



VÍDEOS

 MSD OFTALMOLOGÍA


(clorhidrato de dorzolamida y maleato de timolo)


Saflutan[®]
(tafluprost)

V-1

FLOPPY IRIS: IMPLANTE DE LENTE ARTISAN EN TRES TIEMPOS

ANGLADA ESCALONA J. Ramón, GÓMEZ PÉREZ Sandra, CASTELLVÍ MANENT Jordi, ARANDA YUS Alberto,

Propósito: Implante secundario y estable de lente Artisan en floppy iris

Método: Presentamos el caso de una paciente de 96 años con ojo único, que es remitida a nuestra Unidad tras cirugía de la catarata, por desinserción zonular total, caída de restos a vítreo, hipertensión ocular e imposibilidad de implante. Planteamos vitrectomía posterior 23G e implante en cámara anterior de lente Artisan por cirujano experto. Tras sucesivos intentos no conseguimos fijar la lente por el comportamiento floppy del iris. Retiramos las suturas, invertimos la lente y la fijamos a cavidad posterior. La lente se luxa de un háptico a las 48 h. Como solución planteamos el implante en cámara anterior, fijado mediante aspiración del iris, utilizando la cánula de aspiración de micromics, Consolas Constellation y Stellaris operativas a la vez y controladas por dos pedales más el del microscopio.

Resultados: Presentamos las dificultades y la solución en el vídeo. Tres meses después de la cirugía la lente está estable y sin más incidencias.

Conclusión: La fijación mediante aspiración con cánula de micromics es una alternativa a la técnica convencional en los casos de floppy iris. Nota: ningún autor tiene interés comercial en los productos utilizados.

Vídeos

V-2

CONSERVAR EL CUERPO VÍTREO COMO RESERVORIO DE ANTIANGIOGÉNICOS; UN RETO EN LA CATARATA IATRÓGENA CON RUPTURA DE LA CÁPSULA POSTERIOR

FIDALGO BRONCANO Álvaro, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando, ZARCO TEJADA José Manuel, RIVERA SALAZAR Jorge, NÚÑEZ PLASCENCIA Raquel, CELIS SÁNCHEZ Javier, BARRAJÓN RODRÍGUEZ Ángela,

Propósito: Mostrar una posibilidad de abordaje quirúrgico de una catarata iatrógena con ruptura de cápsula posterior secundaria a la inyección de un antiangiogénico en un paciente con Degeneración Macular Asociada a la Edad.

Método: Mujer de 82 años con ojo único funcional y en tratamiento con inyecciones intravítreas por Degeneración Macular Asociada a la Edad. Se realizó una viscodisección con viscoelástico dispersivo para evitar la caída del núcleo a polo posterior. A continuación se luxó la catarata a cámara anterior y se procedió a su facoemulsificación. Una vez terminado este paso, se colocó una cánula de vitrectomía 23G en pars plana para cortar las bridas vítreas con una microtijera. Posteriormente y con un vitrectomo, se completó la limpieza del vítreo en cámara anterior. Para finalizar, se introdujo una lente intraocular de tres piezas en sulcus, luxando la óptica en la capsulorrexis anterior.

Resultados: Se consiguió resolver la complicación quirúrgica sin la eliminación del cuerpo vítreo, quedando el ojo compartimentalizado.

Conclusiones: La viscodisección cristaliniiana podría ser una buena opción quirúrgica para tratar la catarata iatrógena tras ruptura de la cápsula posterior. Con esta maniobra se podría evitar la luxación de la catarata a cámara vítrea. La colocación de una cánula de vitrectomía por microesclerotomía puede ser una ayuda fundamental para limpiar de vítreo la cámara anterior. Evitando la eliminación del cuerpo vítreo favorecemos la permanencia de futuras inyecciones de antiangiogénicos en el ojo.

Vídeos

V-3

CIRUGÍA DE CATARATA EN EL TERCER MUNDO FILMADA CON TELEFONÍA MÓVIL Y MICROSCOPIO

GARCÍA MARTÍN Elena, MARTÍ HUGUET Tomás, CÁMARA HERMOSO Julio de la, PABLO JÚLVEZ Luis Emilio

Propósito: Mostrar la técnica quirúrgica utilizada en el tercer mundo para tratar cataratas ambarinas empleando un video grabado un teléfono móvil que ha sido adaptado a los binoculares auxiliares del microscopio mientras el cirujano realiza la cirugía.

Método: Se muestra una cirugía extracapsular reglada realizada en el tercer mundo (Etiopía) que fue grabada con un dispositivo móvil adaptado sobre los binoculares del microscopio. La técnica quirúrgica empleada se caracteriza porque no requiere el uso de sutura, realiza una incisión tunelizada que permite una coaptación muy eficaz con estabilidad de la cámara anterior y de la lente intraocular, y obtiene buenos resultados funcionales y anatómicos en el postoperatorio inmediato y diferido, con mejoría importante de la agudeza visual en ojos ciegos por catarata ambarina.

Resultados: La adquisición de imagen y video de la técnica quirúrgica con ayuda de un dispositivo móvil, abre una nueva vía para realizar docencia en el tercer mundo, en concreto para enseñar a los cirujanos nativos que están formándose en oftalmología. Esta técnica permite mejorar la docencia sin necesidad de adquirir equipos o tecnología de alto coste, que resultaría inviable en estos países con economías desfavorecidas.

Conclusiones: La telefonía móvil actual permite tomar imágenes y videos adecuados para hacer docencia con los medios disponibles en el tercer mundo.

Vídeos

V-4

INYECTOR MOTORIZADO

SÁENZ DE VITERI VÁZQUEZ Manuel, ALFONSO BARTOLOZZI Belén, MORENO MONTAÑÉS Javier

Propósito: Evaluar la eficacia y seguridad del inyector motorizado Autosert de Alcon, para la inyección de lentes intraoculares por incisiones menores a 2,2 mm en cirugía de catarata. Método: Se muestran cirugías de catarata en las que se utilizó el inyector motorizado Autosert de Alcon para la inserción de lentes, Acrysof por incisiones de 2,2mm y 2 mm, utilizando distintos métodos para la estabilización del globo ocular (sujeción desde la paracentesis accesoria con una espátula o anillo de Kelman). Se realizaron mediciones del tamaño de la incisión antes y después de la inyección de la lente intraocular.

Resultados: Una incisión de menor tamaño ofrece varios beneficios, entre los que destacan una menor inflamación postquirúrgica, menor astigmatismo inducido y recuperación visual más rápida. Además, una incisión de menor tamaño reduciría el riesgo de contaminación e infecciones posquirúrgicas. El inyector motorizado Autosert permite la inserción de lentes con una velocidad constante, permitiendo el uso de incisiones menores a 2,4 mm incluso en lentes de alto poder dióptrico. Además, permite al cirujano tener una mano libre para estabilizar el globo ocular, facilitando el contacto estrecho del cartucho con los bordes de la herida. El uso del inyector motorizado Autosert permite la inserción de lentes Acrysof a través de incisiones de 2 mm en cirugía de catarata, de manera segura, eficaz y reproducible.

Conclusiones: Durante los últimos años existe un interés creciente por disminuir el tamaño de las incisiones en la cirugía de catarata. El inyector mecanizado es una herramienta segura y eficaz que permite la inserción de lentes por incisiones de menor tamaño.

Vídeos

V-5

SUTURA LIO A SULCUS UTILIZANDO UN BOLSILLO ESCLERAL: CIRUGÍA PASO A PASO

STOICA Bazil Tit-Liviu, CORREDERA SALINERO Esther

Propósito: En los casos de subluxación del complejo LIO-saco capsular, la sutura a sulcus es la primera opción de tratamiento. Describimos una técnica quirúrgica que utiliza un bolsillo escleral, presentando la cirugía paso a paso y destacando las ventajas de esta variante.

Método: presentación video de un caso clinic

Resultados: En el video mostramos todos los pasos de la cirugía explicando como se realiza el bolsillo escleral. Esta modificación ofrece múltiples ventajas: el bolsillo es más fácil de construir que un tapete escleral y además no hace falta suturarlo al final, ofrece una superficie mas grande para pasar la aguja y el nudo queda directamente enterrado en el bolsillo sin necesidad de manipular la sutura.

Conclusiones: La utilización del bolsillo escleral para suturar el complejo LIO-saco capsular a sulcus representa un método elegante y simplificado que ofrece muchas ventajas.

Vídeos

V-6

CIRUGÍA DE CATARATA SUB-1MM ASISTIDA CON LÁSER DE FEMTOSEGUNDO

FERNÁNDEZ PÉREZ Joaquín, VALERO MARCOS Almudena, MARTÍNEZ PEÑA Francisco Javier

Introducción: Presentamos el caso de un paciente de 65 años con catarata intervenido con láser de femtosegundo (plataforma Victus®-Technolas / Bausch & Lomb) seguido de facoemulsificación bimanual a través de incisiones menores a 1 mm.

