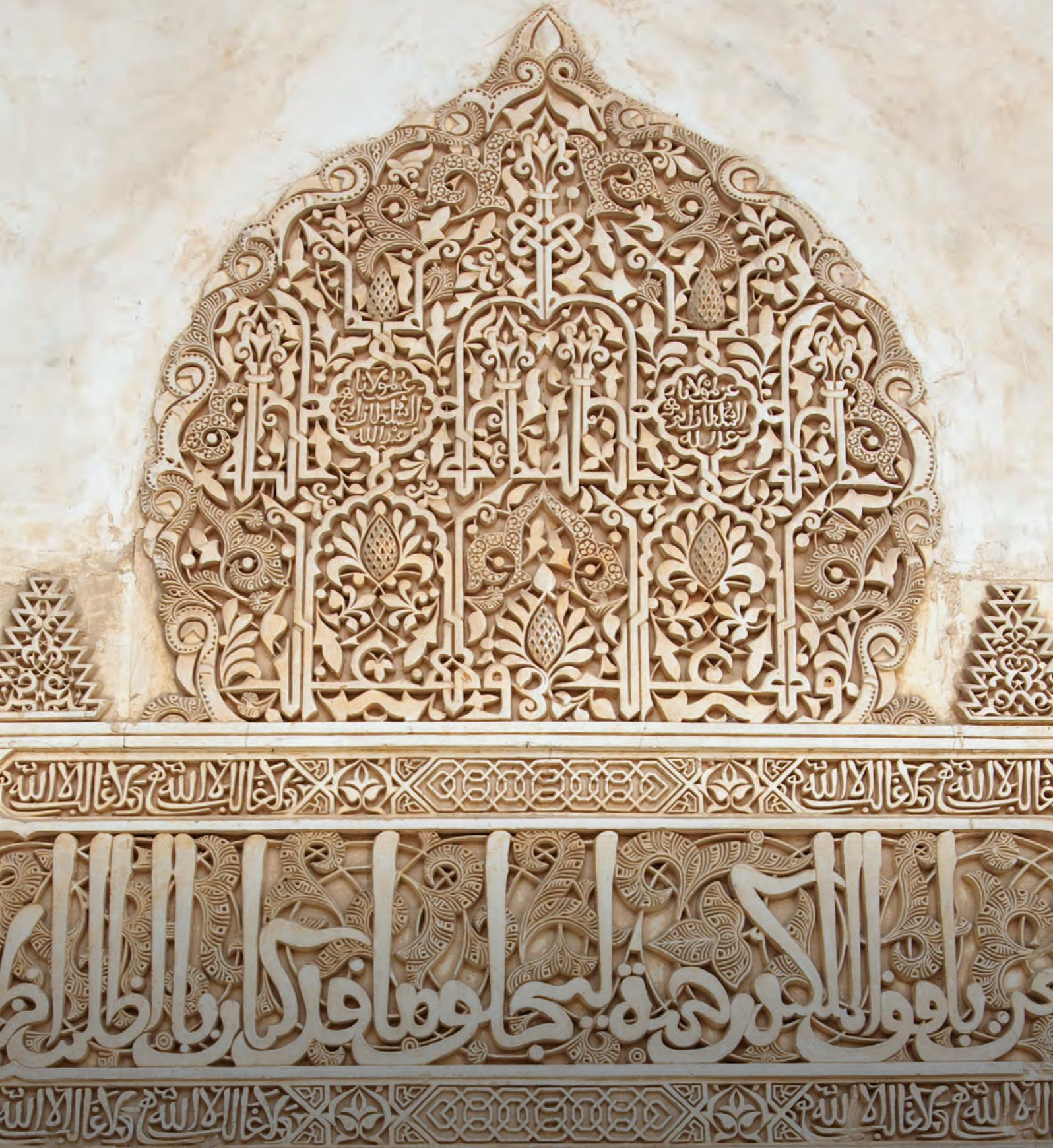


Comunicaciones en Panel



CPCC001

LACTEOCRUMENASIA INFECCIOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Esther CORREDERA SALINERO, Luna CHENOLL BARBERO,
M.^a Isabel GABARRÓN HERMOSILLA

Introducción: El síndrome de bloqueo capsular tardío (SBC) o lacteocrumenasia es una complicación rara de la capsulorrexis circular continua (CCC). Se produce una aposición completa de la CCC con la óptica de la lente intraocular (LIO), con acumulación de material licuefacto y blanquecino en el saco capsular, el cual se cree que se debe a restos corticales remanentes tras la cirugía. Reportamos un caso de una paciente intervenida de facoemulsificación hace 10 años diagnosticada de SBC tardío que presenta una uveítis crónica hipertensiva con resultado positivo en estudio microbiológico.

Caso clínico: Paciente intervenida de facoemulsificación con implante de LIO en ambos ojos hace 10 años, diagnosticada de lacteocrumenasia en su ojo izquierdo con sospecha de restos corticales remanentes retrolentales sin clínica asociada, que acude por visión borrosa. Se objetiva una agudeza visual (AV) de 20/400 asociada a una uveítis anterior aguda hipertensiva. Se realiza tratamiento estándar sin conseguir resolución completa, con recaídas y empeoramiento, con un total de 3 episodios durante 12 meses. Se decide intervención quirúrgica con extracción de muestra de humor acuoso para análisis microbiológico, lavado de cámara anterior con vancomicina y cefuroxima, aspirado del infiltrado retrolental y capsulectomía anterior quirúrgica. Se consigue resolución del cuadro con recuperación de la AV hasta 20/20 y presión intraocular normal, sin nuevos episodios desde la intervención. En el estudio microbiológico se aísla P.acnes.

Conclusiones: Se ha postulado que en ocasiones un agente infeccioso puede ser el responsable de este síndrome debido a la identificación de P.acnes en la suspensión retrolental. La fusión de la CCC con la óptica de la LIO favorece la estancamiento del patógeno con ausencia de síntomas durante años. Sería de utilidad realizar estudios con extracción de muestras de humor acuoso en pacientes pseudofáquicos diagnosticados de SCB tardío con el fin de dilucidar el verdadero origen de este cuadro.

CPCC002

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LUXACIÓN CRISTALINIANA COMPLETA PRESERVANDO EL SACO CAPSULAR

Laura GARCÍA FILOSO, Miguel de FRUTOS LEÓN, Jesús LARA PEÑARANDA,
Manuel MORALEDA DE ACUÑA

Introducción: El tratamiento quirúrgico de la luxación cristaliniiana postraumática presenta una complejidad creciente según el grado de defecto zonular. Se propone una nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de grandes luxaciones cristaliniianas evitando la afaquia, las prótesis saculares específicas y las lentes de anclaje iridiano.

Caso clínico: Varón de 74 años con luxación cristaliniiana completa postraumática de ojo izquierdo. Se reflota el cristalino mediante perfluorooctano, se realiza capsulorrexis usando dos pinzas de pelado de membrana limitante interna, el borde de la capsulorrexis se estabiliza mediante ocho ganchos iridianos y se realiza la facoemulsificación, se implanta un anillo de tensión capsular y una lente intraocular (LIO). Para fijar el complejo saco-LIO se utilizan 3 suturas nudo vaca (cow hitch).

Conclusión: Proponemos una nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de grandes luxaciones cristaliniianas respetando el saco capsular y evitando la afaquia, el anclaje de LIOs a iris y/o anillos capsulares de fijación escleral. Conservar la anatomía cristaliniiana puede ser importante para evitar síndromes de uveítis-glaucoma-hifema, para que el ojo permanezca compartimentalizado y para evitar disfunciones iridianas.

CPCC003

LAS JERINGAS LUER-LOCK SON SEGURAS AL HIDRATAR LAS HERIDAS CORNEALES, ¿O NO?

María OLMEDO HERRERO, Andrés SUÁREZ CAMPOS

Introducción: Al finalizar una facoemulsificación es habitual hidratar el estroma de las incisiones para asegurar su cierre.

No hemos encontrado ninguna referencia al respecto en la literatura pero no es un accidente excepcional que la cánula se suelte bruscamente de la jeringa traumatizando distintas estructuras del ojo (en una pequeña encuesta realizada entre oftalmólogos de varios centros, solamente dos contestaron que nunca les había ocurrido).

Desde que disponemos de jeringas tipo luer-lock es de suponer que el riesgo ha disminuído, pero no sólo éste persiste, sino que el traumatismo resulta mayor debido a la rotación que la jeringa imprime a la cánula.

Caso clínico: Paciente intervenida de catarata cortical posterior con buena dilatación sin ningún contratiempo. Al hidratar los bordes de la herida, la cánula sale despedida con un movimiento de rotación produciendo desinserción zonular, hemovítreo y vitreorragia.

Tras un posoperatorio con hipertensión ocular de difícil manejo se consigue una agudeza visual corregida de 0,6 con desinserción zonular temporal, desplazamiento del saco capsular y lente intraocular subluxada hacia el lado nasal.

Conclusiones: Creemos interesante advertir de que no debemos relajarnos a la hora realizar maniobras como asegurar bien e incluso sujetar la cánula durante la hidratación de las heridas corneales a pesar de disponer de jeringas tipo luer-lock.

CPCC004

SÍNDROME DE USHER TIPO 2: EL GRAN INFRADIAGNOSTICADO

Carla Karen VILLENA ALVARADO, Alex Samir FERNÁNDEZ SANTODOMINGO, Marina AGUILAR GONZÁLEZ, Emma MARÍN PAYÁ

El síndrome de Usher (SU) es un grupo de enfermedades hereditarias caracterizadas por sordera neurosensorial con o sin disfunción vestibular y retinosis pigmentaria (RP). Existen 3 tipos: Tipo1: con hipoacusia profunda congénita, RP prepuberal y disfunción vestibular. Tipo2: hipoacusia neurosensorial congénita moderada severa y RP en la pubertad. Tipo3: pérdida auditiva progresiva y el establecimiento de la RP es variable. El SU es responsable del 50% de los casos de sordo-ceguera, hecho que lo convierte en una patología cuyo estudio y prevención reviste un gran interés.

Caso clínico: Varón de 38 años con AP: sordera no filiada desde la infancia con implantes externos. Padre de un niño de 8 años. A. Oftalmológicos: desprendimiento de retina en OD en el 2003. Acude a consulta de oftalmología por disminución de AV y nictalopía. A la exploración presenta: MAVC: percepción de luz/0,8. Polo anterior presenta una facoesclerosis incipiente. En el fondo de ojo, encontramos espículas óseas en ambos ojos, palidez de ambas papilas ópticas y estrechamiento de vasos retinianos. En el campo visual, hallamos pérdida casi completa del campo visual OD, y periférico del OI. Electrorretinográficamente se ve una disfunción de los fotorreceptores que afecta a los bastones. Hallazgos compatibles con SU-2 por lo que se solicita la realización de pruebas genéticas.

Discusión: La trascendencia de nuestro caso clínico radica en la importancia de realizar un diagnóstico de SU adecuado y lo más precoz posible, ante la presencia de nictalopia y sordera neurosensorial. La frecuencia de la enfermedad está probablemente infraestimada debido a que muchos casos, especialmente de SU-2 no son adecuadamente diagnosticados clasificándose como RP no sindrómica, sobre todo cuando la hipoacusia no es muy grave. La prevención de la aparición de la enfermedad consiste en la identificación precoz de las familias «en riesgo» y el consejo genético para evitar nuevos pacientes con la enfermedad.

CPCC005

CIRUGÍA DE CATARATA E IMPLANTE DE LENTE TÓRICA EN PACIENTE CON QUERATOTOMÍA RADIAL BILATERAL PREVIA

Luis Felipe VÉLEZ GÓMEZ, Ainara IBEAS MARTÍNEZ, Amaia PUENTE MORALES,
Iñaki MIRENA LARRUCEA MARTÍNEZ

Introducción: La Queratotomía Radial (QR) fue la primera técnica de cirugía refractiva de gran auge entre los años 80 y 90, posteriormente superada por técnicas más predecibles en cuanto a resultados y evolución.

Hoy en día nos enfrentamos al desafío de pacientes con catarata y QR previa, siendo éstos un reto tanto en la realización de biometrías como en el propio acto quirúrgico.

Caso clínico: Mujer de 54 años con antecedentes de miopía preQR de -6 -3,25 a 10° en ojo derecho (OD), -5 -1,75 a 10° en ojo izquierdo (OI) y QR bilateral hace 24 años, que consulta por mala visión. A la exploración se objetiva una agudeza visual (AV) OD 0,5 y OI 0,7 con lentes de contacto tóricas. En la biomicroscopía de ambos ojos presenta una cornea transparente con QR de 8 incisiones regulares, simétricas, sin signos de cicatrización deficiente y una facoesclerosis.

El cálculo de la lente intraocular (LIO) se realiza con la fórmula de Barrett Toric Calculator, haciendo comparativas con Haigis Suite (Toric) y con Tecnis Toric.

Se realiza facoemulsificación con microincisión de 2,2 mm en cornea clara entre 2 queratotomías radiales, sin intersectarlas. Se implanta LIO OD ZCT450 +33,0 D SE 4.50D CYL a 90° en saco y LIO OI ZCT225 +32.5D SE 2.25D CYL a 98° en saco, con una evolución favorable. Al año presenta AV OD: 1 con +1.25 -0.50 a 20°; OI: 1 con +1 -0.50 a 20°.

Conclusiones: La medición de los parámetros a la hora de buscar optimizar el resultado visual postquirúrgico en pacientes de alta complejidad en cirugía de catarata ha presentado un gran avance gracias a las formulas de cuarta generación.

A la hora de realizar cirugía de catarata en paciente con QR previa el cálculo de la LIO es sustancialmente diferente.

Las corneas con QR tienden a la hipermetropización en el tiempo por lo cual es recomendable buscar como objetivo un resultado levemente miópico.

A pesar de todo siempre se debe advertir y comentar al paciente la posibilidad de resultados subóptimos.

CPCC006

ESQUISIS MACULAR Y DESPRENDIMIENTO NEUROSENSORIAL ASOCIADO A GLAUCOMA

Blanca BENITO PASCUAL, Beatriz VIDAL VILLEGAS, Gabriel ARCOS VILLEGAS

Propósito: Estudiar la fisiopatología de la esquisis macular y el desprendimiento neurosensorial y sus posibles causas.

Caso clínico: Para ello se estudió el caso de un varón de 18 años que acude a consultas de glaucoma con aumento de presión intraocular (PIO) no controlada con tres fármacos, esquisis macular con desprendimiento neurosensorial en ambos ojos e importante afectación visual. Tras el tratamiento de la hipertensión ocular se consiguió aplicar la retina.

Conclusiones: Es importante conocer esta entidad para evitar diagnósticos etiológicos erróneos que ensombrezcan el pronóstico del paciente. Cuando este tipo de alteraciones retinianas se asocian a hipertensión ocular, el manejo mediante control de la PIO del paciente podría generar un aplanamiento retiniano satisfactorio suficiente, sin necesidad de otro tipo de intervenciones.

CPCC007

GLAUCOMA AGUDO ASOCIADO A METILFENIDATO - RELATO DE UN CASO CLÍNICO

André BORGES SILVA, Catarina Maria RODRIGUES ALMEIDA, Marta GOMES GUERRA, Sara HOMEM MELO MARQUES

Introducción: El clorhidrato de metilfenidato (MF) es el fármaco de elección para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). La actividad simpaticomimética deriva de la inhibición de la recaptación de catecolaminas, pudiendo provocar midriasis con cierre angular y aumento de la presión ocular. Presentamos un caso de glaucoma agudo en un niño medicado con metilfenidato por TDAH.

Caso Clínico: Un niño de 13 años de edad se presentó en la urgencia por una pérdida repentina de visión en el ojo derecho (OD), dolor hemicraneal derecho, náuseas y vómitos. Previamente le habían diagnosticado TDAH y recibido MF (18 mg/día) durante los últimos 2 meses, habiendo suspendido el medicamento cuatro días antes de la presentación. No tenía otros antecedentes patológicos traumáticos, inflamatorios o medicamentosos de interés. En la exploración oftalmológica, su agudeza visual era movimientos de mano OD y 1 en el ojo izquierdo (OS). Se encontró anisocoria con la pupila derecha en media midriasis no reactiva y su presión intraocular era de 50 mmHg OD y de 18 mmHg OS. La biomicroscopía mostró microqueratopatía bullosa e no se detectaron signos inflamatorios en la cámara anterior OD. La exploración oftalmológica OE fue normal.

El paciente fue tratado con manitol y metilprednisolona intravenosos en asociación con dorzolamida y una combinación fija de tafluprost-timolol tópicos. Una hora después del tratamiento, su presión intraocular se había reducido a 26 mmHg con una reversión del edema corneal y mejoría de los síntomas. No se han descrito cambios en el examen del fondo ocular y ha tenido alta con dexametasona tópica. En el seguimiento, su examen oftalmológico y los exámenes complementarios (OCT, UBM) fueron normales.

Conclusión: Esta descripción de un glaucoma agudo en un adolescente sin antecedentes o predisposición oftalmológica aparente, sugiere la necesidad de un estudio oftalmológico más profundo en los pacientes sometidos a terapia crónica con MF.

CPCC008

GLAUCOMA POR CÉLULAS FANTASMA A CAUSA DE HEMOVÍTREO DE LARGA DURACIÓN

José M.^a CUETO GRANERO, Irene TEMBLADOR BARBA, Antonio ESPEJO GONZÁLEZ,
Juan de Dios LÓPEZ POZO

Introducción: El glaucoma por células fantasmas es un tipo de glaucoma secundario de ángulo abierto que se produce después de una hemorragia vítrea prolongada. El mecanismo propuesto para el paso de células fantasmas a la cámara anterior es a través de un defecto espontáneo en la cara hialoidea anterior, que permite el paso de estas células a la cámara anterior, a medida que el vítreo se licúa y degenera. Estas células pueden causar una obstrucción directa de la red trabecular con un aumento secundario de la presión intraocular.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 52 años derivada de otro centro con hemovítreos de repetición de varios años de evolución en ojo derecho (OD) tras sufrir una trombosis venosa de rama inferior. Previamente había sido tratada con láser e inyecciones de antiVEGF, sin obtener resultado. En la exploración oftalmológica, la agudeza visual (AV) en OD fue movimiento de mano y en ojo izquierdo (OI) 1. En la biomicroscopía, en OD se vio tyndall hemático de 2-3+ muy tenue, la presión intraocular (PIO) en OD fue 34 y en OI 16 mmHg. La gonioscopia fue normal. En el fondo de ojo (FO) de OD se apreció un hemovítreo antiguo con coloración blanquecina. En la ecografía ocular se vio retina aplicada y abundante sangre en cámara vítrea.

Dada la evolución, se decide realizar una vitrectomía pars plana. Durante la cirugía, se observó un penacho de membranas fibrovasculares de 7 a 9 horas con neovasos. Se trató con láser, se dejó burbuja de aire en cámara posterior y se realizó un lavado de cámara anterior.

En las revisiones posteriores, la PIO fue 12 en OD y la OCT mostró una imagen macular normal. Al mes de la cirugía, la AV es 0,5, la sangre prácticamente está reabsorbida, la mácula sigue normal y el láser correcto.

Conclusiones: Se han descrito casos tras cirugía de cataratas, vitrectomía o traumatismos, y sobre todo por hemovítreos de larga duración.

En nuestro caso, el resultado fue favorable con PIO controlada en el ojo afectado.

CPCC009

MANEJO DE PACIENTE PEDIÁTRICO EN GLAUCOMA CORTICOIDEO: CASO CLÍNICO

Laura DIEZ ÁLVAREZ, Carlota FUENTE GARCÍA, Francisco J. MUÑOZ NEGRETE

Introducción: El síndrome de nefritis tubulointersticial con uveítis (TINU) es una entidad rara definida por nefropatía con proteinuria tubular proximal y uveítis anterior en cuyo tratamiento se incluyen, con frecuencia, los corticoides.

Caso clínico: Niña de 8 años con uveítis crónica recurrente asociada a papiledema sin vitritis ni coriorretinitis. La RM fue normal y la analítica mostró VSG y enzima convertidora de angiotensina elevadas, microalbuminuria y disminución del aclaramiento de creatinina, confirmándose el diagnóstico de TINU. Se inició tratamiento con ciclopléjico y corticoides con mejoría de signos oftalmológicos y renales. La paciente desarrolló Hipertensión intraocular bilateral con PIO de 35-44 mmHg con tratamiento médico máximo. La PIO no se normalizó con metotrexate y supresión de corticoides, por lo que se planteó esclerectomía profunda no perforante (EPNP) con MMC AO. A las 24 h de la cirugía la PIO era de 3 mm Hg en AO, presentando en el fondo de ojo edema de papila, pliegues coriorretinianos maculares y hemorragias retinianas superficiales y profundas en 360°, algunas con centro blanco, compatibles con retinopatía por descompresión. El cuadro tardó en resolverse 30 días, persistiendo los pliegues maculares y la elevación de papila del OD 2 meses. A los 3 meses la PIO era de 9 mm Hg en OD y de 15 mm Hg en OI y el fondo de ojo se había normalizado.

Discusión: En pacientes que parten de PIO preoperatorias elevadas, puede presentarse una retinopatía por descompresión. Sólo hay 2 casos descritos tras EPNP, ninguno de ellos en niños. También hay otro caso de un niño con glaucoma inflamatorio tras goniotomía. Hasta el momento no se había descrito en niños con TINU tras EPNP. Debe realizarse diagnóstico diferencial con la oclusión venosa retiniana, retinopatía por Valsalva o coagulopatías. En este caso al partir de paquimetrías muy gruesas, la hipotonía postoperatoria podría ser mucho más profunda de lo que la tonometría indicaba, justificando más el cuadro.

CPCC010

GLAUCOMA BILATERAL DE ÁNGULO CERRADO SECUNDARIO A LA PERSISTENCIA DE TUNICA VASCULOSA LENTIS Y GONIOSINEQUIAS

M.^a Concepción GUIRAO NAVARRO, Valentina BILBAO MALAVÉ, Jorge GONZÁLEZ ZAMORA, Javier MORENO MONTAÑÉS

Introducción: Mostrar el enfoque terapéutico en un paciente con glaucoma bilateral de ángulo cerrado (GAC) secundario a la persistencia de la túnica vascular lentis y presencia de goniosinequias.

Caso clínico: Paciente fáquico de 11 años con GAC bilateral secundario a la persistencia de la túnica vascular lentis remitido a nuestro centro para intervención quirúrgica. La PIO tras realización de iridotomías en AO y con tratamiento médico máximo era de 30 mm Hg. En la exploración física se observaron hemorragias en llama en AO, la córnea era normal y no presentaba estrías de Haab. El paciente tenía una cámara anterior (CA) estrecha, cierre angular y sinequias anteriores periféricas. La agudeza visual era de 20/25 en ojo derecho y 20/100 en ojo izquierdo.

El paciente requirió realización de dos trabeculectomías (suturas extraíbles) que fallaron en el control de la PIO. Tras el fracaso en uno de los ojos, se realizó una lensectomía. Debido a las escasas dimensiones de la CA, la edad del paciente, y la necesidad de asegurar la realización de una buena capsulotomía, se decidió realizar una facoemulsificación asistida por láser de femtosegundo (FEMTO-FACO), tras lo cual se implantó una LIO EDOF. Posteriormente, un DDG (Baerveldt) fue implantado. Nueve meses después y debido a una falta de adherencia al tratamiento médico pautado, el paciente desarrolló una membrana de fibrina sobre la LIO que requirió intervención quirúrgica.

Conclusiones: A pesar de los intentos para mantener el cristalino en un niño, algunos glaucomas de ángulo cerrado necesitan la realización de lensectomía como tratamiento quirúrgico de elección, especialmente en casos de glaucomas de cierre angular secundarios a malformaciones oculares. Además, la cirugía FEMTO-FACO puede ser de gran ayuda en pacientes con CA muy estrechas, donde la realización de la capsulorrexia puede ser un reto. Por otra parte, las LIO EDOF a diferencia de las multifocales no reducen la sensibilidad al contraste.

CPCC011

GLAUCOMA NORMOTENSIVO VS. HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Ana LÓPEZ MONTERO, Irene GIL HERNÁNDEZ, José Miguel HERVÁS HERNANDIS,
Mar SCHILT CATAFAL

Mujer de 70 años es remitida a nuestro servicio con el diagnóstico de sospecha de glaucoma normotensivo, en tratamiento con Dorzolamida y Timolol para seguimiento y valoración quirúrgica por gran afectación de campos visuales.

A la exploración presenta una agudeza visual de 0,6 en OD y 0,5 en OI, una catarata corticonuclear en ambos ojos y un fondo de ojo anodino, con una excavación papilar de 0,4-0,5.

La PIO es de 18 mmHg en OD y 16 mmHg en OI, y las paquimetrías medias normales.

Los campos visuales sucesivos revelan importante restricción periférica en ambos ojos con un islote de visión central de unos 15°.

La OCT de mácula revela una ligera disminución de la capa de células ganglionares de predominio superior, mientras que la OCT de papila es aparentemente normal.

Tras intervenir de cataratas a la paciente, logra llegar al 100% de agudeza visual, sin embargo, persiste la afectación mencionada en los campos visuales.

Profundizando en la anamnesis, la paciente refiere haber sufrido cefaleas intermitentes de meses de evolución, sin focalidad neurológica.

Se solicita una RMN, que revela la presencia de una silla turca parcialmente vacía asociado a un probable aumento de la PIC.

La paciente se remite al servicio de neurocirugía y se decide realizar una cirugía de derivación lumboperitoneal.

En las revisiones sucesivas, se constata una mejoría progresiva de los campos visuales, hasta llegar, 2 años después a obtener unos campos visuales compatibles con la normalidad, habiendo abandonado el tratamiento con colirios hipotensores.

La correcta interpretación del campo visual y su correlación con el resto de exámenes es de gran importancia en el diagnóstico diferencial de las causas que pueden alterarlos. Se debe tener en cuenta la posibilidad de afectación de los mismos por patología endocraneal, y realizar una buena anamnesis para identificar síntomas neurológicos que nos puedan orientar hacia una causa no oftalmológica de la alteración visual del paciente.

CPCC012

SÍNDROME DE RADIUS-MAUMENEE: UNA CAUSA RARA DE GLAUCOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Natalia MONJA ALARCÓN, Susana PERUCHO MARTÍNEZ, Carlos Salvador FERNÁNDEZ ESCÁMEZ, Borja MAROTO RODRÍGUEZ

Introducción: El síndrome de Radius-Maumenee (SRM) o hipertensión venosa episcleral idiopática (HVEI) es un trastorno infrecuente de etiología desconocida que cursa clínicamente con una dilatación de los vasos episclerales y un aumento de la presión intraocular (PIO), asociado frecuentemente a glaucoma. Presentamos un caso unilateral que describe la complejidad del manejo diagnóstico-terapéutico que caracteriza este síndrome.

Caso clínico: Varón de 61 años que consulta por enrojecimiento del ojo derecho (OD) asociado a dolor ocular en la última semana. En la exploración del OD destacan vasos episclerales dilatados, PIO de 33 mmHg, ángulo abierto con sangre en el canal de Schlemm, una excavación papilar de 0,5 y campimetría y OCT de fibras sugerentes de daño glaucomatoso. La exploración del ojo izquierdo es normal. Se realizan una angiografía cerebral, un angioTAC y un estudio tiroideo, siendo todas las pruebas normales. Por exclusión es diagnosticado HVEI unilateral o SRM. En ausencia de control de la PIO con tratamiento médico se indica una esclerotomía profunda no perforante (EPNP). Una gonipunción precoz desencadena un desprendimiento coroideo agudo que se resuelve con tratamiento corticoideo tópico, sistémico y cicloplejía.

Conclusión: El Síndrome de Radius-Maumenee es una causa rara de glaucoma que debe sospecharse en pacientes que presenten dilatación de vasos episclerales y PIO alta. Su diagnóstico es clínico y de exclusión tras descartar patologías intracraneales e intraorbitarias que producen aumento de la presión venosa episcleral. Muchos pacientes acaban desarrollando un glaucoma de ángulo abierto posttrabecular de difícil manejo con escasa respuesta a los tratamientos médicos y numerosas complicaciones asociadas al tratamiento quirúrgico. Una de las más temidas es el síndrome de efusión uveal, que pretendió evitarse realizando una EPNP en lugar de una trabeculectomía. Desafortunadamente desarrolló dicha complicación tras realizar la goniopunción.

CPCC013

GLAUCOMA AGUDO DE ÁNGULO CERRADO BILATERAL SECUNDARIO A CONSUMO INTRANASAL DE COCAÍNA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lucía MORENO CASTRO, Gerardo Pedro GARCÍA GARCÍA, Irma Lisset TORRES GONZÁLEZ, Juan José PÉREZ SANTONJA

Introducción: La cocaína es un estupefaciente derivado de la planta de coca (*Erythroxylum coca*). Empleada como anestésico en Oftalmología, genera anestesia corneal, vasoconstricción conjuntival, y midriasis simpática al bloquear la recaptación de noradrenalina en los terminales sinápticos.

Caso clínico: Mujer de 38 años que acude a urgencias por dolor intenso en ambos ojos, visión borrosa y fotofobia de 48 horas de evolución. Horas antes había consumido cocaína vía intranasal. En la exploración oftalmológica la mejor agudeza visual corregida (BCVA) era de movimiento de manos en ojo derecho (OD) y cuenta dedos a 1 metro en ojo izquierdo (OI), la presión intraocular (PIO) fue de 73 mmHg en OD y 70 mmHg en OI, y presentaba inyección conjuntival, edema corneal, cámara anterior estrecha, ángulo grado 0 de Van Herick y pupilas en midriasis media arreactiva en ambos ojos (AO). Se instauró tratamiento tópico con dexametasona 1 mg/ml, timolol 0,5%, apraclonidina 10 mg/ml y pilocarpina 2%, acetazolamida oral 250 mg, y manitol 250 cc al 20% intravenoso. A las 36 horas de tratamiento, la PIO era 10/38 mmHg (OD y OI), presentaba desaparición de edema corneal completo en OD y parcial en OI. En este momento se realizan iridotomías. La paciente sigue revisiones ambulatorias. Al mes del alta su BCVA era de 0.7 OD y 0.6 OI y PIO: 10/14 mmHg (OD y OI) con 3 hipotensores tópicos en AO. En OD la pupila permanece miótica, presentando sinequias angulares aisladas y Van Herick grado II, mientras que el OI permanece en midriasis media arreactiva con sinequias en los 360° angulares y Van Herick grado I.

Conclusiones: Se han publicado casos de ataque agudo de glaucoma unilaterales al consumir cocaína intranasal o tras cirugías en la que se ha usado como anestésico, siendo los casos bilaterales excepcionales.

Individuos con cámara anterior estrecha y ángulo potencialmente ocluíble tienen mayor riesgo de desarrollar este cuadro tras consumir cocaína debido a la midriasis mantenida que produce.

CPCC014

PRIMER «FENÓMENO WIPE-OUT» TRAS CIRUGÍA XEN

Elena PARDINA CLAVER, Francisco Javier MONESCILLO LÓPEZ, Natividad RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, M.^a Esperanza GARCÍA ROMO

Introducción: El «fenómeno wipe out» describe la pérdida severa e inexplicada de visión tras una intervención quirúrgica de glaucoma. Los casos descritos se centran en la trabeculectomía con una incidencia entre 1 y 7%. No existe ningún caso descrito en la literatura tras cirugía XEN.

Los principales factores de riesgo son un estadio avanzado del glaucoma con afectación central, edad avanzada y mal control tensional perioperatorio. El mecanismo fisiopatogénico sigue siendo desconocido.

Caso clínico: Mujer de 65 años que en ojo derecho (OD) presentó hace 14 años una obstrucción venosa central retiniana tratada con neurotomía óptica radial y panfotocoagulación con agudeza visual (AV) final de 0.3.

Actualmente se encuentra en seguimiento por glaucoma severo bilateral con progresión a pesar de presiones intraoculares (PIO) de 10 mmHg con tratamiento farmacológico máximo.

Se implantó en OD un dispositivo XEN con buena evolución inicial. A los 2 meses se observó PIO de 35 mmHg por lo que se realizó needling con 5FU sin éxito. Se propuso revisión de la ampolla mediante apertura y liberación de fibrosis. El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias. A los 15 días la AV fue de amaurosis, presentando una ampolla quística y PIO 26 mmHg sin otra causa oftalmológica que justifique la amaurosis. A la semana la AV es de cuenta dedos y PIO de 12 mmHg con tratamiento farmacológico máximo.

Conclusiones: El riesgo de pérdida severa de visión tras la cirugía de glaucoma si bien es poco frecuente no debe obviarse y se debe advertir al paciente en el momento de tomar la decisión quirúrgica.

En nuestro caso se trata de un glaucoma muy avanzado y con antecedentes oftalmológicos relevantes que le confieren una especial vulnerabilidad vascular, neurológica, etc.

La valoración del paciente y sus factores de riesgo es fundamental, así como el seguimiento estrecho perioperatorio que permita un buen control ante posibles picos tensionales que de otra forma pasarían inadvertidos.

CPCC015

USO DE IMPLANTE EX-PRESS EN EL SÍNDROME IRIDO-CORNEO-ENDOTELIAL. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Cristina PONT VIVES, M.^a Jesús MUNIESA ROYO, Valentín HUERVA ESCANILLA, Juan Antonio EZPELETA CAMPAÑA

Objetivo: presentación de tres casos clínicos de glaucoma asociado a síndrome iridocorneoendotelial (S. ICE) tratados quirúrgicamente con implante ExPress.

Caso clínico 1: Mujer 59 años, con S. ICE en OI y PIO OI 55 mmHg que precisó intervención quirúrgica mediante implante ExPress + MMC con buen control tensional a los 5 años de seguimiento. Durante la evolución la paciente presentó descompensación corneal asociada al ICE precisando cirugía DMEK.

Caso clínico 2: Mujer 50 años con S. ICE en OI que presentó PIO no controlada con tratamiento médico precisando cirugía filtrante mediante implante ExPress + MMC + Ologen con buen control tensional y ampolla funcionante. A los 3 meses de seguimiento presentó oclusiones repetidas del implante ExPress con subidas de PIO con buena respuesta al tratamiento con láser YAG. Ante recurrencia de la obstrucción se decidió retirar dicho implante y reconversión a trabeculectomía. Al año de seguimiento presenta PIO 11 mmHg sin tratamiento.

Caso clínico 3: Varón de 49 años con S. ICE que fue intervenido de glaucoma en OI mediante implante ExPress con buen control tensional a los 18 meses de seguimiento sin tratamiento hipotensor. Durante el seguimiento ha presentado descompensación corneal que ha requerido cirugía DSAEK.

Conclusión: El implante ExPress puede ser una opción quirúrgica útil en el glaucoma asociado al ICE con buen control tensional. Hay que tener en cuenta la posibilidad de obstrucción del implante a nivel de cámara anterior, así como el riesgo de descompensación corneal asociado al ICE.

CPCC016

LASER XEN-PERIENCIA: OPTIMIZACIÓN DEL STENT XEN® MEDIANTE EL USO DE LÁSERS EN CONSULTA

Simón QUIJADA ANGELI, Iulia PANA, Marta SÁNCHEZ-DEHESA SÁEZ, Cristina GONZÁLEZ GARCÍA

Introducción: Los avances en la cirugía de glaucoma moderna van encaminados a la implementación de métodos mínimamente invasivos, entre ellos el gel stent Xen®, es por más efectivo con una técnica de inserción sencilla y reproducible, sin embargo, no está exenta de complicaciones por lo que se han descrito diferentes maniobras para la resolución de problemas en su posicionamiento utilizando diferentes instrumentos entre ellos el láser. Presentamos algunas de dichas técnicas mediante 3 casos clínicos de cirugía combinada de facoemulsificación + implante Xen®.

Casos Clínicos: Caso 1: mujer de 84 años operada de cirugía combinada en OI presenta pinzamiento de iris con contacto con el implante en todo su trayecto con buen control de la presión intra-ocular (PIO) se aplica láser diodo localizado en iris en contacto con el implante lográndose su liberación.

Caso 2: Hombre de 85 años quien posterior a cirugía combinada, en OD, presenta la mitad del implante en cámara anterior (CA), persiste buen control tensional, se realizó sección YAG del implante con la finalidad de aumentar su flujo y cierre de la ampolla.

Caso 3: Mujer 74 años con cirugía combinada en OD, complicada con síndrome de iris flácido intraoperatorio y desgarro de iris, sufre pinzamiento de iris en incisión principal con obstrucción del implante, realizándose iridoplastia diodo localizada y en el sector contralateral del iris, desplazando el iris posteriormente y librando la punta del implante.

Conclusión: El creciente uso de los dispositivos mínimamente invasivos para tratar quirúrgicamente el glaucoma conlleva, la aparición de nuevas técnicas de manejo post-operatorio. Es importante conocer el uso de los diferentes tipos de láser en el post-operatorio, permitiendo así optimizar los resultados en cirugías potencialmente complejas y así evitar reintervenciones más agresivas, reservando las mismas solo cuando sea indispensable y realizarlas con menor frecuencia.

CPCC017

ATAQUE AGUDO DE GLAUCOMA CON FIBROSIS DE LA AMPOLLA DE FILTRACIÓN TRAS IMPLANTE DE DISPOSITIVO XEN®

Belén TORRES LEDESMA, Francisco RUIZ TOLOSA, Jéssica BOTELLA GARCÍA

Introducción: El dispositivo XEN® es un implante diseñado para reducir la presión intraocular (PIO) en pacientes afectados de glaucoma. Se inserta vía ab interno y crea un tunel a través de la esclera permitiendo el paso de flujo de humor acuoso desde la cámara anterior hacia el espacio subconjuntival.

Caso clínico: Mujer de 54 años, sin antecedentes médicos de interés que acude para visita de seguimiento de glaucoma. En tratamiento hipotensor médico máximo. Agudeza visual máxima corregida de 1,2 (decimal) en AO. PIO de 14 mmHg en ojo derecho (OD) y 25 mmHg en ojo izquierdo (OI). Paquimetría de 526 µm en OD y 531 µm en OI. Exploración de segmento anterior normal. Gonioscopía de ángulo grado IV. Excavación papilar de 0,7 en ambos ojos. El campo visual Octopus® mostró alteraciones en AO. En esta situación, se decide llevar a cabo implante de dispositivo XEN® en OI. La cirugía cursó sin complicaciones. A los 8 días, la paciente acudió a urgencias refiriendo fuerte dolor de OI, visión borrosa, fotopsias y vómitos. En dicha exploración objetivamos aplanamiento total de la ampolla de filtración, edema corneal, microbullas epiteliales, cámara grado III y midriasis media arreactiva. PIO en OI de 60 mmHg. Debido al mal estado general que mostraba la paciente se decide ingreso e inicio de tratamiento tópico y sistémico sin conseguir disminución de la PIO. Realizamos needling de la ampolla. Tras ello la PIO descendió a 36 mmHg. Finalmente se decide cirugía de Esclerectomía Profunda No Perforante, explante de XEN® e implante de Ologen®, logrando control de la PIO y mantenimiento de la misma en ausencia de tratamiento médico.

Conclusiones: El implante del dispositivo XEN® es una técnica novedosa y efectiva en el tratamiento del glaucoma, pero al mismo tiempo no se encuentra exenta de complicaciones tales como la hipertensión ocular aguda por fibrosis de ampolla de filtración. Esta complicación puede resolverse mediante needling, explante del XEN® y cirugía filtrante de glaucoma.

CPCC018

RESULTADOS DE CIRUGÍA COMBINADA DE QUERATOPLASTIA PENETRANTE Y CANALOPLASTIA EN QUERATOPATÍA ASOCIADA A GLAUCOMA DE ANGULO ABIERTO

Aritz URCOLA CARRERA, Irene HERRERO DÍEZ, Jesús GARRIDO FIERRO

Introducción: La queratoplastia penetrante (QPP) es una técnica quirúrgica empleada en el tratamiento de patologías corneales como la queratopatía bullosa entre otras. El glaucoma preoperatorio y la elevación de la presión intraocular (PIO) son unos de los principales factores de riesgo implicados en el fracaso del injerto. La canaloplastia (CP) es una técnica quirúrgica empleada en el tratamiento del glaucoma de ángulo abierto (GCAA). Existe controversia respecto al abordaje quirúrgico idóneo del glaucoma en aquellos pacientes con QPP previa o pendientes de cirugía corneal. El propósito de esta serie de casos es evaluar la seguridad y eficacia de la CP combinada con la QPP en el mismo acto quirúrgico en GCAA.

Casos: Varón con agudeza visual (AV) de 0.1, PIO de 24mmHg en tratamiento con 4 principios activos (PA) y una queratopatía bullosa postpseudofáquica (QBP). Previa trabeculectomía (TBL) fracasada. Tras QPP y CP la PIO fue de 13, 15 con 2 PA, 17 con 2 PA y 34 mmHg con 3 PA a las 24h, mes, 3 meses y año respectivamente. La AV al año fue de 0,16.

Varón con AV de percepción de luz (PL), PIO de 33mmHg en tratamiento con 3 PA y una QBP. Previa TBL fracasada y glaucoma pseudoexfoliativo. Tras QPP y CP la PIO fue de 15 con 2 PA, 15 con 2 PA, 13 con 2 PA y 12 mmHg a las 24h, mes, 3 meses y año respectivamente. La AV al año fue de PL.

Mujer con AV de cuenta dedos (CD), PIO de 28mmHg en tratamiento con 3 PA y una QBP. Previa TBL fracasada. Tras QPP y CP la PIO fue de 7, 15 y 26mmHg con 2 PA a las 24h, mes y 3 meses respectivamente. La AV a los 3 meses fue de 0.26.

Conclusión: Esta limitada serie de casos plantea un nuevo abordaje quirúrgico en el control de la PIO en el GCAA, ante el manejo de la QPP. No encontramos complicaciones quirúrgicas asociadas en este procedimiento combinado. Estudios con mayor número de casos y el análisis de los factores de riesgo previos a este tipo de cirugía son necesarios para evaluar la supervivencia del injerto.

CPCC019

PTOSIS UNILATERAL AGUDA COMO DEBUT DE DISECCIÓN CAROTÍDEA

Fernanda FERNÁNDEZ-TRESGUERRES GARCÍA, Tamara SUKHAIR HARB, Fernando CAMÓN IGLESIAS, Laura PULIDO NARANJO

Introducción: Existen manifestaciones oftalmológicas sutiles como signos guía de accidentes cerebrovasculares y enfermedades neurológicas que no deben pasar inadvertidos.

Caso clínico: Paciente sano de 41 años sin antecedentes personales de interés. Es médico de urgencias y durante una guardia presenta una ptosis aguda del párpado superior derecho (PSD).

Disminución de 2 milímetros (mm) de hendidura palpebral y con buena función del elevador del PSD.

Agudeza visual de 1 en ambos ojos (AO). Sin defecto pupilar aferente. Motilidad extraocular, presión intraocular, biomicroscopia y fondo de ojo normal en AO.

24 horas después se detectó una miosis del ojo derecho (OD), diagnosticándose un Síndrome de Horner. La tensión arterial era de 180/100.

Se decidió realizar una tomografía computerizada (TC) cerebral urgente y posteriormente un Angio TC donde se objetivó una disección carotídea derecha de 28 mm en su porción intrapetrosa. Provocando un trombo intramural que originaba una estenosis del 50%. El paciente es trasladado a la unidad de Ictus, manteniéndose estable.

Se reinterroga, jugó al paddel 48 horas antes.

