



**Casos Clínicos
y Maniobras
Quirúrgicas**

CC01

DESPRENDIMIENTOS SEROSOS RETINIANOS EN SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO

Antonio SAMPEDRO LOPEZ, Beatriz DOMÍNGUEZ MORO, José M.^a BALTAR MARTÍN, Camino GARCÍA MONTEAVARO

Introducción: El síndrome hemolítico urémico (SHU) es una entidad que se define por la tríada de anemia hemolítica microangiopática no inmune, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda. Las lesiones histológicas del SHU se caracterizan por la aparición de microangiopatía trombótica sistémica, que afecta preferentemente a los vasos renales.

El síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) se produce como consecuencia de una desregulación de la vía alternativa del sistema del complemento determinada por alteraciones genéticas.

Los desprendimientos serosos retinianos (DSR) se relacionan con una amplia serie de afecciones vasculares, inflamatorias y neoplásicas pudiendo presentarse en el SHUa de forma excepcional

Caso clínico: Varón de 29 años, diagnosticado de SHU que a los dos días del ingreso se practicó una exploración oftalmológica observando una agudeza visual (AV) de 0.9 en ambos ojos (AO), y en fondo de ojo (FO) se observan DSR múltiples confirmados con la tomografía de coherencia óptica (OCT). Tras terapia plasmática intensa y hemodiálisis (3 meses), recibió una dosis de vacuna anti-meningocócica y se inició tratamiento con Eculizumab. A los 3 meses la AV era de 0.9 AO, el FO era normal y la OCT macular presenta una configuración y perfil típico y normal.

En el estudio genético se encontraron dos mutaciones, una en C3 (cambio en el Exón 2 en heterocigosis, c193A>C, p.Lys65Gln) y otra en el factor H (cambio en el Exón 18 en heterocigosis, c.2655del, p.Arg885Serfs*13), siendo las mutaciones encontradas las responsables de los bajos niveles de C3 y FH y justificantes del desarrollo de la patología, anomalías también presentes en una hermana del paciente

Conclusión: Teóricamente los DSR pueden ser achacables a una HTA maligna de instauración brusca pero en la mayoría de los casos hay acompañando una patología sistémica de base importante; por tanto, los DSR podrían ser un signo de secundarismo en los casos de HTA maligna e indicar un proceso sistémico subyacente.

CC02

TUMOR VASOPROLIFERATIVO: CURSO CLÍNICO Y OPCIONES TERAPÉUTICAS

Irene TEMBLADOR BARBA, Manuel TORIBIO GARCÍA, Eva María DELGADO ALONSO, Juan de Dios LÓPEZ POZO

Introducción: El tumor vasoproliferativo es un tumor glial nodular vascular benigno que nace en retina neurosensorial con telangiectasias, exudación lipídica y fluido subretiniano. Son esporádicos (80%) o secundarios a otra patología ocular. Si aparece pérdida de visión puede ser por exudación, hemorragias, membrana epirretiniana (MER) o edema macular cistoide (EMC) en el 50-60%. En casos avanzados, pueden aparecer eventos neovasculares.

Caso clínico: Mujer de 21 años, sin antecedentes de interés, con pérdida progresiva de visión de ojo izquierdo (OI) en el último año. En la exploración, la agudeza visual (AV) fue ojo derecho (OD) 1 y OI 0,2 no mejora con estenopeico. Biomicroscopía OD normal, OI tyndall+. PIO normal en ambos ojos. Fondo de ojo: OD normal, en OI se observó en retina periférica superonasal una lesión amarillenta con telangiectasias, de 4 diámetros papilares, hiperemia papilar, vitritis 2+ y snow bank. Se solicitó serología, incluida para toxocariasis, Mantoux y radiografía de tórax, siendo todo normal. Tras estudiar varias opciones, exploración sistémica y estudio genético normales, se diagnosticó tumor vasoproliferativo. En su evolución, desarrolló una MER y EMC, hemovítreo y desprendimiento de retina exudativo localizado. Se trató con 3 inyecciones intravítreas de bevacizumab, implante intravítreo de dexametasona, tocilizumab y 2 sesiones de crioterapia de la lesión. Después de 18 meses, la lesión está estable, hay sinequias posteriores en el borde pupilar, la exudación lipídica es menor y la tracción vítreomacular ha desaparecido. La AV actual es 0,4.

Conclusión: Las opciones terapéuticas son: observación en los más pequeños, fotocoagulación con láser, crioterapia, inyecciones intravítreas de antiVEGF, placas de radioterapia, cirugía (muy agresiva) o terapia fotodinámica, que no se pudo hacer en este caso por la localización tumoral. Recientemente, se ha visto que tocilizumab y los implantes intravítreos de dexametasona pueden ser útiles.

CC03

DESCOMPENSACIÓN DE FOVEOSQUISIS TRAS INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE ANTI-VEGF

Belén TORRES LEDESMA, María IGLESIAS ÁLVAREZ, Santiago ABENGOECHEA HERNÁNDEZ

Introducción: Presentamos un caso clínico complejo por presentar una membrana neovascular (MNV) concomitante con foveosquisis y membrana epirretiniana (ME), en el que la tracción progresó tras la inyección de ranibizumab intravítreo.

Caso clínico: Paciente de 32 años miope magna de -11 dioptrías que refiere pérdida de visión en su ojo izquierdo (OI) desde hace 5 días. La agudeza visual máxima corregida (AVMC) en OI es de 0,4. El examen de fondo de ojo muestra una lesión adyacente a la fovea asociada a una hemorragia. Se realiza tomografía de coherencia óptica (OCT) que revela la presencia de edema macular, ME, retinosquisis y neovascularización coroidea subfoveal. La angiografía fluoresceínica confirma el diagnóstico de MNV y se procede a la inyección de ranibizumab intravítreo para su tratamiento. A los 4 meses la AVMC del OI es de 0,3 y la OCT revela un aumento de la tracción de la ME que provoca un pseudoagujero macular con foveosquisis y desprendimiento de retina. Se ofrece tratamiento quirúrgico pero la paciente prefiere esperar. Ocho meses tras la inyección la paciente presenta una AVMC de 0,2 y la OCT confirma el empeoramiento de la arquitectura retiniana por lo que finalmente se lleva a cabo una vitrectomía con peeling de ME.

A los cinco meses de la cirugía la paciente muestra una mejoría de la AVMC en OI = 0,5. La OCT revela una recuperación anatómica completa sin signos de reactivación de la MNV ni tracción vitreomacular. Al año, la AVMC en OI es = 0,6 sin alteración de la arquitectura macular ni regresión de tejido preretiniano.

Conclusión: La inyección intravítrea de ranibizumab es efectiva en el tratamiento de la MNV miópica, pero a su vez puede ser un factor de riesgo en la progresión hacia una foveosquisis severa en casos en los que exista una ME y retinosquisis previas. Esta complicación puede resolverse mediante vitrectomía y peeling de la ME logrando una notable mejoría de los resultados anatómicos y funcionales.

CC04

RETINOSQUISIS JUVENIL LIGADA AL X; ENFOQUE DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Carlos DURÁN MARTÍN DEL CAMPO, Laura SEBASTIÁN CHAPMAN, Julia PORCEL RUIZ, José Miguel ESPINOSA SALDAÑA

Introducción: Describir 2 casos simultáneos de Retinosquisis Juvenil ligada al X (RJX), buscando un enfoque diagnóstico temprano y acertado.

Caso Clínico:

Caso 1: Masculino de 9 años de edad que acude por disminución de AV bilateral de 4 meses de evolución. A la exploración Física se encuentra con AV de 0,4 en AO. La exploración del segmento anterior es normal, al fondo de ojo se encuentra imagen quística macular, con membranas vítreas inferiores y zonas con puntos de tracción así como quistes retinianos periféricos.

Caso 2: Masculino 14 años de edad que acude por disminución AV progresiva de 5 meses de evolución. A la EF se encuentra AV de 0,3 en ambos ojos. Biomicroscopia sin alteración. FO: se encuentra con imagen de múltiples quistes a nivel foveal, así como membranas con tracción inferior con quistes.

En los resultados de las pruebas; encontramos en el ERG en ambos casos: disminución de latencias y tiempo implícito retrasado en todas las fases, así como importante electronegatividad en fases mesópicas. En la OCT se encontró en el caso 1: un edema macular quístico con 556 micras foveal central en OD y 570 micras centrales en OI, en el caso 2: se encuentra edema macular quístico en ambos ojos, con 642 micras y 692 micras centrales. En el Caso 1 se realizó campimetría de tipo cínético encontrando disminución de sensibilidad en campo inferior. En el caso 1 se realizó FAG encontrando zona foveal sin alteración.

Conclusión: La RJX, es una vitreoretinopatía con una herencia recesiva ligada al (Xp22), dando lugar a una alteración de la Retinosquisina (RS1). Para realizar el diagnóstico de RJX se deberá tener una alta sospecha clínica. El diagnóstico definitivo es mediante la secuenciación genética, sin embargo no siempre es accesible, por lo que la apariencia clínica, el electroretinograma, angiografía con fluoresceína, la OCT espectral, el campo visual, entre otros, podrían ayudarnos a tener un acercamiento diagnóstico altamente preciso.

CC05

TÉCNICA DE FLAP INVERTIDO Y TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MEMBRANA LIMITANTE INTERNA EN AGUJERO MACULAR

Fredy Eduardo MOLINA SÓCOLA, José Luis SÁNCHEZ VICENTE, Lorenzo TRUJILLO BERRAQUERO, Amparo TORO FERNÁNDEZ

Introducción: El agujero macular es un defecto anatómico retiniano desde la membrana limitante interna al epitelio pigmentario a nivel foveal que produce una reducción visual importante.

Según la última clasificación de agujero macular, un diámetro mayor a 400 micras define a un agujero macular grande (AMG).

La tasa de fracaso del cierre del AMG con la técnica clásica de pelado de membrana limitante interna y taponamiento con gas es mayor en AMG. Se ha descrito las técnicas de flap invertido (FIMLI) y trasplante autólogo de membrana limitante interna (TAMLI) con buenos resultados en AMG.

Presentamos nuestra experiencia en el uso de la técnica quirúrgica de FIMLI en AMG y la técnica de TAMLI como tratamiento de rescate en fracasos de cierre de AMG con otras técnicas.

Casos Clínicos: Presentamos 12 ojos de 11 pacientes con AMG idiopáticos sin tracción vítreo macular. 10 ojos fueron tratados con la técnica de FIMLI; y 2 ojos con TAMLI como tratamiento de rescate de 1 ojo tratado con la técnica clásica y otro con FIMLI. El diámetro promedio de los AMG fue 566.6 micras. El promedio de edad fue 67 años, la agudeza visual máxima corregida (AVMC) inicial promedio fue 0.1 (0.063-0.125) y AVMC final de 0.31 (0.1-0.63), en todos los casos hubo mejoría de la agudeza visual. Hubo un promedio de 6 meses desde el inicio de síntomas hasta la cirugía, no hubo complicaciones quirúrgicas. En los controles de OCT hubo cierre anatómico del AMG en todos los casos, pero 1 cerró con la técnica de TAMLI luego de FIMLI. La restauración de la membrana limitante externa (MLE) y de la zona elipsoide (LE) ocurrió en 2 ojos, en los cuales hubo una mejor AVMC final que los de recuperación incompleta.

Conclusión: La técnica de FIMLI es una técnica eficaz en la mejora anatómica y funcional en AMG. El TAMLI es una buena opción como tratamiento de rescate en casos de falta de cierre de AMG después de una técnica clásica y de FIMLI. La recuperación de la MLE y ZE está relacionada con la AV final.

CC06

PUNTOS HIPERREFLECTIVOS INTRARRETINIANOS EN UN PACIENTE CON COROIDITIS TUBERCULOSA

Francisco PÉREZ BARTOLOMÉ, Jaime ALMENDRAL GÓMEZ, Pedro ARRIOLA VILLALOBOS, José Antonio GEGÚNDEZ FERNÁNDEZ

Introducción: Reportamos la evolución de los puntos hiperreflectivos intrarretinianos (PHR) observados mediante OCT de dominio espectral (SD-OCT) en un paciente con coroiditis tuberculosa hasta su resolución.

Caso clínico: Un varón transexual de 23 años diagnosticado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida estadio C3, con tuberculosis miliar, fue referido para valoración debido a disminución de la visión en su ojo izquierdo (OI). La mejor agudeza visual corregida (MAVC) fue de 20/20 en su ojo derecho y de 20/200 en su OI. Tras una exploración con retinografía, SD-OCT, angiografía con fluoresceína y verde indocianina, fue diagnosticada de coroiditis tuberculosa con desprendimiento macular seroso (DMS). Se observaron numerosos PHR en las capas medias e internas de la retina. Cinco meses tras tratamiento antituberculoso oral y tratamiento antirretroviral, el DMS se resolvió por completo, se redujo notablemente la presencia de los PHR y la MAVC mejoró hasta 20/20 en el OI.

Conclusión: Los PHR no han sido descritos en uveítis de causas infecciosas. Dada la ausencia de consenso acerca de su composición, ya que no hay estudios anatómo-patológicos publicados, hemos tratado de dilucidar su patogenia y significado.

CC07

CUANDO LA REALIDAD SUPERA LA FICCIÓN

Laura BROC ITURRALDE, Jorge CASTANERA DE MOLINA

Introducción: Presentamos el caso de un paciente miope magno que tras una cirugía de desprendimiento de retina desarrolla una perforación corneal espontánea.

Caso clínico: Paciente varón, de 48 años de edad, con antecedente de cirugía refractiva LASIK en AO y posterior facoemulsificación e implante de LIO en AO. El paciente desarrolla un desprendimiento de retina en su OI y es intervenido mediante cerclaje, vitrectomía y aceite de silicona en cavidad vítrea sin incidencias. A los 15 días de la intervención quirúrgica desarrolla una hipertensión ocular severa. A pesar de instaurar un tratamiento hipotensor intensivo el paciente acude de urgencia por pérdida de visión en su OI. A la exploración se objetiva una perforación ocular con salida espontánea de aceite de silicona por lo que se realiza una queratoplastia de urgencia. El curso postoperatorio es normal y la retina se mantiene aplicada.

Conclusión: La aparición de una perforación corneal espontánea en el postoperatorio de un desprendimiento de retina es un hecho sumamente raro y de hecho creemos que no se ha reportado ningún caso similar. Pensamos que el antecedente de cirugía refractiva junto con la hipertensión ocular puedan ser la causas de la perforación ocular.

CC08

TRATAMIENTO CON RANIBIZUMAB EN NEOVASCULARIZACION COROIDEA SECUNDARIA A OSTEOMA COROIDEO BILATERAL .TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO

José Ignacio VALLS MARTÍNEZ, Hugo Ernesto TAPIA QUIJADA, Juan Carlos CORTEZ

Introducción: Los Osteomas Coroideas pueden desarrollar líquido subretiniano, cambios EPR y hemorragia subretiniana por Neovascularización coroidea (NVC). Los anti-VEGF y la terapia fotodinámica se recomiendan como tratamiento para estas complicaciones. Se presenta un caso de Osteoma Coroideo bilateral que desarrolló NVC que ha requerido múltiples inyecciones anti-VEGF con buena respuesta.

Caso clínico: Varón de 45 años presenta metamorfopsias en OD .Refiere a tener una coriorretinopatía serosa central crónica bilateral que se ha tratado con terapia fotodinámica en otro centro. Durante los últimos 4 años, ha tenido episodios de empeoramiento espontánea de su visión que se resolvieron sin tratamiento.

El fondo de ojo se observa una lesión macular naranja (área calcificada) yuxtapapilar rodeado por una lesión blanco-amarillenta (zona descalcificada) y otras áreas blancas más nasales de atrofia coriocalpilar. La OCT mostró líquido subfoveal. La ECO modo B mostró calcificación bilateral de la lesión. Se realizó TAC orbito-craneal que confirmó la presencia de placas calcificadas bilaterales sugerentes de osteomas coroideos.

La angiografía con fluoresceína demostró neovascularización coroidea en el ojo derecho, que se manejó con Ranibizumab con mejoría anatómica y funcional. Durante 3 años de seguimiento, se ha desarrollado nuevos desprendimientos de retina serosos en ambos ojos que han requerido de 4 inyecciones en ambos ojos con buena respuesta anatómica (OCT) y funcional. Su agudeza visual actual es de 0,7 en OD y 1 OI.

Conclusión: El Osteoma coroideo es un tumor benigno poco frecuente osificante y la localización más frecuente es yuxtapapilar La ecografía y el TAC son herramientas de diagnóstico útiles que evidencian su naturaleza calcificada.

Una pérdida de la visión puede ocurrir debido a la atrofia macular, líquido subretiniano o neovascularización coroidea. Como se muestra en este caso, el ranibizumab parece ser un tratamiento seguro y eficaz.

CC09

SÍNDROME DE STICKLER, A PROPÓSITO DE UN CASO

Bartolomé ÁNGELES CANO, Juan Manuel CUBERO PARRA

Introducción: Es un hecho que existe cierta predisposición hereditaria al desprendimiento de retina y, por lo tanto, vemos familias donde esta condición se repite en varias generaciones de una forma marcada. Pero hay algunas enfermedades hereditarias que predisponen a un desprendimiento de retina de forma muy habitual. Es el caso del síndrome de Stickler, una enfermedad hereditaria con patrón de herencia autosómico dominante que se caracteriza por la asociación de: miopía magna, paladar hendido, paladar ojival, aplanamiento del puente de la nariz, pérdida de la audición, displasia espondiloepifisiaria y artrosis, entre otras.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 42 años con miopía magna que sufre desinserción zonular de más de 180° tras intervención de catarata en el ojo derecho(OD) quedando en afaquia. Seguidamente es derivado al servicio de retina para estudio. En la exploración se aprecia afaquia postquirúrgica, velos vítreos en 360° con pigmento en base del vítreo, múltiples lesiones poliquísticas en ambos cuadrantes temporales inferiores del OD. En el ojo izquierdo se descubre desprendimiento de retina periférico temporal con lesiones similares a las del OD acompañado de velos vítreos por lo que se sometió a vitrectomía pars plana. Al continuar el despistaje de su patología estudiando a familiares, nos llama la atención la fascies característica con aplanamiento del puente de la nariz. El paciente refiere haber sido estudiado por paladar ojival y utilizar un adífono. Al estudiar familiares, apreciamos que su única hija de 7 años presenta las mismas asociaciones que el padre, con aplanamiento del puente de la nariz, paladar ojival, miopía magna e incluso está en estudio por hipoacusia.

Conclusión: en presencia de un paciente con síntomas visuales, signos musculoesqueléticos y sordera tenemos que tener en cuenta el síndrome de Stickler y se debe hacer el despistaje de la patología en los familiares más próximos.

CC10

OCLUSIÓN VENOSA RETINIANA INDUCIDA POR DESCARGA ELÉCTRICA

Isabel BARTOLOMÉ SESÉ, Francisco Javier ASCASO PUYUELO, Julen BERNIOLLES ALCALDE,
María Esther NÚÑEZ BENITO

Introducción: Las lesiones oculares secundarias a daño eléctrico son raras, siendo la catarata y la papilitis las más frecuentemente descritas. Mucho menos comunes son las alteraciones vasculares retinianas.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de oclusión venosa retiniana secundaria a electrocución de bajo voltaje en una mano de sendos pacientes de mediana edad. Ambos acudieron al servicio de urgencias refiriendo disminución de la agudeza visual en el ojo del mismo lado de la descarga eléctrica, sin quemaduras ni daños sistémicos asociados. Ambos pacientes fueron tratados mediante terapia intravítrea con corticosteroides y fármacos antiangiogénicos, y tras un seguimiento de cuatro y cinco años conservaron una agudeza visual de 0,2 y 0,8, respectivamente.

Conclusión: Los oftalmólogos deberían ser conscientes de la posibilidad de esta infrecuente complicación, la oclusión venosa retiniana, en pacientes que han sufrido una electrocución.

CC11

RETINOPATÍA SOLAR BILATERAL. AUTOFLUORESCENCIA Y TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Andrés BLASCO ALBERTO, Pedro ROCHA CABRERA, Luis CORDOVÉS DORTA, Marta GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

Introducción: las radiaciones ultravioletas cercanas a los UVA (320-400nm) provocan un daño fotoquímico que se manifiesta histológicamente a nivel de los melanosomas del epitelio pigmentario de la retina y de los segmentos externos de los fotorreceptores. La foveola, al estar desprovista de la capa ganglionar, es más vulnerable a la radiación solar y su alteración depende directamente de la intensidad, duración y el espectro de exposición.

Caso clínico: se presenta el caso de un varón de 33 años, remitido por una posible distrofia macular de Best, que refiere disminución de agudeza visual bilateral desde hace 5 años. No presenta antecedentes familiares de interés; es militar de profesión y pasa bastante tiempo al sol sin protección ocular.

A la exploración destaca una máxima agudeza visual corregida de 0,1 en ojo derecho y 0,15 en ojo izquierdo. El segmento anterior y la presión intraocular son normales en ambos ojos y en el fondo de ojo se aprecian lesiones pigmentadas, de color amarillento, a nivel macular.

La tomografía de coherencia óptica y la autofluorescencia evidenciaron una disrupción de la capa de los elipsoides a nivel foveal y una hipoautofluorescencia con áreas de atofia del EPR. En el campo visual macular se apreció un escotoma central coherente con los hallazgos antes descritos.

En base a los antecedentes de exposición solar mantenida sin protección y los resultados de las pruebas complementarias, se llegó al diagnóstico de retinopatía solar bilateral y se informó al paciente del sombrío pronóstico de la misma y de la necesidad de protección ocular que debe llevar a cabo a partir de ese momento.

Conclusión: La retinopatía solar está asociada a profesiones con exposición solar de riesgo. El diagnóstico está basado en la autofluorescencia y OCT macular que nos van a aportar datos fundamentales para establecer la causa. No existe tratamiento para esta patología siendo de fundamental importancia evitar su aparición con una correcta protección ocular.

