



CASOS CLÍNICOS Y MANIOBRAS QUIRÚRGICAS DE INTERÉS

 MSD OFTALMOLOGÍA


(clorhidrato de dorzolamida y maleato de timolol)


Saflutan[®]
(tafluprost)

CC-1

DESPRENDIMIENTO COROIDEO RECURRENTE EN PACIENTE VITRECTOMIZADO TRAS INYECCIÓN DE DISPOSITIVOS INTRAVÍTREOS DE DEXAMETASONA

GARAY ARAMBURU Gonzaga, GÓMEZ MORENO Angela, LARRAURI ARANA Arantza, DÍAZ DE DURANA SANTA COLOMA Enrique

Introducción: Desde junio de 2009 existe un dispositivo intravítreo de liberación sostenida de dexametasona para tratar los edemas maculares asociados a obstrucciones vasculares y a uveítis. Como complicaciones asociadas a la inyección, solo se han descrito recientemente dos cuadros de hipotonía precoz en pacientes vitrectomizados. Se cree que fueron originados por un cierre incompleto de la esclerotomía.

Caso clínico: Presentamos el caso de paciente varón miope alto de 58 años, intervenido previamente de cerclaje escleral y vitrectomía en ojo derecho por haber presentado desprendimiento de retina. Debido a la presencia de edema macular crónico y persistente se instauró tratamiento con inyección intravítrea de dexametasona siguiendo las instrucciones del laboratorio. El día siguiente el paciente presentaba una presión intraocular (PIO) de 8 mmHg y un desprendimiento coroideo localizado en arcada vascular inferior que se resolvió espontáneamente al cuarto día. Debido a la recurrencia del edema macular se le realizó nueva inyección intravítrea del dispositivo de dexametasona a los 5 meses. Una hora después, el paciente presentaba una PIO de 5 mmHg y un nuevo desprendimiento coroideo localizado en cuadrante temporal superior posterior al cerclaje escleral. Se realizaron retinografía, ecografía ocular y tomografía de coherencia óptica con las que se confirmó la existencia de desprendimiento ciliocoroideo y coroideo, además de encarceración vítrea a la esclerotomía. El desprendimiento se resolvió espontáneamente al octavo día.

Conclusiones: El desprendimiento coroideo puede ser una complicación asociada a la inyección intravítrea de dispositivos de dexametasona que hay que tener en cuenta en pacientes vitrectomizados. Se debe a la salida rápida del líquido de la cavidad vítrea tras la extracción de la aguja del dispositivo que origina una hipotonía que desencadena el desprendimiento coroideo.

CC-2

TRATAMIENTO DE LA EXUDACIÓN MASIVA SUBRETINIANA LIPÍDICA CON IMPLANTE INTRAVÍTREO DE DEXAMETASONA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

ASENCIO DURAN Mónica, GARCÍA MARTÍNEZ Jesús, CAPOTE DÍEZ Maria, CIDAD BETEGÓN M.^a del Pino

Introducción: La exudación lipídica subretiniana (ELS) aparece en enfermedades con anomalías vasculares retinianas o con elevación sistémica del colesterol y LDL. Generalmente secundaria, pero si el depósito es masivo, por sí mismo conduce a desprendimiento de retina irreductible o fibrosis subretiniana. Presentamos dos casos clínicos complicados, y su control con Ozurdex(R).

Casos clínicos: Caso 1, paciente con melanoma ciliocoroideo de 15 x 3,5 mm de grosor OI tratado con braquiterapia I-125 en 2005. 4 años después inicia retinopatía radiactiva tratada con fotocoagulación. Pocos meses después inicia UAA y posterior, tratada con triamcinolona subtenoniana y CE tópicos, resolviéndose el cuadro. Se producen nuevas recidivas de uveítis tratadas de la misma forma con resolución del cuadro inflamatorio, pero con opacidad del vítreo, aparición ELS progresiva y pérdida de AV 2 años después. Se realiza faco y vitrectomía para eliminación del vítreo opaco en este momento. Posteriormente la cámara vitrea se rellena de material lipídico de nuevo. El tratamiento con implante de Ozurdex consigue el aclaramiento vítreo durante 5 meses pero se tiene que realizar un segundo implante debido a recidiva. Actualmente la paciente está libre de exudación vítrea y la ELS no ha progresado. Caso 2, paciente con enfermedad de Coats unilateral y tumor vasoproliferativo periférico en OD de 5 mm de grosor. Es tratada con fotocoagulación en áreas de telangiectasias y anomalías microvasculares, y con termoterapia transpupilar sobre el TVP. Desarrolla aumento de la ELS que amenaza la visión central, por lo que se realiza implante de Ozurdex, que consigue controlar el cuadro exudativo, y a los 9 meses se realiza un segundo, que consigue reducir su extensión.

Conclusiones: nuestras observaciones demuestran la capacidad del implante de dexametasona intravítrea para controlar o incluso disminuir los niveles de ELS y vítrea en ojos complicados en los que hay pocas posibilidades terapéuticas.

CC-3

DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO CON AGUJERO MACULAR ASOCIADO, CÓMO EVITAR EL PASO SUBRETINIANO DE AZUL BRILLANTE (SIN MATERIAL DE PROTECCIÓN)

DÍAZ DE DURANA SANTA COLOMA Enrique, GARAY ARAMBURU Gonzaga, CABRERIZO NÚÑEZ Francisco Javier, LARRAURI ARANA Arázazu

Introducción: Describir una nueva maniobra para la protección del agujero macular en la cirugía del desprendimiento de retina regmatógeno (DRR) con agujero macular (AM) asociado.

Técnica quirúrgica: El epitelio pigmentario de la retina (EPR) es muy sensible a las tinciones usadas en la cirugía vitreoretiniana. Aunque el azul brillante no ha mostrado toxicidad a ese nivel, no se recomienda su paso al espacio subretiniano. Para evitar su introducción a través del AM se puede proteger éste interponiendo viscoelástico o perfluorocarbono líquido (PFCL). En el contexto de un DRR con AM asociado, esta maniobra no se puede realizar ya que tanto el viscoelástico como el PFCL se deslizan fuera del agujero por la convexidad del polo posterior. Presentamos un caso de DRR con AM asociado en el que se realiza la tinción de la membrana limitante interna (MLI) inmediatamente adyacente al AM sin paso de azul al espacio subretiniano. Para ello, al concluir el intercambio fluido-aire, y justo antes de iniciar la tinción, aumentamos la presión de infusión de aire en 10mm Hg, de forma que la salida paulatina del fluido subretiniano provoca un lavado centrífugo del azul, evitando su contacto con el EPR subfoveal. Continuamos la cirugía con el pelado de MLI bajo PFCL, revisión de periferia retiniana, endoláser en las roturas y recambio por SF6 al 18%. La técnica no presentó complicaciones. Tanto el agujero como el desprendimiento de retina se resolvieron y no se objetivó lesión de EPR subfoveal. El paciente presentó una rehabilitación visual correcta.

Conclusión: En la cirugía del DRR con agujero macular asociado, se puede evitar el paso de azul brillante al espacio submacular sin necesidad de interponer otro material, aumentando en 10mmHg la presión de infusión en el momento de la tinción, evitando maniobras adicionales que pueden complicar la cirugía. Asimismo, y por similitud anatómica, esta maniobra podría ser útil en el desprendimiento de retina secundario a AM miópico.

CC-4

DESPRENDIMIENTO NEUROSENSORIAL MACULAR RECURRENTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN EN PACIENTE CON FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA

DOMPABLO VENTURA Elisabet de, DÍEZ ÁLVAREZ Laura, SÁNCHEZ GUTIÉRREZ Verónica, RUIZ CASAS Diego

Introducción: La fístula carótido-cavernosa (FCC) es una comunicación anómala entre el sistema arterial carotideo y el seno cavernoso con diferentes presentaciones posibles. Exponemos un caso con desprendimiento neurosensorial (DNS) y desprendimientos del epitelio pigmentario (DEP) como manifestación inicial.

Caso clínico: Varón de 46 años. Antecedentes de vitíligo e infección dentaria reciente. Consulta por acúfenos y cefalea hemicraneal derecha, con diplopía de dos meses de evolución. En la exploración presenta parálisis de VI par craneal y DEPs parafoveales en ojo derecho (OD), manteniendo íntegra la agudeza visual (AV). Resto normal. Se descarta síndrome de Gradenigo tras pruebas ORL y TAC craneal normales. Un mes después, refiere escotoma OD, empeoramiento de la diplopía y cese de la cefalea. Presenta leve hiperemia conjuntival y DNS macular OD. Mejoría sintomática a las tres semanas con desaparición espontánea del líquido subretiniano. A los dos meses, refiere nuevo empeoramiento de la diplopía y AV. Presenta ptosis, exoftalmos y limitación en todas las posiciones de la mirada OD. AV 0,1 OD. Vasos conjuntivales en cabeza de medusa y reaparición en el FO de DEPs, DNS y líquido intrarretiniano. Se establece la FCC derecha como diagnóstico de sospecha confirmándose por angioTAC. Durante su ingreso para embolización la fístula se cierra espontáneamente no siendo necesario su tratamiento. Al mes, había mejorado la hiperemia conjuntival y la AV OD era de 0,5 con nueva desaparición espontánea de los DEPs y el DNS.

Conclusión: Son escasos los casos descritos de DNS macular como manifestación de una FCC, siendo más frecuentes los desprendimientos de retina periféricos y desprendimientos coroideos. Nuestro caso presentaba DEPs desde el inicio y DNS macular con resolución espontánea en 2 ocasiones. Las FCC deben incluirse en el diagnóstico diferencial de los DNS maculares aislados y considerar la resolución de éstos y mejoría de AV al reinstaurar la estabilidad hemodinámica orbitaria.

OCCLUSIÓN VENOSA RETINIANA BILATERAL Y SIMULTÁNEA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA METÁSTASIS CRANEAL

FERNÁNDEZ NADAL Ainhoa, GONZÁLEZ HERRERA María

Introducción: La Obstrucción Venosa Retiniana constituye la segunda enfermedad vascular retiniana más frecuente, después de la Retinopatía diabética. Es una patología a la que, etiológicamente, se le han asociado múltiples factores, tanto sistémicos (Hipertensión arterial, diabetes, disproteinemias, hemoglobinopatías, etc), como locales (glaucoma, hipermetropía).

Caso clínico: Varón de 78 años que consulta por disminución de la agudeza visual bilateral. Entre sus antecedentes destaca tabaquismo, enfisema pulmonar, hernia de hiato y degeneración macular derecha. Presenta una agudeza visual de 0,2/1 en ojo derecho y 0,8/1 en ojo izquierdo. Al estudio por biomicroscopía, se aprecia una pseudofaquia bilateral, sin hallazgos patológicos, y en el examen fundoscópico un edema de papila con hemorragias peripapilares en ambos ojos, aunque mayor afectación en ojo derecho, con oclusiones venosas de rama. Ante la ausencia de factores etiológicos conocidos, se le solicitaron pruebas complementarias, entre las que destaca el TAC craneal que nos reveló la presencia de una tumoración occipitoparietal con afectación intracraneal. Se amplió el estudio con Oncología, y se diagnosticó de un tumor primario en pulmón, un carcinoma epidermoide queratinizante metastásico.

Conclusión: Las oclusiones venosas retinianas se incluyen dentro de los EVOR (Eventos Vasculares Oclusivos de la Retina) que engloba tanto las oclusiones arteriales como venosas de la retina. Una oclusión venosa bilateral simultánea es un hallazgo infrecuente y cuando se presenta hemos de pensar en otras causas además de las principales causantes de esta patología, puesto que como en este caso puede ser debido a lesiones ocupantes de espacio intracraneales.

CC-6

AGUJERO MACULAR TRACCIONAL TRATADO CON INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE C3F8

ARIAS MEDINA José Manuel, MORALES PORTILLO Héctor, GÓMEZ CABRERA Cristina,
FERNÁNDEZ RAMOS Miguel Ángel

Introducción: La patología macular derivada de una adhesión vitreomacular anómala, presenta en el momento actual varias opciones de tratamiento, además de la observación. Son la vitrectomía pars plana (VPP) con pelado de la membrana limitante interna, la inyección intravítrea de gas expansible (C3F8) y la inyección intravítrea de Ocriplasma (actualmente no disponible en España).

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente, mujer, de 65 años, sin antecedentes de interés, que acude a nuestro servicio disminución de la visión y escotoma central positivo en ojo izquierdo (OI). La agudeza visual (AV) era de 0.2 en OI, observándose en el fondo de ojo la presencia de edema macular quístico, sin otros hallazgos asociados. El resto de la exploración era normal en ambos ojos. La tomografía óptica de coherencia (OCT) confirma la presencia de un agujero macular estadio II de pequeño tamaño, con edema macular quístico, y la hialoides posterior adherida a la fovea. Se plantea a la paciente tres opciones de tratamiento: VPP, inyección intravítrea de C3F8 u observación, explicando riesgos y beneficios de cada una. Se decide la inyección de 0.3 cc de C3F8 al 100%. A la semana siguiente de la inyección, se observa el desprendimiento completo de la hialoides posterior. Dos meses después, la OCT demuestra la resolución anatómica casi total del agujero macular, y una mejoría sintomática y de la AV a 0.5.

Conclusión: Con este caso clínico, apoyado en trabajos publicados, se plantea la posibilidad de la vitreolisis neumática como alternativa a la VPP, en casos seleccionados, dada su mayor disponibilidad y seguridad y menor coste. También se plantea como alternativa a la inyección intravítrea de Ocriplasma en los síndromes de tracción macular.

CC-7

ENFERMEDAD DE COATS ASOCIADA A TRASLOCACIÓN 15;17 DE ORIGEN PATERNO

GÓMEZ SÁNCHEZ Israel, GONZÁLEZ GONZÁLEZ Fernando, TORRADO SIERRA Óscar, JEREZ FIDALGO María

Introducción: La enfermedad de Coats (E.C.) es una enfermedad vascular exudativa retiniana idiopática caracterizada por: teleangiectasias y aneurismas retinianos con exudados intra y subretinianos. En nuestro caso presentamos una E.C. asociada a un cuadro polimarformativo que comprende; traslocación balanceada 15;17 paterna (t 15;17) , Hipomelanosis de Ito, atopia y otras malformaciones faciales y corporales.

Caso clínico: Niña de 13 años que presenta múltiples lesiones en piel y malformaciones faciales, remitida a consulta por mala agudeza visual(AV). La AV era percepción de luz en OD y de unidad en OI. La exploración del segmento anterior fue normal y la PIO fue de 16 mm hg en AO. En la exploración del fondo de ojo podemos observar en OD: retina aplicada, exudados duros maculares, teleangiectasias periféricas y placas de atrofia parafoveolares. En OI: retina aplicada y lesiones hipomelánicas en la periferia. Dadas las escasas posibilidades de recuperación visual los padres rehusaron cualquier tratamiento en ese momento en OD y decidieron pensar tratamiento profiláctico en OI.

Conclusión: Hasta el momento no se han descrito asociación entre E.C. y la t 15;17 paterna. Exponemos un caso de E.C. de naturaleza atípica por tratarse de una niña, con múltiples malformaciones, ser congénito y estar documentado genéticamente. Planteamos la hipótesis de asociación entre la E.C. y t15;17, al igual que existen otras enfermedades de base genética y afectación sistémica que se manifiestan como E.C, tales como: distrofia muscular fascioescápulo humeral, inversión pericéntrica del cromosoma 3 y síndrome de delección 13q entre otros.

CC-8

ASPECTO DISOCIADO DE LA CAPA DE FIBRAS NERVIOSAS TRAS PELADO DE MEMBRANA LIMITANTE INTERNA

JIMÉNEZ GÓMEZ Beatriz, RÍO ZEGARRA Rodrigo del, ORIVE BAÑUELOS Ana

Introducción: Se denomina aspecto disociado de la capa de fibras nerviosas a la aparición de depresiones en la superficie interna de la retina a lo largo del recorrido de la capa de fibras nerviosas en pacientes intervenidos de vitrectomía con pelado de membrana limitante interna tras un periodo medio de 2 meses tras la intervención. Se sugiere que este fenómeno es debido al daño que se produciría a nivel de las células de Müller durante la extracción de la membrana limitante interna.

Casos clínicos: Se revisan retrospectivamente 10 ojos de 10 pacientes intervenidos mediante vitrectomía y pelado de membrana limitante interna por membrana epirretiniana. Se pudo constatar la aparición de numerosas depresiones evidenciadas por OCT a lo largo de la capa de fibras nerviosas en todos los casos con un periodo medio de aparición entre 6 y 8 semanas.

Conclusiones: El aspecto disociado de la capa de fibras nerviosas representa el daño a nivel de las células de Müller que dan soporte a dicha capa, por lo que su aparición sugiere la extracción correcta de la membrana limitante interna de la retina.

CC-9

EFUSIÓN UVEAL ASOCIADA A GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INDETERMINADO IGM SUBTIPO LAMBDA

KHAOULY ALONSO Saideh, VILAPLANA BLANCH Daniel

Introducción: La efusión uveal está ocasionada por anomalías en la esclera que aumentan la dificultad en el retorno venoso ocular, con el consecuente desprendimiento ciliocoroideo anular. Pese a que la causa más frecuente es la idiopática, es importante descartar otras etiologías como la neoplásica, tradicionalmente asociado al mieloma múltiple. Sin embargo, nosotros describimos un caso de efusión uveal como manifestación inicial de una gammapatía monoclonal de significado indeterminado tipo IgM lambda.

Caso clínico: Varón de 68 años remitido a nuestra consulta por disminución de agudeza visual progresiva en OD de 1 año de evolución. En la exploración se observa una catarata moderada y un desprendimiento de retina seroso asociado a un engrosamiento anular difuso de la coroides. Mediante ecografía ultrasónica, angiografía fluoresceínica y verde indocianina, se confirma el diagnóstico de efusión uveal. En el estudio hematológico se diagnostica una gammapatía monoclonal de significado indeterminado tipo IgM lambda. Se decide tratamiento quirúrgico de la catarata e inyección sub-Tenon de triamcinolona, consiguiendo un resultado visual muy satisfactorio a corto plazo.

Conclusión: Nuestro paciente es el primer caso descrito en la literatura de efusión uveal asociada a gammapatía monoclonal de significado indeterminado IgM subtipo lambda, una patología benigna pero potencial precursora del mieloma múltiple.