Se solicitó Angioresonancia magnética nuclear (RMN) cerebral donde se confirmó la disección de carótida de 28 mm con una estenosis del 42%. No hay lesiones isquémicas en parénquima cerebral.

Un mes después continúa con ptosis PSD, sin miosis. No presenta otra sintomatología, ni ha tenido otros eventos. Es seguido por Neurología y Oftalmología, se encuentra en tratamiento con Adiro 100 mg día.

En la AngioRMN a los 6 meses se observó reabsorción del trombo intramural.

Conclusión: La disección es poco prevalente y suele afectar a pacientes jóvenes.

El oftalmólogo ante una ptosis leve, aguda y aislada, sin miosis o anhidrosis, debe ya plantearse esta entidad, porque puede prevenir eventos neuro lógicos de máxima gravedad, e incluso la muerte, pidiendo una prueba de imagen urgente.

CPCC020

SÍNDROME DE ISQUEMIA OCULAR Y LA RESPONSABILIDAD DE UN OFTALMÓLOGO

Jorge Javier GAITÁN VALDIZÁN, Alicia LÓPEZ DE EGUILITA RODRÍGUEZ, Andrea CERVERÓ VARONA, Raúl FERNÁNDEZ RAMÓN

Introducción: El síndrome de isquemia ocular es una condición que altera la visión y que puede, además, predecir un infarto cerebral. Se caracteriza por presentar signos de isquemia tanto en polo anterior como en polo posterior ocular. Tiene una incidencia de 7,5 casos por millón de habitantes cada año.

Resumen: Presentamos el caso de un paciente de 61 años que acude a urgencias de nuestro hospital por disminución de agudeza visual (AV) gradual hace 2 meses, empeora hace 3-4 días. Como antecedentes encontramos DM2 insulino dependiente con mal control, glaucoma sin tratamiento desde hace más de un año, y estenosis de la arteria carótida interna izquierda desde el 2016 que no es tratada por estar asintomático. A la exploración del ojo izquierdo (OI) presenta rubeosis, atrofia iridiana y pupila arrefléxica. La AV OI es cuenta dedos a 2 m, y presión intraocular de 21 mmHg.

La retinografía del OI muestra el fondo de ojo con una disminución total del flujo vascular, múltiples zonas de microhemorragia y una papila pálida con una excavación papilar de 0,7. La exploración del ojo contralateral fue normal.

Tras la exploración el paciente es enviado al servicio de Cirugía Cardiovascular y se realiza una angiotomografía en la que se evidencia una obstrucción total de la arteria carótida interna.

Conclusiones: Los oftalmólogos deben estar especialmente alertas de esta condición, que es poco común pero puede presentarse como primer síntoma en un paciente sin otros eventos isquémicos. Sólo este hecho eleva la tasa de mortalidad en 5 años a 40%, por lo cual es importante su identificación y diagnóstico para una correcta derivación del paciente y lograr un tratamiento tiempo que podría salvar su vida.

CPCC021

CISTINOSIS: IMPORTANCIA DE UNA EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA COMPLETA

Elsa GÁNDARA RODRÍGUEZ DE CAMPOAMOR, M.^a Concepción GUIRAO NAVARRO, Jesús BARRIO BARRIO, Javier MORENO MONTAÑÉS

Introducción: La cistinosis es una enfermedad lisosómica rara de herencia autosómica recesiva que afecta de forma predominante a nivel renal y oftalmológico.

Una de las manifestaciones oftalmológicas más frecuentes se localiza en el segmento anterior. La aparición de depósitos corneales de cistina sucede de forma universal en todos los pacientes y es un criterio diagnóstico de la enfermedad. Es además, una de las principales causas de disconfort y disminución de la calidad de vida de estos pacientes.

Caso clínico: Se presentan dos casos clínicos correspondientes a mujeres de 24 y 19 años diagnosticadas de cistinosis nefropática en la infancia, a los 8 y a los 15 meses de edad respectivamente.

Debido a la afectación renal secundaria a la cistinosis, han requerido trasplante renal y se encuentran actualmente en tratamiento con tacrolimus por vía oral y cisteamina vía oral y tópica, en seguimiento por parte del servicio de nefrología.

En la exploración oftalmológica, la mejor agudeza visual corregida era de 1,0 en ambos ojos y la presión intraocular se encontraba dentro de límites normales.

En la biomicroscopía se observaron depósitos de cistina en forma de cristales birrefringentes a nivel conjuntival y corneal.

En la perimetría estática computerizada no se encontraron defectos campimétricos.

A nivel del segmento posterior se observó en ambas pacientes edema de papila bilateral con signos de cronicidad. Tras este hallazgo en la exploración, las pacientes fueron remitidas a neurología y posteriormente a neurocirugía. En las imágenes de la resonancia magnética cerebral se observaron signos radiológicos compatibles con hipertensión intracraneal, así como una malformación Arnold Chiari tipo I en una de las pacientes.

Conclusiones: Conocer las distintas manifestaciones oftalmológicas de la cistinosis es de vital importancia para realizar un examen oftalmológico completo, el cual puede orientar, en muchos casos, el enfoque multidisciplinar a seguir a nivel sistémico.

CPCC022

OSTEOMA COROIDEO BILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO ATÍPICO

Luis Carlos GARCÍA GARCÍA, Daniel ARTIEDA GARCÍA, Javier PLACERES DABÁN, Lucía RIAL ÁLVAREZ

Introducción: El osteoma coroideo es un tumor intraocular benigno que es más frecuente en mujeres jóvenes en la segunda o tercera década de vida. Histopatológicamente está formado por hueso esponjoso maduro con atrofia del epitelio pigmentario de la retina por encima. Es bilateral hasta en un 20% de los casos. Tiene una forma redondeada con bordes bien definidos y localizado frecuentemente yuxtapapilar, con extensión macular.

Caso clínico: Paciente mujer de 54 años que acude a consulta para revisión oftalmológica. Como antecedente único de interés tiene ambliopía en ojo derecho (OD). La mejor visión corregida en OD es de 0.16 y 0.9 en ojo izquierdo (OI). El segmento anterior es normal en ambos ojos. En el segmento posterior destaca la presencia de una masa coroidea blanco-amarillenta algo sobreelevada fuera de arcada temporal superior en OD, y otra también fuera de arcada temporal superior de menor tamaño en OI. Se solicita un perfil analítico para uveítis posterior, siendo negativo. En la angiografía fluoresceínica se observan dos lesiones con hiperfluorescencia irregular y en la tomografía de coherencia óptica se aprecian dichas lesiones coroideas con hiperreflectividad. Se realiza retinografía de ambos ojos. La ecografía ocular muestra las dos lesiones hiperecogénicas de 10x6 milímetros en OD y 5x5 milímetros en OI, con sombra acústica posterior y altamente sugestivas de calcificación. Con todo ello, se establece el diagnóstico de osteoma de coroides bilateral. No se observa progresión de estas en sucesivas visitas.

Conclusión: El osteoma de coroides es un tumor raro, más aún su bilateralidad, de etiopatogenia desconocida. Es fundamental conocer las características propias y un correcto diagnóstico diferencial con otras lesiones como son el melanoma amelanótico, metástasis coroideas, hemangioma y granulomas, entre otras. De no ser así, se puede poner en riesgo el pronóstico vital del paciente.

CPCC023

ABSCESO IRIDIANO EN ENDOFTALMITIS ENDÓGENA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA ENDOCARDITIS

Raquel Agustina GÓNGORA RODRÍGUEZ, M.^a José GARCÍA MAYOL,
Ana RODRÍGUEZ ORTUÑO, Luis ELOY PÉREZ GONZÁLEZ

Introducción: Un absceso iridiano en una endoftalmitis endógena como primera manifestación de una endocarditis es algo muy inusual, habiéndose encontrado pocos casos descritos en la literatura. Presentamos el caso de este paciente que acudió a nuestro servicio.

Caso clínico: Varón de 56 años que acudió por urgencias por presentar ojo derecho (OD) rojo, doloroso y visión borrosa. En la anamnesis el paciente refirió que comenzó con cuadro de fiebre alta de hasta 39,5°C hace 5 días, malestar general y artromialgias. En los últimos 3 días, comenzaron a aparecer lesiones dolorosas violáceas, nódulos de osler, primero en pie izquierdo, luego en mano izquierda y finalmente en codo izquierdo. Además, refirió molestias con dolor tipo pinchazo en hipocondrio derecho. En la exploración ocular presentaba mejor agudeza visual corregida (MAVC) en OD de 0.1, inyección ciliar, edema corneal, tyndal positivo, flare, absceso en iris a las VII horas e hipopion. En fondo de ojo presentaba turbidez vítrea con snowballs, snowbanks y retina aplicada. El paciente fue diagnosticado de endoftalmitis y se inició tratamiento con vancomicina intravítrea, ciclopléjico y antibioterapia y corticoterapia tópica máxima. Ante el cuadro sistémico se remitió a la unidad de infecciosas donde se le diagnosticó de endocarditis bacteriana por *Staphylococcus Aureus* Meticilin sensible que precisó ingreso en UCI. El paciente evolucionó favorablemente tras tratamiento sistémico y la endoftalmitis se resolvió, quedando con una MAVC de 0.7 en la actualidad.

Conclusiones: Un absceso iridiano en una endoftalmitis endógena es algo inusual. En la literatura hay casos descritos en su mayoría secundarios a septicemia y en pacientes inmunodeprimidos. Un absceso iridiano en un paciente con endocarditis bacteriana debe ser considerado como un émbolo séptico, lo cual es un hallazgo clínico relevante pues puede condicionar el enfoque terapéutico sistémico en estos pacientes.

CPCC024

ESPASMO ACOMODATIVO ASOCIADO A HIPOVITAMINOSIS D

Aínsa IBÁÑEZ GARCÍA, Ana Belén GONZÁLEZ ESCOBAR, José Manuel GALVÁN CANO,
Ignacio GARCÍA BASTERRA

Introducción: La vitamina D (VD) es una prohormona que juega un papel esencial en el desarrollo óseo. Nuevas evidencias sugieren que tiene influencia en otros tejidos como cerebro, corazón, páncreas, estómago, gónadas, próstata, órganos linfáticos y piel, así como en la regulación del sistema inmunológico. La hipovitaminosis D (hVD) puede ser secundaria a un inadecuado aporte nutricional, falta de exposición a la luz solar o síndromes de malabsorción. Se ha demostrado relación entre su déficit y patologías como cefalea, dermatitis atópica, diabetes mellitus, celiaquía, elevación de enzimas hepáticas y tumores ginecológicos.

El espasmo acomodativo es una rara patología descrita en niños y jóvenes, donde la respuesta muscular de acomodación es involuntariamente mayor que el estímulo acomodativo.

Caso clínico: Niña de 12 años con antecedentes de prematuridad e intervenida de gastrosquisis con resección intestinal y de teratoma de ovario, en tratamiento con hierro y ácido fólico y dieta exenta de gluten leche y huevo. Acude a consulta por disminución de agudeza visual (AV) bilateral e intensas cefaleas. Refería episodio similar previo de menor severidad. Aportaba una RMN sin alteraciones. Su AV era de 0,3 en ambos ojos y la biomicroscopia y OCT mostraban una anatomía normal. La refracción bajo cicloplejía de +1,75 -0,75 a 180° en ambos ojos llevó a la sospecha de un espasmo acomodativo. A pesar del tratamiento con ciclopléjico y corrección óptica, durante 2 meses su AV no mejoró de 0,5. Se solicitó analítica de sangre que evidenció déficit de VD. Con el suplemento de VD la AV mejoró progresivamente.

Conclusiones: Debería realizarse screening de hVD en niños con alteraciones motoras o del crecimiento, falta de exposición solar, tratamientos crónicos con corticoides o anticonvulsivantes y en síndromes de mala digestión o malabsorción.

Debe sospecharse alteración orgánica en pacientes con espasmos acomodativos que no mejoran con el tratamiento habitual.

CPCC025

MANEJO TERAPÉUTICO DEL CRECIMIENTO EPITELIAL EN CÁMARA ANTERIOR CON ANTIMETABOLITOS

Santiago MONTOLÍO MARZO, Ester FERNÁNDEZ LÓPEZ, Juan DAVÓ CABRERA, Enrique Antonio ALFONSO MUÑOZ

Introducción: El crecimiento epitelial supone una de las complicaciones más temidas en los casos de cirugía ocular recurrente. Su incidencia es baja, 0,09-0,12%, suponiendo un reto diagnóstico y terapéutico; pudiendo desembocar en descompensación corneal, desprendimiento de retina y glaucoma de difícil tratamiento.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 73 años con ojo único, afáquico y con midriasis arrefléxica y con antecedentes de múltiples cirugías intraoculares: facoemulsificación complicada, múltiples intervenciones por Seidel recidivante en las incisiones, válvula de Ahmed, vitrectomía pars plana y queratoplastia penetrante.

Tras la realización de queratoplastia penetrante se objetivó una línea de pigmento retrocorneal y edema corneal. Ante la posibilidad de que se trate un posible rechazo endotelial se decidió administrar corticoterapia tópica y subconjuntival, sin observarse mejoría y avanzando. La línea avanza a modo de sabana cubriendo la superficie endotelial corneal.

Por el comportamiento clínico y la presencia de una línea hiperreflectiva a nivel endotelial en OCT de segmento anterior (OCT-SA) se consideró el diagnóstico de crecimiento epitelial.

Se desestimó la cirugía por tratarse de una forma difusa que requeriría de una distorsión anatómica excesiva con su exéresis completa, optándose por la irrigación de 5-fluouracilo en cámara anterior a dosis de 1000 microg en 0,1 ml vehiculizado con viscoelástico.

Después de dos inyecciones se consiguió la regresión de la línea de pigmento en biomicroscopía y de la línea hiperreflectiva en OCT-SA. Actualmente presenta descompensación corneal secundaria al tratamiento, estando pendiente de nuevo trasplante corneal.

Conclusión: el tratamiento con antimetabolitos (1000 microg de 5-FU) es una buena opción terapéutica para el manejo del crecimiento epitelial intracameral en sábana, disminuyendo los posibles efectos adversos graves de una cirugía de exéresis completa del crecimiento epitelial difuso.

CPCC026

NÓDULO CORNEAL E HIPERMETROPÍA TRATADOS MEDIANTE RASPADO CORNEAL Y PTK (QUERATECTOMIA FOTOTERAPÉUTICA TRATADA CON LÁSER)

Patricia PÉREZ SALAICES, Gloria OLAVARRI GONZÁLEZ, Fabián FARIAS PLAZA, Sonia GALLARDO RUEDA

Introducción: Se presenta un caso de un nódulo corneal de reciente aparición, junto con hipermetropía, con buen resultado visual tras tratamiento mediante raspado y PTK corneal.

Caso clínico: Varón de 53 años, que refiere pérdida visual por OI (ojo izquierdo) de varios meses de evolución, no refiere traumatismo ocular ni otros síntomas de interés.

A la exploración de evidencia imagen blanquecina en cornea de OI, subepitelial en zona central y paracentral superior, resto de exploración dentro de la normalidad.

AV (0.3), con $+2-0.5 \times 100^\circ$: 0.5, $44.5 = -3.5 \times 70^\circ$. 580 micras de espesor corneal total.

SE aportan topografías, OCT corneal donde se evidencia lesión nodular subepitelial y su profundidad y fotografías de la cornea.

Se realiza tratamiento PTK (queratectomía fototerapéutica), mediante desepitelización con alcohol 20% durante 30 segundos, raspado de la lesión y aplicación de PTK de 50 micras para regularización de la superficie estromal a zona óptica de 7 mm con laser Wavelight EX 500 (Alcon).

A los 5 meses del tratamiento, la Av final sin corrección es de 0,95, con refracción residual de -0.25 : 0.98, $45.5 = -0.5 \times 170^\circ$.

Se aportan OCT corneal y fotografías tras el tratamiento.

Conclusión: Los nódulos corneales (posible degeneración nodular de Salzmann) se pueden tratar de forma efectiva mediante raspado de la lesión y posterior regularización de la superficie estromal mediante PTK, la PTK realizada con el laser Wavelight Ex 500 (Alcon), a diferencia de la mayoría de los láseres, realiza un tratamiento esférico corneal con incurvamiento de la cornea, dando como resultado una miopización de la cornea, por lo que en este caso además de la recuperación de la transparencia corneal, al paciente también se le solucionó su defecto refractivo.

CPCC027

OFTALMOMIASIS EXTERNA POR OESTRUS OVIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Javier Alejandro SALINAS LÓPEZ, Lucía MORENO CASTRO, M.^a Belén FIGUEROLA GARCÍA,
David Ismael GIJÓN CARRETERO

Introducción: La miasis es la infección producida por la invasión de larvas del orden Díptera (moscas) en tejidos o cavidades corporales. La afectación ocular (oftalmomiasis) puede ser clasificada en externa, interna u orbitaria dependiendo del sitio de invasión de las larvas. *Oestrus ovis* o «mosca del carnero» es la principal causa de oftalmomiasis externa; siendo el hombre un hospedador intermedio, accidental e infrecuente en el ciclo biológico de esta especie.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente mujer de 26 años que acude a nuestro Servicio por presentar una clínica de ojo rojo derecho de 4 horas evolución asociado a intensa sensación de cuerpo extraño y fotofobia; refiriendo el impacto de un insecto horas antes.

Al examen la paciente presentaba hiperemia conjuntival y quemosis moderada. Se evidencian larvas móviles sobre la superficie conjuntival de los fondos de saco y carúncula. Se procedió a la aplicación de gel oftálmico de lidocaína y a la extracción con pinza de las larvas, con posterior aplicación de pomada antibiótica. En revisión de control se evidenció resolución completa del cuadro, sin encontrar larvas remanentes.

Cabe destacar que se tomaron fotografías y se enviaron algunos especímenes a Microbiología, siendo la morfología compatible con larvas del díptero *Oestrus ovis*.

Conclusiones: Si bien la oftalmomiasis externa por *Oestrus ovis* es un cuadro infrecuente, el diagnóstico no supone mayor dificultad si se disponen de especímenes completos, dado el aspecto característico de las larvas; si bien, hay que hacer el diagnóstico diferencial de otras causas menos frecuente de oftalmomiasis.

Dado que el ser humano es un hospedador accidental, se ha considerado inviable el desarrollo de las larvas mas allá de su primer estadio; aunque es necesario la extracción completa para evitar la posible progresión a formas internas.

El tratamiento consiste en la extracción de las larvas, asociándose antibióticos y esteroides tópicos.

CPCC028

NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA ANTERIOR NO ARTERÍTICA BILATERAL Y SILDENAFILO

Johanna Isabel VARGAS SÁNCHEZ, Raquel SORIANO GIL, Juan Antonio SÁNCHEZ PEREA,
M.^a Luisa GALLEGRO MARTÍNEZ

Introducción: La neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIA-NA), es la neuropatía aguda más frecuente en mayores de 50 años, debida a la hipoperfusión de la cabeza nervio óptico (NO) causando su infarto.

Es multifactorial entre ellos tenemos los factores de riesgo cardiovascular, la relación copa disco pequeña y la ingesta de fármacos como los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5, usados en la disfunción eréctil, los cuales provocan una hipoperfusión arterial y aumentan por dos el riesgo de sufrir una NOIA.

Se presenta con disminución brusca e indolora de la agudeza visual, la cual puede ser severa e irreversible, defecto pupilar aferente relativo (DPAR) y edema de papila. Es característico el defecto campimétrico altitudinal inferior.

Lamentablemente no existe un tratamiento efectivo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 58 años de edad con antecedentes de mielopatía cervical postraumática y tetraparesia espástica desde 1999. Que acude a urgencias por presentar de forma brusca pérdida de la agudeza visual de ambos ojos tras la ingesta de sildenafil. Al examen la agudeza visual fue en ojo derecho de cuenta dedos a 50 cm, en ojo izquierdo (OI) cuenta dedos a 1 m, DPAR en OI. La funduscopia reveló palidez papilar bilateral y el campo visual mostró defecto altitudinal inferior en ambos ojos. Los niveles de VSG y PCR estaban dentro de la normalidad. Se completó el estudio con RMN cerebral, Eco-doppler carotídeo los cuales fueron normales. El estudio de potenciales evocados visuales mostró degeneración axonal. Se diagnosticó de NOIA-NA bilateral y se trató con metilprednisolona 1g/día intravenoso, sin mostrar mejoría funcional.

Conclusión: Ante la sospecha de NOIA-NA es importante tener en cuenta el uso de fármacos que predisponen su aparición, debido a que muchos pacientes son reticentes a dar la información de forma voluntaria, del mismo modo al indicar los mismos es importante advertir al paciente de los posibles efectos adversos.

CPCC029

AMAUROSIS BILATERAL SECUNDARIA A SINDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) EN LA PREECLAMPSIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.^a Magdalena ALBERTO PESTANO, Ruymán RODRÍGUEZ GIL

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad clínico radiológica presente en 1-15% de los casos con preeclampsia severa originada por un edema vasogénico. Se caracteriza por un conjunto de características clínicas (cefalea, alteración del nivel de alerta, convulsiones, pérdida visual, y/o vómitos) y radiológicas que muestran el edema en la región parieto-occipital.

Caso clínico: Presentamos el curso clínico de una mujer de 37 años, con 35 semanas de gestación que acudió urgente por cefalea y amaurosis bilateral. En la exploración destacaban cifras de tensión arterial 170/110, neurológicamente estaba consciente, bradipsíquica y con reflejo fotomotor conservado. Funduscopia normal. OCT de mácula y retinografía normales.

En la bioquímica urgente destaca proteinuria. Y en el TAC de cráneo urgente no se evidenciaron hallazgos patológicos. Se establece un diagnóstico clínico presuntivo de ceguera cortical secundaria a preeclampsia severa por lo que comienza perfusión de sulfato de magnesio y labetalol, y se indica cesárea urgente. Tras la cesárea electiva en la angio- RM se observa hiperintensidad parcheada en región cortical y subcortical occipital bilateral en secuencia T2 compatible con encefalopatía posterior reversible. En la evolución se aprecia mejoría de la visión tras 12 horas de cesárea electiva y alcanzó nuevamente visión 20/20 a los 5 días.

Conclusiones: El PRES es una complicación poco frecuente de la preeclampsia con potencial capacidad de deterioro visual grave. Es por ello que requiere un conocimiento del cuadro y manejo precoz, evitando así un daño cerebral permanente con las repercusiones visuales asociadas.

CPCC030

NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA POSTERIOR BILATERAL EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES. IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO

Inés BUGALLO GONZÁLEZ, Carmen Rocío CORZO FERNÁNDEZ, Carmen BURGUEÑO MONTAÑÉS, Lucía ALONSO MENÉNDEZ

Introducción: La neuropatía óptica isquémica posterior se produce por una isquemia de la porción retrobulbar del nervio óptico, y se caracteriza por presentar al inicio un aspecto normal de la papila. Etiológicamente hay tres tipos: perioperatoria, arterítica, y no arterítica. La Neuropatía óptica isquémica posterior arterítica es una complicación poco frecuente de la arteritis de células gigantes, que suele presentarse en adultos por encima de los 50 años, con una pérdida de visión severa, y acompañada de afectación sistémica.

Caso: Mujer de 70 años con antecedentes de arteritis de células gigantes, a tratamiento con corticoides orales, ingresa a cargo de medicina interna por cuadro de gastroenteritis con dolor abdominal, diarrea, y vómitos, de 3 semanas de evolución. Durante el ingreso, refiere pérdida de visión bilateral, más acusada en el ojo izquierdo, y se solicita valoración oftalmológica, en la cual se observa una agudeza visual (AV) de 0.3 en ojo derecho (OD), y de movimiento de manos en ojo izquierdo (OI), un campo visual (CV) en OD con defecto arciforme superior, en OI no colabora para CV. Funduscopia, y tomografías de coherencia óptica (OCTs) normales.

Dados los antecedentes de la paciente, se sospecha neuropatía óptica isquémica posterior arterítica. Se decide aumento de la dosis de corticoides por vía intravenosa, con estabilización de la clínica ocular, y mejoría sistémica, al subsanar el déficit de absorción, debida a los vómitos de largo tiempo de duración. La paciente es dada de alta, y se realiza una revisión, mes y medio después del inicio de los síntomas, sin empeoramiento de AV, aunque presenta palidez papilar en OI y alteraciones en las OCTs de la capa de fibras nerviosas en OI, y del complejo de células ganglionares en ambos ojos.

Conclusión: Ante la sospecha clínica de etiología arterítica, deben iniciarse de inmediato y mantenerse en el tiempo, las dosis necesarias de corticoides para evitar la progresión del daño visual.

CPCC031

ONDAS CUADRADAS ANÓMALAS: INTRUSIONES SACÁDICAS. CASO CLÍNICO

Carlota FUENTE GARCÍA, Teresa GARCÍA COBO, Ignacio GARCÍA CRUZ,
Miguel Francisco RUIZ GUERRERO

Introducción: Los movimientos sacádicos son desplazamientos rápidos de los ojos entre dos puntos de fijación. El rastreo visual de una escena se produce mediante una sucesión de movimientos sacádicos (MSs) y las correspondientes fijaciones entre ellos. Los MSs pueden ser ejecutados voluntariamente y autoinducidos o en respuesta a estímulos visuales.

Las lesiones de la corteza prefrontal (sistema inhibitor fronto-nígrico) producen un estado de desinhibición de las respuestas del sistema tronco cerebeloso a señales parietales de atención sobre los estímulos visuales. Esto se manifiesta por la sucesión de frecuentes sacadas de latencia corta (express) y por dificultad para suprimir las sacadas no deseadas frente a estímulos visuales.

Caso clínico: Presentamos a una paciente de 9 años de edad derivada para valoración de nistagmus. La paciente refería cefalea ocasional y dificultad de seguimiento en la lectura.

En la exploración la paciente presentó agudeza visual de 0,6 en la escala de Snellen en ambos ojos. La motilidad ocular intrínseca estaba conservada. En el cover test no se objetivó desviación ni de lejos ni de cerca. Tampoco se observó nistagmus. Durante la exploración de la motilidad la paciente comenzó a realizar movimientos sacádicos rápidos horizontales y verticales.

En la video-oculografía se registraron ondas cuadradas de > 5 ondas por minuto y > 200 milisegundos de duración.

El estudio neurológico fue normal.

Conclusiones: Las intrusiones sacádicas no se observa con frecuencia en nuestras consultas, pero es necesario conocerlas y realizar un buen diagnóstico diferencial ya que, no es inusual, confundirlas con otras patologías como nistagmus u opsoclonus.

En la literatura, se han descrito en sujetos sanos o en pacientes ansiosos, pero también en múltiples patologías que afectan a las estructuras cortico- subcorticales frontales, como por ejemplo, demencia o fenómenos obsesivos compulsivos por lo que es obligatorio realizar un buen estudio neurológico.

CPCC032

UTILIDAD DE LA ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (ANGIO-OCT) EN LA VASCULITIS CEREBROCOCLEORETINIANA (SÍNDROME DE SUSAC)

M.^a José GARCÍA MAYOL, Johanna Isabel VARGAS SÁNCHEZ, Ana RODRÍGUEZ ORTUÑO, Manuel LOSADA MORELL

Introducción: El síndrome de Susac (SS) es una enfermedad autoinmune rara cuya triada característica incluye encefalopatía, hipoacusia neurosensorial y oclusión de ramas arteriales retinianas. Dada la fisiopatología de esta enfermedad, la angio-OCT puede suponer un método rápido y no invasivo en el estudio de este síndrome.

Caso clínico: Mujer de 21 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por alteración de la marcha. La paciente refería recientes cambios de personalidad, labilidad emocional y alteración del lenguaje, así como disminución de la audición en oído izquierdo de un mes de evolución y episodios de visión borrosa autolimitada en ojo derecho (OD). La exploración oftalmológica objetivó: agudeza visual de 1 en ambos ojos y la fundoscopia del OD presentaba una zona isquémica en arcada vascular inferior y la del ojo izquierdo una zona isquémica temporal. En dichas áreas, mediante OCT se apreciaba un adelgazamiento sectorial de las capas externas y en la angio-OCT áreas de vacío en el flujo (isquemia) de los plexos capilares superficiales y profundos por oclusiones arteriolares, siendo normal el flujo coriocapilar. Se completó la exploración con angiografía fluoresceínica la cual mostró retraso en la perfusión y fuga que sugería oclusiones de ramas arteriales vasculíticas, se realizó resonancia magnética nuclear cerebral en la que se apreciaban lesiones redondeadas hiperintensas en cuerpo calloso, que confirmaron el diagnóstico de SS. Se inició terapia con corticoides orales y posteriormente con rituximab, obteniendo clara mejoría radiológica, neurológica y auditiva, sin progresión en la clínica oftalmológica.

Conclusiones: El SS es una microangiopatía autoinmune rara que afecta al cerebro, cóclea y retina, cuyo diagnóstico precoz es importante para instaurar el tratamiento oportuno. La angio-OCT puede ayudar en su diagnóstico precoz, pero sobre todo en el seguimiento de las lesiones vasculares retinianas características de esta entidad.

CPCC033

SÍNDROME DE POURFOUR DU PETIT ASOCIADO A DISECCIÓN CAROTIDEA

Alicia LÓPEZ DE EGUILITA RODRÍGUEZ, Alfonso CASADO ROJO, Rosalia DEMETRIO PABLO, José Ramón SÁNCHEZ DE LA TORRE

Introducción: El síndrome de Pourfour du Petir (PDP) es una entidad poco común que se caracteriza en su forma completa por midriasis un, retracción del párpado superior e hiperhidrosis periorcular, síntomas que reflejan una hiperexcitación de la cadena simpática cervical.

Caso: Varón de 54 años que acudió a por anisocoria, sin pérdida de agudeza visual (AV). A la exploración se objetivó una anisocoria arrefléxica a expensas de midriasis del ojo izquierdo (OI), que contrajo con pilocarpina al 1% (ausencia de respuesta a 0,125%). No presentaba ninguna limitación de los movimientos oculares. Siendo el resto de la exploración ocular anodina.

La impresión diagnóstica inicial fue una probable paresia del III pc incipiente, solo con pupila. El angioTC fue normal, por lo que se hizo seguimiento sin llegar a desarrollar paresia del III pc.

A los 6 meses ingresó en urgencias por afasia y hemiparesia derecha súbita. Se diagnosticó de ictus isquémico en territorio carotídeo izquierdo secundario a disección de arteria carótida interna izquierda (ACII) y se inició tratamiento combinado fibrinolítico endovenoso y endovascular. Durante el ingreso, percibió disminución de AV OI: cuenta dedos a 2m. La pupila OI persistía en midriasis arreactiva, los MOE eran normales, sin ptosis palpebral. El FO OI mostraba un leve borramiento papila nasal, con exudados algodonosos en arcadas, hemorragias en punto-mancha en polo posterior. La OCT mostraba engrosamiento de la CFNR. Por lo que se diagnosticó al paciente de un síndrome de isquemia ocular del OI.

Conclusión: Dado que este paciente no llegó a desarrollar paresia del III pc, atribuimos la midriasis a una irritación del plexo cervical simpático (PDP). Es cierto que en una disección carotídea la forma habitual de presentación es un síndrome de Horner, sin embargo, si en vez de lesionarse el sistema nervioso simpático este sufre una irritación puede producir una hiperestimulación del tono simpático como en el caso descrito.

CPCC034

CUADRANTANOPSIA HOMÓNIMA NO FILIADA EN PACIENTE JOVEN CON LUPUS

Ana PALAZÓN CABANES, Ana M.^a GÓMEZ RAMÍREZ, Ignacio LOZANO GARCÍA,
Juan Antonio MIRALLES DE IMPERIAL OLLERO

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad del tejido conectivo autoinmune y sistémica que puede afectar a múltiples órganos y sistemas, incluido el ojo. La prevalencia y severidad de afectación de las distintas estructuras oculares difiere unas de otras.

Caso clínico: Mujer de 44 años diagnosticada hace 10 años de LES, hipotiroidismo autoinmune, endocarditis autoinmune con recambio valvular y síndrome antifosfolípido secundario. Recibió tratamiento durante 2 años con hidroxiclороquina por nefropatía lúpica pero al detectar disminución de la sensibilidad macular en campo visual (CV) fue sustituido por micofenolato y corticoides, con recuperación de la sensibilidad retiniana. Tres años después, se objetivó en el CV una cuadrantanopsia homónima superior derecha, no percibida por la paciente. Este defecto campimétrico ha permanecido estable en el tiempo. Se realizó un estudio neurológico mediante TAC que descartó la existencia de lesiones ocupantes de espacio, áreas isquémicas y zonas de vasculitis.

Conclusiones: Las alteraciones neurooftalmológicas no son comunes en el LES, siendo su prevalencia de 3,6% en adultos. Las manifestaciones son muy variables, siendo la más frecuente la neuritis óptica, seguida de miastenia gravis, defectos del CV y edema de papila. En la literatura, las alteraciones del CV en el contexto del cuadro lúpico se justifican por cuadros isquémicos. La cuadrantanopsia detectada en nuestra paciente es posiblemente de etiología isquémica, aunque para su confirmación se requeriría RMN que no es posible realizar en este caso por ser portadora de prótesis valvular. No se ha descrito la asociación de micofenolato con defectos campimétricos.

CPCC035

SÍNDROME DE SUSAC, UNA VASCULOPATÍA RETINOCOCLEOCEREBRAL

Antonio PÉREZ RUEDA, Javier FERNÁNDEZ CASTRO

Introducción: El síndrome de Susac (SS) es una endoteliopatía multisistémica que cursa con oclusión microvascular inmunomediada. Se caracteriza por la triada: encefalopatía, oclusión de rama arterial retiniana y sordera neurosensorial.

Caso clínico: Anamnesis: Paciente mujer de 61 años que es derivada por medicina interna de otro hospital para valoración oftalmológica. Refiere pérdida de agudeza visual del ojo izquierdo (OI) de dos semanas de evolución. Además, disminución de la audición e inestabilidad. Comenta haber tenido problemas oftalmológicos pero no sabe concretar.

Exploración: La agudeza visual del ojo derecho (OD) es de 0,5 y la del OI de 0'3. En el fondo de ojo izquierdo encontramos envainamiento vascular en la arcada temporal superior (ATS) asociada a microhemorragias prerretinianas aisladas y áreas de neovascularización. Nos parece ver que tiene huellas de fotocoagulación en hemirretina superior.

Pruebas complementarias: Retinografía: Signos de vasculitis activa en ATS del OI. Envainamiento y engrosamiento arteriolar local (placas de Gass)

Angiografía fluoresceínica (AGF): Áreas de hipofluorescencia por bloqueo e hiperfluorescencia por fuga en arcada temporal superior del OI. Hiperfluorescencia local de las paredes arteriolas.

Otorrinolaringología: Hipoacusia moderada neurosensorial del oído izquierdo

Resonancia magnética nuclear (RMN): Focos de hipointensidad en T1 e hiperintensidad en T2 en capsula interna (collar de perlas) y cuerpo calloso (bolas de nieve) secundarios a posibles microinfartos.

Estudio de infecciosas y autoinmunidad: anodino.

Tratamiento: Se reforzó el láser retiniano y se trató con esteroides e inmunoglobulinas.

Conclusiones: Ante un paciente que presenta sintomatología neurológica asociada a pérdida de agudeza visual y auditiva hay que pensar en un posible SS. Habrá que realizar las pruebas complementarias para el diagnóstico.

La terapia inmunosupresora debe ser precoz, agresiva y mantenida dependiendo de la respuesta clínica.

CPCC036

NEUROPATÍA ÓPTICA ISQUÉMICA ANTERIOR NO ARTERÍTICA (NOIA-NA) TRAS CIRUGÍA DE CATARATA ¿OPERAMOS EL OJO ADELFO?

Elena QUIROGA CANEIRO, Neus DÍEZ BIENVENIDO, M.^a Silvia MEDINA SANVICENTE

La cirugía de catarata es una de las más exitosas, con baja tasa de complicaciones. No está exenta de riesgos y pueden aparecer complicaciones neurooftalmológicas poco frecuentes como la NOIA-NA provocando un gran deterioro visual.

Paciente de 49 años, fumadora como único factor de riesgo cardiovascular, es operada de cirugía de catarata de ojo derecho (OD) bajo anestesia tópica sin complicaciones. En la exploración previa a la cirugía presenta agudeza visual (AV) de 0.05, catarata nuclear, nervio óptico sin excavación y buena coloración y presión intraocular (PIO) de 12 mmHg. A las 24 horas presenta PIO de 32mmHg que fue tratada con timolol 0.05%. A la semana se observa AV de 0.6, PIO 16 mmHg y edema de papila en el fondo de ojo. Se diagnostica de NOIA-NA, se realiza estudio sistémico que está dentro de la normalidad y se prescribe Adiro 100 mg y brinzolamida como neuroprotector. A los 3 meses presenta reducción concéntrica del campo visual y atrofia de papila. Se desestima cirugía catarata del ojo izquierdo (OI). A los 3 años quiere cirugía de OI, se le explican los riesgos asociados por su antecedente y se prescribe brinzolamida cada 12h. La cirugía cursa sin complicaciones, con tensión arterial bien controlada y PIO de 16 mmHg. Acude a los 5 días por pérdida de AV y es diagnosticada de NOIA-NA OI.

Es fundamental identificar posibles factores de riesgo tanto locales (disco óptico apretado, PIO transoperatoria) como vasculopatías sistémicas. Por la gravedad que implica esta complicación irreversible hay que establecer medidas profilácticas e informar al paciente a la hora de evaluar la cirugía en el ojo adelfo ya que tras un episodio de NOIA-NA el riesgo es del 53%. La duda en un caso de NOIA-NA tras cirugía de catarata no complicada sin factores de riesgo modificables es, ¿se opera el ojo adelfo?

CPCC037

PAPIEDEMA BILATERAL A CAUSA DE TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL POR USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN PACIENTE CON MUTACIÓN FACTOR V LEIDEN

Irene TEMBLADOR BARBA, José M.^a CUETO GRANERO, Socorro CASTILLO RODRÍGUEZ

Introducción: La mutación del factor V Leiden es una mutación puntual específica en el gen que codifica el factor V. Con ello, el factor V activado es resistente a la proteína C activada, lo cual es un factor de riesgo para desarrollar trombosis venosa.

Se sabe que el uso de anticonceptivos orales (ACO) en mujeres jóvenes con la mutación del Factor V Leiden aumenta el riesgo de trombosis del seno venoso cerebral (TSVC), y esto en su debut puede producir sintomatología ocular.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 18 años que consultó por cefalea intensa, visión borrosa con ambos ojos (AO), náuseas y vómitos. Destacaba la toma de ACO desde hace unos meses.

En la exploración oftalmológica, la agudeza visual (AV) fue 0,6 en AO. En el fondo de ojo (FO) de AO se observaron los bordes borrados en la zona nasal papilar junto con congestión. Se realizó un TAC craneal, donde se visualizó hiperdensidad en el seno venoso. Se confirmaron los hallazgos con AngioTAC, donde se vio extensa TSVC.

Tras un amplio estudio sistémico, el estudio genético reveló homocigosis en mutación del factor V Leiden. Se suspenden los ACO y se instauró tratamiento con acenocumarol.

Actualmente, la AV de AO es 1 y en el FO se observan los bordes borrados nasales papilares, pero sin sintomatología. Se realizan revisiones con campos visuales periódicamente, donde tampoco se aprecian alteraciones significativas residuales. Además, la paciente sigue sus correspondientes revisiones con Neurología.

Conclusiones: Este tipo de cuadro puede tener manifestaciones oftalmológicas, como alteraciones visuales o papiledema.

Las mujeres con trombofilia que hayan desarrollado TSVC mientras tomaban ACO, deberían suspender esta medicación, y se podría plantear en ellas prevención con bajas dosis de heparina en situaciones protrombóticas.

La duración de la anticoagulación debe considerarse individualmente, incluso pueden considerarse candidatas para el tratamiento crónico con agentes antiplaquetarios.

CPCC038

INFILTRACIÓN TUMORAL LEPTOMENÍNGEA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEURITIS ÓPTICA ATÍPICA

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

Introducción: La infiltración leptomeníngea es una manifestación inusual de tumores sólidos y hematológicos evidenciable en el estudio de LCR y RMN. A nivel oftalmológico, las manifestaciones iniciales más frecuentes son la disminución de agudeza visual (AV) y afectación de la motilidad ocular extrínseca (MOE). Otras formas de presentación menos habituales son el edema de papila y la infiltración retiniana.

Caso clínico: Paciente de 39 años de edad que acude a urgencias por miodesopsia OI de un mes de evolución. A la exploración presenta AV 1 espontáneo, presión intraocular y biomicroscopía de polo anterior compatibles con la normalidad y edema de papila OI objetivable mediante OCT. OD sin hallazgos de interés. Único antecedente relevante en su historia clínica cáncer de mama en remisión con fármacos neoplásicos (letrozol y goreselina), sin que exista asociación descrita entre estos fármacos y edema de papila. No refiere cuadro vírico previo. Se realizaron VSG, PCR y TAC en la urgencia descartándose patología aguda, y derivación a consulta de neurooftalmología para estudio de extensión. La valoración de MOI, MOE y test de colores resultaron normales, con serología infecciosa y analítica negativa en el estudio de colagenopatías. El campo mostraba un defecto arciforme superior y escalón nasal superior. En la RMN se aprecia diseminación leptomeníngea presumiblemente por recidiva de carcinoma de mama derecho y confirmada en el estudio de LCR. Se contacta con servicios de neurología y oncología para planificación terapéutica con quimio y radioterapia, a pesar de las cuáles se consigue control sistémico de la enfermedad pero progresión a nivel ocular, llegando a la no percepción de luz en OI, edema macular y retinopatía asociada en la actualidad. La paciente continúa con revisiones periódicas en nuestro servicio.

Conclusiones: La infiltración leptomeníngea es una causa excepcional de neuritis óptica anterior. Se debe considerar en pacientes con antecedentes neoplásicos.

CPCC039

NISTAGMUS «SEE-SAW»: SORPRESA EN LA RMN

Natalia ARRUTI VÁZQUEZ, María TSIMPIDA TSIMPIDA, Paula LARRAÑAGA FRAGoso,
Luciano BRAVO LJUBETIC

Introducción: El nistagmus es una oscilación de los ojos rítmica, alrededor de uno o más ejes, generalmente bilateral y conjugado.

La oscilación puede ser según un eje horizontal, vertical, o una mezcla de ambos, lo que resultara en un movimiento torsional.

El nistagmus see-saw es un subtipo de nistagmus torsional caracterizado por el movimiento des-conjugado y pendular de los ojos en el que un ojo se eleva e intorsiona, mientras el otro desciende y extorsiona.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 5 años de edad diagnosticada de nistagmus see-saw en su país de origen (India) a los 6 meses de edad y que acude a consulta debido a dificultades en el aprendizaje en el colegio. La madre refiere que con un año de edad se le realizaron potenciales evocados visuales (PEV) en su país pero que no fueron concluyentes debido a la falta de cooperación.

En la exploración oftalmológica, presenta una agudeza visual de 0,82 logMAR en OD y 0,82 logMAR en OI, mejorando a 0,62 logMAR con AO. Además, presenta un estrabismo divergente alternante. Polo anterior, fondo de ojo y presión intraocular son normales en AO.

Los potenciales evocados visuales revelan una disfunción quiasmática.

Solicitamos una resonancia magnética en la que, para nuestra sorpresa, los dos nervios ópticos se acercan a la línea media para después bifurcarse en las radiaciones ópticas pero no se cruzan, confirmando la sospecha de «achiasmia».

