la película lagrimal, registra de forma cuantitativa el tiempo transcurrido en segundos y en función de ello, clasifica la estabilidad de la película lagrimal en niveles (0= estable; 1= sospechosa; 2= anormal; x= tiempo demasiado corto (tdc)).

Resultados: El dispositivo permitió el análisis cuantitativo y objetivo del NITBUT tanto en el grupo control (Nivel 0: 41,8% (5 ojos); Nivel 1: 33,4% (4 ojos); Nivel 2: 16,4% (2 ojos); tdc: 8,3% (1 ojo) como en el grupo sintomático (Nivel 0: 24,3% (9 ojos); Nivel 1: 16,21% (6 ojos); Nivel 2: 37,85% (14 ojos); tdc: 21,7% (8 ojos). En nuestra muestra, un 59,6% de pacientes sintomáticos presentaron una estabilidad anormal de la película lagrimal frente al 24,7% del grupo asintomático.

Conclusiones: La medición del NITBUT utilizando sistemas automatizados basados en discos de plácido puede servir para estandarizar los métodos de examen de la película lagrimal y mejorar la comparabilidad de los datos obtenidos. Son necesarios futuros estudios para evaluar la validez y fiabilidad de las medidas.

CL8

ESTUDIO DEL INTERFERÓN ALFA 2B EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CONJUNTIVAL

MUÑOZ DE ESCALONA ROJAS José Enrique, GARCÍA SERRANO José Luis, CANTERO HINOJOSA Jesús

Propósito: Analizar la eficacia y seguridad del interferón alfa 2b en la neoplasia intraepitelial conjuntival (CIN) así como factores predictores de la duración general del tratamiento.

Método: Serie de casos compuesto por 22 sujetos con CIN tratados con interferón alfa 2b (1 millón UI/ml) 4 veces al día. Los pacientes eran valorados mediante biomicroscopía, citología de impresión y análisis histopatológico. Todos los pacientes fueron seguidos durante 48 meses tras la finalización de la terapia con interferón. Se llevaron a cabo los siguientes análisis estadísticos: estudio descriptivo, análisis de correlación bivariante y curvas de supervivencia.

Resultados: La terapia con interferón eliminó los signos clínicos de enfermedad en el 91% de los casos (20 de los 22 pacientes). El tiempo medio para la resolución de CIN fue de 3,5 meses (rango de 1 a 9 meses), solamente 4 pacientes presentaron efectos adversos (una conjuntivitis irritativa y tres queratitis punctatas). Ninguno de los pacientes precisó retirar el tratamiento debido a los efectos adversos. Los pacientes que vivían en zonas con alta radiación ultravioleta (UV) presentaron una resolución clínica más larvada (4,2 meses) que aquellos que vivían en áreas con mas baja radiación UV (1,8 meses). Encontramos también una asociación estadísticamente significativa entre el tamaño de la lesión al tercer mes y la duración final del tratamiento ($p=0,048$).

Conclusiones: El interferón alfa 2b es una tratamiento efectivo y seguro para el CIN. El lugar de residencia puede ser un factor de riesgo, así zonas de costa con alta radiación UV presenta una resolución clínica mas lenta que zonas de interior. El tamaño de la lesión después del tercer mes de tratamiento con interferón puede tratarse de un predictor del tiempo de resolución clínica del CIN.

CL9

ESTUDIO COMPARATIVO DEL HAZE CORNEAL Y ABERRACIONES CORNEALES EN PACIENTES OPERADOS DE DMEK, ULTRATHIN Y NO ULTRATHIN DSAEK

CASADO ROJO Alfonso, ARNALICH MONTIEL Francisco, PÉREZ SARRIEGUI Ane,
JAUMANDREU URQUIJO Laia

Propósito: Comparar las agudezas visuales mejor corregidas (AVMC), el hazo corneal y las aberraciones corneales de bajo y alto orden, anteriores y posteriores, entre pacientes operados de DSAEK («Descemet's stripping automated endothelial keratoplasty») con grosores de los injertos menores de 130 micras, mayores de 130 micras y pacientes operados de DMEK («Descemet membrane endothelial keratoplasty»).

Método: Para ello se realizó un estudio con 39 ojos, 28 operados de DSAEK (9 con grosores del injerto menores a 130 micras y 19 mayor de 130 micras) y 11 ojos operados de DMEK. Al incluir ambos ojos de un mismo paciente se realizó un estudio con estimación de ecuaciones generalizadas («GEE»).

Resultados: La mejoría de AVMC es mayor en los ojos con DMEK ($p=0,024$). Siendo el astigmatismo menor en estos mismos ($p=0,008$). El hazo es mayor en pacientes con DSAEK, tanto si el injerto es mayor de 130 micras ($p=0,018$) como si es menor ($p=0,022$). Tanto las aberraciones corneales anteriores ($p=0,011$) como las posteriores ($p=0,048$) son mayores en los ojos con injertos mayores de 130 micras que en los menores de 130 micras.

Conclusiones: La DMEK es la técnica que proporciona mejores resultados para los parámetros estudiados. Por otro lado, los pacientes operados de ultrathin DSAEK presentaban menores aberraciones corneales que los pacientes con DSAEK e injertos más gruesos.

CL10

RESULTADOS DE 500 CASOS CONSECUTIVOS DE DESCOMET MEMBRANE ENDOTHELIAL KERATOPLASTY

RODRÍGUEZ CALVO DE MORA Marina, CABRERIZO Javier, SATUÉ PALACIÁN María, MELLES Gerrit R. J.

Propósito: Evaluar los resultados de 500 casos consecutivos de trasplante endotelial mediante Descemet membrane endothelial keratoplasty (DMEK), así como el efecto de la estandarización de la técnica y la ampliación del espectro de patologías intervenidas.

Método: Se intervinieron 500 ojos de 393 pacientes. Las indicaciones más frecuentes fueron: distrofia de Fuchs, queratopatía bullosa o fallo de trasplante previo. La mejor agudeza visual corregida (MAVC), la densidad de células endoteliales (DCE), la paquimetría y las complicaciones intra y post-operatorias se recogieron antes y a los uno, tres y seis meses post-operatorios. Los ojos se dividieron en dos grupos (Grupo I: casos 1-250; y Grupo II: casos 251-500) y se compararon resultados entre ambos.

Resultado: A los seis meses, el 80% de los ojos alcanzó una MAVC $\geq 20/25$ ($\approx 0,8$), el 44% $\geq 20/20$ ($\approx 1,0$) y el 14% $\geq 20/18$ ($\approx 1,2$) ($n=394$). La DCE media fue de 1.600 (± 490) células/mm² ($n=447$), con una disminución del 37 (± 18) % comparado con los valores preoperatorios ($P<0,05$). 79 ojos (15,8%) presentaron algún grado de desprendimiento del injerto, mientras que 26 ojos (5,2%) precisaron una segunda cirugía durante los seis primeros meses. Con la estandarización de la técnica el porcentaje de desprendimiento del injerto descendió del 21,6 al 10% y las cirugías secundarias del 6,8% al 3,6%.

Conclusiones: Los resultados visuales parecen ser mejores con DMEK que con las técnicas de queratoplastia endotelial previas. La DMEK puede emplearse para intervenir distintas patologías del endotelio corneal con un riesgo relativamente bajo de complicaciones. La estandarización de la técnica implica un menor ratio de desprendimientos del injerto y re-intervenciones. Por ello, DMEK puede convertirse en la técnica de elección para la patología endotelial.

CL11

SEGUNDA QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL DE MEMBRANA DE DESCEMET (DMEK) TRAS FRACASO DE PRIMERA DMEK

SATUÉ PALACIÁN María, BAYDOUN Lamis, NAVEIRAS Miguel, MELLES Gerrit R. J.

Propósito: Describir la viabilidad, los resultados y las complicaciones de la DMEK secundaria tras el fracaso de una primera DMEK (re-DMEK).

Método: Se analizaron los resultados de una serie de 550 cirugías DMEK consecutivas con un seguimiento postoperatorio de al menos 6 meses. En 17 ojos se realizó una re-DMEK por desprendimiento (n=14) y/o fallo del injerto (n=3) tras la primera DMEK. En los ojos sometidos a re-DMEK se evaluó la agudeza visual mejor corregida (AVMC), la densidad de células endoteliales (DCE), la paquimetría y la densitometría corneal, así como las complicaciones intra- y postoperatorias. Los resultados se compararon con un grupo control de DMEK primarias no complicadas, pareadas por edad.

Resultados: A los 12 meses de la cirugía, 12/14 ojos (86%) alcanzaron una AVMC $\geq 0,5$; 8/14 (57%) alcanzaron $\geq 0,8$; 3/14 (21%) alcanzaron $\geq 1,0$ y un ojo alcanzó 1,2. La DCE media del injerto descendió de 2580 (± 173) cél/mm² antes, a 1390 (± 466) cel/mm² después de 6 meses de la cirugía, y la paquimetría de 703 (± 126) a 515 (± 39) μ m. No se detectaron diferencias en la densitometría corneal entre los ojos con re-DMEK y los ojos control (p=0,99). No se detectaron complicaciones intraoperatorias en ninguna cirugía. Las complicaciones postoperatorias incluyeron fallo primario (n=1) y fallo secundario del injerto (n=2), desprendimiento del injerto (n=1) que requirió re-bubbling, glaucoma secundario (n=2), catarata (n=1) y úlcera corneal (n=1).

Conclusiones: La re-DMEK demostró ser una técnica viable en el manejo del desprendimiento persistente del injerto y del fallo primario del injerto tras una primera DMEK. Las complicaciones tras una cirugía re-DMEK pueden ser previstas con más facilidad que tras una DMEK primaria, dado que el desprendimiento y el fallo del injerto tienden a repetirse, sugiriendo que las propiedades intrínsecas del ojo receptor juegan un papel importante en la adherencia y en el fallo del injerto.

CL12

PERFIL DEL DONANTE DE CÓRNEA EN 2012-2013

TAVARES-FERREIRA João, TORRÃO Luís, MOREIRA Raúl, FALCÃO-REIS Fernando

Propósito: Conocer el perfil del donante de córnea, de nuestro hospital, para el período 2012-2013.

Método: Estudio retrospectivo de todos los donantes de córnea del Banco de Ojos de nuestro hospital, durante 2012 y 2013, en la que se analizaron los registros relacionados con el donante, que incluyó datos demográficos, la causa y el momento de la muerte, tiempo de la cosecha, el recuento de células endoteliales, paquimetría y análisis serológicas.

Resultados: La muestra consistió en 164 donantes, edad media de 56 ± 18 años y el 64,6% de los pacientes masculinos. Las causas más frecuentes de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio (45,7%), seguida de la muerte por cáncer (24,4%) e las causas externas (17,7%). La mayoría de las muestras fueron en un paciente con el corazón parado (59,1%), y el otro hecho en el contexto de la cosecha multiorgánica. Las córneas de los ojos derechos tenían una densidad de $2,401 \pm 429$ células endoteliales por mm^2 y los ojos izquierdos de 2372 ± 446 . La paquimetría era $540 \pm 48 \mu\text{m}$ a la derecha y $544 \pm 43 \mu\text{m}$ izquierda. En los con un corazón parado, el tiempo medio transcurrido entre el momento de la declaración de fallecimiento del paciente y el tiempo de la cosecha del tejido era $5,15 \pm 2,54$ horas, sin tener en cuenta este tiempo en un contexto de múltiples órganos. El almacenamiento de córneas era $5,68 \pm 2,45$ y $5,74 \pm 2,37$ días, respectivamente, correspondientes a las córneas a la derecha y del ojo izquierdo. La mayoría de los donantes tenían serología e analices PCR negativas (95,4%).

Conclusiones: El perfil del donante de ojos de nuestro hospital, para el período 2012 y 2013, es un hombre en la sexta década de la vida, que murió a causa de enfermedades cardiovasculares, cuyas córneas tienen aproximadamente 2.400 células endoteliales por mm^2 , con un valor aproximado de $540 \mu\text{m}$ en la paquimetría, con serología e analices PCR negativas.

CL13

RESULTADOS VISUALES DEL IMPLANTE DE SEGMENTOS INTRACORNEALES PARA LA CORRECCIÓN DEL QUERATOCONO CENTRAL HIPER-PROLATO

FERNÁNDEZ-VEGA CUETO-FELGUEROSO Luis, ALFONSO SÁNCHEZ José Fernando

Propósito: Valorar los resultados visuales, refractivos y aberrométricos del implante de segmentos intracorneales tipo Ferrara en queratocono central hiper-prolato.

Método: Se evaluó el implante de segmentos intracorneales (ICRS) tipo Ferrara de 210 grados de arco (KeraRing SI6, Mediophacos Inc., Brazil) colocados inferiormente en 24 ojos con queratocono central hiperprolato. Los parámetros analizados fueron agudeza visual de lejos (escala de Snellen) con y sin corrección (AVSC y AVCC respectivamente), y aberraciones corneales, esférica Z(4,0), coma horizontal Z(3,1), coma vertical Z(3,-1), y valor RMS de las aberraciones de alto orden (HOA). También se valoró el error refractivo residual analizado mediante análisis vectorial. Dichos parámetros fueron registrados antes de la intervención y a los seis meses de la misma.

Resultados: La AVSC media era de 0.11 ± 0.09 antes del implante y de 0.44 ± 0.20 tras la cirugía ($P=0.002$). La AVCC era de 0.51 ± 0.23 antes del implante y de 0.69 ± 0.09 tras el mismo ($P = 0.006$). Ningún ojo perdió líneas de AVCC, 2 (25%) ojos mantuvieron la misma AVCC, 1 ojo (12,5%) ganó una línea, 5 ojos (62,5%) ganaron 2 o mas líneas de AVCC. El índice de seguridad calculado fue de 1.35. El equivalente esférico se redujo sustancialmente tras el implante de los ICRS ($P=0.02$). El coma vertical Z(3,-1) cambió de -1.29 ± 0.52 μm antes de la cirugía a -0.60 ± 0.48 μm después de la misma ($P=0.0002$). No hubo cambios estadísticamente significativos en el coma horizontal Z(3, -1) ni en la aberración esférica Z(4, 0). Los valores RMS de las HOA descendieron desde 1.72 ± 0.99 μm antes de la cirugía a 1.09 ± 0.97 μm tras la misma ($P= 0.0002$).

Conclusiones: El implante de un ICRS tipo Ferrara de 210° de arco en zona inferior puede reducir el error refractivo, coma vertical y valor RMS de las HOA en ojos con queratocono central hiperprolato, proporcionando además una mejora de AVSC y AVCC.

CL14

RESULTADOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES EN LA CORIORRETINOPATÍA SEROSA CENTRAL CRÓNICA TRATADA CON TERAPIA FOTODINÁMICA

CIDAD BETEGÓN Pino, GONZÁLEZ SÁNCHEZ M.^a Eugenia, ASECIO DURÁN Mónica, GARCÍA MARTÍNEZ Jesús Ramón

Propósito: Estudiar las alteraciones retinianas y del epitelio pigmentario de la retina (EPR) en la coriorretinopatía serosa central crónica, tratadas con terapia fotodinámica (TFD) y su correlación con parámetros funcionales como agudeza visual (AV) y sensibilidad al contraste (SC).

Método: Estudio retrospectivo, consecutivo no comparativo de evaluación mediante tomografía óptica de coherencia (Cirrus, Carl Zeiss Meditec) y su correlación con la agudeza visual (BCVA) (logMAR) y SC (Pelli Robson) de 31 ojos de 26 pacientes.

Resultados: El 88,5% de los pacientes afectos fueron hombres, con una edad media de 42.9 años. En el 64.5% el ojo implicado fue el derecho, en el 19% bilateral y el 73.9% eran hipermétropes (refracción esférica entre 0 y 5,0 D). Hallazgos tomográficos: el 51.5% tenían anomalías peri-EPR, el 17,3% sustancias hiperreflectivas en el EPR, el 19,4% atrofia EPR, el 55,3% atrofia foveolar, el 3,1% desprendimiento del epitelio pigmentario (DEP), el 5,2% persistencia de líquido subretiniano (LSR), el 8,3% depósitos de fibrina, el 68,4% interrupción de la línea de unión entre el segmento interno (IS) y el segmento externo (OS) de los fotorreceptores (línea IS/OS) y el 31,1% interrupción membrana limitante externa (ELM).

Conclusiones: El tiempo de evolución y el número total de brotes se relacionan con la disminución del grosor foveolar y coroideo, y éstos con peor AV y SC. Las anomalías y atrofia del EPR se relacionan con la edad de inicio de los síntomas. El hallazgo de la elongación de fotorreceptores se ha correlacionado con una peor AV, y la desestructuración e interrupción de la línea IS/OS con una peor SC.

CL15

AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO EN DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD Y DESPRENDIMIENTO DEL EPITELIO PIGMENTARIO

ARMADÁ MARESCA Félix, CIDAD BETEGÓN Pino, PASTORA SALVADOR Natalia, MANZANO MUÑOZ Beatriz

Propósito: Describir la efectividad de aflibercept intravítreo en el desprendimiento del epitelio pigmentario (DEP) en pacientes con degeneración macular asociada a la edad (DMAE) neovascolar, así como las ventajas de su uso en ojos tratados previamente con otros fármacos anti-factor del crecimiento endotelial vascular (VEGF) (Bevacizumab, Ranibizumab), todos ellos resistentes a estos fármacos.

Método: Estudio prospectivo de una serie de casos (33). Todos los pacientes fueron tratados previamente con otros fármacos durante un periodo de 2 a 5 años. Los pacientes con DMAE neovascolar fueron sometidos a un examen oftalmológico completo, incluyendo agudeza visual mejor corregida (AVMC) (ETDRS), tomografía de coherencia óptica (OCT. Carl Zeiss-Cirrus 5000) y monitorización de efectos adversos. Los pacientes recibieron 2 mgr de aflibercept intravítreo en 3 dosis iniciales de carga cada 6 semanas, seguido de un régimen «as-needed» (pro re nata (PRN)) con criterios definidos de retratamiento.

Resultados: 33 pacientes, 34 ojos, fueron incluidos en el estudio y seguidos de forma prospectiva. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en DEP ($p=0,021$), objetivado por OCT. La AVMC media inicial fue de 0,6 LogMAR, y la AVMC media final fue de 0,5 LogMAR. El espesor macular central medio al inicio fue de 381 micras, mejorando a una media de 319 micras al final del seguimiento ($p=0,02$).

Conclusiones: Aflibercept es eficaz en DMAE exudativa por la inhibición de la neovascularización coroidea, con una mayor duración del efecto en comparación con otros fármacos. Cuenta con óptimos resultados en agudeza visual, espesor macular y DEP. A pesar de que Ranibizumab, a 2 meses, podría tener una efectividad parecida, Aflibercept parece ofrecer mejores resultados en la disminución o eliminación del DEP. Los pacientes tratados con Aflibercept requieren menos inyecciones que los pacientes tratados con otros fármacos, por lo que el coste por paciente es menor. Es necesario un seguimiento posterior para evaluar los efectos a largo plazo.

CL16

COMPARACIÓN ENTRE ESLCEROTOMÍAS 22 GAUGE MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR – SWEPTSOURCE

GÓMEZ MORENO Ángela, GARAY ARAMBURU Gonzaga, DÍAZ DE DURANA SANTA COLOMA Enrique, LARRAURI ARANA Arántzazu

Propósito: Comparar las complicaciones precoces esclerales tras la inyección del implante intravítreo de dexametasona de 22 gauge (g), empleando el dispositivo antiguo y el actualmente comercializado, mediante tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) Swept source.

Método: Se estudian 33 ojos de 33 pacientes que han requerido inyección intravítrea de dexametasona por edema macular, empleando el dispositivo antiguo en 18 ojos y el actual en los 15 restantes. Se describen las posibles complicaciones de forma prospectiva mediante OCT-SA Sweptsourece (Casia SS-1000 OCT, Tomey Corporation, Nagoya, Japón), a la hora, y los días 1,3,7,10 y 14 posteriores al procedimiento, evaluándose los desprendimientos ciliocoroideos e incarceraciones vítreas. Así mismo, se obtienen medidas de la presión intraocular (PIO) en cada una de las visitas establecidas.

Resultados: En el primer grupo, se estudian 18 ojos de 18 pacientes. El 83.33% de los pacientes presentan desprendimiento ciliocoroideo, con una duración media de 8 días y un tercio de estos presentan incarceración vítrea, con una duración media de 7 días. En el segundo grupo, se estudian 15 ojos de 15 pacientes, el 40% de los pacientes presentan desprendimiento ciliocoroideo, con una duración media de 4 días, presentando dos de ellos incarceración vítrea con una duración de 14 días. En ambos grupos, cinco pacientes presentan hipotonía moderada postoperatoria. El tiempo medio del cierre de la esclerotomía es 8,05 días y 2,93 días, respectivamente.

Conclusiones: La OCT SA-Swept source es un método diagnóstico de no-contacto que permite comparar la diferencia entre las posibles complicaciones esclerales asociadas tras la inyección de los dos implantes intravítreos de dexametasona 22g. Observando mayor número de desprendimientos ciliocoroideos y de incarceraciones vítreas asociadas en el grupo que se inyectó el dispositivo con la primera aguja comercializada.

CL17

EFFECTOS DE OZURDEX EN LA PRESIÓN INTRAOCULAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

JIMÉNEZ GÓMEZ Beatriz, GONZÁLEZ MONTPETIT M.^a Elena, ORIVE BAÑUELOS Ana Teresa, VALSERO FRANCO Sonia

Propósito: El implante biodegradable de Dexametasona Ozurdex, está aprobado por la Agencia Europea del Medicamento para el tratamiento de uveítis intermedia y posterior y el edema macular tras oclusión venosa retiniana. También se ha descrito su uso fuera de ficha técnica para tratar edema macular diabético con resultados prometedores. Los estudios clínicos pivotaes HURON y GENEVA muestran una tasa baja de hipertensión ocular tras el tratamiento con Ozurdex. El propósito de este estudio es evaluar los efectos en la presión intraocular en una cohorte de pacientes de la práctica clínica en la vida real.

Método: Estudio retrospectivo de pacientes tratados con Ozurdex en nuestro hospital en un periodo de seguimiento de 6 meses. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico e historia de glaucoma, presión intraocular, tratamiento antihipertensivo y grosor macular medidos antes de la inyección y después de la misma tras 1, 2, 4 y 6 meses. Los test estadísticos utilizados fueron: prueba U de Mann-Whitney, test Chi cuadrado (con corrección de Fisher en caso necesario) y test de Wilcoxon. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0.05$.

Resultados: Se evaluaron los efectos de 75 inyecciones en 67 pacientes (35 mujeres, 52%, edad media 62 años). El diagnóstico fue: 14 (18.7%): Oclusión de Vena Central de la Retina; 25 (33.3%): Oclusión de Rama Venosa Retiniana; 12 (16%): Edema Macular Diabético y 24 (32%): Uveítis. La presión intraocular media previa a la inyección fue 15.9 mmHg y 1, 2, 4 y 6 meses tras la inyección: 18.80 ($p=0.627$), 18.84 ($p=0.494$), 17.02 ($p=0.796$) y 15.5 ($p=0.829$). Respecto al tratamiento antihipertensivo, el 30.7% utilizaba tratamiento médico previo a la inyección y el 37.3% lo hacían tras los 6 meses de seguimiento ($p=0.118$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las medidas de presión intraocular entre pacientes con historia previa de glaucoma y aquellos sin diagnóstico previo. Sin embargo, comparando el comportamiento de la presión intraocular entre los 4 grupos diagnósticos, se hallan diferencias estadísticamente significativas en el primer mes tras inyección entre los grupos de Oclusión de Vena Central de la Retina respecto a Edema Macular diabético y Uveítico. El grosor macular medio previo a la inyección fue 483.46 micras; tras la inyección, al segundo mes: 301 ($p < 0.001$) y tras 6 meses 373 ($p=0.023$).

Conclusiones: Ozurdex muestra un perfil de seguridad excelente en términos de presión intraocular en la práctica clínica. Incluso los pacientes con antecedente de glaucoma muestran tal perfil, siendo Ozurdex una buena opción terapéutica para patologías retinianas en estos pacientes.

CL18

CÁLCULO DE RIESGO DE DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD AVANZADA EN MUJERES CON CALCIFICACIONES ARTERIALES MAMARIAS

SAÁ GÓMEZ Jorge, FERNÁNDEZ GARCÍA Belén, FERNÁNDEZ GUINEA Óscar, EIRÓ Noemí

Propósito: Evaluar la probabilidad de riesgo de degeneración macular asociada a la edad (DMAE) avanzada en mujeres con calcificaciones arteriales mamarias (CAM), mediante una herramienta informática validada de cálculo de riesgo validada.

Método: Se ha realizado un estudio a partir de mujeres entre 50 y 70 años incluidas en un programa de cribado poblacional de cáncer de mama, evaluando mamografías digitales. Se evaluaron 71 mujeres con CAM demostradas mamográficamente y 50 controles sin hallazgos. En todos los casos se realizaron retinografías, y se obtuvieron los datos clínicos de las pacientes. Para calcular el riesgo clínico de DMAE avanzada (atrofia geográfica y neovascular) se utilizó un programa informático validado utilizando los datos obtenidos, y se compararon los resultados a 3, 5 y 10 años.

Resultados: Se observó que las medias de probabilidad de riesgo de DMAE avanzada fueron significativamente más elevadas ($p=0,0001$) en el grupo de mujeres con CAM respecto a los controles. La probabilidad de riesgo de DMAE avanzada también fue más elevada en la muestra estratificada por grupos de edad ($p=0,03$; $p=0,02$).

Conclusiones: Se observa una mayor probabilidad de riesgo de DMAE avanzada en mujeres que presentan CAM, apoyando la influencia de esta patología vascular en ambas entidades. Declaración de interés comercial: Los autores no tienen interés comercial ni han recibido apoyo económico.

CL19

PREVALENCIA Y ESTUDIO ANATÓMICO DE LA TRACCIÓN VÍTREO MACULAR, ASOCIADA O NO A AGUJERO MACULAR

SOLÉ GONZÁLEZ Lorena, ABREU GONZÁLEZ Rodrigo, HERNÁNDEZ MARRERO Dayra, ALONSO PLASENCIA Marta

Propósito: Determinar la prevalencia del síndrome de tracción vítreo macular (TVM) y de su coexistencia con el agujero macular (AM + TVM). Secundariamente evaluar las características anatómicas de las TVM y los AM.

Método: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Realizado mediante revisión de historias clínicas de pacientes visitados, entre el 1 de enero de 2013 y 31 de diciembre de 2013, con diagnóstico de TVM y AM+TMV, en la unidad de retina de un hospital con una población dependiente de 600.000 personas. El diagnóstico se confirmó mediante tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) usando el protocolo macular cube del sistema Cirrus-HD (Zeiss Meditec, Dublin, CA). Se consideraron criterios de exclusión: Retinopatía diabética, edema macular diabético, oclusión venosa de la retina, degeneración macular asociada a la edad y maculopatía miópica traccional.

Resultados: Se revisaron 4.059 historias clínicas para obtener los siguientes datos de prevalencia poblacional e intervalos de confianza: TVM = 0,57% (IC 95 %: 0,32-0,81) y AM + TVM = 0,20% (IC del 95 %: 0,05 a 0,35). En los casos de TVM, la afectación fue bilateral en el 37,3% de los casos, el 28% de los pacientes eran pseudofáquicos y en un 21,3% de los casos se detectó la presencia de membrana epirretiniana. El 87% de las TVM eran focales, y el 55% de estas estaban generando quistes intrarretinianos. En los casos de TVM+AM el 88,8% eran TVM focales y el 55,6% AM pequeños (? 250 ?m).

Conclusiones: La prevalencia de la TVM y del AM + TVM fue 0.57 % y 0.20 %, respectivamente, siendo estas cifras similares a los datos previamente publicados en otros países. El conocimiento de la prevalencia de la TVM y del AM + TVM nos permite estimar la carga económica relacionada con un posible tratamiento farmacológico de Vitreolisis. A nuestro entender este es el primer estudio en relación con la prevalencia del TVM en España.

CL20

TRATAMIENTO CON AFLIBERCEPT EN LOS PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD EXUDATIVA RESISTENTES AL TRATAMIENTO CON RANIBIZUMAB O BEVACIZUMAB

TAPIA RIVERA Rhadaysis, BASSAGANYAS VILLARRASA Francisca, FUENTE DÍEZ Yesica de la, MAS CASTELLS María

Propósito: Presentar los resultados del tratamiento con aflibercept en los pacientes con degeneración macular asociada a la edad (DMAE) exúdativa resistentes al tratamiento con ranibizumab o Bevacizumab.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes con DMAE exúdativa que presentaban persistencia de edema macular y/o fluido subretiniano después de múltiples tratamientos con Ranibizumab y/o Bevacizumab, que luego fueron tratados con aflibercept y han sido controlados durante un mínimo de 6 meses. Un total de 10 pacientes fueron incluidos en el estudio, a los cuales se les evaluó los cambios en la agudeza visual (AV) y el grosor macular (GM) al mes y a los 6 meses así como los datos epidemiológicos y los efectos adversos secundarios al tratamiento.

Resultados: La media de edad de los pacientes fue 82 años (rango 75-91 años). El número de inyecciones que habían recibido antes de iniciar el tratamiento con Aflibercept fue 9,5 por ojo (rango de 3-20) con una AV media de 22 L en ETDRS y con un grosor central de 473 micras. Se realizaron una media 2.09 tratamientos por paciente en con una mejora de 12 letras a los 6 meses en el 70 % de los casos y una disminución de grosor medio de 224 micras.

Conclusiones: El tratamiento con Aflibercept de los pacientes resistentes al tratamiento con Ranibizumab y/o Bevacizumab ha demostrado ser eficaz, ya que puede producir una mejoría de la agudeza visual y una disminución importante del grosor macular y seguro no habiéndose registrado ninguna complicación secundaria al tratamiento.

CL21

AMBLIOPÍA Y GLAUCOMA CONGÉNITO UNILATERAL

BERROZPE VILLABONA Clara, MORALES FERNÁNDEZ Laura, GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ Rosario

Propósito: Evaluar la incidencia y los factores relacionados con la ambliopía en el glaucoma congénito unilateral durante la edad pediátrica.

Método: Seleccionamos 16 pacientes diagnosticados de glaucoma congénito unilateral (PCG). Se evaluó la incidencia de ambliopía, se recogió la agudeza visual (AV) inicial, final y su diferencia en ojos controles (G1) y glaucomas (G2). Se recogieron datos relacionados con a) al diagnóstico de glaucoma: edad, presión intraocular (PIO), primera cirugía (goniotomía o trabeculectomía) b) durante seguimiento: refracción, estrabismo, existencia de ambliopía (incluyendo edad al diagnóstico, AV, tratamiento con oclusiones y horas de prescripción), longitud axial c) final del seguimiento: número de cirugías totales.

Resultados: Se reclutaron 32 ojos con seguimiento medio de 10 años. Al diagnóstico de ambliopía la AV fue G1 0,9 (0,65-1) y G2 0,1 (0,1-0,3) y la diferencia 0,5 (0,4-0,9) ($p=0,0004$), el equivalente esférico G1 1,43 (0-2,62) y G2 0,68 (-8-2,87) y la diferencia 1,37 (0,5-7,18) ($p=0,02$), la longitud axial G1 $21,56 \pm 1,39$ y G2 $24,28 \pm 1,84$ y la diferencia -2,33 (-3,22,-1,42) ($p=0,0029$). En el seguimiento 100% de pacientes presentaron ambliopía y 14 (93,33%) se trataron con oclusiones, con 12 horas (4-24) de prescripción. 8 pacientes presentaron estrabismo: 37,5% exodesviación, 37,5% endodesviación y 25% vertical. La AV al final de seguimiento G1 1 (0,8-1) y G2 (0,05-0,6) y la diferencia 0,5 (0,3-0,9) ($p=0,0006$). La edad al diagnóstico de glaucoma fue 4 meses (1,5-6,5) y PIO 28 mmHg (22-42). 81% pacientes primera cirugía goniotomía. Número de cirugías totales 3 (1-4), 6 pacientes (37,50%) con una única cirugía. No encontramos asociación estadísticamente significativa entre el número de cirugías totales con la diferencia de AV al final de seguimiento, tampoco respecto a edad de diagnóstico, primera cirugía y PIO.

Conclusiones: Existe un alto riesgo de ambliopía en el PCG, teniendo un gran impacto en el pronóstico visual de estos pacientes, por lo que es fundamental un seguimiento y tratamiento adecuado.

CL22

MEJORÍA DE AGUDEZA VISUAL EN NISTAGMUS CONGÉNITO TRAS TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULINICA TIPO A (TBA) RETROBULBAR

CAMARGO VILLA Laura, RODRÍGUEZ SÁNCHEZ José M.^a, RODRÍGUEZ DEL VALLE José M.^a

Propósito: El nistagmus es una oscilación involuntaria de los ojos, alrededor de uno o más ejes, generalmente bilateral y conjugada. La zona nula o de bloqueo es donde adquiere una intensidad mínima. Los objetivos del tratamiento son disminuir la intensidad para aumentar el tiempo de fovealización, eliminar el torticolis, corregir el estrabismo asociado y de este modo mejorar la agudeza visual (AV).

Método: Estudio retrospectivo de 20 pacientes en el que se evaluó el desarrollo de la AV con tratamiento del nistagmus.

Resultados: Se estudiaron 20 pacientes, 11 hombre y 9 mujeres, entre 3 meses y 3 años, con diagnóstico de nistagmus congénito, sin bloqueo, con mala AV; se realizó tratamiento con inyección retrobulbar de TBA, entre 5 y 7 unidades, y se evaluó AV mediante el test de Cardiff al mes y a los 3 meses, encontrando mejoría de esta en 85% (17 pacientes). En todos los casos se redujo la amplitud del nistagmus, y en 7 de ellos se obtuvo bloqueo en posición primaria de la mirada (PPM). Teniendo en cuenta la respuesta a la TBA, se plantea el tipo de cirugía. En todos los pacientes se definió el torticolis, 50% presentaban estrabismo asociado. Se realizó cirugía debilitante simétrica en 7 pacientes, asimétrica en 10, Anderson en 1 y Faden en 2. Al año de la cirugía todos los pacientes presentaban mejoría de la agudeza visual comparada con la inicial, solo 2 necesitaron más de una intervención, en todos se consiguió disminución de la amplitud y bloqueo en PPM.

Conclusiones: En los últimos años se ha propuesto el empleo de la TBA para tratamiento del nistagmus, bien directamente en los músculos horizontales como en el espacio retrobulbar. La paresia muscular provocada, produce disminución de intensidad. De esta forma, se puede realizar una evaluación asilando el componente motor del sensorial en los nistagmus y así determinar los candidatos a la cirugía debilitante, siempre que, bajo el efecto de la toxina experimenten una sensible mejoría en la AV.

CL23

DESARROLLO DE CUESTIONARIO DE FUNCIONES COGNITIVAS VISUALES EN EDAD PREVERVAL (PREVIAS)

GONZÁLEZ VIEJO Inmaculada, PUEYO ROYO Victoria, GARCÍA-ORMAECHEA ROMEO Inés, DUPLA María

Propósito: La valoración comportamental es útil en niños en etapa preverbal para evaluar las funciones cognitivas visuales. Los padres y cuidadores pueden ser adecuados para certificar la adquisición de determinadas habilidades. Desarrollar un cuestionario comportamental, el PreViAs (Preverbal Visual Assessment), para valorar las habilidades visuales de niños hasta 24 meses de edad y evaluar las evoluciones normales de cada ítem en cada edad.

Método: El trabajo se ha desarrollado en tres fases: desarrollo de la escala (generación de cuestiones y dominios), test piloto y análisis exploratorio.

Resultados: La versión final del PreViAs consta de 30 cuestiones, cada una relacionada con uno o más de los cuatro dominios (atención visual, comunicación visual, coordinación visomotora y procesamiento visual). Se reclutaron 298 niños (159 masculinos y 139 femeninos). La edad media es de 11.2 meses (rango: de 0.1 a 24 meses). La consistencia interna fue alta en los cuatro dominios (coeficiente de Cronbach: 0.85-0.94).

Conclusiones: El cuestionario PreViAs es útil en la evaluación de las habilidades cognitivas visuales en niños en etapa preverbal, por debajo de los 24 meses de edad. Es sencillo y fiable de realizar por padres o cuidadores.

CL24

EFICACIA DE LA CIRUGÍA DE ESTRABISMO EN EL ADULTO

JURADO GONZÁLEZ Elena, VISA NASARRE Josep, WERT ESPINOSA Ana

Propósito: Valorar la eficacia de la cirugía clásica del estrabismo del adulto de inicio infantil mediante el uso de suturas fijas siguiendo las tablas dosis-repuesta habituales, así como el grado de satisfacción subjetiva de los pacientes intervenidos.

Método: Para ello se realizó un estudio retrospectivo de una serie de 149 pacientes intervenidos de estrabismo del adulto de inicio infantil durante los últimos 9 años. El rango de edad fue entre 16 y 80 años. Todos ellos fueron operados por los dos mismos cirujanos mediante la técnica convencional con suturas fijas siguiendo las tablas de dosis-respuesta habituales. En todos ellos se evaluó la agudeza visual, la refracción bajo ciclopejía, la desviación y la motilidad ocular extrínseca pre y postoperatoriamente, así como el grado de satisfacción subjetiva y las complicaciones postoperatorias.

Resultados: De los 149 pacientes intervenidos obtuvieron éxito quirúrgico (definido como una desviación residual menor o igual a 10DP) 133 de 149, es decir, un 89.26% de los casos. De los 16 restantes, sólo uno (0.67%) de ellos manifestó un empeoramiento subjetivo tras la cirugía. Es decir, 148 de los 149 pacientes (99.32%) refirió una mejoría subjetiva tras la cirugía. Sólo en un caso (0.67%) fue necesario realizar una reintervención. Únicamente dos pacientes (1.34%) presentaron diplopía postoperatoria persistente, uno la definía como intermitente y no incapacitante y el otro prefería el resultado estético a la eliminación de la diplopía.

Conclusiones: En nuestra experiencia la cirugía del estrabismo del adulto de inicio en la infancia es una cirugía eficaz, que presenta buenos resultados con las técnicas quirúrgicas tradicionales y que se asocia a un alto grado de satisfacción subjetiva de los pacientes.

CL25

REVISIÓN DE CATARATAS INFANTILES INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE Y SU POSTERIOR SEGUIMIENTO

LERCHUNDI PLAZA Telmo Xabier, IBARROLA VIDAURRE Ainhoa, MARTÍNEZ FERNÁNDEZ Ricardo, FERNANDO AÍSA sandra de

Propósito: Análisis retrospectivo de cataratas infantiles intervenidas entre enero de 2002 y junio de 2013.

Método: Han sido estudiadas las variables sexo, edad de la intervención, tipo de catarata, uni- o bilateralidad, técnica quirúrgica usada, hipertensión ocular posquirúrgica, complicaciones posquirúrgicas, reintervenciones necesarias, estrabismo pre y posquirúrgico, mejor agudeza visual corregida pre- y posquirúrgica, esfera y cilindro y tiempo de seguimiento.

Resultados: Han sido incluidas en este trabajo 104 cirugías. El 55% de los pacientes han sido varones, la edad media de 4 años y 6 meses. Predominantemente se ha tratado de cataratas congénitas (81%). La técnica quirúrgica más utilizada ha sido el aspirado del cristalino con implante de lente intraocular (LIO) (40%). Otras técnicas utilizadas, en función de la edad del paciente y año de realización de la cirugía: Aspirado de la catarata junto con capsulorrexis posterior vía anterior con implante de LIO en el 26%, el aspirado con implante de LIO y capsulorrexis posterior vía pars plana (13.5%) y el aspirado con capsulorrexis posterior vía pars plana (13.5%), el aspirado con capsulorrexis posterior vía anterior (6%) y el aspirado sin capsulorrexis ni implante de LIO (1%). La complicación posquirúrgica más frecuente fue la opacidad de la cápsula posterior (36%). El 12% de los ojos presentaron opacidades en el eje visual por restos capsulares. El 3% de los pacientes precisaron tratamiento hipotensor. La media de la mejor agudeza visual corregida prequirúrgica es de 0.2 (DST 0.17), al año de seguimiento de 0,42 (DST 0.3) y la final de seguimiento 0.56 (DST 0.33). El tiempo medio de seguimiento es de 4 años y 4 meses. Conclusiones: Las cataratas infantiles aparecen en un grupo heterogéneo de niños. Existen unas bases con las que se pueden alcanzar buenos resultados en su manejo quirúrgico y posterior tratamiento ortóptico.

CL26

COMPORTAMIENTO CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL CON HLA-B27 POSITIVO

SUBIRÁ GONZÁLEZ Olaia, JORDÁN CUMPLIDO Sara, GARCÍA DE VICUÑA MUÑOZ DE LA NAVA Carmen, DÍAZ CASCAJOSA Jesús

Propósito: Estudiar las características específicas de los pacientes de edad pediátrica diagnosticados de artritis idiopática juvenil (AIJ) que presentan HLA-B27 positivo. Conocer la relación entre la positividad de este subtipo de HLA y la presentación clínica de uveítis y su pronóstico.

Método: Para ello se realizó un estudio retrospectivo de 25 pacientes con AIJ y HLA-B27 positivo visitados en los últimos 2 años, con edades comprendidas entre los 2 y 18 años (mediana de 12 años). Se siguió un protocolo de visitas por parte del servicio de Reumatología y Oftalmología.

Resultados: Los pacientes con AIJ y HLA-B27 positivo presentan episodios de uveítis anteriores de características distintas a la del resto de pacientes afectados sin positividad de este subtipo de HLA. Se comprobó una correlación positiva, estadísticamente significativa ($P < 0,05$) entre la presentación de HLA-B27 positivo y el sexo masculino. Por otro lado, se encontró un aumento significativo de secuelas a nivel oftalmológico, así como una alta recurrencia de episodios de uveítis anterior dolorosa.

Conclusiones: La positividad del HLA B27 no es un criterio útil en cuanto a la clasificación de AIJ, pero es un claro marcador de riesgo de uveítis en estos pacientes. Las uveítis anteriores en este tipo de pacientes se diferencian del resto por presentar una sintomatología aguda (hiperemia ciliar, fotofobia y dolor) que recuerda a la del adulto. El hallazgo de HLA B27 positivo no implica un diagnóstico, por lo tanto, conviene realizar un seguimiento a lo largo de la vida de estos pacientes.

CL27

ESTUDIO DEL ASTIGMATISMO INDUCIDO TRAS QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL (DSAEK)

ARNALICH MONTIEL Francisco, TRIVIÑO GARCÍA-FRANCO Carmen, SÁNCHEZ SÁNCHEZ Carmen

Propósito: Evaluar las alteraciones que se producen sobre la curvatura corneal anterior (mediante queratometría) tras cirugía combinada de Facó-DSAEK, y su posible influencia en el cambio refractivo final.

Método: En 11 ojos de 6 pacientes con distrofia corneal de Fuchs se obtienen datos refractivos y queratométricos de la curvatura corneal anterior (medidos con IOL master) tanto pre como postoperatoriamente a los 3 meses. Mediante análisis sectorial de Thibo se analizan los cambios corneales y refractivos inducidos por la cirugía.

Resultados: En la queratometría se aprecia una reducción media postquirúrgica de la Km de 1,04D (valores de Km pre=44,03D, a Km post=42,99D). Sin embargo, cuando se analiza vectorialmente, se observa que el aplanamiento corneal es producido fundamentalmente a expensas del meridiano horizontal. Así, los valores de K máxima apenas se modifican (K pre de 44,64D a 96°, K post de 44,54D a 111°), mientras que la K mínima, que coincide con el eje horizontal, se reduce en 1,89D (43,43D a 6° pre a 41,44D a 21° post). El SIA corneal (astigmatismo inducido por la cirugía) estimado es de -1,04D a 164°, que se corresponde con el aumento de astigmatismo queratométrico observado (de -1,21D a -3,1D). Estos cambios astigmáticos no están relacionados con el lente donante, ya que el ORA (astigmatismo ocular residual) prequirúrgico (0,99 -1,99x91°) es similar al postquirúrgico (0,77 -1,54x118°). El equivalente esférico postquirúrgico medio es de 0,24D. El error refractivo medio estimado para las LIOs implantadas era de -0,48D, por lo que el cambio refractivo hipermetrópico medio post-DSAEK en esta serie de pacientes ha sido de +0,72D.

Conclusiones: Las incisiones realizadas sobre córnea clara a nivel temporal y nasal durante una Facó-DSAEK influyen en el cambio refractivo hipermetrópico postquirúrgico. Se produce un aplanamiento corneal en el meridiano horizontal, que es responsable de la inducción de cierto astigmatismo.

CL28

TRANSPLANTE ENDOTELIAL DE MEMBRANA DE DESCEMET (DMEK), RESULTADOS A MEDIO PLAZO

CABRERIZO Javier, HAM Lisanne, RODRÍGUEZ CALVO DE MORA Marina, DAPENA SEVILLA Isabel

Propósito: Evaluar los resultados a medio plazo de la quaretoplastia endotelial de membrana de Descemet (DMEK).

Método: DMEK fue realizada consecutivamente en 300 ojos de 248 pacientes aquejados de distrofia endotelial de Fuchs, queratopatía bullosa o queratoplastia endotelial fallida. Todos los procedimientos tuvieron un seguimiento de al menos 2 años (rango 2-6). Determinaciones de mejor agudeza visual con corrección (AV), recuento endotelial central (CED) y grosor corneal central (GCC) fueron realizadas antes de la cirugía y a los 6, 12 y 24 meses tras a cirugía. Todas las complicaciones postoperatorias fueron descritas.

Resultados: A los 6 meses tras la cirugía el 98.3% de los ojos operados presentaban AV $\geq 20/40$ (0.5), el 78.7% $\geq 20/25$ (0.8), el 45.7% $\geq 20/20$ (1.0) y el 14.8% $\geq 20/17$ (1.2). El CED decreció un 34.5% a los 6 meses y un 42.8% a los 24 meses. Durante los meses sucesivos la pérdida endotelial central fue de un 8-10% cada año hasta los 6 meses tras la cirugía. El GCC disminuyó un 21.6%, de $671\mu\text{m}$ ($\pm 99\mu\text{m}$) antes de la cirugía a $525\mu\text{m}$ ($\pm 52\mu\text{m}$) a los 6 meses, sin presentar cambios posteriormente. La complicación más frecuentemente encontrada fue el desprendimiento parcial del injerto, observada en un 14.7% (44/300) de los casos, de los cuales un 11% (33/300) necesitaron un reintervención con la misma técnica. La mayoría de las complicaciones encontradas se presentaron durante los primeros 6 meses. Se encontraron 6 casos de rechazo endotelial, de los cuales 2 requirieron reintervención y 2 casos de fallo endotelial tardío durante el tercer año tras la intervención. El porcentaje de reposición de aire en cámara anterior fue del 4% (12/300). Conclusiones: DMEK ofrece una rehabilitación visual rápida y cuasi completa tras 6 meses, que permanece estable durante los siguientes 6 años. La tasa de disminución del recuento endotelial permanece estable tras los primeros 6 meses y el porcentaje de complicaciones permanece muy bajo tras ese periodo.

CL29

GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CATARATA EN UN HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITARIO

FERRÁNDEZ ARENAS Blanca, GÜERRI MONCLÚS Noemí, POLO LLORÉNS Vicente, LARROSA POVES José Manuel

Propósito: Evaluar el grado de satisfacción en pacientes sometidos a cirugía de facoemulsificación, y monitorización de la calidad asistencial en este proceso médico-quirúrgico.

Método: Estudio prospectivo transversal. Pacientes que iban a ser intervenidos de catarata en la unidad de glaucoma del hospital, recibieron en la consulta preoperatoria, una encuesta. En ella, se cuestionó su satisfacción tras el proceso quirúrgico, mediante preguntas cerradas: nueve ítems para la consulta preoperatoria, 11 el día de la intervención y su estancia en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI), y 10 sobre las visitas postoperatorias hospitalarias. Las respuestas se gradaron de forma numérica del 1 (nada satisfactorio) al 5 (muy satisfactorio). Los cuestionarios fueron cumplimentados por los usuarios de forma anónima y voluntaria.

Resultados: Cincuenta encuestas fueron evaluadas durante 6 meses. La media de edad de los pacientes fue de $72,38 \pm 9,7$ años (41,2 % hombres y 58,8 % mujeres). 75% de los encuestados fueron jubilados. En el preoperatorio, el mejor resultado (mayor porcentaje de «muy satisfecho») se obtuvo para la pregunta «confianza transmitida por el oftalmólogo» (62,9%). Todos los ítems del día de cirugía, recibieron un porcentaje alto de «muy satisfecho», excepto el tiempo de espera para entrar en quirófano. Los datos sobre la consulta postoperatoria mostraron un mayor porcentaje de pacientes «muy satisfechos» en los ítems «confianza transmitida por el oftalmólogo (60,6%) y «satisfacción general sobre la intervención» (56,3%). Tanto en el quirófano como en la consulta, la mayoría de los pacientes no conocía el nombre del oftalmólogo (66,7% y 44,4% de los pacientes, respectivamente).

Conclusiones: El grado de satisfacción de los pacientes tras el proceso médico-quirúrgico de la facoemulsificación fue alto. La encuesta de satisfacción resultó un instrumento sencillo y dinámico, que puede ser utilizado como marcador socio-sanitario de calidad asistencial.

CL30

PATRÓN DE RECURRENCIA DE MELANOMAS DE UVEA TRATADOS MEDIANTE BRAQUITERAPIA EPIESCLERAL

GARCÍA ÁLVAREZ Ciro, SAORNIL ÁLVAREZ M.^a Antonia, MUÑOZ M.^a Fé, LÓPEZ LARA Francisco,

Propósito: Estudiar el momento, frecuencia y características clínicas del fracaso del tratamiento con braquiterapia epiescleral en pacientes diagnosticados de melanoma uveal.

Método: Serie de casos prospectiva, consecutiva y no intervencional. Se incluyeron pacientes diagnosticados de melanoma uveal y tratados con braquiterapia epiescleral entre 1995 y 2013. Los pacientes fueron tratados de acuerdo a un protocolo estandarizado. El seguimiento incluyó recogida de datos demográficos, exploración ocular, ecografía y estudios de extensión. Se definió recurrencia como la presencia de progresión local del tumor después del tratamiento. Los datos fueron recogidos en una base de datos y analizados estadísticamente.

Resultados: De 602 pacientes diagnosticados de melanoma uveal, 248 fueron tratados mediante braquiterapia epiescleral, con un seguimiento medio de 78.2 meses (desviación típica: 51.5) se detectaron 14 recurrencias (5.6%). 9 pacientes fueron mujeres y 5 hombres. La edad media fue de 54.5 años en las mujeres (desviación típica: 3.7) y 64.2 en los hombres (desviación típica: 5.61). Todos los tumores eran coroides. De acuerdo a la clasificación COMS, 2 de los pacientes tenían tumores pequeños, y 12 medianos. Ninguno presentaba metástasis en el momento del diagnóstico. Todos los pacientes recibieron braquiterapia con yodo 125. Todos los ojos fueron enucleados tras la recurrencia. El análisis de Kaplan Meier demostró un tiempo medio de recurrencia de 37.6 meses (desviación típica 2.26). 3 pacientes presentaron metástasis en el seguimiento. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia de los pacientes con recurrencias.

Conclusiones: El fracaso a nivel local del tratamiento con braquiterapia epiescleral en el melanoma uveal no es frecuente. Las recurrencias aparecen de forma precoz, pero también tardíamente a lo largo del seguimiento, y no siguen un patrón clínico típico. Estas recidivas empeoran el pronóstico del paciente.

CL31

NUEVO Y SENCILLO DISPOSITIVO PARA APLICACIÓN SIMULTÁNEA DE CALOR Y MASAJE PALPEBRAL. APLICACIÓN EN LA DISFUNCIÓN DE GLÁNDULAS DE MEIBOMIO

OLMEDO HERRERO María, LÓPEZ RODRÍGUEZ Isabel

Propósito: Presentar un nuevo sistema para la aplicación de calor y masaje de forma simultánea en el borde de los párpados. Este producto pretende facilitar a los pacientes el tratamiento de la disfunción de glándulas de Meibomio, permitiendo una realización más eficiente de los 2 pasos en 1 sólo, y promoviendo un mejor cumplimiento, al ser la técnica sencilla y de cómoda aplicación.

Método: El trabajo tiene 2 partes: 1. Determinación de temperatura en la superficie del producto una vez calentado en un horno microondas casero convencional. 2. Aplicación clínica. Se ha proporcionado un prototipo a 8 pacientes con disfunción de glándulas de Meibomio. Se les ha pedido que lo utilicen 5 minutos al día durante 7 días. Previamente y posteriormente al tratamiento se les ha pedido que rellenen un cuestionario de síntomas de DGM. También se les ha pedido una valoración de la facilidad de uso.

Resultados: 1. Las temperaturas medias obtenidas en la superficie de los prototipos en los minutos 0, 1, 2, 3, 4 y 5 son, respectivamente: 58.17°C, 53.24°C, 48.47°C, 45.65°C, 42.92°C y 40.46°C. 2. Sumando los resultados de las respuestas a todos los síntomas, obtenemos: Previamente al tratamiento: Nunca, 6 ; Raramente, 8; A veces, 11; Con frecuencia: 13; Todo el día: 2 Posterior al tratamiento: Nunca: 10; Raramente: 16; A veces: 11; Con frecuencia: 2; Todo el día: 1 Respecto a la facilidad de uso, la media de las respuestas es: 7,86.

Conclusiones: Las almohadillas aquí presentadas aportan calor a temperatura adecuada y la mantienen un tiempo suficiente para facilitar el drenaje de las glándulas de Meibomio Su forma permite que la aplicación del calor sea directa sobre el borde palpebral Permiten simultanear el masaje con la aplicación del calor, evitando un descenso de la temperatura del párpado mientras se realiza el masaje El masaje se realiza sin tracciones cutáneas, de forma uniforme en toda la longitud del párpado y de manera sencilla para el paciente.

CL32

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE MIOPIA Y PERSONALIDAD

RODRÍGUEZ UÑA Ignacio, PÉREZ BARTOLOMÉ Francisco, URRIES ORTIZ Mauricio, ARRIOLA VILLALOBOS Pedro

Propósito: Estudiar la correlación existente entre el error refractivo miópico y determinados rasgos de la personalidad. Así mismo, se pretende determinar si existe correlación entre el grado de miopía y una mayor frecuencia o gravedad de trastornos de la personalidad.

Método: Estudio transversal observacional multicéntrico no aleatorizado. 82 sujetos (26 hombres, 56 mujeres) mayores de 18 años con miopía (defecto esférico $\geq -0,5$ D), de los que 30 fueron miopes magnos (< -6 D). Datos recogidos: edad y sexo, nivel de formación, resultado en el inventario de personalidad Neo PI-R, autorrefractometría, patología miópica, tratamiento oftalmológico.

Resultados: No se encontró correlación (Rho de Spearman) estadísticamente significativa entre la magnitud del defecto esférico y los cinco rasgos de personalidad estudiados en el total de la muestra: neuroticismo (-0,057; $p=0,610$), extraversión (-0,020; $p=0,857$), apertura (-0,032; $p=0,774$), amabilidad (-0,060; $p=0,592$), responsabilidad (-0,034; $p=0,765$). Al agruparlos por subgrupos de alta y baja significación (T-test), se halló una clara tendencia al aumento del defecto miópico a medida que aumentaba la puntuación en extraversión, que resultó significativa ($p = 0,002$). Al comparar miopes magnos y el resto de miopes, se vio que existían diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la patología asociada ($p<0,001$), el tratamiento recibido ($p<0,001$) y el nivel de estudios ($p=0,013$). No se encontraron diferencias en las variables de personalidad: neuroticismo ($p=0,852$), extraversión ($p=0,199$), apertura ($p=0,560$), amabilidad ($p=0,584$), responsabilidad ($p=0,722$).

Conclusiones: Se encontró una baja correlación entre miopía y personalidad. El grado de miopía no resultó diferente entre los grupos con diversos niveles de estudios. Los sujetos con patología oftalmológica más grave asociada a la miopía presentaban puntuaciones más altas en neuroticismo, sin encontrarse asociación significativa.

CL33

VALORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIPALÚDICOS TRAS SU IMPLANTACIÓN

TOLEDO LUCHO Sara Consuelo, SANABRIA RUIZ-COLMENARES M.^a Rosa

Propósito: Revisar los problemas encontrados y los resultados obtenidos tras la implantación de un protocolo de despistaje de Antipalúdicos (AP).

Método: Estudio restrospectivo de las HC y retinografías, fotos de autofluorescencia (FAF) y campos visuales (CV) centrales 10-2, de los pacientes que se han remitido a Oftalmología que iban a iniciar tratamiento con AP desde el momento de la implantación del protocolo en mayo de 2012 hasta Enero de 2014.

Resultados: Se han revisado 126 pacientes. 94,4% procedían del servicio de reumatología y 5,6% de dermatología. La edad media 59,7 años y el 73,8% mujeres. Todos estaban con Hidroxicloroquina siendo la dosis más frecuente 300 mg diarios. La artritis reumatoide (40,5 %) fue el diagnóstico más frecuente, seguido del LES (15,9 %). La AV media fue de 0,76, 26 pacientes presentaban opacidades de cristalino. En 97 pacientes los CV resultaron normales, 8 presentaron defectos leves o moderados sin patrón definido y en 9 los resultados fueron poco fiables. De los 51 pacientes mayores de 65 años 16 (31,4%) presentaron campos visuales alterados o no valorables. La FAF resultó normal en 104 pacientes (82,5%), anormal aunque congruente con los hallazgos oftalmoscópicos en 12 pacientes (miopía patológica, cambios normales de la edad, DMAE precoz ,intermedia o tardía).

Conclusiones: El rendimiento de los campos visuales como test de referencia para el diagnóstico de toxicidad por AP es relativamente bajo en pacientes mayores de 65 a. por ello creemos recomendable usar la FAF como test primordial y asociarlo quizás a otro test objetivo como el SDOCT, en detrimento de los campos visuales.

CL34

NUESTRA EXPERIENCIA A LOS 10 AÑOS DE UTILIZAR INJERTOS DERMO-GRASOS PARA LA REPARACIÓN DE CAVIDADES ANOFTÁLMICAS CON IMPLANTES ORBITARIOS

BUIGUES LLULL Ania, MARTÍNEZ GRAU Gorka, MARTÍNEZ GRAU Aihnoa

Propósito: Evaluar nuestra experiencia con injertos dermo-grasos en la reparación de una cavidad anoftálmica con cirugía de implante orbitario previa.

Método: Estudio observacional retrospectivo longitudinal de serie de casos. Se revisaron todos los pacientes operados de injerto dermo-graso en cavidades anoftálmicas con implante orbitario previo en nuestro centro por un único cirujano desde Agosto del 2003 a Septiembre del 2013. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las características clínicas de los pacientes, de la evolución postoperatoria del injerto, y de las complicaciones asociadas a este tipo de cirugía. Se evaluó el tiempo de supervivencia del injerto con curvas de Kaplan Meier. Se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 54 ojos de 54 pacientes operados de injerto dermograsso en cavidades anoftálmicas con implante orbitario previo. De los cuales el 72.2% presentaban una extrusión del implante orbitario previo, el 18.52% presentaban un déficit de volumen orbitario, el 3.7% una cavidad contraída, y el 3.7% un granuloma conjuntival. La supervivencia del injerto fue del 88.15% con un tiempo medio de seguimiento de 37.7 meses. El 66.7% de pacientes mejoraron el enoftalmos. Se aporta documentación gráfica para evaluar el aspecto cosmético de los pacientes. La complicación más frecuente fue la extrusión del implante orbitario tras necrosis o dehiscencia del injerto (13.7%), y en segundo lugar la hipertrofia conjuntival o quistes conjuntivales (7,8%).

Conclusiones: Proponemos el injerto dermograsso autólogo como una buena opción terapéutica en la reparación de cavidades anoftálmicas con complicaciones derivadas de una cirugía previa de implante orbitario, especialmente tras la extrusión del implante.

CL35

INSERCIÓN DE LA APÓFISIS UNCIFORME EN RELACIÓN CON LA FOSA LAGRIMAL

CIFUENTES CANOREA Pilar, TROYANO RIVAS Juan Antonio

Propósito: Analizar la localización de la inserción de la apófisis unciforme en relación con la fosa lagrimal.

Método: Estudio retrospectivo descriptivo en el que se ha analizado la localización de la inserción de la apófisis unciforme en tomografías axiales computarizadas de 30 pacientes consecutivos, descartándose aquellos cuya patología pudiera interferir con la evaluación de la inserción. En cada paciente se determinó la inserción de la apófisis unciforme en tres niveles, superior, medio e inferior, en relación al saco lagrimal, clasificando esta inserción en cada nivel como: retrolagrimal (posterior al hueso lagrimal), lagrimal (en el hueso lagrimal), maxilar, o en el cornete medio.

Resultados: Se analizaron un total de 30 pacientes (17 mujeres y 13 hombres). Encontrándose unos porcentajes de inserción de la apófisis unciforme a nivel superior: retrolagrimal 10%, lagrimal 10%, maxilar 23,3% y en el cornete 56,7%. A nivel medio: retrolagrimal 20%, lagrimal 36,7%, maxilar 40% y en el cornete 3,3%. A nivel inferior: retrolagrimal 36,7%, lagrimal 50%, maxilar 13,3%.

Conclusiones: Si bien en la dacriocistorrinostomía (DCR) externa la localización de la apófisis unciforme es posiblemente indiferente, se ha sugerido la relevancia de la misma en la DCR endonasal, y la pertinencia de realizar una uncinectomía. Queda por determinar su importancia a la hora de realizar una DCR endocanalicular con láser diodo, si bien nuestra hipótesis es que los casos con inserción maxilar, e incluso algunos de inserción lagrimal, serían de peor pronóstico si no se asociase una uncinectomía previa, ya que la unciforme nos impediría una correcta visualización y manipulación de la osteotomía que estuviéramos realizando. Sin embargo, aquellos casos con inserción retrolagrimal serían los más favorables, ya que la visualización de la osteotomía no estaría dificultada.

CL36

ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA Y MORTALIDAD EN UNA SERIE DE 22 MELANOMAS DE COROIDES ENUCLEADOS

FERNÁNDEZ HERMIDA Roberto, BERASATEGUI FERNÁNDEZ Bárbara, ORIVE BAÑUELOS Ana

Propósito: Analizar la supervivencia y mortalidad, así como su relación con distintas variables epidemiológicas, clínicas e histológicas del melanoma de coroides en una serie de pacientes a los que se ha practicado enucleación del globo ocular.

Método: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de melanoma de coroides que precisaron enucleación del globo ocular entre enero de 2000 y enero de 2014.

Resultados: Se identificaron 22 casos de melanoma de coroides, 12 varones y 10 mujeres. Hallamos una relación directa entre mortalidad y edad siendo ésta de media para los pacientes fallecidos de 69.9 meses y de 50.9 meses para los que sobreviven ($p=0.036$). La supervivencia media global en años fue de 6.1. A su vez, la supervivencia a 2 años fue del 83.3%, del 58.4% a 5 años y del 13% a 10 años. Un 36.3% presentaron un iris de color marrón con una supervivencia media de 60.7 meses, un 36.3% azules con 55.6 meses y un 13.6% verdes, con 147.6 meses de media ($p=0.351$). En cuanto a la histología, el 63.6% fueron de estirpe fusiforme con una mediana de supervivencia de 72.6 meses, un 22.7% fueron mixtos con una mediana de 25.8 meses y un 9.1% epitelioides con 17.9 meses ($p=0.013$). La supervivencia en aquéllos con invasión escleral fue de 17.9 meses vs 75.5 meses en los que no la presentaron ($p=0.009$). Sólo 2 pacientes habían recibido radioterapia externa ocular previa. Se empleó en todos los casos un implante intraorbitario de polietileno poroso que precisó recambio en 2 casos (9%). Dato reseñable es la elevada incidencia de otras neoplasias asociadas con un 31.8% de la población afectada. Conclusiones: La enucleación del globo ocular continúa siendo el tratamiento de elección en los casos de melanoma de coroides de tamaño grande y mediano con factores de riesgo añadidos. Una técnica quirúrgica minuciosa reduce la incidencia de metástasis, sin bien la mortalidad de estos pacientes a largo plazo es todavía alta.

CL37

LA FIBROMIALGIA CAUSA DEGENERACIÓN AXONAL EN LA CAPA DE FIBRAS NERVIOSAS DE LA RETINA Y DISFUNCIÓN VISUAL

GUTIÉRREZ RUIZ Fernando, PINILLA BOROBA Juan, RODRIGO SANJUAN M.^a Jesús, GARCÍA MARTÍN Elena

Propósito: Demostrar que la fibromialgia causa daño axonal en el nervio óptico que puede ser demostrado mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) y evaluar la función visual en pacientes con esta patología.

Método: Pacientes afectados de fibromialgia (n=116) y sujetos sanos ajustados por edad (n=144) fueron sometidos a una evaluación neurológica completa en la que se valoró tipo de fibromialgia, calidad de vida con cuestionario EQ5D, severidad con escala SFM-FIQ y duración de la enfermedad; así como a una evaluación oftalmológica con determinación de la agudeza visual y análisis estructural de la CFNR usando dos dispositivos de OCT (Cirrus y Spectralis OCT). Se compararon las diferencias entre pacientes y controles. Se analizó la correlación entre los espesores de la CFNR, la duración de la enfermedad, la severidad y la repercusión en la calidad de vida.

Resultados: Se observó adelgazamiento en el espesor de la CFNR en los ojos de los pacientes afectados de fibromialgia con respecto a los sanos en todas las zonas excepto en la fóvea, usando ambos dispositivos de OCT. Se demostró correlación entre las medidas de ambos dispositivos, pero difirieron significativamente. El espesor medio de la CFNR obtenido mediante el Spectralis OCT se correlacionó con la duración de la enfermedad.

Conclusiones: La OCT de dominio-Fourier es una técnica válida y fiable para la detección de atrofia de CFNR subclínica en fibromialgia, especialmente usando el dispositivo Spectralis OCT. El espesor de la CFNR disminuye con la duración de la enfermedad.

CL38

EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD AL CONTRASTE EN LA ENFERMEDAD DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

OTÍN MALLADA Sofía, ALTEMIR GÓMEZ Irene, GARCÍA MARTÍN Elena, RODRIGO SANJUAN M.^a Jesús

Propósito: Evaluar la sensibilidad al contraste en pacientes con esclerosis múltiple (EM) con y sin antecedentes de neuritis óptica (NO).

Método: Se seleccionaron 48 pacientes con EM y 47 sujetos sanos. A todos ellos se les evaluó la sensibilidad al contraste (SC) utilizando los tests CSV 1000, Pelli-Robson y las láminas de determinación de agudeza visual (AV) de Bailey-Lovie de 100%, 2,5% y 1,25% de contraste. Se compararon los valores entre pacientes y sanos; y entre pacientes con y antecedente de NO. Se realizó un análisis de correlación de Pearson entre las diferentes variables y los años de evolución de enfermedad.

Resultados: La edad media fue de $44,36 \pm 12,84$ años en el grupo EM y $44,47 \pm 10,02$ años en el grupo control ($p=0,961$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la AV para los diferentes niveles de contrastes: al 100% (AV media de $0,07 \pm 0,2$ en pacientes vs $-0,05 \pm 0,1$ en sanos), al 2,5% ($0,59 \pm 0,27$ vs $0,47 \pm 0,16$ respectivamente) y al 1,25% ($0,67 \pm 0,29$ vs $0,55 \pm 0,18$). Se registraron valores de SC significativamente inferiores en los sujetos con EM con los test de Pelli-Robson ($1,71 \pm 0,36$ en pacientes vs $1,84 \pm 0,14$ en sanos) y de CSV1000 ($1,57 \pm 0,21$ vs $1,73 \pm 0,18$ para frecuencias de 3 ciclos/grado; $1,76 \pm 0,24$ vs $1,96 \pm 0,20$ para frecuencias de 6 ciclos/grado; $1,35 \pm 0,35$ vs $1,58 \pm 0,24$ para 9 ciclos/grado; $0,91 \pm 0,36$ vs $1,12 \pm 0,26$ para 12 ciclos/grado). No se detectaron diferencias significativas entre pacientes con o sin episodios de NO previos. La duración de la enfermedad se correlacionó significativamente con la AV al 1,25% ($r = 0,327$) y el test CSV 1000 para frecuencias de 9 ciclos/grado ($r = -0,271$) y de 12 ciclos/grado ($r = -0,214$).

Conclusiones: La sensibilidad al contraste presentó peores valores en pacientes con EM frente a sanos, sin encontrarse mayor afectación en sujetos con antecedentes de NO. Los valores de AV 1,25% y CSV en frecuencias altas presentaron una correlación débil con los años de evolución de la enfermedad.

CL39

EFICACIA DE ADALIMUMAB COMO TRATAMIENTO DE LAS UVEÍTIS IDIOPÁTICAS REFRACTARIAS PEDIÁTRICAS

GARCÍA GARCÍA Salvador, URBANO Fernando, TORIBIO GARCÍA Manuel, BRAVO MANCHEÑO Beatriz

Propósito: Evaluar la respuesta a adalimumab en uveítis idiopáticas refractarias en la edad pediátrica.

Método: Estudio retrospectivo de 5 pacientes con uveítis idiopáticas refractarias tratadas con adalimumab subcutáneo (24-40mg/m²) tras insuficiente respuesta a corticoides y metotrexato. En todos los pacientes se utilizó Adalimumab como primer anti-TNF. Antes del tratamiento todos los pacientes presentaron uveítis recidivante bilateral a pesar de tratamiento con metotrexato (15mg/m²/semana) y prednisona oral (0,5-1 mg/kg) y tópica (dexametasona colirio) con pauta descendente. Un paciente precisó triamcinolona subtenoniana. Previo a Adalimumab se constató MAVC (mejor agudeza visual corregida), presencia de inflamación en cámara anterior y vítrea y alteraciones en fondo de ojo. Se tuvo en cuenta el tiempo desde el diagnóstico. Tras inicio de Adalimumab se evaluó a los pacientes en función de los mismos criterios oftalmológicos a los 30 días, 3 meses, 6 meses y 12 meses. Se evaluaron: tiempo sin recidivas, número de recidivas, tiempo hasta retirada de corticoides, pacientes que continúan con metotrexato y efectos adversos de Adalimumab.

Resultados: La agudeza visual y la inflamación intraocular mejoró en todos los pacientes y no se presentó ninguna recidiva hasta la actualidad (periodo medio de seguimiento 10,8 meses). Se pudo suprimir la necesidad de corticoides sistémicos y tópicos en 5/5 pacientes y de metotrexato en 1/5 pacientes.

Conclusiones: Adalimumab subcutáneo parece ser una alternativa útil para esta forma de uveítis pediátrica permitiendo reducir la necesidad de tratamiento continuado con corticoides y metotrexato. Su uso 'off label' y la poca experiencia clínica hasta la fecha harían necesarios nuevos estudios para constatar su eficacia y seguridad.

CL40

NEURORETINITIS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICO VISUAL

GONZÁLEZ MONTPETIT M.^a Elena, JIMÉNEZ GÓMEZ Beatriz, FONOLLOSA CALDUCH Álex, VALSERO FRANCO Sonia

Propósito: La neuroretinitis (NR) es un proceso inflamatorio que afecta principalmente al nervio óptico. Se caracteriza por edema de papila y exudados maculares que tienden a organizarse siguiendo un patrón en estrella que aparece de 10 a 15 días tras el inicio de los síntomas visuales. En general, los pacientes presentan buen pronóstico visual. El pronóstico estructural en términos de grosor macular y de capa de fibras nerviosas de la retina (RNFL) no ha sido estudiado previamente. El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar el pronóstico estructural y la posible asociación entre las características clínicas y tomográficas con la agudeza visual (AV) final de una cohorte de pacientes de nuestra Unidad de Uveítis.

Método: Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de 15 casos clínicos de nuestra Unidad de Uveítis. Las variables registradas fueron las siguientes: edad al inicio, etiología, tratamiento, AV inicial y final, presencia de defecto pupilar aferente relativo (DPAR), grosor macular y de RNFL medido por tomografía de coherencia óptica (OCT) al inicio y al final y tipo de edema macular. Se evaluaron las posibles asociaciones entre la AV final y la etiología, el tipo de edema macular, el grosor macular inicial y el grosor inicial de RNFL. Los test estadísticos empleados fueron U de Mann Whitney, Wilcoxon y el test de Pearson. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 20 ojos de 15 pacientes (10 varones, 5 mujeres). La edad media de los pacientes fue de 33,6 [18] años. El tiempo medio de seguimiento fue de 42 meses. Siete del total de casos (46,7%) fueron debidos a infección, de entre los cuales, más del 80% secundario a infección por Bartonella. Cuatro ojos asociaron otros signos clínicos: 2 arteritis retinianas con macroaneurismas, 1 flebitis isquémica con neovascularización de la papila y 1 angéitis en escarcha. Doce pacientes (85,7%) recibieron tratamiento sistémico, siendo los corticoides los más empleados (50%). Cinco pacientes (33%) presentaron DPAR. Un 20% de los pacientes presentó edema macular cistoide (EMC), otro 20% desprendimiento neurosensorial (DNS), un 40% presentó una combinación de ambos tipos de edema (EMC y DNS), y el último 20% no presentó edema macular. La AV media al inicio y al final fue de 0,38 [0,3] y 0,62 [0,4] respectivamente, $p=0,033$. El grosor macular medio al inicio y al final fue de 394,92 [153] y 265 [75] respectivamente, $p=0,05$. La media del grosor de RNFL inicial y final fue de 241,09 [153] y 117,37 [100] respectivamente, $p=0,015$. No se encontró ninguna asociación entre la etiología, el tipo de edema macular, el grosor macular inicial y el grosor inicial de RNFL con la AV final ($p=0,53$, $p=0,52$, $p=0,702$, $p=0,12$).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con NR, las características clínicas fueron similares a las descritas previamente por otros autores; mientras que los resultados estructurales medidos por OCT, que no han sido previamente descritos en otros estudios, fueron buenos y se correspondieron con los resultados funcionales satisfactorios.

CL41

ACOMODACIÓN Y AGUDEZA VISUAL OBTENIDA CON LA LENTE INTRAOCULAR ACOMODATIVA (LIOA) AKKOLENS LUMINA

ALIO Y SANZ Jorge L., SIMONOV Aleksey, PLAZA PUCHE Ana B., VEGA ESTRADA Alfredo

Propósito: Comparar la acomodación y agudeza visual tras el implante de una nueva LIOA Akkolens Lumina con una LIO monofocal.

Método: Este estudio prospectivo, no randomizado, comparativo incluyó 25 ojos que se sometieron a de cirugía de catarata. La LIOA Akkolens Lumina se basa en el principio de Alvarez para generar un cambio en la potencia de la LIOA. Dependiendo de la LIO implantada se clasificaron en dos grupos: Grupo A, 18 ojos implantados con la LIOA Akkolens Lumina y Grupo B, 10 ojos implantados con la LIO monofocal Acrysof SA60AT. El seguimiento de los pacientes fue de 12 meses. Los principales parámetros estudiados fueron: Agudeza visual sin corrección de lejos (AVsc) y de cerca (AVCsc), agudeza visual de lejos con corrección (Avcc), agudeza visual de cerca con la corrección de lejos (AVCcl), refracción manifiesta, curva de desenfoque, sensibilidad al contraste y medida objetiva de la acomodación con el autorrefractómetro WAM.

Resultados: No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la AVsc y la Avcc ($p > 0.45$). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en AVCcl postoperatoria con mejores resultados para el grupo A ($p < 0.01$). En cuanto a la curva de desenfoque mejor agudeza visual se obtuvo para el grupo A ($p < 0.02$) para los niveles de desenfoque comprendidos entre -4.0 to -0.5D. Se obtuvo mejor profundidad de foco para el grupo A para las agudezas visuales de 0.8, 0.6 y 0.4 ($p < 0.02$). No hubo diferencias entre grupos en la sensibilidad al contraste mesópica ($p > 0.28$). En cuanto a la medida objetiva de la acomodación con el WAM se observó una mayor respuesta al estímulo acomodativo con la LIOA.

Conclusiones: La LIOA Akkolens Lumina aporta buena visión de lejos y cerca tras cirugía de cataratas. La mejora en visión próxima es de origen acomodativo. La sensibilidad al contraste es similar al de una LIO monofocal.

CL42

ABERROMETRÍA INTRAOPERATORIA COMO BIÓMETRO. COMPARACIÓN CON IOL MASTER

CASAS PASCUAL Paula, CRISTÓBAL BESCÓS José Ángel

Propósito: Analizar la concordancia entre la biometría preoperatoria realizada con interferometría de coherencia parcial IOL Master® y la intraoperatoria efectuada por el aberrómetro ORA System®.

Método: Realizamos un estudio descriptivo sobre 33 ojos intervenidos de facoemulsificación de cristalino con implante de lente intraocular (LIO). Se comparan los valores de potencia de LIO sugeridos por ambos métodos para lograr la refracción más próxima a la emetropía, así como el eje del astigmatismo determinado por cada sistema biométrico.

Resultados: El Coeficiente de Correlación Intraclase demostró una concordancia óptima entre ambos instrumentos 0,969 (p valor <0,01) para medidas únicas y de 0,984 (p valor <0,01) para medidas promedio. El eje del astigmatismo fue coincidente con un error de $\pm 5^\circ$ en el 15,8 % de los pacientes con astigmatismo inferior o igual a 1,5 dioptrías (D), en el 40 % de los pacientes con valores de astigmatismo comprendidos entre 1,6 y 3 D y en el 55,6% de los pacientes con astigmatismos superiores a 3D.

Conclusiones: Ambos sistemas presentan una concordancia óptima en cuanto a selección de LIO para pacientes con longitudes axiales comprendidas entre 20 y 28 mm y sin cirugías refractivas previas. La determinación del eje del astigmatismo es más coincidente cuanto mayor es el valor del cilindro.

CL43

VALORACIÓN INTRAQUIRÚRGICA DE LA POSICIÓN EFECTIVA DE LA LENTE INTRAOCULAR

CRESPO BORDONADA Marceliano, MONSALVE CÓRDOVA Juan

Propósito: El objetivo del presente estudio fue comprobar, de manera preliminar, la eficacia de un sistema de seguimiento intraquirúrgico para estimar con precisión la posición efectiva de la lente (ELP) por tomografía de coherencia óptica (OCT) en la cirugía de cataratas mediante laser de femtosegundo.

Método: Se realizó un estudio piloto en una muestra de 35 ojos en los que se implantaron 5 tipos distintos de lente intraocular (LIO). Se estimó la ELP mediante un método optimizado basado en la valoración intraquirúrgica de la ELP usando el OCT de la plataforma láser de femtosegundo durante su escaneo previo a la capsulorrexis y la emulsificación. Para ello se midió el diámetro en el ecuador del saco cristalino y la profundidad de la cámara anterior, desde el endotelio corneal al ecuador teórico del cristalino. Para evaluar la diferencia entre la ELP y la posición final de la lente, se realizó una OCT al mes de la cirugía y se comparó la posición real de la LIO con la imagen tomada con la OCT durante la cirugía, que correspondía a la ELP.

Resultados: El error en la estimación optimizada de la ELP fue de $71,96 \pm 120,58 \mu\text{m}$. El valor negativo del error indica que la LIO se situó en realidad a mayor profundidad de lo que se había calculado. El error refractivo teórico residual postquirúrgico, derivado del error del cálculo de posición de la lente, habría sido igual o menor a $\pm 0,25 \text{ D}$ en el 67 % de los casos. El 97,4 % presentaría un error refractivo menor a $\pm 0,50 \text{ D}$.

Conclusiones: La ELP de la lente intraocular medida con OCT durante la cirugía del láser de femtosegundo puede predecir de forma más precisa la posición final de la lente. Por tanto, tener en cuenta este parámetro en el futuro para el cálculo de la potencia de la LIO puede mejorar los resultados refractivos tras la cirugía.

CL44

ANÁLISIS DE LA CALIDAD VISUAL TRAS IMPLANTACIÓN DE LIOS DIFRACTIVOS TRIFOCALES

GARCÍA BELLA Javier, FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO José, TALAVERO GONZÁLEZ Paula, VALCARCE RIAL Laura

Propósito: Estudiar la función visual con diferentes luminancias (fotópica 85cd/m² y mesópica 5 cd/m²), en pacientes implantados con LIO difractiva trifocal.

Método: 48 pacientes diagnosticados de cataratas en ambos ojos e implantados bilateralmente con lente trifocal difractiva FineVision y AT Lisa Tri en subgrupos iguales. A los tres meses de la cirugía se obtuvieron los valores refractivos y la agudeza visual (LogMAR) de lejos sin compensación (AVSC) y con la mejor compensación (AVMC). También se midieron las agudezas visuales intermedia (AVI a 65 cm) y en cerca (AVC a 40 cm), ambas con la mejor compensación de lejos. Se utilizó el test ETDRS de alto contraste en condiciones fotópicas. La sensibilidad al contraste se estudió de forma binocular con el test CSV1000 y con el test Pelli Robson. La curva de desenfoque se cuantificó en condiciones fotópicas y mesópicas de forma binocular con la mejor compensación en un rango entre +1.50D y -4.00D en pasos de 0.50D. Se realizaron medidas del diámetro pupilar con KR?1W Wavefront Analyzer.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 68.4 ± 5.5 años y el diámetro pupilar máximo en condiciones mesópicas fue de 5.78 mm. Con LIO Fine Vision la AVMC fue de 0.05 ± 0.06 LogMAR, la AVI 0.25 ± 0.1 LogMAR y la AVC 0.13 ± 0.1 LogMAR, mientras con AT Lisa Tri la AVMC fue - 0.04 ± 0.11 LogMAR, la AVI 0.32 ± 0.09 LogMAR y la AVC 0.12 ± 0.11 LogMAR. La sensibilidad al contraste medida con el Pelli Robson y con CSV1000 no obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre los dos subgrupos. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las dos LIO en condiciones fotópicas ni mesópicas en ningún punto de las curvas de desenfoque.

Conclusiones: La función y calidad visual en pacientes implantados con LIO difractiva trifocal es muy satisfactoria en distintos niveles y ambientes lumínicos sin encontrar diferencias entre las distintas LIO en pacientes con diámetros pupilares estrechos.

CL45

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA DE CATARATAS CON FEMTOSEGUNDO COMPARADO CON FACOEMULSIFICACIÓN CONVENCIONAL

MONSALVE CÓRDOVA Juan, PASTOR PASCUAL Francisco

Propósito: Evaluar la eficacia y la seguridad de la cirugía de cataratas realizada con una plataforma láser de femtosegundo (FS) con interfaz de óptica líquida, comparadas con las de la técnica manual.

Método: Se realizó un estudio prospectivo en el que participaron 165 pacientes, con una edad media de $66,43 \pm 10,10$ años, que fueron intervenidos de cirugía de cataratas con láser FS y 155 pacientes, con una edad media de $65,49 \pm 10,09$ años, que fueron intervenidos con facoemulsificación manual. Todas las cirugías fueron realizadas en la clínica oftalmológica Oftalvist de Alicante. Se evaluaron el equivalente esférico (EE) y el astigmatismo inducido (SIA) tras la cirugía, el tiempo total de facoemulsificación, la disipación de la energía, el flujo de fluido, el recuento de células endoteliales corneales y la incidencia de complicaciones postquirúrgicas.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el EE entre el grupo intervenido con láser FS y el intervenido con técnica manual. Sin embargo, los valores de SIA fueron significativamente menores en el grupo de FS ($p < 0,001$). Tanto el tiempo como la energía empleados durante la facoemulsificación disminuyeron significativamente con el uso del láser FS en comparación con la técnica manual ($p < 0,001$), sin que fuera necesario utilizar mayor volumen de solución salina balanceada. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el recuento endotelial entre ambos grupos. En todos los casos se consiguieron capsulotomías completas y limpias, sin complicaciones en la cápsula anterior ni dislocaciones posteriores. Fue necesario completar manualmente la incisión principal realizada por el láser en sólo un 2,5 % de los casos y la incisión secundaria en un 4 % de los casos.

Conclusiones: La cirugía de cataratas guiada por una plataforma láser FS ha demostrado ser segura y eficaz, al mostrar una menor inducción de astigmatismo y no presentar complicaciones clínicamente relevantes.

CL46

RESULTADOS VISUALES DEL IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTES EPICRISTALINIANAS DE COLÁMERO EN PACIENTES PSEUDOFÁQUICOS

ALFONSO BARTOLOZZI Belén, LISA FERNÁNDEZ Carlos

Propósito: Evaluar la eficacia, seguridad y predictibilidad del implante secundario de las lentes epicristalinianas de colámero en la corrección de refracciones residuales en pacientes pseudofáquicos con patología corneal asociada.

Método: El estudio recoge 20 ojos pseudo-fáquicos de 18 pacientes, a los que se implantó sobre la lente previa, una lente epicristaliniana de colámero (ICL, Staar Surgical, Suiza) para corregir un error refractivo residual. Todos los ojos presentaban un problema corneal asociado. Se evaluó la agudeza visual con corrección de lejos (AVCC), así como la esfera y el cilindro refractivos antes del implante secundario y como mínimo seis meses después del mismo. También se valora la agudeza visual sin corrección (AVSC) después del implante para posibilitar el cálculo de los índices refractivos de eficacia (IE) y seguridad (IS). Para la evaluación del astigmatismo se empleó el análisis vectorial siguiendo el método de Thibos.

Resultados: La agudeza visual con corrección (AVCC) media preoperatoria fue de 0.58 ± 0.24 (decimal), con un rango de 0.2 a 1.0 y mejora hasta 0.65 ± 0.24 postoperatoriamente. La agudeza visual sin corrección media, tras el implante secundario, fue de 0.40 ± 0.23 . Los índices de eficacia y seguridad fueron 0.79 ± 0.44 y 1.16 ± 0.23 respectivamente. El 65% de los ojos alcanzaron un valor de esférico manifiesto de ± 0.50 dioptrías (D) y el 75% de ± 1.00 D. En cuanto al cilindro el 55% de los ojos estaban en ± 0.50 D. y el 65% en ± 1.0 D. En cuanto a la seguridad solo uno de los ojos (5%) perdió una línea de AVCC manteniendo la AVCC previa o mejorándola los restantes 19 ojos (95%).

Conclusiones: El implante secundario de una lente epicristaliniana de colámero en pseudofaquia presenta una eficacia baja, aunque su objetivo principal es corregir la anisometropía y una predictibilidad y una seguridad altas, que cumplen con las expectativas del procedimiento.

CL47

LASIK SUB-BOWMAN: EVOLUCIÓN DEL GROSOR DEL EPITELIO Y DEL COLGAJO CORNEAL EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

ALMORÍN FERNÁNDEZ-VIGO Ignacio, FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO Cristina, SÁNCHEZ GUILLÉN Inés, WALIAS CUESTA Miguel

Propósito: Estudiar el grosor del colgajo intraoperatorio y su evolución, así como el del epitelio, durante el primer mes del postoperatorio mediante OCT de segmento anterior Fourier-Domain en pacientes intervenidos mediante Lasik sub-Bowman.

Método: Estudio prospectivo de 116 ojos de 60 pacientes intervenidos de Lasik sub-Bowman (colgajo fino) para la corrección de miopía, hipermetropía y astigmatismo mediante el sistema one-use plus®. Se excluyeron pacientes con complicaciones intra o postoperatorias. El grosor intraoperatorio del colgajo se midió mediante ultrasonidos de alta resolución (50 Mhz). El grosor del epitelio y el del colgajo se midieron en el centro de la córnea (GC) y a 2 milímetros (G2) mediante OCT Rtvue® de segmento anterior en el preoperatorio y en el postoperatorio a las 2 y 24 horas, semana y mes. Se estudió la evolución del grosor del epitelio y del colgajo y se compararon los valores mediante la t de Student. Resultados: La edad media de la población estudiada fue 35,6±9,1 años. En el preoperatorio la paquimetría media fue de 549,59±29,88 micras, el GC de 51,97±3,8 micras y el G2 de 53,7±3,9 micras de media. El grosor del colgajo intraoperatorio fue de 98,6±13,9 micras de media. En el postoperatorio, el grosor del colgajo, el GC y el G2 fueron respectivamente de 110,7±12,28 micras, 54,16±3,68 y 54,29±4,7 a las 2h, de 103,2±12,54, 53±3,66, 54,7±4,3 a las 24h, de 103,4±12,78, 52,49±3,7, 54,2±4,5 a la semana y de 113,2±44,2, 54,6±3,8, 55,9±4 al mes. Existe un incremento en el grosor medio del GC y G2 al mes estadísticamente significativo. El grosor medio del GC es menor que el G2 en todos los periodos excepto a las 2 h de la intervención, donde no hallamos diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: El grosor medio del colgajo corneal y del epitelio, medido mediante OCT de Fourier-Domain, muestra un aumento desde las 24h hasta el mes postcirugía en el grupo de pacientes estudiado.

CL48

ESTUDIO DE LA RETICULACIÓN DEL COLÁGENO CORNEAL (CXL) EN EDAD PEDIÁTRICA

COBIÁN TOVAR Ramón, ÁLVAREZ DE TOLEDO ELIZALDE Juan, SAUVAGEOT Paola,
BARRAQUER COMPTE Rafael Ignacio

Propósito: Estudiar las variaciones refractivas, del grosor corneal y las diferencias en la biomecánica corneal en pacientes pediátricos tratados con reticulación del colágeno corneal (CXL) que presentan queratocono diagnosticado.

Método: Consiste en un estudio retrospectivo y observacional de 35 ojos de 24 pacientes pediátricos con edad media 13,02 (entre 10 y 16). Midiendo en cada control la agudeza visual (AV) con corrección (CC) y sin corrección (SC), (mediante escala de Snellen), la máxima (k máx) y mínima (k mín) constante de potencia dióptrica (mediante Orbscan®), paquimetría central ultrasónica, la histéresis corneal (CH) y el factor de resistencia corneal (CRF) mediante Ocular Response Analyzer (ORA®). El seguimiento fue entre 12 meses y 70 meses con una media de 26,11 meses.

Resultados: La AVSC media preoperatoria (preop) es 0,24 y postoperatoria (postop) es de 0,22 sin significación estadística. La AVCC media preoperatoria es de 0,58 y postoperatoria 0,64 sin encontrar significación estadística. La kmáx preop media es de 50,77 y postop 51,5 sin diferencias significativas. La kmín preop media es de 45,6 y postop 46,4 sin diferencias significativas. La paquimetría ultrasónica media preop es de 465 μ m y postop de 434 μ m con significación estadística. La HC media preop es 9,1 y postop 8,55 sin diferencias significativas. El CRF medio preop es 8,04 y postop 7,46 sin significación estadística.

Conclusiones: El tratamiento con CXL del queratocono en edad pediátrica puede ser considerado como elección ya que parece prevenir la progresión y no presenta efectos significativos severos.

CL49

FACTORES DETERMINANTES DE LA PROFUNDIDAD DE LA CÁMARA ANTERIOR

FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO José, PABLO GÓMEZ DE LIAÑO Lucía de, MARTÍNEZ DE LA CASA José M.^a, FERNÁNDEZ-VIGO LÓPEZ José

Propósito: Estudiar los principales parámetros que se correlacionan con la profundidad de la cámara anterior (CA) y valorar cuales determinan una mayor o menor profundidad. Método: Estudio transversal de 2.012 ojos de 1.006 pacientes sin patología que pudiera alterar la morfología de la CA ni intervenidos quirúrgicamente. Además de la exploración oftalmológica general, se emplearon el Pentacam®, IOL Master®, y OCT RTVue® de segmento anterior. Parámetros valorados: edad, sexo, PIO, defecto refractivo, longitud axial (L.A) y paquimetría; con respecto a la CA: profundidad, volumen y diámetro. Con respecto al ángulo: abertura en los sectores nasal y temporal, distancia de abertura angular, área irido-trabecular y grosor del iris; longitud, grosor y área de la malla trabecular. Se realizó un modelo de regresión lineal multivariable y se empleó la correlación de Pearson mediante el SPSS.

Resultados: Se pudo medir la profundidad de la cámara anterior en el 98,3% del total de ojos. La profundidad media de la CA (medida mediante IOL Master desde epitelio) fue de $3,31 \pm 0,42$ mm (rango 2,11 a 4,51) presentando una distribución de normalidad. La correlación entre los ojos derechos e izquierdos fue de 0,962. Los hombres presentaron una profundidad de la CA 0,13 mm mayor que las mujeres (0,103-0,160 mm, intervalo de confianza al 95%, $p < 0,0001$). La profundidad de la CA se correlacionó con la abertura angular ($r = 0,809$ $p < 0,0001$), con la longitud axial ($r = 0,616$ $p < 0,0001$), con el defecto refractivo esférico ($r = 0,550$ $p < 0,0001$) y con la edad ($r = -0,528$ $p < 0,0001$), no observándose correlación con la paquimetría ($r = -0,021$ $p = 0,352$) ni con la PIO ($r = -0,033$ $p < 0,0001$). La edad, el sexo, el defecto refractivo y la abertura angular explicaron un 69,1% de la variabilidad final de la profundidad de la CA.

Conclusiones: La edad, el sexo, el defecto refractivo y la abertura angular se correlacionan con la profundidad de la CA y de manera conjunta explican un 69,1% de su variabilidad.

CL50

ESTUDIO DE LA HIPERCORRECCIÓN TRAS LA APLICACIÓN DE MITOMICINA C (MMC) EN PACIENTES SOMETIDOS A QUERATOMILEUSIS SUBEPITELIAL CON LÁSER (LASEK)

GARRIDO LINARES Jaime, RAMOS NAVARRO José Luis, FERNÁNDEZ BARRIENTOS Yolanda

Propósito: Estudiar si existe hipercorrección y si el grado de ésta se correlaciona con la edad en pacientes sometidos queratomileusis subepitelial con láser (LASEK) tras la aplicación tópica de MMC al 0,02 %

Método: Estudio retrospectivo de 180 ojos sometidos a cirugía LASEK con un periodo de seguimiento de 12 meses. Como criterios de inclusión : Equivalente esférico (EE) tratado entre -1,5 y -9 D, paquimetría central > 460 micras , sin patología ocular ni sistémica previa. Se hicieron 2 grupos de 90 ojos a uno de los cuales se le aplicó MMC al 0,02 % tópica durante 15 segundos tras el tratamiento láser . El grupo al que se le aplicó MMC se dividió a su vez en 2 grupos dependiendo de la edad. Uno de ? 40 años y otro < 40 años. Y estudiamos si existe hipercorrección y si está relacionada con la edad del paciente.

Resultados: 180 ojos estudiados . En el grupo de 90 ojos a los que no se le aplicó MMC el EE medio tratado fue de $-5,07 \pm 0,87$ D y de $-6,85 \pm 0,78$ D en el grupo al que se le aplicó MMC . Dentro de éste grupo, el EE tratado del grupo ? 40 años fue de $-6,42 \pm 0,34$ D y de $-7,02 \pm 0,45$ D en el de < 40 años. A los 12 meses el EE es de $0,48 \pm 0,43$ D en el grupo de la MMC , siendo de $0,57 \pm 0,45$ en el grupo de ? 40 años y de $0,34 \pm 0,12$ D en el grupo < 40 años y de $0,13 \pm 0,11$ D en el grupo control .Ninguno de los ojos desarrolló haze.

Conclusiones: La MMC al 0,02 % durante 15 segundos induce una hipercorrección media de $0,48 \pm 0,43$ D , siendo ésta mayor ($0,57 \pm 0,45$ D) en pacientes mayores de 40 años que en aquellos menores de 40 años ($0,34 \pm 0,12$ D) . La MMC al 0,02 % durante 15 segundos es eficaz contra el desarrollo del haze.

CL51

EL ÁNGULO CAMERULAR TRAS IMPLANTE DE ICL®: ANÁLISIS DE LAS VARIACIONES MORFOLÓGICAS MEDIANTE OCT DE SEGMENTO ANTERIOR DE ALTA RESOLUCIÓN
MACARRO MERINO Ana, FERNÁNDEZ-VIGO LÓPEZ José, FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO Cristina

Propósito: Analizar los cambios del ángulo tras implante de lente precristaliniana (ICL®) comparando la abertura angular, distancia iris-malla y área trabecular del ángulo antes y después de la cirugía mediante OCT de Fourier Domain.

Método: Analizamos el ángulo camerular de 30 ojos de 18 pacientes miopes a los que se les implantó una lente intraocular fásica precristaliniana (ICL® o ICL Tórica® V4C). La exploración del ángulo se ha realizado mediante un OCT de segmento anterior de Fourier Domain (RTVue®) con el programa Angle®, en condiciones mesópicas, preoperatoriamente y al mes de la cirugía. Se evaluaron los cuadrantes temporal y nasal (3 y 9 horas). Valoramos la abertura angular en grados, la distancia iris-malla en micras (en el límite anterior de la malla), el área pretrabecular (área entre malla e iris) y la superficie de contacto iris-malla.

Resultados: La edad media fue 31,5±6,4, el equivalente esférico medio 15,7±2.9 dioptrías. La PIO preoperatoria fue de 16,8±2.3 y post-operatoria 18,1±7.3 mmHg (NS). La abertura angular preoperatoria nasal fue 42,2±7.1 (rango: 23,6 ? 56.8 grados) y temporal 43,6±3.3 (rango: 23,61-60,7 grados) y postoperatoria nasal 29,51±6 (rango: 15,14-39,1) y temporal 29,3±8 (rango: 14,3-39,7 grados) (p<0.01). La distancia iris malla temporal se modificó de 757,7 ± 251,6 preoperatoriamente a 496,2 ± 162,1 micras postoperatoriamente, la nasal de 707,6± 177,8 a 428,1±116 (P<0.01). El área pretrabecular temporal cambió de 0,41±0,2 a 0,24±0,11 y la nasal de 0,31±0,13 a 0,19 ± 0.07 (P<0.01) . Se produjo contacto iris malla en 3 de los ojos (10%).

Conclusiones: El ángulo camerular sufre importantes modificaciones tras la implantación de la ICL® con reducción de la abertura, distancia iris-malla y área pretrabecular provocándose también una oclusión parcial de la malla en un número limitado de los ojos estudiados.

CL52

ENSAYO MULTICÉNTRICO DE QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL DE MEMBRANA DE DESCEMET (DMEK). PRIMERA SERIE DE CASOS DE 18 CIRUJANOS

NAVEIRAS TORRES-QUIROGA Miguel, MONNEREAU Claire, QUILENDRINO Ruth, DAPENA SEVILLA Isabel

Propósito: Documentar el resultado clínico de la queratoplastia endotelial de membrana Desce-met (DMEK) estandarizada «sin contacto» y sus complicaciones durante la curva de aprendizaje de los cirujanos con experiencia.

Método: Estudio intervencional multicéntrico retrospectivo. 18 cirujanos diferentes en 11 países realizaron DMEK para distrofia endotelial de Fuchs (68%), y queratopatía bullosa (32%) en un total de 431 ojos de 401 pacientes. La mejor agudeza visual corregida (AVC), la densidad de las células endoteliales y las complicaciones intra y postoperatorias fueron registradas.

Resultados: Globalmente, la AVC mejoró en 258 ojos (94%), se mantuvo sin cambios en 12 ojos (4%), y se deterioró en 5 ojos (2%). Se agruparon los datos de agudeza visual de hasta 6 meses (n = 275) se demostró que 217 ojos (79%) alcanzaron una AVC $\geq 0,5$; 117 ojos (43%) $\geq 0,8$; y 61 (22%) $\geq 1,0$. Los ojos con ≥ 6 meses de seguimiento (n = 176) alcanzaron resultados de AVC similares. La disminución media de la densidad de las células endoteliales a los 6 meses fue del 47% (n = 133). Las complicaciones intraoperatorias fueron poco frecuentes, incluidas las dificultades de inserción, desarrollo o posicionamiento del injerto (1%) y la hemorragia intraoperatoria (0,5%). La principal complicación postoperatoria fue el desprendimiento del injerto (35%); el 20% se sometió a un procedimiento único rebubbling, y un segundo o tercer rebubbling en el 3% y 1%, respectivamente. El 18% se sometió a una queratoplastia secundaria.

Conclusiones: Nuestro estudio multicéntrico ha demostrado que la técnica DMEK estandarizada «sin contacto» es factible para la mayoría de los cirujanos. Los principales retos para los cirujanos noveles son: (1) decidir si la preparación del injerto se realiza antes o durante la cirugía; (2) minimizar el número de desprendimientos del injerto y procedimientos secundarios; y (3) obtener tejido corneal cultivado a 31°C.

CL53

EFFECTO DE LA CIRUGÍA DE CATARATA Y CANALOPLASTIA UNILATERAL EN LA PRESIÓN INTRA-OCULAR Y LAS PROPIEDADES BIOMECÁNICAS DE LA CÓRNEA EN PACIENTES GLAUCOMATOSOS

LOPES-CARDOSO Isabel, NEVES Patricia, SALGADO-BORGES José, GONZÁLEZ-MEIJOME José Manuel

Propósito: Evaluar el efecto de la cirugía de catarata y canaloplastia en la presión intra-ocular (PIO) y las propiedades biomecánicas de la córnea en pacientes glaucomatosos.

Método: Se incluyeron 11 pacientes glaucomatosos a los que se realizó canaloplastia y extracción de catarata en uno de los ojos. Se midieron las alteraciones en la presión intra-ocular y en las propiedades biomecánicas de la córnea con el instrumento Ocular Response Analyzer (Reichert, Depew, NY) antes de la cirugía y 3 meses después de la intervención, en el ojo operado y en el ojo no operado. Se compararon los valores de PIO y parámetros biomecánicos en cada ojo (operado o control) utilizando el test no paramétrico Wilcoxon Signed Ranks.

Resultados: La PIO equivalente a Goldmann (PIOg) y la PIO compensada (PIOcc) se redujeron significativamente en los ojos operados (27.4 ± 11.5 vs 17.7 ± 7.3 mmHg, $p=0.028$ y 30.3 ± 11.3 vs 20.5 ± 6.7 $p=0.023$, respectivamente). En cuanto a los parámetros biomecánicos, se observó una reducción no significativa en el coeficiente de resistencia corneal (CRF) de 10.8 ± 3.1 a 9.0 ± 2.7 mmHg ($p=0.161$) y un aumento no significativo en el coeficiente de histeresis corneal (CH) de 6.7 ± 2.5 a 8.0 ± 1.9 mmHg ($p=0.185$). En los ojos contralaterales, se produjo una reducción de la PIOg y PIOcc clínicamente significativa aunque no se alcanzó la significación estadística (19.7 ± 9.2 vs 15.7 ± 5.7 mmHg, $p=0.267$ y 23.1 ± 9.1 vs 19.2 ± 4.8 $p=0.284$, respectivamente), sin cambios clínicos o estadísticamente significativos en los parámetros CRF (9.0 ± 2.6 vs 8.0 ± 1.9 $p=0.386$) o CH (7.2 ± 2.0 vs 7.5 ± 1.5 $p=0.725$).

Conclusiones: Este estudio piloto sugiere que las propiedades biomecánicas en el ojo operado no se alteran a pesar de la reducción muy significativa de PIO que se observa. En el ojo contralateral no operado se observa una tendencia a la reducción de la PIO que deberá de ser verificada en una muestra más amplia.

CL54

REPRODUCIBILIDAD, TOLERANCIA Y SEGURIDAD DE LA LENTE DE TRIGGERFISH TRAS MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR DURANTE 24 HORAS

MORALES FERNÁNDEZ Laura, MARTÍNEZ DE LA CASA José M.^a, SÁNCHEZ JEAN Rubén, GARCÍA FEIJOO Julián

Propósito: Evaluar la reproducibilidad, seguridad y tolerancia de la lente de contacto SENSIMED Triggerfish (LDCT) tras monitorización de la presión intraocular (PIO) durante 24 horas.

Método: Se incluyeron 14 sujetos sanos con un radio plano de curvatura entre 7,75-8,25mm. Se colocó una LDCT en uno de los dos ojos tras aleatorización durante 24h en 2 sesiones S1 y S2 (intervalo 1 semana). Se recogieron los datos relacionados con: autorefractometría, topografía corneal (Pentacam), grosor corneal, tinción corneal (escala de Oxford), hiperemia conjuntival y PIO mediante Perkins, antes y después de la retirada de la LDCT. La tolerancia se evaluó mediante una escala analógica (valores de 0 a 10). Se recogieron las medidas resultantes del registro de la LDCT durante S1 y S2. En el análisis estadístico se empleó el coeficiente de correlación de Pearson entre ambas sesiones y el análisis de la recta de regresión lineal mediante el test de wilcoxon.

Resultados: 13 de 14 sujetos (edad media 22,4+2,3años) completaron la monitorización en S1 y 10 en S2. La tolerancia media fue S1: 6 + 2,7 y S2: 5,3 +2,5 (p=0,24). Se observó un aumento significativo en las siguientes variables tras la retirada de la LDCT: curvatura (K) media (S1: 0,56 + 0,59D, p=0,015; S2: 0,59+0,52, p=0,002), K máxima (S1: 3,77 + 2,34 D, p=0,001; S2: 2,59 + 1,21D, p=0,002) y de la variación astigmática (S1: 0,60 + 0,61 D, p=0,01; S2: 0,21 + 0,56D, p= 0,02), sin diferencias significativas entre sesiones. La correlación entre ambas sesiones fue $r = 0,62 + 0,30$, $p = 0,12$. Se observó una pendiente lineal positiva del registro similar en ambas sesiones (slope S1: 18,45+13,96; slope S2: 17,23+14,26; $p = 0,95$) y diferencias estadísticamente significativas entre la pendiente del periodo diurno (slope: 1,28+17,79) y del sueño (slope: 25,70+26,61)($p = 0,04$).

Conclusiones: La LDCT ofrece un registro tensional continuado durante 24 horas con una reproducibilidad media y una buena tolerancia y seguridad tras su uso repetido.

CL55

ESTUDIO DE LA PIO Y PROPIEDADES BIOMECÁNICAS DE LA CORNEA MEDIDAS CON ORA EN UNA POBLACIÓN CON GLAUCOMA CONGÉNITO

PERUCHO GONZÁLEZ Lucía, BORREGO SANZ Lara, MORALES FERNÁNDEZ Laura, GARCÍA FEIJOO Julián

Propósito: Evaluar la PIO determinada mediante Ocular Response Analyzer (ORA), así como las medidas de la histéresis corneal y el factor de resistencia corneal, en una población con glaucoma congénito.

Método: 58 ojos de 58 pacientes con glaucoma congénito se evaluaron en este estudio observacional prospectivo. La histéresis corneal (CH), el factor de resistencia corneal (CRF), la PIO (correlacionada con Goldman [PIOg] y la corneal compensada [PIOcc]) se midieron con el ORA.

Resultados: 58 pacientes (32 varones, 26 mujeres) con una edad media de 19,81±11,24 años se evaluaron mediante ORA en la consulta. Las medias de PIOg obtenidas fueron 19,71±6,35 y las de la PIOcc 20,80±5,64. La diferencia de medias entre PIOcc y PIOg fue estadísticamente significativa ($r=0,86$, $p<0,001$), observándose una moderada correlación positiva entre la PIOg y PIOcc con el CRF ($r=0,63$, $p<0,001$ y $r=0,221$, $p=0,017$ respectivamente) y una correlación negativa entre PIOcc y CH ($r=-0,497$, $p<0,001$). La CH y CRF media fue de 9,30±2,64 y 10,90±3,25 respectivamente.

Conclusiones: La tonometría de no contacto ORA nos permite analizar simultáneamente la PIO y las características biomecánicas de la cornea en pacientes con glaucoma congénito, cuyos valores se encuentran afectados por la patología de base y en los que el seguimiento y control de la enfermedad resulta fundamental.

CL56

IMPLANTE DE OLOGEN EN CIRUGÍA DE GLAUCOMA, ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS Y RESULTADOS AL AÑO DE SEGUIMIENTO

RIVA FERNÁNDEZ Sofía de la, BLASCO SUÑÉ Cristina, MÉNDEZ MARÍN Isabel, SALVAT SERRA Mercè

Propósito: Ologen es un implante de colágeno biodegradable que se utiliza en cirugía de glaucoma y se localiza a nivel sub-conjuntival. Aleatoriza el crecimiento de los miofibroblastos y crea un nuevo medio fisiológico entre la cámara anterior y el espacio subconjuntival. Con ello, conseguimos mantener una ampolla funcionante, minimizando las posibilidades de cicatrización de la misma.

Método: Se recogieron datos de 40 pacientes donde se realizaron 27 trabeculectomías y 13 esclerectomías profundas no perforantes (EPNP), todas ellas realizadas entre los años 2012 y 2013. En el análisis incluimos las siguientes variables: edad, sexo, tipo de glaucoma, técnica quirúrgica, agudeza visual, tratamiento farmacológico antes y después de la cirugía, complicaciones postquirúrgicas relacionadas con la técnica quirúrgica y el implante, y control de PIO preoperatoria y durante un año de seguimiento.

Resultados: La media de edad fue de 64,6 años, siendo el 60% mujeres. El 55% eran glaucomas crónicos de ángulo abierto. Las agudezas visuales se mantuvieron estables y no mostraron diferencias significativas. El 62,5% de pacientes se trataba con 3 fármacos antes de la cirugía, y al cabo de un año el 87,5% de pacientes no llevaba tratamiento. La media de PIO fue de $23,65 \pm 6,41$ (14,0-42,0) en el preoperatorio; $7,07 \pm 5,78$ (0-22,0) en el postoperatorio inmediato; $7,85 \pm 5,46$ (0-26,0) a la semana, $15,15 \pm 5,61$ (2,0-30,0) al mes; $13,87 \pm 4,66$ (6,0-32,0) a los 3 meses; $15,0 \pm 3,35$ (10,0-24,0) a los 6 meses y $14,9 \pm 3,20$ (6,00-22,0) al año; mostrando diferencias significativas en cuanto al control de PIO al año utilizando la técnica EPNP. No hubieron complicaciones intraoperatorias ni post-operatorias relacionada con el implante.

Conclusiones: El uso de Ologen es una técnica sencilla en cirugía de glaucoma que ayuda al éxito de la misma previniendo las complicaciones derivadas de la cicatrización de la ampolla.

CL57

RELACIONES TOPOGRÁFICAS ENTRE GROSORES MACULARES DE LA CAPA DE CÉLULAS GANGLIONARES Y PLEXIFORME INTERNA, CAMPIMETRÍA Y MICROPERIMETRÍA EN GLAUCOMA CON AMENAZA DE FIJACIÓN

RODRÍGUEZ CAVAS Marta Beatriz, AMORES INIESTA Amalia, GARCÍA MEDINA José Javier, VILLEGAS PÉREZ M.^a Paz

Propósito: Investigar la relación entre la estructura y la función macular en pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) y con amenaza de la fijación (AF).

Método: Se incluyeron 16 ojos con GPAA, buena agudeza visual y AF. Con el microperímetro (MP, microperimeter MP-1, Nidek) se analizó la fijación y la sensibilidad de los 10° centrales maculares; con la perimetría acromática estándar (SAP, 10-2 SITA Standard, Humphrey II 750, Carl Zeiss) los 10° centrales del campo visual y con la OCT (Cirrus, Carl Zeiss) el espesor de la capa de células ganglionares y plexiforme interna (GCIPL) de la mácula. Para calcular el promedio de cada sector sólo se seleccionaron los puntos de la SAP y la MP correspondientes a los 6 sectores de GCIPL presentados por la OCT, teniendo en cuenta el desplazamiento ganglionar (según Donald Hood). Se analizó también la duración de las pruebas funcionales.

