



Vídeos

V01

CIRUGÍA DE TRAUMATISMO OCULAR POR PETARDO EN NIÑO DE 7 AÑOS

Francisco FARÍAS ROZAS, Delia HERNÁNDEZ PÉREZ, Raúl TORRECILLAS PICAZO, John LISCOMBE SEPÚLVEDA

Introducción: Presentamos el caso de un escolar de 7 años con un traumatismo ocular por estallido de artefacto pirotécnico cercano. Evolucionó con hipema total, desinserción zonular parcial y una catarata intumesciente precoz. En nuestro paciente la resolución quirúrgica fue pospuesta hasta controlada la uveítis traumática, el hipema y el glaucoma agudo secundario.

Técnica quirúrgica: se procedió a la rotura de las extensas sinequias posteriores de forma manual con viscoelástico y tijeras de 23G. Con las mismas, luego se realizó una capsulotomía, procedimiento dificultado por desgarros múltiples de la cápsula anterior. La extracción de la catarata se realizó mediante maniobra manual de aspiración. Tras el implante de la LIO en sulcus, se procedió a una vitrectomía pars plana (VPP) 23G para evitar la protrusión vítrea hacia cámara anterior a través de la desinserción zonular nasal y secundariamente el desplazamiento con inclinación de la LIO.

Conclusión: La realización de una capsulotomía con tijeras de 23G y la extracción de la catarata mediante aspiración manual, permiten minimizar el riesgo intraoperatorio de luxación del núcleo en vítreo en casos de rotura capsular anterior. Riesgo aún mayor si se asocia a debilidad zonular.

V02

LA CATARATA TRAUMÁTICA. ABORDAJE DE TRES SITUACIONES DIFERENTES

Manuel FRANCO BENITO, Esther RODRÍGUEZ DOMINGO, Bárbara MARTÍN ESCUER, Jorge SÁNCHEZ CAÑIZAL

Introducción: Se presentan tres casos de catarata traumática diferentes y la cirugía que se hizo en cada uno de ellos. En el primer caso la cornea y el cristalino se habían perforado en un accidente doméstico (bricolaje). En el segundo había un defecto zonular mayor de 120° consecuencia de una contusión. En el último caso el paciente presentaba una endoftalmitis secundaria a una perforación de cornea y cristalino con material contaminado y la cirugía se realizó tras tratar el cuadro infeccioso.

Técnica quirúrgica: En el caso 1, tras suturar la perforación corneal se localiza la rotura capsular con ayuda de colorante azul tripan y se completa una rexis circular en la zona de cápsula conservada. Se logra implantar una lente monobloque en saco.

En el caso 2, después de realizar una hidro y viscodisección suave se estabiliza el saco con la inserción de un anillo de tensión previo a la realización de la facoemulsificación. Finalmente se implanta una lente monobloque en saco.

En el caso 3 el paciente presentaba un hipopion y un edema corneal que obligó a un tratamiento antibiótico agresivo. Una vez resuelto este cuadro se abordó la cirugía de la catarata. Se completó la rexis en la zona de cápsula respetada y al final de la facoemulsificación se aprecia una cápsula posterior rota como consecuencia del traumatismo previo. Se implanta una lente de tres piezas en sulcus.

Conclusión: En la catarata traumática hay que individualizar cada caso siendo muy útil el colorante azul tripan para localizar la zona de defecto en la cápsula anterior al tiempo que debemos asumir que la zónula y la cápsula posterior pueden estar comprometidas. Estas situaciones nos obligarán a modificar nuestra técnica quirúrgica habitual.

V03

CATARATA TRAUMÁTICA SUBLUXADA :UN DESAFÍO QUIRÚRGICO

Laura HERNÁNDEZ ESTEBAN, Emeterio ORDUÑA DOMINGO, Rocío REGUEIRO SALAS, Jaime VILA CASTRO

Introducción: Presentamos la cirugía de un paciente con una catarata subluxada de origen traumático, con la utilización del anillo de Cionni de Morcher, indicado para la estabilización del saco capsular, en casos de debilidad o rotura zonular, con un diseño que permite la fijación escleral, aportando mayor estabilidad al complejo.

Técnica quirúrgica: Tras la realización de 2 incisiones corneales a II y X h, se utilizó una disolución oftalmológica de azul tripán para mejorar la visualización de la cápsula anterior para la realización de la capsulorrexis de forma circular continua. Posteriormente se realizó una peritomía y una esclerotomía no perforante a VI h a 4 mm del limbo esclerocorneal. Se introdujo una aguja recta doble armada de Prolene 10/0 por la incisión corneal principal; más adelante, se introdujo una aguja de 23 g por la esclerotomía previamente realizada, por detrás del iris, que nos sirvió de guía para enhebrar la aguja recta de sutura y dirigirla hacia la esclerotomía. Se enhebró el otro cabo de la sutura por el ojal de fijación del anillo de Cionni y se introdujo el anillo a nivel endocapsular a través de la capsulorrexis. Una vez introducido el anillo por completo dentro del saco capsular, se dirigió la segunda aguja de sutura hacia la esclerotomía con la misma aguja-guía de 23 g. Extraídos los dos cabos de sutura de Prolene, cortamos las agujas y los suturamos entre sí. Una vez fijado, estabilizado y centrado el complejo, realizamos la facoemulsificación de cristalino más implante de lente intraocular de 3 piezas con hápticos de PMMA ABBOTT Tecnis one ZA9003 en cámara posterior, sin complicaciones. Se prosiguió con el cierre de la incisión principal corneal y el cierre conjuntival con Nylon de 10-0.

Conclusión: El anillo de Cionni es una buena opción para estabilizar y centrar el saco capsular en casos de cirugía de catarata compleja con debilidad o rotura zonular.

V04

ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL RESIDENTE EN EL APRENDIZAJE DE LA CIRUGÍA DE LA CATARATA Y ERRORES COMUNES

Ana MONTOLIU ANTÓN, Mercedes MORENO MONER, Assumpció GORRO MIRÓ, M.^a Soledad PEÑA

Introducción: la facoemulsificación es con diferencia el procedimiento quirúrgico más frecuente en el campo de la oftalmología y un requisito casi indispensable en la formación de todo residente de la especialidad.

Técnica quirúrgica: Cada paso en la cirugía de la catarata es importante para el buen resultado de la técnica; cada uno de ellos tiene sus peculiaridades y este vídeo trata de sintetizarlas. Enfocado a la formación quirúrgica del residente, exponemos aquellas maniobras que nos ayudarán a simplificar cada movimiento para que la facoemulsificación pueda llevarse a cabo con éxito en el periodo inicial del aprendizaje de la técnica. Además, se muestran algunos de los errores más comunes en la cirugía durante el aprendizaje y aspectos importantes a la hora de corregirlos.

Conclusión: Una buena sistemática de la técnica junto con el conocimiento de las singularidades de cada paso de la cirugía son claves para la iniciación con éxito en la cirugía de la catarata mediante facoemulsificación.

V05

LEVANTANDO EL FLAP DURANTE AÑOS

Melania CIGALES JIROUT, Jairo HOYOS CHACÓN, Jairo E. HOYOS CAMPILLO

Introducción: Las hipo e hipercorrecciones después de la cirugía LASIK son fáciles de solucionar levantando el flap y retratando con láser. Incluso podemos realizar esta técnica para solucionar sorpresas refractivas de cirugía de cataratas en pacientes intervenidos de LASIK. Pero, ¿hasta cuándo podemos levantar el flap?

Técnica quirúrgica: A la lámpara de hendidura identificamos el borde del flap y con la punta de una aguja de insulina levantamos un poco el borde. Luego, bajo el microscopio quirúrgico completamos el levantamiento con ayuda de una espátula y una hemosteta. Mostramos varios vídeos levantando el flap tan precozmente como al mes y tan tardíamente como 17 años después. La mayoría eran defectos residuales después del LASIK, pero algunos fueron para tratar sorpresas refractivas después de cirugía de cataratas en pacientes intervenidos de LASIK. Presentamos algunos casos complicados: fuertes adherencias del flap en algunos hipermétropes incluso poco tiempo después, delantales epiteliales inducidos durante el levantamiento y un caso con queratotomía radial previa al LASIK que desarrolló una epitelización a través de las incisiones.

Conclusión: Levantar el flap es posible incluso después de 17 años y quizás después de más tiempo. No hemos encontrado grandes diferencias al levantar el flap durante el primer año y 1 o 2 décadas después. Hemos encontrado fuertes adherencias del flap en algunos casos hipermetrópicos.