Conclusiones: El término «achiasmia» ha sido relacionado con el nistagmus see-saw en raras ocasiones.

Puede sugerir una ausencia de quiasma, pero se trata de una reducción en el entrecruzamiento de fibras en el quiasma óptico. Otras asociaciones oftalmológicas de este nistagmus son la retinitis pigmentosa y el albinismo.

Debido a este hallazgo, sugerimos recordar esta asociación ante todo paciente con nistagmus see-saw.

CPCC040

FOSETA PAPILAR CONGÉNITA

Noelia BARRIGA BARRIOS, Laura SARAROLS RAMSAY, Jaume CATALÀ MORA,
Karim BAÑÓN PERARD

Introducción: Las fosetas papilares congénitas son defectos de la lámina cribosa poco frecuentes. Son de especial interés puesto que hasta en un 50% de los casos se afectará la agudeza visual debido a alteraciones maculares, como el desprendimiento seroso macular.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una niña de 11 años que acude a la consulta por disminución de agudeza visual en el ojo derecho de un año de evolución. En la exploración oftalmológica presenta agudeza visual en ojo derecho 0,2 y en ojo izquierdo 1,0. En la biomicroscopía el segmento anterior es normal y la tensión ocular de 14 mmHg en ambos ojos. En la funduscopía se observa en el ojo derecho una foseta papilar temporal y un desprendimiento seroso macular. Debido a la baja agudeza visual y la extensión del desprendimiento macular se decide realizar vitrectomía posterior vía pars plana con un buen postoperatorio.

Conclusiones: En pacientes que presentes fosetas papilares es conveniente llevar a cabo revisiones periódicas para detectar complicaciones. Pese a que en un 25% los desprendimientos maculares se resuelven espontáneamente, se requiere un diagnóstico y tratamiento precoz ya que la cronicidad lleva a cambios degenerativos retinianos que limitan el pronóstico visual.

CPCC041

EXOTROPÍA COMO MANIFESTACIÓN OCULAR EN EL SÍNDROME DE ROHHAD: ¿TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO?

Silvana M.^a BELOTTO FERNÁNDEZ, Marta GARCÍA ARIAS, Carlos PLAZA LAGUARDIA, Andrea ÁLVAREZ-NOVOA RODRÍGUEZ-CADARSO

Introducción: El síndrome de ROHHAD (Rapid-Onset Obesity with Hypothalamic Dysregulation, Hypoventilation, and Autonomic Dysregulation Syndrome) es una rara entidad multisistémica que afecta a niños entre 2 y 7 años, basada en una disregulación hipotalámica, respiratoria y autonómica. Se presenta con hiperfagia y obesidad de rápida progresión. Entre sus manifestaciones más importantes se encuentran retraso en el desarrollo, crisis convulsivas, disregulación térmica, alteraciones en la motilidad del tracto gastrointestinal, hipoventilación central (con o sin apnea del sueño) y alteraciones oftalmológicas, como por ejemplo estrabismos y alteraciones en el reflejo pupilar.

Caso clínico: Presentamos el caso de un niño de 7 años diagnosticado de síndrome de ROHHAD que acude a consulta de oftalmología por exotropía intermitente de varios años de evolución con descompensación en los últimos meses. En un primer momento se propone tratamiento quirúrgico de la exotropía, bajo anestesia general, en la unidad de cuidados intensivos debido al peligro de un paro cardiorrespiratorio por la patología de base. Luego de valorar el riesgo-beneficio, se decide realizar tratamiento médico conservador con toxina botulínica. El paciente se encontró estable durante el procedimiento. En las siguientes visitas se objetiva mejoría de la exotropía. Al cabo de aproximadamente 6 meses, vuelve a acudir con una descompensación del mismo cuadro. Se repite la inyección con toxina botulínica con lo cual se consigue estabilidad.

Conclusión: La hipoventilación alveolar central constituye uno de los pilares diagnósticos del síndrome de ROHHAD, por lo que creemos que el tratamiento quirúrgico bajo anestesia general expone al paciente a una situación de peligro vital. Por ello, consideramos al tratamiento con toxina botulínica como una alternativa terapéutica segura para la exotropía en el contexto del síndrome de ROHHAD, a pesar de su carácter transitorio.

CPCC042

ESTUDIO DE MACULOPATÍA EN TORPEDO EN PACIENTE PEDIÁTRICO MEDIANTE OCT SWEPT SOURCE

Julen BERNIOLLES ALCALDE, Patricia RAMIRO MILLÁN, M.^a Elena SIERRA GARCÍA, Isabel LÓPEZ SANGROS

Introducción: La Maculopatía en Torpedo es una patología benigna, caracterizada por una hipopigmentación del epitelio pigmentario de la retina, pudiendo asociarse a cierta hiperpigmentación, típicamente unilateral y temporal. La agudeza visual depende de la afectación foveal pudiendo presentar un escotoma en el campo visual. No se asocia a patología sistémica ni a otras anomalías oculares. El diagnóstico se basa en la fundoscopia y OCT macular para valorar la afectación del EPR. Dada su naturaleza benigna, no requiere tratamiento.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 4 años remitido a nuestro servicio por posible estrabismo divergente. A la exploración el paciente estaba en ortotropía tanto para visión lejana como cercana, un TNO de 240, y una agudeza visual sin corrección de 3/10 en OD y de 4/10 en OI. Se valoró el FO en OD bajo cicloplejia objetivándose una lesión hipopigmentada perimacular. Se realizó una OCT macular con OCT swept source Triton de Topcon, y una retinografía que permitieron el diagnóstico de maculopatía en torpedo. Las serologías realizadas no presentaron ninguna anomalía. Un año después y ya con corrección el paciente presentó una AV en OD de 5/10 y de 10/10 en OI, presentando una ortotropía y un TNO de 120.

Conclusiones: La maculopatía en torpedo es una patología característica que debemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la lesiones maculares en pacientes pediátricos. Los pacientes que la presentan tienen buen pronóstico visual y no requieren tratamiento.

CPCC043

CASO CLÍNICO DE QUISTE VÍTREO CONGÉNITO

Natalia BLANCO CALVO, Belén GUTIÉRREZ PARTIDA, Diego PUERTAS BORDALLO,
Isabel VALLS FERRÁN

Introducción: Los quistes vítreos congénitos son raros restos congénitos del sistema vascular-hialoideo primario si no son pigmentados o del epitelio pigmentario del cuerpo ciliar si son pigmentados. Pueden presentar forma esférica, oval o lobulada, tener una superficie lisa o festoneada, ser amarillento-grisáceos (no pigmentados) o de color marrón (pigmentados) y variar en tamaño pudiendo oscilar entre 0,15 mm y 12 mm. Los quistes vítreos congénitos no se han relacionado con enfermedades oculares y rara vez interfieren con la visión o requieren tratamiento.

Caso clínico: Niño de 2 años y medio que acude a la consulta por referir estrabismo, a la exploración presentaba una motilidad ocular intrínseca y extrínseca normal, presenta fijación y seguimiento de luz y objeto con ambos ojos, biomicroscopía normal y fondo de ojo derecho normal. En el fondo de ojo del ojo izquierdo se aprecia una lesión de aspecto quístico-lobulado en vítreo anterior, móvil y pigmentado en periferia. Se solicitan pruebas de imagen como ecografía y resonancia magnética ocular tras las cuales se llega al diagnóstico de quiste congénito vítreo.

Conclusión: Los quistes vítreos congénitos son hallazgos raros y frecuentemente asintomáticos por lo que requieren una actitud conservadora. Su etiología sigue siendo idiopática teniendo una edad media de presentación que varía entre los 5 y los 68 años.

Si aparece sintomatología inaceptable, se plantean dos posibles tratamientos, su fragmentación con láser o su excisión mediante vitrectomía.

CPCC044

AMBLIOPÍA ASOCIADA A PERSISTENCIA COMPLETA DE ARTERIA HIALOIDEA CON BUENA RECUPERACIÓN FUNCIONAL

Irene BLANCO DOMÍNGUEZ, Teresa PÉREZ ROCHE, Silvia DÍAZ PEIRÓ,
Melissa MOGOLLÓN DAZA

Introducción: La persistencia íntegra de la arteria hialoidea desde el disco óptico hasta la cristaloidea posterior es muy infrecuente, siendo un fallo en la regresión del vítreo primario

Caso Clínico: Niña de 8 años que acude a consulta de oftalmología derivada desde pediatría por objetivarse mala agudeza visual (AV) de ojo derecho (OD). A la exploración presenta una AV sin corrección de 0,2 y 1 (escala decimal) en el ojo izquierdo (OI). La refracción sin cicloplejia es de -1,25 -1 a 175° en OD y de -0,25 en OI; bajo cicloplejia, +3,75-1,75^a a 4° en OD y +2,25 en OI. En la lámpara de hendidura se aprecia en el OD una mancha de Mittendorf con persistencia de arteria hialoidea completa hasta disco óptico, con cordón exangüe. Mediante tomografía de coherencia óptica se descarta tracción o edema en polo posterior. El resto de la exploración se encuentra dentro de la normalidad. Se pauta corrección óptica de +2,25 -1,75 a 4° en OD y +0,75 en OI. Se intenta tratamiento funcional intensivo mediante oclusiones de OI durante 24 horas. Al mes las visiones son de la unidad (escala decimal) en ambos ojos con una estereopsis en test de TNO de 60'. Se comienza a disminuir la pauta de oclusión. Tras un año de seguimiento la paciente conserva una AV con corrección de la unidad y visión binocular, con test de TNO de 120'.

Conclusiones: Las consecuencias funcionales de una persistencia de arteria hialoidea incluyen la ambliopía, el estrabismo y el nistagmo. Se puede asociar al desarrollo de catarata y, con menos frecuencia a una hemorragia vítrea. Las opciones terapéuticas incluyen la vitrectomía más lensectomía y la observación, recomendándose esta última en los casos en que el eje visual está íntegro, las anomalías anatómicas no son progresivas y el ángulo camerular no se encuentra comprometido. En este caso pese a la sospecha de una ambliopía de causa orgánica obtuvimos muy buenos resultados con tratamiento del componente funcional mediante corrección óptica y terapia oclusiva.

CPCC045

ANOMALÍA DE MORNING GLORY BILATERAL ASOCIADA A DESPRENDIMIENTO SEROSO RECURRENTE

Fernando Augusto CEVALLOS DROGUETT, Víctor AGUADO CASANOVA, Clara AULADELL BARBA, Diego RUIZ CASAS

Introducción: La anomalía de Morning Glory (AMG) es un defecto congénito raro, con una prevalencia estimada de 2.6/100000 habitantes, unilateral en más del 90% de los casos, que afecta al nervio óptico, presentándose con una papila óptica grande, con pigmentación peripapilar, un patrón radial de vasos sanguíneos y tuft glial central. Asocia agudezas visuales pobres. Cuando asocia alteraciones sistémicas se denomina síndrome de Morning Glory. Se relaciona con estrabismo, nistagmus y síndromes malformativos. La patogenia exacta es desconocida, pero se ha relacionado con un pobre desarrollo de la esclera posterior y la lámina cribosa durante la gestación. Presentamos un caso poco habitual de AMG bilateral asociada a desprendimiento seroso recurrente unilateral.

Caso Clínico: Mujer de 5 años de edad, con antecedentes de retraso madurativo, que es derivada a nuestro centro por nistagmus congénito y anomalía de nervio óptico bilateral. La RNM cerebral muestra un quiste neuroepitelial cerebeloso sin otras alteraciones relevantes. A la exploración se constatan agudezas visuales (AV) de 0.3 en ambos ojos, tortícolis cara izquierda, nistagmus manifiesto con componente latente y complejo disociado. El fondo de ojo muestra papilas grandes, pálidas, con pigmentación peripapilar, gliosis central y orientación radial de los vasos sanguíneos. Es tratada con cirugía de Anderson y posteriormente seguida en consultas de Retina, donde se constata presencia de líquido subretiniano (LSR) peripapilar en ojo derecho en OCT. Se decide observación en 6 meses. En la visita sucesiva, se muestra resolución del LSR, sin cambios en AV. En posteriores visitas se observa la recurrencia y resolución espontánea del LSR sin cambios clínicos relevantes.

Conclusiones: La AMG es poco frecuente, sin embargo, conlleva asociaciones tanto oftalmológicas como sistémicas importantes, por lo que su detección precoz por parte del oftalmólogo es relevante en el pronóstico visual y funcional.

CPCC046

ATROFIA ÓPTICA EN PACIENTE CON ACIDEMIA PROPIÓNICA

José Miguel ESPINOSA-SALDAÑA PANDO, Laura SOLDEVILA BACARDIT,
Annabella ZURITA HURTADO, Rocío RODRÍGUEZ RIVERA

Introducción: La acidemia propiónica (AP) es una aciduria orgánica causada por deficiencias en la actividad de la propionil CoA-carboxilasa, y se caracteriza por episodios potencialmente mortales de descompensación metabólica y disfunción neurológica que se pueden complicar por miocardiopatía. La AP está causada por mutaciones en los genes PCCA (13q32) o PCCB (3q21-q22) que codifican las subunidades α y β de la propionil CoA-carboxilasa.

La acidemia propiónica se puede presentar en una de las formas siguientes: inicio neonatal grave, inicio tardío intermitente o forma crónica progresiva. En la forma crónica progresiva, la enfermedad se presenta como retraso del crecimiento, vómitos crónicos, retraso psicomotor, hipotonía, convulsiones y trastornos del movimiento. Otras complicaciones conocidas son discapacidad intelectual, neuropatía óptica (NO), miocardiopatía, síndrome de QT largo, pancreatitis, dermatitis y disfunción inmunitaria. La NO progresiva puede ocurrir en la infancia y puede ser grave, con escotomas centrales y palidez del nervio óptico.

Caso clínico: Paciente varón de nueve años de edad en la actualidad, valorado en nuestro centro desde el año 2013. Tenía diagnosticada una acidemia propionica. Se le detectó una hipermetropía moderada y astigmatismo para las que se pautaron gafas. El resto de la exploración oftalmológica fue anodina. En el año 2016 se detecta una leve palidez de ambos nervios ópticos y se realiza una OCT en la que se detecta una disminución de la capa de fibras nerviosas de la retina en la zona temporal en ambos ojos. En la última visita en enero de 2018 el paciente presenta una agudeza visual con su corrección de 1,0 por ojo derecho y 0,9 por ojo izquierdo. Se solicitó una OCT de control pero el paciente no ha vuelto a consulta por requerir un trasplante hepático.

Conclusión: La neuropatía óptica es una complicación no frecuente de la AP pero debemos tenerla en mente al valorar a estos pacientes.

CPCC047

CONJUNTIVITIS LEÑOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Úrsula Dasentí GARCÍA GARCÍA, Lidia BAETA BAYÓN, José F. DÍAZ ARRIAGA,
Julio PÉREZ ÁLVAREZ

Introducción: La conjuntivitis lignea o leñosa es una forma infrecuente de conjuntivitis crónica caracterizada por el desarrollo de lesiones pseudomembranosas, principalmente en conjuntiva tarsal superior de consistencia densa, leñosa, que sustituyen la mucosa normal. Predominantemente aparece en niños de entre 2 y 6 años, más frecuentemente de sexo femenino. Los hallazgos histopatológicos de las lesiones muestran depósitos subepiteliales de material eosinofílico, principalmente fibrina. Los procesos de normales de cicatrización están alterados por una disminución de la fibri-nolisis extracelular, provocando estos acúmulos. Es por esto que actualmente la conjuntivitis leñosa se relaciona con el déficit de plasminógeno.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 7 años de edad con cuadro de conjuntivitis membranosa de curso crónico que tras mala respuesta al tratamiento y resultados microbiológicos negativos, se sospecha de conjuntivitis leñosa. Los resultados histopatológicos mostraron material fibrinoide con restos de epitelio conjuntival. Se solicitó valoración por el Servicio de Hematología, que informó la presencia de déficit de plasminógeno. Se inició tratamiento con suero autólogo y ciclosporina tópica. Además se solicitó estudio y asesoramiento por la Unidad de Genética Clínica, identificándose una mutación del gen PLG.

La paciente tuvo buena respuesta al tratamiento con Ciclosporina A al 1% y suero autólogo, no presentando recidivas de las lesiones después de cuatro meses de tratamiento. Actualmente sigue con tratamiento de mantenimiento, con lágrimas artificiales y suero autólogo sin presentar clínica.

Discusión: La conjuntivitis leñosa es una enfermedad poco frecuente. La clínica y los resultados histopatológicos orientan el diagnóstico, confirmándose con la presencia un déficit sistémico de plasminógeno. Se han propuesto varios tratamientos con distintos resultados.

CPCC048

PTOSIS PALPEBRAL RÁPIDAMENTE RESUELTA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Yanira GÓMEZ SAN-GIL, Marta SÁNCHEZ-DEHESA SÁEZ

Introducción: La aparición de ptosis palpebral en la edad infantil no sólo conlleva el problema menor estético-funcional sino que puede acarrear una dificultad en el desarrollo visual limitante para la edad adulta.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un lactante de 2 meses de edad, sin antecedentes médicos de interés, en el que sus padres notan la caída del párpado superior izquierdo de forma brusca, una mañana, sin traumatismo aparente previo.

A la exploración oftalmológica, el niño seguía bien los objetos con AO y el comportamiento pupilar era normal. A la inspección llamaba la atención la ptosis del párpado superior izquierdo, ocluyendo el eje visual, así como su engrosamiento. Hendidura palpebral 8/4 mm con MRD1 4/1 mm aproximadamente. No se evidenciaban lesiones cutáneas o superficiales aparentes. El estudio retiniano era normal en AO.

Se realizó estudio pediátrico y ecográfico apreciándose una lesión sólida y heterogénea a nivel del tercio medial del párpado superior izquierdo con abundantes estructuras vasculares en su interior, tanto arteriales como venosas, con extensión periocular. En base a ello, se diagnostica de hemangioma infantil palpebral izquierdo y comenzamos tratamiento con propranolol y prednisolona oral. La evolución fue muy satisfactoria en pocos días, destapándose el eje visual y mejorando el aspecto palpebral.

Conclusión: Los hemangiomas son los tumores benignos más frecuentes en la infancia y consisten en neoplasias vasculares benignas que crecen por una rápida proliferación celular a partir de las células endoteliales. Aproximadamente un 20% de los hemangiomas en el transcurso de su fase de crecimiento dan lugar a complicaciones, generalmente locales, como en nuestro caso, ocasionando una ptosis palpebral severa. El tratamiento actual de elección es el propranolol vía oral 3 mgr /kgr/día. En nuestro caso se decidió asociar corticoide, en la primera fase de tratamiento, por la intensidad de la ptosis y la edad del paciente.

CPCC049

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE QUERATITIS ULCERATIVA PERIFÉRICA (PUK) EN EDAD PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alejandra HERRANZ CABARCOS, Nuria PLANAS DOMÈNECH

Introducción: La PUK se define como una enfermedad inflamatoria destructiva del estroma corneal yuxtalimbar de etiología muy variada. El mecanismo fisiopatológico por el que se desarrolla se asocia al depósito de inmunocomplejos a nivel limbar. Generalmente, se presenta asociada a conectivopatías. Debido a la baja prevalencia de estas en edad pediátrica, es más frecuente que sea de causa desconocida o asociada a infecciones.

Caso clínico: Varón de 11 años que presentaba dolor e hiperemia en ambos ojos de dos semanas de evolución. Niega antecedentes de interés. A la exploración presentaba defectos epiteliales corneales paralimbares en ambos ojos, asociados a adelgazamiento estromal y limbitis. Se pautó tratamiento tópico con corticoides y antibióticos. Tras 5 días de tratamiento, no había mejoría clínica por lo que se pautó tratamiento con corticoides por vía oral a dosis de 2mg/kg. Se solicitó valoración por Reumatología, realizándose despistaje de conectivopatías, serologías y análisis de calprotectina en heces. Las pruebas fueron negativas. A la semana de tratamiento el paciente niega síntomas y no se objetivan defectos epiteliales corneales.

Discusión: La PUK es una entidad infrecuente en edad pediátrica, debido a la baja prevalencia de las conectivopatías a las que se asocia con más frecuencia – artritis reumatoide, granulomatosis de Wegener. Encontramos en la literatura un caso clínico, similar al nuestro, en el que el estudio sistémico no reflejó alteraciones ni se pudo identificar ningún factor desencadenante.

Ambos casos tienen además en común el curso tórpido que requirió tratamiento con altas dosis de corticoides o con Metotrexato.

Conclusión: En niños, el desarrollo de PUK es infrecuente y puede no identificarse ningún desencadenante o patología sistémica asociada. A pesar de ello, el estudio general debe incluir analítica completa, serologías, perfil inmunológico y análisis de heces. El seguimiento ha de ser estrecho y el tratamiento contundente.

CPCC050

SÍNDROME DE BARDET BIELD, LA IMPLICACIÓN VISUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Samira KETABI SHADVAR, Sara RODRIGO REY, Rafael JIMÉNEZ PARRAS, Sergio M.^a GUTIÉRREZ-SOLANA FERNÁNDEZ-VILLA

Introducción: Las ciliopatías son enfermedades hereditarias autosómico recesivas que afectan a las proteínas conocidas como BSS y que están involucradas con la formación y función de los cilios celulares, son necesarias para el transporte intracelular de moléculas, la señalización de vías celulares, formación de tejidos...

Caso clínico: Paciente de 6 años de edad remitido a oftalmología para valoración de la agudeza visual (AV). La AV con corrección adecuada es inicialmente OD 0,5 y OI 0,7, fluctuante en las revisiones posteriores y que a pesar de corrección con gafas y con oclusiones va disminuyendo hasta 0,4 AO. A lo largo del seguimiento se detectan cambios en la exploración del fondo de ojo (FO), se observa una atrofia retiniana difusa que progresa y se corrobora en la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) con afectación foveolar y punteado amarillento del mismo en el FO, con hipoauto-fluorescencia en anillo perifoveal, y acromatopsia total en el test de Ishihara.

Los antecedentes del paciente son historia de prematuridad, sindactilia y polidactilia en mano y pie intervenido, obesidad, criptorquidia bilateral intervenida, proteinuria y dilatación pielocalicial bilateral intrauterina, retraso en el aprendizaje y escoliosis de 20º con corsé de Milwaukee.

Se le realiza estudio genético que confirma sospecha de ciliopatía, síndrome de Bardet Bield variante c.T332A, p.L111X en el exón 4 del gen LZTFL1 en homocigosis, siendo ambos progenitores heterocigóticos.

Conclusiones: Los pacientes diagnosticados de ciliopatías tipo síndrome de Bardet Bield, pueden presentar pérdida de visión progresiva más o menos rápida que comienza en la primera década de vida y llegar a la ceguera entre la segunda y tercera década. Precisa un diagnóstico correcto dadas las implicaciones pronósticas, y así poder ofrecerles un estudio y consejo genético a la familia.

CPCC051

CAMBIO DE DOMINANCIA OCULAR A PROPÓSITO DE SÍNDROME DE DEVIC EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Juan Antonio LIBERAL BEJARANO, M.^a Concepción RODRÍGUEZ VILLACÉ,
Silvia PAGÁN CARRASCO

Introducción: La neuromielitis óptica (NMO) o síndrome de Devic es una enfermedad infrecuente que puede producir una pérdida de agudeza visual de manera muy importante en cualquier edad con especial repercusión en el desarrollo visual del paciente pediátrico.

Caso clínico: Niña de 8 años de edad, diagnosticada de endotropía acomodativa pura monocular con desviación del OI y dominancia ocular del OD con corrección óptica de dicho estrabismo. Acude a consulta de revisión rutinaria en la sección de estrabología y oftalmología pediátrica de nuestro centro. A la exploración presenta una mejor agudeza visual corregida (MAVC) en el OD de 0.4 y en OI de 1, en el cover test presenta endotropía del OD de 30° Hirschberg y dominancia ocular del OI cambiada con respecto a exploraciones previas, valores normales de pio, segmento anterior sin alteraciones, en el fondo del ojo se objetiva papila congestiva con edema muy incipiente en OD, OI sin alteraciones. Ante estos hallazgos se deriva a pediatría para completar estudio donde se solicita analítica completa, estudio de líquido cefalorraquídeo, potenciales evocados visuales (PEV), electroencefalograma (EEG), resonancia magnética nuclear (RMN) y anticuerpos NMO Ig-G. Se confirman lesiones desmielinizantes en C2 a C7 y positividad de anticuerpos. Se realiza tratamiento con inmunosupresores de forma intensiva. En revisiones posteriores se objetiva recuperación progresiva de la MAVC del OD con recuperación de la dominancia de dicho ojo.

Conclusión: La neuritis óptica unilateral puede ser la primera manifestación del síndrome de Devic, el cambio de dominancia ocular en un paciente pediátrico con estrabismo es un signo a tener en cuenta. El papel del oftalmólogo es fundamental para el diagnóstico y tratamiento precoz de esta entidad grave.

CPCC052

DIPLOPÍA SECUNDARIA A POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Borja MAROTO RODRÍGUEZ, Héctor FERNÁNDEZ JIMÉNEZ-ORTIZ, Natalia MONJA ALARCÓN, Raúl SAMPEDRO

Introducción: La Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (PDIC) es una enfermedad autoinmune que afecta la vaina de mielina de los nervios periféricos. El diagnóstico se basa en pruebas neurofisiológicas y análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR). El tratamiento son inmunoglobulinas (Ig), corticoides o inmunosupresores. La afectación de los pares craneales es infrecuente, siendo un 5% de los pacientes en series de casos. Presentamos el caso de un paciente con diplopía vertical secundaria a PDIC con buena respuesta a Ig.

Caso clínico: Paciente de 36 años con diplopía vertical en la supravversión de días de evolución. Como antecedentes presenta: resección de neuroma orbital derecho y parálisis facial periférica. En la exploración presenta hipotropía OI de 8-10 DP con limitación a la supra y diplopía vertical a la supralevoversión. La exploración neurológica muestra abolición de reflejos osteotendinosos de manera generalizada. El electromiograma (EMG) muestra patrón compatible con neuropatía desmielinizante de perfil crónico. En el LCR proteinorraquia. La RMN objetiva nódulo quístico en suelo orbitario izquierdo, techo orbitario derecho y engrosamiento ahusado de la rama maxilar del trigémino izquierdo. Ante el posible diagnóstico de PDIC se trata con Ig intravenosas con mejoría de la diplopía a la semana de tratamiento.

Discusión: La PDIC es una entidad similar al síndrome de Guillain-Barré pero de instauración más lenta, cuadro crónico y con posibles recurrencias. En muchas ocasiones la oftalmoparesia precede en meses o años a la polineuropatía de los miembros. Otro signo importante de la PDIC son los neuromas o afectación neural inflamatoria que presenta nuestro paciente en las divisiones de la rama trigémina. La diplopía de nuestro paciente puede ser mixta, la neuropatía de una rama del III par agravada por la masa quística del suelo orbitario. Siempre hay que solicitar estudio de EMG y LCR ante parálisis oculares que no tengan una clara explicación

CPCC053

OSTEOMA COROIDEO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Rosa MARTÍN CARRIBERO, Javier Alfredo ITURRIA SOLER, Iulia Oana PANA,
Simón QUIJADA ANGELI

Paciente de 13 años derivada a nuestro centro por lesión coroidea y baja visión del OD.

En la exploración presentaba: AV sc OD 0.05; sc OI 1.0.

ARF cicloplejía: od +1.00; oi +1.25 esf. MOEs: Ortotropía. No converge OD. BMC AO sin hallazgos.

FO: OD lesión amarilenta que ocupa todo el polo posterior con imagen de MNVC asociada; OI sin hallazgos. OCT macular: MNVC con exudación en OD. Se realiza estudio sistémico, con TC orbito cerebral y RMN:

Estudio negativo, incluyendo metabolismo del calcio y fósforo. RMN y TC confirman lesión osea coroidea.

Se diagnostica de Osteoma coroideo y se trata el edema macular asociado a la MNV coroidea con 3 inyecciones de Avsatin IV. con buena respuesta al tratamiento, desaparición de la exudación y mejoría de la AV a 0,2 en OD.

El osteoma coroideo es un tumor benigno de la coroides muy raro y de etiología desconocida, capaz de producir tejido óseo en coroides y afectación visual grave. La incidencia es mayor en el sexo femenino, a edades jóvenes y en la raza blanca;

Una complicación es la neovascularización coroidea (NVC), que puede ser evidente ya al diagnóstico.

El pronóstico visual dependerá de la localización y del control de la NVC.

CPCC054

MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS EN LA ATAXIA-TELANGIECTASIA

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

Introducción: La ataxia-telangiectasia (AT) es una enfermedad multisistémica poco frecuente (1/40-100000 nacimientos), de herencia autosómica recesiva. Presentan neurodegeneración progresiva, mayor susceptibilidad a las infecciones respiratorias recurrentes y un riesgo aumentado de cáncer. La marcha atáxica y la clínica neurológica son las primeras manifestaciones. Las telangiectasias oculocutáneas típicas son de aparición más tardía (2-8 años), lo que dificulta el diagnóstico precoz.

Caso clínico: Niña que al iniciar la marcha a los 15 meses presenta inestabilidad, hipotonía y manchas café con leche. RMN cráneo-medular, electromiograma y exploración oftalmológica normales. Los estudios inmunológicos y de mutaciones del gen ATM, junto con las cifras elevadas de alfa-fetoproteína, confirman el diagnóstico de AT. A los 4 años aparecen las telangiectasias en conjuntiva bulbar y la apraxia oculomotora. La agudeza visual (AV) inicial es de la unidad en ambos ojos. Durante el seguimiento se objetiva una disminución progresiva de la AV, sin mejoría con corrección óptica, siendo de 0,5 en el ojo derecho y 0,6 en el ojo izquierdo. Además presenta una exotropía y un aumento de las telangiectasias en ambos ojos. El fondo de ojo es normal. Coincidiendo con este empeoramiento ha presentado episodios recurrentes de conjuntivitis que han requerido de tratamiento corticoideo asociado a su tratamiento lubricante.

Conclusión: Salvo que se tratan de dilataciones vasculares, poco más se menciona sobre las telangiectasias en la literatura. Pero hay que tener en cuenta que pueden aumentar en tamaño y número, generando alteraciones en la superficie ocular y con ello sequedad ocular, infecciones de repetición y dificultad para la visión al asociarse además a la apraxia oculomotora. Por ello es importante el seguimiento y control de la superficie ocular, fundamentalmente con lubricación de mantenimiento y antiinflamatorios de rescate, para evitar posibles complicaciones oftalmológicas.

CPCC055

MAMILACIONES DE IRIS ASOCIADAS A MELANOCITOSIS OCULAR CONGÉNITA

Juan PINILLA BOROBIÁ, Olimpia CASTILLO CASTEJÓN, Teresa PÉREZ ROCHE, Esther PRIETO CALVO

Introducción: Las mamilaciones del iris son raramente descritas y en la mayoría de los casos reportados son unilaterales y esporádicas, asociadas a melanocitosis oculodérmica o nevus de iris.

Caso clínico: Se presenta el caso de un niño de 2 años referido por heterocromía de iris, siendo más oscuro el del ojo izquierdo. A la exploración con lámpara de hendidura portátil se aprecia el iris del ojo derecho con características normales y el del ojo izquierdo hiperpigmentado y con un aspecto de entramado rugoso y sobreelevaciones múltiples viteliformes en su superficie, siendo diagnosticado de mamilaciones del iris asociadas a melanocitosis ocular congénita. Ni la tonalidad de la esclera ni el fondo de ojo orientaron a una extensión de la pigmentación. La tomografía de coherencia óptica del segmento anterior confirmó la hiperpigmentación del iris, sin demostrarse anomalías en las estructuras angulares.

Conclusiones: En el diagnóstico diferencial de las mamilaciones de iris se incluye el síndrome de Cogan-Reese, los nódulos de Lisch y los granulomas inflamatorios de iris. La hiperpigmentación del iris habitual en estos casos conduce a la sospecha de melanocitosis ocular congénita. La evidencia de esta condición como signo de hipertensión o de malignidad intraocular (melanoma uveal) no está bien definida, pero se debe establecer un seguimiento que descarte la afectación de estructuras esclerales, angulares, ciliares y coroideas.

CPCC056

DISGENESIA DE POLO ANTERIOR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

José Lorenzo ROMERO TREVEJO, M.^a Isabel PÉREZ CABEZA, Julia ESCUDERO GÓMEZ

Varón de 10 días de edad remitido desde su pediatra para valoración por microftalmos en el ojo izquierdo (OI). A la exploración, el paciente reacciona a la luz y no presenta nistagmos aparentes, observándose aniridia, microesferofaquia, cristalino subluxado hacia arriba y cámara anterior formada en ambos ojos (AO). Además, en el OI, destaca la presencia de microcórnea con esclerocórnea superior y procesos ciliares visibles. La PIO es de 45 mm Hg en AO y en el fondo, la retina se ve aplicada. Ante esos hallazgos, se solicitan ecografía ocular, craneal y renal, resonancia magnética nuclear (RMN), potenciales evocados visuales (PEV), electroretinograma (ERG), electroencefalograma (EEG) y estudio genético para OTX2, PAX6, PAX2, CDH7 y SOX2, incluyéndose en lista de espera para exploración bajo anestesia general.

El informe ecográfico reseña globos oculares de pequeño tamaño, alteración de la morfología normal del segmento anterior, cristalino engrosado e hiperecogénico en relación con cataratas y ausencia de hallazgos patológicos en segmento posterior. En cerebro, llama la atención un aumento de la ecogenicidad de la sustancia blanca subcortical a nivel periventricular izquierdo, siendo la ecografía renal normal. La RMN confirma los hallazgos oculares y la alteración de la señal en sustancia blanca subcortical parasagital en lóbulo frontal izquierdo, sugiriendo una displasia cortical. Los PEV y el ERG no resultan valorables y el EEG es normal para la edad. La exploración bajo anestesia general coincide con lo observado en consulta, aportando unos diámetros corneales de 10 mm en ojo derecho (OD) y 7 mm en OI, con PIO dentro de la normalidad y paquimetrías de 680 μm en OD y 480 μm en OI.

Con unos hallazgos de microftalmia bilateral, aniridia, ectopia lentis, opacidad cristalina y displasia cortical, se plantea el diagnóstico diferencial entre las causas más frecuentes de disgenesia de polo anterior y síndromes asociados.

CPCC057

DE PICADURA EN PÁRPADO A SARCOMA ERITROIDE/LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rebeca ROSÉS SÁIZ, Elsa FONT JULIÀ, Encarnación MENGUAL VERDÚ,
Cristina PIÑERO CUTILLAS

Introducción: La leucemia mieloide aguda (LMA) es una neoplasia hematológica caracterizada por un incremento en el número de células mieloides en la médula ósea, acompañado de un bloqueo en su maduración, lo que ocasiona la acumulación excesiva de blastos. Los pacientes con LMA presentan con frecuencia insuficiencia hematopoyética (anemia, granulocitopenia y/o trombocitopenia), con o sin leucocitosis. La LMA es una enfermedad de pronóstico infausto, cuya tasa de supervivencia sigue siendo baja a pesar de los avances en su diagnóstico y tratamiento (apenas del 40%). Exponemos un caso clínico de presentación atípica de LMA en una niña de 2 años.

Caso clínico: Niña de 2 años que acude a urgencias por edema palpebral y orbitario derecho tras supuesta picadura, que precisó ingreso en servicio de pediatría por sospecha de celulitis preseptal. Tras iniciar mejoría con tratamiento antibiótico y corticoideo, fue dada de alta por el servicio de Pediatría y derivada a consultas externas de Oftalmología para seguimiento. En la exploración física en consulta se evidenció una lesión compatible con hematoma subperióstico malar provocado por leve traumatismo descrito por la madre. Tras dicho hallazgo se le pidieron pruebas de imagen para estudio (Resonancia Magnética). La presentación de fiebre supuso un nuevo ingreso de la paciente, quien fue diagnosticada de sarcoma eritroide en el contexto de una Leucemia Mieloide Aguda (M6) refractaria a tratamiento.

Conclusiones: Resulta de vital importancia realizar un correcto diagnóstico diferencial de un edema orbitario refractario, especialmente si nuestro paciente se trata de un niño. Un diagnóstico precoz permite un abordaje terapéutico más preciso y puede condicionar en gran medida el pronóstico del paciente.

CPCC058

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANÁLISIS DE OCT DE UNA SERIE DE CASOS DE MICROFTALMOS POSTERIOR

Isabel VILLALAÍN RODES, Natalia PASTORA SALVADOR, Jesús PERALTA CALVO

Introducción: El microftalmos posterior es un cuadro poco frecuente que puede encontrarse en pacientes con alta hipermetropía. El segmento anterior es típicamente normal, sin embargo, debido a la disparidad entre el crecimiento de la esclera y la retina neurosensorial, se produce un engrosamiento esclerocoroideo y un pliegue papilomacular (PPM) típico. Puede asociarse a retinopatía pigmentaria, foveosquisis, agujero macular, pseudopapiledema y efusión uveal. Presentamos un estudio retrospectivo de una serie de casos de microftalmía posterior en edad pediátrica.

Casos clínicos: Se revisaron 5 pacientes (10 ojos) con microftalmos posterior pediátrico de edades comprendidas entre 4 y 13 años. Los criterios de inclusión fueron: longitud axial (LA) < 20 mm, hipermetropía alta >+8 D, polo anterior sin alteraciones, engrosamiento o pliegue macular típico, presión intraocular (PIO) normal y ausencia de malformaciones oculares o síndromes malformativos sistémicos. Se realizó una historia clínica completa obteniéndose agudeza visual, refracción bajo cicloplegia, examen en lámpara de hendidura, medición de la PIO y ecografía ocular con medición de LA. Se examinó detalladamente el fondo de ojo y se realizó tomografía de coherencia óptica (OCT) con medición del grosor macular central. En uno de los casos se realizó retinografía del polo posterior, angiografía fluoresceínica y Angio-OCT. Se examinó la morfología y estructura interna del PPM (obteniéndose altura del pliegue macular, cambios quísticos u otras alteraciones estructurales).

Conclusiones: La microftalmía posterior es una entidad que debemos sospechar en pacientes pediátricos con hipermetropía elevada y visión reducida. Es importante una adecuada detección, manejo y seguimiento de esta enfermedad para poder mejorar y mantener la visión de estos pacientes y reconocer las posibles complicaciones. En nuestra serie, la AV varió entre 0.1 y 0.7, no evidenciándose correlación directa con el grosor macular.

CPCC059

PLASMOCITOMA ORBITARIO: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR A PROPÓSITO DE UN CASO

Víctor AGUADO CASANOVA, Ana Rosa ALBANDEA JIMÉNEZ, Fernando A. CEVALLOS DROUETT, Beatriz FÉLIX ESPINAR

Introducción: El plasmocitoma constituye una neoplasia de células plasmáticas productoras de cadenas de inmunoglobulinas monoclonales que proliferan de forma localizada en un órgano. Generalmente asienta en la médula ósea, siendo la afectación extramedular poco frecuente. La localización orbitaria es extremadamente rara, con menos de 60 casos recogidos en las últimas revisiones publicadas, siendo la proptosis unilateral la presentación más habitual. Ante la sospecha, se debe solicitar una prueba de imagen, efectuar un estudio anatomopatológico para su confirmación y descartar afectación en otras localizaciones. La cirugía, radioterapia y quimioterapia son las opciones terapéuticas existentes. El caso presentado recoge el diagnóstico, manejo y evolución de una paciente diagnosticada de plasmocitoma orbitario (PO), en el que intervienen hasta 6 servicios del centro.

Caso: Mujer de 66 años, con antecedentes de mieloma múltiple en remisión, que acude a urgencias por un cuadro de proptosis derecha y diplopía de tres días de evolución. En el TAC se observa una lesión en las celdillas etmoidales con extensión orbitaria. Aunque la imagen plantea dudas diagnósticas con un absceso, finalmente se establece el diagnóstico histológico de plasmocitoma y se inicia tratamiento con quimio y radioterapia, observándose progresión que ocasiona oftalmoplejía y amaurosis que obliga a una descompresión quirúrgica urgente. Posteriormente se estabiliza el tamaño de la masa durante alrededor de 3 meses, a partir de los cuales comienza a progresar de nuevo.

Conclusiones: Pese a su escasa incidencia, la presencia de proptosis unilateral en un paciente con antecedentes de mieloma o plasmocitoma debe hacer sospechar la existencia de un PO y realizar los estudios indicados. Tras confirmarse el diagnóstico, la variedad de estrategias terapéuticas hace necesario el abordaje conjunto por las diferentes especialidades implicadas de modo que el tratamiento sea acorde con el estado del paciente.

CPCC060

EXÉRESIS Y RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL TRAS TERCERA RECIDIVA DE CARCINOMA BASOCELULAR EN CANTO INTERNO

Juilián BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN, Gloria LUCAS ELÍO, Marta RIQUELME CANO, Roberto MARTÍNEZ DÍAZ

Introducción: El carcinoma basocelular (CB) es el tumor maligno cutáneo más frecuente y representa hasta el 90% de ellos. La mayoría aparecen en mayores de 50 años asociados a alta exposición solar. Tiene predilección por afectar al párpado inferior y al canto interno, presentando en el canto interno unas características peculiares, ya que tienen una especial tendencia a invadir las estructuras subyacentes además de mayor tendencia a la recidiva. Aunque hay descritas posibilidades metastásicas de estos tumores, asumimos que la resección completa va a llevar a su curación. Podemos abordar un CB quirúrgicamente o no, siendo de elección la cirugía y mediante la Técnica de Mohs. Dentro de los tratamientos no quirúrgicos se han descrito: radioterapia, crioterapia, terapia fotodinámica, crema de Imiquimod, o 5-fluoracilo o Vismodegib (tratamiento innovador que inhibe la ruta del Hedgehog).

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 67 años remitido por dermatología para valoración de lesión en el canto interno del ojo derecho que se extiende hacia cara lateral nasal derecha. Operado de la misma lesión hace doce y diez años por Dermatología. Trata de una lesión tumoral morfeiforme ulcerada, de 4 x 3,5 cm la cual afecta a la cara lateral nasal derecha, a ambos párpados y a carúncula. Se realiza exéresis completa con márgenes de seguridad de 5 mm y una cobertura del defecto mediante colgajo de avance de mejilla y rotacional de piel de párpado superior con excelentes resultados anatómicos y funcionales.

Conclusiones: En nuestra experiencia ante todos los tumores que afecten el área periocular, tiene que ser el oculoplástico el que se haga cargo del procedimiento, pero con una relación estrecha con los servicios de cirugía plástica y dermatología. En nuestro caso hemos elegido tratamiento quirúrgico a pesar de ser nueva recidiva, puesto que consideramos que había posibilidades de curación completa y el paciente se negó al tratamiento alternativo (Vismodegib).

CPCC061

LINFOMA DE ALTO GRADO DEL SACO LAGRIMAL

Raquel BLANCO SOLER, Rubén YELA DELGADO, José Diogo da SAÚDE LOURENÇO, Ismael NIEVA PASCUAL

Introducción: Se presenta el caso clínico de un paciente con un tumor de saco lagrimal de rápido crecimiento.