Resultados: La fijación era central en todos los ojos pero estable solo en un 56.25%. La duración de la realización de la SAP y la MP fue significativamente diferente (sobre 7 minutos y 13 respectivamente). El grosor global de la GCIPL mostró una asociación con la sensibilidad global obtenida con MP. Se determinó una correlación significativa entre la SAP y la MP en 4 de los 6 sectores. También se encontró una asociación entre el grosor GCIPL y la sensibilidad medida con MP en 4 de los 6 sectores, mostrando la mayor correlación en el sector nasal. Sin embargo respecto a la sensibilidad medida con SAP solo hubo correlación con el grosor en un único sector.

Conclusiones: La MP, la SAP y el grosor de GCIPL son técnicas válidas para evaluar la estructura y función macular en pacientes con GPAA y AF. Aunque la duración de la MP es mayor que la SAP, ésta examina mejor la fijación y refleja mejor el estado de la GCIPL; por tanto podría ser preferible para la evaluación de la función macular en dichos pacientes.

CL58

MODIFICACIONES EN FORMA Y LOCALIZACIÓN DEL IMPLANTE DE HEMA EN LA CIRUGÍA NO PERFORANTE: RESULTADOS DE 163 CASOS A 12 MESES DE SEGUIMIENTO

ROMERA ROMERO Pau, LOSCOS ARENAS Jordi, PARERA ARRANZ M.^a Ángeles, PASCUAL BENÍTEZ Ester

Propósito: Los implantes en cirugía no perforante mejoran los resultados de la técnica quirúrgica sin que hasta la fecha se haya podido demostrar las ventajas de unos sobre otros ni por material, forma ni por su localización. El objetivo de nuestro trabajo es comparar diferentes modificaciones del implante de Hema: 1) Esnoper clip 2) Esnoper V-2000 modificado en U en posición intraescleral, 3) Esnoper V-2000 modificado en U en posición supraciliar y 4) Esnoper V-2000 sin modificar en posición supraciliar.

Método: Un total de 163 pacientes con glaucoma crónico de ángulo abierto a los que se les realizó esclerectomía profunda no perforante (EPNP) distribuidos en 4 grupos según la localización y forma del implante: 29, 25, 44 y 65 ojos respectivamente y seguimiento posterior de 12 meses. Valoramos presión intraocular (PIO) previa, al mes, a los 3 y a los 6 meses y a los 12 meses, así como el número de fármacos y tasa de goniopunturas.

Resultados: La agudeza visual no presenta variación significativa en ningún grupo. La PIO previa era de $26,9 \pm 6,1$ mmHg, $24,7 \pm 7,9$ mmHg, $23,3 \pm 7,2$ mmHg y $24,6 \pm 5,8$ mmHg respectivamente. La PIO al año de $14,1 \pm 5,8$ mmHg, $15,6 \pm 5,1$ mmHg, $14,5 \pm 4,8$ mmHg y $16,8 \pm 4,2$ mmHg respectivamente. El número de fármacos pasó de 2,5; 2,9; 2,7 y 2,5 a 0,29; 0,66; 0,26 y 0,31 respectivamente.

Conclusiones: Observamos una reducción estadísticamente significativa ($p < 0,001$) de la PIO en los cuatro grupos tras la EPNP. Nuestros resultados apuntan a que son fundamentales implantes diseñados para evitar el bloqueo de la membrana trabeculodescemética y que la implantación supraciliar podría suponer un factor de éxito añadido. Resultados a más largo plazo son necesarios para determinar el papel de los implantes supraciliares en la cirugía de glaucoma.

SEE@90

CASOS CLÍNICOS Y MANIOBRAS QUIRÚRGICAS DE INTERÉS



 **MSD OFTALMOLOGÍA**


(clorhidrato de dorzolamida y maleato de timolol)

univadis[®]
un servicio de  **MSD**

CC1

MANEJO INTRA Y POSTOPERATORIO DEL DESPLEGADO INCORRECTO DE LOS HÁPTICOS EN LIOS HIDRÓFOBAS

FRANCO BENITO Manuel, COSTALES MIER Felipe M., MONJE FERNÁNDEZ Laura, RODRÍGUEZ DOMINGO Esther

Introducción: Ocasionalmente tras la inyección de una lente intraocular (LIO) hidrófoba un háptico o los dos no se despliegan adecuadamente. Si esa situación pasa inadvertida, como puede ocurrir en la cirugía con pupilas estrechas, el resultado será una sorpresa refractiva con una lente a menudo descentrada y/o inclinada dentro del saco capsular. Presentamos varias situaciones, con dos modelos diferentes de LIO, donde debemos corregir un despliegado incorrecto de uno de los hápticos.

Técnica quirúrgica: En el primer modelo de LIO, tras la implantación, observamos en dos casos cómo los hápticos permanecen curvados y su extremo firmemente adherido a la base. Las maniobras de rotación en el saco no liberan los hápticos siendo necesario para ello utilizar manipuladores. En el segundo modelo de LIO mostramos cómo es el primer háptico que se introduce el que tiende a desplegarse en sentido contrario al deseado. Si se advierte intraoperatoriamente es corregido. En algún caso se advirtió postoperatoriamente y mostramos cómo, con el empleo de dos manipuladores dentro del saco, se reposiciona el háptico.

Conclusión: Tras la implantación, especialmente con determinados modelos de LIOs hidrófobas, hemos de comprobar siempre que los hápticos se han desplegado adecuadamente. Si se trata de una pupila estrecha, debemos manipularla con el instrumento adecuado de modo que podamos observar la correcta situación de los hápticos a la conclusión de la cirugía.

CC2

LENTE INTRAOCULAR INTRAESTROMAL DURANTE CIRUGÍA DE CATARATA

HENARES FERNÁNDEZ Iker, SÁENZ MADRAZO Nerea, ADRADOS CALLEJA Raquel, GUERGUÉ DÍAZ DE CERIO Olaia

Introducción: Se realizó cirugía de catarata mediante facoemulsificación en el ojo derecho de una mujer de 67 años. Durante la implantación de la lente intraocular (LIO) se observó su avance a nivel intracorneal. Cómo pudo suceder y cómo fue resuelto.

Caso clínico: Un experimentado cirujano realizó una cirugía de catarata con facoemulsificación sin incidentes. Cuando la LIO fue introducida, cargada en el cartucho con el bisel hacia abajo, se observó que estaba siendo colocada a nivel intraestromal, llegando a avanzar aproximadamente unos 7 mm sobre el limbo corneal proximal. Ante la imposibilidad de retirar la lente, se decidió empujarla hasta colocarla dentro del saco en detrimento de la ruptura de las capas internas de la córnea. Días después, fue programada y realizada una DSAEK para reponer la membrana de Descemet y el endotelio corneal. Tras 6 meses de seguimiento, la córnea donante está perfectamente adaptada en su ojo derecho y la agudeza visual es mejor que la presentada de forma preoperatoria.

Conclusión: La disección corneal iatrogénica, durante el implante de LIO, es una atípica e infrecuente complicación de cirugía de catarata. Se realizó una DSAEK con resultados postoperatorios satisfactorios.

CC3

OCCLUSIÓN DE ARTERIA CENTRAL RETINIANA TRAS FACOEMULSIFICACIÓN CON ANESTESIA PERIBULBAR: HIPÓTESIS PATOGENICAS

SALAZAR MÉNDEZ Raquel, RODRÍGUEZ VILLA Susana, CUBILLAS MARTÍN Marta, CUESTA GARCÍA María

Introducción: La estenosis carotídea puede ser responsable de la aparición de síntomas y signos oculares ipsilaterales que pueden preceder a un accidente cerebrovascular o ser las primeras manifestaciones de la enfermedad arteriosclerótica. El síntoma más común es la pérdida visual, que suele ser progresiva por la hipoperfusión retino-coroidea mantenida, pero que puede ser súbita en el 12-41% de los casos.

Caso clínico: Paciente de 77 años intervenido de catarata en ojo derecho bajo anestesia peribulbar sin complicaciones. Al día siguiente presenta edema palpebral severo que llega a imposibilitar a lo largo de las horas la apertura palpebral espontánea, secundario a reacción alérgica no conocida a la povidona yodada. A los 5 días presenta una resolución del cuadro alérgico, con ausencia de percepción luminosa y mancha rojo cereza que sugiere oclusión de arteria central retiniana. Las pruebas complementarias revelan una estenosis del 80% de la arteria carótida interna ipsilateral.

Conclusión: Las oclusiones vasculares retinianas constituyen una complicación infrecuente aunque conocida de la anestesia loco-regional orbitaria. Su aparición obliga a descartar causas subyacentes, como patología carotídea, así como a reflexionar sobre los factores locales o sistémicos que han colaborado en su aparición.

CC4

CONTROVERSIAS EN LA CIRUGÍA DE CATARATA EN OJOS NANOFTÁLMICOS

SAN ROMÁN LLORÉNS José Javier, CORREDERA SALINERO Esther, ESPINO GARCÍA Adolfo, FERNÁNDEZ ESCÁMEZ Carlos

Introducción: El nanofthalmos es una rara condición ocular caracterizada por un ojo patológicamente pequeño pero morfológicamente normal. La combinación de una longitud axial pequeña (15 a 19 mm) junto con un volumen en cámara posterior elevado dan como resultado alta hipermetropía, aplanamiento del segmento anterior así como glaucoma de ángulo cerrado. Este tipo de ojos constituyen un reto en la cirugía de catarata con implante de lente intraocular.

Técnica quirúrgica: Revisamos dos procedimientos quirúrgicos diferentes. En el primero, se realizan esclerotomías más vitrectomía profiláctica como complemento a la cirugía de la facoemulsificación. En el segundo, facoemulsificación con infusión de manitol al 20% previamente a la cirugía sin otras maniobras quirúrgicas añadidas. Se evalúan el diámetro corneal, queratometría, longitud axial, medición del grosor escleral mediante ecografía así como las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias asociadas a cada una de las técnicas quirúrgicas.

Conclusión: En nuestras dos técnicas evaluadas, las cirugías solamente realizadas con infusión de manitol resultaron más simples y seguras evitando las complicaciones asociadas a la vitrectomía y esclerotomía profiláctica. La cirugía de catarata con implante de lente intraocular en ojos nanofthalmicos parece ser segura sólo tratamiento medico sin realización de procedimientos quirúrgicos profilácticos previos.

CC5

SÍNDROME DE STICKLER

GALLEGO TORRES Antonio, CRESPO GONZÁLEZ Javier

Introducción: El síndrome de Stickler es un trastorno del tejido conjuntivo colágeno que da lugar a un vítreo anormal, miopía, catarata presenil, ectopia lentis, estrabismo, glaucoma, y un grado variable de anomalías orofaciales, sordera y artropatía. La herencia es autosómica dominante, con penetrancia completa, pero expresividad variable. Es la causa hereditaria más frecuente de desprendimiento de retina en niños. Un porcentaje importante de estos individuos tienen la anomalía de Pierre Robin (micrognatia, lengua pequeña, fisura palatina y paladar ojival). Estos pacientes son diagnosticados en la infancia por su vulnerabilidad a problemas graves respiratorios y dificultades en la alimentación, pero aquellos que sólo tienen alteraciones oftalmológicas suelen no ser reconocidos hasta épocas más tardías.

Caso clínico: Paciente mujer de 47 años que acude a consulta de oftalmología con síntomas de miodesopsias en ojo derecho de 1 año de evolución. En la exploración se objetiva miopía magna binocular con una agudeza visual con corrección de 0,5 en ojo derecho y 0,1 en ojo izquierdo, endotropía alternante, catarata polar posterior en ojo derecho y subcapsular posterior en ojo izquierdo, tensión ocular de 14 mm de Hg en ambos ojos, degeneración vítrea y degeneraciones retinianas periféricas en ambos ojos. Cabe destacar que la paciente también presenta hipoacusia que afirma tener desde niña. La paciente es diagnosticada de síndrome de Stickler con afectación ocular, se realiza fotocoagulación retiniana preventiva y valoración periódica de cataratas y fondo de ojo.

Conclusión: El diagnóstico precoz durante la infancia es lo más importante en estos pacientes, ya que nos permite realizar un screening a sus familiares y evitar patologías oftalmológicas severas que pueden llegar a provocar ceguera. Sin embargo, en muchas ocasiones pasa desapercibido, debido a su variabilidad fenotípica o si sólo presentan afectación a nivel ocular como ocurre en este caso.

CC6

SÍNDROME DE LHERMITTE-DUCLOS Y PSEUDOPAPIEDEMA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO!

GAMA Ivo, ALMEIDA Leonor, MONTEIRO-GRILLO Manuel

Introducción: El síndrome de Lhermitte-Duclos (SLD) es una enfermedad extremadamente rara causada por la mutación del gen PTEN, que se caracteriza por el cerebelo hamartoma unilateral (displásicos gangliocitoma del cerebelo), que puede causar aumento de la presión intracraneal (PIC). Se asocia con síndrome de Cowden (Multiple hamartoma-neoplasia Syndrome). Los autores decrivem un caso de SLD/Cowden asociado con pseudopapiledema.

Caso clínico: Varón 50 años, historia de S.Cowden y SLD operado en 2002 por HIC. Corticoterapia (2009-2011). Durante 2011 utiliza la consulta de Oftalmología por reducción de la agudeza visual (AV). Se realizó examen oftalmológico completo: AV en ojo derecho (OD) 9/10 y 8/ 10 en el izquierdo (OI); pupilas, reflejos pupilares y movimientos oculares normales; hipertensión ocular bilateral (25-26mmHg); ángulos abiertos Shaffer3. Paquimetría OD-548um; OE-555um. Fundoscopia-discos ópticos (DO) de bordes elevados y mal definidos, que no permite ver la excavación, sin hemorragias ni exudados. La RM mostró una lesión cerebelosa infiltrativa, sin efecto de masa y sin otras alteraciones. El OCT de capa de fibras nerviosas (CFN) mostró defectos temporales superior e inferior en OD y OI y nasal superior en OD. La perimetría Octopus es similar a los exámenes anteriores (2002-2010), con campo visual tubular en OD y escotoma denso del hemicampo inferior en OI. La autofluorescencia, el OCT-EDI papilar, la ecografía ocular y el TAC de órbitas mostraron drusas papilares enormes, sin difusión a la angiografía fluoresceínica. Farnworth D15-normal. Inició el tratamiento con Latanoprost. La revisión semestral hasta 2014 mostró PIO en valores de 11-12 mmHg, sin fluctuaciones significativas y también perimetría, OCT CFN y otros exámenes oftalmológicos y neurológicos son similares hasta 2014.

Conclusión: Los autores describen el segundo caso de SLD asociado con drusas papilares bilaterales, qui pueden simular hipertensión intracraneal y glaucoma y constituyen un desafío diagnóstico.

CC7

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR SOLITARIO (PES) RECURRENTE OCULAR UNILATERAL

MATA GÓMEZ M.^a del Pilar, DELGADO ROMERO Ana M.^a, COLINO GALLARDO Carlos

Introducción: Plasmocitoma Extramedular Solitario (PES) es una neoplasia de células plasmáticas (CP) localizada fuera de médula ósea (MO). Se define «solitario» en ausencia de cualquier otro signo de mieloma múltiple. Presentamos el seguimiento a 7 años de un caso de PES ocular recurrente.

Caso clínico: Varón de 37 años consulta por tumoración que se insinúa, a través de reborde orbitario superior de Ojo Derecho (OD). Cursa sin dolor ni alteración visual desde hace 1 año. No refiere otra sintomatología. Sin antecedentes sistémicos de interés. Operado de estrabismo en la infancia, ambliopía de ojo izquierdo (OI). Exploración: tumoración orbitaria derecha en ángulo súpero externo no adherida a planos profundos ni piel, globos oculares sin alteraciones, agudeza visual 1 OD y 0,5 OI, pupilas, motilidad, tensión y fondo ocular normal ambos ojos. Estudio de imagen revela característica extraconal, sin alteraciones óseas. Se realiza resección completa, con anatomía patológica (AP): denso infiltrado tumoral de CP que expresan positividad para CD138, CD38, y lambda. Estudio de extensión: hemograma, bioquímica, electroforesis proteínas séricas con inmunofijación y cuantificación de inmunoglobulinas y orina normales. PET negativo. Aspirado y biopsia de MO libre de infiltración. Diagnóstico PES. Complementado tratamiento con Radioterapia (RT), la resonancia magnética nuclear no muestra restos ni recurrencias de plasmocitoma al año, con buena evolución. Seis años después recurre una forma localizada de PES en conjuntiva bulbar nasal inferior hacia carúncula del mismo ojo. Se propone exéresis completa de la tumoración y Quimioterapia adyuvante (no se indica RT por riesgo ocular). Mismos hallazgos en AP, analítica y PET. Control evolutivo bien salvo ojo seco severo.

Conclusión: tratamiento de PES depende de resección completa o no del tumor en biopsia diagnóstica. Si completa, se sugiere observación mejor que RT adyuvante o quimioterapia por potenciales complicaciones asociadas. Encontramos referencias bibliográficas de recurrencias como este caso, probabilidad a 5 años de progresión a mieloma múltiple hasta en un 30% y de supervivencia global 85% con controles evolutivos sistemáticos. Dada la edad de nuestro paciente optamos por terapia coadyuvante mejor opción en las dos ocasiones.

CC8

¿QUÉ HACER ANTE UN IMPLANTE DE DEXAMETASONA MIGRADO A CÁMARA ANTERIOR?

MAYORDOMO MORALES Elena, PEREIRA DELGADO Ernesto, GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ Diana M.^a, BARRIGA DOY Guillermo Carlo, MOGOLLÓN DAZA Melissa

Introducción: El implante de dexametasona ha sido aprobado por la US Food and Drugs Administration para el tratamiento del edema macular secundario a OVCR, uveítis posteriores no infecciosas, Sd de Irvin-Gass y edema macular diabético en vitrectomizados. Se han descrito algunos casos de migración del implante en cámara anterior que produjeron daño endotelial corneal y edema corneal. Describimos un caso de migración de implante de dexametasona a cámara anterior y examinamos los factores de riesgo, resultados clínicos y estrategias de manejo.

Caso clínico: Paciente afaco tras cirugía de cataratas complicada al que posteriormente se le realiza una vitrectomía de restos cristalinos. Se constata ausencia de soporte en sulcus. En el postoperatorio la paciente desarrolla edema corneal y retiniano severo, síndrome de Irvin-Gass. Se decide colocación de implante de dexametasona intravítrea tras refractariedad a AINES y triamcinolona intravítrea previa. A los 13 días el paciente acude a urgencias por migración del implante a cámara anterior. Planteamos nueva técnica quirúrgica con sutura de prolene 10.0 en pars plana a modo de «enrejado» para mantener el implante en cámara vítrea y así también minimizar el riesgo de edema crónico corneal. Revisamos las distintas técnicas en esta situación.

Conclusión: Este caso quiere mostrar una nueva técnica quirúrgica que pretende resolver esta incidencia y como el hecho de carecer de cápsula posterior y habersele practicado una vitrectomía, constituyen factores de riesgo en su aparición.

CC9

**SÍNDROME DE DESPIGMENTACIÓN AGUDA Y BILATERAL DEL IRIS (BADI SYNDROME):
ENMASCARAMIENTO DE UNA UVEÍTIS: A PROPÓSITO DE UN CASO**

KYRIAKOU Danai Elefthería, RIVERO GUTIÉRREZ Vanesa, JUAN MARCOS Lourdes, RAPANOU Andromachi

Introducción: El síndrome BADI es una entidad descrita recientemente de etiología desconocida, caracterizada por dispersión aguda de pigmento en cámara anterior, despigmentación y decoloración del estroma del iris y deposición de pigmento en el ángulo camelural, sin secuelas funcionales. Afecta a mujeres jóvenes con iris marrón. Suele ser asintomático o puede cursar con ojo rojo doloroso.

Caso clínico: Mujer de 20 años que acude a urgencias con ambos ojos (AO) rojos, dolorosos y visión borrosa. En la exploración destaca agudeza visual (AV) de 0.8 en AO con presión intraocular (PIO) normal. En la lámpara de hendidura se observa hiperemia episcleral en AO con tyndall +/++++ pigmentado y precipitados retroqueráticos (PRK) pigmentados y finos en zona inferior. La gonioscopía muestra ángulo de grado IV con hiperpigmentación homogénea y muy marcada en zona inferior de AO. Se empieza tratamiento con colirios antiinflamatorios y ciclopléjico. Ante la posible sospecha de uveítis bilateral se realiza batería diagnóstica por reumatología que resulta normal. A las siguientes revisiones hay cierta mejoría del cuadro y de AV, desaparición del tyndall y de los PRK y aparición más en OI de una zona de decoloración iridiana sin defectos de transiluminación ni alteraciones pupilares llegando al diagnóstico de la entidad rara del síndrome BADI.

Conclusión: El síndrome BADI es una entidad autolimitada y reversible. Hay que descartar entidades que cursan con despigmentación iridiana y aparición de Tyndall en cámara anterior, como iridociclitis aguda vírica, iridociclitis de Fuchs y síndrome de dispersión pigmentaria.

CC10

ARRANCAMIENTO OCULAR MANUAL BILATERAL

SANDOVAL CODONI José Manuel, BAQUERO ARANDA Isabel M.^a, ROSALES VILLALOBOS Francisco

Introducción: Presentamos el caso de un arrancamiento manual de ambos globos oculares por agresión, son muy poco los casos descritos en la literatura de un arrancamiento ocular bilateral. El término anglosajón para describir este acto es "gauging". Las consecuencias del gauging no son solo la pérdida de visión sino que pueden comprometer la vida del paciente.

Caso clínico: Paciente varón de 53 años psicótico ingresado en la unidad de agudos de salud mental de nuestro Hospital, agredido por otro paciente psicótico realizándole gauging en ambos ojos. El paciente fue encontrado con bajo nivel de conciencia (Glasgow 3), trasladado a la unidad de cuidados intensivos se procedió a canalizar vía central yugular, sondaje nasogástrico, vesical y antibioterapia intravenosa (IV). En la exploración oftalmológica inicial se aprecian ambas cuencas orbitarias sin los globos oculares, un sangrado mínimo bilateral, restos hemáticos, conjuntivales y de la musculatura extraocular. Se realiza tratamiento de limpieza de ambas cuencas orbitarias, pomada antibiótica y oclusión. Se realizan pruebas de imagen que informan de hemorragia subaracnoidea. Valorado por neurocirugía que pauta manitol IV. La evolución del paciente es satisfactoria con mejora del nivel de conciencia, cese del sangrado y conjuntivación del muñón orbitario sin signos infecciosos. Durante el ingreso hospitalario el paciente presenta un aumento de la diuresis compatible con diabetes insípida por la afectación traumática del eje hipotálamo-hipofisario. Así como una alteración del ciclo vigilia-sueño.

Conclusión: El abordaje de un paciente con estos daños debe ser multidisciplinar debiendo priorizar su asistencia. Cuando existe un avulsión traumática del globo ocular con afectación del nervio óptico se deben buscar lesiones acompañantes como hemorragia subaracnoidea afectación de la región selar y supraselar con disfunción endocrina: alteración de la termorregulación, del ciclo vigilia sueño y disfunción cardíaca.

CC11

COMBINACIÓN DE SEGMENTOS INTRACORNEALES Y LENTE EPICRISTALINIANA DE COLÁMERO EN ASTIGMATISMO IRREGULAR POSTRAUMÁTICO

ÁLVAREZ FERNÁNDEZ Darío, LISA FERNÁNDEZ Carlos, ALFONSO SÁNCHEZ José Fernando, RIBEIRO ALMEIDA Raquel Sofía

Introducción: Los traumatismos oculares pueden originar en ocasiones cicatrices corneales que, a pesar de no comprometer el eje visual, causan una importante alteración refractiva.

Caso clínico: Varón de 40 años que sufre una herida corneal izquierda en el marco de su trabajo como soldador. Consulta 3 semanas después aquejando pobre visión. Se evidencia una cicatriz corneal inferonasal que se extiende supera reborde pupilar, sin compromiso del eje visual, y hasta zona predescemética en profundidad. La queratometría y topografía revelan en posteriores visitas un astigmatismo irregular que el paciente no tolera en lentes, por lo que se decide la implantación de un segmento intracorneal opuesto a la cicatriz y, con posterioridad, lente epicristaliniana de colámero (ICL) para compensar el componente esférico. Un año después del accidente, la situación del paciente es estable, con una notoria mejoría en su función visual.

Conclusión: La combinación de segmentos intracorneales e ICL se presenta como una opción prometedora para la corrección de astigmatismos irregulares debidos a cicatrices corneales posttraumáticas, especialmente en aquellos casos en que la queratoplastia no está justificada por no hallarse comprometido el eje visual.

CC12

LASIK SUB-BOWMAN SECUNDARIO COMPLICADO POR DOBLE COLGAJO CON PLEGAMIENTO DEL PROFUNDO: REPOSICIÓN Y SUTURA

FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO Cristina, FERNÁNDEZ-VIGO LÓPEZ José, MACARRO MERINO Ana, FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO José

Introducción: Los retratamientos en lasik tras largo plazo de evolución pueden realizarse mediante levantamiento del colgajo antiguo con grave riesgo de epitelizaciones o mediante la creación de un nuevo colgajo mediante el microqueratomo. Aunque en general ésta es la técnica de elección no está exenta de complicaciones como la formación de dobles colgajos, cortes irregulares, movilización de láminas de estroma, etc Presentamos el caso de un paciente con doble colgajo y plegamiento del más profundo con formación de pliegues y disminución de la agudeza visual. El paciente había sido tratado mediante lasik hace 10 años e intervenido de catarata recientemente con leve defecto residual. Se indicó retratamiento con lasik con nuevo colgajo. En el postoperatorio se aprecia la existencia de pliegues corneales centrales no justificados ya que el nuevo colgajo, más superficial, y sus bordes estaban correctamente alineados.

Técnica quirúrgica: Procedimos al levantamiento del colgajo según técnica habitual. Observamos la existencia de un segundo colgajo corneal íntegro por debajo del nuevo, con escasa adherencia al lecho por lo que se despegó con gran facilidad. Estaba parcialmente arrugado con formación de pliegues. Se procedió a su estiramiento y recolocación. Se suturó al lecho profundo para evitar un nuevo desplazamiento. Se completó la cirugía con sutura del colgajo superficial con 6 puntos sueltos de Nylon 10-0. En el postoperatorio se aprecia la desaparición de los pliegues y la mejoría de la agudeza visual.

Conclusión: La formación de un segundo colgajo corneal más profundo y su desplazamiento con formación de pliegues y afectación visual es una complicación de lasik secundario que puede ser tratada satisfactoriamente mediante sutura de ambos colgajos, superficial y profundo.

CC13

ROTACIÓN ESPONTÁNEA Y POSTERIOR EXPLANTE DE LENTE FÁQUICA DE CÁMARA POSTERIOR (ICL) ESFÉRICA BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

GARRIDO LINARES Jaime, PÉREZ CASASECA Cristina, RAMOS NAVARRO José Luis, FERNÁNDEZ BARRIENTOS Yolanda

Introducción: Estudiar la causa de la rotación bilateral intermitente tras el implante de ICL esférica bilateral con vault normal.

Caso clínico: Se implantaron dos ICL con un periodo de 15 días entre el ojo derecho (OD) y el izquierdo (OI) de un paciente varón de 35 años con una refracción de -11.75 -0,5 175° en OD y de -12.25 -0,75 160 ° en el OI . La distancia Blanco-Blanco horizontal fue tomada mediante topógrafo Orbscan y bajo el microscopio calibrado del láser siendo en ambos de 12,5. Fueron realizadas iridotomías láser YAG previo a las cirugías. Se implantaron en AO las ICL de 13,2 mm de diámetro . El vault fue de II en AO a los 15 días. Al mes el paciente acude por diplopia intermitente en AO. En la exploración se observa la ICL desplazada estando el borde de la misma a 1 mm del centro pupilar en OD y a 3 mm del centro en OI . Se valora el explante por posible subluxación pero a los 10 minutos en una nueva exploración la ICL gira de forma espontánea 90° por lo que se valora la sustitución por una de mayor tamaño de 13,7 mm empezando con OD. Tras el nuevo implante la clínica no cede por lo que se realiza Biomicroscopia Ultrasónica (BMU) donde se observa una distancia sulcus-sulcus horizontal de 14,49 en OD y de 14,29 en OI . Se opta por el explante de ambas ICL al no haber disponibles de tamaños > a 13,7 mm.

Conclusión: Es bien sabido que no en todos los ojos la distancia sulcus-sulcus horizontal se correlaciona con el blanco-blanco horizontal, siendo pues aconsejables mediciones mas exactas y directas como la que permite la BMU. En el caso que nos ocupa la realización de la BMU en primera instancia , nos hubiera llevado a tomar la decisión del implante de una lente fáquica de cámara anterior ya que de cámara posterior no existen medidas disponibles para un sulcus- sulcus mayor de 13,7 mm.

CC14

APARICIÓN DE OPACIDAD CENTRAL PERSISTENTE DE NATURALEZA DESCONOCIDA TRAS CIRUGÍA DE LASIK

PLANELLA COLL Sandra, PESIC Milan

Introducción: La queratomileusis in situ (LASIK), es considerada una técnica eficaz y predecible para la corrección de las ametropías esferocilíndricas con láser. Sin embargo pueden existir complicaciones en el postoperatorio inmediato y/o tardío que debemos tener en cuenta.

Caso clínico: Describimos el caso de una paciente joven sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude para cirugía refractiva (2005). Presentaba agudeza visual (AV) preoperatoria OD: 0,15 sin corrección, -1,75D= 1 y OI: 0,15 sc -2D=1. Tras realizar los exámenes preoperatorios y habiendo recibido el consentimiento informado por escrito del paciente se le intervino de cirugía LASIK con una córnea y unos parámetros preoperatorios aparentemente normales, en cuanto a mapa topográfico, queratométrico, biomicroscopía y paquimetría. Su AV a los 2 meses era OD: 0,95 sin corrección 180°-0,5=1 OI: 1 sin corrección y no mejora con corrección. Al año de la intervención AV ambos ojos es de la unidad. La paciente sigue sus controles periódicos. Siete años después de la intervención acude a su control refiriendo pérdida de visión en su ojo izquierdo de un año de evolución aproximadamente. AV OD: 0,9 165°-0,75=1,1 y OI: 0,2 +1,50D=0,8. No refiere traumatismo ni otro antecedente de interés. En la exploración oftalmológica se observa OI: Ojo tranquilo, sin hiperemia ni secreciones. Opacidad central que afecta al tercio posterior de la córnea de unos 5mm de diámetro afectando al eje visual. Resto sano. Se decide tratar dicha opacidad con corticoides pauta intensiva e ir controlando estrechamente a la paciente, en dichos controles (semanas, meses) la opacidad es persistente y no refiere mejora en su agudeza visual.

Conclusión: Las complicaciones relacionadas con la cirugía LASIK suelen aparecer en el postoperatorio inmediato. El caso que presentamos es unilateral, sin inflamación y aparece 8 años después de la intervención refractiva. Según pruebas realizadas dicha opacidad se encuentra en capas profundas de la córnea y por lo tanto posterior al flap corneal. Desconocemos su origen y posibles asociaciones. A día de hoy seguimos sin poder resolver éste caso.

CC15

GLAUCOMA AMILOIDÓTICO COMO DEBUT INUSUAL DE PATOLOGÍA AMILOIDÓTICA OCULAR TRATADO MEDIANTE IMPLANTE DE DISPOSITIVO EXPRESS

CARDEMIL KRAUSE José Ignacio, MILLA GRIÑO Elena, FARÍAS PLAZAS Fabián Ignacio, CHANG SOTOMAYOR Meilin Regina

Introducción: Polineuropatía amiloidótica familiar (PAF) son un grupo de enfermedades hereditarias de depósito extracelular de amiloide que causa neuropatías sensorio-motoras y alteraciones autonómicas de diferentes órganos. La presentación ocular más común es depósitos en el vítreo, luego alteraciones pupilares, disfunción lagrimal y glaucoma. Hay una mutación de Transtiretina, proteína transportadora de tiroxina y de retinol en la retina de producción principalmente hepática. El trasplante de éste es el tratamiento de elección, sin embargo también se sintetiza en el epitelio pigmentario de la retina. El glaucoma amiloidótico aparece por depósito de sustancia amiloide en la malla trabecular y en la mayoría de los casos aparece después de las manifestaciones a nivel vítreo.

Caso clínico: Hombre 44 años, PAF 13 años de evolución, trasplante hepático hace 10. Pérdida de visión ojo derecho (OD) de 9 meses. OD presión intraocular (PIO) 70mmHg, pupila festoneada amiloidótica típica, depósitos blanquecinos en borde pupilar y cristalino. Gonioscopia ángulo grado IV, hiperpigmentación homogénea malla trabecular. Polo anterior ojo izquierdo (OI) con alteraciones sutiles y PIO límites normales. Fondo de ojo destaca excavación de 0,9 en OD, sin otras alteraciones. Campo visual OD constricción total, OI normal. No respondió a tratamiento hipotensor tópico ni oral. Se decidió implantar un Express® + MMC, con PIO objetivo alcanzada con éxito.

Conclusión: Ya trasplantado de hígado hace 10 años, su patología ocular debutó exclusivamente con glaucoma en OD respetando el polo posterior. La eficacia de la cirugía no perforante en esta patología no está bien esclarecida dado el posible depósito pretrabecular de amiloide. En este caso el implante de Express® resulto ser exitoso para el manejo de la PIO. Es importante el diagnóstico precoz de glaucoma en pacientes con amiloidosis aun sin patología vítrea, para evitar diagnóstico en etapas terminales como nuestro paciente.

CC16

CORRECCIÓN DEL ASTIGMATISMO CON LENTE INTRAOCULAR TÓRICA EN TRES TÉCNICAS DE CIRUGÍA COMBINADA

FERNÁNDEZ GARCÍA Aitor, PÉREZ IZQUIERDO Ricardo, ROMERO ROYO Concepción,
POYALES VILLAMOR Blanca

Introducción: La presencia de glaucoma y catarata es un hecho frecuente en la práctica clínica. El desarrollo de nuevas plataformas de lentes intraoculares tóricas, nos permite de una forma sencilla y protocolizada, corregir astigmatismos prequirúrgicos en casos complicados.

Caso clínico: Presentamos tres casos clínicos en los que se realiza una cirugía combinada de catarata con lente intraocular tórica y glaucoma con tres técnicas quirúrgicas diferentes: FACO-EPNP, FACO-EXPRES y FACO-XEN, ilustrando de una forma docente los diferentes estudios prequirúrgicos realizados para calcular el astigmatismo inducido en las tres diferentes situaciones.

Conclusión: La cirugía de catarata y glaucoma en pacientes con astigmatismo, puede ser realizada con garantías refractivas, realizando de forma previa, un estudio exhaustivo estudio de nuestros astigmatismos inducidos (tanto corneales como esclerales).

CC17

PROGRESIÓN GLAUCOMATOSA EN PACIENTE CON SÍNDROME PAPILO-RENAL Y MEGALOPAPILA

GUARDIOLA FERNÁNDEZ Alicia, GÓMEZ MOLINA Celia, VILLEGAS PÉREZ M.^a Paz

Introducción: El Síndrome papilo-renal, también conocido como coloboma-renal, es un trastorno genético debido a una mutación del gen PAX2 y caracterizado principalmente por malformaciones renales y del nervio óptico. El defecto genético se expresa de forma variable tanto a nivel ocular como renal. La afectación renal es generalmente progresiva y suele conducir a fallo renal. Las diferentes malformaciones papilares pueden afectar la agudeza visual (AV), el campo visual (CV) y los potenciales visuales evocados. Esta patología puede coexistir con otras como Glaucoma, dificultando la detección de la progresión estructural y funcional. Es entonces cuando el control de la presión intraocular (PIO), el seguimiento perimétrico y de la capa de fibras nerviosas de la retina es importante.

Caso clínico: Varón de 42 años con hipoplasia renal bilateral, que ha requerido trasplante renal en 3 ocasiones, y papila de aspecto colobomatoso bilateral. A la exploración presenta AV de 0,9 en ojo derecho (OD) y 1 en ojo izquierdo (OI), PIO por encima de la normalidad y excavación papilar de 10/10 en OD y 9/10 en OI. Se observa un diámetro papilar vertical de 2.8 mm y 2.5 mm y un área papilar de 7,35 mm² y 4,51 mm² en OD y OI, respectivamente. El CV mostró defectos moderados en OD y avanzados en OI. Es diagnosticado de Megalopapila y Glaucoma primario de ángulo abierto y se inicia tratamiento con hipotensores tópicos y seguimiento con pruebas estructurales y funcionales. El paciente no cumple correctamente el tratamiento, por lo que, a pesar de que en el OD la excavación era total, se observó progresión del daño glaucomatoso tanto en las pruebas estructurales (HRT, GDx, OCT) como funcionales (CV).

Conclusión: En el síndrome papilo-renal las alteraciones morfológicas de la papila pueden dificultar el diagnóstico del daño glaucomatoso al nervio óptico y su progresión. Para ello, en estos pacientes, es indispensable el uso de pruebas estructurales y funcionales: HRT, GDx, OCT y CV.

CC18

EFUSIÓN UVEAL INDUCIDO POR ESCITALOPRAM

INFANTES MOLINA Edgar Javier, LÓPEZ ARROQUIA Tirsia Elvira, ARIAS PALOMERO Antonio, RIVEIRA VILLALOBOS Laura, LÓPEZ MONDÉJAR Esperanza, ZARCO TEJADA José Manuel, ISPA CALLÉN Carmen

Introducción: Mujer hipermétrope y con pseudofaquia bilateral, en tratamiento con escitalopram por depresión, presentó cuadro de glaucoma agudo por cierre angular secundario a efusión uveal. El glaucoma se desencadenó posteriormente a la duplicación de la dosis del escitalopram tres días antes. Fue tratada con terapia hipotensora tópica, prednisona vía oral además de la suspensión del antidepressivo. Evolucionó favorablemente.

Caso clínico: La efusión uveal relacionada a fármacos es un síndrome infrecuente, se puede acompañar de miopización y glaucoma agudo por cierre angular. Solo existe un caso clínico reportado causado por escitalopram. Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina incrementan la PIO aproximadamente 4 mmHg tras una única dosis, esta variación no afectaría a pacientes sanos, pero podría modificar la función y anatomía en ojos predispuestos. Suponemos que el escitalopram causó una reacción adversa dosis dependiente, incrementando la producción de humor acuoso, el cual no pudo ser compensado debido a factores de la paciente (hipermétrope). El acumulo de exudado llevó a la efusión uveal, con la rotación anterior del iris y la lente, provocando la miopización y disminución de la profundidad de la cámara anterior, con el subsecuente cierre del ángulo induciendo un glaucoma agudo.

Conclusión: El escitalopram es una medicación comúnmente prescrita, por lo que los oftalmólogos deberíamos conocer sus efectos adversos como la provocación de una efusión uveal con el secundario glaucoma agudo lo cual permitiría una actuación rápida y acertada. Además es necesario informar al paciente sobre posibles efectos adversos provocados por éste ISRS antes de su prescripción.

CC19

HIPEMA Y HEMOVÍTREO TRAS FACO-EPNP EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON RIVAROXABÁN

NOVA FERNÁNDEZ-YÁÑEZ Luis, GUTIÉRREZ TORRES Gema, PLATAS MORENO Irene, BENANCIO JARAMILLO Gisela

Introducción: Rivaroxabán (Xarelto®) es un anticoagulante que no necesita monitorización, tiene un inicio rápido de su efecto y una vida media corta (de 5 a 17 horas). La facoemulsificación y esclerectomía profunda no perforante (FEPNP) es una técnica considerada segura y con una tasa baja de complicaciones. Hay una baja tasa de hipema y de hemovítreo, menor que la trabeculectomía. Este riesgo se incrementa más aún en pacientes en tratamiento con anticoagulantes.

Caso clínico: Mujer de 77 años de edad con fibrilación auricular en tratamiento con rivaroxabán 20 mg/día. Se le realiza FEPNP bajo anestesia tópica del ojo derecho debido a glaucoma pseudoexfoliativo y cataratas. Se retira el rivaroxabán y se le instaura heparina de bajo peso molecular (HBPM) durante 72 horas (48 horas previas a la cirugía). A las 24 horas se observa ampolla difusa sin seidel, atalamia grado 1 y presión intraocular de 0 mmHg. A los tres días de la cirugía se observa un hipema que progresa en 24 horas a hemovítreo, con una agudeza visual (AV) de cuenta dedos. Se decide suspender otra vez el rivaroxabán, tratando a la paciente con HBPM. Diez días después la PIO es de 2 mmhg y la AV=0.3; el hipema y el hemovítreo se resolvieron casi por completo por lo que se instauró por tercera vez y de forma definitiva el rivaroxabán. Tres meses después la paciente alcanza AV=1, una buena ampolla de filtración, con una PIO de 9 mmHg.

Conclusión: La FEPNP es una técnica de bajo riesgo de complicaciones hemorrágicas, riesgo que aumenta en pacientes en tratamiento con anticoagulantes. Los nuevos anticoagulantes como el rivaroxabán presentan ventajas de uso respecto a los anticoagulantes clásicos en la fibrilación auricular, pero no están exentos de complicaciones. En caso de sangrado deberá retirarse el fármaco y sustituirse por HBPM hasta que se resuelva el episodio de sangrado.

CC20

NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA ANTERIOR EN ANEMIA CRÓNICA

CASTRO REBOLLO María, GUTIÉRREZ ORTIZ Consuelo, FERNÁNDEZ GARCÍA Ana Isabel, GIL RUIZ Rocío

Introducción: La neuritis óptica isquémica anterior no arterítica (NOIA-NA) constituye el 95% de todas las NOIA y es la neuropatía óptica más frecuente en mayores de 50 años. Solo 23% de los pacientes son menores de 50 años.

Caso clínico: Mujer de 50 años que acude a consulta por fotopsias y visión borrosa del ojo derecho (OD) de 1 semana de evolución, en tratamiento por dislipemia. La Agudeza visual (AV) es de 0.6 en OD y 1 en ojo izquierdo (OI) y el polo anterior es normal. No defecto pupilar aferente relativo. En la fundoscopia (FO) se observa edema de papila del OD con hemorragias peripapilares y hemorragias en el polo posterior. Se solicita TAC de urgencias que es normal y hemograma completo. La VSG es de 8mm/hora junto con hemoglobina 4.2 g/dl y un hematocrito de 15.4%. En urgencias se la transfunden 3 CH. A los 15 días, la AV es de 1 en ambos ojos (AO) y el FO sin edema de papila. Se estudia en Medicina interna, con exploración física dentro de la normalidad, en el hemograma presenta: bioquímica normal, hb 9.3 VCM 72.2 PLAQ 155000, Ac fólico 6, B12:725 Perfil férrico hierro 13, T 466, F <5, ST 2% CTFH 652 TSH 3.56 con autoanticuerpos negativos, siendo, diagnosticada de anemia ferropénica de posible origen ginecológico e HTA. A los 2 meses la AV es de la 1 en AO, con campo visual normal y leve alteración de los colores en el OD junto con ausencia de edema de papila en AO.

Conclusión: Aunque la DM, HTA, e HCOL son factores de riesgo conocidos para NOIA-NA, otros como la apnea del sueño, hipoperfusión generalizada, vasoespasmo, anemia severa o hipotensión nocturna deben ser descartados cuando nos encontremos con NOIA-NA en pacientes jóvenes, ya que como en el caso de nuestra paciente, si tratamos a tiempo la etiología se puede revertir la patología dejando mínimas secuelas.

CC21

CEGUERA SÚBITA BILATERAL EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE GESTANTE; PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE

FUENTES VENTURA Diana Elizabeth, GARCÍA PADILLA Luis, MONSALVE CÓRDOVA Blanca

Introducción: Tanto la preeclampsia severa como la eclampsia figuran entre las principales causas de muerte materna durante la gestación. Un alto porcentaje de éstas gestantes van a referir síntomas visuales. Entre los más comunes se encuentra la ceguera cortical, entidad conocida como leucoencefalopatía posterior reversible (PRES) cuyo compromiso clásicamente suele ser en áreas corticales posteriores, sin embargo, se han descrito también otras manifestaciones atípicas que explican la sintomatología del paciente. Es importante tener en cuenta que un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado son fundamentales en el pronóstico visual por lo que una demora en el tratamiento puede traer consigo recurrencias o secuelas a largo plazo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una adolescente de 15 años con 33 semanas de gestación sin controles prenatales previos, quien acude a urgencias por pérdida súbita de visión bilateral, posteriormente vómitos y convulsiones asociadas a tensión arterial elevada con buena respuesta al tratamiento médico y cesárea. Ante una exploración normal se solicitaron pruebas de neuroimagen con hallazgos compatibles con una presentación atípica de PRES en el contexto de eclampsia. La paciente en el periodo postparto fue recuperando progresivamente la agudeza visual. Fue dada de alta estable, con manejo de tensiones arteriales dentro del límite normal y con recuperación total de las funciones visuales.

Conclusión: Los síntomas visuales suelen ser frecuentes a lo largo de una gestación asociada a preeclampsia/eclampsia. Por tanto, es obligación de los oftalmólogos tener la capacidad de identificar las condiciones y diferentes presentaciones asociadas a esta patología durante la gestación. Una corrección rápida y efectiva de los niveles de presión arterial suele conseguir una buena evolución del episodio y una total reversibilidad de los signos y manifestaciones de esta patología así como conseguir una recuperación visual completa.

CC22

ANÁLISIS DE CAPA DE CÉLULAS GANGLIONARES EN PACIENTES CON NEUROPATÍA ÓPTICA SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL BENIGNA

RÍO ZEGARRA Rodrigo del, GALDÓS IZTUETA Marta, ARANA LARREA Begoña

Introducción: La hipertensión intracraneal benigna (HICB) está caracterizada por la presión intracraneal elevada, en ausencia de patología intracraneal. La neuropatía óptica secundaria a HICB, es una complicación severa que debe ser identificada precozmente para prevenir secuelas visuales. En el diagnóstico y seguimiento de la neuropatía óptica se ha afianzado el uso de la campimetría automatizada, pero nuevas técnicas diagnósticas como la tomografía de coherencia óptica brindan nueva información del daño de la HICB, permitiendo el estudio de la capa de fibras nerviosas de la retina (RNFL) y capa de células ganglionares de la macula (RGCL). Se realizó una revisión de casos clínicos para confirmar la capacidad de la OCT en la detección del daño RGCL secundaria a HICB.

Casos clínicos: Se revisó una serie de casos clínicos de 10 pacientes (10 mujeres) con neuropatía óptica secundaria a HICB a quienes se les realizó un seguimiento neurooftalmológico completo que incluyó: campimetría automatizada para la valoración de la afectación funcional de la neuropatía óptica y OCT para el estudio de la RNFL y RGCL. Se obtuvo un VFI medio de 94,3% y desviación media de 3,55 dB. El valor medio del análisis del grosor de la capa de fibras nerviosas fue 91,85 μm mientras que el valor medio del grosor de la capa de células ganglionares maculares fue 77,85 μm . En 6 de los 10 pacientes se evidenció sectores de atrofia en la RGCL. En 4 de las pacientes se evidencio un daño focal en la RGCL el cual coincide con la ubicación del defecto hallado en la campimetría automatizada. En 2 pacientes se evidencia defectos focales en el campo visual sin daño en la RGCL. En 2 pacientes se evidencio daño RGCL sin afectación del campo visual.

Conclusión: 1) La OCT es capaz de detectar un daño axonal secundario a la HICB, lo que la convierte en herramienta útil en el control de esta patología. 2) La localización del daño en la RGCL tiene relación con el defecto del campo visual.

CC23

NEURITIS ÓPTICA BILATERAL COMO DEBUT DE ENFERMEDAD DE DEVIC

SHUKAIR HARB Tamara, FERNÁNDEZ-TRESGUERRES GARCÍA M.^a Fernanda

Introducción: La neuromielitis óptica o la enfermedad de Devic es una enfermedad infrecuente que puede producirse en cualquier edad, y puede llegar a afectar la AV de forma muy importante.

Caso clínico: Mujer de 34 años, sin antecedentes personales de interés que acude a consulta por sensación de visión borrosa bilateral con parestesias de MMII de 48 h de evolución. La AV : OD 0.4, OI 0.2, biomicroscopia normal, MOI normal, no DPAR. En el fondo de ojo edema papilar bilateral RNM craneal y orbitaria normal Fue diagnosticada de neuritis óptica bilateral y sometida a TTO con megadosis de corticoides con ingreso hospitalario El progreso de la pérdida de AV fue rápido y a la semana la AV OD 0.1, OI CD 1 m RNM cervical 2 áreas focales hiperintensas en la medula C2-C3 y T3 (desmielinización) Fue diagnosticada de enfermedad de Devic con anticuerpos anticuaporina (antiNMO) negativos y tratada con plasmaferéresis (5 ciclos) con mejoría notable en la AV en los siguientes 10 días.

Conclusión: La neuritis óptica puede ser la primera manifestación de la enfermedad de Devic y el papel del oftalmólogo es fundamental. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado puede reducir la intensidad del brote y el daño residual.

CC24

PLASMAFÉRESIS E INMUNOGLOBULINAS EN NEURITIS ÓPTICA SEVERA BILATERAL REFRACTARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

SANZ LÓPEZ Ana, FERNÁNDEZ GARCÍA M.^a José

Introducción: La neuritis óptica en esclerosis múltiple, refractaria a tratamiento intravenoso corticoideo es poco frecuente. La plasmaféresis y las inmunoglobulinas intravenosas pueden ser una opción terapéutica beneficiosa.

Caso clínico: Varón de 23 años que presenta un cuadro de neuritis óptica retrobulbar típica en ojo izquierdo (OI) con agudeza visual (AV) de 0'1, resonancia magnética nuclear positiva para enfermedad desmielinizante y bandas oligoclonales positivas, sin respuesta a tratamiento corticoideo intravenoso al mes de seguimiento. A los 2 meses del inicio de los síntomas presenta papilitis en OI con AV de percibe luz, pautándose nuevo tratamiento corticoideo intravenoso. Una semana después presenta papilitis en ojo derecho con AV inferior a 0'1. Ante la bilateralización y la falta de respuesta al tratamiento se procede a realizar 7 sesiones alternas de plasmaféresis seguidas de tratamiento con inmunoglobulinas durante 5 días. Al mes se objetiva una importante recuperación de agudeza visual bilateral con secuelas en el campo visual y en la capa de fibras nerviosas. Al año de seguimiento, el paciente está en tratamiento con interferón y no ha sufrido nuevos brotes neurológicos.

Conclusión: La plasmaféresis y las inmunoglobulinas intravenosas son una opción terapéutica en brotes agudos severos de enfermedad desmielinizante inflamatoria idiopática refractarios a tratamiento corticoideo. En nuestro caso, se objetivó una mala evolución y bilateralización del cuadro a pesar del tratamiento intravenoso con corticoides. La administración combinada de plasmaféresis e inmunoglobulinas consiguió la recuperación visual en ambos ojos sin brotes al año de seguimiento.

CC25

EXTENSIÓN ORBITARIA ANTERIOR BILATERAL DE CARCINOMA INDIFERENCIADO DE CAVUM

GARCÍA TIRADO Amanda, CAPOTE DÍEZ María, ARBIZU DURALDE Álvaro, SANCHÉZ ORGAZ Margarita

Introducción: El carcinoma de cavum indiferenciado con patrón linfoepitelioma (CAIL) afecta a la mucosa de la rinofaringe. Su patogénesis se relaciona con la infección por el Virus Epstein Barr (VEB). La afectación de la órbita anterior es muy rara y más la extensión metastásica bilateral.

Casos clínicos: Caso 1: Caucásico europeo, 41 años remitido por epífora. Antecedentes de CAIL con adenopatías cervicales. Se aprecia tumoración (T) orbitaria anterior en canto medio del OI, dura, no depresible y adherida. Lavado no permeable. RMN orbitaria: T. realza con contraste, invade sacos y conductos lacrimales, recto medial y esclera. El estudio histológico reveló CAIL en ambos sacos. Se trató con radioterapia y quimioterapia. Caso 2: Varón africano 39 años acude por exoftalmos bilateral. Antecedentes de CAIL, extensión intracraneal y orbitaria bilateral, sin proptosis al diagnóstico. Se observa proptosis dolorosa bilateral con inflamación y edema palpebral, se palpaban masas en zona nasal del párpado inferior OD; en zona nasal de ambos párpados de OI. Agudeza visual OI 0,3 y limitación en todos los movimientos. RMN: extensión de la lesión de localización naso-etmoido-frontal a ambas órbitas confinada en el espacio extraconal, infiltración del músculo recto inferior e invasión del espacio intraconal de la grasa orbitaria. Se trató con quimioterapia y radioterapia, realizando cirugía orbitaria descompresiva paliativa.

Conclusión: En pacientes con clínica sugestiva de invasión orbitaria, y especialmente si existen antecedentes oncológicos, debemos contemplar como posibilidad la afectación orbitaria por el tumor, a pesar de su baja incidencia, demostrarla, mediante biopsia, y comenzar sin demora con el tratamiento. Se discutirán las alternativas terapéuticas y el papel del VEB en estos casos. Un error o retraso en el diagnóstico pueden tener consecuencias fatales para el pronóstico de dicho paciente.

CC26

DEBUT ATÍPICO DE POLIARTERITIS NODOSA CON AFECTACIÓN OCULAR

RIGO QUERA Jaime, NICOLA GIANNINOTO, M.^a Laura de, CASTANY AREGALL Marta, SEGURA GARCÍA Antonio, GARCÍA ARUMÍ José

Introducción: se presenta el caso de un varón de 79 años con un proceso inflamatorio orbitario bilateral, como forma de inicio inusual de Poliarteritis Nodosa (PAN).

Caso clínico: Varón de 79 años que consultó por ojo rojo y disminución de agudeza visual bilateral. Presentaba inflamación difusa del tejido orbitario, causando secundariamente hipertensión ocular por presión venosa episcleral elevada. Al instaurar tratamiento hipotensor apareció desprendimiento coroideo y avance del diafragma irido-lenticular, por efusión ciliocoroidea. Orientado como pseudotumor inflamatorio, el cuadro se resolvió con corticoterapia oral. En un segundo brote con afectación cutánea, la biopsia fue diagnóstica de PAN.

Conclusión: El presente caso ilustra una forma de presentación infrecuente de la PAN. En el diagnóstico diferencial ante un proceso inflamatorio-infiltrativo orbitario bilateral hay que considerar la fístula carótido-cavernosa, orbitopatía tiroidea, procesos linfoproliferativos, enfermedades multisistémicas y pseudotumor inflamatorio orbitario.

CC27

QUERATITIS POR ACHROMOBACTER XYLOSOXIDANS EN UN PACIENTE PORTADOR DE LENTES DE CONTACTO

ALMENARA MICHELENA Cristina, BUEY SAYÁS M.^a Ángeles del, ASCASO PUYUELO Francisco Javier, CRISTÓBAL BESCÓS José Ángel

Introducción: Achromobacter xylosoxidans es una bacteria del género Alicaligenes descrita por vez primera en 1971. La incidencia de infecciones humanas por esta bacteria es muy baja, tratándose de un microorganismo oportunista que afecta a pacientes inmunodeprimidos. Así, sólo se han descrito 13 casos de queratitis asociada a A. xylosoxidans en sujetos sanos. Todos ellos asociaban algún factor de riesgo (cirugía previa, uso de corticoides tópicos, queratoconjuntivitis vírica...). Presentamos el caso de un individuo sano portador de lentes de contacto que fue diagnosticado de una queratitis por A. xylosoxidans.

Caso clínico: Varón de 28 años sano, portador de lentes de contacto, que acude a Urgencias refiriendo fotofobia y muy intensa sensación de cuerpo extraño en su ojo derecho de un día de evolución. Dos semanas antes había viajado por Australia, Indonesia y Singapur donde las temperaturas oscilantes fueron 28°C-30°C con alta humedad ambiental. Durante el viaje hubo contacto ocular con aguas cálidas y empleo abusivo de lentes de contacto. La biomicroscopía y la tomografía de coherencia óptica del segmento anterior objetivaron hiperemia leve y múltiples defectos epiteliales dispersos y estrellados con infiltrados estromales anteriores sublesionales. Dados los antecedentes del paciente, falta de concordancia entre la severidad de la sintomatología y los signos oftalmológicos y el aspecto de las lesiones, se realizó frotis conjuntival para estudio microbiológico, que demostró un crecimiento moderado de A. xylosoxidans. A los 7-10 días se resolvió el cuadro tras tratamiento con moxifloxacino tópico 0.5%, fluorometalona y lágrimas.

Conclusión: A. xylosoxidans es un agente etiológico muy infrecuente que debe sospecharse ante el contacto ocular con aguas cálidas y la afectación previa del estado corneal (en nuestro caso ser un paciente portador de lentes de contacto).

CC28

HUMOR ACUOSO INTRACORNEAL, ¿QUÉ PUEDO HACER?

CAMPOS POLO Rafael

Introducción: La presencia de humor acuoso en el interior de la córnea se debe a procesos de tipo ectásico, en su mayoría, que alteran la función barrera que ejerce el complejo endotelio-membrana de Descemet. Se han descrito distintas actitudes terapéuticas para el manejo de esta entidad, que van desde el tratamiento con colirios hasta maniobras quirúrgicas que posibilitan una mejoría más rápida.

Casos clínicos: Se describen dos casos clínicos, de distinta etiología, tratados mediante una técnica quirúrgica consistente en el llenado de la cámara anterior con aire asociado a micropunciones que facilitan el drenaje del líquido. El primero de ellos es un queratocono grado IV (Amsler-Krumeich) que se descompensó y desarrolló un hidrops corneal; y el segundo fue un paciente al que se le había practicado una queratoplastia penetrante hacía veinte años y tras una cirugía de estrabismo desarrolló un quiste de líquido intracorneal en la interfase donante-receptor, probablemente secundario a una dehiscencia parcial del complejo membrana de Descemet-endotelio por la modificación de la tracción muscular. A ambos se le practicó la técnica mencionada y se produjo una resolución total de los cuadros en el transcurso de dos semanas.

Conclusión: El tratamiento con colirios hipertónicos ha sido el manejo clásico de esta entidad, con un tiempo de resolución medio de dos a cuatro meses durante el cual puede aparecer la neovascularización, infección o incluso la perforación de la córnea. Con esta sencilla técnica se pretende acortar los tiempos y con ello disminuir el riesgo de desarrollar complicaciones.

CC29

RESECCIÓN EN CUÑA Y CIRUGÍAS COMBINADAS EN QUERATOPLASTIA PARA LA REHABILITACIÓN VISUAL Y REFRACTIVA

GARCÍA BELLA Javier, TALAVERO GONZÁLEZ Paula, LISA FERNÁNDEZ Carlos, NAVEIRAS TORRES-QUIROGA Miguel

Introducción: La resección en cuña es una técnica diseñada para la corrección de los grandes astigmatismos postqueratoplastia y consiste en la realización de una escisión de grosor casi completo del tejido corneal en la cicatriz del trasplante y en el eje más plano. En casos complejos, puede también ser asociarse a otras técnicas quirúrgicas para la rehabilitación visual del paciente.

Caso clínico: Varón de 60 años de edad diagnosticado de ectasia corneal que fué sometido a una queratoplastia penetrante (QPP) en ojo derecho (OD) 20 años antes y a un LASIK en ojo izquierdo (OI) 12 años antes. Presentaba agudeza visual (AV) de 0.05 en OD y 0.4 en OI con una refracción inicial de + 4.5 – 13 x 100° en OD y de + 0.5 – 2.5 x 115° en OI; era intolerante al uso de lentes de contacto (LDC) en ambos ojos (AO). A la exploración en OD destacaba una ectasia en la cicatriz de la QPP que a su vez se encontraba descentrada, mientras que en OI no se encontraban otras alteraciones. En OI fue sometido a cirugía de implante de segmentos intracorneales y a cirugía de catarata con lente intraocular (LIO) monofocal consiguiendo una AV de 0.7 afocal. En OD se sometió a una resección en cuña de 100° sobre la QPP previa, implante de segmentos intracorneales y finalmente a una cirugía de catarata con colocación de una LIO monofocal y realización de incisiones enfren-tadas para obtener una AV de 0.5 afocal.

Conclusión: La resección en cuña es un método eficaz de cara a la corrección de los grandes astigmatismos postqueratoplastia y permite regularizar lo suficiente para asociar otras cirugías refractivas.

CC30

QUERATITIS POR MYCOBACTERIUM CHELONEAE EN QUERATOPLASTIA LAMELAR POSTERIOR (DSAEK)

GUTIÉRREZ BENÍTEZ Laura, MARTÍ HUGUET Tomás, BARNILS GARCÍA Noemí

Introducción: La queratitis por *Mycobacterium Cheloneae* más descrita en la bibliografía es la secundaria a queratomileusis in situ asistida por láser (LASIK). Presentamos el caso de una paciente afectada por esta infección tras el tratamiento con dexametasona tópica por el rechazo del injerto de la queratoplastia lamelar posterior (DSAEK). Este es el primer caso descrito.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 77 años afecta de distrofia de Fuchs que acudió a nuestra consulta para valoración de intervención quirúrgica de ojo derecho por agudeza visual máxima corregida de 0,3 (Test de Snellen). En marzo de 2012 la paciente se sometió a una cirugía combinada con facoemulsificación, lente intraocular y DSAEK. En abril de 2012 se produjo un rechazo del injerto corneal por lo que se inició tratamiento con dexametasona tópica. En enero de 2013 la paciente acudió a urgencias de oftalmología por úlcera corneal; se extrajo muestra para cultivo microbiológico que fue positivo para *Mycobacterium Cheloneae*, iniciándose tratamiento con azitromicina vía oral y tópica. Durante el seguimiento, se observó la vascularización de la lesión. En abril de 2013 se constató la desaparición del infiltrado corneal y se planteó a la paciente una nueva cirugía corneal. En junio de 2013 se procede a la realización de DSAEK con éxito consiguiendo una agudeza visual de 0,5 (Test de Snellen) en el ojo derecho.

Conclusión: Este es el primer caso descrito de queratitis por *Mycobacterium Cheloneae* secundario a tratamiento con corticoides por rechazo del injerto corneal de DSAEK, donde el tratamiento con azitromicina fue efectivo. El manejo de esta infección es complicado por su diagnóstico tardío, el tratamiento de larga evolución y su resistencia a varios antibióticos. Es importante tener en cuenta este patógeno en infecciones corneales de larga evolución y no respondedoras a tratamientos habituales, sobre todo en pacientes sometidos previamente a DSAEK y en tratamiento con corticoides.

CC31

LINFOMA FOLICULAR DE LA CONJUNTIVA

LABRADOR VELANDIA Sonia, GIRALDO AGUDELO Luisa Fernanda, GARCÍA ÁLVAREZ Ciro, DIEZHANDINO GARCÍA Patricia

Introducción: Las proliferaciones linfoides del ojo y anejos oculares comprenden un espectro que abarca desde la hiperplasia reactiva linfoide al linfoma maligno, representando entre el 2 y el 10% de los linfomas extranodales. La mayor parte de ellos son linfomas B no Hodgking de bajo grado del tejido linfoide asociado a mucosas (tipo MALT), mientras que los linfomas foliculares son raros, y representan un porcentaje muy pequeño de los linfomas de los anejos oculares.

Caso clínico: se presenta el caso de un paciente varón de 43 años con conjuntivitis folicular crónica y meibomitis en ojo derecho que fue tratado con higiene palpebral y aureomicina sin mejoría. Tras dos años de seguimiento, la serología para bacterias y las pruebas inmunológicas resultaron negativas y se indicó una biopsia incisional que resultó compatible con hiperplasia reactiva linfoide. Se mantuvo en observación periódica con tratamiento conservador. Un año más tarde se realizó una nueva biopsia incisional cuyo resultado histopatológico mostró un linfoma folicular con patrón nodular grado 1, sin afectación sistémica, por lo cual fue tratado con radioterapia local.

Conclusión: ante una conjuntivitis folicular crónica resistente a tratamiento prolongado con antiinflamatorios y antibióticos es esencial la realización de una biopsia incisional para establecer el diagnóstico histopatológico que puede abarcar desde la inflamación crónica, la hiperplasia reactiva folicular linfoide al linfoma. En este caso de linfoma folicular (raro entre los linfomas de conjuntiva) el seguimiento en colaboración con hematología es indispensable para el estadiaje y correcto abordaje terapéutico del paciente.

CC32

PROCESO LINFOPROLIFERATIVO DE CÉLULAS T CD30-POSITIVAS DE MUCOSA CONJUNTIVAL BULBAR CON REGRESIÓN ESPONTÁNEA

MARTICORENA ÁLVAREZ Paula, GARRIDO CECA Guadalupe, GUIJARRO ROJAS Mercedes, GORDILLO VÉLEZ Carlos

Introducción: Las enfermedades linfoproliferativas de células T de los anejos oculares son poco frecuentes. Sciallis describe el primer caso de proceso linfoproliferativo localizado de células T CD30-positivas en la mucosa conjuntival. Presentamos un nuevo caso.

Caso clínico: Varón de 25 años que presenta en su ojo derecho una tumoración conjuntival de 4x6.5 mm, en limbo corneal, entre las 6-8 horas, sin invadir la córnea. Ante la ausencia de mejoría con tobramicina-dexametasona se realiza una biopsia incisional conjuntival de 2x1 mm. La anatomía patológica muestra un epitelio de características reactivas, parcialmente erosionado, sobre un conjuntivo con linfocitos, eosinófilos, polimorfonucleares e histiocitos. La celularidad predominante es CD45+, CD3+, con positividad de membrana para CD30 en más del 75% y elevada positividad nuclear para Ki67. La celularidad neoplásica es negativa para ALK, VEB, CD15, EMA, CD56, Perforina y Granzima B, descartándose otros tumores de la superficie ocular. El estudio con PCR determina la monoclonalidad linfoide T. La muestra se informa como desorden linfoproliferativo con monoclonalidad linfoide T CD30-positivo, dando como posibles diagnósticos un linfoma anaplásico de células grandes versus una papulosis linfomatoide. Se realiza un estudio de extensión sin hallazgos. Al mes de seguimiento, la lesión había desaparecido y al año no había signos clínicos de recidiva local ni de linfoma sistémico.

Conclusión: Se diagnostica de un desorden mucoso linfoproliferativo con monoclonalidad linfoide T CD30-positivo, pudiendo tratarse de un proceso reactivo, de un tumor primario conjuntival o de la primera manifestación de un linfoma anaplásico de células grandes. La regresión espontánea sin recidiva y el estudio de extensión sin hallazgos, sugieren un proceso reactivo. Sin embargo, no existen series amplias publicadas sobre estas lesiones mucosas, siendo imprescindible el despistaje de enfermedad sistémica y el seguimiento clínico estrecho.

CC33

ESCLERITIS ANTERIOR TUBERCULOSA: UN RETO DIAGNÓSTICO

VARGAS KELSH José Gabriel, FONOLLOSA CALDUCH Álex, SILVA RIBEIRO Ana Raquel, ARJONILLA RODRÍGUEZ Álvaro

Introducción: La tuberculosis (TB) puede afectar cualquier estructura ocular, generalmente por una diseminación hematogena desde un foco pulmonar. Dentro de las posibles manifestaciones, la escleritis es una inflamación ocular potencialmente destructiva, pero inusual en esta infección; que continua siendo un desafío clínico por la carencia de pruebas diagnósticas oculares de certeza.

Caso clínico: Masculino de 26 años de origen Pakistaní. Acudió a nuestro servicio por ojo izquierdo rojo y doloroso de una semana de evolución, diagnosticándose de una escleritis anterior nodular e iniciando tratamiento con AINES orales sin mejoría. Se sustituyeron por 20 mg de prednisona vía oral (pauta descendente) con la que fue mejorando paulatinamente; y se realizó una biopsia de tejido ocular, siendo negativo tanto el cultivo como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para *Mycobacterium tuberculosis* (MT). Se estudió en conjunto con el servicio de medicina interna quien solicitó una batería de pruebas diagnósticas con las cuales se obtuvo un cuantiferon TB Gold y un derivado proteico purificado de la tuberculina (PPD) positivo (20 mm). La radiografía de tórax no fue concluyente, y se complementó con una TC compatible con un proceso infeccioso. Finalmente, por medio de un aspirado por broncoscopia se obtuvo un cultivo para micobacterias BK positivo (MT) y se instauró tratamiento con rimstar®.

Conclusión: El diagnóstico de cualquier manifestación ocular de la TB es siempre un reto por la dificultad para extraer bacilos de tejidos oculares y por los posibles daños irreversibles sin el tratamiento adecuado. Por lo tanto es importante que ante la presencia de una escleritis anterior se estudie ampliamente los diagnósticos diferenciales de patologías sistémicas, que van desde enfermedades del tejido conjuntivo, enfermedades infecciosas, entre otras. En ausencia de una clínica sistémica contundente se debe mantener la sospecha de TB cuando se proviene de zonas endémicas.

CC34

PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DEL OJO SECO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED

SÁNCHEZ ÁVILA Ronald Mauricio, MERAYO LLOVÉS Jesús

Introducción: Evaluar el efecto terapéutico que tiene el Plasma Rico en Factores de Crecimiento (PRFC) aplicado en gotas oftálmicas, para el tratamiento del ojo seco en pacientes con Enfermedad de Injerto Contra Huésped (EICH) en fase crónica, desarrollado posterior al trasplante medula ósea.

Caso clínico: Cuatro pacientes con EICH fase crónica posterior al trasplante Alogénico de Células Madre Hematopoyéticas (Alo-CMH), que tienen por diagnóstico síndrome de ojo seco refractario a tratamiento convencional (incluido suero autólogo), fueron evaluados en ésta descripción se serie de casos. El PRFC fue extraído del suero de cada paciente estudiado, así mismo se obtuvieron registros cuantitativos de síntomas (Escala Visual Analógica: frecuencia y gravedad de los síntomas), Encuesta Psicométrica de Ojo seco (OSDI), test de agudeza visual de lejos, tiempo de ruptura lagrimal (tBUT), y test de Schirmer sin anestesia; dichas medidas se tomaron antes del inicio del tratamiento con PRGF, en la semana siguiente, al mes, y luego en visitas sucesivas, incluso algunos pacientes han sido seguidos por más de un año. Se seleccionaron 4 pacientes, de los cuales 3 fueron hombres y 1 mujer, la edad estaba comprendida entre los 47 y 61 años, (edad media, 54.5 ± 5.73). Después de cuatro semanas de tratamiento el test OSDI (Ocular Surface Disease Index) decreció significativamente en un 59% (OSDI inicial: 45.5 ± 6.24 ; OSDI final: 19 ± 2.45); la disminución en la Escala Visual Analógica fue significativa para la gravedad. Para la agudeza visual del ojo más afectado, se encontró una media de mejoría del 33.3%, también se encontró mejoría en el tBUT y el test de Schirmer. No se encontraron efectos adversos significativos con el uso de PRFC durante el periodo de seguimiento.

Conclusión: En pacientes con EHCI fase crónica y síndrome de ojo seco grave, que recibieron tratamientos convencionales sin lograr mejoría, se puede emplear el colirio de PRFC con demostrada eficacia.

CC35

CARCINOMA EPIDERMOIDE CONJUNTIVAL: ESPECTRO CLÍNICO

SOLER SANCHÍS M.^a Isabel, CABEZAS LEÓN Mercedes, SANTANA GARCÍA Ana, PÉREZ GANCEDO M.^a Luisa

Introducción: Los carcinomas epidermoides(CE) conjuntivales son tumores raros de crecimiento lento con malignidad de bajo grado, que puede aparecer de nuevo o a partir de una neoplasia intraepitelial conjuntival o corneal previa.

Caso clínico: Presentamos cuatro casos de pacientes con CE. El primer paciente presenta sospecha pterigion en ojo derecho. Se decide exéresis mediante excisión en bloque. El resultado de la anatomía patológica (AP) es de CE por lo que se amplian bordes, limpieza de lecho y crioterapia. Posteriormente se trata con colirio de mitomicina C y actualmente presenta una cicatriz conjuntival y buen aspecto. El segundo caso es un paciente varón remitido a consulta por lesión conjuntival compatible con pterigión de crecimiento progresivo y atípico. Se diagnostica mediante biopsia de CE y es tratado con mitomicina C e IFN alfa 2B manteniendo comportamiento agresivo. En la RMN se observa lesión de partes blandas de localización preseptal. Indicamos exenteración y reconstrucción con colgajo pediculado. El tercer caso acude por sospecha de epiescleritis nodular y tras seguimiento y mala evolución se biopsia diagnosticándose de CE infiltrante, se decide exenteración, sin embargo, el paciente se niega a cualquier intervención. El cuarto caso, se diagnostica de CE tras biopsia de una lesión macroscópicamente sospechosa y tras exéresis el resultado es satisfactorio.

Conclusión: El CE se ha de tener en cuenta en todas aquellas lesiones conjuntivales que a pesar de ser aparentemente benignas no evolucionan satisfactoriamente. Si el diagnóstico es precoz se puede controlar mediante exéresis, crioterapia, quimioterapia local o incluso radioterapia. Actualmente está cobrando gran relevancia la quimioterapia local tanto en tumores primarios como en recurrencias. Si no es intervenido en fases tempranas puede derivar a la enucleación o exenteración, por lo que el objetivo principal es evitar la pérdida del globo ocular.

CC36

BIOMECÁNICA CORNEAL EN OJOS CON QUERATOCONO Y TRAS CROSS-LINKING, ANILLOS INTRA-CORNEANOS Y QUERATOPLASTIA PENETRANTE: CASOS CLÍNICOS

SALGADO-BORGES José, PAINHAS Teresa, NEVES Patrícia, GONZÁLEZ-MEIJOME José Manuel

Introducción: Analizar las alteraciones en la arquitectura tridimensional y las propiedades biomecánicas de la córnea con dos instrumentos de uso clínico en ojos intervenidos tras diferentes tipos de cirugía corneal (cross-linking, segmentos intra-coneales y queratoplastia penetrante).

Casos clínicos: Mediante la presentación de imágenes y videos se muestran las características de la tomografía corneal tridimensional y de las propiedades biomecánicas de la córnea en 4 pacientes con queratocono, sometidos a diferentes cirugías: cross-linking (1 ojo), implante de 1 segmento intra-corneal (1 ojo) comparándolo con el ojo contralateral con segmento intracorneal, implante de 2 segmentos intracorneales (1 ojo) comparándolo con el ojo contralateral no intervenido, y queratoplastia penetrante (1 ojo) comparándolo con el ojo contralateral con queratocono avanzado. Las propiedades biomecánicas de la córnea se evaluaron con el Ocular Response Analyzer (Reichert, Depew, NY) y una cámara de Scheimpflug de alta velocidad (Corvis ST, Oculus, Wetzlar, Alemania). Se analizaron las alteraciones en el espesor corneal, presión intra-ocular así como los parámetros cuantitativos más utilizados clínicamente obtenidos con ORA y Corvis. La tomografía de la córnea fue evaluada con un sistema de Scheimpflug (Pentacam, Oculus).

Conclusión: El análisis dinámico de la respuesta corneal ante un estímulo de deformación con una cámara de alta velocidad (Corvis) permite evaluar el impacto de diversos procedimientos quirúrgicos para el queratocono aunque se deberá prestar especial atención a factores críticos como la localización de la zona de medida en relación a las características propias del procedimiento realizado (transparencia del área de tratamiento, localización y profundidad de implante de los segmentos o la cicatrización entre el botón donante y la cornea receptora) para obtener una medida fiable.

CC37

TRATAMIENTO DEL DESPRENDIMIENTO SEROSO DEL NEUROEPITELIO RETINIANO EN PACIENTE CON FOSETA PAPILAR COLOBOMATOSA

BARRIGA DOY Guillermo Carlo, ARROYO LIZONDO María, PEREIRA DELGADO Ernesto

Introducción: La foseta papilar es un trastorno raro y unilateral que consiste en la presencia de una depresión redondeada u ovalada de tamaño variable en el interior del disco óptico. Esta anomalía se localiza con mayor frecuencia en la porción temporal de la papila, y en condiciones normales es asintomática. El tratamiento más ampliamente aceptado y con mejores resultados tanto anatómicos como funcionales de esta complicación, consiste en una vitrectomía con pelado de la hialoides posterior, endofotocoagulación del margen temporal del disco óptico en el haz papilomacular y taponamiento con gas o silicona en casos resistentes.

Caso clínico: 16/1/13 Paciente varón de 35 años acude a la consulta de retina médica, derivado de urgencias por desprendimiento de retina seroso en el ojo derecho. AV: OD_ <0.1 OI_1 Segmento anterior sin alteraciones. PIO: 22/21mmHg. Fondo de ojo y OCT macular: Foseta papilar + desprendimiento de retina seroso en OD. 23/4/13 Se realiza vitrectomía 23G + tinción con Brilliant peel + extracción de membrana limitante interna + fotocoagulación a las X horas y en haz papilomacular. Inyección de S2F6. 5/3/14 AV: OD_0.05 OI_1.

Conclusión: El curso natural de esta complicación es generalmente malo a causa del daño irreversible que el desprendimiento ocasiona en los fotorreceptores maculares. Es importante realizar una vitrectomía en el momento del diagnóstico para obtener los mejores resultados, y es indispensable la monitorización a través de la OCT en el seguimiento postoperatorio para comprobar la reabsorción del fluido retiniano.

CC38

MANIFESTACIONES OCULARES EN EL SÍNDROME DE SUSAC

CANAL FONTCUBERTA Irene, LLORENTE GONZÁLEZ Sara, CAPOTE DÍEZ María, EIMIL ORTIZ Miriam

Introducción: El síndrome de Susac (SS) es una microangiopatía autoinmune poco común que se manifiesta en su forma típica por la triada clínica de encefalopatía, oclusiones de rama arteriales retinianas (ORAR) y pérdida auditiva, afectando característicamente a mujeres entre los 20-40 años.

Caso clínico: Presentamos dos casos de SS con diferente evolución clínica y afectación oftalmológica. Caso 1. Mujer de 18 años que debuta con encefalopatía y alteración conductual, presentando a los pocos días pérdida severa de visión por múltiples ORAR con afectación macular y acúfenos. Caso 2. Mujer de 33 años que ingresa con trastorno psiquiátrico y deterioro cognitivo seguido de acúfenos y posterior hipoacusia. Sin síntomas visuales excepto una sensación de «aguas» dos meses antes del inicio de los síntomas, se detecta en la angiografía con fluoresceína (AGF) una microangiopatía periférica con amputación vascular.

Conclusión: La presentación clínica del SS puede ser heterogénea y no necesariamente presentarse todos los componentes de la triada al inicio, existiendo formas incompletas, lo que puede dificultar el diagnóstico. El conocimiento y la sospecha de esta enfermedad ante pacientes con ORAR es crucial ya que es un retraso en su tratamiento puede implicar graves secuelas neurológicas, auditivas y visuales. La realización de una AGF es obligada tanto en el diagnóstico, ya que en algunos casos como el nuestro las oclusiones cursan de manera asintomática pudiendo pasar inadvertidas en la exploración funduscópica, como en el seguimiento, dado que el curso es fluctuante y existe la posibilidad de nuevas lesiones durante los dos primeros años. Aunque la presentación más típica es la de la paciente 1, con múltiples ORAR con un realce de la pared arterial característico, se han descrito manifestaciones más atípicas como las de la paciente 2, con microangiopatía, microaneurismas, amputaciones vasculares e isquemia periférica.

CC39

PASO DE GAS AL SISTEMA INTRAVENTRICULAR CEREBRAL TRAS VITRECTOMÍA, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y ANÁLISIS FISIOPATOLÓGICO

CASTILLÓN TORRE Luis, TENA SEMPERE M.^a Eugenia, MANTRANA BERMEJO M.^a Eugenia,
PIÑAS GARCÍA Purificación

Introducción: Presentamos el primer caso documentado de paso de gas (Hexafluoruro de azufre) desde la cavidad vitrea hacia el espacio subaracnoideo y los ventriculos cerebrales tras la realización de una vitrectomía. Siendo una complicación no referida previamente en la literatura científica analizamos casos similares publicados así como la relación entre la cabeza del nervio optico, la cavidad vitrea y el espacio subretiniano.

Caso clínico: Mujer de 72 años sin antecedentes sistemicos de interes, pseudofaquica , intervenida mediante vitrectomía 23 G sin cerclaje de un desprendimiento de retina regmatogeno con utilización de SF6 al 20% . 24 horas tras la intervención presentó intensa cefalea holocraneal sin fiebre, con agudeza visual de percepción de luz, presión intraocular de 20 mm de Hg, retina aplicada y presencia de gas intracerebral detectada mediante tomografía computerizada.

Conclusión: En pacientes intervenidos con utilización de silicona intraocular los incrementos de presión intraocular y la atrofia del nervio optico son parametros que se deben vigilar por la posibilidad de la migración de la silicona hacia el sistema ventricular. Las anomalías del nervio optico (fosetas y colobomas) predisponen a la comunicación anómala entre la cavidad vitrea y los espacios subretiniano y subaracnoideo. El caso clinico presentado constata la posibilidad de la comunicación entre la camara vitrea y el espacio subaracnoideo en ausencia de patología del nervio óptico y con el uso de gas intraocular.

CC40

REVISIÓN DE LOS DESPRENDIMIENTOS DE RETINA CON AGUJERO MACULAR ASOCIADO TRATADOS CON VITRECTOMÍA Y PELADO DE MEMBRANA LIMITANTE INTERNA

DÍAZ DE DURANA SANTA COLOMA Enrique, LARRAURI ARANA Arántzazu, PÉREZ-LANDALUCE PÉREZ Irene, CABRERIZO NUÑEZ Javier

Introducción: describimos los resultados anatómicos y funcionales de 6 pacientes que fueron intervenidos de desprendimiento de retina (DDR) y agujero macular (AM) simultáneos mediante vitrectomía pars plana (VPP) y pelado de membrana limitante interna (MLI). Entre 1-4% de DRR tienen AM concomitante (no causal) que precisa abordaje combinado/secuencial.

Casos clínicos: presentamos 6 casos de DDR con AM simultáneo intervenidos en los años 2012 y 2013. Cuatro eran mujeres y 2 hombres, su edad media 53,7 años (rango 40-72). La agudeza visual variaba entre cuenta dedos y 0,1. En todos se realizó una VPP con pelado de MLI bajo tinción de azul. En 4 de ellos se hizo una tinción directa: intercambio fluido/aire hasta nivel superior del agujero macular, aumento en 10 mm Hg la presión de infusión justo antes de inyectar la tinción, inyección gota a gota de azul alrededor del agujero, extracción del colorante, inyección de PFCL, pelado de MLI bajo PFCL y se continuó con la cirugía de DR. A los 6 meses de seguimiento todos los pacientes presentaban retina adaptada y agujero macular cerrado. 2 pacientes precisaron nueva intervención por redespndimiento de retina. La AV final media fue de 0,30 (rango 0,6-cuenta dedos). Las visiones más bajas se corresponden con los pacientes que precisaron más de una intervención.

Conclusión: La vitrectomía con pelado de MLI es efectiva en resolver el cuadro clínico de DRR y AM concomitante y ha mejorado la tasa de cierre del agujero macular frente a la VPP sin pelado de MLI.

CC41

HAMARTOMA COMBINADO DE RETINA Y DEL EPITELIO PIGMENTARIO. ABORDAJE MEDIANTE TERAPIA ANTI-VEGF DE MEMBRANAS NEOVASCULARES ASOCIADAS

ECHEVARRÍA LUCAS Lucía, VILLENA IRIGOYEN Olga, NIEVAS GÓMEZ Trinidad, BELLIDO MUÑOZ Rosa M.^a

Introducción: El hamartoma combinado de retina y del epitelio pigmentario retiniano (CHPRRE) es una malformación infrecuente, unilateral, presuntamente benigna. Se da en individuos sanos, neurofibromatosis tipo 2 y síndrome de Gorlin-Goltz. Asociado a foseta, drusas o coloboma papilar. A menudo yuxtapapilar. Muestra membranas en EPR, retina sensorial, vasos retinianos y vítreo-retina. Su diagnóstico suele ser casual: no hay afectación visual, pero un 10% de casos se deteriora gravemente, con tracción epirretiniana, exudados duros y neovascularización coroidea en los bordes de la lesión.

Caso clínico: Mujer, 58 años, diagnóstico casual de CHPRRE en ojo izquierdo (OI) hace 14 años. Agudeza visual (AV) en ambos ojos =1, con escotoma altitudinal en campo visual OI. Acude hace 5 meses por metamorfopsias en OI y AV=0,08. Oftalmoscopia: presunta membrana neovascular coroidea (MNVC) en borde de lesión (parapapilar), hemorragias y desprendimiento seroso, confirmada con angiografía y OCT. Por la ubicación papilo-macular de la lesión, se indican inyecciones intravítreas de Ranibizumab en 3 dosis. La lesión cicatriza según OCT, sin hemorragias ni desprendimiento seroso, quedando fibrosis sub-retiniana residual. AV=0,1 por cambios atrófico-degenerativos, con mejoría anatómica y de metamorfopsias; se detiene la lesión.

Conclusión: CHPRRE es un tumor benigno sin tratamiento, pero sus complicaciones son devastadoras, con importante pérdida visual. Las MNVC papilo-maculares y subfoveolares asociadas al CHPRRE yuxtapapilar, tratadas antes con fotocoagulación o terapia fotodinámica, producían escotomas centrales iatrogénicos; hoy son abordables con terapia antiangiogénica por su menor carácter invasivo. Este tratamiento, empleado para degeneraciones maculares, no es común en la literatura científica sobre MNVC asociadas a CHPRRE yuxtapapilares. Además, pueden asociarse varias terapias, como vitrectomía o abordaje quirúrgico de membranas epirretinianas, ante varias complicaciones.

CC42

MACROANEURISMAS ARTERIALES RETINIANOS: RESULTADOS TRAS TRATAMIENTO MÉDICO EN UNA SERIE DE 13 OJOS

GONZÁLEZ GARCÍA M.^a Leonor, SÁNCHEZ VICENTE José Luis, MEDINA TAPIA Antonio, RUEDA RUPISO Trinidad

Introducción: Los macroaneurismas arteriales retinianos (MAR) son dilataciones de las paredes arteriales que pueden producir hemorragias y exudación. Controlar la tensión arterial ayuda a su resolución espontánea, pero a veces es necesario asociar otros tratamientos.

Casos clínicos: Estudio retrospectivo de 14 ojos (12 pacientes) tratados de MAR. Se evaluó la mejoría en la agudeza visual (AV) con corrección, respuesta angiográfica tras tratamiento y desarrollo de complicaciones. La edad media al diagnóstico fue de 72,36 años y debutaron con clínica común de miodesopsias y pérdida progresiva de la AV. La AV inicial media con corrección fue 0,23. Mediante funduscopia, 13 ojos presentaron una hemorragia retrohialodea (2 con abundante exudación asociada) y en 1 caso se percibió un hemovítreo grado II que precisó vitrectomía. Mediante angiofluoresceingrafía (AFG) se confirmó el diagnóstico de MAR. 4 ojos no precisaron inyecciones intravítreas de antiangiogénico: 3 de ellos por ser un diagnóstico casual y estar asintomáticos y uno de ellos por tener escaso componente hemorrágico-exudativo. Los otros 10 ojos si recibieron inyecciones intravítreas (1.8 inyecciones/ojo de media). Tras ello, se realizó laserterapia selectiva sobre los MAR en 13 ojos. Posteriormente y en las sucesivas revisiones mensuales, la AV con corrección mejoró, alcanzando 0,56 de media. En 11 ojos la AFG mostró el cierre completo de los MAR tras 4 semanas de tratamiento; en los otros 3 ojos, a pesar del cierre del macroaneurisma, la OCT y AFG reveló un edema macular quístico (EMQ) crónico con gran componente exudativo.

Conclusión: En esta serie de casos, la combinación de antiangiogénicos intravítreos +/- fotocoagulación con láser argón ha sido suficiente para conseguir el cierre de los MAR, aunque fueron documentadas complicaciones tales como EMQ crónico, hemovítreo y hemorragia retrohialoidea (drenada mediante perforación retrohialoidea con láser YAG).

CC43

RANIBIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA SECUNDARIA A ESTRÍAS ANGIOIDES: SEGUIMIENTO A 40 MESES

GONZÁLEZ GÓMEZ Ana, MORILLO SÁNCHEZ M.^a José, SOLER GARCÍA Antonio Manuel, GARCÍA CAMPOS José

Introducción: La neovascularización coroidea (NVC) es un hallazgo muy frecuente en los pacientes con estrías angioides. Realizamos un estudio prospectivo, durante 40 meses, de la evolución y respuesta al tratamiento de dos pacientes con pseudoxantoma elástico (PXE) y NVC tratados con ranibizumab intravítreo.

Casos clínicos: Pacientes de 52 y 58 años que presentan disminución de la agudeza visual (AV) unilateral. Se realiza una exploración oftalmológica completa, incluyendo angiografía fluorescénica (AFG) y tomografía óptica de coherencia (OCT), y se diagnostican de NVC secundaria a PXE. Pautamos tratamiento con inyecciones intravítreas mensuales de 0.05 ml de ranibizumab (Lucentis), con una fase de carga de tres inyecciones más PRN. Se realizan tomas de la AV y OCT un mes después de cada inyección, y AFG de control a los 3 meses. Durante un periodo de seguimiento de 40 meses se practicaron OCT periódicos de control. Criterios de reinyección: cualquier evidencia de actividad en la OCT o fondo de ojo y/o disminución de la AV sin otra causa que la justifique. Tras la fase de carga, en ambos casos, la AV mejora significativamente y se consigue la resolución, no siendo necesario reinyectar durante el primer año. En el primer caso la AV permanece estable con una inyección al año por reactivación de la lesión, habiendo sido necesarias 6 inyecciones durante los 40 meses; en el segundo caso son necesarias dos al año para conseguir el mismo efecto, con un total de 9 inyecciones.

Conclusión: La NVC en el PXE suele ocurrir en pacientes con vida laboral activa, con su consiguiente repercusión. Las opciones terapéuticas, antes de la «era antiangiogénica», eran escasas y limitadas. Ranibizumab intravítreo se presenta como una alternativa efectiva para el tratamiento de esta enfermedad. Decidimos emplear la misma pauta que seguimos para el tratamiento de NVC secundarias a otras patologías, consiguiendo mantener en el tiempo la estabilidad anatómica y funcional del cuadro.

CC44

ENFERMEDAD DE BEST: DESCRIPCIÓN DE UNA FAMILIA CON 5 PACIENTES AFECTADOS

GUZMÁN BLÁZQUEZ Javier, SANTANA GARCÍA Ana, SOLER SANCHÍS M.^a Isabel, MOREIRAS PIASTRELINI Paula Cristina

Introducción: La distrofia macular viteliforme de Best es una enfermedad autosómica dominante de expresión fenotípica variable, producida por la mutación del gen BEST1, el cual codifica a la bestrofina que regula el transporte iónico en la células del epitelio pigmentario de la retina (EPR). La sospecha clínica se basa en los hallazgos típicos maculares que evolucionan con la edad, a menudo con historia familiar positiva. El diagnóstico se confirma con un electrooculograma (EOG) alterado, que sirve como marcador de la enfermedad, o identificando la mutación.

Casos clínicos: Presentamos 5 casos afectados de distrofia macular de Best dentro de una misma familia: Caso índice: Varón de 15 años con 4 parientes con lesiones maculares en diferentes estadios. Presenta agudeza visual (AV) de 0,7 en ambos ojos (AO). Fondo de ojo (FO) AO: estadio II. Lesión amarillenta viteliforme. En la OCT presenta imagen de elevación foveal con engrosamiento y aumento de la reflectividad a nivel del EPR. Además EOG alterado en AO. Caso 2: Padre del caso índice (47 años). 1 hija sana (19 años). AV OD= 0,4 y OI= 0,6. FO: estadio III en AO (fase vitelorrup-tiva). En la OCT presenta desprendimiento neurosensorial (NS) foveal con acúmulos hiperreflectan-tes en la parte externa de la retina NS de OD y elevación cupuliforme a nivel del EPR en OI. EOG alterado especialmente en OD. Caso 3: Madre del caso 2 (74 años). AV OD= 0,05 y OI= 0,1. FO: estadio IV AO. Atrofia Terminal. Caso 4: Hermano del caso 2 (50 años): 2 hijos sanos. AV OD= 0,3 y OI= 0,3. FO: estadio III-IV AO. Caso 5: Hermana del caso 2 (45 años). AV OD= 0,2 y OI= 0,7. FO: estadio IV AO. Cicatriz macular en OI.

Conclusión: La enfermedad de Best tiene diferentes estadios clínicos a lo largo del tiempo, lo cual nos puede plantear dificultad para el diagnóstico inicial. Por ello debemos tenerla presente a la hora de hacer diagnósticos diferenciales en pacientes con lesiones maculares, historia familiar y sin una etiología clara.

CC45

MACULOPATÍA EN TORPEDO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

MANUEL TRIANTAFILO Sofía de, GILI MANZANARO Pablo, BAÑUELOS BAÑUELOS Josefina, ARIAS PUENTE Alfonso

Introducción: La maculopatía en torpedo es una lesión de probable origen congénito que afecta al epitelio pigmentario de la retina (EPR). Descrita por primera vez en 1957 por Mann, su patogenia continúa siendo desconocida. Se caracteriza por la presencia de una lesión macular, generalmente única, hipopigmentada, temporal a la fóvea, con una característica forma en torpedo que se diagnostica de forma casual en pacientes niños o jóvenes asintomáticos.

Casos clínicos: Se presentan dos casos clínicos de un paciente de 4 años y una paciente de 25 años ambos asintomáticos y con AV de 1,00 en ambos ojos, que presentaban una lesión macular, unilateral, ovalada, hipopigmentada, temporal a la fóvea, con una imagen característica en forma de torpedo con la punta dirigida hacia la fóvea. La imagen de OCT del niño de 4 años mostraba una tenue atenuación de la señal de la capa del epitelio pigmentario (EPR), mientras que la OCT de la paciente de 25 años evidenciaba una imagen de desprendimiento neurosensorial con atrofia y desestructuración de la capa del EPR, adelgazamiento de las capas retinianas y aumento de la señal de la coroides a nivel de la lesión. La autofluorescencia (AF) mostraba una lesión hipofluorescente y la angiografía fluoresceína (AFG) una lesión hiperfluorescente sin alteraciones a nivel vascular.

Conclusión: La maculopatía en torpedo es una lesión asintomática, de etiología desconocida, aunque su morfología y localización características sugieren una posible alteración a nivel del desarrollo embrionario. Para su diagnóstico podemos valernos del uso de pruebas complementarias como la tomografía de coherencia óptica (OCT) y las imágenes de AF y AFG, que ponen de manifiesto una atrofia o ausencia del EPR. Es importante tenerla en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial de lesiones maculares en niños o pacientes jóvenes.

CC46

RETINOPATÍA TÓXICA POR GENTAMICINA SUBCONJUNTIVAL

MARTÍN GUTIÉRREZ M.^a del Pilar, VÁZQUEZ CRUCHAGA Erika, CINCUNEGUI GUTIÉRREZ Joseba Andoni, ROMERO MORENO Ioana

Introducción: Los aminoglucósidos son ampliamente utilizados en el campo de la oftalmología, especialmente en administración tópica, ya que otras presentaciones han demostrado ser menos seguras. Presentamos un caso de retinopatía tóxica por gentamicina subconjuntival.

Caso clínico: Paciente con antecedentes de erupción urticariforme por penicilina y cefalosporinas no estudiados por el servicio de alergología, que durante facoemulsificación del ojo izquierdo presenta una rotura de cápsula posterior, no pudiendo implantar en este momento lente intraocular. En un segundo tiempo se realiza vitrectomía 23 G y colocación de LIA, tras lo que se administra gentamicina subconjuntival al no poder emplear cefuroxima intracamerular por la supuesta alergia de la paciente. En el postoperatorio la paciente presenta edema macular y múltiples exudados y hemorragias confinados a polo posterior.

Conclusión: A pesar de la baja incidencia de retinopatía tóxica por gentamicina, es recomendable debido a la gravedad del cuadro una evaluación alergológica a los pacientes alérgicos a penicilina para descartar sensibilidad cruzada a cefalosporinas, y en caso de que se confirmara ésta, se debería plantear el no administrar aminoglucósidos de manera profiláctica ante procedimientos que en muy baja probabilidad puedan originar endoftalmitis.

CC47

ROTURA DE EPITELIO PIGMENTARIO: ESTUDIO RETROSPECTIVO

MARTÍN PÉREZ Laura, GILI MANZANARO Pablo, MARTÍN RODRIGO José Carlos, ARIAS PUENTE Alfonso

Introducción: La rotura de epitelio pigmentario de la retina (EPR) es una complicación poco frecuente que suele asociarse a degeneración macular asociada a la edad (DMAE), coriorretinopatía central serosa (CCS), obstrucciones venosa retiniana (OVR) y estrías angioides. Habitualmente se asocia a tratamientos con láser y antiangiogénicos, pero pueden aparecer de forma espontánea. Se presenta como un área bien demarcada de coriocapilar expuesta, con retracción del epitelio pigmentario, que puede visualizarse con autofluorescencia, angiografía (AFG) y OCT. Los pacientes acuden por pérdidas bruscas de agudeza visual (AV). No existe un tratamiento efectivo en la actualidad y el pronóstico visual es malo.

Casos clínicos: Estudio retrospectivo y observacional de pacientes diagnosticados de rotura de EPR en nuestro centro. Se trata de 5 mujeres con edad media de 76,2 años, todas con afectación unilateral. Cuatro pacientes con DMAE exudativa con desprendimiento de EPR (DEP), tres pacientes con líquido subretiniano asociado. En todos los casos se produjo una pérdida visual brusca con AV igual o inferior a 0,05. En 4 casos la rotura se produjo tras administrar inyecciones intravítreas de antiangiogénicos, y de aparición espontánea en un caso. La rotura de EPR se sospechó por la pérdida visual brusca, con una imagen de fondo de ojo sugestiva, confirmándose por autofluorescencia (hipoautofluorescencia en área de ruptura), AGF (marcada hiperfluorescencia por exposición de la coriocapilar) y OCT (visualización del desgarro del EPR). Tras un seguimiento superior al año la AV permaneció en 0,05 o inferior.

Conclusión: Las roturas de EPR en nuestro estudio fueron características de mujeres con DMAE exudativa, con presencia de DEP, asociándose al uso de antiangiogénicos intravítreos. Para el diagnóstico se precisó de autofluorescencia, AFG y OCT, con unos patrones característicos. En todos los casos la agudeza visual fue muy baja.

CC48

RETINOPATÍA POR INTERFERÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

MORALES BECERRA Ana, MUÑOZ JIMÉNEZ Luz Ángela, ESPAÑA CONTRERAS Manuela

Introducción Las manifestaciones visuales de la esclerosis múltiple (EM) son muy frecuentes, pero es excepcional que se relacionen con el tratamiento con interferón. La retinopatía por interferón se caracteriza por la aparición de hemorragias retinianas y exudados algodonosos con distribución peripapilar. Se presenta entre la segunda semana y el tercer mes del inicio del tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 38 años con antecedentes de Esclerosis Múltiple, en tratamiento con Interferón beta1-a desde hacía 4 meses, consulta por escotoma central en ojo derecho (OD). A la exploración presenta agudeza visual (AV) OD 0.8 y ojo izquierdo (OI) 1; polo anterior normal; fondo de ojo (FO) OD exudados algodonosos perimaculares nasal superior y sospecha de membrana neovascular (MNV) yuxtafoveal, OI polo posterior normal. Se realizó: angiografía fluoresceínica (AFG) OD: exudado algodonoso (pequeño infarto en la capa de fibras nerviosas) en región perimacular nasal superior, se descarta MNV, OI: sin hallazgos significativos; tomografía óptica de coherencia macular (OCT): congruente con los hallazgos de AFG y OCT espesor de fibras nerviosas (EFN): no hallazgos a destacar; campo visual: OD escotoma central OI: normal. Diagnosticamos de retinopatía por interferón y se lleva a cabo la modificación del tratamiento a Natalizumab. La paciente presentó mejoría tras el cambio del tratamiento con desaparición del escotoma. Durante las sucesivas citas cursó con nuevo brote de esclerosis múltiple con cuadro de hemiapnosia homónima derecha que se le resolvió con tratamiento corticoideo. Actualmente en tratamiento con Natalizumab, sin síntomas, con exploración oftalmológica normal.

Conclusión: La retinopatía secundaria a interferón suele ser leve y desaparece al suspender el tratamiento o incluso si se mantiene. Dada la relación directa con la dosis y duración del tratamiento, es recomendable realizar un seguimiento periódico de estos pacientes.

CC49

TRATAMIENTO DE SECUESTRO DE LÍQUIDO SUBRETINIANO FOVEAL TRAS CIRUGÍA CLÁSICA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA INFANTIL. NUEVA OPCIÓN TERAPÉUTICA

PIÑERO SÁNCHEZ Álvaro, PÍO SILVA Adilson, CAÑIZARES BAOS Belén, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ-HERRERO M.^a Elena,

Introducción: Desde la aparición de la tomografía de coherencia óptica (OCT), una de las complicaciones descritas tras el tratamiento de desprendimiento de retina (DR) es la persistencia subclínica de líquido subretiniano (LSR) secuestrado en áreas concretas, a pesar conseguir la reapiación de la retina 360°. Este LSR puede condicionar una baja AV postoperatoria. Presentamos un caso de secuestro subfoveal de LSR tras cirugía clásica de DR crónico en un niño, mediante inyecciones intravítreas de ranibizumab no descrito anteriormente en la literatura.

Caso clínico: Paciente varón de 9 años de edad con DR macula-off con agudeza visual preoperatoria de contar dedos a 2 metros. Se realiza procedimiento escleral con drenaje de LSR y crioterapia sin mejoría de la visión a pesar de la reapiación de la retina 360°, advirtiendo la presencia de LSR foveal mediante OCT. Este LSR persiste tras un mes de la cirugía por lo que se decide iniciar terapia con inhibidores del factor de crecimiento endotelial monitorizando los resultados de AV, sensibilidad macular y anatómicos mediante: Test Snellen, Microperimetría y OCT. Tras 4 dosis el paciente alcanzó una visión de 0.5 con desaparición de LSR y mejoría manifiesta de la sensibilidad macular en la microperimetría. *Conclusión:* Presentamos una nuevas opción terapéutica para la resolución LSR tras cirugía clásica de DR mediante anti-VEGF que, en nuestro caso, muestra su eficacia para la mejoría de la sensibilidad macular, AV, y la restitución anatómica del mismo.

CC50

PÉRDIDA DE VISIÓN DESPUÉS DE INYECCIÓN FACIAL COSMÉTICA

RUBIO MARTÍNEZ M.^a Soledad, ASENSIO SÁNCHEZ Víctor Manuel

Introducción: Aunque el relleno facial cosmético está indicado para el labio y los pliegues nasolabiales, generalmente se usa en otras áreas como la región periocular, ricas en anastomosis vasculares.

Casos clínicos: Mujer de 48 años con pérdida súbita de visión en el ojo izquierdo. El día antes se realizó un relleno facial (pómulos-frente-mentón) con ácido hialurónico. Su agudeza visual era de percepción luminosa. En el fondo de ojo había un edema retiniano generalizado. La angiografía demostró un bloqueo de la circulación arterial retiniana. La agudeza visual al sexto mes fue de percepción de luz con mala proyección. Mujer de 42 años con pérdida súbita de visión en el ojo derecho. 6 horas antes se había inyectado colágeno en las arrugas de la frente y pómulos. Su agudeza visual máxima era de 0.05. En el fondo de ojo había un edema retiniano que afectaba la arcada inferior y la mácula. La angiografía mostró ausencia de llenado en la arteria temporal inferior. La agudeza visual al sexto mes fue de 0.05. Ninguna de las pacientes tenía alteraciones bioquímicas y/o analíticas y/o radiológicas que justificaran obstrucciones arteriales retinianas. No se identificaron émbolos, ni placas en los vasos retinianos.

Conclusión: El relleno facial es una técnica frecuente, en la que las oclusiones de arteria retiniana son una complicación rara pero devastadora, que el cirujano plástico, el oftalmólogo y el paciente deben considerar.

CC51

ESTUDIO DE COLOBOMAS CORIO-RETINIANOS Y DE NERVIÓ ÓPTICO MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE ALTA PENETRACIÓN SWEPT-SOURCE

RUIZ MEDRANO Jorge, FLORES MORENO Ignacio, MONTERO MORENO Javier, RUIZ MORENO José M.^a

Introducción: Analizar la estructura de colobomas corio-retinianos y de nervio óptico mediante tomografía de coherencia óptica de alta penetración Swept-Source (SS-OCT).

Casos clínicos: 2 ojos de 2 pacientes con colobomas corio-retinianos o de nervio óptico fueron estudiados mediante tecnología SS-OCT. Se examinaron las cavidades colobomatosas y su relación con las estructuras adyacentes. El SS-OCT permitió el estudio de las cavidades colobomatosas en los 2 casos. En ambos, una membrana que cubría el coloboma en forma de «Y» fue identificada como la capa de fibras del nervio óptico. No se observó maculopatía clínica o tomográfica en ninguno de los casos debido a la falta de tracción vítrea o a la ausencia de defectos en la membrana que recubría los colobomas.

Conclusión: La tecnología de alta resolución y penetrancia SS-OCT permite el estudio in vivo de colobomas, identificando la capa de fibras del nervio óptico como la membrana que cubre las cavidades colobomatosas. Nuestros resultados apoyan la teoría del origen vítrea en los casos de colobomas que presentan fluido intra o subretiniano.

CC52

TRATAMIENTO DE OCLUSIÓN DE RAMA ARTERIAL RETINIANA MEDIANTE EMBOLÍISIS/ EMBOLECTOMÍA CON LÁSER ND: YAG. REPORTE DE CASOS

SALGADO MIRANDA Andrés David, GARCÍA SERRANO José Luis, ORTEGA MOLINA José M.^a,
SOLANS PÉREZ DE LARRAYA Ana

Introducción: La oclusión de rama arterial retiniana (ORAR) por un émbolo de colesterol es una urgencia ocular que produce una reducción o ausencia de flujo vascular con necrosis isquémica de la retina y pérdida de la visión rápida e irreversible. Varias opciones terapéuticas han sido propuestas para el manejo de esta patología lo que indica la falta de un tratamiento considerado «gold estándar». Existen varios reportes que señalan que la embolisis/embolotomía con láser Nd: YAG produce una restauración en el flujo sanguíneo y mejora la agudeza visual de los pacientes con ORAR.

Casos clínicos: Presentamos los casos de dos pacientes, una mujer de 74 años y un hombre de 66 años ambos con ORAR temporal inferior por un émbolo de colesterol visible y edema isquémico de la retina. En la valoración inicial los cuadros presentaban 6 y 18 horas de evolución respectivamente. En el primer caso se realizó embolisis con láser Nd:YAG con potencias que oscilaron entre a 0.5 a 1 mJ y en el segundo caso se realizó embolotomía con láser Nd:YAG con potencias que oscilaron entre 0.5 a 1.5 mJ. Tras el tratamiento se produjo una ganancia de agudeza visual de 0.2 a 0.8 y de cuenta dedos a la 1 que se mantiene después de varios meses de seguimiento.

Conclusión: La fragmentación del émbolo en la oclusión de rama arterial retiniana, mediante láser Nd:YAG puede determinar importantes recuperaciones de agudeza visual.

CC53

FOSETA PAPILAR CONGÉNITA: 15 AÑOS DE SEGUIMIENTO

SANTALLA CASTRO Carla, COSTALES ÁLVAREZ Carmen, CASTRO NAVARRO Joaquín,
GONZÁLEZ CASTAÑO Carmen

Introducción: La fosea papilar congénita es una entidad infrecuente generalmente unilateral, que afecta en torno a 1 de cada 11.000 individuos. Se trata de una anomalía del desarrollo del nervio óptico, caracterizada por una depresión oval que aparece generalmente en el segmento inferotemporal del mismo. Suele ser asintomática, aunque entre un 25 y 75 % de los casos presentan disminución de agudeza visual (AV) por complicaciones maculares como desprendimiento seroso, retinosquiasis o alteraciones pigmentarias.

Caso clínico: Mujer 20 años. Seguida desde los 5 años en otro centro por baja visión en ojo izquierdo (OI), con diagnóstico de fosea papilar congénita. Se trata con láser argón en 2008 con resolución del fluido subretiniano (FSR) y mejoría de la AV. En 2011 refiere de nuevo pérdida de AV en OI (0.5). En OD visión de 1. Se mantiene actitud expectante pero dado el empeoramiento clínico se deriva a nuestro centro. A la exploración presenta AV en OI de 0.16. En fondo de ojo se observa fosea colobomatosa a V horas con barrera láser argón en su borde temporal. Gran edema intrarretiniano con desprendimiento seroso macular. Se realiza tratamiento quirúrgico mediante vitrectomía con liberación de hialoides posterior y tamponamiento con gas SF6 con buena evolución postoperatoria. Tras 2 años de seguimiento se consigue completa resolución del FSR con retina aplicada en todo el polo posterior. AV en OI de 0.55.

Conclusión: No existe consenso acerca del tratamiento del desprendimiento seroso macular en relación con la fosea papilar. Se postulan diversas alternativas, desde simple observación hasta cirugía vitreoretiniana. El éxito de la vitrectomía con liberación de la hialoides combinado con gas, apoya la teoría de que la tracción vítea sobre la fosea causaría migración del fluido al espacio subretiniano a través de la misma, resultando una buena elección con recuperación de la AV y resolución del FSR al liberar todas las tracciones víteas.

CC54

DESPRENDIMIENTO SEROSO COROIDEO SECUNDARIO A IMATINIB

SIRVENT LÓPEZ M.^a Belén, SÁNCHEZ RONCO Isabel, RIVERA RUIZ Esther, SJÖHOLM GÓMEZ DE LIAÑO Carlos

Introducción: El desprendimiento seroso coroideo puede ocurrir en el curso de una enfermedad sistémica, debemos establecer el correcto diagnóstico diferencial para instaurar el tratamiento adecuado.

Caso clínico: Mujer de 58 años, que consulta por disminución de la agudeza visual de 24 horas de evolución. Como antecedente personal presenta fibrosarcoma intestinal con metástasis peritoneales intervenido, en tratamiento paliativo con Sunitinib. No antecedentes oftalmológicos. En la exploración presenta agudeza visual (AV) de cuenta dedos, con estenopecico 0,1 en ambos ojos. Fondo de ojo (FO): Desprendimiento seroso polo posterior. Tortuosidad y estrechamiento vascular. Hemorragias en llama en arcadas vasculares. Borde papilar borrado en sector nasal. Tensión Arterial: 220/135. Angiografía fluoresceínica: hiperfluorescencia multifocal precoz del polo posterior que se mantiene hasta fases tardías. Tomografía de coherencia óptica (OCT): Desprendimiento seroso del Epitelio pigmentario retina (EPR) en todo el polo posterior. Se remite a la paciente a urgencias por emergencia hipertensiva. El estudio sistémico es normal y se atribuye la hipertensión al Sunitinib. Tras iniciar tratamiento antihipertensivo y la suspensión del Sunitinib la paciente presenta una mejoría progresiva. La exploración a los 2 meses objetiva una AV csc OD: 0,6; OI: 0,5. FO: hemorragias en llama y punto mancha en arcadas. Tortuosidad y estrechamiento vascular. Exudados algodonosos dispersos. OCT: desaparición del desprendimiento exudativo del EPR.

Conclusión: Se presenta a una paciente con desprendimiento seroso del EPR bilateral secundario a una crisis hipertensiva de origen farmacológico. El Sunitinib se ha asociado con hipertensión en un 16% de los pacientes. En nuestro caso la supresión del fármaco y la asociación de un antihipertensivo, consiguió normalizar la TA y mejorar la retinopatía, desapareciendo el desprendimiento seroso del EPR y mejorando el aspecto oftalmoscópico.