V06

¿POR QUÉ ESTA ICL NO TIENE VAULT?

Jairo HOYOS CHACÓN, Melania CIGALES JIROUT, Jairo E. HOYOS CAMPILLO

Introducción: El vault es la distancia de la ICL al cristalino. Un vault pequeño puede causar catarata y aunque suele ser debido a que la longitud de la lente es demasiado pequeña para la distancia sulcus-sulcus del ojo, existen otras causas que debemos tener presentes.

Técnica quirúrgica: Presentamos un caso de ICL en un paciente de 26 años con una miopía -9.5 dioptrías (D), una profundidad de cámara anterior de 3.3 mm y una distancia blanco-blanco de 13 mm. Implantamos una ICL de -11.5 D modelo VICM013.7. Al día siguiente de la cirugía la agudeza visual sin corrección era 0.5 y el autorrefractómetro marcaba +2.5 -3 X 88°. La OCT mostraba ausencia de vault y una silueta de la ICL sugestiva de que estaba al revés. En el video se comprobó como la ICL se giró durante la inserción y se implantó invertida. Realizamos explante de la ICL e implante en su posición correcta. Un día después la agudeza visual sin corrección era 1.0 y la ICL tenía un buen vault.

Conclusión: Debemos tener en cuenta la posibilidad de la inversión de la lente durante la inserción y siempre revisar los puntos de referencia de la ICL. Un vault pequeño con baja visión y un astigmatismo inexplicable son signos sospechosos de que la ICL se implantó al revés.

V07

CIRUGÍA DE GLAUCOMA MEDIANTE IMPLANTE DE DISPOSITIVO DE DRENAJE VALVULADO CON TUBO EN SULCUS Y TUNELIZACIÓN GUIADA EN UN CASO DE SÍNDROME DE STURGE WEBER

Juan Antonio EZPELETA CAMPAÑA, Isabel CARAL VANACLOCHA, M.^a Jesús MUNIESA ROYO

Introducción: varón de 65 años con síndrome de Sturge Weber y hemangioma facial y orbitario derecho con antecedente de facotrabeculectomía en 2012 e implante Express en 2015 que se remite por mal control tensional. Antecedente de desprendimiento coroideo seroso tras la primera cirugía filtrante y de desprendimiento de retina exudativo tras la segunda. Exploración: AV OD movimiento de manos; OI 0,6 BMA OD vascularización anómala compatible con hemangioma a nivel escleral, pseudofaquia correcta, ampollas de filtración planas. BMA OI normal. PIO OD 29 mmHg (tratamiento hipotensor máximo); OI 14mmHg. FO OD: e/p 0,9, retina aplicada; OI e/p 0,2, restos sin alteraciones.

Técnica quirúrgica: Se interviene de dispositivo de drenaje valvulado (válvula de Ahmed) en cuadrante temporal-superior con tubo en sulcus. Presentamos el vídeo de la técnica utilizada para implantar el tubo en sulcus utilizando como fiador una sutura de prolene de 10/0 de doble aguja recta. En el postoperatorio presento un desprendimiento coroideo seros periférico con buena respuesta al tratamiento antiinflamatorio y PIO de 14mmHg.

Conclusión: Los glaucomas por aumento de la presión venosa episcleral asociados al síndrome de Sturge Weber son casos complejos con mayor riesgo de complicaciones postoperatorias. Los dispositivos de drenaje son una opción quirúrgica y la colocación del tubo en sulcus permite alejarnos del endotelio corneal.

V08

REPARACIÓN DE IMPLANTE XEN® FIBROSADO

Rafael MONTEJANO MILNER, Cosme LAVÍN DAPENA, Oriana D'ANNA MARDERO, Rosa M.^a CORDERO ROS

Introducción: El implante XEN® es de un tubo de gelatina de colágeno fortalecido por crosslinking con glutaraldehído que permite el drenaje de humor acuoso al espacio subconjuntival vía ab interno. Presentamos el caso de una paciente de 41 años, miope magna con ojo único, cuyo implante XEN® comenzó a fracasar secundariamente a la fibrosis progresiva de la ampolla subconjuntival de drenaje, refractaria a needling con 5-fluorouracilo. Se le propuso someterse a cirugía reparativa del dispositivo.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia retrobulbar en el ojo derecho (OD), se realiza una peritomía superior y resección de la cápsula de Tenon. Tras retirar la capa fibrosa de Tenon y el tubo XEN, se evidencia encapsulamiento del extremo distal del mismo, por lo que se disecciona cuidadosamente, retirando las adherencias fibrosas. Se decide a continuación aplicar mitomicina C al 0,02% subconjuntival durante 1 minuto. Tallamos un túnel escleral a 3 mm del limbo con una aguja de calibre 27G dirigida a la cámara anterior (CA), por el cual introducimos el implante XEN. Se sutura la conjuntiva con Vicryl 7-0 y, para concluir la cirugía, se administra metilprednisolona 60 mg por vía intravenosa.

Conclusión: En las revisiones posteriores, la paciente ha presentado un implante localizado en posición correcta, sin fibrosis subconjuntival y con cifras tensionales dentro de la normalidad. Ante el fracaso de un implante XEN®, la maniobra que se viene a practicar habitualmente es el recambio del mismo. Nosotros optamos por reciclarlo retirando las adherencias y cambiando el sitio de entrada a la CA, buscando una zona con menor tendencia fibrótica. La cirugía reparadora de los implantes MIGS puede ser una alternativa clínicamente interesante y económica.

V09

IMPLANTE XEN SIN VISCOELÁSTICO

Isabel PASCUAL CAMPS, Jorge VILA ARTEAGA, Angélica de FREYTAS RODRÍGUEZ

Introducción: El dispositivo de drenaje para glaucoma XEN, se implanta mediante un procedimiento ab-interno mínimamente invasivo, produciendo un flujo hacia el espacio subconjuntival no disecado. Durante esta cirugía, es habitual el uso de viscoelásticos para el mantenimiento del espacio en cámara anterior durante la implantación. Nuestra técnica pretende realizar este procedimiento sin viscoelástico, por lo que reducimos en número de maniobras necesarias para su implante.

Técnica quirúrgica: Para la realización de esta técnica necesitamos disponer de dos incisiones. Habitualmente, este implante es colocado tras la realización de la facoemulsificación, por lo que podemos utilizar la paracentesis habitual de esta cirugía. Como mantenedor de cámara empleamos el terminal de la infusión bimanual, sin usar el terminal de aspiración. Este instrumento hace también el papel de espátula para la contrapresión. Con esta técnica la formación de la ampolla se forma inmediatamente tras colocar el implante.

Conclusión: Resulta factible y segura la realización del implante del dispositivo XEN sin viscoelástico intracamerular para evitar así subidas no deseadas de la tensión ocular en pacientes afectados de glaucoma.

V10

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LAS AMPOLLAS QUÍSTICAS Y EN LAS AVASCULARES

Francisco RUIZ TOLOSA, Andrea LLOVET RAUSELL

Introducción: Presentamos la cirugía de recubrimiento conjuntival en un caso de ampolla de filtración quística y en otro caso de ampolla avascular tras episodio de blebitis.

Técnica quirúrgica: El primer caso consiste en una trabeculectomía realizada en otro centro en la que se realiza una cirugía de recubrimiento conjuntival tras resección de una ampolla quística de grandes dimensiones combinada con extracción de catarata. El segundo caso consiste en una esclerectomía profunda no perforante realizada en nuestro centro en la que, tras presentar un episodio de blebitis tratado con éxito, se realiza un recubrimiento conjuntival para evitar una nueva infección. En ambos casos se muestra tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (CASIA) antes y después de la cirugía.

Conclusión: Las ampollas avasculares y quísticas se relacionan con el uso de antimetabólicos en la cirugía filtrante, en especial la mitomicina C, y suponen un riesgo aumentado de complicaciones como blebitis y endoftlmitis. Es importante el tratamiento quirúrgico precoz con recubrimiento conjuntival, como prevención de las posibles complicaciones, sobretodo tras un episodio previo de Blebitis.