CC-10

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA FOSETA ÓPTICA

LOZANO BERNAL Óscar Luis, FRAU AGUILERA Laura

Introducción: La foseta óptica es una anomalía congénita de la papila que fue descrita por primera vez por Wiethe en 1882. Afecta al 0.19% de la población sin predisposición por el sexo. Suele ser unilateral en el 85% de los casos y se localiza más frecuentemente en la porción temporal de la papila. Este cuadro suele pasar desapercibido hasta los 20-30 años, momento el que, entra fluido subretiniano entre las capas de la retina, provocando una separación entre capas internas y, secundariamente de las capas externas

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 66 años derivado por foseta papilar temporal con desprendimiento del haz papilo macular y tracción vítreo retiniana en ojo izquierdo de 20 años de evolución, sin alteraciones en polo anterior, sin defecto de graduación y presión intraocular normal. La OCT pone de manifiesto una comunicación entre foseta y espacio sub-racnoideo y la AGF no muestra ninguna fuga. Se dedice intervención mediante vitrectomía con levantamiento de hialoides posterior y pelado de la membrana limitante interna con laserterapia alrededor de la foseta y tamponamiento con gas SF6 al 20% y posicionamiento una semana. En las revisiones postquirúrgicas, el primer día y 15º día, 30 días y 90 días del postoperatorio no se registraron complicaciones y se objetivó una mejoría de la retonisquisis interna y del desprendimiento del neuroepitelio, que casi se ha resuelto. La agudeza visual ha ido recuperándose hasta alcanzar la previa a la cirugía.

Conclusiones: Con la experiencia que se tiene de la foseta y el conocimiento que se tiene de los síndromes de tracción vitreoretiniana, podemos concluir que la vitrectomía con levantamiento de hialoides posterior y pelado de MLI elimina el componente traccional que pudieran ejercer estas sobre el área peripapilar, contribuyendo a la separación de capas.

CC-11

VASCULOPATÍA COROIDEA POLIPOIDAL IDIOPÁTICA: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

MANUEL TRIANTÁFILO Sofía de, GILI MANZANARO Pablo, ORDUÑA AZCONA Javier,
MODAMIO GARDETA Laura

Introducción: La Vasculopatía Coroidea Polipoidal Idiopática (VCPI) es una maculopatía exudativa caracterizada por nódulos coroideos anaranjado, que muestran dilataciones aneurismáticas polipoideas en la angiografía con verde indocianina (AVI). Entre las alternativas terapéuticas se describen la terapia fotodinámica, la fotocoagulación láser, y los antiangiogénicos. El objetivo fue valorar las características clínicas, los hallazgos fundoscópicos y angiográficos, los tratamientos y la evolución de la VCPI en pacientes con más de un año de seguimiento tratados en nuestro centro.

Casos clínicos: Estudio retrospectivo, observacional de 5 pacientes (5 ojos) diagnosticados de VCPI. Se trataba de 3 hombres y 2 mujeres, con 78,6 años de edad media (mediana 81 años, rango [74,81]) todos con afectación unilateral. El seguimiento medio fue de 4 años (rango [1,8]). En 4 pacientes, la localización de las lesiones fue macular y en 1 caso peripapilar. La agudeza visual (AV) al diagnóstico fue de 0,26 y al final del seguimiento de 0,36. Los 5 pacientes presentaban lesiones rojo-anaranjadas sobreelevadas con exudación lipídica alrededor. La AFG que mostraba hiperfluorescencia con rezume difuso de origen indefinido, estableciéndose el diagnóstico en los 5 casos por la imagen característica en AVI de pólipos hiperfluorescentes, más evidente en tiempos tardíos. Tres de los casos se trataron con láser argón y 2 con antiVEGF y láser.

Conclusiones: Nuestro estudio mostró mayor incidencia en varones, afectación unilateral y lesiones maculares. La AVI es esencial en el diagnóstico y el tratamiento de esta entidad. La fotocoagulación láser guiada por AVI puede ser una alternativa en los casos de localización extrafoveal.

CC-12

ALTERACIÓN VISUAL Y MANTOUX POSITIVO: ¿QUÉ HACER ANTE UN DIAGNÓSTICO POSIBLE DE TUBERCULOSIS OCULAR?

MIRAFLORES GÓMEZ Sara, FUKUMITSU MIYAMOTO Hideki, PAIVA CORNEJO Gonzalo, VIDAL FERNÁNDEZ Pilar

Introducción: La tuberculosis(TBC) ocular es una entidad rara que compromete el sistema visual a cualquier nivel. Se presenta el caso de un paciente procedente Sudamérica con coroiditis tuberculosa multifocal y restauración ad integrum tras tratamiento antituberculoso. A propósito del mismo, se revisa la situación actual de la TBC ocular así como de su manejo.

Caso clínico: Varón de 40 años con pérdida brusca de visión en ojo izquierdo (OI) de 2 semanas de evolución. No antecedentes ni hallazgos clínicos de interés. La agudeza visual(AV) era de 1 en ojo derecho y 0.7 en el OI con biomicroscopía dentro de la normalidad. En el OI se apreciaba borramiento de bordes papilares, múltiples lesiones pequeñas redondeadas grisáceas maculares, con retina periférica aplicada y sin signos de vitritis. En la angiofluoresceinografía las lesiones eran hipofluorescentes en fase inicial e hiperfluorescentes en la tardía. La tomografía de coherencia óptica(OCT) del OI revelaba múltiples desprendimientos neurosensoriales subfoveales. El mantoux fue positivo de 20 mm de induración con radiografía de tórax normal. La baciloscopia de esputo y el estudio sistémico y serológico fueron negativos. Se instauró tratamiento antituberculoso con 4 fármacos y prednisona oral. A los 2 meses la AV del OI era de 0.9 y la OCT no mostraba lesiones. Continuó con isoniacida y rifampicina otros 4 meses y al quinto mes del inicio de tratamiento la AV fue de la unidad con OCT normal.

Conclusiones: El diagnóstico de TBC ocular constituye un reto dado el variado diagnóstico diferencial. Más aún en pacientes de áreas endémicas de TBC donde la vacunación disminuye la especificidad de un Mantoux positivo. Actualmente existen pruebas de alta sensibilidad que nos permiten un diagnóstico definitivo. Sin embargo, la buena respuesta terapéutica estriba en un balance riesgo-beneficio a favor del tratamiento precoz en pacientes con alta sospecha diagnóstica. Así, el diagnóstico de la TBC ocular continúa siendo presuntivo.

CC-13

¿ES LA VPP UN FACTOR PRECIPITANTE PARA EL DESARROLLO DE UNA OCLUSIÓN VENOSA RETINIANA?

MUÑOZ GALLEGO Alicia, JULVE SAN MARTÍN Alicia, CASTRO LIÉBANA Marta de, FERNÁNDEZ-REYES LUIS M.^a Fé

Introducción: La oclusión venosa retiniana (OVR) es una causa relativamente frecuente de pérdida de visión indolora a partir de los 65. La prevalencia de obstrucción de vena central de la retina (OVCR) es de 0,1 a 0,4%. Los factores de riesgo (FR) incluyen enfermedades sistémicas, fármacos, factores locales y enfermedades oculares. Hasta el momento, no se ha descrito relación entre la vitrectomía pars plana (VPP) y el desarrollo de OVR.

Caso clínicos: Se presentan 4 casos de pacientes que desarrollaron una OVR en el ojo que había sido operado recientemente de VPP. El primer caso es una mujer de 94 años hipertensa (HTA) y con glaucoma pseudoexfoliativo a la que se le realiza una VPP 25G en ojo izquierdo (OI) tras luxación de cristalino a cámara vítrea en cirugía de catarata, que desarrolla una oclusión de rama temporal superior en OI 3 semanas tras la VPP. El segundo caso es una mujer de 76 años HTA a la que se le realiza una VPP 20G con endoláser y SF6 por un desprendimiento de retina (DR) que desarrolla una OVCR 8 días después de la cirugía. El tercer caso es una mujer de 78 años HTA a la que se le realiza una VPP 23G por un DR que desarrolla una oclusión de rama venosa macular 1 mes tras la cirugía. El último caso es un varón de 52 años diabético con retinopatía diabética en AO que fue intervenido de cirugía de catarata y VPP 23G por un hemovítreo en OI, presentando 1 mes después una oclusión a nivel de la arcada temporal inferior.

Conclusión: Hasta el momento, se han descrito múltiples factores de riesgo para el desarrollo de OVR. Los 4 pacientes presentados previamente padecían al menos 1 FR para el desarrollo de OVR pero, sin embargo, la OVR apareció en el ojo operado, lo que sugiere que la VPP podría ser un factor precipitante. Pensamos que esto podría haberse producido secundariamente a los cambios de presión y vacío que son necesarios durante la cirugía para la aspiración de los restos cristalinos o para la realización del intercambio líquido-aire.

CC-14

DIAGNÓSTICO DE PROCESO LINFOPROLIFERATIVO POR RETINOPATÍA HEMORRÁGICA

MUÑOZ JIMÉNEZ Luz Ángela, MORALES BECERRA Ana, IRIGOYEN DÍAZ Joaquín

Introducción: Las leucemias son procesos malignos de las células germinales hematopoyéticas caracterizados por la proliferación anormal de los linfocitos. La afectación puede deberse a infiltración leucémica de las estructuras (infiltración del nervio óptico y edema de papila muy acentuado), así como a complicaciones secundarias de la enfermedad (anemia, trombopenia, leucosis e inmunosupresión). La leucemia se presenta habitualmente como una retinopatía hemorrágica: hemorragias intraretinianas, en llama, preretinianas, manchas de Roth, exudados algodonosos, tortuosidad y dilatación venosa. En raras ocasiones la afectación del fondo de ojo puede ser la manifestación inicial.

Caso clínico: Paciente mujer de 19 años que acude a urgencias por pérdida de la visión en OI de 5 horas de evolución. Antecedentes personales solo refería mareos y cefaleas de 1 mes de evolución. Antecedentes oculares sin importancia. A la exploración agudeza visual (AV) ojo derecho (OD) 0.8 y ojo izquierdo (OI) 0.175 que no mejoraba con su corrección. Pupila y movimientos oculomotores normales. Polo anterior normal. Fondo de ojos (FO) de ambos ojos (AO): papilas edematosas, tortuosidad y dilatación venosa, hemorragias en navetas múltiples en polo posterior, hemorragias en llama, manchas de Roth, algunos exudados algodonosos asociados y hemorragia retrohialoidea a nivel macular en OI. Se realiza interconsulta urgente al servicio de hematología y medicina interna por sospecha de proceso linfoproliferativo. Fue diagnóstica de Leucemia promielocítica aguda e ingresada para inicio de tratamiento. En sucesivas revisiones AV OD 0.8, OI 0.15. El FO OD reabsorción de las hemorragias y el sector temporal de la papila ligeramente borrado, en OI persisten dos hemorragias suprafoveales. En la tomografía de coherencia óptica macular se observa disminución de la depresión foveal.

Conclusiones: Las leucemias pueden ocasionar numerosas manifestaciones intra/extraocular, aunque algunas de ellas son raras su detección precoz puede ser de gran importancia para su pronóstico. Ante todo paciente joven sin clínica sistémica llamativa y FO con retinopatía hemorrágica debe realizarse diagnóstico diferencial de un proceso linfoproliferativo.

OBSTRUCCIÓN DE ARTERIAS CILIORRETINIANAS Y COMPONENTE VENOSO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

PÉREZ CRESPO Aurora, GUTIÉRREZ ORTIZ Consuelo

Introducción: El síndrome antifosfolípidos (SAF) es un estado autoinmune de hipercoagulabilidad causado por anticuerpos dirigidos contra los fosfolípidos de las membranas celulares. Este estado provoca una susceptibilidad aumentada a la formación de trombos tanto en arterias como en venas, además de complicaciones relacionadas con el embarazo. El SAF puede causar trombosis arteriales o venosas en cualquier sistema. En pacientes con SAF el evento venoso más frecuente es la trombosis venosa profunda de extremidades inferiores, mientras que el evento arterial más frecuente es el accidente cerebrovascular.

Caso clínico: Mujer de 34 años que acudió por disminución brusca de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD), refiriendo episodio similar autolimitado dos semanas antes. La paciente no refirió factores de riesgo cardiovascular. En la exploración oftalmológica presentó: AV cuenta dedos OD y 1 en el ojo izquierdo, defecto pupilar aferente relativo en OD, polo anterior normal, no dolor con la motilidad ocular y en el fondo de ojo hemorragia sobre arcada temporal superior e inferior y tortuosidad venosa. En la angiografía fluoresceínica se apreció una papiloflebitis del OD, con obstrucción de las arterias cilioretinianas y del componente venoso. En el campo visual se apreció un defecto en la región correspondiente al haz papilomacular del OD. Se solicitó analítica completa, pruebas reagínicas, inmunológicas y coagulométricas y una interconsulta al servicio de Medicina Interna. En las pruebas de laboratorio destacó la positividad de los anticuerpos anticardiolipina y antifosfolípidos. Se inició tratamiento antiagregante y anticoagulante.

Conclusión: La afectación de los vasos retinianos puede ser la primera manifestación de un SAF y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cuadros obstructivos vasculares en los que no se encuentren otros factores de riesgo asociados. Su diagnóstico es importante con el fin de evitar fenómenos trombóticos recurrentes.

CC-16

TOXICIDAD RETINIANA POR TAMOXIFENO: UN RARO EFECTO SECUNDARIO

RAMOA OSORIO M.^a Rosalba, ASENSIO SÁNCHEZ Victor Manuel, TRUJILLO GUZMÁN Lina M.^a

Introducción: El tamoxifeno es un antiestrógeno utilizado en el cáncer de mama que puede producir toxicidad retiniana.

Caso clínico: Varón de 80 años con escotoma central y metamorfopsia bilateral de un mes de evolución. Tratado con tamoxifeno 20 mg/día durante dos meses, por un carcinoma intraductal de mama. Un año antes su agudeza visual (AV) era de 0.8 y 0.9. La AV máxima en el ojo derecho es 0.4 y 0.3 en el ojo izquierdo. El estudio biomicroscópico, el fondo de ojo (FO), la angiografía fluoresceínica (AGF) y la autofluorescencia (AF) no son relevantes. En los cortes tomográficos se aprecia un desprendimiento de epitelio pigmentario (DEP) macular bilateral. El DEP mejoró a las 3 semanas después de retirar el tamoxifeno y se resolvió completamente a las 6 semanas con agudeza visual 0.7 en ambos ojos. Cuando se reintroduce el tamoxifeno 20 mg/día, reaparece progresivamente la pérdida de visión y metamorfopsia. En los cortes tomográficos se evidencia el DEP bilateral.

Conclusión: El oftalmólogo debe estar alerta ante la posibilidad de pérdida de visión severa e irreversible en pacientes con dosis estándar de tamoxifeno. El DEP es un signo de toxicidad que puede no identificarse en FO, AGF y AF.

CC-17

TRATAMIENTO CONSERVADOR EN EL SÍNDROME DE TERSON A PROPÓSITO DE UN CASO SACRISTÁN SANZ Ruth, LIJÓ ALONSO Esther M.^a

Introducción: El síndrome de Terson se define como la asociación de cualquier forma de hemorragia intracraneal súbita con una hemorragia intraocular. La fisiopatología más aceptada es que el aumento de la presión intracraneal produce hipertensión venosa con disrupción de los vasos peripapilares y sangrado intraocular. En la clínica puede haber hemorragia intravítrea, prerretiniana, sub o intrarretiniana sobre todo en macular. Las complicaciones más frecuentes son membrana epirretiniana, agujero macular y retinopatía vitroproliferativa El tratamiento puede ser expectante o vitrectomía

Caso clínico: Mujer de 55 años remitida desde Neurología por disminución de la agudeza visual (AV) bilateral Antecedentes de Hipertensión arterial, tabaquismo y hemorragia subaracnoidea y hematoma temporoparietal derecho secundario a aneurisma de la cerebral media derecha reciente En la exploración destacaba AV OD 0.25 OI 0.3 Fundoscopia del OD con escaso hemovítreo, pliegues radiales en mácula, fovea atrófica con moteado pigmentario, hemorragias en parénquima y moderada dilatación venosa. En el OI: restos hemáticos y fibrina inferior en vítreo, arteriolas finas e irregulares y dilatación venosa OCT Macular: Alteraciones epitelio pigmentario retina (EPR) y atrofia foveal en ambos ojos (AO) OCT del Nervio Óptico (NO) afectación moderada temporal e inferior del NO del OI AFG: No isquemia. Alteraciones difusas EPR macular Campimetría: hemianopsia homónima derecha Potenciales Evocados Visuales Alargamiento de la transmisión del impulso visual en la vía óptica retroquiasmática derecha de tipo mixto con claro predominio axonal de intensidad severa con criterio de escotoma en dichos campos visuales, coherente con los antecedentes neurológicos de la paciente. La evolución fue la mejoría de la AV hasta 0.5 y 0.8, la desaparición de las alteraciones maculares sin resangrados y palidez temporal papilar en OI

Conclusiones: La actitud expectante puede ser en casos seleccionados una actitud terapéutica.

CC-18

CORIORRETINOPATÍA SEROSA CENTRAL CRÓNICA RESISTENTE RESPONDE A METOTREXATE

TRUJILLO GUZMÁN Lina M.^a, ASENSIO SÁNCHEZ Victor Manuel

Introducción: La coriorretinopatía serosa central crónica (CSCC) es la persistencia de líquido subretiniano (LSR) más de tres meses, produciendo daño permanente en el epitelio pigmentario de la retina. Existen pacientes que no responden a los tratamientos convencionales. El metotrexate (MTX) es un antimetabolito que tiene acciones no inmunosupresoras.

Casos clínicos: Mujer de 50 años con historia de 6 años de CSCC en el ojo izquierdo. Su agudeza visual era 0.05. Se realizó tratamiento con metotrexate 7.5 mg subcutáneo una vez a la semana durante 12 semanas, mejorando la agudeza visual a 0.4. La angiografía mostró disminución de la hiperfluorescencia. El OCT mostró desaparición del LSR. 4 meses después no había recurrencia. Mujer de 42 años con historia de 8 años de CSCC en el ojo izquierdo. Su agudeza visual era 0.1. Se realizó tratamiento con metotrexate 7.5 mg subcutáneo una vez a la semana durante 12 semanas. La agudeza visual post-tratamiento fue de 0.7. La angiografía mostró disminución de la hiperfluorescencia. El OCT mostró desaparición del LSR. 6 meses después no hubo recurrencia. Ninguna de las pacientes desarrolló alteraciones bioquímicas y/o analíticas que sugestivas de toxicidad por MTX.

Conclusión: El MTX es una alternativa para el tratamiento de la CSCC refractaria a los tratamientos convencionales. La dosis baja y el corto tiempo de tratamiento no se asocian a toxicidad sistémica.

NECROSIS RETINIANA AGUDA

VILLAMIZAR LOPERA Juan Carlos, PACHKORIA Ketevan, OLAVARRI GONZÁLEZ Gloria, BOBÉ ÁLVAREZ María

Introducción: La necrosis retiniana aguda (NRA) es una enfermedad herpética de la retina causada por virus herpes; entre ellos virus herpes simple 1 y 2, virus varicela-zoster, virus Epstein-Barr, y más raramente citomegalovirus. Se presenta en adultos sanos aunque puede afectar a pacientes con disfunción inmunitaria subclínica. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y es necesario instaurar un tratamiento precoz debido a la alta incidencia de complicaciones.