CC55

RETINOPATÍA TÓXICA POR TOBRAMICINA TRAS CIRUGÍA DE GLAUCOMA, UNA ENTIDAD MUY GRAVE POCO DESCRITA

TAPIA QUIJADA Hugo, HERNÁNDEZ PARDINES Fernando, MENGUAL VERDÚ Encarnación

Introducción: Los aminoglucosidos subconjuntivales son usados al concluir la cirugía intraocular para prevenir endoftalmitis bacteriana, sin embargo debido a una mayor susceptibilidad individual una toxicidad retiniana rápida e irreversible puede ocurrir cuando alcanzan la retina. Presentamos un caso clínico y hacemos una breve revisión de esta entidad escasamente descrita en la literatura.

Caso clínico: Varón de 18 años con diagnóstico de Glaucoma al que se realizó Trabeculectomía con Mitomicina-C en ojo derecho. Una inyección retrobulbar de 5ml de anestésico y balón de Honan se usó pre-quirúrgicamente, el procedimiento quirúrgico ocurrió sin incidencias y al final de la intervención se utilizó profilaxis antibiótica con inyección subconjuntival de tobramicina. El primer día postquirúrgico presenta una agudeza visual: Percepción de luz, polo anterior normal y un fondo de ojo con signos de isquemia macular con mancha rojo cereza y edema que insinuaba estrella macular. El daño fue irreversible evolucionando a esclerosis arteriolar con atrofia de macula y papila sin recuperación funcional de su visión. Todos los estudios de enfermedades sistémicas fueron normales y tras hacer un diagnóstico diferencial exhaustivo se llegó al diagnóstico de toxicidad retiniana por aminoglucosidos.

Conclusión: La pérdida de visión rápida y severa el primer día postoperatorio junto a la visualización de lesiones clínicas características tras el uso de aminoglicosidos asociados a la cirugía, obliga considerar esta complicación como posible causa. Los aminoglicosidos para la profilaxis de endoftalmitis posoperatoria, tienen el riesgo aunque infrecuente pero muy grave de provocar retinopatía toxica de muy mal pronóstico visual, sin posibilidad de tratamiento.

CC56

EXPERIENCIAS PRELIMINARES CON EYLEA Y MEMBRANA NEOVASCULAR MIÓPICA

VALVERDE MEGÍAS Alicia, DONATE LÓPEZ Juan, GALLEGO PINAZO Roberto

Introducción: Eylea ha mostrado buenos resultados en el tratamiento de la degeneración macular exudativa. No existe aun indicación para el uso de Eylea en el tratamiento de la membrana neovascular miopica.

Casos clínicos: se presentan cuatro casos de membrana neovascular miopica tratados con Eylea tras resistencia a ranibizumab y/o bevacizumab. En todos los casos cierre de la membrana con necesidad de retratamiento en solo un caso tras tres meses de seguimiento.

Conclusión: Eylea puede ser una alternativa útil para el tratamiento de esta patología. Se precisan más estudios para valorar seguridad y eficacia, y determinar el regimen de dosificación más adecuado y considerar si pudiera utilizarse como primera elección.

CC57

ESTRABISMO FIJO DEL MIOPE: MANEJO QUIRÚRGICO

FRESNO VALENCIA Elena del, RODRÍGUEZ DEL VALLE José M.^a, MUÑOZ GALLEGO Alicia

Introducción: El propósito de este trabajo es evaluar el resultado post-quirúrgico de la miopexia del músculo recto superior (RS) y el músculo recto lateral (RL), asociados o no a una recesión del músculo recto medio (RM) en pacientes miopes magnos con endotropía e hipotropía marcadas y restricción en los movimientos de abducción y elevación.

Casos clínicos: Se han estudiado de manera prospectiva una serie de 4 casos de estrabismo fijo del miope severos en los que al inicio del seguimiento se confirmó mediante RMN una desviación nasal del músculo recto superior (RS) y una desviación inferior del músculo recto lateral (RL), asociados a un prolapso supratemporal del globo ocular fuera del cono muscular. Fueron intervenidos quirúrgicamente, realizándose en todos ellos una sutura de la mitad del cuerpo muscular del músculo recto superior (RS) con la del músculo recto lateral (RL), sin dividir el músculo, a 15 mm aproximadamente de la inserción muscular. Basándonos en el test de ducción, se realizó además una retroinserción del músculo recto medio (RM) en los casos que lo precisaron. Tras el procedimiento quirúrgico, tanto el grado de endotropía como el de hipotropía mejoraron de manera significativa, objetivándose también una mejoría clara de la limitación de la abducción y la supraducción.

Conclusión: la miopexia del músculo recto superior (RS) y el músculo recto lateral (RL) representa un procedimiento quirúrgico efectivo y recomendado en el tratamiento del estrabismo fijo del miope.

CC58

¿MIDRIASIS CONGÉNITA BILATERAL O SÍNDROME DE GILLESPIE?

FRUTOS LEZAUN Marta de, ÚBEDA ERVITI Marta, MARTÍ CARRERA Itxaso, CORTÁZAR GALARZA Laura

Introducción: La midriasis bilateral congénita es una rara enfermedad de la que se han descrito una veintena de casos en la literatura. Se ha observado aislada, con una fuerte asociación con el Ductus Arterioso Persistente (DAP) así como asociada a un síndrome multisistémico de disfunción del músculo liso (MSMDS), cuya patogenia parece estar en relación con la mutación del gen ACTA2. El síndrome Gillespie es otra rara entidad caracterizada por ataxia cerebelosa, retraso psicomotor e hipoplasia de iris. Se ha descrito un caso que presentaba la translocación t(X;11)(p22.32;p12); sin embargo, hoy por hoy, el gen responsable es desconocido.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 31 meses que presentaba unas pupilas mi-driáticas arreactivas a la luz, acomodación y pilocarpina al 0,125% desde el nacimiento. Presenta un iris discretamente hipoplásico y una acomodación insuficiente (lo cual se ha descrito en ambas entidades). El resto de la exploración oftalmológica es normal. En las exploraciones sucesivas se observaron alteraciones sistémicas como una hipotonía axial y de extremidades, una ataxia leve y un retraso psicomotor. En la RMN cerebral se detectó una atrofia cerebelosa. También presentaba un ductus arterioso persistente que no requirió cirugía y una estenosis valvular pulmonar leve.

Conclusión: Nuestra sospecha clínica inicial fue el de la midriasis congénita arreactiva aislada. Ante el estudio negativo de la mutación del gen ACTA2 y la asociación con ataxia cerebelosa y retraso psicomotor nos planteamos la posibilidad de encontrarnos ante un Síndrome Gillespie. Independientemente del diagnóstico una midriasis congénita bilateral puede ser la manifestación inicial más visible de una enfermedad multisistémica por lo que la valoración multidisciplinar resulta obligada. Dada su baja incidencia, la descripción de casos similares nos parece de gran interés para tratar de entender mejor la patogénesis y espectro clínico de estas dos entidades.

CC59

CATARATAS PEDIÁTRICAS EN EL CONTEXTO DE TRATAMIENTO CONTINUADO CON METILFENIDATO

MACÍAS FRANCO Sandra, ÁLVAREZ FERNÁNDEZ Darío, ROZAS REYES Paloma, GALINDO BOCERO Javier

Introducción: El metilfenidato es el tratamiento de elección en el trastorno de déficit de atención (TDAH). Actúa como activador del sistema nervioso central. En la literatura existe un caso descrito de asociación entre el Metilfenidato con glaucoma y catarata en un niño de 10 años que había recibido dicho fármaco a dosis de 60 mg/día durante 2 años. Presentaremos el caso de un niño con cataratas bilaterales tratado con metilfenidato a dosis de 1mg/Kg/día durante 4 años.

Caso clínico: Varón de 12 años con TDAH, que acudió a través del servicio de Urgencias Pediátricas por una disminución de agudeza visual subaguda. No presentaba antecedentes personales ni familiares de enfermedades oftalmológicas o sistémicas conocidas. Tampoco historia de traumatismo ocular. Como único antecedente, había recibido tratamiento durante 4 años con metilfenidato (Concerta) a dosis de 1 mg/Kg/día. La agudeza visual (AV) a su llegada era de 10/10 en ojo derecho (OD) y movimiento de manos en ojo izquierdo (OI). Bajo biomicroscopía (BMC) se objetivó catarata nuclear y subcapsular posterior (SCP) en OI. Medios transparentes en OD. Se suspendió la medicación y se citó para posterior revisión en un mes con AV conservada en OD y sin mejoría en OI. El OD bajó BMC reveló el inicio de catarata SCP y el OI catarata nuclear, SCP y subcapsular anterior (SCA). Se decidió realizar facoemulsificación en OI con la implantación en un mismo tiempo de una lente multifocal siendo la AV al mes de la cirugía en OI de 10/10 para visión lejana y 8/10 para visión de cerca.

Conclusión: Ante el hallazgo de cataratas adquiridas en la edad pediátrica debemos hacer una anamnesis y exploración exhaustiva que nos ayude a definir la posible etiología. Son muchos los fármacos relacionados con las cataratas en edad pediátrica y el metilfenidato podría ser uno de ellos. Las lentes multifocales pueden ser una buena elección en pacientes pediátricos.

CC60

FOTOCOAGULACIÓN CON LÁSER ARGÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA ASOCIADO A FOSETA PAPILAR EN NIÑOS

MINGORANCE MOYA Ester, DÍAZ CASCAJOSA Jesús, CATALÀ MORA Jaume, LUNA MARINÉ Sabina

Introducción: El desprendimiento de retina (DR) exudativo ocurre en un 25-75% de fosetas papilares, suele aparecer en la tercera década de la vida, y se acompaña de un marcado deterioro de la agudeza visual (AV). Su fisiopatología y tratamiento son aspectos controvertidos. Se han descrito múltiples opciones terapéuticas (observación, láser argón, neumoretinopexia, cerclaje escleral, y cirugía vitreoretiniana) con resultados muy variables, pero recientemente se han reportado tasas superiores de reapiación con vitrectomía en adultos. El manejo en niños es todavía menos claro y supone un reto mayor, el de optar por tratamientos menos invasivos sin renunciar a una buena AV final, evitando el mal pronóstico visual de una cirugía complicada o de un DR dejado a su evolución natural.

Caso clínico: Se presentan los casos clínicos de tres pacientes de edad pediátrica, 2 mujeres y 1 varón de entre 7 y 11 años, diagnosticados de DR seroso macular asociado a foseta papilar unilateral. Todos los casos consultaron de urgencia por disminución de visión, con una AV inicial de cuenta dedos a 1/10. La tomografía de coherencia óptica (OCT) corroboró el desprendimiento neurosensorial limitado a las arcadas vasculares, con un grosor macular medio de 785 micras, y la presencia de retinosquiasis en dos de los pacientes. El tratamiento único aplicando fotocoagulación externa con láser argón en área peripapilar temporal con la retina desprendida, consiguió la resolución completa del DR en los tres casos. El tiempo medio para la reapiación retiniana confirmada por OCT fue de 9 meses, aunque en un caso persistió una esquiasis macular leve hasta los 12 meses. Los dos niños menores de 9 años realizaron oclusiones diarias del ojo adelfo para evitar la ambliopía. Tras 4 años de seguimiento medio no se han observado recurrencias del DR ni otras complicaciones asociadas al tratamiento con láser, siendo la AV final media de 9/10.

Conclusión: La fotocoagulación peripapilar externa con láser argón es una opción segura y efectiva para el tratamiento inicial del DR asociado a foseta papilar en niños, evitando las complicaciones derivadas de la cirugía vitreoretiniana, y consiguiendo la reabsorción completa del fluido subretiniano con buenas AV finales.

CC61

ESPASMO ACOMODATIVO GRAVE RESISTENTE AL TRATAMIENTO

ORTS VILA M.^a Paz, GÓMEZ SOLER Elisa M.^a

Introducción: El espasmo de acomodación (EA) consiste en el desarrollo agudo de miopía de magnitud variable, debido generalmente a una respuesta acomodativa que excede la requerida por un estímulo dado o, menos frecuentemente, por causas funcionales u orgánicas como traumatismos craneoencefálicos, esclerosis múltiple, o bien causas emocionales. El EA suele ir acompañado de espasmo de convergencia, miosis y blefaroespasma.

Caso clínico: Se presenta el caso de una niña de 7 años que acudió a la consulta refiriendo mala agudeza visual (AV), sin antecedentes heredofamiliares y patológicos de importancia para la alteración actual. La AV sin graduación era de cuenta dedos a 2 metros en el ojo derecho (OD) y de 0,05 en el izquierdo (OI). La refracción sin cicloplejia era ± 11.00 D esfera (esf), ± 0.50 D cilindro (cil) a 10° en OD y ± 10.50 D esf, ± 0.50 D cil a 15° en OI. Sin embargo, con cicloplejia y esquiascopia se obtenía una refracción de $+1.00$ esf en ambos ojos, con AV de 1,0 decimal. Tras el examen de fondo de ojo y topográfico, se diagnosticó EA. Se decidió prescribir inicialmente atropina al 1% durante 15 días, tras lo que se obtuvieron buenos resultados. Sin embargo, apareció recidiva del EA a las pocas semanas de cesar el tratamiento. Se volvió a prescribir atropina al 1% durante 3 meses pero recidivó a las tres semanas de la suspensión del tratamiento. Se decidió pautar atropina 1% una vez a la semana durante dos semanas y se prescribió corrección con lentes de $+1,25$ D. El EA ha recidivado al intentar limitar el uso de la corrección óptica, por lo que la paciente precisa el uso continuado de gafas y terapia visual.

Conclusión: El manejo del EA puede llegar a ser muy complejo. El tratamiento definitivo suele ser problemático, sobre todo en espasmos severos, como es el caso que presentamos, que recurren a pesar del tratamiento. La combinación de tratamiento farmacológico inicial con la prescripción de lentes positivas parece ser el abordaje más adecuado.

CC62

MEMBRANA EPIRETINIANA TRAS PARTO INSTRUMENTADO: HALLAZGOS CON TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA PORTÁTIL

PASTOR BERNIER Juan Carlos, YAGO UGARTE Inés, MÍNGUEZ RIVES Abelardo, MARÍN SÁNCHEZ José M.^a

Introducción: La membrana epirretiniana (MER) es un hallazgo infrecuente en la primera infancia. Se han descrito en el contexto de hemorragias intravítreas secundarias al síndrome del niño zarandeado y tras partos instrumentados.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 3 meses de edad remitida a la consulta por estrabismo divergente de ojo derecho (OD). Dentro de sus antecedentes personales destacaba un nacimiento a término, por parto instrumentado con ventosa. En la exploración neurológica se detectó una leve hipotonía axial y la resonancia cerebral mostraba un cefalohematoma parietal en resolución. Oftalmoscópicamente se objetivaba la presencia de una condensación vítrea anclada a nivel de polo posterior en un área con pigmentación amarillenta intrarretiniana. El resto del examen funduscópico y biomicroscópico fue rigurosamente normal. Así mismo, se comprobó la presencia de una exotropía de OD sin otros hallazgos relevantes. La serología resultó negativa. El examen con tomografía de coherencia óptica (OCT) portátil confirmó la presencia de un desprendimiento de vítreo posterior y una MER que alteraba significativamente el perfil foveal. Se realizó una vitrectomía con pelado de MER y penalización con parches en el postoperatorio para conseguir la rehabilitación visual de la paciente.

Conclusión: El parto asistido con ventosa provoca la aparición de hemorragias retinianas hasta en un 75% de los casos, siendo hasta un 28% de ellas de grado severo. El antecedente de parto instrumentado y la presencia de un cefalohematoma en una paciente con MER, en ausencia de otras patologías, sugiere un origen obstétrico de la misma. La OCT portátil resulta fundamental en el diagnóstico de patologías de la interfase vitreorretiniana, así como para establecer el adecuado abordaje terapéutico en estos casos.

CC63

PARÁLISIS PEDIÁTRICA UNILATERAL DEL III PAR CRANEAL DE ETIOLOGÍA IDIOPÁTICA

RIVERA ZORÍ Mercedes, GUTIÉRREZ PARTIDA Belén, VALLS FERRÁN Isabel, PUERTAS BORDALLO Diego

Introducción: Las parálisis del nervio oculomotor presentan un gran desafío para el oftalmólogo pediátrico tanto en su diagnóstico como en el tratamiento quirúrgico. En los niños la forma más frecuente de presentación suele ser la parálisis completa o casi total. El cuadro clínico se caracteriza por una importante exotropía, con limitación variable de la aducción, elevación y depresión. No siempre hay afectación pupilar ni blefaroptosis. Las formas congénitas, aproximadamente un 50% de las parálisis del tercer par infantiles, habitualmente están asociadas a traumatismo obstétrico aunque no siempre es demostrable. Pueden ser unilaterales, más frecuentemente, o bilaterales, con cuadros de presentación muy variable.

Casos clínicos: Presentamos 3 casos clínicos de parálisis incompleta del tercer par craneal, 1 varones y 2 mujeres, la edad de presentación varió desde los dos hasta los tres años. Como antecedentes personales no se destaca trauma obstétrico por parte de los progenitores ni tampoco antecedente de enfermedad febril en los meses previos al inicio de la paresia. En todos los casos se inició el estudio con una RMN del sistema nervioso central incluyendo órbitas, descartándose masa/aneurisma como causa etiológica, así como una exploración neurológica para descartar otras posibles etiologías como miastenia gravis. Siendo todos los estudios negativos llegándose a la conclusión de parálisis de causa idiopática. El cuadro clínico común a todos ellos presenta exotropía de 30-45 dioptrías prismáticas, con limitación de la aducción, elevación y depresión. En los tres casos los pacientes presentan blefaroptosis. Sólo en un caso se presenta afectación pupilar con midriasis areactiva. El tratamiento inicial consistió en conseguir una estética favorable intentando evitar la supresión del ojo paralítico, con oclusiones horarias, para favorecer el progreso sensorial del niño, realizando en un primer momento inyecciones de toxina botulínica con respuesta parcial hasta en tres ocasiones sobre músculo recto lateral del ojo paralítico. La cirugía de estrabismo que se realizó fue una retroinserción de recto lateral de 9 mm y resección de recto medio de 5 mm, mejorando la exotropía. Como complicaciones en un caso se produjo una úlcera corneal en el postoperatorio de la cirugía de estrabismo tratada medicamente con resolución completa, por lo que se pospuso la cirugía de blefaroptosis con suspensión al frontal. En todos los casos presentan ambliopía de ojo paralítico con visiones que varían de 0.5 a 0.3.

Conclusión: En las parálisis del nervio oculomotor hay que descartar una posible forma adquirida, aunque suele ser rara en niños, y también su asociación con cefalea benigna, la migraña oftalmopléjica, casi exclusiva de la primera década de la vida. Creemos importante una anamnesis cuidadosa y un diagnóstico diferencial metódico para una correcta valoración integral del niño. Aunque en el procedimiento quirúrgico existan limitaciones importantes, es necesario para conseguir una estética aceptable y mejorar la tortícolis.

CC64

AGUJERO MACULAR COMO COMPLICACIÓN SECUNDARIA A UVEÍTIS POR ENFERMEDAD DE BEHÇET

COSTALES ÁLVAREZ Carmen, SANTALLA CASTRO Carla, ROZAS REYES Paloma, CASTRO NAVARRO Joaquín

Introducción: La enfermedad de Behçet es una de las uveítis con mayor dificultad en su diagnóstico y manejo. El diagnóstico es eminentemente clínico, pero la gran cantidad de manifestaciones concomitantes hacen especialmente difícil el mismo de forma precoz. Las uveítis pueden ser la manifestación inicial de la enfermedad en un 20% de los pacientes y dado su potencial riesgo de ceguera requiere una alta sospecha diagnóstica.

Caso clínico: Varón de 37 años que acude por miodesopsias en ambos ojos de 3 meses de evolución, asociadas a disminución de agudeza visual (AV) y nitidez. Refiere aparición de aftas orales recurrentes y parestesias en manos. En la analítica tan sólo se aprecia una elevación de la VSG. Presenta una AV en OD de 0,7 y en OI de 0,5. En cámara anterior presenta únicamente un Tyndall bilateral de una cruz. En el fondo de ojo se aprecia hiperemia papilar bilateral, condensaciones vítreas inferiores y hemorragias en borrón en retina inferior. El OI presentaba edema macular (EM) que se confirmó por tomografía de coherencia óptica (OCT). Angiográficamente se aprecia tortuosidad y fuga venosa, hiperfluorescencia papilar y edema macular en fases tardías. Todas las pruebas bioquímicas y serológicas fueron negativas. Se inició tratamiento con corticoides. En sucesivas revisiones se observa una disminución de la AV (0,4 y 0,1) por aparición de EM bilateral, iniciándose tratamiento con diferentes inmunosupresores hasta control de los brotes con Infliximab. Dos meses después del inicio de los síntomas, aparece un agujero macular en OI que es intervenido quirúrgicamente de vitrectomía. En el momento actual la AV del OD es de 0,7 y 0,1 del OI, por isquemia macular.

Conclusión: La enfermedad de Behçet es una patología de difícil diagnóstico y complejo manejo. Entre las complicaciones secundarias a la inflamación ocular se encuentra frecuentemente el edema macular, que en raros casos puede evolucionar a un agujero macular, con mal pronóstico visual.

CC65

NECROSIS RETINIANA AGUDA PEDIÁTRICA, NEUROPATÍA ÓPTICA CONTRALATERAL Y DESARROLLO DE GLAUCOMA REFRACTARIO A TRATAMIENTO AMBOS OJOS

DELGADO ROMERO Ana M.^a, MÉNDEZ VEGA Alicia Raquel, RAMÍREZ ESPINOZA Juan Carlos, VINUESA SILVA Ignacio

Introducción: infección herpética neonatal Virus herpes simple (VHS)-2 mayoría de casos, VHS-1 hasta 20%, manifestaciones en primeras 7 semanas de vida. Transporte retrógrado a ganglios, reactivación posterior y posible transporte anterógrado al ojo años después.

Caso clínico: Varón 12 años, meningitis vírica autolimitada con 19 días de vida (debut epilepsia), secuela hemiparesia derecha y retraso madurativo, herpes simple recidivante hemicuerpo-palpebral derechos desde 4º mes, biopsia informa VHS, estudio inmunitario normal y anticuerpos funcionales no IgG Citomegalovirus y Epstein Barr. Último episodio hace 3 meses. Acude por miodesopsias ojo izquierdo (OI) 2 semanas y reciente pérdida de visión. Exploración: agudeza visual (AV) con su corrección OD 0,2 OI dedos a 25cm, panuveitis OI, palidez papilar ojo derecho (OD) con defecto pupilar aferente relativo (DPAR) y elevación de la presión intraocular (PIO) ambos ojos. Resultados del estudio, buena respuesta a Valaciclovir-Prednisona oral y necrosis retiniana de localización característica: diagnóstico Necrosis retiniana aguda (NRA) OI (fotocoagulación láser 3ª semana). OD desarrolla rápidamente glaucoma refractario a tratamiento, indicándose EPNP con profilaxis anti-inflamatoria preoperatoria (corticoides tópicos y oral aumento a dosis inmunosupresora). Presenta retinopatía por descompresión, y precisa posteriormente Combigan+Trusopt+Edemox para estabilizar PIO OD, haciéndose OI refractario a partir de 6ª semana (aplicado Celestone subtenoniano 1er día + Prednisolona tópica). Tras goniopunción OD y EPNP OI se alcanza control de PIO sin hipotensores tópicos, AV mejor corregida OD 1 OI 1, funduscopia OD amplia excavación papilar y discreto blanqueamiento retina periférica temporal, OI papila normal y lesiones cicatriciales de NRA estables.

Conclusión: NRA urgencia oftalmológica, diagnóstico y tratamiento específico precoz clave para pronóstico visual. ¿Glaucoma juvenil de base o glaucoma uveítico refractario a tratamiento? gonioscopia inespecífica, antecedentes de herpes recidivante OD con palidez de anillo neurorretiniano y DPAR, consideramos neuropatía óptica derecha herpética previo desarrollo NRA y glaucoma uveítico.

CC66

QUANTIFERON-TB GOLD TEST POSITIVO EN PACIENTE CON CORIORRETINOPATÍA EN PERDIGÓN

RANGEL GUALDRÓN Carlos M., MERAYO LLOVÉS Jesús

Introducción: El tratamiento de la coriorretinopatía en perdigón se hace con terapia inmunosupresora. Es importante descartar tuberculosis activa o latente para evitar reactivaciones con el tratamiento instaurado.

Caso clínico: Paciente femenino de 59 años de edad con antecedentes de dislipidemia en tratamiento, con historia de 3 años de miodeopsias en ambos ojos (AO), asociado a disminución visión borrosa. Al examen presenta agudeza visual mejor corregida (AVMC) de 0,7 en AO. Al examen con lámpara de hendidura se observa segmento anterior sin inflamación, la fundoscopia muestra celularidad vítrea 1+ y alteración en la coloración de la retina, de predominio inferior en AO. Se hace impresión diagnóstica de síndrome de puntos blancos bilateral. Se solicitan exámenes para descartar patología inflamatoria e infecciosa, todos negativos, excepto el HLA-A29. Se hace diagnóstico de coriorretinopatía en perdigón, se inicia tratamiento con ciclosporina A 2,5 mg/kg/día. Al año de tratamiento la paciente refiere que la visión no ha mejorado (AVMC 0,7 en AO), asociado síntomas constitucionales, sin cambios en el fondo de ojo con respecto al examen inicial. La encuesta de uveítis muestra antecedente de contacto con personas con diagnóstico de tuberculosis. Se solicita QuantiFERON-TB Gold Test, siendo positivo. Se hace diagnóstico de presunta tuberculosis ocular asociado a coriorretinopatía en perdigón. Se inicia tratamiento anti-tuberculosis (anti-TBC) por medico internista durante 9 meses. Asiste a control a los 3 meses de finalizar tratamiento anti-TBC, refiriendo mejoría de los síntomas, al examen se encuentra AVMC 0,9 en AO, segmento anterior sin inflamación, fundoscopia sin inflamación.

Conclusión: La coriorretinopatía en perdigón es una entidad rara. El tratamiento se realiza con inmunosupresores. Es importante realizar pruebas para detección de tuberculosis latente para evitar reactivación. En caso de ser positivas se da tratamiento con buenos resultados.

CC67

TRATAMIENTO CON INFlixIMAB DE VASCULITIS PSEUDOCLUSIVA Y DEL DESPRENDIMIENTO DEL EPITELIO PIGMENTARIO: UN CASO DE ENFERMEDAD DE BEHÇET
RIVERA RUIZ Esther, SJÖHOLM GÓMEZ DE LIAÑO Carlos, QUIJADA ANGELI Simón, SIRVENT LÓPEZ Belén

Introducción. La enfermedad de Behçet es un trastorno inmunológico en el cual frecuentemente se produce afectación ocular, con malos resultados a nivel de agudeza visual si no se controla.

Caso clínico: Mujer de 45 años que consulta por fiebre, pseudofoliculitis, aftas orales y genitales y disminución de la agudeza visual de 5 días de evolución. Exploración oftalmológica: agudeza visual de 0,4 en el ojo derecho y 0,9 en el ojo izquierdo. En el fondo de ojo se aprecia vaculitis pseudoclusiva en polo posterior de ambos ojos, hemorragias y exudados. La angiografía mostró vasculitis en polo posterior en tiempos tardíos. La tomografía de coherencia óptica evidenció aumento del espesor macular y desprendimiento del epitelio pigmentario de la retina. Con diagnóstico de Síndrome de Behçet se inicia tratamiento con bolos de glucocorticoides, inmunosupresores e Infliximab. A los diez días aún en ausencia de vasculitis, el desprendimiento del epitelio pigmentario fue refractario y requiriendo nuevas dosis de Infliximab.

Conclusión: La afectación ocular es una de las complicaciones más serias en la Enfermedad de Behçet debido a su asociación con un pobre resultado visual (Altenburg, 2006). La afectación ocular ocurre en aproximadamente el 70% tratándose de uveítis posterior, vasculitis y afectación isquémica retiniana en episodios recurrentes-remitentes (Deuter CM, 2008:27(1)), el desprendimiento del epitelio pigmentario de la retina constituye un hallazgo muy poco habitual. En la actualidad el tratamiento se basa en megadosis de corticoides (Deuter M. E., Kötter, Wallace, Murray, Stübiger, & Zierhut, 2008) y el uso de Inmunosupresores y agentes citotóxicos como la ciclosporina A y la Azatioprina. Pero en los últimos años el uso de agentes biológicos como el Infliximab han mejorado notablemente el control de la enfermedad (Tabbara & Al-Hemidan, 2008). Una observación realizada en algunos estudios fue una constante relación dosis-respuesta al tratamiento (R. Oktay Kaçmaz, 2008;)

CC68

UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA HIPERTENSIVA RECURRENTE POR CITOMEGALOVIRUS

URKIA SOLÓRZANO Amaia, JIMÉNEZ COCCO Ricardo, VÁZQUEZ CRUCHAGA Erika, RAMOS CÁMARA Verónica

Introducción: El Citomegalovirus (CMV) constituye la causa conocida más común de retinitis vírica adquirida en huéspedes inmunodeprimidos. Aunque es infrecuente en inmunocompetentes, la infección producida por el CMV afecta al polo anterior. Se presenta como una uveítis anterior aguda recurrente, unilateral, asociada a hipertensión ocular o endotelitis corneal. Esta es una entidad infra diagnosticada, con consecuencias potencialmente graves para el ojo y con tratamiento específico.

Caso clínico: Varón de 52 años, inmunocompetente, sin antecedentes de interés, acude por disminución de agudeza visual (AV) y dolor en ojo derecho. Presenta AV de 0.8 y presión intraocular de 51mmHg. A la exploración se observa edema epitelial corneal, precipitados retroqueráticos y un Tyndall inflamatorio leve. No se encuentran hallazgos en el fondo de ojo. Durante la evolución posterior, y después de sufrir varios brotes, se observa una vitritis leve. Se realiza contaje de células endoteliales donde se aprecia una clara disminución comparando con el ojo contralateral. Por la sospecha de origen infeccioso, se realiza PCR del humor acuoso, que pone en manifiesto un gran número de copias (165752 copias/ml) de CMV. Se decide iniciar tratamiento con Valganciclovir oral, el cual produce remisión del cuadro. Actualmente el paciente se encuentra estable y continúa con Valganciclovir a dosis de mantenimiento ya que al retirar el medicamento, el paciente regresa con un nuevo brote.

Conclusión: Se debería descartar CMV en casos de uveítis anterior hipertensiva, sobre todo si se presenta con endotelitis. En estos casos es útil el análisis comparativo del contaje endotelial con el ojo sano. Aunque la PCR de humor acuoso se reserve solo para casos con mala respuesta, se debería realizar ante toda sospecha de uveítis vírica. La uveítis anterior por CMV, aunque infrecuente, es un diagnóstico posible en inmunocompetentes que presentan uveítis hipertensiva que no responde al tratamiento.

CC69

NECROSIS RETINIANA AGUDA BILATERAL EN EL ANCIANO POR VARICELA ZOSTER (VVZ)

VILLENNA IRIGOYEN Olga, ECHEVARRÍA LUCAS Lucía, BELLIDO MUÑOZ Rosa, NIEVAS GÓMEZ Trinidad

Introducción: La Necrosis Retiniana Aguda (NRA) es un síndrome uveítico, fundamentalmente de etiología herpética. Se trata de un cuadro devastador e infrecuente que suele darse en inmunocompetentes. El VVZ es la principal responsable. El diagnóstico de NRA es fundamentalmente clínico.

Caso clínico: Paciente de 77 años con visión borrosa en ambos ojos y mareo. Con diabetes, insuficiencia renal leve y cáncer de próstata. La agudeza visual mejor corregida (MAVC) de 0.7 en ojo derecho (OD) y de 0.4 en ojo izquierdo (OI). Tyndall 2+ en ambos ojos (AO), precipitados queráticos medios, con hipertensión ocular bilateral, vitritis de 1 + OD y 2+ en OI. Focos de retinitis periférica multifocales, con áreas de necrosis periféricas y arteriolas periféricas envainadas. Se inicia tratamiento antivírico inmediato, a las 48 h se inicia tratamiento con esteroides oral. Se realiza hemograma, bioquímica, serología,... RMN cráneo, TC de tórax y cráneo normal. Valorado por internista, que descarta la presencia de encefalitis. Confirmamos el diagnóstico por PCR de humor acuoso. Buena respuesta al tratamiento. La MAVC en ambos ojos es de unidad. Se realizó laser profiláctico periférico anterior a las zonas de necrosis. La retina persiste aplicada y sin afectación macular.

Conclusión: En estos casos, hay que descartar otras causas de retinitis necrotizantes como la retinitis sifilítica, retinocoroiditis toxoplásmica atípica, linfoma, sarcoidosis, tuberculosis, toxocariasis, y la enfermedad de Bechet. El análisis por PCR de humor acuoso o vítreo es un método rápido, con una sensibilidad y especificidad del 97% para el diagnóstico de VVZ, CMV y VHS. La actuación debe ser urgente por la rapidez de la progresión en ausencia de tratamiento antivírico. El famciclovir oral, es buena alternativa por su mejor biodisponibilidad y tolerancia. El tratamiento debe mantenerse durante meses.

CC70

FOTOCOAGULACIÓN RETINIANA PERIFÉRICA EN PARS PLANITIS ASOCIADA A RETINOSQUISIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

YAGO UGARTE Inés, PASTOR BERNIER Juan Carlos, MÍNGUEZ RIVES Abelardo, MARÍN SÁNCHEZ José M.^a

Introducción: La pars planitis (PP) es un proceso inflamatorio idiopático que afecta a la retina periférica, vítreo anterior y pars plana. Se han descrito una serie de complicaciones relacionadas con el proceso inflamatorio crónico como la neovascularización, hemorragia vítrea, desprendimiento de retina y, excepcionalmente, la retinosquisis (RQ).

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 8 años de edad, remitido a nuestro centro con la sospecha de uveítis. En la primera exploración se objetivó una agudeza visual corregida (AVC) de 0,9 y 1,00 en su ojo derecho (OD) e izquierdo (OI), respectivamente. En la biomicroscopía se objetivó un mínimo tyndall en cámara anterior. En la oftalmoscopia destacaba la presencia de agregados inflamatorios y envainamiento vascular periférico. Las serologías y autoinmunidad fueron negativas, por lo que fue diagnosticado de PP. Angiográficamente, se constató la presencia de una vasculitis oclusiva e isquemia periférica en ausencia de neovascularización retiniana. Se instauró tratamiento corticoideo. En las revisiones posteriores se apreció la aparición de un desprendimiento de retina exudativo en cuadrantes inferiores de su OD, por lo que se decidió añadir tratamiento inmunosupresor y aplicar un tratamiento con laser en la periferia retiniana. En las revisiones posteriores, se comprueba un aplanamiento parcial del la RQ así como una resolución de la vasculitis retiniana periférica y una disminución del componente inflamatorio.

Conclusión: La RQ ha sido descrita dentro de las posibles complicaciones tardías de la PP. El empleo de laser periférico ha sido propuesto para disminuir la formación de factor de crecimiento de endotelio vascular y, por tanto, reducir las complicaciones derivadas de la síntesis del mismo. En nuestro caso, la utilización de este tratamiento provocó una mejora significativa del cuadro inflamatorio y una disminución del desprendimiento de retina exudativo, lo que permitió reducir la medicación sistémica.

CC71

IRITIS Y TRABECULITIS HERPÉTICA AGUDAS EN PACIENTE JOVEN SIN ENFERMEDAD OCULAR PREVIA

EDUARDO SÁNCHEZ Yuri William, FERNÁNDEZ AGRAFOJO Dora

Introducción: La enfermedad herpética ocular se manifiesta principalmente por episodios recurrentes de queratitis o queratouveítis, siendo poco frecuente la presentación inicial como iritis o trabeculitis sin compromiso corneal. Requiere un diagnóstico y tratamiento tempranos ya que sus secuelas o complicaciones pueden comprometer seriamente la función visual. Caso clínico: Mujer de 36 años controlada por uveítis anterior aguda en ojo derecho diagnosticada 5 días antes en otro centro, estando en tratamiento tópico con Dexametasona 5 veces al día (v/d) y Ciclopléjico 3 v/d. Era miope magna. Su agudeza visual mejor corregida bilateral era de 1.2, Tyndall + y midriasis regular. PIO 24 OD y 16 OI. El fondo de ojo era normal. Se continuó Dexametasona en dosis descendente, Ciclopléjico y Timolol 2 v/d. Tras 7 días se veía empeoramiento con Tyndall ++, abundantes precipitados queráticos (PQ) endoteliales finos en mitad inferior, midriasis irregular y PIO de 25, aumentándose Dexametasona a 6 v/d. Tres días después la PIO era de 29 y sospechándose iritis herpética se inició Aciclovir 400 mg vía oral 5 v/d y se añadió Brinzolamida 2 v/d. Tras 1 semana se veía disminución de los PQ, Tyndall + y PIO de 12. Se retiró el Aciclovir tras 15 días de tratamiento y se hizo pauta descendente de corticoides por 2 meses, con resolución progresiva del cuadro y quedando como secuela sinequia posterior nasal superior. No hubo reactivaciones a los 3 meses de seguimiento, continuando con Brinzolamida y PIO de 17.

Conclusión: La iritis y trabeculitis agudas son manifestaciones iniciales poco frecuentes de enfermedad ocular herpética. Su diagnóstico es principalmente clínico y requiere considerar terapia antiviral sistémica para un tratamiento eficaz, y se deben tratar adecuadamente las complicaciones asociadas, principalmente la hipertensión ocular.

SEE 90

COMUNICACIONES
DE INVESTIGACIÓN



 MSD OFTALMOLOGÍA


(clorhidrato de dorzolamida y maleato de timolol)


un servicio de  MSD

INV1

DINÁMICA DEL HUMOR ACUOSO EN DOS MODELOS DIFERENTES DE LENTE FÁQUICA PRECRISTALINIANA. ESTUDIO COMPUTACIONAL

MACARRO MERINO Ana, FERNÁNDEZ-VIGO LÓPEZ José, FERNÁNDEZ FRANCOS Joaquín, FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO José

Propósito: Estudiar el diferente comportamiento del humor acuoso tras implante de dos modelos de ICL comparando el volumen y velocidad del flujo del humor acuoso cuando atraviesa la iridotomía tras implante de ICL v4b o cuando atraviesa el puerto central en la ICL v4c.

Método: se analiza un modelo basado en la Dinámica de Fluidos Computacional (CFD) que describe el comportamiento de un flujo en cualquier situación. Se establecieron las siguientes condiciones de simulación: flujo laminar con caudal de 2 microlitros/min. Temperatura 37°C en cámara anterior y 34°C en córnea. Se computa el efecto gravitatorio. Para el cálculo del flujo analizamos el tiempo de residencia medio. Se comparan el volumen y velocidad de flujo en 4 situaciones según tipo de lente y diámetro pupilar: 1) con implante de lente ICL v4b asociada a iridotomía y diámetro pupilar de 3 mm 2) con implante de lente ICL v4b, iridotomía y pupila de 4.5 mm. 3) con implante de lente ICL v4c con puerto central de 360 micras y pupila de 3 mm. 4) con implante de lente ICL v4c con puerto central de 360 micras y pupila de 4.5 mm.

Resultados: Para la lente v4b el flujo a través de la iridotomía representa el 28,35% del caudal total en el caso de un diámetro pupilar de 3 mm, con un volumen/minuto de 0,68 microlitros/min y con una velocidad de 0,14 mm/sg. Al aumentar el diámetro pupilar a 4,5 mm el caudal por la iridotomía se reduce al 13,27%, con un volumen/minuto de 0,32 y una velocidad de 0,06. En el caso de la lente v4c con una pupila de 3 mm el caudal a través del puerto central representa el 22,7% del total del caudal del acuoso, con un volumen/minuto de 0,54 y una velocidad de 0,13. En el caso de pupila de 4,5 mm el porcentaje se reduce a 9,77%, con un volumen/minuto de 0,23 y una velocidad de 0,05 mm/sg.

Conclusiones: la velocidad y el flujo del humor acuoso varían según el modelo de lente ICL implantada por la existencia de iridotomía o puerto central así como por el diámetro pupilar.

INV2

RESULTADOS VISUALES EN PACIENTES OPERADOS DE CATARATA CON LENTE INTRAOCULAR DIFRACTIVA TRIFOCA

SIMÕES Pedro, FERREIRA Tiago, PORTELINHA Joana, ISIDRO Filipe

Propósito: Describir los resultados visuales de 15 pacientes sometidos a cirugía de catarata con implantación bilateral de una lente intraocular (LIO) difractiva trifocal (Finevision Micro F, Physiol).

Método: Estudio clínico prospectivo que incluyó a pacientes con catarata, sometidos a facoemulsificación con implante bilateral de una LIO trifocal (Finevision Micro F, Physiol). Durante un período de seguimiento de 6 meses, las principales medidas de resultado fueron la agudeza visual lejana corregida y no corregida (AVLC, AVLNC respectivamente), intermedia a 80 cm (AVIC, AVINC) y cercana a 40 cm (AVCC, AVCNC) mediante una escala ETDRS; equivalente esférico (EE); refracción; curvas de desenfoque; sensibilidad al contraste (VectorVision CSV-1000); presencia de disfotopsias y el uso de gafas.

Resultados: El estudio incluyó 30 ojos de 15 pacientes. A los 3 meses, la AVLNC media era 0.03 ± 0.05 (LogMAR), la AVINC media era 0.10 ± 0.13 y la AVCNC era 0.03 ± 0.05 . El EE medio fue de $-0.13 \pm 0.37D$. La curva de sensibilidad al contraste mostró valores similares a una población normal. La independencia total de las gafas se logró en el 100% de los pacientes.

Conclusiones: La implantación de esta LIO trifocal proporciona resultados visuales excelentes y previsibles a distancias lejana, cercana e intermedia. Tanto la previsibilidad de los resultados refractivos como el rendimiento óptico fueron excelentes, permitiendo que todos los pacientes en esta serie alcanzasen la independencia completa de las gafas.

INV3

CARACTERIZACIÓN GENÉTICA EN PACIENTES CON GLAUCOMA CONGÉNITO Y JUVENIL Y SUS IMPLICACIONES CLÍNICAS

ARRIBA PALOMERO Pablo de, BARRANCOS JULIÁN Constanza, MUÑOZ NEGRETE Franciso José, REBOLLEDA FERNÁNDEZ Gema

Propósito: Existen varios genes implicados en la patogenia del glaucoma congénito-juvenil. Hemos analizado posibles correlaciones entre fenotipo y genotipo.

Método: Se incluyeron 36 pacientes con glaucoma congénito primario o juvenil y 58 familiares sanos, de 30 familias no relacionadas (27 con glaucoma congénito y 3 con juvenil). Se recogió ácido desoxirribonucleico (ADN) de un individuo afectado de cada familia (probando) y se secuenciaron todos los exones y regiones adyacentes de los genes LTBP2, CYPP1B1, MYOC, OPTN, PAX6, PITX2 Y FOXC1. En los casos en los que se han detectado variantes patogénicas, el estudio se ha hecho extensivo al resto de la familia.

Resultados: En los genes OPTN, PAX6, FOXC1 y PITX2 no se han detectado variantes patogénicas. En los genes MYOC y LTBP2 existió mutación de significado incierto. En el gen CYP1B1 aparecieron 9 variantes patogénicas (cuatro descritas por primera vez). En 9 de las 27 familias con glaucoma congénito se han localizado las dos mutaciones responsables de su patología y en una solamente una mutación. Los pacientes con mutaciones en el gen CYP1B1 requirieron un mayor número de intervenciones quirúrgicas.

Conclusiones: El análisis de mutaciones en los 7 genes estudiados confirma la relevancia del gen CYP1B1 en los glaucomas congénitos. No se han detectado mutaciones patogénicas en ninguno de los otros 5 genes estudiados. En ninguna de las 3 familias con glaucoma juvenil se detectó alteración genética. Los pacientes con 2 mutaciones en el gen CYP1B1 requieren un seguimiento más estrecho en consulta.

INV4

CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DE UN NUEVO SOFTWARE DE SEGMENTACIÓN MACULAR EN SOSPECHOSOS DE GLAUCOMA

CIFUENTES CANOREA Pilar, MARTÍNEZ DE LA CASA Jose M.^a, BERROZPE VILLABONA Clara, GARCÍA FEIJOÓ Julián

Propósito: Establecer la capacidad diagnóstica de la capa de fibras nerviosas a nivel macular (mRNFL) medida con un nuevo software de segmentación macular para discriminar entre sujetos sanos y sospechosos de glaucoma y compararla con la capa de fibras nerviosas peripapilar (pRNFL).

Método: Se realizó la segmentación macular con OCT Spectralis y se midió el grosor de la capa de fibras nerviosas a este nivel en 38 sujetos sanos y 38 sujetos sospechosos de glaucoma. También se determinó el grosor de la capa de fibras nerviosas a nivel peripapilar utilizando el protocolo de análisis convencional.

Resultados: la mRNFL mostró diferencias entre los grupos, siendo significativamente más delgados los sectores inferior interno ($p=0,003$), temporal interno ($p=0,010$) e inferior externo ($p=0,017$) en el grupo de sospechosos. El sector que mejor discriminó fue el inferior interno con un area bajo la curva ROC de 0,742. La pRNFL no mostró diferencias entre los grupos.

Conclusiones: el grosor de la capa de fibras nerviosas a nivel macular nos permitiría distinguir entre sujetos sanos y sospechosos de glaucoma.

INV5

DISTRIBUCIÓN DE POLIMORFISMOS (SNP) DE LOXL1 EN PACIENTES CON SÍNDROME/ GLAUCOMA PSEUDOEXFOLIATIVO EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

ESCUADERO DOMÍNGUEZ Francisco Agustín, JUAN MARCOS M.^a Lourdes de, RIVERO GUTIÉRREZ Vanesa, CRUZ GONZÁLEZ Fernando

Propósito: Determinar si la presencia de 3 polimorfismos de nucleótido simple (SNP) del gen LOXL1 estudiados en ciertas poblaciones tiene relación con el riesgo de desarrollar síndrome/glaucoma pseudoexfoliativo en la población española.

Método: Realizamos un estudio de casos y controles retrospectivo en el que se incluyeron 100 pacientes con pseudoexfoliación (60 con síndrome de pseudoexfoliación y 40 con glaucoma pseudoexfoliativo) y 90 controles sanos. Se realizó análisis de los polimorfismos rs1048661, rs3825942, y rs2165241 de LOXL1 en ambos grupos mediante secuenciación genética con PCR a tiempo real y PCR-RFLP. Con los resultados obtenidos, se procedió a un análisis de regresión para conocer la significación estadística. Resultados: Se determinó una frecuencia superior estadísticamente significativa del alelo G y el fenotipo GG del SNP rs3825942 ($p=0,00$, OR=5,71, 95% CI: 2,30-14,18; $p=0,00$, OR=6,91, 95% CI: 2,51-19,03 respectivamente) y del alelo T y el genotipo TT del SNP rs2165241 ($p=0,00$, OR=2,18, 95% CI: 1,43-3,33; $p=0,00$, OR=2,13, 95% CI: 1,75-3,85 respectivamente) en la población de casos con respecto a la de controles. No se observó ninguna diferencia en la distribución del SNP rs1048661 entre ambos grupos. La distribución alélica y genotípica de los 3 polimorfismos fue similar entre los dos subgrupos de casos (síndrome/glaucoma).

Conclusiones: Los polimorfismos rs3825942 y rs2165241 de LOXL1 se asocian a un riesgo elevado de desarrollar síndrome/glaucoma pseudoexfoliativo en la población española, confirmando los resultados observados en otras poblaciones.

INV6

MEDIDA DE LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA PAPILAR. EFECTO DE LA CATARATA, FACTORES VASCULARES Y HEMOGLOBINA EN SANGRE

MÉNDEZ HERNÁNDEZ Carmen, ASOREY Almudena, PERUCHO GONZÁLEZ Lucía, RODRÍGUEZ UÑA Ignacio

Propósito: Medir los cambios en la concentración de hemoglobina papilar (ONH Hb) tras cirugía de cataratas y la influencia de la edad, nivel de hemoglobina (Hb) y oxígeno en sangre, presión arterial (TA) y frecuencia cardíaca (FC) en su valor.

Método: Estudio prospectivo observacional realizado en 39 ojos de 39 pacientes con catarata en estadio quirúrgico en los que se determinó el valor de ONH Hb total y en los 24 sectores en los que se dividió la papila con el programa Laguna ONhE (Optic Nerve Head Hemoglobine) mediante el análisis de retinografía realizada con el retinógrafo no midriático Canon CD-DGi, Canon Inc.,Tokyo, Japón pre y post cirugía de cataratas. Los cambios pre y post cirugía se determinaron mediante t- Student pareada y el test no paramétrico U de Mann-Whitney. La influencia de la edad, TA y los niveles de oxígeno y Hb en sangre fueron determinados mediante correlación y regresión lineal múltiple. Resultados: La concentración de hemoglobina papilar aumentó después de la cirugía de cataratas (p 0,008). En 13 de los 24 sectores de la papila este incremento fue significativo. El valor de la excavación papilar (p 0,443) y el parámetro GDF discriminante de glaucoma (p 0,334) no sufrieron cambios significativos tras la cirugía. Los rangos de coeficiente de variación pre y post cirugía en todas las medidas de ONH Hb fueron inferiores al 14% y 16% respectivamente. El modelo de regresión múltiple mostró la influencia de la edad (coeficiente β -0,31 (IC95% -0,61; -0,02, p 0,041), y de los niveles de Hb en sangre (coeficiente β 0,78 (IC95% 0,52;1,04, p <0,001)) sobre la concentración de hemoglobina papilar (R² del 64%).

Conclusiones: La medida de ONH Hb puede sufrir cambios en pacientes con catarata en estadio quirúrgico. La edad y los niveles de Hb en sangre influyen en su valor al contrario de lo que sucede con otros factores vasculares como TA, FC o niveles de oxígeno en sangre.

INV7

EFFECTO DE LA DIABETES MELLITUS EN EL PROCESO DE MEDIDA DEL CORVIS-ST

MUÑOZ GUTIÉRREZ Beatriz, PÉREZ RICO Consuelo, GONZÁLEZ MESA Ana, MORENO SALGUEIRO Agustín

Propósito: La diabetes mellitus (DM) afecta la biomecánica corneal. Realizamos análisis con ORA (Ocular response analyzer) y Corvis-ST para determinar la influencia de la duración de la enfermedad, la hiperglucemia y los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en la biomecánica corneal.

Método: Estudio observacional, transversal, enmascarado que evalúa un ojo de 94 pacientes diabéticos consecutivos y de 41 controles. Se analizaron dos grupos de DM: el grupo de DM mal controlada (n=54) (HbA1c $\geq 7\%$) y el grupo de DM controlada (n=40) (HbA1c $< 7\%$). Se midió el espesor corneal central (ECC) con paquimetría ultrasónica y la presión intraocular (PIO) con tonometría de aplanación de Goldmann. Se realizaron análisis con ORA y Corvis-ST para evaluar los cambios.

Resultados: La mayoría de parámetros del Corvis-ST (amplitud de deformación [DA], tiempos A1 y A2, velocidad A1) en el grupo de DM mal controlada mostraron diferencias significativas respecto a los grupos control y de DM controlada ($p=0,005$, $p=0,001$, $p<0,0001$, $p=0,002$, respectivamente). La DA del Corvis-ST se correlacionó con la glucemia ($p=0,004$) y el porcentaje de HbA1c ($p=0,002$). La histéresis corneal del ORA fue significativamente menor en los pacientes diabéticos con HbA1c elevada que en controles ($p=0,001$) y se afectó por la duración de la enfermedad ($p=0,037$), mientras que el factor de resistencia corneal no se alteró.

Conclusiones: Un mal control glucémico en DM afecta a la biomecánica corneal medida con ORA y Corvis ST, lo que puede condicionar valores de PIO elevados con independencia del ECC. El análisis de la biomecánica corneal debe tenerse en consideración en la práctica clínica.

INV8

EFFECTO DE LAS CÉLULAS DE MÜLLER EN LA SUPERVIVENCIA Y NEURITOGÉNESIS EN LAS CÉLULAS GANGLIONARES DE LA RETINA

RUZAFÁ ANDRÉS Noelia, HIGGINSON Jennifer, RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ David, VECINO CORDERO Elena

Propósito: Las células de Müller son células gliales que proporcionan a las neuronas factores tróficos y soporte físico, pudiendo ser utilizadas como una estrategia de neuroprotección intrínseca de la retina. El propósito del presente estudio fue analizar el efecto de las células de Müller en la supervivencia y la formación de neuritas en las células ganglionares de la retina (RGCs).

Método: Cultivos primarios de RGCs de retinas de rata adulta, fueron mantenidos 5 días in vitro y considerados como controles. A su vez, se cultivaron células de Müller durante 10 días hasta obtener un cultivo confluyente sobre el que se añadieron RGCs, que se cultivaron durante otros 5 días. Después de fijar los cultivos se realizó una inmunocitoquímica en la que se marcaron las RGCs con β -III-tubulina y las células de Müller con glutamina sintetasa, además los núcleos se tiñeron con DAPI. Se cuantificaron los siguientes parámetros en los cultivos: número de RGCs y número y longitud de las neuritas. La comparación de los datos entre el cultivo control y el co-cultivo se llevó a cabo mediante una prueba t de Student.

Resultados: No hay diferencias significativas en el número de RGCs entre el control y las células crecidas sobre el sustrato de Müller. De las RGCs que crecieron sobre una monocapa de células de Müller, la proporción de células con neuritas aumenta. Así el número de RGC que tienen entre 1 y 3 neuritas pasa de un 19% en cultivos sin Müller al 43% en los cocultivos. La longitud de las neuritas también aumenta en las RGCs que crecen sobre células de Müller: el número de RGCs que tienen neuritas de entre 50 y 200um aumenta de un 21% a un 41% y el de células con neuritas de más de 200um pasa de un 6% a un 20%.

Conclusiones: Los datos muestran que las células de Müller no modifican la supervivencia de las RGCs pero sí tienen un efecto neuritogénico, induciendo un aumento tanto del número como de la longitud de las neuritas de las RGCs.

INV9

CAMBIOS MORFOLÓGICOS Y FUNCIONALES EN LAS FIBRAS NERVIOSAS SENSORIALES DE FRÍO PRESENTES EN CÓRNEAS DE RATONES OCURREN JUNTO CON UNA DISMINUCIÓN DE LA LÁGRIMA BASAL ASOCIADA A LA EDAD

MERAYO LLOVÉS Jesús, ÍÑIGO PORTUGUÉS Almudena, ALCALDE DOMÍNGUEZ Ignacio, GONZÁLEZ GONZÁLEZ Omar

Propósito: Determinar si los efectos del envejecimiento en densidad, morfología y actividad funcional de las fibras nerviosas sensoriales de frío de la córnea están asociados con cambios en la tasa de lágrima basal.

Método: Se utilizaron ratones TRPM8-EYFP y TRPM8-KO de diferentes edades comprendidas entre 90 y 720 días. La lágrima basal se cuantificó en animales anestesiados usando tiras de rojo fenol. En córneas, las fibras nerviosas que expresan EYFP fueron identificadas usando técnicas inmunohistoquímicas. Los ganglios trigéminos (GT) fueron procesados por técnicas de inmunofluorescencia contra CGRP y TrkA. La actividad eléctrica extracelular de terminaciones sensoriales individuales de la superficie corneal fue registrada en ojos enucleados y perfundidos.

Resultados: El número de fibras y terminaciones nerviosas TRPM8+ disminuyó con la edad. Las fibras de los ratones TRPM8-EYFP p90 fueron morfológicamente diferentes de los p720, pareciéndose estas últimas a las encontradas en los ratones TRPM8-KO. Los ratones TRPM8-KO presentan mayor densidad de fibras y terminales que los TRPM8-EYFP. La tasa de lágrima basal disminuyó en paralelo con el número de fibras del ratón TRPM8-EYFP. Se diferenciaron electrofisiológicamente dos poblaciones de terminales nerviosas sensoriales que responden a frío: de alto y bajo umbral. Con la edad la incidencia de las terminales nerviosas de bajo umbral fue disminuyendo, mientras que se encontraron un mayor número de terminales nerviosas de alto umbral. Además se distinguieron, en el GT, dos poblaciones de neuronas TRPM8+, unas peptidérgicas y otras no peptidérgicas. Conclusiones: Las fibras y terminaciones sensoriales de frío de la córnea de ratones TRPM8-EYFP desarrollan en paralelo cambios en número y morfología, actividad funcional y tasa de lágrima basal con la edad. Esto apoya la hipótesis de que la actividad de los termorreceptores de frío y la lágrima basal están funcionalmente asociados.

INV10

ANÁLISIS CON PROTOTIPO TOMOGRÁFICO DE SEGMENTACIÓN DE LAS CAPAS DE LA RETINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

PINILLA BOROBIA Juan, GUTIÉRREZ RUIZ Fernando, RODRIGO SANJUAN M.^a Jesús, GARCÍA MARTÍN Elena

Propósito: Evaluar el espesor de las capas de la retina en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) usando la segmentación automatizada de la tomografía de coherencia óptica (OCT). Determinar si el espesor de determinadas capas de la retina se correlaciona con la gravedad de la neurodegeneración en la EA.

Método: Se incluyeron en el estudio 150 sujetos con EA y 75 sujetos sanos. A todos ellos se les realizó una OCT parafoveal con Spectralis OCT (Heidelberg Engineering) en uno de los ojos seleccionado aleatoriamente. Para obtener la segmentación automatizada de todas las capas de la retina se utilizó un nuevo prototipo de software para Spectralis OCT. Se comparó el espesor promedio de cada capa entre pacientes y controles, y entre sujetos con EA de menos de 3 años de evolución y aquellos con al menos 3 años de duración. Se evaluó la correlación entre los espesores de las capas de la retina, la duración de la EA y su severidad medida con la escala Mini Mental State Examination (MMSE). Se realizó un análisis de regresión logística para determinar qué capa de la retina es más sensible para predecir pérdida axonal.

Resultados: Los sujetos con EA mostraron una reducción significativa en el espesor de la capa de fibras nerviosas de la retina, de células ganglionares, plexiforme interna y nuclear externa ($p < 0.05$). Las capas más internas presentaban una afectación significativamente mayor en los pacientes de larga evolución. Los espesores de la capa de células ganglionares y de la capa de fibras de la retina se correlacionaron inversamente con la duración y la gravedad de la EA. La capa de células ganglionares y la capa plexiforme interna se postularon como predictores de daño axonal.

Conclusiones: La aplicación de segmentación del OCT Spectralis detectó atrofia en las capas internas de la retina de los sujetos con EA, especialmente en pacientes de larga evolución. La reducción del espesor de la capa de células ganglionares se relacionó con un aumento en el daño axonal, postulándose como un predictor de severidad de la enfermedad.

INV11

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN VISUAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

RODRIGO SANJUAN M.^a Jesús, GUTIÉRREZ RUIZ Fernando, PINILLA BOROBIA Juan, OTÍN MALLADA Sofía

Propósito: Evaluar la función visual en pacientes diagnosticados de enfermedad de Parkinson (EP), como marcador de expresión neurodegenerativa.

Método: Se incluyeron 58 ojos de pacientes con EP y 58 ojos de sujetos sanos pareados en edad y sexo. Se evaluó la función visual mediante medición de la mejor agudeza visual (AV) corregida con el optotipo ETDRS de contrastes 100%, 2,5%, 1,25%, sensibilidad al contraste con el test CSV 1000E, estereopsis con los test TNO y Titmus-Wirth, análisis de los colores mediante los test Farnsworth y Lanthony con el programa Color Vision Recorder, así como velocidad lectora y agudeza visual de cerca mediante test de Radner-Vissum. Se calculó la media y la desviación estándar para los parámetros explorados, y se compararon los resultados entre pacientes y sanos.

Resultados: Se encontró una afectación estadísticamente significativa en los pacientes con EP para la AV ETDRS al 2,5% ($0,66 \pm 0,46$ en EP vs $0,51 \pm 0,41$ en sanos; $p=0,003$), y al 1,25% ($0,66 \pm 0,46$ vs $0,59 \pm 0,37$, respectivamente; $p=0,001$), sensibilidad al contraste en frecuencias de 6 ciclos/grado ($1,71 \pm 0,44$ vs $1,82 \pm 0,39$; $p=0,009$), y de 9 ciclos/grado ($1,24 \pm 0,42$ vs $1,39 \pm 0,45$; $p=0,012$), estereopsis con test TNO ($140,69 \pm 130,36$ vs $136,38 \pm 80,88$; $p=0,045$), y Titmus-Wirth ($102,76 \pm 75,43$ vs $94,76 \pm 61,10$; $p=0,03$), AV de cerca ($0,11 \pm 0,26$ vs $0,19 \pm 0,20$; $p=0,002$), velocidad lectora ($104,20 \pm 36,75$ vs $112,98 \pm 39,00$; $p=0,006$), y puntuación LOG-RAD con el test de Radner-Vissum ($0,19 \pm 0,25$ vs $0,30 \pm 0,18$; $p=0,022$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de pruebas realizadas.

Conclusiones: La AV con test ETDRS a bajas frecuencias, la sensibilidad al contraste en frecuencias medias, la estereopsis y el test de Radner-Vissum son pruebas psicofísicas que permiten detectar defectos en la función visual de pacientes afectados de EP y constituyen una herramienta útil para mejorar la exploración y seguimiento de las alteraciones neurooftalmológicas.

INV12

VALORES DE NORMALIDAD DE LA CAPA DE CÉLULAS GANGLIONARES EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

ALTEMIR GÓMEZ Irene, PUEYO ROYO Victoria, GONZÁLEZ VIEJO Inmaculada, PRIETO CALVO Esther

Propósito: Evaluar el espesor de la capa de células ganglionares de la retina y plexiforme interna (CGR-IPL) con tomografía de coherencia óptica de dominio Fourier en niños. Construir una base normalizada de espesor de la capa de CGR en población pediátrica sana.

Método: Se incluyeron en el estudio 256 niños (133 niñas y 122 niños), de entre 6 y 13 años. A todos se les realizó la siguiente exploración: agudeza visual (logMar), estereopsis (TNO), motilidad ocular y se les realizó tomografía de coherencia óptica (Cirrus OCT Zeiss Meditec®) centrada en nervio óptico y mácula, como parte del examen oftalmológico completo. El protocolo que se utilizó para la obtención de los parámetros sectoriales del espesor de la capa CGR-IPL fue el «Macular Cube 200x200». Se utilizó el módulo de segmentación retiniana «Ganglionall Cell Analyzer» para obtener el espesor medio y mínimo de CGR-IPL y los seis sectores. Se hizo una subdivisión de la muestra en seis grupos atendiendo a su edad para comprobar la influencia de la edad en el espesor de la capa de CGR-IPL. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo para todos los análisis.

Resultados: La mejor AV corregida media (logMar) y la estereopsis fue -0.02 ± 0.01 y 75.71 ± 67.30 respectivamente. El espesor medio de la capa de CGR-IPL fue $85,08 \mu\text{m}$ (IC 95% $84,15-86,02 \mu\text{m}$). El espesor medio de los seis sectores osciló de $83,46$ a $86,79 \mu\text{m}$. No se encontraron diferencias para los grupos de edad para ninguno de los valores de espesor de la capa de CGR-IPL encontrados. Tampoco hubo diferencia en los valores de espesor de CGR entre niños y niñas.

Conclusiones: Este estudio muestra valores normales para el espesor medio y por sectores del espesor de la capa de CGR con OCT de alta resolución en una población comunitaria de niños. No se observó influencia del género ni de la edad en los valores de espesor de la capa de CGR en niños de entre 6 y 13 años con Cirrus OCT.

INV13

EFICACIA DE ADALIMUMAB EN UVEÍTIS PEDIÁTRICAS REFRACTARIAS

GARCÍA DE VICUÑA MUÑOZ DE LA NAVA Carmen, DÍAZ CASCAJOSA Jesús

Propósito: Evaluar la eficacia y seguridad del Adalimumab (Humira) en pacientes pediátricos con uveítis refractaria asociada a Artritis Idiopática Juvenil (JIA). Trabajo prospectivo.

Método: Estudiamos 39 pacientes (edad media 11.5 años) asociada con uveítis los cuales no respondieron a la terapia estándar inmunosupresora o fueron intolerantes a ella. La refractariedad fue considerada ante la presencia de actividad uveítica tres meses con tratamiento inmunosupresor estándar. Las variables a estudiar fueron: agudeza visual, actividad uveítica de acuerdo a los criterios SUN, presión intraocular, OCT macular. Los pacientes de edad entre 13-17 años fueron tratados con 40 mg de adalimumab cada 15 días durante 6 meses y los de edad de 4-12 años recibieron 20 mg cada 15 días.

Resultados: 11 niños y 28 niñas con edad media de 11.5 (7.9) fueron incluidos en este estudio. Todos los pacientes presentaban inicialmente JIA. La edad del diagnóstico de la artritis tenía un rango entre 18 meses y 6 años, con un media de 4.4 años. Las manifestaciones de la uveítis aparecieron aproximadamente 8 meses después del diagnóstico de la JIA. El seguimiento fue durante 6 meses. El 74.4 % de los pacientes tenían uveítis anterior crónica, 1 (2.6%) uveítis anterior e intermedia y 9 (23.1%) panuveítis (anterior con uveítis secundaria posterior) Observamos un descenso de la actividad uveítica de la cámara anterior del inicio del estudio al final del seguimiento ($P > 0.001$) No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la AV basal y la final La exploración de OCT macular, el estudio de la media del espesor macular inicial y la mejoría final fue estadísticamente significativo. La carga inmunosupresora inicial fue de 8.10 (3.99) y al final de 5.08 (3.76).

Conclusiones: El tratamiento con Adalimumab demostró reducción de inflamación en la cámara anterior y cavidad vítrea así como en el engrosamiento macular y reducción de la carga inmunosupresora.

INV14

RESULTADOS DEL IMPLANTE DE SEGMENTOS INTRACORNEALES EN PACIENTES CON QUERATOCONO VINCULADOS A LA LIMITACIÓN VISUAL PREVIA DEL PACIENTE

ALIÓ Y SANZ Jorge L., VEGA ESTRADA Alfredo, BARRAQUER COMPTE Rafael I., MURTA Joaquim

Propósito: Analizar los resultados del implante de segmentos intracorneales (ICRS) para el tratamiento de queratocono basados en la limitación visual del paciente.

Método: Estudio multicéntrico, retrospectivo, en el que se evaluaron 611 ojos con queratocono. Los sujetos fueron clasificados en función de la agudeza visual corregida preoperatoria (CDVA) en cinco grados: Grado I, CDVA de 0,90 o mejor, Grado II, CDVA igual o superior a 0,60, grado III, CDVA igual o mejor que 0,40, Grado IV CDVA igual o mejor que 0,20 y grado Plus, CDVA peor que 0,20. La función visual, refracción, topografía y aberrometría fueron evaluados durante 6 meses.

Resultados: Se observó una mejoría con respecto a la agudeza visual no corregida en todos los grados ($p < 0,05$). La CDVA disminuyó significativamente en el Grado I ($p < 0,01$), pero mejoró en todos los demás grados ($p < 0,05$). El 37,9 % de los pacientes con CDVA preoperatoria 0,6 o mejor ganó 1 o más líneas de CDVA, mientras que 82,8 % de los pacientes con CDVA preoperatoria 0,4 o peor ganó 1 o más líneas de CDVA ($p < 0,01$). El equivalente esférico y las lecturas de queratometría mostraron una reducción en todos los grados ($p \leq 0,02$). Las aberraciones corneales de alto orden no se modificaron significativamente después de la cirugía ($p \geq 0,05$).

Conclusiones: Tomando en cuenta la limitación visual de los pacientes implantados con ICRS, los mejores resultados se observan en pacientes con la forma más severa de la enfermedad. Aquellos pacientes con buena CDVA antes del procedimiento van a presentar una significativa pérdida de líneas de visión corregida después del implante de ICRS.

INV15

LA ADMINISTRACIÓN DE CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES NO MEJORA LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO CORNEAL

ARNALICH MONTIEL Francisco, CASADO ROJO Alfonso, FUENTES JULIÁN Sherezade, P. P. DE MIGUEL María

Propósito: Investigar el efecto de las inyecciones locales y sistémicas de células madre mesenquimales derivadas a partir de tejido adiposo (AD- MSC de sus siglas en inglés) en conejos con córneas sin modificar y en modelos de conejo de rechazo de aloinjerto corneal (córneas prevascularizadas), para lograr una herramienta que ayude a prevenir el rechazo del trasplante y aumentar la duración de la supervivencia del injerto.

Método: 54 conejos macho New-Zealand participaron en el estudio. Se establecieron cuatro grupos de 9 conejos cada uno, un grupo control que recibió queratoplastia penetrante (QPP) e inyección de placebo en interfase donante receptor, otro grupo con QPP e inyección de AD- MSC en dicha interfase. Los otros dos grupos los componían conejos con córneas receptoras previamente prevascularizadas con una sutura 360° y a los dos se le realizó una QPP. En uno de estos grupos se inyectaron AD- MSC vía intravenosa 4 veces antes y después de la QPP, mientras que en el grupo control se inyectó solución salina balanceada. El resto de conejos se usaron para obtener la córnea donante. El estudio fue aprobado por el comité ético del hospital.

Resultados: En el modelo de QPP con células en la interfase, la inyección de Ad- MSC en la unión del injerto durante la cirugía resultó en el aumento de signos de inflamación (edema corneal, aumento de linfocitos y granulocitos eosinófilos), lo que provocó una menor supervivencia del injerto en comparación con los controles. En el modelo de QPP sobre córnea prevascularizada la inyección de AD- MSC a nivel sistémico provocó una supervivencia más corta del injerto en comparación con los controles.

Conclusiones: A pesar del efecto inmunosupresor que se ha atribuido a nivel in vitro de las células AD- MSC, el tratamiento local o sistémico en la queratoplastia penetrante aumenta el rechazo corneal tanto en córneas con alta tasa de rechazo (prevascularizada) como en córneas normales.

INV16

EVALUACIÓN IN VITRO E IN VIVO DE LA LIBERACIÓN DE UN INDUCTOR DE LA SECRECIÓN LAGRIMAL MEDIANTE LENTES DE CONTACTO

CARRACEDO RODRÍGUEZ Juan Gonzalo, MARTÍN GIL Alba, FONSECA VÁZQUEZ Begoña, PINTOR JUST Jesús

Propósito: El uso de las lentes de contacto (LC) como vehículo para la liberación de fármacos en la superficie ocular, es una alternativa potencial a la instilación. El diadenosina tetrafosfato (Ap4A) es una molécula natural capaz de aumentar la secreción lagrimal, por lo cual sería interesante estudiar su acción cuando son liberadas por una lente de contacto. Evaluar el posible uso de las lentes de contacto hidrofílicas como mecanismos de liberación del Ap4A, y por tanto inducir la secreción lagrimal, además de evaluar la influencia de diferentes parámetros de las lentes de contacto (contenido en agua, espesor central, ionicidad) en dicha liberación.

Método: Para ello se han empleado tres tipos de lentes de contacto hidrogel de silicona y dos tipos distintos de lentes de hidrogel convencional, que fueron cargadas con Ap4A mediante inmersión de la lente en la solución concentrada. Se realizaron unos estudios In Vitro para evaluar analíticamente la velocidad de liberación del compuesto desde los distintos tipos de lentes. Y posteriormente se realizaron los experimentos In Vivo en conejos albinos de la Raza Nueva Zelanda, en los cuales se adaptó una LC cargada con Ap4A en un ojo y una LC convencional en el ojo adelfo, con el fin de estudiar tanto la velocidad de liberación en un modelo animal, como los cambios en la secreción lagrimal.

Resultados: En ambos experimentos, In vivo e In vitro, las LC de hidrogel de silicona no iónicas mostraron un mayor tiempo de retención que las LC iónicas. Además los experimentos In Vivo mostraron como los hidrogeles de silicona no iónicos permitieron mantener el volumen lagrimal por encima de los valores basales durante más de 300 minutos, mientras que la instilación tópica sólo lo consigue durante 90 minutos.

Conclusiones: El Ap4A puede ser cargado y liberado en la superficie ocular con LC convencionales. LA liberación por una LC es más lenta y mantiene el efecto durante más tiempo que la aplicación tópica.

INV17

EFICACIA DE LAS GOTAS REGENERATIVAS (CACICOL) EN ÚLCERAS CORNEALES (POST-PRK) EN UN MODELO ANIMAL EXPERIMENTAL

CARREÑO Néstor, RUESTRA Ana Cristina, MERAYO LLOVÉS Jesús, ALCALDE DOMÍNGUEZ Ignacio

Propósito: Evaluar la eficacia de la aplicación tópica de CACICOL, una nueva terapia regenerativa de la matriz basada en derivados del heparán sulfato, en un modelo experimental de ratón con una queratomía refractiva.

Método: Se realizó una cirugía de PRK a los ratones. La zona de ablación en córnea central fue de 2mm de diámetro y con una profundidad de 45µm usando un láser excimer VISX Star S2. Las córneas fueron tratadas tópicamente con una gota de CACICOL 1 hora y 48 horas tras la lesión. Los grupos controles fueron tratados con BSS (Irrigation Balanced Salt Solution. Los estudios clínicos e histopatológicos fueron evaluados en los días 1, 2, 3 y 7 post-PRK.

Resultados: Las córneas de ratones tratadas tópicamente con CACICOL demostraron un mayor grado de transparencia comparadas con las tratadas con BSS. También se observó una mayor velocidad de cierre de la zona de lesión durante las primeras 24 horas. Las córneas tratadas con CACICOL presentan un grosor y una citoarquitectura epitelial similar a las córneas no lesionadas, basado en la tinción con E-cadherina. 24 horas después del tratamiento de CACICOL, se observa una marcada reducción en el número de células apoptóticas. El análisis de αSMA mostró una reducción en el número de miofibroblastos presentes en el estroma. En los animales tratados, tras 7 días, se observó un incremento en la densidad de terminales nerviosas corneales.

Conclusiones: En el modelo de lesión corneal de ratón, la aplicación tópica de derivados del heparán sulfato (CACICOL) podrían facilitar el correcto ensamblaje de las células epiteliales y la regeneración nerviosa, evitando la aparición de miofibroblastos, promoviendo la deposición de matriz extracelular recién generada.

INV18

DETERMINACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE FOSFATOS EN LOS COLIRIOS ANTIGLAUCOMATOSOS

MARTÍNEZ SOROA Itziar, OSTRÁ BELDARRAIN Miren, IRASTORZA LARBURU M.^a Belén, FRUTOS LEZAUN Marta de

Propósito: Estudio analítico-descriptivo para determinar la concentración de fosfatos que contienen los colirios antiglaucomatosos disponibles comercialmente en España.

Método: Las determinaciones de fosfatos se realizó por espectrofotometría de absorción molecular basado en radiación ultravioleta visible. Se identificaron colirios antiglaucomatosos según figuraban en el Vademecum farmacéutico 2013 y en la página web de la Agencia Española del Medicamento y productos Sanitarios. Las mediciones se realizaron en aquellos colirios que detallaban en su ficha técnica contener fosfatos en la formulación de sus excipientes.

Resultados: Se identificaron un total de 37 colirios antiglaucomatosos que contenían fosfatos en sus excipientes. La media de la concentración de fosfatos fue de $97,72 \pm 75,52$ mM. El grupo que presentó mayor concentración de fosfatos fue el formado por el Timolol ($204,85 \pm 42,38$ mM) seguido de Brimonidina/Timolol (200,9 mM), las combinaciones de Latanoprost/Timolol ($110,06 \pm 21,27$ mM), Latanoprost ($75,05 \pm 41,02$ mM), Levobunolol (28,98 mM), Brimatoprost ($24,63 \pm 0,24$ mM), Tafluprost (20,14 mM), Brimatoprost/Timolol (12,45 mM) y Carteolol ($11,17 \pm 1,02$ mM). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre aquellos con conservantes ($99,24 \pm 76,78$ mM) y sin ellos ($85,17 \pm 72,86$ mM) ($p:0,730$). Tampoco se registraron diferencias entre los colirios de marca comercial ($95,65 \pm 71,11$ mM) y los genéricos ($99,14 \pm 80$ mM) ($p:0,892$). Se comparó también la concentración de fosfatos que contenían los envases multidosis frente a los envasados de modo unidosis, y se observó que los multidosis presentaban una cantidad muy superior de derivados de fosfatos ($102,04 \pm 75,39$ vs $22,24 \pm 2,98$ mM) ($p < 0,001$).

Conclusiones: La concentración de fosfatos superaba en todos los casos la concentración de fosfatos fisiológica de la película lagrimal (1,45 mM). No se observaron diferencias en la cantidad de fosfatos entre los medicamentos genéricos y los de referencia comercial.

INV19

PERFILES DE TOXICIDAD OCULAR DE SOLUCIONES COLORANTES BASADAS EN LUTEÍNA Y ZEAXANTÍNA

CASAROLI MARANO Ricardo, SOUSA-MARTINS Diogo, BELFORT DE MATOS Jr. Rubens, MAIA Maurício

Propósito: Estudiar el perfil de seguridad in vitro e in vivo de soluciones colorantes naturales basadas en luteína/zeaxantina (L/Z).

Método: Se realizaron experimentos de citotoxicidad y crecimiento celular in vitro con líneas celulares ARPE-19 y del epitelio de la córnea humana (HCE), utilizando diferentes soluciones de colorantes basadas en L/Z, solas o en asociación con azul brillante (BB) o azul de tripán (TB). Se realizaron estudios histopatológicos de microscopía óptica y electrónica de transmisión en retinas de un modelo in vivo, siete días tras la inyección intravítrea de las soluciones colorantes. Se obtuvieron registros electrofisiológicos (electrorretinograma, ERG) antes de los estudios histopatológicos.

Resultados: Los ensayos de citotoxicidad in vitro han demostrado que las diferentes soluciones basadas en L/Z (0,3% a 2%), ya sean solas o en asociación con BB (0,025%) o TB (0,04%), no modificaron significativamente la actividad mitocondrial ($\approx 15\%$) de las líneas celulares estudiadas. Además, el crecimiento celular in vitro fue inhibido hasta un 60%, dependiendo de la solución colorante y directamente proporcional a la concentración ensayada. No hubo evidencia de alteraciones estructurales en la retina neurosensorial, epitelio pigmentario de la retina (EPR) o en el complejo coroides-coriocapilar. Los registros finales de onda B en el ERG no mostraron diferencias significativas ($\pm 15,2\%$) en comparación con los registros controles iniciales.

Conclusiones: Las soluciones colorantes basadas en L/Z demostraron un perfil de seguridad satisfactorio in vitro e in vivo, y pueden ser una herramienta útil para la tinción de las estructuras intraoculares.

INV20

FACTORES DE PROTECCIÓN Y DE RIESGO EVOLUTIVO EN LOS PACIENTES CON RDNP MODERADA EN EL ESTUDIO PTARD (PROGRAMA TERAPÉUTICA AAS EN LA RETINOPATÍA DIABÉTICA)

PÉREZ MARTELL M.^a del Rosario

Propósito: Valorar la efectividad de la medicación antiagregante plaquetaria, ácido acetilsalicílico (AAS) 200 mg/d, en la detención de la evolución de la retinopatía diabética en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, diseñado como estudio piloto. Identificar los factores de protección y de riesgo evolutivo.

Método: Ensayo clínico en fase IV, prospectivo, aleatorizado, de grupos paralelos, abierto. Grupo de 105 pacientes con retinopatía diabética no proliferativa (RDNP) en grado: leve, moderada, severa, muy severa, y retinopatía diabética proliferativa (RDP): asignados el 50% a AAS 200 mg/d y 50% como grupo control. Periodicidad de analíticas y revisiones clínico-oftalmoscópicas cada 6 meses, con seguimiento analítico 3 años y clínico oftalmoscópico por 5 años. Pruebas complementarias, AFG según criterio clínico. Se establece significación estadística $p < 0.05$. Análisis estadístico SPSS 15.0 y R 2.12.

Resultados: Los pacientes con RDNP moderada presentan al estudio basal: a) mayor valor de edad media a la entrada en el estudio ($p=0.018^*$) b) representando el 76% de los pacientes en tratamiento con fibrato de los que lo llevan. En el seguimiento: a) mayor control de HbA1C ($p=0.01^*$), b) HTA sistólica, mayor valor medio, e) mayor valor de LDLc.

Conclusiones: Los pacientes con RDNP moderada en el estudio PTARD representan el subgrupo de mayor evolución de la retinopatía diabética, los hallazgos sugieren una pérdida de los factores de protección por los factores de riesgo evolutivo, así como un posible beneficio en los pacientes con tratamiento antiagregante.

INV21

EXPRESIÓN DE MICRORNAS EN UN MODELO MURINO DE RETINOSIS PIGMENTARIA

RUIZ EDERRA Javier, ANASAGASTI VITERI Ander, BARANDIKA FERNÁNDEZ Olatz, EGIGUREN URKOLA Garazi

Propósito: La retinitis pigmentosa (RP) es la forma más común de degeneración retiniana hereditaria asociada a la disfunción progresiva de los bastones y/o conos. Actualmente no existe un tratamiento normalizado y eficaz para esta enfermedad ocular que afecta a millones de individuos en todo el mundo. Trabajamos bajo la hipótesis de que la alteración en la expresión de ciertos microRNAs (miRs) está implicada en la patogénesis de la RP, y su modulación podría abrir nuevas alternativas terapéuticas.

Método: Utilizando microarrays de expresión basados en PCR, analizamos la expresión de miRs en las retinas de un modelo de ratón de RP, en los que la muerte de fotorreceptores está relacionada con una alteración de la homeostasis de Ca²⁺ intracelular.

Resultados: Encontramos 3 miRs con un disminución en su expresión de entre 5 y 15 veces y 1 miR sobre-expresado 44 veces con respecto a las retinas de ratones control.

Conclusiones: Nuestros resultados apoyan la implicación de los miRs en RP. La sobreexpresión de uno de los miRs que hemos identificado se ha relacionado con aumento de la liberación de Ca²⁺. Se ha descrito que este miR tiene como diana entre otros genes: PIK3CA, expresado en fotorreceptores; conexina 43 y el canal de potasio Kir2.1, expresados en las células de Müller de la retina y los genes de las caspasas 3 y 9, implicados en el proceso de muerte apoptótico que tiene lugar en la retina de estos ratones. La modulación de los miRs alterados en nuestros modelos murinos podría retrasar el proceso la muerte celular apoptótica que se produce en nuestro modelo de RP, lo que abriría una nueva línea de investigación en terapia de RP.

SEE@90

VÍDEOS



 MSD OFTALMOLOGÍA


(clorhidrato de dorzolamida y maleato de timolol)


un servicio de  MSD

EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR MODIFICADA EN CATARATA HIPERMADURA

BAÑEROS ROJAS Paula, DÍAZ VALLE David, BERROZPE VILLABONA Clara

Introducción: La facoemulsificación es la técnica de elección para la cirugía de catarata y se aplica prácticamente en la totalidad de los casos. Sin embargo, en cataratas hiper maduras o brunescentes, es preferible practicar una extracción extracapsular planeada del cristalino para minimizar las complicaciones intraoperatorias y reducir el daño endotelial. En este sentido proponemos la realización de una técnica de cirugía extracapsular modificada que minimiza algunas de las complicaciones de la extracapsular clásica.

Técnica quirúrgica: Tras la aplicación de anestesia subtenoniana, se realiza una incisión principal con un cuchillete de 2,75 mm. Se realiza una capsulorexis circular continua amplia bajo tinción con azul tripán. Tras la hidrodisección, hidrod laminación y la comprobación de la adecuada rotación de la catarata, se procede a la ampliación de la incisión corneal. El núcleo cristalino es extraído aplicando presión sobre la porción escleral de la incisión. Inmediatamente después, se sutura la córnea dejando un espacio que coincida con la incisión inicial, permitiendo la entrada del terminal de irrigación-aspiración y del inyector de la lente intraocular, que será implantada en el saco capsular.

Conclusión: En la cirugía extracapsular modificada se trabaja la mayor parte del tiempo a cámara cerrada a través de una incisión del tamaño de una facoemulsificación, ampliando la incisión únicamente en el momento de la extracción de la catarata y suturándola inmediatamente tras la misma. Con ello, se minimiza el riesgo de hemorragia expulsiva y se evita la irrigación-aspiración de restos corticales a través de una incisión amplia con pérdida continuada de fluido e inestabilidad extrema de la cámara anterior. En casos de cataratas de dureza extrema, es preferible la realización de una cirugía extracapsular modificada con la que se consigue una mayor protección endotelial y se asegura el implante endosacular de la lente intraocular.

V2

¿EL ALIGNAMIENTO ES POSSIBLE? – SISTEMA PROSTÉTICO DE IRIS YLENTE TÓRICA DE CÁMARA POSTERIOR

BARBOSA-BREDA João, SANTOS João Paulo Macedo, FALCÃO-REIS Fernando

Introducción: Presentamos un varón de 61 años de edad enviado al nuestro hospital a la consulta generalista. De antecedentes sistémicos se destacan hipertensión sob tratamiento médico, status positivo para el virus de la inmunodeficiencia humana sob tratamiento con antirretrovirales y supervisión medica (con bueno estado inmune), y miastenia gravis sob tratamiento con prednisolona 20mg/día hacia 18 meses. De antecedentes oculares tenía un trauma al ojo izquierdo (OI) hacia 40 años atrás, con baja de agudeza visual desde esa data (no fue posible recoger más informaciones del trauma). Negaba quirúrgia oftalmológica previa así como tratamiento médico ocular. La mejor agudeza visual corregida (MAVC) era de 4/10 al OI y 9/10 al ojo derecho (OD). La biomicroscopia revelaba un segmento anterior normal con facosclerosis en OD, y en OI un leucoma corneal linear periférico a las 8 horas, un defecto de iris hasta la periferia de las 7 a las 10 horas, y una catarata com componente nuclear ++ y subcapsular posterior +. La evaluación del polo posterior mostraba un fondo normal con vítreo fibrilar en ambos ojos.

Técnica quirúrgica: Así el paciente fue propuesto para facoemulsificación OI con implante de lente tórica de camara posterior (Acrysof Toric[®], Alcon), para corrección de astigmatismo miópico, seguido del implante consecutivo de un sistema prostético de iris de elemento simples (IPS[®], Ophtec) para corrección del defecto iridiano. No tuvimos ninguna complicación peroperatoria, pero al primer día el IPS tenía una pequeña rotación inferior. La MAVC OI un mes después era 8/10.

Conclusión: Reportamos un caso de suceso del implante consecutivo de una lente tórica de camara posterior (AcrySof Toric[®], Alcon) y un sistema prostético de iris (IPS[®], Ophtec) después de facoemulsificación. El grande desafío quirúrgico está en que los dos sistemas, la lente torica y el IPS, tienen que estar perfectamente alineados, uno por encima del otro, y los dos dentro del saco capsular.

Vídeos

V3

SUSTITUCIÓN DE LENTE DE SILICONA OPACIFICADA POR LENTE DE APOYO RETROIRIDIANO

BEJARANO REDONDO José Manuel, RUIZ CASAS Diego, CASADO ROJO Alfonso, PÉREZ SARRIEGUI Ane

Introducción: La opacificación de la óptica de la lente intraocular está descrita en varios tipos de materiales de lentes: las lentes de polimetilmetacrilato (PMMA) producen una degeneración en «bolas de nieve», las de silicona una calcificación asteroidea y las hidrofílicas diferentes tipos de calcificación. Esta opacificación puede obligar a sustituir la lente para mejorar la visión de los pacientes. Presentamos el caso de una paciente con una lente de silicona opacificada, operada además de válvula de Ahmed, en la que se retira el complejo saco-lente-anillo de distensión capsular y se coloca una lente de apoyo retroiridiano en cámara posterior.

Técnica quirúrgica: La extracción aislada de una lente intraocular situada en el saco capsular tras más de un año resulta complicada, de manera que tras intentar cortar los hápticos con una tijera de 20 gauges sin éxito, se decide extraer el complejo saco-lente-anillo de distensión capsular. Para esta maniobra se utiliza el vitreotomo y la luz accesoria vía pars plana, asociando una vitrectomía para evitar tracciones de la hialoides anterior. Posteriormente se coloca una lente de apoyo retroiridiano, engancho el iris a los hápticos de esta con una especie de cistitomo. Dicha lente se coloca en posición vertical para evitar la salida del tubo de la válvula de Ahmed.

Conclusión: La retirada de una lente opacificada con el saco capsular resulta una maniobra laboriosa. La realización de una vitrectomía vía pars plana y el implante de una lente de apoyo retroiridiano evitan tracciones vítreas y el traumatismo del endotelio corneal.

Vídeos

V4

UN ENFOQUE COMBINADO (POSTERIOR Y ANTERIOR) PARA LOGRAR BUENOS RESULTADOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES EN LA CIRUGÍA DE LA CATARATA PEDIÁTRICA

CANO ORTIZ Antonio, VILLARRUBIA CUADRADO Alberto, LABORDA OÑATE Juan Manuel, MARTÍNEZ VILLA Pedro

Introducción: mostrar nuestra técnica quirúrgica en catarata pediátrica. 13 ojos de 9 pacientes con una edad media de $25,45 \pm 12,84$ meses (3-42). El seguimiento medio $29,2 \pm 16,41$ meses (8-51).

Técnica quirúrgica: 1) - trócares 25G en la pars plana; 2) - incisión de 2,2 mm en córnea clara, azul tripán para teñir la cápsula anterior, capsulorrexis continua de 5,5 mm (CCC); 3) - facoaspiración del material cristalino, 4) - si la cápsula posterior no se ha roto : LIO acrílica hidrofóbica c- loop de una sola pieza dentro de la bolsa y se procede a una vitrectomía pars plana central haciendo una capsulorrexis posterior con el vitreotomo.(enfoque anterior -posterior); 5) - si la cápsula posterior se ha roto durante el facoaspiración: vitrectomía pars plana central para limpiar todo el vítreo; posteriormente LIO acrílica hidrofóbica de tres piezas con la zona óptica en la bolsa y hápticos en sulcus (enfoque posterior-anterior). En 3 de los 13 ojos, hubo ruptura de la cápsula posterior durante la facoaspiración. El enfoque anterior-posterior se realizó en el 76,9% de los ojos y el posterior-anterior en 23,1%. Se precisaron dos nuevas operaciones: una por inflamación intensa que necesitó un explante de LIO y la otra para volver a abrir una fibrosis de la cápsula posterior en un ojo microftálmico; ambos terminaron con CDVA de 0,05. En subgrupo de 10 casos en los que se pudo obtener suficiente colaboración del niño, la media de CDVA fue de $0,57 \pm 0,36$ (0,05 - 1), con el 60% de los ojos mejor que 0,5. En este subgrupo, el equivalente esférico medio fue $+1,42 \pm 2,15$ [+6,5 - (-1,50)]; la esfera media fue $+1,50 \pm 1,9$ [0 - (+6,0)]; y el cilindro medio fue $1,3 \pm 1,12$ (0 - 3). No se han encontrado complicaciones retinianas durante el período de seguimiento.

Conclusión: Un enfoque combinado para la catarata pediátrica pueden mejorar los resultados anatómicos y funcionales si se compara con el abordaje anterior clásico.

Vídeos

V5

RECAMBIO DE LENTE DE APOYO ANGULAR POR LENTE CON ANCLAJE EN TÚNELES ESCLERALES

CASADO ROJO Alfonso, RUIZ CASAS Diego, BEJARANO REDONDO José Manuel, PERALTA ITURBURU Federico

Introducción: Al enfrentarnos con un ojo al que por una complicación en una cirugía de catarata tenemos que poner una lente intraocular pero no disponemos de saco capsular ni de sulcus, tenemos diferentes opciones. Las lentes de apoyo angular o iridiano con frecuencia provocan liberación de prostaglandinas que pueden asociar un Síndrome de Irvine-Gass. Proponemos, en un caso de un paciente con lente de cámara anterior de apoyo angular con Síndrome de Irvine-Gass que recidiva a bevacizumab y dispositivos de liberación prolongada de corticoides, el recambio de dicha lente por una lente en cámara posterior anclada a túneles esclerales.

Técnica quirúrgica: Comenzamos con una peritomía limbar a las 12 y 6 horas de 3 mm, seguida de diatermia sobre la esclera expuesta y 3 esclerotomías en pars plana. A 2 mm de limbo, a las 6 horas, realizamos otra esclerotomía con lanceta de 20 gauges (futura entrada del háptico inferior), y con dicha lanceta creamos el túnel en dirección antihoraria. A las 12 horas hacemos un tapete escleral de 6mm, por donde extraemos la lente de apoyo angular. Introducimos la lente de 3 piezas en cámara anterior y, ayudándonos del manipulador rígido, sujetamos el háptico inferior con pinza de 25 gauges introducida por la esclerotomía de las 6 horas. Extraemos el háptico por dicha esclerotomía y lo pasamos por el túnel escleral inferior, a la vez que luxamos la lente a cámara posterior. Misma maniobra por otra esclerotomía a 2 mm de limbo a las 12 horas. Suturamos el tapete y la conjuntiva.

Conclusión: El implante de una lente con anclaje en túneles esclerales en pacientes sin saco capsular ni sulcus resulta una opción que asegura menos liberación de mediadores de la inflamación, con menos edema macular, así como más protección para el endotelio corneal.

Vídeos

V6

EXPLANTE DE LENTE FÁQUICA, FACOEMULSIFICACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DEL IRIS

CIGALES JIROUT Melania, HOYOS CHACÓN Jairo, HOYOS CAMPILLO Jairo

Introducción: Presentamos un caso difícil de cirugía de catarata, debido a complicaciones secundarias a una lente fáquica de cámara anterior implantada 20 años atrás. Los dos hápticos de la lente estaban atrapados en el ángulo y el háptico inferior inducía atrofia del iris, creando un defecto ventana de gran tamaño. La pupila estaba en miosis con sinequias posteriores 360°.

Técnica quirúrgica: Realizamos explante de la lente, sinequiolisis posterior y facoemulsificación del cristalino en el mismo acto quirúrgico. El paciente recuperó una agudeza visual de 1.0, pero refería diplopia monocular y deslumbramiento debido al defecto inferior del iris. Diez meses después implantamos un anillo de aniridia parcial en el sulcus, solucionando la sintomatología y consiguiendo una agudeza visual final de 0.8 sin corrección y 1.2 con una refracción de +1 -1.5 x 155°.

Conclusión: La cirugía de la catarata puede suponer un reto en pacientes con complicaciones por implantes intraoculares fáquicos. Los anillos de aniridia parcial son una buena alternativa para solucionar los síntomas secundarios a los defectos del iris.

Vídeos

V7

FACOEMULSIFICACIÓN CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR BAJO LENTE DE BAIKOFF

CINCUNEGUI GUTIÉRREZ Joseba, QUIROGA DE LA HERA C. Patricia, JIMÉNEZ COCCO Ricardo, ALBERDI ALBERDI José

Introducción: Presentamos el caso de una mujer de 52 años, miope magna de -18 dioptrías, intervenida hace 16 años de cirugía refractiva mediante el implante de una lente fájica tipo Baikoff. Acude a nuestro servicio por presentar una catarata nuclear y subcapsular posterior en el ojo izquierdo y una agudeza visual de 0.1, siendo el resto de la exploración compatible con la normalidad y no evidenciándose otras causas que justifiquen dicha agudeza.

Técnica quirúrgica: La paciente es sometida a facoemulsificación con implante de lente intraocular y posterior extracción de su lente de cámara anterior como se muestra en el vídeo.

Conclusión: Actualmente se encuentra en revisión y su mejor agudeza visual corregida es de 0.6. Como conclusión presentamos esta técnica como una alternativa viable y segura para la facoemulsificación sin perder la estanqueidad de la cámara anterior que implicaría la extracción de la lente como primer paso.

Vídeos

V8

FACOEMULSIFICACIÓN COMPLICADA DE CATARATA HIPERMADURA DE RÁPIDA EVOLUCIÓN POSTERIOR A QUERATOPLASTIA PENETRANTE PROFUNDA

ESCRIBANO VILLAFRUELA José, KIM LEE Yoon Ah, GARCÍA-VALCÁRCEL GONZÁLEZ Blanca, BAEZA AUTILLO Azucena

Introducción: La técnica más adecuada de cirugía de catarata tras una queratoplastia penetrante profunda (QPP) puede ser un dilema. Son herramientas de guía el grado de madurez de la catarata, el contaje endotelial y características biomicroscópicas particulares. Se presenta el caso de un varón de 76 años con catarata hipermadura de rápida evolución tras QPP por leucomas corneales herpéticos, con amenaza de hemorragia expulsiva durante ésta. Antecedente de glaucoma en tratamiento. La agudeza visual mejor corregida es de movimiento de manos. Tiene un botón corneal transparente sin signos de rechazo, sinequias anteroposteriores con seclusión pupilar e iridotomía profiláctica por cámara estrecha. El recuento endotelial es de 1230 cel/mm².

Técnica quirúrgica: Se plantea la posibilidad de cirugía extracapsular frente a la facoemulsificación simple o acompañada de vitrectomía anterior por el riesgo de hemorragia expulsiva. Por consenso se decide realizar facoemulsificación con implante de lente intraocular. Bajo anestesia general, se procede a las incisiones perilimbares en córnea receptora con llenado de cámara anterior con viscoelástico. A continuación, se efectúa la sinequiólisis anteroposterior y dilatación mecánica de la pupila con retractores iridianos de Rayner, luego tinción con azul triptán para la capsulorrexis circular continua. Tras ésta, se realiza el aspirado manual de material cortical que se libera a cámara anterior. Entonces se extrae el cristalino con técnica de facoemulsificación y se inserta la lente intraocular en saco. Se retiran los retractores y se hidratan las incisiones, con sutura en pajarita con nylon 10/0 de la incisión principal e inyección de cefuroxima intracamerular. El estado postoperatorio del injerto corneal es excelente.

Conclusión: En manos de un cirujano experto la facoemulsificación es una buena opción en aquellos casos de catarata hipermadura post-QPP con un contaje endotelial adecuado y buen estado del injerto.

Vídeos

EXPLANTACIÓN DE LENTES INTRAOCULARES MEDIANTE TÉCNICAS DE PLEGADO

FRANCO BENITO Manuel, IBÁÑEZ AYUSO Patricia, SPAGNOLI SANTA CRUZ Natalia F., MONJE FERNÁNDEZ Laura

Introducción: Ocasionalmente es necesario explantar lentes intraoculares (LIOs) fundamentalmente por errores refractivos residuales, inestabilidad de la LIO o disconfort visual del paciente. Presentamos seis casos de explantación de LIOs (se trata de cuatro modelos diferentes de material acrílico). La retirada de la LIO se realiza tras plegado en cámara anterior.

Técnica quirúrgica: El plegado de la LIO se realiza con el empleo de un manipulador tipo Pisacano y una pinza específica de plegado. El manipulador es introducido por una paracentesis enfrentada a la incisión principal. Por ésta se introduce la pinza de plegado que abraza la óptica de la lente sobre el manipulador. La LIO, una vez plegada se explanta a través de una incisión que había sido ampliada mínimamente a partir de la incisión primitiva.

Conclusión: Esta técnica de explante mediante el plegado de la LIO nos permite en la mayoría de los casos mantener la estanqueidad de la incisión, sin necesidad de sutura. Es una maniobra relativamente sencilla que requiere únicamente de un manipulador y una pinza. No es necesario por tanto, realizar incisiones adicionales de mediano tamaño por las que introducir instrumentos cortantes en cámara anterior para segmentar la óptica.

V10

FACOEMULSIFICACIÓN DEL CRISTALINO Y VITRECTOMÍA EN CATARATA TRAUMÁTICA CON CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR

GARCÍA ELSKAMP Christian, CANTO SAN MIGUEL Pilar, FOULQUIE MORENO Elisa

Introducción: En casos de perforación ocular, con catarata traumática y cuerpo extraño intraocular, la cirugía adquiere dificultad extrema.

Técnica quirúrgica: Presentamos un caso de catarata traumática, con rotura de las cápsulas anterior y posterior del cristalino, intervenido con éxito mediante sutura corneal, facoemulsificación del cristalino e implante de lente intraocular de cámara posterior.

Conclusión: Al mismo tiempo, completamos la cirugía mediante vitrectomía pars plana y extracción del cuerpo extraño localizado en cámara vítrea.

Vídeos

V11

MANIOBRAS QUIRÚRGICAS EN LA FACO SIN VISCO

HERVÁS ONTIVEROS Ana, VILA ARTEAGA Jorge, HURTADO SARRIÓ Mercedes, FREYTAS RODRÍGUEZ Angelica de

Introducción: Tratamos de evaluar la eficacia y seguridad de la facoemulsificación sin hialuronato sódico al 1% (Healon®) utilizando la solución de irrigación intraocular durante la capsulorrexis y la implantación de la lente intraocular (LIO)

Técnica quirúrgica: Se trata de un paciente con catarata corticonuclear de dureza media y mala midriasis en el que decidimos utilizar la solución de irrigación intraocular sin viscoelástico tanto en la realización de la capsulorrexis como en la implantación de la LIO.

Conclusión: La utilización de la solución de irrigación sin viscoelástico en la facoemulsificación ofrece ventajas tales como una disminución de la PIO postoperatoria o una menor pérdida de células endoteliales, sin ofrecer una técnica quirúrgica compleja al cirujano.

V12

IMPLANTE DE LENTE ARTISAN® EN PACIENTE CON COLOBOMA DE IRIS Y SUBLUXACIÓN DE CRISTALINO

MACARRO MERINO Ana, ROYO SANS Mariano, FÉRNANDEZ-VIGO ESCRIBANO José,
FÉRNANDEZ-VIGO LÓPEZ José

Introducción: presentamos el caso de un varón de 47 años que padece catarata con coloboma de iris y subluxación de cristalino en ambos ojos. Existe ambliopía bilateral con dominancia de ojo derecho y estrabismo divergente. En este video se muestra la cirugía de ojo izquierdo. Al decidir el tratamiento quirúrgico nos planteamos dos posibilidades: 1.- intentar conservar el saco capsular implantando un anillo endocapsular suturado a sulcus y lente intraocular en saco y 2.- extracción intracapsular del cristalino e implante de una lente de fijación iridiana. Decidimos la segunda opción porque existía gran debilidad zonular, coloboma de cristalino y dudábamos de la estabilidad a largo plazo de la lente en saco sin existir iris por delante que la sujete.

Técnica quirúrgica: en primer lugar se realiza preincisión superior con cuchillete de 45° para posteriormente abrir la córnea con tijera curva. Se rellena la cámara anterior con viscoelástico y se procede a la extracción intracapsular del cristalino con asa. Se cierra parte de la incisión con 4 puntos de nylon 10-0 para trabajar con una cámara anterior más estanca. Se realiza vitrectomía anterior amplia para que no queden restos de vítreo que puedan impedir un correcto anclaje y centrado de la lente. A continuación procedemos a la fijación de la lente, con el sistema Vacufix® primero del háptico nasal y después del háptico temporal. En ese momento nos damos cuenta que existe un desgarramiento de iris por encima de la zona de anclaje del háptico nasal, soltamos la lente y se vuelve a fijar. Se procede al cierre de la incisión.

Conclusión: la extracción intracapsular del cristalino con implante de lente de fijación iridiana Artisan® es una técnica eficaz para el tratamiento de catarata en ojos con coloboma de iris y subluxación de cristalino, la dificultad de la cirugía radica sobretodo en la fijación de la lente por la poca extensión de iris que existe y por el grado de atrofia del mismo.

Vídeos

V13

INTERCAMBIO DE LENTE INTRAOCULAR POR SORPRESA REFRACTIVA

PABLO MARTÍN Carlos Antonio de, MATA DÍAZ M.^a Esther, SÁNCHEZ-CARNERERO CASAS Fátima, TOMAS CUTIRE Jimmy H.

Introducción: Presentamos la técnica de explante y posterior reimplante de una lente intraocular acrílica hidrófila, tras constatar el error refractivo que ocasionó el primer implante.

Técnica quirúrgica: Una vez reabiertas las incisiones y rellenada la cámara anterior con viscoelástico, ampliamos «ligeramente» la incisión principal. Se luxa la lente a cámara anterior. Realizamos una incisión opuesta a la incisión principal. Con un manipulador de núcleo y una pinza de McPherson extraemos la lente a través de la incisión principal. Implantamos la nueva lente con la graduación correcta, retiramos el viscoelástico, hidratamos las incisiones y damos por concluido el proceso, sin haber modificado los parámetros cilíndricos respecto a los obtenidos en el primer procedimiento.

Conclusión: La flexibilidad de las lentes acrílicas hidrófilas permite su manipulación intraocular y posterior extracción a través de la incisión principal de la facoemulsificación, con mínima/nula repercusión en la refracción posterior y mínimos/nulos daños «colaterales» al resto de estructuras de cámara anterior.

V14

NUEVO DISPOSITIVO PARA EXPLANTAR LENTES INTRAOCULARES

PÉREZ SILGUERO David

Introducción: Son muy variadas las causas que obligan a explantar lentes intraoculares. Y son muchas las técnicas y los dispositivos desarrollados para ello. Sin embargo, continúa siendo una maniobra de alto riesgo quirúrgico, que puede dañar estructuras intraoculares de manera peligrosa.

Técnica quirúrgica: De las maniobras ya existentes hago una crítica de 5 técnicas, las que considero que se utilizan más frecuentemente, intentando relatar de manera gráfica y razonada en dónde radica el fallo de la técnica, para terminar mostrando un dispositivo diseñado por mí, que considero que reúne las características que el resto de técnicas no ofrecen, facilitando la maniobra de corte de la lente, y minimizando mucho el riesgo quirúrgico.

Conclusión: Entre las ventajas del nuevo dispositivo puedo destacar: el elemento económico (se trata de una asa o loop, y el resto de material es el propio de cualquier cirujano de polo anterior), que está diseñado para utilizar perfectamente por una paracentesis de 20G, además es válido para cualquier tipo de lente (plato o C-loop), y permite controlar la lente a nivel intraocular con facilidad, pudiendo realizar movimientos con ella para poder enfrentar el borde de la misma a la tijera.

V15

CORRECCIÓN SIMULTÁNEA DE ANIRIDIA Y AFAQUIA MEDIANTE LENTE DE MORCHER TRAS ESTALLIDO OCULAR

PIÑERO SÁNCHEZ Álvaro, PASTOR BERNIER Juan Carlos, RUIZ SÁNCHEZ Marcos, RODRÍGUEZ GONZÁLEZ-HERRERO M.^a Elena

Introducción: La ruptura del globo ocular es una situación grave que requiere tratamiento quirúrgico urgente para tratar de preservar el globo ocular. La ruptura de globo ocular puede ir acompañada de aniridia, afaquia, desprendimiento de retina, hemorragia vítrea; que requerirá de más de una intervención. La aniridia puede ser causa de baja agudeza visual debido a aberraciones esféricas y dispersión de la luz con fenómenos de fotofobia y glare. Presentamos una paciente con herida penetrante a nivel escleral superior de 9 a 3 horas que presentó afaquia y aniridia traumática. Posteriormente intervenida de hemorragia vítrea y desprendimiento de retina. Dado el buen pronóstico funcional, se procedió posteriormente a la corrección simultánea de la afaquia y la aniridia mediante la implantación de lente intraocular tipo Morcher 67G negra en sulcus.

Técnica quirúrgica: Creación de doble flap escleral a las 8 y a las 4 para evitar área de perforación escleral traumática. Paso de sutura de prolene 10/0 doblemente armada por primer flap escleral hasta segundo flap. Extracción de sutura a través de incisión corneal. Se anuda ambos extremos de sutura a hápticos de lente de Morcher extraocularmente. Colocación de lente en sulcus. Se fija sutura a esclera. Se comprueba estabilidad de la lente. Cierre de flaps esclerales.

Conclusión: Actualmente existen muchos casos de traumatismos oculares severos que pueden condicionar actividad diaria de los pacientes. Presentamos la rehabilitación visual y estética de un paciente con aniridia y afaquia tras estallido ocular mediante lente de Morcher suturada a sulcus.

Vídeos

V16

«MIXS TECHNIQUE»: CIRUGÍA EXTRACAPSULAR TUNELIZADA Y FACO-IRRIGACIÓN-ASPIRACIÓN POR INCISIÓN DE 2,4MM

ROMERA ROMERO Pau, LOSCOS ARENAS Jordi, PARERA ARRANZ M.^a Angels, CARBONELL PUIG Marc

Introducción: La cirugía extracapsular de la catarata en nuestro medio continua teniendo sus indicaciones, especialmente en el caso de cataratas brunescentes. La facoemulsificación de núcleos duros o subluxados añaden un riesgo a la técnica. Una técnica mixta («Mixs Technique») con extracción del núcleo vía escleral y posterior faco-irrigación-aspiración e implantación de lente intraocular en cámara estanca puede resultar más segura en estos casos.

Técnica quirúrgica: Iniciamos con una incisión escleral tunelizada, y antes de penetrar en cámara anterior realizamos una incisión de 2,4 mm y paracentesis auxiliar, prosiguiendo como si de una faco convencional se tratara (capsulorrexis e hidrodissección). Posteriormente, a través de la incisión escleral, penetramos en cámara anterior, extraemos el cristalino y suturamos la incisión escleral. A cámara anterior estanca realizamos la faco-irrigación-aspiración con implantación de LIO.

Conclusión: Mostramos la técnica de la extracción extracapsular tunelizada vía escleral con las ventajas de la facoemulsificación convencional («Mixs Technique»), que creemos que puede ser útil en el manejo de la catarata brunescente en nuestro medio, especialmente para el oftalmólogos poco familiarizados con la cirugía extracapsular convencional.

Vídeos

V17

EXPLANTE DE ICL COMPLICADA CON SINEQUIAS ANTERIORES Y POSTERIORES TRAS REACCIÓN INFLAMATORIA ESTÉRIL Y MEMBRANA PUPILAR

GARRIDO LINARES Jaime, RAMOS NAVARRO José Luis

Introducción: La ICL es la lente fáquica mas empleada en la actualidad por los cirujanos refractivos para corregir aquellas ametropías en las que por diferentes causas no se puede realizar una ablación con láser excimer corneal. Aunque es muy poco frecuente un porcentaje de ellas terminan siendo explantadas por diferentes motivos tales como vault excesivamente altos o bajos, formación de una catarata o como el caso que nos ocupa una reacción inflamatoria de origen no infeccioso.

Técnica quirúrgica: Tras 15 meses del implante de una ICL miopica de (-11 D) en una paciente de 39 años y tras dos meses de una reacción inflamatoria de origen no infeccioso que provocó la aparición de sinequias anteriores y posteriores asi como la aparición de una membrana pupilar se realiza el explante de dicha ICL.

Conclusión: El explante de las ICL cuando es necesario suele ser una cirugía rápida y relativamente sencilla , pero en el caso que nos ocupa fue compleja debido a la existencia de una pupila miotica por la existencia de una membrana pupilar y sinequias.

Vídeos

V18

CIRUGÍA COMBINADA MEDIANTE FACOEMULSIFICACIÓN CON LENTE INTRAOCULAR TÓRICA Y DISPOSITIVO AB INTERNO XEN

FERNÁNDEZ GARCÍA Aitor, POYALES GALÁN Francisco, RÍOS GARCÍA Anabel, LÓPEZ-BREA Israel

Introducción: Es muy frecuente la asociación en un mismo paciente de catarata y glaucoma. Cuando nos planteamos el tratamiento quirúrgico de este tipo de pacientes, existen numerosas técnicas combinadas. Presentamos un caso en el cual resolvemos mediante una cirugía combinada, facoemulsificación, lente intraocular torica y cirugía de glaucoma con dispositivo Xen.