CC12

ANÁLISIS MEDIANTE «IMAGEN MULTIMODAL» (ANGIO-OCT Y OCT-SWEPT SOURCE) DE LOS CAMBIOS CORIO-RETINIANOS EN PACIENTE CON RETINOPATÍA POR MEK

Rodolfo BOLADOS UGRINOVIC, Daniel VELÁZQUEZ VILLORIA, Miguel Ángel ZAPATA VICTORI, José GARCÍA ARUMÍ

Introducción: La retinopatía por MEK es una entidad recientemente descrita asociada al tratamiento con fármacos inhibidores de la vía MEK, fármacos aprobados para el tratamiento del melanoma cutáneo metastásico. Los hallazgos más frecuentes de la retinopatía por MEK comprenden desprendimientos neurosensoriales múltiples, bilaterales, frecuentemente asintomáticos que se desarrollan a través de un mecanismo dosis-dependiente. No hay evidencias definitivas sobre el mecanismo etiopatogénico que determina estos hallazgos en el fondo de ojo.

Caso clínico: Paciente de 50 años con antecedentes melanoma cutáneo metastásico que inicia tratamiento con un fármaco inhibidor de MEK, logrando buena respuesta oncológica.

Sin embargo, a las 2 semanas del inicio del tratamiento, describimos la aparición de múltiples desprendimientos neurosensoriales (DNS) en el polo posterior de ambos coincidiendo con un episodio autolimitado de disminución leve de la agudeza visual hasta 0,8 en ambos ojos.

El OCT-En face y la tomografía de coherencia óptica swept source (SS-OCT) muestra con mayor claridad la extensión de dichos hallazgos que la retinografía convencional; sin evidenciarse alteraciones en el grosor coroidal a lo largo del seguimiento. La angiografía fluoresceínica y la Angio-OCT muestran hallazgos concordantes, sin evidenciarse un punto de fuga como causante del fluido subretiniano. Durante la evolución del caso se evidencian alteraciones persistentes en el electrooculograma, sugiriendo una alteración difusa a nivel del epitelio pigmentario de la retina como origen primario del cuadro.

A los dos meses de iniciado el tratamiento se observa una resolución total de los desprendimientos neurosensoriales múltiples a nivel del SS-OCT, a pesar de la persistencia de las alteraciones en el electrooculograma.

Conclusión: Las pruebas de imagen multimodal realizadas sugieren una disfunción del epitelio pigmentario de la retina como causa primaria de la retinopatía por MEK.

CC13

CIRUGÍA VITREORRETINIANA COMBINADA CON IMPLANTE DE VÁLVULA DE AHMED

Pedro BUENO GARCÍA, Alberto Vicente LÓPEZ MASEGOSA, Fernando GÓNZALEZ GÓNZALEZ

Introducción: El glaucoma es una enfermedad con una elevada tasa de prevalencia que a menudo coexiste con otras patologías retinianas de indicación quirúrgica.

Se ha descrito la técnica combinada en el mismo acto quirúrgico de ambas patologías con un favorable pronóstico.

En la cirugía del cristalino están descritos distintos abordajes para tratar conjuntamente el glaucoma y la catarata, esto no está tan extendido en el abordaje quirúrgico del polo posterior.

Caso clínico: Prestamos una serie de 28 casos con indicación de cirugía vitreorretiniana (agujero macular y membrana epirretiniana) los cuales se encontraban con tratamiento hipotensor combinado. De estos, 22 casos estaban diagnosticados de glaucoma de ángulo abierto y 6 de ellos de glaucoma neovascular.

Realizamos una cirugía combinada de vitrectomía 23g pars plana y colocación de válvula de Ahmed con introducción del tubo de drenaje a través de la esclerotomía para ubicarlo en cámara vítrea.

La PIO media prequirúrgica fue de 28 mmhg con dos o más fármacos, tras la cirugía la PIO media fue de 16 mmhg, necesitando un 70% de los intervenidos un hipotensor (b-bloqueante). Presentamos los valores de la PIO media prequirúrgica, al mes y a los 3 meses. Describimos una hipertensión ocular leve al mes en 8 de los casos.

Como única complicación de la serie resaltar un caso de desprendimiento coroideo intraquirúrgico que fue resuelto durante la cirugía. El resto de los procedimientos transcurrieron sin complicaciones.

Aportamos vídeos e imágenes de la técnica quirúrgica.

Conclusión: La cirugía vitreorretiniana en pacientes con glaucoma en tratamiento hipotensor está condicionada por el manejo de la presión intraocular postoperatoria.

Es necesario el abordaje quirúrgico combinado de ambas patologías dado que favorece el control de la PIO así como los resultados de la cirugía retiniana.

En nuestra experiencia la cirugía combinada de vitrectomía 23G e implante de válvula de Ahmed por vía pars plana es una opción muy recomendable y segura.

CC14

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNDOSCÓPICAS, TOMOGRÁFICAS Y ANGIOGRÁFICAS DE LA MÁCULA EN DOMO SEGÚN LA ALTURA DE PROTRUSIÓN MACULAR

Julia Andrea FAJARDO SÁNCHEZ, Carlos Enrique CHAU RAMOS, Pablo Javier MAZAGATOS USED

Introducción: La mácula en domo (MD) es un hallazgo tomográfico en constante estudio. Fue definida por Gaucher como una protrusión convexa macular dentro de la concavidad de un estafiloma posterior en altos miopes. Posteriormente, Imamura propuso que el grosor escleral subfoveal aumentado en la MD obstruiría el flujo coroideo causando disminución de la agudeza visual (AV) por la aparición de desprendimiento seroso subfoveal (DSF). Nuestro estudio propone clasificar la MD según la Altura de Protrusión macular (AP) y analizar las características clínicas, fundoscópicas, tomográficas y angiográficas de cada grupo, teniendo en cuenta que el DSF es más frecuente en AP mayores a 350 μm .

Caso clínico: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se seleccionó una serie de 15 ojos con MD y miopía magna. En las imágenes por OCT, se midió la AP trazando una línea vertical A que pasó por el centro de la fóvea y una línea horizontal B tangencial al epitelio pigmentario de la retina (EPR), utilizando el método de Caillaux. Así se clasificó la AP en baja (50-350 μm), media (351-650 μm) y alta (>650 μm) y se analizaron las siguientes variables: AV mejor corregida, autorrefractometría, longitud axial, síntomas visuales, signos fundoscópicos (tipo de estafiloma, hiperpigmentación macular, crestas en haz papilo-macular) y presencia de complicaciones por OCT y angiografía fluoresceínica: DSF, atrofia del EPR, foveosquisis y neovascularización coroidea.

Conclusión: Las AP media y alta mostraron una correlación positiva con respecto a la presencia de DSF, extensión de la atrofia del EPR y disminución de la AV. Existiría, por tanto, una evolución secuencial de las lesiones por MD con AP mayor a 350 μm : la atrofia del EPR producida por la deformación anatómica macular permitiría la aparición y persistencia del DSF, con la consiguiente disminución de la AV; dicha atrofia sería daño inicial y determinante en ésta secuencia patogénica y posible causa de la poca respuesta a las terapias ya conocidas.

CC15

ENDOFTALMITIS ENDÓGENA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Casilda GONZÁLEZ GIL, María GURREA ALMELA, Isabel BERMEJO COLLADO, Fabriciano JIMÉNEZ VALES

Introducción: Las endoftalmitis de origen endógeno suponen entre el 2 y el 8% del total de los casos de endoftalmitis. Debido a su baja incidencia, no existen estudios ni guías clínicas para el manejo diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Paciente de 70 años que acude a Urgencias con un cuadro de ojo derecho rojo doloroso de menos de un día de evolución, con importante disminución de la agudeza visual. En la biomicroscopía se observa inyección ciliar, precipitados retroqueráticos y abundante fibrina en cámara anterior. La opacidad de medios impide ver el fondo de ojo. Como único antecedente de interés es diabética y ha sido diagnosticada de infección del tracto urinario, por lo que está en tratamiento antibiótico.

Es diagnosticada de uveítis anterior aguda y se inicia tratamiento corticoideo y midriático tópico. La evolución es mala, disminuyendo la agudeza visual hasta no percepción de luz, por lo que se sospecha una endoftalmitis de origen endógeno. Se realiza inyección intravítrea de antibióticos, se añaden colirios antibióticos reforzados y se comienza tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro. Ante la falta de respuesta, se decide vitrectomía posterior con toma de muestras de humor acuoso y vítreo, en los que se aísla *Escherichia coli*. Tras esto, desaparecen lentamente los signos infecciosos, pero la agudeza visual queda en amaurosis.

Conclusión: Las endoftalmitis de origen endógeno se deben a una diseminación hematógena de un foco infeccioso. El principal factor de riesgo es la presencia de enfermedades sistémicas que supongan un estado de inmunodepresión.

Es decisivo tener una alta sospecha clínica, que nos permita comenzar un tratamiento precoz. Debido a que el foco infeccioso es sistémico, la terapia antibiótica intravenosa es esencial. Respecto al tratamiento antibiótico intravítreo y la decisión de realizar vitrectomía, no existe una clara evidencia de su indicación, aunque se recomienda reservarlo para los casos graves.

CC16

ENFERMEDAD DE COATS CON EDEMA MACULAR SENSIBLE AL AFLIBERCEPT INTRAVÍTREO Y LÁSER ARGÓN

María del Carmen GUIXERES ESTEVE, Augusto Octavio PARDO SAIZ

Introducción: Presentamos 30 meses de seguimiento de un paciente con enfermedad de Coats en el ojo derecho en estadio 2 B según la clasificación de Shields.

Caso clínico: Paciente varón sano de 14 años que acudió a urgencias por disminución de la visión en el ojo derecho (OD) de un año de evolución. Como único antecedente de interés presentaba miopía. La máxima agudeza visual corregida (MAVC) era 0.1 (OD) y 1 en el ojo izquierdo (OI). La refracción era -0.75 (OD) y -5.25 (OI). En la funduscopia del OD, había microaneurismas en el polo posterior con abundantes exudados duros en circinada, edema macular y telangiectasias. La tomografía de coherencia óptica (OCT) macular mostró abundantes exudados duros y un edema macular quístico con un máximo de 959 micras. La angiografía fluoresceínica (AGF) de campo amplio evidenció hiperfluorescencia en las alteraciones vasculares y exudación. Iniciamos tratamiento con ranibizumab intravítreo y varias sesiones de fococoagulación con láser argón. Tras 12 meses de seguimiento, con 6 dosis de ranibizumab y 3 sesiones de láser, persistía un edema macular quístico importante (553 micras) con MAVC baja (0.2). Después de 4 dosis de aflibercept y 2 sesiones de láser el paciente presenta buen perfil foveal y MAVC de 0.5. En la microperimetría observamos un escotoma paracentral y buena estabilidad de fijación.

Conclusión: El tratamiento con aflibercept en combinación al láser argón, resultó efectivo en nuestro paciente con enfermedad de Coats y edema macular con respuesta incompleta al ranibizumab. El paciente presenta una secuela importante a nivel funcional como observamos en la microperimetría. No obstante, el tratamiento combinado de aflibercept y láser ha posibilitado mantener durante los últimos 12 meses de seguimiento una buena respuesta estructural y de la MAVC sin haber recibido tratamiento durante este tiempo. Tras la búsqueda bibliográfica, este parece ser el primer caso de enfermedad de Coats tratado con aflibercept.

CC17

MICRO BURBUJAS SUBFOVEALES DE PERFLUORO-N-OCTANO: ADHERENCIA A LOS SEGMENTOS EXTERNOS DE LOS FOTORRECEPTORES

María IGLESIAS ÁLVAREZ, Jeroni NADAL REUS

Introducción: Presentamos la técnica quirúrgica de extracción de micro burbujas (MB) de perfluoro-n-octano (PFL) enclavadas en la fóvea tras una cirugía de desprendimiento de retina (DR).

Caso clínico: Paciente de 62 años que acude a nuestro centro al control mensual de una cirugía estándar de DR superior con afectación macular de su ojo derecho (OD). La agudeza visual máxima corregida (AVMC) previa a la cirugía en OD era = 0,4 y al mes OD = 0,15. Realizamos una tomografía de coherencia óptica (OCT) que reveló la presencia de 142 MB de PFL emulsificado en el área foveal, por lo que se indicó cirugía.

Inducimos un DR del polo posterior con cánula 41 G e inyección directa de solución salina (SS). Realizamos una pequeña incisión con una pinza curva de 36 G en el sector temporal superior respecto a la fóvea y aspiramos varias burbujas en contacto con el área foveal. Dejamos fluido subretiniano e intercambio parcial con aire.

El paciente fue posicionado sentado y paseando a la hora para estimular un desplazamiento del PFL a un plano más inferior fuera de la mácula.

A los 2 meses la AVMC no había mejorado. En la OCT confirmamos la persistencia de ciertas MB localizadas en las capas externas de la retina en los fragmentos externos de los fotorreceptores (FR).

Realizamos una segunda intervención en la que mediante un lavado a muy baja presión intentamos movilizarlas, y con una cánula de 36 G con punta roma hicimos una aspiración selectiva de las burbujas casi en su totalidad.

A los 4 meses la AVMC ha mejorado en OD = 0,3 a pesar de persistir una mínima cantidad de MB del PFL emulsificado en el área foveal.

Conclusión: Cuando las burbujas de PFL poseen muy poco peso específico tienen alta tendencia a colocarse directamente en los fragmentos externos de los FR dañándolos, enclavándose en el parénquima retiniano y no en el epitelio pigmentario.

Para retirarlas es necesario un DR con posicionamiento vertical del paciente y lavado quirúrgico posterior.

CC18

MANEJO QUIRÚRGICO DE TRAUMATISMOS COMPLEJOS DEL POLO POSTERIOR

Alberto Vicente LÓPEZ MASEGOSA, Pedro BUENO GARCÍA, Fernando GÓNZALEZ GÓNZALEZ, Belén TORRES LEDESMA

Introducción: Se define como traumatismo inciso de segmento posterior aquel en el que se produce una solución de continuidad del espesor total de la esclera, con exposición o no del contenido intraocular. Suele asociarse a lesiones del segmento anterior. Existe una gran diversidad de lesiones de entrada.

Pueden clasificarse en cerrados o abiertos, estos últimos pueden ser penetrantes o perforantes

Casos clínicos: Presentamos un análisis retrospectivo de traumatismos incisos.

Una serie de 6 casos de traumatismos con cuerpo extraño por arma de fuego, 3 de ellos doblemente penetrantes.

Continuamos con 4 casos de cuerpo extraño intraocular por azada y otros 4 casos de traumatismos incisos por heridas cortantes con objetos punzantes.

Resaltamos el abordaje quirúrgico de urgencia analizando cuales son los factores pronosticos y los motivos por los cuales estos pacientes se deben operar de urgencia.

En los casos de cuerpo extraño intraocular (CEI) resaltamos la extracción limbar en afaquia como una maniobra muy útil en este tipo de traumatismos.

En los traumatismos por arma de fuego queremos señalar una entidad poco conocida que consiste en una fibrosis de la retina interna denominada retinopatía escopletaria interna, que característicamente se presenta en la zona opuesta a la vía de entrada y que ensombrece el pronóstico.

Por ultimo resaltar que al ser traumatismos complejos requieren abordajes de segmento posterior y anterior conjuntamente. Aportamos vídeos e imágenes de los casos.

Conclusión: Los traumatismos que afectan al polo posterior con CEI sucio necesitan una intervención precoz (2-3 h), dado el alto riesgo de endoftalmitis. La extracción limbar del CEI en afaquia es una maniobra muy útil. A mayor cualificación del equipo intervencionista obtendremos mejores resultados. Es necesario un abordaje multidisciplinar del segmento anterior y posterior. Dada la poca frecuencia de este tipo de casos nos gustaría aportar nuestra experiencia en el abordaje de los distintos casos.

CC19

A PROPÓSITO DE UN CASO DE LINFOMA INTRAOCULAR PRIMARIO

Daniel MARTÍN MORAL, Nadia ROLÓN RUIZ, Anniken BURÉS JELSTRUP, Carlos MATEO

Introducción: El linfoma intraocular es primario (LIOP) en dos tercios de los casos. Cursa con una progresiva disminución de agudeza visual. Su presentación puede simular otras entidades, principalmente una uveítis intermedia (síndrome de enmascaramiento). Por eso es habitual el retraso en el diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 71 años que acudió por disminución de agudeza visual de más de un año de evolución; en el ojo derecho (OD) sin percepción luminosa y en el ojo izquierdo (OI) de 0,6. No mejoró previamente con corticoesteroides orales y en una vitrectomía diagnóstica del OD se hallaron células atípicas. El estudio de imagen sistémico fue normal.

En el fondo del OD había células blanquecinas en vítreo con alteración difusa del epitelio pigmentario retiniano (EPR) de tipo granular-moteado peripapilar, nódulos subretinianos de aspecto cremoso y alguna hemorragia aislada. El disco óptico (DO) era pálido. En el fondo del OI se apreciaba la misma celularidad vítrea. La angiografía de campo amplio mostró hiperfluorescencia marcada de los DO y realce de las lesiones periféricas. Ante la sospecha de LIOP se realizó biopsia coriorretiniana y de vítreo del OI que demostró un linfoma B de célula grande CD20 positivo con alto índice proliferativo. Finalmente la paciente falleció.

Conclusión: Aunque el único método que permite el diagnóstico de certeza sigue siendo la identificación de células malignas en la biopsia de humor vítreo o coriorretiniana, la angiografía fluoresceínica y con verde de indocianina y los nuevos tomógrafos de coherencia óptica permiten una orientación diagnóstica y habría que valorar si en los estudios de humor acuoso y vítreo la monoclonalidad con reordenamiento del gen IgH y el cociente IL-10/IL-6 mayor a 1 pueden tener valor para iniciar tratamiento, ya que más del 50% de los LIOP desarrollan afectación neurológica y nos podemos encontrar ante una enfermedad maligna rápidamente evolutiva que precisa de un tratamiento precoz y agresivo.

CC20

CORIODOPATÍA SEROSA CENTRAL BILATERAL SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON COBIMETINIB EN UN PACIENTE CON MELANOMA

Mireya MARTÍNEZ VÉLEZ, Alicia IDOATE DOMENCH, Ana HONRUBIA GRIJALBO, Javier ASCASO PUYUELO

Introducción: En Noviembre de 2015 el fármaco Colletic® (Cobimetinib) fue aprobado por la Agencia Europea del Medicamento para su uso en combinación con vemurafenib, en el el tratamiento del melanoma irreseccable o metastásico con mutación del gen BRAFV600.

Caso clínico: Un varón de 48 años acudió a Urgencias con una alteración visual que consistía en visión borrosa central en ambos ojos de dos días de evolución. Como antecedente, el paciente había sido diagnosticado de melanoma metastásico hacía 2 meses. Dos días antes de la aparición de la clínica, el oncólogo había iniciado tratamiento con Cobimetinib 60 mg/día. La agudeza visual era de 20/20 y la exploración del polo anterior con la lámpara de hendidura fue completamente normal. En la visualización del fondo de ojo se halló un edema macular con desprendimiento del epitelio pigmentario en ambos ojos.

Las imágenes tomadas mediante Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) mostraron un edema macular asociado a desprendimiento del epitelio pigmentario en ambos ojos compatible con una corioidopatía serosa central (CSC). El paciente suspendió el tratamiento y 5 días después la morfología macular volvió a la normalidad. Fue entonces cuando el paciente comenzó con una dosis más baja (40 mg/día). Un mes después, la retina no presentaba ninguna alteración.

Conclusión: Aunque la CSC es considerada una enfermedad idiopática es realmente importante realizar una correcta anamnesis para encontrar una posible etiología, sobre todo cuando se ven afectados ambos ojos.

Muchos de los pacientes con melanoma metastásico o irreseccable no pueden abandonar el tratamiento con Cobimetinib. La OCT puede ser de utilidad para proponer un ajuste de dosis que no induzca una alteración macular y en caso de haberla, realizar un seguimiento.

Esta es la primera vez que se muestra una CSC bilateral secundaria al tratamiento con Cobimetinib en un paciente con melanoma.

CC21

TUMOR VASOPROLIFERATIVO DE RETINA BILATERAL DE APARICIÓN TARDÍA SECUNDARIO A RETINOPATÍA DEL PREMATURO

Rafael MONTEJANO MILNER, Natalia PASTORA SALVADOR, Jesús PERALTA CALVO, José Manuel ABELAIRAS GÓMEZ

Introducción: Los tumores vasoproliferativos de la retina (TVPR) son lesiones benignas vasculares infrecuentes. El 20% es secundario a procesos vasooclusivos, inflamatorios o degenerativos, como retinosis pigmentaria, parsplanitis, enfermedad de Coats, cirugía de desprendimiento de retina (DR), vasculitis periférica retiniana idiopática o vitreoretinopatía exudativa familiar.

Caso clínico: Mujer de 11 años con antecedentes de prematuridad (edad gestacional al nacimiento de 36 semanas) y ambliopía en ojo izquierdo (OI), remitida a nuestro centro con diagnóstico de DR crónico. A la exploración presenta DR total con desplazamiento iridocristaliniano anterior; el OD muestra avascularidad periférica retiniana temporal sin otros hallazgos de interés. Se establece el diagnóstico de enfermedad de Coats grado IV en OI. Tras un año, se procede a la evisceración del OI por dolor incontrolable tras desarrollo de glaucoma secundario. Transcurridos 8 años, en una revisión rutinaria se detecta exudación retiniana temporal inferior en el OD, asociada a una tumoración vascular con telangiectasias en el límite de la retina vascularizada y la avascular. Tras la angiografía, se diagnostica un TVPR secundario a retinopatía del prematuro (ROP). La paciente se trata con crioterapia, ablación de la retina periférica avascular con láser y bevacizumab intravítreo. En las visitas posteriores la retina ha permanecido aplicada, reabsorbiéndose la exudación y conservando una agudeza visual de 1.

Conclusión: Los TVPR son complicaciones de procesos retinianos que suponen una amenaza para la visión del paciente. Presentamos el primer caso descrito de TVPR bilateral, con una diferencia temporal entre un ojo y el adelfo de 8 años. Las revisiones periódicas de por vida en pacientes con ROP son aconsejables para detectar y tratar precozmente potenciales amenazas visuales. El láser, la crioterapia transescleral y los antiangiogénicos intravítreos pueden ser una estrategia adecuada para esta patología.

