



COMUNICACIONES EN PANEL

 MSD OFTALMOLOGÍA


Cosopt[®]
(clorhidrato de dorzolamida y maleato de timolo)


Saflutan[®]
(tafluprost)

PANELES CASOS CLÍNICOS

P-1

NEURITIS ÓPTICA RETROBULBAR BILATERAL. PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA

ALARCÓN PÉREZ María, ALONSO PERALTA Miguel Ángel, MOLERO LANGA Cristina, CABREJAS MARTÍNEZ Laura

Introducción: La encefalomiелitis aguda diseminada (EAD) es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, infrecuente, de etiología desconocida, que en ocasiones se asocia a procesos postinfecciosos o postvaccinales. Cursa de forma monofásica, con manifestaciones neurológicas inespecíficas. Oftalmológicamente puede presentar neuritis óptica o afectación de otros pares craneales.

Caso clínico: Varón de 17 años que acude al Servicio de Urgencias por disminución de agudeza visual (AV) y dischromatopsia en ambos ojos (AO) de 48 horas de evolución, acompañado de parestias generalizadas en las cuatro extremidades. Como antecedentes personales de interés destacamos proceso catarral y febrícula los 10 días previos. En la exploración oftalmológica presenta AV mejor corregida en OD 0,2 y en OI 0,8, pupilas isocóricas normorreactivas y resto de exploración normal. La prueba campimétrica muestra en OD escotoma absoluto y en OI defecto relativo altitudinal superior. En la resonancia magnética cerebral y de raquis se identifica afectación bilateral asimétrica de sustancia blanca central y alteración difusa en parenquima medular. Los resultados de analítica en sangre, y serología en sangre y líquido cefalorraquídeo fueron normales. Tras administración de corticoterapia sistémica la AV mejoró hasta 1,0 en AO y el campo visual se recuperó totalmente en AO en un periodo de tres semanas.

Conclusiones: La EAD puede manifestarse inicialmente como neuritis óptica retrobulbar bilateral. Para la confirmación del diagnóstico son necesarias pruebas de neuroimagen, descartar otros procesos agudos con afectación del SNC y observar la evolución benigna frente a otras enfermedades desmielinizantes. La rápida recuperación de los síntomas nos permite hacer un diagnóstico diferencial con la neuromielitis óptica.

P-2

MUTACIÓN 14484 EN LA NEUROPATÍA ÓPTICA HEREDITARIA DE LEBER

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

Introducción: La neuropatía óptica hereditaria de Leber (NOHL) es un trastorno con herencia mitocondrial (transmisión materna) y tres principales mutaciones: 11778, 3460 y 14484. Un 80 - 90 % de los afectados son varones y suele debutar entre la tercera y cuarta década de la vida con una pérdida de agudeza visual subaguda e indolora. Aunque la idebenona se perfila como posible tratamiento en algunos casos, la recuperación espontánea está descrita y alcanza porcentajes de hasta más del 60 % en la mutación 14484.

Caso clínico: Varón de 27 años que consulta por pérdida de agudeza visual subaguda bilateral y asimétrica de mes y medio de evolución. Caso similar en tío materno, con recuperación espontánea. La agudeza visual en la primera visita era de 0.2 en su ojo derecho y 0.6 en el izquierdo. En el fondo de ojo y angiofluoresceingrafía se constatan discretas alteraciones vasculares peripapilares. Se solicita estudio genético, obteniéndose positividad para la mutación 14484 de la NHOL. Dado el relativo buen perfil de esta mutación y los antecedentes familiares, se opta por seguimiento y evitación de agentes oxidantes, con estabilización del cuadro.

Conclusiones: La recuperación espontánea en la NOHL es un hecho relativamente frecuente en el subgrupo de pacientes con la mutación 14484. De todos modos, el diagnóstico es esencial para poder aproximarnos a un pronóstico y un adecuado consejo genético.

P-3

PUPILA DE ADIE SECUNDARIA A HERPES ZOSTER RETROAURICULAR. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ANISOCORIA

CABRILLO ESTÉVEZ Lucía, LORENZO PÉREZ Rebeca, ESCUDERO DOMÍNGUEZ Francisco Agustín, CRUZ GONZÁLEZ Fernando, SÁNCHEZ-JARA SÁNCHEZ Ana, HERNÁNDEZ GALILEA Emiliano

Introducción: Las anomalías pupilares son una de las consultas más frecuentes en neurooftalmología. Entre las múltiples causas de anisocoria se encuentra la pupila de Adie, trastorno neurológico caracterizado por una pupila tónica dilatada.

Caso clínico: Varón de 60 años que acude a consulta para valoración de anisocoria de 4 meses de evolución. Antecedentes personales: Hipertensión arterial. El paciente no refirió ninguna otra sintomatología. La exploración sistémica fue normal. No se encontró focalidad neurológica en el examen físico. En la exploración oftalmológica, la agudeza visual fue de unidad en ambos ojos. Biomicroscopía: mínima atrofia sectorial del reborde iridiano en ojo derecho(OD). No ptosis palpebral. Motilidad ocular extrínseca normal. Anisocoria más marcada en la luz que en oscuridad, midriasis media irregular en OD y reflejo fotomotor directo abolido. No defecto pupilar aferente relativo. En situación de convergencia, la pupila presentó una constricción tónica enlentecida. Tras la instilación de pilocarpina 0.125%, se comprueba hipersensibilidad colinérgica con contracción pupilar en OD y nula respuesta en ojo izquierdo. Fundoscopia: normal. Bajo sospecha diagnóstica de pupila de Adie, reevaluamos al paciente y descubrimos antecedente de herpes zoster retroauricular derecho hace 5 meses, lo cual apoyó el diagnóstico de pupila de Adie secundaria a lesión de fibras simpáticas postganglionares de origen viral. Se instauró tratamiento con pilocarpina 0,125%/12 horas.

Conclusiones: Resaltamos la gran importancia de realizar una buena exploración neurooftalmológica ante una anisocoria, realizando un diagnóstico diferencial que permita despistar etiologías graves. La pupila de Adie con frecuencia es idiopática, o secundaria a traumatismo orbitario, cirugía e infección por herpes zoster. Puede ser un proceso aislado pero también ser manifestación de otros síndromes, como el síndrome de Holmes Adie (arreflexia tendinosa) o síndrome de Ross (anhidrosis).

P-4

¿QUÉ SE NECESITA PARA DIAGNOSTICAR UN SÍNDROME DE HOLMES-ADIE?... ¡UNA LINTERNA Y UN MARTILLO!

CARO PEÑA Irene, GARCÍA MURO Antonio, RODRÍGUEZ SUÁREZ Alejo Honesto, MORILLO ROJAS M.^a Dolores

Introducción: La pupila de Adie es una forma benigna, rara e idiopática de oftalmoplejía interna. El 90% se presenta en mujeres sanas de 20 a 40 años. Se debe a una lesión del ganglio ciliar produciéndose un aumento compensatorio de los receptores para acetilcolina, lo que le confiere una hipersensibilidad a la pilocarpina al 0,125%. El 80% son unilaterales, con anisocoria y midriasis del lado afecto. Es asintomática, pudiendo cursar con visión de cerca borrosa y fotofobia. Cuando se asocia a una disminución de los reflejos osteotendinosos profundos (ROT) se denomina Síndrome de Holmes-Adie, observándose en un 70% de los pacientes.

Caso clínico: Varón de 36 años que acude a Urgencias Generales por fotofobia, donde se observa una anisocoria, remitiéndolo a Oftalmología para descartar patología neurológica. En la exploración clínica oftalmológica se sospecha una pupila tónica de Adie, enviándose al paciente a una consulta programada para el correcto diagnóstico. En el estudio se realiza una anamnesis, exploración neurológica y exploración ocular completa (agudeza visual, cover test, reflejos pupilares a la luz y a la acomodación, pupilometría en la luz y oscuridad, motilidad extrínseca, biomicroscopía, presión intraocular y fondo de ojo), pruebas pupilares farmacológicas con pilocarpina al 0,125% y ROT profundos, llegándose al diagnóstico de Síndrome de Holmes-Adie.

Conclusiones: A pesar de la forma atípica de presentación (paciente varón), la anamnesis detallada y exploración sistemática realizada en Urgencias son suficientes para llegar a un diagnóstico certero evitando la realización de pruebas de imagen para descartar otras causas neurológicas de gravedad.

P-5

SÍNDROME DE SENO CAVERNOSO EN PACIENTE ONCOLÓGICO

CORTÉS LABORDA Cristian Jesús, GESSA SORROCHE María, FERNÁNDEZ PÉREZ Belén,
DOMÍNGUEZ GARCÍA Belén, SPÍNOLA MUÑOZ Consuelo

Introducción: el síndrome del seno cavernoso consiste en la parálisis combinada del III, IV, VI par craneal asociado a la afectación de ramas del V par y plexo simpático intracavernoso. Clínicamente se caracteriza por diplopia, dolor y ptosis habitualmente unilateral.

Caso clínico: varón de 54 años afecto de carcinoma próstata y oftalmoplejía derecha completa. Se procede a la exploración oftalmológica completa y posterior prueba de imagen (TAC con y sin contraste) orbitaria y craneal. A la exploración el paciente presenta; disminución brusca de agudeza visual, proptosis, ptosis palpebral, dolor en ojo derecho y pérdida de intensidad cromática, con oftalmoplejía completa de dicho ojo. La prueba de imagen nos reflejó afectación de musculatura extrínseca ocular, techo de órbita, senos esfenoidal y cavernoso derecho por metástasis esclerosas de carcinoma de próstata.

Conclusiones: destacar la importancia de la interdisciplinariedad en pacientes con oftalmoplejía completa debido a las múltiples etiologías y diferentes posibilidades terapéuticas.

P-6

NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA BILATERAL

DEMETRIO PABLO Rosalía, ROLÓN RUIZ Nadia Marcela, CAMPO FERNANDEZ Alberto del, BLANCO Carolina

Introducción: La neuropatía óptica isquémica anterior (NOIA) consiste en el infarto del nervio óptico de etiología multifactorial, entre otros la hipotensión y la anemia. Actualmente ningún tratamiento se ha mostrado eficaz.

Caso clínico: Varón de 51 años con pérdida brusca de agudeza visual (AV) por ambos ojos (AO) acompañado de mareo y deposiciones melénicas. Como antecedentes personales presenta fibrilación auricular en tratamiento con amiodarona. A la exploración general destacan palidez mucocutánea, tensión arterial de 90/60 y tacto rectal melénico. En los hallazgos oftalmológicos encontramos una agudeza visual AO de movimiento de manos y una funduscopia con edema papila bilateral. Las pruebas complementarias revelaron una hemoglobina de 4,3 mg/dl y una úlcera gástrica con punto de hematina. Tras transfundir 3 concentrados de hematina se logró una hemoglobina de 10 mg/dl y una AV de ojo derecho de 0,3. EN la revisión al mes no hubo cambios en la AV ni en el aspecto del nervio óptico.

Conclusiones: El edema de papila en la NOIA es indistinguible del producido por otras entidades. Dada la bilateralidad del cuadro se planteó el diagnóstico diferencial con la neuropatía por amiodarona, pero el carácter agudo del cuadro así como los exámenes complementarios apoyan la causa isquémica como primera opción, jugando un papel fundamental la hipotensión y la anemia.

P-7

ESCLEROSIS MÚLTIPLE SILENTE

DÍEZ GARRETAS M.^a del Carmen, RUEDA CASTILLO M.^a del Valle

Introducción: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, que afecta preferentemente a individuos jóvenes. Este proceso clínico, crónico recurrente, suele cursar con fases agudas de disfunción neurológica focal o multifocal. El 80% de los pacientes suele presentar afectación visual, siendo la neuritis óptica, una de sus manifestaciones más frecuentes.

Caso clínico: Varón de 38 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consulta por baja visión progresiva, desde hace 3 años. Durante este período, sólo refiere un episodio, de 3 horas de duración, que cursó con pérdida brusca de la visión, acompañado de fiebre, tos, disartria y marcha atáxica. La exploración oftalmológica detectó su baja agudeza visual, más severa en el ojo derecho, pero no se observó una correlación significativa con las pruebas realizadas: refracción, biomicroscopía, presión intraocular, fondo de ojo, campimetría y tomografía de coherencia óptica. El estudio de los potenciales evocados visuales evidenció cambios compatibles con una neuropatía óptica bilateral, más grave en el ojo derecho, prequiasmática, y de tipo desmielinizante. La valoración neurológica confirmó el diagnóstico de EM, mediante resonancia magnética, apreciando múltiples lesiones craneales y medulares, conforme a los criterios de Swanton para enfermedad desmielinizante tipo EM.

Conclusiones: Esta forma atípica de presentación de la EM, ha conducido a otros médicos al error diagnóstico, catalogando a este paciente, durante 3 años, de hipocondriaco e incluso simulador. Este caso abre el debate, en relación a la diligencia médica, respecto al diagnóstico precoz y al pronóstico del paciente.

P-8

GLAUCOMA NEOVASCULAR SECUNDARIO A VASCULITIS RETINIANA EN UNA PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

DOMÍNGUEZ GARCÍA Belén, CORTÉS LABORDA Cristian Jesús, SPÍNOLA MUÑOZ Consuelo, CANO GÓMEZ M.^a José

Introducción: Presentamos un caso de una paciente con Esclerosis Múltiple diagnosticada tras un episodio de Neuritis Óptica Anterior. Acude a urgencias a los siete meses del diagnóstico por un cuadro compatible con Glaucoma neovascular.

Caso clínico: Paciente de 26 años. Madre fallecida a los 40 años por un tumor cerebral. Acude a urgencias oftalmológicas en una primera ocasión por pérdida de agudeza visual en ojo izquierdo. A la exploración: DPAR, no dolor con la motilidad ocular, papila sobreelevada, mal delimitada y hemorragias en astillas. Se realiza interconsulta a Neurología. Solicitan TAC, Punción lumbar y Potenciales Evocados estableciéndose el diagnóstico de Esclerosis múltiple. Se decide tratamiento i.v con Metilprednisolona sin mejoría de AV. Nueve meses después del diagnóstico la paciente acude de nuevo a urgencias por intenso dolor ocular izquierdo. Exploración: Ojo izquierdo amaurótico, inyección periquerática, midriasis media arreactiva, rubeosis de iris en 360º, cámara anterior profunda, PIO 50 mmHg. Gonioscopia: ángulo iridocorneal cerrado. Neovasos a este nivel. Fondo de ojo: neovasos en papila e isquemia retiniana generalizada. Aportamos Retinografía y angiografía. Se inicia tratamiento del glaucoma neovascular (tratamiento farmacológico, panretinofotocoagulación, ciclotocoagulación con láser diodo e inyección con bevacizumab intravitreo). La paciente está pendiente de tratamiento con Interferón por parte del servicio de Neurología.

Conclusiones: Considerar la Vasculitis retiniana como una de las posibles manifestaciones inflamatorias a nivel ocular en el contexto de una Esclerosis Múltiple, y el glaucoma neovascular como una posible consecuencia de la misma. Destacar la importancia del trabajo conjunto entre las distintas especialidades.

P-9

METÁSTASIS CEREBRALES DIAGNÓSTICO POR PARESIA DEL VI

EGUIZA RUBÍ Víctor Sergio, ALONSO ALONSO Inmaculada, RODRÍGUEZ RIVERA Rocío, SALINAS CALDAS Eva M.^a, SÁNCHEZ RAMÓN Ariadne, GARCÍA BEN Emma

Introducción: La paresia del VI nervio es la Parálisis Oculomotora o estrabismo paralítico que resulta de la alteración del sistema ejecutor del movimiento ocular. Siendo la más frecuente, y se presenta como una diplopía horizontal que empeora con la mirada lateral, especialmente a larga distancia. La causa más común es de origen isquémico, pero debemos tener en cuenta otras causas como metástasis cerebrales.

Caso clínico: Varón de 51 años fumador 1-11 cigarillos en 2 días, alcohol 1.5 Lt/ día, padre con CA de colón. Inicia con proceso febril de 3 meses de evolución, diagnosticándose proceso vírico. A los 15 días presenta fiebre, dolores osteomusculares, tos con esputo claro, erupciones descamativas en manos, hiporexia, pérdida de peso 5kg en 2 semanas. Se diagnóstica Tiroiditis sub-aguda mejorando con corticoides. A los 4 meses después acude a nuestro servicio por diplopía y disminución de la AV del OI desde hace 2 días. A la exploración encontramos: AV OD 1 con (-1 cil a 80°), OI 0.7 con (-2 cil a 100°), visión doble binocular horizontal, que se exacerba en adducción izquierda, que se corrige con 10dp .MOE: Paresia del VI PC en el OI. Polo Anterior y posterior sin alteración. Y refiere que actualmente presenta polidipsia y poliuria. Teniendo en cuenta los antecedentes y descartando que fuera isquémico se decide realizar una RM craneal donde nos refieren imagen compatible con metástasis cerebrales. Tras su estudio en medicina Interna se le diagnostica... • Paresia del VI PC por mets. • Tumor neuroendocrino pulmonar diseminado (oat-cell) • Diabetes insípida central por mets en hipotálamo- hipofisis. • Hipotiroidismo primario secundario a mets • Mets. Cerebrales, pulmonares, hepáticas.

Conclusiones: Ante una paresia del VI PC en un paciente joven es importante realizar una buena anamnesis y en conjunto con otras especialidades, para descartar otras causas de origen sistémico.

P-10

ALTERACIONES CAMPIMÉTRICAS COMPATIBLES CON GLAUCOMA, PRESIÓN INTRAOCULAR LÍMITE Y PRUEBAS DE NEUROIMAGEN PATOLÓGICAS EN MUJER JOVEN

FUKUMITSU MIYAMOTO Hideki, MIRAFLORES GÓMEZ Sara, PAIVA CORNEJO Gonzalo, URCELAY SEGURA José Luis

Introducción: La sospecha de glaucoma se establece ante presión intraocular elevada, alteraciones funcionales (campimétricas) o estructurales (adelgazamiento del anillo neuro-retiniano papilar) y presencia de factores reconocidos de riesgo. Existe una alta prevalencia de personas que aun presentando pruebas diagnósticas patológicas, signos como la hipertensión intraocular o factores de riesgo, no padecen la enfermedad. Presentamos un caso de una mujer joven cuyo debut hizo sospechar inicialmente un glaucoma crónico.

Caso clínico: Mujer de 25 años de edad acude por presión intraocular (PIO) elevada en ambos ojos (AO). En sus antecedentes oftalmológicos sólo destaca hipermetropía leve. Presentaba agudeza visual (AV) de la unidad en AO, biomicroscopía y fondo de ojo sin hallazgos patológicos y papilas ópticas sin alteraciones. La PIO fue de 19 y 20 mmHg con paquimetrías de 520 micras en AO y gonioscopia normal. Los campos visuales (CV) iniciales fueron fiables en AO, con defectos compatibles con glaucoma (doble escalón nasal, arciformes superiores e inferiores) en AO. Los potenciales evocados y la electroretinografía fueron normales. Después de 5 meses consultó por cefalea frontal pulsátil y en pruebas de neuroimagen se detectó un mucocelo en el seno esfenoidal. Un nuevo CV mostraba defectos altitudinales superiores en AO. Finalmente, fue intervenida de frontoetmoidoesfenorrinostomía derecha con buenos resultados.

Conclusiones: Resulta de gran importancia incluir un estudio mediante neuroimagen en aquellos casos en los que por edad, alteración visual, sintomatología concomitante o pruebas diagnósticas no concluyentes de neuropatía óptica glaucomatosa exista la posibilidad de patología neurológica. En casos como el presentado, es preciso un diagnóstico precoz para evitar complicaciones y lograr un mejor resultado quirúrgico y postquirúrgico.

P-11

NEUROPATÍA ÓPTICA INFLAMATORIA RECURRENTE CRÓNICA TRAS VACUNA ANTIGRIPAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

GARCÍA FERNÁNDEZ Miriam, TALAVERO GONZÁLEZ Paula, COLUNGA CUEVA Manuela

Introducción: La neuropatía óptica inflamatoria recurrente crónica (CRION) es una entidad rara, recientemente descrita, caracterizada por afectación bilateral de nervio óptico, dolor y recurrencias.

Caso clínico: Varón, de 71 años, que acudió por visión borrosa de 10 días de evolución en ambos ojos, precedida por dolor ocular. Había recibido la vacunación antigripal 1 mes antes. En la primera exploración, la agudeza visual (AV) era de Cuenta Dedos en ojo derecho (OD), y de 0.4 en ojo izquierdo (OI). La biomicroscopía de segmento anterior resultó anodina, y en el polo posterior se apreció un nervio óptico con elevación de borde nasal en OD, y en OI papila edematosa asociada a hemorragias peripapilares en llama. La angiografía fluoresceínica mostró fuga de contraste a nivel del disco óptico OI, y sin hallazgos patológicos en OD. La perimetría reveló incremento de la mancha ciega y reducción concéntrica del campo visual en ambos ojos. Se administraron bolos de metilprednisolona intravenosa durante 3 días, seguido de 500 mg de metilprednisolona oral 5 días. La AV mejoró a 0.4 y 0,5, en OD y OI, respectivamente. Se realizó una batería completa de pruebas complementarias, descartando otras etiologías. Por tanto, se estableció el diagnóstico de presunción de CRION y, al alta, se continuó con una pauta descendente de corticoides orales. Al mes, se disminuyó la dosis por intolerancia subjetiva del paciente, produciéndose la primera recurrencia del cuadro. Fue tratado de nuevo con dosis altas de corticoides, consiguiendo nueva mejoría y estabilidad.

Conclusiones: El grado severo de pérdida de agudeza visual, el dolor, y la rápida respuesta a corticoides son rasgos únicos de esta enfermedad. La importancia de identificar correctamente a los pacientes con CRION tiene importantes implicaciones terapéuticas y pronósticas, pues pueden precisar tratamiento con esteroides orales durante largo tiempo, para mantener la remisión y evitar recurrencias, como sucedió en nuestro caso.

P-12

SÍNDROME DE BROWN SECUNDARIO, A PROPÓSITO DE UN CASO

GARCÍA GUIADO Diego, TORRADO SIERRA Óscar, FERNÁNDEZ MIRANDA Cristina, CAMPOS POLO Rafael, SERRANO PECOS Verónica

Introducción: A continuación presentamos el caso de un síndrome de Brown adquirido inflamatorio secundario a artritis reumatoide. El Síndrome de Brown adquirido es una variante poco frecuente. Este se debe a múltiples causas: lesiones traumáticas en la región troclear, o no traumáticas, siendo los principales orígenes de este subtipo los procesos inflamatorios como la artritis reumatoide o la tenosinovitis. Estas presentan una clínica fluctuante e intermitente, en ocasiones, autolimitada. Pueden tratarse con antiinflamatorios orales o inyectados en la región afecta. El diagnóstico puede ser clínico o radiológico.

Caso clínico: paciente de 73 años de edad que acudió a urgencias de oftalmología por presentar una diplopía vertical de comienzo subagudo de días de evolución. La exploración oftalmológica no mostraba alteraciones ni en la biomicroscopía ni en la fundoscopia. La motilidad ocular extrínseca reveló una elevación deficiente del ojo derecho, de predominio en aducción, sin una marcada hipotropía del mismo en posición primaria de la mirada junto con dolor a la palpación en la región troclear. Como antecedentes personales presentaba las secuelas de una parálisis facial de la hemifcara derecha así como una artritis reumatoide en tratamiento, con signos evidentes de incapacidad funcional articular. En este contexto, se aprovecha para aplicar un masaje en la zona de la tróclea dada la presunta etiología inflamatorio-restrictiva del cuadro, consiguiendo una remisión parcial aunque temporal del mismo. Tras esto, se opta por inyectar acetónido de triamcinolona en la región troclear, que consigue la mejoría completa y permanente del proceso, con resolución de la diplopia y normalización de las ducciones y versiones. Se diagnostica pues de Síndrome de Brown adquirido inflamatorio en el contexto de un proceso reumático.

Conclusiones: La artritis reumatoide es una causa infrecuente de este estrabismo adquirido restrictivo. La respuesta al masaje de la región troclear sugieren ya el diagnóstico de síndrome de Brown, comúnmente asociado con este marco de condiciones inflamatorias. La clínica recurrente y, en ocasiones, autolimitada, junto con las alteraciones radiológicas confirman el diagnóstico. No obstante, dado que puede tener características cíclicas y recidivar obliga a un control estrecho de la paciente, aunque en los casos descritos en la literatura este síndrome se presenta en la fase de mayor actividad de la enfermedad reumática. La resolución espontánea del síndrome de Brown no traumático se produce en aproximadamente el 16% de los pacientes, estando el tratamiento quirúrgico contraindicando en la mayoría de los casos.

P-13

¿HEMIANOPSIA UNILATERAL TEMPORAL DE OJO IZQUIERDO TRAS ICTUS DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA DERECHA?

GARCÍA MEDINA José Javier, SELLÉS NAVARRO Inmaculada, RÍO VELLOSILO Mónica del, MORCILLO GUARDIOLA Manuela, TUDELA MOLINO Miguel, VILLEGAS PEREZ M.^a Paz

Introducción: Una hemianopsia monocular temporal suele derivar de una lesión intracraneal localizada en una zona muy específica prequiasmática para afectar sólo las fibras nasales del ojo ipsilateral. Pero también puede estar asociada a otras causas no tan evidentes.

Caso clínico: Se ilustra el caso de una mujer de 48 años, con síndrome antifosfolípido que presentó un año antes un ictus con lesiones isquémicas corticales temporales, parietales e insulares derechas en el territorio de la arteria cerebral media derecha. Desde entonces la paciente se quejaba de no atender bien a estímulos por «su parte izquierda». La agudeza visual era de 1 en ambos ojos. No había defecto pupilar aferente relativo. El campo visual del ojo derecho era normal pero en el izquierdo presentaba una hemianopsia monocular temporal completa, reproducible en sucesivas sesiones. El resto de la exploración ocular, incluyendo angiografía y OCT, fue normal en ambos ojos. En la resonancia magnética cerebral no se apreció afectación alguna del área paraselar pero se confirmaron las lesiones isquémicas antiguas en extensas áreas corticales derechas lo que sería compatible con un defecto campimétrico bilateral (no unilateral). El campo visual binocular (Esterman) presentaba un defecto izquierdo periférico de 50 grados lo que sugería una simulación. Sin embargo se realizaron pruebas neurológicas (bisectriz, tareas de cancelación, tareas de dibujos y test de extinción) que corroboraron el diagnóstico de heminegligencia izquierda.

Conclusiones: Una hemianopsia monocular temporal del ojo izquierdo puede asociarse a una heminegligencia izquierda secundaria a ictus de la arteria cerebral media derecha.

P-14

PSEUDOTUMOR ORBITARIO UNILATERAL ASOCIADO A NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA BILATERAL EN POSTOPERATORIO INMEDIATO

GARCÍA NIETO M.^a del Mar, GÓMEZ GONZALEZ M.^a Begoña, RODRIGUEZ FERNANDEZ Nuria

Introducción: El pseudotumor orbitario es una entidad clínica de naturaleza inflamatoria de etiología no esclarecida que se ha relacionado con diferentes enfermedades. Puede manifestarse de forma aguda o crónica y por ello requiere un diagnóstico diferencial con otras causas de oftalmopatía dolorosa y especialmente con otras lesiones ocupantes de espacio. En raras ocasiones se ha descrito relacionado con un acto quirúrgico y/o anestésico.

Caso clínico: Varón de 48 años con múltiples factores de riesgo vascular y politoxicómano que tras ser intervenido bajo anestesia general de cirugía de miembro superior izquierdo presenta en el postoperatorio inmediato un cuadro de disminución bilateral de agudeza visual, siendo más agudizado en el lado derecho y acompañado de oftalmoplejía derecha con dolor en zona periorbitaria y temporal. La agudeza visual fue de Percibe luz en OD y de contar dedos en OI En la biomicroscopia anterior sólo existían hallazgos de interés en OD con edema palpebral superior, ptosis total, quemosis, hiperemia y midriasis. Hubo alteración de la presión intraocular derecha y en el campo visual OI En el Fondo de ojo el hallazgo más llamativo era la existencia de una embolia de arteria central de retina derecha. A la palpación orbitaria no se aprecia masa ni soplo audible. Una RMN craneal y de órbita informó de la existencia de engrosamiento de partes blandas y musculatura, descartando la existencia de trombosis de senos venosos. Se realizó un TAC toracoabdominal que fue negativa para linfoma, y las pruebas de laboratorio determinaron una elevación de ANCA (posteriormente negativizados) y de factor VIII y dímero D. Tras la administración de tratamiento hubo una progresiva pero lenta mejoría de la oftalmoplejía.

Conclusiones: Nuestro caso reúne varias entidades nosológicas cuya simultaneidad le confiere un carácter de excepcionalidad. A la oftalmoplejía se le atribuyó como causa un pseudotumor.

P-15

DIFICULTAD PARA LA VISIÓN PRÓXIMA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

GÓMEZ NAVARRO M.^a Belén, CORREA PÉREZ M.^a Encarnación, GRACIA Diego, OLMO JIMÉNEZ Natalia, GÓMEZ REOLID Mariano, BURGOS RODRÍGUEZ Carmen

Introducción: La esclerosis múltiple (EM) es el trastorno neurológico más frecuente en los jóvenes; es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central (SNC) que cursa en brotes. Ésta puede presentar gran variedad de síntomas a nivel oftalmológico como primera manifestación de la enfermedad.

Caso clínico: Mujer de 32 años que acude a consulta refiriendo visión borrosa desde hace un mes con cefaleas frecuentes sin otra clínica acompañante. Exploración oftalmológica normal, salvo leve defecto refractivo astigmático, llegando a visión unidad con ambos ojos bajo corrección. Un mes más tarde la paciente refiere gran dificultad para la visión próxima, muy incapacitante, que no mejora con sus gafas; en la exploración presenta una agudeza visual de lejos sin cambios, refracción estable y déficit de visión próxima. No se aprecian tropias ni forias, siendo la estereopsis, el test de colores y test de las luces de Worth normales. Reflejos pupilares conservados y exploración fundoscópica sin alteración. El campo visual es normal. Dada la edad de la paciente y no encontrando ninguna causa que justificara la clínica se solicitó RMN cerebral que evidenció lesiones compatibles con enfermedad desmielinizante activa tipo esclerosis múltiple, actualmente en seguimiento junto con neurología.

Conclusiones: La neuritis óptica es la manifestación oftalmológica más frecuente en la EM, existiendo otros cuadros bien conocidos que nos harían sospechar de proceso desmielinizante en estas edades, como la pars planitis, oftalmoplegia internuclear, nistagmus, diplopia o visión borrosa. Sin embargo, existen otros cuadros más inespecíficos como pueden ser la pérdida de estereopsis o la fatiga en la lectura, que nos deben hacer sospechar de patología del SNC. Las manifestaciones oculares pueden ser en muchos casos la primera manifestación de la enfermedad, de ahí la importancia de que todo oftalmólogo esté alerta y conozca la clínica sugestiva de esta enfermedad.

P-16

CASO DE CEGUERA CORTICAL SECUNDARIA A HIPOXIA DURANTE UN TRANSPLANTE BIPULMONAR Y RECUPERACIÓN POSTERIOR EN UN PACIENTE DE 19 AÑOS AFECTO DE FIBROSIS QUÍSTICA

GUTIÉRREZ BONET Rosa, LÓPEZ ARANGO Diego, QUIJADA ANGELI Simón, SANTOS VICENTE Esther, HIJÓS GASTÓN Mónica

Propósito: Describir un caso de ceguera cortical secundaria a hipoxia durante un transplante bipulmonar y recuperación posterior en un paciente de 19 años afecto de fibrosis quística.

Descripción del caso: Varón de 19 años diagnosticado de fibrosis quística dispuesto a ser operado de un transplante bipulmonar con circulación extracorpórea. Después de la intervención el paciente refiere gran pérdida de AV (movimiento de manos). Biomicroscopía y funduscopia resultaron normales, así como la OCT, PIO y reflejos pupilares, detectándose grandes defectos en los campos visuales realizados.

Resultados: El paciente fue diagnóstica de isquemia occipital bilateral confirmada por RMN causada por hipoxia cerebral mantenida durante la cirugía. A lo largo de las 4 últimas semanas la AV ha mejorado a 0,2 OD y 0,4 OI con marcada mejoría en los resultados del campo visual. A día de hoy el paciente continúa en seguimiento.

Conclusiones: Destacar la importancia de reducir al máximo el tiempo de isquemia durante la cirugía extracorpórea y la posibilidad de mejoría clínica que pueden mostrar los pacientes afectados de isquemia cerebral.

P-17

PAPILITIS POR PRESUNTA TUBERCULOSIS

HERNÁNDEZ MARTÍNEZ Carmen, NAVARRO NAVARRO Aída, TARAZONA JAIMES Claudia Patricia, MONDÉJAR GARCÍA José Juan, MARTÍNEZ TOLDOS José Juan

Introducción: La afectación ocular por tuberculosis puede ocurrir en el contexto de una tuberculosis miliar, o bien sin evidencia de enfermedad pulmonar activa. Las manifestaciones neurooftalmológicas de la tuberculosis son variadas: tubérculos papilares, papilitis, papiledema, neuritis óptica, neurorretinitis, parálisis de nervios oculomotores o defectos pupilares.

Caso clínico: Mujer marroquí de 54 años que acude por pérdida de visión y dolor en ojo izquierdo. Presentaba una agudeza visual (AV) de cuenta dedos a 2 metros y funduscópicamente un edema de papila significativo (espesor medio CFNR: 371 μm), con desprendimiento neurosensorial macular, tortuosidad venosa y múltiples hemorragias en mancha en ecuador y periferia. Sin antecedentes sistémicos de interés se inicia estudio de trombofilia, autoinmunidad, serología infecciosa, punción lumbar con estudio microbiológico y bandas oligoclonales, radiografía de tórax, Mantoux, Quantiferon® y resonancia magnética nuclear. Se obtuvo un Mantoux positivo (35mm) y Quantiferon® (2.38), sin hallazgos patológicos en el resto de pruebas. Con el diagnóstico de papilitis por presunta tuberculosis se inicia tratamiento con Rimstar® (Etambutol, Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida) y a las 48 horas 3 bolos de 1 gramo de Metilprednisolona seguidos de tratamiento corticoideo oral en pauta descendente. A las 3 semanas la AV había mejorado a 0.3, el edema de papila había disminuido (espesor medio CFNR:141 μm) y el desprendimiento neurosensorial se había resuelto.

Conclusiones: El diagnóstico definitivo de tuberculosis ocular implica el aislamiento mediante cultivo o PCR de muestras oculares del bacilo *M. tuberculosis*. En nuestra paciente tanto el cultivo como la PCR del líquido cefalorraquídeo fueron negativos, sin embargo, el resultado positivo de Mantoux y Quantiferon®, la respuesta al tratamiento antituberculoso y la exclusión de otras causas de uveítis, apoyan el diagnóstico de papilitis por *M. Tuberculosis*.

P-18

NEUROPATÍA ÓPTICA POSTERIOR COMO COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA ORAL

LABORDA GUIRAO Teresa, DÍAZ GRANDA M.^a Jesús, PÉREZ MORENILLA Beatriz, SPÍNOLA MUÑOZ Consuelo

Introducción: La neuropatía óptica posterior es una entidad poco frecuente que suele asociarse a mala perfusión del nervio óptico. Cursa con disminución de agudeza visual sin edema del nervio óptico que evoluciona a atrofia del mismo. Se presenta el caso de neuropatía óptica unilateral tras extracción de molar bajo anestesia locorregional sin complicaciones ni intra ni postoperatorias.

Caso clínico: Mujer de 60 años, que acude a urgencias por disminución de agudeza visual en ojo derecho de forma súbita, tras extracción de molar superior derecho el día anterior. Como único antecedente personal presenta hipertensión arterial bien controlada, no antecedentes oculares. Exploración biomicroscópica y fundoscópica compatible con la normalidad. En la campimetría se observa defecto altitudinal superior. Resto de pruebas complementarias (tomografía de coherencia óptica macular y papilar, angiografía fluoresceínica, resonancia magnética nuclear, eco doppler carotídeo y potenciales visuales evocados) compatibles con la normalidad. A los dos meses se observa ligera palidez del nervio óptico inferior siendo diagnosticada de neuropatía óptica posterior, mantiene misma agudeza visual desde entonces sin mejoría.

Conclusiones: Las complicaciones oftalmológicas de la anestesia en cirugía oral son escasas y con frecuencia no permanentes. El mecanismo más aceptado por el cual se justifican es el paso de la anestesia a región orbitaria o seno cavernoso, pudiendo afectar tanto a nervio óptico, pares craneales y demás estructuras orbitarias.

P-19

NEURITIS ÓPTICA EN EL CONTEXTO DE UNA POLINEUROPATÍA PARANEOPLÁSICA

MATEO GABÁS Javier, ASCASO PUYUELO Francisco Javier, MATEO OROBIA Antonio, PEIRO EMBID Carlos, LAVILLA GARCÍA Laura, CRISTÓBAL BESCÓS José Ángel

Introducción: la neuritis óptica es una patología relativamente común en la práctica clínica diaria que puede deberse a múltiples etiologías, muchas de ellas relacionadas con patologías sistémicas.

Caso clínico: una mujer de 60 años acudió a urgencias por pérdida visual en ojo derecho. Al explorarla se descubrió una neuritis óptica en el ojo derecho y neuritis subclínica del izquierdo. Además se quejaba de astenia, parestesias en manos y pies y dificultad para la marcha, por lo que fue ingresada para estudio, diagnosticándose una polineuritis sensitiva crónica desmielinizante, que mejoró con tratamiento corticoideo intravenoso y se mantuvo estable con azatioprina vía oral. Sin embargo, un año más tarde volvió a acudir por empeoramiento clínico. Al realizar tomografía computerizada toracoabdominal y tomografía por emisión de positrones, se encontró una masa suprarrenal derecha y una adenopatía parapulmonar metastática.

Conclusiones: la polineuropatía paraneoplásica es una patología poco frecuente debida a una respuesta anómala del sistema inmune frente a antígenos onconeuronales. Puede afectar a cualquier parte del sistema nervioso, incluidos los nervios ópticos, y hasta en un 60% aparece antes del diagnóstico del tumor causante. Hay que tener en cuenta que una neuritis óptica puede ser la manifestación inicial de un tumor todavía no diagnosticado, ya que un diagnóstico y tratamiento tempranos del mismo mejorarán el pronóstico visual y funcional del paciente.

P-20

SÍNDROME QUIASMÁTICO REVERSIBLE ASOCIADO A HIPOFISITIS LINFOCITARIA CON MONITORIZACIÓN MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA Y POTENCIALES EVOCADOS VISUALES

MOLERO LANGA Cristina, GUERRERO ALTARES Laura, CABREJAS MARTÍNEZ Laura, ALONSO PERALTA Miguel Ángel

Introducción: La hipofisitis linfocitaria (HL) es un trastorno inflamatorio poco común de la glándula pituitaria de origen autoinmune. Los síntomas visuales son frecuentes ya sea por compresión quiasmática o inflamación de las vías ópticas. Presentamos un caso de HL con afectación visual y campimétrica por compresión quiasmática monitorizado mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) y potenciales evocados visuales (PEV)

Caso clínico: Mujer de 22 años, gestante de 30 semanas, acude al hospital por hipoglucemias de repetición y visión borrosa de una semana de evolución. En la exploración oftalmológica presentaba una agudeza visual (AV) en el ojo derecho de 10/20 y en el izquierdo de 4/20, con biomicroscopia y fondo de ojo normales. En el campo visual se encontró una hemianopsia bitemporal incompleta acompañada de reducción en la amplitud y aumento de las latencias de los PEV. La OCT resultó normal. Las pruebas de laboratorio evidenciaron un hipopituitarismo y la resonancia nuclear magnética (RNM) mostraba una masa selar con compresión quiasmática. Con la sospecha de HL se realizó tratamiento corticoideo e inducción del parto mediante cesarea obteniendo después de 7 días una reducción significativa del tamaño de la masa selar, así como una mejoría de los síntomas visuales alcanzando una AV de 20/20, normalización de los PEV y recuperación campimétrica.

Conclusiones: La HL es una patología infrecuente que cursa con pérdida de visión reversible mediante diagnóstico y tratamiento precoz corticoideo. Tanto la OCT como los PEV son herramientas útiles para el diagnóstico y seguimiento de la neuropatía óptica asociada a HL, así como posibles indicadores pronósticos de la recuperación visual.

P-21

NEURORRETINITIS POR TOXOPLASMA

MUÑOZ DE ESCALONA ROJAS José Enrique, QUEREDA CASTAÑEDA Aurora, ALASKAR ALANI Hazem, CASTILLO LÓPEZ Esther, LÓPEZ ANDRADES Jesús, ROMERO VARGAS Rosario

Introducción: La forma más frecuente de presentación de uveítis posteriores en inmunocompetentes es la retinocoroiditis posterior focal por toxoplasma. Sin embargo otras formas mucho menos frecuentes de afectación ocular por toxoplasma han sido descritas, entre ellas: papilitis, neurorretinitis, escleritis o la retinitis necrotizante entre otras.

Caso clínico: Varón de 43 años de edad procedente de Marruecos, acude a nuestra consulta por pérdida de visión en el ojo izquierdo de aproximadamente una semana de evolución, acompañado de molestias a la movilización ocular. En la exploración destaca una agudeza visual en ojo derecho de 1 y en ojo izquierdo de 0,05, en el examen biomicroscópico presenta Tyndall acuoso/vitreo de +/++, la presión intraocular era normal, y tenía pupila de Marcus Gunn en ojo izquierdo. En la exploración del fondo de ojo destaca un edema papilar con un foco blanco a nivel nasal inferior, y estrella macular. Respecto a las pruebas de laboratorio el hemograma, la bioquímica fueron normales y el mantoux negativo. Las serologías para toxocara, sífilis, Bartonella H., Borrelia B., Citomegalovirus y Herpes resultaron negativas, únicamente la IgG para toxoplasma fue positiva con un valor de 600 UI/ml. Por lo que se decidió tratar con sulfametoxazol, trimetropina y clindamicina. A la semana de introducir tratamiento mejoro el edema y la agudeza visual (0,2) por lo que se introdujo prednisona 40 mg/día que posteriormente se fue reduciendo lentamente hasta su retirada. Al mes el paciente presentaba una agudeza visual de 0,6 con el ojo izquierdo, desapareciendo el edema papilar.

Conclusiones: El diagnóstico de neurorretinitis por toxoplasma es extremadamente raro y su diagnóstico finalmente atiende a criterios clínicos, ya que las interpretaciones de la serologías pueden resultar complicadas, debido a la alta prevalencia de toxoplasma en algunas regiones y a los falsos negativos en inmunocomprometidos.

P-22

UTILIDAD DEL TEST DE APRACLONIDINA AL 1% EN EL SÍNDROME DE HORNER

NAVARRO NAVARRO Aída, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ Carmen, TARAZONA JAIMES Claudia Patricia, MARCHENA ROJAS Alfredo, MONDÉJAR GARCÍA José Juan, MARTÍNEZ TOLDOS José Juan

Introducción: Se conocen diversos test farmacológicos de cara al estudio de la anisocoria. Ante la sospecha de síndrome de Horner, además de basarnos en la clínica (miosis, ptosis, anhidrosis, pseudoenftalmos), como confirmación diagnóstica disponemos del colirio de cocaína al 4-10% (gold standard). Se ha descrito también el test de apraclonidina al 1%, fármaco hipotensor ocular, agonista débil alfa-1 del músculo dilatador del iris, disponible como colirio en formato comercial y presente frecuentemente en la consulta. Al aplicarlo en ambos ojos en un síndrome de Horner, el ojo afecto presentará hipersensibilidad de los receptores alfa-1 por denervación simpática, por lo que se producirá dilatación de la pupila enferma (inversión de la anisocoria) y mejoría de la ptosis, mientras que la pupila sana no se afectará (test positivo).

Caso clínico: Mujer de 54 años remitida por anisocoria, con antecedente de traumatismo en miembro superior derecho por accidente de tráfico hace 30 años. A la exploración se objetiva menor tamaño pupilar derecho y ptosis de ojo derecho (1-2mm), sin anhidrosis ni heterocromía de iris, parálisis e hipoestesia de miembro superior derecho. Motilidad ocular extrínseca y fondo de ojo normal. La anisocoria aumenta en la oscuridad, con retraso en la dilatación de ojo derecho. Se aplica apraclonidina al 1% en ambos ojos, siendo el test positivo, por lo que se diagnostica síndrome de Horner derecho por afectación de 2ª neurona eferente simpática tras lesión traumática de plexo braquial ipsilateral. Se hace interconsulta con el servicio de Neurología y se realizan pruebas de imagen que apoyan el diagnóstico.

Conclusiones: El test de apraclonidina puede ser un herramienta muy útil en la práctica clínica diaria, por su rapidez y disponibilidad, ante la sospecha de síndrome de Horner. La positividad del test confirma el diagnóstico, sin embargo, un resultado negativo no descarta la enfermedad, por lo que se debería practicar el test de cocaína.

P-23

SEGUIMIENTO MEDIANTE OCT DE PAPIEDEMA SECUNDARIO A HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

NOVA FERNÁNDEZ-YAÑEZ Luis, SÁNCHEZ GUILLÉN Inés

Introducción: La hipertensión intracraneal idiopática (HII), o pseudotumor cerebri, es una patología que puede ocasionar pérdida de agudeza visual permanente secundaria a papiledema. En un 90% de los casos se trata de mujeres obesas en edad fértil.

Caso clínico: mujer de 19 años, obesa, que acude por cefalea asociada a esfuerzo visual de cerca y lagrimeo de un año de evolución. Agudeza visual de 1,0 en ambos ojos. Emotropía tras cicloplejia. Segmento anterior normal. En la exploración fundoscópica presenta elevación papilar bilateral simétrica y tortuosidad vascular moderada. Campo visual: leves defectos aislados sin patrón claro con elevadas pérdidas de fijación. Resto de la exploración oftalmológica normal. Exploración física neurológica, analítica básica y tomografía axial computarizada normales. Se realiza punción lumbar resultando presión intracraneal de 28cm H₂O. Así, la paciente fue diagnosticada de HII instaurándose tratamiento con acetazolamida 250 mg/8horas y control de peso mediante dieta. En la tomografía óptica de coherencia (OCT) fue observado un engrosamiento inicial de la capa de fibras nerviosa de la retina (RNFL). Fue observada una mejoría significativa en el grosor de capas de fibras del nervio óptico a las 3 semanas, en el transcurso de las cuales la reducción de grosor fue del 80%. A partir de ese momento la reducción fue más lenta.

Conclusiones: la HII es una patología en la que la OCT puede ser útil en la detección de cambios precoces, así como para el seguimiento de la HII, dado que puede revelar mejoría semanas antes de cambios clínicos subjetivos en la fundoscopia o en el campo visual. A su vez, podría ser útil para comprobar tendencia a la normalización y así limitar posibles tratamientos más agresivos como la derivación lumboperitoneal o fenestración del nervio óptico. Se necesitan más casos para poder establecer un posible protocolo para mejorías precoces en el papiledema por HII.

P-24

PARÁLISIS VI PAR UNILATERAL COMO SÍNTOMA INICIAL DE ADENOMA HIPOFISARIO

OLAVARRI GONZÁLEZ Gloria, MARTÍN RODRIGUEZ Vicente F., RONDÓN BENAVENTE Max Junior, GARCÍA PADILLA Luis Antonio, RÍO HERMAN José Enrique del

Introducción: El adenoma de hipófisis constituye el 10-15% de las neoplasias intracraneales afectando en mayor medida a mujeres de 50-60 años. Puede producir patología neuro-oftalmológica por compresión. El síntoma visual más frecuente es un defecto en el campo visual siendo la hemianopsia bitemporal el más característico. Otra forma de presentación más inusual es la afectación de los nervios oculomotores en el siguiente orden de frecuencia: III, VI y IV.

Caso clínico: Mujer de 68 años que consulta por diplopía binocular de 1 semana de evolución acompañada de evidente limitación en la abducción del ojo derecho y cefalea retroorbitaria derecha. La tomografía computerizada craneal fue informada como masa selar con erosión del margen derecho del dorso de la silla turca. La posterior resonancia magnética objetivó que la masa no infiltraba glándula hipofisaria ni estructuras vasculares y que se disponía próxima a la unión petroclival, con probable compresión del VI par en el canal de Dorello. Tras ser intervenida vía transesfenoidal, la anatomía patológica demostró que se trataba de un adenoma hipofisario. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y actualmente la paciente no presenta síntomas.

Conclusiones: La parálisis aislada del VI par es una manifestación inicial atípica del adenoma de hipófisis por la disposición anatómica del nervio. Mecanismos propuestos para explicar esta afectación son la compresión mecánica y más raramente la infiltración directa por células tumorales. La resonancia magnética es la prueba de elección antes de la cirugía para objetivar el tamaño y la localización tumoral. La resección por vía transesfenoidal consigue la descompresión local y la confirmación histopatológica del tumor. El pronóstico depende del tiempo que transcurra entre el debut de los síntomas y el tratamiento. La recuperación visual suele ser rápida tras la cirugía y muy pocos pacientes requieren una cirugía oftalmológica adicional para corregir la diplopía.

P-25

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ALTERACIONES VISUALES EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

OPAZO TORO Valeria Constanza, GUTIÉRREZ ORTIZ Consuelo, MARTÍNEZ M.^a Julia

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune donde órganos, tejidos y células se dañan por la adherencia de autoanticuerpos y complejos inmunitarios. La afectación oftalmológica puede deberse tanto a la enfermedad como a los medicamentos usados en tratarla.

Caso clínico: Mujer de 30 años con LES que había presentado toxicidad por antipalúdicos en 2006 por lo que fueron retirados. Acude por cuadro autorresolutivo de escotoma hemianópsico izquierdo más cefalea. Refiere cuadro similar hace un mes. Se realiza evaluación en oftalmología y neurología. La agudeza visual era de 1 en ambos ojos, la presión era de 14/16 mmHg, el fondo de ojo mostró una alteración de la pigmentación macular con áreas amarillentas en ambos ojos (AO). El campo visual detectó un defecto paracentral AO. El test de colores era normal. La autofluorescencia evidenció una alteración leve granulada del epitelio pigmentario mayor en ojo derecho. La OCT de nervio óptico (NO) era normal y en mácula se vieron alteraciones compatibles con maculopatía secundaria a antipalúdicos. La analítica, serología y pruebas de imagen no mostraron alteraciones.

Conclusiones: Se descartó patología del NO, el episodio de hemianopsia se justificó por el cuadro migrañoso, y se objetivó la afectación macular por antipalúdicos. Ante un paciente con sospecha de toxicidad macular por cloroquina es importante hacer un seguimiento con campo visual 10.2 y si está alterado realizar una OCT.

P-26

NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA ANTERIOR NO ARTERÍTICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN UN PACIENTE JOVEN

PERAZA NIEVES Jorge, SANTOS BUESO Enrique, DOMINGO GORDO Blanca

Introducción: El síndrome antifosfolipídico (SAF) es una patología autoinmune que produce un estado de hipercoagulabilidad. El compromiso ocular puede producirse entre el 8 y el 88% de los pacientes y puede ser la primera manifestación clínica.

Caso clínico: Paciente varón de 49 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias refiriendo visión borrosa en hemicampo inferior del ojo izquierdo (OI) de 48 horas de evolución. No presentaba antecedentes oftalmológicos de interés. Presentaba una agudeza visual de 1,2 en ambos ojos y presión intraocular dentro de la normalidad. En la biomicroscopía no se objetivaron alteraciones significativas y no presentaba defecto pupilar aferente relativo ni dolor con los movimientos extraoculares. En la fundoscopia se observó edema sectorial de papila en OI con hemorragia en llama a las 3 horas. Se realizó análisis de la capa de fibras del NO (CFNO) con el tomógrafo de coherencia óptica (OCT Spectralis) objetivándose edema del NO en OI y en la campimetría (OCTOPUS 1-2-3) defecto altitudinal inferior en OI. El despistaje analítico de causas infecciosas y la analítica básica, incluyendo reactantes de fase aguda, fueron normales. La determinación del Anticuerpo anticardiolipina resultó positivo en título de 79.9 para IgG, siendo confirmado por una segunda determinación a las doce semanas. La angioresonancia magnética no determinó alteraciones significativas. Al año de seguimiento se observó en el OCT CFNO disminución en cuadrante superior-nasal del OI con persistencia del defecto altitudinal inferior en la campimetría.

Conclusiones: El SAF puede debutar con compromiso ocular, siendo la detección temprana y su tratamiento la mejor forma de prevenir la mayor morbilidad y mortalidad sistémica. El debut clínico como neuropatía isquémica anterior no arterítica en el síndrome antifosfolipido es un hallazgo infrecuente, pero debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de esta entidad.

P-27

PUPILA TÓNICA TRAS INYECCIÓN DE 7.5 UNIDADES DE TOXINA BOTULÍNICA EN RECTO MEDIO

ROMERA ROMERO Pau, BLAZQUEZ ALBISU Ana, ARANDA YUS Alberto, CARBONELL PUIG Marc, PASCUAL BENITO Ester

Introducción: Presentamos el caso de una mujer de 51 años con parálisis del sexto nervio craneal izquierdo de 6 años de evolución, de etiología desconocida, con contractura de recto medio secundaria que provocaba una endotropía izquierda de 20 dioptrías prismáticas. Se decide tratamiento con toxina botulínica sobre recto medio para corregir dicha desviación.

Caso clínico: Tras instilar anestésico tópico (tetracaína y oxibuprocaina) y lidocaína al 5% subconjuntival sobre el recto medio, se procede a inyectar 7.5 unidades de toxina botulínica tras apertura conjuntival y recuperación del músculo con gancho. Intraquirúrgicamente se observa una corectopia pupilar nasal haciéndose más evidente a medida que pasaban los minutos. Al ser compatible con una pupila tónica decidimos instilar una gota de pilocarpina diluida al 0.125% en ambos ojos, observándose a los 15 minutos una mayor miosis en el ojo izquierdo. A la semana las pupilas eran isocóricas.

Conclusiones: Pocos casos hay descritos de pupila tónica tras inyección de toxina botulínica, y en todos ellos aparece días después de la inyección y es global, a diferencia de nuestro caso, que aparece intraquirúrgica y es sectorial. El mecanismo se cree que es debido a una difusión de la toxina afectando a las fibras postganglionares de los nervios ciliares.

P-28

MORNING GLORY - ACERCA DE UN CASO CLÍNICO

RUÃO CASTRO Miguel, ALMEIDA Inês, ALMEIDA Raquel, RODRIGUES Filipa, CALVÃO SANTOS Gil, AMORIM Manuela

Introducción: El síndrome de morning glory es una anomalía congénita del disco óptico rara y de predominio unilateral. Se caracteriza por un disco óptico de tamaño incrementado, de color naranja o rosa, excavación profunda y disposición radial de la vascularización retiniana. Antiguos informes erróneamente atribuyó el síndrome de morning glory al cierre defectuoso de la fisura embrionaria y lo consideraron como un fenotipo del defecto colobomatoso. La embriogénesis es aún desconocido, pero estudios recientes indican que un defecto mesenquimal primario puede ser la causa.

Caso clínico: Paciente masculino de 48 años refiere baja agudeza visual del ojo derecho desde la infancia. Nunca había estado en un oftalmólogo y su historia personal eran irrelevantes. En la exploración se encontró una agudeza visual de movimiento de manos OD y 10/10 OE, y exotropía OD. La biomicroscopia mostró catarata subcapsular posterior OD y fondo de ojo se identificó una alteración en el disco óptico compatible con anomalía de morning glory. Se presenta la descripción de los hallazgos en los procedimientos de diagnóstico.

Conclusiones: El síndrome de morning glory es una anomalía congénita del disco óptico, donde la mayor parte del disco óptico colobomatoso está lleno de tejido glial. Las complicaciones oculares pueden incluir estrabismo, agudeza visual reducida y asociación con ciertas enfermedades sistémicas.

P-29

ESTENOSIS UNILATERAL DE SENOS CRANEALES EN UN CASO DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA MALIGNA

SÁNCHEZ BARAHONA Cristina, PAZ MORENO-ARRONES Javier, VÁZQUEZ BLANCO Miguel

Introducción: La hipertensión intracraneal idiopática (HII) es un síndrome, que cursa con aumento de presión intracraneal sin causa identificable. Un 3% presentan un curso clínico maligno con pérdida visual rápidamente progresiva. Recientemente se ha descrito que un alto porcentaje de pacientes con HII presentan estenosis de senos venosos.

Caso clínico: Mujer, 65 años que acude a urgencias por presentar cefalea holocraneal de 3 semanas de evolución y pérdida auditiva y visual aguda. No AP de interés. En la exploración neurológica presenta paresia del VI par craneal derecho y sordera profunda con TAC, RM y estudio sistémico normal. A la exploración oftalmológica presenta una AV de movimiento de manos, midriasis arreactiva y edema papila hemorrágico severo en AO. La presión de apertura de la PL fue 400 cm H₂O, composición normal y serologías negativas. Se diagnostica de HII. La Angio RM craneal en fase venosa evidenció una estenosis del seno transversal izquierdo. Se trató a la paciente con dos PL evacuadoras, acetazolamida y metilprednisolona, presentando mejoría clínica con disminución progresiva del edema papilar y una AV final de 0,5 en AO.

Conclusiones: Un alto porcentaje de pacientes con HII presentan estenosis de seno transversal, por lo que recientemente se han fijado nuevos criterios diagnósticos que exigen la realización de RMN y fleboRMN en casos atípicos, como el descrito. Actualmente existe controversia sobre si la estenosis puede ser causa o consecuencia de la HII, si su presencia determina la actitud terapéutica y si el grado de estenosis influye en el pronóstico visual.

P-30

ATROFIA ÓPTICA SECUNDARIA AL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

SANTALLA CASTRO Carla, COSTALES ÁLVAREZ Carmen, BURGUEÑO MONTAÑÉS Carmen

Introducción: El Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) es una patología en la que se producen episodios repetidos de colapso de la vía aérea superior durante el sueño. Se asocia a un incremento en el riesgo de hipertensión y enfermedad cardíaca y cerebrovascular y en los últimos años se ha relacionado con diversas patologías oculares, entre ellas glaucoma, papiledema, neuritis y atrofia óptica.

Caso clínico: Varón de 41 años remitido de otra comunidad por neuropatía óptica bilateral no filiada. Entre sus antecedentes personales destaca una hipoacusia neurosensorial bilateral de nacimiento sin antecedentes familiares de patología oftalmológica. Fue diagnosticado de SAHS grave hace 10 años, a tratamiento con CPAP que se retiró 4 años después por pérdida ponderal importante. En el momento de la consulta se encuentra sin tratamiento. A la exploración presenta una agudeza visual corregida de unidad en cada ojo y una presión intraocular de 9 mm de Hg. En el fondo de ojo presenta atrofia papilar bilateral. La OCT CFNR es patológica y el campo visual conserva un residual inferonasal bilateral. El electroretinograma y los potenciales visuales evocados muestran una degeneración de células ganglionares de la retina compatibles con neuritis óptica previa. El test de Farnsworth 100 es normal. Se realiza una nueva polisomnografía, que confirma su SAHS grave y se reinicia tratamiento con CPAP.

Conclusiones: El SAHS puede producir afectación del nervio óptico por aumento de la presión intracraneal durante los episodios de apnea, manifestándose como papiledema o neuropatía óptica isquémica que pueden pasar inadvertidos en estadios iniciales. El uso continuado de CPAP podría proteger a estos pacientes del desarrollo de una atrofia óptica posterior. Ante una atrofia óptica de origen desconocido es recomendable realizar una polisomnografía para descartar la presencia de SAHS. Así mismo, los pacientes con SAHS deberían ser revisados al momento del diagnóstico por un oftalmólogo.

P-31

CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA COMO CAUSA DE PAPILEDEMA HEMORRÁGICO BILATERAL

SOLDEVILA ESTAPÉ Jordi, SÁNCHEZ PÉREZ Carmen, PORTA Sara Acosta, HUERVA ESCANILLA Valentín, MUNIESA ROYO M.^a Jesús

Introducción: La carcinomatosis leptomeníngea es una causa poco frecuente de presentación de edema de papila bilateral. Es una complicación grave en los pacientes oncológicos ya que se caracteriza por la diseminación de células cancerígenas en la meninge. Generalmente es más común que aparezca con el cáncer de mama, de pulmones o del sistema gastrointestinal.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de una paciente de cincuenta y cinco años que acudió a nuestro centro por presentar un cuadro de cefalea de aparición brusca de diez días de evolución juntamente con visión borrosa y mal estado general agudizado en las últimas cuarenta y ocho horas. La paciente no refiere otra sintomatología sistémica y/o oftalmológica asociada. En la exploración oftalmológica observamos una agudeza visual de 20/25 en el ojo derecho y 20/20 en el ojo izquierdo. Motilidad ocular extrínseca e intrínseca sin alteraciones. En la exploración en la lámpara de hendidura no observamos ningún hallazgo en polo anterior destacable. En la exploración del fondo de ojo observamos un edema de papila hemorrágico bilateral acompañado de exudados. En las exploraciones complementarias destaca un campo visual con una retracción concéntrica de ambos ojos, con un alto índice de falsos positivos. Como otras pruebas complementarias hospitalarias se realizaron una tomografía computarizada cerebral y torácica donde se apreció un adenoma hipofisario y afectación pulmonar sugestiva de proceso tumoral. Juntamente con un estudio hormonal, un estudio de líquido cefalorraquídeo, una resonancia magnética cerebral y una biopsia de ganglios axilares. La conclusión de dichos estudios fue la presencia de un carcinoma lobulillar mamario con diseminación leptomeníngea.