V11

ESTUDIO CON LUZ POLARIZADA DE LA TREPANACIÓN CORNEAL CON SISTEMA DE PUNCH: REPERCUSIÓN SOBRE EL ENDOTELIO

Gonzalo GARCÍA DE OTEYZA DELBÈS, Juan ÁLVAREZ DE TOLEDO ELIZALDE, Rafael I. BARRAQUER COMPTE

Introducción: La trepanación corneal por la cara endotelial con sistema de punch es el método más empleado para la obtención del injerto en córneas conservadas. El modo en que se realiza la trepanación tiene consecuencias sobre el endotelio corneal que pueden afectar a la supervivencia del injerto.

Técnica quirúrgica: Realizamos un estudio de los cambios sufridos por la córnea al ser sometida al sistema punch mediante la observación bajo luz polarizada del aspecto macroscópico del injerto. El estudio microscópico complementario con distintas tinciones permite la valoración del endotelio.

Conclusión: Creemos que el estudio con luz polarizada complementado con el examen microscópico del endotelio puede ser una herramienta importante para evaluar los distintos sistemas de trepanación.

V12

PROPUESTA DE PUPILOPLASTIA EN ANISOCORIA POSTRAUMÁTICA CON CRISTALINO TRANSPARENTE. SOLO PARA SUS OJOS

Fernando GONZÁLEZ DEL VALLE, Álvaro FIDALGO BRONCANO, M.^a José DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ, Jorge RIVERA SALAZAR, Marta PRADAS GONZÁLEZ, Javier CELIS SÁNCHEZ, Edgar INFANTES MOLINA

Introducción: La anisocoria postraumática es una patología difícil de abordar y sin un tratamiento quirúrgico seguro y establecido en pacientes con cristalino transparente. Se propone una nueva aproximación quirúrgica para recuperar la funcionalidad iridiana minimizando el daño cristalino.

Técnica quirúrgica: Se realiza esta nueva cirugía en una paciente de 50 años que sufrió un pelotazo en su ojo izquierdo. Con una sutura de poliéster de 11/0 y pinzas desechables de pelado de membrana limitante interna modificadas, se suturan los principales puntos de ruptura del borde pupilar del iris. Previamente a estas suturas, realizadas intraocularmente, se implanta una lente plegable acrílica hidrofóbica subiridiana para proteger al cristalino transparente.

Conclusión: Esta nueva técnica quirúrgica reduce la dilatación iridiana y por tanto la anisocoria, evita el daño cristalino y permite la recuperación de parte de la funcionalidad pupilar.

V13

IMPLANTE DE DEXAMETASONA EN CÁMARA ANTERIOR. MANEJO QUIRÚRGICO

Sara NÚÑEZ MÁRQUEZ, Juan GARCÍA SÁNCHEZ, María GONZÁLEZ HERRERA, José Ramón HUESO ABANCÉNS

Introducción: Ozurdex (OZX) es un dispositivo de aplicación intraocular que mide 6 mm (longitud)x0,46 mm (diámetro). Contiene 700 microgramos de principio activo. A pesar de su frecuente uso en el manejo de edemas maculares no infecciosos, no está exento de complicaciones. Presentamos el caso de un varón de 80 años con visión borrosa y enrojecimiento en OD de 1 día de evolución.

AP: VPP por luxación de LIO OD, implante secundario de LIO anclada a iris, edema macular postquirúrgico en OD tratado con OZX 10 días antes.

AVscOD MM.

PIO 17mmHg.

BMC: hiperemia mixta, edema corneal, OZX en cámara anterior (CA), LIO anclada a iris prepupilar.

El retroceso del implante mediante posicionamiento fue ineficaz y se decidió cirugía.

Técnica quirúrgica: Tras instilar anestésico tópico se realiza una paracentesis superotemporal en córnea clara. Se administra lidocaína al 1% intracamerular y se rellena la CA con viscoelástico. A continuación se realiza una nueva incisión temporoinferior valvulada de 2,2 mm. Con ayuda de más viscoelástico movilizamos y dirigimos el implante hacia la incisión principal. A través de ésta con el extremo distal de un manipulador Sinsky lo capturamos y lo atraemos hacia el exterior. Finalmente se realiza un lavado de la CA y se asegura la incisión con un Nylon 10/0.

Conclusión: Debemos indicar OZX con especial cautela en paciente con disrupción de la cápsula posterior, LIOs de soporte iridiano o CA y/o afaquia ya que están sujetos a mayor riesgo de migración del implante. Se cree que las corrientes de humor acuoso en un ojo sin "compartimentos" directamente de cámara vitrea a CA, podrían favorecer el transporte del implante. Esta complicación puede acarrear un daño corneal potencialmente irreversible. El tratamiento consiste en la retirada del implante y manejo de las complicaciones.

Es fundamental agotar las opciones terapéuticas conservadoras antes de indicar OZX en ojos con predisposición anatómica a la migración del mismo.

V14

SECCIÓN TRAUMÁTICA DE LA MUSCULATURA OCULAR EXTRÍNSECA

Elena PÉREZ DÍEZ, Bárbara MARTÍN ESCUER, José Álvaro TORIBIO GARCÍA, Esther RODRÍGUEZ DOMINGO

Introducción: Paciente de 37 años de edad, que acudió a urgencias por traumatismo orbitario derecho con un tornillo. Presentaba herida palpebral tercio interno de espesor completo junto con desinserción completa conjuntiva nasal y tenon y presencia de fragmento proximal músculo recto medial derecho. Limitación completa aducción ojo derecho. Tomografía computarizada de órbitas: Rotura septo orbitario y desinserción músculo recto medial derecho.

Técnica quirúrgica: El paciente fue intervenido de urgencia, realizándose exploración minuciosa de tejidos orbitarios sector medial, encontrándose tanto el músculo como su cápsula completamente desinsertados y el músculo deslizado en el espacio subtenoniano. Se localizó tejido tenoniano perimuscular y en el fondo de dicho tejido se encontró extremo distal del músculo recto medial. Se realizó sutura continua del extremo distal con sutura de ácido poliglicólico de 6/0 doble armada, pasando posteriormente cada una de las agujas por los extremos superior e inferior del fragmento muscular proximal. A continuación se suturaron ambos extremos musculares con dos puntos sueltos para asegurar la sutura. Sutura conjuntival y palpebral. La evolución fue favorable, no presentando diplopia en ninguna posición.

Conclusión: la cirugía en éste tipo de patología debe realizarse horas o pocos días. Si las uniones intermusculares permanecen indemnes tras el traumatismo el pronóstico es mejor que en casos de pérdida muscular intra o postquirúrgica. Si el músculo entero es seccionado incluyendo su cápsula puede retroceder hasta el espacio subtenoniano resultando muy difícil su localización. Si se encuentra el fragmento muscular y se logra suturar el resultado funcional suele ser favorable.

V15

TÉCNICA DE YAMADA MODIFICADA EN EL SÍNDROME DE ENDOTROPIA PROGRESIVA ADQUIRIDA MIÓPICA

Laura PORRÚA TUBÍO, Miguel RUIZ GUERRERO, Ane PÉREZ SARRIEGUI, Cristina MÁRQUEZ

Introducción: El síndrome de endotropía progresiva adquirida miópica se caracteriza por una endo e hipotropía en el contexto de una miopía magna, habitualmente en ojos con una gran longitud axial. Se ha identificado en técnicas de imagen el desplazamiento nasal del recto superior y el desplazamiento inferior del recto lateral, causados probablemente por un globo elongado en sentido superotemporal que se hernia a través del cono muscular.

Técnica quirúrgica: La técnica descrita por Yamada se basa en los hallazgos descritos previamente y propone una hemitransposición supero-temporal de los músculos recto lateral y recto superior, así como una retroinserción de 8 a 10 mm del músculo recto medio.

Los músculos rectos superior y lateral se dividen cada uno en 2 hemivientres, de los cuales se van a transponer la porción superior del recto lateral y la porción temporal del recto superior, anclándose en esclera temporal-superior a 7 mm de limbo.

En nuestro caso, al procedimiento descrito por Yamada, se añadió también una retroinserción de 4mm de los hemivientres sometidos a la transposición para incrementar el tono muscular y con ello el efecto de la cirugía, técnica descrita por Ejzenbaum.

Conclusión: El síndrome de endotropía progresiva miópica cursa con una desviación importante en hipotropía y aducción extrema. Esto supone una gran restricción a la abducción y elevación por desplazamiento nasal e inferior de los músculos recto superior y recto lateral respectivamente, así como la consecuente contractura-fibrosis del recto medio. La cirugía de Yamada (añadiendo en nuestro caso una resección de 4mm de los hemivientres a transponer) ha demostrado ser efectiva para devolver a estos pacientes al estado más cercano posible a la ortotropía.