CC22

ALERTA SANITARIA TRAS DETECCIÓN DE LESIONES OCULARES GRAVES EN NIÑOS INDUCIDAS POR PUNTEROS LÁSER

Juan PINILLA BOROBIÁ, Inmaculada GONZÁLEZ VIEJO, Esther PRIETO CALVO, Teresa PÉREZ ROCHE

Introducción: La seguridad de los punteros láser como cuestión de salud pública se ha sometido en numerosas ocasiones a debate y regulaciones normativas, especialmente si consideramos su amplia disponibilidad y el uso inapropiado de los niños como juguete. A continuación, presentamos dos casos de niños que sufrieron lesiones maculares provocadas por punteros láser de consumo.

Caso clínico: En un corto espacio de tiempo, dos niños de 10 y 11 años se presentaron refiriendo visión borrosa tras jugar con un puntero láser de luz verde. Los dos presentaron lesiones maculares bilaterales y reducción en la agudeza visual. Se realizaron retinografías, tomografías de coherencia óptica y autofluorescencia para el seguimiento de las mismas. Los punteros láser fueron entregados por los padres y tras advertir su dudoso etiquetado se decidió advertir a las autoridades competentes de sanidad y consumo, que iniciaron una investigación. Se demostró el incumplimiento de la normativa sobre punteros láser de consumo y se inició su retirada de establecimientos, aunque la mayoría son adquiridos a través de sitios web. También se alertó sobre el uso de estos productos en medios de comunicación locales.

Conclusión: Los punteros láser no son un juguete, ya que pueden producir lesiones maculares irreversibles, pero son utilizados como tal por muchos niños. La expansión del comercio electrónico ha hecho más accesible este tipo de productos, incluyendo aquellos no catalogados como punteros láser de consumo por la normativa, que se distribuyen con etiquetados fraudulentos. Por todo ello es fundamental advertir a las autoridades para que endurezcan los controles y concienciar a los padres para que eviten su utilización como juguetes.

CC23

SÍNDROME DE EFUSIÓN UVEAL

Cristina ROBLES ELEJALDE, Erika VÁZQUEZ CRUCHAGA, Jose Antonio LÓPEZ GARRIDO, Joseba CINCUNEGUI GUTIÉRREZ

Introducción: El síndrome de efusión uveal (SEU) consiste en el paso de líquido de la coriocalpilar al espacio potencial supracoroideo.

Caso clínico: Varón de 47 años con visión borrosa del ojo derecho (OD) desde hace 3 días. Tiene como antecedente un traumatismo craneoencefálico derecho hace 10 años. Su agudeza visual es de 0.3 del OD y la presión intraocular de 14 mmHg. Biomicroscópicamente destaca una cámara anterior estrecha y en el fondo de ojo se observa un desprendimiento neuroepitelial macular (DNE) y desprendimientos coroideos (DC) anulares periféricos 360° con retina media adaptada. La longitud axial del OD es de 21.61 mm.

Nos planteamos un diagnóstico etiológico diferencial de un SEU. Se le realiza una resonancia magnética (RMN) cerebral y orbitaria que resultan normales. Al décimo día aumenta el DNE macular y se observa un desprendimiento retiniano (DR) inferior. Se realiza de nuevo la RMN que revela una inflamación coroidea difusa por lo que ante la sospecha de un síndrome de Harada se habla con neurología, quienes lo descartan. Además la ecografía ocular demuestra un engrosamiento escleral y una vasculatura coroidea normal. Por todo ello, se diagnostica de síndrome de efusión uveal idiopático y se le realizan dos esclerotomías profundas en cuadrantes inferiores además de una vitrectomía, ya que el exudado fibroso del DR no drena por las esclerotomías y se rellena el ojo con aceite de silicona.

Durante el postoperatorio los DC se resuelven y la retina queda adaptada salvo un área periférica con fibrosis retiniana que precisa una nueva intervención consiguiendo finalmente la adaptación total de la retina.

Conclusión: En un varón sano de mediana edad, con un ojo corto, una cámara anterior estrecha y un engrosamiento escleral se debe plantear el diagnóstico de un síndrome de efusión uveal idiopático. El diagnóstico precoz es importante ya que el tratamiento quirúrgico con esclerotomías tiene una alta tasa de éxito siempre y cuando el DR no se cronifique.

CC24

RECONSTRUCCIÓN DE PAREDES ORBITARIAS POR DESTRUCCIÓN IATROGÉNICA TRAS CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASAL

Juan MARTÍNEZ GUTIÉRREZ

Introducción: La cirugía endoscópica endonasal es una técnica empleada con múltiples propósitos en el área Otorrinolaringológica y neuroquirúrgica para el manejo de patologías tanto funcionales como neoplásicas. Una de las posibles complicaciones de ésta es la lesión por invasión de las estructuras orbitarias con posible repercusión sobre las estructuras perioculares o el globo ocular.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente intervenido de turbinectomía endoscópica por hipertrofia de cornetes previamente, que fue derivado por destrucción masiva de suelo orbitario y pared medial incluyendo periórbita, con afectación de musculo oblicuo inferior, por lo que presentaba diplopia, enoftalmos y dolor a los movimientos extraoculares, manteniendo una agudeza visual de 20/20.

Se realizó una reconstrucción con liberación de sinequias, restitución de la periórbita con injerto de pericráneo y el uso de malla tridimensional de titáneo para restauración de las paredes destruidas.

Con esta intervención se obtuvo como resultado una mejoría de los movimientos extraoculares y la diplopia, reparación del enoftalmos y una mejora estética en el paciente.

Conclusión: La cirugía endonasal endoscópica tiene como objetivo la corrección de patologías endonasales mediante técnicas mínimamente invasivas, no obstante, no debemos olvidar el riesgo potencial en estas intervenciones, de lesión de estructuras de vecindad como la órbita, llegándose a describir casos de lesiones graves oculares con afectación de nervio óptico de forma directa o indirecta o la propia integridad del globo ocular.

La reconstrucción de este tipo de lesiones complejas orbitarias, en ocasiones requiere del uso de material autólogo como los injertos de pericráneo u óseos, solos o en combinación con material de osteosíntesis como las mallas de titáneo con muy buenos resultados como mostramos en este caso.

CC25

METÁSTASIS PALPEBRAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN TUMOR RENAL DE CÉLULAS CLARAS

Rubén CABRERA BEYROUTI, Ezequiel CAMPOS MOLLO, Diana Nury JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, Elisabet RICO SANTOS

Introducción: Las metástasis en los párpados son infrecuentes, representando menos del 1% de todas las lesiones malignas del párpado. Generalmente aparecen en el contexto de un tumor primario conocido en otras partes del organismo, sin embargo, en raras ocasiones, un tumor del párpado es la primera manifestación de un carcinoma oculto.

Caso clínico: Un varón de 87 años presentó en el párpado superior derecho un nódulo de crecimiento lento, no doloroso, bien definido y de consistencia gomosa sin signos de inflamación ni ulceración de la piel. La motilidad ocular extrínseca, la tensión ocular y la oftalmoscopia fueron normales. La lesión, de características similares a un chalazión, no respondió a la terapia antibiótica ni antiinflamatoria. Se realizó la exéresis de la lesión objetivándose un nódulo de 1 cm de diámetro, pigmentado y adherido a planos profundos. En base al estudio anatomopatológico y el análisis inmunohistoquímico, el diagnóstico fue compatible con un tumor de células claras de probable origen renal. El paciente se encontraba asintomático, sin experimentar dolor abdominal o hematuria. El estudio de extensión mediante tomografía computarizada mostró una masa tumoral en cada riñón, múltiples metástasis pulmonares en ambos hemitórax y una masa sólida de 8 cm de diámetro en la región lumbar derecha. También se objetivó una trombosis de la vena renal izquierda. La resonancia magnética cerebral excluyó lesiones en el cerebro y en la región orbitaria.

Conclusión: El oftalmólogo puede jugar un papel importante en el diagnóstico de cáncer metastásico cuando la enfermedad ocular está presente. La escisión de un nódulo palpebral de apariencia benigna, similar a un chalazión, y su posterior examen anatomopatológico, fue el punto de partida para el diagnóstico de un carcinoma de células renales bilateral. Por tanto, cabe destacar la relevancia de realizar una biopsia en aquellas lesiones sospechosas y/o recurrentes del párpado.

CC26

TRATAMIENTO CON FERACRYLUM DE LOS XANTELASMAS INFERIORES EN PACIENTES JÓVENES

Desamparados PÉREZ MESTRE, Amparo LANUZA GARCÍA

Introducción: El tratamiento más habitual del xantelasma es la resección quirúrgica, que en el caso de los párpados superiores da buen resultado estético. Pero es difícil la corrección de los inferiores y canto interno sobretodo en pacientes jóvenes. Las recurrencias son frecuentes, casi siempre en la misma zona afectada y ésto puede condicionar las futuras resecciones. Hemos realizado la extirpación de los xantelasma y la zona que no puede ser aproximada de forma directa, para evitar secuelas como el ectropión, cicatriza por segunda intención. Se ha aplicado en la zona un biopolímero, el Feracrylum, que actúa como hemostático, antiséptico y cicatrizante.

Técnica quirúrgica: Hemos realizado la extirpación de 25 xantelasma en el párpado inferior y 10 de canto interno, aproximando la zona sin que haya tensión para evitar deformidades en la posición palpebral. La lesión que no puede suturarse, cicatriza por segunda intención, aplicando en el postoperatorio inmediato Feracrylum al 3% en gel (Ciruplas gel Brill-Pharma. Barcelona). Este biopolímero es hemostático y además, tiene propiedades antisépticas y cicatrizantes. La pauta de tratamiento fue la aplicación una vez al día. Se revisaron los pacientes a la semana y a los 15 días. El periodo de tratamiento fue variable según la profundidad y extensión de la lesión. Hubo dos pacientes que por la extensión de la lesión tuvieron que tratarse 1 mes.

Conclusión: La resolución de los xantelasma inferiores, especialmente en pacientes jóvenes, implica una dificultad en su resolución quirúrgica por el riesgo de recurrencias frecuentes de la zona y los posibles efectos secundarios antiestéticos. Por ello se intentan otros modos de tratamiento de las lesiones: peelings de ácido tricloroacético, láser CO2 o erbio: YAG, tratamientos que pueden no estar al alcance de la oftalmología general. Este método es sencillo de realizar, con buen resultado estético en pacientes jóvenes.

CC27

ENFERMEDAD RELACIONADA CON IG G4: PSEUDOTUMOR ORBITARIO

Marta RODRÍGUEZ PIÑERO, Javier Alejandro SALINAS LÓPEZ, Nerick Enedina MONTS CAMBERO

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 fue reconocida como patología sistémica en el año 2003.

De causa desconocida, se caracteriza por infiltración de tejidos por células plasmáticas y fibrosis inflamatoria con o sin, elevación de IgG4 sérica (30% de pacientes presentan niveles séricos normales).

Más frecuente en varones mayores de 50 años, se considera «el nuevo simulador» por poderse confundir las tumoraciones con otras etiologías. Puede afectar a páncreas, ganglios linfáticos, vía biliar, riñón, aorta, retroperitoneo, mama, pulmón, glándulas salivales, tiroides y tejido cervical. Recientemente se incluyó en la descripción la afectación de órbita, músculos extraoculares, vía lagrimal, nervio óptico y esclera. No existen criterios universales para el diagnóstico por lo que se basa en la clínica, serología, histopatología e inmunohistoquímica. El tratamiento no está establecido, siendo clave de momento los corticoides con los que se observa mejoría clínica y reducción de las lesiones. Los pacientes resistentes requieren inmunosupresores como azatioprina y micofenolato.

Caso clínico: Varón de 71 años diagnosticado en 2013 de enfermedad relacionada con IgG4. Ha sufrido daño en múltiples órganos y, centrándonos en la patología oftalmológica, presenta exoftalmos bilateral causado por sendas tumoraciones retro-oculares de crecimiento progresivo que causan efecto masa sobre músculos extraorbitarios y rodean por completo el nervio óptico.

En tratamiento con Prednisona, ácido micofenólico y Rituximab se logran periodos de mejoría pero sin un control total.

Conclusión: La enfermedad relacionada con IgG4 es una patología desconocida en la que se deben realizar estudios para establecer un diagnóstico y tratamiento universal.

Hay que tenerla presente ante un caso compatible y, al afectar a múltiples órganos, sólo un enfoque multidisciplinar, con un trabajo en equipo puede lograr un buen control del paciente.

CC28

ASPIRACIÓN CON AGUJA EN UN ENFISEMA ORBITO PALPEBRAL Y SUBCONJUNTIVAL CON QUERATITIS DE EXPOSICIÓN

Luis Pedro Emmanuelle de LEÓN MONZÓN, Nelson Arturo RODRÍGUEZ MARCO, Susana SOLANAS ÁLAVA, María Pilar BAMBÓ RUBIO

Introducción: El enfisema orbitario es una entidad benigna que a menudo resulta de una fractura de los huesos orbitarios. La mayor parte de los casos el aire es absorbido en pocos días, pero la queratitis, ulcera corneal, vascularización comprometida o la imposibilidad de cerrar los párpados justifica un tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 44 años, que es golpeado en región periorbitaria izquierda. Posterior nota dolor ocular y edematización progresiva del párpado. La agudeza visual en ambos ojos era de 1. Al examen mostraba un hematoma palpebral izquierdo y enfisema con crepitantes. Los movimientos extraoculares eran normales no proptosis y no defecto pupilar aferente. La biomicroscopía mostraba un gran enfisema subconjuntival con 360 grados de quemosis y burbujas de aire. La PIO era de 18 y fondo de ojo normal. Se sospechó una fractura orbitaria con enfisema concomitante. La tomografía de orbita demostró una fractura conminuta de la pared medial de la órbita sin atrapamiento muscular y aire en área subconjuntival y retrobulbar. Fue dado de alta con antibiótico y corticoides orales así como lubricantes y antibióticos tópicos. Tras 48 horas las burbujas de aire subconjuntivales y los crepitantes permanecían y el paciente era incapaz de cerrar los párpados. Debido a esto, desarrollo una queratopatía punteada superficial. Tras aplicación de anestesia tópica se aspiró el aire con una aguja de 24 G. El enfisema subconjuntival y la queratopatía se resolvieron dentro de 24 horas siguientes. El enfisema órbita palpebral había desaparecido a las tres semanas.

Conclusión: Hay pocos casos que describen un gran paso de aire dentro el espacio subconjuntival que causa quemosis y queratitis de exposición secundaria. En ausencia de evidencia mediante tomografía de atrapamiento muscular o síndrome compartimental orbitario, no hay indicación de reparación quirúrgica. Tras la aspiración mediante aguja la recuperación del paciente es buena con manejo conservador.

CC29

ESCLEROTERAPIA INTRALESIONAL DE LINFANGIOMA ORBITARIO

Laura PORRÚA TUBÍO, Marco SALES SANZ, José Carlos MÉNDEZ CENDÓN, Eduardo FANDIÑO BENITO

Introducción: Los linfangiomas son un tipo de malformación linfática relativamente frecuente en cabeza y cuello. Se trata de lesiones benignas, frecuentemente diagnosticadas en la infancia que, cuando asientan en la órbita presentan como principales complicaciones la hemorragia intralesional, disminución de agudeza visual o celulitis orbitaria. El tratamiento de los mismos se considera cuando provoca clínica por efecto masa o proptosis, y supone un reto debido a su alta complejidad.

Caso clínico: Mujer de 40 años remitida por tumor orbitario derecho con RNM compatible con linfangioma. A la exploración presentaba diplopia, agudeza visual de 0.8 OD y 1 OI con una exoftalmometría de 18 mm OD y 15 mm OI. La motilidad ocular intrínseca se encontraba preservada, con una leve limitación a la supraducción de OD. El segmento anterior, la presión intraocular y el fondo de ojo se encontraban dentro de la normalidad.

Se plantea escleroterapia del tumor mediante la inyección de bleomicina intralesional, para lo cual se realiza orbitotomía anterior por abordaje transconjuntival inferior para una correcta exposición de la lesión. Se envía una muestra de la misma a anatomía patológica y se rellena el quiste con 3ml de bleomicina (5UI), con aspiración continuada para reducir al mínimo el riesgo de extravasación.

Se comprueba en TC intraoperatoria tanto el relleno de la lesión como la ausencia de extravasación. Durante el seguimiento se comprueba mejoría de la clínica y esclerosis de la lesión.

Conclusión: El tratamiento de las malformaciones linfáticas orbitarias es complejo debido a los riesgos intrínsecos de las mismas y las posibles complicaciones por daño de estructuras vecinas. Por ello no se plantea la intervención habitualmente hasta que los pacientes presentan clínica manifiesta. El tratamiento mediante escleroterapia comienza a estar bien establecido y presenta resultados prometedores en términos de reducción del tamaño de la lesión y mejoría de la clínica.

CC30

EMBOLIZACIÓN DE VARIZ ORBITARIA CON ONYX PREVIA A CIRUGÍA DE EXTIRPACIÓN DE LA LESIÓN. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Marta GÓMEZ MARISCAL, Marco SALES SANZ, Encarnación MATEOS SÁNCHEZ, José Carlos MÉNDEZ CENDÓN

Introducción: las varices orbitarias localizadas en la órbita posterior suponen un desafío quirúrgico por el difícil acceso y sus márgenes pobres. Se han descrito casos de embolización transcatóter con coils y mediante inyección percutánea de agentes esclerosantes. Presentamos dos casos de variz orbitaria tratados con copolímero de alcohol vinílico y etileno (Onyx).

Caso clínico: el primer caso es un varón de 39 años diagnosticado de malformación vascular congénita en párpado inferior derecho. La tomografía computerizada (TC) y la angiografía cerebral mostraron extensión de la lesión hacia el espacio extraconal y fisura orbitaria inferior. No se evidenció proptosis o disminución de la agudeza visual. Se decidió extirpación de la variz por el aumento de tamaño y las molestias, exacerbadas con maniobras de Valsalva. Se realizó flebografía anterior para embolización con Onyx y posterior extirpación por vía orbitotomía anterior transconjuntival con técnica swinging eyelid. La TC de control evidenció restos de variz posterior. El paciente permanece asintomático tras 1 año de la intervención. El segundo caso se trata de una mujer de 65 años con quejas de dolor retroocular con los cambios posturales de 10 años de evolución y proptosis progresiva en ojo izquierdo. La exploración mostró una masa en fondo de saco inferior de color violáceo y consistencia blanda, que aumentaba con maniobras de Valsalva, y una exoftalmometría de 22 y 24 milímetros en ojo derecho e izquierdo, respectivamente. La TC objetivó dos varices orbitarias, una de ellas intraconal. Se decidió embolización percutánea con Onyx de la misma y resección mediante orbitotomía anterior perilímbica. Los síntomas se resolvieron, quedando una diplopía residual tratada con inyección de toxina botulínica y prisma.

Conclusión: la técnica de embolización con Onyx de varices orbitarias sintomáticas previa a la cirugía de resección es eficaz para lograr la extirpación de la lesión y la resolución de los síntomas.

CC31

FASCITIS NECROTIZANTE ORBITARIA POR STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS: UN LOBO CON PIEL DE CORDERO

Daniela ORTIZ VAQUERIZAS, Tirso ALONSO ALONSO

Introducción: El *Staphylococcus lugdunensis* es un agente raro en las celulitis orbitarias, pero causa infecciones supuradas muy agresivas de evolución fulminante. Afecta sobre todo a pacientes inmunodeprimidos y diabéticos, y penetra por pequeñas heridas en la piel. Pese a su virulencia, suele ser sensible a varios antibióticos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 71 años en tratamiento con metotrexato por artritis que presenta cuadro rápidamente progresivo de fascitis necrotizante orbitaria izquierda con agudeza visual (AV) de 0/6/movimiento de manos, defecto pupilar aferente relativo (DPAR), tumefacción ulcerada de piel bipalpebral con eritema indurado de mejilla izquierda, y retropulsión afectada, en menos de 24 horas. El segmento anterior y retina no presentan alteraciones. Se encuentra normotenso y con temperatura corporal de 36.4 °C, aunque en analítica presenta leucocitosis de 26.500 unidades. En TAC no presenta colecciones retroculares ni foco otorrinolaringológico, celulitis orbitaria e infiltración de músculo recto inferior.

Se ingresa y pauta linezolid 600mg cada 12 horas, piperaciclina-tazobactam 4gr cada 6 horas y analgesia. A las 48 horas del inicio del cuadro presenta AV de 0/6/percepción luminosa, leve tumefacción en párpado inferior derecho y extensión de la inflamación indurada hacia cuello, por lo que se decide desbridamiento quirúrgico urgente de órbita izquierda con colocación de drenaje de Penrose y toma de muestras para cultivo, que resulta positivo para *Staphylococcus lugdunensis*.

En controles posteriores presenta buen estado general, mejoría lenta del cuadro facial y estabilización de AV en 0/6/no percepción luminosa.

Conclusión: Ante una celulitis orbitaria supurativa de evolución rápida y refractaria, pese a no objetivar hallazgos sugestivos de colección retrocular, se debe valorar el drenaje orbitario, tanto para mejorar el pronóstico del paciente como para tomar muestras para cultivo.

CC32

CRECIMIENTO EPITELIAL TRAS SMILE

Luis NOVA FERNÁNDEZ-YÁÑEZ, Alvaro RODRÍGUEZ RATÓN, Iñaki BASTERRA BARRENETXEA, Javier ORBEGOZO GARATE

Introducción: El crecimiento epitelial es una complicación infrecuente descrita tras cirugía de extracción de lenticulo por mínima incisión (SMILE). Puede ser leve y asintomático o grave y conllevar pérdida de visión. En caso de progresión y riesgo de afectación visual debe ser tratada.

Casos clínicos: Se presentan tres casos de crecimiento epitelial tras SMILE. El diagnóstico se realizó 3, 20 y 60 días después de la intervención respectivamente. Dos crecimientos epiteliales aparecieron tras una queratitis difusa camelar (DLK) previa, necesitando tratamiento oral con prednisona, mientras que el otro crecimiento epitelial se asoció a una manipulación quirúrgica de la incisión debido al inicio de la curva de aprendizaje de la técnica quirúrgica. De los tres pacientes, uno de ellos solo necesitó observación dado que el crecimiento epitelial no evolucionó ni causó problemas de visión. Sin embargo, en dos de los pacientes el crecimiento epitelial progresó, por lo que fueron tratados con nd:YAG 4 meses y 7 meses después de la cirugía de SMILE. La potencia utilizada fue de 0.1 a 1.8 mJ y el número de impactos fue entre 30 y 150, asociando tratamiento con prednisolona tópica 3 veces al día en pauta descendente. Un paciente necesitó repetir el tratamiento con nd:YAG un mes después. En todos los casos se asoció una elevación topográfica anterior, que se resolvió tras el tratamiento con nd:YAG. En los dos pacientes tras el tratamiento el crecimiento epitelial desapareció dejando un leucoma residual sin afectación a la agudeza visual.