Maniobra Quirúrgica: En primer lugar una vez posicionado el paciente se realiza la fijación del anillo de succión. Podremos asegurar el correcto "docking" gracias al control en la pantalla mediante tomografía de coherencia óptica (OCT), que permite ver las estructuras del polo anterior del ojo a tiempo real durante todo el proceso. A continuación se realiza el marcado de la cápsula anterior y posterior. El láser realiza la capsulorrexis y fragmentación del núcleo (en este caso en 6 cuadrantes). A partir de este momento comienza la facoemulsificación. Realizamos microincisiones por debajo de 1 mm, extraemos la cápsula tras la aplicación de brilliant-blue® y viscoelástico. La hidrodiseción es un paso crucial teniendo que ser efectiva para poder extraer con facilidad los fragmentos y cortex. Realizamos un prechopeo previo a la eliminación del núcleo. Tras la limpieza del saco capsular se introduce una lente multifocal tras ampliar la incisión a 1.8 mm.

Conclusiones: La cirugía con láser de femtosegundo nos permite poder realizar la cirugía a través de microincisión, proporcionando mayor reproductibilidad y seguridad en pasos como la capsulorrexis y fragmentación. En caso de implantación de lentes multifocales el láser de femtosegundo nos asegura una capsulorrexis centrada y del diámetro predeterminado. La fabricación de lentes que se puedan introducir por incisiones cada vez de menor tamaño harán que esta técnica sea de elección.

Vídeos

V-7

IMPLANTE DE LIO MONOFOCAL TÓRICA EN PACIENTE CON ASTIGMATISMO INDUCIDO POR LEUCOMA CORNEAL POSTINFECCIÓN

GARRIDO LINARES Jaime, RAMOS NAVARRO José Luis

Propósito: Corrección del astigmatismo corneal inducido por infección neonatal en paciente con cataratas con LIO monofocal tórica.

Método: Paciente varón de 58 años con un leucoma corneal postinfeccioso que le provoca un astigmatismo inducido de -4,5 D corneales y catarata nuclear en su ojo izquierdo. Tras el marcado del eje corneal en lámpara de hendidura, se realizó cirugía de cataratas mediante facoemulsificación por incisión de 3,2 mm en cornea clara previa tinción de cápsula anterior con azul tripán y bajo anestesia tópica. Se implantó una Llo monofocal tórica acrysof (SN6AT9) de 22,5 D de esfera y 6.00 de potencia de cilindro.

Resultados: La cirugía fue se resolvió sin complicaciones siendo al mes la agudeza visual del paciente de 0,8 espontánea, con Llo bien alineada con el eje corneal.

Conclusiones: Las LIOS tóricas monofocales son una herramienta muy útil en el tratamiento de ametropías ocasionadas por astigmatismos inducidos por leucomas corneales de diversos orígenes, incluidos postinfecciosos.

Vídeos

V-8

EXTRACCIÓN DE UN SEGMENTO CORNEAL INTRAESTROMAL MIGRADO A CÁMARA ANTERIOR EN PACIENTE CON QUERATOCONO

GONZÁLEZ LÓPEZ Julio José, MORCILLO LAIZ Rafael, CASADO ROJO Alfonso, ARRIBA Pablo de

Propósito: Presentar el primer caso descrito de migración a cámara anterior de un segmento corneal intraestromal (SCIE) KeraRing (Mediphacos Ltda., Belo Horizonte, Brasil), una semana después de una cirugía sin incidentes, así como la resolución quirúrgica de dicha complicación.

Métodos: Descripción de caso clínico

Resultados: Paciente de 26 años con astigmatismo irregular de -7D, paquimetría mínima de 497 μm , y aumento de la elevación posterior en ojo izquierdo. La agudeza visual corregida en ese ojo era de 0,5. Con el diagnóstico de queratocono, se adaptaron lentes de contacto rígidas, con las que la agudeza subió a 0,7. Tras dos años de uso, el paciente dejó de tolerar las lentes de contacto, por lo que se propuso la inserción de un SCIE KeraRing de 150° bajo anestesia tópica con tunelización corneal manual a un 70% del espesor corneal. En la revisión de la semana, la agudeza había bajado a 0,4, y se observó la migración del anillo hacia la cámara anterior. La OCT de segmento anterior mostró la profundización del túnel intraestromal a lo largo del trayecto. Bajo anestesia tópica, se realizó una paracentesis a las 2h, y una incisión de 2,2mm a las 10h. Se instiló acetilcolina y viscoelástico en cámara anterior, y el segmento se extrajo con pinzas de Kellman y gancho de Sinsky invertido. Las incisiones se dejaron sin suturar, y el anillo no se volvió a colocar. Seis meses después de la cirugía el ojo sigue tranquilo y la agudeza visual corregida sigue en 0,7.

Conclusiones: La migración a cámara anterior es una complicación rara tras el implante de SCIE, y puede ocurrir durante la cirugía o días después. Se trata del segundo caso descrito de esta complicación, y el primero que implica a un segmento KeraRing. La OCT de segmento anterior es útil para estudiar el trayecto del túnel estromal y descubrir el punto de perforación de la Descemet. La extracción quirúrgica del segmento puede realizarse con viscoelástico e instrumental microquirúrgico.

Vídeos

V-9

INTERCAMBIO DE ICL POR SINEQUIAS ANTERIORES CON VAULT ALTO

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

Propósito: mostrar la técnica quirúrgica para el intercambio de ICL® en un caso complicado por la existencia de sinequias anteriores y vault alto.

Método: paciente varón de 21 años con implante de lente ICL® tórica en ambos ojos de 13,7 mm, el vault en ojo derecho es de 110 micras y de 900 micras en ojo izquierdo. Al año de la intervención acude a consulta a revisión rutinaria y se observa la existencia de sinequias anteriores a las 2 y 5 horas en ojo derecho. Ante este cuadro se decide realizar un intercambio de ICL implantando una lente de menor tamaño. Técnica quirúrgica: se realiza bajo anestesia peribulbar, abordaje por vía superior, se procede en primer lugar a la liberación de las sinequias, posteriormente se procede a luxar la lente a cámara anterior. La peculiaridad de la cirugía radica en dos puntos: existencia de sinequias y cámara anterior estrecha que dificulta las maniobras quirúrgicas. Una vez que está la lente en la cámara anterior se procede a su explantación. Posteriormente implantamos una nueva ICL® tórica de menor tamaño, 13,2 mm.

Resultados: se consigue realizar el explante y posteriormente el implante de una lente de menor tamaño sin complicaciones. El resultado postquirúrgico a las 24 horas y a la semana muestra una pupila redonda y centrada, no existen sinequias y el vault es de 600 micras. La agudeza visual es 0,8, similar a la mejor corregida.

Conclusiones: un vault excesivo en una ICL® nos obliga a realizar un intercambio de lente para evitar que aparezcan complicaciones relacionadas con una cámara anterior estrecha. La cirugía se realizó sin complicaciones.

Vídeos

V-10

**SÍNDROME UVEÍTIS-GLAUCOMA-HIFEMA TRAS LENTE INTRAOCULAR SUTURADA.
PROPUESTA QUIRÚRGICA PARA TRATAR EL SÍNDROME SIN EXTRACCIÓN DE LA LENTE**

ALFAYA MUÑOZ Laura, LÓPEZ ARROQUIA Elvira, LÓPEZ MONDÉJAR Esperanza, INFANTES E., ZARCO TEJADA José Manuel, CELIS SÁNCHEZ Javier, LÓPEZ-ROMERO MORALEDA Sonia, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando

Propósito: Mostrar la solución quirúrgica para un caso de síndrome de Uveítis-Glaucoma-Hifema (UGH) inducido por una lente suturada transescleralmente en un paciente con cámara anterior muy amplia.

Método: El paciente era un varón de 80 años que quedó afáquico tras cirugía programada de facoemulsificación. Sufría iris flácido, irido y facodonesis y tenía una cámara amplia con conca-vidad de la raíz iridiana. Para resolver la afaquia se suturó una lente plegable hidrofóbica a esclera. Desarrolló en los meses posteriores a la cirugía un síndrome UGH por roce del iris con el cuerpo óptico de la lente intraocular. Para resolver dicho síndrome sin retirar la lente suturada, se procedió a la resutura intraocular de la misma mediante vitrectomía microincisional. Los hápticos reanclados a esclera con nudos tipo cow-hitch y técnica propia.

Resultados: Se consiguió colocar la lente intraocular en un plano posterior al iris, sin necesidad de extraerla. Se resolvió el síndrome UGH, al dejar de contactar el iris con la óptica de la lente.

Conclusiones: Nuestra técnica quirúrgica podría ser una buena opción en casos similares, evitando la apertura corneal, la extracción de la lente intraocular y la afaquia.

Vídeos

V-11

MANEJO QUIRÚRGICO MULTIDISCIPLINAR EN GLAUCOMA MALIGNO

FERNÁNDEZ GARCÍA Aitor, POYALES GALÁN Francisco, ROMERO ROYO Concepción, BUENO PALACÍN José

Propósito: Mostrar el manejo quirúrgico multidisciplinar en un caso complejo de Glaucoma Maligno.

Método: Se realiza en la misma intervención una Cirugía Perforante con implantación de válvula Express, una vitrectomía Anterior Vía Pars Plana y un Auto Transplante de conjuntiva para tapar el tapete escleral de la cirugía del glaucoma.

Resultados: La cirugía transcurrió sin incidencias, excepto la necesidad de la creación del colgajo conjuntival autólogo. En el post operatorio fue necesario dosis importantes de corticoides, pero dos semanas después, la cámara aumento de forma considerable, con una ampolla de filtración activa y una Presión intraocular controlada.