Caso clínico: Varón de 54 años sin antecedentes sistémicos de interés y miopía de -4.5 dioptrías como único antecedente oftalmológico, que acude al servicio de urgencias por presentar tumoración en zona del saco lagrimal con gran velocidad de crecimiento desde hace dos meses. A la exploración, presentaba una agudeza visual mejor corregida de 1 en ambos ojos, con motilidad ocular extrínseca e intrínseca y un polo anterior y posterior sin alteraciones. A la palpación, se encuentra en región infrapalpebral derecha contigua a ala nasal un nódulo parcialmente móvil, no doloroso, con piel íntegra. La vía lagrimal no presentaba alteraciones. Se realizó TAC de órbitas urgente, donde describen la tumoración como lesión orbitaria extraconal nasolagrimal derecha sin criterios de agresividad. Se realizó la resección de la tumoración bajo anestesia local y se realizó estudio anatómopatológico, mediante el cual se llega al diagnóstico de linfoma B difuso de células gigantes, con afectación de márgenes quirúrgicos. Se realizó estudio de extensión para estadiaje, con resultados negativos. Se inició protocolo de quimioterapia según esquema R-CHOP. En la última revisión oftalmológica, el paciente presentaba agudeza visual mejor corregida de 1 y no presentaba síntomas locales.

Conclusiones: Es fundamental el análisis histológico de las lesiones tumorales del saco lagrimal, especialmente aquellas de crecimiento rápido, aunque no existan síntomas locales ni criterios de malignidad en las pruebas de imagen. El tratamiento quirúrgico y oncológico es necesario para la intención curativa.

CPCC062

SÍNDROME DEL ÁPEX ORBITARIO EN ASPERGILOSIS INVASIVA DISEMINADA

Andrea CALLE MOSCOSO, Enrique MENCÍA GUTIÉRREZ, Álvaro BENGOA GONZÁLEZ,
Silvia PÉREZ TRIGO

Introducción: Las infecciones fúngicas sino-orbitarias son infrecuentes, potencialmente mortales, sobretodo cuando hay afectación cerebral y casi siempre están asociadas a inmunosupresión. El síndrome del ápex orbitario es una localización excepcional cuya sintomatología incluye oftalmoplejía, ptosis y pérdida de visión.

Caso clínico: Paciente varón de 46 años en tratamiento inmunosupresor por un trasplante intestinal acudió a la urgencia por cefalea hemicraneal y proptosis del ojo derecho (OD). La agudeza visual (AV) del OD era de contar dedos a un metro, tenía midriasis arreactiva, polo anterior normal, fondo de ojo sin alteraciones significativas y oftalmoplejía completa con proptosis de 3 mm. La resonancia magnética (RM) mostró una lesión orbitaria derecha con lesiones en ambos hemisferios cerebrales angioinvasivas con infartos periféricos y hemorragias. En la tomografía de tórax se observaron lesiones pulmonares bilaterales. Con esta información el diagnóstico fue un síndrome del ápex orbitario secundario a una probable aspergilosis invasiva diseminada. Se inició tratamiento con voriconazol y anfotericina B. La biopsia de la lesión orbitaria reveló una infiltración por *Aspergillus fumigatus*. Se mantuvo el tratamiento antifúngico durante 2 meses. Al alta, la AV del OD era de 0,5 (como antes de la enfermedad), no había anisocoria, en el campo visual tenía un discreto aumento de la mancha ciega, hipertropía de OD, limitación de la supravisión y lateroversión interna sin diplopía, ptosis palpebral, y proptosis de 2 mm. La RM de control demostró disminución del tamaño de las lesiones.

Conclusión: Se debe tener una alta sospecha de infecciones fúngicas en pacientes inmunosuprimidos con síntomas agudos de neuropatía craneal y afectación orbitaria. Aunque la mayoría de estos casos correspondan a mucormicosis, no debemos descartar la infección por *Aspergillus*, ya que esta tiene mejor pronóstico y mejor respuesta al tratamiento con voriconazol.

CPCC063

EXOFTALMOS UNILATERAL SECUNDARIO A METÁSTASIS EN MÚSCULO RECTO INTERNO DE ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO

Karina FERNÁNDEZ BERDASCO, Laura FERNÁNDEZ DÍAZ, Sandra MACÍAS FRANCO, Lucía ALONSO MENÉNDEZ

Introducción: La mayor parte de los tumores orbitarios suelen ser primarios, siendo la metástasis de un tumor primario localizado a distancia un hallazgo poco frecuente (7%). Existen muy pocos casos publicados en la literatura que vinculen el cáncer de esófago como origen primario de una metástasis orbitaria, siendo aún más infrecuente una afectación de la musculatura extraocular.

Caso clínico: Varón exfumador de 51 años con diagnóstico conocido de adenocarcinoma de esófago estadio IV tipo difuso de Lauren con células en anillo de sello, a tratamiento quimioterápico con paclitaxel. Es referido desde oncología para valoración oftalmológica urgente por llamativo exoftalmos unilateral izquierdo de dos semanas de evolución y de instauración progresiva además de diplopía binocular. En la exploración oftalmológica destaca la presencia de un exoftalmos axial no reductible y una limitación de la motilidad ocular en todas las posiciones de la mirada, sobre todo a la levoducción. Se realiza una tomografía axial computarizada craneal urgente, donde se objetiva una masa orbitaria izquierda polilobulada y heterogénea, intra y extraconal, que englobaba al músculo recto interno, compatible con metástasis, además de otra pequeña masa extraconal en la base la órbita contralateral. Se indica tratamiento con radioterapia paliativa hasta su fallecimiento semanas después del episodio.

Conclusiones: Las metástasis en los músculos extraoculares son un hallazgo muy poco frecuente, pero deben sospecharse ante un caso de exoftalmos unilateral y, de ser necesario, remitir al paciente para realizar una prueba de imagen y/u otras pruebas complementarias. Hasta en un tercio de los casos puede ser la primera manifestación de una neoplasia oculta, por lo que el oftalmólogo puede desempeñar un papel crucial en el pronóstico de estos pacientes.

CPCC064

UTILIDAD DE TOCILIZUMAB EN LA RESTRICCIÓN MUSCULAR DE LA ORBITOPATÍA TIROIDEA

Ana GARROTE LLORDÉN, Elena PÉREZ DÍEZ, Esther RODRÍGUEZ DOMINGO

La orbitopatía de Graves es la manifestación extratiroidea más frecuente en las enfermedades tiroideas. Las formas graves representan un 5%, y presentan dolor intenso, inflamación ocular, riesgo de ulceración o neuropatía óptica con riesgo de pérdida visual. El tocilizumab, un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado anti-receptor de IL-6, es un tratamiento útil en esta patología. Actualmente se usa en casos refractarios a corticoterapia. Puede mejorar significativamente la inflamación orbitaria, el exoftalmos y la motilidad ocular.

Presentamos el caso de un varón de 69 años con hipertiroidismo que recibe tratamiento de manera consecutiva con metimazol y yodo 131. Desarrolla una orbitopatía tiroidea grave con dolor, inflamación orbitaria, exoftalmos y oftalmoplegía casi completa en el ojo izquierdo.

El paciente es tratado con bolos de corticoide intravenoso y posteriormente con pauta semanal descendente. Más adelante se realiza descompresión orbitaria. Ante la persistencia de diplopia se realiza retroinserción del recto interno.

Nuestro paciente vuelve a ser tratado con metimazol, con empeoramiento del cuadro inflamatorio y de la diplopía. Se decide entonces iniciar tocilizumab en dosis de 8 mg/kg, recibiendo cinco dosis. Se consigue con ello importante mejoría, y el paciente se mantiene asintomático dos años después.

CPCC065

LA PARADOJA LAGRIMAL: AUMENTO DE VOLUMEN EN EL ÁREA DEL SACO LAGRIMAL Y VÍA LAGRIMAL PERMEABLE

Irene GIL HERNÁNDEZ, Ana LÓPEZ MONTERO, Raúl MARTÍNEZ BELDA, Mar SCHILT CATAFAL

Introducción: Las tumefacciones en el área del saco lagrimal no siempre tienen obstrucción de la vía lagrimal. En ocasiones esta presentación clínica enmascara patología sistémica que puede ser grave.

Caso clínico: Presentamos una serie de 8 casos clínicos con aumento de volumen del saco lagrimal y vía lagrimal permeable. El diagnóstico diferencial de esta presentación, según nuestra serie comprende 2 linfomas MALT de bajo grado, un ameloblastoma, un infiltrado linfoplasmocitario difuso, presencia de dacriolitos, 2 casos de herniación de pólipos nasales a través de una erosión del proceso frontal del maxilar, un granuloma en el contexto de una enfermedad de Wegener y un verdadero mucocele.

Conclusiones: Ante signos de alarma tales como vía lagrimal permeable, ausencia de dacriocistitis previas, aumento de volumen a pesar de dacriocistorrinostomía permeable, así como tumefacciones que superen la altura del tendón cantal medial, debemos descartar que exista patología diferente a la obstrucción de la vía lagrimal. En estos casos, recomendamos completar el diagnóstico mediante la realización de un TC o RM orbitarios.

CPCC066

QUERATITIS UNILATERAL COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE AFECTACIÓN LINFOMATOSA DE GLÁNDULA LAGRIMAL

M.^a del Mar GRANA PÉREZ, Javier SOMAVILLA LUPIÁÑEZ, José Lorenzo ROMERO TREVEJO

Introducción: Los anexos oculares son una localización poco frecuente para los linfomas, constituyendo un 7-10% de los linfomas extranodales. Los órganos más afectados son órbita, saco lagrimal, conjuntiva y párpados. La mayoría suele tratarse de linfomas no Hodgkin.

Caso clínico: Varón de 72 años, valorado en consulta por molestias de ojo derecho (OD) de larga duración. No tenía antecedentes salvo una pequeña tumoración paracervical de varios meses de evolución, no estudiada. La agudeza visual era 0.15 y 0.3. La biomicroscopía mostró cataratas en ambos ojos y una queratitis difusa confluyente exclusiva del OD. La presión intraocular y el fondo de ojo eran normales. Se pautó tratamiento con lágrimas artificiales y fluorometalona.

Dos meses después el paciente fue valorado por otorrinolaringología que confirmó una adenopatía submandibular de 2 cm de consistencia sólida. Una tomografía computerizada (TAC) cervical mostró una masa de 2,5x2,5x1,7 cm en ángulo superoexterno de órbita derecha, que infiltraba músculo recto superior, recto externo y esclera. Se realizó una punción aspiración por aguja fina y posteriormente una adenoidectomía, cuya anatomía patológica mostró un linfoma no Hodgkin folicular de bajo grado.

En su revisión por oftalmología refirió mejoría sintomática del OD, si bien la queratitis persistía. El test de Schirmer tipo 1 fue de OD: 0 mm, OI: 12 mm. No se evidenció afectación de la musculatura extraocular.

El paciente recibió tratamiento con dos ciclos de quimioterapia, tras la cual el TAC mostró desaparición de las lesiones. Actualmente no hay evidencia de nuevas lesiones.

Conclusión: Según las series, la gran mayoría de los linfomas orbitarios debutan con clínica oftalmológica, con manifestaciones como tumoración palpable, proptosis, hiperemia conjuntival, diplopia o ptosis palpebral. En nuestro caso la afectación orbitaria era silente, y sólo la queratitis y el test de Schirmer orientaba a una posible afectación de la glándula lagrimal.

CPCC067

TRICOFOLICULOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos ISANTA OTAL, Raquel HERRERO LATORRE, Laura GIL ARRIBAS,
M.^a Erika HARO HERRERO

Introducción: El tricofoliculoma es un hamartoma complejo con diferenciación folicular, cuya evolución es habitualmente crónica y asintomática.

Se presenta entre los 20 y 60 años y no existe predilección por ningún género o raza.

Clínicamente, se manifiesta como una lesión de consistencia firme, umbilicada, de 0,5 a 1 cm de diámetro, del color de la piel. Suele observarse un poro central dilatado, donde emerge un mechón de pelos, denominado signo de Pinkus, que en este caso se presentó.

Predomina en cabeza y cuello, afectando principalmente nariz y mejillas;

El patrón histológico característico es una dilatación infundibular que puede adoptar un aspecto quístico dentro de la dermis pudiendo comunicarse con la superficie. A partir de la dilatación emergen folículos secundarios y terciarios de los que surgen vellos dirigidos de manera centrípeta hacia la epidermis para formar el signo típico del penacho de pelos.

El tratamiento de elección consiste en extirpación quirúrgica de bordes libres con cierre primario.

Caso clínico: Varón de 23 años con lesión umbilicada con un mechón de pelo en el centro, de 0.7cm de diámetro, del color de la piel, bordes bien circunscritos y consistencia firme localizada en el canto interno del ojo izquierdo, cuya evolución fue crónica con episodios de salida de material líquido y mucoso.

Se realizó una dacriocistografía que descartó fistulización a vía lagrimal y una RMN que descartó el compromiso de estructuras orbitarias.

Se realizó escisión completa de la lesión y la anatomía patológica confirmó la sospecha clínica de tricofoliculoma.

Conclusiones: El tricofoliculoma es una entidad rara, pero fácilmente reconocible por sus características clínicas. Debemos hacer el diagnóstico diferencial con otras enfermedades potencialmente malignas que deben ser tratadas.

CPCC068

MILFOSIS UNILATERAL ASOCIADA A MACROCITOSIS

M.^a Luisa LUQUE VALENTÍN-FERNÁNDEZ, Belén SIRVENT LÓPEZ, M.^a Pilar VALLE SANTANA,
Luis Miguel GALLARDO SÁNCHEZ

Introducción: Se define como milfosis la pérdida exclusiva de pestañas. La causa oftalmológica más frecuente es la blefaritis. Sin embargo, en algunos casos existen causas sistémicas subyacentes que es importante incluir en el diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Varón de 73 años de edad con reducción en el número y grosor de pestañas en párpados superior e inferior derechos. No hay signos de blefaritis ni otros procesos inflamatorios. El paciente niega tricotilomanía. En la anamnesis no se objetivan otros síntomas, tanto locales como generales.

Se realiza analítica que muestra un volumen corpuscular medio elevado, valores de vitamina B12 por debajo de la normalidad y ácido fólico en el límite inferior, hipersideremia con ferritina normal y TSH en rango. Se inicia tratamiento con Vitamina B12 y ácido fólico. Seis meses después, el paciente presenta aumento en el número y grosor de las pestañas.

Conclusiones: Múltiples patologías han sido descritas como causa de pérdida de pestañas. La blefaritis asociada o no a rosácea, la infección por herpes o las neoplasias localizadas (linfoma, carcinoma basocelular) se encuentran entre las etiologías más frecuentes de la milfosis. Otras patologías sistémicas pueden producir una pérdida del pelo periocular, pero generalmente la afectación es bilateral. Entre las causas nutricionales se ha descrito en el déficit de hierro, zinc, hipoproteinemia y marasmo. En el caso descrito en este panel, el paciente presentaba una pérdida unilateral evidente que mejoró tras la corrección de su déficit nutricional. En nuestro conocimiento, es el primer caso descrito de milfosis unilateral debido a deficiencia en vitamina B12 y ácido fólico.

CPCC069

LINFOMA PRIMARIO DE ANEJOS OCULARES Y MÚSCULOS EXTRAOCULARES: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS

Clara MARTÍNEZ RUBIO, Enrique ESPAÑA GREGORI, M.^a Ángeles BORT MARTÍ,
Ioan Alexandru PLACINTA

Introducción: El linfoma primario de anejos oculares constituye el tipo de linfoma oftalmológico más frecuente (70-90%) con el tipo histológico de linfoma B tipo MALT como predominante. La afectación de músculos extraoculares es infrecuente, su diagnóstico diferencial incluye miositis, orbitopatía tiroidea o metástasis

Casos clínicos: N.º 1: Mujer (44 años) con exoftalmos derecho y limitación de la supravversión de dos años de evolución. La imagen de TAC sugiere una miositis del músculo oblicuo superior. La normalidad analítica (hemograma, bioquímica y serología) y del estudio de extensión, refuerzan la decisión de iniciar corticoides orales. La biopsia en un segundo tiempo da el diagnóstico de linfoma B tipo MALT. La radioterapia obtuvo una buena respuesta anatómica y clínica, estable durante el seguimiento (4 años)

N.º 2: Mujer (70 años), asintomática, en seguimiento por carcinoma de mama dos años antes, presenta en el TAC de control un engrosamiento del músculo recto medio derecho. El diagnóstico diferencial considera linfoma o metástasis. La biopsia muscular confirma el linfoma B tipo MALT, por lo que tras un estudio de extensión negativo, se propone radioterapia, con buena respuesta anatómica durante el seguimiento (1 año).

N.º 3: Varón (61 años) en seguimiento por linfoma orbitario tipo MALT con transformación a células grandes tipo B y tratado con quimioterapia. Al sexto año de seguimiento, un proceso de leucocitosis no filiada indicó la realización de una RM donde se objetivó un engrosamiento nodular en el vientre muscular del oblicuo inferior con imagen sugestiva de linfoma. Ante estudio de extensión negativo se propone actitud conservadora y seguimiento estrecho de la lesión, con estabilidad en la RM durante el seguimiento (1 año).

Conclusión: La afectación de músculos extraoculares por linfoma de anejos oculares es infrecuente. La correcta anamnesis, exploración oftalmológica y estudio de imagen orientarán en el diagnóstico que deberá ser confirmado por biopsia.

CPCC070

SÍNDROME DE FLOPPY EYELID EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M.^a Eloísa MEDIALDEA HURTADO, M.^a del Mar GÓNGORA MIÑARRO,
Juan José GÓMEZ FERNÁNDEZ

Introducción: El síndrome de párpado flácido (Floppy Eyelid) es una patología que se presenta con síntomas de irritación ocular inespecífica y conjuntivitis papilar crónica. Afecta más frecuentemente a varones de edad media con sobrepeso y apneas del sueño, en los que los párpados superiores presentaban una hiperlaxitud muy marcada con eversion muy fácil a la tracción superior. Presentamos dos casos de síndrome de Floppy Eyelid en niños.

Casos clínicos: Caso 1: paciente de 11 años que acude a urgencias por conjuntivitis de repetición desde hace 6 meses, más sintomatológica en ojo izquierdo. Como antecedentes personales presenta obesidad y adenoiditis. En la exploración se objetivan: hiperlaxitud de párpados superiores, mayor en ojo izquierdo y conjuntivitis papilar.

Caso 2: paciente de 12 años que acude a consulta por sospecha de defecto refracto y posible conjuntivitis alérgica. Como antecedentes personales presenta únicamente obesidad en tratamiento por pediatría. A la exploración se observa hiperemia leve, queratitis punctata, hiperlaxitud de párpados superiores y ligera ptosis palpebral, sin asociar defecto refractivo.

A la anamnesis los padres de ambos pacientes reconocen episodios de apnea-hipopnea durante el sueño y postura boca abajo al dormir. Por la edad de los pacientes se trató únicamente con lubricación intensa nocturna y se recomendó cambio en la postura al dormir. Igualmente se indicó derivación a pediatría para valoración del posible síndrome de apnea obstructiva del sueño y tratamiento del sobrepeso.

Conclusiones: Aunque el síndrome de Floppy Eyelid es más común en varones adultos, también puede manifestarse en la infancia. Debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en conjuntivitis papilares crónicas a cualquier edad.

CPCC071

ADENOMA PLEOMORFO DE LA GLÁNDULA LAGRIMAL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: UN HALLAZGO CASUAL

M.^a Dolores MIRANDA ROLLÓN, Laura MARTÍNEZ CAMPILLO, Concepción MOLERO
IZQUIERDO, Domingo GIMÉNEZ CASTEJÓN

Introducción: El adenoma pleomorfo de la glándula lagrimal es una neoplasia epitelial benigna que suele cursar con signos clínicos como la proptosis y radiológicos típicos como la erosión ósea adyacente.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 77 años de edad que acude a nuestro centro para valoración de cirugía de catarata. A la exploración presenta un discreto exoftalmo con una ligera hipotropía de globo ocular derecho, de la cual no se había percatado ni era preocupación manifestada por el paciente.

Se realiza TC orbitario evidenciándose una masa heterogénea extraconal antero-superior orbitaria derecha en contacto con la glándula lagrimal, que genera protrusión en globo ocular sin erosión ósea manifiesta ni calcificaciones en su interior.

Ante estos hallazgos se decide extirpación de la lesión mediante abordaje orbitario subperióstico a través de pliegue palpebral superior.

La anatomía patológica es informada como carcinoma no invasor ex adenoma pleomorfo de la glándula lagrimal.

Conclusión: La ausencia de características clínicas típicas de presentación de este tipo de tumoración hacen de este un caso peculiar.

Hay que enfatizar la importancia del diagnóstico diferencial de la patología tumoral orbitaria para poder realizar un correcto manejo terapéutico de estos casos.

CPCC072

LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS GRANDES B INTRACONAL Y EXTRACONAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sandra PÉREZ GARCÍA, Cristina ABASCAL AZANZA, Nerea ZUBIETA GONZALO,
Araceli ALCAINE SOLER

Introducción: Los linfomas orbitarios son los tumores malignos más frecuentes de la órbita, el 80% proceden de células B. Del 30 al 35% de ellos se relacionan con Linfomas no Hodgkin sistémicos, por lo que es importante buscar si se trata de uno primario o secundario.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 77 años con visión borrosa y dolor retro-ocular izquierdo de 7 meses de evolución. La agudeza visual corregida fue de 20/25 en ambos ojos. A la exploración destaca una proptosis en ojo izquierdo con limitación a la supraducción, sin diplopia. La biomicroscopia y el fondo de ojo resultaron anodinos. Ante los hallazgos se solicitó un TAC orbitario y se objetivó una masa orbitaria izquierda retroocular con extensión al vértice orbitario, con componente intraconal y extraconal. La RMN planteó un diagnóstico diferencial con pseudotumor inflamatorio (IOP), linfoma y metástasis. Se realizó una unciformectomía por cirugía endoscópica nasosinusal con biopsia y el diagnóstico anatomopatológico confirmó un Linfoma No Hodgkin B de alto grado. En el PET-TAC se observó afectación ganglionar en cuello y mediastino. Se indicó un tratamiento con radioterapia consiguiendo una mejoría del cuadro en revisiones posteriores.

Conclusión: La sintomatología del linfoma orbitario puede variar desde paresia oculomotora, diplopía, exoftalmos, dolor ocular o visión borrosa. Suelen afectar a la parte superolateral de la órbita, siendo la zona intraconal la más afectada. El diagnóstico diferencial con el IOP puede resultar complicado, pero una señal intermedia homogénea en T2, márgenes lobulados rodeando estructuras sin invadirlas, con alta señal en difusión y baja en ADC, ayudan al diagnóstico.

La radioterapia logra un control local entre el 85 y 100%, incluso en presencia de enfermedad sistémica.

Es importante que el oftalmólogo conozca este tipo de patología orbitaria, pues su detección precoz es muy importante, ya que se trata de una enfermedad potencialmente curable.

CPCC073

NEURONAVEGADOR EN EL TRATAMIENTO DEL HIPOGLOBO TRAUMÁTICO

Elisa PÉREZ RAMOS, Diego LOSADA BAYO, Francisco GONZÁLEZ GARCÍA,
Alejandro GUTIÉRREZ JIMÉNEZ

Introducción: Los sistemas de neuronavegación son frecuentemente empleados en neurocirugía. El sistema consta de una computadora, el dispositivo de localización intraoperatorio (similar a un puntero) y una pantalla en la que vemos en tiempo real la proyección sobre una tomografía axial computerizada (TAC), previamente cargada, del punto exacto que estemos tocando. El sistema se basa en reflejos de flashes infrarrojos.

Caso clínico: Paciente varón que sufrió una fractura orbitaria compleja tras una agresión. Fue intervenido en 2 ocasiones por el servicio de cirugía maxilofacial. Pese a estas cirugías el paciente presentaba un hipoglobo de 3 mm, además de retracción del párpado inferior de 3 mm. Se planificó la cirugía empleando el sistema BrainLab, el cual permite proyectar una imagen especular de la órbita sana sobre el TAC de la órbita dañada, con lo que pudimos calcular el tamaño y forma del injerto para tratar el hipoglobo. Se realizó un abordaje del suelo orbitario transconjuntival, el posicionamiento del injerto se guió mediante el sistema de neuronavegación. La retracción del párpado inferior se trató mediante una tira tarsal más injerto tarsoconjuntival del párpado superior ipsilateral. El resultado a los 3 meses de la cirugía es muy satisfactorio habiéndose corregido el hipoglobo y la retracción palpebral.

Resultados: Con este sistema es posible superponer una imagen especular de la órbita sana a la imagen de la órbita dañada en el TAC. Otra de las ventajas que ofrece es que nos permite saber en tiempo real dónde nos encontramos exactamente. Concluimos que el neuronavegador puede ser una herramienta útil en casos de cirugía orbitaria aportando una mayor precisión y seguridad durante la cirugía y ayudando a la planificación de la misma.

CPCC074

FASCITIS NECROTIZANTE PALPEBRAL

Ioan Alexandru PLACINTA, Enrique ESPAÑA GREGORI, Clara MARTÍNEZ RUBIO,
Rodrigo MOLINA PALLETE

Introducción: La fascitis necrotizante es una infección severa de la piel y el tejido subcutáneo que se extiende rápidamente por encima de la fascia superficial a los tejidos adyacentes. Con una alta morbimortalidad, afecta fundamentalmente al abdomen y la ingle, siendo la zona orbicular una localización bastante infrecuente.

El objetivo de esta comunicación es de presentar un caso de fascitis necrotizante palpebral.

Caso clínico: Mujer de 79 años diagnosticada de angioedema palpebral en relación a picadura de insecto, consulta por supuración en piel de párpados superior e inferior del ojo derecho, junto a blefaroespasma y malestar general.

En la exploración se objetiva necrosis incipiente en piel de párpados superior e inferior del ojo derecho. La analítica revela leucocitosis marcada con neutrofilia y un filtrado glomerular de 22 ml/min. El TAC de órbitas revela edematización de la grasa extraconal.

Se ingresa a la paciente bajo el diagnóstico de celulitis preseptal para tratamiento empírico con meropenem. Se aísla en frotis de material necrótico palpebral *Streptococcus pyogenes*.

Debido a la progresión de la necrosis palpebral se realiza desbridaje de tejido necrótico de párpado superior e inferior al segundo día del ingreso.

La paciente permanece ingresada durante 3 semanas en las que recibe tratamiento intravenoso antibiótico y desbridaje de tejido necrótico y de granulación diario junto a curas con pomadas antisépticas antibióticas y antifúngicas, hasta que el control de la infección posibilita la cobertura de los defectos de sustancia mediante avance de colgajo malar en el caso del párpado inferior y colgajo de piel libre preauricular en el caso del párpado superior.

Conclusión: La fascitis necrotizante periorbitaria es una entidad rara de diagnóstico difícil. La rápida extensión de la necrosis palpebral nos debe hacer pensar en esta entidad que a menudo comienza como una celulitis preseptal.

CPCC075

MASA CONJUNTIVAL Y ORBITARIA EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Manuel ROCA SANZ, Juan Mariano VALLÉS MARTÍNEZ

Introducción: El adenocarcinoma gástrico es uno de los tumores malignos más frecuentes del organismo, y raramente metastatiza al ojo u órbita.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 90 años que consultó por la aparición de un nódulo hipermérico en el ojo derecho de dos meses de evolución que no había mejorado con corticoides, antibióticos y lubricantes tópicos. Como antecedente de interés, padecía un adenocarcinoma gástrico en estadio IIIC en tratamiento con capecitabina y oxaliplatino. Se realizó una biopsia excisional del nódulo, que era conjuntival y macroscópicamente no presentaba extensión a estructuras subyacentes. El resultado confirmó que se trataba de una metástasis. Un mes después, se observó proptosis y queratopatía por exposición en el mismo ojo. Se realizó un TC orbitario, en el cuál aparecía una masa mal delimitada que ocupaba la región superolateral e inferior de la órbita, sin afectación del espacio intraconal. Dado el estado general de la paciente, se decidió no realizar más maniobras diagnósticas ni terapéuticas en la región ocular, salvo lubricación y oclusión nocturna del ojo afecto.

Conclusión: Aunque la órbita no sea un lugar frecuente de metástasis, la aparición de cambios en el aspecto de la región ocular, tales como la proptosis o la aparición de una masa en la superficie, obligan a descartar una posible extensión tumoral. Las pruebas de imagen son de gran utilidad para detectar masas, así como para valorar su extensión.

CPCC076

INFECCIÓN CONJUNTIVAL POR THELAZIA CALLIPAEDA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Susana ALONSO RUBIO, Natalia Teresita MÁRQUEZ IVACEVICH, Ana FERNÁNDEZ RAGAZ,
Pedro AGUIRRE BERNAT

Introducción: Conocido como el gusano ocular de oriente por su distribución inicial en el sudeste asiático, la *Thelazia callipaeda* produce una infección ocular transmitida por moscas del género *Phortica* variegata (mosca de la fruta) que al alimentarse de las secreciones conjuntivales de mamíferos infectados, actúan como vector depositando larvas que desarrollaran el gusano adulto en el huésped definitivo (perros, gatos, zorros, conejos y humanos). En la zona de la Vera (provincia de Cáceres) se describió el primer caso de thelaziosis canina en España, y se considera endémica de dicha enfermedad. El primer caso de thelaziosis humana en nuestro país fue descrito en Coria (Cáceres) en el año 2011. Nuestro caso sería el tercero publicado a nivel nacional.

Caso Clínico: Se trata de un paciente varón de 78 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia, que sigue controles periódicos por glaucoma crónico simple en tratamiento y catarata evolutiva. En diciembre de 2016 acude a cita ordinaria sin referir sintomatología aguda, objetivándose numerosos ejemplares de gusanos traslúcidos en fondo de saco conjuntival superior y superficie ocular de su ojo derecho. Se retiran con pinzas en lámpara de hendidura siendo remitidos a servicio de microbiología con el diagnóstico de *Thelazia callipaeda*. El paciente vive en un entorno rural en contacto con ganado, aunque carece de mascotas en su domicilio. El controles posteriores se mantiene asintomático, pero al año acude a urgencias por clínica de conjuntivitis aguda (escozor, epifora e hiperemia) presentando un segundo episodio de parasitosis conjuntival resuelta hasta la fecha tras la retirada de los nematodos.

Conclusiones: Debido a la extensión actual de dicha parasitosis en mamíferos de nuestro medio, debemos contemplar el riesgo de la afectación humana y considerar dicha posibilidad dentro del diagnóstico diferencial de conjuntivitis y queratitis superficiales.

CPCC077

EFFECTO DEL CROSS-LINKING CORNEAL CON PROTOCOLO ACELERADO DE ALTA IRRADIANCIA EN QUERATOCONO PROGRESIVO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Patrizia Daniela ÁVILA PAZ, Elena GUZMÁN ALMAGRO, Nicolás ALEJANDRE ALBA

Objetivo: Describir resultados en 2 pacientes con queratocono (KC) progresivo tras cross-linking (CXL) corneal con protocolo acelerado de alta irradiancia.

Métodos: Tiempo y energía total de CXL. Exploración oftalmológica. Topografía corneal.

Resultados: Caso 1: Mujer de 25 años con KC progresivo a quien se aplicó CXL corneal de alta irradiancia en ojo derecho (OD), energía 7,2J/Cm² y tiempo total de tratamiento 16 minutos. A los 4 meses la biomicroscopía (BMC) muestra haze estromal central leve, topografía con astigmatismo 1,1 dioptrías (D), paquimetría 350 micras, curvatura máxima (Kmax) 51,7 D (respecto a previos 2,1 D, 443 micras, 58,3 D). A los 12 meses permanece haze central residual, topografía estable con Kmax 53,5D, paquimetría 397 micras y agudeza visual corregida (AVcc) 0,8 (-2,00 -1,75x140 °) respecto a previa de 0,4 (-2,50 -2,5x145°)

Caso 2: Varón de 29 años con KC progresivo a quien se aplicó CXL corneal de alta irradiancia en ojo izquierdo (OI), energía 6.3J/Cm² y tiempo total de tratamiento 14 minutos. A los 5 meses la BMC muestra haze central intenso, topografía con astigmatismo 5,0 D, paquimetría 411 micras, Kmax 48,2D, (respecto a previos 3,6 D, 534 micras, 54,7 D). A los 12 meses persiste haze paracentral inferior menor, topografía con Kmax 49.1D, paquimetría 472 micras y AVcc de 0,7 (-0,25 -3,5x15°) respecto a previa de 0,9 (-0,50 -3,5x130°).

Conclusiones: El CXL de alta irradiancia puede originar haze corneal correspondiente con zonas de aplanamiento. En cuanto a la Kmax debe tenerse en cuenta tanto la posibilidad de progresión de KC como la disminución progresiva del haze, por lo que es necesario un mayor número de estudios que determinen si deben realizarse protocolos individualizados, así como, los diferentes factores limitantes de esta modalidad con resultados topográficos y visuales a mediano-largo plazo.

CPCC078

ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED

Filipa CAIADO DE SOUSA, Patrícia JOSÉ, Walter RODRIGUES, Vítor SILVA

Introducción: Enfermedad de injerto contra huésped (EICH) ocurre en pacientes que se han sometido a un trasplante de células madre hematológicas alogénicas. Aproximadamente el 40-90% de los pacientes con EICH crónica desarrollarán síntomas oculares. Se ilustra el caso clínico con fotografías de segmento anterior.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 37 años, con diagnóstico de linfoma de Hodgkin desde 2012, que fue sometida a dos ciclos de quimioterapia, trasplantes auto y alogénicos en 2013 e infusión de linfocitos del donante en 2017. En octubre de 2017, por cuadro de EICH cutáneo, oral y hepático estaba internada en el servicio de Hematología y fue solicitada observación por Oftalmología, debido a un cuadro de dolor ocular bilateral, sensación de cuerpo extraño y baja de la agudeza visual bilateral. En el examen oftalmológico presentaba una agudeza visual en el ojo derecho (OD) de 0.20 logMar, en el ojo izquierdo (OE) 0,30 logMar, en la biomicroscopia una queratopatía filamentar y punzante fluorocoravel, scarring de la conjuntiva superior con áreas de fibrosis formando pseudomembranas. No era posible observar el fondo ocular. Se inició Thealoz Duo 30/30 min y Fluorometolona 3id. Paralelamente se inició metilprednisolona oral 1g/día y Ciclosporina 3 mg/kg/día endovenoso. Una semana después la paciente refería mejoría clínica significativa y en el examen oftalmológico la queratopatía era menos densa con una mejora de la agudeza visual ODE 0.10 logMar.

Conclusiones: EICH alcanza más a menudo la superficie ocular pero virtualmente puede afectar a cualquier parte del globo ocular. El EICH es una patología ocular rara que en este caso se resolvió con corticoide tópico, sistémico y lubricación frecuente.

CPCC079

ICTIOSIS CUTÁNEA, ¿UNA SENTENCIA PARA LA CÓRNEA?

Andrea CARRANCHO GARCÍA, Carlos PLAZA LAGUARDIA, Manuel FRANCO BENITO,
Jorge SÁNCHEZ CAÑIZAL

Introducción: La presencia de infección fúngica corneal implica alteraciones de los sistemas de defensa infecciosa de la córnea. Una comorbilidad como la ictiosis puede predisponer a este tipo de infección.

Caso Clínico: Varón, 50 años, pastor, acude por disminución de agudeza visual del ojo derecho. Entre sus antecedentes destaca intensa descamación cutánea no consultada previamente. La biomicroscopía muestra ectropion cicatricial bilateral, lagofthalmos y perforación corneal con iris encarcerado. La agudeza visual es cuenta dedos en ojo derecho. Realizamos injerto de membrana amniótica con tarsorrafia parcial con mal resultado visual posterior.

Asintomático durante diez meses, regresa por sensación de cuerpo extraño en ojo izquierdo. La agudeza visual es 20/25, la biomicroscopía muestra una úlcera en semiluna paralela al limbo inferior con depósitos retroqueráticos y celularidad en cámara anterior. Comenzamos tratamiento con antibioterapia y fluorometolona tópica y solicitamos analítica. Se obtiene positividad para *Brucella* spp que trata medicina interna. El defecto corneal evoluciona mal, apareciendo un infiltrado blanquecino. Tomamos muestras que se informan como crecimiento de *Candida albicans* y *Staphiloco* aureus.

Comenzamos tratamiento con fluconazol oral, natamicina y voriconazol tópicos. Se inyectó voriconazol intraestromal e intracameral. La mala evolución lleva a tomar la decisión de realizar queratoplastia penetrante en caliente que permite controlar la infección.

Discusión: En las queratomycosis, el tratamiento antifúngico debe ser iniciado lo más pronto posible, no existe consenso sobre que agente o combinación emplear como terapia empírica. La búsqueda de sinergias farmacológicas es necesaria. Existe sinergia en el empleo simultáneo de azoles y polienos como son la natamicina y voriconazol. La realización de trasplante corneal se considera si la infección progresa aun con tratamiento médico o si existe un riesgo de perforación inminente.

CPCC080

DE ALTERACIÓN CORNEAL INESPECÍFICA, A NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CORNEAL

Diego Asensio CELDRÁN VIVANCOS, Paula MARTICORENA ÁLVAREZ,
Guadalupe GARRIDO CECA, Antonio JIMÉNEZ ORTIZ

Introducción: Describimos un caso clínico de una neoplasia intraepitelial corneal (NIC) con una forma de presentación poco habitual.

Caso clínico: Mujer de 80 años con retinopatía diabética proliferativa panfotocoagulada inactiva y atrofia macular en su ojo izquierdo con agudeza visual de cuenta dedos. Es remitida por sensación de cuerpo extraño en ese ojo. A la exploración, además de una disfunción de glándulas de meibomio obstructiva, objetivamos una opacidad corneal anterior con microbullas epiteliales que podía estar en relación con su diabetes mellitus. Realizamos seguimiento periódico cada cuatro-seis meses. Año y medio después observamos variación de la lesión a una placa bien delimitada grisácea y sobreelevada con microbullas epiteliales que llega al eje visual sin afectación limbar. La sensibilidad corneal se encuentra preservada. Solicitamos entonces una tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) al no disponer de dicha prueba en nuestro centro en ese momento. Tras varios meses de demora en su realización, planteamos una queratectomía superficial para análisis anatomopatológico, aplicando alcohol absoluto en el mismo acto quirúrgico y realizando recubrimiento del lecho con membrana amniótica. El análisis anatomopatológico concluyó que se trataba de una neoplasia corneal intraepitelial de alto grado. Instauramos tratamiento con interferón alfa 2b (1 millón UI/ml) cuatro veces al día durante un mes, con buena tolerancia. Siete meses después de la intervención la paciente mantiene la transparencia corneal sin signos biomicroscópicos ni tomográficos de recurrencia de la lesión.

Conclusión: La afectación corneal central aislada de la NIC es rara. Su curso es lentamente progresivo como describimos en nuestro caso, con una tasa baja de progresión a carcinoma invasivo. La OCT-SA es de gran ayuda en el diagnóstico de estas lesiones, así como en el seguimiento de las posibles recidivas.

CPCC081

PERSISTENCIA DE ENDOTELIO-MEMBRANA DE DESCOMET EN PACIENTES INTERVENIDOS DE QUERATOPLASTIA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Paula CUTRÍN ALLER, Iria CONDE GONZÁLEZ, Dolores TABOADA GAGO, Laura MARTÍNEZ PÉREZ

Introducción: La persistencia de la membrana de Descemet-endothelium (MD-E) tras queratoplastia es una complicación infrecuente pero puede presentarse tras una queratoplastia penetrante (QP), queratoplastia lamelar anterior profunda (QLAP) o queratoplastia endotelial (QE). La visión puede afectarse por opacificación de esta membrana o por compromiso endotelial, dando lugar a fracaso del injerto.

Casos Clínicos:

— Mujer (72 años) intervenida de cataratas sin complicaciones. En revisiones postoperatorias presenta una baja agudeza visual y edema corneal que no mejora con tratamiento médico. Se realiza una QE, persistiendo el edema corneal, sospechándose una mala posición de la MD-E donante. Posteriormente se practica una QP. En las revisiones, tanto por biomicroscopía como por OCT de Segmento Anterior (SA-OCT), se objetiva una doble cámara anterior, consecuencia de la retención del endotelio de la QE previa sobre la nueva córnea donante.

— Varón (66 años) con leucoma corneal herpético operado de QLAP reconvertida a QP. En la consulta postoperatoria se observa una persistencia de la MD-E del receptor en la cámara anterior.

Ambos casos son intervenidos quirúrgicamente, el primero para la extracción de la MD-E se tiñe con azul tripán, y el segundo con triamcinolona. En ambos se logra un injerto transparente y una buena agudeza visual.

Conclusiones: La retención de la MD-E es una complicación infrecuente cuando se realiza una reconversión de cualquier técnica de trasplante a QP. Varios factores pueden contribuir a ello: el edema corneal crónico, alteraciones en la interfase injerto-huésped, restos inflamatorios y crecimiento fibroso que impiden la adherencia del tejido donante, lo que conduce a desprendimiento y posterior retención de MD-E. La SA-OCT permite visualizar la retención MD-E. Esta complicación puede resolverse mediante cirugía en la que se extrae la antigua MD.

CPCC082

COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA DE PTERIGIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sara DÍEZ ARANDILLA, Isabel IZQUIERDO MILLÁN, Pilar CASTIÑEIRAS CABELLO, Isabel VELASCO SASTRE

Introducción: La escleritis necrotizante es la forma más destructiva de escleritis, habitualmente asociada a enfermedades autoinmunitarias, infecciosas o a cirugías previas. El pronóstico visual y global suele ser malo a causa tanto del cuadro clínico subyacente como del tratamiento sistémico empleado.

Caso clínico: Paciente de 64 años, originario de República Dominicana, con antecedentes de hipertensión arterial, neuropatía óptica glaucomatosa bilateral y exéresis de pterigium nasal bilateral hace 25 años.

Acude a urgencias por intenso dolor ocular izquierdo que se irradia a hemicráneo, resistente a analgésicos.

A la exploración oftalmológica presenta agudeza visual de 1 en ojo derecho (OD) y 0,3 en ojo izquierdo (OI) y presión intraocular dentro de límites normales.

En la biomicroscopía objetivamos escleromalacia nasal en OD y escleromalacia nasal avanzada en OI con restos de probable cianocrilato y visualización de la úvea sin llegar a perforarse.

Funduscopia con lesión glaucomatosa del nervio óptico, sin más alteraciones y estudio sistémico clínico y de laboratorio negativo para enfermedades reumáticas.

Tras el diagnóstico de escleromalacia nasal por escleritis necrotizante en relación a cirugía previa, se realiza trasplante de membrana amniótica, con 3 capas pegadas con Tissucol® y suturadas a conjuntiva. El postoperatorio temprano discurre con normalidad pero una semana después no se objetiva la membrana amniótica trasplantada.

Ante la gravedad del paciente se deriva a un centro de referencia, donde realizan trasplante escleral, seguido de autoinjerto conjuntival y parche de membrana amniótica.

Tras un postoperatorio complicado que requirió múltiples tratamientos, el paciente actualmente se encuentra sin dolor ni signos de escleritis.

Conclusiones: En casos de manejo terapéutico complejo es fundamental el tratamiento agresivo desde fases precoces, como el uso de parche escleral asociado a inmunosupresores, vigilando las posibles complicaciones asociadas.

CPCC083

MIXOMA CONJUNTIVAL PRIMARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Elisabet de DOMPABLO VENTURA, Clara AULADELL BARBA

Introducción: Los mixomas son neoplasias benignas, poco frecuentes y de origen mesenquimatoso. Se considera el tumor más común del corazón, aunque también puede aparecer en los huesos, la piel, el músculo esquelético y los senos nasales; presentándose rara vez en las estructuras periorbitales.