Conclusiones: El edema de papila secundario a hipertensión craneal causada por carcinomatosis leptomeníngea secundaria a neoplasia mamaria es una complicación que tiene una incidencia del 3% siendo un factor de mal pronóstico.

P-32

SÍNDROME DE WEBINO: A PROPÓSITO DE UN CASO

TALAVERO GONZÁLEZ Paula, RUBIERA ALIJA Carmen, JUNCEDA MORENO Carmen,
BURGUEÑO MONTAÑÉS Carmen

Introducción: El síndrome de WEBINO (wall eyed bilateral internuclear ophthalmoplegia) es una forma especial de oftalmoplejia internuclear bilateral debido a diversas etiologías según la edad.

Caso clínico: Varón de 74 años con antecedente de síncope ortostático que acude a Urgencias por presentar de forma brusca disartria y pérdida de fuerza en mano izquierda, con posterior disminución del nivel de conciencia y bradicardia extrema. En el angio-TAC: trombosis de la arteria basilar (AB) y la arteria cerebral media (ACM) derecha. En la RM: múltiples lesiones isquémicas en tronco del encéfalo y ambos hemisferios cerebrales aguda-subagudas. Mediante arteriografía se extrae el trombo de la AB con recanalización completa de la arteria y sus ramas. Se diagnostica de ictus de AB y ACM derecha de etiología cardioembólica (varios episodios de fibrilación auricular). Solicitan valoración a Oftalmología por presentar alteraciones en la motilidad ocular extrínseca. A la exploración presenta exotropía en posición primaria de la mirada (PPM), limitación en la aducción, nistagmus en abducción, parálisis de la convergencia y abolición de la elevación en ambos ojos con pupilas isocóricas y normorreactivas. En la perimetría se observa hemianopsia homónima izquierda. Se diagnostica de síndrome de WEBINO. Un año después continúa con exotropía en PPM, limitación en la aducción solo en ojo derecho, nistagmus en abducción en ambos ojos y parálisis de la convergencia.

Conclusiones: El síndrome de WEBINO se caracteriza por limitación en la aducción y nistagmus en abducción en ambos ojos, exotropía en PPM y parálisis de la convergencia. Hay controversia sobre la localización de la lesión, pero parece que está a nivel del fascículo longitudinal medial y los dos subnúcleos de los rectos medios (explicaría la exotropía y la incapacidad para la convergencia). La etiología varía con la edad siendo la esclerosis múltiple la causa más frecuente en la edad media y los procesos vasculares en la edad adulta.

P-33

FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA PARCIALMENTE EMBOLIZADA

VILLAMIZAR LOPERA Juan Carlos, MAESTRE MULAS Ignacio, RUIZ HERRERO Luis Miguel, RUIZ MORANDÉ Juan Carlos, BLANCO DOMÍNGUEZ Irene

Introducción: Las fístulas carótido-cavernosas (FCC) son comunicaciones anómalas entre el sistema arterial carotídeo y el seno cavernoso. Su origen puede ser traumático o espontáneo. Los pacientes consultan por síntomas relacionados con la congestión orbitaria. La primera prueba de imagen utilizada es la tomografía computarizada (TC) aunque la angiografía es necesaria para el diagnóstico definitivo. La terapia endovascular con embolización selectiva es el tratamiento recomendado para las fístulas de alto flujo.

Caso clínico: Mujer de 66 años hipertensa. Presentaba hiperemia bulbar y dolor ocular en ojo izquierdo (OI) desde hace 1 mes con empeoramiento en las últimas 72 horas. En la exploración presentaba proptosis pulsátil de OI, quemosis conjuntival, arterialización de vasos conjuntivales. Agudeza visual mejor corregida (AVMC) OD: 1, OI: 0,9. Presión intraocular (PIO) OI: 45 mmHg. La TC de órbita evidenció la proptosis con engrosamiento de los músculos extraoculares y dilatación de la vena oftálmica superior y el seno cavernoso izquierdo. 72 horas más tarde se realizó embolización de aferencias de carótidas externas, persistiendo aferencias durales de ambas carótidas internas, no embolizables por vía transarterial. Durante su ingreso disminuyó la proptosis y se normalizó la PIO a pesar de persistir las aferencias durales. 7 meses después presentaba AVMC: 1 en ambos ojos y resolución completa de la proptosis. PIO 16mmHg con tratamiento hipotensor tópico.

Conclusiones: Las manifestaciones de las FCC se producen debido a la presión venosa elevada que se transmite desde el seno cavernoso hacia la órbita a través de la vena oftálmica superior. La angiografía es necesaria para su clasificación y para determinar el abordaje terapéutico. En las fístulas de alto flujo el tratamiento de elección es la embolización selectiva, por el contrario, en la fístulas de bajo grado no suele ser necesaria debido a la alta tasa de cierre espontáneo.

P-34

SÍNDROME DE EFUSIÓN UVEAL. ¿UN NUEVO DESENCADENANTE?

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

Introducción: Distintos tratamientos - escitalopram, bupropion, triamcinolona, bevacizumab, topiramato, hidroclorotiazida- están implicados en la etiología del glaucoma agudo bilateral por cierre angular. Una reacción idiosincrásica, acumula líquido en coroides y cuerpo ciliar, que sufre una rotación anterior, disminuye la profundidad de la cámara anterior y miopiza el ojo.

Caso clínico: Mujer de 33 años que atendía en el Servicio de Urgencias por cefalea y –en ambos ojos– visión borrosa e hiperemia ciliar, de inicio agudo y horas de evolución. Solo ve bien de cerca. Sus antecedentes personales son una neumonía en 2012 y diagnóstico de quistes ováricos. En tratamiento con Dretine. Por la mañana ingirió una única dosis de una solución adelgazante rica en cafeína (4.3.2.1. EN LINEA!). A la exploración presenta: Agudeza visual con estenopeco de 1/4 en ambos ojos. Refracción en su ojo derecho de -9.25 dioptrías y en el ojo izquierdo -9.50. Midriasis media bilateral con ligera reacción fotomotora. Quémosis evidente y cámara anterior central mínima. Se aprecian pliegues coroideos. Inicia tratamiento en Urgencias con Manitol intravenoso, Edemox, Timolol, Pilocarpina 2% cada 8 horas, Maxidex cada hora e iridotomía láser bilateral. Al día siguiente, la ecografía bidimensional mostró engrosamiento coroideo, se retira la Pilocarpina y se añade Ciclopléjico colirio cada 12 horas. A las 48 horas la tensión ocular es normal, la cámara anterior profunda, no hay quémosis ni ametropía y desaparecen los pliegues coroideos. Durante la semana siguiente se retira la medicación sin complicaciones.

Conclusiones: El síndrome de efusión uveal es poco frecuente, pero debemos tenerlo en mente en el diagnóstico de un glaucoma agudo bilateral simultáneo, con miopización y estrechamiento de la cámara anterior. La ecografía bidimensional aporta la clave diagnóstica. Es el primer caso en el que se presenta la asociación con el consumo de un producto diurético rico en cafeína.

P-35

SÍNDROME DE UVEÍTIS-GLAUCOMA-HIPEMA ASOCIADO A HEMORRAGIA VÍTREA DE REPETICIÓN EN PACIENTE PSEUDOFÁQUICO CON LENTE INTRAOCULAR EMPLAZADA EN SULCUS

ALFARO JUÁREZ Asunción, SÁNCHEZ VICENTE José Luis, VITAL BERRAL Cristina

Introducción: El síndrome de Uveítis-Glaucoma-Hipema (UGH) es causado por la irritación mecánica de una lente intraocular (LIO) mal posicionada sobre estructuras vecinas (iris, cuerpo ciliar y ángulo iridocorneal).

Caso clínico: Varón de 61 años con visión borrosa y dolor de ojo derecho (OD) desde hace 3 días. La agudeza visual (AV) es de movimiento de manos, presión intraocular (PIO) de más de 50 mmHg, biomicroscopía con tyndall hemático y sangrado activo retroiridiano a las X horas, iris atrófico con grandes zonas de transluminación, LIO en sulcus ligeramente desplazada adelante de tres piezas y bordes cuadrados, hemovítreo (HV) grado IV. Miope de 14 dioptrías refiere cirugía de cristalino transparente e implante de LIO hace 12 años y HV en OD secundario a desgarro retiniano 8 años tras la cirugía. 4 recidivas del HV en los 4 años siguientes, en la segunda asocia hipema e hipertensión ocular realizándose vitrectomía y control de PIO con tratamiento tópico. En la tomografía de coherencia óptica (OTC) de segmento anterior se evidencia contacto de la óptica de la LIO con el iris. Resolución espontánea del HV sin observarse lesiones en retina. Ciclopléjico, dexametasona e hipotensores tópicos controlan el sangrado, tyndall y PIO. Actualmente la AV es de 0.1 y la cicloplegia para prevenir recurrencias es bien tolerada.

Conclusiones: Aunque el síndrome UGH suele asociarse con LIOs de cámara anterior con soporte iridiano también ocurre con LIOs de cámara posterior, generalmente posicionadas en sulcus y más raramente en saco capsular. La frecuencia aumenta con LIOs de bordes cuadrados. La biomicroscopía ultrasónica y la OCT de segmento anterior muestran la posición de la LIO respecto a las estructuras vecinas ayudando al diagnóstico. El HV raramente se asocia y no debe retrasar el diagnóstico. Debemos controlar la PIO y prevenir las recurrencias con agentes midriáticos o mióticos, iridotomía periférica o explante de la LIO, en función de cada paciente.

P-36

ATROFIA CORIORRETINIANA PIGMENTADA PARAVENOSA. DIFICULTADES EN EL MANEJO DEL GLAUCOMA

ALONSO MAROTO José Manuel, ÁLVAREZ RAMOS Pablo, JIMÉNEZ CARMONA Soledad, ALEMANY MÁRQUEZ Pedro

Introducción: La atrofia coriorretiniana pigmentada paravenosa (ACPP) se caracteriza por un cuadro – generalmente bilateral y asimétrico – de atrofia coriorretiniana y acumulación de espículas de pigmento a lo largo de las venas retinianas, de lenta progresión. Poco más de un centenar de casos de ACPP están referenciados en la literatura científica. La ACPP aparece asociada a glaucoma de ángulo estrecho.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de ACPP asociados a otros cuadros relacionados con glaucoma. Caso 1: Mujer de 73 años. Diagnosticada desde 2001 de glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) con presión intraocular (PIO) basal de 27 y 24 mm Hg. En la actualidad pseudofaquia bilateral y PIO de 18 y 12 mm Hg con tratamiento médico. Con escotomas arciformes superiores bilaterales simétricos y aumento de mancha ciega, compatibles con la ACPP y la atrofia circumpapilar que se aprecian en el fondo de ojo, el ojo izquierdo aporta datos perimétricos de progresión por el aumento de la atrofia coriorretiniana. Caso 2: Varón de 46 años que presenta síndrome de dispersión pigmentaria (SDP) tratada con iridotomía láser bilateral. El campo visual del ojo derecho detecta un defecto inferior coincidente con una zona de ACPP superior. El ojo izquierdo no muestra signos de ACPP. El campo visual presenta discretos signos de progresión coincidentes con el aumento de las espículas pigmentadas. El ERG es normal. La PIO no supera los 20 mm Hg en ninguno de sus ojos.

Conclusiones: Presentamos un caso de ACPP asociado a GPAA y otro con SDP. Estos pacientes presentan lesiones perimétricas por la ACPP similares a las del glaucoma. El carácter lentamente progresivo de la atrofia coriorretiniana y como consecuencia de los defectos perimétricos manifiestos, añaden incertidumbre en el seguimiento clínico del glaucoma en estos pacientes. La atrofia peripapilar dificulta la valoración de la capa de fibras, quedando la PIO como pieza clave para valorar el control del glaucoma.

P-37

GLAUCOMA JUVENIL SECUNDARIO A MEGALOGLOBO OCULAR UNILATERAL IDIOPÁTICO
BORREGO SANZ Lara, MORALES FERNÁNDEZ Laura, MARTÍNEZ DE LA CASA José M.^a, SÁENZ-FRANCÉS SAN BALDOMERO Federico, GARCÍA FEIJÓO Julián

Introducción: El megalogloblo es una malformación ocular infrecuente, caracterizada por suponer un aumento del volumen del globo ocular asociado o no, a alteraciones en el desarrollo de las estructuras oculares. Aunque el incremento difuso del tamaño ocular suele aparecer en el contexto de patologías como el glaucoma congénito o la neurofibromatosis de tipo I, se han descrito raros casos de aparición idiopática, que pueden desencadenar complicaciones secundarias.

Caso clínico: Mujer de 24 años con antecedentes de crisis convulsivas controladas con Lamotrigina. Como antecedentes oftalmológicos refería una ambliopía en OI. Acude a urgencias por un cuadro de ojo rojo izquierdo sin pérdida visual de 1 semana de evolución. En la exploración se objetiva una ligera asimetría facial junto con un exoftalmos 2.5mm mayor en OI. La AVMC era de 80 letras ETDRS en OD y 20 letras ETDRS en OI, siendo la PIO de 16 y de 36 mmHg respectivamente, con polo anterior y gonioscopia normal. El FO demostró una asimetría papilar de 0,1 en OD y 0,6 en OI y la paquimetría reveló un grosor corneal en OI de 545 μm y de 510 μm en OD, así como un escalón nasal marcado en la campimetría de OI coincidiendo con pérdida de CFNR en OCT. La longitud axial fue de 22,36 mm en OD y de 24,60 mm en OI, compatible con el aumento del tamaño del globo ocular izquierdo. En la RM cerebral se observó una asimetría ventricular, con mayor tamaño del asta occipital y temporal izquierdas asociado a pérdida de sustancia blanca. La PIO no pudo controlarse con triple terapia por lo que fue necesario realizar una trabeculectomía en OI.

Conclusiones: El megalogloblo supone una alteración en el desarrollo de las estructuras oculares que puede cursar con disfunción de la malla trabecular produciendo incrementos de PIO. Aunque existe una baja incidencia, es importante realizar una exploración completa con pruebas de imagen y un seguimiento periódico en estos pacientes, a fin de descartar complicaciones secundarias con repercusión visual.

P-38

OBSTRUCCIÓN DE RAMA VENOSA RETINIANA EN ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED COMO CAUSA DE GLAUCOMA NEOVASCULAR

CANO ROVIROSA Paloma, HERNÁNDEZ MORGADO M.^a Dolores

Introducción: El glaucoma neovascular (GNV) es producto de patologías con isquemia ocular donde se producen factores de crecimiento vasoproliferativos que difunden hacia el segmento anterior. Según el estudio SCORE, un 2,4% de casos son por una oclusión de rama venosa retiniana (ORVR).

Caso clínico: Varón de 56 años con ojo seco por enfermedad injerto contra huésped (EICH) crónica secundaria a trasplante de médula ósea. Presentaba mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0'6 en ojo izquierdo, rubeosis iridis en los 360° del esfínter pupilar, presión intraocular (PIO) de 24 mmHg, ángulo abierto grado IV de Shaffer con neovasos en los 360° y en fondo de ojo una obstrucción venosa de la arcada temporal superior. Se diagnosticó de GNV secundario a ORVR y se inició tratamiento con brimonidina. Se realizó fotocoagulación de la retina temporal superior. Tras quince días regresó la rubeosis iridis y disminuyó la PIO, retirándose el tratamiento hipotensor. A los dos meses reaparecieron neovasos iridianos y una nueva hemorragia retiniana con PIO de 27 mmHg. Se reinstauró la brimonidina, se incrementó la fotocoagulación y se administró una dosis de pegaptanib intravítreo, remitiendo la neovascularización en segmento anterior sin signos de isquemia retiniana. Tras tres años, presenta MAVC de 0'9, PIO de 17 mmHg sin tratamiento y sin neovasos en iris ni en ángulo.

Conclusiones: La mayoría de oclusiones venosas retinianas están asociadas con trastornos sistémicos debiéndose hacer un despistaje de éstos. Existen casos de hipercolesterolemia severa en la EICH crónica después del trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas. La ORVR tiene un pronóstico favorable siendo muy raro el desarrollo de GNV al precisar un gran estímulo angiogénico. La fotocoagulación de la retina isquémica presenta pocas complicaciones y se considera tratamiento de primera elección. Los fármacos anti-VEGF se usan de modo compasivo para frenar la proliferación neovascular, controlando los niveles de PIO.

P-39

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL GLAUCOMA CON IMPLANTE EX-PRESS EN SITUACIONES ESPECIALES

FERNÁNDEZ GARCÍA Aitor, POYALES GALÁN Francisco, ROMERO ROYO Concepción, BUENO PALACÍN José, PÉREZ IZQUIERDO Ricardo, POYALES VILLAMOR Blanca

Introducción: La cirugía filtrante con Express, es una técnica que tiene sus limitaciones en aquellos casos en los que existe un espacio muy reducido para su colocación o la posibilidad de obturación de la luz del dispositivo es muy grande. Presentamos dos casos en los que ambas situaciones fueron salvadas.

Caso clínico 1: Presentamos el caso de una paciente de 65 años diagnosticada de cataratas y glaucoma en su OD. Fue intervenida de cirugía combinada de FACO + LIO + EPNP sin complicaciones. En el post operatorio tardío se le diagnosticó un glaucoma maligno. Las maniobras habituales no surgieron efecto, agravando incluso el cuadro. Se decidió realizar un doble procedimiento de Vitrectomía Posterior junto con la inserción de una Válvula Express. Durante la intervención tuvimos que realizar un Autotransplante de conjuntiva sobre el tapete escleral por desgarros múltiples. La situación mejoró de forma importante en el post operatorio precoz constatando un cámara anterior amplia, con una ampolla de filtración correcta y una PIO controlada.

Caso clínico 2: Presentamos el caso de una paciente de 60 años, operada de cataratas (afaquia) hace 20 años con Glaucoma Crónico evolutivo no controlado con triple medicación. Se decide realizar cirugía filtrante con implantación de Válvula Express. Durante la intervención para detectar la presencia de vítreo se realiza la inyección de Trigón en cámara anterior y Vitrectomía Anterior sin incidencias. En el post operatorio precoz presentó una disminución importante de la PIO con la aparición secundaria de un champiñón vítreo en cámara anterior que no ocluye el dispositivo. Después de más de tres meses de seguimiento no se ha constatado oclusión y la cirugía sigue filtrando sin alteraciones.

Conclusiones: En casos anatómicos complejos, la cirugía filtrante con Válvula Express debe ser tenida en cuenta debido a su sencillez, seguridad y más que probada eficacia.

P-40

HIPERTENSIÓN VENOSA EPIESCLERAL IDIOPÁTICA COMO CAUSA DE GLAUCOMA UNILATERAL

KYRIAKOU KYRIAKOU Danai Eleftheria, LÓPEZ VALVERDE Gloria, JIMÉNEZ FRANCO M.^a Isabel, GARCÍA HERNÁNDEZ Santiago, NIETO GÓMEZ Cristina, BARREDA GAGO David

Introducción: La presión intraocular (PIO) depende de la cantidad de humor acuoso producido, la facilidad de flujo y la presión venosa epiescleral (PVE). Las causas de aumento de PVE pueden ser una obstrucción de los largos vasos venosos, fístulas arteriovenosas, síndrome de Sturge Weber, escleritis, orbitopatía tiroidea y tumores orbitarios. Existen casos en los que de manera idiopática, un aumento de la PVE pueden provocar neuropatía óptica degenerativa.

Caso clínico: Mujer 40 años que acude a consulta por ojo derecho (OD) rojo de 7 años de evolución diagnosticado de conjuntivitis crónica y epiescleritis. A la exploración presentaba una agudeza visual (AV) 20/20 en cada ojo, reflejos pupilares y motilidad ocular extrínseca normales. PIO OD de 30 mmHg, ojo izquierdo (OI) normal y campimetría OD con escotoma superior. La biomicroscopía mostró marcada dilatación de los vasos epiesclerales e hiperemia conjuntival. La gonioscopia mostró un ángulo abierto con sangre en el trabeculum. Presentaba una excavación papilar OD de 0,4 y OI de 0,1. OCT mostró pérdida de fibras nerviosas en los sectores superior e inferior con un grosor medio de 79,79?. Pautamos Travoprost y Timolol OD bajando PIO a 16 mmHg. Al persistir la dilatación epiescleral venosa solicitamos estudio tiroideo y resonancia magnética nuclear craneal, que resultaron normales. Se realizó una angiografía cerebral también normal. Por exclusión se diagnosticó de HVEI unilateral como causa de glaucoma de ángulo abierto.

Conclusiones: HVEI es un síndrome raro que cursa con hiperemia ocular y PIO elevada. Se diagnostica tras haber descartado patologías intracraneales e intraorbitarias. La fístula arteriovenosa es la causa más importante a excluir. Presenta vasos epiesclerales dilatados, PIO elevada y ángulo camerular abierto con posible aparición de sangre en el canal de Schlemm. Debuta en la cuarta década de vida sin preferencia por el sexo. Se precisa una exploración ocular completa e imágenes radiológicas.

P-41

COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL PARA TRATAR EXPOSICIÓN DE CUERPO DE VÁLVULA DE AHMED

MEDEL JIMÉNEZ Ramón, HRISTODULOPULOS Vanessa, MAZZARELLA Stefania, ARRONDO MURILLO Elena

Introducción: Los dispositivos de drenajes valvulados representan una opción terapéutica efectiva para el tratamiento del Glaucoma refractario. Sin embargo la exposición valvular es una de las posibles complicaciones, aunque poco frecuente (2-7%), tras su colocación. Entre las opciones terapéuticas para el manejo de la exposición del cuerpo valvular se han descrito: recubrimiento con fascia lata o membrana amniótica, autoinjertos de conjuntiva e injerto de mucosa oral con resultados variables. A continuación describimos el caso de un paciente con múltiples intentos fallidos de recubrimiento del cuerpo valvular expuesto que se solucionó con la realización de un colgajo tarsoconjuntival de Hughes.

Caso clínico: Paciente varón de 22 años con antecedentes de queratitis por *Acantamoeba* y Glaucoma secundario de ángulo cerrado por goniosinequias en 360°, que fue intervenido de queratoplastia penetrante en ojo derecho y en un segundo tiempo de facoemulsificación y colocación de válvula de Ahmed en cámara posterior. El paciente presentó enquistamiento del cuerpo valvular con hipertensión ocular asociada por lo que se realizó revisión de la ampolla con aguja, resección de cápsula perivalvular fibrótica, presentándose una exposición del cuerpo valvular. Se realizó recubrimiento con colgajo conjuntival, fascia lata, autoinjerto de conjuntiva y ligadura del tubo en procedimientos consecutivos, presentándose después de cada cirugía nueva exposición del cuerpo valvular debida al mal estado de la conjuntiva. Por este motivo se decidió la realización de un colgajo tarsoconjuntival de Hughes del párpado superior. Con este procedimiento tras un seguimiento de 2 meses, se ha logrado un recubrimiento completo del cuerpo valvular con presión intraocular de 8 mmHg.

Conclusiones: El colgajo tarsoconjuntival es una opción terapéutica que puede considerarse útil para el recubrimiento de válvulas expuestas cuyo tratamiento ha fallado por los métodos convencionales.

P-42

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL GLAUCOMA UNILATERAL O BILATERAL ASIMÉTRICO Y EL SAHOS?

MONTERO RODRÍGUEZ Marta, MUÑOZ GALLEGO Alicia, MALMIERCA CORRAL Mario, GUTIÉRREZ DÍAZ Esperanza, LAGO LLINÁS M.^a Dolores, LUCAS VIEJO Beatriz de

Introducción: La prevalencia estimada de glaucoma primario del ángulo abierto (GPAA) en pacientes con síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) es entre el 2% y el 27% según las series, siendo esta prevalencia mayor en series con SAHOS severo, mientras que en la población general lo esperado es el 2%. Hasta el momento, no se ha descrito relación entre esta patología y el GPAA unilateral o bilateral asimétrico.

Casos clínicos: Presentamos 7 pacientes vistos en nuestro centro en los 2 últimos años con GPAA unilateral o bilateral asimétrico que fueron diagnosticados de SAHOS a raíz del estudio oftalmológico. Algunos de ellos presentaban hábito pícnico, hiperlaxitud palpebral u otros signos típicos de SAHOS, pero en otros, los síntomas sólo se evidenciaron tras un interrogatorio específico sobre las características del sueño y/o somnolencia diurna. Con la sospecha clínica, se derivó a estos pacientes al servicio de neumología y se confirmó el diagnóstico de SAHOS. Todos los pacientes fueron diagnosticados de SAHOS grave, excepto uno que tenía SAHOS moderado. Además, tenemos otros casos de GPAA unilateral o muy asimétrico en pacientes con el diagnóstico previo de SAHOS.

Conclusiones: Dada la experiencia descrita en nuestro servicio, consideramos que puede estar justificado incluir en el protocolo de estudio del GPAA unilateral o bilateral asimétrico no justificado por otras alteraciones oculares, una anamnesis específica sobre SAHOS, como el test de Epworth y, si el resultado fuera sospechoso, derivar al paciente a neumología. El SAHOS puede representar un factor de riesgo modificable en el desarrollo y progresión del glaucoma unilateral o bilateral asimétrico.

P-43

¿QUÉ DDG UTILIZAR EN EL GNV?: UTILIDAD DE LA BMU

PINTO HERRERA Candelaria, ABREU REYES José Augusto, ROCHA CABRERA Pedro, QUIJADA FUMERO Eliseo, LOZANO LÓPEZ Virginia, AGUILAR ESTÉVEZ José Juan

Introducción: En el glaucoma neovascular (GNV) refractario está indicada la cirugía mediante el uso de dispositivos de drenaje (DDG). Conocer la morfología del segmento anterior (SA) nos va a ayudar a decidir el tipo de DDG a utilizar y su mejor lugar de ubicación.

Caso clínico: Paciente mujer de 55 años con retinopatía diabética proliferativa y GNV. La presión intraocular (PIO) con tratamiento máximo es de 18 mmHg en ojo derecho (OD) y de 33 mmHg en ojo izquierdo (OI). La biomicroscopía (BMC) del OI muestra neovasos en el esfínter. El ángulo está ocupado por tejido fibrovascular. Decidida la cirugía del OI, realizamos una biomicroscopía ultrasónica (BMU) para identificar y medir los espacios: observamos un diámetro pupilar de 1.56 mm, radio del iris de 5.73 mm, y distancia iris-LIO que oscila entre 0.34-0.38 mm. El diámetro externo de los tubos de la Válvula de Ahmed y dispositivo de Molteno es de 0.64 mm, por lo que su implantación en la cámara posterior podría originar un conflicto de espacio. En la disyuntiva de poner en la cámara anterior un DDG o un dispositivo de drenaje tipo Ex-PRESS®, nos decidimos por el segundo, dada su ubicación y tamaño.

Conclusiones: El estudio mediante BMU nos ha ayudado a decidirnos por una opción quirúrgica no propuesta para este tipo de glaucoma: una esclerostomía protegida con implante Ex-PRESS®, con la intención de inducir el menor daño en la córnea, iris, y LIO. Consideramos que la BMU es una herramienta útil en el estudio pre-quirúrgico del GNV.

P-44

DESPRENDIMIENTO DEL CUERPO CILIAR TRAS GONIOPUNCIÓN EN ESCLERECTOMÍA PROFUNDA NO PERFORANTE

PUERTO HERNÁNDEZ Beatriz, LÓPEZ CABALLERO Cristina, CORONADO Alba, ÁLVAREZ-REMENTERÍA Laureano

Introducción: la goniopunción es una práctica clínica habitual en pacientes intervenidos de esclerectomía profunda no perforante con mal control tensional. Aunque es sencilla y accesible, no está exenta de complicaciones, alguna de ellas severas y de difícil resolución como el desprendimiento del cuerpo ciliar.

Caso clínico: Mujer de 76 años diagnosticada de glaucoma primario de ángulo abierto en ambos ojos con afectación muy avanzada del campo visual y mal control tensional. En el año 2009 se le realizó una esclerectomía profunda no perforante en el ojo izquierdo. Debido a la subida progresiva de la presión intraocular (PIO) se realizó una goniopunción con láser YAG en abril de 2012. Al día siguiente presentó una hipotensión severa que originó, una semana más tarde, desprendimientos coroideos con kissing. Con biomicroscopía ultrasónica se observó un desprendimiento del cuerpo ciliar en el mismo nivel de la goniopunción. Comenzó tratamiento con corticoides orales y cicloplejia. Debido a la ausencia de mejoría clínica, en mayo de 2012 se inyectó SF6 puro intravítreo, normalizándose la PIO dos semanas más tarde con resolución del desprendimiento del cuerpo ciliar y de los desprendimientos coroideos.

Conclusiones: el desprendimiento del cuerpo ciliar es una complicación posible tras una goniopunción en un paciente intervenido de EPNP, conduciendo a una hipotensión muy severa. La inyección de gas intravítreo puede acelerar la resolución del desprendimiento del cuerpo ciliar y normalización de la PIO.

P-45

CRISIS GLAUCOMATOSA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA METÁSTASIS DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE DE MAMA

RUIZ DE LA FUENTE RODRÍGUEZ Paloma, PINTO HERRERA Candelaria, MÉNDEZ MEDINA Rafael, DÍAZ ALEMÁN Tinguaro

Introducción: Las metástasis oculares tienen como localización más frecuente la coroides, presentando clínica de disminución de agudeza visual o metamorfopsias. En otras ocasiones pueden ser asintomáticas. Presentamos un caso clínico de glaucoma agudo de ángulo cerrado, resultando difícil el diagnóstico final de metástasis ocular de un carcinoma ductal infiltrante de mama.

Caso clínico: Mujer de 66 años que tiene como antecedente destacable un carcinoma ductal infiltrante de mama en remisión. Acude al servicio de urgencias por dolor intenso en ojo derecho (OD) y pérdida de visión por dicho ojo. En polo anterior presenta un edema corneal, cámara estrecha, midriasis arreactiva con sinequias posteriores y catarata asimétrica. Su presión intraocular (PIO) era de 70 mmHg, siendo todo ello compatible con una crisis glaucomatosa aguda. Se realiza tratamiento con hipotensores oculares tópicos y sistémicos e iridotomía láser YAG, resultando ineficaz. Posteriormente se realiza ecografía ocular, que revela la existencia de un desprendimiento coroideo y un TAC, con una imagen de densidad homogénea de la cavidad vítrea, que en principio descarta la presencia de metástasis. Tras comprobar la inviabilidad del globo ocular, y dado que la paciente continúa con ojo doloroso, se realiza enucleación del mismo y envío a anatomía patológica. Se evidencia, mediante la utilización de técnicas inmunohistoquímicas, y en contra de lo esperado por los resultados de las pruebas de imagen, la existencia de metástasis de un carcinoma ductal infiltrante pobremente diferenciado que compromete coroides y protuye hacia cámara anterior, provocando un glaucoma agudo por cierre angular.

Conclusiones: Las metástasis coroideas de rápido crecimiento pueden dar resultados falsos negativos en las pruebas diagnósticas habituales como la ecografía y el TAC, y ofrecer una imagen compatible con hemorragia en cámara vítrea, por la necrosis y licuefacción del tumor metastático.

P-46

GLAUCOMA INFLAMATORIO POR SUBLUXACIÓN DE LIO EN MIOPE MAGNA

SPIESS Karina, SÁNCHEZ-CARNERERO CASAS Fátima, LANGA HONTORIA Rosa M.^a

Introducción: La extracción del cristalino transparente con inserción de lente intraocular(LIO) en miopía magna (MM) es una técnica refractiva eficiente pero no ausente de complicaciones. Presentamos un caso de glaucoma secundario a LIO móvil en paciente corticorrespondedora, que se controló con la extracción de la lente.

Caso clínico: Mujer de 36 años con MM de -26D ojo derecho (OD) y -16D ojo izquierdo (OI), intervenida de facoemulsificación de cristalino transparente y LIO multifocal difractiva 0D OD y +4D OI. Al año de la cirugía se le diagnostica de subluxación mínima de LIO asintomática y presión intraocular (PIO) normal. Al año acudió a urgencias por pérdida brusca de AV OD (0,5), existiendo una subluxación de LIO, Tyndall pigmentario y PIO 32mmHg. Gonioscopia: ángulo abierto y pigmentado. Fondo de ojo: excavación papilar 0,4OD y 0,2OI. Se indicó tratamiento tópico con tobramicina-dexametasona y timolol. A las 2 semanas la PIO ascendió a 52mmHgOD, se retiró el corticoide y se pautó acetazolamida oral y brimonidina-maleatolimolol tópicos. Campimetría OD: escotoma arciforme superior, OI normal. Al persistir PIO 28mmHg bajo máximo tratamiento hipotensor, se indicó extracción de LIO dejando la cirugía filtrante como segunda opción. En la exploración prequirúrgica se observó una posición casi central de la LIO reflejando la gran movilidad de la misma. A través de una incisión escleral se extrajo la LIO completa sin sustituirla. A los 2 meses la paciente afáquica presenta AV 0,7, PIO 13mmHg sin tratamiento y se confirma defecto campimétrico OD.

Conclusiones: Es importante la correcta elección del tamaño de la LIO a implantar para garantizar la estabilidad de la misma. El continuo roce de la LIO sobre el iris provocó liberación pigmentaria y glaucoma inflamatorio secundario. El ascenso de la PIO con el corticoide y la mejoría tras la retirada se explica por componente corticoideo, que es frecuente en MM. Se recomienda un seguimiento periódico por las posibles complicaciones tardías asociadas.

P-47

SUBLUXACIÓN BILATERAL DE CRISTALINO EN PACIENTE CON RETINOSIS PIGMENTARIA
CONTRERAS DÍAZ Miguel, TRUJILLO BERRAQUER Lorenzo, GARCÍA ROMERO Marta, GÁLVEZ
CARVAJAL Sonia, UZCÁTEGUI RODRÍGUEZ Nancy

Introducción: Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de retinosis pigmentaria que sufre subluxación de cristalino en su OI, tratándose mediante lensectomía por vía posterior y colocación lente intraocular suturada a sulcus. Dos años más tarde el mismo proceso ocurre en su OD y se le aplica el mismo tratamiento.

Caso clínico: La paciente se presenta en la consulta de urgencias con sintomatología de glaucoma agudo en su OI. Con biomicroscopía se observa que la causa era el atrapamiento de iris por el cristalino, que estaba subluxado hacia temporal-inferior. Se trató su hipertensión con agentes hiperosmóticos intravenosos, dilatación pupilar y antiglaucomatosos tópicos. 17 días después, una vez resuelto el episodio agudo, la paciente fue intervenida mediante vitrectomía posterior, lensectomía e implante de lente intraocular suturada a sulcus. El post-operatorio fue favorable. 18 meses más tarde la paciente presentó la misma sintomatología en su OD, y se le aplicó el mismo tratamiento. Actualmente tiene una agudeza visual de 0,5 en OD y movimiento de manos en OI.

Conclusiones: La retinosis pigmentaria es una de las posibles causas de ectopia lentis. Diversos autores han sugerido que el mecanismo sea una debilidad zonular con dehiscencia de la zónula que conduce a una mayor susceptibilidad a sufrir un desplazamiento del cristalino. La forma de presentación suele ser con glaucoma por bloqueo pupilar. Aunque puede resolverse el glaucoma agudo mediante midriasis y recolocación del cristalino, el tratamiento definitivo es la lensectomía.

P-48

MIOPIA AGUDA LA PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA PREECLAMPSIA

CORNEJO CASTILLO Carlos José, MATA GÓMEZ M.^a del Pilar, HUERTOS CARRILLO M.^a Jesús, CEBRIÁN ROSADO Emilio, MENDOZA GARCÍA Brenda Carmina, RAMÍREZ ESPINOZA Juan Carlos

Introducción: La preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materno-fetal en la segunda mitad de la gestación. Se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria. Los síntomas iniciales suelen ser náuseas, vómitos, y/o alteraciones mentales o visuales.

Caso clínico: Mujer de 26 años de edad acude de urgencias refiriendo visión borrosa desde el día anterior. En la anamnesis no presenta ninguna enfermedad, es gestante de 26 semanas y fumadora de 3 cigarrillos al día. No tiene antecedentes oftálmicos y es emétrope (afirmando haber visto bien sin necesidad de gafas). En la exploración presenta agudeza visual (AV) sin corrección (sc) de 0,2 en ojo derecho (OD) y 0,5 en ojo izquierdo (OI) . La refractometría muestra -3.00-0.50 a 60° OD y -1.50 -0.75 a 105° OI alcanzando 1 en ambos ojos. (AO). AV (bajo cicloplejia): 1 en AO sc. Reflejos pupilares conservados. Motilidad ocular, biomicroscopía, y presión intraocular normal en AO. En el fondo de ojo se observan pliegues retinianos maculares radiales, apreciables también en la tomografía de coherencia óptica en AO. Además presenta leve edema en los dedos de las manos, y la paciente se queja de edema en los tobillos. Se decide tomar la tensión arterial con valores de 160/110 mm Hg. Ante esta situación remitimos de urgencia a la consulta de ginecología. Se le diagnostica de preeclampsia grave y se le practica cesárea urgente. Al alta hospitalaria se comprueba la normalización de la refracción (emetropia) y desaparición de los pliegues maculares, con recuperación de AV 1 AO. En la OCT se puede apreciar sólo un ligero acúmulo de líquido subretiniano yuxtapapilar en AO que también se resolvió.

Conclusiones: Debemos consultar con obstetricia ante toda gestante con alteraciones visuales de comienzo agudo para descartar una preeclampsia. Se ha asociado con muchas alteraciones oftalmológicas, entre ellas desprendimiento seroso de retina, trombosis de la vena central de la retina o hemorragia vítrea. No hemos encontrado en la literatura otro caso de miopía aguda. La mayoría son trastornos transitorios y se recuperan tras el parto sin necesidad de tratamiento.

P-49

BRAQUITERAPIA EPIESCLERAL BILATERAL EN MELANOMA Y HEMANGIOMA CIRCUNSCRITO DE COROIDES SIMULTÁNEOS EN UN MISMO PACIENTE

CORREA PÉREZ M.^a Encarnación, SAORNIL ÁLVAREZ M.^a Antonia, GARCÍA ÁLVAREZ Ciro, LÓPEZ-LARA MARTÍN Francisco, FRUTOS BARAJA Jesús

Introducción: El melanoma uveal es la neoplasia ocular primaria más frecuente en adultos, clásicamente tratado con enucleación. El hemangioma coroideo circunscrito (HCC) es un tumor vascular benigno, tratado únicamente en casos sintomáticos.

Caso clínico: Varón de 47 años con historia de 5 meses de pérdida de visión en OD. La agudeza visual era de 20/60 en ese ojo, y menos de 20/200 en OI. El examen del fondo de ojo reveló una lesión melanótica en OD en arcada temporal superior, y una masa coroidea roja-anaranjada en zona macular con desprendimiento de retina exudativo inferior en OI. La ecografía B mostró una masa sugestiva de melanoma en OD, y otra compatible con HCC en OI, confirmándose mediante angiografía fluoresceínica y con verde de indocianina. Se demostró ausencia de extensión extraocular. Fue aplicada braquiterapia epiescleral con I125, primero en OI y después en OD. Ambos tumores experimentaron regresión, con desaparición del desprendimiento de retina. En los doce años de seguimiento del paciente, éste ha presentado una catarata postirradiación en OI, y hemorragias maculares de OD susceptibles de neovascularización coroidea.

Conclusiones: Se considera una rara coincidencia encontrar ambas entidades en un mismo paciente. En los HCC aparecen como opciones terapéuticas la fotocoagulación con láser, radioterapia, termoterapia transpupilar, y terapia fotodinámica, siendo la braquiterapia epiescleral una excelente opción en tumores grandes, subfoveales, o con mala respuesta. En el caso de los melanomas el tratamiento dependerá del tamaño y localización. El control local con placa de radioterapia ha demostrado una supervivencia comparable a la enucleación en determinados casos. Este es el primer caso de melanoma y hemangioma coroideo circunscrito simultáneos en un paciente, tratado con éxito con braquiterapia de I125. Consideramos que éste sería un buen enfoque terapéutico a nivel local, con preservación del globo ocular y función visual.

P-50

COMPLICACIÓN OCULAR HEMORRÁGICA ASOCIADA AL USO DE FIBRINOLÍTICOS SISTÉMICOS EN PACIENTES CON CIRUGÍA ESCLERAL PREVIA

ESPINET BADIA Ramón, HUERVA ESCANILLA Valentín, SOLDEVILA ESTAPÉ Jordi, JURJO CAMPO Carmen

Introducción: El uso de fármacos trombolíticos sistémicos está indicado en el tratamiento de los procesos tromboembólicos agudos, principalmente el infarto agudo de miocardio. El uso de estos fármacos está asociado a una variedad de complicaciones hemorrágicas; entre ellas destacan las hemorragias intraoculares. El sangrado ocular se ha descrito en pacientes afectados de DMAE, por la presencia de neovasos de frágil pared vascular, y en casos de cirugía reciente. Es una grave complicación de la terapia fibrinolítica y su diagnóstico es importante para el tratamiento del paciente.

Caso clínico: Varón de 59 años con antecedentes de cirugía escleral en el ojo derecho debido a un desprendimiento de retina realizada 25 años antes. Tras recibir tratamiento con tecneplasa (TNK-t-PA) por infarto agudo de miocardio, refiere a las pocas horas un dolor ocular intenso. A la exploración del ojo derecho se apreciaba una quemosis e hiperemia conjuntival importantes y presentaba bolsas coroideas en los cuatro cuadrantes; la ecografía mostraba un desprendimiento coroideo hemorrágico. Consultado con cardiología, iniciamos tratamiento corticoideo tópico y sistémico, consiguiendo un control del dolor y una disminución progresiva del desprendimiento coroideo hasta su resolución en el plazo de un mes.

Conclusiones: Los fármacos fibrinolíticos usados para el tratamiento de procesos tromboembólicos pueden ocasionar hemorragias oculares en pacientes con DMAE exudativa o cirugías recientes. La cirugía escleral previa mediante colocación de explantes puede ocasionar una alteración de la vasculatura coroidea, resultando esta más frágil y más propensa a hemorragias; siendo esta cirugía un factor de riesgo a añadir en los pacientes que necesiten tratamiento trombolítico.

P-51

LA NEUROSÍFILIS, UNA ENTIDAD MUY PRESENTE

GARCÍA MURO Antonio, GUIJARRO HERNÁNDEZ Luisa, CARO PEÑA Irene, RODRÍGUEZ CALZADILLA Mario, RODRÍGUEZ SUÁREZ Alejo, FERNÁNDEZ-REPETO NUCHE Elena

Introducción: La sífilis puede manifestarse de varias formas, conociéndose como «la gran simuladora».

Caso clínico: Varón homosexual de 39 años con último contacto de riesgo hacía 1 año. Acudió por disminución de agudeza visual (AV) del ojo izquierdo (OI) de 15 días de evolución y diplopía binocular acompañado de hipoacusia derecha y cefalea holocraneal. Presenta en la exploración: alopecia parcheada de cabeza y cejas, rash máculo-eritematoso en palmas y plantas; pupilas isocóricas y normorreactivas con limitación a la supraducción del OI; AV del ojo derecho (OD):1 , OI: 0,8 (.); Biomicroscopia (BMC): Tyndall en cámara anterior (CA) ++, no sinequias; Fondo de ojo (OD): normal, (OI): foco de coroidoretinitis superior a papila sin signos de vasculitis en la angiografía; Campo visual (C.V) del OI: defectos arciformes nasales; Tomografía de coherencia óptica (OCT) de nervio óptico sin hallazgos. Ingresó iniciándose tratamiento empírico con Penicilina G. La serología fue positiva para virus inmunodeficiencia humana (VIH) y lúes. Se realizó Resonancia Magnética (RM) encefálica sin hallazgos patológicos y punción lumbar con líquido normotenso, pleocitosis mononuclear. Se encuentra una lesión en paladar duro derecho sospechándose Sarcoma de Kaposi. Fue tratado con Penicilina G acuosa, antirretrovirales y Doxorubicina liposomal con excelente resultados. La sintomatología ocular en la actualidad mostró motilidad ocular extrínseca conservada con AV: 1/1; F.O, CV y OCT sin lesiones.

Conclusiones: Esta experiencia clínica pretende reforzar que la sífilis es una entidad aún presente, siendo importante tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de la patología ocular ya que puede tener diversas manifestaciones. Es una enfermedad potencialmente grave con afectación de adultos jóvenes, que presenta buena respuesta a tratamiento si el diagnóstico es precoz. Destacar la importancia de la búsqueda del binomio VIH-sífilis, ya que su asociación es frecuente.

P-52

MIOPIA HIPERBÁRICA

LUCHENA LÓPEZ Rafael, MUÑOZ MORALES Ana, TRIGO ZAMORA Juan Ramón del

Introducción: Durante la estancia en una cámara hiperbárica a una presión superior a la atmosférica se consigue, según la Ley de Henry, un incremento importante del oxígeno disuelto en el plasma. Oftalmológicamente se ha constatado lo que se conoce como miopía hiperbárica, que consiste en un cambio de refracción transitorio que revierte al finalizar el tratamiento.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 57 años que consultó por una disminución de la agudeza visual (AV) indolora y de rápida progresión tras ser tratado con terapia de oxígeno hiperbárico por una cistitis actínica secundaria a la radioterapia recibida para erradicar un carcinoma prostático ya intervenido. La AV que presentaba en ojo derecho (OD) era de 0.2 que mejoraba con estenopeico a 0.8 y en ojo izquierdo (OI) de 0.6 que pasaba a 0.8 con estenopeico. La exploración en la lámpara de hendidura fue completamente normal en ambos ojos (AO), descartándose opacificación cristaliniiana, y la funduscopia tampoco reveló alteraciones. La presión intraocular era de 14 y 12 mm de Hg en OD y OI respectivamente. Al sospechar una miopía hiperbárica hicimos una refracción y los resultados fueron los siguientes sin cicloplejia OD: esférico de -1 y cilindro de -0.25 a 57° y OI: esférico de -1 y cilindro de -0.25 a 78°. Con la corrección en OD de -1 -0,25 a 57° y en OI de -0,5 y -0,25 a 42° veía 0,8 y 1 respectivamente.

Conclusiones: En éste caso mostramos los cambios que se producen en un paciente sometido a terapia hiperbárica, que debemos considerar ya que supone un tratamiento en crecimiento para diferentes patologías. En la literatura podemos encontrar que la principal teoría para explicación del fenómeno es un cambio a nivel de las proteínas cristaliniianas, que en algunos casos producen sólo cambios refractivos y en otros además opacificación en forma de catarata nuclear. Los cambios refractivos se solucionaron en nuestro paciente tras un mes sin tratamiento hiperbárico.

P-53

CATARATAS EN MICROCORIA CONGÉNITA: UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DIFÍCILES DE REALIZAR

RODRÍGUEZ CAVAS Marta Beatriz, VILLEGAS PÉREZ M.^a Paz, GUTIÉRREZ ORTEGA Ángel Ramón, ORTIZ GOMARIZ Amanda, MIRALLES DE IMPERIAL MORA-FIGUEROA Jaime, HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Gracia Cristina

Introducción: La microcoria congénita se debe a una anomalía del desarrollo del músculo dilatador pupilar que puede presentarse aislada o asociada a otras alteraciones del segmento anterior del ojo y que generalmente es hereditaria.

Caso clínico: Mujer de origen ucraniano de 58 años de edad y de raza caucasiana que acude a urgencias refiriendo disminución progresiva de agudeza visual bilateral. A la exploración se observa: MAVC de 0,4 difícil en ojo derecho (-2 -1,25x90°) y 0,6 difícil (-1x150°) en ojo izquierdo, exotropía alternante, microcoria bilateral, hipoplasia del estroma iridiano y cámara anterior muy estrecha (amplitud 1,38 mm). No se puede dilatar la pupila con los fármacos habituales, por lo que no puede observarse el fondo de ojo. Mediante biomicroscopía puede observarse la parte más anterior de una catarata nuclear, siendo el resto de su exploración normal (incluyendo Electro-retinograma y Potenciales Evocados Visuales). Se elabora un árbol genealógico que documenta que la anomalía se transmite en su familia de forma autosómica dominante. Se explora a una hermana y a una hija de la paciente con microcoria y en ellas el resto de la exploración, incluyendo la agudeza visual, es normal. Se decide intervenir a la paciente de cataratas, lo que se realiza sin complicaciones utilizando ganchos retractores de iris. En el postoperatorio la pupila presenta una forma ligeramente irregular y un tamaño mayor y se observa el fondo de ojo que es normal. La paciente recupera agudeza visual pero se queja de deslumbramiento y de mala visión de cerca.

Conclusiones: Creemos que este es el primer caso que describe la intervención de catarata mediante facoemulsificación en una microcoria congénita y el primer caso de microcoria congénita descrito en nuestro país. En esta anomalía el diagnóstico de catarata es difícil de realizar, pero puede realizarse la extracción de cataratas mediante facoemulsificación y sin complicaciones utilizando retractores pupilares.

P-54

CATARATA TRAUMÁTICA PEDIÁTRICA: DETERMINANTES DEL PRONÓSTICO FUNCIONAL POSTQUIRÚRGICO

GASCÓN GINEL M.^a Inmaculada, ANAYA ALAMINOS Roberto, GONZÁLEZ GALLARDO M.^a del Carmen, MORA HORNA Eduardo Ramón, SALGADO MIRANDA Andrés David, ORTEGA MOLINA José M.^a

Introducción: La catarata traumática pediátrica, con una incidencia de 4,9 casos-año, constituye una causa importante de pérdida de agudeza visual (AV) en sujetos de este rango de edad. Diversos aspectos como la técnica quirúrgica empleada o el tiempo de demora en la intervención, determinarán el resultado funcional.

Caso clínico: Paciente de 3 años de edad remitido a urgencias de oftalmología por sensación de cuerpo extraño en el ojo derecho (O.D.) tras entrada en este de fragmento de cristal. La exploración del ojo referido reveló la presencia de una herida corneal penetrante en forma de Y en la porción superior, un encarceramiento del iris de 10 a 2 h, un desgarró de 7-8 h en la cápsula anterior del cristalino y una opacificación de dicho cristalino. En un primer momento y de urgencia, se realizó sutura de la herida corneal. Transcurridas 2 semanas se realizó: liberación de sinequias posteriores, capsulotomía anterior con vitreotomo, aspiración manual de masas, implante de lente de 3 piezas en saco, vitrectomía posterior tanto central como periférica y vitreorrexis posterior. La rehabilitación visual postquirúrgica se llevó a cabo mediante corrección del defecto refractivo con gafas bifocales y penalizaciones del ojo sano contralateral. Tras 1 año de seguimiento, el paciente presenta una AV en el O.D. de 0.8.

Conclusiones: Entre los factores que contribuyen a una mejoría del resultado funcional de la cirugía de la catarata traumática pediátrica cabe mencionar: cirugía programada en los primeros 5-30 días desde que se produce el traumatismo causante e implante de lente intraocular en el mismo tiempo en que se realiza la extracción de la catarata. La realización de una vitreorrexis y vitrectomía coadyuvantes minimizarán el riesgo de opacificación capsular posterior apreciada en el 92 % de casos en que ambas maniobras estuvieron ausentes. Una rehabilitación visual y seguimiento adecuados evitarán el potencial efecto ambliopizante en la edad pediátrica.

P-55

OPACIFICACION INTRAOPERATORIA DE LENTE INTRAOCULAR HIDROFÍLICA CON SUPERFICIE HIDRÓFOBA CON RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA EN 24 HORAS

GUTIÉRREZ MARTÍN Lucía, ANTOLÍN GARCÍA David, RODRÍGUEZ AUSÍN Paz

Propósito: Presentamos un caso de opacificación intraoperatoria de una lente intraocular (LIO) hidrofílica, con resolución espontánea en 24 horas. Hemos reproducido las mismas condiciones ambientales fuera del ojo y hemos observado similar opacificación rápida y homogénea de la LIO.

Método: Tras una cirugía bimanual de facoemulsificación por 1.8 mm, al implantar la LIO en el saco capsular, se observó una rápida, homogénea y completa opacificación de la LIO CT Spheris® 204. A las 24 horas postquirúrgicas se había resuelto completamente. Sospechamos que se podía deber a un efecto de condensación del vapor de agua sobre la superficie de la LIO, fenómeno que ocurre cuando se cambia de manera brusca las condiciones térmicas de la misma. Así realizamos un pequeño experimento: tras mantener 12 horas a 4°C una lente similar, la introdujimos en BSS a 37°C, observando similar opacificación a la de la cirugía.

Resultados: Hemos realizado una revisión bibliográfica exhaustiva sin encontrar publicaciones que expliquen opacificaciones transitorias de lentes intraoculares por este fenómeno físico.

Conclusiones: Conocer este fenómeno físico resulta de utilidad en varios sentidos. Así, es posible evitar almacenar las lentes en lugares fríos previamente a su uso en la cirugía intraocular. Por otro lado, ser cautos ante opacificaciones intraoculares precoces, retrasando la explantación de las mismas, ya que son fenómenos reversibles.

P-56

LUXACIÓN DE CÁPSULA DE CRISTALINO A CÁMARA ANTERIOR

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

Introducción: La retinitis por citomegalovirus (CMV) es la infección oportunista ocular más habitual en los pacientes con sida pero su incidencia ha disminuido desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Describimos un caso excepcional de luxación espontánea de la cápsula del cristalino a cámara anterior tras facolisis del núcleo y corteza del cristalino.

Caso clínico: Varón de 48 años con infección VIH C3 y hepatopatía crónica por VHC que acude a urgencias por dolor y enrojecimiento del ojo izquierdo (OI) de tres días de evolución. Como antecedente presentaba retinitis por CMV en su OI hacía 15 años con pérdida de visión de dicho ojo. La PIO era de 18 mmHg. En cámara anterior se observaba la cápsula del cristalino y restos de catarata calcificada. Bajo anestesia tópica se realizó irrigación aspiración de los restos de la catarata y posterior tratamiento con antibiótico y corticoide tópico durante un mes con lo que se consiguió la resolución del cuadro.

Conclusiones: - La afectación ocular por CMV puede dar diferentes manifestaciones siendo la más característica la retinitis por CMV que puede evolucionar a desprendimiento de retina. - Diferentes estudios han demostrado que la extensión de las lesiones en la retina se asocia al aumento en la incidencia de catarata. - No obstante, la complicación que presentamos es excepcional en cuanto a su presentación, pero de fácil solución con una mínima intervención. - Normalmente las facolisis del cristalino se observa en cataratas traumáticas en las que se observa licuefacción del córtex que escapa a través de una cápsula rota.

P-57

APLICACIÓN DE LA FÓRMULA HAIGIS-L EN HIPEROMETROPÍA PROGRESIVA TRAS QUERATOTOMÍA RADIAL

CARDONA LLOREDA Pedro, ROIG REVERT M.^a José, ESTRELA SANCHÍS Antonio, DÍAZ GIRALDO Fernando

Introducción: No es infrecuente que los pacientes tratados mediante queratotomía radial (QR) presenten hipermetropía progresiva años más tarde, que puede estar relacionada con las incisiones corneales. La extracción de catarata con implantación de lente intraocular (LIO) puede deparar resultados variables tras la QR, siendo una de sus causas la dificultad para calcular la potencia de la LIO que puede derivar en corrección insuficiente e hipermetropía.

Caso clínico: Varón de 47 años que refiere pérdida de agudeza visual (AV) progresiva en ambos ojos (AO). Presentaba con sus gafas una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0.4 en ojo derecho (OD) y de 0.8 en ojo izquierdo (OI). Como antecedente oftalmológico destaca miopía de -6,50 (0-0,50 a 95°) en OD y -6,50 (-1 a 5°) en OI por lo que fue sometido hace 20 años a una QR de 8 cortes de 0,55mm de profundidad y zona óptica de 3mm. En la exploración se objetivó una refracción esférica de + 9 en OD y de +7 en OI junto a la presencia de catarata subcapsular posterior en AO, siendo el fondo de ojo normal en AO. Decidimos intervenir AO de su catarata para lo que debimos realizar un minucioso estudio para elegir la LIO. No poseíamos las queratometrías pre-QR, siendo las post-QR de 30,82 y 33,06 OD, 32,86 Y 33,82 OI. Decidimos utilizar la fórmula Haigis-L (miope), resultando una LIO de 32D en OD y 29D OI. Al mes de la cirugía se obtuvieron unos excelentes resultados visuales, siendo la AV final del OD de 0.9 y del OI de 1, manteniéndose estable a los 6 meses.

Conclusiones: El cálculo de la potencia de la LIO para cirugía de catarata tras QR debe realizarse con una fórmula de tercera generación mejor que con una fórmula de regresión, eligiendo la mayor potencia de la LIO; que en nuestro caso nos lo aportó la Haigis -L. El cirujano debe planificar minuciosamente la localización y construcción de la incisión, evitando las incisiones en córnea trasparente para reducir el riesgo de astigmatismo irregular postoperatorio.

P-58

RESTO DE HÁPTICO DE LENTE FÁQUICA SIMULANDO BURBUJA DE ACEITE DE SILICONA

PINILLA RIVAS Marta, BARRIO CASTELLANOS Mercedes, FIZ ALCÁZAR M.^a Isabel, HALAOUI Zouhair, LÓPEZ MESA Iria, ESTERO SERRANO DE LA CRUZ Helena

Introducción: Los pacientes miopes con la acomodación conservada que deseen corregir sus defectos refractivos intermedios y altos, donde las técnicas fotoablativas corneales no están indicadas, pueden beneficiarse del implante de una lente fáquica. La lente de Duet Kelman es una lente fáquica de cámara anterior que tiene una óptica plegable de silicona y unos hápticos rígidos de PMMA.

Caso clínico: Mujer con antecedente de cirugía refractiva con implante de lente fáquica Duet-Kelman en ambos ojos y posterior explante de estas lentes en otro centro hospitalario, acude a la consulta con empeoramiento de la visión del ojo izquierdo. A la exploración con lámpara de hendidura se detecta edema epitelial corneal y un cuerpo extraño redondeado y transparente en cámara anterior que inicialmente se describe como burbuja de aceite de silicona. La paciente no tiene antecedentes de cirugía vítreo-retiniana por lo que se llega a la conclusión de que se trata de un resto del háptico de PMMA. Se interviene quirúrgicamente y se retira con éxito el resto de háptico con mejoría sustancial del edema de cornea.

Conclusiones: Al explantar una lente fáquica ha de hacerse una revisión meticulosa de la lente para evitar la permanencia cualquier resto de ésta en cámara anterior que puede pasar inadvertido y ser causa de inflamación y daño endotelial.

P-59

TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE ÓRBITA COMO DEBUT DE PROPTOSIS INFANTIL

BERNAL MONTESDEOCA Laura, HERMAN Ewelina, PÉREZ ÁLVAREZ Julio, DÍAZ ARRIAGA José, LOBOS SOTO Cecilia, PAVCOVICH RUIZ Marta

Introducción: El tumor fibroso solitario es una causa muy poco común de proptosis unilateral en niños. Se trata de un tumor de origen mesenquimal y de carácter benigno, de localización habitual en pleura. Esta localización orbitaria atípica fue descrita por primera vez en 1994 y desde entonces se han publicado en la literatura aproximadamente unos 70 casos de predominio en adultos.

Caso clínico: Varón de 13 años que presenta edema palpebral intermitente de ojo derecho asociado a proptosis indolora de seis meses de evolución. Se objetiva limitación de la elevación en la abducción sin diplopia. El resto de la exploración oftalmológica se encuentra dentro de la normalidad. La TAC de órbita con contraste identifica un nódulo homogéneo intraorbitario de 1,8 cm de diámetro de características radiológicas benignas. Mediante orbitotomía anterior se realiza resección total del tumor. La histología revela un tumor fibroso solitario. El paciente se encuentra actualmente asintomático en revisión periódica.

Conclusiones: Los tumores fibrosos solitarios de órbita se caracterizan por ser causa de proptosis indolora de lenta evolución. Pueden ser curados mediante escisión simple completa que determina el principal factor pronóstico. Pese a habersele atribuido un comportamiento clínico benigno, se han descrito casos de malignización y recidivas por lo que el seguimiento a largo plazo de estos pacientes es necesario.

P-60

SÍNDROME DEL SENO SILENTE: UNA RARA CAUSA DE ENOFTALMOS

CLIMENT VALLANO Laura, PASCUAL CAMPS Isabel

Introducción: El Síndrome del Seno Silente (SSS) es una entidad poco frecuente caracterizada por un enoftalmos espontáneo e hipoglobo como consecuencia del colapso del seno maxilar homolateral. El diagnóstico es clínico con confirmación radiológica y los objetivos del tratamiento son normalizar la aireación del seno maxilar y reponer la arquitectura orbitaria.