Conclusiones: En ocasiones es necesario el abordaje multidisciplinar de varias subespecialidades en casos quirúrgicos complejos, como el que nos ocupa, Glaucoma Maligno.

Vídeos

V-12

CREACIÓN DE TUNEL ESCLERAL EN IMPLANTE DE DISPOSITIVO DE DRENAJE

IBÁÑEZ ALPERTE Juan, PÉREZ GARCÍA Diana, CRISTÓBAL BESCÓS José Ángel

Propósito: Una de las potenciales complicaciones de los dispositivos de drenaje a medio y largo plazo es la extrusión de los mismos, que suele iniciarse en las cercanías del limbo y otra la descompensación endotelial de la córnea, en la que la proximidad del tubo al endotelio es la causa, en la que el parpadeo y los movimientos oculares, pueden ser el origen de un edema corneal progresivo. Por esta razón, hemos modificado nuestra técnica para posibilitar el alejamiento del tubo respecto del endotelio y disminuir el peligro de extrusión.

Método: Presentamos este video para mostrar una maniobra quirúrgica que pretende disminuir estos riesgos, mediante la inserción del tubo a través de un tunel escleral. Realizamos doble incisión transversal paralela a limbo, que permite la creación de un puente escleral que fije el tubo en el trayecto extraocular evitando extrusiones sin necesidad de parches, y que la anterior está situada aproximadamente a unos 3 mm del limbo, para que el control de la punta de la aguja sea más preciso, localizando mejor el punto de entrada y eligiendo el ángulo adecuado para entrar paralelo a plano de iris. El siguiente vídeo muestra estos detalles.

Resultados: La inserción del tubo a través de la creación de un túnel escleral parece favorecer un menor movimiento del tubo disminuyendo por tanto la posibilidad de descompensación corneal y el peligro de extrusión.

Conclusiones: Con frecuencia, en el postoperatorio de la colocación de un dispositivo de drenaje se observan modificaciones en la posición intracamerular del tubo. Esta maniobra resulta sencilla y eficaz, permitiendo un posicionamiento adecuado del tubo valvular.

Vídeos

V-13

MANEJO DEL GLAUCOMA EN PACIENTE CON ACEITE DE SILICONA EMULSIFICADO

LERCHUNDI PLAZA Telmo Xabier, PINAR SUEIRO Sergio, ARTARAZ BEOBIDE Joseba, JIMÉNEZ GÓMEZ Beatriz

Propósito: Este vídeo trata de mostrar las dificultades que se presentan en un paciente debido al aceite de silicona emulsificado en cámara anterior y las diferentes soluciones que se le van dando.

Método: Se trata de paciente varón de 30 años (VIH +) que sufre un desprendimiento de retina secundario a un proceso inflamatorio intraocular por Toxoplasmosis. Tras la vitrectomía se decide dejar aceite de silicona y aunque se extrae posteriormente, algunas burbujas permanecen emulsificadas en cámara anterior, no permitiendo el drenaje normal del humor acuoso. Esto deriva en un glaucoma de muy difícil control. Se realizan lavados de cámara anterior sin conseguir mejoría (PIO \approx 30mmHg) con tratamiento máximo (Acetazolamida+Brimonidina+Timolol+Dorzolamida+Bimato prost) por lo que finalmente se decide realizar una EPNP en temporal superior (malla trabecular libre de aceite emulsificado). La PIO solo se controla temporalmente, con una nueva subida tras 2 meses que no se consigue controlar con tratamiento máximo. El paciente conserva en todo momento AVL \approx 0.6 y buen anillo neuroretiniano. Se decide implantar una válvula Express en zona nasal inferior. La PIO vuelve a estar controlada temporalmente, necesitando nuevamente tratamiento tópico.

Resultados: Mediante las diferentes técnicas se consigue controlar el aumento de la PIO difícilmente, requiriendo una combinación fija.

Conclusiones: El aceite de silicona emulsificado y un ojo en una situación proinflamatoria provocan un manejo muy difícil clínico y quirúrgico del glaucoma en estos cuadros.

Vídeos

V-14

AUTOINJERTO ESCLERAL TECTÓNICO Y DOBLE COLGAJO CONJUNTIVAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA ESCLERAL POR MITOMICINA-C

MESA GUTIÉRREZ Juan Carlos, ROURAS LÓPEZ Antonio, HOYOS CHACÓN Jairo, AMÍAS LAMANA Vicente

Propósito: Presentar la técnica para la realización de un injerto escleral autólogo con finalidad tectónica, en un paciente que presentaba signo de Seidel por melting de conjuntiva y del flap escleral secundario a la utilización de mitomicina-C tras una esclerectomía profunda no perforante previa.

Método: Apertura conjuntival para exponer flap escleral. Obtención de injerto escleral de espesor parcial mediante un punch dermatológico de 2mm de diámetro. Disección de ampolla de filtración y exéresis de conjuntiva adelgazada. Con el mismo punch se regulariza la perforación en el flap escleral y se sutura el parche obtenido con nylon 10/0. El parche no debe quedar expuesto por lo que se recubre mediante un doble colgajo de rotación de conjuntiva de cuadrantes inferiores. Se realizaron 4 inyecciones subconjuntivales de bevacizumab para tratar la excesiva vascularización de la nueva ampolla de filtración.

Resultados: Resolución de la hipotonía y atalamia y reconstrucción del flap escleral mediante un autoinjerto tectónico de esclera y aporte de conjuntiva sana sobre el mismo con obtención de una ampolla filtrante funcionante.

Conclusiones: 1. El injerto autólogo de esclera permite reforzar el flap escleral en casos secundarios a melting escleral por mitomicina-C. 2. Evita la utilización de material heterólogo (parche de pericardio o esclera de cadáver) y consigue una mejor integración con los tejidos del paciente. 3. La ampolla filtrante vuelve a ser funcionante tras la integración del injerto.

Vídeos

V-15

COLGAJO ESCLERAL COMO TÉCNICA DE COBERTURA EN EL IMPLANTE DE DISPOSITIVOS DE DRENAJE

URCOLA CARRERA Javier Aritz, CABRERIZO NÚÑEZ Francisco Javier, DALMASSO Cristian

Propósito: Valorar la eficacia y seguridad de realizar un colgajo escleral parcial como método de cobertura del tubo en los dispositivos valvulados de drenaje en la cirugía de glaucoma.

Método: Se realiza un estudio observacional prospectivo sobre 14 ojos con glaucoma siendo intervenidos con implante de dispositivo de drenaje tipo Ahmed. Un colgajo escleral de espesor parcial fue diseñado como método de cobertura del tubo en todos los casos con el fin de evitar el empleo de un aloinjerto de fascia lata liofilizada. Se recogen las incidencias postoperatorias, la presión intraocular y el número de medicaciones pre y postoperatorias.

Resultados: La PIO media preoperatoria fue 32,5 mm Hg ($\pm 6,9$) con una media de 3,4 ($\pm 1,2$) fármacos hipotensores. La PIO postoperatoria media se redujo a 12,6 mm Hg ($\pm 6,9$) a la semana, 17,9 mm Hg ($\pm 6,9$) al mes, y 22,1 mm Hg ($\pm 6,9$) a los 6 meses con 0,35 tratamientos hipotensores posteriores en la última revisión. Como incidencias destacan únicamente, 2 desprendimientos coroides postoperatorios precoces que se resolvieron con actitud conservadora y una exposición escleral tardía que requirió de autotransplante conjuntival. La mejor agudeza visual corregida no sufrió de cambios estadísticamente significativos y fue idéntica a la prequirúrgica (0,15).

Conclusiones: El colgajo escleral de espesor parcial como método de cobertura de un dispositivo valvulado en la cirugía de glaucoma se muestra como una técnica quirúrgica segura y eficaz. Además ahorra costes y simplifica el procedimiento habitual al evitar el empleo de la fascia lata liofilizada.

Vídeos

V-16

PRUEBAS A LA TEORÍA BIOMECÁNICA DE LAPLACE-JURIN RELEVANTES EN EL GLAUCOMA PRIMARIO

VIDARTE RODRÍGUEZ Damián, VIDARTE VÁZQUEZ Damián

Propósito: Demostrar la teoría presentada en el 4º W.G.C.PARIS (2011) "La Leyes Laplace-Jurin Relevantes en la Fisiología y Fisiopatología del Glaucoma primario de angulo abierto".

Método y Resultados: Hipotéticamente se designa a la malla trabecular como verdadero agente activo en el drenaje humor acuoso, para ello se presentan las siguientes evidencias: 1.- Microscópica. 2.- Clínica. 3.- Molecular. 4.- Farmacodinámica.

Conclusiones: Biomecánicamente, la relación Presión-Deformación, acontecida en el glaucoma primario, podría estar justificada por la ley Laplace-Jurin.

Vídeos

V-17

EPNP CON ESPOLONECTOMÍA: DIFERENTES IMPLANTES SUPRACOROIDEOS

VILA ARTEAGA Jorge, SURIANO Mayerling, VILA MASCARELL Emilio, SÁNCHEZ MUÑOZ Carolina

Propósito: Mostrar la técnica de la espolonectomía en la que se favorece la vía esclero-supracoroidea empleando diferentes implantes que se colocan en el espacio supracoroideo.