Caso clínico: Paciente de 64 años con antecedente de síndrome de Churg Strauss en tratamiento con corticoides orales. Consulta por miodesopsias en ojo izquierdo (OI), dolor ocular, enrojecimiento y disminución de agudeza visual (AV). En la exploración inicial presenta AV de 0,2. A la biomicroscopía se encontraba una córnea con edematosa. Presión intraocular de 40mmHg, Tyndall fino y precipitados queráticos retroendoteliales. En el fondo de ojo se evidencia vítreo turbio con zonas de necrosis retiniana en los 360 grados. Con diagnóstico de panuveítis y sospecha de necrosis retiniana aguda de posible etiología herpética, es ingresado y se instaura tratamiento con aciclovir y corticoides intravenosos e hipotensores oculares. Evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta para seguimiento ambulatorio. Se realiza panfotocoagulación retiniana con láser. Dos meses más tarde se evidencia un desprendimiento de retina (DR) y es sometido a facovitrectomía con evolución aceptable.

Conclusiones: La NRA se presenta en pacientes sanos, pero se ha constatado que la inmunosupresión es un factor de riesgo para desarrollar retinopatías necrotizantes. Las complicaciones asociadas a estos procesos son DR y la neuropatía óptica isquémica. El diagnóstico y tratamiento precoz con antivirales mejoran la función visual. La vitrectomía profiláctica puede prevenir el DR y mejorara el pronóstico, siendo una opción para casos de necrosis extensa y opacidad vítrea severa que progresan rápidamente a pesar del tratamiento antiviral.

CC-20

CONJUNTIVITIS GONOCÓCICA Y SU SIMILITUD CON LA CELULITIS ORBITARIA Y PREORBITARIA. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

CHAIT DÍAZ Federico Andrés, SAINT-JEAN RIQUELME Alejandro, ORTIZ PÉREZ Santiago

Introducción: La conjuntivitis gonocócica es una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) infrecuente que puede tener devastadoras consecuencias. Se han descrito casos de conjuntivitis gonocócicas que pueden simular celulitis orbitarias. En este trabajo intentamos estacar la importancia de la sospecha precoz de conjuntivitis gonocócica e incluirla al diagnóstico diferencial de celulitis preorbitaria dado la similitud de ambas enfermedades en su presentación. Presentaremos tres casos de esta rara enfermedad de transmisión sexual (ETS) diagnosticada en nuestro servicio de urgencias en el último año.

Casos clínicos: Tres pacientes diagnosticados de conjuntivitis gonocócica en el último año en nuestro servicio de urgencias. Se analizó la presentación clínica, similitudes entre los casos, exámenes diagnósticos, tratamiento, evolución y complicaciones. En los tres pacientes se realizó gram y cultivo de la secreción purulenta. En los dos primeros casos se realizó una tomografía computarizada (TAC) de órbita para descartar compromiso intraorbital. Los tres pacientes recibieron terapia antibiótica intravenosa en forma empírica. Los tres pacientes fueron revisados en conjunto con el departamento de ETS y se descartaron otras patologías de este tipo. Los tres pacientes habían sido diagnosticados previamente de conjuntivitis viral, que no respondió al tratamiento tópico. Todos se presentaron en urgencias con un cuadro hiperagudo de dolor ocular intenso asociado a abundante secreción purulenta y disminución de la agudeza visual. Los cultivos salieron positivos para *Neisseria gonorrhoeae*. La TAC descartó patología orbitaria, sugiriendo celulitis preorbitaria en dos de ellos. Todos los pacientes tuvieron una respuesta favorable a la antibioterapia intravenosa. Un paciente realizó como complicación un síndrome adherencial, quedando con una leve ptosis residual. Ningún paciente tuvo complicaciones corneales y la alteración de la agudeza visual se recuperó por completo.

Conclusiones: La CG es una ETS infrecuente y con catastróficas complicaciones. Esta enfermedad puede simular en todo a una celulitis orbitaria o preorbitaria, por lo que es importante tenerla como diagnóstico diferencial cuando nos enfrentamos ante ellas.

CC-21

QUERATITIS EN SANDWICH TRAS TRASPLANTE ENDOTELIAL

CIDAD BETEGÓN Pino, HIERRO ZARZUELO Almudena del, BOTO DE LOS BUEIS Ana, GONZÁLEZ SÁNCHEZ M.^a Eugenia

Introducción: La queratoplastia endotelial es el tratamiento de elección para determinadas patologías endoteliales como la queratopatía bullosa. Gracias a su aparición, las córneas provenientes de donantes operados de refractiva han pasado a formar parte del pool de córneas donantes para este tipo de cirugías. Presentamos el caso de un paciente intervenido de queratoplastia endotelial automatizada con disección de la membrana de Descemet (DSAEK) por una Distrofia endotelial de Fuchs, a partir de una córnea donante operada de LASIK y en la que tras el cultivo del rodete donante se objetivó infección por *Corynebacterium* sp.

Caso clínico: Varón, de 86 años en seguimiento por Distrofia endotelial de Fuchs, al que se practicó un DSAEK de ojo izquierdo a partir de una córnea donante intervenida de cirugía refractiva. El décimo día tras la cirugía el Servicio de Microbiología informó del crecimiento de *Corynebacterium* sp. en el cultivo donante. Por biomicroscopía el injerto estaba claro, por lo que se decidió observar estrechamente al paciente sin comenzar tratamiento. Dos meses tras la cirugía se apreció un replegamiento del injerto a nivel temporal y tres infiltrados limbares inferiores, a nivel de la interfase. Se comenzó tratamiento con colirio de ciprofloxacino, tobramicina y dexametasona. Una semana más tarde se observó que el infiltrado de las 7 horas era más denso, por lo que se pautó tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico vía oral. Dado el empeoramiento del cuadro el paciente fue sometido al drenaje de los infiltrados, irrigación de CA e inyección de penicilina intraestromal. Un mes más tarde, los infiltrados fueron resueltos, sin embargo, actualmente la córnea se encuentra descompensada a la espera de una queratoplastia penetrante.

Conclusión: En las infecciones en sándwich, cuando el diagnóstico microbiológico no es posible debido a la inaccesibilidad para la toma de la muestra, se puede plantear la obtención de ésta mediante el drenaje del absceso o la retirada del lentículo. La localización del infiltrado a nivel profundo hace difícil la penetración del fármaco, siendo fundamental comenzar con regímenes de tratamiento intensivos desde un principio. Algunos autores promueven la observación inicial, mientras que son otros los que defienden la retirada del lentículo en la fase aguda.

CC-22

UTILIDAD DE LA DSAEK BILATERAL EN UN PACIENTE CON DISTROFIA DE FUCHS EN UN OJO Y EN UNA QUERATOPLASTIA PENETRANTE FRACASADA EN EL CONTRALATERAL

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

Introducción: La DSAEK o queratoplastia lamelar posterior es una buena opción quirúrgica para el tratamiento de pacientes con distrofias endoteliales primarias y para fracasos endoteliales tras queratoplastias penetrantes previas.

Caso clínico: Paciente de 84 años con una distrofia de Fuchs que precisó una queratoplastia penetrante (QPP) en el ojo derecho (OD) en junio del año 2005. Un año después fue intervenida de cataratas en ese ojo. A finales del 2012 presentó una descompensación del injerto por lo que se decidió hacer una DSAEK sobre ésta QPP fracasada. En el ojo izquierdo (OI) fue intervenida de cirugía de catarata en el 2008 y tras descompensación corneal precisó una DSAEK en marzo del año 2010. En el postoperatorio inmediato precisó la recolocación del lentículo y sufrió una hemorragia iridiana con depósito de sangre en la interfase. Éste depósito fue desapareciendo progresivamente hasta quedar la interfase transparente y con una buena agudeza visual.

Conclusiones: Presentamos los buenos resultados refractivos y anatómicos tras la realización de una DSAEK tanto de forma primaria como tras una QPP previa en ambos ojos del mismo paciente. También señalamos que la presencia de sangre en la interfase tras la manipulación quirúrgica se resolvió satisfactoriamente.

CC-23

QUERATITIS POR STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA TRATADA CON TRIMETOPRIM/ SULFAMETOXAZOL

DÍEZ ÁLVAREZ Laura, LUMBRERAS FERNÁNDEZ Blanca, GARCÍA PÉREZ Jorge Luis

Introducción: La *Stenotrophomonas maltophilia* (*S. maltophilia*) es una bacteria Gram - de vida libre cuyo crecimiento se da en suelos, aguas, plantas y animales. En los últimos años se ha convertido en infección nosocomial multirresistente en pacientes con inmunodepresión. La afectación ocular por *S. maltophilia* es infrecuente y se ha relacionado con lentes de contacto y antecedentes de traumatismo ocular o cirugía. Presentamos un caso de queratitis por *S. maltophilia* tratada con trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX) en monoterapia. Según nuestro conocimiento, es el único caso tratado con éxito de esta manera.

Caso clínico: Mujer de 84 años con antecedentes personales de diabetes, hiperuricemia, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, carcinoma de vulva, descompensación corneal en ojo derecho secundaria a cirugía de catarata hace 2 años y distrofia de Fuchs contralateral. Tras trasplante corneal tipo DSAEK presentó un defecto epitelial persistente tratado con lente de contacto terapéutica, tobramicina, dexametasona tópicas y lubricación. Tras 6 semanas se detectó un infiltrado corneal. El análisis microbiológico fue positivo para *S. maltophilia* sólo sensible a TMP/SMX. Fue tratado con TMP/SMX tópico horario en pauta descendente y vía oral 800/160 mg cada 12 horas durante 20 días. El resultado final fue la curación de la infección y del defecto epitelial con persistencia de un leucoma corneal central. Tras un año de seguimiento la paciente está estable. Por el momento rechaza la realización de una queratoplastia penetrante.

Conclusión: El TMP/SMX en monoterapia puede ser un tratamiento útil en queratitis por *S. maltophilia*. Los autores no tienen interés comercial ni han recibido apoyo económico.

CC-24

FACO-DMEK: TRIPLE PROCEDIMIENTO SIMULTÁNEO DE FACOEMULSIFICACIÓN, IMPLANTE DE LIO Y QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL DE MEMBRANA DE DESCOMET

NAVEIRAS TORRES-QUIROGA Miguel, ALFONSO SÁNCHEZ José F.

Introducción: Los pacientes afectados por distrofia de Fuchs y catarata avanzada se han manejado tradicionalmente en dos procedimientos diferidos en el tiempo. Esto provoca un retraso en la rehabilitación visual del paciente, que habitualmente se encuentra en activo. En los casos que además tienen cámara anterior estrecha, se puede combinar toda la cirugía en un procedimiento único.

Técnica quirúrgica: Se realiza una facoemulsificación de catarata seguida de implante de LIO en saco y trasplante endotelial tipo DMEK: El tejido donante, que tiene una densidad endotelial mínima de 2,400 cels/mm² y al menos 40 años de edad es preparado bajo condiciones estériles en forma de rollo aislado. Después se conserva a 31° en medio DMEM modificado durante los diez días previos a la cirugía. La facoemulsificación se realiza por túnel escleral de 3mm y entrada de 2.2mm, con viscoelástico cohesivo, capsulorrexis de 4.6mm, LIO monofocal monobloque de "diseño en c", y extracción exhaustiva del viscoelástico. La descematorrexis se practica bajo aire con gancho de Sinsky invertido. La DMEK se realiza inyectando el rollo en BSS encapsulado entre dos tapones de viscoelástico mediante un inyector y cartucho de ICL. El despliegue y fijación se consiguen mediante burbuja de aire y flujos de BSS. Al final de la cirugía se llena la cámara anterior de aire durante una hora, y se deja una burbuja residual del 50%.

Conclusiones: El triple procedimiento simultáneo es seguro y eficaz en el manejo de casos con distrofia de Fuchs, catarata avanzada y cámara estrecha concomitante.

CC-25

TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE POLO ANTERIOR EN CONJUNTIVITIS VERNAL

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

Introducción: Presentamos un caso de conjuntivitis vernal remitido por degeneración quística y adelgazamiento corneal en el limbo superior, al que se le había indicado una queratoplastia en otro centro, en donde la tomografía de coherencia óptica (OCT) de polo anterior demostró un espesor subyacente normal.

Caso clínico: Varón de 13 años de edad remitido para queratoplastia por distrofia corneal y sospecha de riesgo de perforación por adelgazamiento quístico periférico. Antecedentes de alergia ocular estacional en primavera y otoño, en tratamiento con antihistamínicos y corticoides tópicos. En la exploración presentaba papilas tarsales y degeneración límbica superior con nódulos de Trantas quísticos, más llamativos en ojo derecho. Una OCT de polo anterior demostró un espesor subyacente de 600 micras, no estando indicada por tanto una queratoplastia. El manejo del paciente se consiguió comenzando tratamiento con ciclosporina tópica al 0.05% cada 12h los 2 meses previos al inicio de la sintomatología, añadiendo antihistamínicos tópicos (olopatadina cada 12h) si picor, y corticoides tópicos de rescate. En 1 año de seguimiento el paciente se ha mantenido asintomático en la época estacional, solamente con ciclosporina y lágrimas artificiales de enero a junio, y de agosto a octubre. Los quistes limbares se han mantenido estables sin adelgazamiento escleral ni corneal medido mediante OCTs de polo anterior.

Conclusiones: La ciclosporina tópica en los casos de conjuntivitis vernal permite mantener a los pacientes con escasa o nula sintomatología, sin precisar corticoides y/o antihistamínicos tópicos. En este caso clínico, la OCT de polo anterior ha permitido medir el espesor subyacente de quistes corneales, demostrando la ausencia de adelgazamiento, y por tanto de riesgo de perforación. La realización de una OCT de polo anterior resulta imprescindible para evitar una indicación quirúrgica errónea.

CC-26

IMPLANTE DE SEGMENTOS INTRAESTROMALES ASISTIDO POR LÁSER DE FEMTOSEGUNDO EN ASTIGMATISMO POSTQUERATOPLASTIA

SOLDEVILLA CANTUESO Juan, GIMÉNEZ ALMENARA Francisco Javier, GARCÍA CATALÁN M.^a del Rocío

Introducción: Un astigmatismo elevado e irregular dificulta la rehabilitación visual de los pacientes con queratoplastia. Presentamos los resultados obtenidos en tres casos de astigmatismo irregular postqueratoplastia, en los que fueron implantados segmentos intraestromales (Ferrara, AJL) mediante técnica asistida por láser de femtosegundo (Technolas Perfect Vision, Heidelberg, Germany).

Caso clínicos: Caso 1: Varón de 33 años que tras queratoplastia penetrante por queratocono en ojo izquierdo (OI) presenta agudeza visual con corrección (AVcc) de 0,2, y astigmatismo topográfico de 4 Dioptrías (D). A los tres meses del implante de los segmentos, la AVcc era 0,4 y el astigmatismo topográfico de 2,4 D. Caso 2: Mujer de 75 años que tras queratoplastia penetrante en OI por descompensación endotelial, presenta AVcc de 0,3 y astigmatismo topográfico de 7,6 D. A los tres meses de la cirugía, la AVcc era de 0,6 y el astigmatismo topográfico de 4,2 D. Caso 3: Mujer de 45 años con queratoplastia lamelar superficial en OI por pterigion recidivante. La AVcc era 0,05, con astigmatismo topográfico de 8,1 D. A los tres meses de la cirugía, la AVcc era 0,1 y el astigmatismo topográfico de 5,4 D.

Conclusiones: El implante de segmentos intraestromales asistido por láser de femtosegundo es una alternativa quirúrgica en casos con astigmatismo irregular postqueratoplastia elevado.

CC-27

AFECTACIÓN CONJUNTIVAL BILATERAL COMO DEBUT DE UN SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO CRÓNICO

SOLER SANCHIS M.^a Isabel, SANTANA GARCÍA Ana, CABEZAS LEÓN Mercedes, BENEYTO MARTÍN Pedro

Introducción: La Leucemia Linfocítica crónica (LLC- B) es un síndrome linfoproliferativo originado de la expansión neoplásica de una subpoblación de linfocitos de la estirpe B, CD 5+. Tiene una alta prevalencia en el mundo occidental e incidencia 3/100.000. Puede presentar un amplio espectro de manifestaciones clínicas y complicaciones. La afectación ocular es infrecuente y más aún como debut de un síndrome linfoproliferativo.

Caso clínico: Paciente de 61 años que acude a consulta de Oftalmología por conjuntivitis de 1 mes de evolución. Como antecedentes de interés presenta Dislipemia, HTA, cardiopatía isquémica con Bypass y neoplasia vesical intervenida en 2008. Refiere secreción mucosa de 1 mes de evolución que no mejora con tobramicina ni ácido fusídico. A la exploración presenta agudeza visual en ambos ojos de 0.8, en la biomicroscopía se observa hiperemia conjuntival difusa, quemosis bilateral, alguna papila subtarsal, cornea transparente, vena 1, no tyndall. Presiones intraoculares 25 y 30, paquimetría 475 y 476 respectivamente. Funduscopia y campo visual normal. A los 3 meses continua con quemosis bilateral y se observan lesiones sobreelevadas subconjuntivales en nasal, superior e inferior, por lo que se decide biopsia. El primer resultado de Anatomía Patológica presenta un infiltrado inflamatorio crónico sin evidencia de malignidad, sin embargo dada su evolución se decide nueva biopsia con extirpación de conjuntiva de espesor completo recibiendo un segundo resultado de infiltrado linfocítico de células pequeñas y bajo índice proliferativo sugestivo de linfoma B de células pequeñas. Tras interconsulta al servicio de Hematología y estudio completo se diagnostica de Síndrome Linfoproliferativo crónico (LLC B) con afectación conjuntival bilateral. Se realiza tratamiento con Rituximab y a nivel oftalmológico se encuentra una clara mejoría al mes del tratamiento.

Conclusión: La afectación ocular por la leucemia aguda y linfomas es bien conocida, como pueden ser hemorragias retinianas e infiltración conjuntival bulbar con lesiones asalmonadas, sin embargo, en los síndromes linfoproliferativos crónicos ocurre raramente afectación conjuntival como síntoma o bien como presentación de la enfermedad.

CC-28

INDICACIÓN DE COLIRIO DE SUERO ALOGÉNICO

ALONSO MAROTO José M., HOYOS SANABRIA Belén, MARESCA QUINTERO Mercedes

Introducción: El suero autólogo (SA) además de humidificar, contiene sustancias con efecto trófico que regulan las células epiteliales de la superficie ocular. Pero también presenta desventajas, como el riesgo de transmisión de enfermedades o de contaminación del colirio. Existen situaciones que contraindican su uso (enfermedades infecciosas de transmisión parenteral, pacientes en los que queramos evitar venopunciones repetidas,...). En estos casos podemos usar como alternativa sueros alogénicos (SAL).