V16

ALARGAMIENTO DEL TENDÓN DEL OBLICUO SUPERIOR PARA TRATAR EL SÍNDROME DE BROWN

León REMÓN GARIJO, Diana PÉREZ GARCÍA, Patricia RAMIRO MILLÁN, Mireya MARTÍNEZ VÉLEZ

Introducción: Pretendemos comprobar la eficacia de la técnica de alargamiento del tendón del oblicuo superior para tratar el Síndrome de Brown.

Técnica quirúrgica: Realizamos un alargamiento de 10 mm. del tendón del oblicuo superior según la técnica de Crawford, mediante la sección longitudinal del tendón, dividiéndolo en dos y suturando ambas porciones por sus extremos.

Conseguimos normalizar las ducciones forzadas del ojo afecto, con buena elevación en aducción y buena exciclotorsión. La visión binocular y estereoscópica se mantiene normal.

Conclusión: La técnica de alargamiento del tendón del oblicuo superior es eficaz en el tratamiento del Síndrome de Brown.

V17

RESECCIÓN DE GRAN HEMANGIOMA CAVERNOSO MEDIANTE ORBITOTOMIA INFERIOR TRANSCONJUNTIVAL

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

Introducción: Paciente de 52 años de edad, acude a nuestra consulta por proptosis y disminución de la agudeza visual (AV) de lejos y cerca de ojo izquierdo (OI) de forma progresiva desde hace 1 año, sin antecedentes generales y oftalmológicos de importancia. A la exploración oftalmológica: AV mejor corregida ojo derecho (OD) 0.7 OI 0.5, exoftalmometría de Herthel: OD 16mm, OI 23mm, leve limitación a la supra/infraducción, reflejo fotomotor directo y consensuado sin alteraciones, polo anterior sin alteraciones, presión intraocular OD 16mmHg OI 21mmHG, fondo de OI con estriaciones en polo posterior y borde temporal/nasal del disco óptico desdibujados. Tomografía axial computarizada (TAC): masa bien encapsulada multiloculada e intraconal. Resonancia magnética nuclear (RMN) masa hipointensa en T1, hipertensa en T2, compatible con Hemangioma cavernoso (HC) de órbita izquierda. Se decide la resección tumoral mediante orbitotomía inferior transconjuntival.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia general. 1. Cantotomía y cantolisis, 2. Fijación palpebral con seda 3/0 y disección de retractores, 4. Disección de paquetes grasos y separación con valvas maleables, 5. Localización de tumoración, 6. Sujeción de masa tumoral con pinza Allis, 7. Vaciado de hemangioma cavernoso y extracción, 7. Colocación de dren, reconstrucción y cierre por planos.

Conclusión: El HC es la neoplasia benigna más frecuente de la órbita en el adulto. Afectan más a mujeres que a los varones. La forma de presentación es una proptosis de progresión lenta. Otros datos hallados son estrías retinianas, hipermetropía, compresión del nervio óptico, hipertensión intraocular y estrabismo. La TAC y RMN son las pruebas fundamentales en el diagnóstico y delimitación de sus límites para la planificación quirúrgica adecuada. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica cuando la lesión compromete la función ocular como en nuestro caso, aunque existen casos reportados de involución espontánea.

V18

MULLERECTOMÍA Y RESECCIÓN DEL CUERNO LATERAL DEL ELEVADOR COMO TRATAMIENTO DE LA RETRACCIÓN PALPEBRAL TIROIDEA

Javier GÁLVEZ MARTÍNEZ, Jorge RIVERA SALAZAR, José Juan VALDÉS GONZÁLEZ, Carmen ISPA CALLÉN, Trinidad INFANTE LEÓN, José Manuel ZARCO TEJADA, Francisco Javier LARA MEDINA

Introducción: Mujer de 52 años con orbitopatía tiroidea de larga evolución, tiroidectomizada, que presenta una retracción palpebral superior unilateral de 2 mm, estable en el último año.

Técnica quirúrgica: Realizamos cirugía con abordaje anterior desde el pliegue palpebral exponiendo tarso y elevador del párpado superior. Cortamos el cuerno lateral de la aponeurosis del elevador y con ayuda de anestésico local y aguja 30 G disecamos el espacio entre el músculo de Müller y el elevador y luego el espacio entre Müller y la conjuntiva subyacente. Se realiza una mullerectomía parcial y se incorpora al paciente valorando si se ha conseguido el efecto deseado. Incrementando la resección para mayor efecto. Se pasan puntos desde conjuntiva hasta el borde lateral del elevador. Se reconstruye el pliegue palpebral con puntos sueltos.

Conclusión: El resultado es aceptable con reducción de la retracción palpebral, de la apertura palpebral lateral «flare» y disminución o desaparición del retardo del párpado superior en la mirada hacia abajo (signo de von Graefe). Con esta técnica evitamos el uso de espaciadores.

V19

REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LA SECCIÓN TRAUMÁTICA DE AMBOS CANALÍCULOS

Bárbara MARTÍN ESCUER, Elena PÉREZ DÍEZ, Álvaro TORIBIO GARCÍA

Introducción: mujer de 18 años que acude a urgencias por herida incisocontusa en canto interno del ojo derecho por accidente de tráfico.

A la exploración presenta sección de ambos canalículos en la unión de estos en el canalículo común.

Técnica quirúrgica: En quirófano se procede a la exploración de la vía lagrimal bajo anestesia general observándose la integridad de los canalículos hasta la unión de estos con el canalículo común.

Tras varios intentos fallidos de la intubación bicanalicular por el conducto nasolagrimal, se procede a la intubación de los dos canalículos de forma individual con sendos tubos de minimonoka.

Conclusión: resaltamos el papel de la intubación monocanalicular en contraposición a la bicanalicular, con un tubo de minimonoka, en la resolución de traumatismos para la reparación de la vía lagrimal superior.

En estos casos no es necesaria la intubación completa del conducto nasolagrimal, y por ello mediante este tipo de guías conseguimos la reparación correcta de los canalículos, simplificando así la técnica quirúrgica.

V20

RESECCIÓN DE CARCINOMA BASOCELULAR EN CANTO INTERNO MEDIANTE TÉCNICA DE COLGAJO GLABELAR

Pablo Javier MAZAGATOS USED, Miguel Ángel ORDÓÑEZ LOZANO, Guillermo Osvaldo GARCÉS MONSALVE, Julia Andrea FAJARDO SÁNCHEZ

Introducción: El carcinoma basocelular es el tumor cutáneo más frecuente en la raza blanca. Se relaciona con la exposición solar y se encuentra clásicamente en pacientes mayores de cincuenta años. Debido a su lento crecimiento y escasa sintomatología es posible que pasen desapercibidos durante los primeros estadíos.

Técnica quirúrgica: Se describe un caso en el cual una paciente de 72 años de edad acude a nuestra consulta por presentar una lesión sospechosa de malignidad en canto palpebral interno, de más de un año de evolución.

La paciente es incluida en lista de espera quirúrgica para realizar una técnica de Slow-Mohs, mediante la cual, en un primer paso se realiza la extirpación de la lesión sospechosa de malignidad y se remite al servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital para diagnóstico y valoración de bordes quirúrgicos de resección. La pieza es informada como carcinoma basocelular con bordes de resección libres de células tumorales.

A continuación, en un segundo paso (una semana tras la resección), se lleva a cabo la reconstrucción quirúrgica, motivo de nuestro vídeo, en el cual se realiza una técnica de colgajo glabelar, con excelente resultado estético y funcional.

No hubo ninguna complicación reseñable en el postoperatorio de las dos intervenciones y cabe destacar que la paciente se mantiene libre de recidiva hasta la actualidad, ocho meses más tarde.

Conclusión: El colgajo glabelar es un colgajo dermograso, monopediculado, de transposición con avance V-Y de la región glabelar, que permite la reconstrucción de defectos localizados en el canto interno. El propósito del vídeo es poner de manifiesto la posibilidad de realizar este tipo de reconstrucciones quirúrgicas, con una alta tasa de éxito y calidad percibida por el paciente, a la par que unas bajas tasas de morbilidad y complicaciones.

Los autores declaran no tener ningún interés comercial ni haber recibido apoyo económico alguno por su realización.