Método: Tras realizar una EPNP con una amplia ventana trabéculo-descemética se extirpa el suelo del canal de Schlemm. La estructura blanquecina que queda inmediatamente posterior es el espolón escleral que es extirpado . A continuación mostramos cuatro dispositivos: 1.- el implante escleral de campo amplio (OftalTech); 2.- el implante escleral Esnoper (AJL); 3.- una modificación personal del implante escleral Esnoper; y 4.- el nuevo implante Esnoper Clip.

Resultados: Los implante quedan situados en el espacio supracoroidea, quedando libre la membrana trabéculo-descemética para facilitar la salida del humor acuoso.

Conclusiones: Los implantes esclerales ubicados en el espacio supracoroideo favorecen el drenaje del humor acuoso en la espolonectomía.

Vídeos

V-18

EL OJO AZUL

CORREDERA SALINERO Esther, STOICA Bazil Tit-Liviu

Propósito: Los anillos intraestromales representan una de las opciones quirúrgicas en el tratamiento del queratocono. Presentamos un intento de cambiar la técnica de marcado del túnel que al final nos hace más difícil el resto de la cirugía y deja el ojo azul la primera semana en el postoperatorio.

Método: presentación video de un caso clínico

Resultados: En la cirugía de anillos intraestromales, los primeros pasos representados por el marcado del eje 0-180, del eje visual y del túnel son muy importantes para el éxito de la cirugía. En el intento de realizar un mejor marcado pusimos mas tinte en el marcador del túnel. El exceso de tinte produjo una coloración azul de toda la cornea que dificulto mucho la visibilidad durante el resto de la cirugía. Al siguiente día el paciente estaba preocupado por el color azul de su ojo pero la tinción desapareció después de una semana sin ninguna complicación. Presentamos algunos consejos prácticos para evitar este posible inconveniente en el futuro.

Conclusiones: A veces querer modificar una técnica puede complicar algo que ya funcionaba.

Vídeos

V-19

RESECCIÓN DE NEVUS NEVOCÍTICO IRIDIANO EN SECTOR Y PUPILOPLASTIA RECONSTRUCTIVA

GONZÁLEZ PASTOR Elisa, GEGÚNDEZ FERNÁNDEZ José Antonio, BERMÚDEZ VALLECILLA Marta, GARCÍA FEIJÓO Julián

Propósito: Presentar una maniobra quirúrgica para la extirpación de un nevus iridiano en sector y su reconstrucción mediante pupiloplastia para disminuir las complicaciones secundarias en el mismo acto quirúrgico.

Método: Tras seguimiento en una paciente de 70 años de un nevus iridiano con crecimiento en los últimos meses, y leve invasión del ángulo visualizada por biomicroscopía ultrasónica, se decide proceder a su resección. En un primer momento se realiza la disección de un tapete superficial y uno profundo para poder acceder a la cámara anterior y de ahí al nevus localizado en temporal inferior y poder extirparlo en su totalidad. El defecto residual es de un cuarto de iris. Dado la elevada probabilidad de que tal defecto produzca fotofobia en la paciente se decide realizar una pupiloplastia en el mismo acto quirúrgico mediante el paso de 3 suturas a tensión que permitan la reepitelización del epitelio pigmentario del iris.

Resultados: La paciente no refiere molestias ni fotofobia postquirúrgicas. La presión intraocular es normal y a 6 meses de seguimiento el iris está reepitelizado en gran parte. El resultado anatómico fue de nevus nevocítico.

Conclusiones: El nevus es el tumor más frecuente del iris y su potencial de malignización es bajo. Sin embargo en presentaciones atípicas como en este caso, en sector, que llega al ángulo camerular y además parece existir un crecimiento, es necesario descartar la presencia de melanoma. Si la biomicroscopía ultrasónica no es clara con el diagnóstico, es necesario su extirpación para analizarlo. La pupiloplastia reconstructiva es una buena opción para disminuir las molestias y fotofobia en el paciente operado.

Vídeos

V-20

EXTIRPACIÓN DE QUISTE EPITELIAL DE IRIS EN QUERATOPLASTIA

TEMPRANO ACEDO José

Propósito: Estudiar los cambios de una queratoplastia penetrante (QP) en que se ha producido un quiste epitelial de iris, comparandolo con el ojo congenere también operado de QP.

Metodo: Paciente con queratocono en ambos ojos. operada de QP del O.D. con resultado perfecto y 10 años despues del O.I con la misma técnica operatoria y cirujia correcta. Al año se esteriorizó un punto y se quitó. 8 meses más tarde aparece en esa zona un quiste epitelial que va aumentando y se opera con apertura del mismo y aplanamiento, pero se vuelve a reformar a los 2 años, produciendose edema del injerto por lo que se realiza extirpación del mismo con iridectomia sectorial.

Resultados: A los 3 años de la cirujia sigue el injerto perfecto, sin edema y sin reformación del quiste y con buena agudeza visual.

Conclusiones: Es mucho mejor el resultado si hacemos extirpación completa del quiste con iridectomia.

Vídeos

V-21

MODELOS DE CIRUGÍA EXPERIMENTAL EN OFTALMOLOGÍA

VELÁZQUEZ VILLORIA Alvaro, SABATER GOZALVO Alfonso L., BARRIO BARRIO Jesús

Propósito: El quirófano experimental ha demostrado ser un método efectivo y seguro para complementar la formación quirúrgica de los residentes de oftalmología. Mostramos nuestra experiencia con los diferentes modelos de cirugía experimental, tanto animales como artificiales.

Método: Describimos paso a paso un método óptimo para inducir cataratas en modelos animales así como su almacenamiento durante largos periodos de tiempo. Mostramos un método de fijación corneal con formaldehído para ojo de cerdo que permite realizar un modelo perfectamente realista de queratoplastia. Mostramos nuestra experiencia con los modelos artificiales más novedosos. Describimos las diferentes técnicas quirúrgicas que pueden realizarse en un quirófano de oftalmología experimental.

Resultados: Los modelos experimentales de la cirugía oftalmológica que hemos analizado ofrecen un alto grado de realismo y permiten una buena simulación de las maniobras quirúrgicas más frecuentes utilizadas en oftalmología

Conclusiones: La utilización de modelos experimentales quirúrgicos aportan un beneficio claro a los residentes, especialmente cuando se constituye un programa de formación supervisado. La realización previa de las cirugías en modelos experimentales confiere al cirujano en formación mayor seguridad, menor curva de aprendizaje y menor incidencia de complicaciones.

Vídeos

V-22

DETALLES TÉCNICOS EN LA CIRUGÍA DEBILITANTE DEL MÚSCULO OBLICUO INFERIOR

GONZÁLEZ GARCÍA Francisco Javier, RODRÍGUEZ SÁNCHEZ José M.^a

Propósito: Revisar algunos de los detalles técnicos más importantes de la cirugía del oblicuo inferior para hacerla más asequible al cirujano novel.

Método: Se han editado las grabaciones de tres cirugías debilitantes del músculo oblicuo inferior (una cirugía tipo Apt, y dos miectomías con denervación), y han sido analizadas en detalle y comentadas por el autor.

Resultados: Existen varios pasos en la cirugía del oblicuo inferior que pueden resultar más cómodos para el cirujano menos experimentado si hace hincapié en aprenderlos. Desde el lugar exacto de la incisión, como su tamaño y cierre en función del tipo de cirugía para una mejor exposición del músculo, hasta la disección cuidadosa del mismo y manejo con instrumentos de corte y corte-coagulación.

Conclusiones: Si bien la cirugía del oblicuo inferior es percibida como compleja por el cirujano poco experimentado, atendiendo a ciertos detalles técnicos se puede convertir en una cirugía sencilla y agradecida.

Vídeos

V-23

MARCADO PREOPERATORIO DE LA POSICIÓN CENTRADA EN CASOS DE MALA FIJACIÓN

PÉREZ GARCÍA Diana, REMÓN GARIJO León, LAVILLA GARCÍA Laura

Propósito: Disponer de una referencia durante la cirugía estrabológica en aquellos pacientes que presentan dificultades para cuantificar el ángulo de desviación.

Método: Con un compás medimos la distancia desde el canto interno hasta el centro pupilar en el ojo dominante fijando un objeto situado a 5 metros delante de él; y trasladamos esa distancia al otro ojo haciéndole una marca en el párpado inferior.

Resultados: Con la ayuda de esta marca conseguimos un buen resultado estético y una mejoría funcional en las versiones horizontales de la paciente operada.

Conclusiones: El marcado preoperatorio constituye una buena referencia que nos ayuda a operar en los casos de pacientes estrábicos con mala fijación y dificultades en la medición del ángulo de tropía.

Vídeos

V-24

BIOPSIA DE LA ARTERIA TEMPORAL PASO A PASO

CASADO ROJO Alfonso, MATEOS SÁNCHEZ Encarnación, GONZÁLEZ GARCÍA Francisco Javier

Propósito: La biopsia de la arteria temporal forma parte de los cinco criterios para el diagnóstico de la arteritis de células gigantes o de Horton. En algunos hospitales es realizada por el servicio de cirugía general o plástica. Dada la coexistencia de la arteritis de la arteria temporal con patología oftalmológica: NOIA, OACR o parálisis músculos oculares, que esta técnica sea realizada por el servicio de oftalmología facilita la rápida programación de la cirugía, aspecto clave, ya que la realización de ésta dos semanas más tarde del comienzo del tratamiento con corticoide, disimula el aspecto inflamatorio de la arteria, e impide el diagnóstico de la enfermedad.