Conclusión: Nd:Yag es un tratamiento eficaz, accesible y rápido tras un crecimiento epitelial tras la realización de SMILE, y puede evitar tratamiento quirúrgicos más agresivos.

El crecimiento epitelial está asociado a procesos inflamatorios como DLK que favorecen el crecimiento epitelial.

La curva de aprendizaje ocasiona al inicio mayor traumatismo en la incisión que puede provocar la migración de las células epiteliales.

CC33

SORPRESA REFRACTIVA HIPERMTRÓPICA EN EL POSTOPERATORIO INCIPIENTE DE CIRUGÍA DE CRISTALINO TRANSPARENTE

José Joaquín LADINÑÁN PEREIRA, Francisco Javier ALCANTUD JIMÉNEZ, Andrea LLOVET RAUSELL, Fernando LLOVET OSUNA

Introducción: El logro de la emetrópía tras la cirugía de cataratas sigue siendo el más exigente objetivo por parte de cirujano y paciente, estableciéndose como fin en el 80% de los individuos y siendo únicamente alcanzado en alrededor del 50% de ellos.

Caso clínico: Paciente hipermetrope de 52 años que desea prescindir del uso de gafas.

Se realiza una cirugía de cristalino transparente implantándose una lente multifocal difractiva de plato (Zeiss 839) en busca de la emetrópía y en el paso de la primera semana postoperatoria se produce un importante cambio hipermetrope en la refracción de ambos ojos (AO) de +2.5 dioptrías esféricas. Descartándose el síndrome de Irvine-Gass con una tomografía de coherencia óptica (OCT) totalmente normal, se observa una libiana capsulofimosis y se procede a la realización de una biometría de contacto que muestra un desplazamiento posterior de la lente de más de 1.5 mm con respecto al desplazamiento esperable.

Se realizan varias descargas en la capsula anterior y durante un mes se realizan sucesivas visitas comprobándose en cada una de ellas un adelantamiento de la lente hasta conseguir llegar al punto esperado y finalmente alcanzarse la emetrópía.

Conclusión: Presentamos este caso para descartar la importancia del desplazamiento esperado de la lente intraocular como forma para no lograr la emetrópía y las causas (y sus soluciones) que pueden provocarlo.

CC34

LEVANTAMIENTO TRAUMÁTICO DE LENTÍCULO DE LASIK 19 AÑOS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

Laura ESCUDERO BODENLLE, Ramón TARRAGÓ PÉREZ, Joana PERELLÓ BARCELÓ, Ana CARDONA MONJO

Introducción: Se presenta un caso de reposicionamiento de lentículo de Lasik tras desplazamiento traumático del mismo, 19 años después de la cirugía.

Caso clínico: Mujer de 38 años que acude a urgencias por traumatismo en ojo derecho (OD) con un trozo de plástico. Refiere sensación de cuerpo extraño y visión borrosa. Presenta una agudeza visual (AV) de cuenta dedos a 50 cm. A la biomicroscopía de polo anterior (BPA) se observa: lentículo corneal levantado y plegado sobre sí mismo con abundante secreción a nivel del área descubierta, sin reacción inflamatoria en cámara anterior. Ese mismo día se despliega y recoloca el lentículo en quirófano, previo lavado de la interfase con solución salina balanceada (BSS) y se coloca lente de contacto terapéutica.

A las 48 horas, la paciente presentaba una AV de 0,1; BPA: lentículo bien posicionado y signos de queratitis lamelar difusa (dlk) grado III. Se realiza OCT de segmento anterior tipo Galilei que muestra un grosor del flap de 357 micras y una banda hiperrefringente en la interfase. Se entra nuevamente a quirófano realizándose: limpieza de la interfase con agua para inyección filtrada y cefuroxima, retirada de restos de células inflamatorias y detritus, recolocación y aplanamiento del lentículo. Debido al gran grosor de éste, se fija con 6 puntos sueltos de nylon 10/0 y se coloca nueva lente de contacto. Se pauta tratamiento con colirios ciclopléjico, tobradex y vigamox cada 8 horas.

A las 3 semanas, se retira la sutura; el lentículo está bien posicionado sin signos de epitelización ni dlk con disminución de su grosor a 203 micras así como el área de hiperrefringencia bajo el mismo. Al mes, la paciente presenta una AV no corregida de 0,7

Conclusión: Se trata del caso más antiguo publicado de levantamiento traumático de lentículo.

El tratamiento precoz es de vital importancia para conseguir mantener la AV previa al traumatismo y evitar complicaciones como epitelización de la interfase, dlk o necrosis del estroma.

CC35

RETRATAMIENTOS EN CIRUGÍAS REFRACTIVAS ANTIGUAS CON PRK Y MITOMICINA-C: ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD

Cristina FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO, Ignacio ALMORÍN FERNÁNDEZ-VIGO, José FERNÁNDEZ-VIGO LÓPEZ, Inés SÁNCHEZ GUILLÉN

Introducción: Los retratamientos de recidivas tras cirugía refractiva pueden ser necesarios en el postoperatorio inmediato o en el tardío. En el LASIK tardío, el levantamiento del flap puede ser dificultoso y existe mayor probabilidad de crecimiento intraepitelial y realizar un nuevo colgajo puede dar lugar a complicaciones con el primero. En estos casos, un opción novedosa es realizar el retratamiento con la técnica PRK y aplicando Mitomicina-C (MM-C) que disminuye la aparición de haze.

Técnica quirúrgica: 1º tiempo quirúrgico: PTK seguida de PRK. 2º tiempo: aplicación de MM-C al 0,02% mediante hemosteta impregnada sobre el lecho corneal entre 30-60 segundos según la ablación. Después se lava la superficie con 15-20 cm³ de solución salina balanceada fría y se finaliza la cirugía con la adaptación una lente de contacto terapéutica.

Presentamos 24 ojos (13 pacientes) intervenidos previamente de cirugía refractiva LASIK.

Edad media: 33,58±12,45 años. Agudeza visual (AV) media pre-retratamiento con corrección: 0,96±0,08 y la presión intraocular (PIO): 14,11±3,25 mmHg. Esfera media pre-retratamiento miope: -0,73±0,38 Dioptrías (D) y el cilindro: -0,62±0,05 D. Esfera media pre-retratamiento hipermetrope: 1,06±0,54 Dioptrías (D) y el cilindro: -1,12±0,37 D.

La esfera media postoperatoria es de -0,10±0,3 D y el cilindro medio -0,32±0,4 D. La A.V. media sin corrección: 0,88±0,11 y con corrección: 0,95±0,06. La PIO: 14,57±3,22 mmHg.

El tiempo medio entre la primera cirugía y el retratamiento es de 10 años (rango: 5- 15 años)

El índice de eficacia es de 0,91±0,10 y el índice de seguridad es de 0,98±0,04 con esta técnica.

Conclusión: El retratamiento con PRK y MM-C es una alternativa segura y eficaz para corregir recidivas del defecto refractivo años después de la primera cirugía.

CC36

DISPOSITIVO QUITAMIEDOS PARA HÁPTICA INTRAESCLERAL (STRESSLESS GLUED IOL)

Hugrún HALLSTEINSDÓTTIR, Marta PINILLA RIVAS, Antonio ADÁN RUIZ, Antonio PALOMINO MUÑOZ

Introducción: La implantación de lentes intraoculares (LIO) sin soporte capsular podemos lograrla con una fijación de LIO transescleral. Para tal caso existen diferentes procedimientos: fijación con sutura transescleral, técnica de LIO pegada, LIO cámara anterior (rígidas, requieren incisión corneal grande) o LIO tipo ARTISAN (rígidas, incisión corneal grande)

Técnica quirúrgica: Presentamos el caso de una perforación corneal traumática con pérdida de hemiiris superior que requirió sutura quirúrgica de urgencia. Más tarde desarrolló catarata y luxación del cristalino a cámara vítrea. Al paciente se le practicó Vitrectomía Posterior 23G e implante de LIO, con lente pegada, ayudado de un dispositivo quitamiedos para su realización sin estrés.

Realizamos la técnica de lente pegada descrita por Agrawal (2007), con fijación de hápticas de LIO de tres piezas en bolsillos esclerales. Para la realización de ésta técnica se diseñó previamente un dispositivo de acero inoxidable que se fijó a los hápticos de la lente, encontrándose éste a su vez unido a una sutura, con el fin de poder manipular la LIO en cámara posterior con seguridad y sin riesgo de caer a vítreo. Las dimensiones del dispositivo: 1.5mm de longitud, diámetro externo: 0,650mm, diámetro interno: 0.430 mm. Pinzas: 25G Max Grip (Alcon). El resultado final es el de LIO de cámara posterior bien fijada y con buen centrado.

Conclusión: La LIO implantada con éste dispositivo ofrece una fijación segura y sin estrés, minimizando la posibilidad de luxación de LIO a vítreo, así como la deformidad, rotura o deslizamiento de los hápticos. La facilidad quirúrgica también debe dictar la elección de fijación de LIO. Estudios posteriores son necesarios.

CC37

COMPLICACIÓN DURANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN IRIS ARTIFICIAL

Elisabet RICO SANTOS, Ezequiel CAMPOS MOLLO, M.^a Dolores LLEDÓ RIQUELME, Rubén CABRERA BEYROUTI

Introducción: El traumatismo contuso grave del globo ocular puede producir lesiones estructurales importantes en el estroma iridiano. Cuando los defectos son extensos, la sintomatología asociada puede resultar muy invalidante. La implantación de una prótesis iridiana puede ser una buena opción de tratamiento, consiguiendo buenos resultados estéticos y disminución de la fotofobia.

Caso clínico: Mujer de 72 años, operada de cataratas, que desarrolló una aniridia completa postraumática con lente intraocular (LIO) estable, que producía intensa fotofobia y alteraciones psicosociales. Se decidió intervenir quirúrgicamente implantando un iris artificial diafragmático flexible en surco ciliar. La prótesis se introdujo en cámara anterior (CA) plegada en el cartucho de un inyector a través de una incisión de 4,1 mm. Durante esta maniobra, se produjo la desinserción del saco capsular y un desplazamiento de la LIO, por lo que fue necesario replantear la cirugía.

La prótesis se mantuvo plegada en CA y se procedió a realizar la fijación escleral ab externo de uno de los hápticos de la LIO con una aguja de 27G y sutura de prolipopileno doblemente armada con agujas rectas. Para ello fue necesario realizar una incisión escleral papalela a limbo. Una vez suturada la LIO, se desplegó la prótesis en el surco ciliar quedando el área pupilar centrada.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria y nueve meses después la paciente mantiene una agudeza visual de 0,7 y no presenta fotofobia. La prótesis sigue bien posicionada, la LIO centrada y el resultado estético es realmente bueno, mejorando el estado anímico de la paciente.

Conclusión: La implantación de una prótesis de iris es una técnica que permite la reconstrucción de defectos importantes en el estroma iridiano, reduce el deslumbramiento y la sensibilidad al contraste. Además, permite conseguir buenos resultados estéticos, pero a pesar de ello, no es una técnica quirúrgica exenta de complicaciones.

CC38

PUPILOPLASTIA MEDIANTE SUTURA DE SIEPSER Y ESFINTEROTOMÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFAN

Belén SÁNCHEZ CAÑAL, Javier BELMONTE MARTÍN, María Caridad MARTÍNEZ HERGUETA

Introducción: El iris es un tejido esencial en el desarrollo de la función visual. La ausencia total o parcial del mismo puede producir una disminución de la agudeza visual (AV), visión de halos y reflejos y fotofobia o incluso diplopia. Dependiendo de la cantidad de iris presente en el paciente se pueden hacer diferentes técnicas de reconstrucción quirúrgica que pueden ir desde la reparación directa de defectos pequeños hasta la colocación de prótesis iridianas.

Caso clínico: Varón de 26 años con diagnóstico de Síndrome de Marfan. Como antecedentes de relevancia nuestro paciente había sido intervenido de una subluxación de cristalino en ambos ojos (AO) e implante de lente intraocular (LIO) en cámara posterior. En el ojo derecho (OD) sufrió una subluxación de la LIO por lo que se realizó vitrectomía vía pars plana y refijación de la LIO a sulcus mediante suturas.

Como secuelas nuestro paciente presentaba una corectopia superonasal en OD. La agudeza visual corregida (AVC) en ese ojo era de 20/40. Debido a las molestias que presentaba nuestro paciente (visión de reflejos) se le realiza una iridoplastia en ojo derecho mediante sutura de Siepser con prolene 10/0 y posterior esfinterotomía para central la pupila. En estos momentos nuestro paciente presenta una pupila más centrada y desaparición de las molestias visuales que inicialmente presentaba consiguiendo una AVC de 20/20.

Conclusión: La sutura de Siepser representa una técnica sencilla para la reparación de defectos simples iridianos por vía externa realizando una mínima incisión. Este tipo de sutura ha supuesto un gran avance en la reparación de este tipo de defectos al evitar tracciones en el iris hacia la incisión así como evitar anudar fuera del ojo y empujar hacia adentro causando mayor traumatismo iridiano. El uso de material de vitreoretina para la realización de cirugía iridiana permiten al cirujano de polo anterior realizar un abordaje más preciso a la hora de reparar defectos en el iris.

CC39

SÍNDROME DE SUSAC, A PROPÓSITO DE UN CASO

Belén GRAGERA SOROA, Simón QUIJADA ANGELI, Sergio VALVERDE ALMOHALLA, Nuria VALDÉS SANZ

Introducción: el síndrome de Susac está compuesto por la tríada clínica: encefalopatía, déficit visual y auditivo. Está causado por una microangiopatía de origen incierto que afecta a las pequeñas arterias de encéfalo, retina y cóclea. Su frecuencia de presentación es muy baja. Afecta principalmente a mujeres jóvenes. Comúnmente su curso es monofásico y autolimitado. El déficit de agudeza visual se produce por la oclusión de ramas tributarias de la arteria retiniana. El déficit auditivo es bilateral y asimétrico, y afecta sobre todo a frecuencias medias y bajas. La RMN es de gran valor para el diagnóstico pudiéndose apreciar múltiples lesiones en sustancia blanca y gris.

Caso clínico: Se presenta un caso clínico de mujer de 35 años de edad que en 2009 debuta con cuadro de oclusiones arteriolares múltiples, recidivantes, y bilaterales aunque asimétricos. Tras el segundo episodio, asocia alteraciones auditivas y acúfenos, con audiometrías normales. Refiere parestesias faciales y en miembros superiores. Presenta escotomas campimétricos en AO. En RMN se evidencian alteraciones puntiformes de la sustancia blanca y pericallosa. Resto de estudios complementarios sin alteraciones. Se concluye como diagnóstico más probable Síndrome de Susac ese mismo año. Desde entonces, con el inicio de brotes se inicia tratamiento corticoideo obteniendo buena respuesta.

Conclusión: El síndrome de Susac es una entidad poco frecuente, de etiología incierta en la que destaca la tríada visual, afectación de la SB cerebral y afectación auditiva; si bien hay formas incompletas descritas. Los tratamientos más empleados son los corticoides, inmunoglobulinas e inmunosupresores, si bien no hay protocolos si no una estrategia empírica multimodal. El manejo ha de ser multidisciplinario y requiere seguimiento ya que cursa de modo episódico y recurrente.

CC40

POLITOXICÓMANO CON ISQUEMIA COROIDEA DE CAUSA COMPRESIVA

Joana PERELLÓ BARCELÓ, Laura ESCUDERO BODENLLE, Ramón TARRAGÓ PÉREZ, Francisco Javier MONTAÑEZ CAMPOS

Introducción: el síndrome compartimental orbitario es una de las pocas patologías oftalmológicas que requieren atención urgente. Un aumento de presión intraorbitaria puede dejar como secuela la pérdida de agudeza visual (AV) permanente por compresión de la vascularización retiniana, coroidea o del nervio óptico si se mantiene durante más de 60 minutos. Presentamos este caso por su infrecuente y particular mecanismo de producción.

Caso clínico: varón de 22 años, politoxicómano, preso, acude a Urgencias por edema de ambos párpados y amaurosis en Ojo izquierdo (OI) desde que se despertó tras haber consumido drogas la noche anterior. Refería haberse dormido sobre una mesa con el OI apoyado sobre su propio puño. Exploración OI: AV: no percepción de luz, defecto pupilar aferente relativo (DPAR), parálisis completa del III par craneal y en el fondo de ojo destaca papila pálida. En el TAC: miositis de los 4 rectos del OI sin observarse lesiones ocupantes de espacio orbitarias ni patología intracraneal aguda. En la angiografía fluoresceínica (AFG) se observa isquemia coroidea por compromiso vascular en arterias ciliares posteriores. No se pudieron realizar los potenciales evocados (PEV) por falta de fijación del OI. A pesar de que se instauró el tratamiento de forma precoz a su llegada (metilprednisolona endovenosa), no mejoró la AV en OI. Un factor contribuyente pudo ser el retraso en la derivación hospitalaria (pasaron 12 h desde los primeros síntomas). Conclusión: dadas las graves consecuencias derivadas de la atención tardía de este caso es importante reducir el tiempo de diagnóstico en la sospecha de síndrome orbitario compartimental para que el tratamiento que realicemos sea efectivo.

CC41

TRAUMATISMOS Y OCT DE SEGMENTO ANTERIOR

Irene PÉREZ-LANDALUCE PÉREZ, Marta URBANO GÓMEZ, Aritz URKOLA CARRERA

Introducción: los traumatismos oculares son la principal causa de pérdida de agudeza visual en pacientes jóvenes, siendo mayoritariamente varones. La anamnesis es fundamental por su implicación pronóstica así como por su impacto médico-legal. En el estudio de estos casos, es fundamental reflejar la agudeza visual junto con la exploración del polo anterior y posterior. La realización de pruebas complementarias, como la OCT de segmento anterior entre otras, puede ofrecer información adicional que condicione nuestra actitud terapéutica.

Casos clínicos: presentamos seis casos de traumatismos penetrantes recogidos en nuestro hospital entre los años 2014 y 2015, registrados mediante fotos y OCT de segmento anterior. Caso 1: traumatismo doméstico con un cristal. Cámara estrecha, rotura capsular anterior y contenido cristaliniano en cámara anterior. Caso 2: accidente doméstico lijando una bicicleta. Herida corneal penetrante autosellada. Caso 3: accidente con la punta de un compás. Herida penetrante autosellada en zona epitelial con disrupción endotelial. Caso 4: traumatismo con una porra de policía. Catarata subcapsular anterior estrellada e iridodiálisis nasal. Caso 5: traumatismo ocular antiguo. Quistes de iris postraumáticos. Caso 6: traumatismo con una viruta. Catarata subcapsular anterior.

Conclusión: los traumatismos oculares penetrantes son la principal causa de ceguera unilateral en pacientes jóvenes. Este trabajo evidencia que, aunque no sustituye a la anamnesis detallada y a la realización de otras pruebas de imagen complementarias, la OCT-SA es una herramienta útil, sencilla y no invasiva, que permite una actuación individualizada.

CC42

RESOLUCIÓN DE METÁSTASIS VÍTREAS MELANÓMICAS TRAS TRATAMIENTO CON DABRAFENIB

Jose Gabriel VARGAS KELSH, Álex FONOLLOSA CALDUCH, Joseba Iñaki ARTARAZ BEOBIDE, Ana Raquel SILVA RIBEIRO

Introducción: Tratamientos inhibidores del BRAF se han convertido en una esperanza para el melanoma cutáneo metastásico, ya que tanto el dabrafenib como otras moléculas similares han demostrado incrementar la supervivencia.

Algunos de los efectos oculares adversos conocidos son uveítis anteriores moderadas o severas, pero se podrían tratar adecuadamente con corticosteroides tópicos.

Caso clínico: Hombre de 58 años que consultó por visión borrosa bilateral de 4 semanas de evolución. Un año atrás fue operado de un melanoma cutáneo en estadio avanzado, por lo que en la consulta oftalmológica inicial estaba en tratamiento con interferón α -2b. Su AVL era de 20/30 en el OD y 20/50 en OI. La exploración revelaba algunas células en cámara anterior con una PIO de 14mmHg en AO. Fundoscópicamente se observaban opacidades vítreas densas no pigmentadas sin inflamación coriorretiniana. Mediante una vitrectomía diagnóstica en el OI y posterior a tinciones inmunohistoquímicas, se observaron células HDM-45 positivas para melanocitos estableciéndose el diagnóstico de metástasis intraoculares de melanoma vítreo. Tras este diagnóstico se instaura tratamiento con dabrafenib. Después de 4 semanas de tratamiento reconsulta por ojo rojo y visión borrosa derecha, diagnosticándose una severa uveítis anterior no granulomatosa con hipopión. Esta fue atribuida al dabrafenib y resolvió posterior a 6 semanas de corticoide tópico y ciclopléjico. A las 20 semanas del tratamiento con dabrafenib se observa ausencia de opacidades vítreas, no sólo en el ojo vitrectomizado si no también en el ojo adelfo. La AV en ese momento es de 20/20 en AO. Pese a la mejoría ocular el paciente fallece con 8 meses de tratamiento por metástasis hepáticas.

Conclusión: Dabrafenib podría ser una buena y segura alternativa para el tratamiento de estas infrecuentes metástasis, para los casos con mutaciones BRAF V600 positivas.

CC43

SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT EN PACIENTE PEDIÁTRICO: UN RETO DIAGNÓSTICO

Carlos Enrique CHAU RAMOS, Julia Andrea FAJARDO SÁNCHEZ, Víctor Valentín TORREALVA QUISPE, Javier TEJADA ARCE

Introducción: Síndrome de Tolosa-Hunt (STH) es una patología de etiología idiopática, cuya patogenia es la infiltración granulomatosa del seno cavernoso (SC). Se encuentra dentro de los diagnósticos diferenciales de la oftalmoplejía dolorosa (OPD). Esta abarca lesiones tanto a nivel de la fosa craneal anterior y/o posterior. La anamnesis, analítica y neuroimágenes nos ayudan a descartar patologías más frecuentes. Presentamos este caso por ser una patología de incidencia baja y por existir pocos casos publicados en edad pediátrica y/o cuya etiopatogenia sea un traumatismo.