V21

EXTRACCIÓN DE FASCIA LATA DEL CUÁDRICEPS CON PINZA ENDOSCÓPICA

Nuria PFEIFFER VICÉNS, Markus PFEIFFER, Susana Dolores PERUCHO MARTÍNEZ, Ignacio GENOL SAAVEDRA

Introducción: Para la suspensión al frontal (ptosis palpebral), suspensión a la línea temporal (ptosis de ceja) y la fijación intercantal (floppy eyelid syndrome), la fascia lata autóloga es el material de primera elección. En la técnica descrita originalmente por Crawford, se emplea un fasciotomo, en la técnica que se describe a continuación, no se precisa de su uso. Mostramos una sencilla técnica de extracción de fascia lata del cuádriceps mediante la utilización de una pinza endoscópica.

Técnica quirúrgica: Se localiza el vasto externo del cuádriceps, y se realiza una incisión longitudinal de 20mm con bisturí paralela a las fibras de la fascia en la superficie plana de la cara lateral del fémur. Se abre el tejido celular subcutáneo y se separa con retractores Demarres, bajo el cual encontramos la fascia lata, de un color blanco nacarado. Introducimos una espátula sobre la fascia lata en sentido longitudinal avanzando unos 8-12 cm para separarla del tejido celular subcutáneo. Seccionamos el extremo distal de la tira de fascia según la anchura que necesitemos (12 mm para la ptosis bilateral, 6 mm para la ptosis unilateral). Introduciendo una tijera de Metzenbaum abierta seccionamos el borde medial de la misma y seguidamente el lateral. Marcamos el extremo distal de la tira con una sutura. Se introduce una espátula en sentido longitudinal y posterior a la fascia liberándola del músculo. Se realiza una pequeña incisión superior de 5mm de largo. Se introduce una pinza endoscópica por la incisión superior llegando hasta la inferior donde se pinza el extremo de fascia seccionado, se extrae la pinza junto con la fascia a través de la incisión superior. Finalmente se corta el extremo proximal. La tira de fascia se divide en tiras más estrechas de aproximadamente 2 mm intentando liberar la fascia de tejido subcutáneo y grasa.

Conclusión: El trasplante autólogo o autotrasplante/autoinjerto se considera de elección debido a las grandes ventajas que supone en materia de compatibilidad. Otros tejidos homólogos son ineficaces a largo plazo. En cirugía oculoplástica la fascia lata es un tejido de gran valor dada su utilidad, durabilidad y compatibilidad. La fascia lata autóloga del cuádriceps es sencilla de obtener mediante esta técnica que mostramos. A través de dos pequeñas incisiones y sin la necesidad de hacer uso del fasciotomo obtenemos fascia lata autóloga en un corto periodo de tiempo quirúrgico.

V22

COLGAJO DE MÚSCULO TEMPORAL E INJERTO LIBRE DE PIEL PARA RELLENAR GRAN DEFECTO EN FOSA TEMPORAL Y REBORDE ORBITARIO

Jorge RIVERA SALAZAR, José Juan VALDÉS GONZÁLEZ, Javier GÁVEZ MARTÍNEZ, Carmen ISPA CALLÉN, Trinidad INFANTE LEÓN, Esperanza LÓPEZ MONDEJAR, Laura RIVEIRA VILLALOBOS

Introducción: Mujer de 89 años que presenta gran tumoración en fosa temporal y área próxima de reborde orbitario, de 7 x 7,5 cm. La biopsia previa confirma epiteloma basocelular, el TAC no muestra extensión orbitaria ni extensión ósea. Para rellenar el gran defecto producido por la extirpación de la tumoración y el margen apropiado, optamos por realizar un colgajo de músculo temporal que sirve de base para un injerto libre de piel.

Técnica quirúrgica: Se extirpa el tumor hasta periostio con márgenes. Luego de exponer el músculo temporal, lo levantamos hasta el pedículo, junto a periostio para evitar lesionar los vasos profundos; movilizamos hacia adelante y fijamos con puntos, obtenemos injerto libre de piel de región abdominal y lo adherimos con puntos al colgajo de músculo temporal.

Conclusión: El músculo temporal constituye un sistema vascular y muscular donante para la reconstrucción en área de cabeza y cuello, evita gran morbilidad por múltiples colgajos o colgajos extensos y constituye excelente base de injertos libres de piel.

V23

COLGAJO DE CUTLERBEARD E INJERTO LAMELAR POSTERIOR COMO SOLUCIÓN FUNCIONAL A TUMOR DE GRAN EXTENSIÓN EN PÁRPADO SUPERIOR

Carlos RODRÍGUEZ BALSERA, Paloma ROZAS REYES, Carmen COSTALES ÁLVAREZ

Introducción: Paciente de 82 años que presenta tumoración en párpado superior (PS) de ojo izquierdo (OI) desde hace 3 meses, compatible con un carcinoma epidermoide. En la exploración inicial presentó unas mejores agudezas visuales corregidas de 0.8 en ojo derecho (OD) y de 0.5 en OI. La tumoración tenía unas medidas de 14x11mm y generaba una ptosis evidente, principal queja del paciente.

Realizamos una biopsia que resulta compatible con la sospecha clínica por lo que se decide exéresis completa con márgenes amplios. La lesión ocupaba más de la mitad del párpado por lo que se propone realizar un colgajo de párpado inferior (PI) completo mediante técnica de Cutler-Beard (C-B). Además se decide la reconstrucción de la lamela posterior del PS con un injerto tarso-conjuntival del ojo contralateral.

Técnica quirúrgica: Tras la exéresis de la tumoración se realiza una incisión 5 mm inferior al borde libre de PI de espesor completo de un tamaño aproximado al defecto producido.

Pasamos a continuación a obtener un injerto tarso-conjuntival del PS del ojo contralateral. Para ello nos ayudamos de un compás de Castroviejo para producir el menor defecto posible en dicho ojo.

Se sutura con reabsorbible el injerto tarso-conjuntival con los bordes tarsales expuestos en el PS del OD. Seguidamente liberaremos septum y aislamos la aponeurosis del elevador del PS que será suturada a músculo orbicular del PI. El colgajo de PI pasará por debajo del puente formado por el borde libre del mismo párpado manteniendo así las pestañas y la menor interrupción posible en la interfase párpado-superficie ocular.

Para finalizar suturamos con seda piel de PS y PI

Conclusión: La técnica de C-B es una solución de la que disponemos en defectos severos del PS ya que nos permite conservar una buena funcionalidad del párpado afectado por la tumoración gracias al aporte muscular del orbicular del PI. Además de ello y a pesar de no mantener las pestañas, mantendremos un aspecto estético razonablemente bueno.

V24

IMPLANTE DE QUERATOPRÓTESIS DE BOSTON TIPO I + RETIRADA DE LIO EN PACIENTE CON QUERATOPATÍA BULLOSA BILATERAL

Nathalia ÁVALOS FRANCO, David DÍAZ VALLE, Ricardo CUIÑA, Marina SASTRE

Introducción: La queratoprótesis (QP) de Boston tipo I supone una opción para aquellos pacientes en los que se presupone mal pronóstico si fueran sometidos a QPP. El perfil de estos ojos suele ser el de segmentos anteriores muy alterados, con vascularización corneal profunda e insuficiencia limbar severa.

Técnica quirúrgica: La QP de Boston tipo I consta de los siguientes componentes, que se disponen de modo «sándwich»:

- La pieza anterior la forma un tornillo con un plato de 6 mm de diámetro y una rosca de 3.35 mm.
- La parte media es un injerto corneal bien de donante fresco o conservado de 8.5 mm con un orificio central de 3 mm.
- La pieza posterior es un plato de 8 mm de diámetro con varios agujeros periféricos y un orificio central de 3,35 mm donde se encaja la pieza anterior.
- La última pieza es un anillo de titanio que actúa a modo de cierre de seguridad.

Se procede a deslizar la córnea donante a través del apéndice posterior de la pieza anterior asegurando que el anillo corneal quede firmemente sujeto a la prótesis y con la rosca bien visible. Se coloca el plato posterior sobre el injerto, y para terminar se coloca el anillo de seguridad. Se procede a suturar la pieza montada mediante la técnica habitual de QPP previa extracción de la LIO de la paciente.

Al finalizar la intervención, se recomienda colocar una lente de contacto terapéutica sobre el ojo, así como mantener una cobertura antibiótica tópica con vancomicina y quinolona de última generación.