Caso clínico: Varón de 28 años sin antecedentes médico-quirúrgicos que consulta por asimetría ocular de 2 meses de evolución. A la exploración se apreció un enoftalmos derecho con leve desplazamiento inferior del ojo. La agudeza visual fue 1 en ambos ojos. La motilidad ocular extrínseca e intrínseca era normal, sin presentar diplopia, y siendo la exploración del segmento anterior y la funduscopia normal en ambos ojos. Se le realizó un TC que mostró una opacificación y colapso del seno maxilar derecho con retracción de las paredes laterales del mismo y desplazamiento inferior del suelo de la órbita. Fue diagnosticado de SSS y se realizó una antrostomía maxilar derecha vía endoscópica intranasal. A los 3 meses de la cirugía se comprobó mediante fibroscopia y TC de control que el seno se mantenía completamente aireado y que el ostium era permeable. Tras 6 meses de seguimiento, dado que la mejoría clínica fue notable, no precisó cirugía de reconstrucción orbitaria.

Conclusiones: A pesar de ser poco frecuente, el SSS debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de un enoftalmos de aparición espontánea. En muchas ocasiones la órbita recupera su posición original actuando únicamente sobre el seno, sin necesidad de una segunda cirugía de reconstrucción orbitaria.

P-61

METASTASIS UVEAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE RECAÍDA SISTÉMICA EN EL ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

ESCUADERO DOMÍNGUEZ Francisco Agustín, CRUZ GONZÁLEZ Fernando, NIETO GÓMEZ Cristina, CABRILLO ESTÉVEZ Lucía, LÓPEZ VALVERDE Gloria

Introducción: Las metástasis uveales son el tumor intraocular maligno más frecuente, suponiendo las coroideas hasta el 80-90% del total. Tan solo el 2-6% de los casos tienen su origen en un adenocarcinoma de próstata.

Caso clínico: Varón de 62 años con AP de HTA, DM tipo 2 y Adenocarcinoma de próstata tratado con varias líneas de quimioterapia con buen control de la enfermedad. Remitido a la consulta de Oftalmología por el oncólogo al referir el paciente disminución de AV en OI y molestias a nivel lumbar en una de sus revisiones. En la exploración se determina una AV de 1 en OD y 0'2 en OI. La PIO era de 17 y 19 mmHg respectivamente. La MOI y la MOE fueron normales. En la BMC se observa pequeños nódulos en zona superior del iris con cambio de pigmentación. En la funduscopía de OI se observa una masa sobreelevada que ocupa todo el cuadrante temporal superior, extendiéndose hasta la mácula, en la zona superior de la cual aparecen pequeñas hemorragias en mancha. Se realiza ecografía ocular en modos A y B observándose una masa localizada en la coroides con una reflectividad interna media. Se remite al paciente de nuevo a su oncólogo que solicita pruebas de imagen. En la RM se determina una infiltración ósea metastásica difusa de los cuerpos vertebrales cervicales, dorsales y lumbares y pelvis de aspecto parcheado y acúmulos ganglionares retroperitoneales patológicos. En OI se identifica un engrosamiento de la región coriorretiniana lateral izquierda. Dada la diseminación metastásica masiva se decide no realizar tratamiento oncológico alguno, instaurándose tratamiento sistémico paliativo.

Conclusiones: Los tejidos intraoculares pueden verse afectados por diferentes carcinomas metastásicos. Las metástasis secundarias a un adenocarcinoma de próstata aparecen habitualmente en estadios avanzados de la enfermedad. Son un signo de mal pronóstico, aunque se han descrito casos de regresión de la enfermedad ocular con tratamiento hormonal.

P-62

LA TÉCNICA DE FUSIÓN DE LA RMN CON EL SPECT-OCTREÓTIDO PARA EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA ORBITOPATÍA TIROIDEA

GONZÁLEZ HERRERA María, MENGUAL VERDÚ Encarnación, AGUIRRE BALSALOBRE Fernando, HUESO ABANCÉNS José Ramón

Propósito: Evaluar la patología orbitaria en los pacientes con oftalmo-miopatía distiroidea, en la orbitopatía de Graves empleando la técnica de fusión de RMN orbito-craneal con el SPECT-Octreótido, con el objetivo de poder diagnosticar el estadiaje de dicha patología así como cuantificar aquellos signos de actividad clínica que motiven un tratamiento dirigido.

Método: Los pacientes fueron evaluados clínicamente según recomendaciones del EUGOGO (Grupo Europeo en Orbitopatía de Graves). En todos los casos presentados se realizó RMN orbito-craneal y SPECT-Octreótido, procediéndose a su fusión en el Servicio de Medicina Nuclear. En casos de actividad, los pacientes fueron sometidos a tratamiento.

Resultados: Presentamos ésta nueva técnica de imagen diagnóstica, que nos permite diagnosticar la enfermedad en su fase inflamatoria, así como cuantificar el grado de actividad. Conclusiones: Creemos que la técnica de fusión RMN orbito-craneal y SPECT-Octreótido es una herramienta útil tanto en el momento del diagnóstico, para valorar signos de actividad, como en el seguimiento tras el tratamiento, en pacientes afectos de oftalmo-miopatía distiroidea en la enfermedad de Graves.

P-63

TRATAMIENTO DEL ENTROPIÓN SENIL MEDIANTE MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE JONES

JIMÉNEZ LASANTA Laura R., BURDEUS GÓMEZ Rosa

Introducción: Presentamos una técnica quirúrgica para tratar el entropión involucional.

Caso clínico: Describimos el caso de una mujer de 79 años, que presenta entropión senil del párpado inferior derecho, sin evidenciarse hiperlaxitud horizontal. El párpado inferior izquierdo está correctamente posicionado. Destaca hipertrofia del músculo orbicular pretarsal, así como, queratopatía secundaria a roce de las pestañas. Se decide realizar abordaje quirúrgico con técnica de Jones modificada. Tras infiltrar anestesia subcutánea, se realiza una incisión subciliar a 4mm bajo las pestañas, se disecciona por planos hasta exponer la placa tarsal y el septo orbitario. Bajo el septo, insertándose en el borde inferior del tarso, identificamos los retractores del párpado inferior (fascia capsuloplapebral y músculo tarsal inferior). Colocamos varias suturas de 4/0 doblemente armadas para realizar la plicatura de los retractores (modificación de técnica de Jones) que pasan por éstos para acabar en el borde inferior de la placa tarsal y salir a piel (a unos 2 mm bajo las pestañas). Es esencial comprobar que la plicatura tiene el efecto deseado, buscando una leve hipercorrección postquirúrgica. Posteriormente realizamos la exéresis de músculo orbicular pretarsal y de una semiluna de piel, y el cierre de la piel con seda 6/0. Los resultados son buenos pasados 5 meses de la cirugía.

Conclusiones: Nuestra técnica combina el abordaje de la técnica de Jones, con un posicionamiento diferente de las suturas de plicatura de los retractores. Como ventaja ofrece un mayor control de la plicatura y la libertad de poder realizar la orbiclectomía y exéresis de piel como último paso previo al cierre de la incisión, ya que las suturas sólo emergen por el borde superior de la incisión cutánea (a unos 2mm bajo las pestañas). Con ella, obtenemos muy buenos resultados, por lo que la usamos como técnica de elección en el entropión involucional sin hiperlaxitud horizontal.

P-64

ABORDAJE QUIRÚRGICO DE PTOSIS CONGÉNITA MEDIANTE RESECCIÓN APONEURÓTICA EN DOS TIEMPOS

MIRANDA ROLLÓN M.^a Dolores, MOLERO IZQUIERDO Concepción, RODRÍGUEZ CAVAS Marta Beatriz

Introducción: La ptosis miogénica simple es el tipo más frecuente en la infancia. Se debe a disgenesia del músculo elevador, manifestándose desde el nacimiento de forma estable. El 75% son unilaterales. Cursa con déficit de contracción del músculo en mirada superior y déficit de relajación en mirada inferior.

Caso clínico: Mujer de 5 años remitida a consulta de cirugía oculoplástica para valoración de ptosis congénita simple de ojo izquierdo (OI). Exploración: agudeza visual (AV) 1 en ambos ojos (AO) con refracción en ojo derecho (OD): + 2.25 -0.50 x 25° y ojo izquierdo (OI): +3 -1 x 170°. Polo anterior normal en AO, con ptosis de 4 mm en párpado superior (PS) derecho con distancia margen-reflejo (DRM) 0,5 mm y función elevadora de 4 mm. Retraso PS en la mirada inferior. Bell (+). Marcus Gunn (-). Se realiza resección de 24 mm de complejo músculo elevador con músculo de Müller. En postoperatorio precoz: hipercorrección con rotación interna de pestañas de PS, que no mejora con tratamiento conservador (masajes). Se reinterviene a las dos semanas realizando liberación de fibrosis y del complejo muscular. A las 24 horas, párpado alineado y bien posicionado respecto al adelfo, manteniéndose estable y con resultado estético muy satisfactorio a los 3 meses.

Conclusiones: La ptosis palpebral se debe considerar como un problema funcional y secundariamente estético, debido a los problemas oculares que puede presentar. Es fundamental para la elección de la técnica quirúrgica establecer la medida de la función del músculo elevador del párpado y el grado de la ptosis. En nuestro caso decidimos resección de la aponeurosis del elevador por el carácter unilateral y la conservación de cierta función elevadora. La edad recomendada para la corrección de esta patología es a partir de los cuatro años de edad, por la mejor colaboración del paciente en la exploración.

P-65

VARICES CONJUNTIVALES

MOLINA CASQUERO Salvador, SÁNCHEZ GARCÍA José David, DURÁN TURCIOS Guillermo Anibal, GARCÍA GARCÍA Salvador

Introducción: Las varices están formadas por segmentos debilitados del sistema venoso orbitario de longitud y complejidad variables. Son intrínsecas a la circulación y se agrandan con el aumento de la presión venosa: su distensibilidad se varia con el grosor residual y la resistecia de sus paredes. Pueden presentarse desde la primera infancia hasta la mediana edad tardia. La combinación de varices conjuntivales y proptosis son los signos más frecuentes. Pueden complicarse con hemorragias orbitarias agudas y trombosis. El tratamiento de elección es la reseccion quirúrgica.

Caso clínico: AV 1 AO BMC OD: vasos varicosos dilatados en conjuntiva bulbar y tarsal inferior. Tumoración en parpado inferior tercio medio. Leve proptosis. PIO 18mmhg ao FO OD: vaso varicoso en papila que se dirige a vitreo (parece persistencia de arteria hialoidea), engrosamiento vascular retiniano generalizado FO OI: normal Angio TC: se observan varias lesiones nódulares solidas situadas en la porción anteroinferior de la órbita derecha, de contornos relativamente bien delimitados. Asimismo, se observa un aumento de los vasos arteriales en la órbita derecha, así como un engrosamiento importante de la vena oftálmica homolateral. Los hallazgos son compatibles con hemangiomas múltiples orbitarios derechos y en la fosa infratemporal homolateral Se realiza resección de varices conjuntivales y de lesiones nodulares orbitarias, se remiten muestras a anatomía patológica El informe anatomopatológico reporta que son hemangiomas cavernosos

Conclusiones: Las varices conjuntivales son malformaciones vasculares que pueden ser limitadas a los vasos conjuntivales o pueden ser un signo de mayor afectación del sistema venoso orbitario. Es necesario hacer una exploración oftalmológica completa acompañado de pruebas complementarias para descartar alguna causa que requiera tratamiento.

P-66

TUMOR MALIGNO ORBITARIO EN NIÑO

PAINHAS Teresa, FERREIRA Adriano, MANSO Paulo

Propósito: Se presenta el caso de un rhabdomioma de órbita en un niño de 7 años de edad

Métodos: Niño de 7 años se presenta con hinchazón en el canto interno del párpado izquierdo de un mes de evolución. Había sido asistido a un servicio médico donde se le recetó compresas frías y anti-inflamatorios orales y local. Esta lesión aumentó de tamaño haciendo imposible de abrir el ojo razón por la que se observó por un oftalmólogo. La mejor agudeza visual corregida era de 20/20 en OI e de movimientos de manos en OD. En el examen físico destacaba una llamativa proptosis izquierda y oftalmoplejia. Además, presentaba hiperemia a nivel de la conjuntiva del ojo izquierdo y masa de gran volumen con señales de compresión mecánica del globo ocular pero fue imposible hacer un examen completo por la proptosis. Se realizó examen: la tomografía computarizada mostró un tumor orbital homogéneo bien definido a la izquierda de gran volumen comprimiendo el globo ocular. En la resonancia magnética de la órbita se observó una tumoración de localización extraconal medial a respecto del globo ocular izquierdo.

Resultados: Se realizó biopsia excisional que reveló un rhabdomioma embrionario. Se detectaron metástases de pulmón en el TAC. El paciente se encontraba pues en un estadio IV que fue tratado mediante quimioterapia VAC y radioterapia con respuesta al tratamiento. El paciente volvió tres meses después de completar el tratamiento y permanece en remisión.

Conclusión: El rhabdomioma es el tumor maligno primario de la órbita más frecuente en niños, suponiendo el 4-7% de las biopsias realizadas en tumoraciones orbitarias (1,3). Aparece sobre todo en la primera década de la vida, con una incidencia mayor entre los 7 y 8 años de edad. Confirmada la presencia de un tumor maligno, el siguiente paso será determinar su extensión, mediante las pruebas complementarias que sean precisa dependiendo del tipo histológico de cada tumor. El diagnóstico precoz y acciones rápidas son esenciales.

P-67

CARCINOMA ESCAMOSO INVASIVO COMO TUMOR PRIMARIO ORBITARIO

RICO SERGADO Laura, CARRIÓN CAMPO Raquel

Introducción: La presentación aislada del carcinoma escamoso en órbita es una entidad poco frecuente debido a la ausencia de epitelio escamoso a nivel orbitario. Los casos descritos se asocian mayoritariamente a lesiones cutáneas preexistentes o tienen su origen en quistes dermoides orbitarios, metaplasias escamosas de glándulas lagrimales o tumores de los senos paranasales.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 55 años remitida a nuestro servicio por una recidiva de un cuadro de oftalmoplejía dolorosa unilateral, ptosis y midriasis media arreactiva en ojo derecho (OD). La paciente había sido estudiada por el servicio de neurología seis meses antes, siendo diagnosticada de síndrome de Tolosa- Hunt, con pruebas de imagen compatibles con lesión de tipo inflamatorio a nivel intraconal y dada de alta tras la buena respuesta al tratamiento corticoideo. En nuestra primera exploración, la agudeza visual era de 0,2 en OD (unidad en ojo izquierdo) y el fondo de ojo mostraba vasos tortuosos y ligero borramiento del borde nasal superior de la papila. Ante la escasa respuesta a un nuevo ciclo de corticoides sistémicos, se propuso a la paciente realizar una biopsia bajo control ecográfico. El estudio anatomopatológico demostró un carcinoma escamoso con infiltración neural. Desafortunadamente la paciente falleció por invasión intracraneal a los pocos días.

Conclusiones: La presentación aislada como tumor primario orbitario de un carcinoma escamoso sólo ha sido descrita de forma puntual en la literatura médica. En nuestro caso, la mejoría inicial con tratamiento corticoideo enmascaró el origen del cuadro. El diagnóstico de inflamación idiopática o de síndrome de Tolosa-Hunt debe establecerse sólo en aquellos casos en los que el resto de causas probables de oftalmoplejía dolorosa queden convenientemente excluidas. La posibilidad de tumores intraorbitarios debe considerarse siempre, siendo la biopsia guiada por ecografía una prueba fundamental en su diagnóstico.

P-68

PTOSIS MECÁNICA POR GLÁNDULA LAGRIMAL ACCESORIA ECTÓPICA EN SÍNDROME DE NOONAN

RIVERA SALAZAR Jorge, GÁLVEZ MARTINEZ Javier, VALDÉS GONZALEZ José Juan, ISPA CALLÉN Carmen, NÚÑEZ PLASCENCIA Raquel, ALFAYA MUÑOZ Laura, FIDALGO BRONCANO Álvaro, INFANTES MOLINA E.

Introducción: Niño con diagnóstico de Síndrome de Noonan que presenta ptosis palpebral en el lado derecho con borde palpebral en «S» con el lado temporal más ptósico, dentro del característico aspecto ptósico del síndrome, el aspecto y posición del pliegue palpebral normal, sin alteración aparente a la palpación.

Caso clínico: Diagnostica de Síndrome de Noonan con demostración de mutación PTPN11, con presencia de las características físicas asociadas; facies triangular, hipertelorismo, epicantus, ptosis bilateral aparente más marcada en el lado temporal de de ojo derecho. Implantación posterior baja del cabello, orejas bajas. Cardiopatía valvular pulmonar y otras alteraciones asociadas al síndrome. Se realizó cirugía de ptosis de ojo derecho, durante la cirugía se encontró incluido dentro del músculo elevador del párpado superior un aparente quiste blanquecino, que fue extirpado y enviado a anatomía patológica que identifico glándula lagrimal junto a fibras musculares.

Conclusiones: Es la primera vez que se identifica una glándula lagrimal ectópica asociada a Síndrome de Noonan que además causa una ptosis mecánica.

P-69

MENINGIOMA ECTÓPICO SUBCUTÁNEO EN PÁRPADO

SÁNCHEZ GUILLÉN Inés, PLATAS MORENO Irene, IZQUIERDO MILLÁN Isabel

Introducción: Los meningiomas son tumores benignos que derivan de células procedentes de las vellosidades aracnoideas de las cubiertas meníngicas. Los meningiomas ectópicos (ME) no tienen ninguna conexión con la duramadre. Los de localización extracraneal sólo suponen el 2% de todos los meningiomas. Las localizaciones más frecuentes son: tejido subcutáneo, órbita y senos paranasales.

Caso clínico: Varón de 70 años que acude a la consulta por lesión en párpado superior que ha crecido en los últimos años y que molesta al parpadear. De visu: tumoración móvil, no adherida ni dolorosa a la palpación en tercio interno del párpado superior del ojo derecho. Resto de exploración oftalmológica: normal. En la tomografía axial computarizada la masa es hipercaptante y no infiltrante. En la resonancia magnética (RM) es hipointensa en T1 y realza tras inyección de gadolinio. Se reseca la lesión. Anatomía patológica (AP): proliferación de células de pequeño tamaño que tienden a agruparse en remolinos (Whorls). Inmunohistoquímica: vimentina y antígeno epitelial de membrana (EMA) +. Diagnóstico de AP: lesión compatible con meningioma cutáneo. Tras tres años de seguimiento la tumoración vuelve a aparecer en la misma localización y presenta las mismas características en la RM. La AP tras la exéresis es compatible con meningioma cutáneo con límites de resección de la muestra afectados. A los 6 meses la RM de control impresiona de nueva recidiva.

Conclusiones: Existen diferentes hipótesis etiopatogénicas para explicar la aparición de ME. Fuera de su localización habitual, los meningiomas son causa frecuente de errores diagnósticos, incluso después de la AP, por su baja incidencia. Ocasionalmente los ME se han asociados a cáncer de mama en las mujeres y a neurofibromatosis, por eso la importancia de realizar pruebas de imagen. El tratamiento consiste en la excisión quirúrgica completa y el pronóstico es bueno, incluso mejor que el de los meningiomas típicos.

P-70

HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE PERIOULAR

SERRADOR GARCÍA Mercedes, TROYANO RIVAS Juan Antonio, VALCARCE RIAL Laura, BERMÚDEZ VALLECILLA Marta, BERROZPE VILLABONA Clara, ROMO LÓPEZ Ángel

Introducción: El hemangioendoteliooma epitelioides (HEE) es un tumor de origen endotelial con malignidad borderline entre el hemangioma y el angiosarcoma, con una prevalencia estimada en EEUU del 0,01%. Sólo encontramos publicados en la literatura unos pocos casos de HEE y la mayoría de ellos tienen su origen a partir de los huesos de la órbita.

Caso clínico: Mujer de 41 años valorada en el Servicio de Oculoplastia de nuestro hospital y remitida del Servicio de Cirugía General para ampliación de márgenes por lesión nodular eritematosa dolorosa de 0,7cm de diámetro máximo en región superotemporal a la cola de la ceja derecha de 1 año y medio de evolución realizándosele excisión en cuña profunda con márgenes de seguridad, siendo diagnosticada de Hemangioendoteliooma epitelioides periorcular derecho. Con técnicas de inmunohistoquímica mostraba positividad para CKAE1/AE3 y CD31, con índice proliferativo (ki67) del 7%. La anatomía patológica de la ampliación mostraba infiltración residual con márgenes libres.

Conclusiones: El HEE se caracteriza histológicamente por una lesión infiltrante del endotelio vascular. Los tumores vasculares malignos y el HEE, en particular, son extremadamente raros en la órbita. El curso clínico y el pronóstico del HEE es muy variable y el manejo quirúrgico con excisión completa no suele precisar tratamiento coadyuvante.

P-71

EDEMA PALPEBRAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA MASTOCITOSIS CUTÁNEA

ANGLÉS DEZA José Miguel, SÁNCHEZ TOCINO Hortensia, GIRALDO AGUDELO Luisa,
FRANCÉS CABALLERO Eugenia

Introducción: La mastocitosis es un grupo de desórdenes caracterizados por la proliferación y acumulación de mastocitos en uno o múltiples tejidos, el más común es la piel.

Caso clínico: Se presenta en la consulta neonato de una semana de vida con edema palpebral superior en ojo derecho, tratado con antibióticos por sospecha de celulitis preseptal con aparente mejoría dejando un pequeño edema amarillento. El edema recurre a los dos días siendo ingresado y tratado con cefuroxima y posteriormente con Aciclovir por presentar vesículas y costras de aspecto herpético. A la semana acude por nuevo edema palpebral de aspecto seroso, entonces se pide consulta a dermatología encontrándose unas manchas en abdomen, muñeca y espalda con signo de Darier positivo, pensando en un cuadro de mastocitosis, con afectación palpebral. La biopsia es compatible con una mastocitosis. Posteriormente le han quedado manchas pigmentadas a nivel periorbitario del ojo derecho (canto interno, borde supraciliar interno y frente) ha presentado nuevos episodios de edema palpebral cuando hay roce, además de múltiples episodios de flushing y pequeñas hemorragias, siendo tratado con cromoglicato disodico, polaramine. Actualmente recibe controles en oftalmología, dermatología y el Instituto de Estudios para la Mastocitosis en Toledo.

Conclusiones: La mastocitosis cutánea tipo urticaria pigmentosa es una afección que en niños aparece durante el primer año de vida y principalmente se limita a la piel, sobre todo cara y cuero cabelludo. La sintomatología se agrupa en manifestaciones de piel, como el signo de Darier, el «flushing», las lesiones amarillentas-marronaceas tipo maculo-pápulas, erupciones bullosas con hemorragias. Ante un edema palpebral en un niño recién nacido que no cumple criterios de causa infecciosa, habría que pensar en otras causas dermatológicas tipo mastocitosis. Sin embargo hasta ahora es el primer caso descrito en la literatura.

P-72

ANCLAJE EN PACIENTE CON EXOTROPÍA Y RECTO MEDIO PERDIDO

ARRIBAS PARDO Paula, BAÑEROS ROJAS Paula, GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ Rosario

Introducción: El Músculo perdido es siempre un reto por tratarse de una cirugía compleja sometida a decisiones variables según el campo intraoperatorio. Se describe un caso clínico en el que se planteó un anclaje al periostio nasal.

Caso clínico: Mujer de 47 años con exotropía consecutiva de 60 dioptrías prismáticas desde la infancia. Presenta el recto medio perdido a 17 mm de la inserción, que se recupera intraoperatoriamente pero encontrándose las fibras musculares tan friables que impedían crear fuerza para mejorar la desviación. Se realiza un anclaje de la inserción del recto medio al periostio nasal y se discuten otras alternativas quirúrgicas como son transposición de rectos verticales, transposición de oblicuo superior y anclaje del recto lateral al periostio temporal, con el fin de evitar un síndrome de isquemia del segmento anterior.

Conclusiones: El anclaje al periostio nasal es una alternativa quirúrgica ante la imposibilidad de recuperar un músculo perdido.

P-73

GLAUCOMA ASOCIADO A XANTOGRANULOMA JUVENIL

AYET ROGER Isabel, SERRA CASTANERA Alicia

Introducción: El xantogranuloma es un tumor benigno de células histiocíticas no-Langerhans que afecta a niños. El ojo es el órgano extracutáneo más frecuentemente afectado con una incidencia de 0'3-0'5% donde puede manifestarse como glaucoma, hipema espontáneo, masa en iris, heterocromia o uveítis. Raramente afecta al segmento posterior. La afectación ocular puede preceder a la cutánea.

Caso clínico: Paciente de 22 días remitido por sospecha de glaucoma congénito en ojo derecho (OD). En OD presentaba megalocórnea, edema corneal y presión intraocular (PIO) de 28 mmHg. No se pudo valorar fondo de ojo por opacidad. El ojo izquierdo era normal. Se indicó tratamiento hipotensor tópico y oral y tras conseguir transparencia corneal se realizó exploración bajo anestesia general (EBAG) con intención de practicar goniotomía. La EBAG reveló infiltrado amarillento y hemático cubriendo completamente el ángulo iridocorneal y depositado en iris y cristalino. El estudio descartó uveítis y retinoblastoma. Respondió a corticoides y midriáticos y posteriormente se implanto válvula de Ahmed que consiguió controlar la PIO. A los 10 meses aparecieron nódulos cutáneos cuya biopsia informó xantogranuloma.

Conclusiones: La variedad de manifestaciones oculares del xantogranuloma, en ausencia de lesiones cutáneas dificulta su diagnóstico. El análisis de humor acuoso y la biopsia de lesiones en iris pueden revelar la presencia de células de Touton características de la enfermedad. En la afectación ocular se debe tratar tanto el xantogranuloma como sus complicaciones como el glaucoma secundario. El tratamiento inicial son los corticoides (tópicos, orales, o subtenon) aunque algunos casos pueden requerir inmunosupresores o radioterapia.

P-74

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE DUANE CON EXOTROPIA

BERROZPE VILLABONA Clara, ARRIBAS PARDO Paula, GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ Rosario

Introducción: Presentamos tres casos clínicos de pacientes con torticolis compensatorio a exotropía asociado con Síndrome de Duane (SD) tipo II- III. Realizamos retroinserción del músculo recto lateral (RL) a todos los pacientes bajo el criterio quirúrgico principal de corrección del torticolis inaceptable y evaluamos los resultados.

Caso clínico: Todos los casos presentados tienen diagnóstico de SD unilateral en ojo izquierdo (OI) con exotropía, limitación de la adducción (add), torticolis compensatorio y llamativa retracción del globo ocular y disminución de hendidura palpebral a la add. Paciente 1, niño 7 años, SD tipo II con torticolis 15°, exotropía 18 dioptrías prismáticas base interna con gran limitación de la add y downshoot. Realizamos retroinserción colgante 7 mm con recolocación del músculo RL OI. Paciente 2, niña 5 años, SD tipo II con torticolis 20°, exotropía 35 dioptrías prismáticas, gran limitación de la add y downshoot. Realizamos inyección de toxina botulínica y en un segundo tiempo retroinserción con recolocación de músculo RL de 7,5 mm. Paciente 3, niño 9 años, SD tipo III con torticolis horizontal 15°, exotropía 14 dioptrías prismáticas. La limitación de la abducción era grado -1 y la de add -2. Realizamos retroinserción RL OI a 9 mm. En los pacientes con gran downshoot (1 y 2), se observó un gran desplazamiento inferior del RL. Tras la cirugía se compensó el torticolis en los tres pacientes y mejoró significativamente los signos de cocontracción y disparos, sin embargo la limitación de la add quedó estable. Tras la retroinserción del RL se observa una disminución del movimiento de abducción en el postoperatorio inicial que mejoró con el tiempo.

Conclusiones: En el tratamiento del SD con la técnica de retroinserción realizada en nuestros pacientes se ha conseguido buena corrección de torticolis, desviación horizontal, enoftalmos y retracción palpebral. El downshoot importante en nuestros casos se relacionó con el desplazamiento inferior del RL.

P-75

UTILIDAD DE LAS LENTES ARTISAN EN LAS CATARATAS PEDIÁTRICAS

BLANCO CALVO Natalia, CLEMENT CORRAL Ana, GUTIÉRREZ PARTIDA Belén, ANDRÉS DOMINGO M.^a Luisa, JIMÉNEZ SERRANO Clara, PUERTAS BORDALLO Diego

Introducción: el empleo de las lentes de cámara anterior con anclaje iridiano Artisan es de gran utilidad en la cirugía de las cataratas pediátricas y traumáticas en ausencia de soporte capsular y en los casos de subluxación cristaliniiana.

Caso clínico: Describimos nuestra experiencia en dos casos, el primer paciente de 5 años diagnosticado de homocistinuria con subluxación cristaliniiana bilateral, agudeza visual preoperatoria de 0.2 en ojo derecho y 0.15 en ojo izquierdo y una refracción preoperatoria de -5.50-5.50 a 6° en ojo derecho y -5-6 a 50° en ojo izquierdo. Se realiza extracción de ambos cristalinios y vitrectomía anterior con implantación secundaria de las lentes Artisan de 22,5 dioptrías en ojo derecho y de 24 dioptrías en ojo izquierdo. Al año de seguimiento presenta una refracción de + 1.50-2 a 33° en ojo derecho y +1-0.75 a 180° en ojo izquierdo y una agudeza visual corregida de la unidad en ambos ojos. El segundo paciente de 8 años, presenta una catarata traumática en ojo derecho con salida de vítreo a cámara anterior, posible desinserción zonular inferior, hemovítreo y cicatriz macular. Presenta una agudeza visual preoperatoria de 0.05. Se realiza extracción cristaliniiana y vitrectomía anterior comprobándose una desinserción zonular inferior mayor de 180 ° por lo que se procede al implante de la lente Artisan 16.5 dioptrías en un segundo tiempo quirúrgico. El paciente presenta una refracción postquirúrgica de +0.50-1 a 130° y una agudeza visual de 0.3 al año de seguimiento.

Conclusiones: El empleo de las lentes de cámara anterior con anclaje iridiano Artisan es una alternativa a tener en cuenta en la cirugía de las cataratas pediátricas ya que no se han observado complicaciones postoperatorias significativas, la densidad de células endoteliales centrales corneales no se ve afectada significativamente en un periodo de seguimiento de al menos diez años y ofrece buenos resultados visuales.

P-76

PARÁLISIS DEL VI PAR CRANEAL COMO DEBUT DE UN EPENDIMOBLASTOMA EN LA INFANCIA

EZPELETA CAMPAÑA Juan Antonio, TRAVESET MAESO Alicia, SÁNCHEZ PÉREZ M.^a Carmen, JURJO CAMPO Carmen

Introducción: El VI par craneal recorre una larga distancia desde su origen en el tronco-encéfalo. Este largo y tortuoso trayecto le hace muy sensible a cualquier tipo de patología que implique una compresión local y a los aumentos de la presión intracraneal. En niños la incidencia de una parálisis oculomotora es de 7 casos por 100.000.

Caso clínico: Paciente de 8 meses, sin antecedente patológicos de interés, que acude de urgencias por la presencia súbita de una endotropía del OD y limitación de la abducción del mismo. Asimismo se observa una torticollis compensadora hacia la izquierda. La exploración fundoscópica y del segmento anterior es normal. Ante el diagnóstico de una parálisis del VI pc se realiza una RMN que pone de manifiesto un tumor de fosa posterior y una lesión extramedular compatible con una diseminación del neuroeje. Se decide realizar una resección parcial de la lesión de fosa posterior por craniectomía suboccipital junto a un drenaje ventricular. La biopsia nos informó de un ependimoblastoma estadio IV con diseminación leptomenígea. Como tratamiento coadyuvante se somete a la paciente a dos ciclos de quimioterapia (ciclofosfamida, vincristina y Metrotrexate). A los dos meses de la cirugía se observa un empeoramiento franco de la paciente, se produce una parálisis facial izquierda y una hemiparesia del hemicuerpo izquierdo. Se realiza una nueva RMN que muestra una importante progresión de los implantes tumorales en el espacio subaracnoideo, intracraneal, cisternal, peritroncular, tentorial y ambos conductos auditivos internos, junto a una distorsión del cordón medular. La paciente fallece días más tarde.

Conclusiones: Las parálisis adquiridas del VI pc son infrecuentes en la infancia, la principal etiología es la postraumática, seguida de las formas postinfecciosas. Las formas tumorales corresponden al 16,9% de los casos, de ahí la importancia de la realización de una prueba de imagen ante el diagnóstico de un VI pc adquirido en la infancia.

P-77

ENDOTROPÍA DE APARICIÓN BRUSCA Y PARÁLISIS FACIAL COMO PRIMEROS SIGNOS DE CÁNCER DE CAVUM METASTÁSICO EN NIÑO DE 8 AÑOS

GÓNGORA MIÑARRO M.^a del Mar, JIMÉNEZ VELÁZQUEZ Juan Antonio, SÁNCHEZ ARQUERO Lucía, ALFÉREZ ASENJO Marisa, CALZADO HINOJOSA José

Introducción: El rhabdomioma embrionario de orofaringe es un tumor raro en España. Su extensión intracraneal puede dar lugar a parálisis de nervios craneales como primera manifestación clínica.

Caso clínico: Paciente de 8 años de edad, sin antecedentes personales y familiares de interés, que consulta por diplopía binocular de aparición brusca en las últimas 48 horas y ojo rojo izquierdo. En la exploración se observa endotropía y parálisis del músculo recto externo de ojo izquierdo, úlcera corneal y paresia de VII nervio craneal homolateral. Se realizan pruebas de imagen (tomografía axial computarizada craneal y resonancia magnética nuclear de cabeza y cuello) que desvelan lesión ocupante de espacio desde orofaringe izquierda hasta fosa cerebral media izquierda en relación con seno cavernoso, tienda del cerebelo y peñasco. El análisis anatomopatológico de la biopsia da como resultado del origen histológico, un rhabdomioma embrionario. El resto del estudio de extensión no muestra metástasis a distancia. El paciente comienza seguidamente tratamiento quimioterápico a cargo de oncología pediátrica según protocolos.

Conclusiones: Ante diplopía de aparición brusca en niños, es de vital importancia tener en cuenta este tipo de patologías, para no demorar el diagnóstico y así instaurar tratamiento con la mayor rapidez posible.

P-78

NEURORRETINITIS BILATERAL EN EL CONTEXTO DE UNA INFECCIÓN ASINTOMÁTICA POR BLASTOCYSTIS

GONZÁLEZ GARCÍA M.^a Leonor, GALVÁN CARRASCO M.^a Paz, FRAU AGUILERA Laura, RAMOS YAU Eva Carmen, GARCÍA ROBLES Emilia

Introducción: Presentamos un caso poco frecuente de neurorretinitis bilateral en el contexto de una infección asintomática por *Blastocystis Hominis* en una niña de 10 años de edad inmunocompetente.

Caso clínico: La paciente acudió de urgencias por presentar cervicalgia, disminución de agudeza visual de 5 días de duración y diplopía transitoria, no asociada a fiebre, ni síntomas neurológicos ni meníngeos. A la exploración detectamos tortícolis cabeza hombro derecho por percibir el mundo torcido si rectificaba el cuello. No diplopía; no evidenciamos parálisis del IV, VI ni III pares craneales, siendo el test de Bielchowsky negativo, y manteniendo la misma propiocepción al estar tumbada. Presentaba un DPAR bilateral. La agudeza visual era de 0,1 y 0.4 respectivamente, que no mejoraba con estenopeico, y en el fondo de ojo se observaba edema de papila con exudados en rueda de carro en área macular. Ante este cuadro de neurorretinitis se realizó campimetría, angiografía fluoresceínica para descartar vasculitis y pars planitis, eco-B para descartar drusas, OCT para confirmar elevación de la papila y mácula y se procedió a buscar la etiología. Se descartó HTIC por ausencia de cefalea, y estudio de LCR normal. Se descartó origen metabólico por no presentar hiperglucemia ni Hemoglobina glicosilada elevada; se descartó el origen vascular hipertensivo y la existencia de lesiones ocupantes de espacio e infiltración de nervios ópticos mediante RMN con contraste (infiltración leucémica). Se descartó sarcoidosis por una radiografía de tórax y ECA normales y tan sólo se encontró eosinofilia elevada, por lo que se estudiaron parásitos en heces, hallando *Blastocystis Hominis*, y comenzando el tratamiento con metronidazol y corticoides.

Conclusiones: Por su mejoría a visión de la unidad, la desaparición del tortícolis, la normalización de la eosinofilia y la mejoría del edema de papila de la estrella macular, consideramos que la posible etiología haya sido la infección asintomática en heces por *Blastocystis Hominis*.

P-79

DEPÓSITOS MACULARES COMO MANIFESTACIÓN OCULAR DE SÍNDROME DE KABUKI

HENARES FERNÁNDEZ Iker, FOLGADO JIMÉNEZ Miriam, RAMOS BARRIOS Marilena,
URRESTARAZU INCIARTE Nagore, BILBAO SOTO Juana

Introducción: El síndrome de Kabuki (SK) se caracteriza por múltiples anomalías congénitas y retraso mental de origen desconocido. Las cinco manifestaciones principales son facies características, anomalías esqueléticas, anomalías dermatoglíficas, retraso mental y baja estatura. Aportamos un caso de SK con depósitos maculares bilaterales apreciables en funduscopia y confirmados mediante tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) y autofluorescencia (FAF-OCT).

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 7 años con diagnóstico clínico de SK por Servicio Pediatría que es derivada a Sección de Oftalmología pediátrica para exploración. Presenta fenotipo ocular peculiar a expensas de fisuras palpebrales largas, eversión palpebral inferior, cejas arqueadas y pestañas largas. La agudeza visual con corrección es de 0,6 en ojo derecho (OD) y 0,5 en ojo izquierdo (OI). A la biomicroscopía el segmento anterior es normal, la exploración muestra ortotropía en todas las posiciones de la mirada. No suprime en el test de Worth, el Titmus y TNO fueron no valorables. La retinoscopia de franja reveló un punto neutro de +2.00/-1.00x95° en OD y +3.25/-1.00x10° en OI. En el examen de fondo de ojo se observan múltiples puntos (o depósitos) amarillentos en ambas áreas maculares no asociados a edema, cambios pigmentarios u otros hallazgos con periferia normal. Tampoco se observaron patrones vasculares anómalos. La SD-OCT confirmó depósitos en capas internas retinianas apreciables también mediante FAF-OCT.

Conclusiones: Este caso destaca la singularidad del hallazgo de los depósitos maculares bilaterales en SK que pueden ser la causa de una agudeza visual limitada. Se subraya así la importancia de una exploración del segmento posterior en pacientes con este diagnóstico clínico y/o genético.

P-80

ENDOTROPÍA CÍCLICA, VARIEDADES DE PRESENTACIÓN

HERAS GÓMEZ DE LIAÑO M.^a Eugenia de las, GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ Rosario

Introducción: La endotropía cíclica (EC) es una forma muy rara de estrabismo, 1 de cada 3000-5000. Aparecen en la infancia y no se asocian a patología neurológica grave. Se han descrito secundarios a cirugía de estrabismo u orbitaria, traumatismos, accidentes cerebrovasculares y en intervenciones intracraneales; a edades más avanzadas. Es un estrabismo que alterna periodos de desviación significativa (30-40 dp) y alteración de la visión binocular, con otros de ortotropía y buena visión binocular. El ciclo más frecuente es el de 48 horas pero también están descritos de 24, 72 y 96 h.

Caso clínico N.º 1: Varón de 6 años con una EC de tres meses de evolución. Padece una ambliopía del OD tratada mediante oclusión. Los ciclos son de 48 horas. El día que tuerce presenta una EC de 45 D prismáticas, refiere diplopía, tiene CRA y no presenta estereopsis, no fusiona ni con prismas. El día ortotópico tiene CRN; fusión y estereopsis. Se le puso prismas con lo que la endotropía se hizo constante. Se decide cirugía en OD; retroinserción recto medio de 4,5 mm y resección recto lateral de 7 mm. Tras la cirugía el paciente está en ortotropía y con buena función binocular. *N.º 2* Mujer de 64 años. Se interviene por endotropía del miope (30 dp) con una hipotropía del OD (7 dp): se hace una retroinsección de recto medio del OI y una resección del recto lateral con recolocación de dicho músculo. Tras dicha intervención desarrolla una EC de 36 h. En el ciclo de estrabismo presenta una endotropía que se corrige con 10 DP y no presenta VB ni con prismas. No tiene estereopsis, y se registra menor AV. En la etapa de ortotropía fusiona y tiene VB. En este caso se ha corregido con prismas.

Conclusiones: Podemos diferenciar dos grupos de endotropía cíclica: la infantil no asociada a alteraciones orgánicas; y la del adulto de etiología neurológica o como complicación postquirúrgica. El tratamiento de este tipo de estrabismos es quirúrgico con resultados óptimos. Se intenta corregir el ángulo máximo.

P-81

PARÁLISIS ADQUIRIDA DEL VI PAR CRANEAL EN LA INFANCIA

IBÁÑEZ ALPERTE Juan, PÉREZ GARCÍA Diana, REMÓN GARIJO León, CRISTÓBAL BESCÓS José Ángel

Introducción: Las parálisis oculomotoras en la infancia representan una entidad poco frecuente, en cuyo origen podemos encontrar múltiples etiologías. Presentamos el caso clínico de una niña de 9 años de edad que debutó con cuadro de cefaleas asociado a papiledema y parálisis del VI par craneal en el contexto de una hipertensión intracraneal benigna.

Caso clínico: Niña de 9 años de edad remitida a nuestras consultas por disminución de agudeza visual, cefaleas y diplopía de 3 días de evolución. No presentaba antecedentes patológicos de interés. A la exploración se objetivó la existencia de una agudeza visual de 0,8 en su O.D. y 0,4 en su O.I. El segmento anterior y la presión intraocular resultaron normales. El fondo de ojo reveló la existencia de un papiledema. La motilidad ocular extrínseca también se encontraba alterada, existiendo un marcado déficit en la abducción del ojo izquierdo, compatible con una parálisis del VI par craneal ipsilateral. Se procedió al ingreso hospitalario por parte de pediatría para el estudio exhaustivo, llevándose a cabo analíticas completas, serologías, TAC craneal y RMN, todas ellas dentro de la normalidad. Sin embargo, la punción lumbar mostró un aumento en la presión del LCR, que aunque de características normales, fue superior a 200 mmH₂O. En esta situación con diagnóstico probable de pseudotumor cerebrii, se inició tratamiento con acetazolamida vía oral, remitiendo la sintomatología 6 semanas tras el diagnóstico.

Conclusiones: Las parálisis oculomotoras adquiridas en la infancia, constituyen un síndrome clínico con múltiples etiologías de diverso significado pronóstico. El adecuado diagnóstico diferencial, incluyendo pruebas de neuroimagen, resulta fundamental para el optimizar el manejo del cuadro clínico en cada caso.

P-82

ALBINOIDISMO OCULAR. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COROIDEREMIA, ATROFIA GYRATA Y ALBINISMO OCULAR

LORENZO PÉREZ Rebeca, CABRILLO ESTÉVEZ Lucía, CRUZ GONZÁLEZ Fernando, PRIETO MARTÍN Fernando

Introducción: Con el siguiente caso clínico destacamos la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial tras el hallazgo casual de una alteración retiniana en paciente en edad pediátrica, con la finalidad de detectar enfermedades susceptibles de tratamiento.

Caso clínico: Paciente varón de 11 años derivado desde Urgencias Pediátricas para valorar cuadro clínico de visión borrosa y líneas horizontales negras con ambos ojos desde hace 12 horas, sintomatología que ya ha desaparecido en el momento de la exploración. El paciente no refiere cefalea asociada. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: TDHA en tratamiento con metilfenidato. Agudeza visual, presión intraocular y motilidad ocular extrínseca e intrínseca normal. No nistagmus. Examen a la lampara de hendidura sin hallazgos patológicos. No transiluminación iris. Fundoscopia: atrofia difusa del EPR y coriocapilar en región ecuatorial y periferia. OCT y campo visual normal. Planteándonos un diagnóstico diferencial entre diferentes degeneraciones retinianas, se solicita electroretinograma y niveles de ornitina en sangre, resultando ambas pruebas normales. Por ello, diagnosticamos al paciente de albinoidismo ocular, variante de la normalidad. Actualmente el paciente es seguido periódicamente en nuestro servicio, sin recurrencias de la clínica que motivó su consulta, ni nuevos hallazgos en la exploración.

Conclusiones: El hallazgo casual de la alteración fundoscópica observada en este paciente justifica la discusión y revisión minuciosa de diferentes patologías que podrían ser responsables de dicha imagen (coroideremia, atrofia gyrata, retinosis pigmentaria y albinismo ocular), llevando a cabo un buen diagnóstico diferencial para descartar todas aquellas enfermedades susceptibles de tratamiento.

P-83

EVOLUCIÓN DE HEMANGIOMA CONJUNTIVO-PALPEBRAL EN LACTANTE TRATADO CON BETABLOQUEANTES VÍA ORAL Y TÓPICA

MENGUAL VERDÚ Encarnación, LÓPEZ SORIANO Laura, HUESO ABANCÉNS José Ramón, FONT JULIÁ Elsa, AGUIRRE BALSALOBRE Fernando

Introducción: Los hemangiomas capilares son los tumores más frecuentes de la órbita en la infancia. En su fase de crecimiento, aproximadamente un 20% presentan complicaciones como ulceraciones, infecciones y sangrado. La mayoría tiende a la involución espontánea entre los 2 y los 9 años de edad, requiriendo tratamiento los de gran tamaño o complicados.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 2 meses de edad portadora de un hemangioma subdérmico en canto interno de ojo izquierdo con componente conjuntival tarsal inferior y afectación de la carúncula que dificultaba la apertura palpebral. Se descartó patología asociada y se propuso iniciar tratamiento con propranolol oral en dosis crecientes. A los 2 meses presentaba una regresión completa de la lesión en las zonas conjuntival y palpebral y un aplanamiento y aclaramiento de la cutánea, manteniendo el tratamiento 9 meses. Posteriormente, ante la buena respuesta al tratamiento, se realiza una pauta descendente hasta su suspensión y se inicia terapia con timolol tópico. Las pruebas complementarias realizadas a la paciente para detectar posibles efectos indeseables del tratamiento no mostraron alteraciones significativas.

Conclusiones: En nuestro caso, la respuesta del hemangioma al tratamiento con beta-bloqueantes vía oral, y posteriormente tópica, fue satisfactoria y sin complicaciones asociadas. Sin embargo, creemos que son necesarios estudios más amplios que verifiquen la eficacia y la seguridad de estos tratamientos en la infancia.

P-84

REVISIÓN Y MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS EN LOS CRANEOFARINGIOMAS PEDIÁTRICOS

ORIVE BAÑUELOS Ana, ARANA LARREA Begoña, MARTÍNEZ FERNÁNDEZ Ricardo

Introducción: El craneofaringioma es un tumor epitelial raro y benigno originado a partir de las células de la bolsa de Rathke. Constituye el 2 – 5% de las neoplasias intracraneales con una incidencia de 0.5 – 2/100.000 casos al año. Representa el tumor supraselar mas frecuente en niños. Entre las múltiples manifestaciones clínicas de esta entidad destacan las oftalmológicas.

Casos clínicos: Presentamos un estudio retrospectivo observacional de una serie de 15 casos clínicos recogidos en nuestro hospital desde 1995 hasta la actualidad con un tiempo medio de seguimiento de 73,8 meses. Revisamos las manifestaciones y secuelas oftalmológicas de pacientes pediátricos que presentaron craneofaringiomas. Se analizaron parámetros como la agudeza visual, campo visual y manifestaciones oftalmológicas antes y después del tratamiento.

Conclusiones: Los síntomas oftalmológicos se presentaron en el 80% de los casos, siendo el síntoma debut en el 13,3% de los casos. Entre ese 80% de pacientes, el síntomas visual más registrado fue la disminución de agudeza visual presente en el 53% de los casos seguido del estrabismo constatado en el 13,3% de los pacientes. La media de agudeza visual pretratamiento fue de 0,3 y postratamiento 0,7. El defecto campimétrico mas registrado, coincidiendo con la mayoría de las series, fue la hemianopsia bitemporal (40%). El Visual Field Index (VFI) de los campos visuales pretratamiento fue de 54,3% y postratamiento 69,2%. El Defecto Medio (DM) del campo visual pretratamiento fue de -15,9dB y postratamiento -11dB. Encontramos una mejoría de las manifestaciones oftalmológicas en la mayoría de los pacientes tras el tratamiento sistémico. Estas manifestaciones son extremadamente frecuentes y variadas en este tipo de tumores por lo que el craneofaringioma debería ser considerado en el diagnostico diferencial de todo niño con ambliopía cuando no existen factores ambliopizantes claros.

P-85

TOXINA BOTULÍNICA: UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EFICAZ EN EL SÍNDROME DE MOEBIUS

RUIZ MORANDÉ Juan Carlos, MERINO SANZ Pilar, GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ Pilar

Introducción: El síndrome de Moebius es una rara condición congénita que afecta al 0,0002%-0,002% de los nacidos vivos. Se caracteriza por parálisis facial asociada a oftalmoplejia horizontal. Puede involucrar otros pares craneales, malformaciones orofaciales y de las extremidades. Se presenta usualmente en forma esporádica, es multifactorial y afecta a ambos sexos por igual. Al examen lo habitual es encontrar endotropía con movimientos verticales normales, aunque existen casos en ortotropía y exotropía. Para corregir el estrabismo normalmente se realiza transposición muscular o retroinserción de rectos medios. Se presentan 3 casos con síndrome de Moebius.

Caso 1: Lactante mujer de 1 mes de edad. A la exploración presentaba endotropía de +10°, limitación a la abducción de -3 en ambos ojos y convergencia normal. A los 10 meses de edad fue tratada con inyección de 5 UI de toxina botulínica (BOTOX®) en ambos rectos medios. Ha seguido revisiones periódicas, manteniéndose en ortotropía desde el tratamiento tras 2 años de seguimiento.

Caso 2: Paciente varón de 42 años. A la exploración destaca agudeza visual corregida de 1/4 en ambos ojos, exotropía de -50° con limitación de la adducción de -3 en ambos ojos y cataratas congénitas. Se realizó facoemulsificación con implante de lente intraocular. Su agudeza visual corregida postquirúrgica mejoró hasta 2/3 en ambos ojos. El paciente posteriormente declinó aceptar el tratamiento de su estrabismo.

Caso 3: Lactante varón de 9 meses de edad. En la exploración se encontraba en ortotropía con limitación de la abducción de -2 en ambos ojos y convergencia normal. Sigue así en las revisiones posteriores sin llegar a requerir tratamiento quirúrgico del estrabismo.

Conclusiones: El tratamiento con toxina botulínica puede ser una alternativa poco invasiva y eficaz en los pacientes con síndrome de Moebius y endotropía. La endotropía no es la única forma de presentación en el trastorno de la mirada horizontal asociado a parálisis facial congénita.

P-86

**OJO PESADO DEL MIOPE. UN MISMO PROBLEMA, DISTINTAS MANIFESTACIONES.
IMPORTANCIA DEL ABORDAJE INDIVIDUALIZADO**

TORRADO SIERRA Óscar, FERNÁNDEZ MIRANDA Cristina, SÁNCHEZ APARICIO Fátima,
GARCÍA GUISSADO Diego, SERRANO PECOS Verónica, DÍAZ LUQUE M.^a José

Introducción: El término ojo pesado se refiere a una desviación horizontal (principalmente esotropía) asociada a hipotropía progresiva, generalmente secundaria a la herniación retroecuatorial del globo a través del cono muscular. Suele traducirse en distorsión de la trayectoria de la musculatura extraocular con modificación de los vectores de fuerza y en limitación mecánica del movimiento muscular.

Casos clínicos: Presentamos tres casos de ojo pesado unilaterales con desviaciones distintas en cada uno de ellos: dos con endotropía e hipotropía y uno con exotropía e hipotropía. El abordaje terapéutico individualizado con cirugía de transposición muscular (una según la técnica de Yokohama y dos con retro-resecciones asociadas a transposición graduada del músculo reseado) consiguió el alineamiento motor con normalización de las ducciones y versiones en todos ellos, así como la mejoría sensorial (ausencia de diplopía en dos de ellos y mejoría en el otro) y desaparición del tortícolis.

Conclusiones: El estrabismo miópico continúa siendo un reto terapéutico tanto desde el punto de vista motor como sensorial debido a los enormes problemas fusionales de estos pacientes. Aunque es conveniente utilizar pruebas de imagen (como la resonancia magnética nuclear o RMN), la correcta evaluación clínica e intraoperatoria (test de ducción pasiva) suele ser suficiente para una planificación quirúrgica exitosa. Recomendamos el ajuste intraoperatorio con anestesia tópica y la utilización de técnicas de transposición muscular graduada debido a la frecuente dislocación del sistema de polea muscular.

P-87

SÍNDROME DE BICKERSTAFF, A PROPÓSITO DE UN CASO

TRAVESET MAESO Alicia, EZPELETA CAMPAÑA Juan Antonio, MUNIESA ROYO M.^a Jesús, PAREDES CARMONA Fernando, MARTÍNEZ SOMOLINOS Sandra

Introducción: La encefalitis de Bickerstaff es una enfermedad poco frecuente, grave pero con curso benigno. Se considera una entidad clínica autoinmunitaria que comparte características con el Síndrome de Miller-Fisher y el Síndrome de Guillain-Barré.

Caso clínico: Paciente varón de 11 años que acude por cuadro de fiebre y cefalea de 1 semana de evolución, con episodio de pérdida de consciencia y posterior inicio de vómitos. Refiere aparición de diplopía binocular en las últimas 24 horas. En la exploración física se observa ptosis en ojo izquierdo, con limitación en la abducción izquierda, marcha atáxica, hiperreflexia generalizada y tándem alterado con Romberg negativo. Se realiza exploración oftalmológica completa que evidencia una parálisis incompleta del III y VI par craneal, con potenciales evocados visuales y resto de exploración dentro de la normalidad. Posteriormente se realiza RNM que muestra una lesión focal a nivel posterolateral derecho del bulbo raquídeo, de alta intensidad en T2. El análisis de LCR muestra ausencia de pleocitosis y hiperproteínorraquia. El estudio serológico general y en LCR es negativo. Se procede a la administración de bolus de metilprednisolona ev (1 gramo/día durante 5 días) seguido de metilprednisolona oral con pauta descendente, con recuperación total de la sintomatología tras trece días de ingreso hospitalario.

Conclusiones: El Síndrome de Bickerstaff es una enfermedad caracterizada por oftalmoplejía, ataxia e hiperreflexia o alteración de la consciencia. Debemos pensar en él frente a todo paciente joven que acude por cuadro postinfeccioso de parálisis ocular asociado a sintomatología piramidal. Habitualmente presenta un curso clínico benigno, con buena respuesta al tratamiento con corticoides y plasmaféresis.

P-88

NECROSIS RETINIANA AGUDA TRAS ENCEFALITIS POR VIRUS HERPES SIMPLE TIPO 1. A PROPÓSITO DE UN CASO

ALDAZABAL ECHEVESTE Maialen, BLANCO ESTEBAN Ana Carmen, ARBELAIZ PASCUAL Nagore, MACÍAS MURELAGA Beatriz, GOÑI DAMBORENEA Nahia, FRUTOS LEZAUN Marta de

Introducción: Presentar un caso de Necrosis Retiniana Aguda (NRA) en paciente con antecedente de encefalitis por virus de herpes simple-1 (VHS-1).

Caso clínico: Varón de 50 años con antecedente de encefalitis por VHS-1 tres años antes que acude por disminución de agudeza visual unilateral. El examen oftalmológico sugiere un síndrome NRA con neuropatía óptica asociada. Ante la sospecha de etiología herpética, se inicia tratamiento con Aciclovir intravenoso. En la evolución presenta desprendimiento de retina debido a necrosis retiniana masiva, por lo que es intervenido de faco-vitreotomía con intercambio de aceite de silicona. Se objetiva recurrencia del desprendimiento de retina que conlleva un pronóstico visual pobre. Continúa tratamiento con Valaciclovir como profilaxis del ojo contralateral sin evidencia de afectación tras 12 meses de seguimiento. Conclusiones: Aunque el diagnóstico y tratamiento precoz con antivíricos pueden mejorar el pronóstico visual y evitar la repercusión contralateral, la NRA es una entidad capaz de condicionar secuelas visuales severas incluso con el inicio temprano del tratamiento, como es el caso que presentamos, lo que sugiere una susceptibilidad selectiva. La encefalitis herpética representa un factor de riesgo para su desarrollo.

P-89

SÍNDROME SAPHO CON AFECTACIÓN OCULAR

ARMAS RAMOS Elena M.^a de, RUIZ DE LA FUENTE RODRIGUEZ Paloma, MEDINA MESA Erika, LOZANO LOPEZ Virginia, RODRÍGUEZ LOZANO Beatriz, LOSADA DEL CASTILLO M.^a José

Introducción: El Síndrome SAPHO es una enfermedad reumática inusual que permite la agrupación de síntomas dermatológicos, óseos y articulares (Sinovitis, Acné, Pustulosis, Hiperostosis, Osteítis).

Casos clínicos: Les presentamos dos casos clínicos de mujeres de mediana edad (66 y 61 años respectivamente) afectas de edema macular en contexto de reactivación del Síndrome SAPHO. El primero acude al servicio de urgencias por miodesopsias, fotopsias, y disminución de agudeza visual de 3 días de evolución en su ojo derecho, asociado a artritis condroesternal y psoriasis pustulosa en pie derecho. En la biomicroscopia se aprecian depósitos pigmentarios en cristaloides anterior sin hallazgos de actividad inflamatoria, mientras que en la funduscopia se aprecia edema macular no traccional, sin vitritis asociada. Se decide actitud expectante con tratamiento sistémico con antiinflamatorios no esteroideos. Apreciándose inicialmente cierta mejoría, con un empeoramiento posterior relacionado a un nuevo brote articular. Se ha pautado tratamiento tópico con Nepafenaco, mientras se ajusta el tratamiento sistémico por reumatología. El segundo caso, acude al servicio por uveítis bilaterales alternantes de repetición que se encuadran en contexto de Síndrome SAPHO, HLAB27+, con hidrosadenitis supurativa. El último brote de uveítis anterior aguda en ojo izquierdo asocia edema macular que se resuelve con éxito tras comenzar con adalimumab añadido al metotexate que tomaba previamente, tratamiento corticoideo tópico e inyección de triamcinolona subtenoniana.

Conclusiones: Son pocos los casos descritos en la literatura de afectación ocular en el síndrome SAPHO, estando relacionados con hidrosadenitis supurativa. La clínica ocular consiste en uveítis anterior aguda, exoftalmo y queratitis bilateral. Presentamos la aparición de edema macular asociado al síndrome SAPHO, de forma aislada o asociado a episodios de uveítis anterior.

P-90

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD DE VOGT-KOYANAGI-HARADA EN LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

CABALLERO AGUDO José Antonio, YAGO UGARTE Inés, PÍO SILVA Adilson, MARÍN SÁNCHEZ José M.^a

Introducción: La enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es una panuveítis granulomatosa bilateral crónica, asociada a alteraciones neurológicas, auditivas y cutáneas. En la literatura existen pocos casos publicados de inicio en la edad pediátrica, siendo su pronóstico variable.

Caso clínico: Varón de 8 años que consulta por dolor y enrojecimiento persistente en ambos ojos (AO). La exploración oftalmológica inicial objetiva la presencia de uveítis anterior aguda con agudeza visual corregida (AVC) de 0.8 en AO. Tras dos semanas con tratamiento corticoideo tópico se aprecia una disminución de AVC hasta 0.3 asociada a levantamiento papilar y desprendimiento de retina neurosensorial con pliegues maculares en AO. El estudio sistémico descarta una etiología infecciosa, se establece el diagnóstico de probable enfermedad de VKH y se pauta prednisona oral 1mg/kg/día de forma ambulatoria. Debido a la ausencia de mejoría objetiva en los días posteriores, se decide ingreso hospitalario y tratamiento con megadosis de corticoide intravenoso. Durante los tres meses siguientes se lleva a cabo el descenso progresivo de la dosis de corticoide oral y se introduce metotrexato. El paciente ha presentado buena respuesta al tratamiento, con AVC de 0.8 y ausencia de actividad inflamatoria en AO. En el examen de fondo de ojo se aprecia una movilización de pigmento en polo posterior y ecuador, así como cicatrices coriorretinianas puntiformes en periferia.

Conclusiones: La enfermedad de VKH puede presentarse de forma atípica en la infancia, debutando como uveítis anterior sin afectación inicial del polo posterior. A pesar de que en estos casos la mayoría de autores recomienda tratamiento corticoideo oral, en nuestra experiencia el tratamiento precoz con megadosis de corticoide intravenoso puede disminuir la frecuencia de recurrencias y complicaciones, permitiendo un pronóstico visual más favorable.