Caso clínico: Varón de 7 años, refiere dolor frontal y periorbitario y ptosis de ojo derecho (OD) de 2 días de evolución. Refiere reciente traumatismo periorbitario derecho por caída accidental sobre el suelo. Sin antecedentes de importancia. Exploración: Escoriaciones en parpado medial inferior OD, midriasis parálitica, parestesia de rama V1, agudeza visual mejor corregida 1.0 ambos ojos (AO), exotropía derecha, limitación de la motilidad en 9 posiciones de la mirada OD. Biomicroscopia: Queratitis punteada, resto de polo anterior y posterior normal. Analítica: Aumento VSG y PCR, resto normal. RMN engrosamiento del SC con hipointensidad en la secuencia T2. Se decide iniciar tratamiento con Prednisona 1mg/kg/día. A las 48h disminuyen el dolor y diplopía. Con resolución completa de la motilidad ocular y RMN tras 2 meses.

Conclusión: El OPD es un cuadro clínico que incluye un abanico de diagnósticos. De causas: neoplásicas, vasculares, inflamatorias, infecciosas. Nuestro caso cumple criterios diagnósticos para una de ellas: STH. Oftalmoplejía unilateral dolorosa, compromiso oculomotor (III, IV, VI nervio craneal), rama V1, inflamación granulomatosa lateral del SC por RMN y respuesta eficiente al tratamiento corticoideo en las primeras 72h. Aunque los criterios diagnósticos fueron hechos sobre población adulta, éstos también pueden ajustarse a la edad pediátrica.

CC44

FADENOPERACIÓN DEL OBLICUO INFERIOR: UNA NUEVA TÉCNICA DEBILITADORA

Gonzalo GARCÍA DE OTEYZA DELBÈS, Juan GARCÍA DE OTEYZA FERNÁNDEZ-CID

Introducción: La hiperacción del oblicuo inferior es una condición que se puede encontrar en múltiples cuadros estrabológicos como en la parálisis del oblicuo superior, en el síndrome de elevación en aducción o en el patrón en V. La translación de la inserción (anteroposición, retroinserción) han sido hasta ahora el gold standard para tratarla. La principal complicación de estas técnicas es el síndrome de antielevación.

Técnica quirúrgica: La fadenoperación del oblicuo inferior consiste en el anclaje de todo el vientre muscular a la esclera a 8 milímetros de la inserción del recto inferior. Esta técnica actúa como una retroinserción-resección dejando el músculo en posición retroecuatorial. De esta manera se impide la aparición del síndrome de antielevación.

Conclusión: La fadenoperación del oblicuo inferior es una técnica efectiva, reversible y segura para el tratamiento de la hiperacción del músculo oblicuo inferior.

CC45

TROMBOSIS VENOSA CENTRAL RETINIANA PEDIÁTRICA: UN CASO CON POLIMORFISMO 46 C/T DEL GEN F12 DE LA COAGULACIÓN

Amparo GARGALLO BENEDICTO, Marta CERDÁ IBÁÑEZ, José Miguel HERVÁS HERRANDIS, Inmaculada ALMOR PALACIOS

Introducción: la presentación de trombosis venosas retinianas (TVR) en la edad pediátrica es excepcional. Generalmente se asocian a traumatismos cefálicos, síndromes de hiperviscosidad, coagulopatías o procesos inflamatorios como vasculitis y más raramente a patología compresiva.

Caso clínico: Niño de 8 años, sin antecedentes patológicos de interés que consulta por pérdida brusca y progresiva de agudeza visual (AV) en ojo izquierdo (OI) de 24 horas de evolución sin otra sintomatología. La exploración oftalmológica reveló AV de 1 en OD y 0.1 en OI, discreto DPAR izquierdo, polo anterior normal y en la fundoscopia del OI papila congestiva e hiperémica, tortuosidad venosa y hemorragias peripapilares, con sospecha diagnóstica inicial de neuritis óptica anterior (papilitis). En OD la exploración fue anodina. No se hallaron antecedentes traumáticos, sistémicos u oftalmológicos personales ni familiares en la anamnesis dirigida. La Resonancia Magnética cerebral resultó normal. Por la presentación atípica del cuadro (unilateral, edema macular (EM) asociado y hemorragias) se sospechó etiología trombótica, realizándose angiografía fluoresceínica, que confirmó TVR central no isquémica con EM. En el estudio sistémico resultó portador en heterocigosis del polimorfismo 46 C/T del gen F12 de la coagulación como único hallazgo y se inició terapia anticoagulante con heparina. Evolucionó favorablemente con disminución del EM en la OCT. Tras 8 meses presenta resolución completa de las lesiones y AV de 1.

Conclusión: el diagnóstico diferencial de las papilitis atípicas en la edad pediátrica incluye la TVR, en cuyo caso es primordial descartar enfermedades subyacentes, principalmente alteraciones de la coagulación. El polimorfismo 46C/T del gen F12 se ha relacionado con enfermedad tromboembólica venosa, sin embargo hasta la fecha no existen casos asociados de TVR publicados en la literatura.

CC46

PROPTOSIS Y EDEMA PALPEBRAL BILATERAL COMO MANIFESTACIÓN PRIMARIA DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Juan Manuel RIVAS REYNOSO, José Manuel GRANADOS CENTENO, Mercedes MÉNDEZ LLATAS, Paula María POZO MARTOS

Introducción: Las leucemias son las neoplasias malignas más frecuentes de la niñez. La leucemia es una enfermedad maligna y progresiva del sistema hemopoyético caracterizada por proliferación incontrolable de un tipo de leucocito. En niños, 95% de las leucemias son agudas y tienen mejor pronóstico que en adultos. La afectación del fondo de ojo es la manifestación oftalmológica más frecuente. La infiltración leucémica es más característica de la leucemia mieloide aguda. En el caso de la órbita, se ha descrito hasta 11% de proptosis unilateral en niños que tienen alguna forma de leucemia aguda. El sarcoma granulocítico (cloroma) es una variante de la leucemia mieloide y clásicamente involucra la órbita. La alteración orbitaria bilateral no es lo común y tiene peor pronóstico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 3 años y 10 meses de edad con edema palpebral bilateral de 2 semanas de evolución con posterior exoftalmos bilateral de 7 días, iniciando del lado derecho seguido del izquierdo, sin síntomas sistémicos. Exploración: AV(sc) OD 0,16 / OI 0,4. Limitación supravversión, resistencia a la retropulsión, distopia inferior derecha, protosis severa. Papila con leve palidez de límites definidos, retina normal. En TAC de cráneo y órbita presentó dos grandes masas de partes blandas ovoideas, bien definidas extendidas desde el párpado superior hasta la mitad, parte superior y medial de ambas órbitas, vértice respetado; localización extraconal y desplazando anterior, inferior y lateral ambos globos oculares. Además, ocupación parcial de senos frontales e invasión de seno maxilar derecho. Se hospitalizó para quimioterapia según protocolo LMA/SHOP 2007, con curación posterior y siguiendo revisiones pediátricas.

Conclusión: La infiltración orbitaria no es la manifestación oftalmológica habitual de la leucemia. La afectación orbitaria bilateral es muy rara y de peor pronóstico, sin embargo, el paciente ha evolucionado favorablemente y sin recaídas hasta el momento.

CC47

ALTERACIONES OFTALMOLÓGICAS Y ORBITARIAS EN CRANEOSINÓSTOSIS SINDRÓMICA

Mercedes RIVERA ZORI, Diego PUERTAS BORDALLO, Celia MARTÍN VILLAESCUSA, Natalia BLANCO CALVO

Introducción: Las características comunes a los síndromes de craneosinóstosis incluyen la fusión de múltiples suturas de la bóveda y la base del cráneo. También son típicas la sindactilia y braquidactilia, con la excepción del síndrome de Crouzon.

Casos clínicos: Presentamos 15 casos clínicos de craneosinóstosis sindrómica, 7 casos de Síndrome de Crouzon y 8 de otras patologías, realizamos una exploración oftalmológica completa, además de cuantificar en imágenes de TAC la relación entre la protuberancia del globo ocular (exoftalmos/exorbitismo) y la longitud de las paredes medial y lateral de la órbita, y medir la distancia intercigomática y el ángulo interorbitario. El estrabismo en posición primaria fue documentado en el 26.7% de los paciente, 4 pacientes con exotropía y con hipertropía asociada. La emetropía se produjo en el 71.43%, la pérdida visual por ambliopía se produjo en el 28.57% de los pacientes (3 con miopía mayor a 6 dioptrías). La queratitis por exposición se produjo en el 71.43%, pero sin déficit visual gracias al tratamiento. En el fondo de ojo un paciente ya reveló atrofia óptica, otro pseudopapiledema y dos pacientes con papiledema. Encontramos diferencias significativas entre los pacientes y los controles con respecto a los valores medios de todas las variables medidas, el grado de protuberancia ocular se correlaciono con un menor ángulo interorbitario.

Conclusión: La derivación temprana a un Oftalmólogo pediátrico para la detección de las complicaciones oftalmológicas asociadas a las craneosinóstosis sindrómicas debe estar contemplado en todos los pacientes, ya que reduce su discapacidad visual. En las craneosinóstosis sindrómicas, la protuberancia ocular está altamente correlacionado con el ángulo interorbitario. El incremento de dicho ángulo es una consecuencia geométrica natural del hecho de que una disminución en la profundidad de la órbita no se compensa de manera adecuada por un aumento en la distancia del borde lateral orbitario.

CC48

RETINOSQUISIS Y DESPRENDIMIENTO NEUROSENSORIAL PERIPAPILAR ASOCIADO A GLAUCOMA FOCAL AVANZADO

Esther ARRANZ MÁRQUEZ, Elena JARRÍN HERNÁNDEZ, Ana PASTOR, Javier GARCÍA GIL DE BERNABÉ

Introducción: Se describe el caso de un ojo afecto de glaucoma primario de ángulo abierto focal que desarrolló una retinosquisis y desprendimiento neurosensorial peripapilar, en ausencia de malformaciones congénitas del disco.

Caso clínico: Mujer de 71 años de edad diagnosticada de glaucoma primario de ángulo abierto bilateral, de tensión normal, que desarrolló, de forma asintomática, una retinosquisis peripapilar temporal con desprendimiento de retina seroso subyacente limitado al espacio peripapilar en el ojo izquierdo, el que presentaba daño glaucomatoso más avanzado. El desprendimiento neurosensorial era mayor en la porción inferior del nervio óptico coincidiendo con la presencia de una fosea adquirida.

Conclusión: Aunque el desarrollo de una retinosquisis peripapilar, con o sin desprendimiento macular, se asocia típicamente con las foseas congénitas del nervio óptico, también puede desencadenarse a partir de los defectos en la lamina cribosa que desarrollan los ojos glaucomatosos. Dependiendo de la extensión de la retinosquisis, esta complicación puede pasar desapercibida por lo que su prevalencia podría ser mayor en pacientes con glaucoma.

CC49

GLAUCOMA PIGMENTARIO POR ICL EN PACIENTES CON MIOPIA MAGNA

José Enrique MUÑOZ DE ESCALONA ROJAS, Manuel MORIÓN GRANDE, Elvira LÓPEZ ARROQUIA, Esther CASTILLO LÓPEZ

Introducción: Hasta ahora la necesidad de tratamiento crónico antiglaucomatoso se ha considerado una complicación rara de las lentes ICL. En un reciente estudio a 10 años se ha observado que hasta un 13% requieren tratamiento hipotensor crónico. Esto parece estar asociado al aumento de pigmentación del ángulo iridocorneal. Presentamos dos casos intervenidos de ICL hace más de 10 años, en tratamiento hipotensor, glaucoma y dispersión de pigmento.

Casos clínico: Caso 1: Mujer, 40 años. Refracción previa -20.00D. En seguimiento desde 2010. Tratamiento: latanoprost y timolol en ambos ojos (AO). Exploración: AV= 6/10 OD, 4/10 OI. Depósitos de pigmento sobre la lente. Iridotomías permeables. Gonioscopia: grado III y pigmento +4. FO: Papila con muesca inferior en AO. Durante el seguimiento con PIO media de 20 mmHg se observa progresión de defectos arciformes. Tras ajustar tratamientos: trabeculoplastia argón, brinzolamida y cambio de prostaglandinas se obtienen PIOs medias de 17 mmHg pero siguen la progresión. Se propone la extracción de ICL y cristalino con lente monofocal. Un año postcirugía la PIO media ha sido 11 mmHg y ha mejorado la tendencia de progresión del daño.

Caso 2: Mujer, 37 años. Refracción previa -11.00D. En seguimiento desde 2005. Tratamiento: bimatoprost+timolol y dorzolamida. Exploración: AV=6/10 en AO. Con PIO media durante el seguimiento de 14 en OD y 16 en OI. Presenta depósito de pigmento sobre la lente y discreta transiluminación iridiana. Iridotomías permeables. Gonioscopia grado IV y pigmento +4. FO: excavaciones de 8/10 y anillo neuroretiniano pálido. En campo visual presenta un pequeño escalón nasal superior del OD. Sin progresión campimétrica durante 10 años.

Conclusión: La dispersión de pigmento puede causar a medio-largo plazo hipertensión intraocular y glaucoma. La extracción del implante en uno de nuestros casos ha reducido notablemente la presión media y detenido el avance del daño. El control a largo plazo de la PIO en estos pacientes es fundamental.

CC50

TÉCNICA «DRY LAKE» EN AMPOLLAS HIPERTRÓFICAS POST CIRUGÍA DE GLAUCOMA CON MPGS

Aitor FERNÁNDEZ GARCÍA, Concepción ROMERO ROYO, Blanca POYALES VILLAMOR, Francisco POYALES GALÁN

Introducción: La cirugía mínimamente perforante del glaucoma, es una técnica ab interno con la cual se consigue una reducción significativa de la presión intraocular con mínimos riesgos. Las ampollas que se forman en este tipo de intervenciones son muy variables, encontrándonos desde ampollas difusas, localizadas peri implante, y en algunos casos ampollas hipertróficas hiperfiltrantes que simulan quistes de Tenon. Presentamos una técnica quirúrgica, que hemos realizado en 5 pacientes para solventar esta complicación que puede producir considerables molestias de superficie a los pacientes.

Técnica quirúrgica: Se realiza bajo anestesia tópica, introducimos por una paracentesis viscoelástico de alta intensidad peri implante para bloquear el flujo de salida de acuoso. Pinchamos la ampolla a nivel de la hendidura palpebral y la vaciamos. Introducimos por el ojal conjuntival pegamento tisular en la mitad inferior de la ampolla hasta rellenarla completamente. Impedimos con una hemosteta el paso del pegamento tisular a la mitad superior. Lavamos viscoelástico en cámara anterior e introducimos antibiótico intracamerular. Presentamos los 5 casos realizados con fotografías seriadas, vídeos explicativos y OCT Visante CA de la ampolla.

Conclusión: Esta técnica permite de una forma fácil y sencilla resolver esta complicación, que si bien, no produce alteraciones en la presión intra ocular del paciente, si produce muchas molestias de superficie por la alteración mecánica en forma de ectropion que puede ocasionar.

CC51

GLAUCOMA POR UVEITIS HETEROCRÓMICA DE FUCHS (FUS) EN PACIENTE CON SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (CRS)

Olga VILLENA IRIGOYEN, Lucía ECHEVARRÍA LUCAS, M.^a Eloísa MEDIALDEA HURTADO

Introducción: En los últimos años ha ido creciendo la evidencia de la relación patogénica entre la Rubéola con el FUS. El FUS es un síndrome ocular que incluyen la heterocromía del iris, uveítis anterior de bajo grado y cataratas. Se ha propuesto que el FUS puede ocurrir por una infección crónica persistente tras la infección.

Caso clínico: Paciente de 50 años con Síndrome de Rubéola Congénita (CRS), con hipoacusia neurosensorial bilateral, retraso mental y psicomotor y Coriorretinitis en sal y pimienta. Presenta MAVC de 0.1 en ojo derecho (OD) y de 0.2 en ojo izquierdo (OI). En seguimiento por nuestro servicio desde hace 5 años por FUS en su ojo derecho (OD), controlado hasta la fecha con tratamiento médico, pero con crisis hipertensivas. En ellas muestra uveítis de bajo grado con precipitados que-ráticos estrellados, hipoplasia del estroma del iris (hipocrómico), catarata subcapsular y tensiones oculares de 45mmHg. Gonioscopía con sinequias anteriores periféricas en 3 cuadrantes. Los brotes se controlan, pero se ha visto un empeoramiento y progresión de su neuropatía glaucomatosa.

Conclusión: Presentamos una FUS que se desarrolla en una paciente con CRS, cada vez menos frecuente gracias a las campañas de vacunación. La CRS conlleva defectos congénitos como la aparición de catarata, glaucoma congénito, pérdida de audición y retinopatía pigmentaria, fundamentalmente. El glaucoma suele ser refractario a tratamiento médico, siendo la larga evolución un factor predisponente.

CC52

ESCLERECTOMÍA PROFUNDA NO PERFORANTE COMO TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN OCULAR INCONTROLABLE TRÁS OZURDEX

Ane PÉREZ SARRIEGUI, Pilar CASAS DE LLERA, Laura DÍEZ ÁLVAREZ, Francisco José MUÑOZ NEGRETE

Introducción: El implante intravítreo de 0,7 mg de dexametasona de liberación sostenida (Ozurdex®) ha demostrado ser eficaz anatómica y funcionalmente en el tratamiento de patología del segmento posterior y el edema macular. Una complicación comúnmente conocida es la hipertensión ocular (HTO). Aunque la mayoría de los casos responden a tratamiento hipotensor tópico, un porcentaje bajo de pacientes precisa de cirugía filtrante de glaucoma para controlar la presión intraocular (PIO).

Casos clínicos: Presentamos 4 casos de cirugía combinada de catarata y esclerectomía profunda no perforante (FACO-EPNP) en pacientes tratados con Ozurdex e HTO refractaria a tratamiento hipotensor tópico. Revisamos los 363 pacientes tratados con Ozurdex en nuestro centro y observamos que el 1,10% (4/363) precisó cirugía de glaucoma. Los pacientes intervenidos de FACO-EPNP habían recibido una mediana de 3 inyecciones (3-4) de Ozurdex con un intervalo entre inyecciones de 126 días (77-162). Dos de los cuatro pacientes tenían HTO previa al tratamiento con Ozurdex pero sólo uno de ellos estaba en tratamiento hipotensor. La mediana de la PIO previa a la primera inyección de Ozurdex era de 18 mmHg (16-23), ascendiendo a 30mmHg (25-35) en la visita previa a la FACO-EPNP con una mediana de 3 fármacos hipotensores tópicos además de acetazolamida oral en 2 de ellos. La mediana de la PIO en la última visita tras la FACO-EPNP fue de 14 mmHg (10-16) sin tratamiento, con una mediana de seguimiento de 15,5 semanas (4-45). El intervalo entre la última inyección de Ozurdex y la FACO-EPNP fue de 64 días (14-109). Un paciente requirió Goniopunción al mes de la cirugía.

Conclusión: El 1,10% de los pacientes tratados con Ozurdex en nuestro centro han precisado FACO-EPNP para controlar la HTO refractaria a tratamiento tópico. La EPNP parece ser una cirugía eficaz en estos pacientes. Serán necesarios más casos y estudios a largo plazo que confirmen nuestros resultados.

CC53

**ABSCESO CORNEAL SOBRE INCISIÓN PRINCIPAL DE FACOEMULSIFICACIÓN:
PECULIARIDADES DEL PACIENTE INMUNOCOPROMETIDO**

Eduardo del PRADO SANZ, Fernando FAUS GUIJARRO, Miriam IDOIBE CORTA, Juan PINILLA BOROBIA

Introducción: España es líder mundial en donación y trasplante de órganos: más de 4.000 trasplantes/año y con progresión creciente en los últimos años. La introducción de nuevos protocolos de supresión inmunológica en el paciente trasplantado ha supuesto un descenso en la incidencia de rechazo del trasplante, a la par que un incremento en la susceptibilidad a padecer infecciones por gérmenes oportunistas. Las infecciones oculares en pacientes con trasplante de órgano sólido siguen siendo un reto diagnóstico-terapéutico del que depende la visión de estos pacientes; reto al que nos enfrentaremos cada vez con mayor frecuencia debido a que en las últimas décadas el número de pacientes que precisan tratamiento con fármacos inmunosupresores, tanto para la profilaxis del rechazo en los trasplantes como para el tratamiento antineoplásico, ha sufrido un incremento significativo.

Caso clínico: Varón de 48 años que acude a urgencias por dolor súbito en ojo derecho. A la exploración presentaba un cuadro de endoftalmitis: hipopion de 2mm, marcado tyndall con membranas de fibrina en cámara anterior que contactaban con un absceso que englobaba la totalidad del espesor de la antigua incisión de facoemulsificación. Entre sus antecedentes personales destacaban una cirugía refractiva de cristalino transparente 5 años atrás y un trasplante renal en tratamiento con ciclosporina. Dada la virulencia del cuadro y el estado inmunológico del paciente se decidió el ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico sistémico y monitorización del filtrado glomerular. En el raspado corneal se aisló de manera temprana *Pseudomona spp* sensible al tratamiento pautado.

Conclusión: La inmunosupresión puede atenuar los signos y síntomas iniciales de las infecciones oculares, lo que dificulta en gran medida un diagnóstico y tratamiento precoz. Por lo tanto, ante cualquier signo o síntoma de infección ocular en un paciente inmunocomprometido deberemos realizar un estrecho seguimiento oftalmológico.

CC54

CEGUERA TRANSITORIA POR LIDOCAÍNA 1% INTRACAMERULAR EN PACIENTES VITRECTOMIZADOS

Maria Luisa PÉREZ GANCEDO, Rosa María JIMÉNEZ ESCRIBANO, Lucía PAYÁ SERRATOSA

Introducción: La cirugía de catarata y de algunas de sus complicaciones se realiza, hoy en día, bajo anestesia tópica y lidocaína 1 % intracamerular sin presentar habitualmente ningún tipo de toxicidad. No obstante, se han descrito algunos casos de toxicidad retiniana.