Método: Describimos la clínica de una paciente con arteritis de células gigantes, en la que la biopsia resulto positiva, así como mostramos, paso a paso, cómo obtener éxito en esta cirugía.

Resultados: Una cirugía limpia obteniendo un fragmento de arteria de alrededor de 2 cm de longitud y el envío al servicio de Anatomía Patológica.

Conclusiones: El resultado positivo en la biopsia nos permite diagnosticar casi con seguridad al paciente de esta enfermedad, lo que permite evitar la neuropatía del otro ojo y efectos sistémicos de la arteritis.

Vídeos

V-25

CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA PTOSIS PALPEBRAL MIOGÉNICA: RESECCIÓN DE LA APONEUROSIS DEL ELEVADOR DEL PÁRPADO SUPERIOR VÍA ANTERIOR EN UN CASO DE MITOCONDRIOPATÍA CON FIBRAS ROJO-RASGADAS

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ Estrella, FIGUERAS ROCA Marc, SPENCER VICENT Juan Felipe, LESZCZYNSKA Ania

Propósito: Describir el abordaje quirúrgico de un caso de ptosis miogénica por mitocondriopatía conocida mediante resección de la aponeurosis del elevador del párpado superior vía anterior transcutánea (RAVA) así cómo analizar el resultado postoperatorio.

Método: Se plantea la corrección quirúrgica de una ptosis bilateral de una paciente mujer de 45 años con una mitocondriopatía por fibras rojo-rasgadas (con confirmación histológica). Explica una ptosis bilateral progresiva de larga evolución, con hipotonía del orbicular asociada, que en la actualidad ocasiona obstrucción de su eje visual. Se decide intervención mediante RAVA de su párpado superior derecho y secuencial izquierdo con el objetivo de liberar el eje visual con el mínimo riesgo de lagoftalmos residual debido a su patología de base.

Resultados: Mediante anestesia local se realiza cirugía reglada de RAVA consistente en una incisión cutánea horizontal en párpado superior, disección por planos con una cuidadosa hemostasia, plicatura y resección del complejo de la aponeurosis del elevador del párpado superior mediante sutura de Prolene, comprobación intraoperatoria de una buena apertura palpebral con un mínimo lagoftalmos y sutura continua cutánea. Nótese durante la cirugía se objetiva la presencia de un notable tejido fibroadiposo en la propia aponeurosis del elevador de forma consistente con su patología de base. Postoperatoriamente se consigue un eje visual liberada con un mínimo lagoftalmos.

Conclusiones: La ptosis miogénica por mitocondriopatía es una causa infrecuente de ptosis, sin embargo, diferentes grados de ptosis palpebral son uno de los síntomas más frecuentes de las mitocondriopatías. El tratamiento médico de las mismas (coenzima Q10, carnitina, vitaminas, esteroides...) no ha demostrado completamente su efectividad en estos casos. La corrección quirúrgica debe plantearse mayormente caso de existir obstrucción de eje visual debido a los pobres resultados funcionales y riesgo aumentado de lagoftalmos residual, ambos debidos a su patología de base.

Vídeos

V-26

CIRUGÍA DE EXTRACCIÓN DE ARMA BLANCA INTRAORBITARIA: ¿REALIDAD O FICCIÓN?

GESSA SORROCHE María, GARRIDO HERMOSILLA Antonio Manuel, LABORDA GUIRAO Teresa, ÁNGELES FIGUEROA Rubén Alberto

Propósito: Mostrar el manejo urgente de un caso excepcional de traumatismo penetrante orbitario.

Método: Caso clínico correspondiente a una mujer de 46 años que ingresa de urgencia tras intento de asesinato por parte de su marido, presentando numerosas heridas inciso-contusas en cara, cuello y tórax, así como traumatismo orbitario izquierdo. Ante la sospecha de fractura orbitaria, se realiza TAC de cráneo y órbitas donde, para nuestra sorpresa, se observa un cuerpo extraño intraorbitario izquierdo, que parece la hoja de un cuchillo de cocina, discurriendo desde la región ciliar hasta la fosa nasal. Pensando en la afectación ocular, nuevamente nos sorprendemos al observar que no existe daño del globo, de los músculos extraoculares ni del nervio óptico. Se informa a la paciente, quien reconoce el arma, y se procede a la extracción, bajo anestesia general, de una hoja afilada de 6,5 cm de longitud por 2,5 cm de anchura, con sumo cuidado de no dañar las estructuras colindantes en su salida. Se sutura por planos y se deja drenaje tipo Penrose.

Resultados: En la actualidad, la paciente presenta una MAVC = 1 y la exploración oftalmológica está dentro de la normalidad.

Conclusiones: Lo sorprendente de este caso clínico es que el cuchillo no había dañado ninguna estructura intraorbitaria importante para la función visual. Además, según la anamnesis realizada a la paciente, llegamos a la conclusión de que gracias a que la hoja del cuchillo quedó alojada en la órbita, la paciente permanece con vida, ya que el agresor siguió golpeándola hasta que lo redujeron.

Vídeos

V-27

PTOSIS PALPEBRAL: REPOSICIÓN DE LA APONEUROSIS POR VÍA POSTERIOR Y CIERRE CON TISSUCOL

ROMERO ROYO Concepción, CARABALLO GARCÍA Verónica, LÓPEZ BREA Israel, FERNÁNDEZ GARCÍA Aitor

Propósito: Mostrar la técnica para reposición de la aponeurosis del elevador por vía posterior como opción cuando no se vaya a realizar una blefaroplastia

Método: Se realiza la disección del párpado transconjuntival hasta aislar la aponeurosis, que se sutura a la cara anterior del tarso. La conjuntiva y el músculo de Müller se cierran con adhesivo de fibrina "Tissucol (R)".

Resultados: Se consigue corregir de forma satisfactoria la ptosis palpebral, con una pronta recuperación de la paciente sin experimentar los habituales problemas de la sutura de la conjuntiva (roce, granulomas, etc.).

Conclusiones: La reposición de la aponeurosis por vía posterior es una alternativa útil, rápida y sencilla para cuando no se vaya a realizar blefaroplastia asociada.

Vídeos

V-28

QUERATOPLASTIA PENETRANTE EN PERFORACIÓN CORNEAL CON ATALAMIA Y HERNIACIÓN IRIDIANA

ACOSTA DARIAS Miguel Jonay, BAEZA AUTILLO Azucena, BALADO VÁZQUEZ M.^a del Pilar

Propósito: Mostrar un vídeo de una queratoplastia penetrante en un caso de perforación corneal con atalamia y herniación iridiana.

Método: Grabación y edición de un vídeo de una queratoplastia penetrante urgente.

Resultados: La técnica de queratoplastia penetrante realizada, con trepanación inicial superficial, garantizó la integridad anatómica y funcional del iris obteniéndose una recuperación satisfactoria para el paciente.

Conclusiones: En la perforación corneal con atalamia y herniación iridiana, la queratoplastia penetrante con trepanación superficial ofrece buenos resultados al disminuir la posibilidad de lesión anatómica y funcional del iris.

Vídeos

V-29

MANEJO QUIRÚRGICO SIN SUTURA DE LA CONJUNTIVOCALASIS

DÍAZ RUIZ M.^a Concepción, GARRIDO HERMOSILLA Antonio Manuel, LABORDA GUIRAO Teresa, ÁNGELES FIGUEROA Rubén Alberto

Propósito: El abordaje quirúrgico de la conjuntivocalasis puede realizarse mediante diversas técnicas. A continuación, exponemos aquéllas que se efectúan en nuestra Unidad sin necesidad de sutura.

Método: 1) Cauterización de conjuntiva redundante mediante cauterio bipolar, causando una retracción de la zona tratada. 2) Técnicas que emplean adhesivo tisular a base de factores de la coagulación, presentando dos modalidades, una a través de pequeña incisión y otra a partir de una incisión de mayor tamaño.

Resultados: Se muestra el desarrollo quirúrgico de las diferentes técnicas empleadas, junto con los efectos postoperatorios favorables logrados por cada una de ellas sobre la conjuntiva redundante.

Conclusiones: Estas intervenciones quirúrgicas para el manejo de la conjuntivocalasis sin necesidad de sutura tienen como principales ventajas su realización en régimen ambulatorio, además de su facilidad, rapidez y reproducibilidad. Asimismo, el empleo de adhesivo tisular destaca frente a la utilización de cauterio bipolar, debido a su menor agresividad quirúrgica, menor inflamación postoperatoria con mayor confort para el paciente y, por último, mejor control del acortamiento conjuntival.

Vídeos

V-30

DSAEK POST IMPLANTE VALVULAR Y MÚLTIPLES QUERATOPLASTIAS PENETRANTES FALLIDAS

FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO José, CUIÑA SARDIÑA Ricardo, MÉNDEZ FERNÁNDEZ Rosalía, GEGUNDEZ FERNÁNDEZ José Antonio

Propósito: Presentar el papel de la DSAEK como una opción terapéutica adecuada en pacientes complicados, especialmente en casos de glaucoma postqueratoplastia, donde los implantes valvulares reducen significativamente la longevidad del injerto. Es de gran importancia para realizar una DSAEK exitosa evaluar correctamente la longitud y posición del tubo valvular.