P-91

REACTIVACIÓN DE TOXOPLASMOSIS OCULAR DURANTE EL EMBARAZO

CIDAD BETEGÓN Pino, SCHLINCKER GIRAUD Armelle, GONZÁLEZ SÁNCHEZ M.^a Eugenia, HIDALGO BARRERO Ventura

Introducción: La toxoplasmosis ocular es una de las manifestaciones más comunes de la infección toxoplásmica humana, constituyendo la causa más frecuente de uveítis posterior en inmunocompetentes. Se manifiesta de forma típica, como un foco de coriorretinitis unilateral en la frontera de una cicatriz pigmentada, asociado a vitritis. Es conocido el carácter autolimitado de estas lesiones, sin embargo el tratamiento estará indicado en lesiones próximas a la mácula o nervio óptico (zona 1), así como en lesiones periféricas que asocien vitritis importante. La clásica pauta terapéutica, sulfadiazina, pirimetamina y ácido folínico, conlleva el riesgo de aparición de leucopenia y trombopenia, existiendo alternativas vía oral como trimetoprim-sulfametoxazol. La infección congénita ha sido considerada tradicionalmente como la causa más común de toxoplasmosis ocular, sin embargo, en la actualidad existe evidencia de que la infección postnatal podría tener mayor prevalencia.

Caso clínico: Mujer, de 30 años, que en el año 2005 fue diagnosticada de toxoplasmosis ocular derecha, detectándose por funduscopia un foco blanquecino nasal contiguo a otro cicatrizado. Se inició tratamiento con sulfadiazina, pirimetamina y ácido folínico. Reacudió en 2012, embarazada de 8 semanas. La agudeza visual era de 0.3, observándose por funduscopia el foco nasal reactivado con vasculitis adyacente, vitritis y papilitis. Se decidió tratar con inyecciones intravítreas de clindamicina, por los posibles efectos teratogénicos del tratamiento empleado en 2005, con el objetivo de tratar la reactivación del foco y evitar la transmisión fetal, obteniendo una buena evolución del cuadro. Al alta la paciente presentaba una agudeza visual de 1, con un fondo de ojo sin signos de actividad.

Conclusiones: El empleo de inyecciones intravítreas de clindamicina en pacientes con toxoplasmosis ocular, constituye una buena alternativa en embarazadas, alérgicos a sulfamidas o casos refractarios al tratamiento oral. El número de inyecciones se decidirá en función de la respuesta, basándose en la evolución de la agudeza visual y funduscopia, ofreciendo un mejor perfil de seguridad sistémico, no habiéndose encontrado diferencias en cuanto a resultados en la resolución completa de la coriorretinitis, entre la terapia oral e intravítrea.

P-92

MANEJO Y EVOLUCIÓN DEL EDEMA MACULAR CISTOIDE SECUNDARIO A UVEÍTIS INTERMEDIA

CRUZADO VILLAGRÁS Manuel, GARCÍA MARTÍN Manuel, PÉREZ GUIJO Verónica, SOLDEVILLA CANTUESO Juan

Introducción: A pesar de que se dispone de varios fármacos para el control de las uveitis intermedias, en ocasiones, este tipo de patología puede no responder al tratamiento convencional. Actualmente, se están utilizando de forma compasiva antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa como alternativa.

Caso clínico: Paciente de 51 años que acude a consulta por presentar disminución progresiva de la Agudeza Visual (AV) en Ojo Izquierdo (OI) que ha empeorado en el último año. La AV es de 1 en Ojo Derecho (OD) y de 0,2 en OI. Resto exploración oftalmológica normal salvo el Fondo de Ojo (FO) que muestra un Tyndall vítreo bilateral de ++ y un levantamiento macular en OI que en la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) se corresponde con un Edema Macular Cistoide (EMC). Se realizan exámenes de laboratorio incluyendo aquellos destinados a descartar causas infecciosas resultando negativos. Durante 3 meses consecutivos se administra Ranibizumab intravítreo en OI sin obtener mejoría. Se decide la administración subtenoniana de Triamcinolona Acetósido que ante la nula respuesta y la aparición de un EMC en el OD se decide asociar con Ciclosporina. Tras 8 meses de terapia combinada y, ante los malos resultados, se suspende la Triamcinolona en AO y se opta por el uso compasivo de Infliximab. A los 10 meses de tratamiento no se describe ningún efecto adverso, la actividad inflamatoria ha cedido y la AV en AO es de 1.

Conclusiones: El uso del Infliximab constituye una alternativa terapéutica en el control del EMC, aunque son necesarios un mayor número de estudios para demostrar su eficacia.

P-93

NUESTRA EXPERIENCIA EN COROIDITIS SERPINGINOSA Y COROIDITIS SERPINGINOSA LIKE DANTAS CALDEIRINHA Argilio, RUEDA RUEDA Trinidad, GARCÍA HERNÁNDEZ Francisco

Introducción: La Coriorretinitis serpinginosa (CS) es una forma de uveítis posterior recurrente, bilateral, asimétrica, infrecuente y de etiología desconocida, responde variablemente a tratamiento (Tto) inmunosupresor. La coroiditis serpinginosa like (CSL) es secundaria a infección tuberculosa (TBC) y presenta algunas diferencias clínicas con CS, su Tto son antiTBC Presentamos 2 casos de CS y 2 casos de CSL

Casos clínicos: Caso 1: Atendido en 1992, seguimiento de 21 años. Agudeza visual (AV) inicial ojo derecho (OD) 0.125 y ojo izquierdo (OI) 0.8. Afectación bilateral con coroiditis parapapilar. AV final OD 0.4 y OI percibe luz. Diagnosticado (Dg) de CS realizó Tto con ciclosporina de base y corticoides en brotes inflamatorios. Caso 2: Debut en 2001. Seguimiento 12 años. AV inicial OD 1 y OI 0.5. Afectación bilateral con coroiditis peripapilar. AV final OD 0.3 y OI 0.6. Dg de CS, realizó Tto con diferentes inmunomoduladores en distintos periodos y corticoides orales en los brotes. Caso 3: Inicio en 2010. AV inicial OD 0.8 OI 0.5 Afectación inicial de OI, coroiditis paramacular AV final OD 0.2 y OI 0.6 Dg en un principio de CS y Tto con corticoides orales en otro centro. Se Dg CSL y TBC antigua, sin actividad desde Tto antiTBC. Caso 4: Dg en 2003 de CS en otro centro. AV inicial de OD 0.9 y OI 0.9 Afectación bilateral paramacular y multifocal periférica, Tto con corticoides. Presenta características de CSL y tuberculina positiva. AV final OD 2/3 y OI 1/3. Rechaza el Tto

Conclusiones: La CS y CSL son infrecuentes o poco diagnosticadas en nuestro medio, representan el 0.8% de las uveítis en nuestro hospital. Es importante detenerse en las características que diferencian la CS de la CSL ya que el Tto y la evolución son distintas. En las CS hemos observado que los tto inmunosupresores asociados a corticoesteroides han logrado un control medio, con recurrencias frecuentes al reducir o retirar el inmunosupresor. Dosis mínima de inmunosupresores y una vigilancia estrecha es esencial.

P-94

UVEÍTIS INTERMEDIA EN PACIENTE AFECTO DE FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR

DOMÉNECH BERGANZO Maitane, DÍAZ CASCAJOSA Jesús, ANTÓN LÓPEZ Jordi

Introducción: La fiebre mediterránea familiar (FMF) es una enfermedad autoinflamatoria caracterizada por episodios recurrentes de fiebre, artritis y serositis. Una de las complicaciones graves de esta enfermedad es la aparición de amiloidosis secundaria. La afectación ocular en la FMF es rara. Se han descrito casos de epiescleritis, neuritis óptica, cuerpos coloides retinianos (relacionados con depósitos de amiloide vítreo) y oftalmoparesias.

Caso clínico: Niño de 12 años afecto de fiebre mediterránea familiar, confirmado por estudio genético y en tratamiento con colchicina, que es remitido por visión borrosa, dolor retroocular, cefalea y fotofobia. A la exploración se objetiva una agudeza visual de 0'6 en ojo derecho y 1 en ojo izquierdo, células en vítreo anterior de ambos ojos y snowballs en AO (OD>OI). Dada la bilateralidad del cuadro se inicia tratamiento con corticoides sistémicos, presentando práctica desaparición de los snowballs y mejoría de la agudeza visual. Tras seis meses de seguimiento sin tratamiento no ha presentado recidiva del cuadro.

Conclusiones: La uveítis intermedia es una asociación no descrita hasta la fecha con la fiebre mediterránea familiar. Dados los criterios del grupo SUN, el antecedente de FMF no permite utilizar la terminología «pars planitis», debiendo adoptar el diagnóstico «uveítis intermedia asociada a FMF». En casos con presencia de snowballs sin celularidad aparente en vítreo anterior puede plantearse el diagnóstico diferencial con amiloidosis vítrea, sí descrita en FMF (descrita como «cuerpos coloides» en trabajos ya clásicos). Dada esta posible asociación debería plantearse exploración oftalmológica completa en todo paciente afecto de FMF.

P-95

IMPLANTE INTRAVÍTREO DE DEXAMETASONA (OZURDEX®) EN CIRUGÍA DE CATARATA POR AIJ

GARZO GARCÍA Irene, CORDERO COMA Miguel, MARTÍN ESCUER Bárbara, COSTALES MIER Felipe, MONJE FERNÁNDEZ Laura

Introducción: La uveítis se observa en aproximadamente el 25% de los pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ). Las uveítis anteriores (UA) generalmente tienen buen pronóstico, hecho que no ocurre en la AIJ, cuyos pacientes suelen presentar un curso caracterizado por inflamación recurrente con severas complicaciones. Las cataratas en niños con uveítis asociada a AIJ constituyen una patología complicada debido al elevado riesgo de ambliopía y la dificultad de control de la inflamación. En estos pacientes es fundamental un estricto control de la inflamación perioperatoria para prevenir las frecuentes complicaciones postquirúrgicas y el rechazo de la lente intraocular (LIO).

Caso clínico: Niño de 5 años con catarata en ojo derecho en el contexto de UA bilateral asociada a AIJ desde los 2 años de edad. Estaba a tratamiento con adalimumab, presentando control de la inflamación intraocular. Presentaba además queratopatía en banda y sinequias en 360°. Dadas las dificultades para lograr el control de la uveítis y debido a la necesidad de realizar la cirugía de cataratas en ese ojo se decidió implantar en vítreo un dispositivo biodegradable de liberación sostenida de dexametasona (Ozurdex®) un mes antes de la cirugía. Un mes más tarde, se realizó cirugía de la catarata mediante facoemulsificación con implantación de LIO en cámara posterior y vitrectomía anterior. Siete meses más tarde, el paciente está controlado sin necesidad de tratamiento tópico presentando una AV de 0.8.

Conclusiones: El resultado de la cirugía de cataratas en pacientes con AIJ depende, entre otras cosas, del estricto control perioperatorio de la inflamación. El implante de LIO parece ser seguro y beneficioso si se logra un buen control de la uveítis. Ozurdex® puede constituir una alternativa terapéutica eficaz y segura para controlar la inflamación perioperatoria en casos especialmente arriesgados de cirugía de catarata.

P-96

A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE IRIDOCICLITIS HETEROCRÓMICA DE FUCHS SIN HETEROCROMÍA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO

HERNÁNDEZ PARDINES Fernando, AGUIRRE BALSALOBRE Fernando, FONT JULIÁ Elsa, MENGUAL VERDÚ Encarnación

Introducción: En ausencia de heterocromía la Iridociclitis Heterocrómica de Fuchs suele ser infradiagnosticada y etiquetado a menudo de uveítis anterior o intermedia idiopática.

Caso clínico: Presentamos dos casos: Una mujer de 47 años que presenta una uveítis unilateral grado 1 (según the standarization of uveítis nomenclature working group), unos precipitados estrellados difusos por todo el endotelio y un iris atrófico. Ambos ojos son claros y no presentan heterocromía, ni sinequias posteriores. También presenta una vitritis intermedia, presión intraocular de 50 mmHg con vasos anómalos en iris y ángulo abierto. Estaba tratada con esteroides tópicos ambos ojos. Se hizo diagnóstico diferencial con queratouveitis herpética. La serología para herpes simple salió negativa. Se retiraron los corticoides y se pauto terapia tópica antihipertensiva, mejorando la presión intraocular. El segundo caso se trata de una mujer de 34 años con uveitis anterior sin presentación de sinequias, con una catarata subcapsular posterior y una uveitis intermedia unilateral crónica con bancos de nieve. Ambos ojos son oscuros y tampoco se evidencia heterocromía. En este caso el diagnóstico diferencial inicial fue con enfermedades que cursan con uveitis intermedia. Se le pidió una RNM con contraste, e instauró erróneamente con corticoides e inmunosupresores crónico. Se procedió tras descartar otras etiologías a retirar inmunomoduladores

Conclusiones: Un diagnóstico precoz de la iridociclitis heterocrómica de Fuchs es importante para evitar tratamientos innecesarios (ciclopléjicos, esteroides tópicos, sistémicos e incluso inmunosupresores) y además para una correcta monitorización de la presión intraocular. Tomamos estos dos casos como excusa para revisar en bibliografía las formas de presentación posibles de la Iridociclitis de Fuchs sin Heterocromía y su diagnóstico diferencial.

P-97

FALSO VOGHT-KOYANAGI-HARADA: DEBUT DE LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA

PUEYO FERRER Alfredo, SEGOVIA MALDONADO Emilio José, MACIÁ BADÍA Carme, SEGURA GARCÍA Antonio

Introducción: Presentamos un caso de S. Mascarada en paciente con clínica compatible con S. de Voght-Koyanagi-Harada.

Caso clínico: Mujer de 54 años que acude a urgencias de oftalmología con clínica de disminución de agudeza visual, tinnitus y cefalea. A la exploración del fondo de ojo llama la atención un desprendimiento neurosensorial en ambos ojos que se confirma por OCT. Ante la sospecha de un S. de Voght-Koyanagi-Harada se remite al servicio de medicina interna para estudio donde se objetiva en la analítica de sangre realizada 400X10(9)/L leucocitos con 90% de blastos. El estudio de médula ósea confirma una leucemia linfoide aguda tipo B Philadelphia (+). Postulamos la hipótesis que con dicha cifra de leucocitos que cumple criterios de síndrome leucostásico, podría darse una hiperviscosidad sanguínea que provocase una isquemia coroidea y que ésta desencadenase dicho desprendimiento neurosensorial retiniano. Por parte de oftalmología no se decide iniciar ningún otro tipo de tratamiento mas que el propio citorreductor de la leucemia (hidroxiurea y corticoides), observándose una regresión del desprendimiento neurosensorial y mejoría de agudeza visual a los dos meses de inicio del tratamiento.

Conclusiones: • Ante un paciente con clinica sugestiva de VKH (Tinnitus, cefalea y DNS) debemos sospechar que puede enmascarar un síndrome leucémico • Como probable causa de dicha clínica podemos postular la leucostasis • Dicha leucostasis pudiera, bien por isquemia o liberación de citoquinas en la coroides causar el desprendimiento neurosensorial • El DNS se resuelve simplemente con el tratamiento citorreductor de la leucemia • No hemos encontrado en la literatura un caso similar de clínica de VKH que enmascare un síndrome leucémico.

P-98

TRATAMIENTO INTRAVÍTREO Y TOXOPLASMOSIS MACULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

ROMERO BÁEZ Sara, ZANETTI LLISA Romina, SÁNCHEZ VEGA Cristina, FRANCISCO HERNÁNDEZ Félix, REYES RODRÍGUEZ Miguel Ángel

Introducción: La Toxoplasmosis ocular (TO) es la causa más frecuente de coriorretinitis (1). Se suele presentar como una retinitis focal, normalmente alrededor de una cicatriz coriorretiniana, acompañada de vitritis (2). Puede ser autolimitada en inmunocompetentes (1). Los principales objetivos del tratamiento son reducir la duración y la severidad de los síntomas, y evitar el riesgo de pérdida visual permanente o de recurrencia (3).

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 52 años con inmunosupresión sostenida secundaria a trasplante renal, que presenta visión borrosa en ojo izquierdo (OI). Su agudeza visual (AV) era de 0.3 y destacaban dos focos superiores blanquecinos unidos de coriorretinitis con vitritis intensa, sugestivo de toxoplasmosis. La serología fue positiva para Toxoplasma IgG. Se inició tratamiento con Trimetoprim/sulfametoxazol (TS) y 48 horas después se añadió prednisona oral. Se mantuvo el tratamiento durante 5 meses pero a las cuatro semanas de suspenderlo, el paciente acudió con un nuevo episodio de visión borrosa OI (AV cuenta dedos), con vitritis intensa con un foco de retinitis macular. Dada la gravedad del cuadro se añade tratamiento intravítreo con clindamicina 1mg/0.1ml y dexametasona 0,4 mg/0.1ml (x2, separadas por una semana), mejorando hasta la total cicatrización. Se realizó una PCR de humor acuoso que fue positiva para Toxoplasma. En la actualidad la mácula está muy adelgazada con una imagen hiporreflectante en las capas externas de la retina. Continúa tratamiento con TS y reducción de prednisona oral, sin recidivas.

Conclusiones: La administración intravítrea de clindamicina y esteroides es una alternativa terapéutica en pacientes que no responden bien al tratamiento convencional o en casos graves que afecten o amenacen la mácula (3). En pacientes con múltiples recidivas, afectación macular, o inmunosupresión persistente, la profilaxis secundaria cada 3 días con TS disminuye el riesgo de recurrencia (4). La duración ideal no ha sido bien establecida (1). Bibliografía (1) Vasconcelos-Santos, Daniel V. Ocular manifestations of systemic disease: toxoplasmosis. Curr Opin Ophthalmol. Vol 23(6), Nov 2012, p 543-550 (2) Martínez Castillo S, et al. Toxoplasmosis macular y clindamicina intravítrea: una alternativa al tratamiento oral. Arch Soc Esp Oftalmol. 2012 Mar;87(3):93-5 (3) Englander, Miriam MD; Young, Lucy, H.Y. MD, PhD. Ocular toxoplasmosis: Advances in detection and treatment. Int Ophthalmol Clin. Vol 51(4), Fall 2011, p 13-23. (4) Soheilian M, Ramezani A, Azimzadeh A, Sadoughi MM et al. Randomized trial of intravitreal clindamycin and dexamethasone versus pyrimethamine, sulfadiazine, and prednisolone in treatment of ocular toxoplasmosis. Ophthalmol. 2011 Jan; 118(1): 134-41.

P-99

VASCULITIS OCLUSIVA RETINIANA SECUNDARIA A CRIOGLOBULINEMIA MIXTA

SÁNCHEZ BÓRQUEZ Juan Manuel, GARCÍA MAYOL M.^a José, LOSADA MORELL Manuel

Introducción: Las vasculitis oclusivas pueden ocurrir como fenómenos aislados (idiopáticas) o asociadas a enfermedades sistémicas. Dentro de estas causas sistémicas destacamos en este trabajo la vasculitis oclusiva secundaria a crioglobulinemia mixta la cual no ha sido publicada con anterioridad en la bibliografía.

Caso clínico: Paciente varón de 48 años que es derivado de neurología por disminución de agudeza visual en ambos ojos y un probable papiledema, como antecedentes destacan una serología positiva para hepatitis C y mantoux(+) secundario a vacunación. Al examen oftalmológico destacan signos múltiples de vasculitis, acompañados de isquemia periférica y neovascularización peripapilar en ojo derecho y hemovítreo grado III en ojo izquierdo, se ingresa a unidad de uveítis completándose panel de exámenes, llegando al diagnóstico de una vasculitis oclusiva retiniana secundaria a crioglobulinemia mixta por lo cual se pauta tratamiento de su hepatitis y se realiza fotocoagulación logrando una mejoría de su agudeza visual y regresión de la neovascularización peripapilar.

Conclusiones: Las vasculitis oclusivas retinianas son procesos que se pueden asociar a enfermedades sistémicas por lo cual es necesario su correcto estudio y diagnóstico. La relación de la crioglobulinemia mixta con la hepatitis C es muy conocida pero su asociación con las vasculitis oclusivas retinianas no se encuentra bien documentada en la literatura. Es importante destacar la importancia de contar con unidades multidisciplinarias para el estudio, diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

P-100

QUERATITIS NEUROTRÓFICA EN AMILOIDOSIS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS, UNO DE ELLOS CON PERFORACIÓN CORNEAL

CHAIT DÍAZ Federico Andrés, TORRES TORRES Rubén, MORALES LÓPEZ Pablo, SPENCER VICENT Felipe, TORRÁS SANVICENS Josep, SÁINZ DE LA MAZA SERRA Maite

Introducción: Presentar la amiloidosis como causa de queratitis neurotrófica grave que puede llevar a perforación corneal.

Casos clínicos: Revisión de dos pacientes diagnosticados de amiloidosis sistémica que desarrollaron una queratitis neurotrófica grave. Un paciente de 36 años con polineuropatía amiloidótica familiar (PAF) y un paciente de 68 años diagnosticado de amiloidosis por cadenas ligeras de inmunoglobulinas (AL). El paciente con PAF se presentó a nuestro servicio por un cuadro de una semana de evolución de enrojecimiento y secreción del ojo izquierdo que no había respondido al tratamiento tópico con tobramicina. Se constató una úlcera neurotrófica de 3x4 mm con buen tono ocular que se trató quirúrgicamente mediante un pilar tarsoconjuntival e implante de membrana amniótica. El paciente con AL se presentó en nuestro servicio de urgencias por un cuadro de disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo de 6 días de evolución. Se evidenció una úlcera neurotrófica de 3x3 mm que estaba perforada. Debido a su mala condición general que no permitía intervenciones quirúrgicas, se trató con una lente de contacto terapéutica, moxifloxacino tópico y suero autólogo al 50%. Ambos pacientes tuvieron una evolución favorable, con cierre del defecto epitelial, aunque con escasa mejoría de la función visual.

Conclusiones: Está descrito el compromiso ocular en la amiloidosis sistémica, sin embargo el compromiso corneal con úlcera neurotrófica es una complicación rara. Ha sido pocas veces reportada en PAF y sólo una vez reportada en AL. De acuerdo a la revisión de la literatura hecha por nosotros, este es el único caso de perforación asociada a úlcera neurotrófica en AL. Las úlceras neurotróficas resultan como consecuencia de la disfunción del nervio trigémino que produce hipoestesia o anestesia corneal. Dada la escasa sintomatología que producen las úlceras neurotróficas, los pacientes pueden consultar muy tarde y con un daño corneal avanzado. Causas posibles de esta alteración son las infecciones herpéticas, neoplasias, diabetes, etc. Sin embargo en las listas clásicas de causas de úlcera neurotrófica no figura la amiloidosis. Consideramos importante incluir a los pacientes con amiloidosis en una revisión oftalmológica de rutina para la detección precoz de esta patología y su oportuno tratamiento.

P-101

ENDOFTALMITIS POR ALTERNARIA ALTERNATA

DOMÉNECH ARACIL Nuria, CALVO ANDRÉS Ramón, CASTO NAVARRO Verónica, NAVAL POTRO David, MONTERO Javier

Introducción: Las queratitis fúngicas suponen un reto diagnóstico y terapéutico importante para el oftalmólogo, Cada vez existe un mayor número de casos de queratitis asociados con un grupo de hongos denominado hongos dematiáceos, dentro del cual se encuentra el género *Alternaria*, que se caracteriza por presentar hifas septadas con pared de pigmentación oscura.

Caso clínico: Mujer de 90 años, sin patología sistémica de interés, que presenta un ojo amaurotótico con una queratopatía bullosa en tratamiento con una lente de contacto terapéutica (LCT), tobramicina y dexametasona tópicas. En una revisión la paciente refiere sensación de cuerpo extraño de días de evolución. Se objetiva una lesión rosácea sobreelevada que se remite al servicio de microbiología. Se inicia tratamiento con moxifloxacino tópico 0.5% 5 veces al día, retirando la LCT y los corticosteroides tópicos. Una semana más tarde, la paciente refiere empeoramiento clínico, y observamos que la lesión se ha reproducido, mostrando esta vez, un tamaño mayor. El resultado del cultivo aísla *Alternaria* spp. En este momento, iniciamos tratamiento con natamicina 5% y voriconazol 1% tópicos, con una posología de una gota horaria, A pesar de este tratamiento, el cuadro presenta una evolución tórpida, con una evolución a la endoftalmitis y a la evisceración.

Conclusiones: Las queratitis de etiología fúngica son poco frecuentes, sin embargo, deben sospecharse en pacientes con factores de riesgo, incluso sin constancia de antecedente traumático previo, como es el caso de nuestra paciente. La endoftalmitis secundaria, no es una evolución frecuente de las queratitis fúngicas, sin embargo, una vez instaurada, a menudo resulta en un pronóstico visual ominoso y, a pesar de los avances en terapia antifúngica, su manejo sigue siendo un reto.

P-102

GRANULOMA CONJUNTIVAL COMO RESPUESTA A SUTURA DE SEDA TREINTA AÑOS DESPUÉS DE TRAUMATISMO PERFORANTE

ECHEVERRÍA PALACIOS Marta, MAYA ZAMUNDIO José Ramón, RODRÍGUEZ MARCO Nelson Arturo, REBOLLO AGUAYO Arantxa, ELIZALDE ESCALA Izaskun

Introducción: El granuloma conjuntival constituye la respuesta crónica inflamatoria como manifestación de diferentes entidades. En raras ocasiones se presenta como una hipersensibilidad retardada por el contacto de un material exógeno como la seda. Presentamos el caso de un granuloma conjuntival por hilo de seda tras reparación de un traumatismo después de 30 años de seguimiento

Caso clínico: Varón de 47 años de edad que acude urgencias con sensación de cuerpo extraño de 15 días de evolución en su ojo izquierdo (OI). Como antecedente oftalmológico refería una herida perforante escleral en dicho ojo con importante salida de vítreo en 1980 que precisó vitrectomía con tijera y sutura escleral. En la exploración oftalmológica presentaba un granuloma conjuntival con hiperemia intensa. Se realizó escisión quirúrgica de la lesión y del punto de seda. El informe de anatomía patológica confirma la lesión crónica de tipo granulomatosa frente a un material extraño.

Conclusiones: El granuloma conjuntival oftalmoscópicamente se caracterizan por nódulos subconjuntivales de saco de color amarillo-blanco generalmente en los fondos con tamaño variable y que asocian cierto grado de hiperemia. El análisis histopatológico confirma la naturaleza benigna de la lesión describiendo las características células gigantes multinucleadas asociado a un infiltrado inflamatorio. En muy raras ocasiones tras muchos años como consecuencia de una hipersensibilidad retardada mediada por células T como es el caso de nuestro paciente.

P-103

INTERFERÓN ALFA 2- β TÓPICO EN CARCINOMA ESCAMOSO CONJUNTIVAL RECIDIVANTE

FERNÁNDEZ-VEGA CUETO-FELGUEROSO Luis, PAZ DALISAY M.^a Fideliz de la, ÁLVAREZ DE TOLEDO Juan, RODRÍGUEZ UÑA Ignacio, COBIÁN TOVAR Ramón, DING Ángela

Introducción: El carcinoma escamoso de la conjuntiva es el tumor más frecuente de la superficie ocular. El uso de tratamientos tópicos, como el interferón alfa 2- β , es una opción terapéutica cada vez más extendida en caso de recidiva. Se presenta el caso de un carcinoma escamoso altamente recidivante que requirió el uso prolongado con interferón alfa 2- β para su control.

Caso clínico: Mujer de 80 años de edad que presentaba una tumoración conjuntival en el ojo derecho (OD) de 5 meses de evolución. La agudeza visual (AV) con corrección en el OD era de 0,65 y en el ojo izquierdo (OI) de 0,8.

Conclusiones: Los interferones son glicoproteínas que actúan activando una cascada de eventos intracelulares que confieren propiedades antivirales y antitumorales. El interferón alfa-2- β puede utilizarse en el tratamiento de esta neoplasia de forma tópica como colirio o mediante su inyección intralesional. Se ha descrito su administración como tratamiento inicial y aislado y también como terapia complementaria a la cirugía ofreciendo buenos resultados con escasos efectos secundarios (hiperemia conjuntival y conjuntivitis folicular). La cirugía por resección de la lesión es el método tradicional de tratamiento de estos tumores, pero presenta un elevado índice de recurrencias. La inmunoterapia es una alternativa actual para estos tumores. La actividad de los interferones frente a las neoplasias epiteliales de la superficie ocular se ha demostrado en los últimos años. En determinados casos de recidivas frecuentes podría plantearse mantener el tratamiento con interferón tópico de por vida debido a que los efectos secundarios del mismo son infrecuentes.

P-104

EFFECTIVIDAD DEL INTERFERÓN ALFA-2B TÓPICO EN LA NEOPLASIA CONJUNTIVAL INTRAEPITELIAL: 1 AÑO DE SEGUIMIENTO

MATAIX ALBERT Beatriz, GARRIDO HERMOSILLA Antonio Manuel, CARO MAGDALENO Manuel, ÁNGELES FIGUEROA Rubén Alberto, DÍAZ RUIZ María Concepción, MONTERO DE ESPINOSA ESCORIAZA Ignacio

Introducción: La neoplasia conjuntival intraepitelial (CIN) es la tumoración maligna más frecuente de la superficie ocular. Clínicamente aparece por lo general en pacientes de 60-70 años de piel clara, aunque también pueden presentarse en jóvenes inmunosuprimidos. La bilateralidad es escasa. Son lesiones gelatinosas, sésiles o papilomatosas, con tendencia a la extensión difusa superficial, generalmente en la hendidura interpalpebral con bordes mal definidos, afectando al limbo y con extensión habitual sobre el epitelio corneal. En su desarrollo se ha implicado el papilomavirus humano, el virus de la inmunodeficiencia adquirida, la radiación solar y factores ambientales como la exposición a derivados del petróleo, aceites industriales, tabaquismo, etcétera.

Caso clínico: Se presentan 2 casos de pacientes con diagnóstico clínico de CIN, en los que se instauró tratamiento tópico con colirio de interferón alfa-2b (1 MUI/ml), 4 veces al día, durante 4 y 5 meses, respectivamente. Tras más de 1 año de seguimiento, la remisión ha sido completa, encontrándose ambos pacientes asintomáticos y sin signos biomicroscópicos de recidiva tumoral.

Conclusiones: En la actualidad, diversos estudios concluyen que el IFN alfa-2b tópico y la escisión quirúrgica agresiva pueden considerarse indistintamente efectivos como primera elección en el tratamiento de la CIN. De este modo, el tratamiento mediante colirio de IFN alfa-2b, por sí solo, puede erradicar la neoplasia y evitar la cirugía. Asimismo, el IFN alfa-2b tópico tendría una gran ventaja teórica sobre la escisión quirúrgica convencional, ya que reduciría el riesgo de pérdida de células madre limbares derivado del trauma quirúrgico y el consiguiente compromiso de la integridad de la superficie ocular.

P-105

QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA EN UNA PACIENTE CON LUPUS Y KALA-AZAR

HERNÁNDEZ BEL Laura, CALVO ANDRÉS Ramón, MORATAL Baltasar, HERNÁNDEZ M.^a Luisa

Introducción: La queratitis ulcerativa periférica (PUK) es una lesión inflamatoria, aguda, destructiva, en forma de media luna, localizada en la córnea periférica. En ocasiones se asocia a escleritis adyacente, suele desarrollarse en el transcurso de un trastorno del tejido conectivo, como la artritis reumatoide, la policondritis recidivante, o el lupus eritematoso sistémico(LES).

Caso clínico: Mujer de 37 años que consultó de urgencias por dolor ocular, y visión borrosa unilateral aguda. Como antecedentes personales de interés refería un LES. En 2005 presentó un episodio de leishmaniasis visceral tratada con anfotericina B. El tratamiento habitual desde hacía 2 años era: prednisona y azatioprina. Se observa una lesión corneal con características clínicas compatible con una PUK por lo que se procedió a aumentar la dosis de prednisona a 60 mg/día. 72 horas después, la paciente presentaba una importante mejoría clínica, Sin embargo, la paciente presentaba lesiones eritematosas infiltradas a nivel facial sugestivas de una reactivación del LES. Tras consultar con el Servicio de Dermatología, se realizó una biopsia estableciéndose el diagnóstico de leishmaniasis dérmica post kala-azar, secundaria al estado de inmunosupresión en el que se encontraba. El Servicio de Reumatología realizó un ajuste terapéutico disminuyendo la dosis de glucocorticoides y añadiendo Anfotericina B resolviéndose el cuadro a las 3 semanas

Conclusiones: La relevancia del caso viene por la complejidad del tratamiento para lograr un equilibrio en la supresión del sistema inmune previniendo y manejando las complicaciones infecciosas que puedan aparecer. Para ello es conveniente la colaboración de otros servicios con experiencia en el manejo de estas enfermedades.

P-106

HALLAZGOS EN LA OCT DE HIDROPS CORNEAL EN QUERATOCONO

LÓPEZ FERRANDO Nicolás, GALLARDO SÁNCHEZ Luis Miguel, MEDRANO RUILOBA José Luis, VÉLEZ DELGADO Lisa, MARTÍN BRAVO Ana, SASTRE GALLEGO Luisa M.^a

Introducción: En casos avanzados de queratocono se pueden producir fenómenos endoteliales -desceméticos que lleven al establecimiento de edemas corneales agudos (hidrops). La aparición de la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) permite el estudio detallado de la cara posterior de la córnea en estos casos

Casos clínicos: Se presentan dos casos de pacientes con hidrops corneal en queratocono avanzado estudiados mediante OCT, y la evolución de dichas imágenes en el plazo de 2 años en un caso y de 1 año en el otro. Se muestran áreas de tracción de la membrana de Descemet con despegamiento y puntos de rotura.

Conclusiones: La OCT es útil en el estudio y seguimiento de las alteraciones de la cara posterior de la córnea en el hidrops agudo en el queratocono.

P-107

TRATAMIENTO COMBINADO DE UN RARO HALLAZGO HISTOPATOLÓGICO: CARCINOMA CONJUNTIVAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS MICROINVASOR

GARRIDO HERMOSILLA Antonio Manuel, CARO MAGDALENO Manuel, MATAIX ALBERT Beatriz, ÁNGELES FIGUEROA Rubén Alberto, DÍAZ RUIZ M.^a Concepción, MONTERO DE ESPINOSA ESCORIAZA Ignacio

Introducción: El carcinoma conjuntival de células escamosas microinvasor es una tipología muy infrecuente de carcinoma escamoso. Se origina a partir de las queratosis actínicas y las neoplasias intraepiteliales. En la mayoría de los casos tiende a ser invasivo sólo superficialmente, por lo que su curso es relativamente benigno, con presencia de metástasis sistémicas en aproximadamente el 1% de los casos.

Caso clínico: Varón de 53 años que presenta una lesión papilomatosa, pediculada y móvil, de tamaño medio, localizada en conjuntiva bulbar nasal de ojo derecho. En base a estos datos, se procede a su resección quirúrgica con posterior biopsia de la muestra obtenida. El análisis histopatológico revela la existencia de un carcinoma conjuntival de células escamosas microinvasor, encontrándose los bordes de la pieza quirúrgica infiltrados. Por este motivo, se efectúa, en un segundo tiempo, una ampliación de los márgenes de resección, esta vez con resultado satisfactorio, aunque necesitando realizar un recubrimiento con membrana amniótica del defecto conjuntival ocasionado. Se decide iniciar a continuación tratamiento tópico con colirio de interferón alfa-2b (1 MUI/ml), 4 veces al día, durante 5 meses, manteniéndose asintomático y sin signos biomicroscópicos de recidiva hasta el presente (10 meses de seguimiento).

Conclusiones: El mayor problema de este tipo de neoplasias se deriva de la extensión y las recurrencias. Por tanto, el diagnóstico precoz resulta de vital importancia debido a que la biopsia escisional con amplios márgenes de resección, preferentemente acompañada de tratamientos adyuvantes, suele ser un tratamiento definitivo. No obstante, el compromiso quirúrgico ocasionado a nivel limbar puede requerir un recubrimiento conjuntival con membrana amniótica. Por otra parte, el interferón alfa-2b tópico parece ser el tratamiento adyuvante más efectivo y seguro, ya que no origina pérdida adicional de células madre limbares, al contrario que la mitomicina C.

P-108

CANDIDIASIS MUCOCUTÁNEA CRÓNICA: MEJORÍA CLÍNICA Y CITOLÓGICA DE LA SUPERFICIE OCULAR CON CICLOSPORINA TÓPICA

MEDIERO CLEMENTE Soraya, BRAVO LJUBETIC Luciano, BOTO DE LOS BUEIS Ana

Introducción: La candidiasis mucocutánea crónica (CMC) es un desorden autoinmune hereditario, aunque ocasionalmente se presenta de forma esporádica. La principal anomalía inmunológica consiste en un defecto en los linfocitos T contra especies de *Candida*, que origina infecciones mucocutáneas crónicas por *Candida*. Un tercio de los casos presentan enfermedades endocrinológicas, autoinmunes o síndromes heterogéneos. La afectación ocular es inusual.

Caso clínico: Paciente de 66 años diagnosticado en la infancia de CMC con afectación oral. Presentaba hipotiroidismo autoinmune primario y diabetes mellitus. Consultó por fotofobia severa y disminución de visión. La agudeza visual era de 1 en ojo derecho (OD) y 0,3 en ojo izquierdo (OI) (ambliope). En la biomicroscopía de ambos ojos presentaba blefaritis, hiperemia conjuntival, neovascularización corneal 360°, conjuntivalización inferior, queratitis punteada superficial y en remolino. La citología de impresión corneal mostraba metaplasia escamosa moderada OD y severa OI. Se descartó atopia. Tras el empleo de ciclosporina, inicialmente a concentración del 0,5%, se objetivó mejoría significativa biomicroscópica y citológica. Cuatro años después, con ciclosporina 0,05% cada 12 horas el paciente permanece asintomático.

Conclusiones: Nuestro caso describe por primera vez la utilización de ciclosporina tópica para el tratamiento de las lesiones oftalmológicas por CMC con buenos resultados. Este tipo de inmunodeficiencia produce una inflamación crónica en la mucosa ocular que origina una blefaroqueratoconjuntivitis crónica, y un desgaste de células madre limbares en fases tardías. La ciclosporina tópica permite disminuir la inflamación y aliviar los síntomas.

P-109

USO DE MEMBRANA AMNIÓTICA EN SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON CON AFECTACIÓN OCULAR

POLANCO GALVÁN Iván, CABRERA BEYROUTI Rubén, JIMÉNEZ RODRÍGUEZ Diana Nury, CARRIÓN CAMPOS Raquel, ÁLVAREZ PINEDA Camilo

Introducción: El Síndrome de Stevens-Johnson es un síndrome de hipersensibilidad mediado por inmunocomplejos que afecta a la piel y mucosa incluida la conjuntiva. A nivel ocular produce queratoconjuntivitis grave que puede originar graves secuelas anatómicas y funcionales. El mantenimiento de la superficie ocular y su función puede ser obtenido en algunos casos con la utilización de membrana amniótica.

Caso clínico: Paciente de 15 años con cuadro de 3 días de evolución de fiebre, síntomas respiratorios, digestivos, lesiones cutáneas diseminadas que afectan los párpados y conjuntiva, dolor local, eritema conjuntival, secreción sensación cuerpo extraño, fotofobia y disminución en la agudeza visual. Se realiza estudio clínico y se diagnostica de Neumonía por Mycoplasma Pneumoniae y Síndrome de Stevens-Johnson asociado. Durante ingreso paciente presenta Blefaritis grave y queratoconjuntivitis que es tratado de forma intensa con corticoide y antibiótico tópico e intravenoso, inmunosupresores tópicos y lubricantes oculares. Ante su evolución tórpida, se realiza queratectomía superficial completa para extraer superficie ocular queratinizada, y por la presencia de un simblefaron inflamatorio-cicatrizal bilateral se realiza desbridamiento palpebral recubrimiento con membrana amniótica y tarsorrafia por 5 días. Posteriormente se continua con tratamiento corticoide y antibióticos y lubricación ocular permanente

Conclusiones: la Evolución clínica ha sido favorable, disminución de signos inflamatorios locales, y reepitelización completa corneal sin presencia de secuelas anatómicas corneales o alteración visual residual. La extracción de placas queratinizadas de los márgenes posteriores palpebrales, junto con el recubrimiento de membrana amniótica y el tratamiento médico ha sido determinante en la resolución y el resultado satisfactorio de este paciente.

P-110

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO COADYUVANTE DEL MELANOMA CONJUNTIVAL CON MITOMICINA C E INTERFERON ALFA-2 β : A PROPÓSITO DE UN CASO

RAMOS BARRIOS Marilena, RODRÍGUEZ MÉNDEZ Verónica, FERNÁNDEZ AVELLANEDA Pedro

Introducción: El melanoma conjuntival es un tumor de baja incidencia, pero potencialmente mortal. La resección radical mediante biopsia escisional es el tratamiento de elección. Debido a su alta tasa de recidiva, es necesario el tratamiento coadyuvante como la radioterapia, Mitomicina C (MMC), Interferón $\alpha 2\beta$ (IFN $\alpha 2\beta$) tópicos, entre otros, sin existir publicaciones sobre efectividad de éstos a largo plazo y sin estar exentos de efectos secundarios.

Caso clínico: Varón de 75 años, sin antecedentes personales de interés, que acude por sospecha de malignidad de lesión pigmentada conjuntival en ojo derecho. La exploración evidencia una lesión nodular pigmentada en conjuntiva bulbar nasal con invasión de limbo corneal en área nasal. Resto de exploración normal. Se procede a resección quirúrgica con biopsia y recubrimiento con membrana amniótica. La anatomía patológica confirma diagnóstico de melanoma maligno de extensión superficial y una semana después se inicia tratamiento coadyuvante con colirio MMC al 0.04% durante casi dos semanas que se suspende por toxicidad local (conjuntivitis e insuficiencia limbar con epitelopatía). El estudio de extensión resulta negativo. Tras la resolución de queratopatía y ante la presencia de recidiva aparente se inicia IFN $\alpha 2\beta$ colirio 4 veces al día con una mejoría progresiva aunque persistía intermitentemente la epitelopatía. Antes de finalizar el mes de tratamiento, el paciente presenta infección corneal por pseudomona que requiere de injerto de membrana amniótica por melting corneal.

Conclusiones: A pesar del progreso y avances en su tratamiento, la recurrencia local es alta (casi un 62%). El IFN $\alpha 2\beta$ se ha mostrado eficaz como coadyuvante de la enfermedad recurrente y para pacientes que no toleren la MMC, ya que ésta presenta con frecuencia efectos secundarios locales como es la estenosis de los puntos lagrimales, conjuntivitis, queratitis tóxicas e incluso, insuficiencia límbica con sus posibles complicaciones como la ocurrida en nuestro paciente.

P-111

CARCINOMA CONJUNTIVAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS CON MELANOCITOS DENDRÍTICOS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON MELANOMA

SALCEDO GARROTE Leticia M.^a, MACÍAS GARCÍA Laura, SÁNCHEZ JIMÉNEZ Ana Isabel, MOGOLLÓN DAZA Melissa, HERNÁNDEZ ANGUIANO Gregorio, BARRIGA DOY Guillermo

Introducción: El carcinoma conjuntival de células escamosas con melanocitos dendríticos es una entidad poco frecuente. Aunque los melanocitos dendríticos con melanina se pueden ver en numerosas neoplasias epiteliales, éstos sólo han sido registrados entre un 0,01 % y un 7% de todos los carcinomas de células escamosas. La mayoría de los casos han sido identificados en mucosa bucal y ocular.

Caso clínico: Varón, 80 años, agricultor, exfumador importante, hipertenso sin alergias. Como único antecedente oftalmológico un pterigium nasal en ojo izquierdo. Acude a consultas externas porque el pterigium ha crecido desde la última revisión hace 6 meses. En la biomicroscopía apreciamos en ojo izquierdo una lesión nasal que podría confundirse con un pterigium, aunque de aspecto más gelatinoso, con crecimiento exóftico, pigmentada y que invade córnea. El fondo de ojo y la presión intraocular eran normales. Ante la sospecha clínica de tumoración conjuntival se plantea la extirpación- biopsia. La biopsia de 0,5 cm de eje máximo, es enviada a anatomía patológica, donde se procesa y cuya evaluación histológica reveló una epidermis irregular acantósica, con grupos lobulares de queratinocitos atípicos con un patrón infiltrativo de carcinoma epidermoide invasivo que se proyectaba a través de la membrana basal. Se observan en íntima relación con la celularidad escamosa, abundantes melanocitos dendríticos intraepidérmicos, que confieren coloración negruzca a la neoplasia. Márgenes quirúrgicos libres. Se realiza panel inmunohistoquímico que expresa positividad para CK AE1-AE3 en las células neoplásicas; negatividad para p16; índice proliferativo (Ki67) del 60%, así como positividad para Melan A, HMB45 y S100, en las células dendríticas melanocíticas.

Conclusiones: Plantear siempre diagnósticos diferenciales con melanoacantoma y melanoma. La morfología histológica y la inmunohistoquímica nos permiten llegar al diagnóstico final de carcinoma de células escamosas con melanocitos dendríticos.

P-112

QUERATITIS FÚNGICA, TRATAMIENTO CON VORICONAZOL

SEGOVIA MALDONADO Emilio José, GARRIGA BEGUIRISTAIN Mireia, MARTÍN NALDA Sara, GARCÍA ARUMÍ Josep

Introducción: La queratitis fúngica es una causa grave de infección corneal, mas frecuente en países en vías de desarrollo. Su tratamiento resulta un reto debido a la dificultad de la confirmación microbiológica de la infección así como la dificultad en la obtención de preparaciones antifúngicas eficaces y por último debido la mala evolución de la misma. El tratamiento con Voriconzol se presenta esperanzador debido a la excelente penetración intraocular y cobertura de amplio espectro, además de la posibilidad de utilizarlo por diferentes vías: tópica, intraestromal, intracamerular y sistémica

Caso clínico: Mujer de 32 años, sin antecedente traumático que acude por infiltrado corneal derecho de una semana de evolución que no mejora con tratamiento tópico antibiótico, a la exploración la lesión presenta aspecto plumoso, con infiltración tenue e infiltrados satélites sugestivos de etiología fúngica, con raspado de la lesion positivo para Fusarium Sp. por lo cual se inicia tratamiento con Anfotericina B topica, con empeoramiento del cuadro, ante lo cual se agrega Voriconzol topico, obteniéndose estabilidad del cuadro, pero presentando infiltración profunda que se mantiene estable con signos inflamatorios activos por lo cual se decide tratamiento oral con Voriconazol oral (200mg/12hs), inyección de Voriconazol intraestromal 0,05 ml (50 microgramos/ 0,1 ml) 5 inyecciones y Voriconzol intracamerular 0,1 ml (100 microgramos/ 0,1 ml), con lo cual se consigue disminución de tamaño y densidad de la infiltracion y el control de la infeccion

Conclusiones: El tratamiento con Voriconzol en las infecciones fúngicas refractarias representa una opción a tener en cuenta antes de considerar tratamientos quirurgicos mas agresivos, o en caso de que los mismos sean necesarios, retrasarlos o bien disminuir la carga fúngica de modo a disminuir la posibilidad de diseminacion intraocular de la infección.

P-113

LESIÓN MACULAR POR IMPACTO DE LÁSER ALEJANDRITA

ANAYA ALAMINOS Roberto, MUÑOZ ÁVILA Ignacio, MORA HORNA Eduardo Ramón

Introducción: El láser alejandrita se emplea fundamentalmente con fines estéticos (depigmentación o depilación), en el ámbito de la dermatología. Tiene una longitud de onda de 755 nanómetros. Su creciente utilización por personal no cualificado incrementa el riesgo de inducir lesiones de carácter iatrogénico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 26 años que acudió a urgencias de oftalmología por visión borrosa tras impacto accidental de láser alejandrita en el ojo izquierdo (O.I.) mientras se sometía a tratamiento estético dermatológico en ausencia de gafas protectoras. En el examen oftalmológico del O.I. se apreció: campimetría con escotoma central y agudeza visual (AV) excéntrica de 0.1. En la funduscopia se constató a nivel foveal una lesión redondeada blanquecina sugerente de impacto láser de gran diámetro. La tomografía de coherencia óptica (TCO) registró una disrupción de la capa de fotorreceptores con hiperreflectancia intrarretiniana a nivel foveal. Tras un año de seguimiento la paciente presenta una agudeza visual de 0.2 excéntrica a escotoma central, con una cicatrización foveal residual.

Conclusiones: En la bibliografía sólo consta una referencia de lesión retiniana por láser alejandrita, presentándose en dicho trabajo un agujero macular secundario al impacto láser. A pesar de la baja frecuencia de este tipo de lesiones, debe tenerse en cuenta que la manipulación sin medidas de protección adecuadas o mediante personal no cualificado aumentan el riesgo de inducir iatrogenia retiniana grave, como la fotocoagulación foveal descrita en este caso.

P-114

DISTROFIA PIGMENTARIA FOVEAL EN ALAS DE MARIPOSA EN ENFERMEDAD DE CROHN

ARBOLEDA HURTADO Johana Catalina, CUNHA MARTINS Ana Teresa

Introducción: La distrofia pigmentaria foveal en alas de mariposa es un tipo de distrofia en patrón del epitelio pigmentario de la retina caracterizada por una apariencia oftalmoscópica que consiste en depósitos en el Epitelio pigmentario de la retina (EPR) dispuestos en forma de proyecciones a partir de la fovea lo que le confiere el aspecto de alas de mariposa. Se ha descrito que los pacientes permanecen asintomáticos y que conservan buena agudeza visual a lo largo de su vida, aunque hay reportes actuales en los que se afirma que es una enfermedad crónica, progresiva y que puede asociar atrofia del EPR en el área macular o neovascularización coroidea con el consiguiente deterioro visual. También se ha reportado asociación a enfermedades sistémicas como la enfermedad de Crohn.

Caso clínico: Paciente de 42 años con enfermedad de Crohn que consulta por disminución lenta y progresiva de la agudeza visual en OI de un año de evolución, que posteriormente es diagnosticada de distrofia pigmentaria foveal en alas de mariposa.

Conclusiones: Pese a que es una alteración familiar benigna del epitelio pigmentario de la retina cuyo aspecto oftalmoscópico, autofluorescencia y angiográfico es más asombroso que sus manifestaciones clínicas, es importante tener en cuenta el riesgo de complicaciones tardías en su evolución como son la atrofia del EPR y la neovascularización coroidea que debe sospecharse ante cualquier baja visual súbita o metamorfopsias, además en casos avanzados y en pacientes de edad avanzada es necesario establecer el diagnóstico diferencial con la degeneración macular asociada a la edad ya que algunos autores han sugerido que casos diagnosticados de degeneración macular asociada a la edad con atrofia macular podrían ser manifestaciones tardías de distrofias en patrón. También es importante la valoración oftalmológica a los familiares de los pacientes y realizar más estudios moleculares de los genes implicados en las distrofias maculares.

P-115

MIGRACIÓN DE OZURDEX® A CÁMARA ANTERIOR: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

BAÑEROS ROJAS Paula, PALMERO FERNÁNDEZ Laura, VÉLEZ OSPINA Juan, RODRÍGUEZ UÑA Ignacio, JIMÉNEZ SANTOS María, PÉREZ ÁLVAREZ M.^a Jesús

Introducción: El tratamiento con el implante de dexametasona intravítrea Ozurdex® ha demostrado ser eficaz en la disminución del edema macular (EM) de diferentes etiologías. Una complicación poco frecuente es su migración.

Casos clínicos: 1. Varón de 80 años con antecedentes de subluxación del cristalino a cámara anterior (CA) tras traumatismo en ojo izquierdo (OI), que requirió cirugía extracapsular e implante de lente de fijación iridiana, alcanzando una agudeza visual (AV) de 0,6. Posteriormente presentó EM tratado con betametasona subtenoniana, bevacizumab intravítreo y finalmente Ozurdex®. Ocho días después acude por disminución brusca de AV a cuenta dedos (CD) y aumento de presión intraocular (PIO) a 32mmHg, edema corneal y migración del implante al ángulo camerular inferior. El glaucoma agudo corticoideo se trató con acetazolamida oral y timolol tópico; 2 días después se explantó el dispositivo. A los 3 días la AV era 0,1 y la PIO 22mmHg con timolol tópico. 2. Mujer de 72 años con edema macular quístico en OI secundario a trombosis venosa y AV de CD, previamente tratado con triamcinolona intravítrea. Debido a un movimiento brusco de la paciente en el quirófano, el Ozurdex® se implanta accidentalmente a través del sulcus en cámara posterior. Al día siguiente el dispositivo se encuentra migrado a través de la pupila a CA y se retira mediante incisiones corneales. 2 días después, la tomografía de coherencia óptica (OCT) demuestra la desaparición del edema con AV de 0,16, manteniéndose sin edema en la OCT y con AV conservada 5 semanas, sin complicaciones endoteliales ni aumento de PIO.

Conclusiones: El implante intravítreo de dexametasona puede excepcionalmente migrar en pacientes afáquicos, con rotura de la cápsula posterior o capsulotomía. Presentamos 2 casos de migración a CA: un paciente con lente Artisan® y una implantación accidental fuera de la cavidad vítrea. A pesar de una permanencia intraocular inferior a 24 horas puede reducir el EM de manera mantenida.

P-116

MACULOPATÍA EN TORPEDO

BARCO MORENO Elena, GISMERO MORENO Saturnino, LORENZO SOTO Mercedes, ESPAÑA
CONTRERAS Manuela, FERNÁNDEZ RAMOS Miguel Ángel

Introducción: La maculopatía en torpedo se ha descrito como una lesión hipopigmentada, solitaria, fusiforme, temporal a la fóvea y apuntando hacia el centro de la mácula. Se cree una lesión congénita o infantil sin preferencia ocular, unilateral y unifocal. Parece ser benigna, no progresiva, y no altera la función visual cuando la fóvea no se afecta por la lesión.

Caso clínico: Niña de 6 años, que acudió para revisión. Agudeza visual: 0.7 en ambos ojos ausencia de defecto refractivo y ortoforia. En fondo de ojo derecho se observó una lesión en área macular hipopigmentada, fusiforme, temporal superior a fóvea y con vértice apuntando hacia ella, con márgenes débilmente pigmentados. En la autofluorescencia, la lesión fue oscura, y en tomografía de coherencia óptica (OCT) se apreció un desprendimiento de la retina neurosensorial circunscrito al área de la lesión, con una aparente ausencia o atrofia del epitelio pigmentado de la retina (EPR), alteración de las capas retinianas externas y aumento de transmisión de la señal coroidea.

Conclusiones: Las lesiones de la maculopatía en torpedo se localizan temporales a la fóvea y apuntando hacia ella, pero no suelen incluirla. Puede existir hiperpigmentación en la cola de la lesión, y suele haber cierta hiperpigmentación en los márgenes del EPR circundante. En la angiografía fluoresceínica (AFG) existe hiperfluorescencia por defecto ventana, lo que apunta a un EPR ausente o atrófico. En la autofluorescencia la lesión aparece oscura, lo que indica la falta de cualquier fluoróforo, que sugiere un EPR anormal y no funcional, o su ausencia. Se ha objetivado un escotoma correspondiente a la lesión en el campo visual. En la OCT aparece un EPR adelgazado y anormal, puede haber o no un desprendimiento neurosensorial, se objetiva una retina interna normal y una retina externa anormal, con degeneración de fotorreceptores y pérdida de sus segmentos externos. Se ha relacionado con una malformación en el desarrollo embriológico del canal emisario de la arteria y nervio ciliar largo posterior.

P-117

CORIORRETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS ADQUIRIDA EN LACTANTE INMUNOCOMPETENTE

BARREALES PÉREZ Carla, DÁVILA FLORES Alejandro, BOVÉ GURÍ Marta, QUIROGA ELIZALDE Jorge, JIMÉNEZ MORENO María, SALINAS GUERRA Cynthia

Introducción: El citomegalovirus (CMV) causa más frecuente de infección viral congénita y perinatal, la prevalencia es de 0.3%-2% en recién nacidos vivos siendo el 90% asintomáticos. La mayoría de las infecciones por CMV son congénitas, perinatal a través del canal del parto o por la lactancia. Hay pocos casos descritos de lactantes inmunocompetentes con coriorretinitis por CMV por infección adquirida. El diagnóstico de la retinitis por CMV es clínico. La manifestación típica son focos de necrosis y edema con hemorragias. El tratamiento con Valganciclovir oral es una excelente alternativa debido a su buena biodisponibilidad que permite conseguir niveles plasmáticos similares al ganciclovir intravenoso y con la principal ventaja que se administra vía oral sin necesidad de ingreso.

Caso clínico: Recién nacido prematuro, varón y trillizo, que acude a nuestra consulta para revisiones periódicas para descartar retinopatía del prematuro. Fondo de ojo normal hasta los 4 meses cuando se evidencia un foco de coriorretinitis en el ojo izquierdo. Se suspende lactancia materna. Se realiza una batería analítica completa a los trillizos siendo el único hallazgo significativo una PCR CMV en orina positivo en dos de ellos, PCR al nacer era negativa, siendo esto un criterio de infección adquirida por CMV. Pautamos tratamiento con valganciclovir oral 32mg/Kg durante 6 semanas siendo la evolución favorable con desaparición del foco de coriorretinitis como se evidencia con las retinografías. Los otros dos hermanos no evidenciaron focos.

Conclusiones: La coriorretinitis por CMV es poco frecuente en lactantes inmunocompetentes. Ante sospecha de recién nacido con infección por CMV se debe realizar cultivo o PCR orina, sangre y LCR en las dos primeras semanas de vida. Despistaje sistémico en caso de ser positivo: ecografía cerebral y abdominal, fondo de ojo, estudio hematológico y auditivo. El tratamiento evita complicaciones y recidivas, pero debemos tener claro la toxicidad que produce.

P-118

NEUROFISIOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES VITELINIFORMES DEL ADULTO

BELLIDO MUÑOZ Rosa M.^a, DOMÍNGUEZ HIDALGO Inmaculada, SÁEZ MORENO José Antonio

Introducción: La distrofia macular viteliniforme del adulto suele tener una imagen oftalmoscópica bastante típica así como unas pruebas neurofisiológicas que pueden ser normales. Es necesario hacer el diagnóstico diferencial con diversas patologías como una coriorretinopatía serosa central, degeneración macular asociada a la edad, desprendimiento de epitelio pigmentario, enfermedad de Stargardt, distrofia en patrón o una distrofia macular de Carolina del Norte. Se realiza diagnóstico de exclusión mediante pruebas de neurofisiología como el electroretinograma multifocal y Ganzfeld.

Caso clínico: Varón adulto con lesiones viteliniformes en retina de ambos ojos, fue remitido para confirmación electrofisiológica de una enfermedad de «Best». Sorprendentemente, la electrooculografía fue rigurosamente normal por lo que hubo que descartar mediante «electrorretinograma Ganzfeld» la existencia de una distrofia de conos y por medio de la «electrorretinografía multifocal» de una enfermedad de «Stargardt», una distrofia macular de «Carolina del Norte», una coroidopatía central serosa y/o una distrofia en patrón. Del examen de las pruebas clínicas y electrofisiológicas se pudo diagnosticar al paciente, por exclusión, de una distrofia viteliniforme del adulto con electrooculograma normal.

Conclusión: Electrooculografía, «Erg Ganzfeld» y «Erg multifocal» son técnicas electrofisiológicas necesarias para el diagnóstico de las distrofias viteliniformes de inicio en la edad adulta.

P-119

MACROVASO CONGÉNITO RETINIANO: PRESENTACIÓN ATÍPICA CON BAJA VISIÓN Y ENGROSAMIENTO MACULAR

BLANCO DOMÍNGUEZ Irene, VIDAL FERNÁNDEZ Pilar, OTEIZA ÁLVAREZ Alejandra

Introducción: Los macrovasos congénitos retinianos son una rara anomalía vascular consistente en un gran vaso aberrante, normalmente una vénula, que cruza el polo posterior. Típicamente son unilaterales y su diagnóstico suele ser casual, ya que generalmente la repercusión visual es mínima y su pronóstico visual excelente.

Caso Clínico: Varón de 35 años sin antecedentes de interés que consulta por mala visión del ojo izquierdo (OI) objetivada de forma fortuita. La agudeza visual (AV) sin corrección es de la unidad por el ojo derecho y de 1/6 por el OI, asociando una exotropía de 2° del mismo. A nivel del polo posterior del OI se aprecia una vena temporal superior engrosada cuyas ramas cruzan el rafe medio, atravesando una de ellas la fóvea. Se completa el estudio con tomografía de coherencia óptica (OCT), angiografía fluoresceínica, resonancia magnética (RMN) cerebral y campo visual macular.

Conclusiones: En los raros casos en que esta malformación produce afectación visual importante, ésta se debe a hemorragias maculares, quistes foveales, desprendimiento seroso macular o, como en este caso, al propio transcurso del vaso por la zona avascular foveal, destacando aquí el engrosamiento macular con pérdida del perfil foveal, sin fluido intrarretiniano demostrado por OCT, condicionando una disminución de la AV de causa orgánica congénita con un microestrabismo secundario, sin poderse descartar un componente funcional asociado. Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial con otras anomalías vasculares, siendo necesaria en algunos casos una RMN para valorar la asociación con malformaciones cerebrales como en el Síndrome de Wyburn-Masson.

P-120

DESPRENDIMIENTO SEROSO NEUROSENSORIAL MACULAR SECUNDARIO A FOSETA PAPILAR

BOLEÁ SOLER Marcel, ESQUERRE VICTORÍ M.^a Josep, ÁLVAREZ FISCHER Marco

Introducción: Presentamos el caso clínico de un desprendimiento seroso neurosensorial macular asociado a foseta papilar.