Caso clínico: Varón de 29 años operado de desprendimiento de retina en ojo izquierdo en marzo del 2015 con explante escleral y crioterapia, vitrectomizado (vitrectomía, endoláser, gas SF6) en octubre 2015, y reintervenido en noviembre haciendo intercambio líquido – gas y colocando además un cerclaje. Intraquirúrgicamente, se produce un toque cristalino, y postoperatoriamente hipertensión intraocular. Al mes de la cirugía se observa catarata subcapsular posterior, y tres meses después, con la sospecha de rotura de la cápsula posterior, se realiza bajo anestesia tópica facoaspiración con colocación de lente intraocular en sulcus y óptica capturada en la capsulorrexis. Al día siguiente, a la exploración en la lámpara de hendidura, se observa subluxación de la óptica, recolocándose en quirófano bajo lidocaína 1%. Al final de la cirugía, el paciente presenta pérdida total de la visión, pero sin alteraciones reseñables a la exploración.

Conclusión: La lidocaína intracamerular en pacientes con ruptura de la cápsula posterior y vitrectomizados tiene un acceso más directo a la retina y por tanto, mayor riesgo de toxicidad, por lo que debe minimizarse la cantidad utilizada en estos pacientes con el fin de evitar dicha toxicidad en forma de ceguera transitoria.

CC55

SÍNDROME VOGT-KOYANAGI-HARADA: UNA RARA ENFERMEDAD?

Inês Corga MORAIS COUTINHO, Diana SILVA, Maria LISBOA, Manuela BERNARDO

Introducción: Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKHS) es una enfermedad autoinmune, sistémica, inflamatoria que afecta principalmente a los tejidos pigmentados oculares, auditivos, sistemas nerviosos centrales y piel. Los pacientes son generalmente mujeres en la cuarta década de la vida. El pronóstico se correlaciona con el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento y las complicaciones son principalmente oculares.

Caso clínico: Caso clínico de VKHS en un niño caucásico con una presentación clínica atípica en la que los síntomas dermatológicos ocurrieron antes de las manifestaciones oculares.

Conclusión: VKHS es poco frecuente en los niños y puede ser un difícil diagnóstico. Lo es interesante compartir este caso como una oportunidad para expandir nuestro conocimiento del espectro clínico de las enfermedades y reflexionar sobre los criterios diagnósticos actuales.

CC56

MANEJO DUAL DE LA RETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS CON GANCICLOVIR INTRAVÍTREO Y SISTÉMICO

Karina SPIESS, Rafael MONTEJANO MILNER, Armelle SCHLINCKER GIRAUD, Ventura HIDALGO BARRERO

Introducción: La afectación ocular por citomegalovirus (CMV) se caracteriza por una retinitis necrótica segmentaria aguda, característica en inmunodeprimidos. Presentamos un caso de retinitis bilateral por CMV en una paciente trasplantada, tratada con ganciclovir oral e intravítreo (iv).

Caso clínico: Mujer, 50 años con antecedentes de trasplante renal y herpes labial que consulta por visión borrosa bilateral de predominio izquierdo (OI) desde hace 48h. La agudeza visual (AV) era de 0.9 en ambos ojos. En la fundoscopia se observan varios focos de retinitis periféricas (“en queso y tomate”) asociado a vasculitis escarchada, sin vitritis con afectación más severa en OI. Por sospecha de retinitis herpética se inicia tratamiento (tto) empírico con famciclovir oral ajustado. A las 72h se aprecia un empeoramiento en OI con Tyndall anterior, vitritis y extensión de la retinitis. La PCR de humor acuoso y la serología (IgG e IgM) resultaron positivas para CMV. Se instaura tto antiinflamatorio tópico y se cambia a ganciclovir oral asociando inyecciones iv del mismo en OI (0.04mL a 50mg/mL 2 días a la semana, en total 10 dosis). Tras la primera dosis se evidencia una mejoría de la exudación y la angeítis. A las 3 semanas se produjo un desprendimiento retiniano (DR) regmatógeno localizado OI, que requirió fotocoagulación láser. A los 3 meses la AV se encuentra conservada (0.9) y sin signos de actividad, con atrofia de los focos y esclerosis vascular.

Conclusión: El ganciclovir iv es un tto adyuvante eficaz en las retinitis por CMV. Debido a la progresión clínica con tto antiviral oral y para asegurar una dosis terapéutica adecuada intraocular, se decidió un abordaje dual asociando la vía sistémica e iv; siendo la evolución favorable conservando la AV inicial. Es importante el seguimiento estrecho en estos casos, tanto al inicio, ya que pueden tener un curso clínico agresivo, amenazante para la visión, como durante el tto, debido a las complicaciones asociadas (DR).

CC57

SARCOIDOSIS OCULAR AISLADA, VALOR DIAGNÓSTICO DE LA BIOPSIA CONJUNTIVAL

Hugo Ernesto TAPIA QUIJADA, José Ignacio VALLS MARTÍNEZ

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica de etiología desconocida caracterizada histológicamente por granulomas no caseificantes. Algunas veces resulta un reto diagnóstico en cuyo caso la biopsia conjuntival podría ser útil para el diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 34 años que debuta con panuveítis bilateral simétrica que comprendía uveítis anterior sinequiante, vitritis, papilitis, edema macular y lesión coroidea simétrica inactiva. En el protocolo de estudio realizado presentó: Hemograma, Bioquímica y coagulación Normales, PCR 0,85, ECA 55, Calciuria 24h Normal, HLA B27, B51, A29 Normales, Serología VHS, VHZ, CMV, VEB, Toxo, Sífilis, HIV, Lyme y Bartonella negativos, PCR de humor acuoso VHS 1, 2 y Quantiferon negativos.

Los estudios de imágenes como RX y TAC de tórax, RMN orbito cerebral normales. Se realizó Ganmagrafía Ga 67 encontrándose aumento de captación a nivel ocular y de glándulas salivares sin afectación pulmonar. Ante la fuerte sospecha clínica de Sarcoidosis Ocular se realizó biopsia conjuntival confirmando el diagnóstico.

Se instauró con tratamiento corticoideo tópico y sistémico con 3 bolos de 1g metil-prednisolona IV para luego continuarlos vía oral al 1mg/kg llamando la atención la respuesta espectacular evidenciada tan solo con el primer bolo de esteroides.

Tras 6 meses de tratamiento, estando con Zamene ®20mg/día presenta un nuevo brote severo de uveítis anterior granulomatosa y edema macular cistoide. Ante esta recidiva se inicia tratamiento con Prednisona a 1mg/kg/día asociado Metotrexato vo 7,5mg semanal. En la actualidad tras 1 mes de tratamiento la paciente se mantiene asintomática sin nuevos brotes.

Conclusión: Tal como vemos en el caso presentado algunas veces la Sarcoidosis Ocular resulta un reto diagnóstico, por lo que se puede recurrir a la biopsia conjuntival para llegar al diagnóstico definitivo.

CC58

FROSTED BRACH ANGIITIS (ANGEÍTIS EN ESCARCHA)

Aina MOLL UDINA, Ramón ANGLADA ESCALONA, Nevena ROMANIC BUBALO, Stefano GRIXOLLI MAZZON

Introducción: La angeítis en escarcha o frosted branch angiitis es un cuadro infrecuente que cursa con panuveítis y vasculitis severa bilateral de toda la retina. Se produce en pacientes inmunocomprometidos (linfomas o leucemias linfoblásticas), en enfermedades autoinmunes o virales, o en pacientes sanos, jóvenes e inmunocompetentes como nuestro caso.

Caso Clínico: Mujer de 45 años que acude a urgencias por visión borrosa en ambos ojos (AO) de 2-3 días de evolución. Como antecedentes patológicos refiere un ostium secundum intervenido en la infancia con hipertensión pulmonar secundaria.

Agudeza visual (AV) 0.3 en AO. Biomicroscopía: uveítis anterior bilateral, con pqs endoteliales, células +1 y flare con vitritis anterior. Fondo de ojo: se observa borramiento papilar, arteriolitis y periflebitis en escarcha de todo el polo posterior hasta media periferia, que impresiona por su extensión e intensidad.

En el OCT se aprecia perfil foveolar conservado en AO y en la AGF hay fuga vascular en tiempos tardíos e isquemia periférica bilateral. Se inicia tratamiento con bolus de metilprednisolona 1mg/kg (60mg) y se mantiene 60mg de prednisona/día vía oral y colirios tópicos dexametasona c/ 4h y midriático c/ 8h.

Se descarta VIH, autoinmunidad normal, resto de analítica anodina. Se descarta TBC por PPD y quantiferon. PCR de humor acuoso negativa para todos los herpes virus.

Los signos comienzan a desaparecer a los 10 días. A los dos meses el cuadro está totalmente resuelto sin necesidad de láser por isquemia periférica. No se produjo edema macular y la AV se recuperó.

Conclusión: Se trata de una vasculitis severa de instauración rápida pero con buena respuesta a los corticoides en los casos idiopáticos. Es obligatorio descartar las asociaciones descritas con virus de la familia herpes y tuberculosis, por su tratamiento infeccioso específico. Se ha confundido con presentaciones atípicas de necrosis retiniana aguda. Las complicaciones son las derivadas de la isquemia retiniana.

CC59

UVEÍTIS ASOCIADAS A NOD-2: SARCOIDOSIS VS. ENFERMEDAD DE CROHN

Belén CAÑIZARES BAOS, Inés YAGO UGARTE, David MARTÍNEZ MARTÍNEZ

Introducción: El gen NOD2 está implicado en la respuesta inmune debido a su capacidad de reconocer ciertos componentes de la pared bacteriana. La alteración en su regulación se ha relacionado con la aparición de determinadas enfermedades granulomatosas tales como el Síndrome de Blau (SB) o la enfermedad de Crohn (EC). Estudios recientes confirman la asociación de NOD2 a la aparición de uveítis en SB y EC. Presentamos un caso de panuveítis en una paciente con mutación en el gen NOD2.

Caso clínico: Mujer caucásica de 7 años que consulta por disminución de agudeza visual (AV), enrojecimiento y dolor de ambos ojos (AO) de dos semanas de evolución. Su AV era 0.8/0.8. El examen biomicroscópico reveló una uveítis anterior granulomatosa bilateral con nódulos vascularizados en ángulo iridocorneal de AO. El examen fundoscópico mostró vitritis moderada, edema de nervio óptico (NO) y periflebitis en AO, así como cicatrices coriorretinianas en sacabocados en periferia media de ojo izquierdo (OI). La tomografía de coherencia óptica confirmó la elevación de ambos NO y desprendimiento neurosensorial subfoveal. La angiografía fluoresceínica reveló difusión papilar y de pequeño vaso en periferia de AO. La etiología infecciosa fue descartada por lo que se inició tratamiento sistémico con prednisona, metotrexato y adalimumab. Ante la sospecha de SB, se solicitó la secuenciación del gen NOD2 que fue positiva para una mutación asociada a EC (R702W). Se detectaron niveles elevados de calprotectina sin traducción patológica en la colonoscopia.

Conclusión: El cambio de un solo aminoácido en el producto del gen NOD2 puede dar lugar a diferentes enfermedades granulomatosas crónicas. La mutación en NOD2 se asocia a SB y EC y ambas entidades tienden a simularse. En nuestro caso, estamos ante una paciente con panuveítis atribuible a una sarcoidosis de inicio temprano cuyo estudio nos condujo a un probable diagnóstico de EC.

CC60

SÍNDROME MASCARADA ENCUBRIENDO UN MELANOMA DIFUSO DE IRIS

Estíbaliz ISPIZUA MENDÍVIL, M. Paz MENDÍVIL SOTO, Pedro FERNÁNDEZ-AVELLANEDA, Olaia GUERGUÉ DÍAZ DE CERIO

Introducción: Los síndromes mascarada son cuadros inflamatorios que frecuentemente ocultan una neoplasia. De los melanomas uveales, el de iris supone solo el 2%, y de ellos únicamente un 10% son difusos, presentando un crecimiento plano característico.

Caso clínico: Varón de 78 años, con pérdida visual en OD gradual. Percibe luz por OD, con iris heterocrómico, precipitados queráticos y Tyndall. Además hipertensión ocular y catarata. OI normal. Es diagnosticado de ciclítis heterocrómica, remitiéndose a Uveítis, donde se aprecia turbidez vítrea. El IFN gamma es negativo, y la toxoplasmosis presenta títulos altos, tratándose con Septrim Forte. Las serologías de Brucella, lues, VHB y VIH y factores de autoinmunidad resultan negativos. Al no mejorar la PIO, se realiza facotrabeculectomía con válvula express y mitomicina. Se toma muestra de CA, negativa para PCR de CMV, y citopatología. El cuadro inflamatorio persiste y tampoco mejora con corticoides, ni metotrexato. El fondo es cada vez más turbio, con grumos vítreos, y el ángulo sin sinequias pero ocupado por células oscuras. Progresivamente, se observa infiltración completa de iris y ángulo con PIO aún alta. Sospechando uveítis mascarada se piden marcadores tumorales y transaminasas, que aparecen elevados, y un TC, que muestra una lesión quística hepática sospechosa. Dado el carácter doloroso y ciego del OD se enuclea. La biopsia muestra un melanocitos atípicos. Meses después, el paciente acude a Urgencias con dolor y tumefacción en sien derecha y vómitos. Un TC demuestra masa invasiva orbitaria y masa intracraneal, falleciendo por obstrucción intestinal metastásica.

Conclusión: Ante una uveítis crónica no filiada que no responde a tratamientos, siempre debemos contemplar un síndrome mascarada que esté demorando un diagnóstico tumoral. El melanoma difuso de iris supone un reto diagnóstico, y debe sospecharse ante una heterocromía hiperocrómica adquirida de iris, glaucoma ipsilateral, y clínica inflamatoria persistente.

CC61

LINFOMAS INTRAOCULARES: MANIFESTACIONES Y EVOLUCIÓN

Naon KIM, Laura MODAMIO GARDETA, Pablo GILI MANZANARO, María del Carmen GARCÍA SÁENZ

Introducción: Los linfomas intraoculares son tumores raros de difícil diagnóstico. Se clasifican en: primarios, considerados un subgrupo de los linfomas del sistema nervioso central (SNC); y secundarios, con un origen fuera del SNC. Mostramos la presentación y evolución de 4 casos.

Casos clínicos: Dos casos debutaron como uveítis posterior bilateral con vitreitis, en uno se trató sospechando una primera etiología por toxoplasma y en el segundo caso fue resistente a tratamiento corticoideo, inmunosupresor y biológico. La aparición de clínica neurológica, y posterior biopsia cerebral permitió confirmar el diagnóstico etiológico de linfoma cerebral primario (linfoma B de células grandes). Fueron tratados sistémicamente.

Los dos casos restantes, presentaban antecedentes personales previos de un linfoma (óseo y mamario) en remisión completa. Ambos debutaron como uveítis posterior bilateral y clínica neurológica, lo que hizo sospechar en primer momento una recaída. En uno de los casos se confirmó mediante biopsia cerebral y una muestra vítrea positiva para linfoma, tratándose con quimioterapia sistémica junto con metotrexate intravítreo. El último paciente mostró lesiones subretinianas muy características de linfoma. No obstante, tanto la biopsia cerebral como la vitrectomía fueron no concluyentes. En este caso la paciente rechazó una segunda biopsia cerebral, y prefirió un tratamiento sintomático con rituximab intravítreo, obteniendo unos resultados muy positivos con desaparición total de las lesiones y recuperación de su agudeza visual.

Conclusión: Los linfomas intraoculares constituyen un reto diagnóstico y terapéutico por las diversas formas de presentación (síndrome mascarada) y la necesidad de un manejo multidisciplinar. El tratamiento más establecido incluye la quimioterapia sistémica y el metotrexate intravítreo. El rituximab se presenta como una posible alternativa con mejor tolerabilidad y menores efectos secundarios.

CC62

DESPRENDIMIENTO DE RETINA BILATERAL SECUNDARIO A RETINITIS NECROTIZANTE POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE TRASPLANTADO

Nadia ROLÓN RUIZ, Daniel MARTÍN MORAL, José GARCÍA ARUMÍ, Anniken BURÉS

Introducción: La retinitis por citomegalovirus (CMV) es una rara pero devastadora complicación del trasplante de órgano sólido. Puede presentarse desde meses hasta años después del trasplante, con un amplio espectro clínico que puede diferir de la clásica presentación asociada a pacientes con sida.

Caso clínico: Varón de 64 años diabético insulino dependiente, trasplantado de hígado 6 meses antes por déficit de α -1antitripsina, en tratamiento con prednisona y micofenolato de mofetilo. Refiere disminución de agudeza visual (AV) progresiva y bilateral de semanas de evolución, agudizada en su ojo izquierdo (OI) 2 días antes de la consulta. Presenta AV de 0,3 en ojo derecho (OD) y percepción luminosa en OI. En la exploración se observaron precipitados queráticos y marcada turbidez vítrea que deja ver infiltrados blanquecinos mal definidos en periferia. El OI presenta desprendimiento de retina (DR) bulloso total con grandes desgarros e infiltrados blanquecinos granulares más destacables en los bordes de los desgarros. Se realiza cirugía escleral y vitrectomía vía pars plana, previa toma de muestra vítrea para estudio de reacción en cadena de la polimerasa, positiva para CMV. A las dos semanas se realiza cirugía del OD encontrando similares hallazgos aunque con DR en localización temporal. Se inició tratamiento oral con valganciclovir 900 mg cada 12 horas durante 3 semanas con buena respuesta. Pasados 2 meses se observa atrofia retiniana en áreas de infiltrados, sin nuevos focos. La tomografía de coherencia óptica muestra respeto foveal. AV de 0,5 en OD y de 0,3 en OI.

Conclusión: La lenta progresión de la infección que puede verse en pacientes trasplantados, sumado a que pueden estar asintomáticos cuando la enfermedad se encuentra aislada en retina periférica contribuye al retraso de la presentación, pudiendo llevar a graves complicaciones como el DR, por lo que se recomienda continuar la monitorización para la detección de CMV después del trasplante.

CC63

CORIORETINOPATÍA PLACOIDE POSTERIOR SIFILÍTICA BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ramón TARRAGÓ PÉREZ, Juana María PERELLÓ BARCELÓ, Laura ESCUDERO BODENLLE, José Luis OLEA VALLEJO

Introducción: Se presenta un caso secundarismo sifilítico a nivel ocular en forma de corioretinopatía placoide posterior, donde los signos y síntomas oculares predominaban sobre las lesiones cutáneo mucosas, hecho que dificultó el diagnóstico inicial.

Caso clínico: Paciente varón de 55 años de edad, con antecedentes de conductas sexuales de riesgo, diagnosticado y en tratamiento por virus hepatitis B (VHB) y virus hepatitis (VHC) crónicas y por virus inmunodeficiencia humana (VIH) de reciente aparición.

Acude por disminución bilateral de la agudeza visual (AV) de 4 días de evolución. Al examen oftalmológico se aprecia inyección conjuntival y uveítis posterior bilateral; AV de 0,1 en ojo derecho y CD 1m en ojo izquierdo; Presión intraocular 18 mmHg ambos ojos (AO); en el fondo de ojo de AO se observa zona de retinitis con lesiones placoides anulares amarillentas con borde de ataque activo, a nivel de la retina externa incluyendo el epitelio pigmentario de la retina (EPR), que se confirman con Tomografía óptica computarizada (OCT), Retinografía (RTG) y Angiofluoresceingrafía (AGF).

Ante la sospecha de necrosis retiniana bilateral de probable etiología herpética, se realiza a partir de acuoso una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para el grupo herpes, resultando negativa a las pocas horas. En la analítica previa para el diagnóstico inicial de VIH se mostraban positivas las pruebas Reagínicas y Treponémicas para sífilis, confirmando así el diagnóstico de corioretinitis placoide posterior. Tras tratamiento específico Penicilina G Benzatina intramuscular (IM), se produjo una rápida recuperación del cuadro ocular.

Conclusión: La sífilis ocular puede dar múltiples manifestaciones simulando diferentes patologías. Cuando se asocia con VIH tiene una presentación atípica y un curso más agresivo. El tratamiento específico suele producir una buena y rápida respuesta, por lo que el diagnóstico precoz es fundamental para la máxima recuperación anatómica y funcional.

CC64

UVEÍTIS UNILATERAL ASOCIADA A NEFROPATÍA IGA

Luisa María VIZUETE RODRÍGUEZ, Fredy Eduardo MOLINA SOCOLA, Trinidad RUEDA RUEDA, Francisco LÓPEZ HERRERO

Introducción: La nefropatía IGA(NIgA) o enfermedad de Berger, constituye una de las formas más comunes de glomerulonefritis primaria. Es una enfermedad progresiva en el 50% de los adultos afectados, el resto presentan hematuria o proteinuria persistente, y una minoría entra en remisión clínica mantenida.

La afectación ocular en pacientes con NIgA es poco frecuente, siendo la uveítis la más descrita. Otras formas de afectación ocular son: epiescleritis escleritis, vasculitis y síndrome Vogt-Hoyanagi-Harada.

Caso clínico: Varón de 42 años de edad con varios episodios de uveítis unilateral en ojo derecho (OD). En la exploración oftalmológica se observó una agudeza visual máxima corregida (AVMC) de 0.5 en el OD y 1.0 en el ojo izquierdo. En polo anterior se detectó una uveítis anterior granulomatosa con precipitados queráticos gruesos. En el fondo de ojo destacaba una turbidez vítrea con flóculos vítreos en la zona inferior. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) se observó puntos hiperreflectantes en vítreo, sin lesiones retinianas. En angiofluoresceíngrafía no se encontraron hallazgos patológicos. En estudio sistémico se encontró una proteinuria de rango no nefrótico y microhematuria. La biopsia renal reveló una nefropatía Ig A.

La uveítis fue tratada inicialmente con ciclopléjicos y corticoides tópicos y orales. Al no lograr control con corticoides orales se inició tratamiento con Micofenolato. En 18 meses de seguimiento, presenta una AVMC de 0.5 en el OD (como consecuencia del desarrollo de una catarata subcapsular posterior) y de 1.0 en el OI. A pesar del tratamiento inmunosupresor ha presentado dos nuevos episodios de uveítis anterior en OD que han sido controlados con corticoides tópicos.

Conclusión: Las uveítis y las glomerulonefritis podrían tener mecanismos inmunológicos comunes. En el diagnóstico diferencial de los pacientes con uveítis y nefropatías debería incluirse la nefropatía IgA.