Caso clínico: Varón de 60 años de edad presenta lesión conjuntival indolora en ojo derecho de lento crecimiento, sin otra clínica asociada. Como único antecedente oftalmológico refiere traumatismo ocular en ojo izquierdo en la infancia. En la exploración clínica la agudeza visual es de la unidad en ojo derecho y la motilidad ocular extrínseca se encuentra conservada. La biomicroscopía muestra lesión viscosa de color rosa, bien adherida y vascularizada, ubicada en conjuntiva bulbar temporal, sin signos inflamatorios acompañantes. El resto de la exploración oftalmológica se encuentra dentro de la normalidad. Se decide realizar biopsia conjuntival con extirpación completa y envío de pieza a anatomía patológica. El estudio anatomopatológico informa de mixoma conjuntival. Microscópicamente, el tumor hipocelular contiene escasas células fusiformes en un estroma mixoide, carente de atipia ni presencia de actividad mitótica. La proteína S100 y la desmina son negativas para las células tumorales. El estudio sistémico descarta afectación cardíaca, cutánea o endocrina acompañante. En última revisión 12 meses tras la cirugía, el paciente no presenta recidivas.

Conclusiones: El mixoma conjuntival es un tumor benigno y poco frecuente. Pueden presentarse como enfermedad localizada o como componentes del complejo de Carney, el síndrome de Mazabraud y el síndrome de McCune-Albright. Usualmente los mixomas de conjuntiva suelen ser circunscritos, fácilmente resecables y con escaso riesgo de recidiva.

CPCC084

NEVUS MAGNOCELULAR DE IRIS: REPORTE DE UN CASO Y ESTUDIO

Glenda ESPINOSA BARBERI, Francisco José GALVÁN GONZÁLEZ, Graciela TRUJILLO CABRERA, Sara MIRANDA FERNÁNDEZ

Introducción: El melanocitoma se presenta generalmente como un tumor de naturaleza benigna, profundamente pigmentado. La mayor parte de los casos están localizados próximos al disco óptico, encontrándose a nivel del iris con escasa frecuencia. Representan el total del 3% de los tumores a este nivel.

Caso clínico: Paciente mujer de 39 años, remitida para valoración de lesión en iris de ojo derecho. No comenta antecedentes de patologías médicas u oftalmológicas. La agudeza visual era de 20/20 en ambos ojos. En el segmento anterior se aprecian iris claros, y en el ojo derecho una lesión nodular melánica a las 7 horas, sin componente vascular, bien delimitado, que no alcanza el ángulo ni deforma la pupila. La gonioscopia y presión intraocular son normales, así como en el fondo de ojo, donde no se aprecian otras lesiones melánicas. En la biomicroscopía ultrasónica se objetiva afectación del esfínter pupilar por dicha lesión, que presenta una estructura interna irregular, con algún punto hiporreflectivo y dudosa disrupción de la línea del epitelio pigmentario. Debido a los hallazgos se llega al diagnóstico de nevus magnoceleular del iris y como tratamiento seguimiento trimestral.

Conclusiones: La edad de diagnóstico, que coincide con la media presentada en diversas revisiones, el sexo de la paciente, así como las características de la lesión, fueron fundamentales para llegar al diagnóstico. El manejo en este tipo de lesiones suele ser conservador mediante observación estrecha. En un 20% de los casos el tumor crece, requiriendo resección local mediante iridectomía o iridociclectomía.

CPCC085

RESOLUCIÓN DE DEPÓSITOS CORNEALES EN PACIENTE AFECTA DE MIELOMA MÚLTIPLE TRATADA CON BORTEZOMIB Y DEXAMETASONA

Laura FERNÁNDEZ DÍAZ, Karina FERNÁNDEZ BERDASCO, Carmen BURGUEÑO MONTAÑÉS

Introducción: Los depósitos cristaloides corneales son una manifestación rara de las gammopatías monoclonales. Su presentación y evolución deben ser tenidas en cuenta por las importantes consecuencias que conllevan a la salud visual del paciente, llegando incluso a ser necesario el trasplante corneal, con recurrencias en ocasiones sobre el injerto transplantado.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de mieloma múltiple IgG lambda, la cual desarrolló un depósito subepitelial cristaloides bilateral y progresivo, con inicio periférico. Comenzó terapia con Bortezomib subcutáneo más Dexametasona por progresión hematológica intercurrente, con resolución completa de los depósitos corneales y sin recidivas en el seguimiento, cuatro años después de finalizar la terapia.

Conclusiones: La terapia en ciclos repetidos con Bortezomib más Dexametasona podría demostrarse eficaz para la resolución de la queratopatía cristalina asociada a mieloma múltiple, siendo interesante su posible indicación en aquellos casos con depósitos progresivos, suponiendo una alternativa al tratamiento tópico y trasplante corneal.

CPCC086

IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA EN LA CISTINOSIS. SEGUIMIENTO DE 3 PACIENTES A LO LARGO DE LOS AÑOS

María FERNÁNDEZ GARCÍA, Marta ÁLVAREZ CORONADO, Sandra MACÍAS FRANCO, Carmen COSTALES ÁLVAREZ

Introducción: La cistinosis es una rara enfermedad del almacenamiento liposomal con especial expresión a nivel renal y ocular. Desde edades muy tempranas se produce el acumulo de cristales de cistina sobretodo en córnea, fácilmente visibles en lámpara de hendidura, siendo esta una de las manifestaciones más precoces de la enfermedad. Estos cristales pueden depositarse en el resto de estructuras oculares causando síntomas que incapacitan la vida de estos pacientes.

Caso clínico: Presentamos la evolución de 3 pacientes con cistinosis seguidos en nuestro hospital, todos ellos a tratamiento cisteamina oral y tratamiento tópico con cisteamina clorhidrato, actualmente con buen control terapéutico.

El primero, varón de 4 años, presenta cristales de cistina en córnea periférica que han ido aumentando en los últimos 2 años sin alteración en resto de estructuras oculares.

El segundo paciente es un varón de 35 años con antecedente de 3 trasplantes renales en el que se observan cristales de cistina pancorneales, en iris y en conjuntiva bulbar y tarsal. En la tomografía de coherencia óptica de segmento anterior (OCT-SA) se aprecia el depósito de cristales en córnea, ángulo irido-corneal e iris.

Por último, un varón de 24 años que presenta de cristales de cistina pancorneales, en conjuntiva e iris que se observan en la OCT-SA. Además se observa en el fondo de ojo un micropunteado blanquecino no refringente que se corresponde en la OCT macular con puntos hiperreflectantes a nivel macular.

Conclusiones: El pronóstico de los pacientes con cistinosis depende de un diagnóstico precoz que permita la rápida instauración del tratamiento. La presencia de cristales de cistina corneales es uno de los criterios diagnósticos de esta enfermedad lo que hace imprescindible la evaluación oftalmológica desde edades tempranas.

CPCC087

TUMORES CONJUNTIVALES ¿ORIGEN AMBIENTAL O ENFERMEDAD SISTÉMICA?

Paula FERRER PASTOR, Esther ESCRIVÁ PASTOR, Álvaro RALLO LÓPEZ

Introducción: Los tumores conjuntivales y palpebrales son los más frecuentes del ojo y sus anejos. Abarcan un amplio espectro, desde lesiones benignas a otras que pueden poner en peligro la función visual y la vida del paciente.

Los tumores conjuntivales epiteliales son los más frecuentes, y se relacionan con la exposición de la superficie ocular al tabaco o al sol, con la edad y el estado de inmunodepresión. Los linfomas conjuntivales suponen entre el 20 y el 30% de los tumores linfoides del ojo y anejos, y tan sólo un 20-30% de los casos se encuentra asociado a enfermedad sistémica.

Caso clínico: Varón de 56 años, fumador, expuesto al sol en su actividad diaria, diagnosticado y tratado de leucemia desde hace 5 años, que viene a urgencias por una contusión en el globo ocular. Durante la exploración se detecta una lesión en conjuntiva bulbar. En un primer momento se piensa que es debido al traumatismo y se trata con corticoide y antibiótico tópico. Tras 4 días sin mejoría y en un contexto de leucemia, procedemos a la escisión y biopsia para descartar un tumor linfoide. La anatomía patológica confirma que es un tumor de tipo epitelial (displasia de alto grado).

Conclusiones: Sólo un pequeño porcentaje de las lesiones conjuntivales está relacionado con la enfermedad sistémica que sufre el paciente. La mayor parte de estas lesiones se relacionan directamente con las condiciones ambientales. Por ello es importante hacer una exploración oftalmológica completa que incluya toma de muestra para biopsia ante cualquier lesión conjuntival sospechosa de malignidad.

CPCC088

QUERATOPATÍA BULLOSA GRADO 5: IMAGEN DE DOBLE CAPA CORNEAL VISIBLE EN LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Magela GARAT CHIFFLET, Daniela ORTIZ VAQUERIZAS

Introducción: presentamos el caso de una queratopatía bullosa tan evolucionada que simula una doble córnea en la imagen de la tomografía de coherencia óptica (OCT).

Caso clínico: varón de 62 años que acude con córnea derecha totalmente blanca. Antecedente de facoemulsificación e implante de lente intraocular en ambos ojos hacía 3 años, con descompensación corneal derecha. La agudeza visual (AV) es de movimiento de manos. Se realiza OCT anterior y se aprecia imagen de «doble córnea» debido a una hiperplasia epitelial identificable por la clara línea de separación a nivel de la capa de Bowman. Ecografía ocular normal. Se procede a la disección quirúrgica del material mediante Crescent, con fácil separación del plano. Debajo se observa córnea con gran leucoma central y vascularización 360°. Se coloca lente de contacto terapéutica, antibiótico y corticoide tópicos, y lubricación hasta epitelización. La vascularización remite pero aparecen nuevas bullas epiteliales, por lo que se realiza trasplante corneal penetrante. La cirugía y el postoperatorio transcurren sin incidencias, y la rehabilitación visual permite una AV final de 0,8 con corrección.

Conclusión: la OCT es una herramienta muy útil en el diagnóstico y planificación terapéutica de las lesiones anteriores del globo ocular. El avance tecnológico ha permitido llegar hasta el punto de ver incluso cuando no se ve, mejorando así el planteamiento quirúrgico.

CPCC089

NÓDULOS CONJUNTIVALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marina del Valle GARCÍA RAMÍREZ, Natividad RODRÍGUEZ GONZÁLEZ,
Manuel FERNÁNDEZ PRADA, Elena PARDINA CLAVER

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad sistémica granulomatosa crónica no caseificante mediada por linfocitos CD4+, de etiología desconocida. Las alteraciones oftalmológicas son la manifestación extratorácica más frecuente. Su diagnóstico se apoya en hallazgos radiológicos y una anatomía patológica compatible. En un 40% aparecen nódulos conjuntivales; pequeñas elevaciones translúcidas y ligeramente amarillentas que se encuentran normalmente en fórnix aunque también en conjuntiva bulbar. La biopsia conjuntival es una prueba simple y disponible desde su descripción en los años 50.

Caso clínico: Mujer de 56 años en seguimiento por ojo seco moderado/severo tratada con Ciclosporina A al 0.05% y suero heterólogo al 20%. Antecedentes personales de hepatitis C y Sd Steven-Johnson a los 15 años. Acude a consulta por molestias en ojo derecho (OD). En la exploración oftalmológica:

Agudeza visual OD: 0.6. Biomicroscopía OD: hiperemia localizada en conjuntiva bulbar nasal superior de aspecto nodular que no blanqueaba con fenilefrina 10%. Simbléfaron y distiquiasis. Resto de la exploración normal. Se diagnostica de escleritis nodular añadiendo al tratamiento habitual AINE oral cada 8 horas.

En las siguientes visitas aparecen nódulos conjuntivales confluentes que permanecen estables a pesar del tratamiento general y tópico con fluormetolona, decidiendo realizar una biopsia de la lesión. La anatomía patológica mostró una reacción granulomatosa de patrón sarcoideo.

El TAC toracoabdominopélvico, la elevación de enzima convertidora de angiotensina y la analítica, confirmaron el diagnóstico de sarcoidosis sistémica.

Al cabo de 2 meses con Metotrexate y Zamene se observa desaparición de los nódulos.

Conclusión: La biopsia conjuntival confirmó de manera eficiente la presencia de granulomas no caseificantes y orientó al diagnóstico de sarcoidosis.

La Ciclosporina A al 0,05% cada 12 horas no protegió a nuestra paciente contra la aparición de nódulos conjuntivales sarcoideos.

CPCC090

DOBLE AFECTACIÓN CORNEAL EN LA ENFERMEDAD DE STEINERT. EL CASO DE «LA TRIPLE DISTROFIA»

Amparo GARGALLO BENEDICTO, Vicente Tomás PÉREZ TORREGROSA, Álvaro OLATE PÉREZ, Raúl TORRECILLAS PICAZO

Introducción: La enfermedad de Steinert es la distrofia muscular más frecuente en adultos, con una prevalencia 1/8000. Es un trastorno autosómico dominante con afectación multisistémica variable. Las alteraciones oftalmológicas pueden ser el signo de presentación, siendo la catarata “en árbol de navidad” el hallazgo más común. Otras manifestaciones oculares menos frecuentes son la ptosis, parálisis motora extraocular, disociación luz-cerca, retinopatía pigmentaria, hipotonía o los cambios corneales. Se presenta un caso de distrofia miotónica (DM) tipo 1 con doble afectación corneal por distrofia epitelial y endotelial concomitantes.

Caso clínico: Varón de 52 años con DM, consulta por disminución de agudeza visual (AV) bilateral de 1 año de evolución. A la exploración se objetiva ptosis palpebral superior bilateral, AV de 0,5 en ojo derecho y 0,3 en ojo izquierdo con PIO 11 y 10 mmHg respectivamente. En la biomicroscopía destacan la presencia de lesiones tipo mapa-punto-huella características de la distrofia de la membrana basal epitelial (EBMD), junto con abundantes guttas endoteliales por distrofia de Fuchs (FECD, estadio II) más catarata nuclear y subcapsular posterior bilateral. Se aportan imágenes de polo anterior, microscopía especular y OCT de Segmento Anterior donde se analizan los cambios corneales descritos.

Conclusiones: Las distrofias corneales son manifestaciones oculares poco frecuentes en la Distrofia miotónica. Se ha publicado en la literatura la afectación corneal por FECD en la distrofia de Steinert pero no se han encontrado asociaciones con EBMD. Se trata del primer caso descrito de triple asociación de DM, EBMD y FECD. El estudio genético y mejor conocimiento de la patogenia podrían ayudar a dilucidar una posible base genética común en estas patologías.

CPCC091

GS-101 TÓPICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEOVASCULARIZACIÓN CORNEAL

Ana HERVÁS ONTIVEROS, Salvador GARCÍA DELPECH, Ricardo DÍAZ CESPEDES,
Patricia UDAONDO MIRETE

Introducción: El sustrato 1 del receptor de insulina (IRS-1) es una proteína que funciona como un intermediario señalizador bajo receptores de superficie celular activados que incluyen insulina, factor de crecimiento similar a insulina 1 (IGF-1), hormona de crecimiento (GH) y el factor de crecimiento endotelial (VEGF). GS-101 (GeneSignal, Epalinges, Suiza) es un oligonucleótido con una masa molecular de 8036 Da que inhibe la expresión de IRS-1. Esta inhibición de IRS-1 da como resultado la prevención del crecimiento neovascular.

Caso clínico: Presentamos una serie de casos clínicos donde podemos observar la disminución de la neovascularización corneal tras tratamiento con GS101 tópico.

Conclusiones: El fármaco GS101 se ha mostrado útil en el tratamiento de la neovascularización corneal en todos los casos aplicados.

CPCC092

MELANOMA DE CONJUNTIVA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, ESTUDIO DE EXTENSIÓN Y MANEJO TERAPÉUTICO

Patricia IBÁÑEZ AYUSO, Belén MALLO MUÑIZ, Paola Stefanía CALLES MONAR

Introducción: El melanoma conjuntival es una neoplasia rara con una incidencia estimada de 0,2 a 0,5 casos por millón de habitantes/año en poblaciones caucásicas. Representa el 1-2% de los tumores malignos oculares. Su etiología es desconocida. Puede originarse de una melanosis adquirida primaria con atipia, de un nevus previo o aparecer de novo.

Caso clínico: Varón de 69 años que acude a consulta por lesión en ojo izquierdo que relaciona con salpicadura de aceite hace 2 meses y que ha aumentado de tamaño desde entonces. Como antecedente personal de interés presenta Síndrome antifosfolípido primario en tratamiento con anticoagulantes orales. Av con gafas: OD: 0,7; OI: 1. PIO normal. En la BPA se objetiva en ojo izquierdo una lesión pigmentada perilímbica en cuadrante temporal inferior. También presenta melanosis con leve engrosamiento de limbo temporal desde las II a las V horas dónde comienza la masa pigmentada. Entre los posibles diagnósticos diferenciales debemos destacar: granuloma piógeno, hemorragia subconjuntival atípica, melanoma de conjuntiva. Se decide exéresis de la lesión y mitomicina tópica intraoperatoria. Anatomía patológica: informa de lesión compatible con neoplasia melanocítica intraepidérmica. Se decide tratamiento postoperatorio con colirio de Mitomicina C. Se realiza estudio de extensión.

Conclusión: El manejo de las lesiones pigmentadas depende de su extensión. Si es de pequeño tamaño podemos plantearnos extirpación completa. Si la lesión es extensa, se deben extirpar las áreas engrosadas (sospechosas de melanoma) y realizar biopsias en mapa de las zonas de melanosis adquirida primaria no extirpadas para determinar su riesgo de progresión a melanoma conjuntival. Si no es posible la extirpación completa de las zonas con atipia o aparecen recurrencias, se deben utilizar terapias adyuvantes como la crioterapia intraoperatoria o el tratamiento quimioterápico tópico post-quirúrgico de los que el más probado es la Mitomicina C.

CPCC093

NECROSIS DE LA MUCOSA BUCAL TRAS OSTEOQUERATOPRÓTESIS

Marta JEREZ PEÑA, Borja SALVADOR CULLA, M.^a Fideliz de la PAZ DALISAY

Introducción: La osteoqueratoprótesis (OKP) es una variante de la osteodontoqueratoprótesis en la que se emplea hueso de tibia como háptico en casos sin piezas dentales viables. Actualmente se considera una de las mejores técnicas quirúrgicas para el tratamiento de casos graves de ojo seco asociado a enfermedades autoinmunes, como el Síndrome de Stevens-Johnson (SJS).

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 51 años con antecedentes de Síndrome de Sjögren (SS) y SJS secundario a Azitromicina, que acude a consulta con visión de movimiento de manos en ambos ojos. Presenta queratinización completa de la superficie ocular con simbléfaron y acortamiento de los fondos de saco, por lo que se propone implantar una OKP en ojo derecho. Inmediatamente, tras el primer tiempo quirúrgico, se objetiva una zona de necrosis en la parte central de la mucosa bucal refractaria a tratamiento tópico, por lo que se realiza un nuevo injerto de mucosa bucal con injerto corneal tectónico de 7 mm. Dada la evolución favorable, a los 4 meses se procede a realizar el tercer tiempo e implantar la OKP. La paciente acude a sus controles posteriores, presentando una nueva área de necrosis de la mucosa bucal al mes, que requiere un injerto corneal tectónico completo, con tarsorrafia subtotal. Al año se evidencia la reabsorción completa del injerto corneal, exposición de la pieza ósea sin actividad inflamatoria y se propone una OKP transtarsal.

Conclusiones: La OKP es una opción válida en casos grave de SS asociado a SJS. La necrosis tisular es una complicación importante que puede comprometer el éxito del implante. La calidad de la mucosa bucal determina la viabilidad del injerto, afectando a la estabilidad y retención de la prótesis. En casos de necrosis avanzada de la mucosa bucal, una tarsorrafia completa permanente asociada a una técnica de OKP transpalpebral puede ser una opción alternativa.

CPCC094

MELTING CORNEAL BILATERAL SECUNDARIO AL USO DE DICLOFENACO TÓPICO EN PACIENTES CON QUERATOPLASTIA PENETRANTE

Isabel LOPEZ SANGRÓS, Sara MARCO MONZÓN, M.^a Ángeles del BUEY SAYAS

Introducción: Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) tópicos tienen múltiples aplicaciones en la oftalmología. No obstante, se han descrito varios casos de úlceras, melting e incluso perforaciones corneales asociadas al uso de estos fármacos.

Caso clínico: Paciente de 82 años con antecedentes de queratoplastia penetrante en el ojo izquierdo desde hace 10 años, secundaria a episodio de perforación corneal por úlcera herpética. Durante los 10 años siguientes a la intervención de queratoplastia penetrante la paciente se mantuvo estable, con el injerto corneal transparente y sin signos de rechazo, manteniendo un tratamiento con suero autólogo y ciclosporina. Recientemente acudió a urgencias por aumento de la secreción y enrojecimiento ocular bilateral que fue tratado con tobramicina y diclofenaco tópicos en ambos ojos. A los 5 días la paciente volvió a consultar por empeoramiento de la clínica. En la exploración se objetivaron dos úlceras centrales bilaterales con melting corneal. Se realizaron medidas del espesor corneal con la tomografía computerizada del segmento anterior evidenciándose un adelgazamiento corneal significativo con necrosis del injerto (100 y 90 micras en ojo derecho e izquierdo respectivamente). Se tomaron muestras de frotis conjuntival en ambos ojos y se instauró tratamiento con lente de contacto terapéutica, ciprofloxacino tópico cada 6 horas, y cacicol cada 48 horas. Los resultados de los cultivos fueron negativos. En las siguientes revisiones la paciente ha presentado mejoría de la sintomatología, con resolución del melting, pero se mantiene con un espesor corneal similar.

Conclusión: La toxicidad corneal es un efecto adverso grave de los AINES que se ha descrito en pacientes afectos de patología corneal o de enfermedades reumatológicas. Por esta razón se debe tener precaución con el uso de los AINES en pacientes predispuestos. Los regeneradores titulares son de gran utilidad para tratar las úlceras corneales complicadas.

CPCC095

TRATAMIENTO DE NEVO MELANOCÍTICO CONJUNTIVAL CON INTERFERON ALFA-2B TÓPICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Aida MACHAN, Isabel M.^a MORENO ESCUDERO, Itziar COLOMA GONZÁLEZ, Carlos Enrique MONERA LUCAS

Introducción: El nevo melanocítico constituye la lesión pigmentada más frecuente de la conjuntiva. Suele ser congénito, manifestándose en la infancia como una lesión bien delimitada, discretamente elevada y con una leve pigmentación.

Un cambio en el tamaño, coloración, bordes o morfología nos obliga a descartar una transformación maligna aunque esto ocurre en menos del 1% de los casos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 49 años, que acude por una lesión pigmentada conjuntival.

En la exploración se observa una lesión pigmentada de localización yuxtalimbar temporal compatible con nevo melanocítico conjuntival acompañado de una hiperemia reactiva que mejora parcialmente con tratamiento corticoideo tópico. Ante la negativa de la paciente a cirugía se decide tratamiento con interferón alfa-2b tópico 1 MU/ml cada 8 horas durante 12 semanas en combinación con fluorometolona tópica cada 12 horas la primera semana.

A las ocho semanas de tratamiento el tamaño de la lesión se reduce considerablemente, pasando de 7,5 x 5,5 mm a 6x4 mm. Además se observa una disminución de la vascularización y de la sintomatología de la paciente. A las 12 semanas sólo persiste una discreta dispersión pigmentaria limbar con resolución completa de la hipervascularización.

Conclusiones: Los inmunomoduladores han adquirido un papel importante en el manejo de tumores conjuntivales, tanto como tratamiento único como en combinación con la cirugía.

CPCC096

LISIS CORNEAL ESTÉRIL TRAS CIRUGÍA DE CATARATA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

Paula MARTICORENA ÁLVAREZ, Diego Asensio CELDRÁN VIVANCOS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) conlleva una alteración inmunológica sistémica que predispone a una respuesta anormal de la superficie ocular ante un traumatismo quirúrgico.

Caso clínico: Mujer de 76 años con hepatopatía virus C y AR en tratamiento con etanercept, hidroxicloroquina y esteroides a dosis bajas, en seguimiento por Reumatología.

A nivel ocular presenta un ojo seco severo con queratitis filamentosa de años de evolución. Se interviene la catarata del ojo derecho mediante facoemulsificación con implante de lente intraocular sin complicaciones. En el postoperatorio inmediato mantiene una queratitis filamentosa difusa leve. Inicia tratamiento tópico con moxifloxacino, diclofenaco y prednisolona a dosis bajas, asociado a acetilcisteína y lágrimas con ácido hialurónico-heparina sódica.

A los 20 días de la cirugía acude a urgencias con una úlcera corneal paracentral que acaba perforándose, precisando intervención de urgencia (taponamiento con Tachosil, reposición de cámara anterior, recubrimiento con membrana amniótica multicapa y lente de contacto terapéutica).

Reumatología detecta un mal control de la AR e inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona durante 3 días, seguido de rituximab intravenoso y corticoides orales.

Tras la cirugía mantiene buena cámara sin signos de lisis corneal. Al mes, se retiran los restos de membrana amniótica y Tachosil y se comprueba el cierre de la perforación.

En la última exploración presenta una agudeza visual de 0,2 y un leucoma paracentral inferior con leve adelgazamiento.

Conclusión: Describimos una grave complicación que ocurre en un 6-8% de estos pacientes. Entre las causas descritas encontramos las alteraciones en la lágrima producidas por la AR, la denervación quirúrgica y el tratamiento tópico con diclofenaco y corticoide. Es imprescindible un adecuado control sistémico de la AR antes de cualquier cirugía ocular, recomendándose el uso previo de prednisona oral (1 mg/kg).

CPCC097

ADELGAZAMIENTO CORNEAL PERIFÉRICO INUSUAL

Elisabet MARTÍN GONZÁLEZ, Rahul RACHWANI ANIL, Marina RODRÍGUEZ CALVO DE MORA

Introducción: La «córnea en lente de contacto» es una queratitis ulcerativa periférica (QUP) producida por depósito de inmunocomplejos y asociada a patologías autoinmunes, siendo la más frecuente artritis reumatoide (AR).

Caso clínico: Mujer de 72 años diagnosticada de AR, derivada por dolor en ojo izquierdo (OI) desde hace un mes. La mejor agudeza visual (MAVC) en OI fue 0'15. En la biomicroscopía se apreció un adelgazamiento corneal periférico a expensas de estroma predominante en córnea superior junto con escleritis no necrotizante, siendo la exploración de fondo de ojo anodina. Se realizó una topografía corneal que evidenció dicho adelgazamiento, con paquimetría mínima (TP) en zona afecta de 193 μm y en zona central (CCT) de 560 μm . Asimismo, se realizó una batería analítica descartándose causas infecciosas, y se envió muestra de conjuntiva bulbar a Anatomía Patológica, que informó de conjuntivitis crónica linfoplasmocitaria oclusiva sin vasculitis, por lo que dados los antecedentes se diagnosticó de QUP tipo «córnea en lente de contacto». Se pautó doxiciclina VO 200 mg, colirio de medroxiprogesterona 4 veces/día, colirio ciclosporina al 2% 3 veces/día, plasma rico en factores de crecimiento (PRFCH) 4 veces/día y gel de trehalosa 3 veces/día. Reumatología reforzó el tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg/ día y tacrólimus 7,5 mg en días alternos. A los 3 meses la MAVC fue 0,3 en el ojo afecto, que mejoró a los 30 meses a 0,63 con lente de contacto escleral. La paquimetría mostró un aumento progresivo (TP 463 μm , CCT 615 μm). Ante la buena evolución se retiró paulatinamente el tratamiento con prednisona y tetraciclinas y se redujo la dosis de tacrólimus. Actualmente la paciente está controlada con 2,5 mg tacrólimus en días alternos y tratamiento tópico con PRFCH.

Conclusión: La córnea en lente de contacto es una una patología de difícil tratamiento en la cual es necesaria la inmunosupresión y el seguimiento estrecho y multidisciplinar del paciente.

CPCC098

QUERATOMICOSIS POR MICROORGANISMO ATÍPICO EN PACIENTE PORTADORA DE LENTES DE CONTACTO

Juan Antonio MIRALLES DE IMPERIAL OLLERO, Andrés LÓPEZ JIMÉNEZ, M.^a Dolores ROMERO CABALLERO, Ángel Ramón GUTIÉRREZ ORTEGA

Introducción: La queratitis fúngica es una patología poco frecuente pero grave que suele ocurrir en pacientes con factores de riesgo (traumatismos con material vegetal, inmunodepresión o cirugía corneal). Su tratamiento es difícil por la efectividad variable de los antifúngicos.

Caso clínico: Mujer de 44 años, con contacto habitual con material vegetal y portadora de lentes de contacto, que acude por sensación de cuerpo extraño en ojo izquierdo (OI) de 3 días de evolución. En la biomicroscopía del OI se observa una úlcera corneal infiltrada paracentral temporal superior. Se realiza cultivo siendo positivo para *Staphylococcus aureus*.

Tras no mejoría después de 4 días con tratamiento con colirios antibióticos reforzados, sospechando de infección fúngica, se realiza nuevo cultivo y se añade voriconazol tópico. La úlcera tiene mala evolución a pesar del tratamiento con voriconazol tópico, oral e intracamerular. Finalmente el cultivo resulta positivo para *Acremonium*, resistente a voriconazol, por lo que se añade natamicina al tratamiento con mejoría evidente del cuadro. Nueve días más tarde, la paciente sufre una perforación ocular, que es tratada en un principio con oclusiones oculares hasta la resolución de la infección y, posteriormente, con un recubrimiento conjuntival.

Discusión: *Acremonium* es un hongo filamentoso, saprofito que se suele aislar en el suelo y en vegetales en descomposición. El tratamiento de las queratitis por este hongo es complicado por su alta resistencia a antifúngicos. En nuestro caso, el *Acremonium* era resistente a voriconazol pero sensible a natamicina.

El voriconazol es un fármaco muy usado en infecciones fúngicas pero, tal como se estableció en el Mycotic Ulcer Treatment Trial, la natamicina ofrece mejores resultados con hongos filamentosos, por lo que nunca se debería usar voriconazol en monoterapia en queratitis por hongos filamentosos, como *Acremonium*.

CPCC099

UTILIDAD DE MEMBRANA AUTÓLOGA Y COÁGULO PRGF COMO TRATAMIENTO DE LA PERFORACIÓN CORNEAL NO TRAUMÁTICA. CASO CLÍNICO

Carlos Enrique MONERA LUCAS, Aida MACHAN, Javier CLAVEL LARIA, Claudia Patricia TARAZONA JAIMES

Introducción: Paciente varón de 85 años que acude al servicio de urgencias por ojo derecho (OD) rojo doloroso y pérdida de visión de un día de evolución.

Antecedentes personales de herpes zoster oftálmico (VHZ) y queratouveítis herpética hace 6 meses en OD.

Caso clínico: A la exploración se observa úlcera corneal central con melting asociado, adelgazamiento estromal severo y atalamia. Se inicia tratamiento con profilaxis antibiótica tópica, colirio de plasma rico en factores de crecimiento (PRGF-Endoret) cada 4 h, doxiciclina 100 mg cada 24h vía oral (v.o), vitamina C 1g al día v.o, valaciclovir 500 mg cada 12h v.o y lentilla de contacto terapéutica.

Tras una semana se realiza recubrimiento con membrana de fibrina y coágulo derivado del plasma rico en factores de crecimiento (PRGF-Endoret). Tras el recubrimiento se consigue la integración del coágulo en el estroma corneal y el cierre de la perforación. Sin embargo debido a la presencia de catarata evolucionada y el desplazamiento anterior del diafragma iridolenticular el paciente presentaba hipertensión ocular refractaria a tratamiento médico. Se realiza una lensectomía vía pars plana consiguiendo así el control tensional.

Dos meses después el paciente presenta un nuevo defecto epitelial sobre la zona de adelgazamiento estromal, por lo que se realiza un nuevo recubrimiento con membrana y coágulo PRGF-Endoret, con evolución favorable.

Conclusiones: En nuestro caso clínico el recubrimiento con membrana y coágulo de PRGF-Endoret ha permitido resolver la perforación corneal gracias a su adecuada integración al estroma aportando estabilidad a la córnea.

CPCC100

NÓDULO HIPERTRÓFICO CORNEAL IDIOPÁTICO: CAMBIOS MORFOLÓGICOS, REFRACTIVOS Y TOPOGRÁFICOS PRE Y POST QUIRÚRGICO

Clément Passabosc, Carlos MARTÍN CALVO, Joaquim MAURICIO CASANOVA,
Guifre ÁLVAREZ PARÍS

Introducción: Los nódulos corneales idiopáticos incluyendo la degeneración de Salzmann producen opacificación corneal junto a un cambio astigmático importante afectando de forma cualitativa y cuantitativa la agudeza visual.

Frecuentemente se asocian a una causa secundaria inflamatoria crónica. Es un proceso degenerativo que se presenta como secuela tardía de múltiples queratitis crónicas (blefaritis, ojo seco, meibomitis, etc.) y más raramente secundario a cirugías corneales, queratoconos, uso de lentes de contacto.

Caso clínico: Varón de 67 años en seguimiento por membrana epiretiniana en OD. En control rutinario el paciente aqueja de la aparición de visión borrosa con halos en OD de 3 semanas de evolución. Se realizó una anamnesis exhaustiva descartando cualquier antecedente ocular proinflamatorio. Se observa la aparición de una lesión corneal nodular en OD paracentral nasal superior llegando al margen pupilar de aprox 1 mm de diámetro. Se realizaron fotografía de segmento anterior, OCT de segmento anterior, topografía y refracción. Se observó una disminución en su AV del OD pasando de su habitual 1.0 a 0,9 est NM. Se realizó tratamiento de 1 mes con Dexafree y lágrimas artificiales sin notar mejoría sino la aparición de un nuevo nódulo incipiente.

Se realizó cirugía de raspado corneal con alcohol diluido al 20%, seguido 20 seg de mitomicina C (0,1 mg/ml) y LCT. Se mandaron a AP las lesiones.

A la semana volvimos a realizar las mismas pruebas observando total recuperación visual y anatómica. Actualmente lleva 4 meses post operatorio sin recurrencia.

Conclusión: Lo atípico es la ausencia de cualquier proceso inflamatorio o cirugía predisponente, siendo clasificado de idiopático. Al principio lo clasificamos como una degeneración de Salzmann idiopática pero el resultado anatomopatológico no cumplía las típicas características. Destacar la importancia de aplicar mitomicina C para evitar la recurrencia y actuar de forma precoz para minimizar el riesgo de leucoma.

CPCC101

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CÓRNEO - CONJUNTIVAL CIN Y LA ESPECTACULAR RESPUESTA A INTERFERÓN ALFA2B, A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Diana Paola PINILLA FUENTES, Daniela ORTIZ VAQUERIZAS, M.^a Rosa BONILLA QUIJADA, Carlos PERÁLVAREZ CONDE

Presentamos 2 casos clínicos de neoplasia intraepitelial córneo – conjuntival, a los cuales se brindó, como opción terapéutica, manejo médico con Interferón alfa2b (IFN a2b).

Caso Clínico 1: Paciente varón de 79 años, derivado desde médico de cabecera por sospecha de pterigion en ojo izquierdo (OI). A la exploración: agudeza visual (AV) 0,9 ambos ojos, presión intraocular (PIO) 13 en ojo derecho (OD) y 12 mmHg OI. En la biomicroscopia el OI muestra pseudo-pterigion nasal con vasos arremolinados en 3 focos y aspecto gelatinoso en margen más corneal, resto de conjuntiva sin lesiones, chagrín corneal y resto de la exploración normal. Se orienta como CIN gelatinoso, iniciando tratamiento tópico con colirio IFN a2b 10 millones de UI/ml 4 veces al día. Se evidencia buena respuesta y tolerancia a las 2 semanas, y remisión total a los 2,5 meses. Se ha mantenido el tratamiento durante 5 meses, y sigue en remisión en último control.

Caso Clínico 2: Paciente varón de 84 años que consulta a urgencias por disminución progresiva de AV y prurito en OD. A la exploración: AV OD 0.4, OI 0,7; PIO 18 OD, 19 OI mmHg. Presenta leve hiperemia conjuntival, lesión corneal grisácea superficial en cuadrante temporal inferior que afecta a eje visual, anillo férrico en margen de lesión, y tinción epitelial aberrante. Resto de exploración sin alteraciones. Se orienta como CIN leucoplaquico, iniciando tratamiento tópico con colirio IFN a2b 10 millones de UI/ml 4 veces al día. Se controla a las 2 semanas, presentando excelente tolerancia, y cada mes hasta los 4 meses, cuando se observa regresión total de la lesión.

Concluimos que es muy importante la sospecha precoz en las neoplasias intraepiteliales córneo – conjuntivales dado que se trata de lesiones premalignas. El tratamiento médico con colirio de IFN a2b es una opción médica muy bien tolerada y rápidamente eficaz, tanto de forma aislada como combinada con cirugía.

CPCC102

USO TÓPICO DE REGENERADORES DE LA MATRIZ CORNEAL EN LA QUERATOPATÍA NEUROTRÓFICA. IMPORTANCIA DE LA OCT DE SEGMENTO ANTERIOR EN EL SEGUIMIENTO

Juan Carlos PINTO BONILLA, Francisco GONZALVO IBÁÑEZ, Pablo PLAZA RAMOS, Andrés GARRALDA LUQUIN

Introducción: Las úlceras neurotróficas constituyen un reto terapéutico. El manejo inadecuado de la lesión inicial puede desencadenar la perforación ocular. Debe plantearse como objetivo principal una rápida regeneración estromal con una epitelización estable evitando la neovascularización para mantener la transparencia corneal.

Caso clínico: Se presentan dos casos clínicos diagnosticados de queratopatía neurotrófica grave secundaria a infección por herpes zoster y herpes simple. Los tratamientos previos mediante suero autólogo y adaptación de lente terapéutica fueron poco efectivos en la regeneración estromal. Antes de decidir la realización de un colgajo de membrana amniótica ó indicar una queratoplastia se inició tratamiento tópico con polisulfato de carboximetilglucosa (RGTA) como agente regenerador de la matriz corneal. El seguimiento de las lesiones neurotróficas se efectuó mediante OCT de segmento anterior. A los cinco días del inicio del tratamiento, se pudo constatar una evidente mejoría clínica. A los doce días, la regeneración tisular superó en ambos casos las 100 micras coincidiendo con el fin del tratamiento tópico RGTA. La OCT corneal realizada a las ocho y dieciséis semanas, constató una cicatrización completa de las úlceras y la estabilidad en la matriz estromal regenerada.

Conclusiones: El suero autólogo, el injerto de membrana amniótica y en última instancia la queratoplastia son los tratamientos más conocidos y extendidos frente a las úlceras corneales neurotróficas. Sin embargo, cada vez más estudios indican que el uso de agentes regenerados de la matriz corneal son una alternativa eficaz y segura. Así mismo, esta presentación pone en valor el papel de la OCT de segmento anterior como herramienta extraordinariamente práctica en el seguimiento de estos pacientes.

CPCC103

COMPLICACIONES INUSUALES TRAS QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL DE MEMBRANA DE DESCOMET (DMEK)

Rahul RACHWANI ANIL, Elísabet MARTÍN GONZÁLEZ, Marina RODRÍGUEZ CALVO DE MORA

Introducción: La queratopatía bullosa (QB) constituye una de las indicaciones más frecuentes de trasplante corneal. Recientemente, la queratoplastia endotelial de membrana de Descemet (DMEK) ha ganado popularidad por sus excelentes resultados. Aunque escasas, la DMEK no está exenta de complicaciones.

Caso Clínico: Paciente de 81 años con síndrome de pseudoexfoliación, intervenida mediante facoemulsificación con posterior episodio de queratitis herpética en su ojo derecho (OD), desarrollando una QB, con agudeza visual mejor corregida (AVMC) de 0.05. Se interviene mediante DMEK sin incidentes. La tarde del postoperatorio la burbuja de cámara anterior (CA) se hallaba detrás del iris, con atalamia y PIO alta, sin seidel. La iridotomía inferior era permeable. Se pautó atropina, fenilefrina, apraclonidina y timoftol, acetazolamida VO y manitol IV. Al día siguiente, la CA seguía en atalamia con aposición completa del iris periférico, por lo que se intentó agrandar las iridotomías mediante láser YAG. En quirófano se observó que la burbuja se hallaba en cámara posterior tras la lente intraocular y se extrajo mediante aspiración vía pars plana. Al día siguiente la paciente seguía en atalamia y la PIO en aumento (21 mmHg) a pesar de las iridotomías permeables, por lo que se confirmó la sospecha de glaucoma maligno y se realizó vitrectomía vía pars plana con buena evolución. En las siguientes visitas el edema corneal fue disminuyendo progresivamente y 12 meses después, la paciente tenía una AVMC de 0.2, con una paquimetría central de 550 micras y glaucoma controlado con tratamiento médico. A los 18 meses la paciente desarrolló una queratopatía cristalina.

Conclusiones: A pesar de su escasa frecuencia, tanto el glaucoma maligno como la queratopatía cristalina pueden complicar el postoperatorio de DMEK.

CPCC104

SÍNDROME DE COGAN: QUERATOPATÍA LIPÍDICA AVANZADA

Ana M.^a ROMERO GARCÍA-TENORIO, Tamer BITAR DÍAZ, Jose M.^a HERNÁEZ LEONATO, Rosa ZAFRILLA GÓMEZ

Introducción: El síndrome de Cogan es una enfermedad poco frecuente caracterizada por inflamación ocular asociada a síntomas audiovestibulares. Pueden existir también manifestaciones sistémicas asociadas a vasculitis.

Caso clínico: Paciente varón de 49 años que acude a consulta por cambio de color de ojos progresivo. La agudeza visual es de 0.8 en ojo derecho y 0.6 en ojo izquierdo. En el examen oftalmológico se observan depósitos blanquecinos en estroma profundo corneal de ambos ojos que respetan el eje pupilar en ojo derecho y lo invaden parcialmente en ojo izquierdo. No se observan signos de inflamación.

El aspecto de la córnea hace sospechar queratopatía lipoidea bilateral. El análisis de perfil lipídico se encuentra dentro de límites normales.

La historia clínica revela episodios previos de queratitis e inflamación ocular 20 años antes.

El paciente presenta sordera importante y es portador de implante coclear desde hace 10 años. Refiere episodios de vértigo y acúfenos en su juventud.

Presenta patología inflamatoria intestinal y aortitis.

Se establece el diagnóstico de Síndrome de Cogan.

Conclusiones: Considerando la variabilidad en el comienzo y la evolución de los síntomas, así como la ausencia de pruebas de laboratorio específicas, el diagnóstico de esta enfermedad es muchas veces complejo.

Los pacientes con afectación sistémica y vasculitis pueden tener complicaciones graves.

El tratamiento es multidisciplinar, difícil y frustrante en ocasiones, sobre todo en lo que respecta a la pérdida de audición.

Los corticoides son la primera línea, múltiples drogas inmunosupresoras se han utilizado con distinto grado de éxito. Los tratamientos biológicos aparecen como nuevas opciones.