Casos clínicos: Presentamos 6 casos en los que hemos usado suero alogénico de un familiar. Caso 1 Varón de 18 meses con Síndrome de Robinson, que pese a tarsorrafia bilateral, presenta lagofthalmos derecho, con úlceras de repetición pese a tratamiento lubricante. Tratamos con suero alogénico materno y lente de contacto terapéutica. Caso 2 Mujer de 7 años de edad con ictiosis que presenta retracción palpebral superior e inferior, con lagofthalmos bilateral. Tratamos con lubricación ocular y suero alogénico materno. Caso 3 Varón de 30 años, VIH +, que tras una Meningitis tuberculosa aguda presenta déficit motor con cierre palpebral incompleto de OD. Presenta úlcera por exposición en OD. Tratamos con antibioterapia de cobertura, lubricación y suero alogénico materno. Caso 4 Varón de 57 años, diabético, en tratamiento quimioterápico por linfoma, presenta úlcera neurotrófica OD. Pautamos colirio de suero alogénico de su mujer. Caso 5 Varón de 58 años, ingresado en UCI por sepsis, que presenta úlcera corneal bilateral tras uso de máscara de ventilación asistida. Utilizamos suero alogénico de una hija. Caso 6 Mujer de 62 años, con artritis reumatoide, que presenta una queratopatía ulcerativa periférica en OI, tratada con corticoide sistémico y colirio de suero alogénico de una de sus hijas.

Conclusión: El colirio de SAL ha supuesto una buena alternativa en pacientes en los que requiramos una opción terapéutica distinta a la fuente autóloga de sueros biológicos.

CC-29

FENESTRACIÓN DE LAS VAINAS DEL NERVIO ÓPTICO POR HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL REFRACTARIA A TRATAMIENTO Y DETERIORO VISUAL

CABRERA BEYROUTI Rubén, JIMÉNEZ RODRÍGUEZ Diana Nury, MARTÍNEZ RUBIO Magdalena, PÉREZ MOREDA Florencio

Introducción: La hipertensión intracraneal (HTI) es una entidad neurológica caracterizada por un aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo (LCR) y clínica neurológica diversa, siendo la pérdida visual la secuela más temida. Las opciones terapéuticas incluyen tratamiento médico, punciones lumbares periódicas, derivaciones valvulares y descompresión del nervio óptico (NO). Logran generalmente la normalización de la HTI aunque en numerosos pacientes este control sólo se obtiene una vez que ya se ha instalado la pérdida visual.

Caso clínico: Mujer de 46 años con escotomas visuales transitorios y pérdida visual progresiva en ambos ojos (AO) de 2 meses de evolución junto con episodios de mareos y cefaleas. Presión intraocular y biomicroscopía normal en AO. Agudeza visual de 0.5 en AO y en fondo de ojo destaca papiledema. Perimetría con escotoma arciforme bilateral que progresa durante el ingreso. Diagnosticada de HTI por trombosis de senos venosos se trata con heparina y acetazolamida con mejoría moderada del cuadro pero con progresión del deterioro visual por lo que se realiza una derivación lumbo-peritoneal que resuelve las cefaleas y los mareos pero se agrava la visión. Se realizó la fenestración de las vainas de los NOs objetivando la salida a presión del LCR logrando una hipotensión en el espacio subaracnoideo perióptico al favorecer la salida del LCR hacia la grasa orbitaria y permitir una mayor distensión del NO. Evolucionó favorablemente resolviéndose el papiledema e instaurándose una atrofia moderada de papila con visión de unidad en AO y notable mejoría de los campos visuales, manteniéndose estable durante 18 meses.

Conclusión: A pesar del tratamiento médico, derivaciones y seguimiento estricto, algunos pacientes con HTI presentan pérdida visual. La fenestración del NO ha demostrado en algunos casos ser el único tratamiento eficaz en revertir el edema del NO y conseguir una cierta recuperación de su función evitando secuelas visuales irreversibles.

CC-30

MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS EN LA ATAXIA DE CHARLEVOIX-SAGUENAY

CARMONA HERNÁNDEZ Maravillas, RAMOS LÓPEZ Juan Francisco, DURÁN TURCIOS Guillermo Anibal

Introducción: Las ataxias espinocerebelosas constituyen un grupo heterogéneo de trastornos neurodegenerativos caracterizados por ataxia, debido a la degeneración progresiva del cerebelo, vías medulares, y las estructuras asociadas. La ataxia neuromuscular, autosómica recesiva (AR) de Charlevoix-Saguenay (ARSACS) es una variedad que se caracteriza por una ataxia temprana del cerebelo con trastornos neuromusculares, síndrome piramidal y neuropatía periférica asociada también con síntomas oculares como nistagmus, movimientos oculares lentos y un aumento de la demarcación de las fibras nerviosas retinianas, como presenta el paciente que describimos en este caso.

Caso clínico: Varón de 22 años con antecedentes de consanguinidad y de un primo hermano paterno con alteración de la marcha y del equilibrio, así como del habla, y con movimientos anormales en las manos. En la exploración neurológica destaca Nistagmo horizontal en miradas laterales extremas, piramidalismo y neuropatía periférica en miembros inferiores con marcha ataxo-espástica. En la resonancia magnética (RM) craneal se observa ligera atrofia del vermis superior y de los pedúnculos cerebelosos superiores, así como del tercio posterior del cuerpo calloso. En la RM cervical se aprecia atrofia difusa del cordón medular. Es derivado a Oftalmología para realización de fondo de ojo. La agudeza visual es de 1 en ambos ojos. El segmento anterior es normal. La presión intraocular es de 12 mmhg en ambos ojos. En el fondo de ojo se observa una mayor delimitación de las fibras nerviosas retinianas de forma radial a la papila óptica.

Conclusión: La ARSACS se origina por una mutación AR en el gen SACS (13q11) que codifica una proteína de cadena larga de función desconocida llamada saccina. El diagnóstico clínico depende, tanto del resultado de estudios de neuroimagen, como de los datos neurofisiológicos, entre otros. Entre los primeros, la RM muestra atrofia en la parte superior del vermis del cerebelo y el extremo cervical de la médula espinal, mientras que los estudios neurofisiológicos revelan signos de neuropatía de los axones. También puede ser útil incluir un examen de la retina en el diagnóstico ya que el aumento en la delimitación de las fibras retinianas (¿mielinización?) cerca del disco óptico ha sido descrito como una característica común de ARSACS.

CC-31

CASO DE NEUROPATÍA ÓPTICA ALCOHÓLICO-TABÁQUICA DE BUENA EVOLUCIÓN EN CONTEXTO DE SITUACIÓN DE CRISIS SOCIOECONÓMICA

CORRÓ MOYÁ Baltasar, MORA RAMÍREZ Diana, BERENGUER ANDREU Jerónimo, GIL TORRUBIANO Mónica

Introducción: La neuropatía alcohólico-tabáquica es una rara entidad en la actualidad, caracterizada por discromatopsia y defectos visuales centrales que pueden ser severos e irreversibles. Probablemente se trate de una neuropatía mixta, tanto tóxica (por cianida y etanol) como metabólico-carencial (concretamente de vitaminas del complejo B), en la que se produce un daño de las fibras del haz papilomacular por poseer mayores exigencias energéticas.

Caso clínico: Disminución de visión central severa en ambos ojos de 2 días en paciente de 43 años con hábitos enólico y tabáquico muy severos en los dos últimos años a raíz de estado de estrés continuo por su situación económica y laboral, acompañándose de pérdida de peso de 30 Kg durante el último año. Presenta estigmas analíticos de alcoholismo crónico y malnutrición. A la exploración oftalmológica únicamente presenta una discreta palidez temporal papilar en ambos ojos. Ante la sospecha de neuropatía óptica alcohólico-tabáquica se suspende el consumo de alcohol y tabaco, pautándose aporte vitamínico. Se realiza un seguimiento a lo largo de 8 meses con tomografía de coherencia óptica, objetivándose una disminución progresiva de la capa de fibras a nivel del haz maculo-papilar. En cambio, la agudeza visual, la campimetría y la discromatopsia han mejorado satisfactoriamente. Destacar que se consiguió tanto el abandono de los tóxicos como recuperación de hábitos saludables y de 36 kg de peso, gracias a la implicación del paciente y al soporte recibido de su entorno social.

Conclusión: La situación económica actual puede precipitar la aparición de trastornos metabólico-tóxicos con trasfondo social poco frecuentes como la neuropatía óptica alcohólico-tabáquica. Debemos identificar estos casos para instaurar hábitos de vida saludables de inmediato, porque pueden evolucionar de forma satisfactoria y evitarse daños severos permanentes. Debemos apostar por la fuerza de voluntad y el apoyo social de nuestros pacientes.

CC-32

NEUROPATÍA ÓPTICA BILATERAL EN CONTEXTO DE UNA SINUSITIS ESFENOIDAL AGUDA
COSTALES ÁLVAREZ Carmen, SANTALLA CASTRO Carla, BURGUEÑO MONTAÑÉS Carmen,
CUETOS GARCÍA Manuela

Introducción: Las sinusitis esfenoidales pueden provocar importantes complicaciones, amenazando incluso la vida de los pacientes. Una de sus complicaciones poco habituales es la neuritis óptica, que puede cursar con disminución de la agudeza visual, y puede tener, en ausencia de tratamiento, un pronóstico nefasto a largo plazo. Existen escasos casos en la literatura acerca de una neuritis bilateral secundaria a una pansinusitis.

Caso clínico: Mujer de 46 años, que acude al servicio de Urgencias refiriendo un escotoma en su ojo derecho de 48 horas de evolución. No presentaba otra sintomatología neurológica concomitante ni antecedentes de interés. A la exploración la AV era de 0,40 en OD y de 0.50 en OI. En el fondo de ojo presentaba edema de papila bilateral, más acusado en OD, con hemorragias peripapilares e importante tortuosidad vascular. Se realizaron estudios de trombofilia e inmunidad que fueron negativos, así como la serología y microbiología. La punción lumbar fue normal, con una presión de apertura de 15 cm. El TAC no demostró lesiones ocupantes de espacio, ni procesos hemorrágicos. Los potenciales evocados fueron normales. La paciente fue ingresada por Neurología, realizándosele una resonancia magnética, que como único hallazgo, destacó una ocupación de senos maxilares, frontales y esfenoidales. Derivada nuevamente a nuestro servicio, se solicitó interconsulta con el servicio de ORL, que la programó para cirugía endoscópica nasal y pautó tratamiento antibiótico y corticoideo sistémico. Tras la cirugía la paciente ha mejorado levemente su agudeza visual, y su aspecto funduscópico.

Conclusiones: La sinusitis infecciosas, principalmente la esfenoidal, pueden causar compresión retrobulbar por afectación de las estructuras vecinas. Ante un paciente con papiledema de origen desconocido resaltamos la importancia de las pruebas de imagen para descartar el origen sinusal de la afectación.

CC-33

NEUROPATIA ÓPTICA BILATERAL TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

DELGADO RIVEIRA Mónica, DOBLE RIVERA Daniel

Introducción: Existen múltiples afectaciones neurológicas secundarias al déficit de vitamina B12. La neuropatía óptica es, aunque rara, una de ellas. Se presenta como una disminución progresiva de agudeza visual, bilateral, simétrica, indolora y en fases avanzadas pueden desarrollar palidez del nervio óptico. Debe ser sospechada en pacientes con pérdida gradual de agudeza visual e historia de factores de riesgo para anemia perniciosa.

Caso clínico: Mujer de 62 años que consulta por pérdida gradual de agudeza visual bilateral de varios meses de evolución. Antecedentes personales: niega en primera instancia. Al reinterrogar en consultas sucesivas, refiere dermolipectomía y cirugía bariátrica hace 3 años. Exploración oftalmológica: agudeza visual de 0,2 en AO, pseudofaquia y capsulotomía YAG bilateral con leve tortuosidad vascular en el polo posterior. OCT macular y de nervio óptico, normales. La campimetría reveló escotomas centrocecales bilaterales. Ampliamos el estudio con pruebas electrofisiológicas, RMN y analítica general. Los potenciales evocados evidencian un aumento de la latencia con reducción de la amplitud en ojo izquierdo y la analítica una reducción de la vitamina B12 con el resto de valores normales. Se comienza tratamiento con Cianocobalamina y a los 6 meses la paciente presentaba una agudeza visual de 0,5 y al año de 0,9 en el ojo derecho y 1,0 en ojo izquierdo con normalización de todas las pruebas, incluido el campo visual.

Conclusiones: La neuropatía óptica por déficit de vitamina B12 supone una causa de pérdida de visión reversible, tratable y que puede preceder u acompañar a otras manifestaciones clínicas carenciales. Este déficit, no se produce exclusivamente por una reducción en la ingesta. Ante pérdidas de agudeza visual de etiología desconocida es importante hacer una anamnesis detallada que identifique, descartadas otras etiologías, una posible carencia vitamínica. En particular tras cirugía bariátrica, tan en auge en nuestros días.

CC-34

NEURITIS ÓPTICA PARANEOPLÁSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

GUTIÉRREZ ORTIZ Consuelo, PÉREZ CRESPO Aurora

Introducción: Los síndromes neurológicos paraneoplásicos hacen referencia a una disfunción del sistema nervioso causado por un tumor subyacente que pueden preceder o no al diagnóstico del mismo. Muchos de estos síndromes son inmuno mediados y están asociados a la existencia de anticuerpos contra antígenos expresados por el tumor. Los síndromes paraneoplásicos con afectación visual más importantes son la retinopatía asociada a cáncer (CAR), la retinopatía asociada a melanoma (MAR) y la neuropatía óptica paraneoplásica. Una pérdida de visión subaguda, progresiva, no dolorosa y bilateral nos debe hacer sospechar en la posibilidad de esta etiología.

Caso clínico: Varón de 58 años que acudió por disminución de la agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD) objetivándole una AV OD 0,3, defecto pupilar aferente, edema de papila y alteración del campo visual (CV) en OD, ojo izquierdo (OI) normal. Se diagnosticó como neuritis óptica isquémica anterior no arterítica OD y siguió revisiones ambulatorias. Un año más tarde refirió alteración en la visión OI, presentando CV OD similar al previo y afectación del CV OI. Se realizó entonces un estudio sistémico completo incluyendo estudio de autoanticuerpos (negativos) y prueba de imagen de todo el cuerpo, hallándose un hipernefroma renal derecho.

Conclusiones: El diagnóstico de los síndromes paraneoplásicos supone un reto ya que el protocolo más adecuado aún no está esclarecido. La ausencia de autoanticuerpos o de otros síntomas neurológicos no descarta el diagnóstico. Es necesario realizar una prueba de imagen de cuerpo completo en los casos sospechosos. El tratamiento abarca corticoides sistémicos, plasmaféresis, inmunoglobulinas intravenosas y el del tumor subyacente. Es importante ser conscientes de esta posible patología ante pérdidas visuales no explicadas por nosologías frecuentes, dada la importancia de establecer un diagnóstico precoz con el fin de mejorar el pronóstico visual y la supervivencia.

CC-35

PAPILEDEMA SECUNDARIO A CITARABINA INTRATECAL UTILIZADO EN RECAÍDA MENINGEA DE PACIENTE CON LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA

LÓPEZ ARANGO Diego Alejandro, RIVERA RUIZ Esther, SANTOS VICENTE Esther, GUTIÉRREZ BONET Rosa

Introducción: El tratamiento en las meningitis neoplásicas se ha realizado con Metrotexate y/o Citarabina intratecal como manejo paliativo y mejoría de síntomas neurológicos. Sin embargo en Meningitis Linfomatosa, la citarabina liposomal intratecal ofrece mejores tasas de respuesta, mejor calidad de vida y prolongación del tiempo de progresión de la clínica neurológica.

Caso clínico: Paciente masculino, 18 años, con diagnóstico de Leucemia Aguda linfoblástica en seguimiento por hematología y Oncología, en tratamiento ambulatorio con quimioterapia sistémica, quien durante su evolución presenta recaída meníngea por lo cual se inicia tratamiento con citarabina intratecal y radioterapia profiláctica, tras su última dosis comienza con cefalea, visión borrosa y crisis convulsivas refractarias al tratamiento médico. Se realiza TAC el cual es normal. Se valora fondo de ojo evidenciando papiledema, por lo que se indica realizar punción lumbar objetivando presión de apertura mayor a 50mmH₂O. Se descartan posibles causas de Hipertensión Intracraneana, por lo que se asocia a última dosis de Citarabina intratecal. (ver iconografía)

Conclusión: Algunos efectos adversos neurológicos, tanto centrales como sistémicos, se han observado tras la administración intratecal de Citarabina, sin embargo no hay grandes series que los evidencien con claridad o hablen de la Hipertensión Intracraneana secundaria.

CC-36

PARÁLISIS VI PAR CRANEAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CONDROSARCOMA PETROCLIVAL

NIETO GÓMEZ Cristina, ESCUDERO DOMÍNGUEZ Francisco Agustín, LÓPEZ VALVERDE Gloria, ÁLVAREZ-MORUJO SUÁREZ M.^a Guadalupe

Introducción: La parálisis del PC VI es la más frecuente de las paresias oculomotoras. Las etiologías más habituales son la vasculopatía por DM o HTA, los traumatismos y el aumento de la presión intracraneal.

Caso clínico: Mujer de 34 años, gestante de 8 semanas, que acude a Urgencias refiriendo diplopía binocular y cefalea hemicraneal derecha de 3 días de evolución. En la exploración se determina una AV de 1 en AO, normalidad pupilar, paresia para la abducción de OD y discreto aumento de la hendidura palpebral. En el test de disociación rojo-verde describe una diplopía horizontal que aumenta en dextroversión. No presenta afectación del resto de PC y la biomicroscopía y la funduscopía fueron normales. Se decide ingreso para estudio. Se realiza RM sin contraste que revela una lesión tumoral a nivel de la base del cráneo centrada en región petroclival derecha. Durante el ingreso aparecen parestesias peribucales. Se induce el parto en la semana 37 y se continúa estudio. A los síntomas ya descritos se añaden cofosis y disfagia. Se plantea tratamiento quirúrgico realizándose petrosectomía subtotal con laberintectomía y cocleostomía. El resultado de la AP fue de condrosarcoma bien diferenciado grado 1. A las 24 horas de la cirugía presenta afectación de PC V3, VI y VII. En nueva RM se identifica persistencia de masa tumoral y adenopatía a nivel yúgulo-carotídeo, por lo que se plantea radioterapia con protones. Se dan 19 sesiones, desapareciendo la afectación de PC V3, VI y VII. La AV de OD desciende a 0'4 y aparece una atenuación generalizada del CV. En la última revisión la paciente se encuentra asintomática con una AV en OD de 0'7.

Conclusión: El condrosarcoma es un tumor maligno mixto infrecuente, siendo muy rara su localización a nivel de la base del cráneo. Se manifiesta habitualmente por cefalea y diplopía de comienzo insidioso. Ante la presencia de un proceso paraselar en la prueba de imagen debe considerarse entre las hipótesis diagnósticas.