Caso clínico: Presentamos el caso de una ujer de 43 años sin antecedentes personales de interés que acude a nuestra consulta por pérdida de agudeza visual en OI de una semana de evolución. Vista en el servicio de urgencias de otro centro diagnosticada de corioretinopatía serosa central en ojo izquierdo. En la exploración oftalmológica presentaba: Agudeza visual con máxima corrección óptica de : OD 1.0 y OI 0'16 agujero estenoico no mejora. Test de Amsler: metamorfopsias en OI. El polo anterior se encuentra dentro de la normalidad, con una PIO de 15 mmhg ambos ojos (AO). En polo posterior se evidencia: OD sin hallazgos significativos. OI con papila con foseta temporal, desprendimiento seroso macular importante desde la foseta papilar hasta las arcadas vasculares. Retina periférica aplicada.

Conclusiones: Aunque el diagnóstico de un corioretinopatía serosa central parezca claro, debemos asegurarnos que no existan factores predisponentes asociados pues el tratamiento puede diferir y de ello dependerá el resultado funcional. La foseta papilar es un defecto colobomatoso del nervio óptico presente en 1 de cada 10.000 ojos, que afecta por igual a hombres y mujeres. Del 10 al 15% son bilaterales. Tiene el aspecto de una excavación ovalada, grisácea de tamaño de 1/3 a 1/6 del diámetro papilar, situada principalmente (70% de los casos) en su lado temporal; un 20% son centrales y el resto inferiores, superiores y nasales. Su diagnóstico suele ser ocasional. Solo produce alteraciones funcionales cuando se asocia a desprendimiento seroso de la retina sensorial macular. Generalmente estos desprendimientos aparecen solo en las fosetas temporales y excepcionalmente en las de situación nasal. Puede suceder a cualquier edad pero es mas frecuente en adultos jóvenes.

P-121

AMAUROSIS BILATERAL EN PACIENTE TRATADO CON QUININA - CASO CLÍNICO

BRITO Raquel, BACALHAU Cláudia, ORNELAS Mário, NEVES Pedro, MARTINS David

Introducción: la amaurosis bilateral es una complicación poco frecuente del tratamiento de la malaria con quinina, y puede ocurrir con una dosis terapéutica única en individuos susceptibles. La recuperación de la agudeza visual se produce por lo general, con el campo visual restringido, pero en unos pocos casos la amaurosis puede ser permanente, con atrofia óptica.

Caso clínico: Hombre de 35 años de edad, fumador, sano hasta la fecha. Cinco días después de regresar de Angola fue ingresado con el diagnóstico de la malaria y la terapia iniciada con quinina y doxiciclina intravenosas, que continuó durante 9 días. En el cuarto día tuvo un episodio de síndrome de dificultad respiratoria aguda y parada cardiorrespiratoria, fue intubado y permaneció en un coma inducido por 5 días. Después de la coma se queja de disminución severa de la agudeza visual. En la primera observación el paciente no reveló percepción de la luz, las pupilas se fijaron en midriasis, la presión intraocular era de 13 mmHg, los reflejos fotomotor estaban ausentes y el examen neurológico restante fue normal. En el fondo de ojo ocular se observó palidez de las papilas, no había edema retiniano o coriorretinitis. Catorce días después el fondo de ojo ocular tenía discos ópticos pálidos y estrechamiento arterial generalizada. La tomografía computada y la resonancia magnética del cerebro y órbitas eran normales. Los potenciales evocados visuales han demostrado un aumento de la latencia de la onda P bilateralmente. Diez días más tarde no hubo potenciales corticales (P100) bilateralmente. En la tomografía de coherencia óptica se ha observado atrofia de todas las capas de la retina y el electroretinograma era del tipo ausente.

Conclusiones: La pérdida visual por tratamiento con quinina depende del conocimiento de la localización y el mecanismo de la toxicidad, que han sido objeto de discusión y controversia durante mucho tiempo. En la actualidad no existe una terapia probada y eficaz para la enfermedad.

P-122

HEMORRAGIA SUBHALOIDEA POR EXPOSICIÓN ACCIDENTAL A UN LÁSER DE ALTA ENERGÍA EN UN ESPECTÁCULO, TRATADA CON LÁSER YAG

CABRERA BEYROUTI Rubén, JIMÉNEZ RODRÍGUEZ Diana Nury, TORRES GONZÁLEZ Irma Lisset, POLANCO GALVÁN Iván Leonardo, ÁLVAREZ PINEDA Camilo, BAÑÓN RICO Antonio

Introducción: La exposición a láseres en sitios públicos donde generan animaciones luminosas puede producir lesiones retinianas con afectación visual permanente. Los punteros láser con potencias menores de 5 miliwatios (mW) causan lesiones permanentes con exposiciones inferiores a 60 segundos mientras que los láseres de discotecas con potencias entre 10-350mW pueden producirlas en milisegundos. El láser visible atraviesa las estructuras ópticas sin lesionarlas por ser transparentes actuando en el epitelio pigmentario dañándolo por efecto térmico y fotoquímico, sin dar tiempo a que los mecanismos de dispersión térmica actúen. Ante un deslumbramiento nos protegen el reflejo del parpadeo y apartar la mirada, respuesta producida en 0.15-0.25 segundos y como norma los láseres se mantienen a más de 10 metros, en movimiento, no se proyectan al público y cuando lo hacen se activan filtros de atenuación.

Caso clínico: Varón de 22 años con disminución indolora e inmediata de la visión en ojo izquierdo de 4 días de evolución, contar dedos a 1 metro, tras exposición a un láser de discoteca. Biomicroscopía y presión intraocular normal en ambos ojos. En el fondo de ojo (FO) destaca una hemorragia intrarretiniana y subhialoidea extensa de toda el área macular. Se trata con laserterapia YAG dirigida a la hialoides posterior visualizando la entrada de sangre a cámara vítrea, dexametasona y ciclopentolato tópico. 16 días después se reabsorbieron por completo las hemorragias presentando un FO normal, un perfil foveal por tomografía de coherencia óptica normal y una agudeza visual de unidad. Estable tras un año de seguimiento.

Conclusiones: Aparatos láser de gran alcance pueden causar lesiones retinianas cuya etiología puede ser difícil de determinar si el paciente no las relaciona con dicha exposición por desconocimiento. Mantener una distancia prudente, no mirar directamente el haz y apartar la mirada ante el deslumbramiento son medidas preventivas para evitar estas lesiones.

P-123

EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE PSEUDOAGUJERO MACULAR TRAUMÁTICO

CAMARGO VILLA Laura, FOLLANA NEIRA Isora, SANTIAGO RODRÍGUEZ M.^a Ángeles de, ESCOBAR LUJÁN Edwin Mark, MARTÍN GARCÍA Elisabeth

Introducción: Los traumatismos contusos oculares se asocian a numerosas complicaciones retinianas como edema de Berlin, roturas periféricas y diálisis retiniana, hemorragias vítreas o subretinianas, rupturas coroideas y agujeros maculares (AM). La incidencia aproximada de AM secundarios a traumatismos cerrados se sitúa en torno al 1-9%, representando hasta el 9% de todos los AM de espesor total. Los mecanismos de formación de los agujeros maculares traumáticos (AMT) son la dehiscencia primaria de la fovea inmediata al traumatismo y la persistencia de una tracción vítrea que origina el agujero macular días después.

Caso clínico: Varón de 24 años con visión borrosa posterior a traumatismo contuso de baja energía en ojo derecho (OD). La mejor agudeza visual corregida (MAVC) era de 6/10 OD y 10/10 en ojo izquierdo (OI). A la biomicroscopía se apreciaba una uveítis anterior con Tyndall 3+; y en el fondo de ojo (FO) edema de Berlin macular de predominio suprafoveolar e imagen de pseudoagujero macular comprobada con Tomografía Óptica Computarizada (OCT). A las 48 horas la MAVC en OD: 2/10, Tyndall de 1+, y en el FO mejoría del edema de Berlin; en la OCT se objetivaba un AM de espesor completo (Grado IV). A los 15 días la MAVC <0,5/10 OD, y en la OCT se apreciaba aumento del AM con quistes en bordes (Grado I). Ante esta situación se plantea al paciente posibilidad de observación o cirugía; el paciente decide operarse. Tras la cirugía no experimenta mejoría de la agudeza visual.

Conclusiones: El tratamiento del agujero macular traumático es controvertido y carece de protocolos consensuados de actuación. Dado que en algunos casos la evolución es favorable, algunos autores recomiendan conducta expectante. Como en toda patología médica se debe estudiar cada caso de forma individualizada. En nuestro paciente el gran tamaño de la lesión fue la causa de la mala evolución postquirúrgica.

P-124

MACROANEURISMAS RETINIANOS MÚLTIPLES IDIOPÁTICOS: EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO A LARGO PLAZO

CAMPOS ARCOS M.^a Cecilia, VELA SEGARRA José Ignacio, MINGORANCE MOYÁ Ester, DOMÉNECH BERGANZO Maitane

Introducción: Los macroaneurismas arteriales retinianos (MAR) son dilataciones adquiridas de las arterias retinianas, normalmente unilaterales, que se producen más frecuentemente en mujeres con hipertensión arterial y arterioesclerosis. Presentamos un caso con un seguimiento de 4 años y discutimos los diferentes tratamientos para controlar esta patología.

Caso clínico: Mujer de 53 años con antecedentes de hipertensión arterial que consultó por disminución de (AV) del ojo derecho (OD). La AV del OD fué de 0,7 y del ojo izquierdo (OI) de 1,2. En el fondo de ojo (FO) derecho se observaron múltiples macroaneurismas en territorio temporal a fovea con abundante exudación lipídica y una moderada tortuosidad vascular, sin edema macular. El FO del OI no presentó alteraciones. Se realizó tratamiento con láser argón focal con el que se controló la exudación. Durante 48 meses de seguimiento la aparición de nuevos macroaneurismas arteriales, exudación y el edema macular ha requerido nuevas sesiones de láser focal sin necesidad de asociar otros tratamientos. La paciente mantiene una AV de 1,0.

Conclusiones: La aplicación de láser convencional ha sido el tratamiento más utilizado para MAR sintomática. Recientemente se publicó un ensayo en el que se valoró el tratamiento con láser en los MAR exudativos con 4 meses de seguimiento lo que mejoró la AV y disminuyó el grosor macular. En un ensayo multicéntrico en 38 ojos tratados con 3 dosis de bevacizumab intravítreo se observó una regresión completa del edema retiniano, el cierre de los macroaneurismas y recuperación de la AV. Esta última terapia es una alternativa de tratamiento para los casos refractarios al láser y podría eximir a los pacientes de sus complicaciones. Los resultados de los estudios publicados están limitados por la falta de grupo control y el corto período de seguimiento. Son necesarios estudios aleatorizados prospectivos que comparen ambas terapias y que nos den las pautas adecuadas para su manejo.

P-125

DESPRENDIMIENTO NEUROSENSORIAL AGUDO TRAS TERAPIA FOTODINÁMICA DE BAJA FLUENCIA PARA EL MANEJO DE UNA COROIDORETINOPATÍA CENTRAL SEROSA

CARBONELL PUIG Marc, VALLDEPERAS BELMONTE Xavier, BROCC ITURRALDE Laura, SABALA LLOPART Antoni

Introducción: El tratamiento de la coroidoretinopatía central serosa (CCS) con terapia fotodinámica (TFD) de baja fluencia es una terapia efectiva, con mejoría de la agudeza visual (AV) y disminución del fluido subretiniano (FSR) foveal. Los efectos secundarios asociados a esta técnica son escasos, y han sido descritos en mucha menor frecuencia que tras la TFD de fluencia completa.

Caso clínico: Paciente mujer que acudió a nuestro servicio remitida para tratamiento de su CSC crónica en ojo izquierdo, con AV de 20/25. El estudio por OCT espectral demostró presencia de FSR yuxtafoveal y la angiografía fluoresceínica (AGF) demostró un acúmulo difuso de contraste en el área foveal, y con verde de indocianina (AVI) un aumento de la permeabilidad coroidea en esta misma área. Se realizó TFD de baja fluencia (25 J/cm²) con una intensidad de 600mW/cm² durante 41.5 segundos. A las pocas horas la paciente refirió disminución severa de la AV con aumento del escotoma central y fotofobia significativa. A las 24 horas la AV era de 20/160, y en la OCT se pudo observar un aumento severo del desprendimiento neurosensorial (DNS) subfoveal, hipoperfusión focal en la AVI y ausencia de otras complicaciones en la AGF. A la semana la AV mejoró hasta 20/40, con disminución del DNS. Al mes, la paciente refería mejoría subjetiva y la AV era de 20/32, con presencia de mínimo DNS subfoveal.

Conclusiones: La TFD de baja fluencia es un tratamiento efectivo y seguro, con pocas complicaciones descritas. En comparación con la TFD de fluencia completa, se ha descrito menor grado de hipoperfusión coroidea postláser, manteniendo una eficacia similar. Presentamos un caso de DNS agudo tras TFD de baja fluencia, complicación nunca descrita previamente tras este tratamiento pero sí tras TFD de fluencia completa, que se resolvió posteriormente. Discutimos el papel que podría jugar, en la aparición de esta complicación, el tiempo de aplicación (41.5 segundos) de la densidad de energía lumínica (25 J/cm²).

P-126

DIAGNÓSTICO ERRÓNEO DE COROIDOPATÍA SEROSA CENTRAL: HEMANGIOMA COROIDEO

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

Introducción: El hemangioma coroideo circunscrito es un tumor vascular hamartomatoso benigno. Clínicamente aparece como una masa redondeada, de contornos poco definidos y de color rojizo o anaranjado. Muchas de estas lesiones pueden permanecer asintomáticas, pero también es frecuente que se acompañen de una exudación crónica subfoveal que provoca disminución de la agudeza visual (AV) y que puede simular una coroidopatía serosa central (CSC).

Caso clínico: Mujer de 50 años sin antecedentes personales de interés que acude a la consulta de oftalmología diagnosticada de CSC en ojo derecho (OD). En la exploración oftalmológica la AV es de 0.3 y 1 en el adelfo, el segmento anterior y la presión intraocular es normal, y en el fondo de ojo se observa una masa roja-anaranjada subretiniana en el área macular temporal superior. -La tomografía de coherencia óptica (OCT) a nivel macular nos muestra un desprendimiento neurosensorial (DNS) subfoveal asociado a una protusión coroidea que había pasado desapercibida en anteriores exploraciones -La angiofluoresceingrafía (AFG) nos muestra que la lesión es hiperfluorescente en tiempos precoces, con difusión y aumento de la intensidad en tiempos tardíos. -En la ecografía se observó una tumoración coroidea discoide de 5,7x2.4 mm yuxtamacular temporo-superior, que mostraba vascularización en la eco-doppler. -Se realizó una resonancia magnética (RM), en la que se detecta una lesión isointensa en T1 e hiperintensa en T2 tras la administración de contraste; y un PET como estudio de extensión el cual fue negativo. Finalmente, se diagnostica de hemangioma coroideo circunscrito y se trata con terapia fotodinámica (TFD). Tras el tratamiento, se produjo la reabsorción del desprendimiento submacular y una mejoría de la AV a 0.63 en OD.

Conclusiones: El tratamiento del hemangioma coroideo circunscrito está indicado cuando existe disminución visual por DNS y el objetivo del mismo no es tanto la desaparición del tumor sino la reabsorción del líquido subfoveal. En estos casos, la TFD se presenta como la alternativa terapéutica más adecuada en la actualidad. La mayor confusión en el diagnóstico diferencial se establece con el melanoma de coroides amelanótico, la metástasis coroidea y la CCS, entre otros.

P-127

RETINOPATÍA SOLAR: UN CASO CON MÁS DE 30 AÑOS DE EVOLUCIÓN

CARRIÓN CAMPO Raquel, RICO SERGADO Laura

Introducción: La retinopatía solar es una patología infrecuente resultante de la exposición directa a la radiación solar durante un periodo prolongado de tiempo. La lesión típica ha sido descrita como una mancha amarillenta yuxtafoveal localizada a nivel del epitelio pigmentario de la retina (EPR) que al cabo de varias semanas se desvanece dando lugar a una mancha rojiza característica. La tomografía de coherencia óptica (OCT) muestra un área focal hiperreflectiva en las primeras 48 horas y un defecto hiporreflectivo en la fase crónica en el exterior de la retina y el EPR.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 42 años de edad, sin antecedentes patológicos, que acude a nuestra consulta por pérdida de visión bilateral de larga evolución. Como único antecedente remarcable refería periodos prolongados de visualización directa del sol como distracción durante su infancia. La mejor agudeza visual corregida era de 0'5 en ojo derecho y 0'7 en ojo izquierdo. El fondo de ojo revelaba una alteración marcada del reflejo foveal normal en ambos ojos. La OCT mostraba una atenuación severa de la retina neurosensorial con adelgazamiento y desestructuración completa del perfil foveal en ambos ojos. La angiografía fluoresceínica no mostró hallazgos de interés. El campo visual no demostró alteraciones campimétricas.

Conclusiones: La exposición solar intensa se ha relacionado con un daño químico y térmico sobre la retina que generalmente se traduce en una alteración a nivel de la retina externa y del EPR. Los hallazgos fundoscópicos en pacientes con una historia previa compatible y las lesiones características en OCT suelen ser la base del diagnóstico de la retinopatía solar. A pesar de ello, la rareza del cuadro obliga a hacer un meticuloso diagnóstico de exclusión.

P-128

MANEJO DEL EDEMA MACULAR SECUNDARIO A RETINOSIS PIGMENTOSA Y TUMOR VASOPROLIFERATIVO RETINIANO EN SD USHER II

CHINCHURRETA CAPOTE Ana M.^a, ALBERTE GONZÁLEZ Antonio

Introducción: El edema macular cistoideo (EMC) puede ocurrir como una complicación secundaria hasta en el 30% de los casos de retinosis pigmentosa (RP) y es el responsable de la disminución visual y los cambios atróficos maculares. A su vez; los tumores vasoproliferativos (TVP), en un 20% de los casos, son secundarios a otras enfermedades oculares, como las retinosis pigmentosa (entre otras) y pueden producir maculopatías tipo EMC o membranas epiretinianas. Las alternativas terapéuticas del EMC en ambos casos son escasas y el éxito limitado. Describimos los cambios maculares en paciente con Sd de Usher y TVP, refractario al tratamiento convencional y su evolución tras dexametasona intravítrea.

Caso clínico: Varón de 40 años con Sd de Usher II, presenta EMC en su ojo izquierdo (OI) asociado a RP y TVP en dicho ojo. Durante un año rechaza tratamiento alguno médico o quirúrgico, con lo que su máxima agudeza visual corregida (MAVC) en su OI disminuye de 1 a 0,5. Presenta a su vez hipertensión ocular bilateral controlada con fármacos y gran exudación en el polo posterior de su OI. Tras tratamiento con inhibidores de la anhidrasa carbónica oral y antiinflamatorios no esteroideos, observamos refractariedad del EMC al mismo, con lo que se inyecta un implante de dexametasona intravítrea en su OI. La evolución del EMC es excelente, su MAVC se recupera a 1 y se mantiene estable durante 6 meses y su presión intraocular se mantiene con dos fármacos antiglaucomatosos.

Conclusiones: La patogénesis del EMC en la RP es todavía incierta, muchos autores sugieren una teoría inflamatoria o proceso autoinmune, por lo que los implantes de dexametasona intravítrea pueden ofrecer una opción terapéutica para casos refractarios de RP. En nuestro caso coexisten dos causas de EMC, la RP y el TVP. Aunque para éste último sea preciso tratar el tumor subyacente, observamos cómo la dexametasona intravítrea podría frenar la evolución del CME hasta plantear y decidir tratamiento definitivo del tumor.

P-129

VASCULOPATÍA COROIDEA POLIPOIDEA EN RETINA PERIFÉRICA

CIFUENTES CANOREA Pilar, PERAZA NIEVES Jorge, CALVO GONZÁLEZ Cristina

Introducción: La Vasculopatía Coroidea Polipoidea es un alteración de la vascularización caracterizada por dilataciones aneurismáticas anormales de los vasos de la coroides que pueden producir exudación serosa o serohemorrágica.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 79 años que acudió a la consulta general de nuestro hospital para valorar cirugía de cataratas. En la exploración se evidenció una agudeza visual de 0,6 en el ojo derecho y 0,5 en el ojo izquierdo. No se encontraron alteraciones en la exploración del polo anterior. En el polo posterior se evidenció una lesión hiperpigmentada con aspecto sobreelevado en retina nasal periférica del OD. Se realizaron diferentes pruebas de imagen: la Ecografía modo B fue normal, en la OCT, Angiografía con Fluoresceína y Angiografía Verde Indocianina se observó la existencia de exudación, desprendimiento del epitelio pigmentario de la retina y pólipos en la vascularización coroidea. Se trató el caso con terapia fotodinámica más inyección de antiangiogénicos objetivándose la mejoría de las lesiones.

Conclusiones: La vasculopatía coroidea polipoidea es una patología poco frecuente y su localización varía en función de la raza del paciente. En personas asiáticas o de raza negra será más frecuente en el área macular y en pacientes de raza blanca en la zona peripapilar. La exudación anormal de estos pólipos coroides puede producir desprendimientos del epitelio pigmentario de la retina, exudación serosa o serohemorrágica, que con frecuencia es bilateral, múltiple y recurrente. El tratamiento de elección es la terapia fotodinámica asociada o no la inyección intravítrea de antiangiogénicos. Presentamos un caso excepcional ya que la lesión se sitúa en retina periférica nasal una localización muy poco frecuente de la vasculopatía coroidea polipoidea.

P-130

PAPILOFLEBITIS SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON INFlixIMAB EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

CORREDERA SALINERO Esther, SAN ROMÁN LLORÉNS José Javier, PUY GALLEGO Pilar, GUTIÉRREZ MONTERO Óscar

Introducción: El Infliximab es un anticuerpo artificial humano IgG1 con alta afinidad y capacidad de neutralización del TNF-alfa. Entre sus efectos adversos destacan la reactivación de tuberculosis pulmonar, hepatotoxicidad, abscesos de partes blandas, fenómenos tromboembólicos o reactivación de procesos neoplásicos. Presentamos un caso de papiloflebitis en relación al tratamiento con Infliximab en una paciente con enfermedad de Crohn(EC).

Caso clínico: Paciente mujer de 33 años remitida a nuestro servicio por un proceso febril en el contexto de su EC. Presentaba una disminución unilateral de agudeza visual (AV) sin asociar ningún otro síntoma ocular ni antecedentes oftalmológicos relevantes. En la exploración oftalmoscópica inicial se observa un papiledema unilateral con hemorragias en astilla en papila y hemorragias retinianas periféricas y perimaculares. La motilidad ocular extrínseca e intrínseca eran normales y nuestra paciente no presentaba DPAR. Se hace OCT de nervio óptico y OCT macular descartándose la presencia de edema macular. Nuestra actitud inicial fue expectante y dirigida principalmente hacia el estudio de los factores de coagulación así como triglicéridos y fracciones de colesterol. Se realizó un estudio hemodinámico completo con ecocardiograma, tensión arterial, despistaje de cardiopatías, eco doppler carotídeo y RMN craneal-orbitario sin ser ninguno concluyente. Se decide iniciar tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular, suspender el Infliximab y comenzar con un tratamiento hipotensor ocular. Se plantea iniciar tratamiento con Inmurel para su enfermedad de Crohn. Tres meses después la paciente se encuentra asintómica, con una AV de 0.8 y una franca mejoría del edema de papila tanto en oftalmoscopia indirecta como en el espesor de capa de fibras nerviosas.

Conclusiones: En nuestro caso presentamos una paciente con EC en tratamiento con Infliximab que presentó una papiloflebitis unilateral como efecto adverso. Existe literatura describiendo oclusiones venosas retinianas y trombosis venosas profundas en pacientes con EC tratados con Infliximab. La relación temporal entre el establecimiento del tratamiento con Infliximab y la aparición de la papiloflebitis junto con la ausencia de hallazgos clínicos y la mejoría clínica tras su suspensión, nos permiten concluir una posible relación causal entre el Infliximab y la papiloflebitis que presentaba nuestra paciente.

P-131

RESULTADO DE RÉGIMEN QUINCENAL DE RANIBIZUMAB EN CASO DE DMAE EXUDATIVA RESISTENTE A MULTITRATAMIENTO CONVENCIONAL

CORRÓ MOYÁ Baltasar, CÉSPEDES DOBÓN Alejandro, MORA RAMÍREZ Diana, LORAS QUEROL Lucía, PUJADAS GARCÍA Cristina, RUÍZ MARTÍN M.^a del Mar

Introducción: En la era de los fármacos antiangiogénicos intravítreos se han conseguido muy buenos resultados en la mayoría de pacientes con degeneración macular asociada a la edad exudativa. No obstante, existe una minoría de casos en los que las dosis mensuales establecidas no alcanzan resolver el fluido retiniano generado por las membranas neovasculares subyacentes. Parece que estos casos pueden responder con regímenes quincenales o nuevos fármacos antiangiogénicos.

Caso clínico: Paciente de 81 años con historia de degeneración macular exudativa en ambos ojos tratada y controlada durante los últimos 4 años en otro centro, habiendo recibido inyecciones intravítreas de antiangiogénicos, 9 en ojo derecho y 23 en el izquierdo. Además, en ojo izquierdo se realizó una terapia fotodinámica y una inyección intravítrea de triamcinolona. A pesar de todos los tratamientos en ojo derecho resultó en una cicatriz disciforme con visión de cuenta dedos y en el izquierdo fibrosis subretiniana y desprendimiento seroso neuroepitelial persistente sin cambios significativos durante el último año con una visión de 0,4. A los 2 meses de seguimiento en nuestro centro, el paciente presenta una disminución de visión en OI a 0,3, con aumento del fluido subretiniano, por lo que se decide realizar tratamiento con ranibizumab de forma quincenal, consiguiéndose una mejoría progresiva hasta resolución completa del fluido subretiniano, con persistencia de un leve engrosamiento nasal atribuible a tracción por membrana epirretiniana, alcanzándose una visión de 0,6 difícil, superior a la visión estable anterior. A los 2 meses presentó leve aumento de fluido retiniano que se consiguió recuperar tras 1 nueva dosis de ranibizumab con estabilidad durante 2 meses más de seguimiento.

Conclusiones: Pautas quincenales de ranibizumab pueden mejorar el pronóstico visual en casos de neovascularización subretiniana recalcitrante que parecen no responder al tratamiento mensual convencional con antiangiogénicos.

P-132

MEJORÍA DE AGUDEZA VISUAL, A PESAR DE FIBROSIS SUBFOVEAL EN UN CASO DE DMAE EXUDATIVA

COSTALES MIER Felipe, PUENTE LUNA Belén, LÓPEZ MANCILLA Roberto

Introducción: La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es una enfermedad degenerativa, con desarrollo de drusas y alteraciones en el epitelio pigmentario de la retina en etapas tempranas. Puede evolucionar a una atrofia geográfica, neovascularización coroidal, desprendimiento del epitelio pigmentario y en últimos estados una fibrosis macular cicatricial.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 61 años, que en 2008 acudió a urgencias por disminución de agudeza visual (AV) de dos semanas de evolución y metamorfopsias de inicio reciente. Presentaba una AV al inicio ojo derecho (OD) 0,1 y ojo izquierdo (OI) 0,9; presión intraocular normal en ambos ojos, y al fondo de ojo (FO) OD una hemorragia subretiniana subfoveal y edema macular; el FO OI drusas blandas confluentes. Se diagnosticó de una DMAE exudativa. En la OCT OD se observó una membrana neovascular sub-retiniana con exudación, y a la angiografía difusión de contraste compatible con los hallazgos de FO y OCT. Se trató con inyecciones intravítreas de Ranibizumab. Al cabo de 4 años presenta en la OCT una fibrosis cicatricial subfoveal en OD, y una AV OD 0,9. En el OI desarrollo una vasculopatía coroidal polipoidea, está a tratamiento con inyecciones intravítreas de Ranibizumab, y mantiene una agudeza visual de 0,5 que mejora con estenopeico a 0,7.

Conclusiones: Mediante OCT podemos controlar la evolución en pacientes con DMAE exudativa. La agudeza visual inicial; y la preservación de las estructuras externas de la retina, son buenos predictores de la agudeza visual final en casos de DMAE exudativa que desarrollan fibrosis subfoveal. En este caso, el hecho que haya mejorado su agudeza visual desde el inicio con tratamiento anti-VEGF a pesar de desarrollar una fibrosis subfoveal, nos hace pensar que el hecho de mantener estructuras retinianas externas preservadas, permite una buena evolución de AV; a pesar del trastorno en el epitelio pigmentario retiniano.

P-133

OCT Y RETINOGRAFÍA EN LA LOCALIZACIÓN DEL IMPACTO CON ND:YAG PARA EL TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS RETROHIALOIDEAS

DÍAZ DE DURANA SANTA COLOMA Enrique, CABRERIZO NÚÑEZ Francisco Javier, LARRAURI ARANA Aranzazu, GARAY ARAMBURU Gonzaga, DALMASSO Cristian Eduardo, GÓMEZ MORENO Ángela

Propósito: Evaluar la utilidad de la OCT y la retinografía para localizar el punto de impacto del laser Yag en el tratamiento de la hemorragia retrohialoidea.

Método: Tres pacientes elegidos consecutivamente (2hombres, una mujer) presentaron disminución súbita de agudeza visual secundaria a una hemorragia retrohialoidea. La agudeza visual al momento del diagnóstico era de (bultos-dedos 1m-0.1), respectivamente. Se realizaron OCT maculares (Cirrus, Carl Zeiss Meditec) y fotos de fondo de ojo. En los tres casos se decidió tratar con laser Nd:YAG. Las imagenes de OCT se utilizaron para calcular el plano anteroposterior de la hemorragia y su relación con mácula y retina. El reflejo lumínico en la retinografía se utilizó para localizar el apex de la hemorragia. Combinando ambas pruebas se localizó el area deseada de impacto conociendo el grosor de la hemorragia en ese punto y su relación espacial con la mácula.

Resultados: La técnica no presento complicaciones en ninguno de los tres pacientes. En los tres casos se logró la evacuación de la hemorragia. Imágenes de OCT y retinografías no muestran lesiones secundarias al láser. La rehabilitación visual tras el procedimiento fue de (0.5-0.5-0.7) respectivamente.

Conclusiones: La OCT y la retinografía pueden ser herramientas útiles para garantizar la seguridad a la hora de localizar el punto de impacto del laser Nd: Yag en el tratamiento de las hemorragias retrohialoideas.

P-134

OZURDEX EN EL EDEMA MACULAR SECUNDARIO AL SÍNDROME DE USHER

DÍAZ LUQUE M.^a José, GÓMEZ SÁNCHEZ Israel, GONZÁLEZ GONZÁLEZ Fernando

Introducción: El síndrome de Usher (USH) comprende una serie de enfermedades hereditarias caracterizadas por la asociación de retinosis pigmentaria (RP), hipoacusia neurosensorial y, en ocasiones, afectación de la función vestibular. Su tipo de herencia es AR. Con una prevalencia en España de 4,2/100.000 Clínicamente se diferencian 3 subtipos, USH1, USH2 y USH3, siendo el más grave el USH1. Una de las complicaciones y causas de pérdida visual en el USH es el edema macular (EM).

Caso clínico: Se presentan una serie de 4 casos clínicos con USH con cuya complicación fue el EM. Se trata de 4 mujeres con edades comprendidas entre los 30 y los 40 años de edad, dos de ellas hermanas. Presentaban malas agudezas visuales (AV) debido al EM. Las opciones terapéuticas fueron: Vitrectomía con pelado de la membrana limitante interna y vitrectomía más triamcinolona intravítrea, que no obtuvieron resultados satisfactorios. El tratamiento con Ozurdex intravítrea, produjo una mejoría del EM y con ello de la AV. Conclusiones: El USH es una entidad que tiene un mal pronóstico visual a largo plazo, con posible pérdida de la visión central debida a la afectación directa de la fovea por el EM. Esto condiciona una mala calidad de vida de los pacientes. Existen dos teorías patogénicas sobre la aparición del EM en la RP. Por un lado, una disfunción de las células del epitelio pigmentario retiniano y por otro, un origen autoinmune. El tratamiento con Ozurdex es una alternativa en los casos no respondedores a la vitrectomía.

P-135

RESOLUCIÓN DE EDEMA MACULAR DIABÉTICO BILATERAL TRAS BEVACIZUMAB INTRAVÍTREO UNILATERAL

FERNÁNDEZ PÉREZ Belén, DÍAZ GRANDA M.^a Jesús, CORTÉS LABORDA Cristian Jesús

Introducción: El edema macular diabético es la causa mas frecuente de pérdida de agudeza visual en pacientes diabéticos. Como factores involucrados en su fisiopatología hallamos la rotura de la barrera hematorretiniana y el incremento de citoquinas proinflamatorias, asi como el factor de crecimiento endotelial vascular. El gold standard en cuanto a tratamiento sigue siendo la laser-terapia, coadyuvada en determinadas ocasiones por antiinflamatorios como los corticoides o anti-angiogenicos.

Caso clínico: Mujer de 30 años, diabetica insulín dependiente de 21 años de evolución, que presentaba edema macular clinicamente significativo quístico bilateral en el contexto de una retinopatía diabética panfotocoagulada correctamente 3 años antes. Se decide iniciar terapia con antiangiogenicos. Tras la primera inyección de bevacizumab en ojo derecho se objetiva resolución completa del edema en ambos ojos

Conclusiones: A pesar de la administración local de los antiangiogenicos, las dosis sistemicas alcanzadas son tales que pueden ejercer efectos en otras partes del organismo.

P-136

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA VASCULOPATÍA POLIPOIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

FERNÁNDEZ-VEGA GONZÁLEZ Álvaro, VIVER OLLER Sonia, LORENTE BULNES Betty, ÁLVAREZ-REMENTERÍA CAPELO Laureano, FERNÁNDEZ-VEGA CUETO-FELGUEROSO Luis

Introducción: La vasculopatía coroidea polipoidea (PCV) es una alteración de la circulación coroidea en la que se produce una red vascular que presenta dilataciones saculares que van a originar lesiones con forma de pólipo por debajo del epitelio pigmentario de la retina (EPR). Tradicionalmente se incluye como un subtipo de degeneración macular asociada a la edad (DMAE), aunque su etiopatogenia es distinta. Esta patología afecta de manera más común a mujeres asiáticas, que suelen acudir a urgencias por disminución de la agudeza visual y metamorfopsia, y típicamente causa desprendimientos sero-hemorrágicos del epitelio pigmentario de la retina (EPR) en polo posterior. El diagnóstico diferencial de esta entidad incluye patologías muy diversas (diferentes formas de DMAE, la coroidopatía serosa central (CCS), telangiectasias vasculares etc.) y aunque el examen clínico y la angiografía fluoresceínica (AGF) son de gran ayuda, el mejor procedimiento de confirmación es la angiografía con verde de indocianina (AVI).

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de un varón que acude por disminución de la agudeza visual (AV) y metamorfopsia de su ojo derecho (OD). En la exploración se describe una mala definición de la mácula con posible levantamiento en el OD y una alteración del epitelio pigmentario de la retina (EPR) en el ojo izquierdo (OI). La tomografía de coherencia óptica (OCT) desvela un desprendimiento de retina neurosensorial (DNS) subfoveal con mínimo engrosamiento retiniano en OD y un OI normal. Se procede entonces a hacer el diagnóstico diferencial fundamentalmente con DMAE y CCS. Se realizan AGF e AVI confirmándose la presencia de pólipos. Finalmente se decide un tratamiento con terapia fotodinámica (TFD) en OD tras el cual recupera la agudeza visual y desaparece el DNS.

Conclusiones: La PCV es una patología incluida clásicamente como un subtipo de DMAE a pesar de que su etiopatogenia es diferente. Es una entidad infradiagnosticada en nuestro medio por el bajo número de AVIs que se realizan en la DMAE oculta. Multitud de patologías pueden confundirse con esta entidad, sobre todo si no es una PCV típica, por lo que la AVI es de elección para confirmar el diagnóstico. Aunque el tratamiento no ha sido bien establecido se recomienda tratamiento conservador a menos que la lesión asocie cambios exudativos persistentes o progresivos que amenacen la visión central. En este caso el tratamiento más utilizado actualmente es la TFD en monoterapia o en terapia combinada.

P-137

OSTEOMA COROIDEO: CASO CLÍNICO

FERREIRA RODRIGUES Filipa Daniela, AMORIM Manuela, CHIBANTE João

Introducción: El osteoma coroideo es un tumor benigno muy raro de la coroides compuesto por hueso maduro. Se encuentra típicamente en las mujeres jóvenes y sanas en la segunda o tercera década de la vida. Es unilateral en el 75% de los casos. La patogénesis es desconocida y no hay modificación sistémica conocida para beneficiar a la resolución de este tumor. Los autores describen el caso de una paciente de 69 años con osteoma coroideo bilateral.

Caso clínico: Paciente de 69 años, observada por primera vez en Maio 2013 después de caer. Tenía una agudeza visual mejor corregida (AVMC) OD movimientos de mano y AVMC OI de cuenta dedos. La biomicroscopia mostraba una pseudofaquia posterior; el fondo del ojo mostró palidez del disco óptico con una marcada atrofia del epitelio pigmentado de la retina; tomografía computarizada del cráneo mostró una placa radiopaco con la densidad ósea en el nivel de la coroides en ambos ojos; ecografía modo-A mostró un pico ultrasonido en la superficie interior del tumor, y la ecografía modo-B mostró una lesión coroidea altamente reflectante. La angiografía con fluoresceína mostró leve hiperfluorescencia temprana irregular del tumor que evoluciona para intensa difusión más tarde.

Conclusiones: La presencia de hueso dentro del ojo es inusual y puede desarrollarse en varias situaciones clínicas. El pronóstico visual es variable, pero el pronóstico sistémico es bueno.

P-138

NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA ANTERIOR (NOIA) ASOCIADA A SÍNDROME TRIANGULAR EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

FRAU AGUILERA Laura, SÁNCHEZ VICENTE José Luis, RAMOS YAU Eva Carmen

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) afecta a arterias de mediano y gran calibre. La manifestación ocular más frecuente es la neuropatía óptica isquémica (NOI) causando pérdida de visión indolora y aguda, discromatopsia y defecto altitudinal. Puede producir oclusiones de otras arterias de la vía visual anterior ocasionando isquemia retiniana y coroidea. Su diagnóstico se confirma con biopsia de la arteria temporal.

Caso clínico: Varón de 74 años diagnosticado de neuritis óptica isquémica anterior no arterítica (NOIA-NA) de ojo izquierdo (OI) hace 2 años, derivado para valoración. Como antecedentes destacan hipertensión arterial, dislipemia, ictus isquémico y cefalea resistente a analgésicos. La resonancia cerebral, el electrocardiograma y la ECO-doppler carotídea fueron normales. La agudeza visual (AV) es 0,63 en ojo derecho (OD) y 0,4 en OI. Presenta defecto pupilar aferente de OI. En fondo de ojo (FO) del OI papila algo pálida y alteraciones pigmentarias en macula. La campimetría de OI evidenció un defecto altitudinal inferior. La tomografía de coherencia óptica (OCT) mostró un desprendimiento del neuroepitelio triangular con vértice en fóvea que se extiende hacia periferia. Al sospechar síndrome triangular por isquemia coroidea se solicita angiofluoresceingrafía (AFG) y se observa un retraso del relleno de la papila y de la coroides de forma triangular, temporal a fóvea, con vértice en la mácula y base hacia la periferia. Al sospechar ACG se inicia tratamiento con metilprednisolona intravenosa y se pide VSG y PCR, cuyos resultados fueron de 63 mm/h y 5.8 mg/dL respectivamente. La biopsia de la arteria temporal superficial que fue positiva. No hubo mejoría debido a la larga evolución del cuadro pero se encuentra estable.

Conclusiones: La asociación entre NOI y la oclusión de la circulación coroidea debe hacernos pensar en la NOIAA. La ACG es una urgencia oftalmológica por lo que debe realizarse un tratamiento de presunción con corticoides.

P-139

ESTRÍAS ANGIOIDES Y ROTURA COROIDEA TRAUMÁTICA: UNA TEMIBLE ASOCIACIÓN

FREYTAS RODRÍGUEZ Angélica de, HERVÁS ONTIVEROS Ana, DOLZ MARCO Rosa

Introducción: Las estrías angioides (EA) son lesiones rojo-grisáceas lineales irregulares que se extienden desde el nervio óptico hacia la periferia. Son un hallazgo poco habitual producido por roturas en la membrana de Bruch. La asociación sistémica más frecuente es el Pseudoxantoma elástico, seguida de la enfermedad de Paget, la enfermedad de células falciformes, acromegalia, síndrome de Ehlers-Danlos o diabetes mellitus, pudiendo ser también idiopáticas.

Caso clínico: Varón de 29 años de edad, sin antecedentes de interés que presentó pérdida brusca de visión en el ojo derecho (OD) tras traumatismo contuso con pelota de tenis. La agudeza visual era 20/200 en OD y de 20/20 en ojo izquierdo (OS). El examen del polo anterior del OD no mostró alteraciones. La exploración del fondo de ojo del OD mostró una hemorragia intrarretiniana y subretiniana lineal central sugestiva de rotura coroidea traumática. Destacó además la presencia de lesiones grisáceas lineales radiadas desde el nervio óptico compatibles con estrías angioides, asociadas a degeneración retiniana en «piel de naranja» de predominio temporal en ambos ojos. La autofluorescencia resaltó las EA apareciendo hipofluorescentes con granulado hiperautofluorescente en su lecho. La tomografía de coherencia óptica del OD permitió localizar las hemorragias en el OD, siendo de predominio intrarretiniano a nivel de la capa nuclear externa.

Conclusiones: Las EA generalmente cursan de forma asintomática, pudiendo amenazar la visión al extenderse hacia la fovea o ante el desarrollo de complicaciones: rotura de la membrana de Bruch ante traumatismos leves o neovascularización coroidea (86% de los casos). Ante el diagnóstico de EA es necesario descartar cualquier asociación sistémica, debiendo realizar asimismo revisiones oftalmológicas periódicas ante el alto riesgo de desarrollar complicaciones.

P-140

MIGRACIÓN DE BURBUJA DE ACEITE DE SILICONA BAJO LA MEMBRANA LIMITANTE INTERNA DEMOSTRADA POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

FRUTOS LEZAUN Marta de, IRIGOYEN LABORRA Cristina, COELLO OJEDA Daniel Antonio, IMAZ ARISTIMUÑO Nora, BASCARÁN OTEYZA Lucia, RODRÍGUEZ AGIRRETXE Iñaki

Introducción: Presentar las imágenes de OCT-SD de un paciente en el que se observó la retención de una burbuja de aceite de silicona bajo la membrana limitante interna y de su posterior retirada, lo cual no ha sido descrito previamente en la literatura.

Caso clínico: Paciente con hipertensión ocular secundaria a emulsificación de aceite de silicona en cámara anterior y posterior tras cirugía de desprendimiento de retina macula off en ojo izquierdo al que se le realiza vitrectomía 23G, implantación de válvula de Ahmed y retirada de aceite de silicona de la cámara anterior y del espacio submembrana limitante interna. Inicialmente esta última burbuja fue considerada de localización subretinal, sin embargo, tras la tinción y pelado de la membrana limitante interna se observó que se encontraba bajo dicha capa. Se consiguió la retirada del aceite de silicona sin complicaciones. Tras la intervención la imagen de OCT-SD mostró la desaparición de la burbuja de silicona, y el paciente obtuvo una mejoría parcial de su agudeza visual.

Conclusiones: La burbuja de silicona se retiró satisfactoriamente y de forma segura. La existencia de pequeños poros en la membrana limitante interna ha sido descrita previamente, por lo que postulamos que éste podría ser el mecanismo que permitió la migración del aceite de silicona bajo esta capa. La imagen preoperatoria de la OCT-SD que se muestra es, por tanto, característica de una burbuja de aceite de silicona bajo la membrana limitante interna y puede servir en un futuro para un diagnóstico y abordaje terapéutico correctos.

P-141

OBSTRUCCIÓN VENOSA RETINIANA EN JÓVENES

GALLARDO PÉREZ Esther, SELLARÈS FABRÉS Teresa, VELARDEZ DÍAZ Norberto, GUTIÉRREZ LEMUS Nathalie

Introducción: La obstrucción venosa retiniana se define como la interrupción del flujo sanguíneo en la red vascular venosa retiniana. Las oclusiones de ramas retinales producen síntomas característicos: pérdida brusca de la agudeza visual o defectos en el campo visual por sangrados intraoculares. Las pretrombosis son consideradas como hallazgos silentes dentro de un examen oftalmológico que deben ser evaluados integralmente buscando factores de riesgos potenciales que afecten la salud visual del paciente.

Caso clínico: Varón de 33 años sin antecedentes de interés. Refiere escotoma central y fotopsias en ojo derecho (OD) de horas de evolución. La agudeza visual es de 0.9 en OD y de 1.0 en ojo izquierdo (OI). La exploración neurooftalmológica es normal, exceptuando un dudoso defecto pupilar aferente en OD. La biomicroscopía es normal. En la exploración del fondo de ojo OD observamos la presencia de edema de papila con microhemorragias puntiformes peripapilares y un árbol vascular tortuoso con hemorragias puntiformes intraretinianas dispersas en los cuatro cuadrantes de la periferia (predominio superior). Se aprecia también una dudosa zona de isquemia en eje papilomacular inferior. Se realiza angiografía donde se observa en OD un retraso en la aparición de contraste y drenaje venoso superior. No se aprecian zonas de isquemia. Se solicita analítica completa que no muestra alteraciones. El campo visual de ambos ojo es normal.

Conclusiones: La obstrucción en personas jóvenes es un hallazgo infrecuente. Suele ser secundaria a glaucoma, diabetes mellitus, hábitos tóxicos, hipertensión, aumento de la viscosidad sanguínea y elevación del hematocrito, aunque puede ser idiopática y semejarse a una flebitis retiniana. Actualmente sabemos gracias a la angiografía fluoresceínica que no es necesario la oclusión total del vaso para desencadenar una parada en el flujo sanguíneo. En obstrucciones recientes se puede observar el paso del contraste, aunque con dificultad y retraso.

P-142

EVOLUCIÓN NATURAL DE UN CASO DE OSTEOMA COROIDEO TÍPICO

GARCÍA PADILLA Luis Antonio, OLAVARRI GONZÁLEZ Gloria, APARICIO HERNÁNDEZ-LASTRAS M.^a Jesús, JIMENO ANAYA Laura

Introducción: El osteoma coroideo (OC) es un tumor idiopático muy infrecuente de comportamiento benigno que produce tejido óseo en coroides de forma unilateral en la mayoría de los casos. Aparece típicamente en mujeres sanas de raza blanca en la segunda década de la vida. Esta lesión tiende a localizarse en el área yuxtapapilar pudiendo extenderse a mácula. El diagnóstico diferencial del OC incluye el melanoma coroideo, la distrofia macular viteliforme, la corioretinitis serpinginosa y la retinopatía serosa central entre otros.

Caso clínico: Mujer de 15 años con pérdida de visión en ojo izquierdo de un mes de evolución tras recuperarse de un cuadro pseudogripal, sin otros antecedentes. En la exploración inicial presentó una agudeza visual corregida de 0.7. La fundoscopia mostró una lesión macular sobreelevada de color blanco-amarillenta rodeada de áreas de atrofia y movilización de pigmento compatible con un OC con posible neovascularización coroidea (NVC). Se realizó una tomografía computarizada orbitaria que demostró la presencia de una placa de calcio en coroides y una angiografía con verde indocianina en la que se apreciaba un patrón típico de OC sin poderse objetivar áreas de NVC. Tras 13 años de seguimiento, en los que no se realizó tratamiento, la paciente presentó una disminución progresiva importante de la AV. La tomografía de coherencia óptica actual muestra la pérdida del perfil foveal causada por la tumoración y áreas de intensa fibrosis.

Conclusiones: En más de un 50% de los casos en el periodo de 20 años la evolución natural del OC lleva a la aparición de NVC, aunque en muchos casos ya se observa en el momento del diagnóstico. Este evento es el que determina el pronóstico visual, junto con la localización y la afectación inicial de la lesión. Actualmente existe controversia sobre la eficacia del tratamiento en esta patología teniendo como opciones terapéuticas la fotocoagulación con láser argón, la terapia fotodinámica o la inyección intravítrea de antiangiogénico.

P-143

COROIDOPATÍA PUNTEADA INTERNA TRATADA CON BEVACIZUMAB: CASO CLÍNICO

GARCÍA SÁNCHEZ Juan, LÓPEZ SORIANO Laura, GARCÍA CONCA Víctor, LÓPEZ MECA Inmaculada, HUESO ABANCÉNS José Ramón

Introducción: La coroidopatía punteada interna es una inflamación coriorretiniana no infecciosa, de etiología desconocida. La complicación más importante es la neovascularización.

Caso clínico: Presentamos un varón de 45 años que consulta por disminución de agudeza visual en ojo derecho. A la exploración el polo anterior no presenta alteraciones y en el polo posterior se observan focos de coriorretinitis en ambos ojos y edema macular en el ojo derecho. Mediante OCT se confirma un desprendimiento seroso del neuroepitelio y la presencia de líquido subretiniano en ojo derecho. Se solicitan pruebas complementarias, permitiéndonos descartar causas de coriorretinitis infecciosas y autoinmunes, haciéndonos sospechar un síndrome de puntos blancos. El patrón angiográfico nos confirma el diagnóstico de Coroidopatía Punteada Interna. Se pauta tratamiento con Prednisona oral y ante la aparición de signos de neovascularización, se indica una inyección intravítrea de Bevacizumab en ojo derecho. Al mes existe una mejora de la agudeza visual y a los 5 meses una normalización de la OCT en el ojo derecho, con estabilidad de las lesiones en la retina y sin nuevos signos de neovascularización.

Conclusiones: En las inflamaciones coriorretinianas es importante plantear un diagnóstico diferencial entre causas infecciosas y no infecciosas, que incluyen los síndromes de puntos blancos. En nuestro caso, el tratamiento del edema macular con corticoides sistémicos y Bevacizumab intravítrea fue satisfactorio, aunque serían necesarios estudios más amplios sobre la eficacia de los anti-VEGF en esta patología y sus complicaciones.

P-144

SÍNDROME ISQUÉMICO OCULAR, PRESENTACIÓN EN FORMA DE RETINOPATÍA DIABÉTICA ASIMÉTRICA

GONZÁLEZ ESCOBAR Ana Belén, IBÁÑEZ GARCÍA Ainsa

Introducción: El síndrome isquémico ocular (SIO), es una patología que suele afectar a varones entre 50-80 años con historia previa de hipertensión arterial (HTA), infarto cerebrovascular o infarto agudo de miocardio que, se produce de manera progresiva y secundaria a hipoperfusión crónica del globo ocular por estenosis de la arteria carótida, cuyo pronóstico visual es malo. Se origina por afectación carotídea, cuando la estenosis es mayor del 70%, más una disminución del 50% de la perfusión de la arteria central de la retina. Algunas vasculitis como la arteritis de células gigantes o la enfermedad de Takayasu, también pueden producir SIO. Debido a la isquemia, se produce una retinopatía de éxtasis y, si progresa, una neovascularización primero del polo posterior, y secundariamente del polo anterior. La importancia del SIO radica en que es una patología que pasa desapercibida, sobre todo cuando se asocia a otras enfermedades como la retinopatía diabética, o la obstrucción vascular retiniana.

Caso clínico 1: Varón de 65 años de edad, en cuyos antecedentes personales destaca HTA, hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo II desde hacía 15 años. Presenta una agudeza visual (AV) de 0,8 en ojo derecho (OD) y 0,9 en ojo izquierdo (OI). La presión intraocular era normal y en la biomicroscopia, destaca rubeosis de iris del OD. A la fundoscopia presenta microaneurismas en polo posterior en OI y, en el OD, neovasos en papila, membrana epiretiniana macular, abundantes microaneurismas ecuatoriales y pequeñas hemorragias preretinianas repartidas por toda la retina, además de ligero hemovitreo inferior. Se le diagnostica de retinopatía diabética proliferativa en el OD y leve en el OI. La Angiografía (AFG) muestra un retraso en la aparición de la fluoresceína mostrando microaneurismas y, en OD, gran hiperfluorescencia papilar que aumenta en tiempos tardíos debido a neovasos papilares. A su vez, presenta zonas de hipofluorescencia debido a la extensa isquemia retiniana y silencio capilar, así como en zonas bien definidas por efecto pantalla de las hemorragias preretinianas. Se le realiza eco doppler de carótidas presentando una obstrucción del 90% de la carótida derecha por lo que se le practica una endarterectomía por parte de los cirujanos vasculares tras la panfotocoagulación del OD para evitar un empeoramiento por el aumento de flujo a la retina y cuerpos ciliares. Al mes, la visión del OD había caído de 0,8 a 0,6, manteniéndose la misma en el OI. A los tres meses se mantiene la AV de ambos ojos y, desaparece la rubeosis de iris del OD.

Caso clínico 2: Varón de 60 años de edad, en cuyos antecedentes personales destaca diabetes mellitus de 12 años de evolución. Presenta en la exploración una agudeza visual de 0,2 en OD y de 0,6 en OI. La presión intraocular y la biomicroscopia eran normales. A la fundoscopia se aprecia hemovitreo grado dos en OD con desprendimiento de retina traccional temporal y, neovasos en arcada acompañado de hemorragias dispersas en los cuatro cuadrantes y edema macular clínicamente significativo. En el OI se aprecia algún microaneurisma y hemorragias dispersas. El paciente fue diagnosticado de retinopatía proliferativa en OD y moderada en el OI. La angiografía mostraba hiperfluorescencia temporal en zona de desprendimiento de retina traccional con difusión en tiempos tardíos por los neovasos y edema difuso macular en el OD mientras que, en el OI, se aprecia hiperfluorescencia correspondiente a los microaneurismas e, hipofluorescencia por efecto pantalla de las hemorragias. Se realiza panfotocoagulación en OD precoz y eco doppler carotídeo donde se aprecia obstrucción de la carótida izquierda contralateral de más del 70%.

Conclusión: Frente a una retinopatía diabética asimétrica y/o refractaria al tratamiento, se debe realizar un estudio vascular intenso sobre todo de las carótidas por sospecha de sus estenosis. El conocimiento y diagnóstico precoz de esta patología, es fundamental para el pronóstico visual y vital del paciente, ya que puede ser predictivo de futuras complicaciones cerebrovasculares entre otras.

P-145

RESPUESTA DEL EDEMA MACULAR POSTRADIACIÓN A ANTI-VEGF

GORDÓN BOLAÑOS Carmen, HERAS GÓMEZ DE LIAÑO M.^a Eugenia de las, GAJATE PANIAGUA Nuria, GARCÍA BEN Emma, NEVADO LUQUE M.^a Jesús, LACOSTA ASÍN Vanesa

Introducción: La maculopatía por radiación (MR) es una complicación devastadora derivada de la exposición del globo ocular a las radiaciones ionizantes. Su patogenia es similar a la de la retinopatía diabética: arteritis obliterativa progresiva que estimula la producción de VEGF, con la consiguiente trasudación vascular y neovascularización. Aparece entre los 6 meses y tres años después de la radioterapia.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer que fue tratada con braquiterapia por un melanoma uveal. Al año y medio post-braquiterapia acudió a nuestra consulta por disminución de la AV y metamorfopsias. En la exploración descubrimos una AV: 0,3 con edema macular (EM). Se le propone 3 inyecciones de lucentis intravítero consiguiendo la mejoría de la AV a 0,5 y la desaparición total del EM. Tres años después la AV sigue mantenida en 0,5.

Conclusiones: El 15,8% de los pacientes que padecen melanoma uveal y son tratados con braquiterapia desarrollan retinopatía. La MR se tiende a tratar según las directrices del Early Treatment Diabetic Retinopathy Study (ETDRS). Se han encontrado valores elevados de VEGF en el humor acuoso de pacientes tratados previamente con radioterapia. Por otro lado se sabe que el crecimiento tumoral y el proceso metastásico son dependientes de la angiogénesis y el VEGF es un mediador de la angiogénesis tumoral. Por tanto es razonable pensar que respondan a tratamientos con anti-VEGF. Existe cierta controversia entre los trabajos publicados, se describen casos en los que se consigue estabilizar y mejorar la AV. Otros solo consiguen una mejoría transitoria del EM y AV. Por esto no puede recomendarse de manera indiscriminada el uso de anti-VEGF en la MR. Aunque nosotros presentamos la resolución del EM producido tras braquiterapia en un melanoma de uvea, con el uso de anti-VEGF intravítreos, son necesarios estudios con un mayor número de pacientes para divulgar su uso.

P-146

RETINOPATÍA PURTSCHER-LIKE: A PROPÓSITO DE UN CASO

GRANA PÉREZ M.^a del Mar, SOLER GARCÍA Antonio

Introducción: La retinopatía de Purtscher es una vasculopatía retiniana que se caracteriza por múltiples exudados algodonosos y/o hemorragias superficiales en la zona peripapilar. Aunque la forma clásica está asociada a traumatismos, existen cuadros similares asociados a otras etiologías como las pancreatitis agudas.

Caso clínico: Paciente de 52 años, ingresada a cargo de digestivo por episodio de pancreatitis enólica. Durante su ingreso presentó un cuadro de agitación y alucinaciones visuales y auditivas compatibles con síndrome de privación alcohólica. Una semana después refirió disminución de la visión de ambos ojos. La agudeza visual era de 0.1 en OD y 0.25 en OI. El fondo de ojo mostraba zonas de hemorragias y exudados algodonosos parapapilares con afectación macular en ambos ojos. La angiografía fluoresceínica mostraba áreas de hemorragias intrarretinianas y zonas de hiperfluorescencia a nivel papilar y macular sugestivas de proceso isquémico compatible con retinopatía Purtscher-like. La paciente evolucionó favorablemente, con desaparición progresiva de los infiltrados. Al mes del cuadro presentaba una agudeza visual de 0.5 en ambos ojos.

Conclusiones: Las alteraciones retinianas típicas de la retinopatía de Purtscher-like evolucionan hacia la resolución espontánea en pocas semanas. La agudeza visual puede permanecer alterada o mostrar una mejoría gradual.

P-147

HEMANGIOMA COROIDEO ENMASCARADO COMO AMBLIOPÍA Y POSTERIORMENTE COMO DISTROFIA VITELIFORME DE BEST

HAJJAR SESÉ Aída, SALINAS CALDAS Eva M.^a, MENDIETA RASOS, Nuria, ORTEGA ALONSO Esther, SÁNCHEZ RAMÓN Ariadne, FERNÁNDEZ CHERKASOVA Lilia

Introducción: El hemangioma coroideo es un tumor de tipo hamartoma vascular relativamente raro. El tipo circunscrito clásico es unilateral y se cree que tiene orígenes congénitos. Puede manifestarse como disminución de agudeza visual (AV) de larga evolución, secundario a un progresivo edema macular quístico y desprendimiento seroso de retina.

Caso clínico: Mujer de 44 años que acudió a consulta de oftalmología refiriendo pérdida de visión en ojo derecho (OD). Como antecedente oftalmológico destaca ambliopía de OD. En la exploración inicial presentó AV de 0,7/1. En fondo de ojo (FO) se observó peripapilar y en mácula una masa anaranjada y ovalada. Se diagnosticó de distrofia viteliforme de Best en fase incipiente sin precisar tratamiento. La paciente acude a consulta 5 años después refiriendo disminución de visión en OD; AV en OD, 0,3/1. La tomografía de coherencia óptica (OCT) muestra líquido subretiniano y engrosamiento macular. La angiografía fluoresceíngrafía muestra lesión macular hiperfluorescente difusa con patrón multiloculado en fase arterial tardía. La angiografía con verde Indocianina muestra un patrón en anillo hiperfluorescente en lesión en la fase arterial tardía. Se diagnostica hemangioma coroideo circunscrito.

Conclusiones: El hemangioma coroideo es un tumor benigno pero cuyo diagnóstico tardío comporta un pronóstico reservado en la recuperación de AV. El diagnóstico diferencial puede ser muy problemático por las similitudes con otros tumores o lesiones maculares. La angiografía fluoresceíngrafía y el verde Indocianina permiten el diagnóstico precoz de esta lesión.

P-148

SÍNDROME DE HUNTER TRAS DOCE MESES CON TERAPIA ENZIMÁTICA SUSTITUTIVA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

HERRERA SILVA Laura, CARAMELLO ÁLVAREZ Constanza M.^a, ZABADANI AL RIFAI Kassem,
ALMENARA MICHELENA Cristina, PÉREZ NAVARRO Itziar, CRISTÓBAL BESCÓS José Ángel

Introducción: El síndrome de Hunter (mucopolisacaridosis tipo II) es una enfermedad genética rara causada por la deficiencia de la enzima lisosomal iduronato-2-sulfatasa, que lleva al depósito de dermatán-sulfato y heparán-sulfato en prácticamente todas las estirpes celulares. Dentro de las manifestaciones oftalmológicas conocidas se encuentran: exoftalmos, retinopatía pigmentaria, membranas epiretinianas, engrosamiento escleral, edema de papila y maculopatía. A diferencia del resto de las mucopolisacaridosis, en esta enfermedad no es característica la afectación corneal. Hasta hace algunos años el tratamiento era de tipo paliativo. Tras la aparición de la terapia enzimática sustitutiva mediante iduronato-2-sulfatasa (Idursulfasa), éste se ha convertido en el tratamiento de elección. Presentamos el caso de un varón de 26 años con síndrome de Hunter y los resultados después de doce meses de tratamiento con Idursulfasa.