CPCC105

TOXICIDAD CORNEAL POR CITARABINA

Tamara SHUKAIR HARB, Fernanda FERNÁNDEZ-TRESGUERRES GARCÍA, Raúl SAMPEDRO, Fernando GARCÍA RODRÍGUEZ

Introducción: La Citarabina es la columna vertebral de la mayoría de los regímenes quimioterapéuticos para la leucemia mieloide aguda (LMA). Este medicamento impide que las células elaboren ADN y es posible que el medicamento destruya células cancerosas.

Caso clínico: Mujer de 30 años con LMA (leucemia mieloblástica aguda) que recibió altas dosis de Citarabina 3,0 g/m². La paciente presentó visión borrosa y fotofobia después del tratamiento y el examen oftalmológico reveló queratitis bilateral y depósitos subepiteliales.

El tratamiento inicial fue corticoides y antiinflamatorias no esteroideas tópicos, con mejoría gradual de la agudeza visual y los síntomas oculares dentro de los 7 días.

Aunque no se realizó ningún tratamiento adicional, la paciente no presentó síntomas y el examen oftalmológico fue normal 10 días después.

Discusión: El tratamiento con Citarabina en altas dosis puede presentar toxicidad corneal.

La incidencia de síntomas clínicamente significativos con el uso de profilaxis con corticosteroides tópicos, es de 8% a 16% de los casos.

La queratopatía es normalmente reversible en 1-2 semanas, y lo más probable es que sea el resultado de la inhibición de la síntesis de ADN epitelial corneal.

CPCC106

MANEJO MELANOMA CONJUNTIVAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Paola Cristina VÁZQUEZ COLOMO, Almudena del HIERRO ZARZUELO, Félix ARMADÁ MARESCA

Introducción: El melanoma conjuntival (MC) es la tumoración de origen melanocítico de peor pronóstico en conjuntiva, por el riesgo de invasión intraocular y metástasis.

Proviene de lesiones melanocíticas previas (melanososis adquirida primaria con atipia y nevus) en un 85% de los casos, y solamente un 15% de los mismos sería «de novo».

Es importante, identificar lesiones conjuntivales de alto riesgo y establecer un tratamiento para las mismas.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 44 años, con una lesión conjuntival pigmentada de nueva aparición y crecimiento, de un año de evolución, tras cuerpo extraño.

Se decide realizar una biopsia excisional «no touch» asociada a crioterapia de márgenes conjuntivales y lecho escleral.

El resultado anatomopatológico fue de MC con márgenes quirúrgicos libres de atipia.

Dos meses después de la cirugía, aparecieron unas lesiones pigmentadas en la zona tratada, con el consiguiente dilema diagnóstico, entre recidiva del MC o Manchas en «granos de café», descritas como melanina en el espacio extracelular, por necrosis del tejido tras crioterapia.

Se trataron con Mitomicina C tópica al 0,04% con buena respuesta al tratamiento.

Conclusión: El diagnóstico y tratamiento del MC requiere de una biopsia excisional con la técnica «no touch». A pesar de obtener bordes libres de atipia en la anatomía patológica, planteamos el tratamiento coadyuvante tópico para reducir el riesgo de recidivas, ya que éstas pueden presentarse en un 26-60% casos a 5 años.

Los factores que aumentarían este riesgo, serían la localización no limbar, márgenes quirúrgicos positivos y la excisión sin tratamiento coadyuvante tópico.

Asimismo, la palpación de ganglios linfáticos y el estudio del ganglio centinela, puede ayudar a mejorar el pronóstico de esta patología.

CPCC107

MANIFESTACIONES OCULARES DEL INFRECLENTE SÍNDROME DE MUTACIÓN DEL GEN GATA-2

Rosita Lucía WAKFIE CORIEH, Ana M.^a ÁLVAREZ GÓMEZ, José Javier SAN ROMÁN LLORENS, Ignacio JIMÉNEZ-ALFARO MOROTE

Introducción: El GATA2 es un factor de transcripción esencial para la angiogénesis linfática y hematopoyesis. Su deficiencia se debe a una variedad de mutaciones en heterocigosis del gen del mismo nombre (GATA2).

Los pacientes afectados de dichas mutaciones son susceptibles a enfermedades hematológicas, infecciosas, dermatológicas, neoplásicas, vascular / linfático, sordera neurosensorial, entre otras.

Caso clínico: Varón de 44 años, que acude a consultas por lesiones palpebrales de un año de evolución, en contexto de eczema seborreico crónico. Presenta antecedentes de infecciones cutáneas recurrentes, linfedema crónico en muslos y tejidos blandos, otitis medias y externas de repetición y retraso psicomotor.

La agudeza visual se ha mantenido en el tiempo, unidad ambos ojos (AO).

En la biomicroscopía presenta blefaritis anterior con descamación, asociada a meibomitis crónica. Presentó dos lesiones palpebrales, cuya anatomía patológica reveló verrugas virales.

En sucesivas revisiones persiste queratitis puntacta superficial inferior en AO, limbitis 360°, con áreas de conjuntivalización en córnea superior, estables con el tratamiento (higiene palpebral previo calor seco, lubricación ocular y ocasionalmente pauta de corticoides tópicos).

Valorado por genética se objetivó microdelección, de novo, en la citobanda 16p11.2, coincidente con el síndrome de microdelección 16p11.2, con patrón anómalo en una de las sondas que el intrón del gen GATA2, que justifican la clínica del paciente.

Conclusión: La presencia de lesiones cutáneas, incluyendo múltiples verrugas y linfedema, en el contexto de enfermedades hematológicas debe levantar una sospecha de déficit de GATA2. Estos pacientes pueden asociar patología de superficie ocular con blefaritis crónica y conjuntivitis de repetición.

El diagnóstico genético temprano es crítico para dirigir el manejo clínico, la atención preventiva y la detección familiar.

CPCC108

DESCOMPENSACIÓN CORNEAL TRAS MIGRACIÓN DE OZURDEX® A CÁMARA ANTERIOR: FACTORES DE RIESGO, COMPLICACIONES Y MANEJO

Nerea ZUBIETA GONZALO, Cristina ABASCAL AZANZA, Sandra PÉREZ GARCÍA, Araceli ALCAINE SOLER

Introducción: El implante de dexametasona intravítreo Ozurdex® es un dispositivo ampliamente utilizado para el tratamiento de diversas patologías como el edema macular en diferentes contextos clínicos y el manejo de uveítis crónicas posteriores, entre otros. El dispositivo tiene una buena tolerancia en la mayoría de los casos, y las complicaciones asociadas a su uso, como por ejemplo la migración del mismo hacia la cámara anterior, son poco frecuentes.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 79 años, con antecedentes de vitrectomía pars plana e implante de lente en cámara anterior por cirugía de catarata complicada que había presentado un edema macular quístico que fue tratado con Ozurdex® intravítreo en el ojo derecho.

La paciente acude a Urgencias diez días después de la implantación del Ozurdex® por disminución de visión en el ojo derecho de 48 horas de evolución, presentando una agudeza visual de movimiento de manos a 30 cm. En la biomicroscopía de polo anterior se observa descompensación corneal y migración del Ozurdex® a cámara anterior. Tras constatarse dichos hallazgos, se decide la extracción temprana del dispositivo y se programa cirugía urgente para dicho fin. En revisiones posteriores se confirma la mejoría del edema corneal y pliegues corneales, pero sin haberse conseguido una resolución completa.

Conclusiones: El riesgo de migración de Ozurdex® se ve aumentado en pacientes con ausencia capsular, lentes de cámara anterior, afaquia o pacientes vitrectomizados. Por lo tanto, el uso de Ozurdex® en estos pacientes ha de ser racional y cauteloso. La extracción del dispositivo en caso de migración no debe retrasarse debido a que puede provocar daño endotelial temprano, en ocasiones difícilmente recuperable en su totalidad.

CPCC109

CONJUNTIVITIS GONOCÓCICA COMPLICADA CON CELULITIS PRESEPTAL ABSCESIFICADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Patricia ESCRIBANO LÓPEZ, Antonio JIMÉNEZ ORTIZ, Patricia CARLES GARCÍA,
Sofía PORTO CASTRO

Introducción: Describimos el caso clínico de un paciente diagnosticado de celulitis preseptal con colección abscesificada en contexto de conjuntivitis gonocócica en nuestro centro en el año 2017.

Caso: Paciente de 30 años, natural de Brasil, que se encuentra en España con motivo de la celebración del World Pride, acude al servicio de urgencias por inflamación palpebral, enrojecimiento y secreciones intensas en ojo izquierdo desde hace 3 días. Como antecedentes oftalmológicos destaca cirugía refractiva mediante Lasik. En la exploración presenta celulitis preseptal con movimientos oculares extrínsecos conservados, intensa secreción mucopurulenta, quemosis intensa, hiposfagma, reacción folículo-papilar en conjuntiva tarsal y córnea edematosa con una erosión epitelial superficial. Se realiza toma de muestras de exudado conjuntival que resultan positivas para *Neisseria gonorrhoeae* y se solicita tomografía computerizada orbitaria, siendo diagnosticado de celulitis preseptal abscesificada en contexto de conjuntivitis gonocócica. El paciente es ingresado iniciando tratamiento con Ceftriaxona intravenosa con lo que se consigue franca mejoría y, finalmente, resolución clínica, siendo dado de alta con tratamiento ambulatorio en su país de origen.

Conclusión: La conjuntivitis gonocócica fuera del periodo neonatal es una entidad rara, sin embargo, el incremento de infecciones gonocócicas urogenitales, así como el cambio en las prácticas sexuales, está produciendo un aumento de esta patología, de manera más acusada en homosexuales, sobre todo en hombres que practican sexo con hombres. Asimismo, la celulitis preseptal por *Neisseria gonorrhoeae* es muy infrecuente, habiéndose descrito muy pocos casos hasta la fecha. Cabe destacar, por otro lado, la importancia de la toma de muestras de exudado conjuntival en conjuntivitis mucopurulentas antes del inicio de antibióticos ya que confirman el diagnóstico y orientan en el tratamiento, mejorando así el pronóstico.

CPCC110

CORIORRETINITIS PLACOIDE POSTERIOR AGUDA SIFILÍTICA: UNA MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE LA GRAN SIMULADORA

Marta ÁLVAREZ CORONADO, María FERNÁNDEZ GARCÍA, Carmen GONZÁLEZ CASTAÑO, Ana GARCÍA ALONSO

Introducción: La coriorretinitis placoide posterior aguda sifilítica es una manifestación poco común de la sífilis. Se caracteriza por la formación de placas amarillentas sobre todo a nivel macular con afectación de retina externa y coroides interna, pudiendo asociar un grado variable de vitritis, vasculitis o papilitis. Presenta buena respuesta al tratamiento con penicilina intravenosa.

Caso clínico: Mujer de 39 años con diagnóstico reciente de sífilis. Acude por pérdida progresiva de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD). A la exploración se objetivan lesiones placoides amarillentas en mácula de OD. Dichas placas se corresponden en la imagen de tomografía de coherencia óptica (OCT) con áreas de engrosamiento granular del epitelio pigmentario de la retina (EPR). En la autofluorescencia se aprecia un moteado hiperautofluorescente y en la angiografía fluoresceínica realce del nervio óptico y flebitis en arcada temporal superior. En base a estos hallazgos se diagnostica de coriorretinitis placoide posterior aguda sifilítica. Tras descartar otro tipo de afectación neurológica se instaura tratamiento intravenoso con penicilina G sódica 4 mU cada 4 horas durante 14 días presentando una rápida mejoría tanto funcional como estructural que se mantiene tras tres meses de seguimiento.

Conclusiones: La coriorretinitis placoide posterior aguda es otra de las manifestaciones oculares de la sífilis, denominada con mucho acierto «la gran simuladora». Presenta hallazgos bien definidos a la exploración y, si bien se ha descrito la resolución espontánea, la instauración precoz de la antibioterapia intravenosa con penicilina puede evitar secuelas irreversibles a largo plazo.

CPCC111

DESPRENDIMIENTO SEROSO DE RETINA: NO TODO ES LO QUE PARECE

Elena CASAS MAROTO, Nuria OLIVIER PASCUAL, Isabel GÓMEZ TORRIJOS, Begoña de DOMINGO BARÓN

Introducción: En el desprendimiento seroso de la retina neurosensorial (DNS) se produce el levantamiento de la misma por acúmulo de líquido subretiniano, en ausencia de rotura o tracción vítrea significativa. Pueden deberse a diferentes etiologías inflamatorias, infecciosas y sistémicas.

Presentamos el abordaje diagnóstico y terapéutico de dos pacientes que comparten el debut clínico con DNS bilaterales pero presentan dos patologías de base diferentes, que permiten ilustrar dos de las posibles etiologías de este signo oftalmológico infrecuente.

Casos clínicos: Mujer caucásica de 29 años con disminución de la agudeza visual y cefaleas de 15 días de evolución. Antecedente familiar de vitíligo.

Varón caucásico de 47 años, hábito enólico y tabáquico y disminución de la agudeza visual de 2 días de evolución.

A la exploración comparten intensa inflamación de segmento anterior, edema de papila y DNS bilaterales.

Durante el ingreso para estudio, tras analíticas, serologías, pruebas de imagen y punción lumbar se esclarece la causa de base: Síndrome de Vogt Koyanagi Harada (VKH) en el primer caso y panuveítis tuberculosa en el segundo.

El tratamiento intensivo mediante corticoides y tuberculostáticos según el caso produce la mejora en la clínica y la exploración en ambos casos.

Conclusión: En oftalmología un mismo signo puede ser preludio de patologías diversas con gravedad y pronóstico ocular o vital dispar.

Cualquier proceso que altere la barrera hematoretiniana externa puede provocar la aparición de DNS. El oftalmólogo debe conocer los procesos inflamatorios, infecciosos y sistémicos que pueden originarlos, para comenzar el proceso diagnóstico apropiado que deberá ser casi siempre multidisciplinar.

En el VKH los DNS son frecuentes, mientras que la tuberculosis, como gran simuladora, puede producir casi cualquier signo oftalmológico y debe descartarse en todo paciente con uveítis.

El diagnóstico y tratamiento precoz, será determinante para el pronóstico visual del paciente.

CPCC112

UVEÍTIS ANTERIOR SEVERA PRODUCIDA POR LA PRESENCIA INTRASTROMAL DE PELOS DE PROCESIONARIA DE PINO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana M.^a CEAUSESCU, M.^a Caridad MARTÍNEZ HERGUETA, Noelia Soledad LÓPEZ GRAU, M.^a Teresa MARCOS PARRA

Introducción: La entrada en el ojo de pelos de la procesionaria del pino produce distintos cuadros inflamatorios de intensidad variable. La afectación ocular puede presentar tanto clínica de segmento anterior (desde una conjuntivitis leve hasta una uveítis anterior severa) como clínica de segmento posterior (inflamaciones vitreo-retinianas que pueden aparecer hasta pasados años del contacto).

Caso clínico: Hombre de 82 años, que acude al servicio de urgencias por hiperemia, dolor y disminución de agudeza visual (AV) de ojo izquierdo de 3 días de evolución tras contacto con pinos.

A la exploración destaca una AV de movimientos de manos a 50 cm, quemosis conjuntival intensa, hiperemia mixta, córnea con múltiples pelos de oruga en todas sus capas, Tyndall en cámara anterior 4+/4+, e hipopión de 1/10.

Se desepiteliza toda la superficie corneal y se inicia tratamiento tópico con prednisona cada 2 horas, ciclopentolato cada 8 horas, azelastina cada 12 horas y prednisona oral en pauta descendente. Tras 48 horas de tratamiento el paciente mejora su visión a cuenta dedos a 1 metro, desaparece el hipopion y disminuye la quemosis conjuntival.

Se pauta descenso gradual de corticoides y visitas periódicas. En última revisión presentó mejoría significativa de la clínica con una AV de 0,2 y presencia de pelos residuales en endotelio corneal.

Conclusión: Los pelos de procesionaria pueden cursar con cuadros de uveítis anterior severas de difícil manejo que requieran revisiones periódicas por posibles recidivas. Un tratamiento intensivo inicial ayuda a mejorar el pronóstico de estos pacientes.

CPCC113

PANUVEÍTIS BILATERAL ASOCIADA A DESPRENDIMIENTO DE RETINA, COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE COINFECCIÓN POR SÍFILIS Y VIH

Cátia COSTA JORDAO, Joana PERELLÓ BARCELÓ, Marina BROCAL SÁNCHEZ, José LUIS OLEA

Introducción: La sífilis ocular presenta una incidencia baja en nuestro medio, más aún como manifestación inicial de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Presentamos el caso de un varón, sin antecedentes de interés, diagnosticado de panuveítis sífilítica bilateral y VIH.

Caso Clínico: Varón de 29 años remitido a nuestro centro por disminución de agudeza visual en ojo derecho (OD) y miodesopsias en ojo izquierdo (OI) de 2 meses de evolución. La agudeza visual mejor corregida fue de percibe luz en OD y 0.6 en OI. La exploración de polo anterior destacaba precipitados queráticos endoteliales finos y sinequias posteriores en OD y tyndall 2+ en ambos ojos. El fondo de ojo presentaba vitritis bilateral de predominio derecho y desprendimiento de retina traccional en OD, confirmado por ecografía. En OI también se observaban lesiones retinianas profundas, difusas y amarillentas, asociadas a papilitis; y la imagen de SD-OCT presentaba lesiones que afectan a las capas retinianas externas, sugestivas de coriorretinitis multifocal. En el examen físico presentaba un exantema palmo-plantar. Las serologías fueron positivas para VIH y sífilis; y la punción lumbar mostraba afectación de líquido cefalorraquídeo (neurosífilis). Se instauró tratamiento tópico con corticoides y midriáticos, y sistémico con corticoides, terapia antirretroviral y penicilina G intravenosa. El desprendimiento de retina fue tratado con vitrectomía. A las 2 semanas, en el OI, se produjo una mejoría de la agudeza visual 0.8 y de la vitritis con recuperación de las capas externas en la OCT. El OD estaba a plano, con poca recuperación funcional y agudeza visual de movimiento de manos.

Conclusiones: El desprendimiento de retina asociado a panuveítis es una presentación atípica de la sífilis ocular. La sífilis ocular, puede ser la primera manifestación de la infección VIH. El alto índice de sospecha y la instauración precoz del tratamiento específico son importantes para obtener buenos resultados

CPCC114

VASCULITIS OCLUSIVA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA

Carlos Jesús DONCEL FERNÁNDEZ, Aurora M.^a QUEREDA CASTAÑEDA

Introducción: Las vasculitis oclusivas retinianas se asocian a lupus y Enfermedad de Behçet en países desarrollados y a tuberculosis en países subdesarrollados. Presentamos un caso de vasculitis oclusiva asociada a Esclerosis sistémica.

Caso clínico: Mujer de 36 años, sin antecedentes que acude a urgencias por cuadro de una semana de evolución de malestar general, fiebre, artralgias y disminución de agudeza visual en ambos ojos. AV sc OD: 0.15 OI: 0.8 PIO 13/14 mmHg. Polo anterior sin anomalías, no tyndall. FO: No vitritis y exudados algodonosos maculares bilaterales. OCT macular: Edema macular quístico bilateral. AFG: vitritis con oclusión vascular e isquemia perifoveolar. Se remite a urgencias para estudio. Serología: VIH, VHB, VHC, CMV, toxoplasma, lues, bartonella y borrelia: negativas. Mantoux: negativo. Hemograma, coagulación y bioquímica: normal. Se remite para valoración por Medicina Interna: Raynaud en manos. Aspecto esclerodermiforme en cara y esclerodactilia. Capilaroscopia patológica con megacapilares, asimetría y áreas de isquemia. Se diagnostica de posible esclerosis sistémica y se completa estudio con: Anticoagulante lúpico, anticardiolipina y antibeta2glicoproteína: negativos. Inmunología: ANA, ANCA, complemento, antiproteinasa 3, antimieloperoxidasa: negativo. Se diagnostica de esclerosis sistémica y se inicia tratamiento con Prednisona 60 mg, Mifeprenolato 500mg 12 horas. Presenta una evolución favorable de la vasculitis aunque persiste baja agudeza visual en ojo derecho por isquemia foveolar.

Conclusión: La vasculitis oclusiva se asocia a enfermedades sistémicas como lupus y Enfermedad de Behçet siendo la esclerosis sistémica una causa muy poco descrita de vasculitis retiniana con oclusión vascular.

CPCC115

DIFERENCIAS EN LA EFICACIA DE DOS PAUTAS DISTINTAS DE TRATAMIENTO CORTICOIDEO EN LA ENFERMEDAD DE VOGT-KOYANAGI-HARADA

Rubén ESCUDERO IGUALADA, Paulina NEIRA IBÁÑEZ, Camila VALENCIA PÉREZ, Laura MANFREDA

Introducción: El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es una rara enfermedad multisistémica autoinmune que afecta a los tejidos que contienen melanina, incluyendo el ojo, oído interno, meninges y piel. La enfermedad se caracteriza por una uveítis bilateral.

Mediante el estudio de dos casos en pacientes con un diagnóstico «de novo» de la enfermedad que debutaron con un desprendimiento seroso del neuroepitelio retiniano, y fueron tratadas mediante distinta pauta de corticoides orales, se pretenden estudiar las diferencias en la evolución de la enfermedad de VKH y la eficacia de cada una de las pautas, valorando esta eficacia como la desaparición del líquido subretiniano mediante tomografía de coherencia óptica (OCT).

Caso clínico: Ambas pacientes consultaron por pérdida de visión y dolor bilateral de 1 mes de evolución. La primera, no presentó síntomas neurológicos y, por tanto, fue tratada con una pauta de corticoides de 1 mg/kg/día. La segunda, que presentó síntomas de una meningitis aséptica que se confirmó mediante punción lumbar, fue tratada con un bolo oral de corticoides de 1 g/día durante 3 días.

La paciente tratada con una pauta de 1 mg/kg/día presentó una evolución tórpida, con disminución progresiva y lenta del líquido subretiniano, valorado mediante OCT, durante 2 semanas hasta resolución completa. Sin embargo, la paciente tratada con un bolo oral de corticoides de 1 g durante 3 días tuvo una resolución espectacular, consiguiendo la desaparición completa del líquido subretiniano al tercer día de tratamiento, con recuperación completa de la agudeza visual.

Conclusiones: A partir de estos casos clínicos se extrae la necesidad de valorar los beneficios de establecer el bolo con altas dosis de corticoides como estándar de tratamiento inicial en la enfermedad de VKH, en aquellos casos que se presenten con un desprendimiento seroso de neuroepitelio, incluso en ausencia de síntomas neurológicos que lo justifiquen.

CPCC116

COROIDITIS MULTIFOCAL CON PANUVEÍTIS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE VITRITIS BILATERAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Laura FABRA TAPIA, Raquel BURGGRAAF SÁNCHEZ DE LAS MATAS, Héctor MASCARÓS MENA, Amparo SORIANO LAFARGA

Introducción: Ante una vitritis bilateral, hemos de determinar si se trata de un cuadro de uveítis intermedia aislada o existe otro foco de inflamación. Si existen lesiones coroideas nos encontramos ante un posible síndrome de puntos blancos. Presentamos el caso de una coroiditis multifocal con panuveítis, que plantea el diagnóstico diferencial con otras entidades: retinocoroidopatía en perdigonada, síndrome de múltiples puntos evanescentes (MEWDS), Vogt Koyanagi-Harada (VKH), sarcoidosis o linfoma.

Caso clínico: mujer de 37 años que acude por miodesopsias y visión borrosa de ojo izquierdo (OD 1.2 / OI 0.8), emétrope. A la exploración no se observa inflamación en cámara anterior. Observamos vitritis bilateral, y lesiones ovoides amarillentas pequeñas de predominio perivascular en los cuatro cuadrantes en ambos ojos. Algunas lesiones están pigmentadas. La OCT muestra únicamente una membrana epirretiniana en ojo derecho. La AGF muestra hiperfluorescencia focal tardía de las lesiones previamente mencionadas.

Comenzamos tratamiento corticoideo a dosis de 60 mg diarios y solicitamos pruebas complementarias para descartar patología sistémica, respondiendo favorablemente aunque de forma lenta.

El hemograma, bioquímica y parámetros de inflamación muestran resultados en el rango de la normalidad. Serología negativa. Radiografía de tórax sin hallazgos y Mantoux negativo.

La paciente continúa actualmente con Infliximab tras reducir progresivamente la dosis de corticoide, con AV de la 1 bilateral.

Conclusiones: Descartamos la enfermedad de Birdshot por la distribución de las lesiones y el MEWDS por la cronicidad y bilateralidad. El VKH por la ausencia de uveítis anterior, y desprendimiento seroso retiniano; y el linfoma por ausencia de síntomas constitucionales y las pruebas de imagen. La única duda se nos planteó con la sarcoidosis que puede cursar con coroiditis multifocal o debutar como una uveítis intermedia con periflebitis periférica, sin encontrar hallazgos sugestivos.

CPCC117

ESCLERITIS DIFUSA ASOCIADA A VASCULITIS ANCA POSITIVO

Irene HERRERO DÍEZ, Ángela GÓMEZ MORENO, Arántzazu LARRAURI ARANA,
M.^a Pilar ANAUT MAYO

Introducción: La escleritis difusa (ED) es una infrecuente pero potencialmente grave afectación ocular. Es comúnmente causada por fenómenos vaso-oclusivos debido a enfermedades autoinmunes, inducidos quirúrgicamente o secundario a infecciones. Requiere de un diagnóstico precoz y un tratamiento inmunosupresor sistémico intenso, por el riesgo de pérdida de visión y alteración en la integridad del globo ocular.

Caso: Mujer de 40 años, con agudeza visual (AV) inicial de 1,0 en ambos ojos, diagnosticada previamente de conjuntivitis, tratada con corticoides orales y respuesta parcial en su ojo izquierdo (OI). Acude con dolor, hiperemia bulbar difusa intensa y visión borrosa OI de 3 meses de evolución. Sin otros antecedentes que una pansinupatía crónica desde hace 1 año, y un despistaje de enfermedades sistémicas, infecciosas y autoinmunes negativo, se inicia tratamiento con pulsos de corticoides e inmunosupresores con discreta mejoría del cuadro inflamatorio pero con una rápida y progresiva disminución de la AV, secundaria al edema macular quístico y desarrollo de catarata. Se realiza de nuevo un estudio sistémico, observándose la positivización de anticuerpos PR3, iniciando tratamiento con ciclofosfamida y rituximab, con una respuesta favorable alcanzando así la remisión.

Conclusión: A pesar de un despistaje inicialmente negativo en una ED con mala respuesta a tratamiento inicial, y ante una alta sospecha clínica de vasculitis asociada a ANCA, un segundo despistaje y un tratamiento intensivo precoz son importantes para detener una patología con mal pronóstico por pérdida de la integridad del globo ocular y pobre pronóstico visual.

CPCC118

NEUROSARCOIDOSIS: TODO UN RETO DIAGNÓSTICO

Margarita JÓDAR MÁRQUEZ, Ana Sofía DELGADO FERNÁNDEZ

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida, con una incidencia de afectación muy variable. El diagnóstico de sarcoidosis ocular se basa en la combinación de datos clínicos, radiológicos e histológicos. Para el diagnóstico definitivo se requiere la demostración anatomopatológica de granulomas no caseificantes así como descartar patologías que también cursan con dichos granulomas, como la tuberculosis, micosis o sífilis

Caso clínico: Varón de 70 años con antecedente de neoplasia de recto, ingresado en neurología ante el hallazgo de múltiples lesiones cerebrales de apariencia atípica para considerarlas metástasis, se nos remite a oftalmología por episodio de hiperemia conjuntival bilateral y visión borrosa, compatible con panuveítis bilateral.

Exploración:

AV OD: 0.5 y OI: 0.5

BMC (en el examen biomicroscópico con lámpara de hendidura):

- OD, precipitados queráticos (PKs) granulomatosos dispersos a nivel endotelial con nódulos de Koeppe. Tyndall +/-++. No sinequias posteriores.

- OI, PKs inferiores. Nódulos de Koeppe. Sinequias posteriores inferiores de IV a VIII.

PIO normal AO

Funduscopía: Vitritis 0,5 + en AO con áreas de envainamiento vascular inferior en OD. Algunos snowballs periféricos en OD. Resto sin hallazgos aparentes.

TBC (Mantoux-QF), toxoplasma, borrelia burgdorferi, HIV, LUES

ECA normal. Hemograma normal. Perfil autoinmunidad normal. PCR humor acuoso: Negativa a VHS-1, VHS-2, VVZ y CMV. Citología de LCR con leve incremento de celularidad linfoide sin atipia. Bandas oligoclonales positivas y ECA elevada en LCR. PET-TC que sugieren lesiones de origen inflamatorio muy sugestivas de sarcoidosis.

Conclusiones: Ante los hallazgos clínicos y radiológicos, se cataloga de neurosarcoidosis probable según los criterios FIWOS. Presentamos un caso abierto a la discusión, complejo y con un minucioso diagnóstico diferencial que supone todo un reto para el oftalmólogo.

CPCC119

VASCULITIS RETINIANA ASOCIADA A PRIMOINFECCIÓN POR EPSTEIN-BARR VIRUS

Douglas MORALES DÁVILA, Janny ARONES SANTIVÁÑEZ

Introducción: La infección por Epstein-Barr Virus (EBV) afecta al 90% de la población mundial a los 30 años. Tras una transmisión principalmente por la saliva, el EBV se difunde a diversos órganos y tejidos con principal diana en los linfocitos B, produciendo una variedad de cuadros que van desde infecciones asintomáticas, primoinfección asociado a mononucleosis infecciosa (MI) o reactivaciones tardías. A nivel ocular se han descrito diversos cuadros como conjuntivitis folicular, queratitis, neuritis óptica, uveítis anterior y posterior, necrosis retiniana; siendo la vasculitis retiniana la presentación más frecuente durante la fase aguda de la MI.

Caso clínico: Mujer de 18 años, con antecedente de Mononucleosis Infecciosa hace 1 mes, que acude por miodesopsias en Ojo Derecho (OD) de 3 días de evolución. A la exploración oftalmológica presento una Agudeza Visual (AV) de 1 en ambos ojos (AO), polo anterior y presión ocular normal (AO), con una fundoscopia en (AO) con celularidad vítrea escasa que predominaba sobre focos de venulitis segmentaria en arcadas y periferia retiniana. Se completó estudio con tomografía de coherencia óptica (OCT) normal, angiografía fluoresceínica (AGF) que mostró leve fuga venosa en zona de venulitis sin oclusión vascular ni zonas de isquemia y analítica con serologías IgM (+) e IgG (+) contra antígenos capsido viral del EBV e IgG (+) CMV. Dada buena AV y leve afectación de polo posterior se mantuvo conducta expectante con resolución del cuadro a las 3 semanas.

Conclusiones:

- El EBV es una infección mundialmente prevalente que puede cursar de forma asintomática o sintomática con afectación sistémica incluida a nivel ocular.
- Ante un cuadro de vasculitis retiniana en el contexto de una MI siempre pensar en el EBV como posible agente.
- Para el diagnóstico en cuadros de uveítis empleamos una PCR de humor acuoso o vítreo para EBV, sin embargo ante una serología con una seroconversión aguda en una MI puede no ser necesario realizarmás pruebas.

CPCC120

SÍNDROME DE NEFRITIS TÚBULO-INTERSTICIAL Y UVEÍTIS - LA REALIDAD DE NUESTRA INSTITUCIÓN

Beatriz OLIVEIRA LOPES, Susana MORAIS PINA, Claudia SILVA GONÇALVES, Margarida ISIDORO MIRANDA

Introducción: El síndrome de nefritis túbulo-intersticial y uveítis (TINU) es una patología autoinmune que se caracteriza por la combinación de nefritis túbulo-intersticial aguda y uveítis, que suele ser más frecuente en adolescentes y jóvenes. La uveítis suele ser anterior, bilateral y no granulomatosa, puede aparecer hasta más de un año después de la enfermedad renal, aunque puede también aparecer antes. La patología renal a su vez puede ser clínica o subclínica. El síndrome es poco frecuente y probablemente infradiagnosticado ya que la afectación renal y ocular pueden no aparecer simultáneamente, constituyendo de esta forma un verdadero desafío diagnóstico.

Casos Clínicos: Presentamos cinco casos de TINU, todos con síntomas constitucionales a la presentación. En 3 casos han sido los síntomas de la patología renal que han formado el cuadro clínico principal y en los otros 2 fue la patología oftalmológica, manifestándose como una uveítis, mayormente anterior e intermedia, que ha dominado las señales y síntomas desde el inicio. Todos los enfermos han sido sometidos a tratamiento con corticoides, siendo que 4 tuvieron la necesidad de tratamiento con inmunosupresores para lograr el control de la uveítis. Realizaron la biopsia renal para el diagnóstico histológico 2 enfermos.

Conclusiones: El síndrome de nefritis túbulo intersticial y uveítis constituye una rara condición que requiere un alto índice de sospecha diagnóstica, por lo que es fundamental el conocimiento profundo de sus criterios de diagnóstico. La patología renal muchas veces subclínica y frecuentemente transitoria, suele resolverse de forma espontánea, presentandose con buen pronóstico. La uveítis es considerada la entidad que condiciona el pronóstico del síndrome, requiriendo a veces tratamiento prolongado con inmunosupresores para evitar las recurrencias frecuentes y las complicaciones oftalmológicas.

CPCC121

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS LINFOMAS INTRAOCULARES

Sofía PORTO CASTRO, Juan Jacobo GONZÁLEZ GUIJARRO, Rosario COBO SORIANO,
Diego CELDRÁN VIVANCOS

Introducción: El linfoma intraocular es una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico ya que puede simular otras entidades. Presentamos un análisis retrospectivo de 5 casos de dos centros distintos, tres linfomas vitreoretinianos primarios (LVRP), un linfoma intraocular secundario (LIOS) y una proliferación linfomatosa benigna (PLB).

Caso clínico: Los 5 casos son de mujeres con un rango de edad entre 30 y 85 años. Tres de los pacientes tenían afectación del sistema nervioso central, en un LVRP precedía ya a la afectación ocular. En 4 casos (3 LVRP y LIOS) la vitritis fué el hallazgo principal, tres de ellos tenían además infiltrados retinianos. Como principal método diagnóstico se utilizó la biopsia vítrea y en dos de ellos (LVRP) se hizo también biopsia cerebral. En 3 de las muestras (2 LVRP y LIOS) se obtuvieron linfocitos B grandes atípicos y en una de ellas (LVRP) linfocitos B intermedios atípicos. En 4 de los casos (3 LVRP y LIOS) el cociente IL10/IL6 era mayor de 1 antes de comenzar tratamiento. Se utilizaron inyecciones intravítreas de rituximab y/o metrotexate excepto en la PLB. Los casos con afectación cerebral o sistémica recibieron además quimioterapia intratecal y/o sistémica y radioterapia holocraneal. Tras 6 y 4 años de seguimiento hubo una afectación del ojo contralateral en dos de los casos (LIOS y PLB). Dos de los pacientes con LVRP cumplen criterios de remisión completa tras 1 y 5 años de seguimiento. Una paciente con LVRP falleció a los tres años de seguimiento.

Conclusiones: EL linfoma vitreoretiniano primario es la manifestación más frecuente de los linfomas intraoculares. El diagnóstico es complicado ya que muchas veces se enmascara como una vitritis posterior crónica. Los linfomas intraoculares secundarios pueden manifestarse como los vitreoretinianos primarios y comportarse de la misma manera. Con elevada frecuencia hay afectación del sistema nervioso central lo que empeora el pronóstico.

CPCC122

ENDOFTALMITIS ENDÓGENA CANDIDIÁSICA POR CANDIDA TROPICALIS

Magí VILALTELLA ORTIZ, Jordi SOLDEVILA ESTAPÉ, Isabel CARAL VANACLOCHA

Introducción: Distintas especies del género *Candida* representan la primera causa de endoftalmitis endógena, siendo la más frecuente la producida por *C. albicans* (más del 90%). Dicho cuadro tiene lugar típicamente en pacientes con factores de riesgo tales como inmunosupresión, diabetes, nutrición parenteral o cirugía abdominal reciente; y es muy raro de encontrar en individuos sanos. En la infección ocular por *Candida* se distinguen dos estadios clínicos, la coriorretinitis sin apenas afectación vítreo, y una verdadera endoftalmitis con vitreítis intensa que en pocos días acaba afectando el segmento anterior

Caso clínico: se presenta el caso de un paciente de 61 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II y reciente sondaje urinario, sin antecedentes oculares, que refiere pérdida de agudeza visual de tres días de evolución y miodesopsias. Dado que en la exploración presentaba al principio un solo foco coriorretiniano asociado a vitreítis, se inició tratamiento empírico para *Toxoplasma*. En pocos días aumentaron el número de focos y se intensificó la vitreítis, por lo que se realizó vitrectomía, y tratamiento empírico intravítreo y oral para *Candida*. En el cultivo de humor vítreo se aisló *C. tropicalis*

Conclusiones: *C. albicans* constituye la primera causa de endoftalmitis endógena, siendo excepcional la producida por *C. tropicalis*. La infección ocular por *Candida* puede manifestarse al principio como un solo foco coriorretiniano asociado a vitreítis, lo que es conocido como signo del «faro en la niebla», y que puede hacer que se confunda al principio con una toxoplasmosis ocular. La evolución del caso junto con el contexto clínico del paciente nos hará sospechar de una infección ocular por *Candida*, siendo la vitrectomía diagnóstica y a la vez terapéutica en casos de afectación vítreo intensa.

CPCC123

SÍNDROME DE TRACCIÓN VITREOMACULAR SECUNDARIO A CICATRIZ RETINIANA POR TOXOPLASMOSIS TRATADO CON OCRIPLASMINA

Antonio ADÁN RUIZ, Alfredo FERNÁNDEZ RUIZ, Jesús BASTANTE QUIJANO, Helena ESTERO SERRANO DE LA CRUZ

Introducción: Probablemente la coriorretinitis toxoplásmica sea la causa mas frecuente de uveítis posterior infecciosa en el Mundo.

Se presenta frecuentemente como uveítis posterior con lesión coriorretiniana y vitritis, en ocasiones acompañada por uveítis anterior aguda.

La toxoplasmosis ocular puede causar disminución de agudeza visual permanente, incluso ceguera en los casos mas agresivos.

Caso clínico: Mujer de 43 años que presenta ojo rojo izquierdo doloroso de 24h de evolución que es diagnosticada de uveítis anterior aguda y foco de inflamación-necrosis retiniana en arcada temporal inferior de coloración blanquecino del tamaño de un diámetro de papila secundario a Toxoplasmosis con positividad para IgM e IgG Toxoplasma gondii.

Se pauta tratamiento con Prednisona oral y tópica y tratamiento antitoxoplasma Trimetoprima y Sulfametoxazol durante 8 semanas.

Encontramos buena respuesta al tratamiento antitoxoplasma. Dos meses mas tarde, la paciente refiere metamorfopsias y disminución de mejor agudeza visual corregida (MAVC) a 0,15. Detectamos en OCT distorsión y elevación foveal con quistes intrarretinianos y cicatriz hiperpigmentada paramacular con formación de tracción vitreomacular (TVM) focal de 400µm.

Optamos por tratamiento vitreolisis farmacológica con Ocriplasmina intravítrea 0,125 mg/0,1 ml.

Una semana mas tarde del tratamiento objetivamos en OCT macular la desaparición de tracción vitreomacular.

Después de 10 semanas objetivamos MAVC de 0,6. En OCT ha desaparecido la TVM, hay buena depresión foveal y leve irregularidad en superficie retiniana temporal por proximidad de cicatriz retiniana hiperpigmentada por coriorretinitis previa.

Conclusiones: La ocriplasmina es una forma truncada de la plasmina humana que induce la licuefacción vítrea y separación de hialoides posterior de la superficie retiniana. Está indicada en TVM focal (<1500 µm), como en nuestro caso, siendo una alternativa más conservadora que la vi-trectomía, obteniendo resultados finales similares.

CPCC124

RETINOPATÍA POR LATIGAZO CERVICAL TRAS TRAUMATISMO OCCIPITAL

Pablo ÁLVAREZ RAMOS, Antonio SEGURA ORTEGA, Claudia FRAIDIAS, Elena GARCIA PAREJO

Introducción: La retinopatía por latigazo cervical es una entidad rara producida habitualmente tras accidentes automovilísticos por el traumatismo cervical sufrido; y menos frecuente, tras traumatismos craneoencefálicos, en la cual se ven alterada la capa de fotorreceptores a nivel foveolar de forma similar a la retinopatía solar. Se cree que está producido por un mecanismo de aceleración-deceleración tras la cual existe una flexo-extensión brusca de la cabeza y el cuello; y una consecuente tracción de la base del vítreo que podría producir alteraciones a nivel retiniano.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 27 años que sufre un síncope con caída hacia atrás y traumatismo occipital. Tras esto, comienza con visión borrosa central en ambos ojos. Ante la persistencia de la clínica, acude a urgencias al 2º día con una visión de 0,7 en ambos ojos. El fondo de ojo es aparentemente normal, aunque se puede intuir una coloración algo más grisácea de la foveola. Medios anteriores sin hallazgos. En OCT de mácula se aprecia una imagen de edema foveal a nivel de la capa IS/OS con sobreelevación de dicha línea en ambos ojos. Se realiza campimetría, donde se aprecian algunos defectos centrales. A la semana está asintomático con visión de 1 en ambos ojos. Se le realiza nueva OCT de mácula, en la cual desaparece la imagen de edema foveal, aunque se aprecia una leve disrupción a nivel de la capa IS/OS, en ambos ojos.

Se le pregunta al paciente por posibles exposiciones directas a luz solar, láseres u otros tipos de dispositivos luminosos, el cual lo niega.

Discusión: Las alteraciones visuales en traumatismo no oculares, son entidades poco frecuentes, pero a tener en cuenta siempre y cuando exista el antecedente de un fuerte traumatismo, descartando el resto de causas. En este caso como único antecedente de interés, el traumatismo occipital, momento en el que comienzan los síntomas, los cuales van mejorando coincidiendo con la mejoría en la imagen de OCT.

CPCC125

SÍNDROME DE DISFUNCIÓN MACULAR OCULTA

June ARTAECHEVARRÍA ARTIEDA, José Manuel SERRANO DE LA IGLESIA,
Nélida MUÑOZ SANZ, Laura CABREJAS MARTÍNEZ

Introducción: El síndrome de disfunción macular oculta es una entidad que se caracteriza por una pérdida de agudeza visual (AV) progresiva con una funduscopía, autofluorescencia y electroretinograma difuso normal.

Caso clínico: Se presenta un caso de un varón de 34 años de edad que refiere pérdida de AV en ambos ojos (AO) en los últimos 4 años, mayor en condiciones escotópicas. A la exploración, la AV fue de 0.7 en AO. La refracción, la biomicroscopia (BMC), la presión intraocular (PIO), la funduscopía y la autofluorescencia fueron normales. El campo visual y la tomografía óptica computerizada (OCT) de capas de fibras retinianas mostraron valores normales. La OCT macular mostró una irregularidad a nivel de la membrana limitante externa y elipsoide subfoveal simétrica en ambos ojos. El electrorretinograma (ERG) difuso y el ERG patrón fueron normales; el ERG multifocal mostró disminución de amplitud en los anillos centrales de ambos ojos. La resonancia magnética cerebral no mostró hallazgos significativos. Al inicio se realizó estudio genético mediante Next Generation Sequency (NGS) de los genes conocidos responsables de atrofia óptica hereditaria, con resultado no informativo. Ante los hallazgos en la OCT, se decidió ampliar el estudio a genes responsables de distrofias maculares como el RP1L1.