Conclusión: El uso de la QP está indicada en la patología de la córnea y superficie ocular con alto riesgo de fracaso de una QPP con adecuado mantenimiento de la función palpebral y superficie ocular. Es un tipo de cirugía poco extendida por su complejidad técnica, gravedad de las posibles complicaciones y el alto coste del dispositivo, aunque en los casos claramente indicados, es una opción de tratamiento quirúrgico en estos pacientes.

V25

TRANSPLANTE LIMBOCORNEAL LAMELAR POR INVASIÓN CONJUNTIVAL

María CONTRERAS ESPUNY, María PIMENTEL CALDERÓN, Agustín REDONDO CAMPOS, Pilar Margarita ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

Introducción: Presentamos cirugía realizada a una paciente de 26 años que acude a la consulta de polo anterior derivada por oftalmólogo de zona. A la exploración bajo biomicroscopía presentaba crecimiento conjuntival inferior con invasión de un cuarto de superficie corneal. Agudeza visual (av) de la unidad. En ese momento se trató con corticoides y antivíricos (Por sospecha de VHS). La respuesta fue buena, el crecimiento conjuntival controlado, pero la paciente, por motivos personales (Embarazo y otros) descuida el tratamiento. Dos años después acude con una AV muy disminuida, solo percibe luz, y con invasión conjuntival que llega a superar el eje visual, y con alcance estromal profundo (Véase imagen oct) por lo que se opta por tratamiento quirúrgico de la lesión.

Técnica quirúrgica: En un primer paso se extirpa toda la excrecencia conjuntival y se adecua el lecho estromal. Una vez preparada la superficie se mide el defecto resultante con plantilla para poder obtener fragmento donante. Mediante una cámara anterior artificial se extrae el fragmento de córnea donante mediante cuchillete de 15 ° y espátula redonda para lamelares. Después se realiza la resección limbar según la medida de la plantilla y sutura del fragmento con puntos sueltos tanto corneales como esclerales. En un segundo paso, para evitar un nuevo crecimiento conjuntival, se decide realizar un autoinjerto con plastia conjuntival del sector superior.

Conclusión: En el postoperatorio inmediato, la evolución es muy favorable; leve edema de la plastia conjuntival pero sin signos de rechazo. En tratamiento con tacrólimus al 0,03%, predforte y vigamox. Dos meses después la córnea continúa transparente, gran mejoría estética y con la AV mejorada a 0,2 y hasta 0,4 con estenopecoico. (Véase imagen). Esta intervención se ha realizado como un primer paso para la estabilización de la superficie corneal y con intención de realizar en un 2º tiempo una DALK con fines de obtener una mejoría en la calidad visual.

V26

TRANSFERENCIA DEL INJERTO DE DSAEK MEDIANTE TRES DISPOSITIVOS DIFERENTES: BUSIN GLIDE, ENDOSAVER, TAN ENDOGLIDE

Randa FALAH, Carlos SIERRA ALONSO, Jorge ARMENTÍA PÉREZ DE MENDIOLA

Introducción: La Queratoplastia endotelial automatizada con “pelado” de la membrana de Descemet [Descemet stripping automated endothelial keratoplasty: DSAEK] es la más común entre las queratoplastias endoteliales realizadas a nivel mundial. Uno de los retos en la DSAEK es la inserción del lentículo donante en el ojo utilizando métodos que minimicen la pérdida de células endoteliales. Varias técnicas se han utilizado, como son la inserción con fórceps y el uso de dispositivos de inserción del injerto. Con la tendencia hacia el uso de tejidos más finos en la DSAEK hay cada vez más desafíos en la inserción y manipulación del lentículo.

Técnica quirúrgica: Se presentan las diferencias en el uso de los tres dispositivos diferentes en la técnica de Glide para la implantación del injerto en la DSAEK: el Busin glide, el endosaver y el Tan Endoglide. Las diferencias en la manipulación del lentículo y su plegado, en la creación de la incisión para la interferencia del injerto (tamaño, autosellado..), en su introducción y posicionamiento en la cámara anterior, el uso de incisiones auxiliares, el mantenimiento o colapso de la cámara anterior, el prolapso del iris, el sistema de irrigación coaxial o el uso de mantenedores de cámara anterior, la dificultad de la técnica y el control del cirujano o el número de instrumental necesario, son las variables más importantes que diferencian las técnicas y caracterizan las ventajas e inconvenientes de cada una.

Conclusión: La técnica quirúrgica es importante para limitar la pérdida endotelial y prevenir complicaciones en la DSAEK. A menor traumatismo en la inserción y manipulación, menor pérdida de células endoteliales. La sencillez de inserción uni-manual del donante con los nuevos inyectores con irrigación coaxial facilita la cirugía y determina una menor pérdida celular endotelial final. En los dos últimos años han aparecido nuevos modelos de dispositivos que mejoran la inserción del lentículo y disminuyen el traumatismo peroperatorio.

V27

PERLAS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DERMOIDE CORNEAL

M.^a Teresa IRADIER URRUTIA, Laura PALMERO FERNÁNDEZ, Paula BAÑEROS ROJAS

Introducción: Presentamos el caso clínico de una niña de 7 años de edad procedente de Guinea, que presentaba un dermoide limbar temporal-inferior en su ojo izquierdo, causando impacto estético y afectando al parpadeo. La agudeza visual era de 0.5 sin afectación del eje visual.

Técnica quirúrgica: Se sugieren los siguientes pasos o “perlas” en el tratamiento quirúrgico del dermoide limbar, con la realización de una escleroqueratoplastia lamelar como técnica de elección.

En primer lugar se realiza una disección cuidadosa del dermoide, conjuntiva, Tenon y córnea receptora (1.^a Perla). Es importante evitar su fragmentación, consiguiendo la extirpación en una sola pieza (2.^a Perla). El tejido esclero-corneal receptor se debe cubrir con córnea lamelar donante para evitar Dellen (3.^a Perla). En nuestro caso se utilizó un injerto lamelar de 8 mm, suturado con puntos sueltos de nylon de 10-0. Posteriormente, la queratoplastia lamelar se recubre con un parche de membrana amniótica para modular la reepitelización y cicatrización (4.^a Perla), utilizando una sutura continua de nylon. Por último, la conjuntiva limbar se sutura con puntos sueltos por encima de la membrana amniótica. Al final de la cirugía se coloca una lente de contacto terapéutica escleral para proteger la membrana amniótica y evitar la dehiscencia de suturas por frotamiento o parpadeo, sobre todo en el caso de pacientes pediátricos (5.^a Perla). Además, se recomienda el uso de suero autólogo en el postoperatorio al menos durante 3 meses (6.^a Perla).

Conclusión: La realización de una queratoescleroplastia lamelar proporciona la mejor reconstrucción de la superficie ocular y un mejor resultado estético. Utilizando esta técnica quirúrgica obtuvimos resultados satisfactorios tanto estética como anatómicamente. Tras 6 meses de postoperatorio la paciente mantiene su agudeza visual y la lamela corneal se encuentra completamente integrada en el tejido donante sin signos de rechazo.

V28

TRES VIDAS PARA UNA CÓRNEA

Óscar MARTÍN MELERO, José Manuel GRANADOS CENTENO, Victoria ARENAS MARTÍNEZ, Inmaculada PAÑOS PALACIOS

Introducción: Debido a la escasez de injertos corneales en nuestra práctica clínica, hemos utilizado córneas procedentes de fracasos previos, crioconservadas a -80° y utilizadas como tejido biológico en reconstrucciones de superficie ocular. En el caso clínico se utiliza el injerto procedente de un fracasado tardío corneal crioconservado de un donante previamente trasplantado al que se le realizó una segunda queratoplastia penetrante con recambio del botón donante.

Técnica quirúrgica: Se realiza una queratoplastia lamelar anterior profunda tectónica mediante técnica de pelado manual de 8.00- 8.50 mm y sutura con puntos sueltos en paciente con descematocele severo secundario a queratopatía neurotrófica. Utilizamos un botón corneal crioconservado procedente del recambio de una queratoplastia en un paciente con queratoplastia previa. Asociamos trasplante de membrana amniótica.

Conclusión: La crioconservación de botones corneales puede ser útil en la práctica clínica en casos en los que es necesario utilizar de manera tectónica material biológico. Éstos botones corneales son fáciles de obtener y el tejido a implantar conserva las propiedades biológicas similares a una córnea donante cultivada. El tejido corneal utilizado no ha presentado deterioro prematuro tras su utilización conservando sus propiedades tras varios meses de su utilización.