CC-37

PAPILEDEMA SECUNDARIO A TROMBOSIS DEL SENO SAGITAL SUPERIOR. CUADRO PARANEOPLÁSICO DE UN LINFOMA DEL MANTO

PLATAS MORENO Irene, ANTÓN BENITO Alejandro, NOVA FERNÁNDEZ YÁÑEZ Luis, PÉREZ-CID REBOLLEDA M.^a Teresa

Introducción: El papiledema (PE) es un edema de papila bilateral secundario a hipertensión intracraneal. A diferencia de otras patologías del nervio óptico tiene poca repercusión en la agudeza visual (AV). La trombosis venosa cerebral (TVC) es causa poco frecuente de PE.

Caso clínico: Varón de 46 años que acude a urgencias por disminución de AV del ojo izquierdo (OI) de 2 meses de evolución. Asocia cefalea desde hace meses con diagnóstico de sinusitis bilateral. A la exploración AV ojo derecho: 1 y OI: 1 con corrección. Funduscopia: edema capa de fibras nerviosas en ambos ojos, mayor en OI, asociado a hemorragia papilar. Campo visual (CV): aumento de mancha ciega. Tensión arterial normal. Analítica: leucocitosis de 33.500 con linfocitos atípicos. Tomografía axial computarizada (TAC) craneal urgente: ocupación de senos maxilares compatible con sinusitis. Ausencia de captación completa a nivel del seno sagital superior (SSS) (signo del delta vacío). Resonancia magnética (RM) craneal y Angio-RM en fase venosa: ocupación del SSS compatible con trombosis que se extiende hasta seno transversal izquierdo. Se ingresa al paciente con diagnóstico de papiledema secundario a trombosis del SSS, de posible etiología séptica. Se inicia tratamiento con anticoagulantes y antibiótico. Tras estudio hematológico se diagnostica linfoma del manto con realización de trasplante autólogo. A los 2 meses desaparece el edema con palidez papilar residual mayor en OI. Revisiones periódicas de control con FO y CV sin nuevas alteraciones hasta el momento.

Conclusiones: La trombosis del SSS es un diagnóstico a tener en cuenta ante un PE atípico. Las localizaciones más frecuentes de TVC son: seno transversal y SSS. Las causas más frecuentes de trombosis de SSS son embarazo, puerperio y anticonceptivos. Puede deberse a estados de hipercoagulabilidad e hiperviscosidad como puede ser un síndrome paraneoplásico. Se asocia más a tumores hematológicos. El tratamiento con anticoagulantes es controvertido ya que puede producir hemorragias.

CC-38

NEUROPATÍA ÓPTICA INFILTRATIVA EN EL CÁNCER DE MAMA

SANTOS VICENTE Esther, QUIJADA ANGELI Simón, RIVERA RUIZ Esther, SJOHOLM GÓMEZ DE LIAÑO Carlos

Propósito: Evaluar las manifestaciones oftalmológicas así como la realización de un diagnóstico diferencial y la respuesta al tratamiento adecuado de un caso de neuropatía óptica en el contexto de cáncer de mama.

Método: Evaluación descriptiva de un caso de neuropatía óptica unilateral en una paciente con carcinomatosis meníngea por cáncer de mama. Se evalúa la AV, características oftalmoscópicas, campimetría y OCT, previas y posterior al tratamiento recibido.

Resultados: Mujer de 57 años ingresada por carcinomatosis meníngea y compresión medular en el contexto de cáncer de mama en estadio IV refiere visión borrosa y "mancha negra" central en el OI. La AV: OD: 1 OI: 0.05, DPAR y en el FO se evidencia un DO de contornos borrados, edematoso, con múltiples microhemorragias y tortuosidad vascular; se realiza CV mostrando pérdida completa del hemicampo inferior y periferia superior izquierdos con conservación de un islote visual central. Bajo el diagnóstico de sospecha NO infiltrativa, en conjunto con el servicio de oncología se inicia radioterapia holocraneal. encontrando mejoría de la AV del OI hasta 0,4, en la evaluación del FO se objetiva disminución progresiva de las microhemorragias, persistiendo un DO edematoso y contornos difusos, una nueva campimetría muestra persistencia del defecto campimétrico inferior con recuperación del cuadrante supero-temporal, por lo que se decide completar ciclos de Radioterapia-holocraneana.

Conclusiones: En este caso la presentación ocular de carcinomatosis meníngea es atípica, por lo que es necesario un estudio completo con el fin de realizar un correcto diagnóstico diferencial que debe incluir hipertensión endocraneana, neuritis óptica isquémica, neuropatía óptica infiltrativa, y neuropatía óptica tóxica; para un correcto tratamiento y seguimiento individualizado.

CC-39

SÍNDROME DE CHARLES BONNET EN PACIENTE PEDIÁTRICO

SERRADOR GARCÍA Mercedes, SANTOS BUESO Enrique, SÁENZ-FRANCÉS SAN BALDOMERO Federico, GARCÍA FEIJÓO Julián

Introducción: Los estudios de casos muestran una prevalencia del 1,84% al 3,15% de alucinaciones visuales complejas en pacientes con patología ocular, porcentaje muy inferior al estimado en la literatura, debido al desconocimiento por parte del médico y al miedo del paciente de ser catalogado como enfermo psiquiátrico. La mayoría de los casos han sido descritos en la población anciana y su presencia en la edad pediátrica es escasamente reflejada en la literatura, desconociéndose su prevalencia.

Caso clínico: Niño varón de 12 años de edad diagnosticado de glaucoma congénito bilateral a los 3 años de edad y valorado en la Unidad de Neuro-oftalmología refiriendo alucinaciones visuales complejas de predominio nocturno consistentes en visión de personas desconocidas que no interactuaban con él y visión de objetos que aparecían con una frecuencia de dos o tres veces por semana. El paciente las interpretaba como irreales y era consciente de sus déficits sensoriales. En la exploración se objetivó agudeza visual en ojo derecho de cuenta dedos a 1 metro y de 20/200 en OI que no mejoraba con agujero estenopeico en ambos ojos y presión intraocular en rango de la normalidad. El paciente fue valorado en la Unidad Multidisciplinar de Síndrome de Charles Bonnet (SCB) constituida por los Servicios de Oftalmología, Neurología y Psiquiatría de nuestro hospital siendo diagnosticado de SCB, tras despistaje de otras patologías. Tras cuatro meses de evolución desaparecieron las alucinaciones visuales de forma espontánea.

Conclusión: Tan sólo están descritos tres casos de SCB en edad pediátrica y es por ello que es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial y así optimizar las pruebas diagnósticas y los tratamientos dada la fragilidad de este grupo etario.

CC-40

SÍNDROME DE HORNER SECUNDARIO A TROMBOSIS DE LA VENA YUGULAR INTERNA

TALAVERO GONZÁLEZ Paula, BURGUEÑO MONTAÑÉS Carmen, ANES GONZÁLEZ Gonzalo

Introducción: Una vía venosa central permite la administración rápida de fluidos y medicación intravenosos. Los múltiples intentos de canalizar la vena yugular interna (VYI) pueden producir complicaciones por lesión en la propia vena o en la arteria carótida interna, la cadena simpática cervical y el nervio vago, por proximidad anatómica. El síndrome de Horner secundario a la canalización de la VYI es raro. Lo más frecuente es que se produzca por la punción de la arteria carótida interna o por lesión directa del nervio, pero es muy raro que se produzca por trombosis de la VYI.

Caso clínico: Varón de 3 años con antecedente de leucemia linfobástica aguda que fue transplantado de médula ósea, con posterior desarrollo de enfermedad injerto contra huésped. Presenta anisocoria y ptosis. A la exploración se observa en ojo derecho miosis, ptosis del párpado superior e inferior y leve enoftalmos. Se diagnostica de Síndrome de Horner. En las pruebas de imagen se observa trombosis de la VYI derecha que comprime la cadena simpática cervical.

Conclusión: El síndrome de Horner se produce por interrupción de la cadena simpática en algún punto de su recorrido. Puede ser de causa congénita o adquirida. Se puede diagnosticar utilizando la cocaína o la apraclonidina, pero no distinguen si la lesión es central, pre o postganglionar, para ello se utiliza la hidroxianfetamina. La trombosis de la VYI es una causa rara de Síndrome de Horner, que hay que tener en cuenta por la proximidad entre la VYI y la cadena simpática cervical.

CC-41

OFTALMOPLEJIA INTERNUCLEAR Y NISTAGMUS TORSIONAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN SÍNDROME DE SNEDDON

VÍRSEDA MORENO Silvia, GONZÁLEZ MANRIQUE M.^a del Mar, PALOMARES FERNÁNDEZ Jessica, LAFUENTE ORTIZ Sonsoles

Introducción: El Síndrome de Sneddon es una vasculopatía que afecta principalmente a la piel y al sistema nervioso central. Se caracteriza por múltiples eventos cerebrovasculares isquémicos y livedo reticularis. De forma menos frecuente puede presentar afectación cardiaca, renal o retiniana, y en ocasiones debuta con manifestaciones neurooftalmológicas. Caso clínico: Mujer de 51 años que acudió a urgencias por sensación de mareo acompañada de diplopia binocular. No presentaba historia de palpitaciones, disnea ni fiebre en los días previos. Refería lesiones cutáneas sugestivas de livedo reticularis en extremidades durante el invierno. En la exploración oftalmológica destacaba una oftalmoplejia internuclear derecha así como un nistagmus vertical hacia abajo (downbeat) en ojo derecho y torsional puro en ojo izquierdo. En la exploración física se observó ataxia. El TAC no presentó ningún hallazgo significativo pero en la RM se visualizó una pequeña lesión en la unión pontomesencefálica, anteriormente al acueducto de Silvio, de probable origen isquémico agudo y pequeñas lesiones isquémicas antiguas en ambos hemisferios cerebelosos y en lóbulos frontales. El hemograma, bioquímica, estudio de autoinmunidad y serologías fueron negativos o dentro del rango de normalidad. El diagnóstico inicial de sospecha fue un síndrome de Sneddon, aunque en el ecocardiograma transesofágico se observó una endocarditis de Libman Sacks, evento asociado en ocasiones al Lupus Eritematoso. Se inició tratamiento con anticoagulantes orales y se realizó un control estricto de los factores de riesgo cardiovasculares. Evolucionó de forma satisfactoria, pues desaparecieron la diplopia, el mareo y la ataxia.

Conclusión: La asociación de oftalmoplejia internuclear y nistagmus en un paciente de mediana edad obliga siempre a un estudio sistémico completo. El síndrome de Sneddon es una entidad poco frecuente que puede debutar con síntomas y signos neurológicos.

CC-42

TERAPIA DE INICIO CON INFILIXIMAB EN UNA VASCULITIS OCLUSIVA BILATERAL COMO DEBUT DE UNA ENFERMEDAD DE BEÇHET

BAÑEROS ROJAS Paula, BERROZPE VILLABONA Clara, PERAZA NIEVA Jorge, GEGÚNDEZ FERNÁNDEZ José Antonio

Introducción: La enfermedad de Beçhet representa una de las uveitis de mayor complejidad en su manejo. A pesar de las opciones terapéuticas existen numerosos casos con secuelas a nivel ocular y un déficit visual importante. La aparición de los tratamientos biológicos supuso una gran aportación a los tratamientos clásicos y un cambio en el pronóstico visual de los pacientes.

Caso clínico: Mujer de 24 años con rash maculo-papular, aftas orales y genitales, dolor abdominal y leve disnea. Una proteína C reactiva (PCR) elevada fue el único hallazgo relevante en la analítica. Cinco días después de su ingreso manifestó disminución de la agudeza visual (AV) en ambos ojos (AO): AV de 0,6 en OD y de 0,3 en OI. El fondo de ojo mostró una vasculitis oclusiva bilateral con compromiso de los vasos centrales, que se confirmó con angiografía fluoresceínica. La OCT mostró isquemia macular y pérdida de la línea IS/OS. Se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona (1gr/24hrs, 3 días) seguido de tratamiento oral con prednisona (1mg/kg/día) y reducción progresiva en 3 meses. Se añadió desde el inicio terapia con Infliximab 5mg/kg/día (0-2-6 semanas y cada 8 semanas). El tratamiento indujo una rápida remisión mejorando la AV a 0,7 en OD y 0,5 en OI a las dos semanas de inicio del tratamiento y a 0,9 en AO a los 2 meses. La imagen del OCT recobró la línea IS/OS al mes del inicio del tratamiento. Tras un año de seguimiento no se ha documentado ningún nuevo brote.

Conclusión: El tratamiento inicial con Infliximab debe ser considerado en brotes graves de enfermedad de Beçhet como en una vasculitis oclusiva macular. Existe una tendencia al tratamiento precoz con anti-TNF que está obteniendo buenos resultados y podría cambiar el algoritmo terapéutico de la enfermedad de Beçhet en casos seleccionados.

CC-43

PANUVEÍTIS POR TUBERCULOSIS EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE TRATADO CON INTERFERON BETA

ECHEVARRÍA LUCAS Lucía, NIEVAS GÓMEZ Trinidad, RAMÓN GARRIDO Enrique de, RÍO PARDO M.^a José del

Introducción: La tuberculosis se creía erradicada en Andalucía. Inmigrantes de países sin control médico, drogadicción, uso de fármacos inmunosupresores e inmunomoduladores, o todo combinado, han elevado su frecuencia. La uveítis por tuberculosis es difícil de diagnosticar; aunque fue común, actualmente sólo representa el 0'2% de los casos de uveítis. Cursa frecuentemente con cuadro de iridociclitis crónica (granulomatosa o no). Úvea y coroides son vulnerables a la infección por mycobacterium tuberculosis, pudiendo cursar con vasculitis retiniana asociada a vitritis moderada más periflebitis isquémica grave y oclusión capilar retiniana periférica, que puede derivar en neovascularización.

Caso clínico: Paciente de 50 años con esclerosis múltiple controlada con interferón beta. Drogodependencia intravenosa hace 30 años, actualmente rehabilitado. Hepatitis B+ y C+. VIH-. No inmigrante. Cuadro de resfriado prolongado invernal que tardó en curar. Acude por uveítis bilateral con precipitados queráticos. En funduscopia, múltiples tubérculos coroideos, zonas de vasculitis periférica, algunas activas y otras cicatrizando. Mantoux fuertemente positivo, realizándose radiografía de tórax, TAC pulmonar y otras pruebas de confirmación. Buena respuesta con fármacos antituberculosos más corticoides, manteniendo máxima agudeza visual, aunque se aplicó láser por desgarros debidos al proceso inflamatorio.

Conclusión: Los fármacos inmunomoduladores en pacientes con antecedentes de inmunodepresión por otros factores de riesgo pueden potenciar uveítis infecciosas por tuberculosis, importantes de detectar y tratar urgentemente por la gravedad visual y sistémica que implican. Para aplicar inmunosupresores o inmunomoduladores debería realizarse un mantoux e introducir fármacos antituberculosos profilácticos si es necesario.

CC-44

UTILIDAD CLÍNICA DE LA CITOMETRÍA DE FLUJO EN EL DIAGNÓSTICO DE UVEÍTIS

GALINDO BOCERO Javier, COSTALES ÁLVAREZ Carmen, SEÑARIS GONZÁLEZ Ana, COLADO VARELA Enrique

Introducción: Ante una uveítis intermedia de origen desconocido en un paciente de mediana edad, siempre hemos de plantearnos la posibilidad de un síndrome de mascarada, como por ejemplo, un linfoma ocular primario.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 62 años, que presenta uveítis de repetición en su ojo izquierdo de al menos 10 años de evolución. A la exploración, presentaba signos de inflamación antigua en cámara anterior, heterocromía de iris, turbidez vítrea y condensaciones perimaculares y en retina inferior. Se trató con midriáticos y corticoides, mejorando el cuadro clínico. Pese a ello, presenta múltiples recaídas, con vitritis, velos vítreos y aspecto de siembra central, por lo que se decide realizar una vitrectomía diagnóstica. Se toman muestras biológicas, anatomopatológicas y para la realización de una citometría de flujo. Los resultados virológicos, el tipaje HLA, el mantoux y el quantiFERON, fueron negativos. Los resultados anatomopatológicos descartaron la presencia de células tumorales. No hubo crecimiento microbiológico. La citometría de flujo descarta la infiltración por linfoma, dado que no se encontraron células B. Sin embargo, la ratio entre linfocitos CD4/CD8 orientó el diagnóstico hacia un cuadro de sarcoidosis.

Conclusiones: En el diagnóstico diferencial de las uveítis intermedias hay que tener siempre presente la patología de origen tumoral, como el linfoma primario, dada la importancia del rápido diagnóstico en el pronóstico y extensión de la enfermedad. La citometría de flujo, es una herramienta más en el diagnóstico de los síndromes de mascarada y puede ayudar para descartar la presencia de sarcoidosis, en especial en casos complejos.

CC-45

GOLDMAN-WITMER, UN DIAGNÓSTICO DE CERTEZA EN COROIDITIS UNIFOCAL HELIODE
HERNÁNDEZ MARTÍNEZ Pablo, GARCÉS PÉREZ Miguel Ángel, DÍAZ LLOPIS Manuel

Introducción: En 1997 Hong y colaboradores describieron en 6 pacientes una lesión de tipo inflamatoria coroidea atípica caracterizada por ser redondeada, solitaria y blanca amarillenta a la que llamaron coroiditis unifocal heloide, cuatro de ellos se asociaron con títulos serológicos sistémicos positivos a histoplasmosis, otro a toxoplasmosis y en el sexto paciente no se le encontró relación con agente infeccioso.

Caso clínico: Paciente de 20 años que consulta por disminución de la agudeza visual en su ojo izquierdo de 20/200, de dos días de evolución asociado a metamorfopsias, sin signos inflamatorios en polo anterior, en el examen de fondo de ojo se observó una lesión coroidea redondeada blanca amarillenta en área macular. El tratamiento empírico de elección fue 60 miligramos (mgr) de prednisolona diarios, asociado a 160 mgr trimetoprim y 800 mgr Sulfametoxazol cada 12 horas. En el estudio etiológico la radiografía de torax, ECA, calcio sérico, Mantoux, sífilis, serología virus de inmunodeficiencia humana, virus de hepatitis C y B, titularidad de inmunoglobulina sérica de tipo G y M (Ig G e Ig M) en citomegalovirus, Bartonella, Borrelia, Brucella, Coxiella, Rickettsia, Toxocara, fueron negativos, excepto una débil titularidad de Ig G en toxoplasma, con una alta avidéz (superior a 0.8), lo cual podría orientar a una infección antigua, por lo que se decidió realizar el coeficiente de Goldman-Witmer, (relaciona la niveles de Ig G en sangre periférica y humor acuoso), en su cálculo los niveles en humor acuoso fueron cuatro veces superiores a los sanguíneos, considerándose positivos a partir del doble. A las tres semanas de tratamiento la agudeza visual ascendió a 20/20.