Conclusiones: El síndrome de disfunción macular oculta es una entidad poco frecuente que puede transmitirse mediante herencia autosómica dominante (distrofia macular oculta - OMD) o presentarse como caso esporádico (síndrome OMD-like). Afecta principalmente a los conos localizados en la mácula, detectable mediante la ERG multifocal patológico y normalidad del resto de pruebas complementarias. Es recomendable realizar estudio genético del gen RP1L1 en estos pacientes, ya que se han encontrado mutaciones en este gen que pueden producir la enfermedad, nombrándose en ese caso Enfermedad de Miyake.

CPCC126

VALOR DE LA ANGIOGRAFÍA MEDIANTE OCT EN VASCULITIS Y OBSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA

Elena ÁVILA MARRÓN, Paulina NEIRA IBÁÑEZ, Raúl TORRECILLAS PICAZO, Francisca GARCÍA IBOR

Introducción: La vasculitis retiniana es un proceso inflamatorio de los vasos de la retina que puede conducir a la ceguera. Existen diversas etiologías entre las que se encuentran enfermedades sistémicas autoinmunes, infecciones o de causa idiopática.

El diagnóstico se basa en los hallazgos fundoscópicos complementados con la angiografía fluoresceínica (AF). La introducción de la angiografía mediante OCT (OCTA) permite, de manera no invasiva, detectar la afectación vascular primaria y sus complicaciones.

Presentamos un caso con signos de vasculitis como hallazgo casual tras un episodio de obstrucción de arteria central retiniana (OACR) donde comparamos los hallazgos entre la OCTA y la AF.

Caso clínico: Mujer de 57 años sin antecedentes oftalmológicos de interés, fumadora y con lupus cutáneo sin tratamiento que acudió a urgencias por disminución brusca de agudeza visual (AV) en ojo derecho (OD). La AV fue de percepción de luz (PL) en OD y 10/10 en ojo izquierdo (OI) sin observarse alteraciones en el segmento anterior de ninguno de ellos. La exploración oftalmoscópica del OD reveló una retina pálida con mancha rojo cereza y estenosis arteriales confirmándose con la AF una OACR y en OI vasos exangües, estenosados y neovasos con fuga visible con la AF.

La OCTA en la fase aguda mostró una reducción de perfusión en ambos plexos retinianos que se mantuvo en el plexo profundo al mes de seguimiento y aumento de la zona avascular foveal (ZAF). En el OI se observaron áreas de no perfusión, neovasos y shunts vasculares.

Conclusiones: En una vasculitis, hasta el momento no diagnosticada, la AF fue la técnica gold standard para detectar signos de actividad vasculítica. No obstante, la OCTA permitió una evaluación más precisa de las complicaciones secundarias respecto a la AF. Por ello se recomienda realizar ambas técnicas para el estudio de las vasculitis retinianas.

CPCC127

ANGI-OCT E IMAGEN MULTIMODAL EN HAMARTOMA COMBINADO DE RETINA Y EPITELIO PIGMENTARIO DE RETINA

Martim AZEVEDO GONZÁLEZ-OLIVA, Leyre LLOREDA MARTÍN, Mercedes LEAL GONZÁLEZ, Cristina del PRADO SÁNCHEZ

Introducción: El hamartoma combinado de retina y epitelio pigmentario de retina (HCREPR) es una patología poco frecuente, benigna y de probable origen congénito. Su estudio mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) y angio-OCT, bien como un estudio de imagen multimodal nos permite diferenciarlo de otras patologías con formas de presentación similares.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, diagnosticada de HCREPR en ojo izquierdo. El protocolo de imágenes multimodal que se le realizó incluyó retinografía color, retinografía con filtros (verde y rojo), autofluorescencia de fondo, angiografía con verde indocianina, angiografía con fluoresceína (AFG), OCT estructural y Angio-OCT. La OCT estructural mostró membrana epirretiniana densa fibrótica, con marcado engrosamiento retiniano (1223 micras) y desestructuración de la retina externa con presencia de espacios quísticos y efecto pantalla. El estudio del plexo superficial retiniano en Angio OCT objetivó una marcada tortuosidad y tracción vascular hacia la membrana fibrótica, comparable a la imagen obtenida en AFG, sin encontrar alteraciones en plano coroideo. El estudio con filtro verde permitió visualizar claramente la membrana epirretiniana y las alteraciones vasculares. El filtro rojo mostró una alteración en EPR que se hizo más evidente y extenso en el estudio de autofluorescencia de fondo.

Conclusiones: La imagen multimodal en el hamartoma combinado de retina y epitelio pigmentario de retina permite destacar los hallazgos característicos de esta rara patología a nivel de la interfase vitreoretiniana, retina neurosensorial y EPR. La angio OCT muestra una alteración de los vasos retinianos comparable a la AFG sin necesidad de uso de colorante.

CPCC128

HALLAZGOS EN ANGIOGRAFÍA OCT TRAS OCLUSIÓN DE ARTERIA RETINIANA

Isabel BARTOLOMÉ SESÉ, Alicia IDOATE DOMENCH, Ana HONRUBIA GRIJALBO, Javier ASCASO PUYUELO

Presentamos dos casos de oclusión de arteria retiniana central y de rama respectivamente que han sido diagnosticados usando angiografía OCT.

Varón de 57 años con historia de cardiopatía isquémica hace 5 años, acude por pérdida de visión de forma súbita e indolora desde hace una hora sin recuperación de esta. Su mejor agudeza visual corregida fue de 20/40 en el ojo izquierdo, el cual era ambliope y percepción de luz en el ojo derecho. Presentaba defecto pupilar aferente relativo en su ojo izquierdo.

En la exploración fundoscópica se aprecia una zona blanquecina alrededor de la mácula acompañada de la característica mancha roja cereza y vascularización en la zona irrigada por la arteria ciliarretiniana, sin que esta llegase a alcanzar la mácula, algo que se pudo corroborar con ayuda de la angioOCT, donde se puede observar ausencia de vascularización en los cortes correspondientes a las capas superficial y profunda a excepción de la red capilar procedente de la arteria ciliarretiniana.

El segundo caso corresponde a una mujer diagnosticada de gammapatía monoclonal IgG Kappa. Consultó por defecto en hemicampo superior del ojo derecho de 7 días de evolución. Su agudeza visual corregida era de 20/20 en ambos ojos, no presentaba alteraciones pupilares.

La exploración del fondo de ojo mostró la presencia de un trombo de aspecto blanquecino en el comienzo de la arteria inferotemporal, próximo a la salida del nervio óptico que ocluía por completo la arteria y presentado edema en la zona inferomacular.

La OCTA mostró una disminución de la densidad vascular capilar tanto en el plexo superficial como el profundo en las zonas irrigadas por la arteria temporal inferior, así como un edema inferomacular que impidió valorar la presencia o ausencia de isquemia macular.

Conclusiones: La angioOCT es una herramienta diagnóstica que nos permite determinar el estado de la microvascularización retiniana permitiendo un análisis detallado de los plexos capilares superficial y profundo.

CPCC129

¿TOXICIDAD FARMACOLÓGICA? ¡NO! METÁSTASIS OCULAR

Abdellatif BELKAID BENOMAR, Vladimir POPOSKI, Carmen PUEYO ASENSIO,
Nura NAJJARI JAMAL

Introducción: En pacientes varones, el carcinoma de pulmón es la neoplasia más común que metastatiza en el ojo, siendo la coroides el sitio que más frecuente. El crizotinib es un fármaco inhibidor del receptor de la tirosina-quinasa y se utiliza como tratamiento de primera línea para el carcinoma de pulmón no microcítico avanzado que presentan un defecto en el gen ALK (quinasa del linfoma anaplásico). Como efecto adverso los pacientes pueden presentar visión borrosa por toxicidad ocular. No obstante, un paciente con antecedentes de adenocarcinoma de pulmón que presenta disminución de la AV, es importante realizar un diagnóstico diferencial con metástasis ocular. A veces las metástasis intraoculares pueden ser el primer signo de un cáncer sistémico o confirmación de su extensión.

Caso clínico: Varón de 41 años, con antecedentes de adenocarcinoma de pulmón, acudió a visita por presentar disminución de la agudeza visual (AV) del ojo izquierdo (OI) tras inicio tratamiento quimioterápico con crizotinib. La AV del OI fue de cuenta dedos. En el examen funduscópico del OI se encontró levantamiento macular seroso. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) macular se visualizó un gran desprendimiento neurosensorial que ocupaba toda la zona central y las arcadas vasculares, así como una imagen de sobre elevación y engrosamiento corioideo. La resonancia nuclear magnética craneal con gadolinio marcó una masa hiperintensa a nivel corioideo del OI y metástasis cerebrales. Se decidió iniciar tratamiento con radioterapia holocranial. En el control a las tres semanas la AV del OI es de 0.6. En el OCT macular se evidenció regresión de la lesión corioidea además de una reducción importante del desprendimiento neurosensorial.

Conclusiones: A los pacientes en tratamiento quimioterapéutico con crizotinib es importante realizar exámenes oftalmológicos para la detección precoz de toxicidad y descartar metástasis oculares. La afectación ocular del carcinoma de pulmón conlleva mal pronóstico.

CPCC130

AGUJERO MACULAR EXTRAFOVEAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Tamer BITAR DÍAZ, Rosa María ZAFRILLA GÓMEZ, Julia CAÑAS MARTÍN

Introducción: El agujero macular se debe fundamentalmente a tracciones generadas por membranas epirretinianas que afectan a la región foveal. En raras ocasiones pueden producirse agujeros extrafoveales que repercutan visualmente.

Caso clínico: Mujer de 57 años, sin ningún antecedente de interés, que es derivada por reducción progresiva de AV de meses de duración. En la exploración la AVcc era de 0,5/0.6, en la fundoscopia se evidenció cierto brillo celofánico en AO y mediante OCT una membrana epirretiniana en AO pero más notoria en OD, sin fruncimiento y con perfil foveal conservado. Tras 6 meses, la AVcc disminuyó a 0.3/0.5 con mayor fruncimiento y alteración del perfil foveal. Se indicó una VPP con extracción de MER y MLI de OD. La cirugía transcurrió sin incidencias y al mes el perfil foveal se recuperó, pero se detectó la formación de un agujero extrafoveal temporal de espesor completo confirmado por OCT. La AV se mantuvo estable a lo largo de las siguientes revisiones y se desarrolló una facoesclerosis que precisó de cirugía con implante de LIO, sin cambiar la AV tras ésta.

Conclusiones: Los agujeros extrafoveales constituyen un hallazgo no tan frecuente en casos de membrana epirretiniana. Se han reportado casos de formación de estos tras cirugía de MER con VPP y pelado de MER+MLI. La AV final variaría dependiendo del perfil foveal final y el grado de afectación del agujero extrafoveal. En este caso, no parecía haber una repercusión visual significativa debida a dicho agujero generado tras la cirugía.

CPCC131

NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA EN UNA PACIENTE JOVEN: IDIOPÁTICA VS SECUNDARIA A BETA-TALASEMIA MINOR

Barbara BURGOS BLASCO, Mercedes MOLERO SENOSIAÍN, María JIMÉNEZ SANTOS, Francisco Javier MORENO MORILLO

Introducción: Se presenta el caso de una paciente con beta talasemia menor que es diagnosticada de neovascularización coroidea. Está descrita una alta incidencia de manifestaciones oftalmológicas en la forma intermedia y mayor de la enfermedad, pero no se ha descrito ningún caso de neovascularización coroidea asociada a la forma menor.

Caso clínico: Una mujer de 29 años acude por disminución progresiva indolora de la agudeza visual por el ojo derecho de una semana de evolución. Había sido diagnosticada de beta talasemia menor asintomática 2 años antes. Presentaba una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 20/400 en el ojo derecho (OD) y de 20/20 en el ojo izquierdo (OI).

La exploración del fondo de ojo de OD reveló una discreta elevación subfoveal de color verdigrisáceo con fluido subretiniano asociado. No presentaba lesiones «en sacabocado» ni estrías angioides. La tomografía de coherencia óptica (OCT) de OD reveló una neovascularización coroidea de tipo II con líquido subretiniano asociado, que se confirmó en la angiografía por tomografía de coherencia óptica (OCTA). La angiografía fluoresceínica mostró una hiperfluorescencia subretiniana precoz en el centro de la zona avascular foveal con aumento en tamaño e intensidad según progresaba el estudio. La paciente fue diagnosticada de neovascularización coroidea secundaria a la beta talasemia y se pautó ranibizumab intravítreo mensual (Lucentis®, 10 mg/mL) durante 3 meses.

Tras 4 meses, la MAVC de OD mejoró a 20/20. La OCT mostró una persistencia de la neovascularización coroidea pero sin actividad y sin líquido subretiniano.

Conclusion: La neovascularización coroidea macular en pacientes menores de 50 años se observa habitualmente en enfermedades oftalmológicas primarias, pero no se ha descrito en pacientes con beta-talasemia menor sin estrías angioides. No hay un tratamiento estándar para esta situación, pero los pacientes podrían beneficiarse de antiVEGF intravítreos.

CPCC132

DE LA SOSPECHA DE DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD AL DIAGNÓSTICO DE PSEUDOXANTOMA ELÁSTICO

Manuel CADENA SANTOYO, María Pilar ROJAS LOZANO, María Jesús APARICIO HERNÁNDEZ-LASTRAS, Hernán DONOSO TORRES

Introducción: Ante un desprendimiento de la retina neurosensorial (DNS) en pacientes de más de 55 años, en lo primero que se piensa es en una degeneración macular asociada a la edad (DMAE), esto unido a que cada vez son más los oftalmólogos que hacen el diagnóstico basándose en la tomografía de coherencia óptica (OCT), nos puede llevar a un error diagnóstico. Presentamos un caso que tras ser tratado como DMAE, se le diagnosticó de estrías angioides asociadas a pseudoxantoma elástico.

Caso clínico: Paciente varón de 64 años que acude a la consulta de retina para una segunda opinión diagnosticado de DMAE que no responde al tratamiento antiangiogénico en ambos ojos, pero con empeoramiento de ojo derecho. A la exploración de fondo de ojo se aprecian estrías rojizas oscuras peripapilares y radiales, cambios pigmentados en piel de naranja, alteración del epitelio pigmentario macular, cuerpos coloides yuxtapapilares e imagen de drusas del nervio óptico. En la OCT se aprecia una separación de la retina neurosensorial del epitelio pigmentario de la retina, con la aparición de cuerpos hiperreflectivos entre ambas capas, ondulaciones y roturas de la membrana de Bruch bajo material hiperreflectivo. Se amplía el estudio, solicitándose una angiografía fluoresceína y con verde indocianina que descartan neovascularización.

Con el diagnóstico de estrías angioides se remite a dermatología quien confirma el diagnóstico de pseudoxantoma elástico. Los tratamientos con distintos antiangiogénicos no mostraron mejoría.

Conclusión: Ante un paciente con DNS, especialmente si es un no respondedor, siempre nos debemos plantear diagnósticos alternativos. El oftalmólogo puede jugar un importante papel en el diagnóstico de enfermedades sistémicas.

CPCC133

NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI Y ALCOHOLISMO CRÓNICO

María Elena del CASTILLO BARROSO, Mireia MOLINA PÉREZ, Juan Pedro MARTÍNEZ SERRANO, Alfredo Javier COLLADO ALIAGA

Introducción: En la neovascularización coroidea (NVC) hay crecimiento de neovasos desde la coriocapilar hacia el espacio subyacente del epitelio pigmentario de la retina, provocando disminución de agudeza visual (AV).

La ambliopía tóxica cursa con pérdida de AV, en este caso, súbita y bilateral en pacientes que abusan del alcohol y del tabaco. La desnutrición y el déficit vitamínico también pueden ser la causa o incrementarla.

El alcoholismo y la malnutrición son asimismo causa de la enfermedad de Marchiafava-Bignami, que se caracteriza por atrofia y desmielinización del cuerpo caloso.

Caso clínico: Varón de 53 años con disminución de AV bilateral de 14 días. Es alcohólico, fumador y vive en la calle. Presenta una AV menor de 0,01, alteraciones pigmentarias en el ojo derecho (OD) y papilas levemente pálidas. En la tomografía de coherencia óptica (OCT) se observa desprendimiento neurosensorial y de epitelio pigmentario en OD. En la angiografía con fluoresceína (AFG) presenta un punto de fuga en OD que difunde y aumenta en tiempos tardíos. Se diagnostica de posible vasculopatía coroidea polipoidea y se inicia terapia con antiangiogénicos (anti-VEGF).

Un año después ingresa por dificultad para el habla y la marcha. En la resonancia magnética cerebral se evidencia hipodensidad generalizada del cuerpo caloso y se diagnostica de enfermedad de Marchiafava-Bignami y de desnutrición calórico-proteica.

Tras 4 inyecciones intravítreas de anti-VEGF en cada ojo el paciente no presenta mejoría subjetiva y solo se observa una leve disminución del líquido subretiniano y aumento de la atrofia macular y papilar.

Conclusiones: La NVC del OD no explica la AV del ojo izquierdo ni la mala respuesta a anti-VEGF. Esto podría justificarse con una ambliopía tóxica añadida. Además, en la enfermedad de Marchiafava-Bignami hay otras zonas del sistema nervioso central atrofiadas, y no solo el cuerpo caloso, por lo que también se podría ver afectada la retina de estos pacientes.

CPCC134

HIPOPLASIA FOVEAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Patricia CERDEIRA PENA, María Sara RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, Guadalupe RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, Montserrat CABANA VÁZQUEZ

Introducción: La hipoplasia foveal es una alteración retiniana poco frecuente descrita en casos de albinismo, aniridia, nanofthalmos, acromatopsia, prematuridad, y raramente de forma aislada. En la mayoría de los casos se asocia a baja agudeza visual y nistagmus. La imagen funduscópica puede revelar una alteración del reflejo foveal. La tomografía de coherencia óptica (OCT) muestra persistencia de las capas internas de la retina con ausencia de la depresión foveal. En la angio-OCT se evidencia una ausencia de la zona avascular foveal en los plexos retinianos superficial y profundo.

Casos clínicos: 1. Niña de 7 años a seguimiento desde los 2 años por estrabismo en ojo izquierdo (OI), con agudeza visual corregida (AVLc) 1 en ojo derecho y 0,6 en OI, tratada con gafas y oclusión. Presenta leve nistagmus y discretas opacidades cristalinas puntiformes en ambos ojos (AO), apreciándose en el fondo de ojo una alteración del reflejo foveal. Las pruebas electrofisiológicas fueron normales. En la OCT macular se observa ausencia de depresión foveal con preservación de las capas internas, diagnosticándose hipoplasia foveal bilateral. 2. Mujer de 51 años, con baja visión (0,1 AO) y nistagmus congénito. En la exploración presenta transluminación del iris e intensa hipopigmentación del fondo de ojo. La OCT macular evidencia la imagen sugestiva de hipoplasia foveal. Piel y pelo claros. Un hermano con mismo fenotipo. Ante la sospecha de albinismo se solicitó análisis genético que fue negativo para las mutaciones más frecuentes.

Conclusiones: En la hipoplasia foveal se ha descrito la relación entre el grado de agudeza visual y la morfología de las capas retinianas en la OCT. Ante situaciones de baja visión con exploración ocular anodina o poca colaboración, la OCT macular es una prueba no invasiva que puede ayudar a diagnosticar esta entidad. Probablemente esta alteración retiniana esté infradiagnosticada en casos con buena agudeza visual sin otros datos exploratorios asociados.

CPCC135

RETINOCOROIDOPATÍA HIPERTENSIVA COMO PRIMER SÍNTOMA DE FALLO RENAL CRÓNICO

Ana María CHINCHURRETA CAPOTE, Ana Belén GONZÁLEZ ESCOBAR

Introducción: Las crisis hipertensivas (CH) son un problema médico común y abarca el 30% de las urgencias médicas. Pueden manifestarse como una urgencia hipertensiva sin afectación orgánica o con ella (hipertensión maligna, HM). En hasta el 60 % de los pacientes con CH puede ocurrir algún tipo de déficit visual. Presentamos el caso de un paciente con retinocoroidopatía hipertensiva como primer síntoma de su insuficiencia renal crónica secundaria a glomerulonefritis (GN).

Caso clínico: Paciente varón de 42 años que acude a urgencias por disminución bilateral de visión de 1 mes de evolución. La AVMC (agudeza visual mejor corregida) era de 0,3 en cada ojo. Presión intraocular y polo anterior eran normales. En la funduscopia se observó edema macular bilateral, numerosas hemorragias en llama y exudados duros y algodanosos en polo posterior; compatible con coroidopatía y retinopatía hipertensiva grado 3 de la clasificación KWB (Keith-Wagner-Baker). El examen sistémico reveló crisis hipertensiva (230/150 mmHg) y fallo renal crónico estadio 5 secundario a glomerulonefritis (GN) crónica. Se diagnosticó de HM por la asociación con hipertensión arterial (diastólica >130 mmHg) y el grado 3 de KWB. Se le trató con medicación antihipertensiva (junto con prednisona 20 mg diarios) y hemodiálisis en espera de trasplante renal. La AVMC mejoró a 0,7 a los 3 meses posteriores del diagnóstico.

Conclusión: La retinocoroidopatía hipertensiva se desarrolla mas frecuentemente en adolescentes y la alteración visual puede ser el primer signo de HM, como en nuestro caso. A los pacientes que presentan defecto visual junto con lesiones retinianas no características se les debe hacer despistaje de CH y estudio sistémico; ya que puede ser el primer síntoma de una enfermedad sistémica severa y crónica no diagnosticada, la cual requiere de tratamiento inmediato.

CPCC136

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE EALES A PARTIR DE UNA MEMBRANA EPIRETINIANA

Miguel CONTRERAS DÍAZ, Juan de las MORENAS IGLESIAS, María Ángeles ESPIÑEIRA PERIÑÁN, Óscar LOZANO BERNAL

Introducción: La enfermedad de Eales es una vasculitis isquémica retiniana, que afecta principalmente a la retina periférica y que se manifiesta fundamentalmente como una periflebitis. Su etiopatogenia no está claramente determinada, pero su relación con *Mycobacterium tuberculosis* es conocida, siendo recomendada la realización de un Mantoux o un test de IGRA en caso de sospecha.

Caso Clínico: Presentamos el caso clínico de un varón de 38 años de edad remitido por su oftalmólogo de zona por tracción vitreomacular que asociaba pérdida de agudeza visual en el ojo izquierdo (OI) de 3 meses de evolución.

A la exploración presentaba una biomicroscopia anterior y PIO normales. En el Fondo de ojo (FO) y la OCT del OI se observaba una membrana epirretiniana asociada a pseudoagujero macular, así como un envainamiento periférico venoso y zonas sugestivas de isquemia en los cuadrantes temporales, que fueron confirmadas por angiografía fluoresceínica.

Dada la edad y ausencia de factores de riesgo se cursó interconsulta con Medicina interna que objetivó un Mantoux positivo y la ausencia de enfermedades sistémicas que justificaran el cuadro.

La exploración oftalmológica compatible, el Mantoux positivo y la ausencia de patología sistémica causal subyacente orientaron el cuadro al diagnóstico de enfermedad de Eales con afectación macular.

Conclusión: La afectación macular en pacientes con enfermedad de Eales es un hallazgo común, ya sea en forma de edema macular o membrana epirretiniana. Por ello, es aconsejable realizar un estudio macular mediante OCT.

Por otra parte el hallazgo de una membrana epirretiniana en un paciente joven debe hacernos pensar en una posible etiología no idiopática.

CPCC137

MACULOPATÍA POR POPPER; UNA DROGA LEGAL

Carmen Rocío CORZO FERNÁNDEZ, Inés BUGALLO GONZÁLEZ, Miriam GARCÍA FERNÁNDEZ, Carmen GONZÁLEZ CASTAÑO

Introducción: El Popper es una mezcla de nitritos de alquilo legalmente comercializados en internet como ambientadores pero utilizados como drogas de abuso vía inhalada. Presentan escasos efectos adversos sistémicos pero pueden ocasionar una grave maculopatía incluso tras una única exposición.

Sus síntomas son fosfenos y escotoma central. La prueba más útil es la tomografía de coherencia óptica (OCT) que muestra en la totalidad de los casos una interrupción a nivel las capas externas de la retina a nivel subfoveal. Las alteraciones en el fondo de ojo (FO) (lesión amarillenta foveolar) pueden ser sutiles o ausentes. El principal diagnóstico diferencial se plantea con la maculopatía solar que puede provocar una alteración estructural similar. Su pronóstico es desfavorable aunque en algunos casos se produce una mejoría tras el cese del consumo.

Caso clínico: Varón de 34 años, VIH de transmisión hombre-hombre con buen control. No adicto a drogas por vía parenteral. No otros antecedentes de interés.

Remitido por fosfenos y aparición brusca de escotoma central en ambos ojos (AO) de cuatro meses de evolución, coincidiendo con un viaje de ocio a Ibiza. En el FO AO se observa una lesión amarillenta foveolar central. En la OCT se objetiva una interrupción en la línea de elipsoides subfoveal.

Indagamos sobre el consumo de tóxicos. El paciente refiere inhalación de popper días antes del debut clínico.

Indicamos cese estricto del consumo y suplementos orales de luteína.

En revisión a las tres semanas se encuentra asintomático, su agudeza visual se ha normalizado, las alteraciones en FO han desaparecido y las estructurales en OCT han mejorado considerablemente.

Conclusión: El Popper es una droga de abuso inhalada, legal y cuyo consumo está en aumento. Aunque es relativamente inocua a nivel sistémico puede provocar una maculopatía tóxica severa. Debemos sospechar esta entidad en base a la historia clínica y a las alteraciones características en FO y OCT.

CPCC138

FOTOTOXICIDAD MACULAR POST-FACOEMLSIFICACIÓN, UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

Felipe COSTALES MIER, Laura MONJE FERNÁNDEZ, Natalia SPAGNOLI SANTA CRUZ, Irene GARZO GARCÍA

Introducción: La retina es altamente vulnerable al daño tanto por la intensidad como por el tiempo a la exposición a una fuente luminosa. Las lesiones fotoquímicas se localizan principalmente en la retina externa. Su adecuado diagnóstico es importante, sobre todo por su pronóstico funcional.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un varón de 57 años, agudeza visual (AV) inicial de 0.4 ojo derecho (OD) y 1 ojo izquierdo (OI). Fue intervenido por una catarata en el OD. El procedimiento se realizó sin incidencias. En los días posteriores a la intervención el paciente refería un escotoma paracentral y disminución de agudeza visual en OD. El fondo de ojo presenta una alteración pigmentaria foveal, hipoautofluorescente, con disrupción de los fotorreceptores (FR) y del EPR foveal por OCT. Por A-OCT, el modo En-face mostraba una alteración de los FR, sin alteraciones de la microvasculatura retiniana. En el ERG-Mf se evidenció una alteración en la amplitud e intensidad de los anillos intermedios, que se correspondía con el escotoma en el campo visual 10/2.

A 2 años y medio de seguimiento, presentó una recuperación de AV 0.7 OD, con recuperación parcial de la interrupción de FR foveales, pero con persistencia del escotoma paracentral.

Conclusiones: La presentación clínica de la retinopatía inducida por fototoxicidad es el desarrollo de un escotoma paracentral, y una lesión pigmentaria subretiniana, que habitualmente se resuelven con el tiempo.

Se han descrito de maculopatías solares-like luego de la exposición a microscopios quirúrgicos, en procedimientos de cataratas y extirpación de pterigium, siendo esta complicación muy infrecuente.

Es muy importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial, sobre todo por su presentación súbita, unilateral, antecedente de exposición a una fuente luminosa, que aunque no sea de muy elevada potencia, si puede ser prolongada, y porque suele presentar una evolución favorable con el tiempo.

CPCC139

DISTROFIA COROIDEA AREOLAR CENTRAL MÁS DISTROFIA MACULAR DIFUSA EN UNA FAMILIA. DIAGNÓSTICO GENÉTICO

M.^a Carmen DESCO ESTEBAN, Jesús MORALES OLIVAS, Enrique ALFONSO MUÑOZ, Jorge MATAIX BORONAT

Introducción: El diagnóstico diferencial de las distrofias maculares con patrón de herencia autosómico dominante es complicado.

Caso clínico: Presentamos el caso de una madre y dos hijas, con edades de 78, 53 y 51 años, respectivamente. La abuela y su tía materna ciegas. La madre fue diagnosticada de atrofia macular con 68a tras cirugía de cataratas, con AV 0,8/0,8. Tras exploración se evidenciaron drusas duras en polo posterior con grandes placas de atrofia de epitelio pigmentarios que sobrepasaban las arcadas abarcando toda la retina media, de forma bilateral y muy simétrica, muy evidentes en la autofluorescencia. Las placas de atrofia han progresado lentamente en 10 años, teniendo actualmente una AV 0.05/0.8. Las hijas estaban asintomáticas, pero fueron evaluadas. Ambas presentan una AV 1/1, con drusas pequeñas en polo posterior, atrofia macular de 1 diámetro papilar y piqueteado atrófico en el epitelio pigmentario del resto de la retina, evidenciado con la autofluorescencia. Realizamos el diagnóstico diferencial con retinosis pigmentaria (no hay signos característicos morfológicos, ni alteración del campo visual, ni nictalopia), distrofia macular en patrón, enfermedad Stadgard, (no hay silencio coroideo en la angiografía), distrofia viteliforme del adulto (sin material viteliforme en la OCT, EOG normal) y distrofia de conos y bastones (ERG normal). El estudio genético ha revelado una mutación patológica del gen PRPH2 o PERIFERINA, característico de la DISTROFIA COROIDEA AREOLAR CENTRAL, que en este caso, al sobrepasar la atrofia las arcadas conlleva una distrofia macular difusa.

Conclusiones: Ante un caso de distrofia muy avanzado es difícil llegar a un diagnóstico sólo con la clínica. Estudiar a los descendientes afectados, puede ayudarnos al ver la enfermedad en estadios más iniciales. La historia familiar y del paciente, la exploración oftalmológica y pruebas complementarias nos pueden hacer llegar al diagnóstico, pero la genética nos dará su confirmación.

CPCC140

CORIORRETINITIS MACULAR BILATERAL EN CANDIDEMIA: LA IMPORTANCIA DEL FONDO DE OJO

Ana DÍAZ MONTEALEGRE, Ángel LÓPEZ VÁZQUEZ, Ascensión PARDO MUÑOZ,
Esther CIANCAS FUENTES

Introducción: La infección ocular secundaria a candidemia clásicamente ha producido dos tipos de alteraciones: la afectación más grave y de peor pronóstico, que cursa con endoftalmitis asociada a vitritis y exudados algodonosos en pacientes sin diagnóstico previo de candidemia, o bien el desarrollo de una forma menos agresiva de coriorretinitis sin vitritis en pacientes con detección precoz de *Candida* en hemocultivos que inician tratamiento inmediato con antifúngico sistémico.

Caso clínico: Mujer de 60 años, con antecedente de trasplante hepático reciente por hepatitis autoinmune, consultó por pérdida de visión bilateral. La agudeza visual con la que se presentó era de cuenta dedos en ambos ojos. La exploración del segmento anterior no mostró alteraciones y en la funduscopia se observaron focos de coriorretinitis bilateral con afectación macular que no producía vitritis. Los hemocultivos eran positivos para *Candida albicans* y PCR-DNA para virus citomegalovirus positivo en sangre. En el contexto del mismo cuadro, la paciente cursó con artritis séptica glenohumeral y micosis cutánea. Se inició tratamiento con fluconazol y ganciclovir intravenoso con buena respuesta. El seguimiento se documentó con retinografías seriadas. Tras más de un mes de farmacoterapia, los focos de coriorretinitis se inactivaron, persistiendo fibrosis en polo posterior y alcanzando una agudeza visual final de 0,15 en ojo derecho y 0,3 en ojo izquierdo.

Conclusión: En los pacientes inmunodeprimidos con cultivo positivo para *Candida* es obligado realizar funduscopia y exploración oftalmológica para valorar compromiso ocular, así como iniciar tratamiento antifúngico precoz que disminuirá la gravedad de las secuelas.

CPCC141

MIGRACIÓN DE OZURDEX A CÁMARA ANTERIOR EN PACIENTE PSEUDOFÁQUICO: MANIOBRA DE RECOLOCACIÓN SIN CIRUGÍA

Antonio DONATE TERCERO, Óscar MARTÍN MELERO, Cristina BLANCO MARCHITE,
Francisco LÓPEZ MARTÍNEZ

Introducción: La luxación del implante de dexametasona (Ozurdex®) a cámara anterior es una de las posibles complicaciones ya descritas del uso de este fármaco en pacientes afáquicos y pseudofáquicos con defectos iridianos, desinserción zonular o defectos en cápsula posterior (incluida la capsulotomía con láser YAG).

Caso clínico: Varón de 46 años que tras traumatismo perforante con cuerpo extraño intraocular en su ojo izquierdo es intervenido de catarata traumática con colocación de lente intraocular en sulcus, y posteriormente de desprendimiento de retina, que precisó cerclaje y vitrectomía 23G con buena evolución. Meses después, el paciente refiere pérdida de agudeza visual, objetivándose un edema macular quístico importante, por lo que se decide inyectar un Ozurdex® intravítreo. El edema macular y la visión mejoran de forma espectacular, alcanzando 0,8 con corrección. Sin embargo, un mes después, el paciente acude a urgencias con migración del Ozurdex® a cámara anterior, a través de un pequeño defecto de iris superior. No presentaba pérdida de visión ni edema corneal.

Se procede a recolocar el implante en vítreo posicionando al paciente en decúbito supino y con ligeros masajes del globo ocular y se pauta pilocarpina tópica.

El paciente sufre posteriormente nuevos episodios de migración del implante a cámara anterior, que él mismo consigue recolocar llevando a cabo esta misma maniobra.

Debido a la recurrencia, se procede, finalmente a la retirada del Ozurdex®, ante la posibilidad de producir una descompensación corneal.

Conclusiones: El masaje del globo ocular con posicionamiento del paciente en decúbito supino es una maniobra útil en algunos casos para recolocar un Ozurdex® que ha migrado a cámara anterior. Es la primera vez que encontramos un paciente que es capaz de recolocárselo en su domicilio.

Sin embargo, no se considera una maniobra definitiva y en algunos casos precisa de extracción quirúrgica del implante.

CPCC142

EXCAVACIÓN INTRACOROIDEA PERIPAPILAR ANALIZADA MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA CON LA TÉCNICA "EN-FACE"

Aída ESTEVEZ COLMENERO, María Ángeles de SANTIAGO RODRÍGUEZ

Introducción: La excavación intracoroidea peripapilar es una lesión amarillo-anaranjada, sobre-elevada, bien circunscrita, adyacente al disco óptico, detectada con mayor frecuencia en pacientes con miopía patológica. También se puede observar en miopes simples, emétopes e hipermetropes.

Descrita por primera vez en Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) por Freund et al. como «desprendimiento peripapilar». Shimada et al. confirmaron estos hallazgos y añadieron que estos desprendimientos se originaban en la coroides. Toranzo et al. con la introducción del OCT de dominio espectral demostraron que estos desprendimientos en realidad eran cavitaciones intracoroideas peripapilares.

Caso clínico: Mujer de 53 años, asintomática que acude a revisión.

Presenta una anisometropía: miopía simple de -1.25 dioptrías (D) en su ojo derecho y +4.00 D de hipermetropía en su ojo izquierdo. La agudeza visual es del 100% con su corrección; la presión intraocular y la biomicroscopía no muestran alteraciones.

En el examen fundoscópico del Ojo izquierdo presenta una lesión sobreelevada, de color amarillento inferior y nasal al disco óptico que protruye sobre la retina subyacente. El resto de la retina era normal. El examen con OCT Cirrus (Carl Zeiss Meditec Inc., Dublin, CA) con la técnica «en-face» sobre la lesión mostró un espacio grande hiporreflectivo intracoroideo por debajo del EPR, como una excavación coroidea que separa el epitelio pigmentario retiniano (EPR) de la esclera adyacente a la cabeza del nervio óptico. En el OCT del Nervio óptico se observa engrosamiento en el haz de fibras superior, inferior y nasal.

Conclusiones: Las reconstrucciones con OCT mediante la técnica «en face» son útiles para analizar cambios morfológicos y reconocer mecanismos patogénicos; distinguiendo la «excavación intracoroidea peripapilar» como una entidad propia y diferenciándola de otras posibles lesiones retinianas susceptibles de más estudios y tratamientos.

CPCC143

REACCIÓN ANAFILÁCTICA TRAS INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE RANIBIZUMAB (LUCENTIS®)

Joan FELIP FURÉS, Sandra GÓMEZ SÁNCHEZ, Francesc MARCH DE RIBOT, Juan CANO PARRA

Introducción: Actualmente, las inyecciones intravítreas (IV) de inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular son el tratamiento de primera línea para diversas patologías de polo posterior, tanto vasculares como degenerativas. A pesar de tratarse de una técnica sencilla y mínimamente invasiva, las IV no están exentas de complicaciones.

Presentamos el caso de una paciente que desarrolló una reacción anafiláctica tras una IV de Ranibizumab.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 78 años de edad, pseudofáquica y con antecedentes de glaucoma crónico y degeneración macular asociada a la edad (DMAE) seca en ambos ojos, que consultó de urgencia por metamorfopsia y disminución de agudeza visual (AV) en su ojo derecho (OD).

A la exploración, la AV OD era de 0.1, sin alteraciones en el segmento anterior, y en el fondo de ojo (FO) OD se observaron drusas y fluido subretiniano que se confirmó mediante tomografía de coherencia óptica, compatible con la presencia de una membrana neovascular, diagnosticándose de DMAE exudativa OD, y se propuso tratamiento con 3 IV de Ranibizumab.

Tres días tras la primera IV, la paciente presentó una erupción cutánea generalizada, por lo que se derivó a la paciente al alergólogo, quien certificó una reacción alérgica medicamentosa a Ranibizumab.

Ante este evento, se decidió suspender el tratamiento, a pesar de haber presentado una buena respuesta local, con mejoría tanto funcional con AV de 0,6 como anatómica.

Conclusiones: Las reacciones adversas sistémicas relacionadas con Ranibizumab en IV son muy poco frecuentes, pero su aparición suponen un reto para el oftalmólogo, debiéndose valorar el riesgo-beneficio de continuar o suspender el tratamiento.

CPCC144

COMBINACIÓN DE ANTI-VEGF INTRAVÍTREO Y CORTICOIDES SISTÉMICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA NEOVASCULARIZACIÓN COROIDEA SECUNDARIA A LA COROIDOPATÍA PUNTEADA INTERNA

Alex Samir FERNÁNDEZ SANTODOMINGO, Miriam RAHHAL ORTUÑO,
Lucía RAMOS GONZÁLEZ, Marina AGUILAR GONZÁLEZ

Introducción: La coroidopatía punteada interna es una coriorretinopatía idiopática infrecuente, que generalmente se presenta en mujeres jóvenes miopes de origen Caucásico. Se define por la aparición de múltiples lesiones blanco-amarillentas del epitelio pigmentario o coroides interna, en ausencia de signos de inflamación ocular.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente joven masculino, que consulta por escotoma central por ojo izquierdo, visión borrosa y metamorfopsias. Al examen de fondo de ojo se encontraron múltiples lesiones blanquecinas, amarillentas y atróficas en ambos ojos en ausencia de vitritis. En el ojo izquierdo además lesión compatible con membrana neovascular subretiniana que se confirmó con la angiofluoresceinografía y OCT estructural, complementando el estudio con imagen multimodal en retina. Fue tratado con anti-VEGF intravítreo y corticoterapia sistémica con rápida resolución de la actividad exudativa, logrando mejoría en su agudeza visual.

Conclusiones: El tratamiento combinado de la terapia antiangiogénica intravítrea y corticoidea sistémica, mostró ser efectiva en el manejo de la membrana neovascular coroidea activa como complicación en la coroidopatía punteada interna.

CPCC145

MACULOPATÍA MEDIA PARACENTRAL AGUDA ASOCIADA A ENFERMEDAD CORONARIA

Francisco José GALVÁN GONZÁLEZ, Glenda ESPINOSA BARBERI, Virginia GARCÍA ABELLÁN,
Francisco José MEDINA RIVERO

Introducción: La maculopatía media paracentral aguda es un hallazgo propio de la tomografía de coherencia óptica de dominio espectral que se observa en pacientes con isquemia de la microvasculatura retiniana. Se caracteriza por la visualización de una banda hiperreflectiva focal o difusa a nivel de la capa nuclear interna de la retina.

Caso clínico: Varón de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial y cirugía coronaria debido a cardiopatía isquémica, que acude a urgencias oftalmológicas por alteraciones visuales en el ojo izquierdo de dos semanas de evolución. En la exploración se aprecia una mejor agudeza visual corregida de 0,7 en el ojo derecho y de 0.9 en el ojo izquierdo; el segmento anterior y la presión intraocular son normales. En la funduscopia se observan drusas y alteraciones del epitelio pigmentario de la retina en ambos ojos. En la tomografía de coherencia óptica macular se evidencia una banda hiperreflectiva parafoveal nasal en ojo izquierdo, por lo que se llega al diagnóstico de maculopatía media paracentral aguda.

Conclusiones: La maculopatía media paracentral aguda es una variante recientemente descrita de la neurorretinopatía macular aguda. Las nuevas técnicas de imagen permiten la detección de pequeñas alteraciones de la perfusión retiniana en relación a enfermedades sistémicas y factores de riesgo cardiovascular.

CPCC146

MACROVASOS RETINIANOS CONGÉNITOS

Antonio GALVÁN LEDESMA, Beatriz LECHÓN CABALLERO, Mercedes GARCÍA VÁZQUEZ,
Miguel CONTRERAS DÍAZ

Introducción: Los macrovasos retinianos congénitos son una rara anomalía vascular, generalmente una vena, de etiopatogenia desconocida. Suelen ser unilaterales, sin afectación de la agudeza visual. En el fondo de ojo aparecen como vasos retinianos aberrantes, generalmente una vena, que atraviesan la mácula central irrigando o drenando territorios situados por encima y debajo del rafe horizontal.

Caso Clínico: Presentamos dos casos de macrovasos retinianos congénitos. Uno de ellos se asoció a telangiectasias e isquemia periférica. El otro se mostró como un hallazgo aislado en paciente con trombosis venosa en ojo contralateral.

Conclusiones: Aunque generalmente asintomáticos y estables, los MRC pueden estar asociados a complicaciones retinianas como telangiectasias, hemorragias maculares, trombosis retinianas, coriorretinopatía serosa central o quistes foveales. Otras veces se pueden encontrar asociados con malformaciones vasculares cerebrales que hay que descartar.

La mayoría de los casos son hallazgos casuales sin repercusión en la agudeza visual.

CPCC147

ESTUDIO MULTIMODAL DE Distrofia FOVEOMACULAR VITELIFORME DEL ADULTO

María GARCÍA ZAMORA, Javier ITURRIA, Vanessa GERENA, Iulia PANA

Introducción: La distrofia foveomacular viteliforme del adulto se engloba dentro de un grupo de distrofias que afectan al epitelio pigmentario de la retina (EPR). Por lo general es autosómica dominante y el gen afecto es PRPH2, partícipe del metabolismo de los segmentos externos de los fotorreceptores.

Caso clínico: Varón 38 años que consulta por metamorfopsia de su ojo izquierdo (OI) desde hace 3 meses.