V29

DMEK EN QUERATOPLASTIA PENETRANTE CON LENTE EN CÁMARA ANTERIOR

Jorge SÁNCHEZ CAÑIZAL, Emeterio ORDUÑA DOMINGO, Rocío REGUEIRO SALAS, Laura HERNÁNDEZ ESTEBAN

Introducción: La cirugía de trasplante de membrana de Descemet donante con su endotelio (Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty, DMEK), es la técnica de elección para el tratamiento de ciertas patologías del endotelio corneal en nuestro servicio. En casos de comorbilidad añadida puede suponer un reto complicado, como cuando existe una lente intraocular (LIO) en cámara anterior (CA) o una Queratoplastia penetrante (QP).

Presentamos el caso de un paciente de 68 años con ojo único, con LIO en CA de soporte angular que precisó una queratoplastia penetrante (QP) por descompensación endotelial. 8 años después sufre un fracaso secundario del injerto corneal por la presencia de la lente y se decide realizar una DMEK manteniendo la LIO en CA y el injerto estromal previo.

Técnica quirúrgica: realizamos una técnica estandarizada de DMEK en dicho paciente. Comenzamos con 3 paracentesis, teñidas para facilitar su localización, y la desepitelización corneal para mejorar la visualización. Continuamos con la descemetorhesis bajo irrigación de suero y aire y, posteriormente, inyectamos la membrana de Descemet (MD). Finalmente realizamos el despliegado de la misma, evitando en lo posible el traumatismo endotelial con la LIO, y se fija al estroma receptor mediante relleno de la cámara anterior con una burbuja de aire. Se comentan las dificultades e imprevistos, así como alguna complicación que puede ocurrir.

Conclusión: la DMEK puede ser realizada con buen resultado visual y anatómico en pacientes con QP primaria con descompensación endotelial en presencia de una lente de cámara anterior.

V30

CIRUGÍA DE CATARATA COMPLICADA CON SECLUSIÓN 360° EN EL SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA: MEMBRANECTOMÍA PUPILAR Y FACOEMULSIFICACIÓN

Amparo GARGALLO BENEDICTO, Francisca GARCÍA IBOR, Álvaro OLATE PÉREZ, Noemí RUIZ DEL RÍO

Introducción: Mujer de 35 años miope de -12 dioptrías, de origen chino diagnosticada de Síndrome de Vogt Koyanagi Harada (V-K-H) en la adolescencia, con historia de múltiples brotes de uveítis. En lámpara de hendidura presenta sinequias posteriores con seclusión pupilar 360° y catarata, con agudeza visual (AV) de 0.05 en ojo izquierdo y fundoscopia impracticable. Se decide cirugía de catarata a pesar del pronóstico incierto.

Técnica quirúrgica: se realiza bajo anestesia peribulbar sin respuesta a midriáticos tópicos. Se inyecta Visionblue en cámara anterior (CA). Mediante cánula de viscoelástico y espátula roma se comprueba adhesión firme de la membrana pupilar, que impide la apertura de un plano de clivaje, por lo que se realiza membranectomía pupilar con cuchillete de 15°. Con ayuda de pinzas y tijeras Vannas se completa la extracción manual laboriosa de la membrana. Se colocan retractores de iris para obtener midriasis adecuada y se observa integridad de la cápsula anterior del cristalino, que permite realización de capsulorrexis circular continua. Se completa la extracción de la catarata con hidrodisección e hidrod laminación delicadas, facoemulsificación e irrigación-aspiración mecánica de las masas, sin complicaciones añadidas. Se implanta la lente intraocular en el saco capsular y se retiran los retractores. Se instila acetilcolina en CA y se advierten restos de membrana que se retiran manualmente. Tras lavado del viscoelástico se sutura la incisión principal con Nylon 10-0 y se administra gentamicina, dexametasona y celestone cronodose subtenonianos. Tras 3 meses de evolución presenta AV de 0.6.

Conclusión: la seclusión pupilar es una posible complicación de los síndromes uveícticos como el V-K-H, que supone una dificultad añadida en la cirugía de catarata. En ocasiones existen membranas ciclíticas muy adheridas, que pueden confundirse con la cápsula anterior del cristalino y cuya extracción puede resultar dificultosa.

V31

COMPLICACIONES DERIVADAS TRAS LENSECTOMÍA CON IMPLANTE DE LENTE MULTIFOCAL

Zuriñe del BARRIO LÓPEZ DE IPIÑA, Gonzaga GARAY ARAMBURU

Introducción: Descripción de un caso atípico de anteriorización del segmento anterior en una mujer de 53 años tras la realización de una lensectomía con implante de lente multifocal. A consecuencia de la cirugía desarrolla una miopización y un glaucoma por cierre angular.

Técnica quirúrgica: Se decide realizar una vitrectomía pars plana (VPP) de 23 gauge asociada a una iridotomía en el mismo acto. Previo a la cirugía la paciente presentaba una refracción de -4,25 dioptrías (D) de esfera, una presión intraocular (PIO) basal de 27mmHg, una agudeza visual (AV) espontánea de 0,3 y una profundidad de cámara anterior (ACD) de 2,55mm medida mediante CASIA SS-1000 OCT. Un mes tras la VPP la paciente presentaba una AV espontánea de 0,5, una refracción de -3.25D de esfera, PIO de 19mmHg con una combinación de dorzolamida y timolol y una ACD de 2,93mm.

Conclusión: A pesar de que la vitrectomía consiguió disminuir tanto la ACD como la miopización, no se consiguió reducir la PIO lo suficiente como para no requerir tratamiento hipotensor.

V32

EXTRACCIÓN DE COMPLEJO LIO-SACO LUXADO EN CÁMARA VÍTREA ASOCIADA A LIO SUTURADA A SULCUS: CIRUGÍA PASO A PASO

Rodolfo BOLADOS UGRINOVIC, Hugo BLASCO GARRIDO, Sergio COPETE PIQUERAS, José GARCÍA ARUMÍ

Introducción: La lente intraocular (LIO) de fijación escleral a nivel de sulcus, se reserva para aquellos pacientes que no cuenten con soporte capsular adecuado. De esta forma, podrá indicarse en casos de subluxación de cristalino, rotura de cápsula posterior, desinserción zonular en la cirugía de cataratas, o subluxación/luxación de LIO previamente implantada. Otras técnicas descritas para la implantación de lentes en estos pacientes incluyen su colocación en cámara anterior, o suturadas al iris. No obstante, la cámara posterior ofrece una posición más anatómica, que conlleva menor riesgo de daño endotelial y glaucoma.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia retrobulbar recambio de LIO por complejo LIO-saco luxado en cámara vítrea por LIO de fijación escleral. Peritomía limbar a 1-1.5 mm nasal y temporal con tijera westcott. Diatermia lecho conjuntival y marcaje en limbo corneal a 0° y 180°. Marcado de tapetes esclerales triangulares con base mayor limbar con bisturí de 45°. Disección del tapete escleral con bisturí "Crescens" a 1/3 espesor escleral. Vitrectomía pars plana microincisional 23G. Incisiones corneales con bisturí 3.0 a las 12 y 10 horas. Mediante extrusión, ayudado por luz de mano y pinzas; aspiración de complejo LIO-Saco a cámara anterior. Viscoelástico cohesivo en cámara anterior e infusión a baja presión (20 mmHg). Con tijeras vannas, corte de LIO en zona óptica hasta 80% y extracción con pinzas de mcperson en forma circular. 2 Agujas dobles de prolene 9/0 a 2 mm del limbo. Introducción de LIO Croma mono bloque acrílica ACR6D SE (Bauch&Lomb) con suturas de hápticos suturados extraocularmente. Sutura escleral del bucle. Revisión periferia retiniana. Extracción de microcánulas. Sutura de Vicryl 7/0 a conjuntiva.

Conclusión: La LIO suturada a sulcus es una técnica segura que, en ausencia de adecuado soporte capsular, permite situar el implante en cámara posterior; evitando complicaciones como el glaucoma y daño corneal. La aspiración del complejo LIO-Saco a cámara anterior mediante extrusión y el uso de prolene 9/0 permite realizar una cirugía de más fácil manejo.

V33

PVR INFERIOR: DE PRINCIPIO A FIN

José Luis BUENO PALACÍN, Ana Isabel RÍOS GARCÍA, María HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

Introducción: Presentamos el caso de una paciente intervenida en dos ocasiones de Desprendimiento de Retina sin éxito y planteamos si merece la pena o no reintervención a estos pacientes.