Técnica quirúrgica: Realizamos esta técnica bajo anestesia tópica. Marcamos sobre córnea clara las incisiones necesarias junto con el eje del astigmatismo previo antes de comenzar la intervención. Se introduce subconjuntivalmente mitomicina, realizamos la facoemulsificación con la técnica bevel down, e introducimos la lente intraocular tórica. Colocamos a través de la incisión principal el dispositivo Xen a través del ángulo gracias a una goniolente.

Conclusión: Esta técnica quirúrgica, facilita el cálculo del astigmatismo residual posterior al no realizar incisiones esclerales. La realización bajo anestesia tópica, mejora la recuperación visual del paciente y evita la teórica lesión del nervio óptico provocada por la anestesia peri o retro bulbar.

Vídeos

V19

ESCLERECTOMÍA PROFUNDA NO PERFORANTE CON NUEVO IMPLANTE UVEO-ESCLERAL ESNOPER V- CLIP Y DOBLE DESCARGA SUPRACOROIDEA

RAMOS CASTRILLO Ana Isabel, LANGA HONTORIA Rosa, LAVÍN DAPENA Cosme, CORDERO ROS Rosa

Introducción: El Esnoper V-Clip es el último implante de la serie Esnoper, de material hidrogel, consta de un doble brazo, uno interno supracoroideo y otro externo escleral; este diseño así como las 2 descargas supraciliocoroideas permiten potenciar 2 vías de drenaje; trabecular y redirigir parte del acuoso a la vía de filtración uveo-escleral. Las bisagras en los márgenes superiores dan seguridad a la membrana trabeculodescemética evitando estallidos y dejando el centro libre para una futura goniopunción si procede. La doble descarga supraciliocoroidea también permite un mayor posicionamiento del implante.

Técnica quirúrgica: La esclerectomía profunda no perforante se realiza bajo anestesia retrobulbar, no más de 3 ml salvo en pacientes muy colaboradores. Comenzamos con un colgajo conjuntival superior base fórnix, colgajo escleral superficial de 5 x 5 mm mediante cuchillete de 45° hasta alcanzar 1-1,5 mm cornea clara. Marcamos márgenes del colgajo escleral profundo, tomando como referencia cuchillete minicrescent de 1,25 mm. Se aplica mitomicina 0,02% 3 minutos previo a realizar la facoemulsificación. Se diseña el tapete profundo hasta alcanzar casi el espesor total de la esclera, se liberan adherencias mediante la espátula de Mermoud y se elimina dicho tapete justo por delante de línea de Schwalbe con tijera de Vannas de hoja larga, previo marcado. Extraemos el canal de Schlemm y fibras yuxtacanaliculares del trabeculum con pinza de Mermoud. Se realizan 2 incisiones con bolsillos supraciliocoroideos liberando adherencias con espátula de Mermoud y se posiciona el implante.

Conclusión: El mantenimiento de la vía de drenaje trabecular convencional hacia un lago intraescleral mantenido y la potenciación de la vía uveo-escleral con las dos descargas supraciliocoroideas, incrementa escasamente el tiempo y dificultad quirúrgica de la técnica, y sin embargo obtenemos descensos tensionales adicionales al compararlo con el Esnoper V-2000 con sutura escleral.

Vídeos

V20

FENÓMENO CAPILAR POR AGONISTA DEL MÚSCULO LISO

VIDARTE RODRÍGUEZ Damián, VIDARTE VÁZQUEZ Damián, ESCALERA ZALVIDE Rosario, GRUMANCHETH Salvador

Introducción: Trabajo presentado en el 5th Congreso Mundial de Glaucoma VANCOUVER 2013 con el propósito de probar la Teoría de las Leyes de hidrodinámicas de LAPLACE-JURIN (4th W. G. C. Paris 2011) actúan en la fisiología y en la fisiopatología del glaucoma primario ángulo abierto.

Técnica quirúrgica: Se exponen las siguientes pruebas. -1.ª MICROSCOPIA DE FLUORESCENCIA - 2.ª CLÍNICA - 3.ª MOLECULAR - 4.ª FARMACODINÁMICA.

Conclusión: Relevancia del potencial de acción de los agonistas del músculo liso como verdadero protagonista del drenaje del humor acuoso.

V21

FACO + LOW COST DMEK

CLAVEL LARIA Javier, TARAZONA JAIMES Claudia, MARTÍNEZ TOLDOS José Juan

Introducción: Presentamos una técnica de catarata y queratoplastia endotelial que hemos denominado LOW COST DMEK, por la ausencia de inversión necesaria.

Técnica quirúrgica: Realizamos la extracción del lenticulo tras la realización de una trepanación de 9,75 mm, y una vez hemos encontrado el plano y realizado una disección parcial, realizamos una segunda trepanación de 8,50 mm. La finalidad de esta doble trepanación, es evitar las adherencias fuertes periféricas de la Descemet y desechar las zonas traumatizadas en la periferia al buscar el plano de disección (posibles desgarros periféricos). Posteriormente realizamos la cirugía de catarata de forma estándar. Para la inyección del rollo, utilizamos una sección de hemosteta, con la finalidad de ocluir la luz de un cartucho de lente, mientras avanza con el bástago del inyector. Rellenamos con BSS, el resto del cartucho y lo introducimos con suma falicidad y sin traumatismos. La extensión del rollo la realizamos con la técnica de Tapping, ya descrita. Inyectamos aire al finalizar la cirugía.

Conclusión: La doble trepanación, es un buen método de evitar desgarros periféricos y el trauma excesivo que se produce en la periferia del lenticulo. Nuestro método de inyección es barato, seguro, controlado, reproducible y poco traumático para el rollo de Descemet.

V22

EXTIRPACIÓN DE MELANOMA DE IRIS

HERNÁNDEZ CARRANZA M.^a Zulema, BASCONES ALVIRA M.^a Luisa, PLATERO VÁZQUEZ María, SOLER SANCHÍS M.^a Isabel

Introducción: El melanoma es el cáncer primario más común del iris, con una supervivencia a los 5 años del 95% y una tasa de metástasis del 3%. Presentamos el caso de una paciente que por cambios en el tamaño y características biomicroscópicas de una lesión melánica de iris se sometió a extirpación de dicha lesión con estudio patológico posterior que concluyó: Melanoma de Iris.

Técnica quirúrgica: peritomía conjuntival, túnel esclero-corneal temporal inferior y ampliación con tijeras de derecha e izquierda, iridectomía, colocación de viscoelástico dispersivo en cámara posterior y anterior, excéresis de la lesión melánica en bloque y dejando márgenes de seguridad, sutura de iris con Prolene 10/0 aguja recta, sutura corneo escleral continua con Nylon 10/0, Fortecortin-Gentamicina subconjuntival, sutura conjuntival con Nylon 10/0.

Conclusión: La extirpación de lesiones melánicas de iris está indicada si hay crecimiento progresivo o pronunciado, mientras sea resecable, mediante iridectomía o iridociclectomía, con el objetivo de evitar metástasis y preservar la supervivencia.

Vídeos

V23

MANEJO DE ECTOPIA LENTIS EN SÍNDROME DE MARFAN CON ARTISAN RETROPUPILAR

HERNÁNDEZ OBREGÓN Daniel, REYES RODRÍGUEZ Miguel Ángel, TEJERA SANTANA Marta, RODRÍGUEZ BÁEZ Sara

Introducción: El síndrome de Marfan (SM) es una enfermedad sistémica congénita del tejido conectivo. A nivel oftalmológico, un criterio mayor de la enfermedad es la ectopia lentis (EL), que ocurre en aproximadamente el 60% de los pacientes afectos, y típicamente es supero-temporal. La cirugía de EL en estos pacientes tienen riesgos aumentados en comparación con una persona sana, debido a la debilidad zonular con inestabilidad capsular. Varón de 16 años remitido por EL de ojo derecho (OD). Padece de SM y ambliopía de OD por la que estuvo realizando oclusiones. Su agudeza visual mejor corregida (AVMC) era de 0.3 en OD. La exploración en la lámpara de hendidura revela una subluxación superotemporal del cristalino de OD. El resto de la exploración oftalmológica era normal. El conteo de células endoteliales era de 3014 cs/mm² en OD. Actualmente, tras cirugía, presenta una AVMC en OD de 0.5, con conteo endotelial estable.

Técnica quirúrgica: Se realiza bajo anestesia general una vitrectomía por tres vías 23g, separación de hialoides posterior y periférica teñida con triamcinolona y lensectomía vía pars plana con el vitreotomo. Finalmente, bajo acetil colina, se procede al implante de una lente de anclaje iridiano tipo Artisan® a nivel retropupilar, que se introduce por incisión escleral superior y con la ayuda de una espátula de iris por una única paracentesis.

Conclusión: La lente intraocular anclada por detrás del iris es una alternativa efectiva en casos de pobre soporte capsular, concretamente en el SM, que permite un buen centrado de la óptica sin necesidad de fijar el complejo saco capsular-LIO a la pared escleral. Es un método seguro (si bien no exento de riesgos) que proporciona muy buenos resultados estéticos y funcionales en pacientes candidatos. En la búsqueda bibliográfica que hemos realizado, solamente hemos encontrado una serie de cinco casos publicada en 2013 en la que se utilizaba esta técnica para tratar la EL en el SM.

Vídeos

V24

TRABECULECTOMÍA MODIFICADA PARA TUMORES IRIDIANOS QUE INVOLUCRAN ÁNGULO

MONTOLIU ANTÓN Ana, PEÑA M.^a Soledad, MORENO MONER Mercedes, VILLALONGA PESUDO M.^a del Rosario

Introducción: El melanoma uveal es el tumor maligno ocular más frecuente, siendo la localización iridiana el 2-3% de éstos. La edad media de aparición del melanoma de iris son 35 años y son más frecuentes en pacientes de raza blanca y con iris claros, sin preferencia de sexo. Es infrecuente, en este tipo de tumores, la afectación del ángulo camerular pero cuando esto ocurre supone un reto quirúrgico por la difícil accesibilidad del tumor que puede resolverse con éxito con la técnica seguidamente expuesta.

Técnica quirúrgica: Inicialmente, se realiza peritomía conjuntival nasal, cauterización de lecho escleral y esclerectomía profunda entre las II y las IV hasta cornea clara. A través de una paracentesis realizada a la I se lleva a cabo una iridectomía periférica con tijeras, a través de la cual se inyecta viscoelástico por debajo del iris. Se secciona iris a las II, a las IV y en su base, permitiendo la extracción total del tumor. Finalmente, se sutura esclera con nylon de 10/0, conjuntiva con seda 9/0 y se administra una inyección subconjuntival de tobramicina-dexametasona. En el postoperatorio inmediato, presentó hipotalamia e hipotonía que remitió espontáneamente con midriasis y corticoides tópicos.

Conclusión: La trabeculectomía modificada ante tumores que involucran el ángulo camerular, como puede ser el melanoma iridiano, es una intervención segura y técnicamente sencilla que además de permitir la extracción completa de tumores de pequeño o mediano tamaño, respeta el resto de estructuras oculares. Un diagnóstico certero ante una masa iridiana es solo posible tras un examen histológico, por lo que la exéresis de un tumor con un diagnóstico incierto en estadios precoces es una buena opción diagnóstica y terapéutica ya que son mínimas las complicaciones postoperatorias.

Vídeos

V25

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE SIMBLEFARON SECUNDARIO A DACRIOCISTORRINOSTOMÍA

MATA DÍAZ M.^a Esther, PABLO MARTÍN Carlos Antonio de, ORTIZ MARTÍN David, JIMÉNEZ ROLANDO Belen

Introducción: Presentamos el caso de un Simblefaron entre los puntos lagrimales superior e inferior que aparece a los 10 días de haber intervenido a un paciente mediante técnica de Dacriocistorrinostomía láser transcanalicular sin complicaciones intraoperatorias. A pesar de no haber producido herida durante el acto quirúrgico, se produce una fuerte unión entre ambos puntos lagrimales, que impide por completo el drenaje de la lágrima.

Técnica quirúrgica: Tras instilar colirio anestésico, lavar el campo con povidona iodada al 5% y anestesiar la zona con lidocaína al 1%, intentamos romper la unión mediante tracción simple. No siendo suficiente, realizamos una disección con pinzas. Una vez liberada la sinequia, comprobamos que no existen adherencias ni laceraciones a nivel de carúncula que puedan dar lugar a nuevos simblefaron.

Conclusión: En cualquier técnica quirúrgica realizada o que afecte a los bordes libres palpebrales debemos tener en mente la posibilidad de que el contacto entre superficies susceptibles de cicatrizar lo hagan ocasionando sinequias/simblefaron, por lo que recomendamos, pese a que la resolución posterior pueda no ser dificultosa, tomar las medidas preventivas necesarias.

Vídeos

V26

QUERATOPLASTIA LAMINAR EN CORONA SEMICIRCULAR POR DEGENERACIÓN LÍMBICA DE TERRIEN

TEMPRANO ACEDO José

Introducción: Degeneración corneal límbica arciforme superior con depósitos cálcicos, gran adelgazamiento e invasión conectiva de 15 años de evolución. Se realizó una queratoplastia laminar tectónica hace 5 años y por recidiva del problema se ha repetido nuevamente.

Técnica quirúrgica: Peritomía 300 grados con disección de la conjuntiva hasta la zona de las inserciones musculares. Colocación de anillo de Flieringa. Marcado de la cornea central con trepano de 6,5 mm y de la parte periférica escleral con el de 13 mm. Disección del anillo marcado entre los 2 trépanos con cuchillete piriforme. De globo donante obtenemos una corona circular con trepano central de 6,5 mm y 13 mm periférico y un espesor de 2/3 lo colocamos sobre la ventana del receptor y se sutura con nylon 10 ceros, recortando la zona sobrante de 5 a 8 horas, quedando la sutura bien aposicional, y finalmente recubriendo la parte periférica del injerto con conjuntiva. Se deja la cámara anterior de grado IV de acuoso con burbuja central de aire de 3 mm.

Conclusión: Hemos logrado con una técnica quirúrgica difícil pero realizable reforzar toda la zona de gran adelgazamiento periférico y evitar la perforación del globo manteniendo una agudeza visual aceptable con astigmatismo alto.

Vídeos

V27

EXTRACCIÓN DE DIROFILARIAS SUBCONJUNTIVALES BILATERALES EN EL MISMO ACTO QUIRÚRGICO

GARCÍA SANZ Sara Carolina, GONZÁLEZ ROMERO Juan Carlos

Introducción: La dirofilariasis es una zoonosis cuya prevalencia en nuestra península va en aumento. El hombre se puede convertir en huésped tras recibir una picadura de un mosquito portador de las larvas. Presentamos un caso de filariasis subconjuntival bilateral.

Técnica quirúrgica: Se muestra la extracción de los parásitos del espacio subconjuntival de ambos ojos.

Conclusión: En España la principal causa de filariasis subconjuntival es la *Dirofilaria repens* que aunque frecuente en el área mediterránea, es rara en nuestro entorno, más comúnmente afectado por la *Dirofilaria immitis*. Este caso representa el primer caso documentado de filariasis subconjuntival fuera del Levante español.

Vídeos

V28

CATARATA CONGÉNITA: DEL PROTOCOLO QUIRÚRGICO A LA IMPROVISACIÓN

ABREU REYES José Augusto, PINTO HERRERA Candelaria, ROCHA CABRERA Pedro, AGUILAR ESTÉVEZ José Juan

Introducción: Paciente varón de 3 años de edad, que se interviene de cirugía de catarata congénita según el protocolo habitual de nuestro servicio (capsulorrexis anterior diatérmica, aspiración de la catarata mediante irrigación-aspiración con alto vacío, capsulorrexis posterior diatérmica, vitrectomía anterior asistida con acetato de triamcinolona e implante de lente intraocular (LIO) acrílica monobloque endosacular). Al introducir la LIO se rasga parcialmente la capsulorrexis posterior, originándose una verticalización y severa inestabilidad de la misma.

Técnica quirúrgica: Se improvisan maniobras para reposicionar la LIO al espacio endosacular, consistentes en voltear la misma sobre un colchón de viscoelástico dispersivo inyectado previamente, utilizando manipuladores.

Conclusión: La cirugía de la catarata congénita posee un protocolo quirúrgico diferenciado respecto al de la catarata del adulto. Posibles complicaciones quirúrgicas como la ocurrida en este caso obligan a improvisar maniobras no previstas, lo que supone un reto quirúrgico que debiera ser afrontado por profesionales familiarizados con la cirugía ocular pediátrica.

V29

TRANSPOSICIÓN MUSCULAR PARCIAL EN PARÁLISIS DE RECTO MEDIO

CRESPO GONZÁLEZ Javier, GONZÁLEZ AMEZCUA M.^a Remedios, GÁMEZ PALOMARES Antonia

Introducción: La transposición muscular es la cirugía indicada en el caso de parálisis total de músculo extraocular, tras haber comprobado el buen funcionamiento de los músculos que se van a transposicionar, y la ausencia de restricciones en el test de ducción pasiva intraoperatorio.

Técnica quirúrgica: Mujer de 50 años que sufrió parálisis completa de músculo recto medio (RM) postparto en ojo derecho (OD), que le inducía diplopía invalidante, por lo que fue intervenida en otro centro en el año 2006, realizándose cirugía de resección de RM de 9mm y retroinserción de recto lateral de 15 mm. Tras esta cirugía persistía exotropía de -60 dioptrías prismáticas (DP), y gran tortícolis con cabeza girada a la izquierda. Se decide reintervenir realizando transposición de 2/3 temporales de recto superior e inferior de OD, pasando los tendones por debajo del 1/3 nasal de cada músculo para insertarlo debajo de la inserción del RM. Tras esta cirugía la paciente presenta exotropía de -10 DP y ausencia de tortícolis.

Conclusión: Ante parálisis total de músculo extraocular la mejor opción es la transposición muscular, nunca actuando sobre más de dos músculos a la vez, para evitar el temido síndrome de isquemia de polo anterior.

V30

MANEJO DE LA HIPERFUNCIÓN RESIDUAL POSTQUIRÚRGICA DE OBLICUOS INFERIORES

GARCÍA-MONTESINOS GUTIÉRREZ Javier, SÁNCHEZ GUTIÉRREZ Verónica, RODRÍGUEZ SÁNCHEZ José M.^a

Introducción: La miectomía con denervación del oblicuo inferior es uno de los procedimientos más efectivos para debilitar este músculo y se reserva para casos de grandes hiperfunciones o de recidivas tras intervenciones previas.

Técnica quirúrgica: Presentamos el caso de un varón de cinco años con de hiperfunción de oblicuos inferiores residual y anisotropía vertical tipo «V» tras retroinserción de Apt bilateral por parálisis de cuarto par craneal congénita bilateral. Nos decidimos por realizar una miectomía con denervación bilateral de ambos oblicuos inferiores. Tras disecar y aislar el oblicuo inferior, procedemos a localizar su pedículo vasculonervioso en el margen posterior del músculo y a asegurarlo con un gancho para posteriormente seccionarlo mediante cauterización. Añadimos una miectomía de la porción distal del oblicuo inferior de quince milímetros.

Conclusión: La miectomía con denervación bilateral de los oblicuos inferiores se ha mostrado eficaz para corregir la hiperfunción residual de los oblicuos inferiores y la anisotropía vertical de nuestro paciente.

V31

TRANSPOSICIÓN DE KNAPP EN EL SÍNDROME DE DUANE TIPO I

GOMES GUERRA Marta, FERREIRA REGO Marco, MELO MARQUES Sara, GAMA CASTELA Rui

Introducción: El Síndrome de Duane es todo un reto quirúrgico. Para su tratamiento se prefieren las técnicas de discapacidad, tanto en el ojo afectado como en el ojo sano, juntas con las técnicas de transposición vertical para mejorar la abducción.

Técnica quirúrgica: Niña de 8 años con Síndrome de Duane tipo I del ojo izquierdo (OI), ya sometida a cirugía de retroinserción del recto medial (RM) izquierdo de 7 mm, que mantenía limitación grave de la abducción. Se ha procedido a una retroinserción del RM del OI de 8 mm asociada a una transposición total de los músculos verticales al recto lateral del OI – Técnica de Knapp - y fijación escleral posterior a 16 mm del limbo con sutura no reabsorbible - Técnica de Foster

Conclusión: Las técnicas de transposición vertical con sutura de Foster tienen la ventaja de mejorar la abducción, como ha sucedido en nuestro caso. Todavía no es despreciable el riesgo de desviaciones verticales, isquemia del segmento anterior, hipocorrecciones e hipercorrecciones y la limitación de la ducción contraria a la dirección de la transposición.

V32

CIRUGÍA DE EXPOSICIÓN DE PRÓTESIS OCULAR CON CÁPSULA DE TENON

DOMÍNGUEZ GARCÍA Belén, ÁNGELES FIGUEROA Rubén, SPÍNOLA MUÑOZ Consuelo, GESSA SORROCHE María

Introducción: La exposición del implante supone la complicación más frecuente tras la cirugía de evisceración y enucleación. Esta cirugía debe realizarse lo más precoz posible con el objetivo de evitar la pérdida de conjuntiva y tenon, evitar la proliferación de epitelio en la superficie del material y lo más importante, impedir la infección del mismo, lo que contraindicaría la intervención reparadora. En este caso la prótesis tendría que explantarse. Los injertos libres usados tienen un índice de fracaso muy alto produciéndose una recidiva con mucha frecuencia.

Técnica quirúrgica: Extrusión de implante y recubrimiento del mismo con Cápsula de Tenon. Se infiltra de forma generosa la conjuntiva para conseguir una fácil separación de planos y a continuación se confeccionan 3 «pétalos» de tenon, de tamaño suficiente para unirlos láxamente, solapando uno sobre otro. Finalmente se sutura la conjuntiva recubriendo la capa de tenon. Si la sutura de la conjuntiva se viera dificultada por una tensión excesiva, es preferible poner el conformador al tercer o cuarto día. En caso de que fuera insuficiente, o los fondos de saco se vieran comprometidos si cerramos forzosamente, podría completarse la operación con injerto de membrana amniótica.

Conclusión: Aprovechando que la cápsula de tenon es una vaina fibrosa extensa muy vascularizada que envuelve la totalidad de la esclerótica del ojo, se puede recurrir a ella para el recubrimiento de prótesis oculares expuestas, logrando según nuestra experiencia una mayor tasa de éxito frente a la utilización de injertos libres.

V33

MANIOBRAS QUIRÚRGICAS EN OCULOPLÁSTICA CON AGUJA 21 Y 16-GAUGE

FAGÚNDEZ VARGAS M.^a Antonia, CARRILERO FERRER M.^a José, ORTIZ EGEA José Manuel, VALLE CEBRIÁN Francisca Dolores del,

Introducción: Presentamos diversas maniobras quirúrgicas utilizando una aguja de 21 y 16 gauge hipodérmica como guía para la inserción de diversas suturas.

Técnica quirúrgica: Se muestra la cirugía de elevación de ceja desde el cuero cabelludo, cejapexia a reborde orbitario superior, re inserción de canto interno a periostio y suspensión al frontal; con la ayuda de estas agujas se pasan los hilos a través de su luz para lograr trayectorias más largas y profundas.

Conclusión: La aguja hipodérmica es una herramienta de muy bajo coste que nos facilita algunas maniobras quirúrgicas al permitir pasar las suturas en planos profundos y con un trayecto más largo del que podríamos alcanzar con las agujas que utilizamos habitualmente en cirugía oculoplástica.

Vídeos

V34

RÁPIDO Y SEGURO: ABORDAJE TRANSCONJUNTIVAL PERILIMBAR DEL HEMANGIOMA ORBITARIO

FREYTAS RODRÍGUEZ Angélica de, ESPAÑA GREGORÍ Enrique, SALOM ALONSO David

Introducción: Los hemangiomas cavernosos son tumores benignos relativamente frecuentes en la órbita. A pesar de la benignidad, muy a menudo producen proptosis e interfieren con la función del nervio óptico por lo que requieren intervención quirúrgica. Clásicamente se ha empleado la orbitotomía lateral como vía de abordaje por ofrecer un amplio campo quirúrgico. Sin embargo, requiere una incisión en la piel, una retirada de tejido óseo y una reconstrucción anatómica. Además, si la masa se localiza medial al nervio óptico, el abordaje deberá pasar por él, aumentando el riesgo de lesión del mismo. Presentamos el caso de un paciente de 34 años en el que se realizó el hallazgo incidental en Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de una lesión ocupante de espacio localizada en la grasa orbitaria en el trayecto de los músculos recto medial y recto inferior, con características radiológicas correspondientes a hemangioma. En la exploración física el paciente presentaba un exoftalmos derecho axial, sin alteraciones en la movilidad ocular, agudeza visual ni fondo de ojo. El paciente refería diplopía ocasional.

Técnica quirúrgica: Se decidió realizar una intervención quirúrgica para extraer el tumor mediante una orbitotomía anterior por vía transconjuntival perilimbar. Para ello se realizó una peritomía ínfero-medial 180 grados. Se colocaron suturas de tracción en los músculos rectos inferior y medio para guiar al globo ocular en la dirección deseada. Al llegar a la grasa orbitaria, se procedió a la búsqueda del tumor en la localización indicada por la RM. El tumor fue expuesto y salió completo sin necesidad de traccionar del mismo.

Conclusión: La orbitotomía anterior por vía transconjuntival perilimbar es un abordaje quirúrgico que evita incisión en piel, retirada de tejido óseo y posterior reconstrucción anatómica necesarias en la orbitotomía lateral. Sin embargo, este abordaje no será de elección cuando el tumor se encuentra a gran profundidad en la órbita, presente adherencias importantes o sea potencialmente maligno.

Vídeos

V35

DACRIOCISTORRINOSTOMÍA TRANSCANALICULAR CON LÁSER DIODO Y AMPLIACIÓN ENDONASAL: NUESTRA TÉCNICA PASO A PASO

GARRIDO HERMOSILLA Antonio Manuel, DÍAZ RUIZ M.^a Concepción, GONZÁLEZ GARCÍA Jaime

Introducción: La dacriocistorrinostomía (DCR) transcanalicular con láser diodo es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo que utiliza las vías anatómicas naturales para el tratamiento de pacientes con epífora e infecciones agudas y crónicas de repetición por obstrucción del sistema excretor lagrimal.

Técnica quirúrgica: Pasos a seguir: 1. Anestesia endonasal (otorrinolaringólogo) y tópica + intracanalicular + endosacular (oftalmólogo). 2. Calibración del láser diodo. 3. Introducción de la sonda láser por vía transcanalicular y realización de una osteotomía lo más grande posible en la zona de mayor transiluminación. 4. Ampliación de la osteotomía con sonda láser por vía endonasal. 5. Colocación de una sonda de silicona bicanalicular como primera elección, la cual se retirará en 3 meses si todo está correcto. 6. Aplicación en la osteotomía durante 5 minutos de un trozo de lentina impregnado en mitomicina C 0.4 mg/ml. 7. Se deja en la zona una lentina impregnada en acetónido de triamcinolona durante 4 días. 8. Colirio de tobramicina-dexametasona y oclusión durante 24 horas.

Conclusión: La DCR transcanalicular con láser diodo, ampliación endonasal y sonda bicanalicular, realizada bajo anestesia local, representa en la actualidad nuestra primera elección para el tratamiento de la obstrucción de vía lagrimal adquirida de localización baja. Con ella logramos una tasa de éxito funcional próxima al 75%, evitando así realizar otras intervenciones más agresivas en estos pacientes, habitualmente mayores y pluripatológicos.

Vídeos

V36

COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL DE HUGHES ASOCIADA A TIRA TARSAL PERIÓSTICA: MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA

GIMÉNEZ CASTEJÓN Domingo, MIRANDA ROLLÓN M.^a Dolores, RODRÍGUEZ CAVAS Marta Beatriz, MOLERO IZQUIERDO Concepción

Introducción: Presentamos un paciente de 55 años con una tumoración exofítica de gran tamaño en parpado superior, cuya biopsia arrojó un resultado de carcinoma espinocelular. El colgajo tarsoconjuntival de Hughes asociado con ciertas modificaciones en la técnica es una buena opción reconstructiva para este tipo de tumores de gran tamaño.

Técnica quirúrgica: Tras la extirpación tumoral, se procede a realizar un colgajo tarsoconjuntival a 4 milímetros del borde libre con una buena disección de fondo de saco y dejando fibras del musculo de Muller que aporten buen lecho vascular. Se asocia una tira tarsal de periostio que contribuya a la tensión horizontal al colgajo. La lamina anterior se reconstruye con un injerto de piel de parpado superior contralateral.

Conclusión: El colgajo de Hughes es la técnica de elección de muchos cirujanos para la reconstrucción palpebral en tumores de gran tamaño en parpado inferior, especialmente de tercio medio. Cuando el tumor se encuentra cerca del canto externo, la asociación de una tira tarsal de periostio puede ser una buena aportación al resultado final. Además la elección de piel de parpado superior contralateral es adecuada, dada su consistencia y textura similar a la zona extirpada.

Vídeos

V37

DACRIOADENITIS ESCLEROSANTE CORTICORRESISTENTE. BIOPSIA QUIRÚRGICA

LAPUENTE MONJAS Raquel, GENOL SAAVEDRA Ignacio, SAN ROMÁN LLORÉNS José Javier, TOLEDANO FERNÁNDEZ Nicolas

Introducción: Presentamos el caso clínico de una dacrioadenitis esclerosante crónica de un mes de evolución en la que se realiza biopsia quirúrgica de la tumoración mediante incisión por pliegue palpebral superior y abordaje subperióstico.

Técnica quirúrgica: Previo análisis de prueba de imagen observándose un aumento del tamaño de la glándula lagrimal sin signos radiológicos de malignidad, se decide realizar una biopsia quirúrgica de la tumoración mediante incisión por pliegue palpebral superior y abordaje subperióstico. Se realiza infiltración con anestesia subdérmica y se realiza incisión cutánea superolateral con bisturí frío en párpado superior derecho. Se procede a la disección suborbicular y apertura del tabique preaponeurótico con exposición de parte de paquete graso medial. Se realiza la apertura del periostio del reborde orbitario y se procede a la disección subperióstica utilizando elevador de Freer para la liberación de la tumoración extraconal en ángulo supero-externo orbitario de los tejidos adyacentes. Se recogen dos muestras de la masa asociada a glándula lagrimal para estudio anatómopatológico el cual confirmó la presencia de una dacrioadenitis esclerosante crónica.

Conclusión: La evaluación de un paciente con sospecha de enfermedad inflamatoria orbitaria debe incluir una cuidadosa historia clínica y examen físico así como pruebas de laboratorio dirigidas y estudio de imagen. La biopsia quirúrgica nos ayudará a llegar en la mayoría de los casos al diagnóstico definitivo permitiendo así establecer un plan terapéutico siendo en algunos casos terapéutica en sí misma con la extirpación de la tumoración en su totalidad.

Vídeos

V38

TIRA TARSAL SUPERIOR E INFERIOR EN EL TRATAMIENTO DEL FLOPPY EYELID

LUQUE VALENTÍN-FERNÁNDEZ M.^a Luisa, LÓPEZ FERRANDO Nicolás, SASTRE GALLEGO Luisa M.^a, GALLARDO SÁNCHEZ Luis Miguel

Introducción: Se presenta el caso de una paciente de 38 años con síndrome de Down que acude a nuestro centro por sufrir múltiples úlceras corneales. En la consulta se constata un laxitud y consistencia gomosa de ambos párpados, superior e inferior, diagnosticándose un «floppy eyelid» superior e inferior.

Técnica quirúrgica: Se plantea la estabilización de ambos párpados mediante la realización de un técnica de tira tarsal en párpados superior e inferior en un único acto quirúrgico. En el video se describe el cálculo de la cantidad de tejido a reseca, el procedimiento para la obtención de ambas tiras, y su resultado. No fue necesaria una corrección de ptosis posterior.

Conclusión: La laxitud palpebral extrema un reto para el cirujano oculoplástico. El gran exceso de longitud palpebral obliga a una adecuada reconstrucción de los párpados que permita una correcta tensión horizontal y una movilidad vertical adecuada.

V39

CONJUNTIVORINOSTOMÍA CON TUBOS DE JONES TIPO STOPLOSS

MELO MARQUES Sara, GOMES GUERRA Marta, ANDRÉ TAVARES Rui, AQUINO SOARES Vera

Introducción: La conjuntivorinostomia esta indicada en casos de estenosis severa ou obstrucción de los canalículos lacrimales ou de una dacriocistorinostomia (DCR) fracasada. Los tubos de Jones tipo StopLoss (LTJ Surgical, UK) presentan menores tasas de migración e extrusión que los tubos de Jones clásicos porque tienen un reborde de silicona en la extremidad nasal.

Técnica quirúrgica: Se expone la secuencia de la conjuntivorinostomía utilizando los tubos de Jones tipo StopLoss e control endoscopico endonasal, empezando con la creación del trayecto con la guía e su agrandamiento con el dilatador, siguiendo-se la escoja intraoperatoria de la talla del tubo utilizando los dimensionadores e finalmente la introducción del tubo.

Conclusión: La utilización de los tubos de Jones tipo StopLoss es una alternativa segura e eficaz para hacer el bypass a la via lacrimonasal. Son muy atractivos por la menor tasa de extrusiones y migración.

V40

QUERATOPRÓTESIS EPIDESCÉMICA ASISTIDA POR LÁSER DE FEMTOSEGUNDOS

ALIÓ Y SANZ Jorge L., ABDELGHANY Ahmed A., VEGA ESTRADA Alfredo, FERNÁNDEZ BUENAGA Roberto

Introducción: La cirugía mediante el implante de los modelos habituales de queratoprótesis es invasiva y frecuentemente asociada a complicaciones severas. La queratoprótesis KeraKlear ha sido diseñada bajo el concepto de implante no penetrante. Este hecho puede ayudar a reducir los riesgos postoperatorios tales como la endoftalmitis y la necrosis del tejido corneal en contacto con la prótesis.

Técnica quirúrgica: El procedimiento quirúrgico se realiza asistidos por el láser de femtosegundos. En primer lugar se debe indentificar y marcar el centro de la cornea de modo que la zona óptica de 3,5-4 mm tiene que quedar localizada en el eje visual. El laser actúa realizando una «trepanación» parcial mediante un corte vertical circunferencial en los 3,5 mm centrales así como una disrupción lamelar en un diámetro mayor correspondiente con el diámetro total de la prótesis y que es realizado a 100 micras de la Descemet. Posteriormente se elimina la circunferencia central de tejido que corresponderá con la óptica de la prótesis y se completa la disección lamelar manualmente hasta llegar lo más cerca posible al plano descemético. La queratoprótesis es posteriormente implantada plegada con pinzas. Finalmente se puede suturar la queratoprótesis y se coloca una lente de contacto terapéutica.

Conclusión: Aquellos casos en los que se realiza una disección completamente epidescémica fueron los que obtuvieron los mejores resultados visuales. Esta nueva queratoprótesis está indicada cuando el pronóstico de un trasplante de cornea es malo. Además debido a su naturaleza no penetrante, permite minimizar el riesgo de complicaciones clásicas de la cirugía con queratoprótesis.

Vídeos

V41

RECIDIVA ANGULAR DE QUERATITIS MICÓTICA

BOTO DE LOS BUEIS Ana, HIERRO ZARZUELO Almudena del, GARCÍA Julio, ROS Fátima

Introducción: *Pythum insidiosus* es una causa poco frecuente de queratitis en zonas tropicales y subtropicales. Este oomiceto no es sensible a los antifúngicos habituales al no tener ergosterol en su membrana plasmática. Presentamos el caso de un varón de 30 años con queratitis y perforación por *P insidiosus*, que presentó recurrencia de la infección tras una queratoplastia penetrante de 8 mm en córnea, y una segunda recurrencia en cámara anterior tras una segunda queratoplastia de 10 mm a pesar de tratamiento médico con terbinafina, yoduro potásico y minociclina VO.

Técnica quirúrgica: Se realizó exploración de segmento anterior resecaando las estructuras afectadas y analizándolas en el laboratorio de Microbiología durante la cirugía. El ángulo inferior y superior mostró afectación y fue resecaado. El iris y cristalino no mostraron hifas. Se finalizó la cirugía fotocoagulando iris y ángulo y con una queratoplastia de 12 mm tras lo cual no hubo recurrencias de la infección, manteniendo AV de 1/6 y PIO normal.

Conclusión: hasta el momento la cirugía radical es la única opción curativa en las queratitis por *Pythum*. En caso de recidiva en cámara anterior el reservorio puede localizarse en el ángulo irido corneal, que deberá ser también resecaado.

V42

CIRUGÍA EN LA DEGENERACIÓN NODULAR DE SALZMANN

HOYOS CHACÓN Jairo, CIGALES JIROUT Melania, HOYOS CAMPILLO Jairo

Introducción: Presentamos el caso de un varón de 59 años, trabajador de la rama del metal y con episodios repetidos de cuerpos extraños metálicos enclavados en la córnea durante años. Refería una disminución progresiva de la visión y presentaba una degeneración nodular de Salzmann.

Técnica quirúrgica: Decidimos tratar este caso pelando el material nodular hialino de la superficie de la membrana de Bowman. Para ello, desepitelizamos la zona de los nódulos y buscamos un plano de clivaje para realizar el arrancamiento del nódulo. Pulimos la cornea y ocluimos el ojo hasta su completa re-epitelización. La agudeza visual mejoró de 0.25 a 1.0 y la córnea recobró su transparencia.

Conclusión: El pelado de los nódulos de la degeneración nodular de Salzmann es una técnica sencilla y eficaz.

V43

CROSS-LINKING TRANSEPITELIAL ACCELERADO CON IONTOFORESIS EN ECTASIAS CORNEALES. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

IRADIER URRUTIA M.^a Teresa, PALMERO FERNÁNDEZ Laura

Introducción: El cross-linking (CXL) ha demostrado su eficacia para estabilizar la biomecánica corneal en casos de ectasia. En la técnica clásica descrita por Theo Seyler es preciso desepitelizar para una correcta penetración de la riboflavina en el estroma, pero los problemas en la reepitelización la causa de la mayoría de las complicaciones. Presentamos una nueva técnica en la que no es necesaria la desepitelización pero se consigue una concentración de riboflavina eficaz para la realización del CXL.

Técnica quirúrgica: En condiciones estériles y con anestesia tópica, se impregna la córnea en una solución de riboflavina al 0,1% durante 5 minutos utilizando un sistema de iontoforesis, sin desepitelizar. Posteriormente se realiza CXL acelerado aplicando una radiación de luz ultravioleta A de 10 mW durante 9 minutos. Finalmente se coloca una lente de contacto terapéutica. El tratamiento postoperatorio consiste en fluorometolona y antibiótico tópicos, además de lágrimas artificiales durante 20 días, colirio de diclofenaco el día de la intervención y ciclopléjico las primeras 48 horas.

Conclusión: El cross-linking transepitelial acelerado presenta una recuperación más rápida y con menos complicaciones que la técnica clásica pero manteniendo su eficacia. El proceso de iontoforesis permite una mejor penetración de la riboflavina en el estroma corneal con epitelio intacto evitándose las complicaciones asociadas a la desepitelización.

Vídeos

V44

DSAEK: SOLUCIONES SOBRE LA MARCHA

ITURBE OTEGI Julene, ROMERO MORENO Ioana, LÓPEZ GUTIÉRREZ Carlos, ROBLES ELEJALDE Cristina Begoña

Introducción: El trasplante de córnea endotelial DSAEK (Descemet's Stripping Automated Endothelial Keratoplasty) se ha convertido en una alternativa a la queratoplastia penetrante, con buenos resultados postquirúrgicos.

Técnica quirúrgica: En la DSAEK la membrana Descemet es extraída de la córnea receptora de manera automatizada mediante un microqueratomo sobre una cámara anterior artificial, consiguiendo de esta manera lechos más homogéneos y mejores adherencias. Se obtiene así endotelio, membrana Descemet y parte del estroma en el disco donante. Se realiza a continuación la descematorrexis en el ojo receptor, se introduce el disco donante y se inyecta una burbuja de aire en cámara anterior. En la cirugía que presentamos, mediante el microqueratomo Amadeus se obtiene un injerto donante de 275 micras de espesor que impide la introducción en el inyector Endosaver. Por lo que se decide modificar la técnica quirúrgica e introducir el disco donante mediante sutura en el ojo receptor.

Conclusión: Los resultados son satisfactorios, por lo que se puede concluir que en complicaciones de este tipo se puede considerar esta técnica como alternativa para la introducción del injerto donante.

Vídeos

V45

OCLUSIÓN PUNTAL CON PARCHE CONJUNTIVAL ADHERIDO CON TISSUCOL

LÓPEZ FERRANDO Nicolás, SASTRE GALLEGO Luisa M.^a, LUQUE VALENTÍN-FERNÁNDEZ M.^a Luisa, GALLARDO SÁNCHEZ Luis Miguel

Introducción: Uno de los tratamientos adyuvantes en el síndrome de ojo seco severo es la oclusión de puntos lagrimales permanente. Habitualmente se realiza con tapones sintéticos, pero estos no son bien tolerados por algunos pacientes. En estos casos se pueden sustituir por injertos conjuntivales.

Técnica quirúrgica: Se muestra un caso de queratocono con anillos intracorneales implantados y sequedad severa, con buena tolerancia a oclusión puntal permanente, pero que con el tiempo los tapones produjeron erosiones corneales. Se muestra la técnica de oclusión bilateral con injerto conjuntival único dividido, y su colocación en los puntos lagrimales inferiores fijándolo con Tissucol

Conclusión: la oclusión de los puntos lagrimales inferiores con injertos conjuntivales fijados con Tissucol es una técnica rápida y segura con buenos resultados funcionales.

V46

CIRUGÍA DE LA CATARATA PEDIÁTRICA EN PACIENTE CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

FIDALGO BRONCANO Álvaro, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando, LÓPEZ ARROQUIA Elvira, LÓPEZ-ROMERO MORALEDA Sonia, LÓPEZ MONDÉJAR Esperanza, BARRAJÓN RODRÍGUEZ Angela, ZARCO TEJADA José Manuel

Introducción: Presentamos una paciente de 4 años de edad diagnosticada de artritis idiopática juvenil, cuya evolución ha cursado con numerosos episodios de uveítis, favoreciendo la aparición precoz de una catarata con múltiples sinequias iridianas posteriores.

Técnica quirúrgica: Mediante una sutura de seda 6/0 sujetamos el recto superior para facilitar la exposición del lugar de la incisión. Procedemos a realizar una incisión escleral tunelizada mediante cuchillete de Crescent. Antes de completarla, se liberan de forma cuidadosa las sinequias iridianas con ayuda de viscoelástico dispersivo, microtijeras y micropinzas de 23 Gauges (Gs). Colocamos 5 retractores de iris para conseguir un diámetro pupilar suficiente para llevar a cabo la cirugía. Con un cuchillete de 2,2 mm completamos la incisión principal. Dada la enorme tendencia del iris a herniarse desde el primer momento decidimos realizar la capsulorrexis mediante las paracentesis de servicio empleando el cistitomo y las micropinzas. Con tijera de Vannas, efectuamos una iridectomía parcial del iris herniado. Se ejecuta una facoemulsificación y pulido capsular sin complicaciones. Ampliamos la incisión principal a 4,1 mm e introducimos una lente de tres piezas en el saco capsular. Utilizando viscoelástico dispersivo con aguja 30 Gs, perforamos la capsula posterior a la vez que inyectamos viscoelástico para rechazar la hialoides anterior. Usando las micropinzas realizamos una capsulorrexis posterior, ampliándola con microtijeras, para alcanzar el tamaño apropiado que nos permita realizar la maniobra de Gimbel. Finalizamos suturando la incisión principal y la conjuntiva.

Conclusión: Creemos que dada la evolución técnica e instrumental actual es posible y recomendable la implantación de lente intraocular en este tipo de catarata pediátrica, ya que pensamos que la rehabilitación funcional es mejor de este modo. Con nuestra técnica habitual nos parece abordable y reproducible llevarla a cabo en la mayoría de los casos.

Vídeos

V47

MANEJO DE HEMORRAGIA PREMACULAR DE LOCALIZACIÓN BAJO LA LIMITANTE INTERNA
BUENO PALACÍN José Luis, ORTÍZ DE ZÁRATE ARANZAMENDI Begoña, HERNÁNDEZ
GUTIÉRREZ María, CARABALLO GARCÍA Verónica

Introducción: Presentamos un caso de hemorragia premacular de localización bajo la limitante interna

Técnica quirúrgica: Realizamos una vitrectomía 23g con levantamiento de la hialoides posterior y de la limitante interna previa tinción de la misma con azul dual.

Conclusión: Ante una hemorragia premacular importante, la vitrectomía posterior es una técnica segura, que realizada precozmente evita complicaciones y facilita la recuperación visual a niveles previos de la aparición de la hemorragia.

Vídeos

V48

CIRUGÍA DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON PVR ANTERIOR Y POSTERIOR

FOULQUIÉ MORENO Elisa, GARCÍA ELSKAMP Christian, CANTO SAN MIGUEL Pilar

Introducción: Los casos de desprendimiento de retina con PVR anterior y posterior presentan un enorme reto quirúrgico.

Técnica quirúrgica: Presentamos un caso en el que la realización de meticulosa extracción de la proliferación glial posterior y anterior, unido al empleo de cerclaje bien indentado y colocado en la base del vítreo.

Conclusión: Consiguen reaplicar la retina y evitar la realización de una amplia retinotomía inferior.

V49

PELADO MEMBRANA EPIRETINIANA Y LIMITANTE INTERNA MEDIANTE VITRECTOMÍA 27 G ASISTIDA CON TRISENCE

GARAY ARAMBURU Gonzaga, DÍAZ DE DURANA SANTA COLOMA Enrique, LARRAURI ARANA Arantza, DALMASSO Cristian Eduardo

Introducción: La tendencia actual en la cirugía vitreoretiniana es hacia la cirugía mínimamente invasiva sin disminuir los resultados funcionales. Presentamos el caso de paciente mujer de 70 años con membrana epirretiniana a la que se le realiza vitrectomía pars plana 27g asistida con triamcinolona intravítrea.

Técnica quirúrgica: Se realiza introducción de los trocares de manera perpendicular a la esclera (no requiere introducción biselada ni biplanar). Se realiza vitrectomía central asistida mediante triamcinolona 40 mg/ml (Triesence®). Se realiza pelado de membrana epirretiniana y limitante interna asistida con azul trypan. Se observa en el video con nitidez las dos membranas. Tras la revisión de la periferia se concluye la cirugía sin necesidad de suturar las esclerotomias. El primer día postoperatorio se realiza tomografía de coherencia óptica de tipo swept source de las tres esclerotomias, en la que se observa la conjuntiva periincisional, los trayectos verticales de las esclerotomias y la ausencia de desprendimientos ciliocoroideos e incarcerationes vítreas.

Conclusión: La vitrectomía 27g es una técnica sencilla, rápida y útil para realizar pelados de membrana epirretiniana y limitante interna. La tinción con Triesence facilita la visualización del vítreo, acortando los tiempos quirúrgicos. La esclerotomía directa en este caso, no genera desprendimientos ciliocoroideos ni hipotonía.

Vídeos

SEE@90

COMUNICACIONES EN PANEL



 MSD OFTALMOLOGÍA


(clorhidrato de dorzolamida y maleato de timolol)


un servicio de  MSD

PANELES CIENTÍFICOS

CP1

DESARROLLO DE UN MODELO EXPERIMENTAL PARA CIRUGÍA DE CATARATA

ALFONSO BARTOLOZZI Belén, BARRIO BARRIO Jesús, VELÁZQUEZ VILLORIA Álvaro, CIUFO Gianfranco

Propósito: Desarrollar un modelo experimental de catarata en ojo de cerdo que sirva para la formación práctica en cirugía de facoemulsificación.

Método: Se utilizaron 24 ojos de cerdo divididos en 3 grupos de 8. Todos los ojos fueron expuestos a diferentes energías de microondas (650-850 vatios) con la idea de conseguir distintos tipos de esclerosis nuclear, y posteriormente fueron congelados a -20 grados centígrados. En el grupo A, para proteger el endotelio, se introdujo en cámara anterior una burbuja de aire, y tras la criopreservación, se le aplicó glicerina a la córnea durante 20 minutos, para disminuir el edema corneal. Los grupos B y C, son grupos control; un grupo se dejó descongelar sin aplicarle glicerina sobre la córnea, y a el otro grupo, se le aplicó glicerina durante 20 minutos.

Resultados: Se consiguió una gradación de la catarata en función de la energía de microondas. A los ojos en los que introducimos una burbuja de aire en cámara anterior y, después de la criopreservación, les aplicamos glicerina sobre la córnea, mantuvieron una buena transparencia corneal, permitiendo realizar la técnica estándar de cirugía de catarata (incisiones, hidrodissección, rotación del núcleo y facoemulsificación).

Conclusiones: En los ojos de cerdo donde introducimos una burbuja de aire en cámara anterior, las cataratas inducidas por microondas y la calidad de los tejidos oculares que se obtienen mediante criopreservación y posterior exposición a glicerina, permiten realizar una cirugía estándar del cristalino y facilitar el aprendizaje de la misma.

CP2

COMPARACIÓN DE LA FUNCIÓN VISUAL EN PACIENTES IMPLANTADOS CON LENTE INTRAOCULAR MULTIFOCAL DIFRACTIVA VERSUS LENTE MONOFOCAL

ALTEMIR GÓMEZ Irene, OTÍN MALLADA Sofía, GARCÍA MARTÍN Elena, BLASCO MARTÍNEZ Alejandro, LARROSA POVES José Manuel, POLO LLORÉNS Vicente

Propósito: Comparar los resultados de calidad visual en pacientes intervenidos de cirugía de catarata a los que se les implantó lente intraocular (LIO) Tecnicos® monofocal (modelo ZCBOO) frente a los que se implantó Tecnicos® multifocal difractiva (modelo ZMBOO) (Abbot, Medical Optics).

Método: Se incluyeron en el estudio 38 ojos de 38 pacientes. A 16 de ellos se les implantó LIO monofocal y a 22 LIO multifocal. Todos ellos fueron intervenidos por el mismo cirujano utilizando la misma técnica de facoemulsificación del cristalino con incisiones de 2,2 mm e implante de LIO en saco capsular. Se les realizó un examen visual completo pre y postquirúrgico. Al mes de la cirugía se refraccionaron y se evaluó la agudeza visual (AV) con láminas ETDRS (logMar) sin corrección y con corrección de lejos y de cerca, la sensibilidad al contraste (SC) con el test CSV-1000 en condiciones fotópicas y mesópicas y para 4 frecuencias (3, 6, 9 y 12 ciclos/grado), y la velocidad lectora con el test de Radner-Vissum. Se comparó la dependencia o no de gafas después de la cirugía en ambos grupos.

Resultados: La refracción tras la cirugía en cerca fue 2,79D para el grupo de monofocales y 0,25D para el grupo de multifocales. La AV mejor corregida de los pacientes con LIO monofocal fue -0,02 para lejos y 0,02 para cerca; y con LIO multifocal fue -0,04 y 0,02 respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para la AV, SC y velocidad lectora media ($p > 0,05$). Se registró una necesidad de gafas significativamente menor en el grupo en el que se implantó LIO multifocal ($p < 0,001$).

Conclusiones: La aparición de las lentes multifocales está permitiendo abrir un nuevo campo de actuación en la cirugía de cataratas, ofreciendo una mayor independencia de gafas. Los valores de calidad de visión obtenidos con LIO multifocal no son inferiores a los que se obtienen con LIO monofocal. Es importante conocer las propiedades ópticas de las lentes implantadas para una elección óptima de ésta.

CP3

CAMBIOS EN EL GROSOR CORNEAL EPITELIAL TRAS CIRUGÍA DE CATARATA

MALDONADO LÓPEZ Miguel, CALABUIG GOENA María, LÓPEZ MIGUEL Alberto, MARQUÉS FERNÁNDEZ Victoria, COCO MARTÍN Begoña, IGLESIAS CORTIÑAS Darío

Propósito: Evaluar los cambios en el grosor corneal epitelial y no epitelial tras facoemulsificación.

Método: Veinte pacientes operados de catarata senil mediante facoemulsificación utilizando una incisión de 2,75 mm creada a 180 grados participaron en este estudio piloto. El grosor corneal epitelial y no epitelial se midió utilizando un sistema de tomografía de coherencia óptica de dominio espectral antes y una semana y un mes tras la cirugía de catarata. Las localizaciones de medición de los grosores fueron en el ápex corneal y en áreas paracentrales a 3 mm del centro en los hemimeridianos de 0 y 180 grados.

Resultados: No se observaron cambios significativos en el grosor epitelial a la semana de la cirugía, sin embargo, al mes, en el centro y en las localizaciones paracentrales a 180 y 0 (52.7 ± 3.8 , 53.1 ± 5.4 , and $52.7 \pm 5.3 \mu\text{m}$, respectivamente), el grosor epitelial decreció significativamente ($P < 0.01$) comparado con los valores preoperatorios (57.2 ± 4.8 , 58.0 ± 5.7 , $56.6 \pm 5.3 \mu\text{m}$, respectivamente). Los grosores corneales no epiteliales centrales y paracentrales a 180 y 0 grados (515.5 ± 39.6 , 534.3 ± 45.6 , and $521.3 \pm 36.9 \mu\text{m}$, respectivamente) incrementaron significativamente ($P < 0.01$) a la semana comparado con los valores preoperatorios (486.2 ± 34.7 , 498.2 ± 33.8 , $497.5 \pm 32.3 \mu\text{m}$, respectivamente). Además, el incremento a la semana de los grosores corneales no epiteliales fueron significativamente ($P = 0.02$) mayores en el centro ($29.3 \pm 17.2 \mu\text{m}$) y en la medioperiferia a 180 grados ($36.1 \pm 28.7 \mu\text{m}$) comparado con el de la medioperiferia a los 0 grados ($23.8 \pm 16.5 \mu\text{m}$).

Conclusiones: El edema corneal postoperatorio tras facoemulsificación afecta de manera irregular a las subcapas corneales. El incremento inicial del grosor corneal no epitelial de las áreas centrales y paracentrales se compensa con el adelgazamiento epitelial en esas mismas localizaciones corneales. Estos cambios en los grosores de las subcapas corneales son mayores en las áreas más cercanas a la incisión corneal.

CP4

ANÁLISIS DE CAMBIOS EN PIO Y DE PARÁMETROS BIOMÉTRICOS DEL SEGMENTO ANTERIOR TRAS FACOEMULSIFICACIÓN MEDIANTE OCT DE SEGMENTO ANTERIOR

MARTÍNEZ HORMAECHEA M.^a Elena, URCOLA CARRERA J. Aritz, GARRIDO FIERRO Jesús, PÉREZ-LANDALUCE PÉREZ Irene, GARAY ARAMBURU Gonzaga

Propósito: Estudio de la correlación entre modificación presión intraocular (PIO) tras la facoemulsificación con los parámetros del segmento anterior medidos con tomografía de coherencia óptica swept source (OCT-SS) en pacientes afectos de catarata.

Método: Estudio prospectivo sobre 50 ojos de 50 pacientes. Se evaluó prequirúrgicamente y tres meses de la cirugía la PIO junto con las siguientes medidas biométricas mediante la OCT-SS: profundidad de cámara anterior (ACD), distancia de apertura angular (AOD) temporal y nasal a 500 y 750 μ m del espolón escleral, y protrusión del cristalino; «vault» de la lente (LV).

Resultados: La disminución media postoperatoria de la PIO fue de 3,37 \pm 2,09 mm Hg ($P < 0,05$). Todos los parámetros biométricos mostraron modificaciones estadísticamente significativas tras la cirugía pero en ninguno de ellos se encontró una correlación estadísticamente significativa con la modificación de la PIO. La única variable que tiene una correlación estadísticamente significativa con la variación de la PIO es la PIO preoperatoria.

Conclusiones: Las modificaciones postoperatorias de los parámetros biométricos del segmento anterior medidos mediante OCT-SS no presenta relación estadísticamente significativa con el descenso de la PIO en pacientes afectos de catarata. Son necesarios futuros estudios que profundicen en estos parámetros fundamentalmente en pacientes afectos de glaucoma de ángulo estrecho.

CP5

ANÁLISIS DEL MANEJO PERIOPERATORIO DE CATARATAS CON PSEUDOEXFOLIACIÓN EN UN HOSPITAL GENERAL

MATA GÓMEZ M.^a del Pilar, MÉNDEZ VEGA Alicia, MENDOZA GARCÍA Brenda Carmina, COLINO GALLARDO Carlos

Propósito: Evaluar la actuación de cirujanos expertos en cirugías de catarata con pseudoexfoliación (PSX) y valorar los resultados al mes.

Método: Estudio retrospectivo de 833 cirugías de catarata realizadas en 2013 en nuestro centro. Analizar los hallazgos perioperatorios de los casos con PSX.

Resultados: 39 ojos, 38 pacientes. 23 del sexo femenino (58,9%). Edad media de 72,46 años (rango 61-85). Prevalencia de PSX del 4,68%. La mejor agudeza visual corregida (MAVC) evaluada por el test de Snellen preoperatoria media 0.3. Biomicroscopía: Cataratas hiper maduras 9 (23%), nucleares 6 (15,5%), mixtas 24 (61,5%). Profundidad de cámara anterior estrecha en 3 ojos (7,7%). Dilatación pupilar escasa en 8 (20,5%). Distinguimos: Grupo 1 (con glaucoma PSX), 18 ojos (38,46%): Presión intraocular (PIO) preoperatoria media 19.8 ± 10 , valorada con tonómetro de aplación de Goldman. Tratados con 1 principio activo 33%, con 2 el 50% y con 3 el 16,6%. Grupo 2 (sin glaucoma): PIO media $16,23 \pm 6$. Respecto a la cirugía: Anestesia general 1 caso, locoregional 6 e intracamerular 32 (82%). Se realizaron 5 cirugías extracapsulares y 34 (87,1%) facoemulsificaciones, una de ellas combinada con trabeculectomía. Se precisó tinción capsular con azul tripán en 6 casos, anillos de tensión capsular en 7 y retractores de iris en 3. Complicaciones: 4 roturas de cápsula posterior con vitreorragia y vitrectomía anterior y 1 caso de desinserción zonular. Lente intraocular implantada en saco en 35 casos y en sulcus en 4. Postoperatorio. MAVC media 0.7. La PIO media se redujo 15,65% en el grupo 1 y 3,5% en el 2. Se detectaron 1 desprendimiento de retina, 1 hemovitreo, 1 atrofia papilar y 4 maculopatías. Conclusiones: La cirugía de catarata en el síndrome PSX reduce la PIO al mes. En nuestra serie, en los casos de glaucoma asociado, fue 5 veces superior. El índice de complicaciones fue del 12,82%, su adecuado manejo intraoperatorio permite alcanzar unos resultados funcionales satisfactorios.

CP6

COMPARACIÓN DE DOS SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO LENTES INTRAOCULARES

MERINO HIJOSA M.^a José, BLÁZQUEZ SÁNCHEZ Vanesa, MORENO Fé, GROS OTERO Juan, ÁLVAREZ-REMENTERÍA FERNÁNDEZ Laureano

Propósito: Para que las lentes tóricas intraoculares aporten la máxima corrección debe situarse en el eje preciso (el cual se obtiene al realizar el cálculo del mismo). Cada grado que la lente se gira de su posición, supone una pérdida del 3,3% del poder de la lente intraocular.

Método: Análisis retrospectivo de dos poblaciones a los que se les implanta LIO tóricas ya sean monofocales y multifocales, utilizando dos métodos para el posicionamiento de la misma durante la cirugía.

Resultados: A pesar que de los 2 grupos presentan tasas de rotación muy bajas (2% Verion vs 6% arcuatas con el LenSx), el nuevo sistema Verion muestra una disminución de las tasas de rotación.

Conclusiones: Los nuevos sistemas desarrollados aportan una mayor seguridad y precisión en la cirugía de catarata, permitiendo obtener unos mejores resultados en lo mismo logrando así la satisfacción del paciente y el paciente.

CP7

RESULTADOS CLÍNICOS DE LA QUERATECTOMÍA FOTOREFRACTIVA (PRK) MIÓPICA UTILIZANDO UNA NUEVA TÉCNICA DE DESEPITELIZACIÓN CORNEAL

BILBAO CALABUIG Rafael, GONZÁLEZ LÓPEZ Félix, BELTRÁN Jaime

Propósito: Evaluar los resultados clínicos de la PRK para el tratamiento de la miopía utilizando una nueva técnica de desepitelización corneal.

Método: Este estudio retrospectivo incluyó los pacientes intervenidos consecutivamente mediante PRK miópica por un mismo cirujano (R.B-C.). Una esponjita circular de celulosa embebida en una solución de etanol al 20% se coloca centrada sobre la superficie corneal durante 50 segundos; posteriormente el epitelio central es movilizado con una hemosteta triangular ejerciendo una presión con movimientos circulares sobre la córnea; finalmente el epitelio es levantado fácilmente con otra hemosteta realizando una «epiteliorexis» circular. La ablación fotorrefractiva se realizó posteriormente con una plataforma Technolas 217 Z, usando nuestros nomogramas y algoritmos habituales. La refracción, los cambios en la agudeza visual lejana con (AVLCC) y sin (AVLSC) corrección y las incidencias y complicaciones peroperatorias fueron evaluadas.

Resultados: El estudio incluyó 248 ojos de 144 pacientes. El Equivalente Esférico (EE) preoperatorio medio fue $-3.73D \pm 1.49$ SD (rango -7.12 a $-1D$) y el cilindro refractivo preoperatorio medio $-0,65D \pm 0,71$ SD (rango 0 a $-4D$). Al menos 3 meses tras la intervención (media 120 ± 58 días), la AVLSC media fue 0.97 ± 0.08 y el EE medio -0.04 ± 0.33 (rango $+0.85$ a $-0,82$); postoperatoriamente 96% de los ojos tenían un EE entre $\pm 0.5D$. El Índice de Eficacia fue de 0,99 y el Índice de Seguridad de 1,02. El tiempo medio para la repitelización corneal completa fue de 5.1 ± 0.4 días y ningún paciente requirió más de 14 días de uso de lente de contacto. Ningún ojo perdió dos o más líneas de AVLCC ni presentó ninguna complicación clínica significativa. Sólo 1 ojo requirió un procedimiento de retratamiento refractivo al final del seguimiento.

Conclusiones: La técnica que combina una acción mecánica y una química, reduce las molestias del paciente, evita el vertido de soluciones tóxicas o irritantes sobre la superficie ocular, evita la aplicación de presión sobre el globo ocular y elude el uso de material quirúrgico afilado o puntigudo peligroso durante la intervención. Estos factores podrían minimizar el traumatismo corneal intraoperatorio, permitiéndonos reducir con ello la inflamación postoperatoria y optimizar nuestro resultados quirúrgicos.

CP8

IMPACTO DE LA MMC SOBRE EL ENDOTELIO CORNEAL EN LASEK TRAS 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO

GARRIDO LINARES Jaime, FERNÁNDEZ BARRIENTOS Yolanda, PÉREZ CASASECA Cristina, RAMOS NAVARRO José Luis

Propósito: Valorar el efecto de la MMC sobre el endotelio corneal tras 4 años en pacientes sometidos a Queratomileusis Subepitelial con Láser (LASEK).

Método: Estudio prospectivo en 206 ojos de 110 pacientes de los cuales 65 son mujeres y 45 hombres. Todos los ojos fueron tratados de cirugía refractiva de superficie mediante técnica LASEK, con un láser excimer Technolas Z-100, con un periodo mínimo de seguimiento de 4 años. El equivalente esférico (EE) medio tratado fue de $-4,77 \pm 1,7$ Dioptrías y la ablación media de 94 ± 27 micras. Tras la ablación y previa a la reposición del epitelio se realizó una aplicación simple de MMC al 0,02% durante un periodo de 15 segundos empleando una esponja de metilcelulosa de 8 mm de diámetro. Tras lavado con suero fisiológico y reposición del epitelio corneal se colocó una lente de contacto que fue retirada entre el 5º y 7º día. Empleamos el microscopio especular endotelial Topcon SP-3000 P, cogiendo como valor la media de tres contajes endoteliales previos a la cirugía y a los 4 años de la intervención. La densidad endotelial, el coeficiente de variación y el porcentaje de células hexagonales fueron comparados con el test no paramétrico de Mann-Whitney.

Resultados: El contaje endotelial previo y post cirugía fue de 2653 ± 673 céls/mm² y 2797 ± 688 céls/mm², no existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($P=0.66$). El coeficiente de variación previo y postcirugía fue de 0.31 ± 0.06 (rango: 0.20 a 0.45) y de 0.24 ± 0.04 (rango: 0.20 a 0.32), respectivamente. Esta diferencia tampoco fue estadísticamente significativa ($P=0.06$). El porcentaje de células hexagonales previo y postcirugía fue del $61\% \pm 5.8\%$ (rango: 47% a 70%) y de $64\% \pm 6.7\%$ (rango: 52% a 73%), respectivamente. La diferencia no fue estadísticamente significativa entre ambos grupos ($P=0.12$). Ningún paciente desarrolló haze tras la cirugía.

Conclusiones: A pesar de estos efectos indeseables, la MMC sigue siendo de gran utilidad en numerosos procesos, tales como la cirugía del pterigión, cirugía refractiva, trabeculectomías y en el control del penfigoide cicatricial. En la cirugía refractiva la MMC se emplea en diversas ocasiones, tales como en la alta miopía, hipermetropía, cirugía refractiva previa: PRK, LASEK, QFR, complicaciones previas del lenticulo, etc. ya que si se emplea de forma adecuada, el tiempo de epitelización es el mismo que cuando no se emplea MMC (4-5 días) y mediante el control de la cicatrización estromal previene la formación del Haze corneal, que es una de las complicaciones más temidas en la cirugía de superficie. En nuestro estudio no hemos hallado un daño estadísticamente significativo sobre las células endoteliales por parte de la MMC al 0,02%, aunque además del daño directo que provoca la muerte por apoptosis tras la aplicación de la MMC, se ha demostrado que existe un daño en el ADN acumulado en las células endoteliales, que a corto plazo no provoca la muerte de dichas células, pero que sí que podría ser la causa de una muerte celular a largo plazo, por lo que son necesarios estudios a más largo plazo para valorar los efectos reales de la MMC sobre el endotelio corneal.

CP9

TRATAMIENTO DE HAZE POST QUERATECTOMÍA FOTORREFRACTIVA (PRK)

MARTÍN CALVO Carlos, MAURICIO CASANOVA Joaquim, CASAMAJO QUELLA Noemí, SÁNCHEZ JAYUSSI Saskia, PRATS VIDAL Pilar, COSTA VILA Jesús

Propósito: Exponemos el tratamiento quirúrgico que realizamos para solucionar el hazo post-PRK. Presentamos 3 pacientes (4 ojos) con hazo corneal de más de un año de evolución post PRK miópica de una serie de 95 pacientes operados en nuestro centro. Uno de ellos presentaba antecedentes de queloide desconocido hasta el postoperatorio. El hazo corneal suele alcanzar la mayor intensidad al tercer mes postoperatorio, tendiendo a decrecer de forma gradual hasta el año y medio tras la cirugía. La intensidad de hazo se relaciona sobre todo con la profundidad de la ablación, pacientes jóvenes, tratamientos incompleto de corticoides tópicos postoperatorio, retraso en la epitelización, presencia de ciertas enfermedades sistémicas y otros. Clínicamente se manifiesta por disminución de calidad visual así como de la mejor agudeza visual corregida (BCVA) y regresión de la miopía corregida.

Método: Realizamos tratamiento del hazo mediante fotoqueratectomía terapéutica con láser excimer (PTK) asociada a mitomicina C 0.02% (0,2 mg/ml) (MMC) durante 30 segundos. Previamente hemos realizado tomografía de coherencia óptica (OCT) corneal para evaluar profundidad del hazo, en ningún caso la profundidad de la opacidad fue un factor limitante para su tratamiento. Evaluamos también BCVA, y MTF (modulation transfer function) mediante OQAS© pre-PTK y post-PTK a los 3 meses del tratamiento.

Resultados: En los 3 pacientes intervenidos tanto la BCVA como la MTF mejoraron de manera significativa a los 3 meses post-tratamiento. No se evidenció nueva proliferación fibroblástica secundaria a PTK durante el período estudiado gracias al tratamiento con mitomicina C.

Conclusiones: El tratamiento de PTK asociado a MMC resultó efectivo y suficiente para conseguir un resultado satisfactorio en nuestros pacientes tanto en BCVA como en calidad visual. Los autores no tienen ningún interés financiero en los productos o instrumental utilizados.

CP10

INFLUENCIA DE LA MORFOLOGÍA DEL DEFECTO GLAUCOMATOSO EN EL VFI Y SU PAPEL EN LA ESTADIFICACIÓN DEL GLAUCOMA

ALMENDRAL GÓMEZ Alfonso, MARTÍN UCERO Ana M.^a, MUÑOZ NEGRETE Francisco José, REBOLLEDA FERNÁNDEZ Gema

Propósito: determinar los puntos de corte del «Visual Field Index» (VFI) equivalentes a los respectivos puntos de desviación media (DM) en la estadificación GSS (Glaucoma Severity Staging) del glaucoma, y determinar si la afectación de alguno de los puntos en los 6º centrales puede, por sí sola, modificar el VFI en magnitud suficiente como para cambiar la estadificación del campo visual.

Método: análisis retrospectivo de 214 informes GPA-II, de 145 pacientes, recogidos entre 1999 y 2013. Se excluyeron aquellos ojos con un seguimiento inferior a 5 campos visuales, y aquellos con baja fiabilidad (pérdidas de fijación mayores del 25%, falsos positivos mayores del 10% o falsos negativos mayores del 33%). Se establecieron dos grupos en base a la afectación de alguno de los puntos situados en los 6º centrales.

Resultados: En el análisis global, ambos grupos fueron comparables en todos los parámetros salvo en DM (diferencia media entre los grupos de 5,32 (IC95% 3,77-6,86) y VFI (diferencia media entre los grupos de 19,24 (IC95% 14,5-23,9)). Los puntos de corte de VFI correspondientes a los valores de DM de -6, -12 y -20 dB, fueron 84,5%, 68,5% y 42% respectivamente. Estratificando por la severidad del DM, se encontraron diferencias significativas en VFI para los casos leves, moderados y avanzados, con unas diferencias medias de 4,47 (IC95% 2,4-6,48), 5,9 (IC95% 2,92-8,88) y 9,06 (IC95% 1,32-16,78), respectivamente. Dichas diferencias no fueron significativas en los casos severos. Los grupos fueron comparables en el resto de parámetros valorados.

Conclusiones: El VFI parece un parámetro válido para establecer la existencia de afectación central, dado que disminuye en presencia de la misma, tanto de manera global como en los distintos grupos estratificados por severidad, salvo para los daños más severos. Sin embargo, estas diferencias en VFI no parecen ser suficientes como para producir por sí solas un cambio en el estadiaje de la clasificación del glaucoma.

CP11

EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON PROSTAGLANDINAS TÓPICAS SOBRE LA BIOMECÁNICA CORNEAL ANALIZADO POR OCULAR RESPONSE ANALYZER Y CORVIS ST

BOLÍVAR DE MIGUEL Gema, SÁNCHEZ BARAHONA Cristina, CASTEJÓN CERVERO Miguel Ángel, GUITIÉRREZ ORTÍZ Consuelo, TEUS GUEZALA Miguel Ángel

Propósito: Evaluar si el tratamiento tópico con prostaglandinas (PG) en pacientes afectados de glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) o hipertensión ocular (HTO) produce cambios en las propiedades viscoelásticas corneales.

Método: Estudio prospectivo, observacional, en el que en 37 ojos recién diagnosticados de GPAA o HTO evaluamos las propiedades viscoelásticas corneales mediante Ocular Response Analyzer (ORA) y Corvis (CST), y la presión intraocular (PIO) mediante tonometría de aplanación Goldmann, antes y tras 1 mes de tratamiento con PGs.

Resultados: Tras un mes de tratamiento con PGs la PIO GAT descendió de forma estadísticamente significativa ($p=0,0001$). De los parámetros analizados mediante CST obtuvimos un aumento estadísticamente significativo del segundo tiempo de aplanación corneal y de la primera velocidad corneal ($p=0,04$; $p=0,003$; respectivamente) y un descenso estadísticamente significativo de la segunda velocidad corneal ($p=0,002$). Se observó un aumento no estadísticamente significativo de la histéresis corneal (HC) (HC basal: $9,46 \pm 2,39$; HC al mes: $10,14 \pm 2,04$).

Conclusiones: Los ojos tratados tópicamente durante un mes con PGs presentaron un aumento significativo del segundo tiempo de aplanación corneal y de la primera velocidad corneal y un descenso estadísticamente significativo de la segunda velocidad corneal analizados mediante CST. El aumento de la HC medido mediante el ORA no resultó estadísticamente significativo en nuestro estudio. Esto sugiere que el CST podría resultar más sensible o precoz en la detección de los cambios de las propiedades biomecánicas de la córnea tras tratamiento con PGs.

CP12

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LA CIRUGÍA DE DISPOSITIVOS DE DRENAJE PARA EL TRATAMIENTO DE GLAUCOMA

COBIÁN TOVAR Ramón, CANUT JORDANA M.^a Isabel, LORENTE BULNES Betty, BUIGUES LLUL Ania

Propósito: Valorar la incidencia de complicaciones postquirúrgicas tras el implante de los dispositivos de drenaje para glaucoma y su manejo postquirúrgico.

Método: Estudio retrospectivo y descriptivo de 85 ojos diagnosticados de glaucomas refractarios (uveítico, neovascular, traumático, asociado a queratoplastias, afáquicos), glaucomas pediátricos (aniridia, congénitos refractarios) o glaucomas en pacientes con mal estado de la conjuntiva (fallo de cirugías previas, causticaciones). Se les implantó un dispositivo de drenaje valvulado (válvula de Ahmed) ó no valvulado (válvula de Baerveldt), con localización preiridiana, retroiridiana, parsplana y transiridiana, en función del caso. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y comparativo de las complicaciones postoperatorias con el paquete estadístico SPSS.

Resultados: La incidencia de complicaciones fue de 39,5% en el total de pacientes. Las formas leves-moderadas como hipema, supone un 16,3%, mientras que las moderadas-graves como incarceration vítrea supone 4,7%, extrusión del tubo un 7%, edema corneal y descompensación corneal en 9,3% y desprendimiento coroideo en un 9,3% de los casos sin ocurrir ningún caso grave de endoftalmitis.

Conclusiones: Los dispositivos de drenaje para el tratamiento de glaucoma son una indicación en el manejo quirúrgico de los glaucomas refractarios. Las complicaciones ocurridas en nuestra revisión las estudiamos según gravedad y presentación en el tiempo, porcentualmente acorde con el rango encontrado en la literatura.

CP13

ESTUDIO MEDIANTE OCT DE LA MALLA TRABECULAR Y SU RELACIÓN CON LA MORFOMETRÍA DEL GLOBO OCULAR EN LA POBLACIÓN NORMAL

FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO Cristina, FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO José, GARCÍA BELLA Javier, MACARRO MERINO Ana, MARTÍNEZ DE LA CASA José M.^a, GARCÍA FEIJÓO Julián

Propósito: Estudiar el tamaño de la malla trabecular (MT) mediante tomografía de coherencia óptica Fourier Domain (OCT-FD), y analizar su relación con diferentes variables morfométricas del globo ocular en una población normal.

Método: Estudio transversal de 2.012 ojos de 1.006 pacientes sin patología que pudiera alterar la morfología del ángulo ni diagnosticados de glaucoma. Además de la exploración oftalmológica general, se emplearon el Pentacam[®], IOL Master[®], y OCT-FD RTVue 100[®]. Parámetros valorados: edad, sexo, PIO, defecto refractivo, longitud axial, y paquimetría; con respecto a la cámara anterior(CA): profundidad, volumen y diámetro. Con respecto al ángulo: abertura en grados en los sectores nasal y temporal, distancia de abertura angular, área irido-trabecular y grosor del iris; longitud, grosor y área de la MT.

Resultados: Se excluyeron 181 ojos (9% del total) en los que no se pudo identificar la MT. La edad media de la población fue de $49,09 \pm 15,21$ años (rango de 18 a 84). El área media de la MT fue de $0,067 \pm 0,019$ mm² (rango de 0,020 a 0,160), con una longitud media de $504,9 \pm 103,2$ micras (rango de 263 a 904), y un grosor medio de $170,4 \pm 29,2$ micras (rango de 18 a 276). Con respecto a la MT se observó una correlación muy débil con el resto de variables estudiadas (todas fueron $r < 0,13$; $p < 0,05\%$).

Conclusiones: La OCT Fourier Domain es una técnica eficaz para el análisis y medición de la MT. Se observó una correlación muy débil entre las medidas de la MT y el resto de parámetros estudiados, lo que podría sugerir que es una estructura independiente.

CP14

UTILIDAD DE LA OCT EN LA DETECCIÓN DE ÁNGULOS POTENCIALMENTE OCLUÍBLES EN EL OJO SANO

FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO José, GARCÍA BELLA Javier, PABLO GÓMEZ DE LIAÑO Lucía de, FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO Cristina, MARTÍNEZ DE LA CASA José M.^a, GARCÍA FEIJÓO Julián

Propósito: Determinar la capacidad de la tomografía de coherencia óptica Fourier Domain (OCT-FD) en la detección de ángulos potencialmente ocluíbles en una población sana.

Método: estudio transversal de 2.012 ojos de 1.006 pacientes, sin patología que pudiera alterar la morfología del ángulo y sin diagnóstico de glaucoma. Para la clasificación de los pacientes como ángulos abiertos o como potencialmente ocluíbles se tomó como referencia un volumen de cámara anterior medido con Pentacam[®] de menos de 90 mm³. Con la OCT-FD RTVue[®] 100 se midió la abertura angular en grados y la distancia de abertura angular (AOD) y se calcularon las curvas ROC y los puntos de corte con mejor balance de sensibilidad (S) y especificidad (E).

Resultados: Del total de ojos estudiados, 110 (5,5%) presentaban un volumen de cámara anterior menor de 90 mm³ siendo la media en este grupo de 80,68 ±8,34 mm³ (rango 51 a 89). El área bajo la curva para el AOD fue de 0,898 siendo el punto de corte con una mejor rentabilidad diagnóstica 303,5 micras, con una S y una E de un 84,5 y un 83,6% respectivamente. En cuanto a la abertura angular el área bajo la curva fue de 0,916, siendo el mejor punto de corte 24,5 grados, con una S y E de 91 y 84,2% respectivamente (p<0,0001).

Conclusiones: La medida de la abertura angular y de la distancia de abertura angular mediante OCT-FD pueden ser útiles para la detección de sujetos con ángulos potencialmente ocluíbles, lo que podría apoyar la indicación de una iridotomía profiláctica.

CP15

VITRECTOMÍA COMBINADA CON VÁLVULA DE AHMED EN SEGMENTO POSTERIOR: ESTUDIO DE SERIE DE CASOS

FRUTOS LEZAUN Marta de, RODRÍGUEZ AGIRRETXE Iñaki, EDER LABAIRU Fabiola, GOÑI DANBORENEA Nahia, ALDAZÁBAL ECHEVESTE Maialen, RECALDE BEITIA Imanol

Propósito: Evaluar las indicaciones, resultados quirúrgicos y complicaciones a medio plazo del implante de la válvula de Ahmed PC7 (y el equivalente pediátrico PC8) vía pars plana en segmento posterior en pacientes con glaucoma con alto riesgo de fracaso quirúrgico.

Método: Análisis retrospectivo en 10 ojos de 9 pacientes de las indicaciones para el tratamiento quirúrgico, agudeza visual (AV) pre y postoperatoria y la presión intraocular (PIO) preoperatoria y postoperatoria en el día 1, semana 1 y 1, 3, 6 y 12 meses. Se considera éxito absoluto una PIO entre 10-21 mmHg sin tratamiento hipotensor tópico, éxito relativo una PIO entre 10-21 mmHg con al menos un fármaco hipotensor y fracaso si el paciente presenta PIO 21 mmHg.

Resultados: Las indicaciones más frecuentes fueron el glaucoma neovascular, inflamatorio, secundario a silicona, congénito y traumático. En 6 de los 10 casos se obtuvo un éxito absoluto (60%), y un éxito relativo en el 100% de ellos. La PIO se redujo de forma significativa con respecto a sus valores preoperatorios ($p < 0,05$; U Mann Whitney). Las complicaciones precoces más frecuentes fueron atalamia, hipema, redespndimiento de retina y un desprendimiento coroideo seroso asociado a la obstrucción del tubo valvular que desembocó en un desprendimiento de retina. Entre las tardías observamos extrusión de la válvula y fibrosis conjuntival perivalvular. En la mayoría de los casos se obtuvo una mejora moderada de la AV que, sin embargo, no resultó estadísticamente significativa.

Conclusiones: A pesar del número de casos limitado, en nuestra experiencia la implantación de la válvula de Ahmed vía pars plana es una herramienta útil en pacientes con glaucoma de alto riesgo de fracaso quirúrgico y el antecedente de vitrectomía o que sean candidatos a ella, presentando una tasa de éxito relativo del 100% y una tasa de complicaciones no superior a la observada en la literatura. La agudeza visual no parece un parámetro fiable de éxito quirúrgico.

CP16

CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DE LA PERIMETRÍA FLICKER DE FORMA DEFINIDA (FDF) EN LA NEUROPATÍA ÓPTICA GLAUCOMATOSA

OTÍN MALLADA Sofía, CALVO PÉREZ Pilar, ARA GABARRE Miriam, ABADIA ÁLVAREZ Beatriz, FERRERAS ÁMEZ Antonio

Propósito: Evaluar la capacidad diagnóstica de la perimetría flicker de forma definida (FDF) para discriminar entre ojos sanos y con neuropatía óptica glaucomatosa.

Método: Se seleccionaron 69 controles y 78 glaucomas. Los glaucomas tuvieron presión intraocular (PIO) mayor de 20 mmHg y morfología papilar compatible con glaucoma en estereofotografías. A todos ellos se les realizó un examen oftalmológico completo y al menos una perimetría fiable con el perímetro Heidelberg Edge Perimeter y la estrategia 24-2 ASTA Standard de FDF. Tras comprobar el ajuste a la normalidad de las variables, se compararon los valores umbral de FDF mediante la t de Student entre sanos y glaucomas. Se trazaron las curvas ROC y las áreas bajo la curvas (ABCs) se compararon mediante el método de DeLong. También se calcularon los mejores pares de sensibilidad y especificidad.

Resultados: La edad media fue de $54,72 \pm 7,6$ años en el grupo control y $56,46 \pm 8,2$ años en los glaucomas ($p=0,23$), mientras que la PIO fue de $18,04 \pm 1,7$ mmHg y de $25,0 \pm 3,7$ mmHg en cada grupo, respectivamente ($p<0,001$). El defecto medio (DM) de FDF fue de $-2,03 \pm 0,8$ dB en los controles y $9,65 \pm 5,6$ dB en los glaucomas ($p<0,001$) y la desviación sobre modelo (DSM) fue de $2,30 \pm 0,8$ dB en los controles y de $4,20 \pm 1,7$ dB en los glaucomas ($p<0,001$). Los valores de sensibilidad retiniana obtenidos mediante FDF fueron menores para el grupo de glaucomas que para el grupo control en todos los puntos ($p<0,001$). La DM de FDF presentó un ABC de 0,832 mientras que la DSM tuvo un ABC de 0,717 ($p=0,068$). Los mejores pares de sensibilidad-especificidad fueron 71,4%-86,4% y 73,8%-65,2% para la DM y la DSM, respectivamente.

Conclusiones: La perimetría FDF presentó valores umbral más deprimidos en ojos con glaucoma. El parámetro de FDF con mejor balance de sensibilidad-especificidad para diferenciar entre sanos y glaucomas fue la DM.

CP17

TRATAMIENTO DE LA EXTRUSIÓN DEL TUBO DE LA VÁLVULA DE AHMED MEDIANTE SU CÁPSULA

VILA MASCARELL Emilio, SURIANO MAYERLING Mercedes, VILA ARTEAGA Jorge, STIRBU Oana, ILLUECA Amparo

Propósito: Demostrar que el uso de la cápsula de la válvula de Ahmed es efectivo para cubrir los tubos extruidos.

Método: Se incluyeron 7 pacientes previamente intervenidos para la implantación de válvula de Ahmed con tapete escleral entre el año 2000 y 2007, cuyos tubos de drenaje se extruyeron durante el postoperatorio, cuya complicación fue resuelta mediante en recubrimiento del tubo con la cápsula del quiste de la propia válvula.

Resultados: El tiempo transcurrido desde la implantación de la válvula hasta la erosión, varió entre 6 y 27 meses, el período de seguimiento de la reparación de la extrusión fue entre 1 y 7 años, la presión intraocular se mantuvo dentro de límites normales en 5 pacientes sin medicación y dos requirieron de un fármaco hipotensor, no se presentó ninguna complicación durante el período de seguimiento.

Conclusiones: El uso de la cápsula de la válvula de Ahmed para cubrir el tubo extruido, representa una opción segura, eficaz y económica que reduce el riesgo de rechazo del injerto y está al alcance de cualquier cirujano, además podría permitirnos resolver rápidamente la extrusión para evitar el riesgo de complicaciones como la endoftalmitis.

CP18

UTILIDAD DE LOS MAPAS EPITELIALES EN EL ESTUDIO DE PATOLOGÍAS CORNEALES

GARCÍA DELPECH Salvador, HERVÁS ONTIVEROS Ana, GARCÉS PÉREZ Miguel, UDAONDO MIRETE Patricia, CISNEROS LANUZA Ángel

Propósito: En el presente estudio proponemos la utilidad de los mapas epiteliales corneales mediante OCT con el fin de lograr mayor especificidad y sensibilidad en el diagnóstico de numerosas patologías corneales.

Método: Diferentes patologías fueron analizadas mediante AC-OCT con sistema Fourier-domain, RTVue-100 (Optovue Inc). Se registraron mapas del espesor total de la córnea y del epitelio corneal sobre un área de 6 mm de diámetro corneal central.

Resultados: Se observó una correlación entre la sospecha diagnóstica inicial basada en la topografía corneal y la imagen basada en los mapas epiteliales de la OCT.

Conclusiones: El estudio de las alteraciones anatómicas a través del análisis de mapas epiteliales mediante OCT es útil en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con patología corneal, aportando información más precisa que la paquimetría aislada. La utilización de los mapas epiteliales será un elemento destacado en la toma de decisiones en campos como el queratocono y la cirugía refractiva en un futuro próximo.

CP19

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS: NUEVA GESTIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS

GARCÍA NIETO M.^a del Mar, PERALTA SÁEZ Juan Luis, GARCÍA NIETO M.^a Hortensia, SILLERO SÁNCHEZ Rocío

Propósito: Proporcionar un análisis de los pacientes atendidos en un Servicio de Urgencias de un Hospital General, evaluar las principales causas de su crecimiento anual y elaborar un plan estratégico de mejoras.

Método: Realizamos un estudio observacional descriptivo de todos los pacientes atendidos en el Servicio de oftalmología del Hospital durante el período de un año. Se analizaron un total de ocho variables, cada una de las cuales podía tomar varios valores, doce como máximo y dos como mínimo. La recogida de datos se hizo mediante el Módulo de Tratamiento de Información (MTI) del programa Diraya y el análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS 21.0.

Resultados: Las urgencias de oftalmología representaron el 6% de las urgencias totales del Servicio de urgencias del Hospital. Casi el 56% eran consultas realizadas por el sexo masculino y tan solo algo más del 40% eran mujeres. El grupo de edad de mayor asistencia estaba comprendido entre 30-40 años. El día de la semana con más frecuentación es el lunes, siendo además la afluencia discontinua, en el turno de mañana se atendieron casi el 70% de los pacientes. El síntoma más frecuente de motivo de consulta fue dolor. El promedio de visitas aumentó durante la época estival, destacando considerablemente el mes de Agosto entre los demás meses del año. Además encontramos que la mayoría de los pacientes acuden por iniciativa propia al hospital sin la existencia previa de un volante de su médico de atención primaria o derivación de otro especialista.

Conclusiones: La masificación de las urgencias oftalmológicas hospitalarias se ha convertido en objeto de permanente preocupación para nuestra comunidad sanitaria. Las urgencias oftalmológicas podrían experimentar una reducción de hasta un 25% con una reevaluación en nuestro modelo asistencial actuando en tres pilares básicos: ciudadanos, primaria y hospital. Muchos de nuestros pacientes podrían haber sido atendidos por el Servicio de urgencias o por un médico de familia.

CP20

SOLDADURAS DE HÁPTICOS PARA LA REUTILIZACIÓN DE LIOS LUXADAS

INFANTES MOLINA Edgar Javier, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando, NUÑEZ SÁNCHEZ Agustín, DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ M.^a José, LOPEZ-ROMERO MORALEDA Sonia, RIVERA SALAZAR Jorge, VALDÉS GONZÁLEZ José Juan, GÁLVEZ MARTÍNEZ Javier, MESA VARONA Diana

Propósito: Proponer una nueva técnica intraocular para lograr la reinserción y fijación del háptico a la lente sin recurrir a la extracción de éstos en casos de desinserción del háptico de la óptica. La desinserción del háptico es una complicación rara, con incidencia desconocida. Puede estar asociado a inserción traumática de la LIO, traumatismos posteriores o error en la fabricación. El tratamiento aplicado hasta la actualidad es el recambio de la óptica y del háptico. Presentamos la soldadura del háptico como una alternativa al tratamiento convencional.

Método: Estudio prospectivo descriptivo de 3 casos (dos mujeres y un varón) con pseudofaquia luxada por desinserción de un háptico. Se reinserta el háptico suelto y se suelda a la óptica por medio de la aplicación de un terminal láser en todos los casos. Se utiliza una potencia 400 mW. En un paciente se utiliza un háptico de una lente donante. Se comprueba estabilidad de la unión háptico – óptica por medio de tracciones y presiones del mismo. Los pacientes cursaron con un postoperatorio favorable.

Resultados: Con la nueva técnica las lentes se mantuvieron estables en el postoperatorio tardío, recuperando los pacientes la agudeza visual perdida debido a la luxación de la lente.

Conclusiones: La reinserción del háptico en la óptica de la lente y su posterior soldadura intraocular puede ser una maniobra quirúrgica que evite el recambio de la lente.

CP21

TRAUMATISMOS OCULARES ABIERTOS. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y EVOLUTIVO EN LA POBLACIÓN DE CANTABRIA EN 3 AÑOS

MACHÍN MAHAVE Ana, ROZA VARELA Beatriz de la, CAÑAL VILLANUEVA Joaquín, SANDOVAL FERNÁNDEZ Elena

Propósito: Conocer y registrar las características demográficas de los traumatismos oculares abiertos en Cantabria y registrarlos con el pronóstico visual final, valorando otros factores determinantes como el tipo, causa y mecanismo de producción del traumatismo ocular. Cuantificar el impacto económico de estos traumatismos teniendo en cuenta el tiempo de hospitalización, actos quirúrgicos y fármacos utilizados.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo con 56 ojos de 56 pacientes que acudieron a urgencias de oftalmología con traumatismo ocular abierto que requirió cirugía urgente (sutura o evisceración) durante tres años. Se evaluaron datos demográficos, naturaleza y características de la herida, intervenciones, resultado visual final y posibles complicaciones.

Resultados: La incidencia de traumatismos oculares abiertos en la comunidad de Cantabria es de 3,14 por cada 100000 habitantes y año, con una media de edad de $55,71 \pm 24,03$. Ocurren con más frecuencia en hombres, en el ojo izquierdo y en los meses de verano y vacaciones. La localización más frecuente de la herida es la córneo-escleral, siendo ésta además, la que conlleva peor pronóstico visual y mayor tasa de complicaciones. Los mecanismos de producción son variables, destacando los incisivos en menores de 65 años y los contusos en los mayores de 65 años.

Conclusiones: Los traumatismos oculares constituyen una causa común de morbilidad en oftalmología. Producen un gasto directo e indirecto importante y conllevan en muchos casos una incapacidad para el paciente, siendo lesiones que muchas veces pueden ser evitadas con una adecuada protección.

CP22

EFFECTIVIDAD DE LA MITOMICINA C EN EL TRATAMIENTO DEL PTERIGIUM

MANTRANA BERMEJO M.^a Eugenia, AZNÁREZ LÓPEZ Nuria, PORTILLO GUERRA Enrique, RUIZ MONTERO Antonio, LÓPEZ ARAMBURU Sandra, CASTILLÓN TORRE Luis

Propósito: La recidiva del pterigium mediante escisión simple presenta un riesgo de recidiva 5 veces superior a otras técnicas (66%). Tanto la escisión simple como el autoinjerto de conjuntiva ± Mitomicina C (MMC) intraoperatoria han demostrado ser eficaces en la disminución de la recidiva postcía (6-20%) aunque aún no hay acuerdo respecto a la dosis y al tiempo de exposición de esta terapia adyuvante.

Método: Evaluar la efectividad de la aplicación de la MMC 0,02% dos minutos tras la escisión simple en el tratamiento del pterigium en nuestra área. **Objetivos secundario** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes intervenidos. Analizar los posibles factores asociados al desarrollo de recidiva tras la cirugía. **Diseño** Estudio de intervención cuasiexperimental antes-después. **ÁMBITO:** Se incluyeron los pacientes intervenidos de pterigium en 2012 mediante escisión simple y MMC intraoperatoria. Se seleccionó una muestra de pacientes diagnosticados de pterigium en 2009-2010.

Resultados: Un 69,6% de los pacientes intervenidos 2009-2010 fueron hombres; la edad media fue 49,49^a. La intervención realizada en el 83,9% fue la escisión simple. El índice de recidiva fue 48,1%. 66,7% de los pacientes intervenidos en 2012 fueron hombres; la edad media fue 50,7^a. La intervención realizada en un 71,2% fue escisión+MMC con un 21,8% de recidiva. Se evidenció un riesgo de recidiva cuatro veces mayor en el grupo en el que no se usó la terapia adyuvante siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: La MMC intraoperatoria aplicada a dosis bajas y durante un periodo de exposición corto resultó eficaz en la disminución de las recidivas comparado con la escisión simple. Así mismo, resultó segura puesto que el número de complicaciones fue similar a la escisión simple en el seguimiento a corto plazo. No encontramos que otros factores como la edad, el sexo, el tipo de pterigium o la invasión corneal, influyeran en el número de recidivas.

CP23

EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON MALEATO DE TIMOLOL SOBRE LA COMPRESIBILIDAD CORNEAL «IN VIVO». UN ESTUDIO ANIMAL

SÁNCHEZ BARAHONA Cristina, BOLÍVAR DE MIGUEL Gema, TEUS GUEZALA Miguel Ángel

Propósito: Comparar el cambio en el espesor corneal central (ECC) ante incrementos agudos de la presión intraocular (PIO), en ojos de conejo tratados con maleato de timolol vs controles.

Método: Se trata de un estudio prospectivo, experimental e intervencionista. Se instila 1 gota diaria de maleato de timolol durante 4 semanas a 12 ojos de 12 conejos macho albinos de la raza New Zealand. Bajo anestesia general, se mide el ECC mediante paquimetría ultrasónica y la PIO en cámara anterior (CA) por canulación directa, 5 minutos después de que la PIO alcance 15 mmHg, y a los 5 minutos de alcanzar 30 mmHg. El ECC es medido de la misma manera en 12 ojos de 12 conejos del grupo control.

Resultados: No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo tratado con maleato de timolol ni en el ECC basal, ni cuando la PIO intracamerular se establece a 15 o a 30mmHg ($p=0,5$ $p=0,6$ y $p=0,3$, respectivamente).

Conclusiones: El tratamiento tópico con maleato de timolol no induce una mayor compresibilidad del estroma corneal en respuesta a incrementos agudos de PIO. Este hallazgo contrasta con el cambio de la compresibilidad de las córneas de ojos de conejo tratados con análogos de las prostaglandinas (PGs), demostrado en la literatura. Esto sugiere que las PGS inducen un cambio en la elasticidad corneal independiente de su efecto sobre la PIO.

CP24

USO DE LA OCT MACULAR COMO APOYO AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN ESTADIOS INICIALES

GARCÍA MARTÍN Elena Salobrar, TRIVIÑO CASADO Alberto, ROJAS LÓPEZ Blanca, HOZ MONTAÑANA Rosa de, GIL GREGORIO Pedro, RAMÍREZ SEBASTIÁN José Manuel

Propósito: La Enfermedad de Alzheimer (EA) se caracteriza por una pérdida de las neuronas del cerebro dando como resultado una atrofia cerebral. Estudios post-mortem muestran en esta enfermedad neurodegenerativa una pérdida de células ganglionares de la retina. El propósito de este estudio fue comparar el espesor de la capa de fibras de la retina (CFNR) en la región macular mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) entre los pacientes con leve EA y el grupo control.

Método: Veintitres pacientes con leve EA, GDS 4, y 27 controles fueron examinados en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid (España). Los pacientes se sometieron a un examen oftalmológico completo (agudeza visual, refracción, prueba de color, biomicroscopía, PIO, fondo de ojo dilatado y OCT). Las medidas del espesor macular se realizaron dividiendo la mácula en 9 áreas: i) una zona central de radio de 1 mm (fóvea), ii) dos anillos concéntricos de 3 mm (interno) y 6 mm (externo) cada uno, los cuales se subdividieron en 4 regiones: nasal, temporal, superior e inferior.

Resultados: En comparación con el grupo control, los pacientes con leve EA presentaron una reducción significativa ($p < 0,05$) del espesor de la CFNR en el área central y en el anillo interno. En el anillo externo la disminución significativa de espesor estaba restringida solo al cuadrante temporal.

Conclusiones: En estadios iniciales de la EA, el espesor de la capa de fibras de la retina está disminuido a nivel macular. El estudio del espesor macular podría ayudar, como prueba complementaria, para el diagnóstico precoz de este tipo de pacientes y para control de la progresión de la enfermedad.

CP25

RELACIÓN TOPOGRÁFICA ENTRE LA LOCALIZACIÓN DE LAS DRUSAS DE NERVIÓ ÓPTICO Y LA AFECTACIÓN DE LA CAPA DE FIBRAS NERVIOSAS RETINIANA EN OCT

GILI MANZANARO Pablo, FLORES RODRÍGUEZ Patricia, MANUEL TRIANTÁFILO Sofía de, MARTÍN PÉREZ Laura, FERNÁNDEZ GARCÍA Javier Lorenzo, MODAMIO GARDETA Laura

Propósito: Analizar la relación entre la localización de las drusas de nervio óptico (DNO) en fondo de ojo y la afectación de la capa de fibras nerviosas (CFNR) en la tomografía de coherencia óptica (OCT).

Método: Estudio descriptivo transversal de 66 ojos (66 pacientes) con DNO confirmadas por ecografía B. Realizamos fotografías papilares (color y autofluorescencia), tomografía de coherencia óptica de dominio tiempo (TD-OCT) y espectral (SD-OCT). Clasificamos las DNO en visibles y ocultas; registramos la localización por cuadrantes. Valoramos el espesor de la CFNR promedio y por cuadrantes mediante los protocolo RNFL Fast Optic Disc (con TD-OCT) y Optic Disc Cube 200x200 (con SD-OCT). Analizamos la relación entre la localización de las drusas y la afectación por sectores en OCT.

Resultados: Cuarenta y tres ojos mostraban DNO visibles y 23 ocultas. La localización de las DNO pudo determinarse en 59 ojos: 62% nasal, 52% superior, 42% inferior y 24% temporal. El espesor de CFNR fue menor en los pacientes con DNO visible respecto a las ocultas, con diferencias significativas en todos los cuadrantes, a excepción del cuadrante temporal. La relación entre la localización de las drusas y la afectación del espesor de CFNR fue significativa en todos los cuadrantes en las DNO visibles: superior (afectación del 86% con TD-OCT 86% y del 89% con SD-OCT), inferior (83% y 73%), nasal (100% y 100%) y temporal (100% y 100%). En las DNO ocultas no existió relación significativa, a excepción del cuadrante temporal.

Conclusiones: Las DNO visibles muestran una disminución del espesor de CFNR mayor que las DNO ocultas. Existe una relación estadística entre la localización topográfica de las drusas visibles y la afectación sectorial de la CFNR en OCT.

CP26

EVALUACIÓN DE LA VÍA VISUAL EN ADULTOS CON AMBLIOPÍA MEDIANTE POTENCIALES EVOCADOS VISUALES MULTIFOCALES Y TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE DOMINIO ESPECTRAL

MORENO SALGUEIRO Agustín, PÉREZ RICO Consuelo, GARCÍA ROMO Esperanza, BLANCO VELASCO Román

Propósito: Evaluar objetivamente la relación entre estructura y función del sistema nervioso central en sujetos ambliopes adultos, así como evaluar su déficit visual.

Método: Estudio observacional y transversal que incluyó 29 sujetos adultos con ambliopía anisométrica y/o estrábica. Se realizó a todos los participantes un examen oftalmológico y ortóptico completo. Se relacionaron los resultados de los potenciales evocados visuales multifocales (PEVmf) con los datos de los hallazgos clínicos y los test diagnósticos psicofísicos (perimetría Humphrey [HVF]) y estructurales (tomografía de coherencia óptica de dominio espectral [SD-OCT]).

Resultados: En el análisis interocular y monocular de las amplitudes del PEVmf se encontraron defectos en el 89,6% y 34,5% de los ojos ambliopes y no ambliopes, respectivamente ($p < 0,0001$). Se objetivaron retrasos en las latencias interoculares y monoculares de los PEVmf en el 62% y 31% de los ojos ambliopes y no ambliopes ($p = 0,06$). La latencia de los PEVmf mostró diferencias significativas entre los ojos ambliopes anisométricos [3,02 (2,55) ms] y estrábicos [1,8 (0,78) ms] ($p = 0,015$). No se encontró concordancia topográfica significativa entre los defectos del HVF y PEVmf ($p = 0,117$). El espesor medio de la capa de fibras nerviosas de la retina, el espesor foveal y macular y el volumen macular, medidos con SD-OCT no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ojos ambliopes, no ambliopes y grupo control.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que el déficit en ambliopía anisométrica y estrábica es puramente cortical en origen, pero los dos tipos de ambliopía pueden representar diferentes anomalías neurológicas.

CP27

PARÁLISIS DE PARES CRANEALES OCULOMOTORES TRAS PUNCIÓN LUMBAR: REVISIÓN SISTEMÁTICA

RÍO VELLOSILO Mónica del, GARCÍA MEDINA José Javier, ABENGOCHEA COTAINA Antonio, BARBERÁ ALACREU Manuel, ACOSTA VILLEGAS Francisco

Propósito: La punción lumbar (PL) es un procedimiento común en especialidades como anestesiología y neurología que puede dar lugar a hipotensión intracraneal produciéndose secundariamente parálisis de pares craneales oculomotores (PPCO) por estiramiento o isquemia con aparición de diplopia.

Método: Para delimitar las características de las PPCO se realizó una revisión sistemática de la literatura médica en inglés desde 1932 hasta 2013 en PubMed mediante las siguientes palabras clave: epidural anesthesia, spinal anesthesia, central block, lumbar puncture, dural puncture, spinal puncture, spinal injection, myelography, diplopia, ophthalmoplegia, third nerve palsy, fourth nerve palsy, sixth nerve palsy, oculomotor nerve, trochlear nerve, abducens nerve.

Resultados: Se recopilaron 112 casos de PPCO tras PL, siendo la anestesia subaracnoidea la causa más frecuente (46,8%). Le siguen en frecuencia la analgesia epidural (21,6%), mielografía (16,2%), PL diagnóstica (9,9%), inyección intratecal (2,7%), anestesia espinal continua (1,8%) y PL terapéutica (0,9%). Los pacientes tenían una edad de $39,86 \pm 13,34$ años (con un rango de 6 a 71 años) con ligera mayor incidencia en mujeres que en hombres. El par craneal afecto de manera aislada con más frecuencia fue el VI (91,9%), seguido por el III par (1,8%) y posteriormente por el IV par (0,9%). El resto de los casos presentaba afectación de dos o más pares simultáneamente. Con mayor frecuencia la parálisis se dio en el lado derecho (35,1%) que en el izquierdo (28,8%), y en el resto apareció de forma bilateral. La parálisis de los pares oculomotores se inició tras $7,19 \pm 3,92$ días, siendo su duración de $79,07 \pm 81,82$ días. El 84,7% de los casos fueron reversibles.

Conclusiones: La diplopía secundaria a PL normalmente aparece tras varios días y suele recuperarse en varias semanas. Es importante reconocer esta complicación para evitar preocupaciones en los pacientes y pruebas innecesarias.

CP28

PROFUNDIDAD DEL ESCOTOMA MACULAR EN RELACIÓN CON LA CIRUGÍA DEL ESTRABISMO

CÁNOVAS SERRANO Yaiza, ROMERO NICOLÁS Leticia, RODRIGO MULERO Esteban, RODRÍGUEZ CAVAS Marta

Propósito: Determinar si la intervención para corregir el alineamiento ocular influye en los valores medios de sensibilidad macular del ojo ambliope.

Método: Se seleccionó a 11 pacientes ambliopes por estrabismo de los cuales 7 pacientes habían sido intervenidos de cirugía estrábica y 4 pacientes no habían sido intervenidos de dicha cirugía. A todos los pacientes se les evaluó la sensibilidad a la luz del área macular (6° centrales, 45 puntos, Goldman III, Estrategia Umbral 4-2) mediante microperímetro automático MP1.

Resultados: Los valores medios de sensibilidad al umbral luminoso en el grupo no sometido a cirugía estrábica fueron más bajas en ambos ojos encontrándose una dependencia significativa entre ambas variables ($p < 0,05$).

Conclusiones: Se destaca una disminución de la sensibilidad a la luz con valores simétricos tanto en el ojo ambliope como en el ojo dominante en los pacientes no intervenidos quirúrgicamente de la ambliopía por estrabismo.

CP29

VALIDACIÓN DE UNA CAMPAÑA DE DETECCIÓN DE AMBLIOPÍA EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS DE 4 Y 5 AÑOS

CASAS LLERA Pilar, ORTEGA GARCÍA Paula, REY AMARILLO Graciela del, RUBIO MONTESINOS Inmaculada, SANTOS Verónica, ALIÓ Y SANZ Jorge L.

Propósito: Validación de una campaña de detección de ambliopía realizada anualmente en colegios a niños de 4 a 5 años desde hace 23 años.

Método: Estudio transversal en una muestra de 74 de los 18587 niños que habían formado parte de la campaña de ambliopía realizada en el curso escolar 2010-2011. Se compararon los resultados obtenidos en esta campaña con los obtenidos en una exploración oftalmológica completa considerando esta última como «gold-standard» y que incluyó: Motilidad ocular intrínseca, agudeza visual sin corrección, refracción subjetiva, motilidad ocular extrínseca, cover test, test de estereopsis (TNO), exploración externa, biomicroscopía de segmento anterior, funduscopía y retinoscopía bajo cicloplejía.

Resultados: De un total de 18587 niños que participaron en la campaña de detección de ambliopía en el curso 2010-2011, 74 niños acudieron a este estudio de validación durante el curso 2011-2012 a la edad de 5 y 6 años. 22 de ellos habían sido clasificados como «sospechosos de ambliopía» y 52 niños como «normales» por la campaña. Tras la exploración oftalmológica hubo 21 niños clasificados como «en riesgo de ambliopía» y 53 como «sin riesgo de ambliopía». El rendimiento de la campaña de ambliopía como prueba diagnóstica fue el siguiente: Sensibilidad: 80%; Especificidad: 90%; Valor predictivo positivo: 77%; Valor predictivo negativo: 92%; Cociente de probabilidad positivo: 8 y un Cociente de probabilidad negativo: 0,22.

Conclusiones: En el grupo de niños clasificados como «sospechosos» por la campaña de detección de ambliopía existe una probabilidad 8 veces superior de ser considerados «en riesgo de ambliopía» en una exploración oftalmológica completa. En el grupo de niños clasificados como «normales» por la campaña, existe una probabilidad 4,54 veces mayor de ser considerados «sin riesgo de ambliopía» en una exploración oftalmológica completa.

CP30

VARIACIÓN DEL DEFECTO REFRACTIVO PROGRAMADO EN LA CIRUGÍA DE LA CATARATA PEDIÁTRICA

Ruiz de la Fuente Rodríguez Paloma, Agustino Rodríguez Jacqueline, Abreu Reyes José Augusto

Propósito: Evaluar el error refractivo en el cálculo de la potencia de la LIO en cirugía de la catarata pediátrica durante los años 2008 a 2012 en nuestro hospital.

Método: Se realizó un análisis retrospectivo de 17 ojos de 13 pacientes con catarata pediátrica con edades comprendidas entre los 16 meses y los 12 años, que fueron intervenidos quirúrgicamente. En el total de los ojos se utilizó la misma técnica quirúrgica, realizando implante primario de la lente intraocular (LIO). Se evaluó el error refractivo residual al mes de la cirugía, como diferencia entre el error programado y el hallado. La fórmula que se empleó para el cálculo de la LIO fue la SRK-T.

Resultados: La potencia de la LIO fue calculada para obtener un defecto refractivo residual de 4 dioptrías (D) para el grupo de 1 a 2 años, 2-3 D para el grupo de 2 a 4 años y emetropia para el grupo de más de 4 años. Encontramos un equivalente esférico medio de 3.375 D en el grupo de 1 a 2 años, 3.15 D en el grupo de 2 a 4 años y 0.45 D en el grupo de más de 4 años.

Conclusiones: Nuestra predicción de cálculo se cumple en el grupo de 1 a 2 años, estando muy próximo al objetivo refractivo en el grupo de 2 a 4 años y en el de más de 4 años. El implante primario de la LIO en la cirugía de la catarata pediátrica es segura y con escasas complicaciones, pudiendo obtener un adecuado resultado refractivo de forma precoz que nos permita iniciar de forma temprana y efectiva la rehabilitación visual de estos pacientes.

CP31

PLASMA RICO EN PLAQUETAS (E-PRP) PARA EL TRATAMIENTO DE DIFERENTES PATOLOGÍAS DE LA SUPERFICIE OCULAR

ALIÓ Y SANZ Jorge L., RODRÍGUEZ Alejandra E., WRÓBEL-DUDZISKA Dominika

Propósito: El plasma rico en plaquetas (E-PRP) es una porción de plasma obtenida de la sangre del propio paciente usado en Oftalmología para tratar diferentes alteraciones de la superficie ocular. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados clínicos obtenidos después de su uso en un gran número de pacientes.

Método: El E-PRP autólogo se preparó como colirio, coágulo o membrana de fibrina dependiendo del caso a tratar. El colirio de E-PRP se administró 4-6 veces/día desde 6 semanas hasta 3 meses. La membrana de fibrina con coágulo de E-PRP se utilizó en casos severos de úlcera neurotrófica. La evaluación clínica incluyó examen a la lámpara de hendidura, agudeza visual, test de la fluoresceína, menisco lagrimal y cuestionario subjetivo de síntomas.

Resultados: De los 557 pacientes estudiados, 343 padecían de Ojo Seco, 80 de Síndrome de la Superficie Ocular tras LASIK (SSO), 65 de Defectos epiteliales persistentes y 69 de ellos de úlceras neurotróficas. En los pacientes con Ojo seco la tinción con fluoresceína mejoró en 83%, aumentó el menisco lagrimal en el 72%, la hiperemia resolvió en el 84% y los síntomas subjetivos mejoraron un 89%. Solo el 30% de los pacientes ganó líneas de visión. De los pacientes con SSO la tinción con fluoresceína mejoró en el 88% de los casos, el menisco lagrimal aumentó en el 74%, y la hiperemia disminuyó en el 92%. Los síntomas subjetivos mejoraron en el 85% de los pacientes. Los pacientes con úlceras neurotróficas mejoraron la fluoresceína en el 70% y los síntomas subjetivos en el 97% de los casos. En casos con defectos epiteliales persistentes la tinción con fluoresceína mejoró en 61% de ellos y los síntomas subjetivos en el 89%.