Caso clínico: Varón de 26 años de edad, diagnosticado de síndrome de Hunter desde los 7 años, con afectación oftalmológica progresiva importante: edema de papila crónico bilateral, retinosis pigmentaria y edema macular quístico. Tras doce meses con tratamiento con Idursulfasa tanto la agudeza visual como los resultados de campo visual, electroretinograma, tomografía de coherencia óptica y fundoscopia permanecieron estables.

Conclusiones: El síndrome de Hunter es una enfermedad multisistémica rara y muy grave. La terapia enzimática sustitutiva es una opción terapéutica importante, que puede ayudar a mejorar o estabilizar los síntomas de estos pacientes.

P-149

EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DE SUSAC EN UN PACIENTE VARÓN

HIDALGO DÍAZ Tania, BAQUERO ARANDA Isabel M.^a, KAMAL SALAH Radua, IBÁÑEZ GARCÍA Ainsa

Introducción: El síndrome de Susac (SS) o vasculopatía retinococleocerebral, es una enfermedad rara e infradiagnosticada basada en una microangiopatía arterial en cerebro, retina y cóclea. Afecta a mujeres jóvenes entre 20 y 40 años. En este caso presentamos la evolución clínica atípica del SS en un paciente varón que debuta con síntomas oftalmológicos.

Caso clínico: Paciente varón de 37 años acude por primera vez a urgencias de oftalmología de nuestro hospital por pérdida visual altitudinal inferior de 4 días de evolución de ojo izquierdo (OI) y cefalea. A la exploración funduscopica (FO) presenta un edema lechoso en sector superotemporal macular con extensión a la región de arcada temporal superior. En el estudio angiográfico se observa una tinción de la pared arterial y segmentación del contenido arteriolar en sector temporal superior. Ante la sospecha de SS, se realiza una resonancia magnética donde se aprecian múltiples lesiones de pequeño tamaño en el cuerpo caloso y en la radiación de la cápsula interna bilateral, lo que confirma la compatibilidad de dichas lesiones con el SS. Se realizan controles angiográficos cada 2-4 meses, observándose una resolución progresiva de las antiguas lesiones activas en OI y aparición de novo de oclusiones arteriolas y retraso del relleno arteriolar en ojo derecho (OD). Durante todo el seguimiento el paciente no fue sometido a ningún tipo de tratamiento oftalmológico, pero sí tratamiento sistémico inmunosupresor.

Conclusiones: Presentamos un caso de SS incompleto en un paciente varón. Las oclusiones arteriales son una manifestación atípica del SS, con pocos casos descritos en la literatura. Durante su evolución se observa la recanalización de las arterias obstruidas, y se opta inicialmente por un seguimiento exhaustivo angiográfico del paciente evitando de este modo el tratamiento mediante fotocoagulación en el territorio isquémico inicial. Las sucesivas revisiones por parte de Neurología y Oftalmología ha permitido el control de la enfermedad a través de un tratamiento sistémico. Es importante un tratamiento inmunosupresor precoz, con el cual el pronóstico es bueno e incluso con recuperación casi completa de los síntomas cognitivos, visuales y auditivos.

P-150

EVOLUCIÓN DE LA FOVEOSQUISIS MIÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

KAMAL SALAH Radua, HIDALGO DÍAZ Tania, GONZÁLEZ ESCOBAR Ana Belén, MORILLO SÁNCHEZ M.^a José

Introducción: La foveosquisis miópica (FM) es una de las causas de compromiso visual en la miopía degenerativa. Su patogenia no es del todo conocida, podría ser resultado de la acción de dos fuerzas de tracción. La tracción interna constituida por el síndrome de tracción vitreomacular. Y la tracción externa que se corresponde a la elongación progresiva del globo ocular y el estafiloma posterior.

Caso clínico: Mujer de 48 años de edad refiere disminución de la agudeza visual del ojo derecho (OD). A la exploración oftalmológica presentaba una mejor agudeza visual corregida (MAVC) del OD de 0,5. El equivalente esférico -15,5D y la longitud axial 28,3 mm. La presión intraocular era normal. El polo anterior normal y el fondo de ojo presentaba un estafiloma posterior tipo I (clasificación de Curtin), como miópico perpapilar y atrofia coriorretiniana difusa importante. La tomografía de coherencia óptica (OCT) del OD presentaba una separación de las capas externas de la retina en el área macular con pequeño desprendimiento de neuroepitelio (DNE) subfoveal y adherencia de la hialoides posterior a nivel foveal. Se plantea vitrectomía con pelado de membrana limitante interna pero la paciente se niega por lo que se decide observación. A los 3 meses la MAVC del OD era de 0,2 y en la OCT se observaba un aumento del tamaño del DNE con persistencia de la tracción vítrea. Al sexto mes la MAVC era de 0,05 y en la OCT aparecía un agujero macular completo, separación de la hialoides posterior y un adelgazamiento del grosor de la retina.

Conclusiones: La FM se considera una enfermedad estable, pero puede evolucionar a desprendimiento foveal, agujero macular con desprendimiento de polo posterior. Siendo factores de mal pronóstico la presencia de DNE y estructuras premaculares. En este caso hemos observado la evolución hacia un agujero macular completo con una reaplicación de las capas de la retina tras el cese de la tracción vítrea. Lo que apoya la teoría de que la tracción interna influye en la génesis de la FM.

P-151

TELANGIECTASIAS MACULARES IDIOPÁTICAS TIPO 2

LANUZA GARCÍA Amparo, ARROYO BERMÚDEZ Consuelo

Introducción: Las telangiectasias maculares idiopáticas son una ectasia de los capilares de la mácula con dilatación irregular de los mismos y sin causa que justifique dicha alteración. Existen tres tipos de telangiectasias tipo 1: telangiectasia aneurismática unilateral, más frecuente en varones, tipo 2: telangiectasia perifoveal bilateral dividiéndose en no proliferativo y proliferativo y tipo 3: telangiectasia oclusiva. Presentamos el caso de unas telangiectasias tipo 2 proliferativas y resultados del tratamiento

Caso clínico: Mujer de 54 años, sin antecedentes de interés que acude a consulta por pérdida moderada de visión en ambos ojos. Su AV corregida es de 0,5 apreciándose la mácula de color grisáceo sin otras alteraciones. Se le realiza una exploración retiniana completa: autofluorescencia, donde se observan dilataciones de los vasos en el área macular. En la OCT macular se detectan quistes maculares internos sin alteración del epitelio pigmentario y en la angiografía fluoresceínica se aprecia una exudación. Ante el empeoramiento de la visión en dos meses se decide tratar a la paciente con antiangiogénicos intravítreos para evitar la progresión de la pérdida de visión

Conclusiones: La etiología de las telangiectasias maculares es desconocida y no hay consenso en su tratamiento, se han descrito varios procedimientos pero sin unanimidad al respecto. En el caso de las telangiectasias tipo 2 proliferativas el tratamiento mas utilizado son los antiangiogénicos intravítreos que consiguen resultados visuales y funcionales mejores. Nos decidimos por éste para evitar la progresión de la enfermedad. En la actualidad la paciente sigue revisiones periódicas para control de su proceso.

P-152

VASCULOPATÍA COROIDEA POLIPOIDEA EXTRAMACULAR: UN DIAGNÓSTICO COMPLEJO

LARRAÑAGA FRAGOSO Paula, ASENCIO DURÁN Mónica

Introducción: Presentamos el caso de una paciente remitida con la sospecha de melanoma ocular, que tras su estudio con las pruebas complementarias requeridas se llegó al diagnóstico de vasculopatía coroidea polipoidea.

Caso clínico: Mujer de 67 años remitida a la unidad de tumores por una lesión pigmentada retiniana sospechosa de melanoma coroideo, en ojo derecho. Entre los antecedentes personales destacaba un glaucoma agudo de ángulo cerrado en ojo izquierdo 6 meses antes. La agudeza visual fue de 2/3 en ambos ojos, la biomicroscopía evidenció unas iridotomías permeables. La funduscopia mostraba una lesión poco pigmentada, acompañada de un desprendimiento de retina exudativo y una gran cantidad de exudación lipídica circundante. En la ecografía la lesión presentó un espesor máximo de 2,75 mm, sin sombra acústica y con un dudoso ángulo kappa. La angiografía fluoresceínica y verde indocianina permitieron llegar al diagnóstico de vasculopatía coroidea polipoidea. Tras la inyección de un antiVegf, la paciente se trató con terapia fotodinámica presentando una evolución favorable con reabsorción de los exudados y desapareciendo el desprendimiento de retina asociado.

Conclusiones: La vasculopatía coroidea polipoidea se localiza generalmente en el área macular y peripapilar. La localización extramacular es infrecuente y de ahí que pueda presentar más dificultades el diagnóstico. La tomografía de coherencia óptica de dominio espectral ha supuesto una mejoría en el diagnóstico de esta patología; sin embargo, el diagnóstico definitivo requiere la angiografía fluoresceínica y sobre todo la verde indocianina. El tratamiento no está claro, se prefiere una aproximación más conservadora si la lesión no amenaza la visión. La terapia fotodinámica (TFD) ofrece resultados prometedores para la resolución de esta lesión sin embargo son necesarios más estudios para confirmarlo.

P-153

DISTROFIA RETINIANA DIFUSA BILATERAL: UN ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA BÚSQUEDA DE ENFERMEDAD SISTÉMICA

LÓPEZ MONGUIA Anabel, DOMINGOS GID Lorena, MONTALT BARRACHINA Nadia, SOLVES ALEMÁN Alicia, SANTANDER TRENTINI Fernando, SANZ SOLANA Pedro

Introducción: La Distrofia Retiniana Difusa precisa un despistaje multidisciplinar de enfermedades potencialmente graves como neoplasias, síndromes paraneoplásicos, infecciones, toxicidad e hipovitaminosis.

Caso clínico: Varón de 49 años que consulta por pérdida bilateral de visión, fotofobia y fotopsias ocasionales. Exploración: agudeza visual en AO (ambos ojos) de 0,6. Presión intraocular normal. Polo anterior normal. Fondo de ojo: hiperpigmentación tenue en media periferia con vascularización normal y papilas oblicuas no excavadas. En el campo visual nos sorprende un escotoma anular profundo en AO. La tomografía del nervio óptico es prácticamente normal. La autofluorescencia es normal. Sospechamos una distrofia retiniana bilateral y se solicitan potenciales evocados visuales que evidencian una disminución de la latencia de la onda P100 en AO compatible con enfermedad desmielinizante del nervio óptico. Se remite a medicina interna para buscar esclerosis múltiple, patología del sistema nervioso central, infecciones, tóxicos, déficits metabólicos, enfermedades autoinmunes y neoplasias, con resultados negativos. La resonancia cerebral, la radiografía de tórax y el PSA son normales. La sangre oculta en heces es negativa y el EOG normal. Pero el ERG multifocal y de Ganzfeld demuestra una importante afectación de conos y bastones difusa con afectación macular central, compatible con Distrofia Retiniana Difusa.

Conclusiones: La Distrofia Retiniana Difusa precisa de un exhaustivo diagnóstico diferencial. La afectación del campo visual idiopática obliga a un despistaje de enfermedades infecciosas como la tuberculosis, Lyme, sífilis, VIH, autoinmunidad, enfermedades de depósito neurológicas, tóxicos, fármacos, síndromes paraneoplásicos, la hipovitaminosis A, metástasis por melanoma, neoplasias de pulmón, colon, próstata y mama. No podemos olvidar la AZOOR (retinopatía zonal aguda oculta externa) que se manifiesta también con fotopsias y una pérdida del campo visual periférico así como con afectación del ERG y EOG.

P-154

TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA FASE AGUDA Y CRÓNICA DE LA MACULOPATÍA SOLAR

LORENZO PARRA Daniel, GARRO BALMASEDA Eduard, JORGE VISPO Marta, LORENA VERSECKAS Marina, BUSQUET DURÁN Neus

Introducción: Exponemos el caso de una joven con reflejo fótico del estornudo que presentó maculopatía solar bilateral. Y describimos los cambios morfológicos observados en la tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) en la fase aguda y crónica.

Caso clínico: Mujer de 27 años sin antecedentes de interés que acudió a urgencias por visión de escotoma central bilateral de 24 horas de evolución. La paciente inició la sintomatología después de una exposición al sol dividida en unos 6-7 intervalos de unos 30 segundos de duración cada uno, con el objetivo de provocarse el estornudo. La exploración oftalmológica inicial destacó en ambos ojos una agudeza visual de 0.6 y la presencia de una lesión amarillenta limitada a la región foveal. La SD-OCT mostró una imagen bilateral de reflectividad aumentada de espesor retiniano completo a nivel foveal. Los hallazgos se consideraron compatibles con la fase aguda de una maculopatía solar bilateral. Seis meses después de la exposición inicial, la paciente presentaba en ambos ojos una agudeza visual de 0,9 y un examen funduscópico normal. Sin embargo, la SD-OCT destacó una imagen bilateral de baja reflectividad localizada en las capas externas de la fóvea (disrupción de los segmentos internos y externos de los fotorreceptores).

Conclusiones: La maculopatía solar puede suponer un reto diagnóstico puesto que en ocasiones el antecedente de exposición solar puede no ser revelado por el paciente; y los hallazgos clínicos pueden ser sutiles y similares a los de otras maculopatías. Las observaciones del presente caso clínico señalan que la SD-OCT muestra un patrón definido de alteración en el análisis de la integridad de las capas retinianas, tanto en la fase aguda como crónica de la maculopatía solar. De esta forma, la SD-OCT puede suponer una herramienta útil en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con dicha patología.

P-155

HIPERMETROPIZACIÓN MONOCULAR POR HEMANGIOMA CIRCUNSCRITO DE COROIDES

MARCOS GARCÍA Clara, SAORNIL ÁLVAREZ M.^a Antonia, GARCÍA ÁLVAREZ Ciro

Introducción: El hemangioma circunscrito de coroides es un tumor benigno vascular poco frecuente. A pesar de su benignidad, puede conducir a la pérdida de la visión y el globo ocular si no se diagnostica precozmente. Se presenta un caso en el que la primera manifestación fue hipermetropización monocular.

Caso clínico: Paciente de 38 años que acude a revisión refiriendo disminución de agudeza visual (AV) así como pérdida de campo visual superior con el ojo izquierdo (OI). Desde hace ocho años en seguimiento anual por oftalmología y diagnosticada de ambliopía en el OI por anisometropía. En la exploración la AV es de unidad con ambos ojos con una corrección óptica de +9.50 dioptrías en el OI. En el fondo del ojo se encuentra una lesión roja- anaranjada temporal yuxtapapilar con desprendimiento de retina (DR) asociado. En la ecografía tipo A se observa que la lesión tiene alta reflectividad homogénea. En la ecografía tipo B la masa se comporta con una ecogenicidad similar a la coroides y sin excavación coroidea, midiendo 9.74 x 8.96mm de base x 4.60mm de ápex. Así mismo se realiza angiografía fluoresceínica y con verde indocianina y resonancia magnética orbitaria, todas ellas compatibles con hemangioma de coroides. Por su tamaño y el DR asociado se realiza tratamiento con braquiterapia epiescleral con dosis altas de Iodo 125. A los tres meses desde el tratamiento la lesión ha regresado parcialmente y el DR asociado ha desaparecido.

Conclusiones: La hipermetropización monocular nos debe hacer sospechar una patología intraocular tratable, entre las que se encuentra el hemangioma de coroides. En el hemangioma circunscrito de coroides cuanto más precoz sea el diagnóstico, más probabilidades tenemos de conservar el globo ocular y la función visual empleando tratamientos menos agresivos, como la fotocoagulación láser. La braquiterapia epiescleral es una solución agresiva pero definitiva cuando el tumor ya es grande y existe DR supradacente.

P-156

RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA DE AGUJERO MACULAR POSTRAUMÁTICO

MENDIETA RASOS Nuria, MACÍAS MOLINERO Lourdes, HAJJAR SESE Aida, BONAFONTE MÁRQUEZ Elena, LACOSTA ASÍN Ana Vanesa, NEVADO LUQUE M.^a Jesús

Introducción: Los traumatismos contusos oculares pueden cursar con diversas complicaciones, entre ellas el agujero macular (AM). Su mecanismo etiopatogénico en estos casos, así como su tratamiento, son discutidos.

Caso clínico: Paciente de 16 años de edad que acude al servicio de urgencias por contusión en el ojo derecho (OD) con una raqueta de bádminton. Presenta una agudeza visual (AV) en OD de cuenta dedos. En el polo anterior se aprecian signos inflamatorios. En el fondo de ojo (FO) observamos edema de Berlin con una imagen sugestiva de agujero macular (AM), edema en la periferia temporal, con pliegues retinianos y hemorragias. El test de Watzke-Allen es positivo. Mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) se confirma la presencia de AM de espesor completo. Tras tratamiento corticoideo se constata mediante OCT un acercamiento de los bordes del AM a diario, hasta que se cierra espontáneamente a los 4 días. Se consiguen buenos resultados anatómicos pero la AV no presenta mejoría.

Conclusiones: La causa más frecuente de AM es la idiopática, seguida de la traumática. Se han descrito dos mecanismos de formación de AM traumáticos: uno de aparición inmediata con dehiscencia primaria de la fovea, y otro por persistencia de tracción vítrea, que se produce días después del traumatismo. El cierre espontáneo de los AM traumáticos no es infrecuente, sobretodo en pacientes jóvenes. Por ello parece sensato dejar un período de observación a fin de evitar una intervención quirúrgica compleja. El tiempo de resolución es variable según las publicaciones existentes, oscilando entre la semana y los 5 meses. Los mecanismos responsables del cierre espontáneo del AM pueden estar relacionados con la proliferación de células gliales. A pesar de la resolución anatómica del AM, no se observa mejoría visual en nuestro caso clínico por los cambios irreversibles que aparecen a nivel macular. Los resultados anatómicos y funcionales no siempre se correlacionan, dependiendo éstos últimos del estado final de los fotorreceptores y de las células del epitelio pigmentario.

P-157

¿INDICAS TRATAMIENTO SISTÉMICO EN UN CUADRO DE OBSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA?

MORALES BECERRA Ana, MUÑOZ JIMÉNEZ Luz Ángela

Introducción: La obstrucción de la arteria central de la retina (OACR) es un cuadro clínico que cursa con pérdida brusca e indolora de la agudeza visual (AV). Las causas pueden ser múltiples, pero lo más frecuente es que se presente en personas de más de 50 años con factores de riesgo cardiovascular.

Caso clínico: Mujer de 36 años, con HTA, que acude a urgencias con crisis hipertensiva sistémica y pérdida súbita e indolora de la visión de 2 horas de evolución en ojo izquierdo (OI). Antecedente personal hipertensión arterial pero refiere que no se tomaba el tratamiento. A la exploración presentaba una AV en OI de percepción de luz, un defecto pupilar aferente relativo, movimientos oculares externos conservados, polo anterior normal, fondo de ojo (FO) palidez retiniana y macha rojo cereza macular. Tras diagnóstico de OACR se realiza tratamiento con masaje ocular sin mejoría de la AV y posteriormente manitol 20% intravenoso junto con dinitrato de isosorbide y acetazolamida 500 mg oral mejorando la AV a movimientos de manos a 1 metro. A los dos meses la paciente presentaba un AV con su corrección OI: 0.3, polo anterior normal, FO OI: presencia de una ligera palidez papilar, mácula de aspecto normal con una disminución del espesor macular en la OCT

Conclusiones: El pronóstico de una OACR es desfavorable en el 62.5-66% de casos; se ha comprobado que en aquellos con menos de 48 horas de evolución se debe hacer un tratamiento agresivo (masaje ocular y tratamiento hipotensor sistémico) para restablecer la circulación retiniana antes del desarrollo de isquemia mejorándose así dicho pronóstico visual, a pesar de que no este estandarizado el tratamiento sistémico.

P-158

QUISTE VÍTREO CENTRAL

MORENO SALGUEIRO Agustín, BECKFORD TÖRNGREN Carlos

Introducción: Los quistes vítreos son malformaciones oculares raras que pueden encontrarse en ojos por lo demás normales. Varían en forma, tamaño y pigmentación. Pueden ser congénitos o adquiridos, éstos últimos se han descrito con antecedentes traumáticos o parasitarios. En los congénitos no se ha descrito asociación.

Caso clínico: Paciente varón de 44 años de edad que refería una sombra móvil en campo visual central de su ojo derecho (OD) desde su juventud. Sin antecedentes oftalmológicos ni sistémicos relevantes. Presentaba una agudeza visual (AV) de 0,8 que mejoraba a 1 con estenopeico en OD y de 1,2 en ojo izquierdo, y en el fondo de ojo de OD un quiste vítreo translucido de superficie lisa y pigmentada, marronácea, con mácula y retina periférica normales. No se observó vascularización vítrea ni en el quiste ni tampoco calcificaciones. El hemograma fue normal y la serología para toxoplasmosis, Toxocara, hidatidosis y cisticercosis negativa. Dada la buena AV y el aspecto del quiste se decidió observación periódica.

Conclusiones: Los quistes vítreos adquiridos se han asociado a enfermedades degenerativas como la retinosis pigmentaria, atrofia coroidea, uveitis, retinosquiasis, toxoplasmosis, vitritis parasitaria y endoftalmitis por nematodos. Los quistes parasitarios suelen presentar paredes blanco-cremosas más gruesas. Los quistes vítreos congénitos pigmentados se originarían en el epitelio pigmentado del iris o de la pars ciliaris del cuerpo ciliar, aunque otros autores los consideran una regresión incompleta del vítreo primario o del sistema vascular hialoideo. Suelen acompañarse de una agudeza visual normal y sólo requieren observación, pero en caso de que interfiriera con la visión existe la opción de tratamiento con láser argón o vitrectomía vía pars plana. En nuestro paciente, el aspecto del quiste, la ausencia de antecedentes personales y la normalidad del estudio sistémico nos hizo pensar en una etiología congénita y decidir su observación periódica.

P-159

ASTROCITOMA RETINIANO, DOS CASOS DE DIFERENTE EVOLUCIÓN

MUÑOZ MORALES Ana, PASTOR RAMOS M.^a Teresa

Introducción: El astrocitoma retiniano es una neoplasia benigna que se produce con alta frecuencia (50%) en pacientes con esclerosis tuberosa. Debido a sus características no tiene tendencia al crecimiento y con frecuencia no es necesario aplicar ningún tratamiento salvo observación periódica.

Caso clínico: Presentamos dos casos de astrocitomas retinianos con diferente evolución clínica. El primer paciente no presentaba en sus antecedentes nada de interés salvo adicción a drogas vía parenteral (ADVP) y diabetes mellitus tipo II de 5 años de evolución. Acudió remitido a consulta por hallazgo casual de tumoración blanquecina en fondo de ojo tras retinografía para detección precoz de retinopatía diabética en su centro de salud. A la exploración oftalmológica todo era normal salvo la aparición de una tumoración blanquecina en polo posterior. Se realizó tomografía de coherencia óptica (OCT) y se visualizó que llegaba muy cerca de mácula pero no producía alteración del perfil foveolar. El paciente lleva en seguimiento en nuestro servicio tres años y el tamaño y aspecto del astrocitoma no han cambiado. Se han realizado retinografías y OCT seriadas que muestran el mismo tamaño y disposición de la tumoración. El segundo caso se trata de un varón que acudió a urgencias con déficit visual agudo y fue diagnosticado de desprendimiento de retina completo. Se sometió a cirugía de desprendimiento de retina (DR) y de forma intraoperatoria se visualizó tumoración de aspecto blanquecino con aspecto de quistes de mora transparente que se correspondía a un astrocitoma. Se realizó vitrectomía con reaplicación completa del desprendimiento.

Conclusiones: el astrocitoma es una tumoración benigna fácil de identificar por su aspecto de mora transparente. El segundo caso tuvo un DR creemos sin participación de la tumoración, aunque no tenía desgarros y nuestra teoría es que en algún momento formó un DR seroso que evolucionó a DR total.

P-160

CIERRE ESPONTÁNEO DE AGUJERO MACULAR LAMELAR TRAUMÁTICO. CORRELACIÓN CLÍNICA Y TOMOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

OLMO JIMÉNEZ Natalia, BURGOS RODRÍGUEZ Carmen, GRACIA RUIZ Diego

Introducción: Los Agujeros Maculares Traumáticos (AMTs) son una complicación frecuente de los traumatismos oculares contusos. La Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) permite clasificar los AMTs, y a continuación, asistir a las sucesivas etapas de reparación tisular hasta su cierre espontáneo en algunos casos.

Caso clínico: Varón de 25 años que acudió al Servicio de Urgencias tras haber sufrido una contusión roma en su ojo derecho. A la exploración presentaba una agudeza visual de Cuenta Dedos a 1 metro, iridodiálisis superior, e hipema de 0,5 mm. En la funduscopia se apreció un edema de Berlin de todo el polo posterior, y en la OCT, un quiste intraretiniano foveal, con integridad de la capa de fotoreceptores. Se decidió actitud expectante, y se inició tratamiento corticoideo. A las 24 horas, el AM ya era oftalmoscópicamente visible junto a pliegues maculares estrellados. La OCT confirmó la presencia de un Agujero macular Lamelar (AL) franco, que inducía un contorno foveal irregular, y un pequeño defecto a nivel de la retina interna. Pasada 1 semana, la AV era de 0.05, y en la OCT se constató la presencia de puentes en los extremos del AL entre las capas mas internas de la retina. A los 10 días, la AV mejoró a 0.3. Los pliegues maculares habían desaparecido persistiendo una imagen de fovea en patrón quístico, y en la OCT los bordes mas internos del AL ya habían coaptado. Pasado 1 mes, la funduscopia era prácticamante normal, manteniéndose la AV lograda, y verificándose con la OCT el cierre espontáneo del AL con un pequeño desprendimiento foveal residual.

Conclusiones: La OCT es fundamental en el diagnóstico y seguimiento del AMT, permitiendo valorar el estado de las capas retinianas, y así, orientar el pronóstico y tratamiento. La aparición precoz de puentes de tejido neuroretiniano aproximando los márgenes del AL insinúan un cierre espontáneo.

P-161

PRESENTACIÓN TARDÍA DE SEUDOXANTOMA ELÁSTICO CON PRESENCIA DE MEMBRANA NEOVASCULAR BILATERAL Y FAVORABLE RESPUESTA AL TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ORTEGA GIMÉNEZ Lidia, LOZANO ROS Esther, KOSZEL Justyna, SALINAS MARTÍNEZ Eva M.^a, BELDA SANCHÍS José Isidro

Introducción: El seudoxantoma elástico es un trastorno hereditario donde existe una calcificación, fragmentación y degeneración progresiva de las fibras elásticas de la piel, ojo y sistema cardiovascular. Las estrías angioides, secundarias a la ruptura de la membrana de Bruch, están presentes en el 85% de los casos. Suele aparecer entre los 20 y 40 años, con afectación bilateral y simétrica. Puede llegar a ocasionar ceguera debido al desarrollo de membranas neovasculares subretinianas (MNVSR), roturas coroideas o afectación foveal.

Caso clínico: Paciente de 29 años marroquí que acude por pérdida de visión en ambos ojos (AO) desde hace más de un año. No refiere antecedentes personales ni familiares de interés. La agudeza visual (AV) con la mejor corrección es de 0.38 en el ojo derecho (OD) y 0.2 en el ojo izquierdo (OI). No se observan alteraciones en el segmento anterior. En el fondo de ojo (FO) se aprecian estrías angioides, piel de naranja, áreas de fibrosis macular y hemorragias en AO con mayor afectación del ojo izquierdo. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) se observa una gran alteración foveal en el OD con fibrosis, hemorragias y quistes intrarretinianos y en el OI una lesión disciforme con grandes espacios quísticos. Se realiza una angiografía (AFG) poniendo de manifiesto una lesión compatible con una membrana neovascular subretiniana (MNVSR) en AO y presencia de fibrosis, más avanzada en el OI. La hiperlaxitud y redundancia de la piel del cuello del paciente junto con las manifestaciones oculares tales como piel de naranja, estrías angioides y MNVSR secundarias son compatibles con el diagnóstico de seudoxantoma elástico. Decidimos tratar el OD con inyecciones intravítreas de Bevacizumab mejorando la visión a 0.63 tras la dosis de carga. Actualmente sigue en tratamiento por la persistencia de quistes intrarretinianos.

Conclusiones: La revisión periódica de estos pacientes es fundamental al tratarse de una enfermedad que puede cursar de forma asintomática en pacientes jóvenes. Debemos advertir de los cambios sutiles de visión con el uso de la rejilla de Amsler y aconsejar el uso de gafas para evitar roturas coroideas ante pequeños traumatismos.

P-162

BEVACIZUMAB INTRAVÍTREO COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN LA NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA PERIPAPILAR ASOCIADA A DRUSAS DE DISCO ÓPTICO

PACO MATALLANA Maravillas de, CANTÓ SAN MIGUEL Pilar

Introducción: Las drusas de nervio óptico son concreciones acelulares parcialmente calcificadas debidas al acúmulo de derivados axoplásmicos procedentes de la degeneración de las fibras nerviosas. Aunque de naturaleza benigna, ocasionalmente pueden presentar complicaciones vasculares como la neovascularización coroidea que comprometan la agudeza visual de estos pacientes.

Caso clínico: Niña de 8 años remitida por papiledema desde otro centro al que acudió por pérdida de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD). No tenía antecedentes generales de interés ni ninguna otra sintomatología asociada. Su AV era de 0.1 en OD y 0.9 en ojo izquierdo (OI), siendo polo anterior normal en ambos ojos. En la exploración de fondo de ojo, se observaba borrosidad de límites papilares bilaterales sin congestión venosa ni hemorragias peripapilares asociadas. Presentaba además una lesión de color grisáceo en la región peripapilar de OD. La tomografía computarizada (TC) fue normal y finalmente la ecografía oftálmica confirmó el diagnóstico de drusas papilares bilaterales. Por su parte, la angiografía fluoresceínica mostraba una lesión peripapilar en OD con hiperfluorescencia inicial y difusión tardía de colorante compatible con una membrana neovascular peripapilar asociada a drusas de disco óptico. Se inició tratamiento con bevacizumab intravítreo en OD, obteniendo con una única dosis la inactivación completa de la membrana neovascular coroidea con recuperación de AV hasta 0.5 sin signos de recidiva después de 4 años de seguimiento.

Conclusiones: La neovascularización coroidea asociada a drusas de disco óptico es una entidad muy infrecuente, de curso clínico variable y sobre la que se han propuesto varias opciones terapéuticas. Los resultados obtenidos en nuestra paciente sugieren que el uso de anti-VEGF puede ser una alternativa útil y eficaz en el tratamiento de esta patología aunque no hay establecido un protocolo de tratamiento en niños.

P-163

CORRELACIÓN ENTRE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE DOMINIO ESPECTRAL Y AUTOFLUORESCENCIA EN LAS CALCIFICACIONES ESCLEROCOROIDEAS

PADRÓN PÉREZ Noel, CAMINAL MITJANA José M.^a, ARIAS BARQUET Lluís, RUBIO CASO Marcos Javier, CATALÀ MORA Jaume

Introducción: La tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) es una técnica no invasiva que permite visualizar la arquitectura de la retina y de la coroides interna. La autofluorescencia (FAF) es un método rápido que nos ayuda a evaluar la función del epitelio pigmentario de la retina (RPE). Ambos métodos no se han empleado regularmente para el estudio de las calcificaciones esclerocoroideas (SCC). El propósito de este trabajo es describir la correlación entre los hallazgos en SD-OCT y la FAF en pacientes con SCC.

Casos clínicos: Se incluyeron 3 casos (6 ojos) consecutivos con diagnóstico de SCC bilaterales a los cuales se les realizaron SD-OCT y FAF. Se encontró en la SD-OCT una variación importante en el grosor de la coriocalpilar en áreas de localización de las SCC. En la FAF se observaron 2 patrones de autofluorescencia estrechamente correlacionados con el grosor de la capa vascular corioidea. En sectores donde el complejo coriocalpilar se encontraba disminuido, se apreciaba en la FAF un patrón de hiperautofluorescencia. En zonas de evaginación del complejo EPR-Coriocalpilar observados en la OCT se visualizaba un patrón de hipoautofluorescencia. No se observaron diferencias significativas en los patrones de autofluorescencia exceptuando su extensión.

Conclusiones: La SD-OCT y la FAF constituyen técnicas no invasivas y rápidas que permiten evaluar las alteraciones que se producen a nivel del complejo EPR-Coriocalpilar en pacientes con SCC. Se precisan más estudios y con mayor número de pacientes para poder establecer conclusiones definitivas acerca de estos hallazgos.

P-164

EDEMA MACULAR QUÍSTICO SECUNDARIO A PACLITAXEL

PAZ MORENO-ARRONES Javier, MUÑOZ GUTIÉRREZ Beatriz, GORROÑO ECHEBARRÍA Marina Begoña

Introducción: El quimioterápico paclitaxel se emplea en distintos tumores como el cáncer de colon. Varios efectos secundarios, a nivel ocular, se han descrito, como el EMQ. El EMQ es una entidad clínica secundaria a distintas enfermedades tanto sistémicas como oftalmológicas causando una importante pérdida de AV, consecuencia de la ruptura de la barrera hematorretiniana, acumulándose líquido en espacio intercelular. Describimos el caso de una paciente con EMQ secundario a paclitaxel.

Caso clínico: Mujer de 70 años, que acude a urgencias por disminución de AV en OD de 24 horas de evolución. Como antecedentes personales destacaba una cirugía de cataratas bilateral hace 3 años sin complicaciones y el diagnóstico de carcinoma de colon diagnosticado 3 semanas antes de la disminución de AV, en tratamiento actual con paclitaxel. En urgencias presentaba una AV de 0.2/1, siendo la exploración oftalmológica del segmento anterior normal. PIO de 14 mmHg en AO. En el fondo de ojo del OD se apreció un EMQ confirmado mediante angiografía y OCT. Se instauró tratamiento con diclofenaco y dexametasona tópicos, sin suspenderse los ciclos quimioterápicos, presentándose una resolución del cuadro clínico en 2 semanas sin nuevas recurrencias, con una AV en OD de 1.0.

Conclusiones: Paclitaxel provoca disminución de AV, fotopsias y neuropatía óptica. El EMQ en este caso podría ser secundario a una toxicidad a nivel del endotelio vascular o a una inflamación localizada a nivel macular, revertida con antiinflamatorios tópicos. Por lo tanto, aconsejamos una exploración oftalmológica exhaustiva en pacientes que emplean taxoles como quimioterapia.

P-165

OBSTRUCCIÓN BILATERAL DE ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA CON ARTERIA CILIORRETINIANA PERMEABLE UNILATERAL

PÉREZ SERENA Antonio, GÓMEZ CABRERA Cristina

Introducción: La obstrucción bilateral de la arteria central de la retina es una entidad infrecuente, se presenta sólo en el 1-2% de los pacientes con obstrucción de la arteria central de la retina.

Caso clínico: Varon de 76 años, cardiopatía isquémica, HTA que es ingresado en neurología por pérdida súbita de visión bilateral mientras conducía. AV: OD: amaurótico OI: movimiento de manos a 1 metro Pupilas en midriasis media con débil reacción a la luz TA: 176/90 Analítica: PCR 25.5 mg/dl, Creatinina 2.11mg/dl. TAC de cráneo: infartos lacunares en capsula externa izquierda. Angio-RM: Patología vascular degenerativa con microinfartos de origen embólico y estenosis hemodinámicamente significativa en arteria carótida interna izquierda. Doppler de troncos supraaórticos: Estenosis ateromatosa fibrograsa concéntrica en el origen de la arteria carótida interna izquierda del 80%. FO OD: compatible con obstrucción de la arteria central de la retina, mancha rojo cereza FO OI: compatible con una obstrucción de la arteria central de la retina con arteria ciliarretiniana permeable

Conclusiones: Aunque es infrecuente una obstrucción bilateral de la arteria central de la retina no debemos de olvidarla ante un paciente con factores de riesgo cardiovascular y pérdida súbita y profunda de la visión.

P-166

ABCESO CEREBRAL COMO DESENCADENANTE DE CORIORRETINOPATÍA CENTRAL SEROSA

ROMERO CABALLERO M.^a Dolores, VALENTINO Sergio, FARÉS VALDIVIA Jesarán

Introducción: La coriorretinopatía serosa central (CSC) es una patología caracterizada por desprendimiento seroso idiopático de la retina neural debido al acúmulo de fluido subretiniano en la región macular. La patogénesis de la CSC es desconocida pero parece clara su relación con el aumento de los niveles sistémicos del cortisol.

Caso clínico: Varón de 34 años que acude a consulta por disminución de agudeza visual en ojo derecho (OD). En la anamnesis refiere jaquecas, no consumo de medicación o drogas. A la exploración oftalmológica destaca una agudeza visual en OD de <0,05 y 1 en OI. Biomicroscopía normal. En fondo de OD se observa área macular sobreelevada con alteraciones en el epitelio pigmentario. En la OCT se detecta un espacio hiporreflectivo bajo la retina neurosensorial que corresponde a un desprendimiento del neuroepitelio en OD con grosor macular medio de 450 micras. Con diagnóstico de CSC se aplica un tratamiento tópico con Nepafenaco y revisión en 15 días. A la semana el paciente presenta fuertes dolores de cabeza y acude nuevamente a urgencias. En el TAC se diagnostica un absceso cerebral de 315 mm frontal izquierdo, por lo que es ingresado en Neurocirugía para su drenaje. A los tres meses del inicio del cuadro ocular el paciente regresa a la consulta presentando todavía en la OCT desprendimiento del neuroepitelio con grosor macular de 307 micras. En la AFG aparece un punto de fuga extrafoveal superior a mácula, por lo que se decide dar láser focal ese mismo día. Al mes se ha reaplicado la totalidad del neuroepitelio (grosor macular 154 micras) aunque la agudeza visual sólo ha mejorado a 0,2.

Conclusiones: El aumento del cortisol sistémico, en nuestro caso desencadenado por un proceso infeccioso (absceso cerebral), aumenta la permeabilidad vascular coroidea y produce una CSC. Debemos estar alerta en nuestros pacientes ante la presencia de otros síntomas asociados ya que la CSC puede ser el síntoma inicial de otras patologías sin filiar.

P-167

MELANOMA MALIGNO QUÍSTICO DE CUERPO CILIAR

ROSA PÉREZ Irene, ASECIO DURÁN Mónica, FONSECA SANDOMINGO Agustín, ARMADÁ MARESCA Félix

Introducción: El melanoma uveal es típicamente un tumor sólido. Presentamos un caso de cavitación en un melanoma iridociliar confirmado histopatológicamente.

Caso clínico: Mujer de 46 años que presentó un nódulo pigmentado en raíz de iris y en la biomicroscopía ultrasónica (BMU) un quiste retroiridiano de 8.3 x 5.1 que ocupa más del 50% de la lesión. Se realizó esclerouveoiridociclectomía parcial, y el examen histopatológico demuestra melanoma de células fusiformes tipo B de cuerpo ciliar, que respeta los bordes quirúrgicos. La paciente 5 años después está sana.

Conclusiones: Las cavidades quísticas en el seno de melanomas son hallazgos infrecuentes. En la literatura inglesa encontramos 25 casos hasta el momento. Es importante el conocimiento de la imagen de BMU por parte de los oftalmólogos para el correcto diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones.

P-168

SÍNDROME OCULAR ISQUÉMICO

SÁENZ DE VITERI VÁZQUEZ Manuel, VELÁZQUEZ VILLORIA Alvaro, SÁDABA ECHARRI Luis Manuel, ALFONSO BARTOLOZZI Belén, GARCÍA LAYANA Alfredo

Introducción: El Síndrome ocular isquémico engloba las manifestaciones asociadas a la enfermedad oclusiva del sistema carotideo.

Caso clínico: Varón de 71 años, diabético, hipertenso y fumador. Acude a nuestra consulta con diagnóstico de hipertensión ocular en el OD. Agudeza visual (AV) de 0.8 en OD y 0.5 en OI y PIO de 12mmHg en AO (Tratamiento con timolol en el OD). En la exploración destacan cataratas en AO y algunas hemorragias en polo posterior del OD, sin evidencia de daño glaucomatoso en el nervio óptico. El campo visual es normal. Se diagnostica retinopatía diabética leve, suspendemos el timolol y se realiza cirugía de catarata sin complicaciones en AO, la AV mejora a 1.0 en AO. Tras 2 años de seguimiento asintomático el paciente presenta episodio de uveítis, disminución de la AV a 0.8 en AO e hipertensión en el OD. En la exploración se aprecia rubeosis iridis y hemorragias dispersas en polo posterior de AO. En la angiografía con fluoresceína se observa un llamativo retraso del llenado venoso. Ante la sospecha de síndrome ocular isquémico se realiza eco doppler carotídeo en el que se aprecia una estenosis carotídea bilateral crítica >90%. Se realiza angioplastia con stent en ambas carótidas internas. Tras la cirugía de revascularización se observa resolución de la rubeosis y de las hemorragias retinianas, la AV mejora a 1.0 en AO, la PIO se mantiene estable en cifras normales.

Conclusiones: Los síntomas del síndrome ocular isquémico incluyen pérdida visual, defectos campimétricos, dolor e hipertensión ocular. En la exploración destacan rubeosis e inflamación del segmento anterior, hemorragias en polo posterior y en ocasiones neovascularización. La Angiografía muestra retraso en el llenado coroideo y un tiempo arteriovenoso prolongado. El tratamiento definitivo es la endarterectomía carotídea. El desarrollo de un glaucoma neovascular ensombrece el pronóstico.

P-169

EDEMA MACULAR QUÍSTICO BILATERAL ALTERNANTE TRAS CIRUGÍA FILTRANTE EN EL GLAUCOMA PSEUDOEXFOLIATIVO

SÁNCHEZ MARTÍNEZ Daniel, VILLADA SÁNCHEZ Juan Carlos, CARACENA ORDÓÑEZ José M.^a, TUDELA MOLINO Miguel, VALENTINO Sergio, FARÉS VALDIVIA Jesarán

Introducción: El síndrome de Irvine-Gass esta clásicamente descrito como una complicación de la cirugía de cataratas, a continuación introducimos el caso de un paciente que presentó edema macular quístico en el ojo contralateral tras la cirugía de glaucoma además de presentarlo mas tarde en el ojo operado, por lo que se ha decidido denominarlo como edema macular alternante.

Caso clínico: Varón de 82 años que acude a puerta de urgencias por molestias inespecíficas en OD de dos meses de evolución. Operado de cataratas hace 6 años. A la exploración oftalmológica encontramos MAVC de 0,9 en OD y 1,0 en OI, encontrando pseudoexfoliación y subluxación inferior de LIO en saco en OD, además de una PIO de 36 mmHg. Un mes después se extrae la LIO y se inserta lente de anclaje iridiano presentando en el postoperatorio tensiones en OD de 40 mmHg además de disminución de agudeza visual en ojo contralateral. Para reducir la PIO se preciso implante de dispositivo Express por no responder al tratamiento tópico. Al día siguiente presenta un desprendimiento coroideo en OD y edema macular en ojo contralateral tratado con inyección subtenoniana de corticoides. 3 meses después el desprendimiento coroideo y la PIO en OD ha disminuido al igual que el edema macular del OI pero ahora presenta edema macular en OD que tratamos con corticoides subtenonianos consiguiendo reducir el espesor macular y mejorar la agudeza visual

Conclusiones: Apenas se encuentra literatura acerca del síndrome de Irvine-Gass en el ojo contralateral al operado por lo que podríamos considerarlo como un caso excepcional que nos permite plantear nuevas hipótesis acerca de las etiologías de este síndrome.

P-170

DISTROFIA CRISTALINA DE BIETTI - A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

SILVA PERPÉTUA Carlos, CARDOSO LEAL Inês, SEGALÁS Ana, NETO Eliana, PRATES CANELAS Joaquim, MONTEIRO GRILLO Manuel

Introducción: La distrofia cristalina de Bietti (BCD) es una enfermedad corneo-retiniana degenerativa progresiva, autosómica recesiva, poco frecuente, que se caracteriza por múltiples pequeños depósitos cristalinos brillantes en la retina y en la periferia corneal. Puede conducir a disminución lenta y progresiva de la agudeza visual (AV), nictalopía, pérdida del campo visual y discromatopsia. En general se presenta en la 3ª y 4ª década de la vida, siendo habitual marcada asimetría entre los ojos. Son conocidas mutaciones en el gen CYP4V2 (locus 4q35), siendo este el único gen conocido asociado al BCD. Los autores describen un caso de BCD, en particular la morfología de los tejidos afectados in vivo mediante tomografía de coherencia óptica (OCT).

Caso clínico: Mujer, 40 años, de origen chino, observado en la consulta de oftalmología por disminución progresiva de la agudeza visual en ambos ojos (ODI). A la exploración oftalmológica presentó una AV en el ojo derecho (OD) de 0.5 y en el ojo izquierdo (OI) de cuenta dedos a un metro. La biomicroscopia era normal y no se detectaron depósitos de cristales. En la fundoscopia presentó atrofia coriorretiniana, con múltiples cristales dispersos de color blanco-amarillento y pequeño tamaño ODI. Se realizó OCT que mostró pequeñas formaciones nodulares hiperreflectivas localizados en las capas externas de la retina neurosensorial y complejo RPE-coriocapilar. Se realizó angiofluoresceingrafía que mostró atrofia geográfica del epitelio pigmentario de la retina (RPE) y coriocapilar. El electroretinograma fue subnormal.

Conclusiones: Los autores describen un caso de BCD, una degeneración de retina rara, con pocos casos descritos en la literatura. El OCT es un examen morfológico, rápido y no invasivo, útil en la caracterización de los cristales en pacientes con BCD. La aplicación de la tecnología spectralis OCT permite una mejor definición para la localización de cristales dentro de la neuroretina y complejo RPE-coriocapilar.

P-171

DESPRENDIMIENTO DE RETINA DE POLO POSTERIOR EN MIOPE MAGNA SIN AGUJERO MACULAR

URBANEJA MEJIAS Diana Carolina, RONDÓN BENAVENTE Max Junior

Introducción: El desprendimiento de retina de polo posterior en ausencia de agujero macular es una complicación conocida en miopes magnos con estafiloma posterior, con una prevalencia en torno al 9%. Sin embargo, los mecanismos inherentes a éste, así como el abordaje terapéutico siguen siendo controvertidos. Presentamos el caso de una paciente miope magna con desprendimiento de retina de polo posterior en ausencia de agujero macular, que tras actitud conservadora se resolvió de forma espontánea.

Caso clínico: mujer de 41 años, miope magna de 24 dioptrías en ambos ojos, quien acude a control regular de patología de base, sin referir pérdida de agudeza visual. La agudeza visual mejor corregida (AV) era cuenta dedos a 1 metro en OD y 0.4 en ojo izquierdo (OI). El polo anterior era normal y en el fondo de ojo destaca la presencia de desprendimiento de retina del polo posterior en OD sin presencia de agujero ni desgarros en la retina, el cual se confirmó mediante estudio con Tomografía Óptica de Coherencia (OCT) en la que se evidencia desprendimiento neurosensorial en área de estafiloma posterior, en ausencia de agujero macular. Se decide actitud conservadora con controles frecuentes. En control sucesivo, en el fondo de ojo se evidencia la retina nuevamente aplicada y El estudio con OCT mostró retina neurosensorial adherida a epitelio pigmentario retiniano (EPR) así como estafiloma posterior, sin otros hallazgos. La agudeza visual permaneció estable.

Conclusiones: La patogénesis del desprendimiento del polo posterior en miopes magnos sigue siendo desconocida y puede estar asociado o no con agujero macular. Se ha sugerido que se trata de un estadio previo al desarrollo del agujero macular. La agudeza visual varía desde cuenta dedos hasta 20/20. El tratamiento sigue siendo controvertido, entre la observación o la realización de vitrectomía. Más estudios son necesarios para aclarar estas incógnitas.

P-172

RETO DIAGNÓSTICO: ANEURISMAS MILIARES DE LEBER

URBANO GÓMEZ Marta, GONZÁLEZ CORTÉS Antonio, MARTOS DÍAZ Juan

Introducción: Los aneurismas miliares de Leber son lesiones vasculares de la retina que pueden englobarse en el grupo de las telangiectasias retinianas y la enfermedad de Coats, presentando una severidad intermedia. La posible evolución y aparición de complicaciones requiere un adecuado seguimiento de estos pacientes.

Caso clínico: Varón de 76 años, diabético de 8 años de evolución en tratamiento con insulina, mal controlado, diagnosticado de retinopatía diabética no proliferativa moderada en ojo derecho y leve en ojo izquierdo, tratado con fotocoagulación focal en ambos ojos por maculopatía diabética. Refiere acusada disminución de agudeza visual en ojo derecho, objetivándose en fondo de ojo edema macular y dilataciones aneurismáticas con exudados lipídicos adyacentes, en región nasal y polo posterior. La exploración oftalmoscópica del ojo izquierdo es compatible con la normalidad, evidenciándose las huellas de laserterapia previa. La biomicroscopía y presión intraocular son normales. La angiografía fluoresceíngrafía refleja dilatación vascular y extravasación tardía del colorante. Se confirma el diagnóstico de aneurismas miliares de Leber en ojo derecho, procediéndose al tratamiento con fotocoagulación focal, y consiguiendo escasa respuesta al tratamiento.

Conclusiones: Ante la aparición de aneurismas retinianos es imprescindible realizar un correcto diagnóstico diferencial entre su origen primario o secundario por sus implicaciones pronósticas. La coexistencia de otras patologías puede enmascarar el diagnóstico precoz. En la actualidad se estudian nuevas ofertas terapéuticas como triamcinolona y antiangiogénicos intravítreos para este tipo de lesiones, sin obtenerse un claro beneficio. Es posible la presentación de trombosis de los aneurismas, neovascularización, hemorragias vítreas y evolución a enfermedad de Coats. La cirugía vitreoretiniana es el tratamiento de elección de las complicaciones (síndrome de tracción macular, membrana epirretiniana).

P-173

NUEVA MUTACIÓN GENÉTICA DEL SÍNDROME DE VON HIPPLE-LINDAU

VALENTINO Sergio, TUDELA MOLINO Miguel, FARÉS VALDIVIA Jesarán, SÁNCHEZ MARTÍNEZ Daniel, VILLADA SÁNCHEZ Juan Carlos, VILLEGAS PÉREZ M.^a Paz

Introducción: El síndrome de Von Hippel-Lindau (VHL) es una enfermedad rara de carácter hereditario autosómico dominante que pertenece al grupo de las facomatosis.

Caso clínico: Paciente de 29 años que acude a nuestra consulta externa con agudeza visual de 1 en ojo derecho (OD) y 0.8 en ojo izquierdo (OI). En la exploración fundoscópica se observan múltiples hemangiomas capilares retinianos en ambos ojos (AOS) con exudación lipídica y una membrana epirretiniana (MEM) en OD. El resto de la exploración oftalmológica fue normal. Ante la sospecha de VHL solicitamos estudio genético por secuenciación automática de la región codificante completa que no detectó mutación patológica en el gen VHL. La RMN cerebral y el TAC abdominal no presentaron hallazgos patológicos. Los hemangiomas fueron tratados con laser diodo asociándose tratamiento anti-VEGF intravítreo con buena cicatrización de las lesiones en OD. En el OI aumentó la tracción vascular macular secundaria a la proliferación vitreorretiniana de la hemirretina superior por lo que se realizó vitrectomía, endolaser, pelado de MEM, crioterapia e inyección intravítrea de fármacos antiangiogénicos. Durante su seguimiento, la paciente desarrolló nuevas lesiones tumorales en AOS por lo que se procedió a nuevo estudio genético mediante la técnica de multiplex ligation-dependent probe amplification (MLPA) que permitió analizar la existencia de grandes deleciones exón por exón, detectándose una deleción de 151 nucleótidos en el cDNA (c.208G>A), responsable del desarrollo de la patología.

Conclusiones: Es la primera vez que se describe esta mutación como causa de VHL. Por lo tanto se recomienda realizar el estudio con la técnica MLPA en los pacientes que no han sido diagnosticados con las técnicas genéticas empleadas de rutina y que presenten múltiples hemangiomas retinianos bilaterales o afectación sistémica de la enfermedad.

P-174

LEIOMIOMA DE CUERPO CILIAR ENMASCARADO COMO MELANOMA AMELANÓTICO
VELÁZQUEZ VILLORIA Álvaro, SÁENZ DE VITERI VÁZQUEZ Manuel, IDOATE GASZEARENA Miguel, BARRIO BARRIO Jesús

Introducción: El leiomioma del cuerpo ciliar es un tumor benigno extremadamente raro del que hasta la fecha sólo se han publicado 23 casos, que se origina a partir del músculo liso. Su apariencia biomicroscópica es de difícil diferenciación con el melanoma maligno amelanótico, solo pudiendo realizarse el diagnóstico definitivo mediante técnicas de inmunohistoquímica.

Caso clínico: Presentamos un caso de un varón de 58 años que es diagnosticado por biomicroscopia, Ultrasonografía y Resonancia Magnética de una masa de aspecto tumoral de 17x13x8 mm de diámetro en la región anterior del ecuador ocular de su ojo izquierdo. Ante estos hallazgos se llega al diagnóstico de presunción de melanoma de cuerpo ciliar y tras explicarle las diferentes opciones terapéuticas al paciente se decide la enucleación del globo ocular. El examen macroscópico y microscópico de la pieza se orienta hacia la presunción de melanoma maligno. Sin embargo gracias al examen inmunohistoquímico se realiza el diagnóstico definitivo de Leiomioma de cuerpo ciliar. Presentamos una excepcional iconografía tanto macroscópica como microscópica de este caso.

Conclusiones: El leiomioma de cuerpo ciliar es un tumor benigno intraocular extremadamente infrecuente que debemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de tumores intraoculares. Su gran parecido tanto clínico como radiológico e incluso histológico con el melanoma maligno dificulta el diagnóstico, solo pudiendo hacerse el diagnóstico definitivo mediante técnicas inmunohistoquímicas.

P-175

MUTACIÓN G20210A DE LA PROTROMBINA Y OBSTRUCCIÓN DE LA VENA CENTRAL DE LA RETINA

ZARRABEITIA CARRANDI Josu, JADRAQUE RUIZ Yolanda, GONZALO OLALLA M.^a Luisa, MUEL GONZÁLEZ Pedro, JIMÉNEZ ÁLVAREZ Marianela de los Ángeles, LARRUCEA MARTÍNEZ Iñaki

Introducción: Un varón de 47 años, que practica deporte de alta intensidad, acude por pérdida brusca de visión por ojo derecho de una semana de evolución.

Caso clínico: A la exploración se objetiva una agudeza visual de 0.15 espontáneo y 0.20 con corrección por el ojo derecho. En el fondo de ojo presenta gran edema de papila, hemorragias y exudados algodonosos peripapilares junto con abundantes hemorragias en los cuatro cuadrantes; diagnosticándose una obstrucción de la vena central de la retina (OVCR). Al carecer de los factores de riesgo clásicos para la OVCR, se remita al paciente al Servicio de Hematología para descartar trombofilias. En dicho Servicio, se le diagnostica la mutación G20210A de la protrombina y se le pauta heparina. Por parte del Servicio de Oftalmología se le trata con dos dosis de Ranibizumab intravítreo, en el intervalo de un mes. Entre éstas, el paciente sigue practicando deporte de alta intensidad empeorándose el cuadro clínico; por lo que se le insiste en la importancia de no hacerlo. Tras la segunda dosis del antiangiogénico intravítreo, el paciente mejora subjetiva y objetivamente: su agudeza visual alcanza 0.90 espontáneo y 1.00 con corrección y disminuyen los signos de OVCR en el fondo de ojo.

Conclusiones: Ante una OVCR en un paciente joven, sin factores de riesgo clásicos, resulta conveniente realizar un despistaje de trombofilias y no realizar deporte de alta intensidad. Si fuera necesario los pacientes deberán tratarse conjuntamente por los Servicios de Oftalmología y Hematología.

PANELES CIENTÍFICOS

P-176

REVISIÓN DE LOS 113 ANILLOS DE TENSIÓN CAPSULAR IMPLANTADOS EN MÁS DE 10.000 CIRUGÍAS CONSECUTIVAS DE CATARATA

ARBELAITZ PASCUAL Nagore, BASCARÁN OTEYZA Lucía, ALDAZABAL ECHEVESTE Maialen, MACÍAS MURELAGA Beatriz, GOÑI DAMBORENEA Nahia, MENDICUTE DEL BARRIO Javier

Propósito: Describir las indicaciones para la implantación de anillos de tensión capsular (ATC), su frecuencia y la evolución clínica, respecto a la localización de la lente intraocular (LIO), de los casos implantados en 11.428 intervenciones de cataratas consecutivas practicadas en el Hospital Donostia en los años 2008-2011.

Método: Se realizó un análisis retrospectivo de una serie consecutiva de 11.428 cirugías de catarata. Se documentan la frecuencia e indicaciones de la implantación de ATC así como la ubicación final de las LIOs.

Resultados: Fueron implantados un total de 113 ATC (0,98%) en 113 ojos de 11.428 cirugías de cataratas. Las indicaciones más frecuentes para la inserción de ATC fueron en orden descendente: 1) Desinserción zonular intraoperatoria sin pseudoexfoliación previa (41 casos, 32,8%); 2) Síndrome de pseudoexfoliación (PEX) asociado a desinserción zonular intraoperatoria o a debilidad zonular (15 casos, 12%); y 3) Catarata madura o traumática asociada a desinserción zonular o debilidad zonular (9 casos; 7,2%). La implantación de la LIO dentro del saco capsular fue posible en 89 ojos (78,8%). En 10 (8,8%) ojos la LIO se colocó en sulcus, mientras que en 7 ojos (6,2%) fue necesaria la inserción de la lente en cámara anterior a pesar de previa colocación del ATC. En 4 ojos (3,5%) no fue posible implantar la LIO en el mismo acto quirúrgico y en 3 casos (2,7%) no fue posible conocer la ubicación final de la LIO.

Conclusiones: El uso de ATC es infrecuente (0,98 %) aunque resulta un recurso empleado con mayor frecuencia en comparación con la literatura revisada. Es un procedimiento útil en cirugías de catarata que se complican o se prevén complicadas. En el futuro será conveniente debatir la utilidad de su implantación profiláctica en prevención de posibles complicaciones intra o postoperatorias.

P-177

EXPERIENCIA EN NUESTRAS PRIMERAS 55 CATARATAS INTERVENIDAS CON LÁSER DE FEMTOSEGUNDO

ARIAS ALCALÁ Manuel, GARCÍA CATALÁN M.^a del Rocío, PÉREZ CORDOBÉS M.^a José, GIMÉNEZ-ALMENARA AMO Javier, GARCÍA MARCOS Manuel, GALLARDO GALERA José M.^a

Propósito: Describir las características técnicas e incidencias presentadas en nuestra experiencia inicial con la femtofacoemulsificación.

Método: Se registraron los datos quirúrgicos de 55 cataratas intervenidas con láser de femtosegundo en nuestro servicio. La técnica quirúrgica consistió, en un primer tiempo, en la realización de la capsulotomía junto con el tallado del núcleo mediante el femtoláser (VICTUS, Technolas, Baush + Lomb) en un segundo tiempo, se completó la cirugía mediante facoemulsificación habitual. Se realizó un estudio descriptivo en el cual las variables estudiadas fueron: diámetro de la capsulotomía, energía de femtofragmentación, capsulotomías completas, fragmentación completa del núcleo con el láser y las complicaciones presentadas.

Resultados: El diámetro medio de las capsulotomías fue 5,34 mm y la energía media empleada fue de 8056 mJ. Se objetivaron capsulotomías incompletas (más de 1 hora unida o más de 3 puentes) en un 9,1% de la ocasiones, terminando 2 de ellas por fuera de los límites marcados por el láser. Sólo en un 18,3% de las cirugías se consiguió una fractura del núcleo sin la intervención del facoemulsificador. Un 83,6% de los casos presentó una hemorragia subconjuntival en el área del anillo de succión. Se presentaron complicaciones importantes en 2 cataratas, una luxación de núcleo a vítreo durante la hidrodisección y un ojal en cápsula posterior con vitreorragia. En un 81% de los casos se experimentaron dificultades en la irrigación-aspiración, alargando el tiempo quirúrgico de este paso.

Conclusiones: En nuestra experiencia, un alto porcentaje de capsulotomías fueron realizadas de forma correcta, aunque la técnica presenta en el momento actual algunos inconvenientes, como las fracturas incompletas en la mayoría de los casos, sobre todo en cataratas de mayor dureza, dificultad para la aspiración de cortex y una alta incidencia de hemorragias subconjuntivales.