Casos Clínicos y Maniobras Quirúrgicas

Casos Clínicos y Maniobras Quirúrgicas

CC65

SÍNDROME DE MILLER-FISHER: LO QUE EL OFTALMÓLOGO DEBE SABER

Rafel ALCUBIERRE BAILAC, Bernardo Francisco SÁNCHEZ DALMAU

Introducción: El síndrome de Miller-Fisher (SMF) es una variante de síndrome de Guillain-Barré (SGB) con la tríada clásica de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Hay presencia de anticuerpos (Ac) anti GQ1b en fase aguda en el 85-90% de casos, ayudando a caracterizar esta entidad y diferenciarla de otras patologías. Este caso ilustra la evolución clínica, proceso diagnóstico y opciones terapéuticas recomendadas, con la particularidad de positividad para Ac anti GD1b y GT1b.

Caso clínico: Paciente que presenta diplopía aguda, asociada a mala coordinación de movimientos y voz gangosa. Tuvo gastroenteritis aguda 2 semanas antes. La exploración neurológica determina oftalmoplejía con ptosis bilateral asimétrica, ataxia y arreflexia generalizada. No se dan otras alteraciones oftalmológicas. La analítica es positiva para IgG de *Campylobacter jejuni* y Ac anti GD1b y GT1b. La neuroimagen y electromiograma son compatibles con la normalidad. Tras tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) se observa recuperación progresiva, aunque a los 4 meses persiste diplopía en mirada lateral.

Conclusión: Ante una oftalmoparesia bilateral aguda deben excluirse enfermedades de placa motora, esclerosis múltiple, lesiones en base de cráneo y polineuropatías periféricas desmielinizantes, como SGB y sus múltiples variantes. Éstas suelen mostrar otras alteraciones neurológicas, como ataxia y arreflexia (SMF), o disminución de nivel de conciencia (encefalitis de Bickerstaff). Es típico un pródromo de infección gastrointestinal y la detección de Ac antigangliósido, siendo anti GQ1b el que más se asocia a oftalmoparesia. La variabilidad de estos Ac puede relacionarse con las diferentes presentaciones de estos síndromes. La agudeza visual está preservada, y no suele haber otra clínica oftalmológica, salvo alteraciones pupilares, como anisocoria o disociación luz-acomodación. La evolución del SMF es benigna, aunque el tratamiento con plasmaféresis o IGIV parece acelerar su recuperación.

CC66

NEUROPATÍA ÓPTICA BILATERAL CONSECUTIVA EN MUJER DE 70 AÑOS: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA NEUROPATÍA ÓPTICA HEREDITARIA DE LEBER (NOHL)

Rubén TORRES TORRES, Xavier CORRETGER RUHÍ, Bernardo SÁNCHEZ DALMAU

Introducción: La NOHL es una enfermedad genética mitocondrial que produce ceguera bilateral en adultos jóvenes varones. Presentamos el caso de mujer de 70 años como forma atípica de presentación de esta enfermedad y se comentan los posibles desencadenantes.

Caso clínico: Mujer de 70 años con antecedente de hepatitis autoinmune en tratamiento con Azatioprina que presenta pérdida de agudeza visual progresiva en el ojo izquierdo. Inicialmente se observa AV 1.0 en OD y 0.7 en OI y defecto campimétrico arciforme que progresa a un defecto hemianópsico nasal izquierdo.

Tras apreciarse un deterioro progresivo, con una agudeza visual de 0,3 en OD y MM en OI, con un defecto pupilar aferente relativo izquierdo y aparición de palidez papilar izquierda, y aparición en la campimetría de un defecto hemianópsico nasal en OD y depresión severa completa en el OI con una RMN cerebral informada como normal, fue remitida a Neurooftalmología.

La exploración mostró una AV 0.1 en OD y MM en OI, DPAR + OI, y palidez papilar difusa en OI. La OCT mostraba un descenso de la capa de fibras nerviosas retiniana difusa (69 μm) y de cel. ganglionares (59 μm) en OI, siendo normales en ojo derecho.

Se realizó analítica general, estudio de autoinmunidad, serologías, anticuerpos antiMOG, y anti-AQP-4 que resultaron negativos.

Una nueva RM apreció captación de gadolinio en cintilla óptica derecha y hemiquiasma derecho.

Se solicitó estudio genético de NOHL que fue positivo para la mutación 11778.

Actualmente la paciente presenta una agudeza visual del MM en ambos ojos, con palidez papilar bilateral, y disminución difusa de la CFNR y CGR en la OCT.

Conclusión: La presencia de una neuropatía óptica bilateral progresiva de aparición consecutiva en ausencia de otras características nos debe hacer sospechar en NOHL independiente del sexo y edad del paciente.

La utilización de fármacos como la azatioprina pueden tener un rol en la aparición de los signos de de la NOHL en edades avanzada.

CC67

EL VALOR AÑADIDO DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA CALCINOSIS TUMORAL FAMILIAR

Francisco José MUÑOZ NEGRETE, Ane PÉREZ SARRIEGUI, Gema REBOLLEDA FERNÁNDEZ, Victoria de JUAN

Introducción: La calcinosis tumoral familiar (CTF) es una enfermedad rara con alteración en la regulación hormonal del fósforo sérico que conduce a la aparición de calcificaciones en tejidos blandos. Bioquímicamente se caracteriza por elevación del fosforo sérico con niveles normales de calcio. Se estima que la afectación ocular en estos los pacientes es del 16% e incluye calcificaciones en los párpados, la conjuntiva y la córnea periférica, drusas del nervio óptico (DNO) y estrías angioides (EA), estas últimas en ocasiones asociadas a neovascularización coroidea (NVC).

Casos clínicos: Presentamos 3 casos de afectación ocular en miembros de una misma familia afecta de CTF. El primer caso trata de una mujer de 46 años que presenta calcificaciones conjuntivales y limbares, DNO y EA en ambos ojos. El segundo caso es un varón de 48 años que presenta los mismos hallazgos oftalmológicos que el caso previamente expuesto, asociando a las EA la presencia de NVC en área macular de ojo derecho. El tercer caso, mujer y hermana pequeña de los dos casos previos presenta como único signo de la enfermedad la afectación ocular en forma de DNO ocultas. Presentamos imágenes de segmento anterior, autofluorescencia (AF), angiografía no invasiva obtenida con Swept-Source OCT (SS-OCT) e imágenes de DNO obtenidas mediante enhanced depth imaging optical coherence tomography (EDI-OCT).

Conclusion: Las nuevas tecnologías OCT junto con técnicas más antiguas como la AF pueden ser muy útiles en el diagnóstico y descripción de DNO y EA. La AF y la angiografía no invasiva realizada con SS -OCT son técnicas más sensibles que la fundoscopia tradicional para el diagnóstico de EA. Las imágenes obtenidas con EDI-OCT proporcionan gran información sobre la extensión y la ubicación de las DNO. La CTF debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las DNO, las EA y calcificaciones conjuntivales y corneales.

CC68

NEUROPATÍA ÓPTICA Y METILFENIDATO

M.^a Jesús MÉNDEZ RAMOS, Silvia PAGÁN CARRASCO, Rosy BAYÓN

Introducción: Presentamos 4 casos de pacientes pediátricos tratados con metilfenidato por Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) que presentaron alteraciones oftalmológicas.

Caso clínico: Los pacientes fueron evaluados y seguidos durante 12 meses. Tres de ellos presentaron cefaleas al inicio y el cuarto paciente debutó con diplopia. La Agudeza Visual (AV) inicial fue mayor de 0.8 en todos los casos y no hubo variación a lo largo del seguimiento.

En la exploración 3 casos presentaron borrosidad de los márgenes de la papila óptica en ambos ojos y el cuarto paciente presentaba una paresia del VI par craneal OI. Mediante Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) se evidenció engrosamiento de la capa de fibras nerviosas peripapilar en los casos con neuropatía óptica. El campo visual mostró alteraciones en dos de los cuatro pacientes. Se trataba de pequeños escotomas.

Se realizaron las pruebas analíticas y de imagen razonables para descartar otro origen de los síntomas y signos.

Conclusión: Hasta la fecha, no han sido descritas neuropatías ópticas secundarias al tratamiento con metilfenidato. Sí ha sido descrita la diplopia como efecto secundario de este tratamiento.

CC69

CURANDO EL CÁNCER CON MUCHO OJO: TOXICIDAD OCULAR DE LOS CITOTÁTICOS

María SANCHIDRIÁN MAYO, José ÁLVAREZ GALLEGO, Teresa de PORTUGAL FERNÁNDEZ DE RIVERA

Introducción: La toxicidad neurológica de algunos citostáticos de uso frecuente en oncología puede provocar neuropatías ópticas severas de carácter bilateral e irreversible.

Caso clínico: Mujer de 90 años que presentó carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda en estado III A hace 20 años. Fue intervenida mediante mastectomía y linfadenectomía axilar izquierdas. Recibió tratamiento quimioterápico adyuvante con 5-fluoracilo+adriamicina+ciclofosfamida(10 ciclos) y Tamoxifeno (5 años). Tras un intervalo de 20 años libre de recidiva presentó afectación metastásica peritoneal (ascitis con implantes en mesogastrio), pleural bilateral (derrame), hepática (lesiones ocupantes de espacio) y esofágica (estenosis). Se inicia tratamiento quimioterápico con paclitaxel (TAXOL) intravenoso a dosis de 80 mg/m²/semana con un total de 39 ciclos (5 gramos). Se obtiene una respuesta parcial con desaparición de la disfagia, ascitis y el derrame pleural, persistiendo discreta elevación de marcadores tumorales y lesiones peritoneales y hepáticas. La tolerancia al taxol fue buena presentando únicamente como toxicidad aguda una polineuropatía sensitiva distal y alopecia Grado 1. Tras completar el tratamiento refiere disminución de agudeza visual bilateral progresiva (0,3 ambos ojos). Se objetiva palidez importante de las papilas de ambos nervios ópticos y una restricción concéntrica bilateral del campo visual con una ausencia total de respuesta bilateral en los potenciales visuales evocados. PIO 12 mm Hg ambos ojos. Se establece el diagnóstico de probable neuropatía óptica tóxico-metabólica. El estudio de déficit vitamínicos, así como la serología de enfermedades infecciosas son negativas por lo que se determina como principal agente etiológico el empleo de taxol.

Conclusión: La toxicidad neurológica del paclitaxel puede producir neuropatías ópticas que ocasionen severos déficit visuales e incluso ceguera irreversible que condiciona su utilización en oncología.

CC70

PARESIA DEL TERCER PAR CRANEAL COMO CONSECUENCIA DE MENINGOENCEFALITIS EN EL CONTEXTO DE FIEBRE Q CRÓNICA

Javier Alejandro SALINAS LÓPEZ, Marta RODRÍGUEZ PIÑERO, José Juan MONDEJAR GARCÍA

Introducción: La Fiebre Q está causada por Coxiella Burnetti, cocobacilo pleomórfico Gram negativo. La fuente principal de infección para el ser humano es el ganado bovino, ovino y caprino; se disemina en la leche, orina y heces de estos animales pero la mayor concentración de bacterias se encuentra en el líquido amniótico y la placenta.

En el medio ambiente estas bacterias adquieren una forma semejante a una espora pequeña, densa y muy resistente, que soporta el calor y la desecación.

La vía de transmisión principal es a través del contacto directo con las fuentes contaminadas descritas o la inhalación de esporas, aunque también se ha documentado propagación desde animales infectados a otros susceptibles por picadura de garrapatas.

Las manifestaciones clínicas son muy variadas y dependen en gran medida de las características del huésped, siendo bajo el porcentaje de infecciones agudas que se cronifican.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente, varón de 71 años de edad, con diagnóstico de Fiebre Q crónica en forma de brotes de meningoencefalitis; teniendo múltiples ingresos hospitalarios por recidivas, apareciendo en uno de ellos afectación completa del III par craneal derecho.

La parálisis total del III par craneal descrito tuvo una evolución favorable pero incompleta, pese al tratamiento médico instaurado, quedando como secuela una paresia que se mantiene hasta el momento actual.

Conclusión: Debemos tener presente que, aunque poco frecuente, la paresia del III par craneal es una de las posibles secuelas neuro-oftalmológicas causadas por la infección crónica de Coxiella Burnetti. Por ello, ante una afectación del III par craneal en un contexto epidemiológico y clínicamente compatible no debemos olvidar la Fiebre Q como parte del diagnóstico diferencial.

CC71

NEUROMIOTONÍA OCULAR. CAUSA INFRECUENTE DE DIPLOPIA

Bernardo F. SÁNCHEZ DALMAU, Rubén TORRES TORRES, Rafel ALCUBIERRE BAILAC, Carles ROIG ARNAL

Introducción: La neuromiotonía ocular es un raro trastorno del movimiento que se caracteriza por desviación ocular paroxística, intermitente, transitoria con diplopía. Se presenta mayoritariamente en pacientes receptores de radioterapia craneal, especialmente de la zona selar o paraselar, aunque también se ha descrito tras lesiones compresivas por mucormicosis, aneurismas, dolicoectasia de la arteria basilar, aracnoiditis u orbitopatía tiroidea. Asimismo, se han descrito casos sin lesión causal identificada.

Casos clínicos: Caso 1 muestra una neuromiotonía ocular en levoversión, en paciente con antecedente de cordoma de clivus irradiado con protones 10 años antes. Respondió a tratamiento con carbamacepina.

Caso 2 muestra neuromiotonía en levoversión, apreciándose un retraso en la adducción del ojo derecho, que se recupera posteriormente, en paciente con oligodendroglioma temporal derecho, tratado mediante cirugía, quimioterapia y radioterapia. Se muestra registro electromiográfico. Respondió a carbamacepina.

Conclusión: Los movimientos paroxísticos descritos en la NMO se deben a contracciones tónicas involuntaria de la musculatura extraocular inervada por tercer, cuarto o sexto nervio craneal, y puede ser desencadenada por la mirada excéntrica mantenida. En ocasiones se precisan periodos prolongados de mirada excéntrica de entre segundos y minutos para provocar los movimientos tónicos. La mayoría de los casos son unilaterales, aunque pueden ser bilaterales. En casos dudosos puede ser útil un registro electromiográfico. El tratamiento con estabilizadores de membrana como la carbamacepina suele ser efectivo para controlar el trastorno.

CC72

CÓRNEAS CRIOPRESERVADAS PARA EL MANEJO DE PERFORACIONES CORNEALES

Cecilia RODRÍGUEZ SUÁREZ, Margarita de la FUENTE IGLESIAS, Marcelino Domingo ÁLVAREZ PORTELA, M.^a Victoria de ROJAS SILVA

Introducción: La criopreservación con dimetilsulfóxido (DMSO) permite el almacenaje de córneas humanas por un periodo indefinido de tiempo. Los requerimientos técnicos y el potencial daño al endotelio han limitado su uso rutinario en los bancos de tejido. No obstante, con la introducción de las técnicas quirúrgicas lamelares la criopreservación ha recobrado protagonismo, especialmente en el manejo de casos urgentes.

Casos clínicos: Se presentan dos casos clínicos. El primero, una mujer de 84 años con enfermedad de Huntington. Apreciamos una perforación corneal periférica en su ojo derecho asociada a un entropion espástico del párpado inferior. El segundo, un varón de 85 años entre cuyos antecedentes personales destacan queratitis herpéticas recurrentes en el ojo derecho. En la exploración objetivamos múltiples leucomas vascularizados así como una perforación corneal parcialmente taponada con iris.

En ambos casos realizamos queratoplastia tectónica con botón corneal criopreservado (5 y 6 mm de diámetro respectivamente) asociando en el primero una tira tarsal. Como tratamiento postquirúrgico empleamos la combinación de antibiótico y corticoide tópicos además de lágrima artificial. En el momento actual (18 meses de seguimiento) se aprecia sellado de las perforaciones, buena cámara y transparencia de ambos injertos sin datos de epiteliopatía.

Conclusión: Las córneas criopreservadas pueden resultar de utilidad para el manejo de perforaciones corneales cuando no se dispone de tejido fresco o cultivado.

CC73

RITUXIMAB INTRALESIONAL COMO TRATAMIENTO DE LINFOMA SUBCONJUNTIVAL RECIDIVANTE

Susana RODRÍGUEZ VILLA, M.^a José RUÍZ RODRÍGUEZ

Introducción: El linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT), es el linfoma primario más frecuente de anejos oculares. La mayoría de los casos se presenta como una enfermedad localizada, siendo la forma conjuntival menos frecuente que la orbitaria. Se han descrito varias opciones de tratamiento: cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y antibioterapia. Una nueva alternativa es el rituximab intralesional, anticuerpo monoclonal dirigido a los receptores CD20 expresados en determinados linfomas.

Caso clínico: Mujer de 49 años sin antecedentes de interés que acude a consulta para valorar una lesión en canto externo de ojo derecho. A la exploración se observa una tumoración conjuntival discretamente sobreelevada, móvil, blanda de color salmón de 20 x 10 mm sin proptosis ni distopia y con vasos de mayor calibre desde la lesión hacia el ápex. Con la sospecha de linfoma subconjuntival se realiza una biopsia escisional con doble capa de membrana amniótica. La anatomía patológica es informada como linfoma subconjuntival folicular. El estudio de extensión fue negativo. Diez meses después, aparece una hipertrofia folicular en fondo de saco inferior, y en conjuntiva bulbar nasal. La biopsia de las lesiones confirmó la recidiva. Dado el carácter multicéntrico se opta por administrar inyección subconjuntival de rituximab intralesional a una concentración de 6 mg/ml con periodicidad semanal durante 4 semanas seguido de una administración mensual durante 6 meses. Tras la primera inyección se observa una disminución del tejido linfoide. Al mes de finalizar el tratamiento no se ven lesiones compatibles con linfoma. No se apreciaron efectos adversos.

Conclusión: Rituximab intralesional como tratamiento del linfoma folicular primario de conjuntiva es un tratamiento efectivo y seguro, por lo que podría ser una alternativa a tratamientos convencionales más agresivos, como la radioterapia y quimioterapia, o para pacientes no candidatos a los mismos.

CC74

SÍNDROME TÓXICO DEL SEGMENTO ANTERIOR TRAS QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL DE MEMBRANA DE DESCEMET

Diana MESA VARONA, Javier CELIS SÁNCHEZ, Eva AVENDAÑO CANTOS, Edgar INFANTES MOLINA, Sonia LÓPEZ-ROMERO MORALEDA, M.^a José DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ, Fernando GONZÁLEZ DEL VALLE

Introducción: El síndrome tóxico del segmento anterior (TASS) es una reacción inflamatoria aguda que aparece dentro de las primeras 24 horas después de una cirugía del segmento anterior. No es infecciosa y responde bien a tratamiento intensivo con corticoides tópicos.

Caso clínico: Presentamos un caso de TASS después de una queratoplastia endotelial de membrana de descemet (DMEK) por descompensación endotelial. Al paciente se le realizó 6 años antes una vitrectomía vía pars plana con iridociclectomía, crioterapia, cerclaje e inyección de silicona por un melanoma de cuerpo ciliar. La mayoría del material utilizado durante la DMEK fue desechable y con el instrumental no desechable se realizó un manejo adecuado durante su esterilización por personal entrenado del quirófano. Al finalizar la cirugía, que cursó sin complicaciones, se usó cefuroxima intracameral según el protocolo quirúrgico utilizado en el hospital. Los cultivos del humor acuoso, humor vítreo y medio de cultivo del descemet roll donante resultaron estériles. Se pautaron antibióticos reforzados y dexametasona colirio cada 2 horas con resolución completa de la reacción inflamatoria.

Conclusión: Presentamos el primer caso de TASS después de DMEK descrito en la literatura. Es fundamental el diagnóstico diferencial con la endoftalmitis infecciosa para instaurar un tratamiento adecuado precoz. Determinar cuáles podrían ser las causas es importante para prevenir nuevos episodios inflamatorios. El uso de cefuroxima intracameral se ha relacionado con TASS después de la cirugía de catarata. El moxifloxacino intracameral podría ser una alternativa después de cirugías de trasplante endotelial.

CC75

DIATERMIA CON AGUJA FINA: UNA OPCIÓN SENCILLA, SEGURA Y EFICAZ PARA EL MANEJO DE LA VASCULARIZACIÓN CORNEAL

Randa FALAH, Carlos SIERRA ALONSO, Anna MATHEU FABRA, Jorge ARMENTÍA PÉREZ DE MENDIOLA

Introducción: La neovascularización corneal (NVC) puede ocurrir tras numerosas enfermedades corneales siendo la más frecuente la queratitis por el virus herpes simple. La NVC supone un mal pronóstico de eventuales queratoplastias por el mayor riesgo de rechazo y fracaso del injerto.

Los tratamientos destinados a reducir los NVC han sido numerosos y con resultados muy variables sin que exista en la actualidad un consenso sobre cuál es el más efectivo. La oclusión de los vasos corneales por diatermia con aguja fina, descrita por primera vez por Harminder Singh Dua (HSD) en Nottingham en el año 2000, se ha sumado a otros métodos utilizadas para tratar los vasos corneales como la crioterapia, el láser argón y la inyección estromal o subconjuntival de antiangiogénicos.

Técnica quirúrgica: La técnica de diatermia con aguja fina se realiza con anestesia tópica y consiste en insertar una aguja en la proximidad del vaso objetivo y posteriormente poner en contacto con la aguja un terminal de diatermia en modo de coagulación a baja potencia (15 mW) hasta que se observa blanqueamiento estromal, lo que indica la cauterización del vaso. El procedimiento debe realizarse para cada vaso y, en ocasiones, es necesario repetir la intervención debido a la recanalización de los vasos o al desarrollo de colaterales. Las complicaciones asociadas a esta cirugía son escasas y poco frecuentes. Lo más habitual es el leucoma corneal transitorio. También se han descrito depósitos cristalinos y hemorragia intraestromal.

Conclusión: La diatermia con aguja fina es una técnica quirúrgica simple, segura y de bajo coste. Se puede repetir y se utiliza como una terapia eficaz y alternativa para la vascularización corneal. También se puede realizar en cualquier centro oftálmico, ya que no requiere unos equipos sofisticados.