Conclusiones: El uso de E-PRP 100% autólogo ya sea como colirio, coágulo o membrana de fibrina resultó seguro y eficaz como tratamiento para diferentes patologías de la superficie ocular como el ojo seco, SSO tras LASIK, úlceras neurotróficas y defectos epiteliales persistentes.

CP32

ESTUDIO MEIBUM: MANEJO DE LOS DESÓRDENES PALPEBRALES POR EL OFTALMÓLOGO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

BENÍTEZ DEL CASTILLO SÁNCHEZ José Manuel

Propósito: Los problemas palpebrales pueden influir negativamente en la calidad de vida del paciente. Los trastornos palpebrales pueden ser tan sutiles que sin un examen detallado pueden ser infradiagnosticados. Para ampliar los conocimientos sobre los trastornos palpebrales y apreciar la prevalencia de los mismos, se llevó a cabo el estudio Meibum.

Método: Estudio epidemiológico descriptivo transversal, multicéntrico, de ámbito europeo (2012-2014). Reclutamiento en España 1975 sujetos (1925 evaluables). Media de edad 57,5 años (60,2% mujeres y 39,8% varones). Criterios de inclusión: ser mayor de edad; acudir a una visita oftalmológica (primera visita o de seguimiento) por cualquier razón. Estudio realizado de acuerdo con los preceptos de la Declaración de Helsinki y de las Buenas Prácticas Clínicas y Epidemiológicas y sometido al comité ético para su evaluación y aprobación. El cuestionario usado incluyó la siguiente información: historia ocular, síntomas y signos, oculares, diagnóstico, impacto en la rutina diaria y manejo.

Resultados: Tras la evaluación se observa -El 95% de los sujetos (n=1923) presenta algún síntoma relacionado con patología de superficie ocular, pudiendo estar presente sin provocar molestias. Un 68,9% (n=1915) presenta anomalía a nivel conjuntival, un 42,4% (n=1894) a nivel corneal, un 59,3% (n=1726) presenta un BUT <10'' y un 35,6% (n=1227) un Schirmer <10 mm. -El 88,7% (n=1925) muestra algún signo o síntoma relacionado con disfunción palpebral. -El 65,4% (n=1852) muestra disfunción de glándula de Meibomio y un 65,2% (n=1677) Síndrome de ojo seco. -Los sujetos con disfunción palpebral, refieren impacto significativo al realizar alguna actividad rutinaria (53,6%) como leer, ver TV, conducir de noche, usar el ordenador. El 18,6% refiere impacto moderado o grave en la visión. -El oftalmólogo recomienda para el tratamiento de los desórdenes palpebrales (pudiendo ser terapias combinadas) el uso de lágrimas artificiales (83,5%), limpieza (67,6%) y aplicación de calor (43,9%).

Conclusiones: Se han diagnosticado desórdenes palpebrales en más de la mitad de los sujetos reclutados en el estudio. El impacto de esta condición en la rutina diaria es notable. Los resultados sugieren que la exploración palpebral debería realizarse sistemáticamente independientemente de la patología ocular.

CP33

PERFIL METABOLÓMICO DIFERENCIAL EN MUESTRAS DE LÁGRIMAS EN RELACIÓN A LA DISFUNCIÓN DE LA SUPERFICIE OCULAR

GALBIS ESTRADA Carmen, MORALES José Manuel, MARTÍNEZ CASTILLO Sebastián, VIVAR LLOPIS Bárbara, MARCO RAMÍREZ Carla, PINAZO Y DURÁN M.^a Dolores

Propósito: Las mejoras de las técnicas analíticas y sus ventajas (escasa cantidad de muestra, alta sensibilidad y resolución, tiempo corto de análisis), nos llevan a proponer nuevos métodos para el estudio de la composición de las lágrimas humanas y su traslación al diagnóstico y tratamiento de la patología de la superficie ocular. En este estudio, hemos utilizado la metabolómica para analizar la composición de las lágrimas reflejas de pacientes con disfunción de la superficie ocular y sujetos sanos.

Método: Estudio prospectivo de casos y controles incluyendo 90 participantes que fueron divididos en 2 grupos: (1) pacientes con disfunción de la superficie ocular (GDSO, n=55) y (2) sujetos sanos (GC, n=35). El GDSO se subdividió en 2 subgrupos según la gravedad del cuadro (leve-moderada; n=22 y moderada; n=33). Se realizaron entrevistas personales y exámenes oftalmológicos sistematizados se llevaron a cabo. Se obtuvieron las muestras de lágrimas del menisco lagrimal inferior de ambos ojos, utilizando una micropipeta Pasteur, que se almacenaron a -80 °C hasta su análisis. El perfil metabolómico de las lágrimas se obtuvo mediante Resonancia Magnética Nuclear (1HRNM) usando una secuencia de pulsos de una dimensión estándar con supresión de agua. Los datos fueron procesados y transferidos a MATLAB para el análisis adicional quimiométrico.

Resultados: La edad media de los participantes fue $44 \pm 14,5$ y los porcentajes de hombres y mujeres fueron 75%-58% en el GDSO y 25%-42% en el GC. Las principales diferencias significativas se hallaron en la concentración de colesterol, N- acetilglucosamina, glutamato, creatina, amino-n-butirato, colina, acetilcolina, arginina, fosfoetanolamina, glucosa, y fenilalanina. Este perfil metabólico diferencial entre el GDSO vs GC ayudó también a discriminar entre los subgrupos de severidad del ojo seco.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la DSO induce cambios metabólicos en las lágrimas que identificados por 1H RMN podrían ser útiles en la comprensión de la patogénesis de la superficie ocular y ayudar a diseñar nuevos biomarcadores para el síndrome de ojo seco.

CP34

ANÁLISIS DE LAS ABERRACIONES DE ALTO ÓRDEN TRAS CIRUGÍA DEL PTERIGION. 6 MESES DE SEGUIMIENTO

GOÑI DAMBORENEA Nahia, BIDAGUREN URBIETA Aritz, MARTÍNEZ SOROA Itziar, ALBERDI IBARLOZA Txomin, FRUTOS LEZAUN Marta de, ARBELAITZ PASCUAL Nagore

Propósito: Analizar los cambios registrados en las aberraciones de alto orden en un grupo de pacientes con pterigion intervenidos quirúrgicamente.

Método: Se analizaron los resultados de 40 ojos pertenecientes a 39 pacientes con pterigion a los que se les intervino quirúrgicamente. En todos los casos se realizó una escisión completa del pterigium y posterior recubrimiento con autoinjerto conjuntival adherido con pegamento biológico (Tissucol). Preoperatoriamente, al mes y a los 6 meses se realizó un examen oftalmológico completo con autorrefracción, agudeza visual sin corrección (AVSC), mejor agudeza visual corregida (MAVC), exploración bajo la lámpara de hendidura y topografía corneal con aberrometría (astigmática, esférica, coma, trefoil y quatrefoil).

Resultados: Se realizó el análisis de los datos empleando el contraste estadístico de la t-Student para la comparación de medias de muestras relacionadas. Tras la cirugía la AVSC (logMAR) se modificó de 0.229 ± 0.334 en el preoperatorio a 0.171 ± 0.281 al mes de la cirugía y a 0.159 ± 0.344 a los 6 meses. La MAVC (logMAR) también varió de -0.006 ± 0.081 en el preoperatorio a -0.018 ± 0.058 al mes de la cirugía y a -0.047 ± 0.074 a los 6 meses. Siendo estas modificaciones significativas. Al mes y a los 6 meses de la cirugía todas las aberraciones estudiadas disminuyeron excepto la aberración esférica. Esta reducción fue estadísticamente significativa para la aberración del astigmatismo y el quatrefoil en la exploración del mes ($p=0,42$, $p=0,01$). La diferencia de los valores estudiados entre los dos tiempos postquirúrgicos (1 mes y 6 meses) fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: La escisión del pterigion con autoinjerto puede reducir las aberraciones de alto orden secundarias al pterigion. La disminución de las aberraciones continua al menos hasta los 6 meses postquirúrgicos. Por lo tanto, es necesario un período de al menos 6 meses para evaluar los resultados estables tras la cirugía.

CP35

ANÁLISIS DEL COMPLEJOLENTE DE CONTACTO-PELÍCULA LAGRIMAL MEDIANTE OCT TRAS LA INSTILACIÓN DE CUATRO TIPOS DE LÁGRIMAS ARTIFICIALES

HIDALGO DÍAZ Tania, KAMAL SALAH Radua

Propósito: Medición del grosor del complejo lente de contacto-película lagrimal prelental y retrolental (LDC-PL) tras la instilación de 4 lágrimas artificiales (LA) diferentes en 5 portadores de lente de contacto sanos mediante de tomografía de coherencia óptica (OCT).

Método: Estudiamos el ojo derecho de 5 pacientes sanos con una edad de 25 a 35 años. No diagnosticados de sequedad ocular. Colocamos una lente de contacto de hidrogel de silicona (etaflicon A) y realizamos imágenes tomográficas de la zona central de la córnea. Se adquiere una imagen sin la instilación de LA y otra a los 10 segundos de haber instilado una gota de LA, repitiendo el estudio en 4 días consecutivos con 4 tipos de LA: polisacárido mucílago (Systane Ultra® monodosis), mucopolisacaridos-hialuronato sódico (Hyabak®), polímeros sintético -carbómero (Siccafluid® monodosis) y la combinación de un polisacárido mucílago (carmelosa) y un mucopolisacárido (hialuronato sódico), (Optava Fusion®). La medición del complejo LDC-PL se realiza mediante el software incorporado de la OCT. Posteriormente se calcula la media de los 5 pacientes.

Resultados: El grosor medio del complejo LDC-PL sin la instilación de LA fue de 104,80 μm . Tras la instilación de Systane Ultra® fue de 110,20 μm , Hyabak® 109,40 μm , Relive Iso® 109,40 μm y Optava Fusion® 113,20 μm . Optava Fusion® alcanzó el mayor valor de grosor del complejo LDC-PL en 3 de 5 pacientes.

Conclusiones: Todas las LA producen un aumento del grosor del complejo LDC-PL y por tanto del tamaño de la película lagrimal pre y poslental. Optava Fusion® ha conseguido el mayor grosor a los 10 segundos de la instilación, en 3 de los 5 pacientes estudiados, lo que puede significar una mayor estabilidad de la película lagrimal en portadores de LDC y por tanto una mayor mejoría en los síntomas de sequedad ocular que ocurre en estos sujetos.

CP36

ANÁLISIS CON PENTACAM DE LA DENSIDAD ÓPTICA CORNEAL TRAS CROSSLINKING

LÓPEZ GUTIÉRREZ Carlos, CORCÓSTEGUI CORTINA Eduardo, ALBERDI ALBERDI José, DÍAZ MIRANDA Gotzone, URKIA SOLORZANO Amaia, FERNÁNDEZ Ana

Propósito: Evaluar cambios en la transparencia corneal mediante tomografía Pentacam en pacientes tratados con Crosslinking (CXL) y estudiar su correlación con cambios queratométricos y en el espesor corneal.

Método: Fueron evaluados 11 ojos de 9 pacientes con queratocono de manera previa y a los seis meses de la realización de CXL corneal según el protocolo de Dresde. La densitometría corneal fue determinada en los 3 mm centrales a lo largo del meridiano más curvo identificado en la cámara Scheimpflug. Fue realizado un análisis para determinar si los cambios en la densitometría corneal tenían una asociación con cambios en el índice de asimetría vertical (IVA) y en el espesor mínimo corneal.

Resultados: La densitometría media corneal previa fue de 15.9 ± 1.93 (SD) (unidades de densitometría de Pentacam) y de 23.4 ± 4.8 (SD) a los 6 meses. Este cambio se correlacionó con un adelgazamiento paquimétrico. No se encontraron cambios significativos en el índice de asimetría vertical.

Conclusiones: El tomógrafo Pentacam es útil para medir cambios en la transparencia corneal inducidos por el Crosslinking.

CP37

PATRONES DE MEIBOMIOGRAFÍA MEDIANTE KERATOGRAPH

MODAMIO GARDETA Laura, ARIAS PUENTE Alfonso, MATILLA RODERO María, FERNÁNDEZ GARCÍA Javier Lorenzo, ESCOBAR MARTÍN Elena, KIM Naon

Propósito: Describir distintos patrones morfológicos del tejido glandular palpebral mediante un nuevo sistema de meibomiografía digital de no contacto.

Método: Para ello, se utilizó el Oculus Keratograph®, un topógrafo corneal de no contacto basado en discos de plácido con un sistema de iluminación infrarroja (IR). Mediante su función Meibo-Scan, permite la obtención de imágenes estáticas y videos de las glándulas meibomianas, tanto de párpado superior como inferior tras la eversión. Se describen varios casos para ejemplificar las variaciones morfológicas del tejido glandular más frecuentemente encontradas en la práctica clínica diaria. La pérdida y desestructuración del tejido glandular fue clasificada en grados de 0 a 3 en función del tamaño del área afectada (0= no pérdida ni desestructuración glandular; 1= pérdida o desestructuración inferior a 1/3 del área glandular; 2=pérdida o desestructuración entre 1/3 y 2/3; 3=pérdida o desestructuración superior a 2/3).

Resultados: Las imágenes obtenidas permitieron, en todos los casos, clasificar la morfología y pérdida del tejido glandular en alguno de los patrones establecidos.

Conclusiones: Este sistema de meibomiografía digital IR de no contacto permite obtener imágenes de forma rápida y no invasiva de la estructura de las glándulas meibomianas. Son necesarios futuros estudios para correlacionar los hallazgos en la morfología glandular con la sintomatología clínica y otros parámetros de la superficie ocular.

CP38

TRATAMIENTO DE LOS INFILTRADOS CORNEALES SUBEPITELIALES POST-ADENOVIRUS CON TACROLIMUS 0,03%

RODRIGUEZ AUSIN M.^a Paz, ANTOLÍN GARCÍA David, MÍGUEZ GARCÍA Cristina, HITIA ANTÓN César, BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ Ana Belén, PÉREZ ORTIZ Noelia

Propósito: Presentamos nuestra experiencia con el uso «off label» de Tacrolimus al 0,03% en el tratamiento de los Infiltrados Subepiteliales (ISE) sintomáticos post- adenovirus.

Método: Serie de 25 ojos de 17 pacientes afectados de ISE tras brote de Queratoconjuntivitis adenovirica acontecida en Torrejón de Ardoz en el verano de 2012. Todos presentaban recidiva tras uno o más ciclos de corticoterapia. Iniciamos nuevo ciclo de 15 días de corticoide tópico y pautamos Tacrolimus 0,03% una dosis diaria. A la desaparición o descenso significativo de los infiltrados y recuperación de la agudeza visual, procedemos al descenso paulatino: un mes días alternos, un mes dos veces a la semana, un mes un día a la semana, suspendiendo el tratamiento si no hay recidiva.

Resultados: Cumplieron el tratamiento 10 pacientes (16 ojos). En todos los casos hubo mejoría de la sintomatología, recuperación de la agudeza visual y descenso de los ISE. El tiempo medio de tratamiento fue de 7 meses (5,5-11). En los 10 ojos con un score final de ISE de 0, y en 2 ojos con score 1 no se observó recidiva. Los 4 ojos con score final de 2-3 y aparente inactividad recidivaron al mes de suspender el tacrolimus. No hubo complicaciones relacionadas con la administración del fármaco.

Conclusiones: El tacrolimus aparece como una alternativa a los Corticoides en el manejo de Los ISE post-adenovirus. Permite dosificación de fácil cumplimiento. El periodo total de tratamiento oscila entre 5 y 11 meses siendo especialmente prolongado en pacientes con Lasik.

CP39

VOGT-KOYANAGI-HARADA: RESULTADOS DE INMUNOSUPRESOR ASOCIADO A CORTICOIDES PRIMER ESCALÓN TERAPÉUTICO Y COSTE SANITARIO

DELGADO ROMERO Ana M.^a, MÉNDEZ VEGA Alicia Raquel, COLINO GALLARDO Carlos

Propósito: Describir las manifestaciones clínicas, tratamiento y coste sanitario de dos pacientes con enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH). Síndrome uveomeningeo de etiología autoinmune y diagnóstico basado en cinco criterios clínicos establecidos, de expresión completa poco frecuente, cuya historia natural evoluciona en 4 fases: prodrómica, uveítica aguda, convalecencia y recurrente-crónica.

Método: estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de VKH en el pasado año en un hospital de tercer nivel. Presentamos dos casos mujeres diagnosticadas en fase de uveítis: «A» de 39 y «B» 32 años respectivamente. Consultaron por visión borrosa ambos ojos (a.o.) precedida de cefalea, «A» con parestesias en miembros inferiores e hiperestesia en cuero cabelludo, «B» con alteraciones auditivas. «A» debut uveítis anterior 4+ bilateral sinequiante, vitritis, coroiditis difusa, líquido subretiniano peripapilar, hiperemia y edema de papila a.o., evoluciona tras subtenoniana a los 10 días con desprendimiento de retina (DR) seroso macular bilateral. «B» con DR seroso macular a.o. sin uveítis anterior y RMN lesiones focales hiperintensas subcorticales frontoparietales (patrón vascular). En ambas punción lumbar pleocitosis linfocitaria. OCT, angiografía y retinografía apoyan diagnóstico y monitorizan seguimiento. Tratadas precozmente con bolos de esteroides 3 días y pauta Prednisona oral en reducción mínimo 6 meses, se asocia Ciclosporina (ahorrador de corticoides) para mejorar resultado final.

Resultados: En ambas mejoría subjetiva tras bolos, buena tolerancia y recuperación completa «A» al mes (asociamos Ciclosporina desde 4º día) y «B» a los 3 meses del diagnóstico (asociada Ciclosporina al mes).

Conclusiones: Sospecha clínica, diagnóstico rápido y tratamiento precoz con bolos de esteroides seguido de pauta oral prolongada en reducción asociada a Ciclosporina, mejora resultado final independientemente de severidad del cuadro inicial, minimizando desarrollo de complicaciones y posibles recidivas. Caso A considerable menor coste sanitario respecto B, al realizarse estudio y seguimiento en Unidad de Uveítis.

CP40

EDEMA MACULAR SECUNDARIO A OCLUSIÓN VENOSA RETINIANA TRATADO MEDIANTE EL IMPLANTE INTRAVÍTREO DE DEXAMETASONA. ¿PUEDEN LOS PUNTOS HIPERREFLECTIVOS OBSERVADOS EN LA SD-OCT PREDECIR EL RESULTADO VISUAL?

ALMENARA MICHELENA Cristina, ASCASO PUYUELO Francisco Javier, LAVILLA GARCÍA Laura, CRISTÓBAL BESCÓS Jose Ángel, CARAMELLO ÁLVAREZ Constanza, PÉREZ NAVARRO Itziar

Propósito: Investigar la relación entre los puntos hiperreflectivos (PHR) maculares observados mediante SD-OCT y los resultados visuales en ojos con edema macular secundario a oclusión venosa retiniana (OVR) tratados mediante el implante intravítreo de dexametasona (Ozurdex®).

Método: Estudio retrospectivo y observacional de una serie de 16 casos consecutivos de edema macular secundario a OVR (cinco OVCR y 11 ORVR) tratados con Ozurdex®. Se comparó la mejor agudeza visual corregida (AVMC) (logMAR), el espesor macular central (EMC) y la presencia de PHR en la SD-OCT basal y dos meses post-tratamiento.

Resultados: El EMC disminuyó significativamente tras el tratamiento (553 ± 131 micras vs 300 ± 67 micras, $p < 0,05$). Numerosos PHR fueron detectados en 11 ojos (68,8%), desapareciendo en ocho de ellos (72,7%) tras el tratamiento corticoideo. Aunque la presencia de PHR al diagnóstico no influyó en la AVMC post-Ozurdex®, ésta fue significativamente peor en aquellos casos en que persistieron numerosos PHR que en el grupo en que éstos desaparecieron (logMAR: $0,90 \pm 0,17$ vs $0,52 \pm 0,29$; $p = 0,045$).

Conclusiones: No siempre existe buena correlación entre la AVMC y el OCT. La frecuente desaparición de los PHR tras el tratamiento corticoideo, asociada a mejoría visual, sustentaría la hipótesis de que dichas lesiones podrían corresponder a células inflamatorias. Sin embargo, la presencia de PHR en la SD-OCT de pacientes con edema macular secundario a OVR no parece predecir la AVMC tras la inyección intravítrea de Ozurdex®.

CP41

EVALUACIÓN DEL CIERRE DE ESCLEROTOMÍAS SIN SUTURA EN OJOS VITRECTOMIZADOS TRAS LA APLICACIÓN DE DIATERMIA BIPOLAR CONJUNTIVAL

BENÍTEZ HERREROS Javier, LÓPEZ GUAJARDO Lorenzo, VÁZQUEZ BLANCO Miguel, PÉREZ CRESPO Aurora

Propósito: Evaluar la resistencia mecánica de las esclerotomías sin sutura de ojos vitrectomizados tras la cauterización de la conjuntiva adyacente a las esclerotomías mediante el uso de diatermia bipolar.

Método: Estudio experimental, aleatorizado y con observador enmascarado. Practicamos vitrectomía transconjuntival sin sutura 23-gauge sobre 80 ojos de cerdo previamente enucleados. Una vez retiradas las cánulas esclerales superiores, tras completar la vitrectomía, aplicamos diatermia bipolar sobre la conjuntiva de una de las dos esclerotomías superiores; no se practicó maniobra alguna sobre la otra incisión superior. La presión intraocular fue elevada gradualmente a través del sistema de vitrectomía, hasta que alguna de las esclerotomías superiores permitió el filtrado de líquido intraocular.

Resultados: En el 35% de los casos (28 de 80 ojos), las esclerotomías sometidas a diatermia permitieron la salida de líquido intraocular primero ($p = 0,01$; Test Chi-Cuadrado). Al comparar las presiones necesarias para la apertura incisional, las esclerotomías cauterizadas perdieron su competencia de cierre a presiones significativamente mayores que aquellas a las que cedieron las esclerotomías sobre las que no se realizó maniobra de cierre alguna ($p < 0,001$; Test U de Mann-Whitney).

Conclusiones: La aplicación de diatermia bipolar sobre las esclerotomías sin sutura ha demostrado ser, en nuestro modelo experimental, un método efectivo para aumentar la resistencia de cierre de las esclerotomías. Su uso podría constituir una alternativa al empleo de suturas a nivel de las esclerotomías filtrantes tras vitrectomía.

CP42

VITREOLISIS ENZIMÁTICA POR INYECCIÓN DE PLASMINA AUTÓLOGA ¿ALTERNATIVA EFICIENTE?

CAPOTE DÍEZ María, CANAL FONTCUBERTA Irene, LLORENTE GONZÁLEZ Sara, CAMARILLO GÓMEZ Cristina, GUTIÉRREZ MARTÍN Lucía, PEREZ FORMIGÓ Daniel

Propósito: La vitreolisis enzimática (VE) por inyección de plasmina autóloga (PA) ha sido propuesta como tratamiento del síndrome de tracción vitreomacular (STVM) y en el edema macular diabético difuso (EMD). El objetivo del estudio es establecer la eficacia de la VE en casos EMD, EM secundarios a trombosis venosa central (TVC) refractarios a otros tratamientos y STVM.

Método: Estudio descriptivo de 8 pacientes con EM, 50% mujeres, con edad media de 63 años. 6 pacientes presentaban un EMD, 1 paciente EM secundario a TVC, y 1 paciente con STVM. El 87,5% habían sido tratados previamente con intravítreos, con pobres resultados. Se realizó una sola inyección de 0,2 ml PA, con seguimiento al mes, a los 3 meses y los 6. Las variables a estudiar fueron: agudeza visual (AV), grosor macular central (GMC) medido por OCT y mejoría subjetiva de los síntomas.

Resultados: El GMC sólo disminuyó de forma significativa en el paciente con STVM, en el resto de pacientes no hubo reducción significativa del mismo, al igual que la AV final. El 25% de los pacientes permanecieron estables en los siguientes 3 meses, el resto necesitaron otro procedimiento (cirugía vitreoretinaria e intravítreos). El 75% notaron mejoría subjetiva al mes de la inyección. No se observaron complicaciones.

Conclusiones: A pesar del tamaño limitado de la muestra, la técnica de la VE por PA parece un procedimiento seguro, ya que ninguno de nuestros pacientes presentó empeoramiento clínico o complicaciones derivadas de la inyección, hecho que junto al bajo coste del procedimiento la hacen una alternativa atractiva para retrasar o complementar otros procedimientos como la cirugía en pacientes con mala respuesta a tratamientos previos o mal estado general. El 75% de los pacientes refirieron mejoría subjetiva en su AV, sin objetivarse cambios en AV o GMC. El único paciente con evolución muy favorable fue STVM por lo creemos que el éxito de esta técnica radica en una estricta selección de los pacientes siendo su aplicación a patologías vasculares más controvertida.

CP43

CAMBIOS FUNCIONALES Y ESTRUCTURALES EN PACIENTES TRATADOS CON IMPLANTE INTRAVÍTREO DE DEXAMETASONA VEINTICUATRO HORAS TRAS LA INYECCIÓN

ELNAYEF ELSAKAN Suhel, CAMPOS FIGUEROA Pamela, DELÁS ALÓS Bárbara, ANTUNES DA COSTA Paula Claudia, ASAAD Mouafk

Propósito: Analizar los cambios funcionales y estructurales en pacientes tratados con implante intravítreo de dexametasona veinticuatro horas tras la inyección, en casos de edema macular secundario a obstrucciones vasculares y uveítis posteriores no infecciosas.

Método: Se analizaron 23 ojos de 23 pacientes (14 obstrucciones de rama venosa, 8 obstrucciones de vena central de la retina y 1 uveítis posterior no infecciosa). Las variables recogidas antes y veinticuatro horas después de la inyección fueron: edad, sexo, causa del edema macular, tiempo de evolución, tratamientos previos recibidos, agudeza visual corregida (AVC), presión intraocular (PIO) y espesor foveal central .

Resultados: En 14/23 pacientes (60,9%) la agudeza visual mejoró a las 24 horas post implante, en el 39,1 restante no hubo cambios. En cuanto a la PIO, en 7 de los pacientes (30,4%) la presión aumentó entre 3-6 mmhg en el primer día post implante, manteniéndose aún así entre los límites de normalidad. En 1 paciente la PIO presión aumentó a 24 mmhg, por lo que se instauró tratamiento hipotensor tópico. El espesor foveal central disminuyó entre 30-303 micras en el primer día post implante en 20/23 pacientes (87,0%). Conclusiones: A pesar de la larga curva de acción del implante intravítreo de dexametasona y el pico máximo descrito a los dos meses, hemos observado ya cambios anatómicos y funcionales significativos en las primeras veinticuatro horas tras su administración. Tras revisar la bibliografía, no hemos hallado otras publicaciones que hagan referencia a los cambios producidos a las 24h del tratamiento.

CP44

EFFECTO DE LA VITRECTOMÍA SOBRE LA PROGRESIÓN DE LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DE LA INTERFASE VITREORRETINIANA

GARCÍA-MONTESINOS GUTIÉRREZ Javier, ARRUABARRENA SÁNCHEZ Carolina

Propósito: Actualmente se desconoce el efecto de la vitrectomía sobre la progresión de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) a largo plazo. En pacientes vitrectomizados, la utilidad de los antiangiogénicos está limitada por el rápido aclaramiento de estos fármacos en la cavidad vítrea. Además la vitrectomía induce una considerable inflamación intraocular con alteración de la barrera hematorretiniana, expone a la retina a un importante fotoestrés y a daño mecánico sobre la mácula durante el procedimiento. Sin embargo, estudios recientes indican que la vitrectomía podría disminuir la progresión de la DMAE, al mejorar la oxigenación y eliminar las posibles alteraciones de la interfase vitreomacular, que podrían estar implicadas en la patogénesis de la DMAE.

Método: Realizamos una revisión retrospectiva de los últimos 10 años de los pacientes diagnosticados de DMAE bilateral que fueron sometidos a una vitrectomía en un ojo en nuestro centro, encontrando un total de 7 pacientes todos ellos intervenidos por membrana epirretiniana.

Resultados: El seguimiento medio fue de 23.8 meses. La agudeza visual media fue + 1.42 líneas de Snellen en los ojos vitrectomizados y de - 1 línea de Snellen en los ojos no vitrectomizados ($p = 0.072$). Además registramos la progresión de DMAE seca a exudativa en un ojo no vitrectomizado, mientras que esto no ocurrió en ningún caso en el grupo de los vitrectomizados.

Conclusiones: La revisión de nuestra serie indica que la vitrectomía en pacientes con DMAE y alteraciones de la interfase vítreo-macular no parece ser perjudicial a medio plazo. Serían necesarios estudios prospectivos, bien diseñados y con un mayor seguimiento para confirmar estas hipótesis.

CP45

FÁRMACOS ANTI-VEGF INTRAVÍTREOS COMO TERAPIA COADYUVANTE EN LA CIRUGÍA DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA PROLIFERATIVA

HERNÁNDEZ MARRERO Dayra, ABREU GONZÁLEZ Rodrigo, ALONSO PLASENCIA Marta, SOLÉ GONZÁLEZ Lorena, GIL HERNÁNDEZ M.^a Antonia, ABREU REYES Pedro

Propósito: Evaluar el uso de fármacos anti-VEGF intravítreos (anti-VEGF) en pacientes sometidos a vitrectomía pars plana (VPP) por complicaciones de la retinopatía diabética proliferativa (RDP) como terapia coadyuvante en nuestro hospital.

Método: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de revisión de historias clínicas de pacientes intervenidos debido a su RDP mediante VPP entre el 1 de enero de 2013 y 31 de diciembre de 2013, en los cuales se utilizó anti-VEGF intravítreo pre o intraquirúrgico.

Resultados: Se revisó el historial de 72 pacientes (95 ojos) intervenidos mediante VPP por su RDP, de los cuales en 17 ojos (17,8%) se utilizó anti-vegf intravítreo pre o intraquirúrgico. En el 94,71% de las ocasiones se utilizó ranibizumab como fármaco anti-VEGF. La distribución de sexos fue de: 12 (70,6%) hombres y 5 (29,4%) mujeres, con una edad media de 58,2+/-10,9 años. El 88,2% de los pacientes eran diabéticos tipo II y el 11,8% diabéticos tipo I, con una HbA1c media de 7,3+/- 1,3%. El 23,5% (4 ojos) tenían antecedente de cirugía vitreoretiniana. El 76,5% de los pacientes no requirieron de VPP posterior en ese año. Sólo 4 (23,53%) pacientes presentaron una nueva hemorragia vítrea a partir del primer mes tras la cirugía. No se detectaron complicaciones asociadas al uso de anti-VEGF como coadyuvante de la VPP en la RDP.

Conclusiones: Nuestra experiencia con el uso de anti-vegf como coadyuvante en la cirugía de la RDP es limitada, sin embargo ha demostrado un buen perfil de seguridad de los mismos con un bajo porcentaje de hemorragia vítrea postoperatoria.

CP46

ESTUDIO DEL ESPESOR Y VOLUMEN COROIDEOS EN NIÑOS SANOS MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE DOMINIO ESPECTRAL

HERRERA SILVA Laura, PÉREZ NAVARRO Itziar, PÉREZ GARCÍA Diana, PINILLA LOZANO Isabel, SÁNCHEZ CANO Ana, CARAMELLO ÁLVAREZ Constanza

Propósito: evaluar valores de espesor y volumen coroideos en niños sanos en las nueve áreas del Early Treatment Diabetic Retinopathy Study (ETDRS), así como la repetibilidad y reproducibilidad de la segmentación manual de la coroides utilizando el patrón EDI (Enhanced Depth Imaging) de tomografía óptica de dominio espectral (SD-OCT).

Método: Se estudiaron de forma prospectiva 93 ojos de 93 niños sanos utilizando el patrón EDI de SD-OCT Heidelberg. Se realizaron mapas coroideos mediante segmentación manual. Se analizaron los valores de espesor y volumen coroideos de las nueve áreas descritas en el ETDRS, así como su correlación con defecto refractivo (DR), edad, longitud axial (LA) y sexo. Se estudió la repetibilidad intra e interobservador en 30 niños y se calcularon los coeficientes de correlación intraclase (ICC).

Resultados: La edad media de los sujetos del estudio (43 niños y 50 niñas) fue de $9,62 \pm 2,89$ años (media \pm desviación estándar). La LA media fue de $23,19 \pm 1,13$ mm y el equivalente esférico post-cicloplejia medio de $+0,03 \pm 2,22$ dioptrías (D). La media del espesor coroideo subfoveal (ECSF) fue de $314 \pm 55,48 \mu\text{m}$ y del volumen coroideo subfoveal de $0,25 \pm 0,04 \text{mm}^3$. Por grupos de ametropías, el ECSF fue superior en los hipermetropes (LA $22,39 \pm 0,83$ mm), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre miopes y emétopes. Se encontró una correlación positiva, aunque débil, entre edad y ECSF ($r=0.259$ and $p=0.0012$) y DR ($r=0.238$, $p=0.006$), y una correlación negativa entre ECSF y LA ($r=-0.250$, $p=0.015$). Los ICC inter e intraobservador en las 9 áreas del ETDR estudiaron entre $0,929-0,991$ y $0,992-0,998$, respectivamente.

Conclusiones: Los valores del ECSF en la infancia son superiores en sujetos con menor LA. Hay una tendencia al aumento del espesor coroideo con la edad, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas. La segmentación manual de la coroides mediante EDI SD-OCT tiene una alta repetibilidad intra e interobservador.

CP47

RELACIÓN ENTRE EL INICIO DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA Y FACTORES DE RIESGO EN UNA COHORTE DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1

JIMÉNEZ CARMONA Soledad, ÁLVAREZ RAMOS Pablo, ALEMANY MÁRQUEZ Pedro, ESPINOZA LAVALLE César, MAYORAL SÁNCHEZ Eduardo, AGUILAR DIOSDADO Manuel

Propósito: El Programa para la Detección Precoz de la Retinopatía Diabética (PDPRD), es un programa de cribado – basado en la Tele-Oftalmología – que se desarrolla en el marco del Plan Integral de Diabetes Mellitus de Andalucía. Para conocer la periodicidad adecuada del control fotográfico en los pacientes diabéticos tipo 1 (DM-1) sin retinopatía diabética (RD), en el cribado, iniciamos un estudio de cohorte de 320 pacientes seguidos durante 3 años. Presentamos la relación entre factores de riesgo y la aparición de retinopatía en los primeros 115 pacientes que han completado el seguimiento.

Método: Seguimos con periodicidad anual, durante 3 años, 115 pacientes DM-1 de la cohorte global. Capturamos 3 fotografías por ojo con un retinógrafo digital, registramos del sexo y la edad, los valores de los factores de riesgo asociados a la aparición de RD: años de evolución de la diabetes, hemoglobina glicosilada (HbA1c), hipertensión arterial, nefropatía diabética, dislipemia y hábito tabáquico. Comparamos las variables entre el grupo que no desarrolla RD y el grupo que finaliza el estudio con RD (SI-RD). Resultados: La incidencia acumulada de RD es del 21,74% (25 pacientes). El grupo NO-RD tiene una proporción de mujeres del 55,6%, una media de edad de $34,2 \pm 13$ años, $15,54 \pm 9,46$ años de evolución de la enfermedad de media y una Hb1c inicial media de $7,496 \pm 1,06$. Los valores de las mismas variables en el grupo SI-RD son 52%, $35,20 \pm 11,7$, $16,00 \pm 7,62$ y $7,752 \pm 0,855$. La edad y los años de evolución presentan un valor p de 0.596 y 0.285 respectivamente. Tampoco son significativos la presencia de HTA, ND, DLP o hábito tabáquico. Para Hb1c inicial, el valor Z es 5.5522 significativo con $p < 0.05$.

Conclusiones: La incidencia acumulada de RD después de 3 años de seguimiento y 16 años de media de evolución es del 21,74%. En el momento actual, el único factor de riesgo identificado es el valor de la Hb1C al inicio del estudio, significativamente mayor en el grupo que desarrolla RD.

CP48

INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE INCARCERACIÓN VÍTREA SOBRE LA COMPETENCIA DE CIERRE INCISIONAL TRAS VITRECTOMÍA SIN SUTURA

LÓPEZ GUAJARDO Lorenzo, BENÍTEZ HERREROS Javier, PÉREZ CRESPO Aurora, VÁZQUEZ BLANCO Miguel

Propósito: Evaluar la influencia que ejerce la incarceration vítrea sobre la presencia de ampollas conjuntivales adyacentes a las esclerotomías tras vitrectomías transconjuntival sin sutura (VTS). Las ampollas (blebs) se forman por incompetencia de cierre incisional.

Método: Estudio experimental, aleatorizado y enmascarado. Practicamos VTS 23-gauge sobre 146 ojos de cerdo previamente enucleados. Una vez completada la vitrectomía, inyectamos triamcinolona intravítrea con el fin de teñir el tejido vítreo. Evaluamos las esclerotomías superiores mediante tomografía de coherencia óptica de segmento anterior de forma enmascarada; la ausencia de bleb fue clasificada como ampolla grado 0, la presencia de bleb conjuntival de grosor \leq a la mitad del espesor escleral se consideró ampolla grado 1, mientras los blebs gruesos ($>$ a la mitad del espesor escleral) se identificaron como grado 2. Evaluamos también la presencia de incarceration vítrea mediante visualización directa (ausencia de incarceration vítrea: atrapamiento grado 0; tractos vítreos delgados: grado 1; tractos vítreos gruesos: grado 2).

Resultados: Encontramos ampollas conjuntivales en el 13,7% de las esclerotomías (11,3% bleb grado 1; 2,4% grado 2). Hallamos incarceration vítrea en el 96,5% de las incisiones sin ampolla, el 81,8% de las entradas con ampolla grado 1, y el 14,3% de las esclerotomías con ampolla grado 2. La presencia de incarceration vítrea se asoció significativamente con la ausencia de ampolla conjuntival ($p < 0,001$; Test Exacto de Fisher); el mayor grado de atrapamiento vítreo se asoció significativamente a un menor grado de ampolla ($p < 0,001$; Test Kruskal-Wallis).

Conclusiones: La presencia de incarceration vítrea se ha relacionado con menor filtrado incisional en nuestro modelo experimental. Las maniobras dirigidas a reducir el atrapamiento vítreo, como supone la retirada de las cánulas esclerales con la sonda de luz insertada a su través, pudiera disminuir la competencia de cierre incisional.

CP49

MODELO DE RATÓN TRANSGÉNICO PARA ANALIZAR LOS EFECTOS DE LA PROPORCIÓN DE ÁCIDOS GRASOS OMEGA 6/OMEGA 3 SOBRE LA MORFOLOGÍA RETINIANA

MARCO RAMÍREZ Carla, PINAZO Y DURÁN M.^a Dolores, PRIETO CHINCHILLA Patricia, LÓPEZ VICARIO Cristina, CLARIA Joan, BOSCA GOMAR Lisardo

Propósito: Utilizar un modelo de ratón modificado transgénicamente para expresar el gen fat-1, que codifica una desaturasa que convierte los ácidos omega-6 a omega-3, aumentando los niveles endógenos de éste último y así estudiar sus efectos sobre la estructura retiniana.

Método: Hemos utilizado 12 ratones de 6,5 meses de edad con un peso medio de 24,87 gramos distribuidos en 2 grupos: grupo wild-type (WT; n=12 ojos) vs transgénicos fat-1 (TGfat-1; n=12 ojos), mantenidos en condiciones estándar de estabulario. Se indujo la eutanasia bajo anestesia general y se extrajeron ambos ojos, que se procesaron para técnicas morfológicas, morfométricas e inmunohistoquímicas utilizando anticuerpos frente a sinaptofisina, calretinina, proteína fibrilar ácida de la glía, neurofilamentos y Ki67. Los datos se procesaron mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados: Ambos grupos presentaron una organización citoarquitectural similar de la retina. No se detectaron anomalías significativas morfológicas ni morfométricas en cuanto a la organización de segmentos externos e internos de los fotorreceptores, ni tampoco cambios estructurales en las capas más internas del TGfat-1. La inmunodetección de las células ganglionares con calretinina mostró mayor marcaje en el TGfat-1 vs WT, pero no se identificaron cambios en el resto de marcadores.

Conclusiones: El aumento de la disponibilidad de ácidos grasos omega-3 no induce alteraciones citoarquitecturales en la retina del ratón transgénico fat-1. Este modelo experimental puede ayudar a conocer las características del metabolismo de los ácidos grasos y las modificaciones en la proporción omega 3/omega 6 en relación a las enfermedades oculares.

CP50

CAMBIOS TOMOGRÁFICOS EN LA CORIORRETINOPATÍA CENTRAL AEROSA AGUDA

RACHWANI Navin, MORILLO SÁNCHEZ M.^a José

Propósito: Describir los cambios morfológicos en la coriorretinopatía central serosa aguda (CCSA) mediante tomografía óptica de coherencia (OCT).

Método: Estudio prospectivo de 20 pacientes (20 ojos) diagnosticados de CCSA. Realizamos medición de mejor agudeza visual corregida (MAVC), retinografías, angiografía fluoresceínica y OCT con el Cirrus HD-OCT usando las estrategias «Macular Cube 512x128» para obtener el grosor foveal medio (GFM) y «Enhanced HD Raster Single Line» para medir manualmente el grosor de la capa nuclear externa (CNE), de los segmentos externos de los fotorreceptores (OS) y el grosor coroideo (GC).

Resultados: De los 20 pacientes, 18 eran varones y 2 mujeres con edad media de 35,1 años. En presencia de un desprendimiento seroso del neuroepitelio (DSNE), MAVC media era 0,78 +/- 0,23 (0,4-1), GFM 341 +/- 62,7 μ m (286-507), grosor medio de la CNE 77 +/- 16 μ m (43-99), de los OS 81 +/- 17 μ m (52-120) y el GC medio 344 +/- 72 μ m (200-445). La membrana limitante externa (MLE) era visible en todos los casos, mientras que la línea de unión de los segmentos internos y externos de los fotorreceptores (IS/OS) era irreconocible. La duración media del cuadro era de 90 +/- 45 días (19-170). Con la resolución tomográfica, la MAVC media era de 0,97 +/- 0,07 (0,8-1) (p=0,01), GFM 290 +/- 29 μ m (258-391) (p=0,02), grosor medio de la CNE 88 +/- 13 μ m (61-112) (p=0,02), de los OS 35 +/- 8 μ m (14-49) (p<0,001) y el GC medio 347 +/- 83 μ m (176-464) (p=0,69). La línea IS/OS volvió a ser visible en todos los ojos.

Conclusiones: En presencia de un DSNE, se observó una reducción de la CNE. La elongación de los OS ha sido atribuido a una falta de fagocitosis por el epitelio pigmentario retiniano. El GC medio es mayor en comparación con ojos sin patología. Esto podría producirse a consecuencia de una mayor presión hidrostática de los vasos coroideos. Sin embargo, no observamos diferencias significativas entre la medida inicial y tras la resolución espontánea.

CP51

IMPLEMENTACIÓN DE TELEMEDICINA EN EL CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA CON LA PARTICIPACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA, RESULTADOS A 7 AÑOS

VERGÉS PUJOL Raquel, RIVA FERNÁNDEZ Sofía de la, ROMERO AROCA Pere, SAGARRA ÁLAMO Ramón, BLASCO SUÑÉ Cristina, NAVARRO GIL Raúl

Propósito: La retinopatía diabética es la primera causa de ceguera entre la población adulta joven. Ante la problemática, es primordial un cribado óptimo y eficaz que permita instaurar el inicio de un tratamiento en fases tempranas. Ante esta perspectiva social y con el fin de optimizar los recursos de los que disponemos, presentamos nuestra experiencia mediante telemedicina y con la participación de los médicos de atención primaria (MAP) desde el año 2007.

Método: Actualmente, el sistema de cribado que utilizamos se basa en la realización de retinografías en atención primaria mediante unidades de cámaras no midriáticas. Éstas, son interpretadas en una primera lectura por el MAP del paciente, y si éste considera que es patológica, o existen dudas sobre la misma, envía de forma telemática la consulta al médico oftalmólogo. Una vez realizada la segunda lectura por el oftalmólogo, éste decide, y realiza las derivaciones al servicio de oftalmología responsable que considera oportunas. Resultados: Desde el año 2007 hasta la actualidad, de un total de 13840 pacientes censados con diabetes mellitus, hemos cribado 10958 (70,17% pacientes censados), con media de visitas de $3,19 \pm 1,07$. Se han detectado 1.720 pacientes (15,70%) con retinopatía diabética, siendo patológicas las siguientes formas: 1. Edema macular diabético = 732 pacientes (6,68%), 2. Retinopatía severa = 161 pacientes (1,47%), y 3. Retinopatía proliferativa = 23 pacientes (0,21%).

Conclusiones: Con el alto índice de cribado que hemos conseguido, concluimos que la participación del MAP en el mismo es indispensable para poder detectar el mayor número de casos de pacientes con retinopatía diabética.

CP52

TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR DIABÉTICO CON RANIBIZUMAB INTRAVÍTREO: RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

SOLÉ GONZÁLEZ Lorena, ABREU GONZÁLEZ Rodrigo, ALONSO PLASENCIA Marta,
HERNÁNDEZ MARRERO Dayra, GIL HERNÁNDEZ M.^a Antonia, ABREU REYES Pedro

Propósito: Analizar los resultados obtenidos, en práctica clínica habitual, en el tratamiento de pacientes afectos de edema macular diabético con ranibizumab intravítreo en monoterapia.

Método: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de revisión de historias clínicas electrónicas de pacientes con edema macular diabético, tratados según práctica clínica habitual con ranibizumab intravítreo en monoterapia, entre agosto de 2012 y agosto de 2013. Se excluyeron los pacientes que no disponían de información en su historial del manejo de la enfermedad desde el momento de su diagnóstico; y aquellos pacientes que recibieron tratamiento con ranibizumab en combinación con otras terapias. Para el análisis de los resultados, tanto en agudeza visual como en tomografía de coherencia óptica, se clasificaron en: mejoría, estabilidad y empeoramiento.

Resultados: Fueron identificados un total 130 ojos de 106 pacientes, de los cuales 60 (46,2%) fueron hombres y 70 (53,8%) fueron mujeres, siendo la edad media de los pacientes fue de 68 +/- 11 años. La mediana del seguimiento fue de 6 meses, con una media de 6,91 +/- 3,52 meses (rango 2-12 meses). La hemoglobina glicosilada de los pacientes incluidos en el estudio tuvo un valor medio de 7,4 +/- 1,76% (rango 4,4-11,7%). El valor medio de la agudeza visual mejor corregida (BCVA) fue de 0.34 (logMar), manteniéndose sin cambios estadísticamente significativos a lo largo del período de seguimiento. La media de espesor macular central (CST) en la exploración basal fue de 427 +/- 133 micras y en la exploración final de 359 +/- 120 micras ($p < 0,05$). Un caso de endoftalmitis tras la inyección intravítrea de ranibizumab fue detectado.

Conclusiones: Nuestra experiencia con ranibizumab, en el tratamiento del edema macular diabético, aunque lejos de los resultados de los ensayos clínicos, es positiva y el tratamiento ha presentado un buen perfil de seguridad.

CP53

IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES BIOMARCADORES MOLECULARES PARA LA RETINOPATÍA DIABÉTICA

VIVAR LLOPIS Bárbara, SANTANDER TRENTINI Fernando, ROIG REVERT M.^a José, ALBERT FORT Mara, GALBIS ESTRADA Carmina, MARCO RAMÍREZ Carla

Propósito: Integrar las variables demográficas, oftalmológicas y bioquímicas para evaluar posibles biomarcadores en diabéticos tipo 2 que permitan un abordaje precoz del riesgo de desarrollar la retinopatía y diseñar nuevos tratamientos que eviten la pérdida de visión.

Método: Se realizó un estudio de casos-controles en 350 sujetos distribuidos en 2 grupos: 1) diabéticos tipo 2 (GDM2; n=125) y 2) controles sanos (GC; n=125). La entrevista permitió registrar datos demográficos, antecedentes familiares, personales y estilo de vida. La exploración oftalmológica incluyó la agudeza visual con mejor corrección (AVMC), presión intraocular (PIO), exploración de fondo de ojo, retinografías y tomografía de coherencia óptica (OCT). Se extrajo sangre a todos los participantes para analizar parámetros clásicos y emergentes relacionados con la peroxidación lipídica como el malonildialdehído (MDA) y actividad antioxidante total (AOXT). Los datos se procesaron estadísticamente mediante el programa SPSS 15.0.

Resultados: La edad media fue 53+12 años. El 47% eran mujeres y 53% hombres. Un 37% del GDM2 poseía antecedentes familiares de diabetes, 30% de hipertensión arterial y 15% de enfermedad cardiovascular. El 54% del GDM2 realizaba ejercicio físico, 10% bebían y 22% fumaban. El índice de masa corporal fue significativamente superior en GDM2 (30+/-5) vs 25+/-4 en el GC. El GDM2 presentó en plasma una mayor actividad oxidativa (MDA; $p<0,05$) y menor actividad antioxidante (AOXT; $p<0,001$) que el GC.

Conclusiones: La diabetes induce cambios a nivel celular y molecular, como la peroxidación lipídica y la actividad antioxidante total, que pueden detectarse precozmente mediante biomarcadores que puedan ayudar a identificar el riesgo de aparición o progresión de la retinopatía.

PANELES CASOS CLÍNICOS

CP54

ANESTESIA PERIBULBAR Y BALÓN DE HONAN ASOCIADOS A DESGARRO DE LA CÁPSULA ANTERIOR DEL CRISTALINO PREVIO A CIRUGÍA DE CATARATAS

GARCÍA MEDINA José Javier, RÍO VELLOSILO Mónica del, ABENGOCHEA COTAINA Antonio, BARBERÁ-LACREU Manuel, ACOSTA VILLEGAS Francisco

Introducción: La órbita es una estructura ósea inextensible que alberga el globo ocular y que tiene como única abertura su parte anterior. A través de este espacio el globo puede protruir en caso de aumento de la presión intraorbitaria. En la anestesia peribulbar combinada con balón de Honan introducimos fluido en un continente inextensible y ocluimos el espacio anterior con lo que se impide disipar la presión.

Caso clínico: Paciente varón de 90 años que fue sometido a anestesia peribulbar previa a cirugía de catarata. El paciente no tenía antecedentes personales destacados de enfermedades oculares o generales. La anestesia peribulbar consistió en la inyección periocular nasal superior de 4 ml y temporal inferior de 5 ml de una mezcla 1:1 de mepivacaína 2% y bupivacaína 0,75% sin vasoconstrictor. El balón de Honan fue posteriormente aplicado. Antes de iniciar la intervención el oftalmólogo percibió un desgarro paracentral anterior sin signos inflamatorios de cámara anterior asociados. El desgarro se ilustra con imágenes obtenidas del vídeo operatorio. En la exploración con lámpara de hendidura de la historia clínica no se referían indicios de alteraciones. El paciente, preguntado después, no refirió antecedente traumático ocular alguno. La capsulorrexia continua y curvilínea fue posible pero difícil de ejecutar y se realizó más grande de lo normal para sortear el pico de la rotura. Entonces se pudo realizar una facoemulsificación sin problemas con inserción de lente intraocular en el saco capsular. Un mes después de la cirugía el paciente alcanzaba una agudeza visual mejor corregida de 0,8.

Conclusiones: La anestesia peribulbar combinada con la aplicación de balón de Honan para la cirugía de la catarata puede estar asociada a una rotura de la cápsula anterior del cristalino. Parece razonable, cuando se usen estas técnicas, minimizar el volumen de agente anestésico introducido en la órbita así como disminuir la presión y el tiempo de aplicación del balón de Honan.

CP55

IMPLANTE SECUNDARIO DE ANILLO INTRAESTROMAL TRAS EXPLANTE PREVIO DE OTRO ANILLO

SÁNCHEZ PINA José M.^a, PAZ MORENO-ARRONES Javier, RODERO SERRANO Alberto, DRAKE RODRÍGUEZ-CASANOVA Pilar, TEUS GUEZALA Miguel Ángel

Introducción: Caso donde observamos el malfuncionamiento de anillos intraestromales mal colocados en una ectasia postLASIK con explante de uno de los anillos, así como el mejor funcionamiento de un anillo igual al explantado, colocado correctamente.

Caso clínico: Paciente operado mediante LASIK, con pérdida de AV en OI a los 7 años del LASIK; se diagnostica ectasia postLASIK con AVSC de 0.4 y Rx de +2 -1.75 a 115° (AVCC 0.84). Se implantan 2 anillos tipo Kerarrings[®], realizando el túnel mediante Intralase[®], obteniendo una AVSC de 0.36 y una Rx de +3.5 -4.00 a 115° (AVCC 0.7). Meses después observamos por biomicroscopía reapertura de la incisión a nivel del anillo inferior con desplazamiento del mismo y problemas de superficie ocular asociados. Se decide explantar el anillo. Posteriormente y mediante Tomógrafo de Coherencia Óptica de cámara anterior (OCT VISANTE[®]), se observa que el anillo superior está colocado inversamente y a diferente profundidad (400 micras) que la programada (370 micras). Tras un periodo de observación se reimplanta un nuevo anillo en el lugar del explantado, de mismas características al explantado con orientación (forma triangular hacia arriba) y profundidad adecuadas (300 micras) e incisión enfrentada 180° de la incisión inicial para no reabrir la incisión primitiva. La respuesta al reimplante de anillo inferior fue satisfactoria. En las primeras revisiones muestra una mejoría en AVSC y AVCC, y una reducción significativa de Rx en comparación con las mismas revisiones del primer implante y el explante.

Conclusiones: Este caso pone de manifiesto la importancia de la profundidad del implante y la orientación de la colocación. También parece demostrarse que un nuevo túnel es posible en pacientes ya tunelizados para la implantación de anillos, con la precaución de realizar la incisión de manera enfrentada a la original con el fin de evitar la reapertura de la misma.

CP56

RECESIÓN DEL ÁNGULO DESPUÉS DE UN TRAUMA CON UN BALÓN DE FÚTBOL

ALMEIDA Innês, BARROS Angélica, PAINHAS Teresa, ALMEIDA Raquel, FERREIRA Cláudia, LOPES CARDOSO Isabel

Introducción: El traumatismo cerrado del globo ocular es relativamente común. Aunque un gran número de ellos están relacionados con el trabajo, un alto porcentaje de las lesiones oculares ocurren durante las actividades de recreación, que incluyen actividades deportivas. El segmento anterior es la parte del ojo más frecuentemente dañadas por traumatismo cerrado y el hifema lo modo más común de presentación clínica. Después de su desaparición, rupturas en diversas estructuras del segmento anterior se pueden encontrar. La más común es la recesión del ángulo.

Caso clínico: Hombre de 32 años de edad acude al servicio de urgencias por visión mas borrosa del ojo derecho (OD) desde hace 15 días, después de un trauma con un balón de fútbol; por esto había sido observado y tratado con dexametasona y tobramicina en gotas. En el examen oftalmológico presentaba mejor agudeza visual corregida de 10/10 en ambos ojos, sin restricción de los movimientos oculares pero con anisocoria (pupila derecha más grande) más pronunciada en condiciones fotópicas [pupilometría de 6,5 mm OD y 5,8 mm ojo izquierdo (OE)] que en condiciones escotópicas (pupilometría de 7,1mm OD y 7,3 mm OE). La evaluación de los reflejos pupilares identificaba una ausencia de contracción pupilar en lo cuadrante temporal superior del OD; El segmento anterior no presentaba anomalías en ambos ojos, la presión intraocular (PIO) derecha era 36 mm Hg y normal en lo OE, y lo fondo de ojo derecho tenia una hemorragia retiniana periférica a las 11h con densificación del vítreo adyacente. La gonioscopia del OD mostró una recesión del ángulo iridocorneano entre las 9h y 12h. Lo paciente fue tratado con brimonidina y timolol en colirio en lo OD; 3 días después la PIO era de 14 mm Hg. Actualmente se encontra en vigilancia con la PIO controlada sin medicación.

Conclusiones: La recesión del ángulo iridocorneano es frecuente después de trauma ocular cerrado. Aunque la PIO elevada es transitoria en la mayoría de los casos, es importante.

CP57

DESPRENDIMIENTO COROIDEO SEVERO EN CIRUGÍA DE GLAUCOMA MÍNIMAMENTE INVASIVA (MIGS) CON DISPOSITIVO XEN

ESCOBAR LUJÁN Edwin, TAPIA QUIJADA Hugo, VALLS MARTÍNEZ José, MENGUAL VERDÚ Encarnación, HUESO ABANCÉNS José Ramón

Introducción: El implante Xen es un dispositivo nuevo indicado en cirugía de glaucoma mínimamente invasiva (MIGS) que tiene por objetivo reducir la presión intraocular (PIO) con una tasa de complicaciones mínima. Presentamos el caso de un paciente que presentó desprendimiento coroideo severo tras cirugía de glaucoma utilizando este implante.

Caso clínico: Varón de 79 años que tras cirugía combinada en ojo izquierdo (OI) (FACO +LIO e implante Xen), tras un postoperatorio inmediato favorable, diez días después de la intervención, presenta una agudeza visual (AV) de movimientos de mano (MM), hipotensión ocular (PIO 4mmHg) y desprendimiento coroideo severo (Kissing), que obliga a realización de cirugía urgente para extracción del implante. Consecuentemente se presenta una evolución progresivamente favorable presentándose al cabo de 2 semanas remisión total del DC con normalización de la PIO y recuperación de su AV previa.

Conclusiones: El implante Xen es un dispositivo de reciente aparición. Se trata de una micro fístula que comunica la cámara anterior con el espacio subconjuntival sin embargo aún no se han comunicado resultados del uso de este implante. Lo que pretendemos con nuestro caso es describir que estos nuevos avances a pesar de ser seguros no están exentos de importantes complicaciones relacionados directamente a su utilización. Son necesarios estudios con series grandes para tener conclusiones válidas respecto a eficacia hipotensora y complicaciones asociadas al uso de este dispositivo.

CP58

IMPLANTE DE DISPOSITIVO EX-PRESS COMO TRATAMIENTO DEL GLAUCOMA POSTERIOR A QUERATOPLASTIA PENETRANTE

MARQUINA LIMA Kelly Sonia, HENRÍQUEZ RECINE M.^a Angélica, LAVÍN DAPENA Cosme, LANGA HONTORIA Rosa M.^a, CORDERO ROS Rosa M.^a, RAMOS CASTRILLO Ana

Introducción: El glaucoma es una de las complicaciones más importantes después de una queratoplastia penetrante (QP) debido a su alta incidencia, severidad y difícil tratamiento. Representa la segunda causa de fallo de trasplante después del rechazo del injerto. El diagnóstico precoz y tratamiento adecuado es fundamental para mantener la transparencia del injerto y la función del nervio óptico. En ocasiones, el tratamiento farmacológico puede ser insuficiente para controlar la presión intraocular (PIO), por lo cual se recurre a la cirugía. Presentamos 4 casos de glaucoma posterior a QP tratados con implante de dispositivo Ex-PRESS.

Caso clínico: Se describen 4 casos clínicos de pacientes varones, con edades comprendidas entre 20 y 55 años con antecedentes de queratitis infecciosas en 3 de ellos y queratocono grado IV según escala de Amsler en uno. Todos requirieron QP. En el postoperatorio tardío, entre uno y cinco meses después de la QP, presentan cifras de PIO elevadas (entre 26 y 40 mmHg), por lo cual se indicó tratamiento farmacológico tópico y vía oral. Debido a la falta de respuesta a terapia médica se decidió realizar implante de dispositivo Ex-PRESS. Se colocó el dispositivo bajo tapete escleral de espesor parcial de 4 x 4 mm, similar al procedimiento estándar para la trabeculectomía. Durante el primer mes de postoperatorio se indicó tratamiento con antibióticos y corticoides tópicos. En los 4 pacientes se observó control de la PIO (entre 6 y 15 mmHg) en el postoperatorio inmediato. A los 12 meses de seguimiento los valores de PIO eran normales (10 a 19 mmHg) sin alteraciones en el injerto corneal.

Conclusiones: En los 4 casos descritos se observó una evolución favorable con control de la PIO dentro de límites normales a los 12 meses de seguimiento. El dispositivo Ex-PRESS constituye una opción quirúrgica que puede emplearse cuando el tratamiento médico fracasa, como alternativa a la trabeculectomía o a otros dispositivos de drenaje para el glaucoma.

CP59

GLAUCOMA BILATERAL AVANZADO CON ASIMETRÍA PAPILAR SECUNDARIA A PAPILA DE BERGMEISTER: DIAGNÓSTICO POR OCT

MORIÓN GRANDE Manuel, MUÑOZ DE ESCALONA ROJAS José Enrique, QUEREDA CASTAÑEDA Aurora

Introducción: La presencia de restos de la membrana astrogial de Bergmeister ha sido una fuente de error común cuando se evaluaba la excavación del disco óptico en pacientes con glaucoma.

Caso clínico: Varón de 41 años procedente de Senegal que presentó presiones intraoculares de 32 mmHg en ojo derecho (OD) y 24 mmHg en ojo izquierdo (OI) y un glaucoma campimétrico avanzado bilateral. En la oftalmoscopia se objetivó una marcada asimetría en la relación copa/disco entre el ojo derecho (0,8) y ojo izquierdo (0,4). La tomografía de coherencia óptica (OCT) permitió analizar el grosor de la capa de fibras nerviosas retinianas, compatibles con el defecto campimétrico bilateral pero mantenía una asimetría de la copa disco media (0,82 vs 0,36). Al analizar la imagen del tomograma descubrimos la presencia de una densa membrana de Bergmeister sobre la excavación del nervio óptico izquierdo.

Conclusiones: La membrana de Bergmeister puede hacernos fallar en determinar las excavaciones del nervio óptico e incluso puede simular una excavación normal en glaucomas moderadamente avanzados. La realización de la OCT es útil para determinar el daño en la capa de fibras nerviosas de la retina y también para evaluar las estructuras anatómicas asociadas a la papila.

CP60

HIPERTENSIÓN OCULAR SECUNDARIA A BURBUJA DE SILICONA RETROIRIDIANA: ¿CIERRE ANGULAR O IRRITACIÓN DEL CUERPO CILIAR?

OLAVARRI GONZÁLEZ Gloria, KIM Yoon Ah, ESCRIBANO VILLAFRUELA José, RONDÓN BENAVENTE Max Junior, URCELAY SEGURA José Luis, APARICIO HERNÁNDEZ-LASTRAS M.^a Jesús

Introducción: El aceite de silicona (AS) se usa con frecuencia en la cirugía vítreo-retiniana complicada. Entre sus efectos secundarios destaca el aumento de la presión intraocular (PIO) que puede ocurrir en el post-operatorio temprano (7%-48%), siendo el principal factor de riesgo para desarrollar un glaucoma secundario. Están descritos diversos mecanismos etiológicos.

Caso clínico: Mujer de 48 años, miope magna y pseudofáquica, es intervenida de re-desprendimiento de retina inferior en ojo izquierdo (OI) mediante vitrectomía pars plana 23G usando AS de 5000 centistokes. En la exploración semanal, se objetivan dos burbujas de silicona emulsificadas en cámara anterior y una PIO de 48 milímetros de mercurio (mmHg) sin apreciarse bloqueo iridolenticular. Se realiza una iridotomía YAG profiláctica en inferior y posteriormente una extracción quirúrgica de silicona de cámara anterior (CA) controlándose el cuadro con fármacos hipotensores. Tres meses después, acude con dolor en OI, una CA estrecha con sinequias iridocorneales de 12h a 3h y un manifiesto aumento del espacio entre el iris y la lente intraocular. Además, presenta tyndall +++ fijo, PIO de 38 mmHg y en el examen gonioscópico se objetivan múltiples burbujas de silicona emulsionadas entre los procesos ciliares. Se decide la extracción de AS de cámara vítrea persistiendo tras esto la silicona retroiridiana, disminuyendo la PIO, pero sin llegar a controlarse del todo mediante hipotensores tópicos, esto se consigue finalmente añadiendo terapia corticoidea.

Conclusiones: Entre las diversas etiologías que podrían ocasionar un cuadro de hipertensión ocular tras uso de silicona en la cirugía de retina, en nuestro caso, objetivamos un cierre angular provocado por el empuje de las burbujas de silicona retroiridianas. No podemos descartar que debido a esta disposición se haya producido un efecto tóxico/irritativo sobre los procesos ciliares. En la literatura revisada no hemos encontrado ningún caso que describa esta forma de presentación.

CP61

DESprendimiento de la Membrana de Descemet tras Esclerectomía Profunda NO Perforante: A Propósito de Dos Casos

ORTEGA GIMÉNEZ Lidia, LOZANO ROS Esther, KOSZEL Justyna, BELDA SANCHIS José Isidro, SCHARGEL PALACIOS Konrad, RIAL ÁLVAREZ Lucía

Introducción: Presentamos dos casos intervenidos de esclerectomía profunda no perforante (EPNP) con desprendimiento de la membrana de Descemet (DMD).

Caso clínico: Caso 1: Mujer de 85 años con amaurosis en ojo izquierdo (OI) por glaucoma absoluto y tratamiento hipotensor máximo mal tolerado en ojo derecho (OD). La mejor agudeza visual (AVc) en OD era de 0,4. Con diagnóstico de glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) avanzado se decide EPNP en OD. Tras la cirugía presenta un adecuado control postoperatorio con AVc de 0,6 y presión intraocular (PIO) de 10 mmHg. Al cuarto mes postquirúrgico, acude con AV de cuenta dedos y PIO de 4 mmHg. Tras un diagnóstico diferencial, se diagnostica de DMD secundario a quiste de Tenon, se requiere tenectomía e inyección de SF6 intracamerular para realizar la descematopexia. La PIO final es de 11 mmHg sin tratamiento adicional. Caso 2: Mujer de 66 años acude con atrofia óptica glaucomatosa en OD y glaucoma avanzado en OI con excavación papilar de 0,9. Con PIO inicial de 66 mmHg se inicia terapia hipotensora sin conseguir la PIO diana estimada. La AVc es de 0,3 en OI. Se realiza EPNP y cirugía de catarata en un mismo acto quirúrgico, en el postoperatorio se observa mínimo seidel y retracción de la conjuntiva que requiere de sutura. Al mes postoperatorio la AVc es de 0,7 y PIO 13. Al año se añade Latanoprost 0,005% para mantener la PIO alrededor de 12 mmHg, realizando controles semestrales. A los 7 años de la cirugía, se detecta una PIO de 20 mmHg y en la exploración se aprecia un DMD limitado por una línea hemorrágica. Tras goniopunción y needling se resuelve el DMD y se restablece la PIO.

Conclusiones: El DMD es una complicación rara tras la cirugía no perforante de glaucoma. A pesar de que normalmente ocurre de forma precoz, no debemos de olvidarla como complicación tardía. Las diferentes formas de presentación y posibilidades de tratamiento hacen de esta complicación un reto diagnóstico y terapéutico para el oftalmólogo.

CP62

EL OJO Y LAS ENFERMEDADES POR ALMACENAMIENTO LISOSOMAL: CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO E IMPORTANCIA DEL CONTROL OFTALMOLÓGICO

FRESNO VALENCIA Elena del, FERNÁNDEZ-REYES LUIS M.^a Fé

Introducción: las enfermedades por almacenamiento lisosomal corresponden a un grupo heterogéneo de patologías (Enfermedad de Fabry, Nieman-Pick, etc.) que pueden presentar signos y síntomas oftalmológicos diversos (además de a otros niveles), por lo que su conocimiento resulta imprescindible por parte del oftalmólogo para realizar una correcta orientación diagnóstica y terapéutica.

Caso clínico: Mujer de 55 años ingresada a cargo del servicio de Endocrinología, en estudio por sospecha de enfermedad de Fabry, por lo que durante su estancia en el hospital se solicita valoración oftalmológica. La exploración oftalmológica reveló una agudeza visual de 0.3 en OD y de 0.7 en OI. Presentaba una dilatación vascular conjuntival mayor a nivel temporal en AO y una tenue opacidad corneal en OD. En el FO AO se evidenció una tortuosidad arterial y venosa muy marcada, con pequeñas hemorragias difusas. Se realizó una OCT que mostró un perfil foveal conservado en AO. Como antecedentes oftalmológicos destacan: tratamiento anti-VEGF en 2 ocasiones en OD y cirugía de catarata en AO. Durante el seguimiento, el fondo de ojo continuaba presentando signos de posible dificultad del retorno venoso y la OCT demostró la aparición de quistes intrarretinianos que remitieron tras el tratamiento con implantes de dexametasona intravítreos. La agudeza visual tras los implantes de dexametasona mejoró hasta 0.2 en OD y 0.6 en OI. El estudio genético descartó la enfermedad de Fabry, pero una biopsia de una lesión angioqueratomatosa de la piel resultó compatible con una mucopolisacaridosis.

Conclusiones: Las enfermedades por depósito son enfermedades raras que producen múltiples patologías a nivel sistémico, con una grave afectación en muchos casos. Las manifestaciones oftalmológicas presentes en muchas de estas enfermedades pueden ser el primer signo de la enfermedad o representar la clave para la orientación diagnóstica lo que facilita un diagnóstico y manejo terapéutico precoz.

CP63

TRATAMIENTO NO INVASIVO CON LÁSER YAG DE QUISTE IRIDIANO EPITELIAL POST-TRAUMÁTICO

FUENTE IGLESIAS Margarita de la, VÁZQUEZ CASTRO Fermín, LÓPEZ IBAÑEZ María, GÓMEZ ARCIA M.^a Alejandra, RODRIGUES PACHECO Renata, RODRÍGUEZ SUÁREZ Cecilia

Introducción: Los quistes de iris más frecuentes son los quistes secundarios a un traumatismo o a una cirugía. No existe consenso sobre su tratamiento, pudiendo plantearse un tratamiento conservador o quirúrgico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 38 años que acude por notarse una masa indolora en el OI desde hace 1 semana. Como antecedentes personales destaca un traumatismo perforante en el OI a los 8 años, implante secundario de LIO en el 2010, glaucoma terminal y subluxación de LIO en OI. En el OI la agudeza visual era de contar dedos a 30 cm y la presión intraocular de 17 mm de Hg. La agudeza visual y la presión intraocular en el OD eran normales. En la biomicroscopía del OI se objetiva la presencia de una masa quística serosa con tyndall en su interior localizada en el sector nasal superior de 9 a 12 h con un tamaño aproximado de 6,5 x 6 mm. Se decide realizar una cistostomía con láser YAG con buen control de la inflamación pero presiones intraoculares elevadas a pesar del tratamiento. Cuatro meses después se realiza trabeculectomía base fórnix en OI. En el mes siguiente se observa recidiva del quiste, volviéndose a tratar con cistostomía con láser YAG sin complicaciones. En el momento actual (9 meses de seguimiento), la presión intraocular está controlada sin tratamiento médico y no hay signos de recidiva del quiste.

Conclusiones: El tratamiento con láser YAG es una opción a tener en cuenta en pacientes con quistes iridianos secundarios post-traumáticos, sobre todo, en aquellos que han sufrido varias intervenciones quirúrgicas; aunque debemos tener en cuenta que tiene mayor tasa de recurrencia que el tratamiento quirúrgico.

CP64

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME MEN II B A PARTIR DE NEUROMAS CONJUNTIVALES

GARCÍA SANZ Sara Carolina, GONZÁLEZ ROMERO Juan Carlos

Introducción: La NEM II B es un trastorno hereditario raro, caracterizado por la presentación de carcinoma medular de tiroides, feocromocitomas y ganglioneuromatosis en casi el 100% de los casos, asociado a menudo con hábito marfanoide. Presentamos el caso de un paciente aquejado por esta patología, diagnosticado por su afectación ocular.

Caso clínico: Varón de 38 años que acude por enrojecimiento ocular en ambos ojos. Se aprecian unas lesiones grisáceas que desde el limbo invaden córnea. La biopsia confirma la existencia de neuromas subconjuntivales múltiples. En un estudio de extensión descubrimos la existencia de carcinoma medular de tiroides y feocromocitoma.

Conclusiones: El papel del oftalmólogo puede ser capital en el diagnóstico de la NEM II B, teniendo en cuenta que el tratamiento precoz de la enfermedad puede aumentar la supervivencia del paciente.

CP65

EVOLUCIÓN DE PAQUIMETRÍA CORNEAL MEDIDA CON TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN UN SÍNDROME TÓXICO DEL SEGMENTO ANTERIOR

GIMÉNEZ CASTEJÓN Domingo, RODRÍGUEZ CAVAS Marta Beatriz, MIRANDA ROLLÓN M.^a Dolores, MOLERO IZQUIERDO Concepción

Introducción: El síndrome tóxico del segmento anterior es una reacción inflamatoria postoperatoria estéril provocada por alguna sustancia no infecciosa durante la cirugía de catarata anterior, principalmente de cataratas, y provoca un daño tóxico en los tejidos intraoculares. Las características clínicas incluyen edema corneal de limbo a limbo, daño endotelial amplio e inflamación del segmento anterior importante, pudiendo presentar un aumento de la presión intraocular. La tomografía de coherencia óptica es de utilidad para un mejor control de la evolución del grosor corneal de manera más exacta.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 78 años, en el que se realizó una facoemulsificación de catarata del ojo derecho sin incidencias. Intraoperatoriamente se utilizó adrenalina intracamerular por presentar una escasa dilatación pupilar. En el postoperatorio del día siguiente, el paciente presentó un importante edema desproporcionado al traumatismo quirúrgico con depósitos pigmentarios dispersos por todo el endotelio. Se pautó tratamiento esteroideo tópico y subtenoniano y se estudió la evolución con paquimetría corneal en sucesivas visitas a lo largo de más de tres meses.

Conclusiones: El síndrome tóxico de segmento anterior es una complicación infrecuente que ocurre en la cirugía de catarata. Cuando cursa con un edema corneal prolongado en el tiempo, es complicado valorar con la biomicroscopía la evolución de este edema. El uso de la tomografía de coherencia para la medición paquimétrica en cada consulta aporta exactitud y un valor numérico que sirve de guía para un mejor control y actitud terapéutica.

CP66

NÓDULOS DE LISCH Y ALGO MÁS...

GONZÁLEZ GÓMEZ Ana, LUQUE ARANDA Rafael, SOLER GARCÍA Antonio Manuel

Introducción: La Neurofibromatosis tipo 1 (NF-1) o Enfermedad de Von Recklinghausen es la facomatosis más frecuente. Aunque la característica ocular más típica es la aparición de nódulos de Lisch, puede afectar a todas las estructuras oculares salvo cristalino y vítreo.

Caso clínico: Varón de 45 años diagnosticado de NF-1. Presentaba múltiples neurofibromas tipo molluscum y plexiformes, manchas café con leche, una mejor agudeza visual de la unidad y presión intraocular de 15 mm de Hg en ambos ojos. Biomicroscópicamente destacaban nervios corneales prominentes y numerosos nódulos de Lisch bilaterales. En el fondo de ojo aparecía una lesión periférica de X a XI pigmentada a modo de retículo compatible con hamartoma retiniano. Llamaba la atención la asimetría orbitaria, con hipo-endotropía de unos 15 grados y discreta limitación en la abducción del ojo derecho. Solicitamos TAC con reconstrucción tridimensional que reveló una hipoplasia del ala mayor del esfenoides derecho y una lesión intraorbitaria de aspecto quístico que desplazaba el globo ocular internamente y que comprimía el nervio óptico, sugestiva de herniación con quiste aracnoideo, y un aumento del calibre del nervio óptico, posiblemente por ectasia dural. La RM descartaba la existencia de glioma del nervio óptico. Tras consultar con neurocirugía se decidió una actitud conservadora, realizando revisiones periódicas.

Conclusiones: Destacamos la importancia de realizar una exploración oftalmológica completa en la enfermedad de Von Recklinghausen. La alteración de los movimientos extraoculares es un hallazgo poco frecuente (1-7%). Nuestro paciente presentaba asimetría facial y orbitaria e hipo-endotropía derecha por encefalocele esfenoorbitario secundario a ausencia del ala mayor del esfenoides. No podemos olvidar buscar y descartar afectaciones oculares importantes como el glaucoma, herniaciones encefálicas, glioma del nervio óptico y tumores retinianos que podrían comprometer la agudeza visual del enfermo.

CP67

HIPERSENSIBILIZACIÓN RETARDADA A LA OXIBUPROCAÍNA

JIMÉNEZ VELÁZQUEZ Juan Antonio, CAÑADA PEÑA Carmen Laura, ALFÉREZ ASENJO M.^a Luisa, PALACIOS COLÓN Luis, MUÑOZ MUÑOZ Miguel Ángel, FERNÁNDEZ PÉREZ Joaquín

Introducción: La Oxibuprocaína, conocida también como Benoxinato, es un anestésico local de corta duración muy utilizado en Oftalmología como anestésico tópico. La asociación de éste a fluoresceína (FLUOTEST) es de uso cotidiano en las consultas para exploración de polo anterior, tonometría...

Caso clínico: Paciente de 28 años con antecedentes de hipertensión ocular, refiere presentar en varias ocasiones tras la administración de colirio de Fluotest ; prurito ocular y palpebral, junto con lesiones de eccema en párpados a las 24 horas aproximadamente de la administración de dicho colirio. Se realizaron pruebas epicutáneas con Bateria estándar True Test con lectura a las 48h y posteriormente, pruebas epicutáneas con: Fluoresceína, Oxibuprocaína, Mepivacaína, Lidocaína, Bupivacaína y Articaína. La paciente presentó intradermorreacción positiva, incluso con lesión ampollosa, en batería estándar True Test, frente al grupo de cainas , siendo el resto negativo. Se realizó un segundo estudio con Fluoresceína, Oxibuprocaina, Mepivacaina, Lidocaina, Bupivacaina y Articaína; y lectura posterior a las 48h, con resultado positivo exclusivamente para Oxibuprocaína. Completamos dicho estudio con un test de tolerancia parenteral con Mepivacaina hasta dosis terapéuticas consiguiendo perfecta tolerancia.

Conclusiones: La paciente estaba sensibilizada a Oxibuprocaina presentando una reacción inflamatoria de hipersensibilidad tipo IV. Se descartó hipersensibilidad al resto de anestésicos locales testados. La paciente toleró Mepivacaina parenteral hasta dosis terapéuticas.

CP68

HEMORRAGIA ORBITARIA TRAS TROMBOLISIS EN POSTQUIRÚRGICO TEMPRANO DE CIRUGÍA COMBINADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

LÓPEZ PALACIOS Eduardo, HUERTAS RÍOS Naira

Introducción: En los últimos años, la introducción de la terapia trombolítica con rtPA en el manejo del ictus isquémico ha supuesto un cambio sustancial en la perspectiva vital así como en la calidad de vida de los pacientes.

Caso clínico: Paciente varón de 63 años que acude a urgencias a través de un código ictus. Cirugía en ojo izquierdo hace 4 días que ni paciente ni familiar saben precisar. Se planteó realización de trombolisis. En la analítica, plaquetas 176000, INR 1.06. Tanto Neurología como Oftalmología decidieron proceder con la trombolisis. Tras la administración de rTPA, presentó mejor situación motora. Posteriormente se avisó al oftalmólogo de guardia por aparición brusca de de sangrado activo. Paciente mostró hiposfagma a tensión con fuga, importante hematoma peribulbar doloroso a tensión que imposibilitaba la apertura ocular. Limitación franca de los movimientos oculares extrínsecos. Reflejo pupilar directo no valorable, consensuado normal. Presión intraocular digital muy artefactada. En el TAC, engrosamiento de las cubiertas del globo ocular, trabeculación de la grasa intraorbitaria retrobulbar intraconal y de ambos párpados izquierdos. Actitud expectante esperando resolución de la hemorragia. Control de la clínica; vigilar evolución del sangrado intraconal con compromiso visual. Los familiares aportaron el informe quirúrgico que refleja cirugía FACO + EPNP bajo anestesia subtenoniana. El sangrado pareció deberse a complicación tardía (trombolisis tras cuatro días de la cirugía) de la infusión de la anestesia subtenoniana, o bien de la propia técnica quirúrgica. En la exploración neurológica no se mostraba focalidad tras la trombolisis. Pasadas 15 horas se valoró de nuevo a paciente y se objetivó cese espontáneo del sangrado y regresión de la clínica.

Conclusiones: En el momento de la decisión de la realización o no de la trombolisis, el balance riesgo/beneficio se decanta por órganos vitales, prioridad absoluta para la supervivencia del paciente.

CP69

ACTITUD DEL OFTALMÓLOGO FRENTE A EVENTOS TROMBÓTICOS POR ANTICONCEPTIVOS ORALES

MENDOZA GARCÍA Brenda Carmina, MATA GÓMEZ M.^a del Pilar, MÉNDEZ VEGA Alicia Raquel

Introducción: Presentamos un caso de Trombosis Venosa Central de la Retina (TVCR) en paciente joven cuya anamnesis sugiere factores de riesgo congénitos y adquiridos de hipercoagulabilidad.

Caso clínico: Mujer de 25 años acude a urgencias por escotoma visual en Ojo Derecho (OD) desde hace 3 días. Antecedentes familiares: abuelo materno y paterno accidente cerebrovascular a los 65 y 85 años respectivamente. Tía paterna abortos de repetición. Antecedentes personales: Síndrome de ovario poliquístico con hirsutismo, tratado con anticoncepción hormonal oral (ACHO) desde hace 10 años, en seguimiento por ginecología. No fumadora. Refiere padecer migrañas, en alguna ocasión con síntomas visuales. Exploración: Agudeza visual (AV) 1 ambos ojos (AO). Presión intraocular 19 AO. Reflejos conservados. Biomicroscopía anodina. Fondo de Ojo (FO) OD muestra TVCR, leve edema macular, abundantes hemorragias peripapilares, y tortuosidad vascular. Ojo izquierdo: engrosamiento del pedículo vascular a nivel papilar. Retiramos la ACHO e indicamos Clexane[®]. Campo Visual (CV) escotoma nasal superior OD. Angiofluoresceingrafía ausencia de signos de isquemia. Hematología a los 5 días pauta Sintrom[®] durante 3 meses y descarta trombofilia de base tras estudio de hipercoagulabilidad completo sin hallazgos. A los 4 meses mejoría clínica, sin nuevos eventos trombóticos. AV 1, FO resolución casi completa de la trama vascular y hemorragias. Sin signos de isquemia. Aspecto macular normal, confirmado por tomografía de coherencia óptica. En CV persiste mínimo escotoma OD.

Conclusiones: Ante una migraña con aura, motivo de consulta frecuente en oftalmología, debemos suspender la toma de ACHO ya que se trata de una contraindicación absoluta. También en el caso de TVCR secundaria, donde además del tratamiento oftalmológico que precise, debe ser considerado iniciar anticoagulación, aunque la evidencia para apoyar esta práctica sea insuficiente y remitir a hematología para control y estudio.

CP70

SÍNDROME HEREDITARIO DE HIPERFERRITINEMIA Y CATARATAS. UNA ENTIDAD JOVEN Y DESCONOCIDA

MOLERO IZQUIERDO Concepción, MIRANDA ROLLÓN M.^a Dolores, RODRÍGUEZ CAVAS Marta B., GIMÉNEZ CASTEJÓN Domingo

Introducción: El síndrome hereditario de hiperferritinemia y catarata (SHHC) es un trastorno autonómico dominante debido a una mutación en el gen que regula la producción de L-ferritina. Este síndrome se identificó en 1995 y aún es poco conocido. Las características clínicas de este síndrome son cataratas familiares de aparición temprana y aumento de los niveles séricos de ferritina, siendo normales el resto de parámetros hematológicos.

Caso clínico: Se presenta el caso de una familia española con 5 miembros afectados en 3 generaciones. El estudio genético pone de manifiesto mutación por cambio de una sola base C?A en la posición 33 del IRE (iron responsive element) del gen de la cadena ligera de ferritina. Nuestro caso índice es una paciente de 11 años remitida a nuestras consultas por estudio de niveles de ferritina elevados en sangre. En la anamnesis destacaba que su abuela, madre, tía materna y prima materna (ésta también en vías de estudio) habían sido diagnosticadas y operadas de cataratas en la juventud, y de niveles altos de ferritina en sangre. La paciente presentaba una MAVC de 0.8 en OD y 0.9 en OI. A la BMC: presentaba opacidades corticales de aspecto pulverulento. Resto normal. FO y PIO dentro de la normalidad. Dada la buena agudeza visual de la paciente se decidió revisión programada anual. Se confirmó la hiperferritinemia y la absoluta normalidad del resto de los parámetros analíticos férricos, hepáticos y hemáticos. Se realizó estudio genético de la paciente, de la prima y de su hermana. Tanto nuestro caso como la prima eran portadoras de la mutación ya descrita y diagnosticadas así de SHHC.

Conclusiones: La frecuencia de este síndrome es baja, pero conforme se va conociendo su existencia aumentan las comunicaciones de familias afectadas. Es importante difundir el conocimiento de esta entidad para diagnosticar nuevos casos y evitar pruebas diagnósticas innecesarias o tratamientos inadecuados.

CP71

FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA DE BAJO FLUJO EN PACIENTE SIN ANTECEDENTE TRAUMÁTICO

MORA PARRA Ángel de la, MACHÍN MAHAVE Ana, RODRÍGUEZ PRADO Sara, ABDIN LAHOZ Ramy, ROMERA REDONDO Ernesto

Introducción: Las fístulas carótido-cavernosas son comunicaciones anómalas que se establecen entre la arteria carótida y el seno cavernoso, producen un aumento de la presión venosa y alteran el drenaje venoso con disminución de la presión arterial y de la perfusión. Podemos diferenciar dos tipos: directa o de alto flujo e indirecta o de bajo flujo.

Caso clínico: Mujer de 66 años, sin antecedentes patológicos ni traumáticos, que acude a la consulta por hiperemia, quemosis y ligera proptosis en el ojo izquierdo, presión intraocular (PIO) asimétrica de 16 y 26 mmHg en ojo derecho y ojo izquierdo respectivamente, no alteración de la agudeza visual ni diplopía y campimetría por confrontación normal. Ante estos síntomas se pide TAC craneal y orbitario, sugestivo de fístula carótida-cavernosa izquierda que se confirma mediante arteriografía. Al tratarse de una fístula dural o de bajo flujo se decide tratamiento conservador mediante compresiones carotídeas sin éxito, ante lo cual se realiza embolización. A los tres meses de la intervención desaparece la hiperemia y quemosis y se normaliza la PIO, manteniéndose mínima proptosis que se normalizó en los meses siguientes, presentando en la actualidad una exploración oftalmológica completamente normal.

Conclusiones: Las fístulas indirectas no son sinónimas de benignidad y la sospecha clínica es muy importante ya que las manifestaciones pueden ser menos espectaculares que en las directas. Si la fístula produce sintomatología leve sin amenaza de la agudeza visual puede manejarse de forma expectante, el 30% cierran espontáneamente, aunque en todos los casos se precisa un seguimiento exhaustivo.

CP72

PERTURBACIÓN DEL DRENAJE VENOSO DEL TERRITORIO DE LA VENA SUBCLAVIA Y OJO ROJO EN ENFERMO SOMETIDO A HEMODIÁLISIS

MORAIS COUTINHO Inês, MOREIRA DOS SANTOS Cristina, BOAVIDA FERREIRA Margarida, PENHA Diana, MADEIRA Célia, PIRES BERNARDO Manuela

Introducción: Un caso de obstrucción de la vena subclavia, secundariamente a trauma iatrogénico, que ha condicionado un diagnóstico diferencial de ojo rojo.

Caso clínico: Hombre, 60 años, raza negra, con antecedentes personales de hipertensión arterial y insuficiencia renal crónica sometido a hemodiálisis. Mencionaba historial de hiperemia conjuntival con 2 meses de evolución, asociado a un ligero malestar ocular. Negaba otras quejas oftalmológicas, fue referenciado para consulta de oftalmología con un probable diagnóstico de epiescleritis. En el examen objetivo se ha observado edema de párpado y de la hemicara izquierda, asociado a ingurgitación de la vena yugular externa. Exoftalmia ligera del globo ocular izquierdo. Movimientos oculares conservados, no dolorosos y sin diplopía. Presión intraocular de 18 mmHg en el ojo derecho y de 23 mmHg en el izquierdo. Biomicroscopía, tortuosidad y ingurgitación de los vasos episclerales a la izquierda. Oftalmoscopia sin alteraciones. En relación a los exámenes complementarios de diagnóstico, Tomografía Axial Computarizada (TC) de cráneo y orbitas sin alteraciones. La ecografía doppler de los vasos del cuello mostró una vena yugular externa arterializada. La angiografía venosa ha revelado estenosis de la vena subclavia izquierda al nivel de la confluencia con la vena yugular externa y interna. Realizó venoplastia con balón con stent protegido, verificándose mejoría del cuadro clínico.

Conclusiones: La obstrucción del drenaje venoso del globo ocular y órbita puede simular causas de ojo rojo y se debe siempre poner en duda en la presencia de exoftalmia, tortuosidad y dilatación de los vasos episclerales y en la subida de la presión intraocular. En este caso, 2 meses antes del inicio de las quejas, se colocó un catéter central en la vena yugular izquierda para hemodiálisis posterior a trombosis de las fistulas arteriovenosas, por lo que se cuestiona si la obstrucción de la vena subclavia es secundaria al trauma iatrogénico.

CP73

QUISTE PERLADO DE IRIS TRAS PERFORACIÓN OCULAR

MUNIESA ROYO M.^a Jesús, TRAVESET MAESO Alicia, EZPELETA CAMPAÑA Juan Antonio, SOLDEVILA Jordi, SÁNCHEZ Carmen, MARTÍNEZ Sandra

Introducción: Presentación de un caso clínico de quiste perlado de iris tras traumatismo perforante ocular.

Caso clínico: Varón de 27 años con antecedente de perforación ocular traumática en ojo izquierdo con un alambre que había requerido sutura a nivel de limbo corneoescleral, y que había sido controlado durante los meses siguientes por persistencia de vitritis anterior. Al año de seguimiento presentó una lesión blanquecina y redondeada sobre el iris inferior y periférico compatible con un quiste perlado de iris. La tomografía de coherencia óptica mostró una consistencia sólida de la tumoración con una zona central quística. Ante el crecimiento del quiste iridiano, se procedió a la resección completa del mismo. El estudio anatomopatológico describió fragmentos de epitelio escamoso y tiras anucleadas de queratina compatible con un quiste de inclusión. A los 6 meses de seguimiento, no ha habido recurrencia del mismo y ha remitido la vitritis anterior.

Conclusiones: Los tumores perlados del iris son tumores raros que consisten en la proliferación epitelial en forma de nódulo sólido que pueden aparecer tras perforaciones oculares traumáticas o quirúrgicas por inclusión del epitelio conjuntival y/o corneal. Ante la presencia de complicaciones como la uveítis o el crecimiento de la lesión, la extirpación del quiste es el tratamiento de elección.

CP74

SÍNDROME DE ERDHEIM-CHESTER: POSIBLE ASOCIACIÓN CON DRUSAS DEL NERVIÓ ÓPTICO

MUÑOZ MORALES Ana, GONZÁLEZ GARCÍA M.^a Leonor, SÁNCHEZ VICENTE José Luis, RUEDA RUPISO Trinidad, LLERENA MANZORRO Laura

Introducción: El síndrome de Erdheim-Chester es una histiocitosis no Langerhans con infiltrados granulomatosos sistémicos: osteoesclerosis, infiltrados pulmonares, diabetes insípida, afectación de piel e infiltrados inflamatorios orbitarios.

Caso clínico: Varón de 41 años que acudió a urgencias por 2 días de dolor y visión borrosa con ojo derecho (OD). Simultáneamente, el paciente se encontraba en estudio en varias especialidades por presencia de granulomas inflamatorios sistémicos y a la espera de diagnóstico de certeza. La exploración de OD mostró leve retracción palpebral y lagofthalmos; la biomicroscopía reveló una úlcera corneal infiltrada con edema estromal suyacente y reacción inflamatoria leve en cámara anterior. La funduscopía mostró una papila óptica mal delimitada y levantada, de dudoso aspecto inflamatorio. Se instauró tratamiento médico urgente con corticoides vía oral y antibióticos tópicos. En consulta se realizaron varias pruebas diagnósticas (ECO-B ocular, OCT y TAC con contraste) con el fin de establecer un diagnóstico diferencial entre infiltración inflamatoria de ambos nervios ópticos o drusas. Éstas mostraron diagnóstico compatible con drusas del nervio óptico, bien como hallazgo casual o asociadas a esta rara enfermedad. La úlcera corneal evolucionó tórpida, por lo que se completó el tratamiento con recubrimiento corneal quirúrgico con injerto de membrana amniótica y oclusión ocular nocturna, seguido de tratamiento de mantenimiento con colirio de suero autólogo e hidratación. El paciente ha evolucionado favorablemente.

Conclusiones: Múltiples casos de infiltración orbitaria han sido descritos en asociación con el síndrome de Erdheim-Chester, pero hasta la actualidad ninguno de ellos con tan clara asociación entre retracción palpebral, lagofthalmos y una úlcera corneal secundaria además de drusas del nervio óptico. Se trata de un caso peculiar que sugiere nuevas afecciones oftálmicas relacionadas con la enfermedad hasta la actualidad no descritas.

CP75

HIPERPLASIA UVEAL LINFOIDE BILATERAL EN PACIENTE JOVEN

RODRIGUES PACHECO Renata, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ Guadalupe, CABANA VÁZQUEZ Montserrat, LÓPEZ IBÁÑEZ María, GÓMEZ ARCIA M.^a Alejandra, FUENTE IGLESIAS Margarita de la

Introducción: La hiperplasia linfoide reactiva es una condición idiopática caracterizada por la infiltración del tracto uveal por linfocitos y células plasmáticas benignas. Puede aparecer como una lesión única o varias lesiones blanco amarillentas, circunferenciales, que pueden simular coroiditis en perdigonada, coroiditis multifocal o sarcoidosis. El vítreo suele ser claro, sin evidencia de células inflamatorias o tumorales. Existen controversias respecto a su benignidad, y algunos casos son reclasificados como linfomas bien diferenciados. Pueden desarrollar a lo largo del tiempo un gran espectro clínico ocular: uveítis, glaucoma, desprendimiento exudativo de retina y proptosis. El tratamiento conservador, con corticoides sistémicos y radioterapia, tiene un excelente pronóstico visual.

Caso clínico: Varón de 44 años de edad, derivado a la unidad de Uveítis por hallazgo casual de lesiones blanquecinas coroideas en ambos ojos, asintomático. A la exploración presentaba agudeza visual de 0,8 en ambos ojos, no signos de actividad inflamatoria en cámara anterior ni vítreo, en el fondo de ojo lesiones subretinianas planas, redondeadas, blanquecinas, homogéneas, en ambos ojos, distribución simétrica, en polo posterior y periferia. Se realiza el protocolo de estudio de uveítis resultando normal, excepto el hemograma que presenta leucocitosis y linfocitosis. Es derivado a hematología donde se estudia un probable síndrome linfoproliferativo. Desde su ingreso en la unidad se ha mantenido estable, sin signos de actividad inflamatoria ni progresión local.

Conclusiones: La hiperplasia uveal linfoide puede ser clínicamente similar a linfomas, melanoma amelanótico, coroidopatía en perdigonada, y otras patologías con lesiones coroideas blancoamarillentas punteadas. Una historia clínica y exploración ocular adecuada, evaluación sistémica y estudios de laboratorio selectivos, pueden ayudar a diferenciarla de estas entidades, y orientar a posibles patologías sistémicas.

CP76

OPTIMIZACIÓN DE LA QUERATOPLASTIA PENETRANTE MEDIANTE UN ABORDAJE POSTERIOR

SÁNCHEZ APARICIO Fátima Inés, DÍAZ LUQUE M.^a José, SERRANO PECOS Verónica, SOLANA FAJARDO Jorge, GÓMEZ SÁNCHEZ Israel

Introducción: La queratoplastia penetrante es un procedimiento quirúrgico de alto riesgo intraoperatorio, siendo la principal complicación la hemorragia expulsiva, descrita en la literatura en un 2% de los casos. Es por ello que se han desarrollado técnicas en dos tiempos que garantizan cierta seguridad. En nuestro servicio se considera la opción de un abordaje anterior y posterior simultáneo para un control óptimo intraquirúrgico, mejorando el pronóstico visual y funcional de los pacientes.

Caso clínico: Se presenta una serie de casos de 6 ojos de 6 pacientes, todos ellos considerados ojo único por pérdida anatómica o baja visión en ojo adelfo, que precisaban queratoplastia penetrante (QP) por descompensación corneal primaria o secundaria. Dos de los pacientes requirieron una intervención quirúrgica simultánea de retirada de silicona, y los 4 restantes habían sido sometidos a vitrectomía pars plana previa a la necesidad de realizar la QP. En todos ellos se realizó la QP, asistida con infusión vía pars plana. Ninguno de los pacientes presentó hemorragia expulsiva. Se considera que el riesgo de presentar dicha complicación no disminuye, aunque con dicha técnica se consigue un mayor control del tono ocular, facilitando la sutura del botón donante así como control intraoperatorio en caso de suceder la hemorragia expulsiva.

Conclusiones: Se considera una buena opción quirúrgica la asociación en el abordaje tanto anterior como posterior del ojo en pacientes de alto riesgo en la realización de QP para control de la tensión de la cavidad ocular durante todo el procedimiento. Con ello no se conseguirá reducir la incidencia de hemorragia expulsiva, aunque sí mejoras en el manejo de dicha complicación. Asimismo, la mayor facilidad en la sutura del botón donante, disminuye el astigmatismo postquirúrgico, mejorando la recuperación visual y funcional de los pacientes.

CP77

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME ENDOTELIAL IRIDOCORNEAL A TRAVÉS DE DOS CASOS

SANTAMARÍA CARRO Alaitz, PINAR SUEIRO Sergio, FEIJÓO LERA Raquel, RÍO Rodrigo del

Introducción: El síndrome endotelial iridocorneal (EIC), derivado de una proliferación anómala del endotelio corneal, abarca una amplia gama de manifestaciones clínicas que en ocasiones dificultan su identificación. Presentamos dos casos con diagnóstico de EIC por exclusión, tras haber descartado un origen neoplásico.

Caso clínico: N.º 1: Mujer de 70 años que presenta en su ojo derecho lesión nodular pigmentada iridiana a las 5 horas, con satélite adyacente y afectación endotelial que rebasa la línea de Schwalbe. La paciente confirma la larga evolución de la lesión, sin progresión reciente. N.º 2: Mujer de 52 años que muestra en su ojo izquierdo queratopatía bullosa, corectopia inferior, sinequia anterior periférica y vaso escleral temporal ingurgitado. La paciente refiere reciente aparición de dolor. En ambos casos la exploración en lámpara de hendidura y las pruebas complementarias (resonancia magnética, ecografía doppler, OCT de segmento anterior) desestiman un posible proceso neoplásico de iris/cuerpo ciliar, decantando el diagnóstico hacia EIC.

Conclusiones: Ante un cuadro de EIC es vital excluir la posibilidad de una neoplasia de iris/cuerpo ciliar, dada la gravedad del cuadro y la importancia de un abordaje precoz. La corectopia multidireccional, las sinequias anteriores periféricas y el edema corneal reafirman el diagnóstico de EIC, mientras que las lesiones con efecto masa, los vasos centinela y las pruebas de imagen positivas son altamente sugestivas de lesión tumoral.

CP78

EDEMA DE PAPILA BILATERAL COMO SIGNO DE PRESENTACIÓN INICIAL DE UN FEOCROMOCITOMA

TENA SEMPERE M.^a Eugenia, CASTILLÓN TORRE Luis

Introducción: El edema papilar bilateral es un signo que puede asociarse a múltiples patologías sistémicas y dada su gravedad obliga a una detallada búsqueda causal, debiendo comenzar por una correcta anamnesis y pruebas complementarias sencillas, como tomas tensionales. El feocromocitoma es un tumor productor de catecolaminas con baja incidencia poblacional, responsable del 0,3-2% de las hipertensiones secundarias. La edad de presentación se sitúa en la cuarta década de la vida y la tríada clásica consiste en cefaleas, palpitaciones y diaforesis. La sintomatología ocular es infrecuente.

Caso clínico: Paciente varón, 40 años, sin antecedentes previos que acude a urgencias refiriendo fotopsias, visión borrosa y cefalea intensa de 3 días de evolución. La exploración oftalmológica no evidenció alteración excepto edema papilar bilateral con signos de ingurgitación vascular, exudados algodonosos múltiple y edema y exudados duros constituyendo estrella macular. La exploración general resultó normal salvo cifras tensionales 234/160 que asociadas al edema papilar catalogó al episodio de emergencia hipertensiva y requirió ingreso para adecuación de cifras tensionales. Se solicitaron pruebas analíticas y de imagen que revelaron la existencia de masa suprarrenal izquierda con diagnóstico de probable feocromocitoma (confirmado posteriormente). El edema papilar y la afectación macular fue resolviéndose tras tratamiento antihipertensivo, aunque no se solventó hasta la extirpación tumoral que conllevó normalización tensional.

Conclusiones: Ante el hallazgo de un edema de papila bilateral se hace necesario iniciar despistaje de la causa que debe comenzar por pruebas sencillas que el oftalmólogo puede orientar. Dado que la afectación del disco en un cuadro de hipertensión maligna es signo de isquemia, la rápida bajada tensional resulta prioritaria para prevenir la atrofia y preservar la visión.

CP79

NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA BILATERAL EN SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

ALCAINE SOLER Araceli, ARRUTI VÁZQUEZ Natalia, COMPAINS SILVA Esther, SALINAS GUERRA Cynthia, ANDONEGUI NAVARRO José

Introducción: El síndrome antifosfolípido es una enfermedad autoinmune caracterizada por la presencia de trombosis arteriales y venosas a menudo múltiples en presencia de anticuerpos antifosfolípido. Cualquier órgano puede verse afectado incluido el compromiso ocular.

Caso clínico: Paciente de ochenta años que es ingresado en digestivo por hemorragia digestiva baja para realización de colonoscopia. Como parte del procedimiento para la realización de la colonoscopia se le suspendió el sintrom al paciente. Dos días después es remitido a oftalmología por disminución de agudeza visual bilateral. En la exploración oftalmológica la agudeza visual era de un décimo (1/10) en ojo derecho (OD) y movimiento de manos en ojo izquierdo (OI). El examen fundoscópico puso de manifiesto la presencia de borramiento del borde superior de la papila en el OD y borramiento trescientos sesenta grados (360°) del límite de la papila del OI. No se observaban hemorragias ni exudados. Se realizó biopsia de la arteria temporal que no reveló alteraciones inflamatorias. La exploración por parte del servicio de neurología fue normal con tomografía axial de coherencia craneal (TAC) que no revelaba patología aguda. En este momento se le volvieron a repetir anticuerpos antifosfolípidos que resultaron positivos en mediciones separadas y el paciente fue diagnosticado de síndrome antifosfolípido primario y se decidió reintroducir el tratamiento con sintrom.

Conclusiones: Describimos un caso inusual de neuropatía óptica isquémica bilateral como forma de presentación de un síndrome antifosfolípido. Los exámenes oftalmológicos deben ser considerados en pacientes con síndrome antifosfolípido y alteraciones visuales. En el caso de que la enfermedad no esté aún diagnosticada, en los pacientes con sintomatología visual atípica como es nuestro caso de neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIA-NA) bilateral es una entidad a tener en cuenta.

CP80

SÍNDROME DE HORNER SECUNDARIO A CARCINOMA DE CAVUM: A PROPÓSITO DE UN CASO

ALONSO MAROTO José Manuel, MARESCA QUINTERO Mercedes, LOZANO MIRANDA Pilar

Introducción: El carcinoma de cavum es un tumor que deriva del epitelio de la nasofaringe. Los tumores de cavidad nasal plantean problemas diagnósticos ya que cursan de manera silente; y terapéuticos derivados de su localización anatómica y afectación de estructuras vecinas. La incidencia en Europa está alrededor de 1/100.000 habitantes con picos de edad entre los 50 y 60 años. El síntoma de presentación más frecuente es la masa cervical unilateral, aunque también puede presentarse como rinorrea serosanguinolenta. En un 25% de los casos presentan afectación de pares craneales.

Caso clínico: Paciente de 53 años sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias por referir caída del párpado superior de 5 días de evolución de presentación brusca más cefalea occipital derecha. Epistaxis de repetición de meses de evolución en estudio. No diplopía. No focalidad neurológica. Exploración: Anisocoria (leve miosis OD). Ptosis de 1-2 mm. No enoftalmos. Biomicroscopia: no alteraciones de polo anterior. Fondo de ojo normal. TAC y Angio TAC: Sin hallazgos. ANGIO RMN: Tumoración/masa nasofaríngea con extensión cefálica que reemplaza señal de medula ósea del clivus por infiltración del mismo. Cefálicamente la lesión infiltrativa se extiende hasta la región del seno cavernoso derecho Juicio clínico: Compatible con carcinoma nasofaríngeo. Diagnóstico diferencial con linfoma. Exploración ORL: Fosas nasales sin alteraciones. Neoformación en pared posterior de la vertiente derecha de cavum nasofaríngeo. Anatomía patológica: Carcinoma epidermoide 4,62 cm x 5 cm pobremente diferenciado. Diagnostico Carcinoma epidermoide nasofaríngeo estadio T4n0m0.

Conclusiones: Ante la presencia de Síndrome de Horner debe sospecharse una posible lesión en algún punto del recorrido de la cadena oculosimpática. Por tanto es imprescindible realizar una anamnesis y exploración completa junto con la realización de pruebas complementarias adecuadas (TAC y/o RMN).

CP81

GRANDE QUISTE PORENCEFÁLICO – DIAGNÓSTICO POR OFTALMOLOGÍA

BARBOSA-BREDA João, TAVARES-FERREIRA João, BRITO Pedro, FALCÃO-REIS Fernando

Introducción: El quiste porencefálico es un espacio lleno de líquido cefalorraquídeo en el parénquima cerebral. Ellos suelen ser los restos de lesiones destructivas (muchas veces una infección viral necrosante), pero a veces son el resultado del desarrollo anormal.

Caso clínico: Presentamos un caso de un varón de 40 años de edad enviado al nuestro hospital a la consulta generalista una vez que era miope y había tenido mientras niño estrabismo tratado con oclusión y cirugía. No tenía ningún antecedente sistémico relevante y como antecedente familiar tenía una hermana con glaucoma. Refracción era de -5,50 -4,00x155° en ojo izquierdo (OI) y -5,25 -4,00x15° en ojo derecho (OD) y la mejor agudeza visual corregida (MAVC) era de 6/10 OD and 10/10 OI. La biomicroscopia era normal, presión intraocular medida con tonometría de aplanación de goldmann de 17 mmHg en ambos ojos (AO), ortotropía tanto para lejos como para cerca, y el examen de polo posterior ha revelado discos ópticos asimétricos con una relación cup-disk sospechosa (0,6 OD 0,5 OS), con el restante fondo normal. Gracias a su historia familiar y discos ópticos sospechosos se decidió estudiar con un campo visual 24:2 Humphrey que reveló una hemianopsia homónima derecha, que después de estudio para una lesión retroquiasmática izquierda, con tomografía computarizada cerebral, llevó al diagnóstico de un quiste porencefálico grande (en el corte de mayores dimensiones 57x36 mm) en las regiones temporo-parieto-occipital condicionando una pérdida de masa encefálica, pero sin señales de daño agudo. Interrogando después el paciente, el ha dicho que tenía un dolor de cabeza de pequeña intensidad, afectando la región occipital izquierda. El paciente sigue monitorización por neurocirugía.

Conclusiones: Reportamos un caso de un varón adulto con historia de estrabismo y discos ópticos asimétricos, cuya historia clínica y examen oftalmológico llevaron al diagnóstico de un quiste encefálico afectando tres lóbulos cerebrales.

CP82

PÉRDIDA AGUDA, UNILATERAL Y SEVERA DEL CAMPO VISUAL EN UNA PACIENTE CON DRUSAS DE PAPILA

BENANCIO JARAMILLO Gisela Katherine, PLATAS MORENO Irene, PÉREZ-CID REBOLLEDA M.^a Teresa, NOVA FERNÁNDEZ-YÁÑEZ Luis

Introducción: Las drusas son calcificaciones hialinoides en la cabeza del nervio óptico. Su incidencia es de 3.4 a 24 por cada 1.000 adultos. Pueden ser asintomáticas o producir graves alteraciones del campo visual.

Caso clínico: Mujer de 49 años con pérdida brusca e indolora de agudeza visual (AV) del ojo derecho (OD). Antecedentes generales: Diabetes Mellitus tipo 2. Antecedentes oculares: Pseudopapiledema secundario a drusas en ambos ojos (AO). AV OD: Percepción de luz; ojo izquierdo (OI):1. Motilidad ocular intrínseca: Defecto pupilar aferente relativo OD. Presión Intraocular y biomicroscopía: Normales. Funduscopia OD: Microhemorragia en astilla temporal superior con sobre elevación temporal de papila, drusas. No signos de retinopatía diabética (RD). OI: Pseudopapiledema. Campimetría: Reducción absoluta del campo visual (CV) OD. Ecografía B: Alta reflectividad acústica en papila de AO. Tomografía de coherencia óptica (OCT): Edema en capa de fibras nerviosas papilares temporal superior OD. Analítica: VSG: 22, PCR: 0. Diagnóstico: Neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIANA) OD. Se instaura tratamiento con ácido acetil salicílico 100 mg diario. Un mes después: Palidez papilar y resolución de hemorragia; atrofia de fibras nerviosas papilares en OCT, sin mejoría del CV.

Conclusiones: La disminución del canal del nervio óptico por la presencia de drusas puede desencadenar una NOIANA debido a un compromiso de espacio que favorece la vasoclusión e hipoperfusión de la papila. La incidencia de NOIANA en estos pacientes es mayor comparada con el resto de población. La diabetes mellitus como factor de riesgo microvascular asociado puede incrementar el riesgo de NOIANA. En este caso es poco probable debido a la ausencia de alteraciones de RD en la funduscopia.

CP83

PARÁLISIS DEL IV PAR CRANEAL EN RELACIÓN A MENINGITIS TUBERCULOSA

CALABUIG GOENA María, GARCÍA ZAMORA María, SÁNCHEZ TOCINO Hortensia,
VILLANUEVA GÓMEZ Ana, FRANCÉS CABALLERO Eugenia, MARQUES FERNÁNDEZ Victoria

Introducción: La meningitis tuberculosa como cualquier proceso intracraneal puede comprometer los nervios oculomotores. Presentamos una parálisis del IVpar que evolucionó favorablemente sin secuelas.