P-178

ANÁLISIS DE CAMBIOS ABERROMÉTRICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A LASER YAG POR OPACIFICACIÓN CAPSULAR POSTERIOR

CARAMELLO ÁLVAREZ Constanza M.^a, BUEY SAYAS M.^a Ángeles del, HERRERA SILVA Laura, CASAS PASCUAL Paula, ZABADANI AL RIFAI Kassem, CRISTÓBAL BESCÓS José Ángel

Propósito: Describir los cambios aberrométricos existentes en los pacientes tras la realización de una capsulotomía YAG por opacificación capsular posterior. Analizar las variaciones refractivas existentes después de la capsulotomía y comparar las mediciones obtenidas con un refractómetro y en la aberrometría.

Método: Se incluyeron 13 pacientes sometidos a láser YAG. Se realizó la medición de la mejor agudeza visual corregida, el índice de refracción y una aberrometría, en el mismo día y una semana después de la capsulotomía YAG. Se utilizó el aberrometro WASCA de Karl Zeiss Meditec y se obtuvo información del mapa aberrométrico, los coeficientes de Zernicke para cada aberración y el Root Mean Square total y HO (RMN total/HO).

Resultados: Las diferencias en la refracción pre y post capsulotomía YAG obtenidas tanto con el refractómetro como con el aberrómetro no fueron significativas ($p=0,57$ y $p=0,18$ respectivamente). Las diferencias refractivas existentes entre las mediciones realizadas con el aberrómetro y el refractómetro tampoco fueron significativas ni antes ni después de la realización de la capsulotomía YAG ($p=0,13$ y $P=0,93$ respectivamente).

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas entre las mediciones refractivas existente pre y post capsulotomía YAG, sin embargo se observó una tendencia hacia la hipermetropización en la mayoría de los pacientes. Estas variaciones refractivas podrían deberse al desplazamiento intraocular de la lente o ser producto de la propia opacificación. El RMS total/HO no descendió en todos los pacientes como cabría esperar, probablemente porque existen factores externos que no podemos controlar.

P-179

COMPORTAMIENTO VISUAL, SUBJETIVO Y OBJETIVO, DEL IMPLANTE DIFRACTIVO TRIFOCAL AT LISA TRI 839MP

CASAS PASCUAL Paula, CRISTÓBAL BESCÓS José Ángel, BUEY SAYAS M.^a Angeles del, CRUZ NEYOR Nancy, CABEZÓN MARTÍNEZ Laura

Propósito: Analizar los resultados clínicos obtenidos tras el implante de lente intraocular AT LISA tri 839MP. Evaluar la correlación existente entre los parámetros visuales subjetivos y los parámetros objetivos de calidad visual obtenidos con el sistema de doble paso Optical Quality Analysis System (Visiometrics) y el aberrómetro tipo Hartmann Shack WASCA (Carl Zeiss).

Método: Realizamos un estudio prospectivo sobre 20 ojos de 10 pacientes intervenidos de facoemulsificación de cristalino con implante de LIO. Se realizan mediciones de AV de cerca, intermedio y lejos mediante ETDRS, previamente y tras cirugía de catarata. Cuantificamos los parámetros de calidad óptica: punto de corte de función de transferencia de modulación (MTFcut off), índice de dispersión óptica (OSI), aberración intraocular total (Root mean square (RMS) y de alto orden (RMS HOAs), aberración esférica y coma.

Resultados: Todos los valores mejoraron significativamente tras la cirugía. Las AV medias postoperatorias sin corrección fueron: $0,09 \pm 0,16$ para lejos; $0,3 \pm 0,11$ para distancia intermedia y $0,18 \pm 0,11$ para cerca. Los valores medios postoperatorios de OSI, MTFcut off, RMS, RMS HOAs, aberración esférica y coma fueron: $1,94 \pm 0,728$; $29,249 \pm 9,8$ (SD) ciclos por grado; $0,882 \pm 0,464$ μm ; $0,667 \pm 0,71$ μm ; $0,056 \pm 0,057$ μm y $-0,0053 \pm 0,152$ μm respectivamente. Encontramos correlaciones significativas entre el parámetro de calidad visual RMS y las agudezas visuales para distancias lejana e intermedia. Entre los parámetros objetivos, encontramos correlaciones significativas de los valores de MTFcut off con la aberración esférica y el coma.

Conclusiones: El implante multifocal AT LISA tri 839MP, permite la restauración óptima de la visión tras cirugía de catarata, ofreciéndonos excelentes valores de visión cercana y lejana y aceptables de visión intermedia. La trifocalidad de esta lente difractiva no merma los parámetros objetivos de calidad visual explorados mediante sistema de doble paso y aberrometría.

P-180

EVALUACIÓN DE LAS INCISIONES EN CÓRNEA CLARA DE 2,2 MM MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA – SWEPT SOURCE

GÓMEZ MORENO Ángela, GARAY ARAMBURU Gonzaga, URCOLA CARRERA Javier Aritz, GARRIDO FIERRO Jesús M.^a

Propósito: Evaluar la arquitectura de las incisiones en córnea clara (ICC) los días 1, 7 y 30 tras facoemulsificación con implante de lente intraocular.

Método: Han sido examinadas de manera prospectiva 57 incisiones en córnea clara de 57 pacientes los días 1, 7 y 30 tras la cirugía de catarata. Se ha realizado el estudio mediante Tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) -Swept-source (Casia SS-1000 OCT, Tomey Corporation, Nagoya, Japón). Las ICC fueron realizadas utilizando bisturíes de 2,2 mm, mediante una incisión biselada. La presión intraocular (PIO) fue estudiada antes de la cirugía y en las tres revisiones postoperatorias.

Resultados: La longitud media de la incisión fue 1,48 mm el día posterior a la cirugía, 1,5 mm a la semana, y 1,414 mm al mes. El valor del ángulo medio de la incisión fue 53,77 grados, 60,63 grados y 60,34 grados en las visitas establecidas respectivamente. Observamos diferentes características en la arquitectura de las incisiones corneales, gap epitelial (1) y endotelial (3), quiste epitelial (1), desalineamiento en el cierre de la incisión (12), pérdida de coaptación (5) y desprendimiento localizado de Descemet (32). La PIO media previa a la cirugía fue 16,38 mmHg (rango 8,1- 23,7 mmHg), en la primera visita fue 17,7 mmHg (rango 8,5 – 36,5 mmHg), a la semana, 14,64 mmHg (8,2-21,7 mmHg) y al mes, 14,03 mmHg (rango 7,8-20,5 mmHg).

Conclusiones: La OCT-SA Swept source permite evaluar el cierre de las incisiones postcirugía, aportando información sobre las diferentes características del cierre incisional, como el desalineamiento en el mismo, la pérdida de coaptación y el desprendimiento localizado de Descemet.

P-181

TAMAÑO FINAL DE LA INCISIÓN TRAS EL IMPLANTE DE LA LENTE INTRAOCULAR ACRYSOFF[®] TÓRICA MEDIANTE DOS MÉTODOS DE INSERCIÓN

GUARNIERI Adriano, SABATER GOZALVO Alfonso L., BONET FARRIOL Elvira, ALFONSO BARTOLOZZI Belén, MORENO MONTAÑÉS Javier

Propósito: Analizar los cambios en el tamaño de la incisión tras el implante de la lente intraocular (LIO) AcrySof[®] tórica empleando dos métodos de inserción.

Método: Se realizó un estudio prospectivo en 144 ojos intervenidos de facoemulsificación e implante de LIOs AcrySof[®] SN6AT3-T9 a través de una incisión de 2,2 mm en córnea clara empleando un cartucho Monarch[®] III/D. Se analizaron las diferencias entre dos grupos randomizados según el cartucho del inyector se introdujo en cámara anterior (CI) o no (WA). Se evaluó la influencia del poder esférico (PE) y cilíndrico (PC) de la LIO, así como de la histéresis corneal y del factor de resistencia corneal en el tamaño final de la incisión. Resultados: Se observó un aumento en el tamaño de la incisión en 30 de 72 ojos (41,7%) en el grupo WA y en 71 de 72 ojos (98,6%) en el grupo CI. El tamaño medio de la incisión tras el implante de la LIO fue de 2.27 ± 0.06 mm (2.2-2.4) en el grupo WA y de 2.37 ± 0.05 mm (2.3-2.5) en el grupo CI ($p < 0,01$). Se observó una correlación estadísticamente significativa entre el tamaño final de la incisión y el PE de la LIO en ambos grupos (WA: $p = 0,02$; CI: $p = 0,03$), pero no con el PC (WA: $p = 0,19$; CI: $p = 0,28$). La histéresis corneal y el factor de resistencia corneal no se relacionaron con el tamaño final de la incisión.

Conclusiones: El tamaño final de la incisión y el aumento del tamaño de la incisión tras la implantación de la LIO es mayor cuando el cartucho se introduce en cámara anterior. Este aumento del tamaño está relacionado, tanto si se introduce el cartucho en cámara anterior como si no, con el PE pero no con el PC de la LIO. Las propiedades biomecánicas de la cornea no están relacionadas con el tamaño final de la incisión.

P-182

BIOMETRÍA DE INMERSIÓN CON EL BIÓMETRO ALCON-ULTRASCAN VERSUS IOLMASTER4 ZEISS

IGLESIAS TOURIÑO Emilio, FELICES QUESADA M.^a Eugenia, ROJAS JARAMILLO Laura, IGLESIAS ÁLVAREZ María, GARCÍA ARJONA Graciela, LORENTE MOORE José Ramón

Propósito: Comparar la longitud axial, en ojos medidos con IOLMaster 4 Zeiss, con la longitud axial ultrasónica de inmersión con el biómetro Alcon-UltraScan, en pacientes con catarata medible con ambos métodos. El objetivo es disponer de un método alternativo fiable, que reduzca las sorpresas refractivas, en cataratas avanzadas no medibles con IOL Master4 .

Método: Se realizó un estudio prospectivo, transversal y observacional. Se midió la longitud axial en 44 ojos de pacientes con IOLMaster4 y con biometría de inmersión consecutivamente. La copa de inmersión, fue diseñada y adaptada al biómetro UltraScan. Se compararon las medidas obtenidas con ambos instrumentos para valorar el nivel de concordancia. Todas las mediciones fueron efectuadas por el mismo examinador. Se excluyeron aquellos pacientes cuyas cataratas no eran medibles o de medición no fiable con IOLMaster4.

Resultados: El valor axial medio con IOLMaster fue de 23.2909 mm y el de US inmersión 23.2423 mm, con una desviación típica de 1.02619 y 0.98161 respectivamente. La queratometría se midió con el IOL Master. La fórmula comparativa fue la SRKT . La media de LIO recomendada fue de 21.72 (IOLMaster) y 21.79 (UltraScan) con un coeficiente de correlación interclase de 0.966 (P< 0.001). En el test de t de Student no se observó una diferencia significativa (P= 0.48) El análisis de Bland-Altman demostró un nivel de concordancia del 95%

Conclusiones: La biometría ultrasónica de inmersión, en el equipo UltraScan con copa adaptada y la IOLMaster4, mostraron un elevado nivel de concordancia para el cálculo de LIO, demostrando ser un método fiable para medir cataratas no calculables con el IOL Master.

P-183

ESTUDIO COMPARATIVO DE VISCOELÁSTICOS. ENSAYO PROSPECTIVO Y RANDOMIZADO

MARTÍNEZ GIRALT Olga, DYRDA Agnieszka A., ARONÉS Janny, NAHRA Daniel

Propósito: Estudiar el comportamiento de dos sustancias viscoelásticas, Healon 5 y DisCoVisc durante la facoemulsificación y la implantación de la LIO, en términos de eficacia intraoperatoria y seguridad postquirúrgica.

Método: Hemos realizado un estudio prospectivo y randomizado con 30 pacientes. Hemos utilizado un ojo con Healon 5 y lo comparamos con el adelfo, al que se ha administrado DisCoVisc. El cirujano hizo una valoración de la eficacia del viscoelástico estudiando facilidad de inyección, aparición de burbujas de aire, mantenimiento de cámara anterior (CA) durante la CCC y durante el implante de LIO, facilidad de extracción y cantidad de material suministrado en la jeringa. Una valoración enmascarada postoperatoria, valoró los parámetros de seguridad del producto. Se determinó la presión intraocular (PIO), el grosor corneal y el recuento endotelial corneal a los 90 días de la intervención.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la eficacia de los materiales viscoelásticos, a excepción de la mejor facilidad de inyección del DisCoVisc ($p=0.021$) y la superior facilidad de extracción del Healon 5 ($p=0.021$)

Conclusiones: Ambos materiales viscoelásticos son eficaces y seguros durante la realización de toda la intervención de la catarata. La única diferencia se observó en la mayor facilidad de inyección del DisCoVisc, pero a la vez, destacó su dificultad de extracción al compararlo con el Healon 5.

P-184

ESTUDIO DE LOS EFECTOS DEL LÁSER ND:YAG SOBRE EL ESPESOR MACULAR CENTRAL

RAMIRO MILLÁN Patricia, CABEZÓN MARTÍNEZ Laura, BUEY SALAS M.^a Angeles, ZABADANI AL RIFAI Kassem, CRISTÓBAL BESCÓS José Ángel, HERRERA Laura

Propósito: Evaluar cómo afectan diferentes intensidades de laser Nd:Yag al realizar una capsulotomía, sobre el espesor macular central en pacientes con opacificación de capsula posterior.

Método: Se lleva a cabo un estudio descriptivo y prospectivo que incluye 30 ojos (28 pacientes) con opacificación de cápsula posterior tras facoemulsificación e implante de lente intraocular. Se realiza la capsulotomía YAG y se clasifica a los pacientes según la intensidad total de energía (grupo I 50 mJ). Se mide el espesor macular pre capsulotomía, a la semana y al mes mediante OCT de dominio espectral, Spectralis® (Heidelberg Engineering)

Resultados: Se observaron variaciones estadísticamente significativas en el espesor macular en el grupo II, respecto al grupo I. Dichas variaciones fueron transitorias, puesto que al mes no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Se vio que existe una correlación débil entre la cantidad de energía aplicada y el aumento de espesor macular central.

Conclusiones: El laser Nd:YAG resulta un procedimiento seguro para tratar la opacificación de capsula posterior. La severidad y duración del aumento del espesor macular central será menor, cuanto menor sea la cantidad de energía utilizada.

P-185

PSEUDOEXFOLIACIÓN Y FACOEMULSIFICACIÓN: ÉXITOS Y DESENGAÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

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

Propósito: Establecer la prevalencia de pseudoexfoliación (PSX) en los pacientes intervenidos de catarata en nuestro centro y describir la frecuencia de complicaciones asociadas. Método: Revisión retrospectiva de 431 intervenciones de catarata llevadas a cabo en nuestro hospital en 2012.

Resultados: La prevalencia de PSX fue del 23% (99/431), siendo la edad media de 78.7±5.9 años. El tipo más frecuente de catarata fue la mixta (68%) seguida por la nuclear (20%) y el 6% fueron cataratas maduras. En el 66% la PSX fue bilateral. El 50% cumplía criterios de glaucoma PSX (GPSX) y de estos, casi la mitad precisaba del uso de tres principios activos. Se realizó cirugía combinada (catarata y glaucoma) en 11 pacientes. La agudeza visual mejoró de 0.2±0.2 a 0.8±0.2 y la presión intraocular (PIO) se redujo de 16.6±3.4 mmHg a 13.8±2.7 mmHg, siendo mayor la reducción en el subgrupo con GPSX. Los datos preoperatorios predijeron una cirugía complicada en el 39%, fundamentalmente por midriasis insuficiente. Respecto a las complicaciones intraoperatorias: se emplearon retractores en 16 ojos y se practicaron esfinterotomías en 4, se produjeron 2 luxaciones a cavidad vítrea y en un caso fue precisa la conversión a cirugía intracapsular. La zónula presentó inestabilidad en 8 pacientes y desinserción franca en 7, implantándose anillos de tensión capsular en 10 de ellos. Se produjeron 3 desgarros de la capsulorrexis y 4 roturas de la cápsula posterior. En el postoperatorio inmediato 21 ojos mostraron una inflamación intraocular moderada a severa, 30 presentaron edema corneal y en 21 se observaron aumentos transitorios de la PIO. Sólo 6 presentaron fibrosis de la rexis y tendencia a la contracción.

Conclusiones: Las técnicas actuales de facoemulsificación permiten obtener buenos resultados funcionales en pacientes con catarata y PSX. No obstante, sigue resultando esencial una correcta planificación quirúrgica así como un seguimiento riguroso en el postoperatorio.

P-186

CORRELACIONES ENTRE LA DISPERSIÓN DE LUZ Y LA DISTORSIÓN LUMINOSA EN PACIENTES PSEUDOFÁQUICOS CON TRES LIOS MONOFOCALES IMPLANTADAS TRAS EXTRACCIÓN DE CATARATA

SALGADO BORGES José, GONZÁLEZ MEIJOME José Manuel, PEIXOTO DE MATOS Sofía Claudia, DIAS Libania, NEVES Helena, QUEIROS Antonio

Propósito: Evaluar la dispersión de luz en la película lagrimal e intra-ocular en pacientes seudoafáquicos con tres LIOs monofocales diferentes.

Método: Se evaluaron 73 ojos pseudofáquicos implantados con lentes esféricas monofocales AMO Tecnis ZA9003 (n=34 ojos), AMO Tecnis ZCB00 (n=21 ojos) y Envista (n=18). SE requería que los pacientes tuviesen una agudeza visual de 0.8 en cada ojo, no presentase complicaciones intra- o post-operatórias, y no presentase ninguna enfermedad ocular para poder participar en el estudio. La evaluación fue realizada con el sistema de doble paso Optical Quality Analyzer System OQAS (Visiometrics, España) y con un sistema de medida de la distorsión luminosa (LDA, Universidade do Minho, Portugal).

Resultados: Los parámetros de dispersión de luz (ocular scattering index -OSI-) por la lágrima y por las estructuras internas del ojo medidos con el OQAS mostraron una elevada correlación entre sí ($r^2=0.853$; $p<0.001$), mostrando valores próximos a los ojos normales. A su vez, los resultados de la correlación entre la dispersión ocular y la distorsión luminosa reveló ser positiva y estadísticamente significativa ($r=0.511$; $p<0.001$). El parámetro de dispersión OSI lagrimal reveló una relación estadísticamente significativa con la edad ($r>0.250$; $p<0.05$). El parámetro de irregularidad de la distorsión luminosa reveló también una correlación estadísticamente significativa con la edad.

Conclusiones: Los parámetros OSI lagrimal e intraocular están fuertemente correlacionados entre sí mostrando que no se pueden considerar como dos factores independientes. Solamente una pequeña proporción (aproximadamente 25%) de la distorsión luminosa medida con un nuevo dispositivo experimental podría estar relacionada con la dispersión de luz intra-ocular, por lo resulta importante evaluar conjuntamente los pacientes pseudofáquicos con ambos instrumentos para obtener informaciones complementarias acerca de su calidad visual.

P-187

ESTUDIO DE LA AGUDEZA VISUAL Y CALIDAD ÓPTICA EN PACIENTES IMPLANTADOS CON LIO MULTIFOCAL APODIZADA

SANZ FERNÁNDEZ Juan Carlos, CARBALLO ÁLVAREZ Jesús, VÁZQUEZ MOLINI José M.^a, POLO LLORÉNS Vicente, VALCARCE RIAL Laura, MARTÍNEZ DE LA CASA José M.^a

Propósito: Evaluar la Agudeza Visual y su relación con la calidad óptica mediante método de doble paso y aberrometría con método Hartmann-Shack en pacientes implantados con LIO multifocal con resultado subjetivo satisfactorio.

Método: Se evaluaron 34 ojos de 17 pacientes, 3 meses post implantación binocular de LIO multifocal difractiva apodizada FineVision® (PhysIOL). Se obtuvieron las agudezas visuales fotopica (AVL) y mesópica (AVLM) en visión lejana y agudeza visual fotópica en visión cercana (AVC), todas con la mejor compensación de lejos y escala LogMAR. Con el aberómetro KR-1W® (Topcon) se obtuvieron los valores de Raíz Cuadrática Media (RMS), coma y aberración esférica (SA) para 4 mm de pupila. Con Optical Quality Analysis System (OQAS) (Visiometrics SL) se obtuvieron los valores de Índice Objetivo de Dispersión (OSI), Función de modulación de transferencia (MTF) y Razón de Strehl(STR). Resultados: El promedio de los valores medios fue: AVL = -0.05 ± 0.05 , AVLM= 0.29 ± 0.07 , AVC= 0.17 ± 0.12 , RMS= $0.21 \pm 0.09\mu$, Coma= $0.19 \pm 0.08\mu$ SA= $0.08 \pm 0.05\mu$, OSI= 4.49 ± 2.73 , STR= 0.11 ± 0.06 y MTF= 19.54 ± 13.39 . No resultó correlación significativa de las agudezas visuales con ningún valor de calidad visual medido.

Conclusiones: Las LIO multifocales analizadas basan su funcionamiento en la formación de varios focos, la distribución de energía y una buscada aberración esférica con dependencia pupilar. Este diseño genera un resultado subjetivo y objetivo de AV muy satisfactorio, a pesar de los resultados poco óptimos en las medidas de calidad visual coincidente con otros estudios previos. Éstas deben ser interpretadas correctamente ya que miden el ajuste a un sistema óptico monofocal, no aberrado, con alto contraste y baja dispersión.

P-188

PARÁLISIS BILATERAL DEL OBLICUO SUPERIOR: ETIOLOGÍA Y OPCIONES TERAPÉUTICAS

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

Propósito: estudiar las causas, tratamiento con toxina (TBA) y/o cirugía, tipos de cirugía y resultados en un grupo de parálisis bilaterales del oblicuo superior (POS).

Método: Estudio retrospectivo de 12 pacientes diagnosticados de POS bilateral y tratados con inyecciones repetidas de TBA y/o cirugía. Se consideró buen resultado la desaparición del tortícolis y la diplopía en posición primaria de la mirada (PPM) e infraversión.

Resultados: La edad media fue de 29,5 años, desviación estándar: 18 (Rango, 4-57 años). De los 12 (8 hombres), la etiología más frecuente fue neoplásica (3 casos), traumatismo craneo encefálico (2), isquémica (2) y congénita (2), el resto fueron iatrogenia por hidrocefalia secundaria a meningitis (1), hemorrágica (1) e idiopática (1). Las manifestaciones clínicas fueron diplopía (10) y tortícolis en (9), incomitancia en V (12), exciclotorsión subjetiva (7) y objetiva (7). Un caso de origen tumoral se resolvió espontáneamente quedando con hiperfunción leve (+) de ambos oblicuos inferiores; en 8 casos se administraron inyecciones repetidas de toxina botulínica en oblicuo y/o recto inferior uni o bilaterales (1 a 5 inyecciones) y, de ellos, 6 necesitaron cirugía. Un caso recibió tratamiento con TBA en rectos medios por parálisis VI bilateral y fue operado de la POS en otro centro. La cirugía sin inyección previa de toxina fue realizada en 2 pacientes. La técnica quirúrgica más frecuente fue la retroinserción uni o bilateral de los oblicuos inferiores (6 pacientes), aislada o asociada a otros procedimientos. El resultado final, con o sin tratamiento, fue bueno en el 72,72%. El tiempo de evolución fue de 62,6 meses (rango, 9-99 meses).

Conclusiones: Las causas de la POS bilateral fueron variadas, siendo la más frecuente la neoplásica. La TBA fue un tratamiento complementario a la cirugía, siendo efectiva como único tratamiento en un pequeño porcentaje (22,22%). La cirugía ha sido realizada ante el empeoramiento de los síntomas después de la TBA, o de primera intención en los casos crónicos, congénitos y con grandes desviaciones. El resultado final ha sido bueno en un porcentaje elevado de casos utilizando varios procedimientos (TBA y/o cirugía).

P-189

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LA EXOTROPÍA CONSECUTIVA

PABLO GÓMEZ DE LIAÑO Lucía de, RODRÍGUEZ DEL VALLE José M.^a

Propósito: Determinar la incidencia de exotropía secundaria a cirugía de endotropía e identificar los factores asociados a su desarrollo.

Método: Se trata de un estudio prospectivo de 72 pacientes con endotropía, que fueron intervenidos de estrabismo por un único cirujano entre 2010 y 2012.

Resultados: La incidencia de exotropía consecutiva en esta cohorte fue de 8,33% (6/72). Uno de los casos en adulto. El patrón alfabético «V» (2/6 casos) y «A» (2/6 casos) se asociaron a un mayor riesgo de exotropía consecutiva, así como la hipermetropía elevada (> de 3 dioptrías en 3 casos), la presencia de ambliopía (5/6 casos), anisometropía (4/6 casos) y la limitación de la adducción postquirúrgica (2/6 casos). Otros factores que pudieron influir en su aparición son: recesiones amplias con suturas colgantes, la existencia de cirugía previa y el retraso en el desarrollo. La cirugía inicial realizada a los 6 pacientes con endotropía que presentaron exotropía consecutiva fue la retroinserción de uno o ambos rectos medios, asociado a debilitamiento de músculos oblicuos inferiores en los casos con patrón V. De los 6 pacientes con exotropía consecutiva, 4 precisaron cirugía posterior por presentar desviaciones mayores a 10 dioptrías prismáticas, resultando en un microestrabismo tras la misma.

Conclusiones: Este estudio de seguimiento a un año de pacientes tanto adultos como niños con endotropía, que fueron intervenidos quirúrgicamente, muestra que el patrón alfabético, la limitación de la adducción, la hipermetropía elevada, la ambliopía y la anisometropía son los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de exotropía consecutiva. Puesto que la incidencia de exotropía consecutiva aumenta con el tiempo, es necesario un periodo de seguimiento largo en estos pacientes operados de endotropía.

P-190

TOXICIDAD POR HIDROXICLOROQUINA: DOSIS ACUMULATIVA

ALBERTE GONZÁLEZ Antonio, CHINCHURRETA CAPOTE Ana, LORENZO SOTO Mercedes

Propósito: La toxicidad retiniana por antipalúdicos es reversible en sus primeros estadios, pudiéndose determinar mediante alteraciones campimétricas. Tratamos de determinar a partir de qué dosis acumulativa de Hidroxicloroquina (HC) hay un aumento de riesgo de presentar retinotoxicidad, evitando la realización de exámenes innecesarios hasta alcanzar dicha dosis.

Método: Realizamos un estudio retrospectivo de 29 pacientes en tratamiento con HC a los que se revisaba cada 6 meses con la realización de un campo visual mácula roja. Resultados: Encontramos 5 casos de toxicidad retiniana por HC determinado mediante disminución generalizada de la sensibilidad campimétrica. Se observó mediante test de ANOVA y de comparaciones múltiples de Tukey una diferencia estadísticamente significativa respecto a la disminución de sensibilidad de campo visual en aquellos pacientes que recibieron una dosis acumulativa superior a 300gr ($p:0,001$).

Conclusiones: En los pacientes en tratamiento con HC, excepto su estudio basal, no es necesario la realización de más revisiones oftalmológicas hasta que no alcancen una dosis acumulativa superior a 300gramos.

P-191

PREVALENCIA DE RETINOPATÍA DIABÉTICA Y SU RELACIÓN CON LA DISLIPEMIA Y OTROS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN ESPAÑA. ESTUDIO DM2 HOPE

LÓPEZ GÁLVEZ Maribel, COS CLARAMUNT F. Xavier, ÁLVAREZ GUIASOLA Fernando, FUSTER Eva

Propósito: Determinar la prevalencia de retinopatía diabética (RD) y los factores de riesgo asociados en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) en España.

Método: Análisis conjunto retrospectivo de la RD registrada en los cuadernos de recogida de datos de los pacientes incluidos en tres estudios transversales. La población de estudio fueron 14.266 pacientes \geq 18 años con DM2. Se estimó el riesgo cardiovascular (RCV) mediante las tablas REGICOR.

Resultados: Edad media $64,3 \pm 11,6$ años, 51,9% hombres, tiempo medio de evolución de la DM2 $9,0 \pm 7,1$ años y HbA1c media $7,3 \pm 1,2\%$. El 14,9% de los pacientes tenía RD. Ésta fue más frecuente en mujeres (15,8% vs. 14,1% en hombres, $p=0,0087$), en pacientes mayores (19,3% \geq 65 años vs. 10,1% $<$ 65, $p<0,0001$), no controlados (16,9% HbA1c \geq 7% vs. 8,5% $<$ 7%, $p<0,0001$) y con mayor tiempo de evolución (32,8% \geq 15 años vs. 20,4% 10- $<$ 15 vs. 11,6% 5- $<$ 10 vs. 5,3% $<$ 5, $p<0,0001$). La prevalencia de RD fue mayor en pacientes con dislipemia (17,8% vs. 9,6%, $p<0,0001$). Los pacientes con RD tenían niveles más altos de triglicéridos ($p=0,0006$) y menores de colesterol-HDL ($p<0,0001$). La prevalencia de RD fue mayor entre los pacientes hipertensos (18,0% vs. 8,5%), con enfermedad cardiovascular (23,8% vs. 12,1%), cerebrovascular (33,5% vs. 13,7%), nefropatía diabética (31,6% vs. 11,0%), con mayor RCV (19,7% RCV alto/muy alto vs. 11,5% bajo/moderado) y entre los pacientes tratados con insulina (32,6% vs. 10,2 %) [$p<0,0001$ todos]. Según regresión logística, un mayor riesgo de RD se asoció con el tiempo de evolución (OR=5,3, IC95%=3,8-7,4; $p<0,0001$), filtrado glomerular estimado $<$ 60 ml/min/1,73 m² (OR=2,0, IC95% 1,6-2,4; $p<0,0001$), HbA1c \geq 7% (OR=1,9, IC95%=1,5-2,3; $p<0,0001$) e hipertensión (OR=1,6, IC95%=1,2-2,1; $p=0,0032$).

Conclusiones: Aproximadamente uno de cada siete pacientes con DM2 presenta RD. Los años de evolución de la DM2, disfunción renal, mal control glucémico, hipertensión, RCV y toma de insulina se asociaron con la aparición de RD en pacientes con DM2.

P-192

ALTERACIONES PAPILARES EN RETINITIS PIGMENTARIA

ORDUÑA AZCONA Javier, GILI MANZANARO Pablo, LOMA SERRANO Elena, MANUEL TRIANTÁFILO Sofía de, FERNÁNDEZ GARCÍA Javier Lorenzo

Propósito: Evaluar la presencia de alteraciones papilares en pacientes con retinitis pigmentaria (RP).

Método: Estudio descriptivo transversal de 19 pacientes (36 ojos) consecutivos con retinitis pigmentaria evaluados entre enero de 2011 y mayo 2013. Realizamos en todos los casos fotografías de fondo de ojo 20°, estudio del fenómeno de autofluorescencia papilar y ecografía B de nervio óptico. Valoramos las características oftalmoscópicas y la presencia de drusas de nervio óptico visibles y ocultas.

Resultados: Doce pacientes eran mujeres, 7 hombres. La edad media fue 48 años (rango 20-78 años). Ocho pacientes (42%) presentaban papilas pálidas de forma bilateral. Tres pacientes (16%) presentaron drusas de nervio óptico (DNO), 4 ojos con drusas visibles y 2 ojos con drusas ocultas; todos ellos mostraron autofluorescencia y ecografía positiva. Ocho pacientes mostraron papilas oftalmoscópica y ecográficamente normales

Conclusiones: Los pacientes con RP frecuentemente presentan alteraciones papilares. La papilas pálidas y las drusas de nervio óptico son las más frecuentes. La retinografía, la autofluorescencia y la ecografía son de gran utilidad diagnóstica para estas alteraciones.

P-193

EFFECTOS NEURO-OFTALMOLÓGICOS DE LA LEVOBUPIVACAÍNA Y LA BUPIVACAÍNA EN LA ANESTESIA SUBARACNOIDEA

RÍO VELLOSILO Mónica del, GARCÍA MEDINA José Javier, ABENGOCHEA COTAINA Antonio, PINAZO DURÁN M.^a Dolores, BARBERÁ ALACREU Manuel

Propósito: El objetivo de este estudio fue comparar los efectos neuro-oftalmológicos y anestésicos de la levobupivacaína (anestésico local de aparición relativamente reciente) y la bupivacaína empleados en la anestesia subaracnoidea para la artroscopia de rodilla.

Método: Se trata de un estudio prospectivo, a doble ciego, randomizado en 60 pacientes grado ASA I-II con edades comprendidas entre 18-65 años que estaban programados para artroscopia de rodilla bajo anestesia subaracnoidea. Los pacientes se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos que recibieron vía intratecal 12.5 mg de levobupivacaína o de bupivacaína, ambas isobáricas. Aparte de las valoraciones anestésicas, al llegar al quirófano y 5 minutos tras la anestesia subaracnoidea se efectuó en cada paciente una exploración ocular que incluyó: 1) agudeza visual cercana mejor corregida; 2) Test de Amsler; 3) valoración de la motilidad ocular intrínseca y extrínseca y 4) Test de Bielchowsky. Cuando la cirugía acabó cada paciente completó un cuestionario de síntomas neuro-oftalmológicos. Las preguntas de este mismo cuestionario se hicieron por teléfono a las 24 horas, a las 72 horas y a los 7 días de la intervención.

Resultados: No se encontraron efectos neuro-oftalmológicos antes ni después de la anestesia subaracnoidea en ningún grupo. El seguimiento en los días 1, 3 y 7 post-cirugía no reveló ningún síntoma neuro-oftalmológico de importancia.

Conclusiones: A pesar de la comunicación directa de los plexos venosos vertebrales (plexo de Batson) con el sistema venoso intracraneal la anestesia subaracnoidea con levobupivacaína o bupivacaína isobáricas a dosis de 12.5 mg parece segura desde un punto de vista neuro-oftalmológico.

P-194

EVOLUCIÓN DE PARÁMETROS MACULARES EN PACIENTES TRATADOS CON FINGOLIMOD

ROBLES SÁNCHEZ Amelia, CAMINERO RODRÍGUEZ Ana M.^a, DOMÍNGUEZ SAHAGÚN Miguel, UBIA SÁEZ Sandra, SEMPERE MATARREDONDA Julia

Propósito: Describir los cambios maculares en pacientes tratados con fingolimod, un modulador del receptor de la esfingosina-1-fosfato aprobado para como segunda línea de tratamiento para pacientes con Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR).

Método: En este estudio longitudinal prospectivo se analizan los cambios que existen a nivel macular mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) en pacientes con EM que inician tratamiento con fingolimod. Se estudian 12 ojos de 6 pacientes analizando el volumen macular medio y el grosor macular en el momento basal (previo al inicio de tratamiento con fingolimod) y de forma mensual durante un seguimiento medio de 9 meses. Los pacientes con patología macular previa o con neuritis óptica en los 6 meses previos fueron excluidos del análisis.

Resultados: En el estudio de esta serie de pacientes observamos que el volumen macular disminuyó 0,06 con una desviación estándar (DS) de 0,1 en un tiempo medio de seguimiento de 9,5 meses DS 3. De forma conjunta, observamos que el grosor macular medio presenta una disminución de 2,05 micras con una DS 3.

Conclusiones: En el seguimiento de pacientes con EM que inician tratamiento con fingolimod a medio plazo no se aprecia edema macular y se observa una modesta disminución del volumen macular a sí como del espesor medio.

P-195

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEGUIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA

SAN ROMÁN LLORÉNS José Javier, RECHE SÁINZ José Alberto

Propósito: Describir las características clínicas y el curso evolutivo de un grupo de pacientes con hipertensión intracraneal idiopática (HII).

Método: Serie retrospectiva de casos clínicos. Se incluyeron 18 mujeres posmenarquia y 5 varones adultos que fueron tratados y seguidos durante al menos 9 meses.

Resultados: La edad media de los sujetos fue de 25.83 ± 11.92 años. La totalidad de los mismos presentaron cefalea como principal síntoma al inicio del cuadro clínico, y sólo 4 (17.34%) tuvieron diplopía. Se observó obesidad en 21 pacientes (95.65%), con una índice de masa corporal (IMC) medio de 34.44 ± 4.86 kg/m². El seguimiento medio fue de 33.50 ± 19.41 meses. Se produjo la desaparición del edema papilar en 17 pacientes (73.91%), de los que 7 (30.43%) presentaron algún tipo de adelgazamiento, global o sectorial, de la capa de fibras peripapilares, pero sólo en 3 (13.04%) hubo una afectación campimétrica severa. El cuadro recurrió en 5 pacientes (21.74%) y en 1 caso fue persistente durante todo su seguimiento (12 meses). El IMC medio disminuyó significativamente sólo en aquellos pacientes con resolución de la HII ($p=0.043$) Sin embargo la cefalea persistió en el 50% de estos casos.

Conclusiones: La HII puede tener un curso clínico recurrente o persistente, y puede producir una morbilidad visual no despreciable. La reducción del IMC se asoció con la resolución del cuadro, y la cefalea persistente fue una importante secuela.

P-196

CAMBIOS PALPEBRALES Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POSTERIORES A LA DESCOMPRESIÓN ORBITARIA EN PACIENTES CON ORBITOPATÍA TIROIDEA

ABUSLEME Eugenia, LERCHUNDI PLAZA Telmo Xabier, FERNÁNDEZ HERMIDA Roberto

Propósito: Estudio descriptivo de los cambios en la apertura palpebral y la necesidad de cirugías rehabilitadoras complementarias posteriores a la descompresión orbitaria.

Método: Estudio retrospectivo de los pacientes con orbitopatía tiroidea intervenidos de descompresión orbitaria entre los años 2007 y 2012. Se evaluaron apertura palpebral pre- y posquirúrgica, escleral show, exoftalmometría, tipo de descompresión y número de intervenciones necesarias después de la descompresión.

Resultados: Se han recogido datos de 65 descompresiones orbitarias (42 pacientes). 67% de los pacientes fueron mujeres. Edad media fue de 48 años. En el 78.5% el tipo de descompresión usado fueron 2 paredes (inferior y medial), el 18.4% 3 paredes (inferior, medial y lateral) y el 3.1% solo 1 pared (lateral). La apertura palpebral media pre- era de 13.65 mm y pos-descompresión 12 mm ($p=0.0002$). El scleral show superior medio pre- era de 1.2 mm y posquirúrgico 0.754 mm ($p=0.0039$). El scleral show inferior medio pre- era de 1.77 mm y posquirúrgico 0.789 mm ($p=0.000$). Los tres cambios explicados resultaron estadísticamente significativos. La exoftalmometría pre- y posquirúrgica es estadísticamente significativa para todos los tipos de descompresiones (media pre- es de 23.57 mm y posdescompresión 19.35 mm). Un 29.23% de los pacientes necesitaron intervenciones de estrabismo después de la descompresión (100% de estos tenían diplopia predescompresión). La cirugía palpebral más realizada después de la descompresión fue el debilitamiento del músculo elevador superior (43.24%). Otras técnicas usadas han sido cantoplastias (29.73%) y espaciadores en párpado inferior (2.7%).

Conclusiones: Después de esta cirugía se modifica la apertura palpebral reduciéndose alrededor de 1 mm, principalmente a expensas del párpado inferior. Más de la mitad de los pacientes necesitaron posteriormente cirugías correctoras de los párpados. La técnica más usada es el debilitamiento del elevador del párpado superior.

P-197

PROTOCOLO DE EPÍFORA: CUANDO LA VÍA LAGRIMAL NO ES PERMEABLE

JIMÉNEZ VELÁZQUEZ Juan Antonio, ALFÉREZ ASENJO M.^a Luisa, GÓNGORA MIÑARRO M.^a del Mar, CALZADO HINOJOSA José, ALAÑÓN FERNÁNDEZ Félix Jesús, SILES FUENTES M.^a José

Propósito: El lagrimeo o epífora es un problema muy común que afecta a los pacientes que acuden a las consultas de oftalmología. Nos encontramos ante un síntoma muy prevalente, que afecta con mayor frecuencia a pacientes de edad avanzada y al sexo femenino, y que puede tener solución tras una buena exploración y anamnesis del paciente. Presentamos el protocolo seguido en nuestro centro, en los casos, en concreto, en los que tras siringación bicanalicular, nos encontramos ante una obstrucción de la vía lagrimal.

Método: Presentamos un esquema visual claro donde indicamos la actitud diagnóstica y terapéutica de la obstrucción de la vía lagrimal en un hospital de tercer nivel. Con dicha representación gráfica mostramos las pautas a seguir en estos casos.

Resultados: El esquema que presentamos viene definido por factores como la edad de los pacientes, el tipo de obstrucción, el grado de sintomatología ... y nos apoyamos en ocasiones en pruebas de imagen como la dacriocistografía o la exploración endoscópica de la fosa nasal. Explicamos el seguimiento de estos pacientes y la pauta a seguir según la evolución de estos.

Conclusiones: El manejo adecuado en los casos de obstrucción de la vía lagrimal es esencial en cualquier Servicio de Oftalmología, dado el gran número de casos que se presentan a diario. Es fundamental, tener una esquema claro y estructurado que guíe al facultativo a abordar este tipo de pacientes, de modo que identifiquemos estas alteraciones y orientemos bien el tratamiento a realizar.

P-198

TRATAMIENTO INICIAL EN LA SOSPECHA DE GLAUCOMA E HIPERTENSIÓN OCULAR: ANÁLISIS BASADO EN ÁRBOLES DE DECISIÓN

FERNÁNDEZ ESCÁMEZ Carlos Salvador, MARTÍN GIRAL Elena, PERUCHO MARTÍNEZ Susana,
RECHE SÁINZ Jose Alberto, RIVERA ZORÍ Mercedes, TOLEDANO FERNÁNDEZ Nicolás

Propósito: Analizar el modo en el que los oftalmólogos llegan a las recomendaciones de tratamiento en la sospecha de glaucoma.

Método: Presentación de una serie de escenarios posibles, representando diferentes prototipos de pacientes con sospecha de glaucoma, a oftalmólogos. Cada escenario viene caracterizado por siete atributos que valoran distintos aspectos del paciente: edad, presión intraocular, estado del campo visual, excavación discal, paquimetría central, tamaño discal y antecedente familiar de glaucoma. La decisión de iniciar tratamiento en cada escenario se estableció por el oftalmólogo basándose en su criterio personal y experiencia. Se utilizaron técnicas de minería de datos para analizar los datos, construyéndose un árbol de decisión podado usando el algoritmo de Quinland.

Resultados: La presión intraocular, el campo visual y la excavación discal son los parámetros más significativos para decidir el inicio de tratamiento hipotensor en la sospecha de glaucoma, ya que son los únicos incluidos en el árbol de decisión. La presión intraocular tiene la mayor influencia. Los sujetos con presiones entre 17 a 20 mmHg no serían tratados en un 78% de los casos, independientemente del resto de variables. Aquellos con presiones entre 25 a 29 mmHg serían tratados en un 87 % de los casos, independientemente del valor del resto de parámetros. Cuando la presión ocular tiene un valor intermedio entre 21 a 24 mmHg, los defectos del campo visual son valorados para establecer la necesidad de tratamiento. Un 78% de sujetos con perimetría normal y presión ocular en rango 21 a 24 mmHg no serían tratados. Si el campo visual no es fiable o tiene algún tipo de defecto leve, la excavación discal es considerada para establecer si se inicia o no tratamiento hipotensor.

Conclusiones: Los árboles de clasificación nos permiten analizar los patrones y reglas generales utilizadas para decidir el inicio de tratamiento en los pacientes con sospecha de glaucoma.

P-199

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PENTACAM® Y OCT EN LA MEDIDA DEL ÁNGULO CAMERULAR, Y CON IOL MASTER® EN LA MEDIDA DE LA PROFUNDIDAD DE LA CÁMARA ANTERIOR

FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO José, GARCÍA BELLA Javier, FERNÁNDEZ-VIGO Cristina, MARTÍNEZ DE LA CASA José M.^a, GARCÍA FEIJÓO Julián

Propósito: estudiar la concordancia existente entre las medidas realizadas con el Pentacam® y la OCT en la medida de la abertura angular, y entre el Pentacam® y el IOL Master® en la medida de la profundidad de la cámara anterior (C.A) en una población normal.

Método: estudio prospectivo de 2014 ojos de 1007 pacientes elegidos al azar, sin cirugías previas ni patologías diagnosticadas que pudieran alterar las mediciones. Los parámetros valorados han sido la abertura angular en grados en los sectores nasal y temporal con el Pentacam® y la OCT Fourier Domain de segmento anterior, y la profundidad de la C.A en milímetros con el Pentacam® y el IOL Master®. El análisis estadístico se realizó con el SPSS (Coeficiente de correlación intraclase y análisis de Bland-Altman).

Resultados: La edad media de la población fue de $48,2 \pm 14,9$ años, con un rango de 17 a 84. El 52% eran mujeres. La profundidad media de la C.A fue de $3,4 \pm 0,43$ mm medida con Pentacam®, (rango de 2,45 a 4,38). La profundidad media con IOL Master® fue de $3,35 \pm 0,44$ mm, con un (rango de 2,30 a 4,34). La concordancia en la medida de la profundidad de la C.A fue muy alta, presentando un coeficiente de correlación de 0,93 y una diferencia de medias de 0,06 mm. La abertura angular media en el sector temporal fue de $38,9 \pm 7,5$ grados medida con Pentacam®, con un rango de 22 a 58,1. La abertura angular media temporal fue de $35,9 \pm 12,8$ grados con OCT, (rango de 1,42 a 78,2). La concordancia en la medida de la abertura angular fue moderada-baja, presentando un coeficiente de correlación de 0,47 y una diferencia de medias de 1,2 grados. Los resultados fueron estadísticamente significativos ($P < 0,05\%$).

Conclusiones: la medida de la profundidad de la cámara anterior con Pentacam® y con IOL Master® presenta una concordancia alta siendo equivalentes estas medidas. Por el contrario, la medida de la abertura angular con Pentacam® y con OCT presentan una concordancia moderada-baja y sus medidas no son equivalentes.

P-200

PERFIL METABOLÓMICO DIFERENCIAL DEL HUMOR ACUOSO EN UN MODELO DE GLAUCOMA EN LA RATA

MAYORDOMO FEBRER Aloma, LÓPEZ MURCIA M.^a del Mar, MORALES José Manuel, DÍAZ LLOPIS Manuel, MARCO RAMÍREZ Carla, PINAZO DURÁN M.^a Dolores

Propósito: Los protones de los metabolitos pueden ser analizados de forma simultánea por resonancia magnética nuclear de alta resolución (1H-RMN) en los fluidos biológicos, en función de su desplazamiento químico. Evaluamos el perfil metabolómico del humor acuoso (HA) en un modelo de glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA).

Método: Ratas Wistar jóvenes (n=24) fueron inyectadas en la cámara anterior, una vez por semana durante 3 meses, con ácido hialurónico de alta densidad (AHya) en su ojo izquierdo, o con solución salina balanceada (SSB) en el ojo derecho. Ocho ojos más se utilizaron como controles. Se determinó la presión intraocular (PIO) y se realizaron electroretinogramas. Tras la eutanasia, el humor acuoso (AH) se destinó a análisis espectrométrico mediante 1H-RMN, y la retina y nervio óptico se procesaron para microscopía óptica. Los datos se analizaron mediante el SPSS 15.0.

Resultados: El aumento de la PIO, los cambios en el electroretinograma y los hallazgos microscópicos en retina y nervio óptico del ojo inyectado con AHya que mostró disminución de la capa de fibras del nervio óptico frente al ojo inyectado con SSB ($p < 0,01$), validan nuestro modelo de GPAA. Se obtuvo una base de datos con los metabolitos presentes en el AH, obteniendo un perfil metabolómico diferencial entre los ojos con GPAA frente a los controles, identificando principalmente: alanina, valina, lisina, leucina, tirosina, fenilalanina, N-acetil glutamato, acetoacetato, glutamina, taurina, oxo-glutarato, glucosa, colesterol VLDL, y lactato.

Conclusiones: El GPAA induce cambios significativos en el perfil metabolómico del HA que pueden considerarse en futuras bioterapias para el glaucoma. Financiación RETICS RD 07/0062/0013.

P-201

CORRELACIÓN ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL EN EL GLAUCOMA PRIMARIO DE ÁNGULO ABIERTO

SÁNCHEZ PULGARÍN Marisa, RAYWARD Omar, SÁENZ-FRANCÉS SAN BALDOMERO Federico, MARTÍNEZ DE LA CASA José M.^a, GARCÍA FEIJÓO Julián

Propósito: Establecer un mapa de correlación entre los puntos del campo visual (CV) y los correspondientes sectores de la capa de fibras nerviosas de la retina peripapilar (CFNRp) y entre éstos y el espesor macular medidos con tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) en sujetos con glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA).

Método: Estudio transversal en noventa pacientes con GPAA. A todos los pacientes se les realizó una perimetría automatizada Octopus y un examen de la CFNRp y del espesor macular con Cirrus OCT. Se realizaron dos análisis factoriales, uno por hemisferio, para obtener grupos de puntos del CV relacionados entre sí. Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las regiones del CV y los sectores de la CFNRp y entre éstos con los distintos sectores maculares y se representó un mapa de correlación estructura-función y estructura-estructura.

Resultados: El análisis factorial determinó cuatro factores o regiones del CV para el hemisferio inferior y cinco factores para el hemisferio superior. La mayor correlación se encontró entre el hemisferio superior y los sectores inferiores de la CFNRp y entre el sector horario de las siete de la CFNRp con la región macular inferior interna.

Conclusiones: Es posible la creación de un mapa que relaciona el daño estructural y funcional en el glaucoma, donde cada área de puntos relacionados del CV se correlaciona con uno o varias áreas de la CFNR peripapilar. Los mapas obtenidos contribuyen a una mejor comprensión de la relación estructura y función en el glaucoma.

P-202

HRT: RESULTADOS DE 10 AÑOS

SOLER VILÀ Lluís, ARNAU BARTES Anna

Propósito: Analizar los resultados de 10 años de uso de HRT (Heidelberg Retina Tomograph) en nuestro centro.

Método: Se evalúan los resultados de 3122 exploraciones correspondientes a 1971 ojos de 1004 pacientes visitados entre 11/10/2002 y 21/3/2013. Se plantea la hipótesis de que los ojos con una sola exploración son ojos normales mientras que los que tiene más de una exploración son ojos patológicos por lo que se hacen 2 grupos y se comparan entre ellos.

Resultados: Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados entre los 2 grupos.

Conclusiones: Se confirma que los ojos con una sola exploración son ojos con discos ópticos normales mientras que los ojos con más de una exploración son ojos con discos ópticos patológicos.

P-203

VÍA SUPRACOROIDEA EN LA CIRUGÍA DE GLAUCOMA

TORO GIRALDO Diana, DÍAZ CÉSPEDES Ricardo, SÁNCHEZ MUÑOZ Carolina, SURIANO Mayerling Mercedes, VILA ARTEAGA Jorge, VILA MASCARELL Emilio

Propósito: Las vías de drenaje principales que utilizamos en la cirugía de glaucoma son la vía convencional que comprende la trabeculectomía, esclerectomía profunda no perforante (EPNP) e implante de Ex-PRESS, y la vía supracoroidea, a la cual podemos acceder a través de una espolonectomía o de una esclerostomía posterior. Mostramos diferentes maneras de combinar las técnicas quirúrgicas para favorecer el flujo esclero-supracoroideo para obtener la ventaja de una cirugía menos ampolla-dependiente

Método: Presentamos los pasos quirúrgicos y las imágenes de Visante de la combinación de la EPNP y el implante Ex-PRESS con la espolonectomía y la esclerostomía posterior. Resultados: La imagen del Visante permite apreciar el paso del humor acuoso al espacio escleral y supracoroideo

Conclusiones: La creación de una vía esclero-supracoroidea es visible mediante técnicas de imagen como el Visante y permite un resultado tensional adecuado obteniendo ampollas de filtración más «fisiológicas».

P-204

ESTUDIO COMPARATIVO DEL DISPOSITIVO EPICLEAR™ FRENTE AL CEPILLO DE AMOILS EN PRK

GARCÍA-FRANCO ZÚÑIGA Carmen, TRIVIÑO GARCÍA-FRANCO Carmen, NIETO BRAVO Pilar

Propósito: Estudio comparativo del nuevo dispositivo EpiClear™ frente al cepillo de Amoils para la eliminación del epitelio corneal previa a PRK.

Método: Para ello se realizó un estudio prospectivo y randomizado de seis meses de duración en el que se estudiaron seis pacientes, realizándose en un ojo el procedimiento EBK™ (Epi- Bowman Queratectomía) con EpiClear™ y en el otro ojo des-epitelización con dispositivo Amoils. Se evaluaron las molestias subjetivas del paciente (sensación de dolor), porcentaje de re-epitelización mediante exploración con lámpara de hendidura, y A.V sin corrección.

Resultados: Durante el seguimiento realizado se pudo apreciar que tanto las molestias subjetivas del paciente como el porcentaje de re-epitelización fueron más favorables con el procedimiento EBK™.

Conclusiones: Con el nuevo dispositivo EpiClear™ se observa una mayor rapidez en la re-epitelización y menor dolor en el post-operatorio de la PRK.

P-205

FIABILIDAD DE LA MEDIDA DE LA PAQUIMETRÍA CORNEAL TRAS ABLACIÓN DE SUPERFICIE AVANZADA

LÓPEZ MIGUEL Alberto, IBARES FRÍAS Lucía, VAL MARTÍN María del, MARTÍNEZ ALMEÍDA Loreto, COCO MARTÍN M.^a Begoña, MALDONADO LÓPEZ Miguel

Propósito: Determinar la repetibilidad de medida de la paquimetría en pacientes miopes operados de cirugía corneal láser aplicando técnicas de ablación de superficie avanzada utilizando el sistema topográfico Orbscan II.

Método: Se realizaron 5 medidas topográficas consecutivas en el menor tiempo posible en 63 pacientes a los 6 meses de la cirugía refractiva. Se calculó la desviación estándar intrasujeto (DSi), la repetibilidad ($2.77 \times DSi$), el coeficiente de variación intrasujeto (CVi), y el coeficiente de correlación intraclase (CCI) para la paquimetría central y mínima, y 3 mm paracentral en los hemimeridianos superior, inferior, nasal y temporal.

Resultados: La repetibilidad de la paquimetría central, mínima, superior, inferior, nasal y temporal fue 20.4, 26.5, 37.9, 31.0, 30.5 y 35.4 μ m, respectivamente. Los CVi fueron de 1.57, 2.09, 2.27, 1.88, 1.80 y 2.26%, respectivamente. Finalmente, los CCI fueron 0.97, 0.96, 0.88, 0.89, 0.97 y 0.91, respectivamente.

Conclusiones: El presente estudio determina por primera vez los valores paquimétricos límite (o repetibilidad) a partir de los cuales podemos determinar la existencia de un cambio real en el grosor de la córnea en diferentes áreas utilizando el sistema topográfico Orbscan II en pacientes operados de queratectomía fotorefractiva miópica de superficie avanzada. Igualmente, determina la variabilidad de la paquimetría esperada al realizar varias medidas consecutivas, siendo de gran relevancia en la clínica diaria tanto en el ámbito de la cirugía refractiva como en el del glaucoma y/o hipertensión ocular.

P-206

REDUCCIÓN DE LA INFLAMACIÓN CONJUNTIVAL CON EL USO DE MITOMICINA C COMO ADYUVANTE EN LA ESCISIÓN DEL PTERIGION

ANTUNES DA COSTA PAULA Cláudia, JULIO MORÁN Gemma, PUJOL VIVES Pere

Propósito: Comparar el estado del injerto y la inflamación conjuntival al mes de la escisión del pterigión en pacientes intervenidos con y sin mitomicina C intraoperatoria.

Método: Estudio prospectivo de 69 pacientes con pterigión primario, sometidos a recesión de la lesión con (33 ojos) y sin (36 ojos) aplicación de mitomicina C al 0.025% seguido de autoinjerto conjuntivo-limbar. Al mes de la intervención se valoró el estado del injerto según el criterio de Prabhasawat (basado en los signos de recurrencia y la apariencia cosmética) y la aparición de eventos inflamatorios (hiperemia, hemorragias, contracción del tejido autotrasplantado y granuloma). Para valorar la asociación entre el uso del fármaco y el estado del injerto, así como la frecuencia de eventos inflamatorios se aplicó el test de Chi². La prueba exacta de Fisher se utilizó en la valoración por separado de cada uno de los eventos inflamatorios.

Resultados: Al mes, los ojos operados con mitomicina C mostraron una mayor tendencia ($p < 0.001$). La contracción del tejido autotrasplantado ($p < 0,05$)

Conclusiones: Este estudio proporciona indicios de que la mitomicina C produce claros beneficios en la recuperación de la conjuntiva después de la escisión del pterigión.

P-207

ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS DE LAS CAPAS SUPRABASALES DEL EPITELIO CORNEAL EN PACIENTES CON PTERIGION

CARVALHO MENDES CASTANHEIRA Amélia de, JULIO MORÁN Gemma, LLUCH MARGARIT Sara, IBÁÑEZ PLA David

Propósito: Identificar los fenotipos de las células vimentina positivas de las capas suprabasales del epitelio corneal de pacientes con pterigión y analizar si alguno de ellos podría ser resultado de una transición epitelio-mesenquimal (TEM).

Método: Se analizaron 37 especímenes de pterigión primario. De cada uno se obtuvieron tres muestras seriadas teñidas con anticuerpos para: vimentina (expresada por fibroblastos, miofibroblastos, melanocitos, linfocitos, células de Langerhans, células sanguíneas y células de TEM), S100 (expresada por melanocitos y células de Langerhans) y CD45 (expresada por linfocitos). El recuento celular se realizó en 10 campos contiguos de 40x. Finalmente, se comparó el recuento de células vimentina positivas en las capas suprabasales del epitelio lesionado con la suma del recuento de células S100 y CD45 positivas de la misma zona mediante la prueba t-Student para dos muestras relacionadas.

Resultados: Algunas células de los estratos suprabasales del epitelio corneal afectado por pterigión fueron vimentina positivas. Los resultados de la comparativa entre recuentos mostraron un número de células significativamente más alto ($p < 0,001$) con la tinción de vimentina que al sumar las células positivas a S100 y CD45. La media de la diferencia fue de 5 células por campo (intervalo de confianza del 95%: 4-6 células por campo).

Conclusiones: Las células vimentina positivas que no se tiñeron con ningún anticuerpo específico podrían ser células que están sufriendo una TEM. También, cabe la posibilidad de que algunas de estas células sean fibroblastos que han entrado en el epitelio corneal gracias a la ruptura de la membrana basal y de Bowman, producida por la lesión. Es necesario realizar más estudios para dilucidar esta cuestión.

P-208

CROSS-LINKING ACELERADO, EFECTIVIDAD TRAS SEIS MESES DE SEGUIMIENTO

CASTELLAR CERPA Johnny Javier, CUIÑA SARDIÑA Ricardo, SÁNCHEZ JAEN Rubén, ÁVALOS FRANCO Natalia, SASTRE IBAÑES Marina, MORENO M.^a Nieves

Propósito: Determinar la efectividad del Cross-linking acelerado en la progresión del queratocono.

Método: Se realizó un estudio prospectivo durante seis meses en quince ojos de quince pacientes diagnosticados de queratocono progresivo tras realizárseles Cross-linking acelerado (Avedro). Se valoraron los cambios en la mejor agudeza visual corregida y se realizó el análisis de los cambios en la topografía corneal, valorando la Queratometría máxima (Kmax), la Queratometría media (Km) y el punto de máximo adelgazamiento corneal. Se compararon los valores de estas variables antes de la realización del Crosslinking acelerado con los encontrados seis meses después. El análisis estadístico se realizó con SPSS 18.0, utilizando el test de Wilcoxon.

Resultados: A los seis meses de seguimiento se observó una disminución de la Kmax, Km y del punto de máximo adelgazamiento corneal, sin ser estos hallazgos estadísticamente significativos ($p > 0,05$). No se encontraron cambios en la mejor agudeza visual corregida.

Conclusiones: Durante seis meses de seguimiento no se han observado cambios en la progresión de pacientes con queratocono tratados con Cross-Linking acelerado, lo que nos indica que éste podría suponer un procedimiento eficaz para tratar a pacientes con queratocono en progresión. Sería necesario realizar un seguimiento de estos pacientes y aumentar el tamaño muestral para poder confirmar estos hallazgos.

P-209

CORRELACIÓN ENTRE LOS PARÁMETROS OBTENIDOS CON EL OCULAR RESPONSE ANALYZER Y CON UN NUEVO SISTEMA DE SCHEIMPFLUG DE ALTA VELOCIDAD PARA LA MEDIDA DE LA RESPUESTA BIOMECÁNICA DE LA CÓRNEA EN SUJETOS SANOS

ESTEVEZ Filipe, GONZALEZ MEIJOME José Manuel, GARCIA PORTA Nery, DIAS Libania, RICO DEL VIEJO Laura, SALGADO BORGES José,

Propósito: Evaluar las correlaciones existentes entre los valores de presión intra-ocular y propiedades biomecánicas de la córnea con dos sistemas para la medida de la respuesta corneal a la deformación neumática en una población de sujetos sanos.