Conclusión: La coroiditis unifocal heliode, es una lesión inflamatoria atípica asociada hasta el momento con títulos serológicos sistémicos relevantes en la población, el coeficiente Goldman-Witmer es una técnica eficaz para establecer un diagnóstico de certeza en enfermedades infecciosas oculares.

CC-46

CASO ATÍPICO DE SÍNDROME DE PUNTOS BLANCOS EVANESCENTES

LOZANO RUIZ Silvia, TERNERO ESPAÑA Estefania, RÍO PARDO M.^a José del, VILLALVILLA CASTILLO Jacinto

Introducción : El síndrome de puntos blancos evanescentes (MEWDS) es una enfermedad infrecuente, idiopática, habitualmente unilateral y autolimitada que suele afectar a adultos . Caso clínico: Mujer, de 55 años remitida desde urgencias por visión borrosa y fotopsias de un día de evolución en ojo izquierdo (OI). Presentaba defecto pupilar aferente relativo (DPAR) leve en dicho ojo con agudeza visual < 0,05 mientras que en ojo adelfo era de 1. En biomicroscopía se apreciaba tyndall + en OI con presión intraocular de 20 en ambos ojos . Funduscópicamente se objetivaban múltiples manchas blanquecinas en polo posterior y periferia media acompañadas de granularidad macular y vitritis leve con envainamiento venoso mientras que el ojo derecho no mostró ningún hallazgo. En la Angiografía Fluoresceína (AFG) se observó hiperfluorescencia granular en polo posterior y periferia mientras que en Verde Indocianina (ICV) no presentó hallazgos significativos. El campo visual (CV) presentó un escotoma centrocecal en OI. En Tomografía óptica de coherencia (OCT) presentó pérdida de definición de retina externa y granularidad a nivel del epitelio pigmentario /coriocapilar por toda la mácula. En la actualidad y tras el transcurso de cinco semanas desde el inicio del cuadro, con actitud conservadora, la paciente presenta una agudeza visual de 0,175 en OI.

Conclusiones : El MEWDS suele presentarse como una pérdida de agudeza visual y fotopsias con un patrón característico de puntos blancos pequeños y mal definidos en polo posterior asociados a patrón granular perifoveal. En menor medida pueden aparecer edema de papila, vitritis y envainamiento vascular. Generalmente hay resolución total en unas semanas aunque una minoría puede desarrollar atrofia epitelial o membrana neovascular. La AFG muestra hiperfluorescencia puntiforme mientras que el ICV suele mostrar puntos hipofluorescentes. El Electroretinograma suele estar alterado y el CV puede mostrar aumento de la mancha ciega. No existe tratamiento efectivo. A pesar de que la clínica y las pruebas diagnósticas apuntan en su mayoría a un SMPBE, la evolución desfavorable así como la no presencia de lesiones hipofluorescentes características en ICG hace que nos encontremos ante una presentación atípica de esta enfermedad.

CC-47

QUERATOUVEÍTIS HERPÉTICA BILATERAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

MARTÍN ESCUER Bárbara, CORDERO COMA Miguel, GARZO GARCÍA Irene, PÉREZ DÍEZ Elena

Introducción: Aunque la reactivación ocular por Virus herpes simple (VHS) es unilateral en más del 90% de los casos, no podemos excluir la presentación bilateral. Hasta el momento esta rara presentación se ha descrito en pacientes con algún tipo de alteración inmune. Presentamos un caso de queratouveítis herpética bilateral en un paciente sin alteración de la inmunidad.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón inmunocompetente de 40 años sin antecedentes de interés que acude a nuestro servicio con escleritis adyacente a limbo temporal superior de ojo izquierdo (OI), queratitis intersticial y uveítis granulomatosa. A los pocos días, y tras tratamiento tópico con corticoides y antibióticos. Se observa empeoramiento del cuadro en OI y nueva úlcera de aspecto dendritiforme en ojo derecho. La positividad en la Ig M para virus herpes simple en suero confirma el diagnóstico. A la semana la cifra de Ig M se redujeron aumentando la de IgG, evolución típica de los procesos de infección aguda.

Conclusión: Los cuadros de afectación herpética bilateral concurrente son muy escasos en la literatura. Ante un cuadro de queratouveítis bilateral de tórpida evolución con tratamiento convencional, es necesario descartar el origen herpético debido a las diferentes presentaciones de este virus.

CC-48

NEURORETINITIS UNILATERAL COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN EN INFECCIÓN AGUDA POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR

RAMOS LÓPEZ Juan Francisco, CARMONA HERNÁNDEZ Maravillas, DURÁN TURCIOS Guillermo Anibal

Introducción: Virus de Epstein-Barr (VEB) es un virus de ADN del género Herpes Virus, ubicuo y con una alta tasa de prevalencia en la población adulta. En los últimos años se ha informado de un número creciente de patologías oculares vinculadas a VEB: síndrome oculoglandular, conjuntivitis, ojo seco, queratitis, uveítis, coroiditis, papilitis, oftalmoplejía y neuroretinitis (como el caso que presentamos)

Caso clínico: Mujer de 24 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor ocular y pérdida de visión con el ojo izquierdo (OI) de 3 días de evolución. La paciente es estudiada por Neurología. La RMN craneal, PEV, punción lumbar, bioquímica, hemograma y coagulación son normales. Se deriva a Oftalmología con el diagnóstico de "Neuritis Óptica Anterior de posible origen viral". En la exploración presenta una agudeza visual (AV) de 1 en ojo derecho (OD) e inferior a 0.1 en ojo izquierdo. La presión intraocular era de 8 y 10 mmHg. Segmento anterior normal. Defecto pupilar aferente en OI junto con dolor a la movilización ocular. En el fondo de ojo se observa un edema de papila con bordes difusos junto con estrella macular en el OI, tyndall vítreo +, siendo el OD normal. En el campo visual del OI destacaba la ampliación del escotoma de Marriott. Se obtuvieron OCT seriadas para seguimiento del edema macular y edema de papila. Los resultados de las serologías fueron negativos para Borrelia, CMV, Toxoplasma... y se detectaron títulos altos de IgM positivos para VEB. La paciente recibió tratamiento con corticoides (bolos intravenosos los 3 primeros días y después vía oral dosis decrecientes) al que se añadió inmunosupresores para controlar el cuadro durante la evolución. Actualmente, tras la normalización del cuadro clínico, la paciente tiene una AV de 1 en ambos ojos.

Conclusión: La infección primaria por VEB conduce a la formación de anticuerpos seguido, semanas o meses más tarde, de la formación de un estado de portador del virus que persiste de por vida. Por lo tanto, incluso sin patología ocular aguda o previa, el ADN del VEB puede ser detectada en el iris, el cuerpo ciliar, la retina y la coroides. Por ello, las asociaciones de este virus con patología ocular se han hecho en gran medida sobre la base de la seroconversión aguda a VEB o síntomas concurrentes con la mononucleosis infecciosa.

CC-49

HELICOBACTER PYLORI EN LA UVEÍTIS. CASOS CLÍNICOS

ROCHA CABRERA Pedro, ABREU REYES José Augusto, LOZANO LÓPEZ Virginia, GARCÍA HERNÁNDEZ Sonia

Introducción: Helicobacter Pylori es una bacteria gram negativa implicada en los procesos inflamatorios a nivel digestivo. Se ha descrito la asociación con la coriorretinopatía serosa central. Describimos dos casos de uveítis, probablemente causadas por la presencia del Helicobacter Pylori.

Caso clínicos: mujer de 44 años de edad, con antecedentes personales de hepatitis por virus C, acude por uveítis anterior aguda no fibrinosa y no sinequante, con alteración del epitelio pigmentario de la retina (EPR) de ambos ojos. Tras tratamiento tópico con corticoides se controla la actividad inflamatoria bilateral. Se realiza despistaje inmunológico y sistémico habitual siendo todo ello negativo. La paciente refiere dispepsia por lo que es remitida al Digestivo, que la diagnostica de hernia de hiato, se le solicita test del aliento, siendo el mismo positivo para el Helicobacter Pylori. Tras triple terapia con amoxicilina, claritromicina y omeprazol éste se negativiza. La paciente tras el control de su patología digestiva no ha vuelto a tener brote uveítico tras cuatro años de seguimiento. Mujer de 72 años de edad con antecedentes personales de diabetes Mellitus tipo 2, retinopatía diabética no proliferativa moderada con EMCS bajo control bilateral. Acude por uveítis anterior aguda unilateral no fibrinoide con sinequias posteriores, edema macular e infiltración vítrea en su ojo izquierdo. Previamente ingresa por hemorragia digestiva alta secundaria a ulcus gástrico. Se le practica endoscopia digestiva tomando muestra del lecho ulceroso, informando de mucosa gástrica con signos inflamatorios crónicos y discreta cantidad de bacilos tipo Helicobacter Pylori. Tras la erradicación del germen desaparece el cuadro uveítico, estando bajo control posterior.

Conclusiones: el Helicobacter Pylori parece ser un desencadenante de la uveítis tanto en el segmento anterior como posterior, un episodio de dispepsia o de sintomatología digestiva en el contexto de una uveítis, deberá ser estudiado mediante el test del aliento. La triple terapia puede ser una buena opción en el control de la erradicación del Helicobacter Pylori, pudiendo controlar el cuadro inflamatorio ocular sin recidiva posterior. Concluimos que el Helicobacter Pylori está implicado en la génesis de la inflamación ocular y con su adecuado tratamiento desaparece.

CC-50

LAS EDADES DEL GLAUCOMA AGUDO

ÁLVAREZ RAMOS Pablo, JIMÉNEZ CARMONA Soledad, ALEMANY MÁRQUEZ Pedro, ALCALDE VÍLCHEZ Eduardo

Introducción: Lejos de una presentación única y estándar, el glaucoma agudo por cierre angular (GACA) engloba cuadros con diferentes etiologías y presentaciones clínicas. Las estrategias diagnósticas y las herramientas terapéuticas son distintas en cada caso. Presentamos tres pacientes, con distinta edad, atendidas en Urgencias, para resaltar la importancia de centrar el diagnóstico según los datos del paciente y de individualizar el tratamiento según la etiología.

Casos clínicos. Caso 1. Mujer de 33 años que acude por dolor ocular y visión borrosa bilaterales, con miopización, de instauración brusca y horas de evolución. A la exploración en ambos ojos: mínima cámara anterior central, quémosis e inyección ciliar. La presión intraocular (PIO) es de 45 y 41 mm Hg. La sospecha principal es una efusión uveal. La ecografía ocular bidimensional confirma el diagnóstico y se inicia tratamiento con ciclopléjico y corticoides tópicos. Caso 2. Mujer de 59 años que refiere- desde hace unos meses - visión borrosa y halos coloreados, por la noche, de manera intermitente. Acude por cierre angular en el ojo derecho. Hipermetrope, con cámara estrecha en periferia. Muestra cierre aposicional con restos de pigmento en malla trabecular combinado con zonas de sinequias periféricas. Estamos ante un glaucoma subagudo. Tras la iridotomía y la iridoplastia se realiza cirugía de cataratas con goniosinequiólisis. Caso 3. Mujer de 85 años de edad. Varios días con dolor periocular y pérdida de visión. A la exploración presenta edema corneal, cámara estrecha, longitud axial corta, catarata evolucionada y PIO de 55 mmHg. Tras iridotomía e iridoplastia se programa para facotrabeculectomía.

Conclusiones: La edad de presentación y las características clínicas, orientan el diagnóstico (cierre angular progresivo por bloqueo trabecular, cierre agudo por bloqueo trabecular y efusión coroidea por desplazamiento anterior) y la elección del tratamiento más adecuado basado en la evidencia.

CC-51

SEGUIMIENTO CON TÉCNICAS DE IMAGEN EN EL GLAUCOMA AGUDO DE ÁNGULO CERRADO BILATERAL INDUCIDO POR TOPIRAMATO

AZRAK César, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ Carmen, MARCHENA ROJAS Alfredo, MARTÍNEZ TOLDOS José Juan

Introducción: El topiramato es un fármaco usado en pacientes con epilepsia, pero recientemente han aumentado el número de indicaciones incluyendo enfermedades como el espasmo infantil, obesidad, trastorno obsesivo compulsivo, dependencia al alcohol o tabaco y en la migraña.

Caso clínico: Mujer de 43 años que acude por cefalea y pérdida de visión bilateral, siendo mayor de lejos que de cerca. La paciente refería haber tomado durante la última semana 3 dosis de 25 mg de topiramato. Su agudeza visual (AV) era de 10/200, un error refractivo de -6 D y la presión intraocular (PIO) de 70 mmHg en ambos ojos. A la exploración con lente de Goldman se observó una convexidad del iris con cierre angular. En la biomicroscopía ultrasónica (BMU) hallamos un desplazamiento anterior del cristalino con estrechamiento de la cámara anterior y la tomografía de coherencia óptica (OCT) confirmó el cierre angular. La OCT de espesor coroideo subfoveal destacó un engrosamiento de 362 μm . En B-scan ecografía (ECO) objetivamos una separación entre la capa coroidea y la esclera. Se diagnosticó de glaucoma agudo de ángulo cerrado bilateral con síndrome de efusión uveal. Se suspendió el topiramato e hicimos iridotomías periféricas con el laser YAG. Realizamos un seguimiento con todas las pruebas de imagen diario durante la primera semana y cada 2 días la segunda semana, siendo la PIO el primer parámetro en recuperarse seguido por el espesor coroideo, el síndrome de efusión uveal, la estructura angular y por último el error refractivo al noveno día con recuperación en ambos ojos de la AV a 20/20.

Conclusión: La BMU, OCT, B-scan Eco pueden ser de utilidad en el diagnóstico y seguimiento del glaucoma agudo bilateral inducido por topiramato. El espesor coroideo puede verse aumentado por la hiperpermeabilidad de los capilares y regresa durante los primeros días del tratamiento. La recuperación anatómica y funcional se obtuvo a las 2 semanas del debut.

CC-52

**MANEJO POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA FILTRANTE NO PERFORANTE:
DESINCARCERACIÓN DEL IRIS CON PINZA DE VITRECTOMÍA 23G VÍA CÁMARA ANTERIOR**

DALMASSO Cristian, URCOLA CARRERA Javier Aritz, OZAETA ORTIZ DE URBINA Itziar

Introducción: La esclerectomía profunda no perforante (EPNP) es una excelente opción en el manejo quirúrgico del Glaucoma. Una de las principales complicaciones posquirúrgicas es el aumento de la presión intraocular debido a la aposición angular del iris o a una ruptura de la membrana trabeculodescemetica con prolapso e encarceración del mismo. El manejo de esta complicación incluirá tratamiento médico y en muchas ocasiones requerirá un manejo quirúrgico.

Técnica quirúrgica: Realizamos gonioscopia intraquirúrgica para localizar la aposición o encarceración del iris. Se realiza paracentesis con cuchillete de 15. Inyección de lidocaína intracamerular. Inyección de acetilcolina intracamerular. Inyección de material viscoelástico. Incisión 2.2 mm con cuchillete precalibrado a las 6 hs y, con pinza de vitrectomía grieshaber 23G desechable, tracción directa controlada desde la periferia del sector encarcerado del iris hacia la incisión. Aspiración de viscoelástico con irrigación/aspiración bajando la altura de la botella de irrigación continua a 60 cm. Hidratación de bordes. Control gonioscópico.

Conclusión: La desincarceración del iris con pinza de vitrectomía 23g via cámara anterior es una maniobra quirúrgica útil, técnicamente sencilla y que ofrece una solución al fracaso funcional de la cirugía sin abordaje del campo quirúrgico de la ampolla filtrante.

CC-53

AQUESYS NUEVO DISPOSITIVO DE GLAUCOMA

GONZÁLEZ SÁNCHEZ M.^a Eugenia, GARCÍA TIRADO Amanda, LAVÍN DAPENA Cosme, CORDERO ROS Rosa

Introducción: Presentamos la técnica quirúrgica utilizada en la implantación del Aquesys tipoB en 6 pacientes. Nuevo dispositivo de drenaje del humor acuoso, de colágeno porcino (6mmx180nmx63nm) y consistencia dura que en contacto con líquidos se expande y flexibiliza, dificultando su migración. No produce reacción inflamatoria como otros sintéticos. Indicado en glaucomas leves-moderados, refractarios, o con afectación conjuntival. Baja la presión intraocular (PIO) hasta un 29% en 30 meses.

Técnica quirúrgica: Presentamos 6 pacientes con glaucoma crónico simple en tratamiento con 1 o más fármacos y facoesclerosis, excepto 1 glaucoma pseudoexfoliativo refractario a cirugías previas y 1 glaucoma con cámara estrecha. El procedimiento es sencillo, evita suturas y tapetes. El dispositivo está precargado y es desechable. Se realizaron incisiones a nivel temporo-inferior para la facoemulsificación e introducción del aquesys, excepto en 1 donde se realizó a nivel temporo-superior. Tras la facoemulsificación, se puso acetil-colina, se marcó 3mm limbo-esclera en nasal superior y se introdujo el inyector por la incisión realizada, previa retirada de los mecanismos de seguridad y comprobación del Aquesys en el bisel. Con la ayuda de la lente de gonioscopia se inyectó el dispositivo a nivel del trabeculum en el lado opuesto a la incisión, con dirección tangencial de forma constante hasta atravesar la esclera a 3mm del limbo sin lesionar la conjuntiva, se giró la rosca del inyector, el bisel se retrajo y se extrajo. Al final se inyectó 0.5ml de viscoelástico con 12mg/ml de hialuronato y se suturó la incisión principal. Como complicaciones en 3 tuvimos sangrado angular, 1 quedó en contacto con el iris y 1 se extrajo por imperforación escleral volviéndose a poner.

Conclusión: Se trata de un avance esperanzador por la facilidad de implantación y pocas complicaciones, pero no podemos concluir su efectividad a largo plazo.

CC-54

MONITORIZACIÓN DE LAS FLUCTUACIONES DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR Y EFECTIVIDAD TERAPÉUTICA EN HIPERTENSOS OCULARES

GÜERRI MONCLÚS Noemí, GIL ARRIBAS Laura, FERRÁNDEZ ARENAS Blanca, LARROSA POVES José Manuel

Introducción: Las fluctuaciones de la presión intraocular (PIO), incrementan el riesgo de conversión a glaucoma en los pacientes con hipertensión ocular (HTO). Se presentan cinco casos de HTO, en los que se realizó una modificación de la terapia tópica hipotensora (se introdujo o se retiró un colirio). Las fluctuaciones de la PIO fueron monitorizadas durante 24 horas con el dispositivo Sensimed Triggerfish®, mediante la adaptación en un ojo de una lente de contacto provista de un sensor inalámbrico, en el momento basal y tras 5 semanas del cambio terapéutico.