CC76

CARCINOMA ESCAMOSO (CE) CONJUNTIVAL: ACTITUD TERAPÉUTICA A PROPÓSITO DE TRES CASOS CLÍNICOS

Olaia SUBIRÁ GONZÁLEZ, Noemí BARNILS GARCÍA, Ferrán MASCARÓ ZAMORA, Helena BROSA MORROS

Introducción: El CE es un tumor maligno de origen epitelial, su diagnóstico precoz es fundamental para prevenir su extensión y preservar la función visual.

Casos clínicos: Caso 1: Mujer de 88 años que presentaba una lesión conjuntival blanquecina con invasión corneal. Ante la sospecha de una lesión conjuntival maligna, se realizó una resección de la lesión con crioterapia de los márgenes y recubrimiento con membrana amniótica del lecho de la lesión. La anatomía patológica (AP) informó de que se trataba de una hiperplasia epitelial con displasia moderada y márgenes de resección afectos. Ante el hallazgo de recidiva en el seguimiento, se decidió realizar una exéresis de la lesión con injerto de mucosa oral. Tras la cirugía recibió tratamiento local con 5-fluoracilo.

Caso 2: Varón de 70 años que presentaba una lesión papilomatosa conjuntival con teleangiectasias en superficie. Se realizó una resección de la lesión con crioterapia de los márgenes y recubrimiento conjuntival del lecho de la lesión. La AP informó de que se trataba de una neoplasia intraepitelial de alto grado con márgenes de resección libres.

Caso 3: Mujer de 80 años con antecedentes de exéresis de lesión conjuntival y recubrimiento con membrana amniótica hacía 10 años. En la exploración en lámpara de hendidura se objetivó una conjuntivalización de la hemicórnea inferior y una placa de leucoplaquia que afectaba a la conjuntiva subtarsal inferior. Se decidió realizar una exéresis de la lesión con crioterapia de los márgenes y reconstrucción de fondo de saco inferior con injerto de mucosa oral. La AP constató que se trataba de un carcinoma escamoso in situ con márgenes de resección afectos.

Conclusión: El objetivo del tratamiento del CE conjuntival es extirpar completamente el tumor, mediante cirugía y uso de tratamientos adyuvantes (crioterapia o quimioterápicos tópicos). Es importante realizar un diagnóstico histopatológico preciso para la toma de decisiones terapéuticas de mayor agresividad.

CC77

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DE SIMBLEFARON Y ESTRABISMO RESTRINGIDO EN UN PTERIGION RECIDIVANTE

Amparo LANUZA GARCÍA

Introducción: En la cirugía del pterigion la recidiva constituye un grave problema en su manejo y está expuesta a complicaciones secundarias, a veces difíciles de resolver como es el estrabismo restringido secundario y el simblefaron. Presentamos el caso y la resolución, de una mujer joven, con un pterigion temporal y nasal de los dos ojos. En el ojo izquierdo (oi) se había intervenido 5 veces por recidivas, presentando simblefaron infero temporal y diplopía resultante de un estrabismo restringido.

Caso clínico: Mujer de 32 años, que acude a la consulta por pterigion recidivante del oi, intervenida con autoinjerto de conjuntiva, membrana amniótica y finalmente con injerto mucosa bucal. Presenta en ambos ojos pterigion temporal y nasal, en el oi, el temporal alcanzaba la pupila. Se observa un simblefaron importante temporal inferior con área engrosada en borde palpebral inferior debido a una hiperplasia del injerto de mucosa bucal. Tiene dificultad en la aducción del oi y diplopía en las miradas extremas mas en dextroversion. Se realiza exéresis del pterigion temporal y nasa y liberación del simblefaron con implante de membrana amniótica y mitomicina en el lecho escleral. Se observa el recto lateral izquierdo muy debilitado a consecuencia de las múltiples cirugías. En el ojo derecho (od) se extirpan los pterigiones y aplicando mitomicina en el acto quirúrgico. Después de un año de la cirugía la enferma no presenta diplopía y no hay limitación de movimiento en miradas extremas.

Conclusión: La cirugía del pterigion no debe considerarse banal sobretodo en personas jóvenes y con tendencia a la recidiva. Hay que estar atentos a la musculatura extraocular que puede dañarse con multiples cirugías directa o indirectamente por la presencia de tejido fibrótico sobre la conjuntiva ocular. El manejo del simblefaron es difícil, se recomienda una manipulación cuidadosa de la conjuntiva y cápsula de Tenon para prevenir complicaciones en cirugías del pterigion.

CC78

ANTI-VEGF EN QUERATITIS INFECCIOSAS

Teresa TORRENT SOLANS, Francesc MARCH DE RIBOT, Jordi TARRÚS BOZAL

Introducción: La Cornea goza de un privilegio inmune, una calidad única que no comparte con ningún otro órgano humano, por el hecho de ser avascular. Esta característica la hace transparente y así se mantiene debido a dos mecanismos activos y contrapuestos, los estimuladores de la angiogénesis y los inhibidores de la misma. Cuando se produce un desequilibrio en este balance pueden aparecer neovasos en cornea clara. Múltiples tratamientos se han utilizado para hacer frente a esta situación anómala de crecimiento de vasos en cornea, y entre ellos destacan los agentes anti-angiogénicos.

Casos clínicos: Presentamos 3 casos clínicos que fueron tratados mediante inyecciones de Bevacizumab intraestromal como tratamiento coadyuvante a la queratoplastia en 3 casos de queratitis infecciosa, el primer caso en una portadora de lentes de contacto que desarrolló una queratitis por klebsiella, un segundo caso de queratitis por Virus Herpes Simplex y un tercero por queratitis por Acanthamoeba.

Conclusión: El tratamiento intraestromal con factores inhibidores de la angiogénesis es un buen coadyuvante a la queratoplastia permitiendo mejorar los resultados a corto plazo y disminuir la tasa de rechazo, sobretodo si aplicado de forma precoz.

CC79

DISFUNCIÓN ENDOTELIAL SEVERA ASOCIADA A QUERATOTOMÍA RADIAL ¿QUERATOPLASTIA LAMELAR O PENETRANTE?

Paz RODRÍGUEZ AUSÍN, David ANTOLÍN GARCÍA, Leticia SANTAMARÍA GARCÍA, Ana Belén BLÁZQUEZ FERNÁNDEZ

Introducción: La Queratotomía Radial (QR) es un procedimiento en desuso, cuyas complicaciones fundamentales derivan del debilitamiento del estroma corneal, sin afectación habitual del endotelio. Presentamos el caso de un paciente en el coexisten QR y Disfunción endotelial en ambos ojos.

Caso clínico: Varón de 69 años con perfil oblato sin ectasia franca tras QR (1989) para miopía de -4 dioptrías en ojo derecho (OD) con 4 incisiones, y -6 dioptrías ojo izquierdo (OI) con 6 incisiones. Refiere buena visión durante los primeros años con descenso progresivo en ambos ojos (AO). En primera visita (2012), apreciamos engrosamiento corneal central sin bullas (650/670 micras) y catarata AO. La mejor agudeza visual corregida (MAVC) inicial era de 0,2 OD (+0.75-0.50x103) y 0,1 OI (+2.50-1.50x100) y progresivamente desarrolla Queratopatía bullosa central de AO. Valoradas con el paciente ventajas e inconvenientes de una Queratoplastia Penetrante vs Lamelar endotelial, optamos por realizar Faco con lente hidrofóbica y target -1,50d y 4 meses después Descemet Stripping Automated Endothelial Keratoplasty (DSAEK), OD en 2014, seguido de OI en 2015. La biometría la basamos en las topografías previas al desarrollo de bullas. El postoperatorio cursa sin complicaciones en segmento anterior, si bien presentó edema macular quístico recurrente en AO. La topografía muestra un aplanamiento inicial mantenido 3 meses, y los valores finales no muestran cambios significativos respecto a preoperatorios. La AVSC final es 0,3 AO y MAVC 0,5 AO, y el equivalente esférico +0,50 en OD y +1 en OI, estable a partir de 6 meses de DSAEK.

Conclusión: La coexistencia de Disfunción endotelial y Queratotomía Radial es inusual y susceptible de diferentes opciones quirúrgicas. En nuestro caso la realización de DSAEK precedida de Faco + LIO muestra un resultado satisfactorio, a pesar de la dificultad en el cálculo de la LIO y el edema macular quístico concurrente.

CC80

CAUTERIZACIÓN CON AGUJA FINA Y BEVAZIZUMAB INTRAESTROMAL PARA NEOVASCULARIZACIÓN CORNEAL, NUESTRA EXPERIENCIA

María Teresa SARANDESES DÍEZ, Laura MARTÍNEZ PÉREZ, Rosario TOURIÑO PEÑALBA, María Teresa RODRÍGUEZ ARES

Introducción: Describir nuestra experiencia con la técnica de cauterización con aguja fina y bevacizumab intraestromal coadyuvante como tratamiento de neovascularización corneal (NVC).

Casos clínicos: Análisis retrospectivo de casos tratados entre junio 2015 a mayo 2016. Se realizó, bajo anestesia tópica, cauterización con aguja fina de la NVC (sutura 10.0 monofilamento de nylon) con inyección de bevacizumab intraestromal coadyuvante. La mejoría se evaluó en términos de oclusión o regresión de los neovasos corneales así como cambios en los depósitos lipídicos.

Se incluyeron 12 ojos de 11 pacientes, 7 varones y 4 mujeres (edad media 59.46 ± 13.14 años). Las etiologías más frecuentemente encontradas fueron la herpética en 5 casos (41.67%), post queratoplastia (QP) 5 casos (41.67%), úlceras por exposición corneal 2 casos (16.67%), 1 penfigoide cicatricial ocular (PCO) y 1 caso de queratocono con extrusión de segmentos. En 6 de los casos se realizaron inyecciones previas de antiangiogénicos intraestromales (media 3.5 inyecciones, Rango 0-7). En el subgrupo de queratitis herpéticas observamos resolución completa tanto de la NVC como de los depósitos lipídicos en 4 casos (80%) y resolución parcial en el restante. Entre la NVC post QP apreciamos mejoría parcial en 3 casos (75%), y resolución completa en otro de ellos. En pacientes con enfermedad grave de la superficie ocular, como el caso de PCO, los resultados no fueron satisfactorios. No se observaron complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio en ningún caso.

Conclusión: La cauterización con aguja fina junto con bevacizumab intraestromal coadyuvante es un tratamiento seguro y efectivo para la NVC establecida, observándose los mejores resultados en pacientes con queratitis herpética y degeneración lipídica.

CC81

CRISIASIS CORNEAL DE ORIGEN PROFESIONAL. UTILIDAD DE LA MICROSCOPIA CONFOCAL IN VIVO

Hugo SANTIAGO BALSERA, Karla Paola GONZALES FARRO, Juan FERREIRO LÓPEZ, María MATILLA RODERO

Introducción: Las enfermedades causadas por depósito de oro son raras. Los depósitos suelen producirse en la piel, siendo extraña la afectación corneal. Habitualmente se producen por el uso prolongado de sales de oro (SO) con fines terapéuticos en la artritis reumatoide. Sin embargo, existen ocupaciones con exposiciones prolongadas al oro que pueden producir Crisisis corneal a lo largo de la vida profesional.

Caso clínico: Varón de 68 años con antecedentes de desprendimiento de retina, cirugía de catarata y queratouveítis herpética de repetición en ojo izquierdo (OI). Su agudeza visual es 0.9 en ojo derecho (OD) y 0.3 en OI. En la exploración con lámpara de hendidura, destacan depósitos corneales granulados marronáceos estromales posteriores sin signos inflamatorios en OD; el OI muestra una cónea leucomatosa difusa, sin apreciarse depósitos ni signos inflamatorios. El recuento endotelial no mostraba depósitos, con una cifra de 2143 células en OD e imposible de contar en OI. La anamnesis descartó el uso terapéutico de SO, destacando la profesión de joyero del paciente. Se realiza Microscopía Confocal In Vivo (MCIV), que confirma la presencia de depósitos estromales brillantes de SO principalmente en OD, al enmascarar la afectación herpética la enfermedad en OI; siendo diagnosticado finalmente de Crisisis corneal bilateral de etiología profesional.

Conclusión: La MCIV ofrece cortes histológicos de la córnea, lo que posibilita el diagnóstico de enfermedades por depósito en casos que pasan desapercibidos a la Biomicroscopía. Se desconoce la dosis de SO a partir de la cual se producen los depósitos corneales. La Crisisis corneal es una enfermedad rara donde debemos valorar tanto los antecedentes terapéuticos como profesionales para que no pase inadvertida en la exploración habitual.

CC82

QUERATITIS FÚNGICA POR EL NUEVO GÉNERO DENDROTHYRIUM

Gisela Katherine BENANCIO JARAMILLO, Esther SÁEZ MARTÍN, Isabel VELASCO SASTRE

Introducción: La queratitis fúngica es una entidad clínica de difícil manejo que sigue siendo un reto diagnóstico y terapéutico por su evolución tórpida, provocando muchas veces ceguera.

Caso clínico: Varón de 53 años con parálisis facial derecha secundaria a resección de Schwannoma vestibular en 2 ocasiones, portador de lente de contacto terapéutica en ojo derecho (OD). Acude a urgencias presentando queratitis OD. A la exploración: Lagoftalmos OD con infiltrado corneal paracentral. Se le prescribe inicialmente moxifloxacino y posteriormente fluorometolona con mejoría. Aproximadamente 3 semanas después, empeoramiento del cuadro clínico con hipopion y crecimiento filamentosos progresivos a cámara anterior. El cultivo fue positivo para hongo filamentosos. Diagnosticado de queratitis fúngica OD, se pauta tratamiento con voriconazol intracamerular y sistémico, asociado a rTpA en cámara anterior y posteriormente anfotericina B con cierta mejoría. A los 3 meses se confirma el patógeno: *Dendrothyrium variisporum*, una nueva especie catalogada en el 2014. Posteriormente el cuadro se complica con sobreinfección bacteriana por *Pseudomonas aeruginosa* y extensión a estructuras adyacentes por lo que se decide enucleación del globo ocular derecho.

Conclusión: Ante queratitis resistentes al tratamiento en portadores de lente de contacto, sospechar queratitis fúngica. Una correcta toma de muestras para el cultivo y la reacción en cadena de la polimerasa ayudarán a identificar el patógeno específico.

Es importante el tratamiento precoz e intensivo, sin embargo, la farmacoresistencia y/o identificación de nuevos géneros de hongos dificulta aún más el tratamiento por la escasa o nula referencia científica sobre ellos.

CC83

ABCESO CORNEAL POR ASPERGILLUS TAMARII EN PACIENTE CON ANILLOS

Daniele FERRARI, Juan GROS OTERO, Noelia RUBIO ÁLVAREZ, Tamer BITAR

Introducción: Presentamos el primer caso documentado en Europa de queratitis por *Aspergillus tamarii*.

Caso clínico: Varón de 46 años que acudió a Urgencias por dolor en OI de 4 días de evolución en tratamiento con antibióticos tópicos.

Como antecedentes oftalmológicos presenta ectasia corneal post LASIK tratada con anillos intraestromales INTACS bilateral y es usuario de lentillas. En la exploración del OI se identificó un absceso corneal de 2,7 mm y AV de 0,1. Pautamos antibióticos reforzados tópicos y orales con buena evolución durante las primeras semanas pero después, dada la mala evolución clínica del caso obtuvimos muestras para cultivo y añadimos valaciclovir y voriconazol oral. El cultivo resultó positivo por *aspergillus tamarii* y añadimos amfotericina tópica. A pesar del tratamiento, el paciente presentó empeoramiento progresivo por lo que se ingresó para tratamiento con voriconazol y amfotericina intravenosos. La exploración endocular y el estudio sistémico resultaron negativos para diseminación fúngica. Durante el ingreso pudimos introducir el tratamiento con natamicina tópica. A los 10 días, dado el melting corneal progresivo no obstante el agresivo tratamiento tópico y intravenoso, se practicó el explante de los anillos con inyección de amfotericina intraestromal. Se suspendió el voriconazol intravenoso por elevación de enzimas hepáticas y dada la persistencia de reacción en cámara anterior, pero sin signos de diseminación endocular se pautó dexametasona tópica a bajas dosis que permitió la estabilización del cuadro corneal.

A los cuatro meses del diagnóstico, el paciente presenta una cicatriz corneal extensa con neovasos asociados pero sin signos de infección o inflamación, sinequias posteriores de iris y catarata.

Conclusión: El manejo de abscesos corneales fúngicos requiere de seguimiento estrecho con el uso simultáneo de intervenciones quirúrgicas y médicas. Este es el primer caso documentado de queratitis por *A. tamarii* en Europa.

CC84

QUERATOPATÍA BULLOSA SECUNDARIA A QUISTE IRIDIANO LIBRE EN CÁMARA ANTERIOR

María Elena GONZÁLEZ MONTPETIT, Ana Raquel SILVA RIBEIRO, Ana ORIVE BAÑUELOS, Jaime ETXEBARRIA ECENARRO

Introducción: La queratopatía bullosa consiste en la presencia de edema estromal y epitelial, con el consiguiente aumento del espesor corneal y pérdida de transparencia, y la formación de microquistes y bullas subepiteliales. Suele ser consecuencia de una disfunción grave y persistente del endotelio corneal secundaria a diversas patologías como distrofias endoteliales, inflamación, trauma, etc.

Cuando la descompensación corneal es difusa y grave produce una importante disminución de agudeza visual (AV), y suele asociarse a intenso dolor por la rotura de las bullas subepiteliales.

El tratamiento definitivo en estos casos es la queratoplastia lamelar posterior, como la DSAEK o la DMEK.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 68 años que acude al servicio de Urgencias por dolor en el ojo izquierdo (OI) de 2 días de evolución.

Como único antecedente de interés presenta una intervención de catarata de su OI hace 4 años.

La AV es de movimiento de manos en su OI. A la exploración se observa la presencia de una marcada descompensación corneal con importante edema y bullas en su superficie.

La gonioscopia detecta la presencia de un quiste iridiano libre en la cámara anterior que se desplaza con los movimientos oculares.

El paciente fue sometido a una DMEK con previa extracción del quiste libre por aspiración

Conclusión: Los quistes iridianos secundarios a cirugía intraocular son infrecuentes. En raras ocasiones pueden desprenderse y aparecer libres en la cámara anterior.

En decúbito supino se movilizan hacia el centro de la córnea por presentar menor densidad que la del humor acuoso, produciendo un trauma continuo sobre el endotelio. Con el tiempo podrían causar una descompensación corneal como la observada en nuestro paciente.

Habitualmente, por la posición de la cabeza en la exploración con lámpara de hendidura, aparecen alojados en la zona superior del ángulo iridocorneal, pudiendo ser casi imperceptibles si no son de gran tamaño.

CC85

ESCLERITIS NODULAR BILATERAL SECUNDARIA A ROSÁCEA OCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Virginia HERNÁNDEZ ORTEGA, María Luisa PÉREZ GANCEDO, Ángel GARCÍA APARICIO, María PLATERO VÁZQUEZ

Introducción: Varón de 87 años con escleritis bilateral, más grave en ojo izquierdo (OI). Tras múltiples tratamientos tras los que recidivaba o no respondía, mejoró tras la introducción de doxiciclina vía oral (vo).

Caso clínico: Acudió a urgencias por dolor en OI siendo diagnosticado de escleritis. No toleraba la indometacina y tuvo crisis hipertensiva con el ibuprofeno por lo que se trató con diclofenaco, pero ante el empeoramiento del cuadro hubo que introducir prednisona vo. Desarrolló una úlcera corneal periférica y placas blanquecinas en la conjuntiva de la zona afectada. El estudio reumatológico fue normal. Se bajó la dosis de prednisona pero desarrolló escleritis del ojo derecho por lo que se continuó con el corticoide asociado a tratamiento tópico con corticoides. No acudió a la consulta durante 3 meses suspendiendo el tratamiento por su cuenta. Acudió de nuevo con escleritis bilateral, menos importante que previamente. Se decidió intensificar el tratamiento tópico de blefaritis y comenzar con doxiciclina vo 100mg/24h para posteriormente pasar a 50mg. Presentó una lesión sospechosa de herpes en el OI que se trató con antivíricos. Actualmente se encuentra asintomático sin nuevos episodios.

Conclusión: La rosácea es una patología infadiagnosticada. La patogenia no es bien conocida. Una mezcla de factores genéticos y medioambientales hiperestimulan vías inflamatorias. Las manifestaciones de la rosácea ocular son síntomas inespecíficos. En la historia del paciente ya estaba descrita una intensa blefaritis mixta. Tras varios intentos con AINEs, se introdujeron corticoides para poder controlar el cuadro sin conseguirlo. Al estar la blefaritis exacerbada en una de las visitas, se añadió a la higiene palpebral, antibióticos y corticoides tópicos, doxiciclina, produciéndose una rápida mejoría. Ante la presencia de una úlcera sospechosa de herpes se pautó valaciclovir oral. Actualmente está asintomático con doxiciclina 50mg y valaciclovir 500mg/24h vo.

CC86

DSAEK EN BUFTALMOS CON ESTRÍAS DE HAAB

M^a de las Mercedes MOLERO SENOSIAÍN, Ricardo CUIÑA SARDIÑA, José María MARTINEZ DE LA CASA, Clara VALOR SUÁREZ

Introducción: Paciente de 32 años de edad con glaucoma congénito bilateral diagnosticado a los 4 meses. A lo largo del seguimiento requirió múltiples cirugías antiglaucomatosas para su control (tres goniotomías y una trabeculectomía en cada ojo).

Caso clínico: En 2011 acude remitida a nuestro centro por mal control de su glaucoma, presentando agudeza visual (AV) de 0.8 en ojo derecho (OD) y cuenta dedos en ojo izquierdo (OI). A la exploración presentaba buftalmos en ambos ojos con córnea transparente y estrías de Haab en OD y leucoma total en OI. La presión intraocular era de 30 mmHg con tratamiento médico máximo. En la evolución requirió acetazolamida vía oral, presentando episodios de descompensación endotelial. El recuento endotelial no era valorable por el estado de la córnea. Se decidió realizar un implante Express en OD con buen control tensional hasta la actualidad, manteniendo la córnea transparente y buena AV hasta 2015. Posteriormente, comienza a presentar signos de descompensación y en mayo de 2016 se realiza DSAEK en OD.

Conclusión: Se presenta el caso clínico y la evolución del trasplante endotelial en un ojo buftálmico con estrías de Haab.