Caso clínico: Varón de 5 años, ingresa en Pediatría por síndrome febril. Sin antecedentes de interés. A su llegada, fiebre de 15 días acompañada de vómitos intermitentes. En la analítica, leucocitosis con desviación izquierda, PCR negativa e hiponatremia. Múltiples adenopatías laterocervicales bilaterales y signos meníngeos. Durante el ingreso, estudio de LCR tras positivización de PPD e interferon gamma positivo, lo que implica probable infección por Mycobacterium Tuberculosis. En una RMN se encuentran hallazgos compatibles con meningitis tuberculosa, afectación leptomenígea, de pares craneales, y probables lesiones isquémicas agudas en región de ganglios basales derechos, secundarios a afectación vascular. Con los diagnósticos de meningitis tuberculosa y SIADH se inicia sueroterapia, tratamiento antitérmico, antituberculoso con 4 fármacos, dexametasona iv y cefotaxima iv. A la semana del alta se objetiva una hipertropía del ojo derecho de 20Dp de base inferior en visión de lejos, signo de Bielschowsky positivo sobre hombro derecho y tortícolis cabeza-hombro izquierdo. No refiere diplopía y la AV es de 1 en ambos ojos. No suprime en el estudio vectográfico y presenta una estereopsis de 400' en el test de Titmus. El FO es normal salvo una exciclotorsión leve del ojo izquierdo. Ante la persistencia del cuadro, se inyectan 5U de toxina botulínica en músculo oblicuo inferior de OD y 5U en recto inferior de OI. A los 2 meses, el tortícolis ha disminuido, permaneciendo un Bielschowsk residual positivo sobre hombro derecho de 5Dp en visión de lejos. Las ducciones son normales y el FO no presenta exciclotorsión, normalizándose la exploración oftalmológica a los 4 meses.

Conclusiones: La parálisis adquirida del IV par es infrecuente en la infancia, y por lo general poco relacionada con el proceso presentado en el caso.

CP84

COMPLICACIONES VASCULARES ASOCIADAS A LAS DRUSAS DEL NERVIÓ ÓPTICO

CAMPOS FIGUEROA Pamela, ELNAYEF ELSAKAN Suhel, DELÁS ALÓS Bárbara, CARVALHO MENDES CASTANHEIRA Amélia de, ASAAD Mouafk

Introducción: Presentación de 3 casos clínicos con drusas del nervio óptico con las siguientes complicaciones vasculares: neovascularización coroidea bilateral (1), neuropatía óptica isquémica asociada a hemorragia peripapilar pre y sub retiniana (1) y neuropatía óptica isquémica asociada a leve edema del nervio óptico.

Caso clínico: El promedio de edades de los casos fue de 43,3 años (12-67 años). La clínica presentada fue de pérdida de visión monocular completa (1), pérdida de campo visual altitudinal monocular (1) y pérdida de visión monocular transitoria (1). La afectación de la agudeza visual fue moderada (1), parcial tras la reabsorción de la hemorragia peripapilar (1) y leve (1). Las drusas fueron de tipo enterradas (2) y superficiales (1). La ultrasonografía mostró la presencia de drusas del nervio óptico en todos los casos (3), así como la campimetría presentó defectos campimétricos en los mismos.

Conclusiones: Aunque no existe tratamiento de las drusas del nervio óptico, es necesario considerar la implicación funcional que presentan sus complicaciones vasculares dada la susceptibilidad de tratamiento de algunas de las mismas.

CP85

DEBUT DE NEURITIS ÓPTICA DE DEVIC. A PROPÓSITO DE UN CASO

CARBONELL PUIG Marc, GÓMEZ SÁNCHEZ Sandra, ROMERA ROMERO Pau, PASCUAL BENITO Ester, MOLL UDINA Aina, SABALA LLOPART Antoni

Introducción: Presentamos un caso de debut de NMO para ejemplificar que un edema de papila bilateral con hipertensión intracraneal (HTIC) no siempre corresponde a un papiledema y, por tanto, se deben tener en cuenta otros factores.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 41 años, sin antecedentes patológicos, fumador y bebedor moderado, que había consultado a otro centro por disminución de AV bilateral secuencial de 1 semana de evolución, evidenciándose edema de papila e HTIC a la punción lumbar (PL). Se realizaron TC y RMN craneal y analítica que resultaron normales, y se orientó el caso como una HTIC idiopática. Ingresó en nuestro centro dos meses después del inicio del cuadro, objetivándose AV de percepción luminosa en ojo derecho (OD) y cuenta dedos a 20cm en ojo izquierdo (OI), midriasis hiporreactiva en AO con defecto pupilar aferente en OI, y papilas sobrelevadas bien delimitadas. Se realizó nueva PL con presión de salida normal e hiperproteínorragia. Ante este cuadro, se orientó el caso como NMO, que se confirmó con el resultado positivo en la determinación de anticuerpos anti-acuaporina4.

Conclusiones: La Neuromielitis óptica (NMO) es una enfermedad inflamatoria, desmielinizante e idiopática, que afecta al nervio óptico y la medula espinal. Se presenta como una pérdida de agudeza visual (AV) que afecta ambos ojos (AO) de forma secuencial, normalmente precediendo a la mielitis, que aparece en un intervalo de tiempo variable. Para el diagnóstico de certeza se deben cumplir unos criterios clínicos y radiológicos, pero un instrumento de reciente incorporación muy sensible y específico es la determinación de anticuerpos anti-acuaporina 4. Ante el hallazgo de un edema de papila bilateral y en presencia de HTIC, el diagnóstico casi automático es de papiledema. Sin embargo, deben considerarse otros factores, como la edad, la severidad del edema de papila y la forma de presentación clínica, para descartar otras causas.

CP86

NEURITIS ÓPTICA POR SÍFILIS SECUNDARIA: CUANDO LA SIMULADORA NO ES LA PACIENTE

CARO PEÑA Irene, MORILLO ROJAS M.^a Dolores, RUBIO MARÍN Patricia

Introducción: La neuritis óptica es un proceso inflamatorio, infeccioso o desmielinizante, del nervio óptico. Una de las formas de presentación es la papilitis, que se caracteriza por hiperemia y edema variable de la papila óptica. Las etiologías son múltiples, por lo que es imprescindible realizar un diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Mujer de 66 años con hipertensión arterial y dislipemia que acude a urgencias por pérdida de visión brusca e indolora del ojo izquierdo de tres días de evolución. La exploración mostró: Agudeza visual 0.05, defecto altitudinal superior, defecto pupilar aferente relativo y una papila hiperémica de predominio nasal con amputación de vasos superiores y edema peripapilar. La analítica de urgencias fue normal. Dados los antecedentes y la edad, ingresó con sospecha de neuritis óptica isquémica anterior no arterítica. En la exploración física destacó un exantema rosáceo en tronco y extremidades. Además, refirió claudicación mandibular y debilidad de miembros superiores. Se realizó una batería de pruebas complementarias con resultados positivos en la serología para sífilis y anticuerpos anticardiolipina. La velocidad de sedimentación globular, resonancia magnética nuclear y punción lumbar con análisis de líquido cefalorraquídeo fueron normales. Se inició tratamiento para sífilis secundaria y antiagregación plaquetaria con resolución del cuadro inflamatorio, desarrollando posteriormente atrofia papilar y macular secundarias.

Conclusiones: La atención de urgencias requiere del seguimiento de algoritmos basados en la probabilidad. La infección por sífilis no parecía a priori la causa más probable de la afectación visual en nuestra paciente, pero una historia clínica exhaustiva, no solo de la misma sino también de su pareja, modificó el diagnóstico de sospecha. Con este caso queremos destacar la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial más allá de lo habitual cuando los datos clínicos no son capaces de orientar la causa de una neuritis anterior.

CP87

TERAPIA VISUAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSONISMO PLUS

EPALZA PÉREZ Javier, ALTEMIR GÓMEZ Irene, GARCÍA MARTÍN Elena

Introducción: La enfermedad de Parkinsonismo Plus es una enfermedad neurodegenerativa que produce alteraciones motoras y afectación de los sistemas no motores como la visión. Se han descrito problemas en la motilidad ocular y la insuficiencia de convergencia. La terapia visual puede ayudar a controlar e incluso mejorar el sistema binocular de estos pacientes.

Caso clínico: Varón de 58 años, diagnosticado de enfermedad de Parkinsonismo Plus tratado con Levodopa, Tryptizol, Mirapessin y Donacepilo que consulta por diplopía binocular en visión próxima. Exploración clínica: mejor agudeza visual corregida: 20/20. Cover Test: ortoforia de lejos y 14 dioptrías prismáticas de base nasal. Exotropía intermitente VFN (vergencia fusional negativa) lejos: -/10/6 cerca: -/8/4. VFP (vergencia fusional positiva) lejos: -/10/8 cerca: -/16/14. Punto próximo de convergencia (PPC): 18 cm de rotura. Luces de Worth: 5 luces en cerca y 4 luces a partir de los dos metros. Estereopsis: test de Randot 160'' de arco. Evolución: El paciente presentaba una exotropía intermitente del ojo izquierdo en visión próxima asociada a insuficiencia de convergencia que fue tratado con terapia visual en tres fases (monocular, biocular y binocular) realizando ejercicios con Pelota de Marsdem, Cordon de Brock, Tarjetas de Convergencia, Vectogramas y anáglifos durante siete meses (con revelación mensual). La mejoría fue lenta comparada con otros pacientes sin parkinsonismo pero la diplopía desapareció y presentó ortoforia en visión lejana y 10 dioptrías de exotropía intermitente en ojo izquierdo para visión próxima. VFP lejos -/16/14. VFP cerca: -/20/18. VFN lejos: -/12/10. VFN cerca: -/25/20. Luces de Worth: 4 luces tanto cerca como en lejos. PPC: 8,5 cm de rotura. Estereopsis: 25» de arco.

Conclusiones: Mediante la terapia visual podemos ayudar a mejorar el sistema binocular a personas con enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson.

CP88

NEUROPATÍA ÓPTICA ALCOHÓLICA HALLAZGO CASUAL EN PACIENTE CON ARRITMIA

GESSA SORROCHE María, PARRILLA VALLEJO María, FERNÁNDEZ PÉREZ BELÉN, SPINOLA MUÑOZ Consuelo, GÓMEZ ESCOBAR Antonio, RODRÍGUEZ DE LA RÚA FRANCH Enrique

Introducción: La neuropatía óptica nutricional suele afectar a grandes bebedores y fumadores. El consumo de alcohol etílico no siempre es reconocido por el paciente, además suele estar asociado a una dieta insuficiente que origina un déficit de vitaminas del complejo B.

Caso clínico: Varón de 48 años de edad que acude a urgencias por déficit visual tras episodio de taquiarritmia. Antecedentes personales: no refiere. Agudeza visual: 1/8 estenopeco 1/6 OD y 1/8 OI. Refracción: -4 -1 a 135° OD y -4.75 -2.5 a 70° OI. Biomicroscopia: Normal. PIO: 14/14 mmHg. Test Ishihara: alterado. Fondo de ojo: papilas bien delimitadas, a nivel, E/P 0.3 con palidez papilar más marcada en lado temporal. Desprendimiento vítreo posterior y retina normal en ambos ojos. Pruebas complementarias: Campo visual: confiabilidad de la prueba muy baja. DM -7.38. Tomografía coherencia óptica: adelgazamiento CFNR temporal bilateral simétrico. Interconsulta a cardiología: Refiere tener problemas depresivos, beber dos litros de cerveza diarios y fumar casi 2 paquetes/día. Auscultación cardíaca: Rítmica con tonos apagados sin soplos. ECG: RS sin alteraciones de interés. Analítica: anemia macrocítica, GOT 103 U/L (0-37), GPT 52 U/L (0-40), GGT 373 U/L (11-49). Holter de arritmias: normal. Eco doppler de troncos supraaórticos: No estenosis focal significativa. Índices de resistencia dentro de la normalidad.

Conclusiones: Se diagnosticó como neuropatía nutricional alcohólica, tras realizar un estudio neurooftalmológico completo y descartar causas sistémicas. La mayoría de los pacientes no reconocen su adicción al alcohol lo que dificulta el diagnóstico. El pronóstico suele ser bueno en los casos precoces, sin embargo los casos avanzados como éste, existe una pérdida visual permanente por atrofia óptica.

CP89

SÍNDROME DE BÁLINT TRAS TRASPLANTE BIPULMONAR EN PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA

GUTIÉRREZ BONET Rosa, GRAGERA SOROA Belén, URQUÍA PÉREZ Diego

Introducción: Describir un paciente diagnosticado de fibrosis quística (FQ) durante su infancia, sometido a un trasplante bipulmonar mediante circulación extracorpórea. Tras la cirugía refiere disminución de la visión. La exploración oftalmológica evidenció una baja agudeza visual (AV) y un campo visual alterado, reflejando una hemianopsia homónima. La resonancia magnética cerebral (RMC) mostró lesiones isquémicas occipitoparietales. Durante el seguimiento ha recuperado AV y el defecto campimétrico ha mejorado.

Caso clínico: Paciente varón de 38 años, diagnosticado de FQ a los 3 años, que muestra a partir del 2010 un deterioro clínico progresivo con insuficiencia respiratoria crónica, por lo que es sometido a un trasplante bipulmonar. El procedimiento quirúrgico se complica precisando tratamiento con aminas vasoactivas por hipotensión marcada. En el postoperatorio inmediato el paciente refiere trastornos visuales, por lo que solicitan valoración oftalmológica. En la exploración oftalmológica la agudeza visual fue de 0.2 con el ojo derecho (OD) y 0.1 con el izquierdo (OI), la biomicroscopía y el fondo de ojo eran normales así como la tomografía de coherencia óptica de mácula y de nervio óptico. El campo visual mostró una hemianopsia homónima derecha absoluta. Además presentaba ataxia óptica, con incapacidad para dirigir la mano con la vista (Síndrome de Balint). Se realizó una RMC donde se evidenciaron lesiones occipitoparietales y cerebelosa derecha consistentes en áreas de necrosis cortical laminar. Durante el seguimiento mostró una gran mejoría en la AV (OD: 0.6, OI: 0.7), reducción del defecto en el campo visual, persistiendo la ataxia, pero siendo capaz de dirigir la mirada voluntariamente.

Conclusiones: Destacar la importancia de un manejo anestésico adecuado para mantener las constantes estables durante la cirugía y evitar hipotensiones intraoperatorias que pueden suponer una hipoperfusión a nivel cerebral, con consecuencias devastadoras.

CP90

PARALISIS DE III PAR Y NEUROPATÍA ÓPTICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE MENINGIOMA DE SENO CAVERNOSO

LADIÑÁN PEREIRA José Joaquín, GARCÍA PADILLA Luis Antonio, BLANCO DOMÍNGUEZ Irene, RUIZ MORANDÉ Juan Carlos, PÉREZ REY Patricia, TAPIA BAHAMONDES Alejandra

Introducción: Presentamos un caso de una paciente sin antecedentes vasculares con una parálisis del 3 Par craneal (PC) completa y Neuropatía óptica compresiva de ojo izquierdo (OI).

Caso clínico: Mujer de 67 años que acude al servicio de urgencias por cuadro de diplopía de 1 mes de evolución. En la exploración oftalmológica destaca: Ptosis de OI, exotropía de 15°, agudeza visual de OD: 0.8 y OI: 0.4. Motilidad ocular extrínseca con limitación a la adducción, supraducción e infraducción de OI, motilidad ocular intrínseca con pupila midriática, pérdida del reflejo fotomotor y consensual de OI. Biomicroscopía y fondo de ojo sin hallazgos patológicos. Se realizó TAC de urgencia y RM posteriormente demostrándose una lesión centrada en el seno cavernoso izquierdo, se realizó así mismo PEVs que demostraron la presencia de un defecto pre-quiasmático de la conducción del estímulo en OI, concluyéndose con el diagnóstico de meningioma cavernoso. Se realizó por tratamiento con radioterapia. Tras la misma en su última revisión 3 meses después, mantiene iguales defectos sin aparición de nuevos síntomas.

Conclusiones: Nuestro caso, es un caso infrecuente de diplopía, a pesar de que el meningioma es el tumor intracraneal benigno más frecuente. Su clínica se debe a la compresión de las estructuras neurovasculares. Los déficits oculomotores suponen en la mayoría de los casos el síntoma inicial más frecuente y suelen ir acompañados de cefalea y lesiones en el nervio óptico, localizado superiormente al seno cavernoso. La afectación del trigémino, menos frecuente que las anteriores puede producir hipoestesia o hiperestesia facial, así mismo pueden observarse fenómenos isquémicos derivados de la compresión carotidea o alteración del drenaje venoso apareciendo exoftalmos y congestión ocular, pero esta forma de presentación es atípica, al igual que los fenómenos derivados de la compresión hipofisaria. Tras la cirugía la persistencia de las alteraciones oculomotoras es la tónica más común.

CP91

HEMIANOPSIA HOMÓNIMA IZQUIERDA POR INFARTO ISQUÉMICO OCCIPITAL EN PACIENTE JOVEN

MONTOLIU ANTÓN Ana, SURIANO MAYERLING Mercedes, LEÓN IBÁÑEZ Luis, VILLALONGA PESUDO M.^a del Rosario, REDÓN SORIANO M.^a del Lledó, RAMOS MARTÍ Francisco

Introducción: El campo visual es un instrumento diagnóstico de gran utilidad en la detección de lesiones a distintos niveles de la vía óptica. En muchas ocasiones, el primer signo que encontramos de una patología cerebral es un defecto campimétrico característico, que si es típico nos puede permitir conocer de una forma bastante precisa la localización de la misma, antes de que las pruebas de neuroimagen confirmen la lesión.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 20 años de edad sin antecedentes médicos de interés ni hábitos tóxicos reconocidos que refiere pérdida de visión en hemicampo izquierdo del ojo izquierdo asociado a cefalea frontal bilateral opresiva de horas de evolución. Se controla a los 4 días para la realización de un campo visual, en este momento la cefalea ha cedido pero persiste el defecto visual sin otra sintomatología asociada. Se realiza campo visual con perímetro Octopus que refleja hemianopsia homónima izquierda con aparente respeto macular sugestivo de lesión a nivel de radiación óptica o corteza occipital. Seguidamente, se realiza tomografía axial computerizada craneal que revela un área hipodensa occipital derecha en relación a infarto isquémico subagudo en territorio de arteria cerebral posterior derecha. Durante su ingreso para estudio de la etiología de un infarto cerebral en paciente joven, la angio resonancia magnética cerebral manifestó en el polígono de Willis una oclusión proximal de arteria cerebral posterior derecha, el resto de las exploraciones fueron normales.

Conclusiones: La afectación a nivel del lóbulo occipital produce defectos casi exclusivamente homónimos y extraordinariamente congruentes. El respeto macular tiene un valor localizador extraordinario. Éste es atribuido a la combinación de dos factores, la presencia de una circulación colateral abundante de la arteria cerebral media y a que la representación macular está magnificada a nivel occipital.

CP92

EVOLUCIÓN ATÍPICA DE UNA MACULOPATÍA POR FOSETA A TRAVÉS DE LOS AÑOS

LOZANO RUIZ Silvia, GÓMEZ CABRERA Cristina, ESPAÑA CONTRERAS Manuela

Introducción: Las fosetas congénitas del nervio óptico consisten en un defecto colobomatoso de la papila óptica. Suelen ser unilaterales, con agudeza visual y campos visuales dentro de la normalidad, aunque se han descrito algunos defectos campimétricos asociados. La maculopatía se presenta hasta en dos tercios de los casos con una edad media de 30 años.

Caso clínico: Varón de 18 años en revisión por foseta papilar en OI, buena agudeza visual, con tensión ocular dentro de límites normales. OCT macular presentaba imagen de retinosquiasis interna en la periferia al igual que en estudios previos, en algunos tramos se visualizaba subyacente a otra estructura paralela de débil reflexividad, congruente con hialoides posterior lo cual nos hace pensar que podría corresponder a conglomerado de hialoides posterior, membrana limitante interna y proliferación glial secundaria a maculopatía por foseta (impresiona de disección por planos del líquido procedente de la foseta a este nivel iniciado en margen de la papila temporal) por lo que se trata de una evolución atípica de la maculopatía por foseta. La tomografía de coherencia óptica de fibras nerviosas dentro de normalidad.

Conclusiones: Existen numerosas teorías etiopatogénicas sobre el origen del líquido subretiniano en el desprendimiento macular asociado a la foseta papilar: exudación coroidea, origen vítreo y fistulización del líquido céfalo-raquídeo desde el espacio subaracnoideo a través de la misma. En la lesión inicial se produce una separación quística de las capas internas, mientras que una degeneración posterior de las capas externas originaría un verdadero desprendimiento seroso, con la separación de la capa de fotorreceptores respecto a la del epitelio pigmentario. Al persistir la lesión, puede ser que degeneren las capas retinianas externas y se abran agujeros maculares de espesor parcial, o total. En nuestro caso, la separación se produce a nivel de las capas internas de la retina, de ahí, lo atípico del cuadro.

CP93

LA PSEUDOEFEDRINA VÍA ORAL COMO CAUSANTE DE VASOCONSTRICCIÓN DE LA VASCULATURA DEL NERVIÓ ÓPTICO

MENDIETA RASOS Nuria, GORDÓN BOLAÑOS Carmen, HAJJAR SESE Aida, SALINAS CALDAS Eva M.^a, FERNÁNDEZ CHERKASOVA Lilia J., SÁNCHEZ RAMÓN Ariadne

Introducción: El Frenadol[®] descongestivo cápsulas es una fórmula anticatarral que contiene paracetamol, dextrometorfano, clorfenamina maleato y pseudoefedrina. Hasta el momento no se ha descrito ningún efecto secundario visual con el uso de este fármaco.

Caso clínico: Paciente de 26 años que acude a urgencias por visión borrosa en ojo derecho tras la toma de un comprimido de Frenadol[®] descongestivo cápsulas. En la exploración oftalmológica la agudeza visual, biomicroscopía y fondo de ojo son normales. En el campo visual se aprecia un escotoma paracentral en el ojo derecho, que se resuelve espontáneamente a la semana. Al mes del episodio se realizan pruebas de tolerancia oral en el servicio de alergias, siendo negativas para la toma de dextrometorfano y paracetamol, y positivas para la pseudoefedrina (unida a loratadina) presentando nuevo episodio de visión borrosa en ambos ojos. Se realiza una exploración oftalmológica en el momento, que resulta normal, a excepción del campo visual, donde se observan unos escotomas de predominio nasal inferior en ambos ojos, que se resuelven espontáneamente al día siguiente.

Conclusiones: La pseudoefedrina es un agonista adrenérgico usado como descongestivo y parece ser el causante del cuadro clínico de nuestro paciente. Este fármaco actúa estimulando los receptores α -adrenérgicos de la mucosa del tracto respiratorio superior induciendo vasoconstricción. En personas susceptibles podría causar vasoconstricción de la vasculatura del nervio óptico. Los anti-histamínicos de primera generación, como la clorfenamina, han demostrado tener un leve efecto inhibitorio sobre los receptores alfa-adrenérgicos. Por el contrario, los antihistamínicos de segunda generación, como la loratadina, actúan únicamente sobre los receptores H1. El responsable de que la alteración del campo visual fuera menor en el primer episodio podría haber sido el efecto inhibitorio sobre los receptores alfa-adrenérgicos de la clorfenamina.

CP94

DESPRENDIMIENTO DE RETINA EXUDATIVO ASOCIADO A ENCEFALOPATÍA EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

MOLINA SOCOLA Fredy Eduardo, RUEDA RUEDA Trinidad

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune en la que se pueden ver involucrada numerosos órganos. Se han descrito lesiones vasculares retinianas y coroides y de nervio óptico. La encefalopatía posterior reversible (PRES) puede ser secundaria a hipertensión arterial, nefropatía, LES y tratamiento inmunosupresor entre otros. La encefalopatía multifocal posterior (LMP) es debida al virus JC y se produce en pacientes inmunodeprimidos.

Caso clínico: Niña de 17 años diagnosticada de LES que aqueja disminución de visión bilateral de 1 semana de evolución. Agudeza visual (AV) de 0.08 en su ojo derecho (OD) y 0.1 en ojo izquierdo (OI). Se observa en fondo de ojo (FO): edema de papila, estrella macular y exudados algodonosos en polo posterior de ambos ojos y desprendimiento de retina exudativo de polo posterior sobrepasando arcadas en OD. En resonancia magnética nuclear (RMN) se observa una lesión cerebelosa en sustancia blanca y una en cada oliva bulbar. Se descartó las causas infecciosas de la lesión cerebelosa y del compromiso ocular. Se realizó tratamiento con bolos de corticoides, plasmaféresis, hemodiálisis y control de hipertensión arterial consiguiéndose la resolución del cuadro cerebeloso y ocular manteniendo AV de 0.63 en AO.

Conclusiones: El cuadro oftalmológico que presenta la paciente puede ser debido tanto a su LES como a la hipertensión arterial (HTA) o la nefropatía que presentaba la paciente. En cuanto a la encefalopatía, el PRES además del LES podría justificar la lesión cerebelosa y las bulbares mientras el compromiso ocular puede producirse por los factores desencadenantes de esta como la HTA. La completa resolución ocular y cerebelosa nos hace pensar que tengan una causa común bien inflamatoria, o descompensación vascular debido a la HTA o nefropatía.

CP95

NEUROPATÍA ÓPTICA TRAUMÁTICA INDIRECTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ORTEGA MOLINA José M.^a, SALGADO MIRANDA Andrés

Introducción: El término Neuropatía Óptica Traumática (NOT) hace referencia a cualquier lesión del nervio óptico secundaria a un traumatismo craneal contuso o penetrante. Pueden clasificarse en directas e indirectas. Las NOT indirectas son más frecuentes, siendo el segmento intracanalicular del nervio óptico el más frecuentemente afectado. Éstas, aparecen tras contusiones cefálicas en la zona frontal, debido a fuerzas de cizallamiento sobre el nervio o su irrigación.

Caso clínico: Paciente varón de 21 años que acude a nuestra consulta, por disminución de la visión en ojo izquierdo de menos de 24 horas de evolución. Refiere golpe en la región frontal tras un choque mientras jugaba al fútbol. La agudeza visual en el ojo derecho era de 1 y en el ojo izquierdo era de 0.2, siendo la reacción pupilar, exploración en lámpara de hendidura, fondo de ojo y OCT normales. En la campimetría se evidenció una hemianopsia temporal en ojo izquierdo. Entonces, se solicitó una TAC craneal y de órbita (ambas dentro de la normalidad) poniéndose tratamiento con 1000mg de metilprednisolona intravenosa y una pauta descendente corticoidea de forma ambulatoria. Dos semanas más tarde, el paciente mostraba una completa mejoría tanto en la agudeza visual como en la campimetría.

Conclusiones: La NOT es una causa infrecuente de pérdida visual. Existen varias opciones terapéuticas: corticoides, descompresión quirúrgica y observación. Como norma general, se debe instaurar una pauta corticoidea cuya dosis, duración y vía de administración son variables, planteándose el tratamiento quirúrgico cuando existan lesiones óseas visibles en la TAC o no se evidencie mejoría clínica en los primeros días iniciado el tratamiento. No obstante, no existen estudios que afirmen que el tratamiento con corticoides ni el tratamiento quirúrgico proporcione un mayor beneficio sobre el tratamiento conservador. Por tanto, cada caso debe ser tratado individualmente, según la experiencia del profesional responsable.

CP96

PARÁLISIS AISLADA DE VI PAR SECUNDARIA A RECIDIVA EN BASE DE CRÁNEO DE CÁNCER DE CAVUM

PARRILLA VALLEJO María, SPINOLA MUÑOZ Consuelo, LABORDA GUIRAO Teresa, ROSALES MARTÍNEZ Eduardo, RODRÍGUEZ DE LA RÚA FRANCH Enrique

Introducción: La parálisis del VI par craneal es un motivo de consulta común en urgencias. En adultos, el origen más frecuente es vasculopático o traumático. Siempre que exista antecedente de cáncer o se acompañe de dolor intenso o clínica neurológica, es fundamental realizar técnicas de neuroimagen que descarten patología tumoral.

Caso clínico: Varón, 37 años, acude por diplopía y dolor en ojo derecho (OD) de días de evolución. Antecedentes: Fumador y bebedor moderado. Tuberculosis en tratamiento. Linfopitelioma de cavum con respuesta completa a radioterapia (RT) y quimioterapia hace 6 meses. Exploración: Agudeza Visual: OD 2/3 - 1; OI 1. Motilidad ocular: Limitación de la abducción, supra e infrabducción de OD, con diplopía en dichas posiciones. PINLA. Biomicroscopía: normal. TO: 14/12 mmHg. Fondo de ojo: normal. Pruebas imagen: TAC: ocupación de seno cavernoso derecho (SCD) sin destrucción ósea. RMN: engrosamiento del SCD, con captación de contraste y engrosamiento de la pared carotídea, isointensa en T1 e hipointensa en T2. No lesiones en cavum. Se enfocó como un síndrome de Tolosa-Hunt por las imágenes y respuesta completa a tratamiento con corticoides sistémicos. Pero a los 2 meses de este tratamiento, acude a urgencias generales con anorexia, vómitos, náuseas y misma clínica neurooftalmológica, lo que inclinó en diagnóstico hacia una probable causa oncológica. Fue necesaria la realización de biopsia de lesión por neurocirugía, que demostró la existencia de carcinoma escamoso no queratinizante. Se trató con RT con intención radical. Finalizada ya en el momento actual. Persiste diplopía y cefalea con crisis de dolor punzante retroocular. Actualmente en seguimiento por oncología.

Conclusiones: Es importante tener en cuenta etiologías menos probables de parálisis oculomotoras. Todos los pacientes con antecedentes de cáncer deben ser sometidos a estudios neurorradiológicos y en caso de duda realizar diagnóstico definitivo anatomopatológico para iniciar tratamiento específico y eficaz.

CP97

NEUROPATÍA ÓPTICA COMPRESIVA POR ANEURISMA CARÓTIDO-OFTÁLMICO

PASCUAL CAMPS Isabel, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ Pablo, FREYTAS RODRÍGUEZ Angélica de, ESPAÑA GREGORÍ Enrique

Introducción: La neuropatía óptica compresiva puede producirse por diversos tumores, aneurismas o aumento del volumen de los músculos extraoculares. La clínica suele aparecer gradualmente y consiste en disminución de la agudeza visual (AV), alteración del reflejo fotomotor con defecto pupilar aferente relativo (DPAR) y alteraciones en el campo visual (CV). Puede acompañarse de exoftalmos. En el fondo de ojo, la papila óptica puede ser normal o con diversos grados de palidez. También podemos encontrar edema de papila.

Caso clínico: Mujer de 51 años con pérdida de AV progresiva en su ojo derecho (OD), sin antecedentes personales de interés. En la exploración, hallamos una AV de 0.3 en OD y de 1 en ojo izquierdo (OI). La biomicroscopía anterior es normal. La presión intraocular es de 15 mmHg en ambos ojos. Las pupilas son isocóricas y normorreactivas. En el fondo de ojo, hallamos únicamente intensa palidez papilar. En la campimetría, se observa una pérdida difusa de todo el CV, más acentuada en el cuadrante superior nasal en OD; y una pérdida arciforme afectando exclusivamente al cuadrante superior temporal en OI. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) de la papila, se aprecia atrofia en OD y valores normales en OI. Se solicita una analítica general, que resulta normal. En la RMN, se informa la presencia de un aneurisma carótido-oftálmico de 2 cm de diámetro que comprime el quiasma. Tras 11 semanas de seguimiento, la AV es de 0,05 en OD y de 1 en OI; la paciente refiere alteración en la visión de los colores y se aprecia un DPAR en OD. Se observa un empeoramiento de la pérdida del CV, persistiendo el mismo patrón. Se interconsultó a neurología y se realizó una arteriografía terapéutica.

Conclusiones: Es fundamental sospechar esta patología en pacientes con disminución progresiva de la agudeza visual y hallazgos patológicos en la exploración de la papila óptica. Resulta clave el examen de las pupilas y del CV. Las pruebas de imagen órbito-craneales confirman el diagnóstico.

CP98

ANEURISMA DE LA ARTERIA OFTÁLMICA: UN COMPROMISO VISUAL Y UNA EMERGENCIA VITAL DETECTADA A TIEMPO

PÉREZ ROCA Fernando, ALFARO JUÁREZ Ana M.^a, SÁNCHEZ MERINO Carlos, MARTÍNEZ LÓPEZ María

Introducción: Los aneurismas intracraneales son dilataciones arteriales localizados con mayor frecuencia en la mitad anterior del polígono de Willis. La mayoría permanecen asintomáticos durante toda la vida, pero pueden provocar complicaciones que suponen un riesgo vital, principalmente hemorragia subaracnoidea por rotura, así como pérdida de visión por compresión de estructuras vecinas.

Caso clínico: Mujer de 58 años con antecedentes de hipertensión arterial, que consulta por pérdida de visión progresiva en ojo izquierdo de 3 meses de evolución. En la exploración se detecta una agudeza visual (AV) de 1 en ojo derecho y movimiento de manos en ojo izquierdo. La exploración ocular y el fondo de ojo es normal en ese momento. Se realiza campo visual (CV): en el ojo derecho aparece un déficit discreto e inespecífico y en el ojo izquierdo se detecta una afectación profunda en todos los cuadrantes. Se solicita una resonancia magnética craneal donde se observa un aneurisma de la arteria oftálmica de 16 mm que comprime en gran medida el nervio óptico izquierdo y el quiasma, por lo que se deriva a unidad neurocirugía donde es operada de forma preferente. En el seguimiento posterior en consulta la AV en ojo izquierdo alcanza la unidad, y se produce una significativa recuperación de los defectos campimétricos.

Conclusiones: Los aneurismas cerebrales son poco frecuentes y en su mayoría asintomáticos, pero pueden debutar de forma fulminante. El oftalmólogo puede jugar un papel importante en esta patología. En todo paciente con neuropatía óptica hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial una causa compresiva, ya que en estos casos un tratamiento precoz, puede evitar un desenlace fatal y si la pérdida de visión ha sido reciente y no se observa palidez ni atrofia papilar, la descompresión, puede ir seguida de una recuperación de la visión.

CP99

OFTALMOPLEJÍA TOTAL PROGRESIVA SECUNDARIA A INFILTRACIÓN CARCINOMATOSA DEL SENO CAVERNOSO

PÍO SILVA Adilson, PASTOR BERNIER Juan Carlos, RUIZ SÁNCHEZ Marcos, PÉREZ FERNÁNDEZ Pedro, YUSTE BALLESTA Rafael

Introducción: La diseminación tumoral hacia estructuras intracraneales es una manifestación conocida en los tumores de cabeza y cuello. La extensión centripeta a través del nervio trigémino hacia el seno cavernoso es una manifestación muy rara y tardía que puede provocar alteraciones oculomotoras y diplopía.

Caso clínico: Varón de 69 años, diabético, hipertenso y dislipémico, que consulta de urgencias por diplopía binocular y ptosis palpebral izquierda. Había presentado un episodio antiguo de diplopía un año antes filiado como parálisis del VI par craneal izquierdo de origen microvascular, y un carcinoma epidermoide de la región frontal tratado mediante cirugía y radioterapia 5 años antes. Se diagnostica de nueva parálisis del VI par craneal izquierdo de origen microvascular dada la normalidad en las pruebas de imagen realizadas. Meses después, el cuadro evoluciona hacia una oftalmoplejía completa izquierda. Observándose en la resonancia magnética un ligero engrosamiento del seno cavernoso homolateral. Dado el antecedente de carcinoma espinocelular, se decide realizar una biopsia del nervio supraorbitario confirmando la infiltración carcinomatosa y la extensión retrógrada hasta dicho seno.

Conclusiones: Una correcta anamnesis es fundamental ante paresias oculomotoras en las que se albergan dudas etiológicas. La progresión de una parálisis oculomotora en pacientes con antecedentes de carcinoma epidermoide cutáneo de cabeza y cuello, nos debe hacer sospechar la probable presencia de una diseminación tumoral perineural, incluso ante la ausencia de cambios radiológicos.

CP100

SÍNDROME DE LA SILLA TURCA VACÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RODRÍGUEZ CAVAS Marta Beatriz, GIMÉNEZ CASTEJÓN Domingo, MIRANDA ROLLÓN M.^a Dolores, MOLERO IZQUIERDO Concepción

Introducción: La silla turca vacía (STV) es una entidad neurorradiológica que se caracteriza por la herniación del espacio subaracnoideo dentro de la silla turca, con la consiguiente compresión de la hipófisis contra el suelo selar. La mayoría de los pacientes son asintomáticos. Existe un número reducido de pacientes que refieren algunas manifestaciones clínicas, estableciéndose el diagnóstico de síndrome de la STV primaria cuando además no existen antecedentes de procesos patológicos ni tratamientos previos hipofisarios. Dentro de los síntomas, los visuales (15-45%) consisten, por lo general, en disminución de agudeza visual o visión borrosa y alteraciones campimétricas.

Caso clínico: Mujer de 35 años remitida por el servicio de neurología por cefaleas y alteración visual «episodios de visión borrosa junto con alteraciones campimétricas» de meses de evolución. A la exploración se observó una AV de 1.00 AOs. Reflejos pupilares, polo anterior y PIO normales. El FO era normal, mostrando unas papilas de excavación fisiológica normocoloreadas y de bordes definidos. Se realizó CV que mostraba disminución generalizada de la sensibilidad, OCT papilar y macular normales. La RMN mostraba una silla turca ligeramente agrandada, con hipointensidad en las secuencias ponderadas en T1 e hiperintensidad en T2, Y tallo hipofisario desplazado ligeramente hacia atrás, acodándose sobre el borde superior del dorso de la fosa. Estudio hormonal normal. Se decidió tratamiento médico de la cefalea y seguimiento semestral. Actualmente ha cedido la cefalea con normalización del CV.

Conclusiones: Ante el diagnóstico de SSTV siempre se debería proceder a una evaluación endocrinológica, oftalmológica y neuroquirúrgica tras su diagnóstico. El deterioro visual por herniación de las vías ópticas hacia el interior de la silla turca supondría una indicación quirúrgica. Es por tanto imprescindible su monitorización. Destacar la importancia del trabajo conjunto de las distintas especialidades sobre esta entidad.

CP101

SÍNDROME DE ÁPEX ORBITARIO DE ETIOLOGÍA HERPÉTICA

ROJAS LOZANO M.^a Pilar, MONSALVE CÓRDOVA Blanca, CASTILLA MARTÍ Miguel

Introducción: El síndrome del ápex orbitario o vasculitis del vértice de la órbita, se caracteriza por presentar neuropatía óptica y oftalmoplejía completa. Su etiología es variable; en este caso lo presentamos asociado con un herpes zoster oftálmico.

Caso clínico: Varón de 81 años, inmunodeprimido, con varios episodios trombóticos, ambos secundarios a linfoma linfoplasmacítico marginal secretor de IgG. Acude a urgencias y es diagnosticado de celulitis orbitaria preseptal por virus varicela zoster con afectación de la primera rama del trigémino y parálisis del III par craneal asociados a neuritis óptica retrobulbar, todos ellos del lado izquierdo. Se inicia tratamiento con Aciclovir intravenoso ajustado a la función renal, presentando a los 6 días de evolución una oftalmoplejía completa del ojo izquierdo, por lo que se le pauta prednisona también ajustada a función renal. Tras un seguimiento continuado de 6 meses de evolución con exploración oftalmológica completa, TAC, RMN y OCT; se observa que el paciente recuperó la motilidad extraocular completa de los pares craneales III y IV y parcialmente la del VI par, en el mismo orden en el que la había perdido. No se produjo recuperación visual dado que el episodio de neuritis óptica posterior causó una atrofia completa de las células ganglionares de la retina, con posterior atrofia de la capa de fibras nerviosas del nervio óptico.

Conclusiones: El síndrome del ápex orbitario debe ser considerado como una de las complicaciones oculares más graves de herpes zoster oftálmico. Se ha descrito que el inicio de la terapia antiviral y esteroidea combinada de manera temprana, puede recuperar la disfunción visual. Por lo tanto, los oftalmólogos, debemos estar alerta ante las posibles complicaciones neurológicas derivadas del herpes zoster oftálmico, especialmente durante los 14 días posteriores a la aparición del mismo.

CP102

PAPILOPATÍA DIABÉTICA: CAUSA INFRECUENTE DE EDEMA DE PAPILA

RUBIERA ALIJA Carmen, COSTALES ÁLVAREZ Carmen, TALAVERO GONZÁLEZ Paula, SÁNCHEZ ÁVILA RONALD Mauricio, COLUNGA CUEVA Manuela

Introducción: La papilopatía diabética es una manifestación oftalmológica infrecuente en pacientes diabéticos, caracterizada por un edema de papila uni o bilateral asociado a mínima pérdida de visión y con recuperación espontánea. Puede presentarse tanto en diabetes mellitus (DM) tipo 1 como tipo 2 y puede establecerse en ausencia de retinopatía diabética. El edema suele asociarse con vasos telangiectásicos a nivel papilar. Se han identificado como factores de riesgo una rápida mejora del control glucémico y la presencia de «papila de riesgo».

Caso clínico: Varón de 44 años con DM tipo I, con mal control hasta hace poco, que consulta por visión borrosa del ojo izquierdo (OI) de 3 días de evolución. Presenta retinopatía diabética leve en ambos ojos. En el OI la papila está edematosa con telangiectasias y alguna hemorragia en astilla. La papila del ojo derecho (OD) está ligeramente hiperémica. En la campimetría se objetiva un defecto arciforme bilateral y en la angiofluoresceingrafía se evidencia el edema de papila bilateral y se descarta la existencia de neovascularización. Se sospecha una papilopatía diabética aunque se realizan estudios de neuroimagen y laboratorio para descartar otra etiología subyacente, que resultan negativos. Evoluciona favorablemente con disminución del edema de papila y desaparición de las telangiectasias por lo que se da por confirmado el diagnóstico de sospecha.

Conclusiones: La retinopatía diabética es una entidad infrecuente, pero a tener en cuenta en pacientes diabéticos con edema de papila. Sin embargo, es un diagnóstico de exclusión y deben descartarse otras posibles etiologías. El curso clínico suele ser autolimitado con buen pronóstico visual.

CP103

MIGRAÑA HEMIPLEJICA FAMILIAR CON HEMIANOPSIA MONOOCULAR EN VARÓN DE 36 AÑOS

SÁENZ MADRAZO Nerea, HENARES FERNÁNDEZ Iker, GUERGUÉ DÍAZ DE CERIO Olaia, PÉREZ RUIZ José M.^a, ADRADOS CALLEJA RAQUEL, GRIJALVO LÓPEZ ALFONSO,

Introducción: La migraña hemipléjica constituye una entidad rara generalmente ligada a anomalías genéticas. Los síntomas incluyen debilidad transitoria muscular, alteraciones sensoriales, afectación del lenguaje así como síntomas visuales (miodesopsias, fotopsias o pérdidas de visión).

Caso clínico: Paciente de 36 años que acude a Urgencias por cefalea intensa de 24 horas de evolución que se acompaña de náuseas, sonofobia intensos, alteración en visión del campo visual derecho y alteración de la sensibilidad en extremidades derechas. TAC craneal sin hallazgos. Se ingresa para estudio dada la cefalea brusca e intensa con focalidad hemisférica izquierda. Historia familiar abigarrada de migraña con aura visual en línea materna y paterna. Antecedentes personales: episodio previo similar 14 años antes. A la exploración oftalmológica presenta AV OD 0,4; OI 1. BMC AO sin alteraciones. PIO 17-18. FO sin alteraciones AO. OCT CFNR sin alteraciones AO. CV hemianopsia OD, OI sin alteración. En controles oftalmológicos sucesivos refiere mejoría de la AV OD (1 difícil) pero persiste defecto campimétrico. Seguimiento a cargo de Neurología: angioRM cerebral/ RM columna cervical sin hallazgos significativos, en tratamiento con Lamotrigina. Estudio genético CACNA 1A +

Conclusiones: El estudio genético nos permite diferenciar entre migraña hemipléjica esporádica y familiar, siendo los tres genes implicados conocidos: CACNA 1A, ATP1A2, SCNA 1. En la mayoría de los casos el pronóstico es bueno, siendo tratados médicamente con los mismos fármacos que en el resto de las variedades de migrañas con aura. El paciente presenta clara mejoría de toda su clínica, persistiendo únicamente estable el defecto campimétrico tras 9 meses de evolución del episodio.

CP104

SÍNDROME DE PSEUDO-FOSTER KENNEDY COMO SIGNO DE PRESENTACIÓN DE UNA NEUROPATÍA INFLAMATORIA RECURRENTE CRÓNICA (CRION) INDOLORA

TARRAGÓ SIMÓN Emilia, DÍAZ BARRÓN Andrea, FONS MARTÍNEZ Rosario, ALMELA QUILIS Miguel Ángel

Introducción: El CRION es una entidad infrecuente con una serie de características clínicas propias que la diferencian de otras neuropatías como son: una pérdida de agudeza visual (AV) acusada desde el inicio, dolor intenso y afectación de ambos nervios ópticos si bien de manera asimétrica, pudiendo existir un periodo de latencia incluso de años.

Caso clínico: Varón de 18 años sin antecedentes de interés que acudió por pérdida de AV indolora en OD de varios días de evolución. En la exploración hayamos una AV de 0,3 en el OD y de movimiento de manos (mm) en el OI. La exploración del polo anterior y la PIO en ambos ojos fue completamente normal, sin embargo en el fondo de ojo (FO) del OD se objetivaba un edema de papila asociada a palidez papilar en el OI. El campo visual (CV) mostraba un defecto altitudinal superior en el OD y una abolición completa en el OI. Se estableció el diagnóstico (Dto) de presunción de Sd de Foster Kennedy y se realizó un TAC, una RNM, una punción lumbar y pruebas hematológicas que fueron completamente normales. Se estableció el Dto de SD de cual el paciente no acudió en sus primeros brotes al hospital e inicialmente fue diagnosticado de Sd de Pseudofooster- Kennedy. La posibilidad del CRION debe ser considerada en pacientes con neuritis óptica recurrente no asociada a ninguna otra patología especialmente en aquellos pacientes jóvenes sin factores de riesgo para establecer el diagnóstico y tratamiento adecuado con inmunosupresores. Pseudo-Foster Kennedy y se inició tratamiento con megadosis de corticoides (CE) seguido de una pauta descendente de los mismos. Un mes después la AV era de 1 en el OD y mm en el OI con una ligera mejoría de CV del OD. 4 meses más tarde el paciente acudió por un escotoma en el OI no acompañado de ninguna otra clínica. La exploración mostró una AV de 1 en OD y mm en OI y en el FO palidez papilar en OD junto con edema de papila en el OI. Se estableció el Dto de sospecha de CRION y se inició tratamiento con Inmurel 50mg / 3 veces al día, produciéndose la desaparición del edema de papila del OI. Un año más tarde el paciente permanece estable sin que se haya producido ningún nuevo brote.

Conclusiones: El CRION es un tipo de neuritis inflamatoria crónica, infrecuente de etiopatogenia desconocida. Generalmente cursa con dolor, sin embargo en nuestro caso fue indoloro, motivo por el cual el paciente no acudió en sus primeros brotes al hospital e inicialmente fue diagnosticado de Sd de Pseudofooster- Kennedy. La posibilidad del CRION debe ser considerada en pacientes con neuritis óptica recurrente no asociada a ninguna otra patología especialmente en aquellos pacientes jóvenes sin factores de riesgo para establecer el diagnóstico y tratamiento adecuado con inmunosupresores.

CP105

PSEUDOPAPILEDEMA POR DRUSAS ÓPTICAS EN NIÑO CON CEFALEA RECIENTE

EDUARDO SÁNCHEZ Yuri William, FERNÁNDEZ AGRAFOJO Dora

Introducción: Las drusas papilares son nódulos refringentes, con frecuencia calcificados, y que generalmente se presentan de modo asintomático, siendo diagnosticadas tras un examen oftalmológico rutinario o para descartar causas visuales de otros síntomas, principalmente neurológicos.

Caso clínico: Varón de 12 años de edad, enviado a valoración oftalmológica por neurólogo tras estudio de cefalea reciente y diagnóstico de edema papilar bilateral con tomografía axial computarizada cerebral normal. No tenía antecedentes de importancia. Su agudeza visual sin corrección era de la unidad en ambos ojos, el segmento anterior era transparente y con buen reflejo fotomotor pupilar. La refracción bajo ciclopejía era normal para su edad. En el fondo de ojo se evidenciaba importante elevación y borramiento papilar difuso en ambos ojos, sin hemorragias ni exudados, vasos de aspecto normal, máculas normales y retina aplicada y sin otras lesiones. En la tomografía de coherencia óptica se confirmaba marcada sobreelevación papilar con focos de hiperreflectividad en regiones internas sugerentes de drusas ópticas papilares con mínima alteración focal en el espesor de la capa de fibras nerviosas peripapilares. En el control a los 6 meses estaba asintomático y no se veían cambios en el aspecto papilar decidiéndose controles periódicos.

Conclusiones: Las drusas ópticas pueden ser causa de pseudopapiledema debiéndose considerar su diagnóstico tras descartar otras causas de edema papilar. No requieren tratamiento específico, debiendo hacerse seguimiento periódico y vigilar la aparición de posibles complicaciones como una membrana neovascular o el compromiso progresivo del campo visual.

CP106

MUCORMICOSIS ÓRBITO-RINO-CEREBAL Y SÍNDROME DEL ÁPEX ORBITARIO

EZPELETA CAMPAÑA Juan Antonio, MUNIESA ROYO M.^a Jesus, TRAVESET MAESO Alicia, JURJO CAMPO Carmen

Introducción: El síndrome del ápex orbitario se define como un conjunto de signos y síntomas que ocasionan un daño en las estructuras nerviosas que emergen del vértice de la órbita (II, III, IV, V y VI pares craneales). Se suele presentar como una oftalmoplejía, acompañada de disminución de la agudeza visual y, en ocasiones, alteraciones de la sensibilidad facial. La etiología es variada (traumática, infecciosa, inflamatoria, vascular).

Caso clínico: Varón de 72 años diabético e hipertenso, con antecedentes de una cirugía oral por odontología hace 4 meses, que acude de urgencias por dolor y empastamiento a nivel maxilar derecho junto importante edema palpebral y cierta limitación de la mirada superior. Tras 24h de tratamiento endovenoso, el paciente empeora presentando una oftalmoplejía total, disminución de la AV y una midriasis arreactiva. La RMN pone de manifiesto una completa ocupación del seno maxilar, focos de cerebritis a nivel frontal y alteración de la gr asa extraconal, junto a una colección inflamatorio-infecciosa de 2 cm en el espacio entre los músculos pterigoideos todo ello sugestivo de una proceso fúngico. Debido a la gravedad del cuadro y el empeoramiento del estado general del paciente se decidió realizar una maxietmoidectomía derecha junto a una descompresión orbitaria y extracción del implante dental, las muestras tomadas para la biopsia confirmaron el diagnóstico de mucormicosis. En el postoperatorio inmediato el paciente desarrolló una mancha rojo cereza en el contexto de una oclusión de la arteria central de la retina.

Conclusiones: La mucormicosis rinocerebral es una enfermedad de evolución rápida que se inicia en senos paranasales y/o paladar con invasión retrorbitaria. La morbi-mortalidad se relaciona con la invasión de estructuras adyacentes, como órbita, seno cavernoso y cerebro. Ante el diagnóstico de presunción de la enfermedad hay que actuar con celeridad por el compromiso vital que conlleva esta infección.

CP107

AMBLIOPÍA INFANTIL ASOCIADA A HIPOPLASIA FOVEAL BILATERAL

ACEBES GARCÍA Muxima, MILLÁN MARTÍNEZ Concha, BILBAO DE LA TORRE Susana, CRESPO CARBALLÉS M.^a José, IRACHE VARONA Iciar, HINOJOSA GARCÍA José

Introducción: La hipoplasia foveal (HF) es una alteración macular caracterizada por la ausencia de depresión foveal. Se presenta habitualmente como un cuadro de baja visión y nistagmus, en pacientes con enfermedades como el albinismo o la aniridia y muy raramente como una entidad aislada.

Caso clínico: Niño de 6 años remitido a la consulta por estrabismo y baja agudeza visual (AV). A la exploración se observó una endotropía acomodativa de 20 dioptrías prismáticas, una AV de 0,4 en ambos ojos y una miopía bilateral de 3 dioptrías. La biomicroscopía anterior fue normal y el fondo de ojo solo presentaba una leve alteración de la pigmentación macular. La evolución de la AV no mejoró a pesar del tratamiento de su defecto refractivo y tras realizar una tomografía óptica de coherencia (OCT) se apreció la pérdida de la depresión foveal. Las pruebas electroretinográficas fueron normales, descartándose un albinismo.

Conclusiones: La HF debería ser incluida en el diagnóstico diferencial de toda ambliopía inexplicable o con escasa respuesta al tratamiento, aunque no se asocie a otras manifestaciones oculares o sistémicas. La OCT es una prueba no invasiva, que aporta un rápido diagnóstico y es de gran ayuda en edades pediátricas.

CP108

CITRULINEMIA TIPO I. MANIFESTACIONES OCULARES A PROPÓSITO DE UN CASO

BARRAJÓN RODRÍGUEZ Ángela, LÓPEZ ARROQUIA Tirsia Elvira, NÚÑEZ PLASCENCIA Raquel, FIDALGO BRONCANO Álvaro, ALFAYA MUÑOZ Laura Blanca, INFANTES MOLINA Edgar, PRADAS GONZÁLEZ Marta, NÚÑEZ SÁNCHEZ Agustín, ARIAS PALOMERO Antonio

Introducción: La citrulinemia tipo 1 es una enfermedad rara causada por déficit o ausencia de la enzima argininosuccinato sintetasa (ASS) lo que interrumpe el ciclo de la urea y la transformación de nitrógeno efectivamente, existiendo exceso de nitrógeno, en forma de amonio en sangre, así como citrulina en sangre y orina dando lugar a los rasgos característicos. Se manifiesta como rechazo de la alimentación, vómitos y deterioro progresivo de conciencia que puede llegar hasta el coma.

Caso clínico: Paciente de dos años que tras ser diagnosticado de citrulinemia tipo 1 y encefalopatía secundaria en el periodo neonatal, es remitido para valoración de manifestaciones oculares asociadas. No es posible registrar agudeza visual por retraso psicomotor, pero sigue bien los objetos. Al cover test simple presenta exotropía variable de -20, -40 dioptrías prismáticas con dominancia alterna y el estudio de las versiones refleja hipertropía en aducción en ambos ojos y patrón en «V». En la exploración biomicroscópica se observa transparencia de medios y en el fondo de ojo las papilas son de bordes netos y normocoloreadas y existe buen reflejo foveal. La esquiastropía bajo cicloplejia mostró miopía leve y un astigmatismo miópico elevado en ambos ojos.

Conclusiones: El propósito de dar a conocer este caso clínico identificado en nuestro hospital es estimular el conocimiento y el diagnóstico oportuno de este trastorno, así como de las posibles manifestaciones oculares asociadas a través del mismo.

CP109

SÍNDROME DE EXTENSA MIELINIZACIÓN DE LAS FIBRAS NERVIOSAS RETINIANAS EN EL NIÑO: CASO CLÍNICO

BLANCO CALVO Natalia, GUTIÉRREZ PARTIDA Belén, MARTÍN VILLAESCUSA Celia, VALLS FERRÁN Isabel, PUERTAS BORDALLO Diego

Introducción: La mielinización de las fibras nerviosas retinianas es una anomalía del desarrollo ocular que está presente en el 1% de los ojos. Cuando la mielinización es extensa, puede asociar alta miopía, ambliopía y estrabismo ipsilaterales, constituyendo un síndrome, que a su vez puede presentar otras alteraciones oftalmológicas y anomalías sistémicas.

Caso clínico: Niña de 20 meses que acude a consulta por estrabismo de ojo izquierdo. En la exploración oftalmológica se objetiva leucocoria, estrabismo divergente de ojo izquierdo, biomicroscopía normal en ambos ojos, refracción bajo cicloplejía ojo derecho +2 y ojo izquierdo -9 y fondo de ojo normal en ojo derecho y en ojo izquierdo extensa mielinización de todo el polo posterior y arcadas vasculares, con leve respeto macular central, mácula hipoplásica y displasia de nervio óptico. Se prescribe corrección óptica de -8 en ojo izquierdo y penalización horaria con parche en ojo derecho. En la evolución desarrolla endotropía de ojo izquierdo, con agudeza visual en ojo derecho 1 y ojo izquierdo 0,15. Los potenciales visuales revelan retraso de la conducción y aumento de la latencia en ojo izquierdo. No presenta patología sistémica asociada.

Conclusiones: El Síndrome de Extensa Mielinización de las Fibras Nerviosas Retinianas es una rara entidad que presenta alta miopía, estrabismo y ambliopía ipsilateral asociados. Puede presentar patología ocular como por ejemplo displasia-hipoplasia de nervio óptico, anomalías de la vascularización retiniana, degeneraciones vitreoretinianas, colobomas, queratocono, policoria, así como anomalías sistémicas, entre las cuales se encuentran: craneosinostosis, hidrocefalia, ausencia de septo pelúcido, hipopituitarismo, hipoplasia del cuerpo calloso, neurofibromatosis, síndrome de Gorlin y anomalías esqueléticas, entre otras. Esta entidad en general no requiere tratamiento, salvo el de las complicaciones retinianas. En cuanto a la ambliopía, la penalización ofrece resultados muy variables.

CP110

ANISOCORIA AGUDA TRAS JUGAR EN EL CAMPO

CALZADO HINOJOSA José, SÁNCHEZ ARQUERO Lucía, ALFÉREZ ASENJO M.^a Luisa, SIERRA CORCOLES Concepción, GÓNGORA MIÑARRO M.^a del Mar

Introducción: La anisocoria es un síntoma oftalmológico que alarma a padres y médicos porque puede ser una situación que ponga en peligro la vida y a la vez una variante de la normalidad. Es necesario un abordaje sistemático que evite exponer al paciente a exploraciones innecesarias. No hay que olvidar la exposición a midriáticos presentes en medicamentos y la naturaleza.

Caso clínico: Niño de 11 años que acude a Urgencias por anisocoria y visión borrosa tras jugar en el campo, sin antecedente de traumatismo. Exploración: agudeza visual unidad en ambos ojos de lejos, con pérdida de 5 líneas en ojo derecho (OD) para cerca; anisocoria que aumenta al explorar con luz con midriasis arreactiva en OD y reflejo pupilar consensuado conservado, no disociación luz-cerca; motilidad ocular normal, no ptosis, biomicroscopia y fondo de ojo normal. Se realizó test de pilocarpina al 0,125% y 1% con ausencia de constricción pupilar del OD. Exploración neurológica normal. Se mantuvo en observación, recuperando la normalidad en 3 días.

Conclusiones: Ante una anisocoria aguda con pupila anormal dilatada debemos realizar el diagnóstico diferencial entre lesión traumática del iris, pupila de Adie, parálisis tercer par y exposición unilateral a un midriático. Por la anamnesis, exploración y los resultados de los test de la pilocarpina concluimos que la anisocoria se debió a exposición unilateral a un midriático. Tras descartar contacto con fármaco se realizó una búsqueda de plantas con sustancias alcaloides capaces de producir midriasis, siendo posible sólo cuatro plantas en la Provincia de Jaén con esta propiedad: Beleño blanco (*Hyoscyamus albus*), Belladona (*Atropa belladonna*), Estramonio (*Datura stramonium*) y Tabaco gordo (*Atropa baetica*). Aunque el niño recuerda jugar cerca de plantas parecidas al Beleño blanco no fue posible su localización. Nuestro diagnóstico final fue: anisocoria por midriasis aguda secundaria a exposición a planta tóxica posiblemente Beleño blanco.

CP111

LENSECTOMÍA EN PACIENTE CON ANOMALÍA DE PETERS BILATERAL

CONTRERAS DÍAZ Miguel, GARCÍA ROBLES Emilia, GARCÍA ROMERO Marta, GÁLVEZ CARVAJAL Sonia, UZCÁTEGUI RODRÍGUEZ Nancy, ESTAD CABELLO Aurora del

Introducción: Presentamos el caso de un paciente pediátrico diagnosticado de anomalía de Peters tipo III bilateral, no asociado a otras alteraciones oculares ni sistémicas.

Caso clínico: Paciente varón de 3 meses que es derivado a la consulta de oftalmología pediátrica por opacidades corneales bilaterales. Entre sus antecedentes destacar parto a las 32 semanas, incubadora por anemia, sin necesidad de oxigenoterapia. A la exploración presentaba, nistagmus horizontal, no seguimiento a la luz y mala reactividad pupilar. No había anomalías en la posición palpebral, ni alteración de drenaje lagrimal. A la exploración con biomicroscopía se objetivaron opacidades corneales centrales en ambos ojos y cataratas bilaterales. El ojo derecho presentaba buena midriasis con cicloplejía (ausencia de sinequias anteriores), mientras que en ojo izquierdo la midriasis era incompleta debido a la presencia de sinequias anteriores. La presión intraocular se midió en 10 y 8 mmHg respectivamente. Se decidió la extracción inmediata de las cataratas, comenzando por OD, y una semana después, OI, asociado a liberación de sinequias, y sin implante de lente intraocular. El paciente ha mostrado buena evolución postquirúrgica, sin edema corneal, y actualmente el tratamiento de su ambliopía es la corrección de su afaquia mediante lentes. Dada la edad corta del paciente la indicación de queratoplastia bilateral queda pospuesta hasta que el tamaño de la córnea alcance el diámetro del adulto. Persiste el nistagmus, pero presenta buen seguimiento a objetos y la presión intraocular permanece dentro de los límites normales.

Conclusiones: La anomalía de Peters es una colección de trastornos congénitos del segmento anterior y la córnea, donde el dato más prominente es la opacidad corneal, asociado en algunos tipos a catarata y frecuentemente a glaucoma. Es necesario un diagnóstico temprano y una intervención precoz para evitar la potencial ambliopía y ceguera de estos pacientes.

CP112

ALTERNATIVA TERAPÉUTICA PARA EL RETINOBLASTOMA: QUIMIOTERAPIA INTRARTERIAL CON MELFALÁN

FREYTAGS RODRÍGUEZ Angélica de, PASCUAL CAMPS Isabel, BARRANCO GONZÁLEZ Honorio, HARTO CASTAÑO Miguel Ángel, AVIÑÓ MARTÍNEZ Juan Aurelio, MARTÍNEZ COSTA Rafael

Introducción: El retinoblastoma (RB) es el tumor maligno primario intraocular más frecuente en la infancia. Al tratarse de un tumor maligno, cuando se decide la estrategia terapéutica el primer objetivo debe ser la conservación de la vida, a continuación el ojo, y por último la visión. El tratamiento clásico consiste en una combinación de varias modalidades terapéuticas: enucleación, quimioterapia, radioterapia de haz externo, crioterapia y fotocoagulación. En los últimos años la quimioterapia intrarterial (QI) ha emergido como una alternativa de tratamiento prometedora para RB avanzados o refractarios, en un intento de minimizar las complicaciones sistémicas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un lactante de 10 meses que fue remitido a nuestro servicio para estudio de leucocoria en ojo izquierdo de un mes de evolución. En la exploración se encontró en el ojo izquierdo un RB que ocupaba toda el área macular y dos retinocitomas adyacentes. El estudio de extensión fue negativo. Se clasificó dentro del grupo B de la clasificación internacional. El paciente fue tratado con quimioterapia intrarterial tras cateterización de la arteria oftálmica izquierda con 6 mg de Melfalan. Un mes después se evidenció una regresión del tumor y un área central de sangrado. En los controles posteriores se confirmó la reabsorción del sangrado y la regresión del tumor. El paciente sigue controles de forma periódica, encontrándose libre de enfermedad en la actualidad.

Conclusiones: El Melfalan es el agente quimioterápico más efectivo contra el RB no pudiendo ser usado por vía sistémica debido a la alta toxicidad que produce a dosis terapéuticas. La QI permite liberar el agente quimioterápico de manera selectiva en la arteria oftálmica, minimizando la absorción sistémica y la toxicidad inducida. Esta combinación de eficacia, seguridad y precisión hacen de la QI un enfoque atractivo para el manejo de los RB.

CP113

«SÍNDROME DEL OJO PESADO» – UN ABORDAJE QUIRÚRGICO

GOMES GUERRA Marta, MELO MARQUES Sara, ANDRÉ TAVARES Rui, CRUZ LOUREIRO Paulo

Introducción: La esotropía de grande ángulo asociada a la alta miopía, también denominada «Síndrome del ojo pesado», es una entidad rara que necesita tratamiento quirúrgico específico. Variados abordajes vienen relatados en literatura, como son el procedimiento de Yokoyama y la retroinserción de los músculos rectos mediales (RM) asociada a técnicas adaptadas del procedimiento de Yokoyama.

Caso clínico: Presentar un caso de esotropía de grande ángulo en una paciente con alta miopía sometida a procedimiento de Yokoyama y retroinserción de los músculos RM. Estudio de una paciente de 69 años, saludable, con esotropía del alto miope diagnosticada en febrero de 2013. Se ha realizado tomografía computarizada de las órbitas preoperatoria para establecer la posición relativa de los músculos extraoculares. El abordaje quirúrgico realizado fue el procedimiento de Yokoyama con retroinserción de los RM. El seguimiento fue de 10 meses. En el postoperatorio se ha observado ortoforia con mejoría de la motilidad ocular.

Conclusiones: La miopexia de las fibras musculares del recto superior (RS) y del recto lateral (RL) asociada a la retroinserción de los RM un tratamiento eficaz de la esotropía del alto miope, con satisfacción estética para nuestra paciente.

CP114

MIOPIZACIÓN POR CRECIMIENTO AXIAL DESPROPORCIONADO DEL GLOBO OCULAR ASOCIADO A ANGIOMA PALPEBRAL Y ORBITARIO EN EL NIÑO: CASO CLÍNICO

GUTIÉRREZ PARTIDA Belén, MARTÍN VILLAESCUSA Celia, BLANCO CALVO Natalia, VALLS FERRÁN Isabel, PUERTAS BORDALLO Diego

Introducción: Los hemangiomas son los tumores benignos más frecuentes de la infancia, tienen predilección facial y son más frecuentes en niñas. Aparecen durante las primeras semanas de vida, con rápido crecimiento postnatal que se estabiliza al año de edad, pudiendo regresar posteriormente.

Caso clínico: Niña de 2 meses de edad que consulta por angioma trigeminal izquierdo, con afectación palpebral con ptosis leve con eccema del párpado superior, con motilidad intrínseca y extrínseca normales, leve queratitis, con PIO y fondo de ojo normales. La refracción inicial bajo tropicamida en OD fue +2,50, -1,25 a 40° y en OI fue de -0,25, -1,75 a 69°. En RMN se observaba afectación orbitaria intra y extraconal izquierda. Se realizó tratamiento inicial con propranolol, observándose leve mejoría del componente palpebral. La paciente ha seguido revisiones periódicas desde hace 6 años, experimentando una gran miopización progresiva (pasando de -0,25 a -12 Dp en 6 años) con gran crecimiento de la longitud axial en biometría de OI (pasando de 20 a 25 mm en 6 años), con crecimiento menor a 1 mm en OD. Fue intervenida del angioma palpebral en 2011. En la actualidad (6 años) presenta ptosis del párpado superior de OI, AV OD (Neutro) 0,9 y OI (-11 en lente de contacto) 0,4, motilidad intrínseca y extrínseca normales, polo anterior, posterior y PIO normales. En resonancia presenta angioma orbitario.

Conclusiones: Los angiomas palpebrales y orbitarios producen ambliopía por varios mecanismos: deprivación por ptosis, anisometropía (principalmente astigmática) y estrabismo. Es menos conocida la anisometropía debida a miopía progresiva por crecimiento desproporcionado del globo ocular. La presencia de un angioma orbitario puede producir gran crecimiento del globo y de la órbita en relación al ojo contralateral, hecho similar al que se produce en otras partes del cuerpo, como por ejemplo la hemihipertrofia de miembros asociadas a angiomas. En este caso la «hipertrofia» es del ojo ipsilateral al angioma.

CP115

TRATAMIENTO ATÍPICO EN UN SÍNDROME MEERF

IBÁÑEZ GARCÍA Ainsa, GONZÁLEZ GÓMEZ Ana

Introducción: Las enfermedades mitocondriales son un grupo heterogéneo de alteraciones consecuencia de una disfunción mitocondrial primaria. El síndrome MEERF (Epilepsia Mioclónica con Fibras Rojas Rasgadas) se define por la asociación de epilepsia mioclónica y la aparición en la biopsia muscular de fibras rojo rasgadas. La enfermedad se hereda por vía materna, las manifestaciones clínicas comienzan en la adolescencia y suelen llevar a la muerte en pocos años. Las crisis epilépticas de repetición producen lactoacidosis que contraindica el ejercicio físico en estos pacientes. Las alteraciones oftalmológicas más comunes son neuropatía óptica, oftalmoplejía con ptosis, retinopatía pigmentaria y pérdida visual retroquiasmática.

Caso clínico: Varón de 40 años con diagnóstico de MEERF acude a consulta por episodios intermitentes de diplopía binocular. A la exploración, su agudeza visual era 20/20 y no presentaba hallazgos patológicos en polo anterior y posterior. Al cover test se observaba ortotropía en PPM lejos y cerca con endoforia OI de difícil control. En la exploración de las versiones se evidenciaba una importante debilidad para la elevación en AO y para la levoducción del OI, que provocaba la «caída» de los ojos a PPM desde supravversión y la endotropía intermitente del OI. Por ser deportista a pesar de su enfermedad se le recomiendan ejercicios de ortóptica. Tras un seguimiento de 12 meses no ha vuelto a referir diplopía, excepto cuando sufre recaídas importantes que precisan hospitalización.

Conclusiones: Las enfermedades mitocondriales cursan con acidosis láctica que contraindica el ejercicio físico. El tratamiento del estrabismo en estos pacientes suele ser controvertido por la inestabilidad del mismo. No hay estudios que demuestren la relación entre el volumen de masa muscular y el pronóstico de estos pacientes, pero fisiopatológicamente tiene sentido pensar que un ejercicio físico controlado que aumente la reserva muscular pueda mejorar el pronóstico vital y la calidad de vida de estos pacientes.

CP116

HEMIANOPSIA HOMÓNIMA EN NIÑO DE 12 AÑOS. CAUSAS DE HEMIANOPSIA EN NIÑOS

IGLESIAS LODARES Isabel, USTRATOVA Iulii

Introducción: La hemianopsia es un síntoma poco frecuente en las consultas de oftalmología pediátrica y cuando se presenta de manera súbita suele representar una urgencia médica ya que su causa mas frecuente son las hemorragias cerebrales y la hidrocefalia.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón sano de 12 años que consulta por disminución de visión en el lado izdo de dos semanas de evolución. La campimetría muestra una hemianopsia homónima izda .Tras realización de exploración neurológica y TAC de urgencia se diagnostica de plagiocefalia con disminución de volumen de hemisferio cerebeloso y cerebral derechos.

Conclusiones: La hemianopsia en niños es una causa de exploración neurológica de urgencia ya que sus causas mas frecuentes pueden suponer una urgencia vital. En nuestro caso presentamos un niño sin ninguna alteración neurológica y que consulta por una hemianopsia de reciente instauración y cuya causa parece tratarse de un infarto antiguo en el territorio de ACP que dejó como secuela una plagiocefalia derecha importante.

CP117

MAMILACIONES DE IRIS

LERCHUNDI PLAZA Telmo Xabier, IBARROLA VIDAURRE Ainhoa, ETXEBARRÍA ECENARRO Jaime, BERGUA Antonio, FERNANDO AISA Sandra de

Introducción: Las mamilaciones de iris son un hallazgo poco frecuente y habitualmente casual. Se trata de unas pequeñas protuberancias viteliformes que aparecen en la superficie del iris cubriéndola parcial o incluso completamente. En la mayoría de los casos son esporádicas, unilaterales y del mismo color que el iris; aunque pueden aparecer asociadas a melanosis oculodérmica y de forma bilateral. Dentro del diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta los nódulos de Lisch, el melanoma de iris (Tapioca), los granulomas inflamatorios de iris y el síndrome de Cogan-Reese. Frecuentemente puede aparecer en pacientes con melanosis oculi, con o sin afectación de la piel periocular (Nevus de Ota). Su aparición suele ser asintomática, aunque también han sido asociadas a hipertensión ocular y patología intraocular maligna. Se presupone que son congénitas. La melanosis ocular con o sin aparición de mamilaciones parece ser una condición premaligna para el desarrollo de melanoma ocular.

Caso clínico: Paciente de 7 años de origen latino que estaba siendo seguida en nuestro centro por una artritis idiopática juvenil (AIJ). Dentro del protocolo de seguimiento de los niños con AIJ se realizan biomicroscopías (BMC) regularmente en busca de signos de alerta de Uveítis. La niña presentaba un desarrollo visual normal (20/20 en ambos ojos de manera espontánea), sin signos de uveítis ni patología reseñable en el fondo de ojo. En la BMC se podía observar la presencia de mamilaciones sobre la superficie del iris en ambos ojos. No presentaba una melanosis ocular ni nevus adyacentes a las mamilaciones. A nivel sistémico destacar la presencia de una AIJ bien controlada por parte del servicio de Pediatría.

Conclusiones: Las mamilaciones de iris son una patología muy poco frecuente. Su diagnóstico es por biomicroscopía y es importante conocer sus posibles asociaciones y diagnóstico diferencial.

CP118

UN RETO CLÍNICO Y TERAPÉUTICO: LA ENFERMEDAD DE COATS INFANTIL

LÓPEZ SORIANO Laura, NUÑEZ MÁRQUEZ Sara, MENGUAL VERDÚ Encarnación, FONT JULIÁ Elsa, HUESO ABANCÉNS José Ramón

Introducción: La enfermedad de Coats es un trastorno idiopático causado por una alteración en el desarrollo de la vascularización retiniana caracterizado por la presencia de telangiectasias y hemorragias junto con exudación intra y subretiniana.

Caso clínico: Varón de 12 años de edad que consulta por disminución de agudeza visual en ojo izquierdo. A la exploración, no se encontraron alteraciones en el polo anterior, mientras que en polo posterior se observaron telangiectasias y dilatación aneurismática de los vasos retinianos con exudados lipídicos en cuadrantes temporal e inferior y desprendimiento seroso de retina en la periferia. Dentro del estudio diagnóstico, la analítica, serología y TAC orbitario resultaron dentro de la normalidad. En el ojo izquierdo, la OCT mostraba engrosamiento retiniano con edema macular quístico y la AGF mostraba hiperfluorescencia precoz de las telangiectasias y tinción con extravasación tardías. Ante estos hallazgos, y tras descartar un retinoblastoma, se diagnosticó al paciente de enfermedad de Coats, y se inició tratamiento con fotocoagulación con láser argón y una dosis inicial de Bevacizumab intravítreo bajo sedación monitorizada. A los dos meses, el edema macular recidivó, administrando una nueva dosis intravítrea y posteriormente se completó tratamiento con crioterapia y Nepafenaco tópico, consiguiendo la estabilización del cuadro.

Conclusiones: En nuestro caso, el diagnóstico en estadios iniciales y el tratamiento combinado con terapias clásicas, como la fotocoagulación y la crioterapia y nuevas alternativas terapéuticas, como los anti-VEGF y los AINEs tópicos, han resultado eficaces en la estabilización de la enfermedad. Además, creemos que son necesarios estudios más amplios que nos permitan conocer mejor la etiopatogenia de la enfermedad y la eficacia de los nuevos tratamientos propuestos.

CP119

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA PARÁLISIS DEL VI PAR CRANEAL

PABLO GÓMEZ DE LIAÑO Lucía de, CANO ROVIROSA Paloma, RODRÍGUEZ DEL VALLE José M.^a

Introducción: Analizar el resultado del tratamiento quirúrgico en las parálisis del VI par craneal (p.c.)

Caso clínico: Presentamos 8 pacientes con parálisis adquirida, 2 de causa tumoral, 3 traumática, 1 secundaria a hipertensión intracraneal benigna, 1 a aneurisma de seno cavernoso y otro de origen vascular. Los pacientes presentaban endotropía y limitación variable de la abducción. Se trataron con inyección de toxina botulínica en recto medio los casos de < 1 año de evolución (5 casos) y mediante cirugía los casos crónicos o que no respondieron a la toxina (6 casos), realizándose retroinserción de recto medio en 1 caso, retroinserción de recto medio más resección de recto lateral en 4 casos y suplencia del recto lateral en 1 caso. Se consideraron criterios de buen resultado postquirúrgico, a nivel motor la desviación <10 DP sin tortícolis, y a nivel sensorial la ausencia de diplopia o la capacidad de fusionar espontáneo o con un prisma <8 DP. La media de desviación prequirúrgica horizontal fue 40 DP (rango:25-70DP). La media de desviación residual postquirúrgica horizontal fue 15 DP (rango:2-40 DP) y solo hubo un caso de microexotropía consecutiva de 8DP en el paciente que fue tratado mediante suplencia. De los 5 pacientes tratados con toxina 3 precisaron cirugía posteriormente. De los pacientes a los que se realizó cirugía 2 precisaron reintervención. Obtuvimos un buen resultado estético en todos los pacientes con una media de 1,4 intervenciones por paciente. De los 8 pacientes, 3 requirieron prismas.

Conclusiones: El uso de toxina botulínica en pacientes con parálisis de VI par craneal es un buen predictor de los resultados postquirúrgicos, permitiendo detectar el grado de contractura del recto medio. Tanto la retroinserción-resección como la suplencia de recto lateral son técnicas eficaces en este tipo de parálisis, recomendándose reservar esta última para los casos con ausencia de función del recto lateral.

CP120

CIRUGÍA DE ESTRABISMO EN PARESIA DE TERCER PAR CRANEAL SECUNDARIA A NEUROLÚES

PERAZA NIEVES Jorge, CASTELLAR CERPA Johnny

Introducción: La neurosífilis puede causar parálisis de nervios oculomotores, tanto en la afectación meningovascular, por vasculitis de pequeño vaso, como en la forma granulomatosa; sin embargo, aunque la sífilis se ha incrementado en nuestro medio, la neurosífilis con afectación del tercer par craneal es un cuadro clínico poco frecuente.

Caso clínico: Varón de 46 años, que acudió a urgencias por diplopía horizontal binocular, no asociada a otros síntomas. A la exploración presentaba, paresia completa de tercer par craneal. Las pruebas de imágenes no mostraron patología compresiva, la serología y el análisis de líquido cefalorraquídeo fueron positivas para sífilis. Fue tratado con Penicilina 4 millones de unidades/4h IV durante 14 días, tras estabilización, se realizó cirugía por diplopía con exotropía de 16 dioptrías prismáticas (DP) de base nasal en ojo derecho, el en cover test (CT) de cerca mostraba 18 DP base nasal en CT lejos y en el OD hipotropía de 16 DP base superior. La técnica utilizada fue retroinserción de recto lateral 6 mm y resección de recto medial 5 mm, con ascensión de ambas inserciones. Actualmente presenta CT de cero grados, leve ptosis y no ha vuelto a presentar diplopía en posición primaria de la mirada.

Conclusiones: La neurosífilis debe considerarse en el diagnóstico diferencial de múltiples enfermedades neurológicas dado su polimorfismo clínico: «gran simuladora». Una paresia oculomotora puede ser el debut de esta enfermedad y tratamiento médico precoz con posterior cirugía puede ser efectivo en el manejo de dicha enfermedad.

CP121

PACIENTE CON SÍNDROME DE BLEFAROFIMOSIS Y CATARATA CONGÉNITA UNILATERAL

PÉREZ CABEZA M.^a Isabel, MAÑAS UXÓ César Francisco, LUQUE ARANDA Guillermo

Introducción: El síndrome de blefarofimosis-ptosis-epicantus inverso (BPES) es un trastorno autosómico dominante poco frecuente. El tipo I asocia BPES con insuficiencia ovárica prematura mientras que el tipo II se limita a las características oculares.

Caso clínico: Paciente de dos meses de edad que presenta a la exploración ptosis bilateral, telecanto y epicanto inverso siendo diagnosticada de BPES además de catarata congénita en ojo izquierdo (OI). Como antecedente familiar tiene padre con ptosis palpebral unilateral. Se lleva a cabo lensectomía OI y para ello es necesaria la realización de una cantotomía lateral con sutura posterior por la estrechez de la hendidura palpebral que imposibilita la cirugía normal. El OI queda en afaquia tratada con corrección refractiva en gafas y oclusiones ojo derecho (OD) para evitar la ambliopía. Al año de edad se procede a la primera cirugía de reparación del BPES mediante doble zetaplastia en canto medial y cantoplastia además de cantotomía externa bilateral (intervención de Mustardé) e implante secundario de lente intraocular (LIO) en OI.

Conclusiones: El BPES se caracteriza por una alteración de los párpados en forma y posición. Recientemente se ha demostrado que las mutaciones del gen FOXL2 localizado en 3q23 son la causa de ambos tipos de BPES. La exploración ocular en bebés afectados es muy complicada por la forma de los párpados que puede producir además ambliopía por oclusión del eje visual por lo que requiere tratamiento precoz.

CP122

MIDRIASIS BILATERAL CONGÉNITA VS ANIRIDIA PARCIAL

SÁENZ DE VITERI VÁZQUEZ Manuel, BARRIO BARRIO Jesús, ALFONSO BARTOLOZZI Belén, CIUFO Gianfranco

Introducción: El síndrome de Gillespie fue descrito en 1965 por Frederick D. Gillespie en dos hermanos que presentaban aniridia parcial, ataxia cerebelosa congénita no progresiva y un retraso mental global. Su herencia es autosómica recesiva aunque se desconoce el gen causante. Desde entonces sólo se han reportado 16 casos.

Caso clínico: Lactante de 26 días de edad remitida a nuestra consulta por midriasis bilateral arreactiva. La exploración oftalmológica y sistémica, así como las pruebas de neuroimagen no detectaron otras alteraciones significativas. La paciente presenta un desarrollo psicomotor normal hasta los 7 meses, cuando aparece temblor cefálico, hipotonía de las extremidades y una endotropía alterna de +5°+7° con limitación para la abducción en ambos ojos. La evaluación psicopedagógica detecta retraso psicomotriz de predominio postural-motor. A los 2 años se realiza una resonancia magnética que detecta atrofia cerebelosa de predominio vermiano. Se realiza también biomicroscopía ultrasónica en la que se observa un iris hipoplásico sin criptas. Ante la presencia de aniridia parcial, atrofia cerebelosa y retraso psicomotor se establece el diagnóstico de síndrome de Gillespie.

Conclusiones: En el síndrome de Gillespie es una causa muy infrecuente de aniridia parcial. Existe una importante variabilidad en la severidad de los síntomas neurológicos. En nuestro caso resulta llamativa la ausencia de síntomas neurológicos hasta los 7 meses y la aparición tardía de atrofia cerebelosa. En la literatura no se ha reportado el uso biomicroscopía ultrasónica para confirmar el diagnóstico, una herramienta que consideramos útil para distinguir la aniridia parcial de una midriasis congénita.

CP123

DIPLOPÍA AGUDA EN UNA NIÑA DE 12 AÑOS POR MIOSITIS OCULAR

SÁNCHEZ ARQUERO Lucía, GÓNGORA MIÑARRO M.^a del Mar, CALZADO HINOJOSA José, SIERRA CORCOLES Concepción, ALFÉREZ ASENJO M.^a Luisa, BERNAL MONTESDEOCA Laura

Introducción: La miositis ocular representa un subgrupo dentro del Síndrome Inflamatorio Idiopático Orbitario (SIIO) también conocido como pseudotumor orbitario. Es un raro desorden inflamatorio que afecta a uno o varios músculos extraoculares que se presenta como una diplopía dolorosa con afectación uni o bilateral.

Caso clínico: Niña de 12 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por diplopía aguda con dolor ocular bilateral e hiperemia conjuntival de 3 semanas de evolución. Exploración: afebril, hiperemia conjuntival con pequeñas hemorragias subconjuntivales en la zona de inserción de los rectos horizontales, leve exotropía por paresia del recto medio (RM) del ojo derecho (OD) siendo el resto de la exploración normal incluyendo fondo de ojo. Se realiza TAC craneal: destaca el engrosamiento del vientre muscular del RM de probable origen inflamatorio. La exploración sistémica y el resto de pruebas complementarias fueron normales. Se inició tratamiento con ibuprofeno y oclusiones alternas con remisión de la sintomatología. Días después acude a urgencias por diplopía apreciándose en la exploración paresia del recto lateral (RL) del ojo izquierdo (OI). En la RMN se aprecia engrosamiento del vientre muscular del RM del OD y del RM y RL de OI con aspecto inflamatorio. Ante la reagudización de la sintomatología se inicia tratamiento con bolos intravenosos de corticoides y posterior pauta descendente consiguiendo la remisión completa. La RMN control a los 4 meses fue normal.

Conclusiones: En nuestro caso diagnosticamos a la paciente de miositis ocular dados los hallazgos clínicos y de las pruebas de imagen. Es fundamental realizar el diagnóstico diferencial entre el SIIO y otras patologías como: celulitis orbitaria, oftalmopatía tiroidea, miastenia gravis, sarcoidosis y tumores. Para el diagnóstico se recomienda estudio analítico y RMN. En casos leves se puede emplear AINES pero el tratamiento de primera línea son los corticoides sistémicos.

CP124

CORISTOMA EPIBULBAR EN EL SÍNDROME DE GOLDENHAR: ¿CUÁNDO TRATAR PARA EVITAR LA AMBLIOPÍA?

TAPIA BAHAMONDES Alejandra, MERINO SANZ Pilar, MIRAFLORES GÓMEZ Sara, RUIZ MORANDÉ Juan Carlos, GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ Pilar

Introducción: El síndrome de Goldenhar corresponde a una enfermedad polimorfativa congénita. Las manifestaciones oftalmológicas más frecuentes son: coristoma epibulbar, coloboma, nistagmus, microftalmia, anoftalmia, anisocoria y estrabismo, las cuales pueden generar ambliopía por privación, anisometropía, defectos refractivos altos y/o supresión.

Caso clínico: Se presenta el caso de lactante varón con diagnóstico de síndrome de Goldenhar, portador de coloboma irio-corioretiniano en OD y quiste dermoide en limbo esclerocorneal de OI. Se valoró la repercusión de estas lesiones en el desarrollo visual del paciente hasta la edad de 11 años. En el OD no se afectó la visión alcanzando una AV de 1. En el OI el quiste dermoide generó un astigmatismo irregular afectando la visión (AV 0,4) con supresión de OI. Se trató con oclusiones alternantes (5/1 OD/OI) y corrección óptica. El quiste dermoide evolucionó con aumento de tamaño, invasión corneal y aumento del astigmatismo por lo que se reseco quirúrgicamente a la edad de 8 años, con recidiva a los 11 años. El resultado visual final corresponde a una AV corregida de OD: 1 y OI: 0,25.

Conclusiones: El quiste dermoide epibulbar con localización en limbo esclerocorneal puede generar un alto astigmatismo irregular que puede causar ambliopía. La ambliopía puede tratarse médicamente con oclusión y corrección óptica pero al tratarse de una causa mecánica que genera astigmatismo se sugiere un tratamiento quirúrgico precoz.

CP125

METÁSTASIS ORBITARIA DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

ANGULO GRANADILLA Ana M.^a, TAPIAS ELÍAS Ignacio, ESCUDERO VILLANUEVA Alberto, RÁEZ BALBASTRE Javier

Introducción: Las metástasis orbitarias son una patología infrecuente, representando entre el 1 al 13 % de todas las masas orbitarias. Los tumores de mama y pulmón en las mujeres y de pulmón y gastrointestinal en los hombres, son los que más frecuentemente metastatizan en el ojo y en la órbita. Se caracterizan por exoftalmos de rápida evolución, diplopía, visión borrosa y dolor.

Caso clínico: Varón 64 años remitido desde oncología por exoftalmos en ojo izquierdo de 15 días de evolución. Como antecedentes personales presenta un adenocarcinoma gástrico estadio IV en tratamiento con quimioterapia paliativa. A la exploración oftalmológica presenta agudeza visual ojo derecho 1 y ojo izquierdo 0.5, motilidad ocular intrínseca normal, limitación de la supraducción, dextroducción y levoducción en ojo izquierdo con diplopía binocular en dichas posiciones de la mirada, biomicroscopia y fondo de ojo normal, y exoftalmometría ojo derecho 15 y ojo izquierdo 23.5. Se solicita tomografía axial computarizada de órbitas donde se observa una lesión expansiva en ala mayor del esfenoides izquierdo compatible con lesión metastásica ósea. Se inicia tratamiento con 10 sesiones de radioterapia 300cGy.

Conclusiones: Las metástasis orbitarias originadas de tumores del tracto gastrointestinal son raras, representando el 4% de todos los casos. El diagnóstico se basa principalmente en la anamnesis, exploración oftalmológica y pruebas de imagen. Su temprano diagnóstico y tratamiento es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes. La radioterapia constituye uno de los principales tratamientos, mejorando los signos y síntomas, incluyendo la motilidad ocular, exoftalmos y la pérdida de visión debida a la neuropatía óptica compresiva.

CP126

OSTEOMA FRONTAL CON EXTENSIÓN INTRAORBITARIA: ¿UNA PATOLOGÍA BENIGNA?

BLANCO DOMÍNGUEZ Irene, OTEIZA ÁLVAREZ Alejandra Verónica, MARTÍNEZ GONZÁLEZ Lizette M.^a, MORENO GARCIA-RUBIO Basilio, FRANCO IGLESIAS Gema, RIBA GARCÍA Juan de Sahagun

Introducción: El osteoma es la neoplasia más común de los senos paranasales, con una incidencia del 0,014% - 0,43%. Mientras que los osteomas frontales suponen casi el 80% de los casos, los seno-orbitales son poco frecuentes, y sólo unos pocos casos han sido descritos en la literatura científica.

Caso clínico: Presentamos un caso de osteoma frontal derecho con invasión intraorbitaria en un varón de 43 años que debutó como un cuadro de dolor retroocular con proptosis, inflamación peripalpebral y diplopía binocular por atrapamiento muscular. Se realizó cirugía abierta mediante abordaje subcraneal anterior consistente en la retirada de la pared anterior del seno y extirpación de varios fragmentos de osteoma, cuyo análisis histológico confirmó el diagnóstico. El paciente desarrolló una paresia del IV par craneal derecho secundaria a la cirugía que se resolvió satisfactoriamente con toxina botulínica.

Conclusiones: Los osteomas son neoplasias benignas formadoras de hueso de crecimiento lento. Habitualmente son asintomáticos, hasta que se extienden fuera de los senos produciendo complicaciones por efecto masa en el cerebro o en la órbita, o a nivel local, hasta que obstruyen el drenaje del seno donde asientan, generando mucocelos. Pese a ser una patología benigna pueden dar lugar a serias complicaciones como neumatocelo intracraneal, neuromoencéfalo, meningitis, abscesos subdurales o neuropatías compresivas. Generalmente se prefiere una actitud conservadora ante osteomas asintomáticos, con control de su crecimiento mediante radiografías seriadas. Si se produce un crecimiento significativo o ante la presencia de extensión intracraneal u orbitaria, o de deformidades faciales, se debe de tomar una actitud más agresiva, consistente en la extirpación quirúrgica.

CP127

MANEJO DE LA NEUROPATÍA ÓPTICA TRAUMÁTICA SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO ORBITARIO

DÍAZ LUQUE M.^a José, SÁNCHEZ APARICIO Fátima, GIMENO QUINTANA Aurora, SERRANO PECOS Verónica, GÓMEZ SÁNCHEZ Israel, ESPEJO YEP Alberto

Introducción: La neuropatía óptica traumática (NOT) directa se produce por avulsión del mismo nervio, lesiones secundarias a fracturas o cuerpos extraños. Los traumatismos pueden producir neuropatía óptica compresiva secundaria a daño en la vaina del nervio o por hemorragia intraorbitaria. Los cuerpos extraños son una complicación frecuente y ocasionalmente grave de los traumatismos orbitarios. La pérdida visual es inmediata e intensa. Existe un defecto pupilar aferente relativo (DPAR), aunque la papila óptica suele tener aspecto normal inicialmente, se atrofia después de 4-8 semanas. La terapia de la NOT es controvertida.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 47 años con traumatismo en ojo izquierdo por cuerpo extraño intraorbitario tras accidente laboral. El cuerpo extraño era de naturaleza metálica y alojado en grasa orbitaria inferior al nervio óptico. A la exploración presentaba ni percepción ni proyección de luz, pupila en midriasis arreactiva y oftalmoplejia. Edema y hematoma pre y postseptal con herida entre canto interno y parpado superior, hiposfagma y quemosis conjuntival intensa. Se optó por ingreso con tratamiento antibiótico y corticoideo a dosis máximas con reevaluación a las 48 horas y actitud expectante.

Conclusiones: Debido a su baja incidencia y a la falta de estudios prospectivos así como al desconocimiento de los mecanismos de lesión intracelular, el tratamiento de la NOT es motivo de controversia. De acuerdo a sus características y su localización del cuerpo extraño en la órbita, se decidirá su manejo, desde su extracción, hasta el seguimiento clínico, conservador y expectante. La utilización de altas dosis de corticoides sistémicos durante 48 h está muy extendida.

CP128

LEIOMIOSARCOMA ORBITARIO SECUNDARIO A RADIOTERAPIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

DOMÍNGUEZ GARCÍA Belén, MUÑOZ SCHIATTINO Perla Sybella, GESSA SORROCHE María, ESPEJO ARJONA Francisco, ÁNGELES FIGUEROA Rubén, DÍAZ RUÍZ M.^a Concepción

Introducción: El leiomiosarcoma es un tumor muy infrecuente en la infancia. Los pacientes con Retinoblastoma en su forma hereditaria tienen un aumento en la frecuencia de neoplasias posteriores. Dentro de los sarcomas de partes blandas, el leiomiosarcoma es el subtipo más frecuente, especialmente en los pacientes tratados con radioterapia.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 13 años diagnosticada de Retinoblastoma bilateral en la infancia tratada con radioterapia. Consulta por dolor a nivel de órbita derecha. Tras estudio de imagen y toma de biopsia se confirma el diagnóstico de Leiomiosarcoma pleomorfo de alto grado a nivel orbitario. Junto al servicio de oncohematología pediátrica se propone como estrategia terapéutica la quimioterapia previa a la cirugía y el abordaje quirúrgico posterior: Exenteración con conservación de párpados.

Conclusiones: Pese a la complejidad del caso dada la baja prevalencia de este tumor y las características de la paciente, en la actualidad el resultado quirúrgico es favorable, existiendo un resultado estético aceptable sin asociar signos de recidiva local. La paciente sigue tratamiento actual con Radioterapia externa y seguimiento mediante pruebas de imagen.

CP129

ACTITUD ANTE NEUROPATÍA ÓPTICA Y EXOFTALMOS SECUNDARIO A MENINGIOMA INTRAÓSEO

DORADO LÓPEZ-ROSADO Ana M.^a, LÓPEZ TIZÓN Elena, IZQUIERDO VÁZQUEZ Cristina, VILLAFRUELA GÜEMES Inés M.^a

Introducción: El meningioma intraóseo (MIO) se desarrolla dentro del diploe sin extensión a la duramadre, por lo que es habitual confundirlo con un tumor óseo primario del cráneo. Representa un 1% de todos los meningiomas intracraneales. Con frecuencia invaden la órbita produciendo importante sintomatología ocular.

Caso clínico: Mujer de 29 años con antecedentes de fibromialgia, trastornos psicoafectivos y maltrato, que acude por alteraciones visuales por el ojo izquierdo (OI) de un mes de evolución. A la exploración presenta exoftalmos del OI con desplazamiento inferior del globo ocular y discromatopsia, sin diplopía. La agudeza visual es de 20/25 y la funduscopia muestra borrosidad de los bordes del nervio óptico del OI. El resto de pruebas oftalmológicas son normales. Se realizan pruebas de imagen detectándose una lesión intraósea, hiperostótica en ala mayor izquierda del esfenoides con extensión intraorbitaria, reducción del ápex orbitario con compresión de músculos extraoculares y nervio óptico. Se realiza extirpación total de la lesión a través de una craniectomía fronto-temporo-orbitocigomática izquierda con reconstrucción craneal. El diagnóstico histólogo es de MIO. Ocho meses después la paciente está asintomática, sin evidencia de recidiva tumoral.

Conclusiones: El debut de un meningioma intraóseo pueden ser síntomas y signos oftalmológicos. Generalmente son tumores benignos pero pueden dañar estructuras importantes siendo el tratamiento de elección la resección quirúrgica completa de la lesión. Si no fuera posible, se aconseja realizar seguimiento radiológico de la tumoración residual y valorar radioterapia adyuvante.

CP130

ENFISEMA ORBITARIO TRAS LIMPIEZA BUCAL

ESCOBAR MARTÍN Elena, BERLANGA DÍAZ Alicia, MARTÍN PEREZ Laura, SANTIAGO VALSERA Hugo, GONZALES FARRO Karla Paola, ARIAS PUENTE Alfonso

Introducción: Este caso describe la aparición de enfisema orbitario tras una limpieza dental lo que supone una complicación muy rara y poco descrita en la literatura.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 33 años que presenta inflamación orbitaria y facial derecha durante una maniobra dental. Refiere que se ha realizado limpieza con aire y bicarbonato a presión sin otras maniobras invasivas. A la exploración se objetiva tumefacción en hemicara derecha desde ángulo mandibular hasta párpado superior derecho con crepitación asociada y leve limitación a la supraducción en OD. El resto de la exploración oftalmológica es normal. El TAC de macizo facial y de órbitas muestra marcado enfisema subcutáneo que se extiende por el espacio masticador derecho alcanzando el plano de la glándula submandibular y superiormente la región orbitaria. El paciente es reevaluado a las 12 h con disminución de la tumefacción siendo dado de alta bajo tratamiento antibiótico profiláctico, a los 4 días el enfisema ha desaparecido en su totalidad.

Conclusiones: Los oftalmólogos deben ser conscientes de que la inflamación orbitaria tras un procedimiento dental puede ser secundaria a la aparición de enfisema subcutáneo. Se deben realizar pruebas de imagen para determinar la extensión del mismo y descartar la aparición de enfisema pulmonar o compromiso de la vía aérea. Si la evolución es favorable al alta se recomienda tratamiento antibiótico por el posible paso de anaerobios a la cavidad orbitaria.

CP131

CPAP DESENCADENANTE DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA INTRAORBITARIA: ¿ES POSIBLE?

MATA DÍAZ Esther, PABLO MARTÍN Carlos Antonio de, JIMÉNEZ ROLANDO Belén, TOMÁS CUTIRE Jimmy, SANZ CONTINENTE M.^a Jesús

Introducción: Las várices orbitarias son las malformaciones venosas orbitarias mas frecuentes. La mayoría afectan a la vena oftálmica superior izquierda. La clínica viene determinada por el aumento de presión en el sistema venoso causando un cuadro de exoftalmos intermitente. El diagnóstico diferencial debe establecerse con enfermedad inflamatoria de la órbita o procesos vasculares como hemangioma, linfangioma, fístula carótido cavernosa o malformaciones arteriovenosas. La regresión del exoftalmos agudo es lo que diferencia las varices orbitarias de los otros cuadros clínicos.

Caso clínico : Presentamos un caso de una fístula arteriovenosa intraorbitaria de bajo flujo paucisintomática . El inicio clínico se asocia a la instauración de un tratamiento con CPAP por un cuadro de apnea del sueño. Un TC y RM orbitario muestran la existencia de una dilatación vena oftálmica superior bilateral, presentando en el lado izquierdo una imagen sugestiva de trombosis intraluminal. La arteriografía de los troncos supraaórticos muestra la existencia de una fistula de bajo flujo entre la arteria y la vena oftálmica izquierda y una fístula bilateral a nivel de la piel . Se aconsejo tratamiento conservador y supresión de CPAP mejorando rápidamente y observándose una regresión solo 1 mes después. Conclusiones: Existe la posibilidad de que un flujo de presión positiva (CPAP) en un sistema venoso debilitado por presentar una variz orbitaria pueda originar una fístula arteriovenosa aguda que remite al eliminar la CPAP.

CP132

CARCINOMA BASOCELULAR DE CANTO LATERAL. REPARACIÓN MEDIANTE TÉCNICA DE HUGHES Y TIRA DE PERIOSTIO

PÉREZ RAMOS Elisa, LOSADA BAYO Diego

Introducción: Aproximadamente el 70% de todas las enfermedades malignas de la piel son carcinomas basocelulares, siendo el 80-90% de las neoplasias malignas palpebrales.

Caso clínico: Varón de 83 años que acude a la consulta por presentar en el borde libre del párpado inferior izquierdo una lesión perlada, sobreelevada, con afectación de conjuntiva palpebral y canto externo, de un año de evolución. Ante la sospecha de carcinoma basocelular se decide biopsia excisional de la lesión, junto con confirmación intraoperatoria de bordes libres de tumor. Como se trataba de un defecto de espesor completo que afectaba a más del 50% del párpado se realiza la reconstrucción mediante técnica de Hughes modificada. Para darle estabilidad y mantener la altura del canto lateral se realizó una tira de periostio, procedente del reborde orbitario lateral, que se fijó al extremo lateral del colgajo tarsoconjuntival.

Conclusiones: La operación de Hughes se emplea para la reconstrucción de la lámina posterior del párpado cuando existe un defecto de espesor total de más del 50 %. Consiste en 2 tiempos quirúrgicos, en el primero se reseca todo el tumor y se cubre el defecto de lámina posterior con un colgajo tarsoconjuntival procedente del párpado superior. La lámina anterior se obtiene mediante un colgajo o un injerto miocutáneo. En el segundo tiempo se realiza la apertura del colgajo, obteniéndose un nuevo margen palpebral.

CP133

XANTOMAS PERIOCULARES ASOCIADOS A SITOSTEROLEMIA

RIVERA SALAZAR Jorge, VALDÉS GONZÁLEZ José Juan, ISPA CALLEN Carmen, JUÁREZ TOSINA Rocío, INFANTES MOLINA Edgar Javier, NUÑEZ PLASCENCIA Raquel

Introducción: La sitosterolemia es una enfermedad metabólica hereditaria en que las grasa vegetales son absorbidas en grado anormal. Se caracteriza por Xantomas de localización inusual, arteroesclerosis prematura, angina de pecho, miocardiopatía; anemia hemolítica, alteración de la forma de los eritrocitos y macrotrombocitopenia.

Caso clínico: Paciente que presenta xantomas periorbitales, más evidentes en área de párpados inferiores, por debajo del área pretarsal, que ocupan toda el área periorbitaria inferior. Antecedente de extirpación de lesiones similares más pequeñas en párpados superior e inferior 7 años antes. Se realiza extirpación de las lesiones y biopsia.

Conclusiones: En caso de encontrar lesiones compatibles con xantomas, deberá considerarse la sitosterolemia en el diagnóstico diferencial. La forma de presentación de los xantomas ayuda en el diagnóstico diferencial y seguimiento de las distintas formas de dislipemia. Es un caso de xantomas recidivantes en paciente con colesterol normal y múltiple patología compatible con sitosterolemia.

CP134

ABSCESO ORBITARIO POR INDENTADOR MACULAR

SALINAS GUERRA Cynthia, ECHEVERRÍA PALACIOS Marta, REBOLLO AGUAYO M.^a Arántzazu, ARANGUREN LAFLIN Miren, RODRÍGUEZ Arturo

Introducción: El objetivo de la indentación macular es modificar la curvatura del globo ocular a nivel del polo posterior con la ayuda de un implante y contrarrestar el efecto traccional del esta-filoma en pacientes con alta miopía afectos de desprendimiento de retina secundario a un agujero macular. Existen diferentes tipos de indentadores, y con respecto a sus indicaciones son variables para cada paciente.

Caso clínico: Paciente de 63 años, miope magna, portadora de indentador macular, acude por dolor ojo derecho (OD) y edema palpebral de un día de evolución. Dos meses antes se realizó recubrimiento con fascia lata por extrusión de parte del indentador. A la exploración, la agudeza visual de OD es cuenta dedos a 20 cm. Presenta restricción mecánica de supra y dextroversión. Se observan signos inflamatorios con extrusión punta del implante de silicona. En la tomografía axial computerizada orbitaria se aprecia absceso orbitario en OD adyacente al implante macular. Se ingresa a la paciente con tratamiento antibiótico, presentando mejoría. Se retira posteriormente indentador en lugar de origen.

Conclusiones: Ante un cuadro inflamatorio orbitario es importante realizar correcta anamnesis, teniendo en cuenta los antecedentes médicos y quirúrgicos. Realizar un diagnóstico y tratamiento precoz es prioritario para evitar complicaciones más severas.

CP135

PÉRDIDA GRAVE DE VISIÓN POST BLEFAROPLASTIA COSMÉTICA, UNA COMPLICACIÓN MUY RARA

SPENCER VICENT Juan Felipe, FONTECILLA MOLINA Christian, CHAIT DÍAZ Federico, MORALES LÓPEZ Pablo, TORRES TORRES Rubén

Introducción: La hemorragia retrobulbar secundaria a una blefaroplastia cosmética puede tener catastróficas consecuencias si no se detecta a tiempo. La aparición de esta complicación, si bien es rarísima, puede producir ceguera permanente si no hay un correcto diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: Paciente mujer de 71 años con antecedente de HTA bien controlada, sin otros antecedentes de interés, se presenta en emergencias por presentar pérdida de visión del OD. Relata que hace 7 días fue operada electivamente de lifting facial y blefaroplastia en ambos ojos, presentando desde el postoperatorio inmediato pérdida completa de la visión del OD. La AV en el OD era NPL y en OI 20/20, DPAR OD, la presión intraocular de 36 mmHg en OD y 16 mmHg en OI además presentaba quemosis, proptosis y restricción completa de los movimientos de la musculatura extrínseca del ojo derecho. El fondo de OD presentaba afinamiento arteriolar y dilatación venosa leve, la presencia de una hemorragia en astilla y un leve borramiento de los bordes neuroretinianos de la papila. El fondo de OI era normal. Debido a la alta sospecha de hemorragia retrobulbar se le solicita un scanner de orbita el cual que mostraba área hiperdensa, compatible con sangre, en la región palpebral inferior derecha con extensión al suelo de la órbita a nivel del ángulo inferoexterno. Tomando en cuenta que llevaba 1 semana de evolución se decide no realizar cantotomía y cantolisis de urgencia, manejándose con antihipertensivos oculares y prednisona 1 mg/kg/día y controles periódicos.

Conclusiones: Aunque muy infrecuente, la hemorragia retrobulbar post blefaroplastia cosmética, debe ser reconocida a tiempo para evitar la ceguera permanente. Por lo todo oftalmólogo debiera estar familiarizado con la cantotomía-cantolisis, ya que es la única medida efectiva para bajar en forma rápida y definitiva la presión dentro de la orbita y todo el daño que esta pueda generar.

CP136

INTERFERÓN ALFA-2B TRATAMIENTO EN NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CORNEO-CONJUNTIVAL DE GRAN TAMAÑO. RESOLUCIÓN COMPLETA

ALCALDE VÍLCHEZ Eduardo, LOZANO MIRANDA Pilar

Introducción: Las neoplasias intraepiteliales de córneo-conjuntival (CIN) se presentan como lesiones unilaterales lentamente progresivas en la conjuntiva y córnea con un bajo potencial de malignidad. La displasia benigna, el carcinoma in situ y el carcinoma escamoso invasivo pueden ser difíciles de distinguir por su apariencia clínica. Se diagnostica y clasifica según la invasión registrada en el estudio histológico (Anatomía patológica + Citología).

Caso clínico: Mujer de 78 años, con demencia senil y parkison como antecedentes de interés presentaba lesión conjuntivo-corneal que en varios meses de evolución ha alcanzado un tamaño y volumen importante. Diagnosticada de CIN por citología. Se decide iniciar tratamiento con Interferón (IFN) alfa-2b tópico 4 veces al día como primera elección, descartando la cirugía debido a la edad y antecedentes de la paciente. Resolución completa en el 4.º mes. No recidiva hasta el momento (más de 1 año).

Conclusiones: El tratamiento tradicional del CIN es la resección completa con márgenes de seguridad seguido de crioterapia en lecho quirúrgico. Debido a la alta tasa de recidivas (50%) y a la toxicidad corneal y límbica de alternativas como la mitomicina C y el 5 fluoracilo destacamos el IFN alfa-2b como tratamiento alternativo o de primera elección, incluso en casos con un volumen/tamaño de la lesión importante como el nuestro, obteniendo buenos resultados.

CP137

COMPLICACIONES CORNEALES EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE AXENFELD RIEGER

ALFAYA MUÑOZ Laura Blanca, ZARCO TEJADA José Manuel, LÓPEZ MONDÉJAR Esperanza, MESA VARONA Diana, CELIS SÁNCHEZ Javier, RIVEIRA VILLALOBOS Laura, PRADAS GONZÁLEZ Marta, POLO SIMÓN Javier, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando

Introducción: El síndrome de Axenfeld- Rieger (A-R) es una rara disgenesia iridocorneal de herencia autosómica dominante y espontánea. Presentamos a propósito de un caso las posibles complicaciones corneales tras cirugía de glaucoma en un síndrome de A- R con glaucoma terminal.

Caso clínico: Paciente varón de 18 años de edad que presenta glaucoma congénito terminal por síndrome de A-R. Su AV es de 0,3 AO y presenta unas excavaciones papilares de la unidad AO. Se decide tratamiento médico inmediato con timolol 0,5% y latanoprost 0,005%, añadiendo tratamiento quirúrgico. Tras implante Express(R) en OD, desarrolla una descompensación corneal desde las incisiones corneales por una membrana de Descemet despegada un tercio superior, rígida y enrollada que no se reaplica con neumopexia ni descemetomías. La AV bajó a cuenta dedos a 3 metros. Ante esta evolución, en el OI se decide endociclofotocoagulación por vía posterior asociada a VPP 23G, facoaspiración con tunel escleral e implante de LIO con Maniobra de Gimbel, ocurriendo la misma complicación. En ambas corneas la membrana de Descemet permanece despegada. Los mapas globales paquimétricos evolucionan favorablemente disminuyendo el espesor corneal a los 4 meses. Actualmente presenta AV de 0,3 en OD y cuenta dedos a 2 metros en OI.

Conclusiones: Los pacientes con síndrome de A-R presentan alteraciones iridocorneales. La detención del desarrollo embriológico favorece la persistencia de una membrana primordial que justifica la incidencia de glaucoma y la rigidez extrema de la membrana de Descemet en este caso, favoreciendo los posibles despegamientos tras cirugía corneal.

CP138

QUERATITIS POR ALTERNARIA SPP EN PACIENTE CON QUERATOPLASTIA PENETRANTE

APARICIO SANCHÍS Sonia, LÓPEZ PALACIOS Eduardo, HUERTAS RÍOS Naira, IGLESIAS CERRATO Silvia

Introducción: La queratitis por *Alternaria spp*, hongo filamentoso tabicado, es una causa rara de queratitis. Se asocia con mayor frecuencia a traumatismos con vegetales, portadores de lentes de contacto y antecedentes de cirugía corneal, siendo la incidencia tras queratoplastia penetrante (QPP) del 0,012%. La baja penetración corneal de los antifúngicos disponibles y la alta resistencia a estos fármacos, explican el difícil manejo médico de esta entidad siendo necesario en muchas ocasiones la QPP como tratamiento.

Caso clínico: Paciente varón de 71 años con glaucoma en ambos ojos, faquectomía bilateral y transplante corneal (QPP) en ojo izquierdo en dos ocasiones por distrofia corneal, acude a urgencias por nuevo rechazo corneal tras un año del último transplante, iniciándose corticoterapia tópica. Siete meses después, se objetiva una úlcera corneal periférica con infiltrado blanquecino de aspecto arenoso. Inicialmente, los cultivos corneales evidenciaron el crecimiento de *S. epidermidis*, pero tras dos semanas de tratamiento con antibióticos reforzados, el cultivo de control fue positivo para *Alternaria spp*, por lo que se modifica tratamiento por voriconazol reforzado. La rápida progresión del infiltrado con aparición de un importante adelgazamiento corneal, obligó a cambiar el tratamiento antifúngico por natamicina al 5%, por su mayor sensibilidad para hongos filamentosos, consiguiendo negativizar los cultivos. Dos meses tras iniciar el tratamiento con natamicina, aunque con cumplimiento incompleto por parte del paciente, se visualiza descematocele que obligó a la realización de una nueva QPP con buena evolución posterior.