Casos clínicos: Se evaluaron cinco pacientes sin antecedentes de patología de la superficie ocular y sin cirugía previa intraocular. Dos de los pacientes, no llevaban tratamiento tópico hipotensor en el momento basal; tras 5 semanas de terapia hipotensora con una prostaglandina, sólo en un paciente se observó descenso tensional significativo y menores fluctuaciones de la PIO, lo que justificó el mantenimiento de esa terapia en dicho paciente. Los tres casos restantes estaban tratados con colirios hipotensores en el momento basal, los cuales fueron retirados 5 semanas; tras el período de lavado, dos de los pacientes mostraron mayores cifras tensionales y más fluctuación de la PIO, mientras que en un paciente se observó menor fluctuación con cifras de PIO similar, lo cual justificó el cambio de principio activo en la terapia hipotensora ocular.

Conclusión: La monitorización de las fluctuaciones de la PIO y el conocimiento de la efectividad del tratamiento hipotensor ocular sobre dichas fluctuaciones, puede modificar la decisión terapéutica y/o la indicación del principio activo hipotensor en la HTO.

CC-55

IMÁGENES DE OCT DE POLO ANTERIOR EN UN SÍNDROME DE CHANDLER. A PROPÓSITO DE UN CASO

IZAGUIRRE RONCAL Lucía Beatriz, ARRONDO NICOLÁS Ángel Manuel, BERAESTEGUI ARBELOA Lara, MAISÓN MARTÍNEZ Cecilia

Introducción: El síndrome de Chandler está englobado en los llamados síndromes iridocorneales endoteliales, patología donde se aprecian alteraciones iridianas, edema corneal y glaucoma. La reciente introducción de la tomografía de coherencia óptica (OCT) de dominio espectral ha dotado a los oftalmólogos de una potente arma para el diagnóstico y valoración de muchas patologías. Presentamos un caso de síndrome de Chandler, donde podemos observar las características sinequias anteriores en las imágenes de OCT de dominio espectral de polo anterior.

Caso clínico: Varón de 50 años visitado por primera vez en oftalmología en junio de 2008. Refiere visión borrosa en OI desde hace 2 semanas que se agrava al despertarse. No refiere antecedentes de interés ni traumatismos. La agudeza visual del OD es la unidad, mientras en OI es de 0,8. La tensión ocular mediante aplanación es de 10 mm de Hg en OD y 18 en OI. El OD es normal. En OI se observa una pupila desviada hacia las 10 h. con sinequias del borde pupilar e iris a endotelio en esa zona. En la gonioscopia se observan adherencias del iris a cornea desde las 9 hasta las 11 h que obstruyen el ángulo en esa zona. En sucesivas exploraciones se observa la instauración de un edema corneal microquístico central y en zona superior con el endotelio en la clásica imagen de "metal batido". En el estudio de OCT de dominio espectral (Heidelberg) de polo anterior se objetivan las sinequias a endotelio corneal en esa zona con un estiramiento del iris. En el área contraria se ven roturas del epitelio del iris. En el corte corneal no se observan alteraciones.

Conclusión: el OCT de polo anterior es una herramienta útil para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con sd. de Chandler. El control sobre las sinequias iridianas y alteraciones angulares es muy valioso en estos pacientes.

CC-56

GLAUCOMA SECUNDARIO A AUMENTO DE PRESIÓN VENOSA EPIESCLERAL EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR PRIMARIA: UN COMPLEJO PROCESO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

PRIETO CALVO Esther, PÉREZ OLIVÁN Susana, ABECIA MARTÍNEZ Emilio, PABLO JÚLVEZ Luis Emilio

Introducción: El glaucoma secundario a aumento de presión venosa epiescleral se caracteriza por un difícil manejo terapéutico y un alto índice de complicaciones quirúrgicas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 74 años con glaucoma bilateral avanzado, refractario a tratamiento tópico hipotensor al que se realiza de forma secuencial cirugía filtrante de glaucoma mediante trabeculectomía en ambos ojos. En el postoperatorio inmediato presenta un síndrome de efusión coroidea en ambos ojos, con cifras de presión intraocular por encima de los 20-22 mmHg, que evoluciona desfavorablemente a pesar de tratamiento con corticoides sistémicos y cirugía vítreo-retiniana. La biomicroscopía del segmento anterior revela la existencia de un marcado componente de dilatación venosa epiescleral y la gonioscopia demuestra la presencia de sangre en el canal de Schlemm en ambos ojos. El estudio sistémico y las pruebas de imagen excluyen la posibilidad de una fístula carótido-cavernosa, de una fístula dural arterio-venosa, de un tumor orbitario o de una orbitopatía tiroidea, así como de un posible tumor de vértice pulmonar. Finalmente el paciente requiere ingreso hospitalario por cuadro de insuficiencia cardiaca congestiva derecha y es diagnosticado de hipertensión pulmonar primaria (HPP) a partir de los resultados del estudio hemodinámico, electro y ecocardiográfico.

Conclusión: El mecanismo subyacente por el cual se ha asociado la HPP con el síndrome de efusión uveal es el aumento de presión venosa a nivel de vena cava superior que es transmitido retrógradamente hacia las venas oftálmicas originando un aumento de presión en las venas epiesclerales y en el territorio coroideo.

CC-57

ESPOLONECTOMÍA EN LA EPNP

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

Introducción: La espolonectomía es una variante de la EPNP en la que favorecemos la vía esclero-supracoroideo. Al desinsertar el espolón escleral se producen unas modificaciones anatómicas que mejoran los resultados tensionales: abrimos el espacio supracoroideo, disminuye la resistencia de la membrana trabéculo-descemética al desinsertar las fibras trabeculares que se anclan en el espolón, se desinserta el músculo longitudinal del cuerpo ciliar produciendo un desprendimiento del cuerpo ciliar, ...

Técnica quirúrgica: Los pasos iniciales son similares a la EPNP. Tras la disección del suelo del canal de Schlemm localizamos el espolón escleral que es fijado con la pinza de Mermoud. Cuidadosamente se secciona y se tracciona de manera similar a como disecamos el canal. Al quedar abierto el espacio supracoroideo colocamos un implante escleral dejando libre parte de la membrana trabéculo-descemética.

Conclusión: La espolonectomía es una técnica que favorece el flujo esclero-supracoroideo y mejora la vía de salida del humor acuoso en la cirugía del glaucoma.

CC-58

RABDOMIOSARCOMA PALPEBRAL EN UN NIÑO DE UN MES DE EDAD. REVISIÓN Y PRESENTACIÓN DE UN CASO

CASCO SILVA Bruno, MEDIERO CLEMENTE Soraya, PERALTA CALVO Jesús, GÓMEZ GARCÍA Elena

Introducción: El rhabdomyosarcoma es un tumor mesenquimal maligno de la infancia, solo el 10% de los casos presenta afectación orbitaria, sin embargo, es el tumor orbitario primario más frecuente de la infancia. El rhabdomyosarcoma se presentan mayormente en la órbita entre los 7 a 8 años de edad. La localización palpebral es infrecuente. Describimos un caso de rhabdomyosarcoma palpebral en un niño de un mes de vida.

Caso clínico: Niño de 1 mes de vida presenta una masa aislada en el párpado superior izquierdo. La resonancia magnética revela un tejido tumoral bien delimitado en el párpado superior izquierdo. Inicialmente fue diagnosticado y tratado como hemangioma capilar. Ante la falta de tratamiento y crecimiento de la tumoración, se indica punción aspiración con aguja fina. El resultado de la biopsia fue rhabdomyosarcoma embrionario. El tratamiento combinado pautado fue quimioterapia tipo IVA (Ifosfamida, vincristina y actinomicina-D), seguido de cirugía de la lesión palpebral con márgenes de seguridad y reconstrucción mediante el injerto de galea-pericraneo de la zona frontal. Luego de 6 meses de seguimiento, se produjo recidiva local del tumor. Se indicó un segundo ciclo de quimioterapia tipo IVA. La evolución después de un año de seguimiento revela que el paciente permanece, según la clínica y la radiología, libre del tumor.

Conclusión: El rhabdomyosarcoma es la neoplasia orbitaria primaria más frecuente de la infancia. El pronóstico depende del diagnóstico y tratamiento precoz. Recomendamos considerar como diagnóstico diferencial de toda masa orbitaria en los niños, sobre todo ante la falta de respuesta al tratamiento y el crecimiento, aunque la presentación sea atípica.

CC-59

DEFECTOS REFRACTIVOS ASOCIADOS A CORNELIA DE LANGE

ORTIZ MARTÍN David, VALLS FERRÁN Isabel, GUTIÉRREZ PARTIDA Belén, PUERTAS BORDALLO Diego

Introducción: El síndrome de Cornelia de Lange es una enfermedad rara que conduce a anomalías severas del desarrollo. Cursa con retraso mental, conducta autolesiva, facomielia, reflujo gastro-esofágico, sordera, blefaritis, miopía, estrabismo, nistagmus... Es de herencia autosómica dominante, relacionado con tres genes codificadores de las cohesinas. Son pacientes poco colaboradores.

Caso clínico: Presentamos tres casos clínicos de Cornelia de Lange. Se trata de tres niños, dos hembras y un varón de seis, nueve y catorce años, con un largo historial de blefaritis, queratitis, úlceras corneales y mala agudeza visual. Tras realizar un exhaustivo estudio oftalmológico, se pautó el tratamiento oportuno incluida la prescripción óptica adecuada de su miopía; mejorando la blefaritis, queratitis y las úlceras. Es importante, insistir en la correcta corrección óptica, ya que ayuda a mejorar los signos y síntomas asociados.

Conclusiones: Con estos casos clínicos queremos recalcar la importancia de corregir los defectos refractivos en estos pacientes, ya que mejorando su agudeza visual consiguen aumentar su calidad de vida; además de solucionar los problemas de superficie ocular asociados a la blefaritis.

CC-60

GRANULOMA EOSINÓFILO ORBITARIO EN PACIENTE DE 6 AÑOS: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

PÉREZ FORMIGÓ Daniel, ABELAIRAS GÓMEZ José Manuel, ANTOLÍN GARCÍA David, HITA ANTÓN César

Introducción: El Granuloma Eosinofilo (histiocitosis de células de Langerhans unifocal) es una patología rara descrita generalmente como casos aislados o pequeños estudios, dada su baja incidencia.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 6 años que acude a consulta remitido por picadura de insecto desde hace 3 semanas con clínica insidiosa de inflamación y desinflamación. En la exploración observamos una mínima inflamación en cola de ceja y reborde orbitario externo. Dada la evolución de recurrencias se decide realizar una Resonancia Magnética (RM) orbitaria observando una masa localizada en región supero externa de la órbita que destruye la pared lateral y superior de la órbita. Se decide realizar una biopsia confirmando el diagnóstico de granuloma eosinofilo tratándose con curetaje y quimioterapia sistémica.

Conclusión: El granuloma eosinofilo es una patología que suele aparecer de manera aislada en la órbita con gran destrucción de los huesos adyacentes. A partir de este caso describiremos el manejo en el diagnóstico, tratamiento sistémico y pautas de seguimiento de esta patología, así como realizaremos una revisión bibliográfica actual del granuloma eosinofilo.

CC-61

ESPASMO DEL REFLEJO DE CERCA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON PARÁLISIS VI

ROJAS LOZANO M.^a Pilar, MERINO SANZ Pilar, GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ Pilar

Introducción: El espasmo del reflejo de cerca (ERC) se caracteriza por miosis, excesiva acomodación y convergencia que producen diplopía, visión borrosa, cefalea y endotropía variable, progresiva e intermitente. Bilateral pero puede ser asimétrico. Con la progresión del cuadro se produce limitación en las versiones, mientras que las ducciones monoculares son normales. La endotropía y la limitación de las versiones oculares, sobre todo de las lateroversiones puede confundir el cuadro con una paresia bilateral del VI par.

Caso clínico: Mujer de 38 años en tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos, que presenta diplopía y endotropía variable, progresiva e intermitente de 3 años de evolución, con pseudomiopia y miosis sin respuesta al tratamiento con ciclopléjicos. Limitación total de la abducción bilateral al explorar las versiones, que se normaliza en las ducciones con empeoramiento progresivo tanto en frecuencia como duración de los episodios. Es diagnosticada de ERC y tratada con inyecciones repetidas de Botox en rectos medios resolviéndose temporalmente la miosis, y el espasmo de acomodación/convergencia.

Conclusión: La endotropía y la limitación de las lateroversiones puede confundir el cuadro con una paresia bilateral del VI par. Sin embargo la normalización del movimiento al explorar las ducciones y el observar al paciente cuando no está fijando la mirada, así como los periodos de ortoforia y la endotropía variable descartan el diagnóstico de paresia del VI bilateral. El tratamiento con Botox ha sido raramente publicado en la literatura, pero parece ser efectivo en algunos casos (59%) aunque se requieren inyecciones repetidas y terapia oclusiva.

CC-62

MIOSITIS ORBITARIA POR VIRUS DE EPSTEIN BARR (VEB)

ECHEVERRÍA PALACIOS Marta, MAYA ZAMUNDIO Jose Ramón, REBOLLO AGUAYO Arantxa, RODRÍGUEZ MARCO Nelson Arturo, COMPAINS SILVA, Esther

Introducción: La miositis producida por el VEB más frecuente es en forma de polimiositis de la musculatura proximal del cuerpo. Un hallazgo infrecuente es que la musculatura afectada sea la orbitaria.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 16 años que tras una mononucleosis infecciosa, presentó una inflamación del musculo recto externo del OD. Descartándose enfermedades sistémicas con afectación orbitaria, se detectó elevación inmunoglobulina VEB, constatándose el mismo como agente causal. El tratamiento con corticoides orales resolvió el cuadro.

Conclusiones: El VEB es un agente infeccioso que puede afectar al sistema ocular a través de una papilitis o neuropatía, una retinitis, o, de manera excepcional, afectando a la musculatura orbitaria externa.

CC-63

GRANULOMA EOSINÓFILO FRONTO-ORBITARIO

GARCÍA SERRANO José Luis, ANAYA ALAMINOS Roberto, DOMECH SERRANO Teresa, RAMÍREZ GARRIDO M.^a Vanesa

Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans (HCL), engloba a la forma aguda diseminada (enfermedad de Letterer-Siwe) y las formas crónicas (granuloma eosinófilo y enfermedad de Hand-Schuller-Christian) El granuloma eosinófilo afecta predominantemente a varones jóvenes, presentando repercusión orbitaria en 1 de cada 1,5 millones de habitantes.

Caso clínico: Paciente varón de 16 años de edad remitido a urgencias de oftalmología por lesión frontal y periorbitaria izquierdas de 3 semanas de evolución, sin mejoría a pesar de antibioterapia oral por sospecha de proceso infeccioso. A la exploración, se apreció una lesión indurada al tacto con ptosis del párpado superior izquierdo. Se excluyó sintomatología sistémica asociada. La AV (agudeza visual), los exámenes biomicroscópico y fundoscópico, así como las motilidades oculares extrínseca e intrínseca fueron normales. La tomografía computarizada (TAC) y resonancia magnética nuclear (RMN) evidenciaron una lesión de unos 40 mm de diámetro en su eje mayor y naturaleza osteolítica, que contactaba con la duramadre y mostraba extensión intraorbitaria. El examen de rastreo corporal excluyó la existencia de lesiones extracraneales coadyuvantes. Los hallazgos anteriores, los del examen histológico (infiltrado inflamatorio de linfocitos, eosinófilos, células multinucleadas y células de Langerhans) e inmunohistoquímico (inmunofenotipo positivo para CD1a y S-100), permitieron establecer el diagnóstico definitivo de granuloma eosinófilo fronto-orbitario. El paciente fue sometido a corticoterapia, tumorectomía y radioterapia externa, constatando una evolución favorable.

Conclusiones: La localización y el aspecto macroscópico del granuloma eosinófilo orbitario pueden llevar a su confusión con diversas entidades, como patología infecciosa o inflamatoria, entre otras. Los hallazgos del estudio mediante TAC, RMN, examen histológico e inmunohistoquímico permitieron establecer el diagnóstico de certeza.

CC-64

EXOFTALMOS COMO DEBUT DE QUISTE ARACNOIDEO PEDIÁTRICO

GIMÉNEZ MENDOZA Alejandro, BARREALES PÉREZ Carla, ZUBIETA GARCIANDÍA Alicia

Introducción: El exoftalmos es una patología plurietiológica, que se puede manifestar a consecuencia de alteraciones tiroideas y celulitis orbitarias y, de forma menos frecuente, por patología neoplásica y alteraciones vasculares entre otras.

Caso clínico: Niña de 9 años cuya madre refiere desviación de la mirada de su hija de forma intermitente en las últimas semanas. Presenta una agudeza visual bilateral de 0.8 sin graduación, sin alteraciones de la motilidad ocular, Cover test negativo y resto de la exploración anodina. Al cabo de un año y medio, acude a revisión mostrando un leve exoftalmos del ojo izquierdo, con una agudeza visual de la unidad en ambos ojos y motilidad ocular conservada. El fondo de ojo no presentaba hallazgos patológicos. Realizamos una analítica estándar, con valores dentro de la normalidad, y un estudio mediante tomografía computarizada, resultando ésta una imagen hipotensa en la región temporal izquierda con adelgazamiento del hueso temporal y de la pared póstero-lateral de la órbita. Para complementar el estudio se realizó una resonancia magnética, mediante la cual se diagnosticó un quiste aracnoideo de 4x4x6,6 cm con efecto expansivo con compresión del parénquima temporal, remodelado de hueso temporal y pared lateral posterior de la órbita. Actualmente y tras consulta con el servicio de neurocirugía, se decide control evolutivo de la lesión y valorar cirugía en caso de empeoramiento de la sintomatología.

Conclusiones: Aunque la unilateralidad o bilateralidad de la lesión así como la exploración de la motilidad y los párpados puede orientar al diagnóstico, es necesario realizar técnicas de imagen para descartar otras patologías. Si bien en este caso el diagnóstico no compromete la vida de la paciente de forma inmediata, el diagnóstico del exoftalmos requiere de técnicas de imagen para descartar patologías neoplásicas.

CC-65

ACORTAMIENTO LATERAL DEL PÁRPADO SUPERIOR CON FIJACIÓN A PERIOSTIO ASOCIADO A BLEFAROPLASTIA Y CIRUGÍA DE APONEUROSIS, COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL PÁRPADO LAXO

HERNÁNDEZ MARTÍNEZ Carmen, NAVARRO NAVARRO Aída, MONDÉJAR GARCÍA José Juan, MARTÍNEZ TOLDOS José Juan

Introducción: El Síndrome del Párpado Laxo o Floppy eyelid Syndrome es una entidad poco frecuente e infradiagnosticada. Más frecuente en varones de mediana edad, obesos y con el Síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño. Se caracteriza por una gran laxitud de los párpados superiores que se evierten con gran facilidad, produciendo cuadros de secreción e irritación crónica, queratitis y conjuntivitis papilar crónica.