Método: Caso clínico de un varón de 70 años con 3 queratoplastias previas fallidas en un periodo de 10 años en el ojo derecho. Fue intervenido además de pupiloplastia e implante valvular por una hipertensión intraocular descontrolada durante ese periodo. Describimos la técnica para la obtención del lentículo donante usando un punch y el microqueratomo, y la implantación del lentículo posterior.

Resultado: La cirugía se realizó sin complicaciones, y el paciente se encuentra estable, con una estabilidad refractiva y con un control óptimo de la presión intraocular. A pesar del tubo valvular, no se produjo fuga de aire a través del mismo durante la cirugía, y se produjo una buena adherencia del injerto. No fueron necesarios por tanto procedimientos secundarios.

Conclusiones: La DSAEK es una técnica eficaz, segura y con un reducido número de complicaciones en pacientes con queratoplastias penetrantes previas e implantes valvulares.

Vídeos

V-31

MANEJO QUIRÚRGICO DEL PUK PERFORADO MEDIANTE MEMBRANA AMNIÓTICA ASISTIDA CON PEGAMENTO DE FIBRINA

HIERRO ZARZUELO Almudena del, BOTO DE LOS BUEIS Ana, LARRAÑAGA FRAGOSO Paula, GARCÍA TIRADO Amanda

Propósito: Mostrar el trasplante de membrana amniótica (MA) multicapa asistido con pegamento de fibrina como opción terapéutica del derretimiento corneal con perforación franca de 3 mm secundaria a una Keratitis Ulcerativa Periférica (PUK) reumatoidea.

Método: Se fabricó un cilindro cuádruple de MA aplicando pegamento biológico de fibrina por cada capa de MA para reparar la perforación corneal. El cilindro fue diseñado 0,5 mm mayor que el diámetro de la perforación. Se procedió al trasplante del cilindro MA-Fibrina con sutura de nylon 10-0 sobre la perforación. Por último se suturó una nueva capa de MA recubriendo toda la superficie corneal.

Resultados: A la semana la cámara anterior estaba bien conformada. Al mes la AV era de 1/2, El tiempo de epitelización fue de 2 semanas. No hubo evidencia de infección o melting corneal recurrente durante el seguimiento.

Conclusiones: Adelgazamientos y perforaciones de 3 mm pueden ser manejadas con cilindros de MA-fibrina. Esta técnica permite una rápida reconstrucción de la superficie y proporciona un resultado tectónico y visual satisfactorio, evitando en algunos casos la necesidad de un trasplante o difiriéndolo a un segundo tiempo, en condiciones más favorables.

Vídeos

V-32

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA CONJUNTIVOCHALASIS

MÉNDEZ MARTÍNEZ Silvia, GONZÁLEZ MARTÍNEZ Alba, TOURIÑO PERALBA M.^a Rosario, RODRÍGUEZ ARES M.^a Teresa

Propósito: Presentar dos procedimientos quirúrgicos diferentes para la corrección de la conjuntivochalasis.

Método: Ambas técnicas quirúrgicas se realizaron con anestesia tópica. La primera consistió en la resección de la conjuntiva redundante y posterior recubrimiento del lecho escleral con injerto de membrana amniótica utilizando adhesivo biológico de fibrina. La segunda técnica se basó en la inyección subconjuntival del adhesivo de fibrina en los 180° inferiores y a 2 mm del limbo, a continuación la conjuntiva redundante que se desea reseca se sujeta con unas pinzas manteniendo una presión continua durante un tiempo (mínimo 2 minutos) lo que nos permite su correcta adhesión. Una vez que los bordes están sellados se reseca todo el tejido redundante que se encuentre por encima de las pinzas.

Resultados: Ambos tipos de cirugía ofrecen buenos resultados estructurales para la corrección del tejido redundante así como buenos resultados funcionales, restableciendo el menisco lagrimal y desapareciendo la sintomatología del paciente.

Conclusiones: Si bien las dos técnicas quirúrgicas presentadas ofrecen una correcta corrección de la conjuntivochalasis, la ventaja de pegar la conjuntiva antes de su resección es que se simplifica el acto quirúrgico en cuanto a complejidad técnica, tiempo de ejecución y necesidad de materiales, como la membrana amniótica.

Vídeos

V-33

QUERATOPLASTIA PENETRANTE EN CASOS COMPLEJOS DE SEGMENTO ANTERIOR

PALMERO FERNÁNDEZ Laura, IRADIER URRUTIA M.^a Teresa, PÉREZ TRIGO Silvia, FRAILE MAYA Jesús

Propósito: A pesar de la generalización de las técnicas lamelares, la queratoplastia penetrante (QPP) sigue siendo de elección para solucionar casos complejos de segmento anterior. Describimos tres casos que por su características no pueden manejarse mediante procedimientos lamelares.

Método: Se realizó simultáneamente faco-queratoplastia con implante de lente en saco en una paciente miope magna con queratoplastia previa fracasada por queratocono avanzado, catarata hipermadura y blefarofimosis tras reconstrucción palpebral. Se llevó a cabo una cirugía combinada de QPP y recambio de lente de cámara anterior por una lente de fijación iridiana Artisan® en un paciente con queratopatía bullosa pseudofáquica evolucionada con fibrosis estromal. La última paciente desarrolló una queratitis fúngica en una QPP previa realizada por descompensación corneal tras facoemulsificación. Se decidió realizar una nueva queratoplastia “en caliente” debido al riesgo de perforación y a la gran reacción inflamatoria en cámara anterior.

Resultados: La segunda paciente presentó síndrome de iris flácido intraoperatorio durante la facoemulsificación, precisando retractores de iris para completar la cirugía. Los pacientes alcanzaron agudezas visuales espontáneas postoperatorias de 0.1-0.2 con injertos transparentes y sin signos de rechazo. Ninguno desarrolló defectos epiteliales corneales. Conclusiones: La queratoplastia penetrante sigue siendo de primera elección en cirugías complejas combinadas con otros procedimientos, como recambios o explantes de lentes intraoculares, vitrectomía posterior o cirugía de cataratas hipermaduras. También en casos de patología corneal con alto grado de fibrosis corneal o cicatrización donde no pueden emplearse técnicas lamelares, bien en queratoconos avanzados o queratopatías bullosas de larga evolución. En el caso de queratopatías infecciosas con afectación estromal y riesgo de perforación, se debe llevar a cabo una queratoplastia penetrante “en caliente”.

Vídeos

V-34

PARCHE ESCLERAL Y PERFORACIÓN CORNEAL. MENOS ES MÁS

PÉREZ TRIGO Silvia, IRADIER URRUTIA M.^a Teresa, PALMERO FERNÁNDEZ Laura, PRIETO GARRIDO Francisco Luis

Propósito: Las perforaciones corneales son urgencias oftalmológicas que requieren un diagnóstico e intervención inmediatos. Presentamos dos casos en los que realizamos nuestra técnica quirúrgica para un primer tratamiento urgente previo a un procedimiento definitivo con queratoplastia o queratoprótesis.

Método: En ambos casos se realiza un injerto lamelar escleral, recubierto con parche de membrana amniótica (MA) bajo anestesia subtenoniana. En un primer paso, se diseña el tejido escleral donante del mismo tamaño que la zona afectada y se adelgaza a la mitad de su grosor para una mejor coaptación con el borde de la úlcera. A continuación, y con la misma finalidad, se realiza una queratectomía lamelar superficial de los márgenes del estroma corneal ulcerado. Una vez preparado el injerto y el lecho corneal, se procede a suturar el injerto con puntos sueltos de monofilamento 10-0. Para finalizar, se sutura un parche de MA sobre la córnea.

Resultados: A la espera de una nueva cirugía con queratoplastia penetrante en el primer caso y queratoprótesis en el segundo, se han evitado las complicaciones secundarias a la perforación y se ha conservado una buena funcionalidad del globo ocular.

Conclusiones: El injerto escleral con parche de membrana amniótica es un procedimiento seguro y eficaz para el tratamiento tectónico de perforaciones corneales. Ayuda a estabilizar y disminuir la inflamación corneal antes de realizar el siguiente paso quirúrgico. Una correcta anestesia local mediante inyección subtenoniana es suficiente para la ejecución de esta técnica, disminuyendo los riesgos derivados de la anestesia general.

Vídeos

V-35

RESECCIÓN EN CUÑA ASISTIDA POR OCT EN EL TRATAMIENTO DE LA ECTASIA TARDÍA EN QUERATOPLASTIA POR QUERATOCONO

RODRÍGUEZ AUSÍN M.^a Paz, ANTOLÍN GARCÍA David, SANTAMARÍA GARCÍA Leticia, BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ Ana Belén

Propósito: La Ectasia tardía, es una complicación de la cirugía de Queratoplastia por Queratocono. Su tratamiento conlleva en muchos casos la reintervención y recambio del injerto por uno mayor que abarque la zona ectásica. Presentamos un caso de un paciente intervenido de Queratoplastia por Queratocono 20 años atrás, que acude con una Mejor agudeza visual corregida en gafa de 0,05 e intolerante a lentes de contacto. El injerto se muestra transparente y se evidencia ectasia en la interfase en área temporal inferior.

Método: Mediante OCT-Visante delimitamos el área afectada por la ectasia. Tallamos con bisturí de diamante a un 80% de espesor una incisión arciforme y mediante minicrescent extirpamos el estroma en 0,2 mm, realizando una aproximación de la Bowman con puntos sueltos de nylon 10/0. Se produce únicamente una perforación puntiforme sin pérdida de cámara relevante.