Conclusiones: La queratitis por *Alternaria spp* es una entidad poco frecuente que puede afectar a pacientes tras queratoplastia. Su tórpida evolución obliga al inicio temprano con antifúngicos (natamicina), no obstante, el fracaso de la terapia médica en muchos casos hace necesario la realización de QPP con o sin perforación corneal.

CP139

DISTROFIA CORNEAL BILATERAL DE TIPO GRANULAR RECIDIVADA TRAS QUERATOPLASTIA PENETRANTE: UN CASO CLÍNICO

BARREDA GAGO David, CAMARGO VILLA Laura, RODRÍGUEZ VICENTE Gumersindo, JUAN MARCOS Lourdes, HERNÁNDEZ GALILEA Emiliano

Introducción: Las distrofias corneales constituyen un reto en la actualidad para el oftalmólogo desde el punto de vista diagnóstico debido a la amplia variedad morfológica de sus manifestaciones. Su patogenia aun constituye una cuestión no totalmente resuelta, y empezamos a comprenderla con ayuda de la genética.

Caso clínico: presentamos el caso de un paciente varón de 54 años, diagnosticado de distrofia corneal bilateral estromal de aspecto granular hace 4 años, que le ocasionaba una baja AV (0.1 y 0.2). Se le realizó queratoplastia penetrante bilateral, con confirmación de las características morfológicas en la anatomía patológica. A pesar de la correcta resolución quirúrgica y tratamiento posoperatorio, durante su evolución, se constata la recidiva de la distrofia en ambos botones corneales donantes.

Conclusiones: la potencial capacidad de recidiva de algunos tipos de distrofias corneales representan hoy en día un desafío y un campo aun muy desconocido para el oftalmólogo, tanto en su tratamiento como en su posible prevención, a pesar de los avances técnicos y de conocimiento patogénico de la enfermedad en los últimos años.

CP140

TOXICIDAD CORNEAL PERSISTENTE TRAS MIGRACIÓN DE OZURDEX A CÁMARA ANTERIOR

BERNAL MONTESDEOCA Laura, RODRÍGUEZ FALCÓN Melani, ESTÉVEZ JORGE Beatriz,
LOBOS SOTO Cecilia, SÁNCHEZ ARQUERO Lucía, ALDUNATE PAGE Jorge

Introducción: Describir una complicación grave y rara: toxicidad corneal persistente debido a la migración de un implante de dexametasona a cámara anterior.

Caso Clínico: Varón de 62 años afáquico y vitrectomizado, recibe un implante de dexametasona para tratar un síndrome de Irvine-Gass refractario a tratamiento. 30 días después, el implante migra hacia la cámara anterior. Se identificó contacto endotelial con edema corneal. La situación clínica obligó a la retirada del dispositivo sin resolución del edema.

Conclusiones: Existe un riesgo aumentado de dislocación del Ozurdex® en casos de vitrectomía y afaquia. La tolerabilidad al implante dislocado es escasa en casos con edema corneal. Su retirada precoz es mandatoria para evitar toxicidad endotelial.

CP141

DOBLE CÁMARA POST-QUERATOPLASTIA PENETRANTE: PACIENTE CON DISTROFIA DE FUCHS

BLASCO SUÑÉ Cristina, RIVA FERNÁNDEZ Sofía de la, REYES TORRES Javier, SOLER LLUÍS Núria, MÉNDEZ MARÍN Isabel, SALVAT SERRA Mercè

Introducción: La distrofia endotelial de Fuchs es una entidad caracterizada por la pérdida de células endoteliales, aumento del grosor de la membrana de Descemet y depósitos en la matriz extracelular en forma de guttas. Los pacientes en estadios evolucionados suelen presentar edema corneal secundario al fallo de la bomba endotelial y baja agudeza visual (AV). En los casos severos está indicado realizar una queratoplastia penetrante (QPP). La retención de la membrana de Descemet post-QPP es una complicación rara, con pocos casos descritos en la bibliografía. Presentamos un paciente con diagnóstico de Distrofia de Fuchs, en cuyo postoperatorio de QPP se evidenció la presencia de una «doble cámara» y su manejo subsecuente.

Caso clínico: Paciente de 70 años, con antecedente de síndrome de distrofia endotelial de Fuchs y cirugía de Facoemulsificación en ambos ojos. A los dos años de la cirugía de catarata inicia una descompensación corneal en forma de queratopatía bullosa bilateral, motivo por el cual se indica una QPP del OD inicialmente. En el postoperatorio inmediato la evolución es favorable, con una MAVC de 0,3. Al mes, acude a control con una pérdida de AV (0,05) y en la exploración mediante biomicroscopía se evidencia una imagen de doble cámara anterior, con un botón transparente, no edematoso que se mantuvo sin cambios durante los controles posteriores. El estudio de anatomía patológica del botón del receptor confirmó la ausencia de membrana de Descemet, y por tanto, nos encontramos ante el caso de una membrana de Descemet retenida post-QPP.

Conclusiones: Durante la trepanación del lecho receptor, puede producirse una viscodisección de la membrana de Descemet. En la literatura, se recomienda extraer la membrana en circunstancias específicas. Ante una doble cámara en el postoperatorio de QPP, debemos considerar la posibilidad de estar ante una membrana de Descemet retenida. El estudio histopatológico es clave en el diagnóstico de certeza.

CP142

TRATAMIENTO CON POMADA DE TACROLIMUS COMO ALTERNATIVA A ENUCLEACIÓN EN RECHAZO CORNEAL MULTIPLE

CAMARGO VILLA Laura, KYRIAKOU Danai, CACHARRO MORAS Luis M.^a, PRIETO MARTÍN Fernando, ÁLVAREZ-MORUJO SUÁREZ Guadalupe, HERNÁNDEZ GALILEA Emiliano

Introducción: El tacrolimus es un inmunosupresor, 10 a 100 veces más potente que la ciclosporina. En oftalmología se usa para el tratamiento de diferentes formas de conjuntivitis vernal y alérgica, ojo seco y EICH severas.

Caso clínico: Varón de 70 años, intervenido de catarata en el ojo izquierdo en el 2002, requirió queratoplastia en el 2008 por descompensación endotelial, con evolución tórpida y rechazo, por lo cual requirió una segunda queratoplastia en el 2010. A los 6 meses se encuentra cornea opaca, con depósitos a nivel central, neovasos en los 360 grados de la periferia, por lo cual se inicia tratamiento intensivo para evitar segundo rechazo, con pobre respuesta, desarrollando una queratopatía calcárea, asociada a múltiples defectos epiteliales. Posteriormente se evidencia limbitis intensa y congestión de los neovasos de cornea receptora; además el paciente refería dolor ocular intenso. Ante un nuevo rechazo corneal, con ojo doloroso, se le plantea enucleación, y tras la negativa, y por tratarse de una patología de origen inmunológico, iniciamos tratamiento con tacrolimus pomada al 0,002% 2 veces al día. En la actualidad, el paciente relata mejoría del dolor, presentando molestias ocasionales, con mejoría de la congestión de los vasos perilímbicos y disminución de defectos epiteliales.

Conclusiones: La queratoplastia penetrante sigue siendo el trasplante corneal más utilizado. El rechazo inmunológico es la causa más común de fallo del trasplante; su manejo consiste en detección temprana y tratamiento agresivo con inmunomoduladores tópicos o sistémicos; ante poca respuesta o necesidad de tratamientos prolongados con corticoides, se plantean otros tratamientos como ciclosporina A y tacrolimus. En nuestro servicio, contamos con elaboración de pomada de tacrolimus, fórmula magistral, al 0,002%, la cual ha dado mejores resultados que formas comercializadas. En nuestro caso, observamos una mejoría subjetiva y objetiva con este tratamiento.

CP143

QUERATOCONJUNTIVITIS LÍMBICA SUPERIOR COMO MANIFESTACIÓN DE UNA VASCULITIS SISTÉMICA

CASTRO NAVARRO Verónica, CALVO ANDRÉS Ramón, HERNÁNDEZ BEL Laura, DOMÉNECH ARACIL Nuria, BARRIOS POLEO Carlos Roberto, CERVERA TAULET Enrique

Introducción: La queratoconjuntivitis límbica superior (QLS) se ha asociado a enfermedades sistémicas siendo, la mayoría, de origen inmune. Presentamos el caso de una mujer cuya primera manifestación oftalmológica de una vasculitis sistémica (VS) fue una QLS.

Caso clínico: Mujer de 57 años que consulta por sensación de cuerpo extraño y fotofobia de 7 días de evolución de predominio en el ojo izquierdo (OI). En la biomicroscopía (BMA) del ojo derecho (OD) destaca un pannus corneal superior y en OI una hiperemia sectorial conjuntival bulbar superior con una proliferación límbica asociada. En ambos ojos (AO) el tiempo de ruptura de la película lagrimal (BUT) y el test de Schirmer son patológicos. Ante la sospecha de una QLS se inicia tratamiento con glucocorticoides, antibióticos tópicos y lubricación. A la semana, la paciente refiere mejoría, sin hiperemia conjuntival ni afectación perilimbar superior, por lo que se deciden dosis decrecientes. Se reinterroga a la paciente, quien refiere rinoplastia 30 años antes y diagnóstico previo de bronquiectasias; y se solicitan pruebas complementarias (PC) que establecen la posibilidad de una vasculitis p-ANCA (mieloperoxidasa +) con bronquiectasias y afectación del tabique nasal. Dos meses más tarde, la paciente se encuentra asintomática y sin actividad inflamatoria. Las manifestaciones oftalmológicas de una VS, como la alteración de la película lagrimal, epiescleritis o queratitis, pueden aparecer durante el curso de la enfermedad o como primera manifestación. La QLS es una enfermedad de la superficie ocular caracterizada por inflamación de la conjuntiva bulbar superior. Dentro de sus teorías etiopatogénicas destaca su asociación con la conjuntivochálasis y con el ojo seco. Sin embargo hasta en un 50% de los casos la QLS se acompaña de enfermedades sistémicas, como la disfunción tiroidea o el síndrome de Sjögren que, si bien es cierto que pueden producir una alteración en la película lagrimal, los fenómenos inmunes suponen un componente etiopatológico clave.

Conclusiones: Por todo ello, concluimos que ya sea secundario a una alteración de la película lagrimal o a un mecanismo inmune, la QLS puede constituir una de las primeras manifestaciones de una VS. La precocidad diagnóstica es esencial para prevenir la afectación visual y complicaciones sistémicas.

CP144

HÍDROPS AGUDO. SEGUIMIENTO MEDIANTE VISANTE-OCT A PROPÓSITO DE UN CASO

FERNÁNDEZ MONTALVO Lorena, FERNÁNDEZ NADAL Ainhoa, LÓPEZ SORIANO Laura, MENGUAL VERDÚ Laura, MENGUAL VERDÚ Encarna, HUESO ABACÉNS José Ramón

Introducción: El hídrops corneal es una patología aguda que se asocia a distintas entidades y que se produce cuando la membrana de Descemet se rompe y se dañan las células endoteliales. La córnea se edematiza por la entrada de humor acuoso hacia el estroma, con lo que se produce una pérdida de transparencia, y en consecuencia, fotofobia con disminución de la agudeza visual. En la fase aguda, el tratamiento es sintomático, mediante la instilación de midriáticos ciclopléjicos, esteroides tópicos, soluciones hipertónicas y vendajes compresivos.

Caso clínico: Mujer de 73 años de edad que acude a nuestro centro tras haberse levantado con la córnea opacificada y de aspecto blanquecino, en el ojo derecho (OD). Como antecedentes personales padece diabetes mellitus insulino dependiente, glaucoma neovascular bilateral y úlceras neurotróficas recidivantes en OD, siendo dicho ojo amaurótico. En la biomicroscopía se observa un hídrops corneal con espesor conservado, mientras que en el OI se observa una pseudofaquia correcta. En el Visante-OCT se aprecia una edematización a nivel de la membrana basal que separa el epitelio del estroma. Debido al pobre pronóstico visual del ojo afecto se decidió un tratamiento conservador a base de soluciones hipertónicas, vendajes compresivos e inhibidores de la anhidrasa carbónica, procediéndose a las seis semanas a la punción de una bulla subepitelial con lo que se produjo una disminución del tiempo de evolución con respecto al descrito en la literatura.

Conclusiones: Aunque inicialmente fue descrito en caso de queratocono, el hídrops corneal agudo se ha relacionado a posteriori con otras ectasias corneales, como la degeneración marginal pelúcida o el queratoglobos. Los factores de riesgo asociados incluyen el frotamiento persistente de los ojos, la queratoconjuntivitis vernal y la atopia. En el caso clínico reportado nuestra paciente no presenta queratocono ni otras ectasias corneales, así como ninguno de los factores de riesgo arriba enumerados.

CP145

NUEVA MUTACIÓN CAUSANTE DE DISTROFIA CORNEAL RETICULAR UNILATERAL

GARCERANT CONGOTE Daniel, ARIÑO GUTIÉRREZ Mayte, MOLERO LANGA Cristina, DELGADO RIVEIRA Mónica

Introducción: Las distrofias corneales están determinadas genéticamente y tienen carácter bilateral. Un mismo genotipo puede determinar varios fenotipos pero en algunos casos hay relación directa entre genotipo y fenotipo. Dentro de las distrofias de afectación estromal se encuentra la distrofia reticular o en enrejado (DR, Lattice). Se produce por una mutación en el gen transforming growth factor beta induced (TGFB1) que codifica la proteína keratoepitelina, una molécula de adhesión de 683 aminoácidos la cual se expresa en el epitelio corneal. Su alteración genera depósitos amiloides extracelulares con formas lineales ramificadas y puntiformes a nivel estromal. Evoluciona generando erosiones corneales recidivantes y pérdida progresiva de la visión.

Caso clínico: Mujer de 66 años, acude a urgencias por sensación de cuerpo extraño de 8 días de evolución en ojo izquierdo. En la exploración oftalmológica se objetiva agudeza visual de 0.6 que mejora a 1.0 con estenopeco. En la córnea se observa un defecto epitelial de 1 mm de diámetro sobre opacidades estromales lineales ramificadas y puntiformes. El ojo derecho muestra una córnea sin alteraciones. En la anamnesis la paciente refiere antecedentes familiares (con patrón de herencia Autosómica Dominante) con alteraciones corneales sin especificar. Ante la sospecha de una Distrofia estromal unilateral se envía a genética donde se confirma el diagnóstico al encontrar una mutación en el gen TGFB1, exón 14, Val625Gly.

Conclusiones: Son raros los casos unilaterales de DR publicados. Mutaciones del gen TGFB1 pueden producir diversas distrofias. Las alteraciones entre los codones 502 y 632 se han visto implicadas en las presentaciones atípicas de la DR como es el caso de nuestra paciente. Sin embargo esta mutación específica no ha sido previamente descrita en la literatura. A medida que se vayan encontrando más mutaciones se podrá lograr una mejor caracterización de la relación genotipo-fenotipo de la enfermedad.

CP146

VALORACIÓN DE RECIDIVA DE CARCINOMA IN SITU CORNEAL MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR

GÓMEZ MOLINA Celia, GUARDIOLA FERNÁNDEZ Alicia, FARÉS VALDIVIA Jesarán, ROMERO CABALLERO M.^a Dolores

Introducción: La neoplasia intraepitelial conjuntivo-corneal (CIN) es el tumor escamoso más frecuente de la superficie ocular. Es una enfermedad indolente y de lento crecimiento. La tomografía óptica de coherencia (OCT) de segmento anterior es una técnica no invasiva que permite apoyar el diagnóstico de sospecha con elevada sensibilidad y especificidad, así como valorar recidivas. Estudios recientes han establecido que los signos de sospecha de CIN son: lesión epitelial con grosor $\geq 140 \mu\text{m}$, hiperreflectiva y con transición abrupta entre tejido patológico y córnea sana (Kieval y cols., 2012).

Caso clínico: Varón de 81 años sin antecedentes de interés diagnosticado en 2007 de pterigium nasal en el ojo izquierdo (OI). En 2013 es derivado a la consulta de superficie ocular, donde observamos una lesión conjuntival en OI muy vascularizada que invade córnea nasal e inferior, de aspecto papilomatoso y color blanco moteado, que afecta el eje pupilar. Ante la sospecha de CIN se realiza OCT de segmento anterior (CirrusTM, Zeiss) que muestra una lesión epitelial corneal de $220 \mu\text{m}$ de espesor que cumple los demás criterios de sospecha de CIN mediante OCT. Realizamos biopsia incisional de la lesión y crioterapia de bordes, siendo informada la muestra como CIN grado III o carcinoma in situ. El paciente fue tratado con tres ciclos de mitomicina C 0,02% tópica de 2 semanas de duración. En el seguimiento, durante 4 meses, no se observó recidiva biomicroscópica ni en OCT, pero posteriormente apareció un nuevo engrosamiento epitelial en la OCT (de 155 micras), lo que nos obligó a replantear el tratamiento.

Conclusiones: El gold standard para el diagnóstico de CIN es el estudio histopatológico de la lesión tras biopsia de la misma. Sin embargo, la OCT de segmento anterior es una técnica no invasiva útil en nuestra experiencia para apoyar la sospecha clínica, valorar la eficacia del tratamiento y vigilar la recurrencia de la lesión.

CP147

OJO SECO UNILATERAL NEURÓGENO

HENARES FERNÁNDEZ Iker, PÉREZ RUIZ José M.^a, ADRADOS CALLEJA Raquel, RAMOS BARRIOS Marilena, SÁENZ MADRAZO Nerea

Introducción: La Queratoconjuntivitis seca incluye un grupo variado de afecciones en las cuales la disminución en la producción de lágrima y/o el aumento en la evaporación de la misma daña la superficie ocular. Entre las causas del Ojo Seco hiposecretor, una muy infrecuente, es la lesión de la vía eferente de la secreción lagrimal. Presentamos un caso clínico en el que la lesión de la vía eferente parece ser la causa de un ojo seco unilateral.

Caso clínico: Mujer de 39 años que consulta por visión borrosa y sensación de cuerpo extraño en ojo izquierdo (OI). Entre los antecedentes personales destacar un accidente de tráfico con traumatismo craneoencefálico grave hace años. A la exploración oftalmológica destaca en OI un menisco lagrimal reducido con queratopatía epitelial punteada, test de Schirmer N.º 1 de 27 mm en ojo derecho y de 2 mm en OI. La estesiometría corneal es normal y similar en ambos ojos. Dados los antecedentes y la unilateralidad del caso se diagnostica de ojo seco hiposecretor por lesión nerviosa eferente (motora) y tras realizar diversos tratamientos con escaso resultado, actualmente la paciente se encuentra asintomática con tratamiento tópico de suero autólogo y ácido hialurónico, además de oclusión con tapón de silicona del punto lagrimal inferior.

Conclusiones: La patología de Ojo Seco puede afectar, aunque de manera excepcional, de forma unilateral por privación parasimpática de la glándula lagrimal principal, obteniendo en nuestro caso buenos resultados por el momento con el tratamiento ya comentado.

CP148

PATRÓN DE HERENCIA Y MICROSCOPIA CONFOCAL EN LA DISTROFIA PUNTIFORME POLICROMÁTICA PREDESCEMÉTICA

HENRÍQUEZ RECINE M.^a Angélica, MARQUINA LIMA Kelly Sonia, BENÍTEZ DEL CASTILLO José Manuel, GARCÍA-MIÑAÚR RICA Sixto, HIERRO ZARZUELO Almudena del, BOTO DE LOS BUEIS Ana

Introducción: Los depósitos cristalinos en córnea pueden representar una manifestación clínica de enfermedades metabólicas de depósito, enfermedades hereditarias, distrofias corneales e incluso neoplasias hematológicas. Presentamos los hallazgos corneales y el patrón de herencia en una familia con un tipo de distrofia corneal estromal poco frecuente.

Caso clínico: Paciente femenina de 49 años referida por fotofobia ocasional. La AVMC era de 1 en ambos ojos. En la exploración con lámpara de hendidura se evidenció en ambos ojos, y de forma simétrica, opacidades puntiformes, policromáticas, distribuidas por todo el estroma, más densas en estroma posterior. La microscopía confocal mostró depósitos redondeados, hiperreflectivos, localizados en todas las capas del estroma, siendo más densos en estroma posterior y respetando el epitelio y endotelio. Se descartaron enfermedades sistémicas. Examinamos a 11 miembros de la familia detectando hallazgos similares en biomicroscopía en un total de 8 de ellos. El patrón de herencia fue autosómico dominante.

Conclusiones: Los hallazgos en la biomicroscopía así como el patrón de herencia, sugieren que la familia estudiada presenta una distrofia puntiforme policromática predescemética, siendo la tercera publicada hasta el momento. En la microscopía confocal, descrita por primera vez en esta entidad, los cristales estromales se muestran redondeados y más abundantes en el estroma posterior.

CP149

NEOPLASIA ESCAMOSA DE LA SUPERFICIE OCULAR EN PACIENTE CON PSORIASIS TRATADO CON ETANERCEPT

LEZCANO CARDUZ Viviana Patricia, QUIROGA CANEIRO Elena, DURÁN POVEDA Sonia Pilar, MINGO BOTÍN David

Introducción: La Neoplasia Escamosa de la Superficie Ocular (OSSN, del inglés Ocular Surface Squamous Neoplasia) incluye un espectro amplio de lesiones que abarca desde la displasia leve hasta el carcinoma de células escamosas. Esta lesión tiene una etiología multifactorial, estando implicados entre otros la exposición a radiación ultravioleta, diversos carcinógenos químicos, infecciones virales (VIH y VPH) y estados de inmunosupresión, como es el caso del etanercept.

Caso clínico: Mujer de 44 años, caucásica, con diagnóstico de psoriasis desde la juventud y artritis psoriásica desde el 2009. Ha recibido múltiples fármacos inmunosupresores. Desde noviembre del 2012 se encuentra con Metotrexato y Etanercept. Acude a la consulta por tumoración papilomatosa pediculada en conjuntiva bulbar temporal del ojo derecho de un año de evolución. Su agudeza visual sin corrección era 1 en ambos ojos. Se realiza resección quirúrgica con márgenes y reconstrucción con autoinjerto conjuntival. El estudio histopatológico se informa como neoplasia escamosa intraepitelial conjuntival, se añade tratamiento adyuvante tópico con colirio de interferón alfa-2b, manteniéndose asintomática y sin signos biomicroscópicos de recidiva hasta la fecha (3 meses de seguimiento).

Conclusiones: A pesar de la controversia acerca de la posible relación entre etanercept u otros agentes antiTNF-alfa en el desarrollo del carcinoma de células escamosas en pacientes con psoriasis, existen varios casos descritos en la literatura de este tipo de neoplasia en diversas localizaciones (piel, pene, mama) en estos pacientes. La afectación de la superficie ocular podría ser otra localización a tener en cuenta en este contexto, por lo que en la anamnesis se debería incluir, como posible factor de riesgo, el tratamiento inmunosupresor. Así mismo, debemos estar alerta y aumentar la sospecha de OSSN en todo paciente en tratamiento con etanercept.

CP150

PAPILOMA CORNEAL PRIMARIO

MAÑAS UXÓ César Francisco, PÉREZ CABEZA M.^a Isabel, MARTÍN GIL DEL CORRAL Ana, PALACIOS RODRÍGUEZ Sebastián

Introducción: Los papilomas de la superficie corneal surgen, generalmente, en la conjuntiva, con alta asociación al virus del papiloma humano (principalmente a los serotipos 6, 11, 16 y 18). Por su rareza, existen muy pocas publicaciones de papilomas corneales aislados o primarios, es decir, sin lesión conjuntival adyacente.

Caso clínico: Mujer de 65 años de edad que acude a consultas refiriendo una lesión blanca en un ojo que ha crecido rápidamente en pocos meses y le quita la visión. En la biomicroscopía observamos en superficie corneal de ojo derecho una lesión semitranslúcida, vascularizada y bien definida a nivel corneal, con importante aportación vascular desde limbo superior. Se realiza escisión simple en quirófano, retirando la lesión con pinzas (sin adherencia a estroma corneal). Anatomía patológica informa de lesión con marcada hiperplasia epitelial papilomatosa con alteraciones sugestivas de infección vírica (presencia de abundantes coilocitos) sin signos de malignidad. Al mes de la cirugía la córnea se muestra íntegra y transparente con involución de la vasculatura corneal.

Conclusiones: Los papilomas conjuntivales son lesiones comunes y frecuentemente detectadas en la práctica diaria. Tampoco es infrecuente la extensión corneal de papilomas conjuntivales o de limbo. Sin embargo, existen muy pocos casos descritos de papilomas corneales aislados. El tratamiento se realiza con escisión simple de la lesión y, en casos evolucionados, puede requerir aplicación de membrana amniótica por importante adelgazamiento estromal residual. Están descritas recurrencias locales de papilomas conjuntivales, precisando tratamientos coadyuvantes (crioterapia, mitomicina C, cimetidina oral o interferón α 2b). En nuestro caso, la lesión estaba confinada a epitelio corneal con respeto de estroma, simplificando mucho el tratamiento. Se realizó escisión simple de la lesión sin tratamiento coadyuvante encontrándose la paciente libre de enfermedad tras un año de evolución.

CP151

QUERATOCONO ASOCIADO A DISTROFIA POLIMORFA POSTERIOR EN UN SÍNDROME DE ALPORT

MESA VARONA Diana Victoria, AVENDAÑO CANTOS Eva, GÁLVEZ MARTÍNEZ Javier, CELIS SÁNCHEZ Javier, FIDALGO BRONCANO Álvaro, ALFAYA MUÑOZ Laura, INFANTES MOLINA Edgar, RIVERA SALAZAR Jorge, VALDÉS GONZÁLEZ José Juan

Introducción: El síndrome de Alport es un trastorno hereditario del colágeno tipo IV. Hasta en un 85% presenta una herencia ligada al cromosoma X. Se caracteriza por una afectación renal, coclear y ocular. Las manifestaciones oculares más frecuentes son la retinopatía en flecos y el lenticono anterior y en casos más raros la distrofia polimorfa posterior. El queratocono es una ectasia corneal no inflamatoria que se puede asociar a enfermedades sistémicas del tejido conectivo (Ehlers-Danlos, Osteogénesis imperfecta...) y a distrofia corneales (distrofia de Fuchs, distrofia de membrana basal anterior, distrofia granular y distrofia polimorfa posterior).

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un varón de 14 años diagnosticado de síndrome de Alport, endotropía congénita del ojo derecho y ambliopía bilateral. En la exploración con lámpara de hendidura presenta una distrofia polimorfa posterior en ambos ojos y en la topografía corneal un queratocono grado 2 en ojo derecho y grado 1 en ojo izquierdo sin progresión.

Conclusiones: La asociación del queratocono a enfermedades sistémicas del tejido conectivo sugiere que puede estar relacionado con una alteración localizada del metabolismo del tejido conectivo. Es muy rara la asociación de distrofias corneales y queratocono. Se ha descrito la mutación en el gen VSX1 en el cromosoma 20p11-q11 en pacientes con queratocono y distrofia polimorfa posterior.

CP152

MANEJO DEL MELANOMA DE PLIEGUE SEMILUNAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

MOREIRAS PIASTRELINI Paula Cristina, LEAL GONZÁLEZ M.^a Ángeles, PLATERO VÁZQUEZ María, CABEZAS LEÓN Mercedes, BENEYTO MARTÍN Pedro, BASCONES ALVIRA M.^a Luisa

Introducción: El melanoma conjuntival es un tumor ocular maligno, unilateral y poco frecuente. Representa el 2% de todos los tumores malignos oculares, con una tasa de mortalidad a los 10 años del 30%. En contraste con el melanoma uveal, metastizan a ganglios linfáticos regionales ipsilaterales, cerebro, pulmón e hígado. Las localizaciones extralimbares tienen peor pronóstico. Se desarrollan a partir de nevus preexistentes, de novo o de melanosis adquirida primaria (MAP). Presentamos el caso de una paciente con un melanoma de pliegue semilunar a partir de una MAP.

Caso clínico: Mujer de 48 años, con antecedentes de MAP conjuntival, que acudió a consulta tras notar crecimiento de la lesión. A la exploración se observó lesión pigmentada, elevada y vascularizada, en pliegue semilunar, de 6,7 mm de diámetro vertical y 6,5 mm horizontal, que se extiende a conjuntiva bulbar nasal e inferior. Ante la sospecha de melanoma conjuntival, se realizó extirpación quirúrgica completa con márgenes de seguridad, crioterapia y reconstrucción con injerto de membrana amniótica. La histopatología confirmó el diagnóstico clínico de melanoma, con una profundidad de 1,3 mm y con positividad para los marcadores S100 y HMB45. Se remitió a oncología para estudio de extensión, siendo negativo el TAC de cuello y tórax. Se realizó tratamiento coadyuvante con mitomicina c (MMC) tópica al 0,02%.

Conclusiones: El melanoma de pliegue semilunar es una entidad poco frecuente. El diagnóstico precoz es fundamental para un mejor pronóstico. Cambios en las MAP sugieren malignización a melanoma conjuntival. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante biopsia. El tratamiento de elección es la extirpación completa de la lesión asociada a crioterapia y tratamiento con MMC, lo cual disminuye la frecuencia de recidivas locales. Es muy importante el seguimiento estrecho del paciente en este tipo de melanomas, junto con el servicio de oncología, por el riesgo de recidivas y metástasis.

CP153

MANEJO CONSERVADOR EXITOSO DE QUERATITIS INFECCIOSA POR PSEUDOMONA EN PACIENTE CON QUERATOPRÓTESIS BOSTON TIPO I

ORIVE BAÑUELOS Ana, BERASATEGUI FERNÁNDEZ Bárbara, JIMÉNEZ GÓMEZ Beatriz, ETXEBARRÍA ECENARRO Jaime

Introducción: Las queratitis infecciosas (QI) son una complicación potencial de pacientes portadores de queratoprótesis (KPro) de Boston tipo I, cuya incidencia se calcula entre un 7,9% y un 17% según diferentes series. Los factores de riesgo para el desarrollo de estas queratitis son: síndrome de Steven Johnson (SJS), penfigoide ocular cicatricial, quemaduras químicas, defecto epitelial persistente, uso de lentes de contacto e inmunosupresión.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 11 años portadora de KPro I afáquica en ojo derecho por un SJS. La paciente se encontraba en tratamiento antibiótico con Vancomicina 1,4% y Tobramicina 0,3% y acudió asintomática a consulta de manera rutinaria. A la exploración se advirtió un infiltrado anular 360° alrededor del vástago. El cultivo corneal evidenció la presencia de Pseudomonas Aeruginosa resistente a Tobramicina y a un amplio rango de antibióticos excepto Cefepima, Amikacina y Colistina. La P. Aeruginosa es sensible a la Tobramicina en un 87-92%, presentamos nuestro caso como algo excepcional por la necesidad de utilizar otro aminoglicosido para la erradicación de la misma. Se inició tratamiento agresivo con Amikacina al 2,5% de fabricación hospitalaria objetivándose una progresiva mejoría hasta la resolución completa del cuadro en un periodo de 3 meses.

Conclusiones: La presencia de QI en pacientes con KPro representa un importante reto terapéutico puesto que si no se tratan de manera adecuada pueden derivar en endoftalmitis, especialmente en pacientes con ojos monocamerales. Desde la introducción de la Vancomicina al 1,4% y las quinolonas para el tratamiento profiláctico en pacientes con KPro la incidencia de QI y endoftalmitis bacterianas ha disminuido de manera drástica. El uso prolongado de antibióticos de amplio espectro puede resultar en el crecimiento de flora inusual y resistente en la superficie ocular, por lo que es importante monitorizar los organismos y las resistencias en pacientes con KPro.

CP154

LINFANGIECTASIA CONJUNTIVAL ASOCIADA AL USO DE LENTILLAS

PÉREZ GANCEDO M.^a Luisa, MOREIRAS PIASTRELINI Paula Cristina, SOLER SANCHÍS M.^a Isabel, BASCONES ALVIRA M.^a Luisa

Introducción: La Linfangiectasia conjuntival es una entidad clínica poco frecuente en la que se produce la dilatación de los canales linfáticos de la conjuntiva bulbar como un fenómeno secundario a una obstrucción distal, que puede ser inflamatoria o neoplásica, localizada o generalizada. Presentamos el caso de una paciente en la que aparece asociada al uso de lentillas.

Caso clínico: Mujer de 26 años asintomática, portadora de lentes de contacto de hidrogel de silicona, que acude a urgencias tras notarse unas lesiones que define como «ampollosas» en la conjuntiva temporal del ojo izquierdo al colocarse las lentillas. La agudeza visual era de 20/20 en ambos ojos. La biomicroscopía con lámpara de hendidura reveló una red de cordones engrosados transparentes localizados en la conjuntiva bulbar temporal del ojo izquierdo, con la clásica apariencia de «cadena de perlas». Se realiza una historia clínica detallada para descartar otras patologías que producen lesiones de similares características. Durante el seguimiento de 6 meses, la paciente ha permanecido asintomática tras haber reducido el uso de lentes de contacto.

Conclusiones: La paciente padece una forma localizada de linfangiectasia asociada al traumatismo del borde de la lentilla. En nuestra experiencia el uso de pruebas invasivas no se justifica para realizar el diagnóstico en los casos en que se pueda identificar una causa local de obstrucción linfática mediante una historia clínica completa y siempre que la respuesta al tratamiento sea satisfactoria.

CP155

ESCLEROQUERATITIS POR ACANTHAMOEBA EN PACIENTE CON QUERATOPLASTIA PENETRANTE TERAPÉUTICA POR QUERATITIS AMEBIANA REFRACTARIA

PÉREZ SARRIEGUI Ane, ARNALICH MONTIEL Francisco, CASADO ROJO Alfonso

Introducción: El 14% de los casos de queratitis por Acanthamoeba presentan escleritis asociada.

Caso clínico: Varón de 56 años, portador de lentes de contacto, que presenta una úlcera corneal con infiltrado estromal en anillo en su ojo derecho de 3 meses de evolución, que no responde a tratamientos habituales. Se confirma el diagnóstico de queratitis por Acanthamoeba mediante PCR de raspado corneal. Tras perforación corneal se realiza queratoplastia penetrante y crioterapia en los márgenes del receptor. 5 días después de la queratoplastia penetrante y ante la sospecha de endoftalmitis se instaura tratamiento antibiótico intravítreo y en cámara anterior, obteniéndose muestra de humor acuso que confirma la presencia de amebas. 9 meses postqueratoplastia el paciente presenta una escleritis anterior sectorial superior que progresa a escleritis nodular necrotizante asociada a un infiltrado en el anillo receptor corneal. Se realiza biopsia y crioterapia escleral. El cultivo y la PCR resultan positivos para Acanthamoeba. La escleritis se resolvió pero existió más tarde un rebrote del infiltrado del anillo corneal del receptor y de la unión botón donante-receptor. Se realiza una nueva queratoplastia penetrante de 10 mm, y a los 5 meses de la segunda queratoplastia el cuadro no ha recidivado.

Conclusiones: Se desconoce si la escleritis asociada a queratitis por Acanthamoeba tiene un origen infeccioso o inmunológico, aunque la confirmación en nuestro caso de amebas en esclera e infección de la cámara anterior por el agente apoyaría el mecanismo infeccioso. En nuestra experiencia, el tratamiento oral y tópico no fue capaz de prevenir o tratar la invasión escleral. La crioterapia logró controlar la escleritis, aunque no la queratitis. Por lo tanto, los casos de escleroqueratitis por Acanthamoeba refractarios a tratamiento convencional, deberán ser tratados con queratoplastia de gran diámetro, acompañada de crioterapia escleral.

CP156

DESCOMPENSACIÓN Y DEHISCENCIA CORNEAL TRAS CIRUGÍA REFRACTIVA

PIZARRO THOMPSON Pablo, SATUÉ PALACIÁN Maria, SÁNCHEZ PÉREZ Antonio, PÉREZ ROCHE Teresa

Introducción: Presentamos el caso de un paciente intervenido de LASIK (Laser-Assisted in Situ Keratomileusis) en el que posteriores cirugías de segmento anterior provocaron un edema corneal irreversible y una dehiscencia del flap debido a una patología endotelial de base no diagnosticada.

Caso clínico: Varón de 59 años remitido por edema corneal persistente en ojo derecho (OD) de 6 meses de evolución. Presentaba antecedentes de miopía de -3.50 dioptrías en ambos ojos (AO) hacía 10 años mediante LASIK sin complicaciones hasta la fecha, 6 meses atrás fue operado de catarata en el OD mediante facoemulsificación y colocación de lente intraocular (LIO), con un error en el cálculo de la lente lo que le llevó a someterse en una segunda intervención a un recambio de LIO en OD, con posterior edema corneal estromal y fluctuaciones en la agudeza visual (AV) del OD. En la exploración en el OD presentaba un edema corneal estromal con dehiscencia del flap del LASIK. En el ojo contralateral podían observarse numerosas guttas con un endotelio en aspecto de «metal batido» y depósitos de pigmento centrales. El paciente fue diagnosticado de distrofia endotelial de Fuchs con descompensación corneal secundaria a cirugía de segmento anterior en OD, posteriormente fue sometido a queratoplastia penetrante de OD, la cual transcurrió sin complicaciones. Actualmente el paciente acude a los controles postoperatorios con una evolución favorable.

Conclusiones: La distrofia endotelial de Fuchs es una enfermedad que deriva de la degeneración de las células endoteliales corneales. La cirugía del segmento anterior puede acelerar en estos pacientes la pérdida de células endoteliales. Una baja densidad de células endoteliales deberían considerarse «de riesgo» a la hora de realizar este tipo de intervención. Con este caso queremos destacar la importancia de una buena exploración y anamnesis del paciente a la hora de considerar cualquier cirugía ocular.

CP157

SÍNDROME DE LÍQUIDO EN LA INTERFASE POST-LASIK TARDÍO COMO MANIFESTACIÓN DE DESCOMPENSACIÓN ENDOTELIAL

RUIZ AIMITUMA Fredy, CORREDERA SALINERO Esther, ARIÑO GUTIÉRREZ Mayte, ALEJANDRE ALBA Nicolás, PUY GALLEGOS Pilar, SAN ROMÁN LLORÉNS José Javier

Introducción: El síndrome de líquido en la interfase post-LASIK es una rara complicación que consiste en acúmulo de líquido bajo el flap de LASIK descrito en relación a uveítis, descompensación de células endoteliales y sobre todo secundario a un aumento de la presión intraocular inducida por esteroides entre las 2 semanas a 6 meses post-LASIK.

Caso clínico: Se trata de un varón de 53 años intervenido de LASIK miópico en ambos ojos hace 8 años. Se le interviene en ojo izquierdo (OI) de vitrectomía 23G por desprendimiento de retina, facoemulsificación con desinserción zonular con afaquia y nueva vitrectomía 23G para retirada de restos de perfluorocarbono. A los 10 meses se realiza otra vitrectomía para pelado de membrana epirretiniana con implante de lente suturada a sulcus en el mismo ojo. En la revisión posterior, se aprecia un acúmulo de líquido en la interfase de ojo izquierdo, (medido por OCT, OD 490 OI 820 con visualización de líquido intracorneal), con presiones intraoculares normales (medida mediante tono digital y comparando con el ojo adelfo, dada la disociación que por este síndrome se presenta entre la tomada con Perkins o Goldman y la real). Ante la nula mejoría del cuadro con tratamiento hipotensor, se realiza transplante endotelial DSAEK con resolución del cuadro.

Conclusiones: El presente caso es un síndrome infrecuente, además de su manifestación tardía, en un post-operado de LASIK. El seguimiento con OCT, la nula mejoría con tratamiento médico y la resolución tras el transplante indican como etiología probable un cuadro de descompensación endotelial que se manifiesta con este síndrome en lugar de hacerlo como una queratopatía bullosa.

CP158

NÓDULO SUBCONJUNTIVAL COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE FASCITIS NODULAR

SANTALLA CASTRO Carla, COSTALES ÁLVAREZ Carmen, PARRA RODRÍGUEZ Tomás,
BAAMONDE ARBAIZA Begoña, MACÍAS FRANCO Sandra

Introducción: La fascitis nodular es un tumor benigno de crecimiento rápido que afecta al tejido celular subcutáneo, músculo y fascia. Habitualmente aparece en torno a la tercera o cuarta décadas de la vida, y su etiología es desconocida, aunque han sido descritos un pequeño porcentaje de casos secundarios a traumatismos previos. Característicamente crece en fascia subcutánea de brazos y tronco pudiendo alcanzar 2-3 centímetros de diámetro en pocas semanas. La localización ocular y en macizo orbitario es excepcional.

Caso clínico: Mujer de 43 años que acude a Urgencias por tumoración en OD de rápido crecimiento el último mes. No antecedentes médicos de interés, no traumatismos ni cirugía ocular previa. No dolor ni pérdida de agudeza visual. A la exploración presenta un nódulo grande inflamado bajo conjuntiva nasal próximo a la inserción del recto medio. Móvil, profundo y algo doloroso a la movilización. Test de fenilefrina negativo. Presión intraocular y fondo de ojo normales. Se prueban diversas alternativas terapéuticas como AINES tópicos y orales y corticoides tópicos sin mejoría, por lo que se solicitan analítica básica, VSG, ECA, ANCAS, serologías de Borrellia y sífilis y radiografía de órbita para descartar granuloma por cuerpo extraño. Todas las pruebas complementarias resultan negativas por lo que se programa para cirugía y biopsia escisional, siendo el diagnóstico histológico e inmunohistoquímico compatible con fascitis nodular.

Conclusiones: La fascitis nodular es una lesión aparentemente benigna y autolimitada en la que no se ha documentado riesgo de extensión local o metástasis. Sin embargo, sus características como tendencia a la infiltración de los tejidos subyacentes, cuadro histológico de rápida proliferación y rápido crecimiento de la tumoración observado clínicamente hacen que debemos plantearnos diagnóstico diferencial con numerosas entidades como fibrosarcoma, mixoma, neurofibroma o neurilemoma. El tratamiento de elección es la escisión simple.

CP159

FIBROSIS DE CÁMARA ANTERIOR TRAS QUERATOPLASTIA

D'ANNA MARDERO Oriana, MEDIERO CLEMENTE Soraya, BOTO DE LOS BUEIS Ana, RUIZ BRAVO Elena, CIAD BETEGÓN M.^a del Pino, ARMADÁ MARESCA Félix

Introducción: La formación de membranas retrocorneales puede ocurrir tras cirugía ocular por invasión epitelial, fibroblástica o metaplasia fibrosa del endotelio corneal, la cual se considera una vía de regeneración aberrante del mismo.

Caso clínico: Mujer de 82 años con mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0,25, con distrofia de Fuchs en ojo derecho (OD) tratada con DSAEK y facoemulsificación. En el postoperatorio precoz presentó bloqueo pupilar y adherencia iridoendotelial seguidas de hipotonía, pseudocámara y dislocación del lentículo. No mejoró tras reinyección de aire en cámara anterior (CA), requiriendo queratoplastia penetrante (QP) con liberación de sinequias. En el primer mes de seguimiento, se apreció estrechamiento progresivo del ángulo y aparición de membrana de fibrosis sobre la lente intraocular (LIO) tratada con láser Nd-YAG. A los 6 meses se reprodujo la membrana y la PIO aumentó a 38 mmHg, respondiendo a tratamiento médico antiglaucomatoso. Un año después refería dolor y fotofobia, apreciando desplazamiento anterior iridolental y despigmentación de iris. La PIO se elevó a 43 mmHg. Se extirparon las membranas fibróticas que tapizaban ángulo, iris y LIO con extracción de LIO, iridectomía superior y vitrectomía posterior. La anatomía patológica reveló fibrosis acelular. Se pautaron dexametasona y brimonidina-timolol tópicos. Un mes después estaba asintomática, MAVC de 0,16, sin edema corneal, sinequia irido-endotelial 270° y PIO 23 mmHg.

Conclusiones: Este caso muestra el desarrollo de fibrosis en CA con cierre angular secundario tras DSAEK y QP con evolución satisfactoria tras extirpación quirúrgica de membranas fibróticas y de la LIO. Aunque esta complicación es excepcional, se ha determinado que la aposición iridocorneal y la necesidad de reposicionar el lentículo en trasplantes endoteliales son factores predisponentes a la misma. Se ha descrito un único caso de fibrosis de CA tras trasplante endotelial, el cual mejoró con corticoides tópicos.

CP160

QUERATOCONO ASOCIADO A SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN. REPORTE DE UN NUEVO CASO

MEDIERO CLEMENTE Soraya, D'ANNA MARDERO Oriana, BOTO DE LOS BUEIS Ana, NOVAL MARTÍN Susana, GARCÍA-MIÑÁUR RICA Sixto, ARMADÁ MARESCA Félix

Introducción: El síndrome de Williams-Beuren (SWB) es un desorden multisistémico debido a una deleción en el cromosoma 7q11.23, que incluye el gen de la elastina (ELN) y tiene una prevalencia de 1:7500. Los hallazgos oftalmológicos incluyen estrabismo, hipermetropía, patrón estrellado e hipoplasia estromal del iris, tortuosidad vascular retiniana, hipoplasia del disco óptico, incremento de la excavación papilar (E/P), ptosis palpebral, catarata congénita y fenómeno de Marcus-Gunn. Sólo se han descrito 3 casos de queratocono asociado a SWB.

Caso clínico: Varón de 23 años diagnosticado de SWB con deleción de cromosoma 7q11.23 que consultó hace 3 años por disminución de agudeza visual (AV) de 2 años de evolución. En la exploración inicial presentaba AV sin corrección en ojo derecho (OD) de 1 y en ojo izquierdo (OI) de 0.05 que mejoraba con graduación (AVMC) a 0.33. Autorrefracción en OD -1,25 -2 a 67° y en OI -9,25 -13 a 154°. La biomicroscopía en OD no presentaba alteraciones, mientras que en OI se observaba queratocono (QC) central. La presión intraocular era de 12 mmHg en OD y de 8 mmHg en OI, con paquimetría de 433 μ m en OD y 345 μ m en OI. En el fondo de ojo (FO) se evidenció megalopapila en OD (2,72mm) con E/P de 0,8 y tortuosidad vascular y E/P de 0,4 en OI, sin otros hallazgos de interés. El estudio topográfico confirmó el diagnóstico de QC en OI. Se realizó crosslinking transepitelial en OI, con estabilidad topográfica y paquimétrica hasta el momento actual.

Conclusiones: La asociación de QC y SWB es excepcional. Hipótesis sugieren que la anomalía de la elastina característica de este síndrome puede estar involucrada en la patogénesis del QC. Aunque se ha descrito aumento de la E/P en un 6,2%, para nuestro conocimiento este es el primer caso de megalopapila asociado a SWB. Es de gran importancia la exploración del fondo de ojo en el SWB. Se requieren estudios para determinar si se trata de un hallazgo casual o existe asociación entre las dos patologías.

CP161

NEURORRETINITIS Y VASCULITIS COMO SÍNDROME MASCARADA POR RESTOS DECIDUALES TRAS INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

AZNÁREZ LOPEZ M.^a de Nuria, TENA SEMPERE M.^a Eugenia

Introducción: Los síndromes mascarada son entidades que cursan con inflamación peri/intraocular de etiología desconocida, carentes de relación con formas inmunitarias de uveítis. Las vasculitis retinianas sin manifestaciones sistémicas constituyen el 3,4% de las uveítis, siendo el síndrome mascarada responsable en un 8%. Presentamos un caso de neurorretinitis y vasculitis bilateral en el contexto de una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) incompleta. En la literatura solo hay descritos dos casos similares.

Caso clínico: Mujer de 27 años que acude por moscas volantes bilaterales y dificultad visual. Refiere IVE 25 días antes, metrorragias leves desde entonces. A la exploración: agudeza visual 0.8 y 0.63, biomicroscopía sin hallazgos, tyndall vítreo denso, edema de papila bilateral, vasculitis y focos de retinitis, que se confirman con angiografía. Se inicia tratamiento corticoideo oral, se solicita perfil analítico de uveítis e interconsulta con medicina interna que descarta afectación sistémica. Tras 8 días de tratamiento continúa la sintomatología con mínimos cambios en el de fondo de ojo. Se solicita interconsulta a ginecología, mediante eco transvaginal diagnostican restos deciduales, programando legrado, que se realiza 3 días más tarde urgente por sangrado masivo. A los 5 días normalización subjetiva, agudeza visual 1 en ambos ojos y exploración con papilas de bordes levantados sin otros hallazgos. Se inicia descenso de corticoides sin recidivas.

Conclusiones: Las neoplasias, la retinitis pigmentaria, el síndrome ocular isquémico, el síndrome de dispersión pigmentaria y el desprendimiento de retina crónico son las causas más habituales de síndrome mascarada, pero cualquier etiología es compatible con el enmascaramiento por lo que no debemos descartar ninguna posibilidad por improbable que parezca. En el manejo de la uveítis idiopática siempre hay que tener presente este síndrome, especialmente en casos con mala respuesta al tratamiento.

CP162

BORRELIOSIS OCULAR Y SU EVOLUCIÓN NATURAL

CAÑIZARES BAOS Belén, PIÑERO SÁNCHEZ Álvaro, PASTOR BERNIER Juan Carlos, RUIZ SÁNCHEZ Marcos, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ Mercedes

Introducción: La Borreliosis Ocular es una rara causa de Uveítis Infecciosa y no está justificado realizar sistemáticamente serología a *Borrelia* en el estudio etiológico inicial del paciente con uveítis. Por otro lado, un retraso en el diagnóstico y tratamiento de esta entidad puede ocasionar un daño irreversible ocular, tanto a nivel funcional como estructural. Presentamos un caso de Uveítis con serología positiva a *Borrelia burgdorferi* que reúne estas características.

Caso clínico: Mujer de 19 años que debuta con Uveítis Intermedia Bilateral en 2011. La agudeza visual (AV) era de 0,2 en ojo derecho (OD) y 1 en ojo izquierdo (OI). La evaluación sistémica inicial y las pruebas complementarias realizadas fueron normales o negativas, no encontrándose enfermedad sistémica asociada. Se indica tratamiento con Prednisona oral (1mg/kg/día). Por la mala respuesta al tratamiento corticoideo y el antecedente de contacto con animales y picaduras múltiples, solicitamos serología a *Rickettsia*, *Coxiella* y *Borrelia*. La paciente rechaza nuevas extracciones sanguíneas y abandona el seguimiento. En 2013 reaparece con un cuadro de Uveítis Anterior Crónica Bilateral Granulomatosa complicada con glaucoma secundario y catarata y una serología positiva a *Borrelia Burgdorferi*. La AV era movimiento de manos en OD y cuenta dedos en OI. El tratamiento con Ceftriaxona sistémica resolvió la inflamación activa. Las complicaciones, como el glaucoma y la catarata, precisaron tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: La evolución natural de nuestra paciente confirma que el retraso en el diagnóstico y tratamiento de las Uveítis Infecciosas podría ocasionar graves complicaciones oculares. Se precisan más estudios para definir criterios diagnósticos de Borreliosis Ocular. Estos casos se benefician de un correcto tratamiento antibiótico a tiempo.

CP163

VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE NEUROSÍFILIS EN PACIENTE CON SIDA

CHINCHURRETA CAPOTE Ana M.^a, GONZÁLEZ ESCOBAR Ana Belén

Introducción: La uveítis es la manifestación oftalmológica mas frecuente de la sífilis y se puede presentar en cualquier fase. La sífilis a su vez presenta amplias manifestaciones dérmicas, según estadio, sobre todo el chancro y la roseola. La vasculitis leucocitoclástica (LCV) es una vasculitis necrotizante de las vénulas postcapilares, la cual es una expresión histopatológica de varias enfermedades tales como la púrpura de Schönlein, la crioglobulinemia o hipersensibilidad a drogas. Su asociación con la sífilis es extremadamente rara. Exponemos un paciente con SIDA, que desarrolla una LCV como primer síntoma de su uveítis y neurosífilis. Presenta además fenómeno prozona.

Caso clínico: Paciente de 59 años con infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana) en estadio A2. Acude por erupción en forma de mácula purpúrica en ambos pies de 2 meses de evolución y pérdida visual en su OI (ojo izquierdo). La agudeza visual del OI era de cuenta dedos y presentaba panuveítis. Se confirmó afectación neurológica y la serología para sífilis fue negativa por el fenómeno prozona. Se necesitó biopsia cutánea, la cual reveló LCV evolucionada, infiltrado leucocitario perivascular en dermis superficial con algunos neutrófilos y leucocitoclasia focales. El paciente se trató satisfactoriamente de forma tópica ocular y penicilina intravenosa.

Conclusiones: Existe una amplia gama de lesiones dérmicas en la sífilis, mayormente en pacientes con SIDA, que debemos conocer para un rápido diagnóstico y tratamiento; sobre todo si son la primera manifestación del cuadro sífilítico. En nuestro paciente, la LCV es la manifestación inicial de la enfermedad luética, coexistiendo con el fenómeno prozona (2% de los casos) y desarrollando cuadro uveítico y neurológico. Muy pocos casos hay descritos en la literatura con ésta lesión dérmica.

CP164

HEMOVÍTREO ESPONTÁNEO EN PACIENTE PEDIÁTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

ESPINOZA LAVALLE César, ZABALZA AGUIRREZABALA Iratxe, CALANDRIA AMIGUETI José M.^a

Introducción: El hemovítreo en pacientes pediátricos puede ser secundario a traumatismos o espontáneo. Este último agrupa enfermedades como la Retinopatía del prematuro, patologías con capacidad de amenazar la vida del paciente, como el Retinoblastoma y cuadros idiopáticos, como la Pars planitis.

Caso clínico: Paciente mujer de 11 años sin antecedentes personales de interés, que refiere miodesopsias en ojo derecho (OD) seguido de disminución de la visión, sin dolor ocular asociado y sin antecedente traumático. A la exploración una agudeza visual mejor corregida (AVMC) <1/12 en OD y 2/3 (escala fraccional) en ojo izquierdo (OI). A la biomicroscopía Tyndall + en OD y la presión intraocular dentro de valores normales. En la fundoscopia del OD, hemorragia vítrea densa y en OI turbidez vítrea. Ecografía ocular del OD sin hallazgos significativos, por lo que se decide observación. A la semana siguiente, igual visión, y similares hallazgos en fondo de ojo derecho, y en el izquierdo aparecen agregados inflamatorios inferiores. Se solicitaron una batería de exámenes auxiliares para descartar causas infecciosas y autoinmunes, así como enfermedades hematológicas subyacentes sin resultados positivos. Se realizó una Vitrectomía pars plana en ojo derecho, observando un banco de ni eve inferior y signos de periflebitis retiniana periférica por lo que se aplica endolaser y crioterapia. Al día siguiente, AVMC en OD fue de 1 y en el fondo de ojo una cámara vítrea sin opacidades, y en OI persistían similares hallazgos. El diagnóstico final fue el de una Pars Planitis.

Conclusiones: El hemovítreo espontánea en niños es una condición poco común que requiere un estudio detallado oftalmológico y sistémico. Resulta de mayor repercusión una actuación pronta para evitar el desarrollo de ambliopía. Siempre es importante la exploración de ambos ojos, como ayuda al diagnóstico y para evitar el compromiso bilateral, como en nuestro caso.

CP165

UVEÍTIS ANTERIOR RECURRENTE ASOCIADA A EPISODIOS DE FARINGOAMIGDALITIS Y OTITIS MEDIA AGUDA ESTREPTOCÓCICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

MARTÍN GARCÍA Elisabet, BARREDA GAGO David, CAMARGO VILLA Laura, JUAN MARCOS Lourdes de, BELTRÁN MAZO Ángel, FRANCO SUÁREZ-BÁRCENA Inés

Introducción: La uveítis postestreptocócica afecta preferentemente a menores de 40 años (más de la mitad de los casos a menores de 15) y se considera producida por un mecanismo inmunológico. La afectación suele ser bilateral y consiste en una uveítis anterior de carácter no granulomatoso, afectándose en un tercio de los casos el polo posterior. - Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 6 años con antecedentes de otitis media aguda (OMA) que acude a Urgencias con un cuadro de ojo rojo, dolor y disminución de agudeza visual. En el examen se objetiva un cuadro compatible con una uveítis anterior aguda (UAA). El fondo de ojo se observa una papilitis bilateral. Se decide valoración por el Servicio de Pediatría el cual objetiva un cuadro de faringoamigdalitis y otitis media aguda con elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG), la Proteína C Reactiva (PCR) y de los títulos de antiestreptolisinas O (ASLO). El resto de la exploración pediátrica carecía de hallazgos de interés. Meses después acude por un nuevo episodio de OMA. En ese momento, no se observan signos de inflamación ocular. A los 15 días, el paciente acude de nuevo por Urgencias con un nuevo cuadro de UAA. Dados los antecedentes, ante la posible asociación etiológica se decide tratamiento basado en amigdalectomía, adenoidectomía y la colocación de drenajes transtimpánicos bilaterales (DTT). Tras recibir dicho tratamiento el paciente no ha manifestado un nuevo episodio hasta la fecha, resolviéndose el cuadro de forma satisfactoria.

Conclusiones: La uveítis postestreptocócica constituye una entidad infradiagnosticada en nuestro medio debido a que el cuadro faringoamigdalar precede en semanas o meses al inicio de los síntomas oculares y el paciente no suele referir este antecedente.

CP166

TRABECULITIS CRÓNICA BILATERAL

MARTÍNEZ M.^a Julia, RUBIO ÁLVAREZ Noelia, DÍAZ GARCÍA Rosa Soledad, VLEMING PINILLA Eduardo, GUTIÉRREZ ORTIZ Consuelo

Introducción: La trabeculitis es la inflamación de la malla trabecular con bloqueo del drenaje del humor acuoso por células inflamatorias que puede en ocasiones dar lugar a glaucoma por cicatrización del trabeculum.

Caso clínico: Varón de 59 años de origen rumano que acudió a urgencias en Septiembre de 2010 por ojo rojo y dolor OD. Tyndall +. PIO: OD 40 mmHg. AV: OD: 0.8 y OI: 0.9. Se diagnóstica de Síndrome de Posner Schlossman, se pautaron corticoides e hipotensores tópicos y fue remitido a consultas de Uvea. En consultas, sin tratamiento, se objetiva PIO 38 mmHg y Tyndall -. Se pidió Rx de tórax, Mantoux, analítica y serología. Se solicitó interconsulta con el servicio de Reumatología. No refiere antecedentes personales de interés.

Resultados: Mantoux efecto booster +. Rx de tórax: Compatible con TBC por lo que es remitido a neumonología donde fue diagnosticado de TBC residual con muestras de esputo -. Las pruebas serológicas resultaron negativas. Las exploraciones neurológica, cardiovascular y reumatología fueron normales. Se pautó Cemidon 300 B6. En seguimiento con tratamiento hipotensor la PIO fluctuaba entre 4 y 30 mmHg sin relación con tratamiento hipotensor, corticoideo o inflamación ocular. En la exploración del ángulo iridocorneal se objetivan sinequias en ángulo iridocristalino de AO, mayor en OD. Ángulo cerrado 360° OD y 180° OI. Se remite a la sección de Glaucoma para implante de válvula de Ahmed OD + FACO + LIO. Se toma muestra de humor acuoso para búsqueda de VHS, CMV y toxoplasma resultando todos -. Post cirugía se objetiva PIO de 21 mmHg OD aunque comienza a aumentar la del OI respondiendo bien al tratamiento hipotensor tópico y corticoideo profiláctico. Paciente estable hasta Febrero 2013 cuando desarrolla catarata corticoidea OI que requirió de FACO + LIO con buen resultado anatómico y funcional. En Octubre 2013 se observa descompensación corneal OD con válvula in situ y recuento endotelial de 799 OD y 1126 OI por lo que se decide retirar válvula de Ahmed OD y sustituirla por express así como análisis de humor acuoso para detección de TBC.

Conclusiones: En los casos de uveítis anterior hipertensivas es crucial la exploración del ángulo iridocorneal para valorar la presencia de sinequias. En uveítis con colocación de válvulas de Ahmed es importante realizar recuento endotelial.

CP167

SÍNDROME DE NECROSIS RETINIANA AGUDA CON BUENA RESPUESTA A TRATAMIENTO CON FAMCICLOVIR ORAL

NOVA FERNÁNDEZ-YÁÑEZ Luis, IZQUIERDO MILLÁN Isabel, PLATAS MORENO Irene, BENANCIO JARAMILLO Gisela

Introducción: El síndrome de necrosis retiniana aguda (SNRA) es una retinopatía necrotizante poco frecuente causada por los virus del grupo herpes. Afecta a personas inmunocompetentes y tiene una evolución rápida y destructiva, de ahí su importancia diagnóstica.

Caso clínico: Paciente que acudió por pérdida de agudeza visual (AV) en el ojo derecho (OD) de tres días de evolución. Como antecedentes personales refirió narcolepsia en tratamiento con metilfenidato. En la exploración, su AV OD fue de 0.8; en la biomicroscopia presenta hiperemia mixta, precipitados retroqueráticos finos difusos y Tyndall en cámara anterior (++) . En el fondo de ojo se objetivó vitritis (+), una papila sobreelevada e hiperémica y vasculitis periférica asociada a placas blanquecinas de bordes bien definidos. Se instauró tratamiento con colirios de prednisolona, ciclopléjico y dexametasona pomada oftálmica y se realizó el protocolo habitual de pruebas para descartar enfermedades asociadas a uveítis. A las 72 horas la AV era de 0.7, la vasculitis empeoró y las placas periféricas aumentaron de tamaño, por lo que se instauró tratamiento con prednisona oral 1 mg/kg/día. Dos días después, el paciente presentó AV de 0.5, con persistencia de papilitis, y aumento del tamaño de las placas. Tras la sospecha de SNRA se instauró tratamiento con Famciclovir oral 500mg/8horas y pauta descendente de corticoide oral. Una semana después, la AV era de 0.7-0.8, presentando Tyndall anterior (+), placas periféricas y vasculitis de aspecto estable. El antivírico se ha mantenido 4 meses en ausencia de bilateralización, presentando una AV de 1, sin Tyndall, vitritis u otros signos de inflamación.

Conclusiones: El tratamiento con famciclovir oral puede ser una buena alternativa terapéutica al aciclovir intravenoso, evitando así su ingreso y sus posibles complicaciones.

CP168

UVEÍTIS Y TERAPIA MOLECULAR EN METÁSTASIS DE MELANOMA

PASTOR GRAU Ana, FERNÁNDEZ CANILLAS Joaquín, SANTAMARÍA SOLBES M.^a del Mar

Introducción: Las terapias moleculares dirigidas son más específicas y presentan menos efectos secundarios tóxicos que muchos agentes quimioterápicos tradicionales empleados en el tratamiento del cáncer. Sin embargo pueden asociarse a una gran variedad de efectos adversos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente en tratamiento con Dabrafenib y Trametinib, inhibidores de la vía de la proteína quinasa mitógeno activada (MAP-quinasa), por melanoma cutáneo metastásico, que desarrolló una uveítis bilateral.

Conclusiones: Aunque han sido descritos efectos adversos a nivel ocular con este tipo de fármacos, sólo hemos encontrado un caso de uveítis descrito en la literatura. Este caso indica la gran variedad de efectos secundarios que pueden producirse con las terapias biológicas más recientes.

CP169

UVEÍTIS TUBERCULOSA: UN RETO OFTALMOLÓGICO. REVISIÓN DIAGNÓSTICA A PROPÓSITO DE UN CASO

PÉREZ BARTOLOMÉ Francisco, BERROZPE VILLABONA Clara, BAÑEROS ROJAS Paula, DÍAZ VALLE David

Introducción: La tuberculosis (TBC) ocular supone un problema clínico complejo, ya que presenta un amplio espectro de manifestaciones y el diagnóstico definitivo es complicado por la dificultad y el riesgo de obtención de muestras intraoculares, así como por la baja rentabilidad de sus estudios. La TBC puede afectar a cualquier segmento ocular, siendo la coroides la estructura más afectada. La patogenia de la enfermedad se debe bien a una diseminación hematógena a partir de un foco pulmonar o la reactivación de lesiones quiescentes, bien a fenómenos de hipersensibilidad a antígenos de la micobacteria. Las dos formas de llegar al diagnóstico son demostrar la presencia del bacilo dentro del ojo o confirmar una TBC sistémica, aunque su ausencia no descarte una TBC ocular.

Caso clínico: Varón español de 31 años que refirió visión borrosa en ambos ojos (AO) de dos días de evolución. No presentaba antecedentes oftalmológicos ni clínica sistémica. En la exploración se evidenció una agudeza visual de 1 en AO, Tyndall 2+ en AO, con periflebitis bilateral en el fondo de ojo. La angiografía con fluoresceína objetivó isquemia retiniana. La radiografía de tórax fue normal. La prueba de Mantoux fue positiva con una induración de 22 mm. Las baciloscopias en esputo y en orina fueron negativas. El tratamiento con Isoniazida, Pirazinamida, Rifampicina, asociados a corticoterapia oral, consiguió la estabilización de las lesiones. Empero, en el ojo izquierdo aparecieron penachos neovasculares que obligaron a vitrectomía con endoláser.

Conclusiones: El diagnóstico de TBC ocular es un diagnóstico de exclusión. Ante un cuadro clínico compatible (uveítis anterior granulomatosa, vasculitis retiniana, nódulos coroideos, coroiditis serpiginosa-like) y una prueba de la tuberculina positiva debemos considerar el diagnóstico, aunque haya un resultado negativo en las pruebas microbiológicas directas. La poliquimioterapia antituberculosa suele ser eficaz. Los corticoides limitan el daño estructural.

CP170 - CANCELADO

CP171

UVEÍTIS ANTERIOR SECUNDARIA A TRATAMIENTO SISTÉMICO CON ÁCIDO VALPROICO
RICO SERGADO Laura, CARRIÓN CAMPO Raquel, SALDAÑA GARRIDO Juan David, PÉREZ CANALES José Luis

Introducción: El síndrome de hipersensibilidad a anticonvulsionantes (SHA) consiste en una reacción adversa medicamentosa caracterizada por la triada clásica de fiebre, rash cutáneo y afectación sistémica, habiendo sido descritos casos de uveítis anterior.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 39 años de edad que acude a urgencias por dolor y visión borrosa en ojo derecho de 1 mes de evolución. En la exploración oftalmológica se objetiva una agudeza visual de 0.7, tyndall de 20 – 25 cel/mm², edema corneal con pliegues en Des-cemet y depósitos retroqueráticos con buena respuesta a dexametasona tópica. Al inicio del cuadro presentó fiebre y lesiones cutáneas pruriginosas con mejoría tras tratamiento corticoideo sistémico. La paciente refería viaje a Malasia un mes antes del inicio de los síntomas y reinicio del tratamiento con ácido valproico para epilepsia a su regreso. Ante el estudio sistémico negativo y la recurrencia del cuadro al disminuir los corticoides, se decidió suspender el tratamiento con ácido valproico. El cuadro remitió y tras 12 meses de seguimiento no ha vuelto a presentar recidivas.

Conclusiones: El SHA carece de criterios diagnósticos establecidos siendo característica la triada de fiebre, exantema y afectación sistémica. A pesar de asociarse con mayor frecuencia a anticonvulsionantes de tipo aromático, existen casos de SHA tras el tratamiento con ácido valproico. En nuestro caso, la sospecha se basó en la exposición reciente al fármaco, la resolución inmediata tras su retirada y la ausencia de pruebas diagnósticas que sugiriesen otro origen.

CP172

TOXOPLASMOSIS RETINIANA PUNTATA EXTERNA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

RÍO ZEGARRA Rodrigo del, FONOLLOSA CALDUCH Álex, SILVA RIBEIRO Ana Raquel da

Introducción: La toxoplasmosis retiniana puntata externa (PORT syndrome) es un subtipo de esta enfermedad caracterizada por lesiones multifocales en las capas profundas de la retina y epitelio pigmentario, a nivel del polo posterior sin lesiones en la periferia de la retina que puede ir asociadas o no a vitritis. El diagnóstico precoz es fundamental en el manejo de esta patología.

Caso clínico: Varón de 36 años de edad, VIH positivo (CD4 de 361), quien consulta por disminución de la agudeza visual en el ojo derecho: agudeza visual (AVL), 0.1. La exploración de fondo de ojo mostró lesiones puntiforme multifocales en el polo posterior sin evidenciarse lesiones en retina periférica. Además se evidencia la presencia de vitritis leve. Se realizaron tomografía de coherencia óptica, retinografía y autofluorescencia. El diagnóstico diferencial se estableció con: coriorretinitis sífilítica pseudoplacóide y necrosis retiana por herpes virus (síndrome de PORN). La PCR de humor acuoso para toxoplasmosis y herpes virus fue negativa. Se pautó el tratamiento con sulfadiazina 4 gr, pirimetamina 50 mg y ácido fólico asociándose posteriormente corticoides orales (prednisona 50 mg). Tras dos semanas de haber iniciado el tratamiento se evidenció la mejoría signos clínicos pero sin mostrarse recuperación de la AVL por las secuelas a nivel macular.

Conclusiones: 1) El diagnóstico diferencial de las maculopatías inflamatorio en pacientes con VIH deben incluir: síndrome de PORT, PORN y la coriorretinitis sífilítica pseudo-placóide. 2) El diagnóstico precoz es fundamental para establecer el tratamiento adecuado y prevenir secuelas visuales irreversibles.

CP173

AFECTACIÓN RETINIANA EN PACIENTE CON LINFOMA DE BURKITT

ROMERA ROMERO Pau, RUIZ BILBAO Susana, CARBONELL PUIG Marc, MOLL UDINA Aina, SABALA LLOPART Antoni

Introducción: El linfoma de Burkitt es un linfoma no hodgkiniano que se origina a partir de los linfocitos B y tiende a invadir áreas externas al sistema linfático así como órganos del abdomen, produciendo un crecimiento rápido de los mismos. Se ha encontrado asociación con el virus del Epstein-Barr.

Caso clínico: Mujer de 54 años que presenta una masa pélvica, diagnosticada de linfoma de Burkitt en el estudio anatomopatológico tras la exeresis quirúrgica. Tratada con pauta quimioterápica de ciclofosfamida, rasburicasa y prednisona. Como complicaciones presenta pneumonitis por Citomegalovirus (CMV) y aplasia medular tóxica persistente. A los 12 meses del diagnóstico acude por disminución de agudeza visual bilateral, 20/40 en ojo derecho (OD) y 20/200 en ojo izquierdo (OI), presentando funduscópicamente cicatrices retinianas periféricas inactivas compatibles con CMV, hemorragias maculares intrarretinianas, membrana macular epirretiniana en ambos ojos (AO) con edema macular quístico persistente que requirió de tratamiento con triamcinolona subtenoniana y varias dosis bevacizumab intravítreo en AO. En el OI fue preciso realizar vitrectomía pars plana por tracción vítreo-macular, con extracción de membrana macular epirretiniana y pelado de la membrana limitante interna. Al año presentaba gran mejoría anatómica en AO, con una agudeza visual de 20/63 en OD y 20/500 en OI, con catarata significativa en OI.

Conclusiones: La inmunosupresión tras dosis altas de quimioterápicos es actualmente una de las causas más frecuentes de retinitis infecciosa en nuestro medio, por lo que un estudio oftalmoscópico de forma preventiva se hace cada vez más necesario en este tipo de pacientes.

CP174

TOCILIZUMAB COMO TRATAMIENTO EFECTIVO PARA UN CASO REFRACTARIO DE SÍNDROME DE BIRDSHOT

RUIZ MEDRANO Jorge, DÍAZ VALLE David, CUIÑA SARDIÑA Ricardo, GEGÚNDEZ FERNÁNDEZ José Antonio

Introducción: Presentamos un caso de síndrome de Birdshot refractario al tratamiento habitual y su respuesta a la introducción de tocilizumab. Se trata de una uveítis autoinmune que cursa en brotes y presenta lesiones ovoideas no pigmentadas, edema de papilar y de mácula, y afectación vítrea en ocasiones, encontrando en un 90% de los casos un HLA-A29+.

Caso clínico: Paciente varón de 37 años que acude al servicio de urgencias presentando disminución de agudeza visual (AV), edema de papila y mácula y vitritis bilateral. Tras las pruebas oportunas, descartando patología infecciosa y reumática, se cataloga como uveítis autoinmune. Un HLA-A29+ orienta el diagnóstico hacia el síndrome de Birdshot. El paciente es sometido a tratamiento con esteroides orales y se prosigue la escalada habitual con inmunosupresores (ciclosporina en este caso). La falta de respuesta lleva a la introducción de terapias biológicas, administrándose infliximab. La enfermedad no remite en ningún momento, con continuos rebrotes tras leves etapas de mejoría, surgiendo en el transcurso de la misma complicaciones como el aumento de la presión intraocular que requirió tratamiento y el desarrollo de membranas epirretinianas, con la consecuente pérdida de AV. Basándonos en la más reciente bibliografía se decide introducir tocilizumab al tratamiento, con unos resultados evidentes en poco tiempo, con la remisión de los edemas, la vitritis y la inflamación del paciente y permitiendo reducir así progresivamente las dosis de corticoides que se le administraban.

Conclusiones: El paciente ha permanecido estable durante los últimos meses sin recaídas, mostrando que el tocilizumab puede ser una alternativa efectiva para el tratamiento de los episodios de uveítis anterior y posterior ante casos refractarios al tratamiento habitual.

CP175

DIAGNÓSTICO DE NEUROSÍFILIS SIMULANDO UNA NECROSIS RETINIANA AGUDA

SERRANO PECOS Verónica, TORRADO SIERRA Óscar, SÁNCHEZ APARICIO Fátima

Introducción: En los últimos años se está viendo un repunte en la incidencia de la infección sifilítica, sobre todo en pacientes VIH y varones homosexuales, por lo que no es raro que haya un aumento de los casos de uveítis sifilítica.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 60 años con pérdida progresiva e importante de visión en el ojo derecho tras haber estado en tratamiento corticoideo tópico durante 15 días por una uveítis anterior aguda. La exploración oftalmoscópica mostraba la presencia de una coriorretinitis multifocal con vitritis y zonas de vasculitis haciendo el diagnóstico de presunción de necrosis retiniana aguda de probable etiología herpética, para la cual se inició tratamiento empírico. Los estudios serológicos y el análisis de LCR evidenciaron hallazgos compatibles con una neurosífilis. Se comenzó entonces tratamiento con Penicilina G sódica iv, que llevó a la resolución completa del proceso inflamatorio intraocular, aunque con escasa recuperación de la agudeza visual debido a atrofia macular residual.

Conclusiones: Se discute la importancia del diagnóstico diferencial y la toma en consideración de infección sifilítica ante cualquier caso de inflamación intraocular de dudosa etiología, debido al emergente número de nuevos casos de esta patología en los últimos años.

CP176

CORIORRETINOPATÍA CENTRAL SEROSA Y ASOCIACIÓN CON SÍNDROME DE APNEAS-HIPOAPNEAS DURANTE EL SUEÑO (SAHS): REGRESIÓN PRECOZ TRAS TRATAMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA (CPAP)

ALFÉREZ ASENJO M.^a Luisa, JIMÉNEZ VELÁZQUEZ Juan Antonio, CALZADO HINOJOSA José, ÁNGELES CANO Bartolomé

Introducción: La coriorretinopatía serosa central (CSC) se caracteriza por la aparición de un desprendimiento seroso bien circunscrito de la retina sensorial de la mácula debido a una alteración de las funciones de barrera del epitelio pigmentario de retina (EPR) aunque la alteración primera puede afectar a la coriocapilar. Aunque se considera una enfermedad idiopática, está demostrado que se asocia con mayor prevalencia a sujetos con personalidad tipo A, hiper cortisolismo, estrés, tabaquismo y apnea nocturna, entre otros. Estos hallazgos se relacionan con incremento en los niveles de catecolaminas, pudiendo explicar esto su asociación con SAHS.

Caso clínico: Varón de 40 años, fumador de un paquete diario, pendiente de valoración por unidad del sueño por historia reciente de roncopatía, pausas de apnea y excesiva somnolencia diurna. Acude a urgencias por presentar cuadro metamorfopsias y pérdida de visión en ojo derecho de 48 h de evolución. A la exploración oftalmológica, la agudeza visual fue de 7/10 en ojo derecho y 10/10 en ojo izquierdo. La exploración de fondo de ojo de OD revela un acúmulo de fluido en la zona macular con desprendimiento del neuroepitelio. Se realiza angiografía fluoresceínica (AGF) apreciándose dos puntos de fuga hiperfluorescentes en la fase tardía. También se practica tomografía de coherencia óptica (OCT) que demuestra desprendimiento del neuroepitelio con fluido subretiniano y abultamiento del EPR que coincide con los puntos de fuga confirmándose una coriorretinopatía central serosa (CSC). El paciente es valorado a la semana en Unidad del Sueño donde se le indica tratamiento con presión continua de la vía aérea (CPAP) a 8 cmH₂O con mejoría de su sintomatología respiratoria. Posteriormente en el seguimiento oftalmológico a las 6 semanas el paciente presentó resolución total de la maculopatía con recuperación absoluta de la agudeza visual y desaparición de los hallazgos fundoscópicos.

Conclusiones: La CSC se ha relacionado con enfermedades como el síndrome de Cushing, embarazo, tratamiento con corticosteroides y simpaticomiméticos que en definitiva supone un aumento de base de las catecolaminas. En el SAHS los episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior provocan una liberación de catecolaminas incrementando la actividad simpática. Esto puede explicar la mayor asociación de estas dos patologías además de la resolución precoz de la CCS tras tratamiento con CPAP y por consiguiente la disminución de los niveles séricos de catecolaminas.

CP177

CONVENIENCIA DE LA VITRECTOMÍA POR HEMORRAGIA SUBHIALOIDEA PREMACULAR EN EL CONTEXTO DE SÍNDROME DE TERTSON

ÁLVAREZ FERNÁNDEZ Darío, GALINDO BOCERO Javier, CASTRO NAVARRO Joaquín, GONZÁLEZ CASTAÑO Carmen

Introducción: El síndrome de Terson se define por la asociación de una hemorragia intracraneal y una hemorragia intraocular. La existencia de una hemorragia subhialoidea premacular puede suponer un grave impedimento a la normal función visual y la cirugía puede entonces ser necesaria.

Caso clínico: Varón de 20 años que ingresa en cuidados intensivos por traumatismo craneoencefálico con hematoma subdural y contusiones hemorrágicas frontales en el contexto de intoxicación etílica. Con la mejoría del nivel de conciencia, el paciente aqueja pérdida grave de visión por su ojo izquierdo. Se evidencia una importante hemorragia subhialoidea premacular y se intenta drenaje mediante hialidotomía con láser Nd:Yag sin éxito, por lo que se realiza vitrectomía pars plana 23G con liberación de hialoides y membrana limitante interna, con excelente restauración de la función visual del paciente.

Conclusiones: Aunque la resolución espontánea de pequeños sangrados es posible, la cirugía en caso de hemorragia premacular en el contexto de un síndrome de Terson puede volverse necesaria en caso de severa afectación visual, conduciendo a una pronta y eficaz recuperación, en especial cuando la hialidotomía no es efectiva por el tamaño de la hemorragia o el estado de coagulación de la misma.

CP178

SÍNDROME DE STICKLER

ARBOLEDA HURTADO Johana Catalina, MORA BOTIA Gladys Lorena, CAMPOS GARCÍA Severiano

Introducción: El síndrome de Stickler es una enfermedad de carácter autosómico dominante caracterizado por afectación del tejido conectivo con expresión clínica variable consistente en alteraciones oculares asociadas a un alto riesgo de desprendimiento de retina regmatógeno, anomalías faciales, esqueléticas y auditivas.

Caso clínico: Paciente de 29 años de edad remitida desde la óptica por mala visión en ojo izquierdo (OI). Con antecedentes personales de múltiples patologías osteomusculares (escoliosis dorsolumbar idiopática infantil, pies valgus, degeneración cartilaginosa, hipoplasia de núcleos epifisarios, ensanchamiento metafisario y disminución del tamaño diáfisario. Miopía desde los 12 años 6 dioptrías en OI y 2 dioptrías en ojo derecho (OD). Antecedentes familiares: Madre con escoliosis. Hermano con desprendimiento de retina en OI y Tío materno con displasia poliepifisaria y catarata nuclear de rápida evolución a los 32 años. A la exploración oftalmológica: Agudeza visual (AV) corregida de 1 OD y 0.1 en OI en escala de Wecker. Presión intraocular 10mmhg en OD y 13 mmhg en OI. Sin hallazgos significativos en polo anterior. A la fundoscopia en OI se observa desgarro inferior crónico, línea de demarcación y macula OFF. En OD no se encuentran alteraciones significativas.

Conclusiones: Debemos sospechar este síndrome en neonatos con secuencia Pierre Robin o paladar hendido y miopía, niños con displasia espondiloepifisaria asociada a miopía y sordera, pacientes con historia familiar de desprendimiento de retina y en casos esporádicos de desprendimiento de retina asociado a hiper movilidad articular, alteraciones en paladar o alteraciones auditivas. La valoración oftalmológica en pacientes con alta sospecha es importante para la detección precoz y el establecimiento de medidas profilácticas en pacientes de riesgo ya que las complicaciones oftalmológicas asociadas usualmente son progresivas y pueden terminar en ceguera.

CP179

MACULOPATÍA LUMÍNICA: SERIE DE 3 CASOS

BERASATEGUI FERNÁNDEZ Bárbara, ORIVE BAÑUELOS Ana, FONOLLOSA CALDUCH Álex, MARTÍNEZ ALDAY Nerea

Introducción: Actualización de la etiología, fisiopatogenia, clínica y manejo de las lesiones retinianas accidentales producidas por la luz. Presentación, a través de una extensa iconografía, de 3 casos de lesión retiniana accidental producida por luz.

Caso clínico: El primer caso se trata de una mujer de 24 años que sufrió una lesión retiniana accidental en su OD al manipular un emisor de pulsos de láser Alejandrita utilizado en cosmética. La evolución de su agudeza visual (AV) ha sido desde 20/200 en el momento del diagnóstico a movimiento de manos en su última visita 5 meses después. Al diagnóstico se observó hemorragia intrarretiniana, desprendimiento de la retina neurosensorial, así como lesión retiniana directa. La angiografía (AGF), autofluorescencia (AF), campimetría (CV) y OCT fueron anormales. Actualmente predomina la fibrosis con una importante atrofia de la capa de fotorreceptores (FR). El segundo corresponde a una maculopatía fótica en una mujer de 26 años que tras exposición indirecta a la luz del sol se presenta con AV de ambos ojos de 20/200 con corrección. En el fondo de ojo se objetivó un agujero macular 1A así como un microquiste foveal. Tanto la AGF como la AF, los PEV y el ERG resultaron anodinos, no así la OCT, con senda disrupción en la capa de los FR. El manejo ha sido observacional. El tercer caso se trata de un varón de 14 años que consultó por escotoma central en su OI tras alumbramiento con un puntero láser. A pesar de presentar un fondo de ojo sin hallazgos, una CV normal, así como una AV de 20/20, la OCT mostró una reflectividad aumentada foveal de todas las capas retinianas a la semana del trauma típica de esta patología. La evolución espontánea ha sido satisfactoria.

Conclusiones: Mecanismos de lesión retiniana infrecuentes de consecuencias funcionales devastadoras. La maculopatía por láser Alejandrita destaca por su atipicidad (2 referencias bibliográficas). No existe consenso en su manejo siendo la observación la actitud habitual.

CP180

EDEMA MACULAR CRÓNICO UNILATERAL EN VARÓN JOVEN: OCLUSIÓN VASCULAR RETINIANA POR COCAÍNA

BLASCO VERGARA Jessica, CAVA VALENCIANO Carlos, RIVAS REYNOSO Juan Manuel, RUIZ MORENO José M.^a

Introducción: La cocaína es capaz de producir numerosas alteraciones a nivel oftalmológico. Presentamos el caso clínico de un paciente joven con edema macular en ojo derecho secundario a oclusión vascular retiniana por consumo de cocaína.

Caso clínico: Varón de 36 años de edad que acude por disminución de Agudeza Visual (AV) con Ojo Derecho (OD), sin patología de base conocida previa; con AV OD fluctuante a lo largo del seguimiento entre 0,6 y 1. Como único antecedente de interés, reconoce el consumo ocasional de cocaína. Las pruebas de imagen ponen en evidencia un edema macular quístico en OD que responde de manera temporal a terapia antiinflamatoria tópica así como a dispositivos intravítreos de corticoides de liberación prolongada.

Conclusiones: Entre las alteraciones oftalmológicas por cocaína a nivel retiniano, están descritas las hemorragias, edema macular, desprendimiento de retina, así como vasospasmos y oclusiones tromboembólicas. El diagnóstico se establece mediante la anamnesis y la exploración oftalmológica completa. Como pruebas complementarias, destacar el papel de la OCT y la AGF. El principal diagnóstico diferencial en nuestro paciente joven, sin enfermedades de base, se plantea con las telangiectasias unilaterales parafoveales idiopáticas (tipo 1B de Gass). El manejo terapéutico comprende la supresión del agente etiológico (cocaína), así como múltiples alternativas o una combinación de ellas: AINEs, acetazolamida, terapia antiangiogénica o láser focal.

CP181

RETINOPATÍA ASOCIADA A INTERFERÓN PEGILADO Y RIBAVIRINA EN PACIENTE CON HEPATITIS C

BORGHOL KASSAR Rami, SANTOS SIURANA Casandra, CORRÓ MOYA Baltasar, CARTAGENA PELAI Elisa, SANSÓ SUREDA Andrés

Introducción: El interferón (IFN) es una citosina inmunomoduladora que posee actividad antiviral, propiedades antiproliferativas y antiangiogénicas. Existen derivados del IFN alpha (peginterferón α -2a y α -2b). Los peginterferones constituyen el tratamiento de elección de la hepatitis C crónica, combinado con la Ribavirina (propiedades antirretrovirales y actividad inmunorreguladora). Dentro de los efectos adversos derivados de su uso están las complicaciones oculares, sobre todo retinianas.

Caso clínico: Mujer de 63 años diagnosticada de hepatitis crónica por virus C genotipo 1 con una cirrosis severa (F4) y una carga viral de 817864 UI/ml. Se instauró tratamiento con IFN pegilado α -2a (180 microgramos/semana) junto a Ribavirina (1000 mg/día). A los 2 meses del inicio del tratamiento es remitida a nuestra consulta por referir visión borrosa y «manchas» en el campo visual desde aproximadamente 1 mes. En la exploración oftalmológica presentó una AV con corrección de 0,7 en el ojo derecho y de 0,4 en el ojo izquierdo con múltiples exudados algodonosos nasal superior y temporal superior a papila en ambos ojos. Se diagnosticó de retinopatía por IFN y se decidió continuar con el tratamiento dada la buena respuesta al tratamiento (disminución de la carga viral) y por la posibilidad de un seguimiento estrecho. En los controles sucesivos el cuadro fue mejorando y en la actualidad (5 meses de seguimiento) presenta una AV con corrección de 1.0 en el ojo derecho y de 0,9 en el ojo izquierdo con una reabsorción casi completa de los exudados algodonosos persistiendo escasos restos de los exudados temporales superiores a papila en ambos ojos.

Conclusiones: Aunque algunos trabajos cuestionan la necesidad de exámenes oftalmológicos de rutina en pacientes asintomáticos en tratamiento con IFN, están descritos casos de complicaciones oculares con pérdida visual grave. Se debería realizar un examen de AV y FO antes de comenzar el tratamiento y después cada 3 meses. Si se objetiva la retinopatía se deberían realizar revisiones mensuales/trimestrales hasta la completa resolución.

CP182

OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CILIORRETINIANA EN PACIENTE GESTANTE CON DISMINUCIÓN DE LA PROTEÍNA S CONCOMITANTE

CARAMELLO ÁLVAREZ Constanza, MATEO OROBIA Antonio, HERRERA SILVA Laura, ZABADANI AL RIFAI Kassem, PÉREZ NAVARRO Itziar, ALMENARA MICHELENA Cristina

Introducción: La existencia de una deficiencia de la Proteína S (PS), cofactor de la Proteína C y principal inhibidor fisiológico de la coagulación, supone un estado de hipercoagulabilidad con un aumento de la predisposición para padecer episodios de trombosis y abortos de repetición en pacientes gestantes. La retina está irrigada por ramas de la arteria oftálmica. Las arterias cilioretinianas están presentes en un 20-30% de individuos nutriendo un territorio variable de las capas internas retinianas y maculares.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 38 años, gestante de 20 semanas, con una obstrucción de la arteria cilioretiniana en su ojo izquierdo (OI) y un déficit de la PS durante el embarazo. Su agudeza visual (AV) era de 20/20 en el OD y de 20/30 en el OI. En la exploración del fondo de ojo se evidenció en la zona de irrigación de la arteria cilioretiniana un área pálida por la aparición de edema macular secundario a la isquemia. El campo visual reveló en OI un escotoma paracentral total por alteración del haz papilomacular. En la tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) se confirmó la distorsión por el edema de las capas retinianas, que tras seis semanas se convirtió en un área de atrofia retiniana con un espesor de la CFNR a su vez disminuido por isquemia de las células ganglionares en la región temporal. Se solicitó una analítica que evidenció únicamente un déficit de la PS que se normalizó tras el parto. La visión también se restableció alcanzando la AV de 20/20 con ambos ojos.

Conclusiones: La disminución de la visión producida por la obstrucción de las arterias cilioretinianas depende de la zona de irrigación de las mismas. El déficit de la PS es una patología que debe tenerse en cuenta en pacientes jóvenes con esta sintomatología, principalmente en mujeres embarazadas.

CP183

NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE BEST, TRATAMIENTO CON RANIBIZUMAB

CHAVES SAMANIEGO M.^a Jesús, MUÑOZ ÁVILA José Ignacio, SOLANS PÉREZ DE LARRAYA Ana

Introducción: La distrofia macular viteliforme o enfermedad de Best suele debutar en pacientes jóvenes con una afectación bilateral y asimétrica de la visión central, su pronóstico es bueno excepto en un 20 % de los casos que desarrollan una neovascularización coroidea (NVC), la cual provoca una pérdida de agudeza visual brusca y severa. El diagnóstico de certeza se realiza mediante electrooculograma. Algunas familias presentan un patrón de herencia autosómica dominante por mutaciones en el gen VMD2.

Caso clínico: Varón de 16 años que debutó con un episodio de pérdida brusca de visión unilateral, agudeza visual OD: 5/5, OI: 2/30. A la exploración del fondo de ojo, tomografía de coherencia óptica y angiografía fluoresceínica se evidenció la existencia de una NVC activa, con hemorragia circundante y desprendimiento neurosensorial de la mácula, con una evolución muy rápida y agresiva. El electrooculograma mostró alteraciones compatibles con distrofia macular viteliforme en ambos ojos. Se realizó tratamiento con una única inyección inicial de ranibizumab intravítreo, retratándose cuando fue necesario. Tras un año de seguimiento y tras 8 inyecciones de ranibizumab, el paciente presenta una agudeza visual en OI de 5/15, con escotoma central por lesión cicatricial foveal.

Conclusiones: La Enfermedad de Best suele presentarse en pacientes jóvenes y tiene buen pronóstico excepto casos que asocian una NVC, los cuales pueden tratarse, según la bibliografía, con terapia fotodinámica, bevacizumab o ranibizumab intravítreo. En nuestro caso utilizamos una inyección inicial de ranibizumab, con buena respuesta, sin embargo nuestro paciente tuvo episodios de reactivación que precisaron un total de 8 inyecciones de ranibizumab a lo largo de un año de seguimiento. Creemos que el ranibizumab intravítreo supone una buena opción terapéutica para la NVC asociada a enfermedad de Best aunque son necesarios más estudios para demostrar su eficacia.

CP184

RETINOPATÍA ASOCIADA A TRIPLE TERAPIA CON TELAPREVIR EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

CRESPO CARBALLÉS M.^a José, ACEBES GARCÍA Muxima, BILBAO DE LA TORRE Susana, GARCÍA HINOJOSA José

Introducción: La adición del telaprevir a la terapia clásica con interferón pegilado y ribavirina ha mejorado la tasa de curación de los pacientes con hepatitis C. Sin embargo, aumenta la frecuencia de efectos secundarios adversos, siendo la retinopatía isquémica el más frecuente. La gravedad y frecuencia de la retinopatía se asocia a la hipertensión arterial, anemia, y a la presencia de un genotipo de interleucina (IL) 28B con alelos TT.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente hipertenso, en tratamiento con triple terapia por una hepatopatía crónica asociada al virus de la hepatitis C. A las 10 semanas de tratamiento presentó una retinopatía isquémica con exudados algodonosos y microhemorragias en el polo posterior de ambos ojos, y una anemia aguda, por lo que se decidió la retirada de todo el tratamiento. El estudio serológico del paciente demostró la presencia del genotipo IL28B con alelos CT que hasta el momento no se ha asociado con mayor frecuencia de retinopatía. La exploración de fondo de ojo se normalizó a las 2 semanas y el paciente se mantuvo asintomático.

Conclusiones: Consideramos necesario un seguimiento más frecuente y una evaluación oftalmoscopia más minuciosa, en aquellos pacientes, con hepatitis C, tratados con triple terapia. Especialmente en aquellos que presentan anemia, hipertensión arterial y genotipo IL28B con alelos TT.

CP185

TROMBOSIS VENOSA RETINIANA BILATERAL COMO DEBUT DE POLICITEMIA VERA

DÁVILA FLORES Alejandro, BADA GARCÍA Teresa, QUIROGA ELIZALDE Jorge Juan, BARREALES PÉREZ Carla, ALTARRIBA FREIRE M.^a del Ángel

Introducción: La policitemia vera es un síndrome mieloproliferativo de carácter adquirido. Está caracterizada por un aumento absoluto de la masa eritrocitaria debido a su proliferación incontrolada. La PV aparece habitualmente entre los 50-70 años. Los síntomas iniciales, generalmente insidiosos, suelen consistir en cefalea, mareos, vértigo, tinnitus, alteraciones visuales transitorias y prurito después del baño. Otros signos característicos son la rubicundez o enrojecimiento de la cara, palmas, lechos ungüeales, mucosas y conjuntiva que se asocia a la aparición de complicaciones trombóticas arteriales.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un varón de 58 años que acude a nuestras consultas por disminución de AV OI de 2 meses de evolución. La exploración puso de manifiesto una trombosis venosa bilateral asociada a una neuropatía isquémica del OI. La analítica sanguínea mostró una Hb de 19 g/dl y un hematocrito del 60%. Se llegó al diagnóstico de policitemia vera y se instauró tratamiento inicial con antiagregación y eritroaféresis.

Conclusiones: Ante anomalías trombóticas retinianas es importante tener en cuenta el diagnóstico de PV ya que la supervivencia sin tratamiento se ha estimado entre 6 y 18 meses. Con diagnóstico y tratamiento oportuno la supervivencia puede ser mayor de 10 años.

CP186

MACULOPATÍA ASOCIADA A LATIGAZO CERVICAL

ECHEVERRÍA PALACIOS Marta, ALCÁINE SOLER Araceli, ARRUTI VÁZQUEZ Natalia,
RODRÍGUEZ MARCO Nelson Arturo, COMPAINS SILVA Esther, ALISEDA PÉREZ DE MADRID
Daniel

Introducción: El síndrome del latigazo cervical puede implicar una incapacidad duradera para el paciente, principalmente por las alteraciones osteomusculares que produce. En cambio, las lesiones oculares que causa son poco conocidas.

Caso clínico: Presentamos dos casos. El primero es un varón que a las 24 horas de un accidente de tráfico con latigazo cervical presenta una hemorragia macular. Con tratamiento conservador ha presentado una buena recuperación visual al cabo de seis meses, persistiendo un escotoma y aumento de mancha ciega. El segundo caso se trata de una mujer de 20 años que tras el mismo mecanismo, presenta un escotoma visual, con un moteado paramacular en el fondo de ojo, hiperfluorescente en la angiografía fluoresceínica.

Conclusiones: La retinopatía traumática por latigazo cervical se cree que es debida principalmente a una alteración vascular con afectación de la barrera hematorretiniana por aumento de presión intravascular.

CP187

TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR PSEUDOFÁQUICO CON NEPAFENACO AL 0,1% FRENTE A KETOROLACO 0,5% Y TRIAMCINOLONA TRANSEPTAL

ESTEBAN FLORÍA Olivia, MATEO GABAS Javier, ZABADANI AL RIFAI Kassem, CARAMELLO ÁLVAREZ Constanza, ALMENARA MICHELENA Cristina, MARTÍNEZ VÉLEZ Mireya

Introducción: El edema macular pseudofáquico (EMPs) es la principal causa de pérdida visual tras cirugía de cristalino no complicada. Su incidencia puede llegar hasta el 20-30% de cirugías de catarata siendo clínicamente significativo en 1-2%. Su etiología no es clara pero se cree que la manipulación intraquirúrgica podría conducir a un daño en la barrera hemato-retiniana interna con liberación de mediadores inflamatorios y aumento permeabilidad vascular. La OCT es muy útil en su diagnóstico, mostrando un edema macular quístico con presencia de fluido intrarretiniano en la capa nuclear externa. Como tratamiento se están utilizando aines y corticoides tópicos sin que exista un protocolo preciso al respecto.

Caso clínico: Mostramos el caso de una paciente de 63 años, con antecedente de cirugía de catarata no complicada en OI hacía 4 meses. Presentaba edema macular pseudofáquico en OI con una agudeza visual de 0,2 que se trató con ketorolaco 0.5% 1 gota/8h durante 2 meses sin apreciarse mejoría. Se retiró ketorolaco y se trató con acetónido de triamcinolona 40 mg/10 ml transeptal con recuperación de la agudeza visual hasta 0,6 y desaparición completa del edema macular quístico. En la revisión a los 4 meses se apreció nueva disminución de la agudeza visual (0,2) y un EMPs con mayor engrosamiento macular que el que se había presentado tras la cirugía. Se decidió entonces iniciar tratamiento con Nepafenaco al 0,1% 1 gota/ 8 horas. En las revisiones bimensuales siguientes se fue reduciendo el nepafenaco a 1 gota cada 12 y cada 24 horas respectivamente, suspendiendo el tratamiento a los 6 meses. Se observó una mejoría evidente tanto en OCT como en agudeza visual hasta alcanzar 0,8. La paciente está asintomática 24 meses después de la cirugía.

Conclusiones: Según nuestra experiencia Nepafenaco 0,1% es una alternativa terapéutica eficaz y segura para el tratamiento del EMPs. No obstante son necesarios más estudios para mejorar la comprensión del EMPs y desarrollar.

CP188

HEMANGIOMA COROIDEO OCULTO

FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Ana Isabel, JIMÉNEZ COCCO Ricardo Alfredo, CINCUNEGUI GUTIÉRREZ Joseba Andoni, URKIA SOLORZANO Amaia, MARTÍN GUTIÉRREZ M.^a del Pilar, SALAZAR DÍEZ José Luis

Introducción: El hemangioma coroideo circunscrito es un tumor congénito hamartomatoso benigno e infrecuente de la úvea. Suele permanecer asintomático toda la vida. Se diagnostica si presenta actividad exudativa con afectación macular simulando una coroidopatía serosa central o si desarrolla alteraciones del epitelio pigmentario pudiendo comprometer el pronóstico visual. En la actualidad la terapia fotodinámica (TFD) es la primera línea de tratamiento y la asociación con anti VEGF intravítreo parece ser útil. No existen estudios para conocer la incidencia de resolución espontánea del desprendimiento del neuroepitelio macular asociado a estos tumores.

Caso clínico: Varón caucásico de 46 años con disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo de un mes de evolución asociada a escotoma central. Mostraba una lesión sobreelevada yuxtapapilar temporal de bordes bien delimitados, y asociada a alteración del epitelio pigmentario. Se confirma el diagnóstico de hemangioma coroideo por AGF y ecografía. La OCT muestra fluido subfoveal. Durante el seguimiento se objetivan recurrencias y remisiones espontáneas de dicho fluido. Su mejor agudeza visual corregida era de 0.6. El paciente continúa con visiones estables en torno a 0.5 y puesto que el fluido se resuelve sin tratamiento la actitud es expectante. Esto aunque posible, está raramente descrito en la literatura ya que se suele requerir TFD para secar la mácula.

Conclusiones: El pronóstico visual del hemangioma coroideo depende de múltiples factores: la cronicidad del desprendimiento seroso, las alteraciones pigmentarias maculares, el edema cistoide y la fibrosis subretiniana. Estos se identifican como factores predictivos de la ausencia de beneficio funcional del tratamiento con TFD. En nuestro caso se puede ver cómo, pese a la resolución espontánea del exudado subretiniano, la agudeza visual nunca llega a igualar la del ojo adelfo. En esto juegan su rol los factores ya citados y la baja visión de la que se parte.

CP189

RESOLUCIÓN DE LESIÓN VITELIFORME TRAS CIRUGÍA DE MEMBRANA EPIRETINIANA

FRAU AGUILERA Laura, GÁLVEZ CARVAJAL Sonia

Introducción: Las lesiones viteliformes (LV) son cúmulos redondeados y amarillentos de depósitos subretinianos que habitualmente se desarrollan de forma individual debajo de la fovea, aunque a veces pueden ser múltiples y estar situadas en otras localizaciones dentro del área macular. Existen múltiples etiologías asociadas a las lesiones viteliformes, entre estas, las entidades que producen maculopatías traccionales como las membranas epirretinianas (MER).

Caso clínico: Evaluamos de forma retrospectiva los resultados analizados con tomografía de coherencia óptica (OCT) de 5 pacientes intervenidos de MER con LV asociada. Los pacientes fueron sometidos a vitrectomía vía pars plana combinada con peeling de membrana limitante interna (MLI) hasta llegar a arcadas vasculares. Los hallazgos de la OCT pusieron de manifiesto que en un 80% (4/5) de los pacientes las LV desaparecieron al quitar las MER.

Conclusiones: El mecanismo por el que se forman las LV es actualmente una controversia, una de las teorías recientemente publicadas considera que es una combinación entre la disfunción del epitelio pigmentario (EP) y la separación del segmento de fotorreceptores de la superficie apical del EP. Esto interferiría sobre la fagocitosis normal y el recambio del segmento externo de fotorreceptores produciendo la acumulación de dicho material de desecho. Al eliminar la separación existente entre la capa de fotorreceptores y EP producida por las tracciones ejercidas por la MER, ayudaríamos a la desaparición de las LV.

CP190

SÍNDROME IRVAN (VASCULITIS RETINIANA IDIOPÁTICA, ANEURISMAS Y NEURORRETINITIS) A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

FUENTE DÍEZ Yésica de la, BASSAGANYAS VILARRASA Francisca, TAPIA RIVERA Rhadaysis, CRESPI VILIMELIS Jaume, BUIL CALVO José Antonio

Introducción: El síndrome de IRVAN es una rara enfermedad retiniana vascular de origen desconocido. Afecta mayormente a mujeres jóvenes sin patología sistémica asociada. Los 3 criterios diagnósticos obligados son: múltiples dilataciones aneurismáticas, vasculitis y neurorretinitis. El pronóstico visual depende del tratamiento precoz de la isquemia retiniana. Presentamos 2 casos, uno con un seguimiento de 3 años y otro de reciente diagnóstico.

Caso clínico: 1: Mujer de 55 años sin antecedentes patológicos con pérdida de agudeza visual(AV) y metamorfopsias en ojo izquierdo(OI) de 4 meses de evolución. Su AV corregida: 20/20 ojo derecho(OD) y 20/60 OI. A la fundoscopia ambos ojos(AO) presentaban múltiples aneurismas en grandes vasos, vasculitis y exudación lipídica en área macular izquierda. La angiofluoresceíngrafía constató amplias áreas de isquemia a nivel periférico sin neovascularización. Los estudios sistémicos fueron normales. Se diagnosticó de IRVAN y se realizó fotocoagulación periférica confluyente en AO. Tras 3 años de seguimiento no ha progresado la retinopatía y se ha preservado su AV. 2: Mujer de 27 años con visión borrosa en OI de 2 meses de evolución. Su AV corregida: 20/20 en OD y 20/20 en OI. Presentaba uveitis anterior en OI. Fundoscópicamente destacaba en AO: exudación lipídica peripapilar, envainamiento de vasos y aneurismas arteriales. La angiofluoresceíngrafía mostró inicio de isquemia periférica en AO. Se diagnosticó de IRVAN tras ser todos los estudios sintéticos normales y fue tratada con fotocoagulación periférica en AO sobre áreas de isquemia. Actualmente preserva buena AV sin progresión de la retinopatía.

Conclusiones: El síndrome de IRVAN es una patología retiniana de diagnóstico de exclusión. Se debe realizar diagnóstico diferencial con enfermedades que cursen con isquemia periférica, enfermedades vasculares, procesos infecciosos o autoinmunes. Se debe iniciar el tratamiento con láserterapia cuando aparezca isquemia retiniana.

CP191

OZURDEX EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR DE LA RETINITIS PIGMENTOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

FUENTEMILLA MANZANARES Enrique, CONTRERAS MARTÍN Inés, BEJARANO REDONDO José Manuel

Introducción: El edema macular (EM) es una de las complicaciones que disminuyen de forma importante la agudeza visual (AV) en pacientes con retinitis pigmentosa (RP). Sus principales tratamientos son el uso de acetazolamida oral y los AINES tópicos, empleándose también anti-VEGF y triamcinolona con eficacias variables.

Caso clínico: Mujer de 24 años con síndrome de Usher, vista por primera vez en abril de 2012. La agudeza visual (AV) era de 0,1 en ojo derecho (OD) y 0.4 en ojo izquierdo (OI). El fondo de ojo mostraba signos típicos de RP con EM y drusas del nervio óptico. Los campos visuales tenían un defecto concéntrico característico y la tomografía de coherencia óptica (OCT) revelaba un EM de 775 μm centrales en OD y 640 μm en OI. Se inició tratamiento oral con acetazolamida y AINES tópicos, no tolerando la paciente la acetazolamida. Se probó con anti-VEGF intravítreos con reducción parcial del EM. En septiembre de 2013 refiere disminución de AV, siendo de 0,05 OD y 0,16 OI, con EM de 874 μm y 878 μm respectivamente. Se propuso entonces tratamiento con Ozurdex. A la semana el EM había descendido a 377 μm en OI con mejoría de la sensibilidad al contraste. Debido a la respuesta se trató el OD, con reducción a 649 μm . A las 9 (OI) y 6 semanas (OD) la AV era de 0.1 OD y 0.16 OI. La OCT mostró un espesor de 317 μm en OD y de 210 μm en OI. A las 15 y 18 semanas el EM era de 632 μm OD y 728 μm OI, planteándose tratar de nuevo.

Conclusiones: La patogénesis del EM en la RP no está del todo establecida. La respuesta a acetazolamida es variable y diversos estudios han demostrado la eficacia de la triamcinolona intravítrea, pero con efectos adversos. Recientemente se han publicado casos clínicos con buenos resultados de Ozurdex en RP. En nuestro caso la AV no mejoró, seguramente debido al largo tiempo de evolución y el EM reapareció a los 3 meses, por tanto son necesarios nuevos estudios para conocer su patogénesis y posible tratamiento con dexametasona intravítrea.

CP192

DISTROFIA MACULAR OCULTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

GALINDO BOCERO Javier, ÁLVAREZ FERNÁNDEZ Darío, SEÑARIS GONZÁLEZ Ana, SÁNCHEZ ÁVILA Ronald Mauricio, RODRÍGUEZ BALSERA Carlos, ALVÁREZ CORONADO Marta

Introducción: La Distrofia Macular Oculta se caracteriza por una disminución progresiva y bilateral de agudeza visual (AV) sin cambios visibles en fondo de ojo ni en angiografía fluoresceínica. La enfermedad se hace sintomática entre la 3.^a y 7.^a década de la vida. El fenotipo presenta una herencia autosómica dominante, aunque no se conoce hasta el momento el defecto genético responsable.

Caso clínico: Mujer de 53 años, sin antecedentes de maculopatías o enfermedades hereditarias, que consulta por pérdida progresiva y bilateral de AV, refiriendo mejor visión con poca luz. La exploración oftalmológica inicial muestra una AV de 0,3 en ojo derecho (OD) y 0,2 en ojo izquierdo (OI), sin mejora alguna tras refracción. El polo anterior es normal. No se observan hallazgos patológicos en fondo de ojo ni en la angiografía fluoresceínica. La OCT macular se encuentra dentro de los límites de la normalidad. No obstante, la campimetría 24:2 presenta unos escotomas centrales en ambos ojos, con una disminución difusa de sensibilidad en los 10º centrales, más marcada en OD. Ante la sospecha de una maculopatía, se decide solicitar pruebas electrofisiológicas. Los resultados son normales, incluyendo el Electrorretinograma (ERG) de Campo Completo. Sin embargo, el ERG multifocal demuestra afectación macular en ambos ojos (más en OD), lo que es congruente con el diagnóstico de Distrofia Macular Oculta.

Conclusiones: La Distrofia Macular Oculta puede dar lugar a problemas diagnósticos en pacientes con una pérdida de visión central no explicada. La alteración del ERG multifocal y la normalidad del ERG de campo completo demuestran la afectación exclusiva de la retina macular, con normalidad de la retina periférica.

CP193

BEVACIZUMAB INTRAVÍTREO UNA ALTERNATIVA EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE LA MACULOPATÍA POR RADIACIÓN SECUNDARIA A MELANOMA DE COROIDES

GÁLVEZ CARVAJAL Sonia, FRAU AGUILERA Laura, MUÑOZ MORALES Ana, ARANDA DEL PRADO M.^a Fernanda, MEDINA TAPIA Antonio, RADOSLAW SZEWC Marcin

Introducción: La retinopatía por radiación, secundaria a tratamiento con teleterapia para tumores orbitarios y de los senos paranasales y el uso de braquiterapia (BT) con implante escleral para tumores intraoculares, como el melanoma de coroides, metástasis y hemangioma de coroides, continua siendo una seria complicación de la radioterapia. En general se caracteriza por una microangiopatía oclusiva crónica, de inicio tardío y evolución lenta, que induce cambios isquémicos y vasoproliferativos similares a los de la retinopatía diabética.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 51 años con melanoma de coroides en el ojo izquierdo (OI) tratada hace 9 años mediante BT. Tras el tratamiento presentaba una agudeza visual (AV) en el ojo derecho de 1 y en OI de 0,8 como consecuencia de una opacidad capsular posterior. En el fondo de ojo (FO) la retina estaba aplicada, con lesión cicatricial plana en retina temporal, sin observarse signos de actividad durante años. Setenta meses después de iniciar tratamiento con BT, se observa una disminución de la AV en OI a 0,6, la presencia en FO de manchas algodono-sas, exudados duros en retina temporal, hemorragias y telangiectasias. En la tomografía óptica de coherencia (OCT) destaca la presencia de edema macular quístico (EMQ). En la angiografía fluoresceínica (AFG) se observa edema de todo el área macular y polo posterior, realizándose tratamiento con 3 inyecciones de Bevacizumab intravítreo. Tras el tratamiento con Bevacizumab, se comprobó, mediante OCT y AGF, la desaparición del EMQ. La AV de la paciente mejoró a 1.0 en ambos ojos.

Conclusiones: Las consecuencias derivadas de la radiación vienen determinadas por el tiempo de exposición, la dosis y el tipo de radiación utilizada. El Bevacizumab intravítreo ha demostrado reducir el edema macular post-radiación, existiendo numerosos estudios que demuestran la disminución del espesor foveal tras la inyección, obteniendo una mejoría de la AV. Es muy importante el seguimiento a largo plazo de estos pacientes, puesto que el tiempo de aparición de complicaciones retinianas y maculares puede ser muy prolongado, siendo el periodo de latencia de hasta 8,5 años.