Técnica quirúrgica: Presentamos el caso de un varón de 60 años con antecedentes de apnea obstructiva del sueño y usuario de CPAP nocturno que consulta por conjuntivitis crónica severa en ambos ojos. A la exploración se observa una leve ptosis con gran laxitud palpebral y eversión del párpado superior al cierre forzado, mayor en ojo izquierdo. Con el diagnóstico de síndrome del párpado laxo se realiza bajo anestesia local, un acortamiento lateral en semiluna del párpado superior siguiendo las líneas de relajación tensional palpebral, con fijación a periostio. A este procedimiento se le sumó una blefaroplastia superior con refuerzo de la aponeurosis del elevador para corregir la ptosis acompañante. El paciente experimentó un mejoría clínica y un resultado estético satisfactorio.

Conclusión: En el Síndrome del Párpado Laxo severo, el acortamiento palpebral siguiendo las líneas de relajación tensional del párpado superior es un procedimiento más fisiológico que los descritos previamente ya que respeta mejor la anatomía palpebral. A su vez, se obtiene un buen resultado estético al quedar la cicatriz camuflada en el pliegue palpebral superior. La asociación de la blefaroplastia con refuerzo de la aponeurosis del elevador nos ayuda a corregir la dermatochalasis y ptosis muchas veces asociada a estos pacientes. Describimos por tanto, un variante de las técnicas ya conocidas que consideramos más fisiológica, con mejores resultados estéticos y capaz de solucionar los problemas asociados.

CC-66

SARCOMA MIELOIDE ORBITARIO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LEUCEMIA EN UN ADULTO

LANUZA GARCÍA Amparo, LLUCH GARCÍA Rafael, PÉREZ VARONA Luis, JIMÉNEZ SÁNCHEZ Ana Isabel

Introducción: El sarcoma mieloides o cloroma es un tumor extramedular de células mieloides. Su incidencia en la órbita como primer síntoma de una enfermedad hematopoyética es raro y excepcional en adultos.

Caso clínico: presentamos un hombre sano de 28 años, que acude a urgencias por proptosis aguda traumática del ojo izquierdo. Existía una reducción de la motilidad, quemosis conjuntival, proptosis, la agudeza visual y fondo de ojo fueron normales. El estudio radiológico de la TAC de urgencias mostró una masa retrobulbar en la órbita izquierda, en la RMN se apreció una masa retrobulbar que ocupaba toda la órbita. Se realizó una biopsia mediante una orbitotomía con el diagnóstico histopatológico de sarcoma mieloides. Los exámenes hematológico y sistémico fueron normales. Carecía de antecedentes de enfermedades hematopoyéticas. La biopsia de médula ósea y el cariotipo fueron normales. El tumor orbitario fue reducido con radioterapia que causó un tercer par incompleto con ptosis completa del ojo izquierdo. Recibió quimioterapia sistémica. A pesar de ésta, a los 6 meses aparecieron cloromas vertebrales, y al año y medio desarrolló leucemia mieloblástica, tratándose con distintos esquemas de quimioterapia en cada momento.

Conclusión: El sarcoma mieloides orbitario es poco frecuente. No existe preferencia de sexos y es dos veces más frecuente en los niños. En nuestro caso es inusual el sarcoma mieloides de la órbita en un adulto y además ser la primera manifestación sistémica de una leucemia mieloblástica que se desencadena después de un año y medio de la lesión orbitaria.

CC-67

SÍNDROME DE ÁPEX ORBITARIO SECUNDARIO A VIRUS HERPES ZÓSTER

MERINO IGLESIAS Amparo Alexia, PÉREZ MARTÍN Santiago, MONTERO Javier Antonio, BLANCO MATEOS Gonzalo

Introducción: Revisión bibliográfica de la patogenia del Síndrome de ápex orbitario (SAO) secundario a infección por virus herpes zóster (VHZ) a propósito de un caso.

Caso clínico: Varón de 61 años que acude al hospital por dolor e inflamación en ojo izquierdo (OI) de 5 días de evolución. A la exploración presenta edema facial, erupción vesículo-papular que se extiende desde región frontal hasta nariz, adenopatía submandibular, febrícula, malestar general y mareos. En la exploración oftalmológica se observa agudeza visual (AV) de cuenta dedos a 1 metro en OI, pupila con defecto pupilar aferente relativo, en la motilidad ocular extrínseca se observa oftalmoplejía externa completa, ptosis y proptosis. Segmento anterior y fondo de ojo normales. Se realizó tomografía computarizada orbitaria la cual mostró exoftalmos izquierdo y aumento del grosor de los músculos recto interno y superior sin compresión significativa del nervio óptico. El paciente fue ingresado en el hospital y comenzó tratamiento con Aciclovir intravenoso 10 mg/kg/8 horas y Metilprednisolona oral 60 mg / día. Después de siete días de tratamiento la AV en el OI fue 20/400, presentando ptosis parcial y restricción de la supraducción. Ante la correcta evolución se decidió completar el tratamiento en su domicilio con antivirales y corticosteroides orales en pauta descendente. Durante las siguientes 10 semanas la agudeza visual mejoró a 20/25, recuperando completamente la motilidad ocular.

Conclusión: El herpes zóster oftálmico es un cuadro clínico que se caracteriza por la afectación de la rama oftálmica del nervio trigémino por el virus de la varicela-zoster. Las complicaciones neurológicas como oftalmoplejía y neuritis óptica son raras. Se han planteado varias hipótesis sobre la patogenia del SAO asociado a VHZ como son la compresión intraorbitaria secundaria a inflamación o miositis, por efecto citopático directo del virus desde el V par craneal al resto de pares craneales en el ápex orbitario o por una respuesta inmunológica mediada por el propio virus. En el caso de nuestra paciente el efecto citopático directo parece la causa más probable del SAO. El SAO es una complicación del VHZ poco frecuente pero potencialmente grave para la visión. El tratamiento específico con antivirales y esteroides sistémicos pueden contribuir a preservar la función visual final.

CC-68

LINFOMA MALT ORBITARIO BILATERAL: ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

URBANEJA MEJÍAS Diana Carolina, RONDÓN BENAVENTE Max, RIBA GARCÍA Juan de Sahagún, RUIZ HERRERO Luis Miguel

Introducción: Los linfomas orbitarios son tumores infrecuentes, comprendiendo solo el 1% de todos los linfomas No-Hodgkin. Se tratan en su mayoría de linfomas extranodales de células B del tipo Tejido Linfoide Asociado a Mucosas (MALT). Debido a la presentación clínica inespecífica, el retraso en el diagnóstico es frecuente. Presentamos el caso de un paciente con linfoma MALT orbitario bilateral, remitido inicialmente por blefaritis sin respuesta a tratamiento convencional, que tras aplicación de radioterapia radical evolucionó de forma favorable.

Caso clínico: Varón de 62 años, remitido de otro centro por blefaritis de párpado superior de ojo izquierdo (OI) de tres meses de evolución refractaria a tratamiento con corticoides y antibióticos. El resto de la exploración era normal. Se decide realizar estudio mediante Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de órbitas, que reveló la presencia de una lesión centrada en el complejo muscular del recto superior y área preseptal izquierda. Se realiza biopsia que confirma la presencia de un proceso linfoproliferativo de bajo grado compatible con Linfoma Marginal Extranodal, que tras estudio inmunohistoquímico fue tratado de forma exitosa con radioterapia radical hasta remisión. Un año después, en RMN control se evidencia la aparición de una masa en órbita derecha, de localización extraconal, que tras estudio histológico confirmó tratarse de un nuevo linfoma marginal.

Conclusiones: Los linfomas MALT constituyen la mayoría de los linfomas No-Hodgkin orbitarios. Se deben sospechar en casos de síntomas periorbitarios inespecíficos que no respondan a tratamiento convencional. En estos casos, la RMN, seguido de realización de biopsia ayudará al diagnóstico. La radioterapia radical es el tratamiento de elección en estadios tempranos, mientras que la quimioterapia se reserva para casos diseminados. El manejo multidisciplinario juega un papel fundamental en estos casos.

CC-69

ENDOFTALMITIS AGUDA VÍRICA POSTQUIRÚRGICA: UN CASO INESPERADO

ALMELA QUILIS Miguel Ángel, FERRER SALVÁ Ricardo Juan

Introducción: La endoftalmitis es la infección intraocular más severa, causada por; cirugía, traumatismo o endógena. Su incidencia es baja, entre 0,015% y 0,5% según estudios. La etiología más frecuente es la bacteriana: cocos gram + aerobios (90%), después la fúngica (8-9%) y por último la vírica(0.5%). Su clínica es variada y nefasta con disminución de la agudeza visual, ojo rojo, dolor, opacidad corneal, vitritis, desprendimiento de retina, aumento de la presión ocular etc. El pronóstico visual es incierto dependiendo de la virulancia del germen, el tratamiento empleado y el momento de iniciarlo.

Caso clínico: Varón de 62 años operado de catarata sin incidencias con tratamiento tópico profiláctico antibiótico y antiinflamatorio. A la 3ª semana debutó con ojo rojo, dolor, disminución de agudeza visual y tyndall + aumentando el tratamiento pautado. Al día siguiente presentó tyndall +++, hipopion, edema corneal y aumento del dolor. Se trató con vancomicina y ceftazidima intravitrea y tratamiento oral y tópico de moxifloxacino sin mejoría. Se realizó vitrectomía terapéutica y cultivo de humor acuoso y vítreo. Al día siguiente presentó úlcera corneal dendrítica y vitritis persistente. Se realizó PCR de humor acuoso y serología hemática siendo positiva para virus herpes simple tipo I. Tras tratamiento antivírico tópico y sistémico se resolvió el cuadro quedando una papilitis isquémica con vasculitis y pérdida completa de agudeza visual.

Conclusión: La endoftalmitis postquirúrgica es una infección grave de pronóstico nefasto. Con la terapia antibiótica actual su incidencia es baja aunque no ha desaparecido. Ante la falta de respuesta a antibióticos debemos pensar en otras causas como la vírica para intentar modificar el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad.

CC-70

FIJACIÓN DE LENTE INTRAOCULAR ESCLERAL TUNELIZADA SIN SUTURAS PARA LA RESOLUCIÓN DE AFAQUIA SIN SOPORTE CAPSULAR

ANTOLÍN GARCÍA David, PAISÁN MAESTRO Laura

Introducción: la resolución de la afaquia en ausencia de soporte capsular mediante implante de lentes en cámara posterior reduce el sufrimiento endotelial. Como alternativa a la sutura de las mismas, dada su potencial degradación y compromiso de estabilidad a largo plazo, se sugirió la posibilidad de estabilizarlas mediante el enterramiento de sus hápticos en túneles esclerales.

Técnica quirúrgica: bajo dos pequeños ojales conjuntivales en limbo separados 180 grados se realiza una tunelización con minicrescent de 1.25mm de dos túneles de 6 mm de longitud paralelos a limbo. Mediante la utilización de dos pinzas coaxiales se describen las maniobras para la externalización de los hápticos de una lente intraocular de tres piezas y su enclavamiento en dichos túneles de manera que la lente intraocular quede fija y estable.

Conclusión: la técnica descrita conlleva una simplificación por la ausencia de necesidad de tallar tapetes esclerales completos y la economía por no precisar adhesivos de fibrina, consiguiendo una óptima estabilidad de la lente.

CC-71

DISFOTOPSIA NEGATIVA: MANEJO QUIRÚRGICO

GARRIDO LINARES Jaime, RAMOS NAVARRO José Luis

Introducción: La disfotopsia negativa es una entidad clínica poco comprendida en la actualidad que puede aparecer tras cirugía de cataratas o lensectomía refractiva e implantación de lente tanto mono como multifocal en el saco capsular. Generalmente los pacientes manifiestan una sombra en el campo visual temporal. Ninguna medicación es satisfactoria siendo el tratamiento quirúrgico con piggy-back de lente en el sulcus la técnica más eficaz para resolver el cuadro clínico.

Caso clínicos: Realizamos un piggy-back con lente monofocal en tres pacientes que presentan síntomas de disfotopsia negativa tras un tiempo de evolución de entre 9 y 12 meses de la primera cirugía sin mejoría del cuadro. Dos de estos pacientes fueron operados de cataratas con implante de lente monofocal y al tercero se le realizó una cirugía de cristalino transparente para corregir su defecto refractivo (+7,50 -1,25 a 85°) e implantación de lente multifocal. Todas las cirugías fueron sin incidencias con implante de LIO en saco. Al cabo de los 6 meses los síntomas desaparecieron por completo en los 3 casos.

Conclusión: Consistente en una hipótesis de reciente aparición, la resolución de los síntomas en los pacientes con disfotopsia negativa se resuelve al cubrir la nueva LIO en sulcus el borde de la capsula anterior, por lo que podría estar relacionada con el tamaño de la capsulorexis.

CC-72

NUEVA TÉCNICA SIN SUTURAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANIRIDIA CONGÉNITA TRAS CIRUGÍA DE CATARATAS

MADRIGAL QUEVEDO Alejandro, FERNÁNDEZ LÓPEZ Ester, PASTOR PASCUAL Francisco, PÉREZ LÓPEZ Marta

Introducción: Presentamos una nueva técnica sin suturas que se realizó a una paciente con aniridia y catarata congénitas. El procedimiento consistió en implantar un iris artificial plegable de Gore-Tex (Dr Schmidt Intraocularlinsen GmbH) colocado sobre el iris remanente tras cirugía de cataratas en ambos ojos con inserción de lente intraocular en saco capsular.

Técnica quirúrgica: Se planificó cirugía de cataratas bilateral con implantación de iris artificial. Para determinar el diámetro del iris artificial (Dr Schmidt Intraocularlinsen GmbH) nos basamos en la medición del diámetro blanco-blanco corneal horizontal con compás y con OCT (tomografía de coherencia óptica) Visante añadiéndose 0.5 mm, implantándose unas prótesis iridianas de 11 mm de diámetro. Debido a que el diámetro estándar del iris artificial (Dr Schmidt Intraocularlinsen GmbH) es de 12.8 mm, se procedió a recortar la prótesis con un trépano de 11 mm. Además, se realizó una iridectomía triangular periférica superior. En primer lugar se intervino el ojo izquierdo con anestesia peribulbar en Agosto de 2012 y el ojo derecho en Septiembre de 2012. Se realizó una incisión en córnea clara de 2.75 mm y tras la facoemulsificación de la catarata se implantó una lente intraocular de tres piezas en saco (+ 27 D en OI, + 29 D en OD). A continuación, se plegó el iris con unas Kelman-McPherson forceps y se introdujo cuidadosamente en el inyector (2.8mm Monarch II inyector) tras añadir en éste viscoelástico cohesivo (Healon). El iris artificial plegado se introdujo a través de la misma incisión de 2.75 mm y se implantó por detrás del remanente iridiano.

Conclusión: El iris artificial plegable (Dr Schmidt Intraocularlinsen GmbH) permite la corrección de la aniridia congénita en pacientes pseudofáquicos empleando pequeñas incisiones obteniéndose resultados visuales y estéticos satisfactorios. Además, se trata de una prótesis fácil de implantar y que colocada en el plano del iris remanente es segura al situarse alejada del endotelio.

CC-73

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMO CAUSA DE ERROR REFRACTIVO

CAMARGO VILLA Laura, FOLLANA NEIRA Isora, LEÓN GARRIGOSA Francisco, ESCUDERO ARENAS Maximiliano

Introducción: Las hormonas sexuales están presentes en todos los órganos y tejidos, pero sólo ejercen efecto en las células que expresen receptores. Estudios han revelado la presencia de éstos en varios tejidos oculares como cristalino, retina, coroides, cornea, iris, cuerpo ciliar, glándulas lagrimales, glándulas de meibomio y conjuntiva. Receptores de progesterona y andrógenos, han sido encontrados en epitelio, estroma y endotelio corneal, siendo probablemente los responsables de las variaciones en curvatura y grosor corneal durante el ciclo menstrual femenino. El aumento en el grosor corneal puede ser hasta del 4,5%, llegando a producir alteraciones en la agudeza visual (AV).

Caso clínico: Mujer de 22 años que consulta por disminución de agudeza visual de una semana de evolución. Como antecedentes personales relataba planificación con anticonceptivos orales (ACOS). La AV de ojo derecho (OD) era de 2/10 espontáneo y 4/10 con -2,50 esférico, -2,00 cilindro a 90°; y en ojo izquierdo (OI) 5/10 espontáneo y 6/10 con -4,50 esférico. El resto del examen oftalmológico era normal. La paciente negaba errores refractivos previos. Se recomendó suspender ACOS. Al mes, la paciente acude a revisión refiriendo mejoría de la AV, en OD con -0,50 esférico 9/10 y en OI con -1,50 esférico 10/10. El exámen oftalmológico seguía sin cambios.

Conclusión: Los ACOS están compuestos en su gran mayoría de una combinación variable de estrógenos y progestágenos. Los cambios en la curvatura y grosor corneal, influenciados por cambios hormonales pueden ser los responsables de alteraciones refractivas demostradas en nuestra paciente, los cuales pueden ser igualmente evidenciados en embarazo y ciclo menstrual.

CC-74

CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA CON LASER DIODO Y COLOCACIÓN DE TUBO LAGRIMAL DE LESTER JONES: REVISIÓN DE LA TÉCNICA Y SUS COMPLICACIONES EN 40 CASOS

MACÍAS MURELAGA Beatriz, UNANUE LÓPEZ Francisco, ARBELAITZ PASCUAL Nagore, MENDICUTE DEL BARRIO Javier

Introducción: Describir y evaluar la cirugía de la epifora con obstrucción canalicular mediante inserción con láser diodo del tubo de Lester Jones en una serie de 40 pacientes. Revisión de complicaciones y recomendación de pequeños trucos que han permitido perfeccionar nuestra técnica actual.

Técnica quirúrgica: Con el láser diodo y la ayuda de un endoscopio nasal se realiza una fístula que comunica la carúncula con la fosa nasal sin necesidad de tener que abrir piel, saco ni realizar una amplia osteotomía. A continuación, se introduce un vástago metálico de 4mm de diámetro, girándolo en forma de embudo para ampliar la apertura. Introducimos un medidor para calcular la longitud exacta del tubo y finalmente ayudados por una guía, introducimos el tubo de Lester Jones, posicionándolo cuidadosamente entre la horquilla formada por los tendones cantales mediales y el meato medio. Los tubos usados han sido de pyrex y de pyrex forrados con Medpor (Weis Scientific Glass Blowing Company, Portland, Oregon, United States).

Conclusión: Consideramos que la CDCR laser diodo con implantación de tubo de Lester Jones es una buena opción en casos de obstrucción canalicular completa o cómo última opción en casos fallidos de cirugías previas, aunque con complicaciones frecuentes y alta tasa de reintervención, por lo que conviene conocer bien la técnica y asegurar bien el tubo de Lester Jones.