Resultados: El postoperatorio transcurre sin complicaciones. Se logra incurvar la zona ectásica y recuperar un perfil corneal más regular; el 2º mes se prescribe corrección en gafa de -6-6x110º con AV de 0,7. Se muestra la técnica empleada y las imágenes de OCT y topográficas pre y postoperatorias.

Conclusión: La resección en cuña se muestra como alternativa previa a la realización de reinjerto en casos de Ectasia tras Queratoplastia con astigmatismo elevado. La OCT se muestra como una técnica útil que nos permite programar con precisión y simplificar la técnica evitando la cirugía a cielo abierto.

Vídeos

V-36

REUTILIZACIÓN DE QUERATOPRÓTESIS DE BOSTON EN CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA TRAS FRACASO REFRACTARIO DE INJERTO CORNEAL

RODRÍGUEZ MARTÍN Javier, SÁNCHEZ-GIJÓN GONZÁLEZ-MORO Manuel, ARMAS RAMOS Elena de, RUIZ DE LA FUENTE RODRÍGUEZ Paloma

Propósito: La queratoprótesis de Boston representa una opción para aquellas córneas con insuficiencia limbar severa y alteración secundaria de su transparencia. Su inserción generalmente se realiza utilizando un injerto corneal que no está libre de complicaciones como la inflamación, el rechazo y la perforación ocular.

Método: Presentamos el caso de una paciente de 25 años de edad con queratopatía herpética que ha requerido de dos queratoplastias, la última asociada a implante de queratoprótesis de Boston, que ha cursado con rechazo del injerto refractario al tratamiento médico y complicado con melting corneal que a pesar de injertos corneales parciales tectónicos y de membrana amniótica presenta perforación refractaria. Dada la amplia afectación esclerocorneal se decide tratar a la paciente mediante escleroqueratoplastia con la singularidad de la reutilización de la queratoprótesis de Boston que porta en previsión de la opacidad que presentan este tipo de injertos.

Resultados: Se muestra la cirugía realizada y el resultado postquirúrgico con tres meses de evolución, con injerto transparente y agudeza visual de 0.25 a pesar de edema macular preexistente.

Conclusiones: La reutilización de queratoprótesis de Boston del propio paciente es factible en injertos en los que preveemos que presenten opacificación posterior por su patología de base mediante la utilización de injerto nuevo, incluso con la realización de una escleroqueratoplastia, lo que puede evitar la pérdida ocular en casos de perforación recalcitrante.

Vídeos

V-37

DALK (DEEP ANTERIOR LAMELAR KERATOPLASTY) EN PACIENTE CON QUERATOCONO Y ANILLOS CORNEALES

ROMERA ROMERO Pau, SABALA LLOPART Antoni, ARANGO RODRÍGUEZ Alexandra

Propósito: mostrar la técnica quirúrgica de un caso con queratocono avanzado y progresivo operado previamente con anillos corneales, en el que se decide explantar los anillos y realizar DALK en un mismo acto quirúrgico.

Método: el vídeo muestra la retirada de los anillos corneales, uno de ellos bastante adherido al estroma corneal, la realización de la big bubble de Anwar y la finalización de la técnica quirúrgica sin incidencias.

Resultados: se realizan ambos procedimientos de forma satisfactoria y sin ninguna complicación postquirúrgica.

Conclusiones: consideramos el caso interesante al presentar anillos corneales previos y es una buena opción quirúrgica el realizar DALK en un mismo acto quirúrgico.

Vídeos

V-38

TENONPLASTIA E INJERTO DE MEMBRANA AMNIÓTICA EN MICROPERFORACIÓN CORNEAL TRAUMÁTICA CON MELTING

VALCARCE RIAL Laura, DÍAZ VALLE David, SÁNCHEZ-CARNERERO CASAS Fátima, PLATAS MORENO Irene

Propósito: El tratamiento quirúrgico de la perforación corneal con melting cuando no responde a tratamiento médico incluye queratoplastia tectónica urgente, pegamentos biológicos, parches estructurales (pericardio bovino, matriz corneal porcina acelular), membrana amniótica, incluso crosslinking corneal para reforzar la zona afecta. La tenonplastia está ampliamente descrita en la literatura como coadyuvante en el tratamiento de causticaciones y quemaduras oculares, recientemente se han descrito otras técnicas novedosas de la misma. Se presenta el caso de un traumatismo perforante corneal complejo (ojo amaurotico con desprendimiento de retina traumático, hemovítreo e hipema) al que se practicó una tenonplastia.

Método: A pesar de cierre urgente de la perforación corneal mediante sutura directa, después de 1 mes de tratamiento médico incluyendo levofloxacino oral, tobradex, lubricación y atropina apareció melting corneal. Con riesgo de nueva perforación y sin mejoría con tratamiento tópico con medroxiprogesterona se decide tratamiento quirúrgico. Se muestra el vídeo de la tenonplastia y parche de membrana amniótica que se realizó para mantener la integridad del globo ocular. Después de la limpieza de los bordes necróticos de la herida, se suturó sobre la perforación un parche autólogo de tenon de 4mm obtenido del fornix inferonasal homolateral.

Resultados: No hubo complicaciones intraoperatorias. Después de 3 meses la cámara anterior permaneció estanca, sin seidel, el injerto de tenon se fibrosó y el dolor ocular desapareció. A pesar de ello el ojo evolucionó lentamente a la ptisis bulbi, existiendo previamente a la tenonplastia hipotonía ocular secundaria al traumatismo.

Conclusiones: La cápsula de tenon es un tejido autólogo y vascularizado; la membrana amniótica es heteróloga y avascular. Concluimos que ambos tejidos ricos en colágeno son útiles para el tratamiento del melting corneal, pero el parche de tenon a diferencia de otros tiene una disponibilidad inmediata.

Vídeos

V-39

CIRUGÍA COMBINADA VPP E IMPLANTE ARTISAN EN AFAQUIA POSQUIRÚRGICA

BORQUE RODRÍGUEZ Enrique, BARREALES PÉREZ Carla

Propósito: Ilustrar la posibilidad técnica de realizar un implante secundario en casos de afaquia tras cirugía de desprendimiento de retina asociado a vitrectomía pars plana.

Método: Paciente de 52 años sometido a cerclaje + VPP por DR. Semanas tras la cirugía presenta opacidad subcapsular posterior en forma de múltiples puntos. Se somete a FACO donde se aprecia cristalino transparente y presencia de las opacidades en la hialoides anterior. Durante la manipulación se produce desinserción del saco capsular. Se programa para VPP + Implante de LIO en cámara anterior de apoyo iridiano. En el video se presenta la cirugía que se realizó sin complicaciones.

Resultados: El resultado anatómico y funcional fue bueno con recuperación significativa de AV (0.6 Snellen) y desaparición de la inflamación intraocular que se encontró durante la cirugía.

Conclusiones: La cirugía combinada de VPP e implante de LIO de CA tipo Artisan es una buena solución en casos de falta de soporte capsular.

Vídeos

V-40

MANEJO DE UN CASO ESPECIAL DE EDEMA MACULAR DIABÉTICO ANTES DE LA LLEGADA DE LOS ANTI-VEGF

CASTRO NAVARRO Joaquín, GARCÍA FERNÁNDEZ Miriam

Propósito: mostrar el manejo médico-quirúrgico de un caso especial de edema macular diabético antes de la llegada de los anti-VEGF.

Método: Presentamos el caso de un varón de 68 años, que consulta por pérdida de visión en ambos ojos. El paciente desconocía que era diabético. En la primera exploración, la agudeza visual (AV) inicial del ojo derecho (OD) era 0.3 y del ojo izquierdo (OI) 0.05. La hemoglobina glicosilada (HbA1c) era de 8.5%. El examen fundoscópico y la angiografía fluoresceínica revelaron la presencia de un edema difuso en ambos ojos. Se estableció el siguiente tratamiento: control metabólico riguroso, triamcinolona subtenoniana y láser multifocal.

Resultados: A los 8 meses la AV del OD mejoró a 0.8, y la del OI permaneció sin cambios. Fundoscópicamente se apreció disminución de la exudación en ambos ojos, con persistencia de placa exudativa central en el OI, y mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) se constató la ausencia de edema macular en el OD. Mediante fundoscopia y OCT se confirmó la presencia de una gran tracción vitreomacular en el OI. Por ello, se decidió realizar vitrectomía, con limpieza de vítreo y liberación de las membranas que ocasionaban la tracción vitreomacular, y finalizando la intervención con la aplicación de láser. A los 6 meses tras la cirugía la AV del OI mejoró a 0.1. La OCT mostró ausencia de la tracción y disminución del engrosamiento macular. El paciente refería importante mejoría subjetiva de su visión.

Conclusiones: La presencia de una gran tracción vitreomacular en pacientes diabéticos, debe ser indicación de vitrectomía, pese a la existencia de una gran desestructuración macular, pues pueden conseguirse grados aceptables de recuperación anatómica y funcional, y sobre todo, puede lograrse una mejoría en la calidad de vida de paciente.