CP194

LÍQUIDO INTRA Y SUBRETINIANO FOVEAL DE RECIENTE APARICIÓN TRAS INDENTACIÓN MACULAR HACE TRES AÑOS

GARAY ARAMBURU Gonzaga, GÓMEZ MORENO Ángela, DÍAZ DE DURANA SANTA COLOMA Enrique, LARRAURI ARANA Arantza

Introducción: El curso natural de la foveosquiasis miópica es la progresión hacia la formación de un agujero macular miópico de espesor completo y hacia el desprendimiento de retina. La técnica de indentación macular ha demostrado resultados anatómicos y funcionales esperanzadores. Los efectos adversos postoperatorios descritos son esotropía, extrusión, atrofia coriorretiniana y hemorragia extrafoveal.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de paciente mujer miope magna de 55 años de edad que fue intervenida de en el ojo derecho en el año 2011 en dos ocasiones por presentar retinosquiasis macular sintomática en ojo único funcional. Tras la intervención la paciente presenta agudezas visuales de 0.6, que se mantienen estables a lo largo del tiempo, y en la tomografía de coherencia óptica se observa indentación macular marcada, leve atrofia retiniana y presencia de depresión foveal. En la última revisión, realiza en mayo de 2014, la paciente acude refiriendo pérdida de agudeza visual de varios meses de evolución. A la exploración oftalmológica se observa agudeza visual de 0.3, polo anterior tranquilo y profundo, y a la funduscopia se observa coriorretinopatía miópica con estafiloma peripapilar e indentación macular rectangular prominente. La tomografía de coherencia óptica demuestra acúmulo de líquido subretiniano sobre la indentación y edema intrarretiniano en área foveal. La autofluorescencia demuestra áreas parcheadas de hipoautofluorescencia con pequeños puntos de hiperautofluorescencia. La angiografía fluoresceínica demuestra hiperfluorescencia leve inicial en la zona de la indentación, sin difusión ni tinción tardía. Realizamos diagnóstico diferencial entre desprendimiento de retina y membrana neovascular subretiniana miópica.

Conclusiones: Consideramos debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la aparición de líquido intra y subretiniano en la zona de la indentación macular a la membrana neovascular subretiniana.

CP195

AUTOFLUORESCENCIA Y ESTRÍAS ANGIOIDES: MÁS ALLÁ DEL HALLAZGO CASUAL

GARRIDO HERMOSILLA Antonio Manuel, DÍAZ GRANDA M.^a Jesús, ESTEBAN GONZÁLEZ Eduardo

Introducción: Las estrías angioides son líneas rojizas, marrones o naranjas que representan roturas de la membrana de Bruch. Normalmente se irradian desde la papila óptica con un patrón irregular, pudiendo atravesar la región macular, a menudo sin disminución de agudeza visual. Por su apariencia, pueden confundirse con vasos sanguíneos retinianos. Se asocian a pseudoxantoma elástico en el 90% de los casos, siendo posible encontrar también en ellos drusas papilares, distrofia macular reticular, lesiones calcificadas periféricas o neovascularización coroidea. Otras patologías sistémicas relacionadas son el síndrome de Ehlers-Danlos, la enfermedad de Paget ósea o la drepanocitosis.

Caso clínico: Varón de 49 años, diabético insulino-dependiente con mal control metabólico, que es remitido a nuestra Unidad de Retina Médica por sospecha de neovasos papilares. Su agudeza visual con estenopeico alcanza 0.8 bilateral (Snellen). La biomicroscopía, retinografía y OCT muestran la existencia de una retinopatía diabética no proliferativa leve-moderada, sin evidenciarse engrosamiento macular. No obstante, la autofluorescencia revela la presencia de estrías angioides peripapilares en ambos ojos, no detectadas con las exploraciones anteriores. Tras este hallazgo, se efectúa el test de elasticidad cutánea cervical, el cual resulta positivo. Se decide pues solicitar un estudio sistémico del paciente para descartar afectación extraocular.

Conclusiones: Con este trabajo se pone de manifiesto: -La importancia de la autofluorescencia en el diagnóstico de esta entidad, ya que puede mostrar estrías angioides no detectables en la exploración clínica habitual, evitando así los riesgos de otras pruebas complementarias invasivas como la angiografía fluoresceínica. -La necesidad de realizar siempre una exploración oftalmológica integral, sin perder nunca de vista la posible interrelación entre determinados hallazgos oculares y procesos nosológicos sistémicos.

CP196

HIPERTROFIA CONGÉNITA DEL EPITELIO PIGMENTARIO DE LA RETINA BILATERAL Y MULTIFOCAL: UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

GIL RUIZ M.^a del Rocío, FERNÁNDEZ GARCÍA Ana Isabel, CASTRO REBOLLO María, NEVADO CABALLERO Alfredo

Introducción: La hipertrofia congénita del epitelio pigmentario de la retina (CHRPE) suele ser asintomática. Los casos multifocales y/o bilaterales son raros pero importantes, por la posible afectación visual y su asociación a la poliposis adenomatosa familiar (PAF).

Caso clínico: Mujer de 63 años que acude para valorar baja visión en ojo derecho desde la infancia. La agudeza visual era de movimiento de manos en dicho ojo y 0,8 en el ojo izquierdo. En la funduscopia del ojo derecho se visualiza una lesión pigmentada no sobreelevada de 1 diámetro de disco de tamaño sobre fóvea y otra puntiforme nasal. En el ojo izquierdo existe otra lesión de 1 diámetro de disco temporal a fóvea. En la tomografía de coherencia óptica del ojo derecho se detecta un aumento de la reflectividad del complejo epitelio pigmentario/coriocapilar con bloqueo de la reflectividad subyacente. La retina sobre la lesión se encuentra adelgazada, con pérdida de fotorreceptores. La fóvea del ojo izquierdo está respetada, localizándose en temporal una lesión con iguales características. Tras realizar el diagnóstico diferencial con el melanoma de coroides, se llegó al diagnóstico de CHRPE multifocal y bilateral. Estos casos pueden asociarse a la PAF, por lo que se realizó un screening que resultó positivo. El tratamiento fue la proctocolectomía total.

Conclusiones: Los casos en los que la CHRPE sea multifocal y/o bilateral pueden ser indicadores de PAF, de herencia autonómica dominante y riesgo de malignización del 100%. Debe realizarse un estudio digestivo y si resultara positivo, un estudio genético al paciente/descendencia.

CP197

HAMARTOMA COMBINADO DE RETINA Y EPITELIO PIGMENTARIO: DIAGNÓSTICO, MANEJO QUIRÚRGICO Y EVOLUCIÓN TRAS CIRUGÍA

GONZÁLEZ GARCÍA M.^a Leonor, SÁNCHEZ VICENTE José Luis, MEDINA TAPIA Antonio, TRUJILLO BERRAQUERO Lorenzo, RUEDA RUPISO Trinidad

Introducción: Los Hamartomas Combinados de Retina y Epitelio Pigmentario (CHRRPE) son tumores poco frecuentes originados por la proliferación del epitelio pigmentario retiniano (EPR), retina sensorial, vasos retinianos, membranas epirretinianas y tejido glial. Se localizan generalmente en polo posterior o cabeza de disco óptico y se presentan como lesiones sobreelevadas, con hiperpigmentación difusa, asociadas a tortuosidad vascular y membranas epirretinianas (MER) u otras complicaciones.

Caso clínico: Varón de 39 años remitido a nuestro servicio por disminución progresiva de agudeza visual (DAV) y aparición de metamorfopsias en el ojo izquierdo (OI) con el diagnóstico previo de CHRRPE. La agudeza visual máxima corregida (AVMC) fue de 1 en ojo derecho (OD) y 0,4 en OI. En el fondo de ojo (FO) se observó una lesión sobreelevada e hiperpigmentada con vasos tortuosos telangiectásicos sobre arcada temporal superior, de 3 diámetros de disco óptico de ancho y 2 de alto. La OCT puso de manifiesto una masa retiniana irregular hiperreflectante, MER y edema macular quístico (EMQ), no descritos en anteriores exploraciones en su centro de referencia. El OD fue normal. La angiofluoresceingrafía (AFG) de OI mostró hiperfluorescencia precoz y tardía de la lesión, con vasos telangiectásicos y MER. La MER fue considerada como responsable de la reciente DAV y metamorfopsias de OI, realizándose una vitrectomía 23 G, 3 vías con extracción de MER y membrana limitante interna. 6 semanas tras la cirugía, la AVMC de OI mejoró a 0,5. La funduscopia mostró una aplanación de la masa retiniana y menor distorsión macular. La OCT mostró una disminución del espesor macular central.

Conclusiones: En la actualidad no existe consenso en las indicaciones quirúrgicas de CHRRPE. En aquellos casos en los que exista una patología responsable del empeoramiento visual (como una MER traccional) u otras complicaciones asociadas, sí estaría indicada la cirugía intentando restablecer la AV previa.

CP198

TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR CISTOIDE DIABÉTICO EN EL EMBARAZO

JURJO CAMPO Carmen, MARTÍNEZ SOMOLINOS Sandra, ESPINET BADIA Ramón, HERNÁNDEZ GARCÍA Marta

Introducción: La retinopatía diabética es una complicación muy frecuente en la DM 1 de larga evolución. Es conocido que el embarazo puede favorecer el inicio o empeorar la situación de las formas isquémicas y/o el edema macular. Mientras que la fotocoagulación es el tratamiento indiscutible de las formas isquémicas y del edema macular focal, el edema macular cistoide (EMC) presenta mayor complejidad.

Caso clínico: Paciente de 33 años, afecta de diabetes mellitus 1 desde los 6 años y tratada con panfotocoagulación un año antes de la gestación. En la primera visita de control la agudeza visual (AV) era de 10/10 en ojo derecho (OD) y 9/10 en ojo izquierdo (OI). En la tomografía de coherencia óptica (OCT) no se observó edema macular. La paciente estuvo bajo estricto control por el endocrinólogo, y sus HbA1c fueron inferiores a 7%. A los 7 meses de embarazo en la revisión oftalmológica se observó un EMC bilateral con AV en OD: 4/10 y en OI: 3/10. Ante una AV muy baja se decidió tratar el OI con triamcinolona intravítrea con mejoría subjetiva. A las tres semanas, después de la cesárea, la AV es de 9/10 y 6/10 OD y OI respectivamente. El edema macular había disminuido mucho en ambos ojos, mostrando un grosor normal en la OCT. A los 6 meses el OI presenta una reactivación del EMC con AV:1/20, requiriendo tratamiento repetido con anti-VEGF intravítreo. para restablecer la a AV 8/10, mientras que el OD permaneció estable sin tratamiento.

Conclusiones: La panfotocoagulación previa al embarazo evitó una progresión a una forma proliferativa pero no el edema macular cistoide. El ojo tratado con triamcinolona intravítrea no demostró una recuperación más rápida del EMC y ha sufrido una reactivación a los seis meses, requiriendo tratamientos repetidos de anti-VEGF, mientras que el ojo no tratado permanece estable.

CP199

OCLUSIÓN DE RAMA ARTERIAL RETINIANA Y PERSISTENCIA DE LA VASCULATURA FETAL POSTERIOR: REVISIÓN A PROPOSITO DE UN CASO

LAINÉZ LAMANA Carlos Javier, JÓDAR MÁRQUEZ Margarita, ORTEGA URBANO Francisca

Introducción: La persistencia del sistema vascular hialoideo ocurre en el 3% de los nacimientos a término y en el 95% de los nacimientos prematuros. La papila de Bergmeister es referida como la persistencia de una parte de la porción posterior de la arteria hialoidea. Se trata de una alteración donde persisten restos vasculares fetales. Suele ser un hallazgo casual, unilateral y sin afectación visual. Presentamos un caso infrecuente donde coexisten una oclusión vascular de rama arterial y la persistencia de la vasculatura posterior fetal, como factor de riesgo asociado a la misma.

Caso clínico: Varón de 50 años que acude a urgencias por escotoma en ojo derecho, de 48 horas de evolución. Agudeza visual ojo derecho (OD) 0,3 y ojo izquierdo unidad. Segmento anterior y presión intraocular normal en ambos ojos. La funduscopia del OD reveló área de oclusión vascular retiniana de rama temporal con placas de Hollenhorst. Sobre la papila se observa persistencia de la vasculatura fetal posterior leve o papila de Bergmeister. La angiografía fluoresceínica y la tomografía óptica de coherencia confirman el diagnóstico. Tras evaluación sistémica no se detecta patología asociada.

Conclusiones: La persistencia de la arteria hialoidea es una anomalía infrecuente en el ojo humano. Existen formas más severas como la persistencia de vítreo primario, microftalmía y catarata. Sin embargo, las formas más leves son más comunes, y se caracterizan por una buena agudeza visual. Nuestro paciente presenta una persistencia de la porción posterior de la arteria hialoidea, o papila de Bergmeister. Hay pocos casos descritos donde coexista ésta con la oclusión vascular arterial.

CP200

ENDORRESECCIÓN DE MELANOMA DE COROIDES ASOCIADO A BRAQUITERAPIA CON PLACA DE RUTENIO

LASO ULLOA Pablo, COPETE PIQUERAS Sergio, NICOLA GIANNINOTO Laura de, GARRIGA BEGUIRISTAIN Mireia, GARCÍA ARUMÍ José

Introducción: El melanoma de coroides es el tumor primario más frecuente del tracto uveal. Su tasa de supervivencia descrita es del 80% a los 5 años y no ha cambiado en las últimas décadas. Para su tratamiento existen diversas opciones que dependen de las características del paciente y del tumor, aunque en los últimos años ha aumentado el uso de aquellas destinadas a conservar el globo ocular. Entre ellas, la combinación de endorresección combinada con placa externa de rutenio ha presentado buenos resultados a largo plazo.

Caso clínico: Presentamos una mujer de 69 años, con disminución subjetiva de agudeza visual de 6 meses de evolución, mayor agudeza visual corregida (MAVC) de 0,05, catarata nuclear 2+ y presencia de melanoma de coroides en polo posterior (medidas: 10,14mm de base por 9,30 mm de altura). Tras la negatividad del estudio de extensión se realizó tratamiento mediante vitrectomía, endorresección tumoral y colocación placa de rutenio durante 24 horas. El postoperatorio cursó sin incidencias. Tras 6 meses no se objetivaron signos de recidiva local ni metastásica, destacando en el fondo de ojo un coloboma en la zona donde se encontraba el melanoma.

Conclusiones: La técnica de endorresección junto al uso de placa de rutenio se puede emplear en melanomas localizados en el polo posterior con unas dimensiones superiores a las descritas con otras técnicas aisladas, permitiendo la conservación del globo ocular y mostrando resultados de supervivencia y recidiva similares a otras técnicas. Pese a los buenos resultados observados a largo plazo con esta técnica, el seguimiento periódico es necesario ya que, de la misma manera que otras técnicas, la recidiva local y sistémica es posible.

CP201

MANEJO DEL AGUJERO MACULAR EXCÉNTRICO

LLORENTE GONZÁLEZ Sara, CANAL FONTCUBERTA Irene, CAPOTE DÍEZ María

Introducción: La formación de un agujero macular excéntrico (AME) constituye una secuela poco frecuente de la vitrectomía pars plana (VPP) con pelado de membrana limitante interna (MLI).

Caso clínico: Varón de 72 años que tras una VPP con pelado de MLI por membrana epirretiniana secundaria a hemovítreo presenta un AME sintomático, con metamorfopsia y escotoma paracentral invalidantes, en el haz papilomacular superior, a 650 micras de fovea. Tras una segunda VPP con pelado extenso de MLI y gas SF6 al 20% no solamente no se consigue el cierre del AME sino que el paciente desarrolla un desprendimiento de retina (DR) completo, que requiere una tercera VPP con aceite de silicona.

Conclusiones: Los AME descritos en la literatura suelen ser pequeños, asintomáticos y localizados a lo largo del borde de pelado de la MLI, lo cual sugiere como posibles causas la contracción de la MLI remanente o bien el efecto de la fuerza ejercida activamente en la zona adyacente durante el pelado. Los pocos casos descritos coinciden en un manejo conservador, sin necesidad de tratamiento quirúrgico ni laserterapia, debido a su curso benigno y la ausencia de síntomas. Nuestro caso reafirma que la observación es la actitud más adecuada, ya que el AME puede originar un DR al despojarlo de la MLI remanente.

CP202

OCLUSIÓN DE ARTERIA CILIORRETINIANA SECUNDARIA A SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO MANIFIESTO TRAS TAMOXIFENO ORAL

LÓPEZ HERRERO Fernando, LOZANO BERNAL Óscar, ALFARO JUÁREZ Asunción, VITAL BERROCAL Cristina, PARRA OVIEDO Eva M.^a

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una causa conocida de accidentes vasculares retinianos (AVR) en pacientes jóvenes. El tamoxifeno presenta como efecto secundario acción protrombótica con manifestaciones clínicas limitadas a nivel del territorio venoso. Presentamos un caso de oclusión de arteria ciliarretiniana secundario a SAF coincidente con inicio de terapia con tamoxifeno oral.

Caso clínico: Paciente de 44 años que consulta por aparición brusca de escotoma central en el OD. Entre los antecedentes destaca que 3 meses antes ha sido intervenida de mastectomía por neoplasia mamaria. Desde hace 5 semanas se encuentra en tratamiento con tamoxifeno oral. No antecedentes migrañosos o consumo de tóxicos. A la exploración inicial mantiene AV 1 en ambos ojos. Sin hallazgos relevantes en el polo anterior, en la exploración de fondo de ojo se observa área de palidez y edema circunscrito a zona del haz papilomacular sin alcanzar área foveal. Se realiza estudio angiofluoresceingráfico que confirma la sospecha de oclusión de arteria ciliarretiniana sin evidencia de obstrucción en el momento de la prueba. El estudio OCT muestra engrosamiento del territorio subsidiario a expensas de capas retinianas internas y el estudio campimétrico evidencia el escotoma macular referido. Del estudio complementario por medicina interna destaca la presencia de niveles moderados de beta2microglobulinas que son diagnósticos para síndrome antifosfolípido dada la clínica. Una vez confirmados los resultados de laboratorio se inicia anticoagulación oral y dado el conocido efecto protrombótico del tamoxifeno y la edad de la paciente se opta por ovariectomía.

Conclusiones: En presencia de otras condiciones predisponentes el tamoxifeno podría actuar como desencadenante de accidentes vasculares retinianos también en el territorio arterial.

CP203

COROIDOPATÍA AGUDA BILATERAL CON DESPRENDIMIENTOS DE RETINA SEROSOS ASOCIADA A UNA HIPERTENSIÓN ACELERADA POR EPISODIO DE ESTRÉS AGUDO

LÓPEZ MANCILLA Roberto, PUENTE LUNA Belén, MONJE FERNÁNDEZ Laura, COSTALES MIER Felipe, LOSADA GARCÍA Marisol

Introducción: La coroidopatía hipertensiva ocurre cuando se produce un aumento importante de la tensión arterial de forma muy brusca. Aparece una necrosis fibrinoide de la arteriola terminal del lóbulo coroideo que provoca alteraciones isquémicas del epitelio pigmentario (EPR) con pérdida de la barrera hematocoroidea y paso de fluido al espacio subretiniano.

Caso clínico: Varón de 35 años que acudió a urgencias refiriendo pérdida de visión por su ojo izquierdo (OI) junto con cefalea desde hacía tres días tras un «enfado muy fuerte». Se objetivó una agudeza visual (AV) de 0,8 por su ojo derecho (OD) y de cuenta dedos a 1 m por su OI. En el fondo de ojo (FO) se apreciaron múltiples desprendimientos de retina serosos sin hemorragias u otros hallazgos sugerentes de retinopatía hipertensiva de larga evolución siendo, en ese momento, su tensión arterial normal (TA). Se realizó también una OCT para medir el grosor macular y una AFG para descartar signos de inflamación asociados. Además se solicitaron una analítica con serología, un TAC craneal y una interconsulta a Medicina Interna ante lo que parecía un cuadro de hipertensión arterial (HTA) acelerada debida a una situación de estrés agudo. La ecografía abdominal y la radiografía de tórax solicitadas posteriormente por el internista no mostraron alteraciones significativas. Hallazgos analíticos de interés: elevación de noradrenalina, dopamina, ácido vanilmandélico y aldosterona, compatible todo ello con el episodio de estrés referido por el paciente. Tres semanas después la AV era de 0,8 en OD y 0,7 en OI. La OCT y el FO objetivaron una llamativa disminución de los desprendimientos serosos, apreciándose en este momento múltiples manchas de Elsching en aquellas zonas donde el edema había desaparecido.

Conclusiones: La coroidopatía aguda secundaria a un episodio de HTA acelerada (coroidopatía hipertensiva) suele resolverse de manera satisfactoria sin necesidad de tratamiento, observándose a veces cambios pigmentarios del EPR. Aún cuando dicho cuadro se acompañe de un claro episodio de estrés agudo relacionado en el tiempo, se hace necesario descartar que el aumento brusco de TA se deba a la presencia de un feocromocitoma. En ocasiones son precisas múltiples determinaciones bioquímicas así como pruebas de imagen, hasta conseguir descartar o confirmar su presencia.

CP204

DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL EN EL CONTEXTO DE UNA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: SÍNDROME DE TERSON

MACÍAS FRANCO Sandra, TALAVERO GONZÁLEZ Paula, CASTRO NAVARRO Joaquín, SANTALLA CASTRO Carla, RUBIERA ALIJA Carmen

Introducción: El Síndrome de Terson se caracteriza por la aparición de hemorragias prerretinianas, retinianas o vítreas uni- o bilaterales en el contexto de una hemorragia subaracnoidea (HSA). La teoría más aceptada sugiere que se debe a un aumento de la presión intracraneal que, a través de la vaina del nervio óptico, eleva la presión venosa intraocular produciéndose ruptura de capilares retinianos.

Caso clínico: Paciente de 53 años, ingresada en el servicio de Neurocirugía de nuestro hospital por HSA, de la que se solicita valoración oftalmológica debido a una disminución severa de la agudeza visual (AV) en ambos ojos (AO). El TAC craneal revelaba lesiones isquémicas occipitales por lo que el diagnóstico de sospecha era de ceguera cortical. Los campos visuales (CV) presentaban una reducción generalizada de sensibilidad. A la exploración física la paciente percibía luz por AO y bajo biomicroscopía (BMC) no se objetivaban alteraciones en el segmento anterior. El fondo de ojo (FO) reveló hemorragia vítrea bilateral. La Ecografía en modo B confirmó la existencia de hiperecogenicidad vítrea y desprendimiento vítreo posterior con anclaje a nivel del disco óptico en AO, espacio subhialoideo sin ocupación y retina aplicada. Se decidió vitrectomía pars plana de 23G que se realizó primero en OD y a la semana en OI. Al alta la AV era de 0,2 en OD y de 0,3 en OI. En el FO persistían restos hemáticos y pequeñas hemorragias retinianas junto con edema macular en AO confirmado por OCT.

Conclusiones: Una disminución de AV en un paciente con HSA exigirá una valoración oftalmológica que descarte un síndrome de Terson donde la vitrectomía pars plana puede estar indicada en el caso de hemorragia vítrea, subhialoidea o subMLI densa. El pronóstico visual es incierto, ya que dependerá de la afectación neurológica así como de otras alteraciones oftalmológicas concomitantes.

CP205

OCT-SD EN LA TOXICIDAD RETINIANA POR CELESTONE

MARTICORENA ÁLVAREZ Paula, GONZÁLEZ GUIJARRO Jacobo

Introducción: Las descripciones de toxicidad retiniana por Celestone (acetato y fosfato sódico de betametasona) son escasas. Describimos el primer caso documentado con tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (OCT-SD).

Caso clínico: Mujer de 52 años, miope de -10 D, que cinco días después de una descompresión orbitaria fue remitida por sospecha de administración intraocular de Celestone en su ojo derecho (OD). La AV era de percepción de luz con defecto pupilar aferente 3+. Presentaba un hiposfagma inferior. En el fondo de ojo existía un tyndall vítreo 3+, condensaciones blanquecinas y tractos fibrosos vítreos, junto con áreas de infiltrados blanquecinos en polo posterior y una pequeña hemorragia retiniana inferior. A medida que la celularidad vítrea disminuyó, se observaron periarteritis parcheada, constricción de arterias temporales, infiltrados perivasculares, mácula con imagen de mancha rojo cereza y depósito de material blanquecino subhialoideo inferior. En la OCT-SD la hialoides apareció parcialmente separada en la zona temporal de la mácula, junto con hiperreflectividad, adelgazamiento, irregularidad de las capas internas retinianas y alteración de la línea de los elipsoides. La mácula nasal estaba levemente engrosada con cambios quísticos en capas internas y mejor preservación de la línea de los elipsoides. Durante el seguimiento la AV mejoró a 0.02. La OCT-SD no mostró cambios en la línea de los elipsoides nasal pero sí una tracción de la hialoides que provocó un desprendimiento de retina tabicado temporal, sin agujero macular, con leve progresión en 2 años. No se consideró su tratamiento quirúrgico por la atrofia retiniana.

Conclusiones: La OCT-SD aporta información de la fisiopatología del daño, que parece ser predominantemente tóxico. Además de ayudar al diagnóstico y manejo de las complicaciones, podría ser útil como factor pronóstico de recuperación visual y en la orientación terapéutica (vitreotomía temprana para la extracción del tóxico).

CP206

APORTACIÓN DEL EDI SD-OCT A LA PATOGENIA DE LA MACULOPATÍA ASOCIADA A FOSETA DEL DISCO ÓPTICO

MARTÍNEZ VÉLEZ Mireya, ASCASO PUYUELO Francisco Javier, CARMELLO ÁLVAREZ Constanza, PÉREZ NAVARRO Itziar, ESTEBAN FLORÍA Olivia, CRISTÓBAL BESCOS José Ángel

Introducción: La foseta del disco óptico (FDO) es una rara anomalía congénita del disco óptico. Se trata de una depresión blanco-grisácea, localizada habitualmente en sector inferotemporal del NO. En el 85-90% de los casos es unilateral y su prevalencia es de 1 por 11.000. A menos que desarrollen maculopatía (50%), lo cual disminuye de manera significativa su agudeza visual, los pacientes permanecen asintomáticos. La patogénesis de la maculopatía no está clara y existen varias teorías. Unas apoyan el origen del fluido en la cavidad vítrea, mientras que según otras se trataría de líquido cefalorraquídeo que fuga a través del espacio subaracnoideo.

Caso clínico: Mujer de 48 años de edad, sin antecedentes médicos ni oftalmológicos de interés. Acude por pérdida progresiva de la visión por OD de 3 meses de evolución. La exploración del fondo de ojo derecho es compatible con foseta en zona temporo-inferior de la papila, acompañada de desprendimiento del área macular. Una sección horizontal del SD-OCT reveló la presencia de una pequeña cantidad de fluido intrarretiniano en la capa nuclear externa junto a un prominente desprendimiento seroso macular, los cuales no parecían relacionados ni con la cavidad vítrea ni con el espacio subaracnoideo. Sin embargo, por primera vez, usando EDI-OCT se detectó una comunicación directa, a través de la foseta, entre el espacio subretiniano y el espacio subaracnoideo peripapilar.

Conclusiones: Este caso apoya la teoría de que la fuente del desprendimiento seroso macular en algún caso de FDO podría ser líquido cefalorraquídeo que pasa a la retina a través de la foseta papilar, debido al cierre incompleto de la fisura embrionaria.

CP207

ADMINISTRACIÓN INTRAVÍTREA DE ANTIANGIOGÉNICOS EN LA MADRE LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

MOLL UDINA Aina, VALLDEPERAS BELMONTE Xavier, CARBONELL PUIG Marc

Introducción: El uso intraocular de fármacos inhibidores del factor de crecimiento vascular endotelial (antiVEGF) en pacientes jóvenes ha incrementado significativamente en los últimos años, con las nuevas indicaciones como la neovascularización coroidea (NVC) por miopía magna y el edema macular diabético. Existe poca experiencia en el uso de estos fármacos en mujeres embarazadas o lactantes. Presentamos el caso de una paciente en período de lactancia en la que administramos antiVEGF.

Caso clínico: Paciente mujer de 32 años con miopía magna que acudió por metamorfopsia en ojo derecho (OD) de 5 días de evolución. A la exploración, la agudeza visual (AV) era de 20/25 y en el fondo de ojo se apreció una tenue hemorragia submacular. En la tomografía de coherencia óptica espectral (SD-OCT) se observó una zona de engrosamiento subretiniano juxtafoveal sin signos indirectos de NVC. Se realizó una angiografía fluoresceínica (AGF), previa interrupción y desecho de la leche materna durante 4 días, sin poder constatarse una NVC clara. A los dos meses, apareció una nueva hemorragia subretiniana macular, incremento de la metamorfopsia y disminución de la AV hasta 20/40, por lo que se administró una dosis de ranibizumab intravítreo, igualmente previa interrupción de la lactancia durante 4 días. No se han observado alteraciones evidentes en el lactante ni en la madre, en los meses siguientes al tratamiento.

Conclusiones: La utilización de fármacos antiVEGF en mujeres en periodo de lactancia o durante el embarazo constituyen un dilema para el oftalmólogo, en la mayoría de los casos. No existen datos concluyentes de seguridad de estos fármacos en estas situaciones. Aunque ranibizumab, con un alto peso molecular, pasa escasamente a la leche materna y probablemente se destruya en el tracto gastrointestinal del lactante, recomendamos discontinuar la lactancia materna durante 4 días previa a la inyección intravítrea de antiVEGF, así como para la realización de AGF en mujeres lactantes.

CP208

LESIONES DEL NERVIÓ ÓPTICO DE GRAN TAMAÑO EN MULTICOLOR

MONJE FERNÁNDEZ Laura, DOLZ MARCO Rosa, GALLEGO PINAZO Roberto

Introducción: Explicar la visualización de diferentes lesiones del nervio óptico de gran tamaño en multicolor, técnica de imagen de introducción reciente.

Caso clínico: Se presentan dos casos clínicos, ambos con lesiones del nervio óptico de gran tamaño. El primero de ellos se trata de un melanocitoma que engloba el nervio óptico en su totalidad. En el segundo, existe un coloboma de nervio completo asociado a foseta óptica y microoftalmos del ojo contralateral. Estas lesiones presentan distintas características cuando son obtenidas mediante multicolor a cuando lo son mediante retinografía clásica. Se presentan las características según la lesión y las zonas afectadas en multicolor.

Conclusiones: El multicolor es una nueva técnica de imagen que aporta gran información permitiendo llegar a un diagnóstico diferencial correcto.

CP209

DESPRENDIMIENTO RETINIANO EN PACIENTE CON COLOBOMA PAPILAR QUE CURSA CON RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA

MORALES BECERRA Ana, MUÑOZ JIMÉNEZ LUZ Ángela, PÉREZ CABEZA M.^a Isabel, ESCUDERO GÓMEZ Julia, BORRÁS LARRUBIA Fátima

Introducción: Las anomalías del disco óptico son infrecuentes y a veces asociadas a desprendimiento de retina y/o retinosquiasis. El origen del fluido en estas patologías continúa sin ser aclarado, existen dos fuentes posibles: fluido proveniente de líquido cefalorraquídeo o humor vítreo o secundario a un componente traccional retiniano.

Caso clínico: Paciente de 12 años en seguimiento por la unidad de Oftalmología Infantil por microftalmo, nistagmo, opacidad de cristalino leve en ambos ojos (AO), coloboma papilar en AO y con desprendimiento de retina en embudo en OD desde los 4 años. Sin otras anomalías sistémicas asociadas. Presenta una Agudeza visual en ojo derecho (+2 -1.00 a 173°): percepción de luz y en ojo izquierdo (-8.00 -3.75 a 179°) de 0.2 En última exploración bajo narcosis se observa en ojo derecho retina aplicada con únicamente cambios pigmentarios a nivel periférico temporal y depósitos amarillentos subretinianos a nivel inferior, en ojo izquierda retina aplicada como previamente.

Conclusiones: El tratamiento del desprendimiento de retina en estos pacientes aún sigue siendo incierto. Existen distintos tratamientos posibles: vitrectomía junto con fotocoagulación y gas C3F8, incluso con inyección de concentrados de plaquetas autólogo con mejoría clínica, lo que contrasta con la resolución espontánea del mismo con tratamiento expectante.

CP210

HIPOTONÍA OCULAR AGUDA CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA EN PACIENTE PSEUDOFÁQUICA

MUÑOZ SCHIATTINO Perla Sybella, GARRIDO HERMOSILLA Antonio Manuel, RELIMPIO LÓPEZ Isabel, DÍAZ GRANDA M.^a Jesús, ESTEBAN GONZÁLEZ Eduardo, GUTIÉRREZ SÁNCHEZ Estanislao

Introducción: La hipotonía ocular se define como PIO menor de 6 mmHg. Los casos de hipotonía sin antecedentes quirúrgicos, traumáticos, tumorales o inflamatorios previos constituyen un desafío diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 82 años que acude a Urgencias de Oftalmología refiriendo pérdida de visión en OD de 2 días de evolución, en ausencia de traumatismo previo. Antecedentes OD: cirugía extracapsular de catarata con lente en CA de soporte angular hace 15 años. Exploración OD: AV = movimiento de manos a 1 metro, descompensación corneal, seidel negativo, CA estrecha, PIO = 28 mmHg y FO de difícil exploración, aunque sin evidenciarse DR. Se instaura tratamiento con colirios de prednisolona, antiedema y brinzolamida + timolol. En la revisión a las 48 horas presenta atalamia y PIO = 0 mmHg. El FO revela entonces la existencia de un DR regmatógeno extenso con mácula off. La ecografía ocular descarta afectación coroidea. Se suspende el tratamiento tópico hipotensor – antiedema y se realiza cirugía vitreoretiniana, con éxito anatómico y mejoría de AV.

Conclusiones: Resulta llamativa la rápida hipotonía ocular sin causa aparente: no existe ciclo-diálisis, desprendimiento ciclocoroideo ni cirugías filtrantes. Pocos son los casos descritos en la literatura de hipotonía tras tratamiento con hipotensores tópicos, y en ellos se postula como hipótesis etiológica una posible hipersensibilización del cuerpo ciliar tras un uso crónico. No hemos encontrado ningún caso de aparición aguda como el que aquí presentamos.

CP211

ALBINISMO ENMASCARADO

NICOLA GIANNINOTO Laura de, LASO ULLOA Pablo, COPETE PIQUERAS Sergio, ZAPATA VICTORI Miguel Ángel, MORALES DÁVILA Douglas

Introducción: Numerosas patologías retinianas cursan con alteraciones del epitelio pigmentario de la retina. La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es una de las principales causas de pérdida de visión en nuestro país siendo uno de sus signos principales la aparición de cambios pigmentarios a nivel de la mácula. Debido a la frecuencia de esta, el diagnóstico de otras patologías menos frecuentes, pero con afectación macular, puede quedar enmascarado.

Caso clínico: Paciente de 69 años que acude a nuestro servicio para estudio de degeneración macular. La paciente niega antecedentes patológicos o familiares. La mejor agudeza visual corregida fue de 0,1 escala de Snellen. La biomicroscopía no muestra signos inflamatorios en el polo anterior destacando la presencia de poliosis parcial, iris claro. En el fondo de ojo destaca, de manera bilateral, una intensa atrofia del epitelio pigmentario de la retina tanto a nivel macular como en retina periférica. Se realiza autofluorescencia, que confirma la afectación del epitelio pigmentario de la retina, y OCT, que muestra atrofia de retina y signos de dome shape mácula. Tras repetir la anamnesis la paciente refiere que usa productos para teñirse el pelo desde la infancia, orientando así el diagnóstico hacia una forma sutil de albinismo oculocutáneo, por lo que fue remitida para estudio genético.

Conclusiones: Debido a que existen muchas patologías cuya presentación puede ser parecida a la degeneración macular, la presencia de signos atípicos en la exploración debe de hacer replantear nuestro diagnóstico. Así como en el caso de nuestra paciente, existen formas sutiles de la enfermedad, pudiendo pasar desapercibida. La correcta anamnesis sigue siendo una estrategia fundamental para un correcto diagnóstico.

CP212

OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA TRAS EMBOLIZACIÓN DE GLOMUS YUGULAR

PASCUAL BENITO Ester, BROCA ITURRALDE Laura, ROMERA ROMERO Pau

Introducción: Los paragangliomas yugulares son tumores benignos y altamente vascularizados de origen neuroectodérmico, relativamente infrecuentes. Su tratamiento se puede realizar mediante resección quirúrgica (previa embolización en algunos casos), mediante radioterapia o la combinación de ambos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 67 años con antecedentes de paraganglioma yugular izquierdo intervenido hace 13 años, con otorragias y disfagia en los últimos meses por lo que se decide reintervenir para extirpación completa, realizando previamente embolización del mismo. Inmediatamente después de la embolización con micropartículas del glomus yugular izquierdo, la paciente refiere disminución de agudeza visual (AV) en su ojo izquierdo (OI), por lo que es valorada por nuestro servicio horas después, constatándose una AV en OI de cuenta dedos (CD) a 20cm, DPAR (defecto pupilar aferente relativo) en OI y a nivel del fondo de ojo se visualiza palidez retiniana en todo polo posterior, con edema retiniano asociado y mancha rojo cereza en hemimácula inferior, además de arterias filiformes en el área temporal inferior. Se orienta el caso como una obstrucción de arteria central de la retina secundaria a embolización de glomus yugular izquierdo, con preservación del área macular superior debido al aporte de arteria ciliarretiniana.

Conclusiones: Los procedimientos embolizantes, como cualquier procedimiento intervencionista comportan una serie de riesgos. En la literatura se han descrito pocos casos de obstrucciones arteriales retinianas secundarias a procedimientos endovasculares intervencionistas.

CP213

OBSTRUCCIÓN DE VENA CENTRAL DE LA RETINA DIFERIDA EN EL TIEMPO

PAZ MORENO-ARRONES Javier, PÉREZ CRESPO Aurora

Introducción: La obstrucción de la vena central de la retina (OVCR) es una entidad vascular retiniana que conlleva catastróficas consecuencias en la visión. La incidencia de la OVCR es mayor en pacientes de mas de 50 años.

Caso clínico: Varón, 55 años, acude a urgencias por disminución de agudeza visual (AV) brusca en el ojo derecho. Sólo destaca hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina. El polo anterior evidencia una AV de CD a 2 metros en el ojo derecho (OD) y de 1.0 en el ojo izquierdo. Presentaba defecto pupilar en OD. El fondo de ojo (FO) de ambos ojos era normal, catalogándose como una neuropatía óptica isquémica posterior. VSG de 12 mm y PCR de 1.2. Al día siguiente, la AV en OD era de 0.2 y sin DPAR y en el FO se evidenciaba una hemorragia peripapilar en llama, junto con arrosariamiento venoso cambiándose el diagnóstico a OVCR. La angiografía fluoreseínica mostró una alteración a nivel del área macular. Al cuarto día el paciente presentaba una AV en OD de 0.8 y en el FO se apreciaba un edema hemorrágico papilar, que fue reabsorbiéndose. Instauramos acido acetil salicílico 300 mg/día. La AV final fue 1.0 y el FO normal. La resonancia magnética mostró una trombosis parcial del seno transversal.

Conclusiones: Destacamos un raro caso de OVCR abortado, siendo la AV final óptima. Ante estos hallazgos atípicos, sugerimos la realización de una resonancia magnética con el fin de evidenciar una trombosis venosa a nivel cerebral.

CP214

RANIBIZUMAB INTRAVÍTREO PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA ASOCIADA CON NEVUS COROIDEO

PÉREZ NAVARRO Itziar, HERRERA SILVA Laura, ASCASO Javier, CAMINAL José M.^a, MARTÍNEZ VÉLEZ Mireya, ZABADANI Kassem

Introducción: Determinar los resultados visuales en una serie de cinco casos de neovascularización coroidea (NVC) asociados a nevus coroideo que fueron tratados con inyecciones intravítreas de ranibizumab.

Caso clínico: Serie de 5 casos en los que a cada paciente se sometió a una evaluación oftalmológica completa, incluyendo angiografía con fluoresceína y tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT). Los datos se analizaron de forma retrospectiva y se evaluó los resultados clínicos y anatómicos después del tratamiento intravítreo con ranibizumab. La NVC fue yuxtafoveolar en cuatro casos y extrafoveolar en un caso. En los cinco casos se utilizó la terapia de ranibizumab intravítreo mediante el uso de 2-5 inyecciones (media 3,4 inyecciones). Por otra parte, dos de los casos requirieron además otras terapias, tales como la terapia fotodinámica (PDT) en uno de los casos de NVC yuxtafoveolar y fotocoagulación con láser en el caso de NVC extrafoveolar. Después de un seguimiento medio de 18,6 meses, la agudeza visual mejor corregida final (MAVC) aumentó en dos casos, disminuyó en dos de los casos y se mantuvo estable en un caso. No hubo efectos adversos asociados con las inyecciones de ranibizumab. Todos los nevus coroideo se mantuvieron estables, sin signos de malignidad.

Conclusiones: Las inyecciones intravítreas de ranibizumab parecen ser una modalidad de tratamiento seguro y eficaz para la NVC asociada con el nevus coroideos.

CP215

RETINOPATÍA SOLAR BILATERAL EN PSICOSIS

PÉREZ SERENA Antonio, GÓMEZ CABRERA Cristina

Introducción: La retinopatía solar es un daño en la retina debido a la exposición a la radiación solar. Clásicamente estos pacientes tienen historia de exposición solar debido a ritos religiosos, eclipses, toma de fármacos o esquizofrenia como es nuestro caso.

Caso clínico: Mujer de 49 años que ingresa en la unidad de agudos de psiquiatría tras descompensación de su patología de base (esquizofrenia), refiere haber estado expuesta al sol durante más de una hora. Cuando la paciente se estabiliza refiere pérdida de visión bilateral y se cursa interconsulta a oftalmología: Exploración AVcsc OD: 0,3 difícil (falla 2) OI: 0,3 PICNR MOE conservados y no dolorosos BMC AAOO: córnea transparente, CABP, no tyndall, no pk PIO OD: 18 OI: 18 FO OD (se aporta imagen): punto foveal amarillo compatible con retinopatía solar FO OI (se aporta imagen): punto foveal amarillo compatible con retinopatía solar OCT-HD OD (se aporta imagen): incremento reflectividad en capas internas más disrupción de la capa de la unión de los segmentos internos y externos de los fotorreceptores. OCT-HD OI (se aporta imagen): incremento reflectividad en capas internas más disrupción de la capa de la unión de los segmentos internos y externos de los fotorreceptores. Después de un mes, aunque sigue manteniendo la misma AV, la hiperreflectividad de las capas internas en la OCT ha desaparecido y el reflejo foveal comienza a enrojecerse (se aportan imágenes).

Conclusiones: La retinopatía solar puede provocar daños irreversibles. Aunque muchos pacientes recuperan gran parte de la visión, son frecuentes las secuelas como escotomas centrales y daño permanente en los fotorreceptores. Puesto que todavía no existe un tratamiento definitivo es fundamental la prevención.

CP216

OCLUSIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE RETINA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE VALVULOPATÍA AÓRTICA CON ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE EN PACIENTE JOVEN

PIÑERO SÁNCHEZ Álvaro, CAÑIZARES BAOS Belén, PÍO SILVA Adilson, REIGADAS LÓPEZ Rosa

Introducción: La oclusión de arteria central de la retina (OACR) suele tener consecuencias devastadoras e irreversibles sobre la visión. La mayoría ocurre en pacientes de edad avanzada secundaria a arterioesclerosis a nivel de la arteria carótida interna aunque también se han asociado a enfermedades cardiacas como valvulopatías, foramen oval persistente, trombos murales, arritmias o endocarditis.

Caso clínico: Paciente varón de 42 años sin factores de riesgo cardiovasculares que acude al servicio de urgencias refiriendo pérdida de visión de ojo izquierdo de 3 días de evolución. La agudeza visual del paciente era de movimiento de manos. En la exploración oftalmológica se aprecia un defecto pupilar aferente y mancha rojo cereza macular sin embolo visible. Se realizó un estudio sistémico con el fin de filiar la etiología de la OACR en el cual: el eco-doppler de troncos supra-aórticos, TAC craneal, RMN craneal y estudio de coagulación fueron normales. En el eco-cardiograma transtorácica se observó una válvula aórtica bicúspide calcificada con un aneurisma de aorta ascendente 3.4cm de diámetro confirmado posteriormente por angio-TAC no presentando criterios de estenosis o insuficiencia valvular.

Conclusiones: El embolismo de la arteria central de la retina en el contexto de alteraciones valvulares ocurre debido a la formación de émbolos por el flujo sanguíneo turbulento a través de una válvula estenosada o insuficiente, condición que no cumple nuestro paciente. En nuestro caso se baraja la hipótesis etiológica de un embolismo cálcico procedente de la válvula aórtica, siendo esta entidad habitual en casos de calcificación de válvula mitral pero extremadamente rara en casos de calcificación de válvula aórtica. Gracias al estudio sistémico se pudo diagnosticar una cardiopatía severa y poner en marcha tratamiento y seguimiento estrecho para poder prevenir complicaciones potencialmente mortales en este paciente.

CP217

**MASA COROIDEA: DEBUT DE METÁSTASIS EN CÁNCER DE MAMA EN REMISIÓN.
EVOLUCIÓN A RETINOPATÍA ASOCIADA A CÁNCER**

PLATAS MORENO Irene, PÉREZ-CID REBOLLEDA M.^a Teresa, NOVA FERNÁNDEZ-YÁÑEZ Luis,
LÓPEZ VELASCO Rosaro

Introducción: Las metástasis coroideas son una entidad poco frecuente. Aun así, son el tumor intraocular maligno más frecuente en el adulto. El cáncer primario más frecuente es el de mama en la mujer y el de pulmón en el hombre.

Caso clínico: Mujer de 68 años que acude a urgencias por disminución de agudeza visual (AV) del ojo izquierdo (OI) de días de evolución. Antecedentes generales: cáncer de mama bilateral hace 3 años; última revisión hace 1 mes: remisión. AV ojo derecho (OD): 1 y OI: 0,4. Biomicroscopía y presión intraocular normales. Funduscopia OD: normal; OI: masa coroidea no pigmentada en arcada superior con desprendimiento exudativo y pliegues. Ecografía-B: masa homogénea hiperecogénica superior OI. Angiografía: fuga puntiforme difusa sobre toda la masa. No doble circulación. Tomografía axial computerizada (TAC) y resonancia magnética: masa coroidea hipointensa superoposterior OI. Diagnóstico: posible metástasis coroidea. Se remite a oncología para valoración. TAC: metástasis en mediastino, pulmón e hígado. Se inicia tratamiento quimioterápico. A los 5 meses acude por mayor disminución de AV del OI acompañada de dolor periorbitario. AV OD: 1 y OI: percepción de luz. Funduscopia: borramiento papilar con patrón moteado retiniano OI. Diagnóstico: retinopatía asociada a cáncer y neuritis infiltrativa OI. Se pauta prednisona oral 30 mg con mejoría del dolor, no de AV ni de signos funduscópicos. Actualmente, tras 9 meses, la paciente se encuentra en paliativos con una plejía secundaria a afectación medular metastásica.

Conclusiones: Ante una masa coroidea no pigmentada hay que descartar precozmente metástasis y melanoma coroideo amelanótico. La forma de presentación más frecuente de metástasis coroideas es la disminución de AV, aunque pueden cursar de forma asintomática hasta en el 50 % de los pacientes, dependiendo de su localización. En ocasiones pueden preceder al diagnóstico del cáncer, como en nuestro caso, que supuestamente estaba en remisión.

CP218

DESPRENDIMIENTO DE RETINA EXUDATIVO UNILATERAL COMO DEBUT DE UN ADENOCARCINOMA PULMONAR ESTADIO IV

PUENTE LUNA Belén, LÓPEZ MANCILLA Roberto, COSTALES MIER Felipe, MARTÍN ESCUER Bárbara, LOSADA GARCÍA Marisol

Introducción: El desprendimiento de retina exudativo se caracteriza por la acumulación de líquido subretiniano en ausencia de roturas o tracción retiniana. Puede producirse en varias enfermedades vasculares, inflamatorias o neoplásicas que afectan a la retina neurosensorial, epitelio pigmentario y coroides. Presentamos el caso de un desprendimiento de retina exudativo de causa tumoral.

Caso clínico: Varón de 58 años, fumador severo y ex-minero de profesión. Acude a urgencias refiriendo disminución de agudeza visual en su ojo izquierdo (OI) de 2 meses de evolución. En la exploración se objetiva una agudeza visual (AV) de 0.9 en ojo derecho (OD) y 0.1 en OI. En el fondo del OI se observan varias lesiones hiperpigmentadas yuxtafoveolares con desprendimiento de retina exudativo, siendo el OD normal. La AFG no evidencia signos de vasculitis. El paciente además presenta clínica de dolor lumbar severo. Las pruebas complementarias realizadas demostraron en el TAC de columna lumbar lesiones líticas costales y vertebrales en L1-L4 con aplastamiento vertebral. En el TAC de tórax y abdomen se objetivó una masa en el lóbulo superior izquierdo, con adenopatía hiliar y metástasis hepáticas. Tras realización de broncoscopia, la citología confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar (estadio IV según la clasificación TNM). El paciente falleció 4 meses después del debut oftalmológico.

Conclusiones: La exploración oftalmológica ha constituido el inicio del proceso diagnóstico de un adenocarcinoma pulmonar diseminado. El oftalmólogo puede jugar un papel relevante en el diagnóstico del cáncer metastásico cuando existe afectación del ojo y de la órbita. Por lo tanto, ante un desprendimiento de retina exudativo siempre debemos descartar la existencia de una lesión tumoral subyacente.

CP219

INYECCIÓN SUBRETINIANA DE ACTIVADOR TISULAR DE PLASMINÓGENO JUNTO CON BEVACIZUMAB EN LA HEMORRAGIA SUBMACULAR

QUIROGA CANEIRO Elena, GARCÍA TORRE Mercedes

Introducción: La hemorragia submacular (HSM) es una condición devastadora. La mayor parte de las veces aparece como complicación de una membrana neovascular (MNV) en el contexto de una degeneración macular asociada a la edad (DMAE) exudativa. Sin tratamiento, el pronóstico visual de estos pacientes es malo, debido a la toxicidad causada por los componentes de la sangre sobre la mácula. La precocidad en el tratamiento es un factor pronóstico importante para evitar lesiones irreversibles.

Caso clínico: Mujer de 85 años con antecedentes de DMAE exudativa en tratamiento con antiangiogénicos acude a urgencias por pérdida de agudeza visual (AV) en su ojo derecho (OD) de dos días de evolución. La AV en OD es de cuenta dedos a 50 centímetros y en la funduscopia se observa una hemorragia subretiniana de 2 diámetros papilares a nivel del polo posterior con afectación macular. El diagnóstico se confirma con una tomografía de coherencia óptica (OCT) y una angiofluoresceingrafía (AFG). A los 5 días del diagnóstico la paciente es intervenida y se le inyecta en el espacio subretiniano activador tisular de plasminógeno recombinante (r-TPA) junto con bevacizumab mediante una microcánula de 38G. A las 24 horas la sangre se ha desplazado inferiormente dejando libre la fóvea, la cual permanece libre de sangre al mes, momento en el cual la AV mejora a 0.2.

Conclusiones: Aunque no existe consenso acerca del tratamiento más adecuado de la HSM, nosotros presentamos una modalidad terapéutica eficaz y poco agresiva que aporta ventajas respecto a otras técnicas. Por un lado, la inyección aplicada directamente en el espacio subretiniano resulta beneficiosa ya que se alcanzan concentraciones elevadas de los fármacos directamente en el lugar de la hemorragia. Además, el uso de bevacizumab añade un efecto antiangiogénico a la acción fibrinolítica del r-TPA. Finalmente, el hecho de no realizar una vitrectomía permite que estos pacientes puedan seguir recibiendo tratamiento con antiangiogénicos intravítreos.

CP220

BAJA VISIÓN LIGADA A LA HERENCIA POR CROMOSOMA X

RAMÍREZ GARRIDO M.^a Vanesa, DOMECH SERRANO Teresa

Introducción: La retinosquiasis juvenil ligada al cromosoma X es una entidad poco frecuente, se transmite como rasgo recesivo ligado al cromosoma X, produciéndose casi exclusivamente en varones. Entre los síntomas iniciales se encuentran visión defectuosa, estrabismo y nistagmus, que aparecen en la primera década de la vida en la mayoría de los pacientes.

Caso clínico: Acude a consulta un paciente de 13 años con disminución de la agudeza visual bilateral que no mejora con corrección óptica, su hermano mellizo presenta los mismos síntomas. El polo anterior y posterior es normal; en la tomografía de coherencia óptica se observa un edema macular quístico bilateral presente en ambos hermanos. Se solicitan pruebas eléctricas con potenciales visuales evocados y electroretinograma multifocal, dando este último una onda b negativa.

Conclusiones: La retinopatía bilateral con afectación de áreas maculares y la presencia de un electroretinograma multifocal Ganzfeld invertido es muy sugerente de una retinosquiasis juvenil ligada al sexo.

CP221

TUMORES VASOPROLIFERATIVOS CON HEMOVÍTREO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN

RAMOS YAU Eva Carmen, GALVÁN CARRASCO M.^a Paz, SÁNCHEZ VICENTE José Luis

Introducción: Los tumores vasoproliferativos (TVP) son lesiones, en la mayoría de los casos, idiopáticas y solitarias. Consisten en proliferaciones vasculares con paredes engrosadas e hialinizadas de carácter benigno. De aspecto globular, suelen localizarse anteriores al ecuador. La disminución de la visión puede producirse por membranas epirretinianas (MER), edema macular quístico (EMQ), desprendimiento de retina, o hemovítreo (HV).

Caso clínico: 1: Varón de 73 años diabético tipo 2 que acude por disminución de visión en ojo derecho (OD). Agudeza visual sin corrección (AVsc) OD 0,1. Fondo de ojo (FO) de OD HV grado I, crioterapia en cuadrante temporal inferior (CTI) y EMQ. Se realiza vitrectomía, pelado de MER y fotocoagulación en OD. Intraoperatoriamente se observa lesión sobrelevada en CTI. Tras la cirugía presenta AVsc 0,04. Ecografía: lesión nodular y sólida con aspecto de TVP. Angiografía con fluoresceína (AGF): engrosamiento de rama venosa temporal inferior con retraso de llenado, y difusión de colorante en área macular central. OCT: EMQ de 666 micras. Se indica tratamiento con antiangiogénicos intravítreo. 2: Mujer de 70 años que acude por disminución de AV en OI. Exploración: AVsc 0,04. FO: HV grado IV. Durante la vitrectomía se observa lesión sobrelevada en CTI. Postquirúrgicamente: la AVsc fue de 0,5. FO: lesión en CTI fibrosado. AGF: oclusión de arteria temporal inferior recanalizada y lesiones hiperfluorescentes en periferia de temporal inferior. Ecografía: lesión hiperecogénica, sobrelevada, e irregular compatible con TVP.

Conclusiones: En el diagnóstico diferencial deben incluirse los hemangiomas coroideos, hemangioblastomas, melanomas amelanóticos o metástasis coroideas. El diagnóstico debe apoyarse en diversas técnicas de imagen y en casos de no poder excluir malignidad debe realizarse una biopsia de la lesión.

CP222 -CANCELADO

CP223

NEUROPATÍA ÓPTICA POR RADIACIÓN Y TROMBOSIS VENOSA TEMPORAL SUPERIOR CONCOMITANTES EN EL TIEMPO

RIVERO GUTIÉRREZ Vanesa, APARICIO HERNÁNDEZ-LASTRAS M.^a Jesús, SUÁREZ LEOZ Marta

Introducción: La neuropatía óptica por radiación es más frecuente en diabéticos, hipertensos o post-quimioterapia. Existen casos de resolución espontánea, lo más común es una pérdida de visión severa e irreversible. Se han propuesto varios tratamientos: el oxígeno hiperbárico, los esteroides, fármacos antiplaquetarios o anti-VEGF.

Caso clínico: Diabético tipo 2 de 71 años, fumador, diagnosticado en 2010 de melanoma de coroides ojo derecho (OD), tratado con placas de braquiterapia de rutenio 106, actualmente en remisión. Presenta una agudeza visual de 0,7 difícil en OD y 1 en ojo izquierdo (OI). Fondo de ojo en OD: lesión pigmentada superior y nasal a papila sin signos de actividad, exudación dura y algodonosa, papila hiperémica de bordes mal definido con esclerosis de vasos peripapilares y pequeñas hemorragias intrarretinianas. En OI: hemorragias intrarretinianas sin exudación algodonosa ni neovasos, en torno a arcada temporal superior, sin afectación macular. El paciente es diagnosticado de neuropatía óptica por radiación en OD y trombosis venosa de rama temporal superior en OI. Posteriormente se observa pérdida de visión en OD se decide poner 3 trigones subtenonianos en intervalo de 1 mes. Consiguiéndose disminución del edema en el haz papilomacular, mejoría en la visión y mantenimiento en el tiempo.

Conclusiones: El paciente era diabético y fumado factores de riesgo importantes para el desarrollo tanto de retinopatía por radiación como de trombosis venosa. La trombosis venosa existente en el ojo contralateral ha sido concomitante en el tiempo y esta relaciona con los factores de riesgo del paciente. En el futuro sería recomendable el uso de medidas encaminadas a la prevención de dicha patología teniendo en cuenta el tipo de radiación utilizada, reduciendo la dosis total y fraccionada diaria. Así como un mayor conocimiento de la eficacia de los tratamientos existentes en el mercado para el tratamiento de la retinopatía por radiación.

CP224

PAPEL DE LA EPLERENONA EN LA CORIORRETINOPATÍA SEROSA CENTRAL CRÓNICA (CSC)

ROMERO VARGAS M.^a del Rosario, MUÑOZ DE ESCALONA ROJAS José Enrique, QUEREDA CASTAÑEDA Aurora, CASTILLO LÓPEZ Esther

Introducción: El origen de la CSC no está del todo aclarado y su patogénesis es compleja, se sabe que su origen es multifactorial, y que la disregulación del flujo sanguíneo de la coroides lleva a un incremento en la permeabilidad de los vasos coroideos, aunque otros autores apuntan a una disfunción del epitelio pigmentario como causa subyacente. Esto hace que sea una enfermedad difícil de tratar, al no tener claro su origen.

Caso clínico: Planteamos el caso de un varón de 42 años, que acude a nuestras consultas por una disminución de visión en su ojo derecho de más de 4 meses de evolución. En la exploración, se objetivaba una agudeza visual (AV) con ese ojo de 0,3 y en ojo izquierdo de la unidad, el examen del polo anterior fue anodino en ambos ojos. En el fondo del ojo derecho se apreciaba una alteración difusa del epitelio pigmentario. La tomografía de coherencia óptica (OCT) de ese ojo evidenciaba un deprendimiento neurosensorial (DNS) y la angiografía fluoresceínica (AGF) confirmaba una fuga difusa del contraste en la región macular. El fondo de ojo, la OCT y la AGF fueron completamente normales en el ojo izquierdo. Ante el diagnóstico de CSC en ojo derecho se decidió previo consentimiento del paciente comenzar tratamiento con eplerenona 25 mg al día durante 1 semana y posteriormente se incremento a 50 mg al día. Tras 8 semanas de tratamiento la AV en el ojo derecho fue de 0,6 y el DNS objetivado por OCT desapareció.

Conclusiones: Es conocido que en muchos de estos pacientes se produce un hipercortisolismo que es el responsable del incremento en la permeabilidad de los vasos coroideos (debido a su acción mineralcorticoide). La utilización de antagonistas de los mineralcorticoides tales como el Ketoconazol o la eplerenona pueden ser considerados una alternativa útil en el tratamiento de esta enfermedad. Por otro lado la evaluación de los niveles de cortisol o tetrahydroaldosterona en orina de 24 horas en pacientes con CSC podría ser de utilidad para vaticinar la efectividad de este tipo de terapias en estos pacientes.

CP225

TELANGIECTASIAS VASCULARES RETINIANAS PRIMARIAS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

SÁNCHEZ BORQUEZ Juan Manuel, GARCÍA MAYOL M.^a José, LOSADA MOREL Manuel, LAJARA BLESA Jerónimo

Introducción: Las telangiectasias vasculares retinianas primarias abarcan un grupo de anomalías retinianas vasculares raras, idiopáticas, que pueden ser congénitas o adquiridas y se caracterizan por una dilatación y tortuosidad de los vasos retinianos, filtración vascular, múltiples aneurismas y exudados duros. La enfermedad de Coats, el aneurisma miliar de Leber y las telangiectasias maculares idiopáticas se consideraban en una primera instancia como entidades distintas, pero pueden ser consideradas variantes del mismo proceso fisiopatológico.

Caso clínico: Presentamos dos pacientes, el primero un varón de 17 años sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por presentar disminución de la agudeza de un día de evolución y metamorfopsias, sin otra sintomatología acompañante. A la exploración oftalmológica destaca una agudeza visual O.D 0.3 corregida y O.I 0.8 corregida, una PIO de 12/15 mm Hg, una biomicroscopía normal y en la funduscopia destacan signos de vasculitis a nivel periférico, focos hemorrágicos de predominio inferior y signos que demuestran exudación a nivel macular. En la AFG se aprecian telangiectasias múltiples periféricas, signos de vasculitis y zonas isquémicas. El segundo caso es un varón de 64 años que acude por cuadro similar encontrándose en el fondo de ojo derecho múltiples exudados que comprometen toda la retina. En la AFG queda de manifiesto esto, además de observarse zonas de vasculitis y de isquemias. El primer caso se trató con fotocoagulación, obteniéndose mejoría en la agudeza, el segundo se realizó vitrectomía posterior 23G a 3 vías y endoláser, lográndose una leve mejoría visual.

Conclusiones: Las telangiectasias vasculares retinianas primarias son entidades raras que pueden agrupar a la enfermedad de Coats, el aneurisma miliar de Leber y las telangiectasias maculares idiopáticas por su parecido fisiopatológico, histológico y sus manifestaciones clínicas. Existen múltiples clasificaciones y términos para describir las diferentes variaciones de las telangiectasias retinianas en niños y adultos. El tratamiento de esta patología va a depender del compromiso retiniano y comprende fotocoagulación y/o crioterapia. Las nuevas directrices de tratamiento apuntan a la terapia biológica con buenos resultados iniciales.

CP226

SÍNDROME DE DIABETES Y SORDERA DE HERENCIA MATERNA EN DOS HERMANAS EN SEGUIMIENTO POR DISTROFIA MACULAR

SÁNCHEZ GUTIÉRREZ Verónica, PARDO MUÑOZ M.^a Ascensión, ARRIBA PALOMERO Pablo de, DOMPABLO VENTURA Elisabet de

Introducción: El síndrome de diabetes y sordera de herencia materna (síndrome MIDD) es una rara enfermedad causada por una mutación en el ácido desoxirribonucleico (ADN) mitocondrial que puede originar una amplia variedad de manifestaciones clínicas, entre las que se incluye una distrofia macular.

Caso clínico: Se presenta el caso de dos hermanas de 54 y 60 años, seguidas durante un período de 3 años por distrofia macular bilateral. Consultaban por disminución de la agudeza visual (AV) y nictalopía. La primera hermana ya diagnosticada de diabetes mellitus y sordera neurosensorial bilateral, presentaba una AV de 0,6 ojo derecho y 0,9 ojo izquierdo. La presión intraocular y la biomicroscopía del segmento anterior eran normales. En la funduscopia se observaban áreas parcheadas de atrofia coriorretiniana con disposición anular alrededor de la fovea. Estas áreas mostraban hipoautofluorescencia con un moteado hiperfluorescente rodeando periféricamente las áreas de atrofia. El estudio genético identificó la mutación heteroplásmica 3243A>G en el gen tRNA^{Leu} (UUR) del ADN mitocondrial, compatible con Síndrome MIDD o de Ballinger-Wallace. La segunda hermana también con antecedentes de diabetes y sordera, presentaba en la exploración oftalmológica hallazgos similares a los de su hermana y el análisis genético también reveló la mutación descrita. Ninguna de las dos hermanas ha desarrollado signos de retinopatía diabética hasta el momento actual.

Conclusiones: El hallazgo de tales alteraciones maculares características, especialmente si se acompañan de esta asociación de padecimientos (diabetes mellitus y sordera), nos debe sugerir la realización de un screening del genoma mitocondrial para identificar este síndrome.

CP227

DISTROFIA FOVEOMACULAR VITELIFORME DEL ADULTO Y ADHESIÓN VITREOMACULAR

SIMÕES Pedro, VAZ Fernanda, MARQUES André, ISIDRO Filipe, PALMA Marguerita, PICOTO María

Introducción: La distrofia foveomacular viteliforme del adulto es una entidad clínica rara de comienzo en la edad adulta. Se caracteriza por la presencia de lesiones redondeadas, bilaterales, de color amarillento y localización subfoveal. La asociación entre adhesión/tracción vitreomacular (AVM/TVM) y distrofia foveomacular viteliforme del adulto no ha sido encontrada en la literatura. Se presenta un caso de distrofia foveomacular viteliforme del adulto con TVM y adhesión de la hialoidea posterior.

Caso clínico: Paciente de 80 años sometido a cirugía de catarata del ojo derecho (OD) en febrero de 2011. Acude a la consulta en diciembre de 2013 quejándose de metamorfopsias y disminución progresiva de la agudeza visual (AV) que era entonces 3/10. El examen fundoscópico reveló la deposición de material amarillento en ambos ojos, sugestivos de degeneración viteliforme. La Tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) mostró TVM, membrana epirretiniana, material homogéneo y amorfo hiperreflectivo subretiniano en ambos ojos con un espacio ópticamente vacío y hiporeactivo en el OD. Se realizó vitrectomía 23G vía pars plana del OD, con disección de hialoidea posterior y pelado de membranas. Se comprobó intraoperatoriamente una fuerte adherencia de la hialoidea posterior. Después de 1 mes de la cirugía la MAVC fue de 5/10. La SD-OCT mostró recuperación de la depresión foveal. Varios estudios han demostrado que los ojos con Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE) y vasculopatía polipoidea tienen una mayor incidencia de AVM y menor incidencia de desprendimiento de vítreo posterior (PVD). Aún es controvertido si AVM promueve el desarrollo y la progresión de la DMAE o DMAE promueve AVM. Por otro lado, en la DMAE ocurren cambios inflamatorios locales que pueden fortalecer la adhesión.

Conclusiones: Los autores sugieren que, tal como en la DMAE, también en la distrofia viteliforme del adulto puede haber una asociación AMV/TVM.

CP228

NEURORETINITIS POR TOXOPLASMA EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS LATENTE

SOLER SANCHÍS M.^a Isabel, JIMÉNEZ ESCRIBANO Rosa M.^a, SANTANA GARCÍA Ana, MOREIRAS PIASTRERINI Paula, MIGUEL MARTÍN Silvia de, RAMÍREZ FÉ Carmen

Introducción: La neurorretinitis es una enfermedad que afecta generalmente a jóvenes adultos y se caracteriza por una pérdida de visión aguda, profunda y unilateral. Los hallazgos oftalmoscópicos incluyen edema del disco óptico, hemorragias en llama y estrella macular. La toxoplasmosis ocular es una forma rara de presentación.

Caso clínico: Mujer de 26 años natural de Nicaragua. Acude a urgencias por ojo rojo, visión borrosa y dolor en ojo izquierdo de 6 días de evolución. La AV con ojo derecho (OD) es 1 y con ojo izquierdo (OI) de percepción y proyección de luz. Presenta uveítis anterior. En el fondo de OI el nervio óptico presenta un aspecto edematoso, sobreelevado, de bordes irregulares, con hemorragias y a nivel de la mácula se aprecia la presencia de estrella macular, asimismo se observa un foco de coriorretinitis activa en arcada temporal superior y vitritis. La Angiofluoresceingrafía muestra hiperfluorescencia intensa en tiempos tardíos, foco de coriorretinitis compatible con actividad y vasculitis. El mantoux es positivo. La serología de toxoplasma con la técnica ELISA es positiva con Ac Ig G. Se diagnostica de Neurorretinitis por Toxoplasma y de Infección tuberculosa latente. Se pauta el tratamiento con Pirimetamina, Sulfadiazina y Ácido folínico. Posteriormente se añaden corticoides sistémicos e Isoniazida. A los 3 meses, la AV OI es 0.3 y el fondo de ojo se aprecia un nervio óptico pálido y la cicatriz coriorretiniana sin signos de actividad.

Conclusiones: El diagnóstico de neurorretinitis por toxoplasmosis ocular es básicamente clínico y se complementa con tests serológicos para obtener evidencia de exposición previa al parásito. La afectación del nervio óptico puede llevar a pensar que la agudeza visual puede ser severa y permanentemente dañada. Sin embargo, en muchos casos la lesión mejora significativamente y la agudeza visual final depende de la localización de la lesión y no de la afectación del nervio.

CP229

EPITELITIS MACULAR AGUDA POR EXPOSICIÓN SOLAR: SEGUIMIENTO POR OCT Y AUTOFLUORESCENCIA

SPIESS Karina, ROSA PÉREZ Irene de la, MEDIERO CLEMENTE Soraya

Introducción: La epitelitis solar (ES) aguda foveomacular es una inflamación inducida por el daño fotoquímico y térmico de la luz solar que afecta a las capas externas retiniana, generalmente bilateral. Se diagnostica mediante anamnesis y estudio fundoscópico. Recientemente se han incorporado técnicas complementarias como la OCT y la autofluorescencia (AF) que permiten conocer mejor la fisiopatología, el pronóstico y las complicaciones. Presentamos un caso con daño irreversible de los fotorreceptores (FR) con especial hincapié en el seguimiento por tomografía de coherencia óptica (OCT) y AF a la 1,4,6 y 10 semanas tras el diagnóstico.

Caso clínico: Mujer 47a con ES aguda bilateral tras exposición visual directa a la luz solar con agudeza visual (AV) inicial de 0.1. La OCT mostró inflamación difusa del epitelio pigmentario de la retina (EPR) y la línea IS-OS. Se detectaron áreas de hiperautofluorescencia (HAF) foveales que con la cronicidad del cuadro se convirtieron en hipoautofluorescentes (hAF). Se prescribió daflazacort oral empíricamente. A las 10 semanas la AV mejoró a 0.5 en OD y 0.7 en OI.

Conclusiones: La AV, fundoscopia, OCT y AF mejoraron progresivamente, sin embargo en todas se evidencian secuelas de un daño irreversible en los FR. La HAF inicial se relaciona con un aumento metabólico focal, mientras que la hAF tardía muestran la degeneración del EPR. Requieren seguimiento a largo plazo por posible aparición de complicaciones, como membranas epirretinianas.

CP230

OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE RETINA COMO DEBUT DE MIXOMA AURICULAR

TAPIA QUIJADA Hugo, GARCÍA SÁNCHEZ Juan, MENGUAL VERDÚ Encarnación, HUESO ABANCÉNS José Ramón

Introducción: El Mixoma auricular es de lejos el tumor cardíaco primario más común sin embargo es un tumor muy poco frecuente. Alrededor del 75% ocurren en la aurícula izquierda. Y presentan una sintomatología muy variada comportándose a menudo como una valvulopatía mitral pudiendo producir episodios cardioembólicos a diferentes niveles. Presentamos el caso de un paciente de 35 años que presenta obstrucción de arteria central de retina (OACR) en ojo derecho (OD) como primera manifestación de un Mixoma auricular.

Caso clínico: Varón de 35 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por pérdida brusca de visión en OD. Al examen presentaba una agudeza visual de cuenta dedos, polo anterior normal y fondo de OD con OACR y edema macular importante con múltiples émbolos de colesterol. Se solicitaron analíticas para estudio completo de enfermedad sistémica y estudios de imagen. Una ecocardiografía Transesofágica (ETE) mostró Mixoma auricular que posteriormente se confirmó con una RMN cardíaca. Posteriormente el paciente presentó episodio Ictus por infarto en territorio de la ACM derecha. La evolución del paciente ha sido estable sin recuperación de su visión recientemente ha sido sometido a cirugía cardíaca y continúa en seguimiento por nuestra parte.

Conclusiones: LA OACR en un paciente joven debe plantearnos un reto diagnóstico y debe solicitarse un estudio completo de enfermedades sistémicas para determinar su etiología. Debemos considerar el Mixoma auricular dentro del diagnóstico diferencial de patologías que pueden cursar con OACR por lo tanto dentro del estudio a realizar debemos incluir un estudio Ecocardiográfico (ETE).

CP231

¿CONLLEVA LA RUTINA A MALA PRAXIS?

TUDELA MOLINO Miguel, SÁNCHEZ MARTÍNEZ Daniel, PASTOR MONTORO Miriam,
BASCUÑANA MAS Nieves, SELLÉS NAVARRO Inmaculada

Introducción: Aunque la labor de criba en las consultas generales de oftalmología es fundamental, en ocasiones se infradiagnostican patologías oculares importantes bien porque la afectación visual que producen queda justificada por el desarrollo de cataratas o bien porque sus manifestaciones clínicas no se tienen presentes dada su baja incidencia.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 70 años revisado durante 8 años previos en consultas generales de oftalmología destacando en la exploración una atrofia coriorretiniana difusa que nunca se consideró patológica al que se le indica cirugía de cataratas por presentar baja agudeza visual que no mejora con corrección. Dado que la agudeza visual no mejoró tras la cirugía de catarata se realizó exploración de fondo de ojo observándose severa atrofia coriorretiniana en ambos ojos con un patrón sugerente coroidemia. Interrogando al paciente sobre sus síntomas nos confirma que tiene dificultad de adaptación a la oscuridad desde hace años. Ante la sospecha de esta distrofia retiniana se solicitaron pruebas complementarias: campo visual, AFG y pruebas electrofisiológicas que nos confirmaron el diagnóstico. La coroidemia es una distrofia de conos-bastones recesiva ligada a X que se debe a mutaciones del gen CHM que se encuentra en el cromosoma Xq21.2. El gen CHM codifica la proteína Rab escort de la geranil-geranil transferasa. Se caracteriza por una degeneración difusa y progresiva del EPR y la coriocapilar que provoca ceguera nocturna, disminución de agudeza visual (AV) y pérdida progresiva del campo visual. El diagnóstico diferencial de la coroidemia incluye atrofia girata, retinosis pigmentaria y síndrome de Usher tipo 1.

Conclusiones: La rutina de las consultas generales y la alta presión asistencial puede ser causa de infradiagnósticos de la patología con baja incidencia poblacional.

CP232

METÁSTASIS COROIDEAS COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE CARCINOMA DE PULMÓN

VALENTINO Sergio, FARÉS VALDIVIA Jesarán, VILLEGAS PÉREZ M.^a Paz

Introducción: Las metástasis uveales son el tumor intraocular maligno más frecuente. Hasta un 80% de éstas se localizan en coroides y pueden ser la primera manifestación de un tumor maligno diseminado.

Caso clínico: Varón de 76 años con hipertensión arterial mal controlada y EPOC moderado que acude a urgencias por visión borrosa en su ojo derecho (OD). Su mejor agudeza visual corregida (MAVC) fue de 0,4 en OD y 0,2 en ojo izquierdo (OI). En el fondo de ojo se evidenció desprendimiento de neuroepitelio en polo posterior de OD y atrofia macular central en OI. La tomografía de coherencia óptica (OCT) reveló una alteración del perfil coroideo, desprendimiento neurosensorial y edema intrarretiniano en OD, por lo que se citó en consulta. Dos semanas más tarde, el paciente volvió a consultar por empeoramiento de síntomas en OD, presentando entonces una MAVC de movimiento de manos. Se solicitó angiografía fluoresceínica (AFG) que evidenció una tumoración coroidea placode homogénea y un desprendimiento seroso en OD. La ecografía modo B mostró una masa coroidea sólida con estructura interna irregular. Se completó el estudio mediante radiología simple, resonancia magnética, tomografía computerizada y biopsia pulmonar con punción, obteniéndose el diagnóstico de carcinoma microcítico de pulmón estadio IV.

Conclusiones: Las metástasis coroideas como única manifestación clínica de carcinoma de pulmón diseminado son extremadamente raras. No obstante, cuando se descubre una lesión coroidea, el diagnóstico diferencial debe incluir metástasis secundarias a procesos malignos originados en órganos distales.



COSOPT PF® se presenta en formato de 60 envases unidos de 0,2 ml. Debe administrarse en forma de una gota en el saco conjuntival del ojo o los ojos afectados, dos veces al día. Para un solo uso, un envase es suficiente para tratar los dos ojos. La solución no utilizada debe ser desechada inmediatamente después de su uso.¹

COSOPT PF® estará disponible para su dispensación en nuestro país a partir del 1 de Septiembre de 2014.

Para cualquier información adicional que pueda precisar puede ponerse en contacto con nuestros delegados o nuestras oficinas en Madrid, en el teléfono: 91 3210 600 y/o consultar la ficha técnica extensa [pinchando aquí](#).

Referencias:

1. Ficha técnica de Cosopt PF
2. Shedden A, Adamsons IA, Getson AJ, y cols. Comparison of the efficacy and tolerability of preservative-free and preservative-containing formulations of the dorzolamide/timolol fixed combination (COSOPT™) in patients with elevated intraocular pressure in a randomized clinical trial. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2010; 248:1757-64.

Antes de prescribir Cosopt PF, consulte su Ficha Técnica [pinchando aquí](#).



Nos complace comunicarle que Merck Sharp & Dohme (MSD) pone a su disposición a partir del 1 de Septiembre de 2014 la combinación fija COSOPT PF® (Dorzolamida/Timolol sin conservantes) para el tratamiento de la presión intraocular elevada (PIO) en pacientes con glaucoma de ángulo abierto.¹

Misma eficacia de COSOPT® NO TIENE CONSERVANTES.²

*En un estudio doble enmascarado, paralelo y controlado con tratamiento activo de 12 semanas de duración en 261 pacientes, con una presión intraocular elevada ≥ 22 mmHg en uno o en ambos ojos, los pacientes fueron aleatorizados a recibir COSOPT® (n=130) o COSOPT PF® (n=131) dos veces al día. COSOPT PF ejerció un efecto de reducción de la PIO equivalente al de COSOPT (formulación con conservante) ($p > 0.05$). Hipótesis primaria: Equivalencia de la eficacia hipotensora de los dos tratamientos en el momento valle después de 12 semanas de tratamiento. En la semana 12, la PIO valle media había disminuido en 2,9 mm Hg respecto al valor basal (-12,3 %) en el grupo de COSOPT PF, y en 2,6 mm Hg (-11,0 %) en el grupo de COSOPT. La diferencia entre grupos fue de -0,31 mm Hg (intervalo de confianza del 95 %: -0,86 a 0,23 mm Hg). El perfil de seguridad de COSOPT PF fue similar al de COSOPT (formulación con conservante) ($p > 0.05$).²

Cada ml de COSOPT PF® contiene 20mg de dorzolamida y 5mg de timolol en envases unidosis.

| Medicamento - Nombre | COSOPT PF® | | | | |
|--|--|----------|---------------------|--------|-----------|
| Principio activo | Dorzolamida/Timolol | | | | |
| Formato | Nº Registro | CN | Presentación | PVL | PVP - IVA |
| Cosopt PF® | 73508 | 679143.1 | 60 envases unidosis | 14.16€ | 22.10€ |
| Titular de la autorización de comercialización | MSD España | | | | |
| Indicaciones Terapéuticas | Cosopt PF está indicado para el tratamiento de la presión intraocular elevada (PIO) en pacientes con glaucoma de ángulo abierto, o glaucoma pseudoexfoliativo, cuando la monoterapia con un betabloqueante tópico no sea suficiente. ¹ | | | | |
| Clasificación ATC | Grupo farmacoterapéutico Preparados contra el glaucoma y mióticos, agentes betabloqueantes, timolol, combinaciones, código ATC: S01ED51 ¹ | | | | |
| Período de validez | 2 años. Tras 15 días de la primera apertura del sobre desechar los envases unidosis no utilizados. ¹ | | | | |
| Condiciones de conservación | No conservar a temperatura superior a 30°C. No congelar. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz. ¹ | | | | |
| Condiciones de prescripción y uso | Medicamento sujeto a prescripción médica. Prescripción con receta ordinaria y reembolsable por la Seguridad Social. | | | | |



1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

COSOPT PF 20 mg/ml + 5 mg/ml colirio en solución en envase unidosis

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Cada ml contiene 22,26 mg de dorzolamida hidrocloreto correspondiente a 20 mg de dorzolamida y 6,83 mg de timolol maleato correspondiente a 5 mg de timolol.

Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Colirio en solución en envase unidosis

Solución transparente, incolora o casi incolora, ligeramente viscosa, con un pH entre 5,5 y 5,8, y una osmolaridad de 242-323 mOsM.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1 Indicaciones terapéuticas

Indicado en el tratamiento de la presión intraocular elevada (PIO) en pacientes con glaucoma de ángulo abierto, o glaucoma pseudoexfoliativo cuando la monoterapia con un betabloqueante tópico no sea suficiente.

4.2 Posología y forma de administración

La dosis es una gota de COSOPT PF dos veces al día en el saco conjuntival del ojo u ojos afectados.

Si se está utilizando otro medicamento oftálmico tópico, COSOPT PF y este otro medicamento deben administrarse al menos con diez minutos de diferencia.

Este medicamento es una solución estéril que no contiene conservante. La solución de un envase unidosis individual se debe usar inmediatamente después de su apertura para la administración en el ojo u ojos afectados. Dado que no puede mantenerse la esterilidad después de abrir el envase unidosis individual, se debe desechar todo el contenido sobrante inmediatamente después de la administración.

Se debe advertir a los pacientes que eviten que la punta del recipiente dispensador entre en contacto con los ojos o con las estructuras que los rodean.

Además, se debe informar a los pacientes que las soluciones oftálmicas, si no se manipulan adecuadamente, pueden contaminarse con bacterias comunes causantes de infecciones oculares. La utilización de soluciones contaminadas puede dar lugar a trastornos oculares graves y la subsiguiente pérdida de la visión.

Instrucciones de uso

1. Abrir el sobre que contiene 15 envases unidosis individuales. En cada sobre hay tres tiras de 5 envases unidosis.

2. En primer lugar lávese las manos y luego separe un envase unidosis de la tira y abra la parte superior girándola.
3. Inclina la cabeza hacia atrás y separe el párpado inferior ligeramente, formando una pequeña separación entre el párpado y el ojo.
4. Deposite una gota en el ojo u ojos afectados siguiendo las instrucciones que le haya dado su médico. Cada envase unidosis contiene solución suficiente para ambos ojos.
5. Cuando se hace oclusión nasolacrimal o se cierran los párpados durante dos minutos, se reduce la absorción sistémica. Esto puede dar lugar a una disminución en las reacciones adversas sistémicas y a un aumento en la actividad local.
6. Cierre el ojo durante un momento y presione en la esquina interior del ojo con un dedo durante un minuto. Esto ayudará a evitar que el colirio se pierda por el conducto lagrimal.
7. Después de haber depositado la gota en el ojo, tire el envase unidosis usado, incluso si todavía contiene solución.
8. Guarde en el sobre los envases unidosis restantes; debe utilizar los envases restantes en los 15 días siguientes a la apertura del sobre.

Población pediátrica

No se ha establecido la eficacia en pacientes pediátricos.

No se ha establecido la seguridad en pacientes pediátricos menores de 2 años. (Para información relativa a la seguridad en pacientes pediátricos de entre 2 y 6 años, ver sección 5.1).

4.3 Contraindicaciones

COSOPT PF está contraindicado en pacientes con:

- enfermedad reactiva aérea incluyendo asma bronquial o antecedentes de asma bronquial, o enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave
- bradicardia sinusal, síndrome del nodo sinusal enfermo, bloqueo sinoauricular, bloqueo auriculoventricular de segundo o tercer grado no controlado con marcapasos, insuficiencia cardíaca manifiesta, shock cardiogénico
- insuficiencia renal grave ($\text{CrCl} < 30 \text{ ml/min}$) o acidosis hiperclorémica
- hipersensibilidad a uno o a los dos principios activos o a alguno de los excipientes.

Estas contraindicaciones están basadas en los componentes y no son exclusivas de la combinación.

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo

Reacciones Cardiovasculares/Respiratorias

Como otros agentes oftálmicos de aplicación tópica, timolol se absorbe sistémicamente. Debido al componente beta-adrenérgico, timolol, pueden ocurrir los mismos tipos de reacciones adversas cardiovasculares, pulmonares y otras, que las que se presentan con los bloqueantes beta-adrenérgicos sistémicos. La incidencia de reacciones adversas sistémicas después de la administración oftálmica tópica es más baja que para la administración sistémica. Para reducir la absorción sistémica, ver sección 4.2.

Trastornos cardiacos:

Se debe valorar críticamente en pacientes con enfermedades cardiovasculares (p. ej. cardiopatía coronaria, angina de Prinzmetal e insuficiencia cardiaca) y terapia hipotensora con betabloqueantes, y se debe considerar la terapia con otros ingredientes activos. Se debe vigilar en pacientes con enfermedades cardiovasculares signos de deterioro de estas enfermedades y de reacciones adversas.

Debido a su efecto negativo en el tiempo de conducción, los betabloqueantes deben ser dados solamente con precaución a pacientes con bloqueo cardiaco de primer grado.

Trastornos vasculares:

Se debe tratar con precaución a los pacientes con alteración/trastornos circulatorios periféricos graves (p. ej. formas graves de la enfermedad de Raynaud o síndrome de Raynaud).

Trastornos respiratorios:

Se han notificado reacciones respiratorias, incluyendo muerte debido a broncoespasmos en pacientes con asma, después de la administración de algunos betabloqueantes oftálmicos.

COSOPT PF debe ser usado con precaución en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) leve/moderada, y solamente si el beneficio potencial supera al riesgo potencial.

Insuficiencia hepática

Este medicamento no ha sido estudiado en pacientes con insuficiencia hepática y, por lo tanto, se debe utilizar con precaución en estos pacientes.

Inmunología e hipersensibilidad

Como otros agentes oftálmicos de aplicación tópica, este medicamento puede absorberse sistémicamente. Dorzolamida contiene un grupo sulfamido, lo cual ocurre también en las sulfamidas. Por lo tanto, con la administración tópica, puede presentarse el mismo tipo de reacciones adversas que se presenta con la administración sistémica de sulfamidas, incluyendo reacciones graves tales como síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica. Si se presentasen signos de reacciones graves o de hipersensibilidad, interrumpir el uso de este preparado.

Con este medicamento se han visto efectos adversos oculares locales, similares a los observados con colirios de dorzolamida hidrocloreuro. Si se producen dichas reacciones, se deberá considerar la interrupción de COSOPT PF.

Durante la administración de betabloqueantes, los pacientes con historia clínica de atopia o antecedentes de reacciones anafilácticas graves a diversos alérgenos pueden ser más reactivos a la exposición repetida a estos alérgenos y pueden no responder a las dosis habituales de adrenalina utilizadas para tratar las reacciones anafilácticas.

Tratamiento concomitante

El efecto en la presión intraocular o los efectos conocidos del bloqueo beta sistémico pueden ser potenciados cuando se administra timolol a pacientes que están recibiendo un agente betabloqueante sistémico. La respuesta de estos pacientes debe ser estrechamente observada. No se recomienda el uso de dos agentes bloqueantes beta-adrenérgicos tópicos (ver sección 4.5).

No se recomienda el uso de dorzolamida e inhibidores orales de la anhidrasa carbónica.

Retirada de la terapia

Al igual que con betabloqueantes sistémicos, cuando sea necesario suspender el timolol oftálmico en pacientes con enfermedad cardíaca coronaria, la terapia debe ser retirada de forma gradual.

Efectos adicionales del bloqueo beta

Hipoglucemia/diabetes:

Los betabloqueantes se deben administrar con precaución en pacientes bajo hipoglucemia espontánea o en pacientes con diabetes lábil, ya que los betabloqueantes pueden enmascarar los signos y síntomas de la hipoglucemia aguda.

Los betabloqueantes pueden también enmascarar signos de hipertiroidismo. Una retirada brusca de la terapia betabloqueante puede precipitar un empeoramiento de los síntomas.

Enfermedades corneales

Los betabloqueantes oftálmicos pueden inducir sequedad de los ojos. Se deben tratar con precaución a los pacientes con enfermedades corneales.

Anestesia quirúrgica

Las preparaciones oftalmológicas betabloqueantes pueden bloquear los efectos betaagonistas sistémicos, como por ejemplo de la adrenalina. Se debe informar al anestesista si el paciente está utilizando timolol.

La terapia con betabloqueantes puede agravar los síntomas de miastenia gravis.

Efectos adicionales de la inhibición de la anhidrasa carbónica

La terapia con inhibidores orales de la anhidrasa carbónica ha sido asociada con urolitiasis como consecuencia de alteraciones ácido-básicas, especialmente en pacientes con antecedentes de cálculo renal. Aunque no se han observado alteraciones del equilibrio ácido-base con COSOPT (formulación con conservante), se ha notificado urolitiasis con baja frecuencia. Dado que COSOPT PF contiene un inhibidor tópico de la anhidrasa carbónica que se absorbe sistémicamente, los pacientes con antecedentes de cálculo renal pueden tener un riesgo mayor de padecer urolitiasis mientras usan este medicamento.

Otros

El tratamiento de pacientes con glaucoma agudo de ángulo cerrado requiere intervenciones terapéuticas además de los agentes hipotensores oculares. Este medicamento no ha sido estudiado en pacientes con glaucoma agudo de ángulo cerrado.

Se han notificado casos de edema corneal y descompensación corneal irreversible en pacientes con defectos corneales crónicos pre-existentes y/o historia de cirugía intraocular mientras usaban dorzolamida. Hay un incremento potencial de desarrollar edema corneal en pacientes con recuento de células del endotelio bajo. Se debe usar con precauciones cuando se prescribe COSOPT PF a estos grupos de pacientes.

Se ha notificado desprendimiento coroideo con la administración de tratamientos supresores acuosos (p. ej. timolol, acetazolamida) después de los procedimientos de filtración.

Al igual que con el uso de otros medicamentos antiglaucoma, se ha notificado una disminución en la respuesta a timolol maleato oftálmico después de su uso prolongado en algunos pacientes. No obstante, en ensayos clínicos en los cuales se hizo un seguimiento a 164 pacientes durante al menos

tres años, no se observó ninguna diferencia significativa en la presión intraocular media después de la estabilización inicial.

Utilización de lentes de contacto

Este medicamento no se ha estudiado en pacientes que utilizan lentes de contacto.

Población pediátrica

Ver sección 5.1.

Uso en deportistas: Este medicamento contiene timolol que puede producir un resultado positivo en las pruebas de control de dopaje.

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Con COSOPT PF no se han realizado estudios específicos de interacción medicamentosa.

En un ensayo clínico, este medicamento ha sido utilizado concomitantemente con los siguientes medicamentos sistémicos sin evidencia de interacciones adversas: inhibidores de la ECA, bloqueantes de los canales de calcio, diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos, incluyendo aspirina, y hormonas (p. ej. estrógenos, insulina, tiroxina).

Cuando se administra la solución betabloqueante oftálmica de forma concomitante con bloqueantes de los canales de calcio, medicamentos causantes de depleción de las catecolaminas o agentes bloqueantes beta-adrenérgicos, antiarrítmicos (como amiodarona), glucósidos digitálicos, parasimpaticomiméticos, guanetidina, narcóticos, e inhibidores de la monoamina oxidasa (MAO), hay una posibilidad de efectos aditivos que resultan en hipotensión y/o marcada bradicardia.

Durante el tratamiento combinado con inhibidores del CYP2D6 (p. ej. quinidina, fluoxetina, paroxetina) y timolol, se ha notificado un betabloqueo sistémico potenciado (p. ej. disminución de la frecuencia cardíaca, depresión).

Aunque COSOPT (formulación con conservante) sólo tiene un efecto escaso o nulo sobre el tamaño de la pupila, se ha notificado midriasis ocasionalmente como resultado del uso concomitante de betabloqueantes oftálmicos con adrenalina (epinefrina).

Los betabloqueantes pueden aumentar el efecto hipoglucémico de los fármacos antidiabéticos.

Los agentes bloqueantes beta-adrenérgicos orales pueden exacerbar la hipertensión rebote que puede acompañar a la retirada de la clonidina.

4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia

Uso Durante el Embarazo

COSOPT PF no se debe utilizar durante el embarazo.

Dorzolamida

No hay disponibles datos clínicos adecuados en embarazos expuestos. En conejos, dorzolamida produjo efectos teratogénicos a dosis maternotóxicas (ver sección 5.3).

Timolol

No hay datos adecuados para el uso de timolol en mujeres embarazadas. El timolol no debe ser usado durante el embarazo a menos de que sea claramente necesario. Para reducir la absorción sistémica, ver sección 4.2.

Los estudios epidemiológicos no han revelado efectos de malformación pero muestran un riesgo de retraso en el crecimiento intrauterino cuando se administran betabloqueantes por vía oral. Además, cuando los betabloqueantes han sido administrados hasta el parto se han observado en los neonatos los signos y síntomas de los betabloqueantes (p. ej. bradicardia, hipotensión, dificultad respiratoria e hipoglucemia). Si se administra este medicamento hasta el parto, el neonato debe ser cuidadosamente monitorizado durante los primeros días de vida.

Uso Durante la Lactancia

Se desconoce si dorzolamida se excreta en la leche materna. En ratas lactantes a las que se les administraba dorzolamida, se apreció un descenso en la ganancia del peso vivo de la progenie. Los betabloqueantes se excretan en la leche materna. Sin embargo, a las dosis terapéuticas de timolol en colirio en solución no es probable que estuvieran presentes, en la leche materna, suficientes cantidades como para producir síntomas clínicos de betabloqueantes en lactantes. Para reducir la absorción sistémica, ver sección 4.2. No se recomienda la lactancia si se requiere el tratamiento con COSOPT PF.

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Posibles efectos secundarios como visión borrosa pueden afectar a la capacidad de algunos pacientes para conducir y/o utilizar máquinas.

4.8 Reacciones adversas

En un ensayo clínico para COSOPT PF, las reacciones adversas observadas han sido consistentes con las notificadas previamente con COSOPT (formulación con conservante), dorzolamida hidrocloreuro y/o timolol maleato.

En el curso de los ensayos clínicos, 1.035 pacientes fueron tratados con COSOPT (formulación con conservante). Alrededor del 2,4% de todos los pacientes interrumpieron el tratamiento con COSOPT (formulación con conservante) debido a reacciones adversas oculares locales y aproximadamente el 1,2% de todos los pacientes lo interrumpieron por reacciones adversas locales que sugerían la presencia de alergia o hipersensibilidad (como inflamación del párpado y conjuntivitis).

Se ha comprobado que COSOPT PF tiene un perfil de seguridad similar al de COSOPT (formulación con conservante) en un estudio comparativo con doble enmascaramiento y dosis repetidas.

Las reacciones adversas siguientes han sido notificadas con COSOPT PF o uno de sus componentes, bien durante ensayos clínicos o durante la experiencia tras la comercialización:

Como otros medicamentos oftálmicos de aplicación tópica, timolol se absorbe en la circulación sistémica. Esto puede causar reacciones adversas similares a las que aparecen con agentes betabloqueantes sistémicos. La incidencia de reacciones adversas sistémicas después de la administración oftálmica tópica es más baja que para la administración sistémica.

[Muy frecuentes: ($\geq 1/10$), Frecuentes: ($\geq 1/100$, $< 1/10$), Poco frecuentes: ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), Raras: ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$) y Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles)]

| Clasificación de órganos del sistema (MedDRA) | Formulación | Muy frecuentes | Frecuentes | Poco frecuentes | Raras | Frecuencia no conocida ** |
|---|---|-------------------|--|-------------------|---|---------------------------|
| Trastornos del sistema inmunológico | <u>COSOPT PF</u> | | | | signos y síntomas de reacciones alérgicas sistémicas, incluyendo angioedema, urticaria, prurito, erupción, anafilaxia | |
| | <u>Colirio en solución de timolol maleato</u> | | | | signos y síntomas de reacciones alérgicas, incluyendo angioedema, urticaria, erupción generalizada y localizada, anafilaxia | prurito |
| Trastornos del metabolismo y de la nutrición | <u>Colirio en solución de timolol maleato</u> | | | | | hipoglucemia |
| Trastornos psiquiátricos | <u>Colirio en solución de timolol maleato</u> | | | depresión* | insomnio*, pesadillas*, pérdida de memoria | |
| Trastornos del sistema nervioso | <u>Colirio en solución de dorzolamida hidrocloreuro</u> | | cefalea* | | mareos*, parestesia* | |
| | <u>Colirio en solución de timolol maleato</u> | | cefalea* | mareos*, síncope* | parestesia*, aumento en los signos y síntomas de miastenia gravis, disminución de la libido*, accidente cerebrovascular*, isquemia cerebral | |
| Trastornos oculares | <u>COSOPT PF</u> | ardor y pinchazos | inyección conjuntival, visión borrosa, erosión corneal, prurito ocular, lagrimeo | | | |
| | <u>Colirio en</u> | | inflamación | iridociclitis* | irritación | |

| Clasificación de órganos del sistema (MedDRA) | Formulación | Muy frecuentes | Frecuentes | Poco frecuentes | Raras | Frecuencia no conocida ** |
|--|---|-----------------------|---|---|---|--|
| | <u>solución de dorzolamida hidrocloreuro</u> | | del párpado*, irritación del párpado* | | incluyendo enrojecimiento*, dolor*, costras en el párpado*, miopía transitoria (que se resuelve al suspender la terapia), edema corneal*, hipotonía ocular*, desprendimiento o corioideo (después de la cirugía de filtración)* | |
| | <u>Colirio en solución de timolol maleato</u> | | signos y síntomas de irritación ocular incluyendo blefaritis*, queratitis*, disminución de la sensibilidad corneal, y ojos secos* | trastornos visuales incluyendo cambios refractivos (debido al abandono de la terapia miótica en algunos casos)* | ptosis, diplopía, desprendimiento o corioideo después de la cirugía de filtración* (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo 4.4) | prurito, lagrimeo, enrojecimiento, visión borrosa, erosión corneal |
| Trastornos del oído y del laberinto | <u>Colirio en solución de timolol maleato</u> | | | | tinnitus* | |
| Trastornos cardíacos | <u>Colirio en solución de timolol maleato</u> | | | bradicardia* | dolor torácico*, palpitación*, edema*, arritmia*, insuficiencia cardíaca congestiva*, parada cardíaca*, bloqueo cardíaco | bloqueo auriculoventricular, insuficiencia cardíaca |
| Trastornos vasculares | <u>Colirio en solución de timolol maleato</u> | | | | hipotensión*, claudicación, fenómeno de Raynaud*, manos y pies fríos* | |
| Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos | <u>COSOPT PF</u> | | sinusitis | | respiración entrecortada, insuficiencia respiratoria, | |

| Clasificación de órganos del sistema (MedDRA) | Formulación | Muy frecuentes | Frecuentes | Poco frecuentes | Raras | Frecuencia no conocida ** |
|---|---|-----------------------|-------------------|------------------------|---|-------------------------------------|
| | | | | | rinitis, raramente broncoespasmo | |
| | <u>Colirio en solución de dorzolamida hidrocloreuro</u> | | | | epistaxis* | |
| | <u>Colirio en solución de timolol maleato</u> | | | disnea* | broncoespasmo (predominante en pacientes con enfermedad broncoespástica pre-existente)*, insuficiencia respiratoria, tos* | |
| Trastornos gastrointestinales | <u>COSOPT PF</u> | disgeusia | | | | |
| | <u>Colirio en solución de dorzolamida hidrocloreuro</u> | | náuseas* | | irritación de garganta, boca seca* | |
| | <u>Colirio en solución de timolol maleato</u> | | | náuseas*, dispepsia* | diarrea, boca seca* | disgeusia, dolor abdominal, vómitos |
| Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo | <u>COSOPT PF</u> | | | | dermatitis de contacto, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica | |
| | <u>Colirio en solución de dorzolamida hidrocloreuro</u> | | | | erupción* | |
| | <u>Colirio en solución de timolol maleato</u> | | | | alopecia*, erupción psoriasiforme o exacerbación de psoriasis* | erupción cutánea |
| Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo | <u>Colirio en solución de timolol maleato</u> | | | | lupus eritematoso sistémico | mialgia |
| Trastornos renales y urinarios | <u>COSOPT PF</u> | | | urolitiasis | | |
| Trastornos del aparato | <u>Colirio en solución de</u> | | | | enfermedad de Peyronie*, | disfunción sexual |

| Clasificación de órganos del sistema (MedDRA) | Formulación | Muy frecuentes | Frecuentes | Poco frecuentes | Raras | Frecuencia no conocida ** |
|---|--|----------------|------------------|------------------|--------------------------|---------------------------|
| reproductor y de la mama | <u>timolol maleato</u> | | | | disminución de la libido | |
| Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración | <u>Colirio en solución de dorzolamida hidrocloruro</u> | | astenia/fatiga * | | | |
| | <u>Colirio en solución de timolol maleato</u> | | | astenia/fatiga * | | |

*Estas reacciones adversas también se observaron con COSOPT (formulación con conservante) durante la experiencia tras la comercialización.

**Se han apreciado reacciones adversas adicionales con betabloqueantes oftálmicos y puede ocurrir posiblemente con COSOPT PF.

4.9 Sobredosis

No existen datos disponibles en el hombre acerca de la sobredosis por ingestión accidental o deliberada de COSOPT (formulación con conservante) o COSOPT PF.

Síntomas

Existen informes de sobredosis inadvertida con la solución oftálmica de timolol maleato que causaron efectos sistémicos semejantes a los observados con los agentes bloqueantes beta-adrenérgicos sistémicos, tales como mareo, cefalea, respiración entrecortada, bradicardia, broncoespasmo y parada cardíaca. Los signos y síntomas más comunes que se pueden esperar por sobredosis con dorzolamida son desequilibrio electrolítico, desarrollo de un estado acidótico y, posiblemente, efectos sobre el sistema nervioso central.

Solo se dispone de información limitada acerca de la sobredosis por ingestión accidental o deliberada de dorzolamida hidrocloruro en humanos. Se ha notificado somnolencia con la administración oral. Con la administración tópica se han notificado: náuseas, mareos, cefalea, fatiga, sueños anómalos y disfagia.

Tratamiento

El tratamiento debe ser sintomático y de soporte. Se deben monitorizar los niveles séricos de electrolitos (particularmente el potasio) y los niveles de pH sanguíneo. Los estudios han demostrado que timolol no se dializa fácilmente.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: Preparados contra el glaucoma y mióticos, agentes betabloqueantes, timolol, combinaciones, código ATC: S01ED51

Mecanismo de acción

COSOPT PF consta de dos componentes: dorzolamida hidrocloreuro y timolol maleato. Cada uno de estos dos componentes disminuye la presión intraocular elevada reduciendo la secreción de humor acuoso, aunque utilizando cada uno diferentes mecanismos de acción.

Dorzolamida hidrocloreuro es un potente inhibidor de la anhidrasa carbónica II humana. La inhibición de la anhidrasa carbónica en los procesos ciliares de los ojos disminuye la secreción de humor acuoso, probablemente enlenteciendo la formación de iones bicarbonato con la subsiguiente reducción del transporte de sodio y fluido. Timolol maleato es un agente bloqueante no selectivo de los receptores beta-adrenérgicos. Por ahora, no está claramente establecido el mecanismo exacto de acción a través del cual timolol maleato reduce la presión intraocular, aunque un estudio con fluoresceína y estudios de tonografía indican que la acción predominante puede estar relacionada con una formación acuosa reducida. Sin embargo, también se ha observado en algunos estudios, un ligero incremento de la facilidad de flujo. El efecto combinado de estos dos agentes ocasiona una reducción adicional de la presión intraocular (PIO) en comparación con la administración de cualquiera de los componentes por separado.

Tras la administración tópica, COSOPT PF reduce la presión intraocular elevada, relacionada o no con glaucoma. El aumento de la presión intraocular es un factor de riesgo principal en la patogenia de las lesiones del nervio óptico y de la pérdida glaucomatosa del campo visual. Este medicamento reduce la presión intraocular sin los efectos secundarios más frecuentes de los mióticos, tales como ceguera nocturna, espasmos acomodativos y constricción pupilar.

Efectos farmacodinámicos

Efectos clínicos

Se llevaron a cabo ensayos clínicos de hasta 15 meses de duración para comparar el efecto sobre el descenso de la PIO de COSOPT (formulación con conservante) administrado 2 veces al día (por la mañana y al acostarse) con dosis de timolol al 0,5% y dorzolamida al 2,0% administrados individualmente y concomitantemente a pacientes con glaucoma o hipertensión ocular, para los que el tratamiento concomitante fue considerado adecuado en los ensayos. En los estudios fueron incluidos tanto pacientes no tratados como pacientes no controlados adecuadamente con monoterapia de timolol. Antes de su inclusión en el estudio, la mayoría de los pacientes habían sido tratados con monoterapia de betabloqueantes tópicos. En un análisis de los estudios combinados, el efecto de reducción de la PIO de COSOPT (formulación con conservante) administrado 2 veces al día fue superior que la monoterapia con dorzolamida al 2% administrado 3 veces al día o que la de timolol al 0,5% administrado 2 veces al día. El efecto de la reducción de la PIO de COSOPT (formulación con conservante) administrado 2 veces al día fue equivalente al del tratamiento concomitante con dorzolamida administrado 2 veces al día y timolol administrado 2 veces al día. El efecto de reducción de la PIO de COSOPT (formulación con conservante) administrado 2 veces al día fue demostrado cuando se determinó ésta a distintas horas a lo largo del día y este efecto se mantuvo durante la administración a largo plazo.

En un estudio doble enmascarado, paralelo y controlado con tratamiento activo en 261 pacientes con una presión intraocular elevada ≥ 22 mmHg en uno o en ambos ojos, COSOPT PF ejerció un efecto de reducción de la PIO equivalente al de COSOPT (formulación con conservante). El perfil de seguridad de COSOPT PF fue similar al de COSOPT (formulación con conservante).

Población pediátrica

Se ha realizado un ensayo controlado de 3 meses de duración, con el objetivo primario de documentar la seguridad de la solución oftálmica de dorzolamida hidrocloreuro 2% en niños menores de 6 años de edad. En este estudio, 30 pacientes de entre 2 y 6 años, cuya presión intraocular no estaba adecuadamente controlada con la monoterapia con dorzolamida o timolol, recibieron COSOPT (formulación con conservante) en una fase abierta. No se ha establecido la eficacia en estos pacientes. En este pequeño grupo de pacientes, la administración de COSOPT (formulación con conservante) dos veces al día fue por lo general bien tolerada, 19 pacientes completaron el tratamiento y 11 lo interrumpieron por cirugía, un cambio de medicación u otras razones.

5.2 Propiedades farmacocinéticas

Dorzolamida hidrocloreuro

A diferencia de los inhibidores de la anhidrasa carbónica orales, la administración tópica de dorzolamida hidrocloreuro permite al principio activo ejercer su efecto directamente sobre los ojos a una dosis sustancialmente menor y, por lo tanto, con una menor exposición sistémica. En ensayos clínicos, esto se tradujo en una reducción de la PIO sin los trastornos acidobásicos ni las alteraciones electrolíticas características de los inhibidores de la anhidrasa carbónica orales.

Cuando se aplica tópicamente, la dorzolamida alcanza la circulación sistémica. Para evaluar la potencial inhibición sistémica de la anhidrasa carbónica (AC) tras la administración tópica, se determinaron la concentración del principio activo y de los metabolitos en el plasma y en los hematíes, y la inhibición de la anhidrasa carbónica en los hematíes. Durante la administración crónica, dorzolamida se acumula en los hematíes como resultado de la unión selectiva a la AC-II, mientras en el plasma se mantienen concentraciones extraordinariamente bajas del principio activo libre. El principio activo original forma un único metabolito N-desetilado, que inhibe la AC-II con menos potencia que el principio activo original, aunque también inhibe un isoenzima menos activo (AC-I). El metabolito se acumula también en los hematíes, donde se une principalmente a la AC-I. Dorzolamida se une moderadamente a las proteínas plasmáticas (aproximadamente el 33%). Dorzolamida se excreta inalterada principalmente por la orina; el metabolito también se excreta por la orina. Al finalizar la dosificación, dorzolamida se elimina de los hematíes de manera no lineal, dando lugar inicialmente a un rápido descenso de la concentración del principio activo, seguido de una fase de eliminación más lenta con una semivida de alrededor de cuatro meses.

Cuando dorzolamida se administró por vía oral para simular la máxima exposición sistémica tras una administración ocular tópica a largo plazo, el estado de equilibrio se alcanzó a las 13 semanas. En el estado de equilibrio, no existía virtualmente nada de principio activo libre o de metabolito en plasma; la inhibición de la AC en los hematíes fue menor que la que se suponía que era necesaria para conseguir un efecto farmacológico sobre la función renal o sobre la respiración. Tras la administración crónica de dorzolamida hidrocloreuro tópica se observaron resultados farmacocinéticos semejantes. Sin embargo, algunos pacientes de edad avanzada con insuficiencia renal (CrCl estimado de 30-60 ml/min) presentaban concentraciones superiores de metabolito en los hematíes, aunque no se apreciaron diferencias importantes en la inhibición de la anhidrasa carbónica, ni los efectos secundarios sistémicos directamente atribuibles a este hallazgo fueron clínicamente significativos.

Timolol maleato

En un estudio de concentración plasmática del principio activo en seis sujetos, se determinó la exposición sistémica a timolol tras la administración tópica dos veces al día de solución oftálmica de timolol maleato al 0,5%. La concentración media del pico plasmático después de la aplicación de la mañana fue de 0,46 ng/ml y tras la dosificación de la tarde fue de 0,35 ng/ml.

5.3 Datos preclínicos sobre seguridad

El perfil de seguridad ocular y sistémico de los distintos componentes está bien establecido.

Dorzolamida

Se observaron malformaciones de los cuerpos vertebrales, en conejos que recibieron dosis maternotóxicas de dorzolamida asociado con acidosis metabólica.

Timolol

Los estudios en animales no han mostrado efecto teratogénico.

Además, en animales tratados tópicamente con soluciones oftálmicas de dorzolamida hidrocloreto y de timolol maleato, no se apreciaron efectos secundarios oculares, ni tampoco en aquéllos a los que se administró concomitantemente dorzolamida hidrocloreto y timolol maleato. Los estudios *in vivo* e *in vitro* con cada uno de los componentes no revelaron un potencial mutagénico. Por lo tanto, a dosis terapéuticas de COSOPT PF, no cabe esperar riesgos significativos para la seguridad en el hombre.

6. DATOS FARMACÉUTICOS

6.1 Lista de excipientes

Hidroxietil celulosa

Manitol (E421)

Citrato de sodio (E331)

Hidróxido de sodio (E524) para ajustar pH

Agua para preparaciones inyectables.

6.2 Incompatibilidades

No procede.

6.3 Periodo de validez

2 años.

Tras 15 días de la primera apertura del sobre desechar los envases unidosis no utilizados.

Tras su uso desechar inmediatamente el envase unidosis abierto.

6.4 Precauciones especiales de conservación

No conservar a temperatura superior a 30°C.

No congelar.

Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz.

6.5 Naturaleza y contenido del envase

Se dispone de COSOPT PF en envases unidosis de polietileno de baja densidad de 0,2 ml acondicionados en un sobre de aluminio que contiene 15 envases unidosis.

Tamaños de envases:

30 envases unidosis de 0,2 ml (2 sobres con 15 envases)

60 envases unidosis de 0,2 ml (4 sobres con 15 envases)

120 envases unidosis de 0,2 ml (8 sobres con 15 envases)

Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases.

6.6 Precauciones especiales de eliminación

Ninguna especial.

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

MERCK SHARP & DOHME DE ESPAÑA, S.A.
C/ Josefa Valcárcel, 38
28027 Madrid, España

8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

73.508

9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Julio 2011

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

Mayo 2012