Técnica quirúrgica: En este caso fue necesario intervenir en tres ocasiones más a la paciente. La primera para poner un Cerclaje y hacer una Retinectomía inferior. La segunda para evacuar una burbuja de Perfluorocarbono subfoveal y la tercera para retirar la Silicona intraocular y una Membrana Epirretiniana.

Conclusión: Aún en casos difíciles merece la pena intentar operar de nuevo a los pacientes siempre que se les informe bien de las posibilidades de éxito reducida y de un pronóstico visual discreto.

V34

BIOPSIA SUBRETINIANA EN DESPRENDIMIENTO DE RETINA EXUDATIVO

Marta CERDÀ IBÁÑEZ, Laura MANFREDA DOMÍNGUEZ, Delia HERNÁNDEZ PÉREZ, Antonio DUCH SAMPER

Introducción: Paciente hombre de 35 años, con antecedente de leucemia aguda linfoblástica de tipo B en remisión completa hace 3 años. Acudía por pérdida de agudeza visual progresiva en ojo izquierdo de una semana de evolución. A la exploración se objetivó un desprendimiento de retina exudativo. Se le realizaron pruebas para descartar recidiva, siendo todas ellas normales (aspirado de médula ósea, LCR, analítica completa).

El informe radiológico determinó la existencia de una masa subretiniana, planteando como posibilidades diagnósticas un melanoma vs. metástasis por infiltración de células blásticas. Por la agresividad del tratamiento disponible en el caso de una recaída y debido a que el resto de las pruebas eran normales, se instó por parte del servicio de hematología a obtener una biopsia vítrea y del líquido subretiniano a pesar de las características serosas del desprendimiento de retina y de los antecedentes patológicos del paciente.

Técnica quirúrgica: Peritomía conjuntival a 3,5 mm del limbo a nivel temporal superior, temporal inferior y nasal superior. Vitrectomía 23 G, con aspirado del vítreo y eliminación parcial del material fibrinoso, mediante pinza de vítreo-retina de 20ga. Se obtuvo abundante material subretiniano a partir de pequeños desgarros. Finalmente, y ante la imposibilidad de aplicar la retina, se introdujo aceite de silicona pesada de 5000 CTK y el cierre de las esclerotomías con Vycril de 7/0.

Conclusión: Todo crecimiento de novo en pacientes con antecedentes de cáncer debe ser considerado, en primer lugar, como metástasis o recidiva del tumor. El hecho de ser un desprendimiento de retina exudativo aumentaba las probabilidades, como luego se confirmó, de ser una recaída de la leucemia. El retraso en el tratamiento sistémico puede disminuir gravemente el pronóstico vital del paciente. En ocasiones, el único signo de recaída puede ser una manifestación ocular.

V35

DOS POR UNO

Juan DONATE LÓPEZ, Alicia VALVERDE MEGÍAS, María JIMÉNEZ SANTOS, Marina SASTRE

Introducción: Paciente de 37 años acude a urgencias por pérdida de visión bilateral. en OD presentaba luxación de catarata hipermadura y en OI había sido intervenido de catarata, con complicación por rotura capsular y desprendimiento de retina posterior. El paciente no presentó muchos cuidados ni por su parte ni por su entorno, por lo que desconocemos el tiempo desde la cirugía.

Técnica quirúrgica: en OD se intervino la luxación y se implantó una lente de anclaje iridiano retropupilar sin complicaciones.

Conclusión: el OI planteó además de la dificultad del caso mismo, la dificultad de visualizar los detalles por el edema corneal y la afaquia, por lo que precisó dos intervenciones, dejando sin implante de lente en el OI hasta evidenciar restitución de función macular.

V36

DESPRENDIMIENTO DE RETINA TRACCIONAL SOBRE ESTAFILOMA POSTERIOR MIOPE SIN FOVEOSQUISIS

Carlota FUENTE GARCÍA, Federico PERALTA ITURBURU, Diego RUIZ CASAS, Ana M.^a MARTÍN UCERO

Introducción: Paciente de 67 años, con miopía magna bilateral, acude a consultas de Retina refiriendo disminución de Agudeza Visual en ojo derecho de un mes de evolución.

En la exploración oftalmológica BCVA Ojo Derecho: cd a 1 m, Ojo Izquierdo: 0.4. Biomicroscopía Ambos Ojos: Fáquica.

Fondo de Ojo Ojo Derecho: desprendimiento de retina traccional sobre estafiloma posterior, Membrana epirretiniana, Coroidosis miópica. Ojo Izquierdo: Membrana epirretiniana, Coroidosis miópica.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia retrobulbar se realizó en ojo derecho vitrectomía Vía Pars Plana 23G, tinción con Membrane Blue- Dual[®], pelado de la membrana epirretiniana y de la membrana limitante interna. Se aplicó crioterapia en zonas de adelgazamiento retiniano periférico.

Dos semanas posteriores, ante la persistencia del desprendimiento de retina, se decide en segundo tiempo quirúrgico intercambio de suero por SF6 al 22%. Se insiste en la adecuada posición de cabeza post-operatoria (mirada hacia abajo) para favorecer el efecto del gas y la reabsorción del líquido subretiniano.

Conclusión: Ante desprendimientos de retina traccionales asociados a estafiloma posterior, como el de nuestra paciente, muchas veces tenemos que recurrir a 2 o más tiempos y técnicas quirúrgicas debido a la complejidad de la patología. En nuestro caso de no observar una respuesta favorable al uso de gas, incluso llegar a un tercer tiempo, el uso del indentador macular.

V37

DRENAJE DE KISSING COROIDEO HEMORRÁGICO CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA ASOCIADO

Ana M.^a MARTÍN UCERO, Enrique FUENTEMILLA MANZANARES, José Manuel BEJARANO REDONDO, Diego RUIZ CASAS

Introducción: Varón de 73 años que tras una trabeculectomía, desarrolla un kissing coroideo hemorrágico con desprendimiento de retina, hipertensión ocular y atalamia. A los 8 días de la cirugía se decide realizar drenaje del coroideo hemorrágico.

Técnica quirúrgica: En primer lugar, se realiza peritomía 360 grados y se pasan suturas por los cuatro músculos rectos. Se realiza una primera esclerotomía de drenaje para crear cámara y seguidamente se coloca vía de infusión en cámara anterior. Se realizan 4 esclerotomías de 3-4 mm entre la inserción de los músculos rectos y el ecuador, a través de las cuales se drena la sangre y coágulos supracoroideos. Posteriormente, se realiza vitrectomía anterior y central 23G y separación de las bullas de retina desprendida en contacto con dos instrumentos. Se inyecta perfluorocarbono y se drena el líquido subretiniano a través de desgarro en periferia temporal. Por último, se inyecta silicona 5000cS. Se consigue resolver el kissing hemorrágico persistiendo cierto desprendimiento coroideo en periferia que se resolvió espontáneamente. La resolución completa del desprendimiento de retina requirió cirugías posteriores.

Conclusión: El drenaje de un desprendimiento coroideo masivo está indicado cuando la sangre se ha licuado, esto es, a las 2 semanas. Sin embargo, dada la hipertensión ocular y la atalamia de nuestro paciente se decidió intervenir de forma más precoz. La coexistencia de un desprendimiento de retina; y más aún cuando la retina de ambos lados está adherida en la zona del kissing, justifica también la realización de la cirugía de forma más temprana. Se recomienda la colocación de los trocáres en posición más anterior dada la alta probabilidad de desgarros iatrogénicos y usar aceite de silicona como taponador.

V38

CÓMO SUTURAR INCISIONES DE VITRECTOMÍA

Laura MONJE FERNÁNDEZ, Amancia MATEOS HERNÁNDEZ, Irene GARZO GARCÍA, Esteban PERTEJO FERNÁNDEZ

Introducción: Este vídeo pretende mostrar una técnica alternativa para sellar las incisiones tras una vitrectomía.

Técnica quirúrgica: Tras realizar la vitrectomía, se suturan las incisiones mediante una lazada de poliglactina 8/0 en lugar de realizar nudos.

Conclusión: Se trata de una forma sencilla de proporcionar un buen sellados de la herida quirúrgica, que se retira de una manera sencilla el día siguiente de la intervención, evitándose así complicaciones postoperatorias como hipotonías y disminuyendo el riesgo de infección. Es una técnica muy confortable para el paciente.