Videos

V-41

HEMANGIOMA CAPILAR DE LA RETINA: TRATAMIENTO CON LÁSER Y VITRECTOMÍA

GALINDO BOCERO Javier, GONZÁLEZ CASTAÑO Carmen, ÁLVAREZ FERNÁNDEZ Darío, CASTRO NAVARRO Joaquín

Propósito: Presentar el tratamiento y la evolución de un hemangioma capilar retiniano, dentro del contexto de un síndrome de Von Hippel Lindau, que ocasionó edema macular quístico y disminución de agudeza visual (AV).

Método: Varón de 26 años con enfermedad de Von Hippel Lindau, hemangioma capilar retiniano y pérdida de agudeza visual en su ojo izquierdo de largo tiempo de evolución (AV de 0.4). Se realiza fotocoagulación con laser del hemangioma y vasos nutricios, y posterior vitrectomía 23 G debido a hemorragia vítrea, con resección parcial de la tumoración, endoláser e intercambio fluido-aire.

Resultados: Un año después de la intervención, no se han producido recidivas hemorrágicas y la tumoración no presenta signos de actividad. La OCT no muestra edema macular quístico y la AV es de 0.6.

Conclusiones: La fotocoagulación con láser no siempre es suficiente para tratar adecuadamente los hemangiomas capilares de la retina. En ocasiones es necesario realizar vitrectomía y endoláser para detener la actividad de estos tumores vasculares.

Vídeos

V-42

HAMARTOMA COMBINADO DE LA RETINA Y EPR. CIRUGÍA DE LA MER Y EVOLUCIÓN TRAS LA CIRUGÍA

GARCÍA FERNÁNDEZ Miriam, CASTRO NAVARRO Joaquín, GONZÁLEZ CASTAÑO Carmen

Propósito: mostrar la intervención quirúrgica y los resultados anatómicos y funcionales tras la cirugía de la membrana epirretiniana (MER) en un paciente con hamartoma combinado de la retina y el epitelio pigmentario de la retina (EPR).

Método: Se inicia la vitrectomía liberando el vítreo central y posterior. A continuación, se inyecta el colorante vital azul Tripán con el fin de mejorar la visualización de la MER. Posteriormente se procede a liberar la MER, constatando que se trata de una membrana de muy grandes dimensiones. Mediante delicadas tracciones con la pinza se consigue finalmente la liberación completa de la membrana. Se procede entonces a completar la limpieza del gel vítreo y de la MER liberada, mediante ayuda del vitreotomo. Una vez extraída la MER, puede apreciarse el hamartoma combinado de la retina y EPR en toda su extensión. Se finaliza la intervención con intercambio fluido-aire.

Resultados: Un año después de la cirugía, podemos apreciar, bajo fundoscopia y tomografía de coherencia óptica, una mejoría anatómica importante, si bien la mejoría funcional fue escasa, sin cambio significativo en la agudeza visual tras la cirugía.

Conclusiones: La presencia de membranas epirretinianas en los casos de hamartoma combinado de la retina y del EPR, debería constituir una indicación de vitrectomía, pues éstas pueden ser de gran tamaño, y por tanto, son capaces de inducir un progresivo deterioro de la estructura macular, que puede condicionar una disminución aún mayor de la agudeza visual de estos pacientes. Con la cirugía conseguimos una estabilización anatómica y funcional. Sin embargo, los resultados, en cuanto a mejoría de la AV, pueden ser desalentadores.

Vídeos

V-43

FIJACIÓN ESCLERAL DE LIO LUXADA MEDIANTE TÉCNICA BIMANUAL EN UN SOLO PASO

GOÑI DAMBORENEA Nahia, IRIGOYEN LABORRA Cristina, MÜLLER-THYSSEN BERGARETXE Andrés, COELLO OJEDA Daniel Antonio

Propósito: Describir la técnica de fijación de lente intraocular luxada a vítreo mediante técnica bimanual en un solo paso utilizando la iluminación Chandelier.

Método: Se disecciona conjuntiva nasal y temporal y se diseñan dos flaps esclerales triangulares con base en limbo. Los hápticos se introducirán en dos túneles esclerales creados con dos agujas de 27Gs paralelos a limbo de 3mm de longitud y en la misma dirección que los hápticos. Se realiza vi-trectomía 23Gs utilizando perfluorocarbono para proteger la mácula. Antes de la fijación de la LIO se coloca la iluminación Chandelier a las 6 horas a 3,5mm de limbo y se realizan 2 esclerotomías 23G a 1,2mm de limbo en la base del flap escleral. Dos fórceps de 23G (Grieshaber), se introducen en las esclerotomías nasal y temporal y en una única maniobra se extraen los dos hápticos de la LIO de tres piezas a través de las esclerotomías. Tras el centrado de la lente los hápticos se introducen en los túneles esclerales. Se sutura el flap escleral con Nylon 10/0.

Resultados: Hasta la fecha hemos intervenido 4 casos utilizando esta técnica bimanual con un seguimiento de 6 meses. Con esta técnica se disminuye el tiempo quirúrgico y se evitan las maniobras de cámara anterior, disminuyendo el riesgo de descompensación corneal e inducción de astigmatismo corneal al contrario que en las técnicas de implantación de LIO secundarias. No observamos ningún caso de hipotonía postoperatoria, subluxaciones de la lente o extrusión de los hápticos a través de la esclera. Los inconvenientes de esta técnica son que sólo son adecuadas para lentes de tres piezas y que si los hápticos son dañados durante la cirugía se requerirá la extracción de la lente y una implantación secundaria.

Conclusiones: Esta técnica modificada de fijación escleral para las lentes luxadas proporciona una técnica sencilla y reproducible que disminuye el tiempo quirúrgico y evita la manipulación en cámara anterior, con buena recuperación visual y baja tasa de complicaciones.

Vídeos

V-44

ABORDAJE INTERNO PARA LA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR

MONZÓ RODRÍGUEZ Elena, JIMÉNEZ VALÉS Fabriciano Javier

Propósito: Los cuerpos extraños intraoculares (CEIO) producen daño por varios mecanismos: traumatismo mecánico, producción de infecciones y otros efectos tóxicos. Presentamos la resolución quirúrgica de la extracción de un CEIO metálico mediante un abordaje interno y extracción manual con pinzas del mismo.

Método: Varón de 38 años que acude por sensación de cuerpo extraño y alteración visual en ojo derecho tras traumatismo fotuito realizando una reparación doméstica. La visión era de movimiento de manos. La córnea presentaba una herida penetrante autosellada y catarata blanca con rasgado capsular con rotura del iris a ese nivel. La tomografía y la ecografía confirman la existencia de un CEIO de naturaleza posiblemente metálica en retina nasal inferior asociada a hemovítreo, estando el resto del tejido retiniano indemne. Antibióticos intravenosos y tópicos fueron pautados, a las 48 horas fue intervenido, realizándose cierre directo de la herida corneal para posteriormente iniciar la facovitrectomía 23G y extracción manual con pinzas del CEIO a través de esclerotomía de 20G, fotocoagulación láser argón del desgarro retiniano donde quedó enclavado, colocación de lente intraocular en sulcus y sutura de la incisión corneal principal, bajo anestesia general.

Resultados: La visión final resultante a la semana de la intervención sin corrección fue del 100% y se encuentra asintomático hasta la última exploración oftalmológica.

Conclusiones: La combinación de vitrectomía con eliminación del CEIO es un procedimiento altamente eficiente y seguro. La extracción rápida y adecuada, así como la localización exacta preoperatoria del CEIO, la eliminación de la hemorragia vítrea y el sellado del agujero retiniano resulta crucial para el pronóstico visual y anatómico final del ojo, además la colocación en el mismo acto quirúrgico de la lente intraocular hace que la recuperación sea mas rápida hecho fundamental ya que buena parte de los casos se producen en personas en edad laboral.

Vídeos

V-45

EDEMA MACULAR CISTOIDE PORLENTE DE CÁMARA ANTERIOR. TRASLADO INTRAOCULAR DE LA MISMALENTE A CÁMARA POSTERIOR MEDIANTE VITRECTOMÍA MICROINCISIONAL

NÚÑEZ PLASCENCIA Raquel, GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando, DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ M.^a José, AVENDAÑO CANTOS Eva M.^a, MESA VARONA Diana, CEBRIÁN ROSADO Emilio, RIVEIRA VILLALOBOS Laura

Propósito: Mostrar la cirugía de la recolocación de una lente de cámara posterior colocada en cámara anterior, en la ubicación para la que fue diseñada.

Método: La paciente es una mujer de 40 años que hace tiempo fue operada de la ectopia lentis que padecía mediante lensectomía y colocación de una lente de cámara posterior de 3 piezas en cámara anterior. La lente giraba libremente e inducía una inflamación crónica. Utilizando una vitrectomía microincisional se procedió a suturar los hápticos en cámara anterior mediante una sutura tipo cow hitch y técnica propia. La lente se recolocó en cámara posterior y los nudos de la sutura quedaron enterrados bajo tapetes esclerales. En la misma cirugía se peló la hialoides posterior y la membrana limitante interna.

Resultados: La lente se estabilizó en cámara posterior y se erradicaron los episodios de inflamación, resolviéndose el edema macular cistoide.

Conclusiones: Las lentes de cámara posterior no están diseñadas para su colocación en cámara anterior. Proponemos esta nueva técnica quirúrgica para la recolocación en el lugar adecuado de estas lentes, evitando la apertura ocular, ya que todo el procedimiento se realiza intraocularmente.

Vídeos