Método: Participaron en este estudio ochenta ojos sanos (edad media: 25±5 años) evaluados con el Ocular Response Analyzer (ORA - Reichert, Depew, NY) y una nueva cámara de Scheimpflug de alta velocidad (Corvis ST, Oculus, Wetzlar, Alemania). Se correlacionaron los parámetros proporcionados por el ORA (presión intra-ocular -IOPg-, presión intra-ocular compensada IOPcc-, histéresis corneal -CH- y factor de resistencia corneal -CRF-), con el valor de presión intra-ocular proporcionada por el Corvis y los parámetros cuantitativos de caracterización de la resistencia a la deformación (DefAmpMax, A1 Time, A1 Length, A1 Velocity, A2 Time, A2 Length, A2 Velocity, HCTime, PeakDist y Radio).

Resultados: La correlación mas fuerte y significativa para los valores de presión intra-ocular se observó entre el valor IOP ofrecido por el Corvis y el valor IOPg obtenido por el ORA ($r=0.769$; $p<0.001$). Estos resultados fueron corroborados por el análisis de Bland-Altman (IC95%= -0.72 a +5.43 mmHg) para las diferencias entre IOP (Corvis) e IOPg (ORA). Las correlaciones entre los parámetros CH y CRF proporcionados por el ORA mostraron en general una correlación baja con los parámetros obtenidos por el Corvis ($r<0.500$) excepto para las correlaciones de CRF con A1 Time ($r=0.590$; $p<0.001$), A2 Velocity ($r=0.577$; $p<0.001$) y Radio ($r=0.677$; $p<0.001$).

Conclusiones: En general las correlaciones encontradas entre los parámetros característicos de la respuesta biomecánica de la cornea obtenidas con ambos instrumentos son débiles lo que sugiere que ambos instrumentos miden aspectos diferentes de la respuesta corneal a la deformación en ojos sanos.

P-210

EXPRESIÓN DE BIOMARCADORES DE INFLAMACIÓN EN LA LÁGRIMA DE TRABAJADORES EXPUESTOS A PANTALLAS DE ORDENADOR

GALBIS ESTRADA Carmen, RIBELLES Alfredo, VIVAR LLOPIS Bárbara, MARCO RAMÍREZ Carla, DÍAZ LLOPIS Manuel, PINAZO DURÁN M.^a Dolores

Propósito: La sensación de cuerpo extraño ocular, visión borrosa y dolores de cabeza ocurren comúnmente en los empleados que utilizan pantallas de ordenador. Evaluamos la prevalencia de los trastornos de la superficie ocular (DSO) y la presencia de biomarcadores de inflamación en las lágrimas de estos trabajadores.

Método: En el estudio participaron 116 trabajadores de ambos sexos de las Oficinas de la Tesorería General de la Seguridad Social en Valencia. Los parámetros medioambientales se controlaron estrictamente (luz, humedad, partículas en suspensión, temperatura seca). Se realizó una entrevista, cuestionarios de evaluación del ojo seco y examen oftalmológico a todos los participantes. Se diagnosticaron 58 participantes con DSO leve y 23 con DSO moderada (= 35). Las lágrimas se extrajeron mediante capilaridad y se congelaron a -80°C hasta realizar un ensayo de multideterminación de un conjunto de citoquinas/quimioquinas mediante citometría de flujo. Los datos fueron procesados estadísticamente (programa SPSS 15.0).

Resultados: La distribución mediante la escala de severidad de la DSO en estos participantes fue del 72% ojos secos leves (Schirmer: $8,51 \pm 4,85$; : Frecuencia parpadeo: $9,61 \pm 4,98$) y del 28% (Schirmer: $4,20 + 3,36$; Frecuencia parpadeo: $8.74 + 4.07$ mm) de ojos secos moderados. Apreciamos una expresión diferencial significativa de las siguientes moléculas en las lágrimas de los participantes con DSO frente a los controles: GM-CSF, TNF, VEGF, IFG, IL1b, IL-2, IL-6, IL-8 e IL-10 ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los trabajadores expuestos a pantallas de ordenador presentan una elevada prevalencia de DSO, que puede objetivarse mediante la presencia de un aumento de biomarcadores de inflamación en las lágrimas.

P-211

**IMPLANTE DE SEGMENTOS INTRAESTROMALES ASISTIDO POR FEMTOSEGUNDO:
DEGENERACIÓN MARGINAL PELÚCIDA VERSUS QUERATOCONO**

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

Propósito: Evaluar la eficacia del implante de segmentos intraestromales asistido por láser de femtosegundo en degeneración marginal pelúcida (DMP) y queratocono y comparar las diferencias basales entre estos dos grupos.

Método: Se implantaron segmentos intracorneales (Ferrara, AJL) en 45 ojos con queratocono y 12 con DMP utilizando el láser de femtosegundo (Technolas Perfect Vision®, Germany). Estudiamos los siguientes parámetros antes de la cirugía y a los 3 meses: agudeza visual con corrección (AVcc), equivalente esférico (EE) y astigmatismo topográfico. El análisis estadístico se realizó con el programa Medcalc.

Resultados: En el grupo con DMP, la edad media era $44,2 \pm 14,7$ años. La AVcc mejoró de forma significativa: AVcc inicial = $0,32 \pm 0,21$; AVcc final = $0,54 \pm 0,23$ ($p = 0,013$). EE inicial = $-3,6$ ($-6,2$; $-0,6$) D. EE final = $-3,1$ ($-4,3$; $-1,3$) D ($p = 0,89$). Observamos una reducción significativa del astigmatismo topográfico: Astigmatismo topográfico basal = $9,05$ ($5,6$ - $13,4$) D. Topográfico final = $4,7$ ($3,9$; $8,8$) D ($p = 0,015$). En el grupo con queratocono, la edad media era $33,7 \pm 11,1$ años. La AVcc mejoró de forma significativa: AVcc inicial = $0,48 \pm 0,25$. AVcc final = $0,6 \pm 0,25$ ($p = 0,013$). Encontramos una reducción significativa del EE y astigmatismo topográfico ($p < 0,001$): EE inicial = $-4,5$ ($-7,1$; $-1,8$) D. EE final = $-1,8$ ($-4,9$; $-0,7$) D. Cilindro topográfico basal = 5 ($3,2$; $7,7$) D. Topográfico final = $3,6$ ($2,2$; $4,9$) D. Encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en la edad ($p = 0,007$), AVcc previa ($p = 0,047$), astigmatismo subjetivo ($p = 0,017$) y topográfico basal ($p = 0,032$).

Conclusiones: El implante de segmentos intraestromales asistido por femtosegundo presenta unos resultados favorables tanto en DMP como en queratocono. Los pacientes con DMP tenían mayor edad que el grupo con queratocono y presentaban una AV inicial menor y un astigmatismo previo más elevado.

P-212

ESTUDIO DE LA AFECTACIÓN CORNEAL Y EVOLUCIÓN CLÍNICA EN 185 PACIENTES CON QUEMADURA FACIAL

GARDE GONZÁLEZ Alicia, FERNÁNDEZ HORTELANO Ana, GONZÁLEZ RUIZ Mercedes, BORDA SALSAMENDI M.^a de Orreaga, ABAD MONTES Juan Pedro, ÁLVAREZ BARRIO M.^a Teresa

Propósito: Evaluar la afectación corneal, el curso clínico, el tratamiento y las complicaciones de 185 pacientes que recibieron seguimiento oftalmológico tras quemadura facial.

Método: Estudio retrospectivo de la afectación corneal tras quemadura facial en 185 pacientes que fueron atendidos desde septiembre 2008 hasta diciembre 2012. Se analizó el tipo de afectación corneal, el tratamiento médico o quirúrgico y la evolución. El resultado fue clasificado como bueno (no secuelas oftalmológicas ni necesidad de tratamiento oftalmológico tras alta), moderado (presencia de secuelas oftalmológicas que precisaron tratamiento tópico crónico, lente de contacto terapéutica o cirugías reconstructivas) o malo (secuelas oftalmológicas con afectación de la agudeza visual y necesidad de tratamiento médico crónico y/o cirugías de repetición).

Resultados: De los 185 pacientes con quemadura facial estudiados, 158 pacientes presentaron afectación ocular (85,4%). De ellos, 54 pacientes presentaron afectación corneal (34,1%). En el grupo que presentó afectación corneal, 31 pacientes presentaron queratitis (57,4%), 18 pacientes úlcera corneal (33,3%) y 5 pacientes presentaron córneas con brillo deslustrado (9,2%). De los pacientes con afectación corneal el 100% necesitaron tratamiento médico. Además, 15 pacientes necesitaron tratamiento quirúrgico (27,7%), realizándose cirugía corneal (trasplante de membrana amniótica, queratoplastia, parche escleral o recubrimiento conjuntival) palpebral (tarsorrafia, injerto palpebral), o ambas. Tras el curso clínico y tratamiento instaurados, encontramos un resultado bueno en 36 pacientes (66,6%), moderado en 10 pacientes (18,5%) y malo en 8 pacientes (14,8%).

Conclusiones: La afectación corneal es muy frecuente en pacientes con quemadura facial y es la principal causa de secuelas oftalmológicas. El tratamiento médico y quirúrgico precoz es esencial para preservar una buena agudeza visual así como para prevenir las secuelas oftalmológicas.

P-213

MANIFESTACIONES OCULARES CRÓNICAS EN ÚLCERAS CORNEALES SEVERAS, ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CON SUERO AUTÓLOGO AL 20%

GONZÁLEZ GALLARDO M.^a del Carmen, GONZÁLEZ ANDRADES Miguel, ANAYA ALAMINOS Roberto, GARCÍA SERRANO José Luis

Propósito: Las úlceras corneales severas, especialmente aquellas cuyo origen es una alteración en el trofismo corneal, generalmente requieren la aplicación de terapias complejas. En este contexto, el suero autólogo es uno de los tratamientos más extensamente usados. En nuestro estudio, comprobamos la efectividad del suero autólogo (SA) al 20% en el tratamiento de úlceras crónicas corneales.

Método: Presentamos un estudio cuasiexperimental, prospectivo pareado, sin aleatorización. Estudiamos 81 pacientes con úlceras corneales severas y crónicas de distintas etiologías (neurotróficas, secundarias a enfermedades autoinmunes, por síndrome de ojo seco severo y por causticaciones) que no han respondido a terapia convencional. La severidad de las complicaciones corneales se valoró utilizando la clasificación fotográfica de Sotozono, evaluando dichas complicaciones antes y después del tratamiento con SA. Se usaron diferentes análisis estadísticos para evaluar el efecto del tratamiento con SA.

Resultados: El 95% de las úlceras corneales curaron tras tratamiento con SA, existiendo un 60% de ojos que incrementaron su agudeza visual (AV). Se observó un incremento significativo en la cicatrización epitelial corneal (test McNemar, $p < 0,00001$), así los defectos epiteliales y las queratitis punctatas tras el tratamiento siempre presentaron baja puntuación. La neovascularización y conjuntivalización presentaron un incremento significativo tras el tratamiento con SA ($p < 0,001$). No ocurrió así con la queratinización y la opacificación corneal, para las que no se encontraron cambios significativos.

Conclusiones: El SA al 20%, es una terapia eficaz para el tratamiento de úlceras corneales crónicas secundarias a trastornos neurotróficos, enfermedades autoinmunes, síndrome de ojo seco severo y a causticaciones oculares severas, favoreciendo el proceso de curación del defecto epitelial. Además, aunque favorece también la neovascularización y conjuntivalización corneal, encontramos que dos tercios de los ojos mejoran su AV.

P-214

EL USO DE UN NUEVO DISPOSITIVO PARA LA ELIMINACIÓN DEL EPITELIO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE ABLACIÓN DE SUPERFICIE

GÜELL VILLANUEVA José Luis, GONZALES CHOQUE Marizol

Propósito: Se presenta en un estudio clínico para evaluar un dispositivo no-metálico que está diseñado para eliminar las células del epitelio corneal de una manera no traumática en la preparación para procedimientos de ablación de superficie.

Método: Este estudio fue un estudio abierto, clínico prospectivo que incluyó a 25 pacientes programados para someterse a un procedimiento de PRK en nuestra clínica. Un ojo se sometió a un procedimiento de PRK estándar, eliminando las células con un régimen estándar. El segundo ojo se sometió a un procedimiento de PRK con la eliminación del epitelio mediante el dispositivo de Epi-clear (ORCA SURGICAL Ltd., Rishon Le Zion, Israel). El dispositivo de EPI-CLEAR es un instrumento que está diseñado para eliminar y capturar células del epitelio sin rayar ni traumatizar la córnea. En el estudio, se evaluaron los ojos durante la cirugía para comprobar la facilidad de uso y traumatismo corneal. Después de la operación, los pacientes fueron evaluados al dolor, «haze», velocidad de recuperación de la visión y agudeza visual a tres meses.

Resultados: La experiencia clínica inicial muestra que los ojos en el que se usó el dispositivo de Epi-clear tuvieron una reepitelización más rápida, tenían menos «haze» y una recuperación más rápida de la visión en comparación con el procedimiento de PRK estándar. Desde el punto de vista de facilidad de uso, el dispositivo era fácil de usar con una curva de aprendizaje corta.

Conclusiones: Este nuevo dispositivo ofrece un método reproducible, eficaz para la eliminación del epitelio de la córnea antes de los procedimientos de ablación de superficie. Más importante aún, parece proporcionar a los pacientes una recuperación más rápida después de la cirugía.

P-215

HIPOPIÓN SECUNDARIO ALENTE DE CONTACTO TERAPÉUTICA

IBARES FRÍAS Lucía, ROBLES SÁNCHEZ Amelia, GONZÁLEZ SUANCES Begoña, ALONSO SANTAMARÍA Adoración

Propósito: Evaluación de los factores de riesgo, manejo diagnóstico y terapéutico del hipopión séptico en queratopatías crónicas.

Método: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro centro en el año 2011 con el diagnóstico de uveítis anterior séptica en queratopatías crónicas. Se analizaron los siguientes parámetros (edad, sexo, factores de riesgo generales y oftalmológicos, tratamiento y agudeza visual final).

Resultados: 4 Pacientes ingresaron con el diagnóstico buscado (1,4% de los ingresados). La edad media fue de $83,5 \pm 5,7$ años. Como factores de riesgo generales encontramos (DM, EPOC e HTA). Todos los pacientes presentan como antecedente oftalmológico intervención de cataratas. Todos eran portadores crónicos de lentes de contacto terapéuticas, en un 50 % por queratopatía herpética crónica y en el otro 50% por queratopatía bullosa secundaria a lente de cámara anterior. Todos presentaban tratamiento con corticoides tópicos (Medrivas, FML). Se realizó raspado corneal en un 75% de los pacientes, siendo positivos los cultivos para *Stafilococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae* y en un tercer caso para *Enterococcus faecalis* y *Stafilococcus Aúreus*. En $\frac{3}{4}$ pacientes se pauta tratamiento con colirios reforzados (Vancomicina y Ceftacídima) más antibióticos por vía general (Vancomicina y Ceftacídima) y en un paciente a los antibióticos tópicos se añade Ciprofloxacino por vía oral. El tiempo medio de ingreso son $7 \text{ días} \pm 2$. La agudeza visual final media es $0,1 \pm 0,1$.

Conclusiones: Las lentes de contacto en pacientes ancianos con queratopatías crónicas deben ser seguidas en consulta periódicamente sobre todo si se pauta tratamiento con corticoides. Los pacientes deberán ser educados para tener una correcta higiene para la instilación de colirios. El tratamiento intravenoso y vía oral presentó los mismos resultados.

P-216

IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS DE LA MALA CALIDAD VISUAL EN DSEK / DSAEK, TRAS DMEK SECUNDARIA EN EL MISMO OJO

NAVEIRAS TORRES-QUIROGA Miguel, DIRISAMER Martin, CABRERIZO NÚÑEZ Javier, RODRÍGUEZ CALVO DE MORA Marina, DAPENA SEVILLA Isabel, MELLES Gerrit R. J.

Propósito: Identificar las causas de disminución de agudeza visual después de DSEK / DSAEK y determinar si estos ojos pueden ser correctamente reparados mediante DMEK. *Método:* Se estudiaron 12 ojos de 12 pacientes, que fueron sometidos a DMEK secundaria para manejar un mal resultado visual después de DSEK / DSAEK inicial. Se comparó agudeza visual corregida, imágenes de biomicroscopía, Pentacam y de microscopía especular y confocal, antes y al primer, tercer y sexto mes después de la DMEK secundaria. *Resultados:* Se pudieron identificar cuatro causas de reducción de la calidad óptica en DSEK / DSAEK: En cinco ojos, (42%) se encontraron grandes restos de Descemet residual del receptor ocupando el eje visual durante la cirugía de DMEK secundaria (entre el estroma receptor y el injerto DSEK/DSAEK); seis ojos (50%) mostraron irregularidad en el espesor del injerto, seis ojos (50%) «ondulaciones» y/o contracciones del trasplante DSEK/DSAEK; y nueve ojos (75%) alta reflectividad en la interfase donante-receptor. Después de la sustitución del injerto tipo DSEK/DSAEK por uno tipo DMEK, todas las córneas se aclararon y alcanzaron una agudeza visual corregida de 0,8; a excepción de un caso, que presentó un desprendimiento parcial del injerto de Descemet. Las paquimetrías disminuyeron de 670 ± 112 micras antes, a 517 ± 57 un mes después de la DMEK secundaria. Las aberraciones de alto orden tipo Coma y Trefoil en la superficie posterior fueron menores en los injertos DMEK que en DSEK / DSAEK ($p = 0,07$).

Conclusiones: Los restos de membrana de Descemet del receptor en la interfase donante-receptor, la reflectividad elevada en la interfaz, la irregularidad de espesor del injerto y la contracción del estroma donante pueden contribuir a un resultado visual insatisfactorio tras DSEK / DSAEK, sin causar daño corneal permanente. En la mayoría de los casos, la recuperación visual completa pudo lograrse mediante la realización de una DMEK secundaria.

P-217

TACROLIMUS EN EL TRATAMIENTO DE LOS INFILTRADOS SUBEPITELIALES POST-ADENOVIRUS: ESTUDIO INICIAL

RODRÍGUEZ AUSÍN M.^a Paz, ANTOLÍN GARCÍA David, HITA ANTÓN César, MÍGUEZ GARCÍA Cristina, GUTIÉRREZ MARTÍN Lucia, PÉREZ ORTIZ Noelia

Propósito: El Tacrolimus (FK-506) es un macrolido inmunosupresor con indicaciones similares a la Ciclosporina A (CS-A), pero de mayor potencia. Presentamos nuestra experiencia con el uso «off label» de Tacrolimus al 0,03% preparación oftálmica, en el tratamiento de los Infiltrados Subepiteliales (ISE) sintomáticos post- adenovirus.

Método: Presentamos una serie de 20 ojos de 14 pacientes afectados de ISE tras brote de Queratoconjuntivitis adenovirica acontecida en Torrejón de Ardoz durante el verano del 2012. Todos presentaban sintomatología y disminución de agudeza visual relacionada con recidiva de ISE tras uno o mas ciclos de corticoterapia . En dos casos se había utilizado CsA con mala tolerancia. La dosis empleada ha sido de 1 vez al día hasta la desaparición de la sintomatología y recuperación de la agudeza visual, momento en el que comenzamos el descenso paulatino, manteniendo dosis de dos veces por semana.

Resultados: No hubo complicaciones relacionadas con la administración del fármaco ni sintomatología irritativa. En todos los casos excepto en dos que no cumplieron el tratamiento, hubo mejoría de la sintomatología y recuperación de la agudeza visual. Tras la resolución de los ISE se disminuyó la dosis a días alternos durante un mes y dos veces a la semana sin observarse recidiva hasta el momento tras un seguimiento de 3 meses.

Conclusiones: El tacrolimus aparece como una alternativa a los Corticoides y la Ciclosporina en el manejo de Los ISE post-adenovirus. Su tolerancia es mejor que la Ciclosporina y su potencia permite una frecuencia de instilación menor.

P-218

EVALUACIÓN DEL ESTRÉS OXIDATIVO LIPÍDICO Y LA INFLAMACIÓN EN LA BLEFARITIS SEBORREICA

RUIZ DEL RÍO Noemí, ALMANSA FRIAS Inmaculada, BARRANCO GONZÁLEZ Honorio, MIRANDA SANZ María, PARDO LÓPEZ Damar, ORTÍ BRAVO María

Propósito: Evaluar las diferencias en los marcadores de estrés oxidativo lipídico e inflamación en pacientes con blefaritis seborreica (BS) respecto de sujetos sanos.

Método: Estudio caso control observacional. 11 pacientes con BS (22 ojos) y 11 sujetos sanos (22 ojos). Se recoge muestra con test de Schirmer, se transporta y conserva en buffer fosfato con pH 7, se realiza cromatografía líquida de alta resolución (HPLC) para el análisis de malondialdehído (MDA), como indicador de peroxidación lipídica y espectrofotometría para el análisis de las proteínas, las muestras se conservan a -20°.

Resultados: Los niveles de proteínas en la lágrima de pacientes con BS resulta ser significativamente mayor que en los controles (t Student 0.17). Sin embargo, no hallamos diferencias significativas en cuanto al nivel de MDA (t Student 0.34).

Conclusiones: La lágrima tiene un importante papel en la defensa antioxidante de la superficie ocular. Los pacientes con BS presentan trastornos en la película lagrimal asociados a la disfunción de las glándulas de Meibomio, que afectan a la osmolaridad y la evaporación lagrimal. En estos pacientes se evidencia un aumento en las citoquinas inflamatorias, sin embargo no encontramos un aumento en los productos de peroxidación lipídica de la lagrima, que podría explicarse porque la hipersecreción glandular o seborrea meibomiana produce una secreción menos viscosa, con un aumento del grado de insaturación y de las tasas de hidroxilación de las grasas, que frenaría la proporción de radicales libres lipídicos. En el caso de la blefaritis la inflamación parece estar mas relacionada con la patogénesis que la presencia de radicales libres lipídicos, por lo que habría menor daño tisular que en otras entidades.

P-219

AISLAMIENTO Y EXPANSIÓN EX VIVO DE CÉLULAS DE ENDOTELIO CORNEAL HUMANO

SABATER GOZALVO Alfonso L., GUARNIERI Adriano, ANDREU Enrique, PRÓSPER Felipe, MORENO MONTAÑÉS Javier

Propósito: El endotelio se compone de una monocapa de células situadas en la cara posterior de la córnea, jugando un papel fundamental en la regulación de la hidratación del estroma corneal, y por tanto, de su transparencia. El propósito del presente estudio es analizar nuevas estrategias que permitan el aislamiento y la expansión ex vivo de las células endoteliales de la córnea humana.

Método: La membrana de Descemet se aisló a partir de rodetes esclerocorneales procedentes de córneas de donante. La membrana de Descemet junto con las células endoteliales se aislaron mediante su incubación en colagenasa durante 14 horas. Posteriormente, las células endoteliales aisladas se expandieron en el medio de cultivo descrito por Ishino et al (2004) sobre un sustrato compuesto de fibronectina y colágeno. Para mejorar la tasa de proliferación y la morfología celular se emplearon diferentes aditivos que fueron añadidos al medio de cultivo. Las células endoteliales expandidas se analizaron mediante inmunofluorescencia para detectar la expresión de los marcadores característicos ZO-1, Na⁺/K⁺-ATPasa y Conexina-43.

Resultados: El aislamiento de las células endoteliales mediante colagenasa permite obtener agregados celulares capaces de adherirse y proliferar ex vivo. Los análisis mediante inmunofluorescencia muestran que las células cultivadas expresan los marcadores Na⁺/K⁺-ATPasa, ZO-1 y Conexina-43.

Conclusiones: Las células de endotelio corneal humano procedentes de cadáver pueden aislarse mediante colagenasa y expandirse ex vivo, permitiendo obtener una monocapa de células hexagonales que expresan los marcadores característicos del endotelio corneal.

P-220

DSAEK EN LA QUERATOPATÍA BULLOSA PSEUDOFÁQUICA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

RODRIGUES VICENTE André, SERRANO DOS ANJOS Rita, BORGES Bárbara, VIEIRA Luísa, FEIJÃO João, CANDELÁRIA Pedro

Propósito: Presentar un estudio retrospectivo de 28 ojos de 28 pacientes con queratopatía bullosa pseudofáquica sometidos a Descemet Stripping Automated Endothelial Keratoplasty.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo de 28 ojos de 28 pacientes sometidos a DSAEK y operados por el mismo equipo quirúrgico desde 2009 hasta 2012. Se analizaron el progreso de la agudeza visual y complicaciones. También se ha estudiado la seguridad y eficacia del procedimiento.

Resultados: Los pacientes tenían una edad media de 73 años. 60,7% eran mujeres. No hubo complicaciones durante la cirugía. La agudeza visual media preoperatoria fue de 0,18 y la mejor agudeza visual media postoperatoria fue de 0,40. La tasa de complicaciones postoperatorias fue de 21,4% e incluyó dislocaciones, fallas de injerto, cierre de ángular, vitritis y edema macular.

Conclusiones: Se observó un aumento de la agudeza visual media significativo, comparable al aumento verificado en otros estudios publicados. La tasa de complicaciones postoperatorias fue también dentro de los resultados esperados. Los resultados demostraron una recuperación visual rápida y menos inflamación postoperatoria. El DSAEK es ahora una alternativa segura y aprobado para queratoplastia penetrante y se debe considerar en el tratamiento de los pacientes que tienen disfunción endotelial sin patología del estroma.

P-221

VALIDACIÓN TÉCNICA DEL ETIQUETADOR AUTOMÁTICO DE RETINOGRAFÍAS RETAL PARA RETINOPATÍA DIABÉTICA

ABREU GONZÁLEZ Rodrigo, ANTÓN CANALÍS Luis, RAMALLO FARIÑA Yolanda, SERRANO AGUILAR Pedro

Propósito: Validar técnicamente un software de diagnóstico asistido por computador (CAD) para el análisis automático de retinografías con la finalidad de cribar retinopatía diabética.

Método: La validación técnica fue realizada mediante un estudio retrospectivo basado en retinografías, obtenidas aleatoriamente, del programa de cribado de retinopatía diabética Retisalud. Las imágenes fueron clasificadas como normales o sospechosas para servir la finalidad de cribado. Se obtuvo la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos.

Resultados: La sensibilidad de RETAL fue del 95% y la especificidad del 66,5%. El valor predictivo positivo fue 67,7% y el negativo del 94,7%.

Conclusiones: Este nuevo CAD para el análisis automatizado de retinografías ofrece una alta sensibilidad para el cribado de la retinopatía diabética. Los resultados permiten su validación clínica y el análisis de coste-efectividad previo a ser recomendado con fines de cribado poblacionales.

P-222

MANEJO DE LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD EXUDATIVA (DMAE) TRATADA CON RANIBIZUMAB Y BASADA EN UN SEGUIMIENTO CON RÉGIMEN FLEXIBLE SEGÚN PRESENCIA DE LESIÓN ACTIVA O INACTIVA

BASSAGANYAS VILARRASA M.^a Francisca, GARCÍA PARES Eva, MINGORANCE MOYÁ Ester, CAMPOS ARCOS M.^a Cecilia, DOMÉNECH BERGANZO Maitane, BUIL CALVO José Antonio

Propósito: El objetivo es valorar la variación de la agudeza visual media y del grosor macular en los pacientes afectos de Degeneración macular asociada a la edad diagnosticados sin tratamiento previo o (naïve), que han sido tratados en hospital terciario de durante 1 año mediante ranibizumab. *Diseño:* Estudio observacional, retrospectivo y unicentrico.

Método: Se incluyeron 155 ojos con neovascularización coroidea activa por DMAE que cumplieran los requisitos, se obtuvieron los datos de 107 al año; se valoró las variaciones de la MAVC (máxima agudeza visual corregida) y del grosor macular (mediante OCT) y se clasificó las lesiones basales según los criterios angiográficos y se contabilizó el número de tratamientos durante el periodo de estudio.

Resultados: La agudeza visual (MAVC) media en el momento de incorporación era de $54,05 \pm 17,223$ letras ETDRS y la alcanzada a los 12 meses fue de $49,45 \pm 21,556$ letras, alcanzando significación estadística ($p < 0,05$). En cuanto al grosor medio de la OCT, se obtuvo una disminución del grosor macular central de $47,5 \mu\text{m}$ (valor estadísticamente significativo). El tipo de lesión más prevalente fueron las lesiones ocultas en 56 casos, seguidas de las mínimamente clásica en 45 casos y 31 lesiones tipo RAP. El número medio de tratamientos fue de 4,19 durante 12 meses.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en el tratamiento con inyecciones intravítreas de ranibizumab en régimen flexible han servido en nuestro medio para estabilizar la lesión manteniendo la agudeza visual y disminuyendo el grosor macular central; creemos que un mayor número de tratamientos y con una monitorización más estricta se acercaría más a los resultados de los grandes estudios en cuanto a la mejoría de la agudeza visual.

P-223

ASOCIACIÓN ENTRE DIFERENTES PARÁMETROS OBTENIDOS MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN PACIENTES CON EDEMA MACULAR DIABÉTICO ACTIVO

BENÍTEZ HERREROS Javier, LÓPEZ GUAJARDO Lorenzo, CÁMARA GONZÁLEZ M.^a Cristina

Propósito: Evaluar, en pacientes con edema macular diabético (EMD) activo, la asociación existente entre el estado de la capa de fotorreceptores, el espesor foveal central y la morfología del edema macular, obtenidos mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) de dominio espectral.

Método: Estudio observacional de serie de casos que incluye 151 ojos diagnosticados de edema macular diabético activo, que aún no han recibido tratamiento. Evaluamos la longitud de la alteración de la capa de fotorreceptores (membrana limitante externa –MLE– y unión de los segmentos internos y externos de los fotorreceptores–IS/OS–), el espesor foveal central y la morfología del EMD (edema difuso, edema quístico o desprendimiento de retina neurosensorial).

Resultados: La longitud de la alteración de las capas IS/OS y MLE en ojos con EMD quístico y desprendimiento de retina neurosensorial fue significativamente mayor que la registrada en ojos con edema macular difuso. Además, se halló correlación entre el grosor foveal y la longitud de la alteración de las capa de fotorreceptores.

Conclusiones: El estado de las capas IS/OS y MLE en pacientes con EMD activo se relaciona íntimamente con la morfología del edema macular y el espesor foveal central.

P-224

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON DMAE EXUDATIVA EN TRATAMIENTO CON INYECCIONES INTRAVÍTREAS DE BEVACIZUMAB CON SEGUIMIENTO DE 6 MESES

CAPOTE DÍEZ María, CAMARILLO GÓMEZ Cristina, CANAL FONTCUBERTA Irene, LLORENTE GONZÁLEZ Sara, ANTOLÍN GARCÍA Demian, PERÉZ FORMIGÓ Daniel

Propósito: El consenso en el tratamiento de la DMAE húmeda está siendo un reto en la sociedad oftalmológica. La eficacia de los diferentes fármacos y la rentabilidad respecto al número de inyecciones-coste-ganancia ha dado lugar a numerosos estudios en la práctica clínica. Nuestro objetivo es describir un estudio observacional en pacientes con DMAE húmeda tratados con bevacizumab (Avastin®).

Método: Estudio observacional descriptivo de un total de 34 pacientes con DMAE húmeda, tratados con inyecciones intravítreas de bevacizumab con una pauta de «Treat and Extend», en un periodo de 6 meses a 1 año.

Resultados: La agudeza basal (av) media del total de 34 pacientes fue 0,27 (dt 0,17), y a los seis meses una av media de 0,32 (dt 0,23), con una ganancia visual media de 0,05. El número de inyecciones de bevacizumab a los 6 meses fue de 3,97, y al año de 4,80. El grosor macular medio basal fue de 412,30 micras (dt122,727), y a los 6 meses de 315,8 (dt68,126), con una disminución del grosor macular a los 6 meses estadísticamente significativo de 96,43 micras (54,601), con un máximo de disminución de 443 micras, y un empeoramiento de -112.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio son comparables, tanto en ganancia de av, como disminución del grosor macular, como en número de inyecciones anuales con otros estudios basados en la práctica clínica diaria tratados con inyecciones intravítreas de Ranibizumab (Lucentis®) como Lumiere, Luminous, etc. El reto en estos momentos es encontrar la mayor efectividad con el menor número inyecciones y la mayor ganancia visual.

P-225

CORRELACIÓN ENTRE GRADO DE HIPOPLASIA FOVEAL Y AGUDEZA VISUAL EN ANIRIDIA CONGÉNITA

CASAS DE LLERA Pilar, RUIZ MORENO José M.^a, ALIÓ Y SANZ Jorge L., SIVERIO COLOMINA Ana

Propósito: Evaluar mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) las características morfológicas maculares de pacientes con aniridia congénita y su correlación con la agudeza visual mejor corregida (AVMC).

Método: Estudio observacional transversal en 12 ojos de 6 pacientes con aniridia congénita a los que se realizó una OCT macular de dominio espectral protocolo cubo 3D 6x6 mm centrada en fovea. Se estratificó la hipoplasia foveal en cuatro grados según la morfología y se correlacionó con la AVMC.

Resultados: No hubo correlación entre AVMC y el grosor macular. Todos los pacientes del estudio se englobaron en grado 3 y 4 de hipoplasia foveal ya que ningún paciente de nuestro estudio mostró depresión foveal ni elongación de los segmentos externos de los fotorreceptores a nivel foveal. El grado 3 se caracteriza por la presencia de cupulización de la capa nuclear externa (CNE) y el 4 por la ausencia de ésta. El grado 3 de hipoplasia foveal se asoció a una mejor AVMC (0.13 logMar) comparada con el grado 4 (0.7 logMar) ($p=0.026$)

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con aniridia congénita, el único factor pronóstico de AVMC fue la presencia o ausencia de la cupulización de la CNE evaluada mediante OCT.

P-226

ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA INTRAVÍTREA ADMINISTRADA DURANTE UN AÑO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA A PACIENTES CON EDEMA MACULAR DIABÉTICO Y EDEMA MACULAR SECUNDARIO A OCLUSIÓN VENOSA RETINIANA

FIGUERAS ROCA Marc, LÓPEZ MORENO Marisol, NAVARRO Manuel, PELEGRÍN Laura, ALFORJA Socorro, ADÁN Alfredo

Propósito: Describir las características del manejo mediante terapia intravítrea del edema macular diabético (EMD) y secundario a oclusión venosa (ORV) de los pacientes atendidos en un Hospital de Referencia durante un año y su evolución a 12 meses

Método: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de todos los pacientes con EMD y ORV que hayan recibido terapia intravítrea durante un año con su respectivo seguimiento a 12 meses. Se determinaron variables demográficas, comorbilidades, tipo de presentación (EMD: focal o difuso; ORV: central o de rama), grosor macular por tomografía de coherencia óptica, número de visitas, número de terapias intravítreas y fármaco, mejor agudeza visual corregida (MAVC) en cada visita.

Resultados: Se realizaron 126 inyecciones intravítreas en 80 ojos de 46 pacientes con EMD (1.54 tratamientos por ojo) y 59 inyecciones en 33 ojos de 19 pacientes con ORV (1.78 tratamientos por ojo). La edad media de los pacientes con EMD es 66.4 años y con ORV 66 años. La media de visitas durante 1 año fue de 5 en el grupo EMD y 5.66 en el ORV. Los pacientes con EMD fueron tratados con fármacos anti-VEGF (Ranibizumab, Bevacizumab y Pegaptanib) en un 29% de los casos y con corticoesteroides (Triamcinolona) en un 71%; en la subdivisión por edema focal o difuso la distribución fue de un 34%-66% y 19%-81% respectivamente. Los pacientes con ORV fueron tratados con anti-VEGF en un 75% y corticoesteroides en un 25%. Durante el seguimiento, un 54% de pacientes con EMD ganaron visión (mínimo 1 línea), un 23% mantuvieron y un 28% perdieron visión, con peor evolución los casos difusos (distribución de 37%-30%-33%) comparados con los focales (55%-19%-26%). Un 43% de los ORV ganaron visión, un 30% mantuvieron y un 27% perdieron.

Conclusiones: El manejo del EMD y la OVR implica una gran carga asistencial, tanto en terapia intravítrea como de seguimiento en consultas. Existe gran variabilidad en la práctica habitual en la forma del fármaco administrado, con unos resultados en nuestro centro de preponderancia del uso de corticoesteroides en el EMD y anti-VEGF en la OVR. El carácter retrospectivo del análisis limita considerablemente sus conclusiones, sin embargo, se objetiva, como está descrito en la literatura, una peor evolución, aún y el tratamiento intravítreo, de los pacientes con EMD difuso frente a los focales.

P-227

AUTOFLUORESCENCIA MACULAR EN RETINITIS PIGMENTARIA

GILI MANZANARO Pablo, LOMA SERRANO Elena, MARTÍNEZ GARCÍA Patricia, ORDUÑA AZCONA Javier, MODAMIO GARDETA Laura

Propósito: Evaluar el patrón de autofluorescencia de fondo (AF) en pacientes con retinitis pigmentaria (RP).

Método: Estudio descriptivo transversal de 19 pacientes (36 ojos) consecutivos con retinitis pigmentaria evaluados entre enero de 2011 y mayo 2013. Realizamos en todos los casos fotografías de fondo de ojo 50°, estudio del fenómeno de autofluorescencia macular. Valoramos los patrones de autofluorescencia macular y las agudezas visuales (AV).

Resultados: Doce pacientes eran mujeres, 7 hombres. La edad media fue 48 años (rango 20-78 años). La autofluorescencia macular mostró los siguientes patrones: tipo 1: autofluorescencia normal (14 ojos; 39%); tipo 2: anillo hiperautofluorescente (8 ojos, 22%); o tipo 3: hiperautofluorescencia central (8 ojos; 22%). Tres ojos no pudieron valorarse por mala calidad de la imagen y dos ojos mostraban un patrón diferente a los descritos. La agudeza visual media fue de 0,5: en el tipo 1 AV=0,6; en el tipo 2 AV media=0,75; y en el tipo 3 la AV media=0,25.

Conclusiones: Los pacientes con RP muestran patrones de autofluorescencia macular característicos que parecen asociarse con un pronóstico visual diferente. En nuestra serie el patrón de hiperautofluorescencia central mostró la peor agudeza visual.

P-228

FIBRINA AUTÓLOGA COMO NUEVO TRATAMIENTO EN EL AGUJERO MACULAR DE MAL PRONÓSTICO

GONZÁLEZ DEL VALLE Fernando, BARRAJÓN RODRÍGUEZ Ángela, ARIAS PALOMERO Antonio, FIDALGO BRONCANO Álvaro, DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ M.^a José, NÚÑEZ SÁNCHEZ Agustín, ALFAYA MUÑOZ Laura, LARA MEDINA Francisco Javier, FERNÁNDEZ CENJOR J. J.

Propósito: Describir un nuevo tratamiento quirúrgico para el tratamiento de los agujeros maculares de mal pronóstico, en particular los asociados a miopía magna, asociando en estos casos la aplicación de fibrina y factores de crecimiento autólogo a vitrectomía pars plana.

Método: Estudio prospectivo descriptivo (10,5 meses seguimiento medio) con 6 pacientes (1 hombre y 5 mujeres, edad media 49,5 años). Los agujeros eran secundarios a miopía magna (con y sin desprendimiento de retina asociado), vítreoretinopatía proliferativa y se abordaban por primera vez o no se habían cerrado en una cirugía previa. Después de la realización de una vitrectomía microincisional con pelado de hialoides posterior y membrana limitante interna se aplicó en la zona macular, mediante técnica ad hoc, un concentrado autólogo de factores de crecimiento y fibrina extraídos previamente del paciente (sistema Vivostat[®]) bajo aire. No se utilizó ningún sistema de indentación macular en ningún caso.

Resultados: En los 6 casos se consiguió el cierre del agujero, la reaplicación retiniana y la restauración anatómica de la mácula. La agudeza visual media pasó de 0,1 en el preoperatorio a 0,36 en el postoperatorio (rango 0,2-0,5).

Conclusiones: La fibrina retarda la eliminación de los factores de crecimiento y podría servir de soporte tisular para los elementos que favorecen el cierre del agujero. La fibrina autóloga asociada a factores de crecimiento podría ser una buena alternativa en el tratamiento del agujero macular con mal pronóstico, en particular el asociado a miopía magna con o sin desprendimiento de retina.

P-229

MANEJO DEL EDEMA MACULAR DIABÉTICO. PAPEL DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO INICIAL

LÓPEZ GUAJARDO Lorenzo, BENÍTEZ HERREROS Javier, CÁMARA GONZÁLEZ M.^a Cristina

Propósito: Evaluar la respuesta de ojos con edema macular diabético (EMD) a tratamiento con láser y ranibizumab intravítreo, en función de los parámetros obtenidos mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) de dominio espectral antes de iniciar el tratamiento.

Método: Estudio retrospectivo que incluye 151 ojos diagnosticados de edema macular diabético tratados con fotocoagulación láser (83 ojos) o ranibizumab intravítreo (68 ojos). Un año de seguimiento. Evaluamos los cambios registrados en la agudeza visual (AV) y el grosor foveal central entre ambos grupos de tratamiento en función del espesor foveal pre-tratamiento, la morfología del EMD (edema difuso, quístico o desprendimiento de retina neurosensorial) y el estado de la capa de fotorreceptores.

Resultados: Los ojos tratados con ranibizumab intravítreo con espesor foveal pre-tratamiento $>300 \mu\text{m}$, alteración de la capa de fotorreceptores y edema de morfología difusa mostraron mejoría significativa en la AV y el grosor foveal respecto del grupo de ojos tratados con láser; por su parte, los ojos del grupo de ranibizumab con EMD quístico presentaron disminución significativa en el espesor foveal al año de iniciar el tratamiento, aunque no mejoría en la AV. No se observaron diferencias entre ambas estrategias terapéuticas en ojos con espesor foveal pre-tratamiento $<300 \mu\text{m}$, capa de fotorreceptores íntegra y desprendimiento seroso de la retina.

Conclusiones: El espesor foveal central, el estado de la capa de fotorreceptores y la morfología del edema macular podrían ser considerados en la elección del tratamiento inicial de pacientes con EMD.

P-230

IMPLANTE INTRAVÍTREO DE DEXAMETASONA (OZURDEX®) EN PACIENTES CON EDEMA MACULAR DIABÉTICO REFRACTARIO Y VITRECTOMIZADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

MANCO LAVADO Félix, LÓPEZ GÁLVEZ M.^a Isabel, MANZANAS LEAL Lucia

Propósito: Estudiar la eficacia y seguridad de Ozurdex® (implante intravítreo de 0,7 mg de dexametasona) en el tratamiento del edema macular diabético (EMD) refractario en ojos vitrectomizados en la práctica clínica.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo, intervencional de una serie de casos de seis meses de duración. Cinco pacientes con edema macular diabético refractario e historia previa de vitrectomía por retinopatía diabética proliferativa (RDP) fueron tratados con un implante intravítreo de liberación sostenida de dexametasona. Las principales variables de estudio fueron la mejor agudeza visual corregida (MAVC) y el espesor retiniano en el área foveal (ERF) desde el inicio del estudio hasta el sexto mes. Adicionalmente se analizó el tipo de EMD según tomografía de coherencia óptica al inicio y quinto mes del estudio y la presión intraocular (PIO).

Resultados: Cinco ojos de 5 pacientes (3 hombres y 2 mujeres) fueron analizados. La edad media fue de 72 años (rango 60-81). La duración media del EMD fue de 60,2 meses. Al inicio del estudio la MAVC media fue de $0,94 \pm 0,39$ logMAR, el ERF medio de $494,40 \pm 109,24$ μm y la PIO media de $14 \pm 2,12$ mmHg. La MAVC media mejoró a $0,72 \pm 0,42$ logMAR ($p=0,07$), $0,66 \pm 0,45$ logMAR ($p<0,05$) y $0,81 \pm 0,45$ logMAR ($p=0,3$) después del primero, tercero y quinto mes respectivamente. El ERF medio mejoró a $269,60 \pm 102,49$ μm ($p<0,05$), $257,60 \pm 92,66$ μm ($p<0,05$) y $464,60 \pm 205,73$ μm ($p=0,7$) al primero, tercero y quinto mes respectivamente. Un solo paciente presentó ERF de 229 μm al quinto mes del implante. El tipo de EMD no sufrió cambios morfológicos durante el estudio. La PIO media se mantuvo prácticamente estable durante todo el estudio. Un solo paciente presentó una PIO de 22 mmHg al primer mes de la inserción del implante que disminuyó espontáneamente. Los eventos adversos más comunes fueron hemorragia e hipe remia conjuntival.

Conclusiones: El tratamiento con implante intravítreo de dexametasona del EMD refractario en ojos vitrectomizados por RDP de difícil tratamiento en la práctica clínica produce mejoría significativa en la agudeza visual al tercer mes de su colocación.

P-231

REGULACIÓN DEL ESTRÉS OXIDATIVO ENDÓGENO Y DE LA ANGIOGÉNESIS Y NEUROPROTECCIÓN RETINIANA POR EL GEN P53

MARCO RAMÍREZ Carla, ZANÓN MORENO Vicente, GALBIS ESTRADA Carmen, PINAZO DURÁN M.^a Dolores, RAMÍREZ SEBASTIÁN Ana Isabel, GALLEGO PINAZO Roberto

Propósito: La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es la principal causa de discapacidad visual en adultos mayores. El gen p53 codifica para las proteínas que regulan el ciclo celular. Analizamos la función de p53 en relación con la actividad redox y los eventos moleculares asociados con la angiogénesis y neuroprotección en la retina.

Método: Utilizamos ratones adultos C57BL/6 distribuidos en 2 grupos: 1) transgénicos con dos copias del gen p53 (sp53-tg/tg, n=15) y 2) controles (wt, n=15), para extraer los ojos y homogeneizar las retinas para determinar la peroxidación lipídica [malonildialdehído (MDA) por la técnica del ácido tiobarbitúrico (TBARS)] y actividad antioxidante total (AAT). El factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) se determinaron por ELISA y western blot/immunoblotting. Los datos se analizaron mediante el SPSS 15.0.

Resultados: Obtuvimos cuatro veces más actividad AAT ($p < 0,001$) y un ligero aumento de MDA-TBARS ($p < 0,01$), así como un aumento significativo de VEGF y BDNF en la retina sp53-tg/tg frente a los controles ($< 0,001$).

Conclusiones: El aumento de la expresión de p53 regula la sensibilidad al estrés oxidativo endógeno y controla la disponibilidad de VEGF y BDNF. Sugerimos que la bioterapia génica para p53 puede ser una alternativa para el diagnóstico y tratamiento de la DMAE. Soporte: RETICS RD 07/0062/0013.

P-232

EL PAPEL DE LA VITRECTOMÍA EN LA MACULOPATIA MIÓPICA TRACCIONAL – ANÁLISIS DE CUATRO CASOS CLÍNICOS

MONTEIRO Sílvia, CASAL Inês, MEIRELES Angelina

Propósito: Resaltar el papel de la vitrectomía en el tratamiento de la maculopatía miópica traccional (MMT) en pacientes con miopía magna.

Método: Análisis descriptivo de cuatro pacientes con foveosquisis sometidos a vitrectomía 23G, con pelaje de la membrana limitante interna y taponamiento con gas (SF6). Los pacientes fueron evaluados para la mejor agudeza visual corregida (MAVC) y se compararon las imágenes de la tomografía de coherencia óptica (OCT) antes y después de la cirugía.

Resultados: Todos los pacientes completaron más de seis meses de seguimiento. En todos los casos, la MAVC después de la cirugía fue superior a la preoperatoria, con un cambio medio en la MAVC de 0.3 (0.15-0.6). Todos los pacientes mostraron mejora anatómica, con disminución gradual en la altura del desprendimiento macular. A los 6 meses, el porcentaje de reducción media en la altura de la región central de retinosquisis fue de 49,2% (24,2-71,2%). Ningún paciente tuvo complicaciones, incluyendo el agujero macular. Ningún paciente tuvo recurrencia.

Conclusiones: La MMT con foveosquisis representa una causa importante de disminución de la agudeza visual en pacientes con miopía magna. El uso de la OCT ha habilitado mejorar el conocimiento de la enfermedad, el diagnóstico y el seguimiento de estos pacientes. La vitrectomía demostró ser una opción terapéutica válida y segura en los pacientes con la forma progresiva de la enfermedad.

P-233

PARÁMETROS TOMOGRÁFICOS COMO FACTORES PRONOSTICO DE LA CIRUGÍA DE LAS MEMBRANAS EPIRETINIANAS IDIOPÁTICAS

OCA LÁZARO Ana Isabel, ARRIETA LOS SANTOS Alexandra, VELILLA OSES Sara, RODO ARNEDO Eva M., GUALLAR LEZA Sara Marta, NEGREDO BRAVO Luis Javier

Propósito: Valorar el valor pronóstico de las variables tomográficas en el resultado de la cirugía de las membranas epiretinianas idiopáticas (MER).

Método: Es un estudio retrospectivo de 25 ojos intervenidos de membrana MER idiopática mediante vitrectomía y pelado de la MER con seguimiento de al menos seis meses tras la cirugía. Se excluyeron ojos con otras enfermedades causantes de MER como retinopatía diabética o uveítis. Se analizaron variables tomográficas previas a la cirugía mediante Cirrus HD[®] OCT: el espesor retiniano central (ERC), la disrupción de la membrana limitante externa (MLE) y la alteración de las porciones elipsoides de los segmentos internos de los fotorreceptores (SI). Se estudió la asociación de estos parámetros con la ganancia visual a los seis meses de la cirugía. Las características tomográficas fueron analizadas por dos observadores distintos separadamente un tercer observador analizó los casos de no coincidencia.

Resultados: El rango de la mejor agudeza visual corregida antes de la cirugía era de 0.05 a 0.5 Snellen, media de 0.28 y de 0.39 a los 6 meses. EL ERC era de 471 micras de media antes de la cirugía y de 386 micras 6 meses tras la cirugía. Presentaban alteración de la MLE y de los SI el 40% y el 20% de los ojos antes de la cirugía. El ERC no se correlacionaba con la agudeza visual final en el estudio de datos pareados. Tampoco se encontró asociación entre la ausencia de alteración de la MLE o SI y mejor agudeza visual. Conclusiones: Los parámetros tomográficos han sido descritos como de valor pronóstico de la cirugía de las MER idiopáticas aunque sin suficiente evidencia. Nuestro estudio probablemente limitado por el número de pacientes no es coincidente con previos estudios.

P-234

DISPERSIÓN DEL FÁRMACO INTRAVÍTREO Y CALIBRE DE LA AGUJA

PÉREZ MARTÍN Santiago, MERINO IGLESIAS Amparo Alexia, MONTERO Javier Antonio

Propósito: Las inyecciones intravítreas se han convertido en el pilar del tratamiento de enfermedades oculares relacionadas con aumento de expresión del factor de crecimiento endotelial vascular. Se ha demostrado mediante el uso de agujas de pequeño calibre reducción de molestias oculares y fuerza de penetración de la esclerótica. Sin embargo, agujas de menor diámetro interior implican aumento de velocidad y turbulencia del fluido intraocular que puede dar lugar a un daño retiniano.

Método: Hemos llevado a cabo inyecciones intravítreas de tinta china en ojos de cerdo para evaluar el efecto de diferentes calibres de aguja en la dispersión de fluido inyectado. Se inyectaron 0,05 ml de tinta china con agujas de 27, 30 y 32 G en treinta ojos. A continuación se dividieron los ojos en dos mitades y el vítreo se eliminó cuidadosamente y se fotografió. Tres observadores enmascarados valoraron la dispersión de tinta india en el gel vítreo desde 1 (completamente localizada) a 4 (dispersión completa). El examen se repitió en tres ocasiones diferentes en tres días diferentes.

Resultados: La reproductibilidad intra-observador e inter-observador fue entre 0,78 - 0,95 y entre 0,93-0,95, respectivamente. Las puntuaciones medias de dispersión de la tinta para los calibres 27, 30 y 32 G fueron de 3,4, 2,5 y 1,8, respectivamente.

Conclusiones: La tinta china es un fluido en partículas que difiere sustancialmente de los fármacos anti-VEGF intravítreos. Sin embargo, es útil para evaluar el comportamiento de fluidos inyectados. El diámetro interior de 27G a 32G agujas oscila entre 0,210 a 0,108 mm; Por lo tanto, el flujo interno es casi cuatro veces más rápido en agujas más delgadas. Cabría esperar que el flujo a través de la aguja más fina indujera más turbulencia y dispersión del fluido dentro del gel vítreo; sin embargo, el patrón de distribución intravítrea de tinta china sugiere que el fluido inyectado y la turbulencia se limitaron a una pequeña bolsa dentro de la zona afectada del vítreo cuando se usaron calibres más pequeños. Los resultados de este trabajo sugieren que las agujas de 32G no aumentan la turbulencia del fluido inyectado. Entre las limitaciones del estudio cabe destacar que se realizó en ojos de cerdo jóvenes que no han sufrido cambios vítreos relacionados con la edad.

P-235

CORRELACIÓN ENTRE LOS CAMBIOS ESTRUCTURALES Y LA AGUDEZA VISUAL EN EL EDEMA MACULAR DIABÉTICO

ROSALES VILLALOBOS Francisco, BAQUERO ARANDA Isabel M.^a, HIDALGO DÍAZ Tania, GARCÍA CAMPOS José

Propósito: Relacionar las alteraciones morfológicas retinianas estudiadas mediante tomografía óptica de coherencia óptica con la función visual en el edema macular diabético.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo observacional en 64 ojos de 45 pacientes con edema macular diabético no tratado. La edad media fue de 65,2 años. A todos los pacientes se les realizó exploración oftalmológica completa y tomografía de coherencia óptica (Cirrus OCT). Se analizó el tipo de edema clasificándolo en esponja o quístico, con la presencia o ausencia de desprendimiento seroso de neuroepitelio, el grosor macular, la disrupción o no de la unión entre segmentos externos e internos de los fotorreceptores y de la membrana limitante externa. Correlacionamos todos estos datos con el logaritmo del mínimo ángulo de resolución visual. Se usó t de student, coeficiente de pearson y regresión lineal para el análisis estadístico.

Resultados: Se observó que los pacientes con edema macular quístico presentaban una menor agudeza visual que los pacientes con edema en esponja (log MAR 0,62+/-0,39 y logMAR 0,41+/-0,22), así como a mayor grosor macular menor agudeza visual. La presencia de una disrupción en la membrana limitante externa (logMAR 0,89 +/-0,37) o en la unión entre segmentos externos e internos de los fotorreceptores (logMAR 0,87+/-0,34) se relaciona con una menor agudeza visual que la integridad de estas estructuras.

Conclusiones: La tomografía óptica de coherencia óptica demuestra que la disrupción de la membrana limitante externa y de la unión entre los segmentos externos e internos de los fotorreceptores está fuertemente asociada a una menor agudeza visual en el edema macular diabético. Por lo que la tomografía de coherencia óptica es fundamental en el estudio del edema macular del diabético ya que correlaciona los hallazgos estructurales con los funcionales, siendo importante tanto para establecer pautas de tratamiento como el pronóstico.

P-236

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE PATOLOGÍA MACULAR

SOLÉ GONZÁLEZ Lorena, ABREU GONZÁLEZ Rodrigo, RUBIO RODRÍGUEZ Gloria, ALONSO PLASENCIA Marta, ABREU REYES Pedro

Propósito: Analizar las características demográficas y clínicas de los pacientes visitados en la consulta monográfica de Mácula en la Unidad de retina del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC).

Método: Estudio descriptivo retrospectivo, en pacientes visitados en la consulta monográfica semanal de Mácula, entre agosto de 2010 y agosto de 2011. Mediante revisión de historias clínicas se recogen datos clínicos y demográficos de cada uno de los pacientes.

Resultados: Se analizaron 275 pacientes (438 ojos). La edad media de los pacientes fue de $68,92 \pm 11,44$ años. El perfil más frecuente en nuestra consulta, es una paciente mujer (54,2%), hipertensa (76,7%), diabético tipo 2 (49,09%), con dislipemia (68%) y sin hábito tabáquico en la actualidad (84,7%). Entre los pacientes diabéticos el 27,64% son insulín dependientes y las cifras de hemoglobina glicosilada media fueron de $7,4 \pm 1,28$. La patología más frecuentemente visitada es la DMAE (34,2% de los pacientes), seguida de edema macular (EM) diabético (24,4%) y los EM secundarios a oclusiones venosas retinianas (OVR) (12%). El 66,2% de los pacientes visitados habían sido tratados con inyecciones intravítreas.

Conclusiones: Las patologías más visitadas en la consulta de mácula son la DMAE, EM diabético y los EM secundarios a OVR. La consulta reúne pacientes de edad avanzada con alta frecuencia de factores de riesgo cardiovascular que en su mayoría requirieron tratamiento intravítreo, lo cual debe ser tenido en cuenta para la optimización de los recursos asistenciales tanto en el proceso diagnóstico como en el terapéutico.

P-237

EL POLIMORFISMO A69S DEL GEN ARMS2, LA DMAE NEOVASCULAR Y LOS MADRILEÑOS: ¿EXCESO DE RIESGO RESPECTO DEL RESTO DE ESPAÑA?

VALVERDE MEGÍAS Alicia, VEGANZONES DE CASTRO Silvia, MAESTRO DE LAS CASAS M.^a Luisa, MEGÍAS FRESNO Alicia, DONATE LÓPEZ Juan, GARCÍA FEIJÓO Julián

Propósito: Analizar la relación de los polimorfismos Y402H (rs1061170) del gen CFH y A69S (rs10490924) del gen ARMS2 con la incidencia de degeneración macular exudativa asociada a la edad (DMAE) en población española de la Comunidad de Madrid, así como su influencia sobre las manifestaciones fenotípicas de la patología.

Método: Estudio de casos-contróles con 103 pacientes afectados de DMAE neovascular en tratamiento con ranibizumab intravítreo y 117 controles de edad comparable en los que se confirmó la ausencia de alteraciones maculares. A partir del ADN extraído de muestras de sangre, se realizaron los análisis genéticos mediante la reacción en cadena de la polimerasa, digestión con endonucleasas de restricción y secuenciación directa.

Resultados: La frecuencia de los alelos de riesgo para ambos polimorfismos (C para Y402H y T para A69S) fue mayor ($p < 0,001$) en los casos que en los controles (51,9% vs 30,8% y 42,6%, vs 15,4%, respectivamente). Respecto al polimorfismo Y402H, una o dos copias del alelo C aumentan el riesgo para DMAE 2,64 (IC 95%, 1,42-4,93; $p < 0,001$) y 23,7 veces en homocigosis (IC 95%, 5,26-106,95; $p < 0,001$), un valor notablemente superior al descrito para otras poblaciones españolas y europeas. Por otra parte, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los distintos genotipos respecto a la edad de diagnóstico de la DMAE, agudeza visual basal, sexo, tipo angiográfico de neovascularización o bilateralidad de la lesión.

Conclusiones: Los polimorfismos Y402H del gen CFH y A69S del gen ARMS2 están estrechamente asociados con la DMAE neovascular en pacientes españoles de la Comunidad de Madrid. No se ha detectado relación entre el genotipo para estos polimorfismos y las manifestaciones de la DMAE analizadas.

P-238

ESTRÉS OXIDATIVO EN DIABETES MELLITUS TIPO 2. UN FACTOR DE RIESGO PARA LA RETINOPATÍA

VIVAR LLOPIS Bárbara, LLORCA CARDEÑOSA Ana, GALBIS ESTRADA Carmen, ROIG REVERT M.^a José, MARCO RAMÍREZ Carla, PINAZO DURÁN M.^a Dolores

Proposito: Analizar la influencia del estrés oxidativo en la aparición de las complicaciones oftalmológicas del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Metodo: Selección de 200 pacientes según criterios de inclusión/exclusión distribuidos en 2 grupos: diabéticos tipo 2 (n=120; GD) y controles sanos (n=80; GC). Se realizó anamnesis delimitando factores de riesgo, examen oftalmológico sistematizado (agudeza visual, biomicroscopía, presión intraocular, retinografías y OCT). La extracción de sangre permitió determinar la actividad lipoperoxidativa (malonildialdehído-MDA) mediante el test del ácido tiobarbiturico y sustancias reactivas (TBARS), el antioxidante total (AAT) y niveles de glutatión (GSH). Los datos se procesaron mediante el programa SPSS 15.0

Resultados: La edad media del GD fue de 60 +/- 10 años vs 49 +/- 11 años del GC. El porcentaje global de hombres fue del 46% frente al 54% de mujeres. El 34% del GD tenía antecedentes familiares de DM frente al 20% del GC. El índice de masa corporal fue significativamente mayor en el GD (30 +/- 4) que en el GC (22 +/- 3). La determinación plasmática del MDA-TBARS mostró valores significativamente superiores en el GD que en el GC (p<0,01). La AAT fue significativamente inferior en el plasma del GD que en el GC (p<0,001), e igualmente los niveles de GSH estaban significativamente reducidos en el GD frente al GC (p<0,01). Los valores de AAT correlacionaban inversamente con el nivel de severidad de la retinopatía según el ETDRS y las guías de práctica clínica de la SERV.

Conclusiones: Entre los mecanismos implicados en el incremento del estrés oxidativo en la DM están la autooxidación de la glucosa, la glicación de proteínas, activación de la vía de los polioles y disminución de las defensas antioxidantes. Los datos de este estudio refuerzan la función del estrés oxidativo en el curso de la DM y la utilidad de la suplementación antioxidante en los diabéticos. * Los autores, por el grupo de estudio multicentrico.