Se realiza exploración oftalmológica que se completa con test de colores normal, fondo de ojo (desprendimiento pseudovitelliforme en área macular por depósito de material amarillento subfoveolar), autofluorescencia (hiperfluorescencia), angiografía fluoresceínica (hipofluorescencia precoz central por efecto pantalla rodeada de hiperfluorescencia irregular que aumenta progresivamente en tiempos tardíos sin fuga de contraste), tomografía de coherencia óptica (material hiperreflectante cupuliforme subfoveal entre el EPR y la línea de fotorreceptores), angio OCT (material subretiniano que parece desplazar de forma irregular los vasos sanguíneos retinianos tanto superficiales como profundos con una aparente menor densidad vascular coincidente con las lesiones y la presencia de finas dilataciones distales aneurismáticas a nivel sobretodo del plexo superficial) y estudio electrofisiológico (potenciales visuales evocados y ERG normal).

Conclusión: La afectación genética determina una disrupción celular de los fotorreceptores que conlleva a una sobrecarga metabólica del EPR. Estudios histológicos y de microscopía electrónica han demostrado que el fotorreceptor parece ser la primera célula afecta con un posterior acúmulo de material de desecho del ciclo visual como lipofuscina, melanina y restos celulares que sobrecarga el EPR. Este daño oxidativo puede generar cambios a nivel de las densidades vasculares más evidentes en el área parafoveal donde reside el material viteliforme. El daño a nivel del EPR explica los hallazgos de las pruebas de imagen descritas que suelen ser estables en el tiempo.

CPCC148

INFILTRACIÓN COROIDEA METASTÁSICA DIFUSA ASOCIADA A DESPRENDIMIENTO DE RETINA EXUDATIVO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CÁNCER DE MAMA DISEMINADO

Eugenia GIJÓN VEGA, David MARTÍNEZ MARTÍNEZ, Álvaro de CASAS FERNÁNDEZ, Berta GARCÍA TOMÁS

Introducción: Las metástasis coroideas son la primera causa de neoplasia maligna intraocular. Los orígenes más frecuentes son el cáncer de mama y cáncer de pulmón. El desprendimiento de retina (DR) exudativo secundario es una de sus formas de presentación.

Caso clínico: Mujer de 78 años que acude a urgencias por visión borrosa del ojo derecho tras traumatismo craneoencefálico por caída accidental hace una semana. Como antecedente, refiere cáncer de mama tratado con cirugía, radioterapia (RT) y quimioterapia, sin evidencia de enfermedad diseminada desde entonces.

La agudeza visual (AV) es de «cuenta dedos» a 1 metro. La exploración de fondo de ojo revela un DR de 3 cuadrantes con bolsa nasal inferior y afectación macular. También se observan cambios pigmentarios difusos con bandas anaranjadas. No se observan lesiones regmatógenas periféricas ni masas coroideas definidas.

Con el posicionamiento, se reduce la bolsa y permite realizar una tomografía de coherencia óptica (OCT). Esta pone de manifiesto un desprendimiento neurosensorial de la retina asociado a un engrosamiento del complejo epitelio pigmentario-coriocapilar, con contorno irregular «lumpy-bumpy».

En las pruebas de neuroimagen, se observan múltiples lesiones ocupantes de espacio cerebrales, compatibles con metástasis dures. El estudio de extensión muestra metástasis hepáticas, pulmonares y óseas diseminadas.

La paciente es ingresada por parte de oncología iniciándose tratamiento con corticoesteroides y RT holocraneal. Actualmente, la paciente se encuentra en fase terminal.

Conclusiones: Si bien, la presencia de un DR con antecedente traumático nos puede hacer pensar en un origen regmatógeno aún cuando no se evidencien claras lesiones regmatógenas, la disminución de AV por un un DR es una de las formas de debut de la enfermedad metastásica en los pacientes oncológicos. En estos, hemos de contemplar la opción de un DR exudativo por metástasis coroideas, aunque estas no se observen oftalmoscópicamente.

CPCC149

EPITELITIS RETINIANA AGUDA: SEGUIMIENTO MEDIANTE OCT

Andrea Lorena GUIJARRO ALAÑA, Patrizia ÁVILA PAZ, Inés HERNANZ RODRÍGUEZ,
Elena GUZMÁN ALMAGRO

Introducción: La enfermedad de Krill o Epitelitis retiniana aguda (ERA) es una entidad rara, inflamatoria e idiopática, habitualmente en pacientes jóvenes con pérdida de visión central y metamorfopsias que se resuelven espontáneamente en 6-12 semanas. En un inicio se localizó la lesión en las células del epitelio pigmentario de la retina (EPR); sin embargo se piensa que el área dañada inicialmente sea la zona de interdigitación de los fotorreceptores con el EPR. Actualmente es un diagnóstico de exclusión donde técnicas de imagen no invasivas como la tomografía de coherencia óptica (OCT) juegan un papel crucial.

Caso clínico: Varón de 40 años sin antecedentes de interés acude por metamorfopsias y disminución de agudeza visual (AV) en su ojo derecho (OD) de 3 días de evolución. La exploración oftalmológica muestra una AV en su OD de 0.7 respecto a su ojo izquierdo (OI) de 1.0. Sin alteraciones pupilares ni en la biomicroscopía. La fundoscopia del OD muestra a nivel foveal una lesión puntiforme pigmentada con área amarillenta-cremosa perilesional y 4 lesiones satélites también puntiformes amarillentas. OI sin alteraciones. La OCT del OD describe un depósito hiperreflectivo a nivel subfoveal en las capas externas del EPR que invade la capa nuclear externa, sin líquido asociado. La OCT del OI presenta una pequeña irregularidad del EPR temporal inferior a papila. La autofluorescencia en OD muestra una lesión hiper-hipoautofluorescente. En su OI se aprecia pequeño moteado hiper-hipoautofluorescente temporal inferior a papila. Al mes del inicio el paciente refiere menor metamorfopsia, y la OCT muestra recuperación de continuidad de las capas externas.

Conclusión: La ERA es una entidad autolimitada sin tratamiento en la actualidad. Dentro del diagnóstico diferencial encontramos principalmente la retinopatía solar y el síndrome de puntos blancos evanescentes. Presentamos un paciente con ERA donde la OCT nos ha permitido realizar un diagnóstico y seguimiento del mismo.

CPCC150

EL BUENO, EL MAL Y EL VILLANO: 3 CASOS DE OCLUSIÓN DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA

Susana HENRIQUES, Ana Sofía LOPES, Joana ROQUE, Diana SILVA

La oclusión de la arteria central de la retina (OACR) es una emergencia oftalmológica potencialmente devastadora. A pesar de que no existe un tratamiento eficaz comprobado, generalmente se realizan varias maniobras en el intento de restablecer la circulación retiniana. La hiperoxia puede optimizar la oxigenación retiniana a partir de la circulación coroidea, por lo que el tratamiento con cámara hiperbárica (CH) puede mejorar el pronóstico visual.

Se presentan 3 casos clínicos de OACR, con 3 diferentes resultados. Caso 1: enfermo con ojo único, que recurre al servicio de urgencia (SU) con pérdida súbita e indolora de la agudeza visual (AV) con menos de 2 horas de evolución, encaminado inmediatamente para tratamiento con CH con recuperación total de la visión. Caso 2: enfermo que llega a SU pasados 15 días del inicio de las quejas de pérdida de la AV, ya con atrofia retiniana, sin indicación para tratamiento con CH, y sin recuperación de la AV. Caso 3: enfermo que recurre al SU por dolor ocular, ya diagnosticado 1 mes antes con OACR, presentándose ahora por una complicación de la enfermedad, el glaucoma neovascular, sin indicación para CH.

El pronóstico visual en los casos de OACR es malo y la neovascularización a nivel del segmento anterior constituye la principal complicación. Es importante reconocer que existe un tiempo crítico en el que podemos actuar con el objetivo de mejorar la oxigenación de la retina, recuperar la AV y evitar posibles complicaciones. El tratamiento con CH puede ser una alternativa a considerar cuando se detecta precozmente la enfermedad, como se comprobó en el caso 1.

CPCC151

APARICIÓN DE PÓLIPOS COROIDEOS EN UN PACIENTE CON DMAE: A PROPÓSITO DE UN CASO

José María HERNAEZ LEONATO, Carolina ARRUABARRENA SÁNCHEZ, Daniele FERRARI, Beatriz CASTAÑO MARTIN

Propósito: Informar acerca de la aparición de una lesión coroidea polipoidea durante el seguimiento de una membrana neovascular coroidea tipo 1 (NVC) en una degeneración macular asociada a la edad (DMAE) tratada con antiangiogénicos y diagnosticada angiográficamente con verde de indocianina (ICGA).

Método: Un hombre de 69 años con una cicatriz disciforme por DMAE en el ojo izquierdo desarrolló una NVC tipo 1 en el ojo derecho. Fue tratado durante 15 meses con ranibizumab intravitreo hasta que cambió a aflibercept. Debido a la mala respuesta al tratamiento con anti-VEGF, decidimos realizar una angiografía con verde de indocianina que mostraba una NVC sin otras lesiones asociadas. Después de otros 9 meses de tratamiento continuo, el paciente desarrolló una hemorragia macular.

Resultados: Realizamos un desplazamiento neumático y se repitió ICGA mostrando un cambio polipoideo en el borde de la NVC (pólipos asociados a DMAE neovascular). Por lo tanto, comenzamos un tratamiento combinado con terapia fotodinámica e inyecciones de aflibercept.

Conclusiones: Los cambios polipoideos que coexisten con una NVC se han documentado en una variedad de enfermedades diferentes, incluida la DMAE. Algunos estudios han demostrado diferencias clínica y estadísticamente significativas entre la vasculopatía coroidea polipoidea idiopática (PVC) y los pólipos asociados a la DMAE neovascular, por lo que podrían considerarse entidades distintas. Pero, hasta donde sabemos, éste es el primer informe sobre pólipos asociados a DMAE neovascular que documenta, mediante angiografía con verde de indocianina, la secuencia en la que aparecen los neovasos coroideos y los pólipos.

CPCC152

SÍNDROME DE MÚLTIPLES PUNTOS BLANCOS EVANESCENTES: DUDA DIAGNÓSTICA

María Eugenia HIDALGO ESPINOSA, Alfredo FERNÁNDEZ RUIZ, Hugrun HALLSTEINSDOTTIR, Antonio ADÁN RUIZ

Introducción: El síndrome de múltiples puntos blancos evanescentes (SMPBE), de etiología viral vs autoinmune, puede clasificarse dentro de WDS (white dot syndromes) o complejo AZOOR (retinopatía externa oculta zonal aguda), y puede manifestarse como visión borrosa monocular, escotomas, fotopsia y/o miodesopias, hallándose en el fondo de ojo (FO) manchas blanco-grisáceas mal definida correspondientes a EPR y retina externa, evanescentes y con respeto foveal, y asociadas a vitritis leve o edema de papila.

El diagnóstico diferencial engloba epiteliopatía pigmentaria placoides multifocal posterior aguda, coroiditis multifocal, sarcoidosis, Birdshot, coriorretinopatía punctata interna, e incluso infiltración por linfoma.

Caso clínico: Varón de 20 años, hipermetrope y con astigmatismo, consultó por visión borrosa en OI. En la exploración se encontró: AV (csc) 1 OD y 0,7-NME OI, DPAR OI, y FO OI con alteración de EPR y focos hipopigmentados en polo posterior, así como alteraciones de autofluorescencia (cambios EPR) y angiografía fluoresceínica (AGF, focos de hipofluorescencia precoz y de hiperfluorescencia tardía) en ese ojo

El diagnóstico inicial fue de WDS compatible con síndrome del complejo AZOOR, y se decidió seguimiento con actitud expectante. A los 3 meses, la AV OI mejoró (0,9) y sólo persistió leve alteración de EPR, que se mantuvo a los 6 meses, pero mejorando la AV a 1. Dada la evolución, el diagnóstico final fue SMPBE.

Conclusiones: El SMPBE tiene un buen pronóstico. Sin embargo la dificultad de su diagnóstico radica en su carácter evanescente de las lesiones y en la superposición de la clínica con otras entidades. En un inicio se requiere un seguimiento estrecho y pruebas complementarias, ya que puede enmascarar varios síndromes y/o enfermedades con pronóstico nefasto como linfomas.

CPCC153

ATROFIA CORIORRETINIANA PIGMENTADA PARAVENOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana IBÁÑEZ MUÑOZ, María CHACÓN GONZÁLEZ, Victor Santiago SOTO BIFORCOS, María Ángeles SIERRA RODRÍGUEZ

Introducción: La atrofia coriorretiniana pigmentada paravenosa (ACRPP) es una enfermedad rara, bilateral y simétrica, caracterizada por una atrofia coriorretiniana y acúmulo de pigmento a largo de las venas retinianas.

Caso clínico: Varón de 73 años que acude a la consulta por disminución de visión en ambos ojos de larga evolución. La agudeza visual es de 20/40 en ambos ojos (AO). El polo anterior de AO revela una catarata cortical incipiente y la presión intraocular es de 20 mmHg en AO. En la exploración fundoscópica se objetiva atrofia peripapilar, atrofia del epitelio pigmentario de la retina (EPR) a nivel de las arcadas y pigmentación espiculada, sin signos de vasculitis ni vitritis. Los campos visuales revelan escotomas correspondientes con las áreas de atrofia coriorretiniana. El electroretinograma de campo amplio muestra una reducción en la amplitud de las respuestas de ambos ojos. La tomografía de coherencia óptica demuestra una atrofia severa de la coroides y del EPR con preservación relativa de las capas internas retinianas. Se realiza un estudio sistémico que resulta normal, y se le pregunta por la presencia de nictalopía u otras alteraciones visuales, así como por antecedentes de enfermedades infecciosas o inflamatorias y cualquier historia familiar de enfermedad o degeneración retiniana, incluida la retinosis pigmentaria, que niega, siendo el paciente diagnosticado de ACRPP.

Conclusión: La ACRPP es una enfermedad poco común de etiología desconocida, aunque causas genéticas, inflamatorias, infecciosas o anomalías en el desarrollo han sido descritas. La mayoría de los pacientes se diagnostican de forma casual, y tiene una evolución lentamente progresiva o no progresiva, no disponiendo hasta la fecha de un tratamiento efectivo para esta enfermedad.

CPCC154

MACROVASO RETINIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ainara IBEAS MARTÍNEZ, Amaia PUENTE MORALES, Luis Felipe VÉLEZ GÓMEZ, Javier ARAIZ IRIBARREN

Introducción: Los macrovasos retinianos, descritos inicialmente en 1869 por Mauthner y definidos posteriormente en 1982 por Brown, son ramas aberrantes habitualmente congénitas de etiología desconocida localizadas en el polo posterior que tienden a atravesar el rafe horizontal.

Se trata en su mayoría de un vaso retiniano grande unilateral, por lo general vena, que se presenta como un hallazgo casual ya que no provoca clínica visual.

Caso clínico: Mujer de 49 años sin antecedentes de interés consulta por disminución de agudeza visual cercana. La exploración clínica mostró una agudeza visual corregida de 1 en ambos ojos. En el fondo de ojo izquierdo se apreció una vénula temporal superior de gran tamaño que atravesaba el área macular, siendo normal el ojo adelfo.

En la angiografía con fluoresceína se observa un relleno precoz de la vénula aberrante sin alteraciones de la permeabilidad vascular ni de la zona avascular foveal, así como un retraso en el vaciamiento en tiempos tardíos.

El resto de las pruebas complementarias realizadas fueron normales incluida la Resonancia Magnética cerebral, descartando comunicaciones arteriovenosas a dicho nivel.

Conclusiones: Los macrovasos congénitos retinianos son una rara anomalía vascular cuyo diagnóstico suele ser accidental dado que habitualmente son asintomáticos. En ocasiones presentan alteraciones en la visión ya que pueden asociarse a hemorragias maculares, quistes foveales o al propio transcurso del vaso por la zona avascular foveal.

Estas lesiones suelen presentar hallazgos angiográficos característicos, como los previamente descritos, aunque hay casos en los que se observa dilatación de plexos capilares circundantes, fugas o comunicaciones arteriovenosas retinianas.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías vasculares retinianas así como ampliar el estudio con pruebas de neuroimagen para descartar posibles asociaciones con anomalías vasculares cerebrales como el síndrome de Wyburn-Masson.

CPCC155

IMAGEN MULTIMODAL EN CORIORRETINITIS PLACOIDE POSTERIOR SIFILÍTICA

Gisela KARLSRUHER, Paula MONTES, Javier LARA

Introducción: La incidencia de sífilis ocular ha aumentado en forma importante en los últimos años. Las manifestaciones oculares son diversas y pueden simular otras patologías. La coriorretinitis placoide posterior sifilítica aguda (CPPSA) es una manifestación infrecuente de sífilis ocular. Se presentan 2 casos clínicos de CPPSA.

Casos Clínicos: Paciente 1: Hombre de 54 años que acudió a urgencias por visión borrosa súbita en ojo izquierdo. La mejor agudeza visual corregida (MAVC) en dicho ojo era 20/200. En el fondo de ojo presentaba una lesión subretiniana a nivel macular de color amarillo pálido. Paciente 2: Hombre de 44 años que consultó por pérdida de visión aguda en ojo izquierdo de un día de evolución. A la exploración tenía MAVC 20/70 en ese ojo y presentaba una lesión amarilla en el polo posterior de similares características. La tomografía de coherencia óptica- angiografía (OCT-A) reveló en ambos casos una lesión placoide a nivel de la capa coriocapilar. La autofluorescencia retiniana mostró áreas de hipoautofluorescencia correspondientes a las lesiones placoides. Las serologías de sífilis resultaron positivas en ambos pacientes por lo que fueron ingresados y tratados con penicilina G intravenosa. Ambos recuperaron la agudeza visual en forma completa y desaparecieron las lesiones en el fondo de ojo y en las imágenes de OCT-A y autofluorescencia.

Conclusión: La CPPSA es una manifestación infrecuente de sífilis ocular. Es importante conocer sus características para realizar el diagnóstico y tratamiento en forma oportuna. La OCTA y autofluorescencia revelan patrones característicos que ayudan a orientar el diagnóstico de esta patología en forma precoz y permiten valorar la respuesta a tratamiento con la desaparición de las lesiones.

CPCC156

MIGRACIÓN RECIDIVANTE DE IMPLANTE DE OZURDEX® A CÁMARA ANTERIOR: FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES

Noelia Soledad LÓPEZ GRAU, Gerardo Pedro GARCÍA GARCÍA, Ana María CEAUSESCU

Introducción: El implante intravítreo Ozurdex® es un dispositivo biodegradable de liberación mantenida de 0,7 mg de dexametasona, aprobado para el tratamiento de patologías retinianas como el edema macular cistoideo, uveítis posterior y edema macular diabético. El implante puede migrar ocasionalmente a cámara anterior (CA), siendo el edema corneal una de las complicaciones más frecuentes. Presentamos un caso de migración recidivante de Ozurdex® a cámara anterior, así como su manejo y resultados.

Caso clínico: Paciente varón de 84 años con antecedentes oftalmológicos de vitrectomía pars plana e implante de lente en sulcus suturada a esclera secundaria a cirugía de catarata complicada. Presenta en el postoperatorio edema macular quístico persistente, por lo que se decide implante intravítreo de Ozurdex®. Al noveno día del implante se produce migración espontánea del mismo a CA, siendo retirado por vía anterior en menos de 24 horas y asociando nueva inyección intravítrea de Ozurdex®. Al sexto día presenta nueva migración del implante con atrapamiento en sulcus, procediendo de nuevo a su extracción. Tras la segunda migración del implante el paciente presenta disminución de agudeza visual (AV) y en la biomicroscopía se objetiva edema corneal. Se instaura tratamiento con corticoide y antiedema tópicos, logrando disminución del mismo y mejoría clínica.

Conclusión: Los factores de riesgo asociados a la migración del implante son la vitrectomía previa, rotura o ausencia de capsula posterior, afaquia, implante de lente en CA o suturada a esclera e iridotomía periférica grande. Las complicaciones potenciales más severas de la migración del Ozurdex® a CA son la descompensación corneal permanente y el fracaso endotelial del injerto en pacientes trasplantados. La remoción temprana del implante minimiza estos riesgos, por lo que debe ser realizada de manera precoz.

CPCC157

HAMARTOMAS ASTROCÍTICOS EN UNA PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA. USO DE ANGIO-OCT EN EL DESPISTAJE DE COMPLICACIONES

Fernando LÓPEZ HERRERO, Juan Manuel GONZÁLEZ LOZANO, Sergio MATAS GRANADOS, Loreto SÁEZ ORTEGA

Introducción: El complejo esclerosis tuberosa (CET) es una enfermedad autosómica dominante que cursa con tumores en múltiples órganos, incluyendo retina, sistema nervioso central, piel, riñón, corazón y pulmón.

En la exploración oftalmológica los hamartomas retinianos son el hallazgo más característico, de comportamiento habitualmente benigno. Existen distintos tipos morfológicos asociados a CET, desde una lesión plana translúcida, hasta la clásica lesión multinodular brillante y elevada de aspecto moruliforme. Su caracterización ayuda a detectar posibles complicaciones que puedan comprometer la agudeza visual.

Caso Clínico: Mujer de 51 años con esclerosis tuberosa de larga evolución y afectación multior-gánica. La agudeza visual es de unidad en ambos ojos.

En el fondo de ojo derecho, a nivel del tercio proximal de arcada temporal inferior se observa una lesión parcheada brillante levemente sobreelevada, de aspecto calcificado, sugestiva de un hamartoma astrocítico, con dudosos signos de hialinización distal al vaso sobre el que se asienta la lesión.

Por otra parte, en el ojo izquierdo se objetiva una lesión amarillenta ténue de aspecto translúcido, compatible con un hamartoma incipiente en zona parapapilar superotemporal.

En la tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (OCT-SD) se observó una hipertrofia de las capas internas en ambos ojos en consonancia con los hamartomas descritos. Igualmente se observó una zona hiperreflectante en relación con la gliosis en la zona sospechosa de obstrucción vascular del OD, que provocaba el velamiento de los vasos subyacentes, sin signos manifiestos de fenómenos obstructivos ni hialinización en el estudio Angio-OCT, corroborado mediante estudio angiofluoresceingráfico.

Conclusiones: La OCT-SD resulta una herramienta muy útil en la caracterización de los hamartomas astrocíticos retinianos, complementada mediante el estudio Angio-OCT, especialmente ante sospecha de compromiso vascular y/o neovascularización.

CPCC158

COMPLICACIONES SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DEL MELANOMA COROIDEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrés LÓPEZ JIMÉNEZ, José María CARACENA ORDÓÑEZ, Juan Antonio VALVERDE ESPALLARDO, Susana GÓMEZ RIVERA

Introducción: La braquiterapia del melanoma uveal, es una técnica basada en la colocación de una placa epiescleral radioactiva de yodo-125 o rutenio-106. La supervivencia no es estadísticamente inferior a la enucleación ocular. La mitad de los pacientes con melanoma uveal tratados con braquiterapia experimentan morbilidad ocular significativa (catarata, glaucoma, neuropatía, maculopatía, neovascularización iridiana, hemorragias vítreas, desprendimiento de retina...).

Caso clínico: Varón de 64 años diagnosticado de melanoma uveal en ojo derecho, que fue sometido a braquiterapia con Ru-106. Cuatro meses después presentó diploplía secundaria a una paresia vertical del oblicuo superior de ese ojo, que requirió tratamiento quirúrgico, así como disminución importante de la agudeza visual, molestias, irritación y dolor ocular durante varios meses. En la exploración se aprecia queratitis punteada superficial y en fundoscopia lesión atrófica en el lecho tumoral sin otras alteraciones. Se inicia tratamiento con fluorometolona y lágrimas artificiales, presentó mejoría y agudeza visual de la unidad.

Tres años después acude a consulta por disminución de agudeza visual del ojo derecho. A la exploración presenta agudeza de 0,7, se aprecia a la fundoscopia una lesión plana sin signos de actividad con atrofia severa y retinopatía macular. En la OCT se observa atrofia foveal a expensas de capas retinianas internas con cambio microestructural y alteración de la continuidad de la capa elipsoide.

Conclusiones: El uso de la braquiterapia para el tratamiento del melanoma uveal requiere la capacidad de controlar los efectos secundarios y no descarta la posibilidad de enucleación. Es aconsejable mantener una comunicación continua y realista con el paciente, así como un seguimiento estrecho que en nuestro caso hubiera permitido actitudes terapéuticas precoces sobre su incipiente maculopatía para reducir el riesgo de cambios estructurales definitivos.

CPCC159

RETINOPATÍA HIPERTENSIVA MALIGNA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Verónica LORENZO MORALES, Daniel RAMOS GONZÁLEZ

Introducción: El síndrome antifosfolípido es un estado autoinmune de hipercoagulabilidad causada por anticuerpos contra los fosfolípidos de las membranas celulares. La enfermedad se caracteriza por 2 grupos de anticuerpos (anticardiolipinas y anticoagulate lúpico). Típicamente se caracteriza por trombosis y complicaciones a nivel obstétrico.

Caso clínico: paciente de 17 años que acude a urgencias por presentar cefalea importante de características orgánicas asociada a disminución de la agudeza visual (A.V.)

No presenta antecedentes oftalmológicos ni sistémicos de interés pero si es fumadora de 1 paquete /día.

En la exploración oftalmológica la A.V. es de 0,2 en el ojo derecho (O.D.) y de 0,3 en el ojo izquierdo (O.I.) asociado a defecto pupilar aferente relativo en ambos ojos.

En la motilidad ocular extrínseca se observa una leve limitación en la abducción.

La biomicroscopía no presenta alteraciones significativas y en el fondo de ojo se aprecia un importante edema de papila bilateral asociado a importante tortuosidad y congestión vascular.

Ante los hallazgos se solicita un TAC craneal con contraste donde se puede apreciar una trombosis a nivel del seno cavernoso.

La paciente ingresa a cargo del servicio de neurología aplicando tratamiento anticoagulante a dosis terapéuticas y se procede a realizar estudio de trombofilia dado el caso y la edad de la paciente así como antecedentes de interés excepto el tabaquismo.

Se encontraron en los análisis sanguíneos anticardiolipina y anticoagulante lúpico lo cual nos llevó al diagnóstico de síndrome antifosfolípido instaurante tratamiento profiláctico con heparina.

Desgraciadamente a nivel oftalmológico la evolución fue hacia atrofia óptica y la A.V en el momento actual es de 0,05 (O.D) y 0,1 (O.I)

Conclusión: La importancia de la realización de fondo de ojo ante cuadros sistémicos así como del estudio y tratamiento precoz para evitar complicaciones mayores y a otros niveles.

CPCC160

MACULOPATÍA POR PUNTERO LÁSER. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Rebeca MADRIGAL SÁNCHEZ, Clara VALOR SUÁREZ, Pilar PEÑA URBINA

Introducción: Se presentan dos casos clínicos de dos pacientes que después de jugar con un puntero láser verde presentan disminución de la agudeza visual, escotoma central y discromatopsia. El objetivo es describir los cambios estructurales en la tomografía de coherencia óptica y autofluorescencia en dos casos de maculopatía inducida por puntero láser.

Caso clínico: La primera paciente de 40 años de edad, presentó una agudeza visual 0,7 en ojo derecho. El segundo caso era un niño de 11 años y una agudeza visual de 0,8 en ojo izquierdo. Ambos refieren exposición accidental de apenas segundos. Se realiza tomografía de coherencia óptica paciente en el momento del diagnóstico se observa afectación focal a nivel de los fotorreceptores. En la autofluorescencia muestran zona de hipoautofluorescencia compatible con afectación focal del epitelio pigmentario de la retina.

Conclusiones: Desde el punto de vista clínico, la retinopatía causada por un puntero láser es muy similar a la retinopatía solar, sólo que se necesita mucho menos tiempo de exposición en el caso del puntero láser. La FDA reconoce 4 tipos de láser (I-IV) de los cuáles el puntero láser pertenece al grupo IIIA, siendo el láser de diodo verde-azul más peligroso que el rojo-naranja. Los punteros láser de clase III con una longitud de onda de 532 nm pueden encontrarse con facilidad en el mercado y debería ser restringido a un uso profesional.

La maculopatía por puntero láser debería tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de maculopatía de causa desconocida, es importante realizar un seguimiento, ya que, aunque algunos casos han mostrado mejoría en la agudeza visual, otros han tenido complicaciones. Algunos autores recomiendan la utilización de corticoides sistémicos aunque su eficacia no esta probada.

CPCC161

ALTERACIONES PERIMACULARES EN PACIENTE ASIÁTICA EN TRATAMIENTO CON HIDROXICLOROQUINA

Juan MARÍN NIETO, Carmen SOMAVILLA BUENO, Francisco Javier SOMAVILLA LUPIÁÑEZ, José GARCÍA CAMPOS

Introducción: La maculopatía por hidroxycoloroquina es una patología bastante conocida que obliga a que los pacientes con este tratamiento deban ser sometidos a revisiones periódicas. Las últimas investigaciones sobre los efectos oftalmológicos de la hidroxycoloroquina parecen indicar que en pacientes de raza asiática las alteraciones pueden tener características diferentes a las conocidas hasta ahora, pues el daño se produce en territorios perimaculares, respetando la mácula. Se presenta aquí el caso de una paciente asiática en tratamiento con hidroxycoloroquina durante 6 años que en revisión rutinaria en Oftalmología debuta con alteraciones perimaculares.

Caso clínico: Mujer de origen asiático de 55 años de edad que acude a revisión anual de seguimiento por uso de hidroxycoloroquina por 6 años con una dosis de 400mg al día. Asintomática.

Agudeza visual (AV) de ojo derecho (OD): 0.8. AV ojo izquierdo (OI): 1

Biomicroscopía: polo anterior sin alteraciones.

Presión intraocular: 12/12 mmHg.

— Funduscopía OD: papila sin alteraciones y con índice excavación/papila de 0.1. Alteraciones pigmentarias perimaculares temporales e inferiores a la mácula con respeto de ésta.

Funduscopía OI: sin alteraciones.

— Autofluorescencia OD: se observa aumento de la señal al final de arcada vascular temporal inferior (se corresponde con las alteraciones pigmentarias halladas en la funduscopía).

OI: sin alteraciones.

— Campimetría Computerizada 24-2:

OD: escotoma relativo perimacular en zona temporal inferior a la mácula. OI: sin alteraciones.

— Optical Coherence Tomography (OCT):

OD: alteraciones a nivel del epitelio pigmentario. OI: sin alteraciones.

Conclusión: El conocimiento de esta variante de afectación de la hidroxycoloroquina en personas asiáticas es importante dado el aumento de población de este origen en nuestro país y debido también al diferente manejo y pruebas complementarias que precisa su seguimiento (como por ejemplo, el uso de la campimetría 24-2, en lugar de 10-2, etc.).

CPCC162

PAQUICOROIDOPATÍA PERIPAPILAR

Ana Cristina MARTÍNEZ BORREGO, Fernando LÓPEZ HERRERO, José Luis SÁNCHEZ VICENTE, Óscar LOZANO BERNAL

Introducción: La Paquicoroidopatía peripapilar constituye una nueva forma incluida en el espectro de la Paquicoroides.

Entre las características comunes de la paquicoroides se incluyen un engrosamiento focal o difuso de la coroides con dilatación de los vasos de la capa de Haller (paquivasos) y adelgazamiento de la coroides interna suprayacente. Además se produce una hiperpermeabilidad de la coroides demostrable mediante verde indocianina.

Presentamos 4 casos de Paquicoroidopatía Peripapilar.

Casos Clínicos: Estudiamos 4 ojos de 4 pacientes de entre 47 y 65 años de edad. Presentan todos ellos un desprendimiento seroso del neuroepitelio en la región macular nasal que se extiende hacia el disco óptico, con aumento del grosor coroideo a ese nivel. Analizamos el grosor coroideo y la evolución que han presentado a lo largo de entre 6 y 48 meses, mediante imagen multimodal.

Conclusión: Describimos algunos casos de Paquicoroidopatía Peripapilar como un nuevo grupo de enfermedades de la Paquicoroides, caracterizadas por un engrosamiento de la coroides en el lado nasal de la mácula y alrededor del disco óptico con presencia de líquido intra y subretiniano alrededor del disco y en la región macular nasal, extendiéndose hacia el disco óptico.

CPCC163

ACROMATOPSIA CONGÉNITA INCOMPLETA. DIAGNÓSTICO POR SD - OCT

María Caridad MARTÍNEZ HERGUETA, Belén SÁNCHEZ CAÑAL, Medina Azahara MOYA MOYA

Introducción: La acromatopsia congénita es una distrofia macular asociada a ausencia o disfunción de conos. Afecta a 1 de entre cada 30.000 a 50.000 personas. Actualmente solo hay 5 marcadores genéticos asociados a este trastorno heterogéneo autosómico recesivo, siendo los más frecuentes para las formas incompletas las mutaciones en CNGA3 y CNGB3.

Dado que la enfermedad es atribuible a distintos genotipos, existe variabilidad en la presentación fenotípica.

Caso clínico: Mujer de 43 años que acude por pérdida de agudeza visual (AV) bilateral de largo tiempo de evolución. No refería antecedentes previos de enfermedades, consumo de fármacos o drogas, ni exposición solar de riesgo.

Presentaba una motilidad ocular intrínseca y extrínseca normal, sin nistagmus, la AV de ambos ojos fue de 0.4 y 0.1, y el polo anterior y posterior eran normales.

El test de Ishihara reveló una debilidad cromática grave y en la perimetría automatizada presentaba un escotoma central bilateral.

La autofluorescencia y la angiografía fueron normales y la tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD - OCT) demostraba una pérdida de la unión de los elipsoides (IS/OS) con ausencia de la capa de fotorreceptores a nivel foveal de ambos ojos.

El electroretinograma confirmó la alteración de fotorreceptores de predominio en los conos del área macular.

Conclusiones: El diagnóstico de acromatopsia supone un desafío dada sus diversas formas clínicas. En esta paciente se planteó un diagnóstico diferencial entre maculopatía por exposición solar crónica, por popper y distrofia de conos, que fueron descartados tras la anamnesis y el resultado de la exploración.

El uso de pruebas como la SD - OCT ayudan a descartar distintas etiologías y dan una mayor comprensión de la enfermedad. El SD-OCT define los cambios estructurales asociados con la pérdida de conos subfoveales caracterizados por el hallazgo de una zona hiporreflectiva correspondiente a la unión IS/OS con un epitelio pigmentario intacto.

CPCC164

EDEMA MACULAR BILATERAL SECUNDARIO AL TRATAMIENTO CON DABRAFENIB Y TRAMETINIB

Juan Pedro MARTÍNEZ SERRANO, Alberto BERMÚDEZ CORTÉS

Introducción: La asociación de Dabrafenib y Trametinib es tratamiento para melanoma con mutación BRAF V-600, siendo una medicación que tanto aislada como en combinación presenta reacciones adversas oftalmológicas, poco frecuentes, tales como uveítis, oclusión venosa retiniana y desprendimiento del epitelio pigmentario de la retina

Caso clínico: Mujer de 71 años que en el contexto de melanoma metastásico, comienza tratamiento con Dabrafenib y Trametinib, solicitándose previo al inicio una valoración oftalmológica, donde la funduscopia y OCT resultaron normales. Tras 1 mes de tratamiento, acude derivada desde oncología por disminución de la agudeza visual y escotoma central bilateral. Se objetiva un edema severo macular bilateral con hipermetropía, sin presencia de uveítis. Tras sucesivas revisiones, el edema macular y la hipermetropía fluctuaban acorde al aumento o descenso de dosis de su medicación oncológica.

Conclusiones: Dabrafenib y Trametinib son medicamentos de nuevo uso en melanoma, y aunque poco frecuentes, existen reacciones adversas medicamentosas oculares invalidantes. El edema macular bilateral no se encuentra especificado en ficha técnica como tal. La magnitud de los síntomas parece dependiente de la dosis de fármaco usado.

CPCC165

DRUSAS MACULARES DOMINANTES (A PROPÓSITO DE TRES CASOS)

Sandra MARTÍNEZ SOMOLINOS, Ramón ESPINET BADIA, Valentín HUERVA ESCANILLA, Diego CASTANERA GRATACÓS

Introducción: La coroiditis en panal de miel de Dooyne, malaltia de leventinese o drusas maculares dominantes es una enfermedad hereditaria caracterizada por la aparición de drusas en la 2.^a-3.^a década de la vida, que condicionarán una pérdida progresiva de la agudeza visual (AV) hacia la 5.^a década de la vida.

Casos clínicos: Se presentan tres casos clínicos de pacientes con drusas maculares dominantes. Una de las pacientes (de 33 años) acudió a urgencias por metamorfopsias en ambos ojos (AO), siendo su AV de la unidad en AO. El resto de pacientes (61 y 54 años) consultaron por disminución de la AV (0.7/0.6 y de 0.8/0.9 respectivamente). Dos enfermos fueron incluidos en el estudio genético para la mutación del gen EFEMP1, el tercer paciente fue descartado para dicho estudio dado su mal estado general. Ningún enfermo recibió tratamiento específico y su seguimiento al año mostró estabilidad visual y fundoscópica.

Conclusiones: Las drusas familiares dominantes son una entidad caracterizada por la presentación de drusas en la mácula con un patrón de herencia autosómico dominante (penetrancia completa y expresividad variable). En la mayoría de los casos se demuestran mutaciones en el gen EFEMP1 (cromosoma 2). En nuestro caso, dos de los enfermos fueron incluidos en el estudio genético. La enfermedad presenta varios grados de afectación macular, desde pequeñas y discretas drusas duras confinadas a la mácula hasta drusas grandes y blandas en el polo posterior y área peripapilar. Algunos pacientes incluso pueden desarrollar membranas neovasculares coroides o atrofia geográfica en fases avanzadas. Los síntomas comienzan en la tercera o cuarta década de vida e incluyen disminución de la agudeza visual, metamorfopsias y escotoma paracentral. La visión central es buena mientras las drusas sean discretas y extrafoveales. Su diagnóstico diferencial debe hacerse (entre otros) con la Enfermedad de Best y enfermedad de Stargardt. No existen tratamientos para esta patología.

CPCC166

MEJORÍA DE EDEMA MACULAR QUÍSTICO TRAS EMBOLIZACIÓN DE FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA EN PACIENTE DIABÉTICO

Paula MONTES RODRÍGUEZ, Gisela KARLSRUHER RIEGEL, Javier MATEO

Introducción: La fístula carótido-cavernosa es una conexión anómala entre la arteria carótida y el seno cavernoso; puede ser espontánea en 25% de los casos o adquirida en el 75% restante, principalmente de origen traumático.

A nivel ocular se distingue por proptosis, quémosis, vasos episclerales en tirabuzón, pulsación del glóbulo ocular, soplo orbitario, disminución de la agudeza visual y aumento de la presión intraocular.

Caso clínico: Se comunica el caso de un paciente de 67 años de edad, sin antecedente de traumatismo craneoencefálico, con diabetes mellitus tipo 1 de 40 años de evolución, en seguimiento por el servicio de Oftalmología por retinopatía diabética, en tratamiento con inyecciones intravítreas repetidas de antiangiogénicos por edema macular quístico con escasa respuesta, que padeció un cuadro compatible con fístula carótido-cavernosa espontánea, que fue tratada con embolización endoscópica consiguiéndose la remisión del edema macular prácticamente en su totalidad.

Conclusiones: Las fístulas carótido-cavernosas son poco frecuentes y ocurren principalmente de manera secundaria a un traumatismo craneoencefálico. A pesar de que las fístulas espontáneas suelen ser de bajo flujo e indirectas y pueden aliviarse sin necesidad de intervención incluso en 60% de los casos, en nuestro paciente se decidió realizar la panangiografía con posterior embolización debido a que presentaba alteraciones en la agudeza visual y edema macular diabético, cuando antes de la fístula, el paciente había permanecido muchos meses con buen control metabólico y sin necesidad de tratamiento antiangiogénico.

CPCC167

NEURORRETINOPATÍA MACULAR AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisco Javier MORENO MORILLO, Gabriel ARCOS VILLEGAS, Juan DONATE LÓPEZ, Ignacio FLORES MORENO

Introducción: La neurorretinopatía macular aguda es una enfermedad rara que se describió por primera vez en 1975 por Bos y Deutmann de la que hay pocos casos descritos en la literatura de la que conocemos datos demográficos y algunos factores de riesgo asociados pero de la que aún desconocemos su etología.

Caso clínico: Acudió a Urgencias una paciente de 26 años de edad refiriendo unos escotomas para centrales con forma de "bacilos" en ambos ojos. Los únicos antecedentes reseñables eran la toma de anticonceptivos Orales y un proceso pseudogripal la semana previa al episodio. La biomicroscopía era normal y en el fondo de ojo se apreciaban dos lesiones juxtafoveales de forma bilateral.

Al realizar la OCT apreciamos una hiperreflectividad de la capa nuclear externa y de la plexiforme externa de la retina. Con una disrupción de la capa elipsoides. Coincidiendo con la alteraciones típicas descritas en la literatura.

Se realizó una AngioOCT donde se observó una disminución de flujo en la Coriocupilar estando respetado el flujo en los plexos capilares superficial y profundo.

Conclusión: La neurorretinopatía macular aguda es una enfermedad que aparece principalmente en mujeres jóvenes alrededor de la tercera década de la vida con una presentación de escotomas paracentrales. La OCT muestra hiperreflectividad de las capas externas de la retina y aunque aún no conocemos su origen se está investigando mediante angioOCT una posible causa vascular.

CPCC168

DISTROFIA MACULAR CISTOIDE DOMINANTE: DIAGNÓSTICO Y ENFOQUE TERAPÉUTICO

José Enrique MUÑOZ DE ESCALONA ROJAS, Roberto ANAYA ALAMINOS, María Luisa ALFÉREZ ASENJO, Rosa María BELLIDO MUÑOZ

Introducción: La distrofia macular cistoide dominante se trata de una distrofia retiniana con herencia autosómica dominante que afecta a la región macular.

Caso clínico: Paciente de 6 años de edad derivado por no alcanzar la agudeza visual máxima a pesar de corrección óptica.

Su agudeza visual era de 0,4 en ambos ojos con : ojo derecho +1,75 -2,50 x 150° y ojo izquierdo +2,25 -2,00 x 30°. En el polo posterior se observó edema macular cistoide objetivado mediante tomografía de coherencia óptica (OCT), presentaba formaciones quísticas en las capas nucleares internas y externas de la retina. La angiografía fluoresceínica mostró hiperfluorescencia en estadios medios y finales de la misma. Los potenciales evocados visuales y el electroretinograma fueron normales.

El tratamiento con acetazolamida via oral durante varios meses no fue efectivo.

Conclusiones: La distrofia macular cistoide es una enfermedad progresiva cuya edad de comienzo se establece entre la primera y segunda décadas de la vida. La aparición de formaciones quísticas cistoides en región macular ocurren inicialmente y en este estadio puede no verse afectada la agudeza visual. En el curso de la enfermedad se va produciendo una desestructuración en las diferentes capas de la retina lo que origina una atrofia coriorretiniana conforme se produce la disminución de las colecciones cistoides.

En nuestro caso los familiares directos del paciente no presentaban la enfermedad, lo que quizás condicionara un diagnóstico más tardío de la distrofia.

El tratamiento con acetazolamida en nuestro caso no mejoró la agudeza visual, aunque se ha demostrado que el efecto puede ser dependiente de la dosis y ser mas efectivo en los momentos iniciales de la maculopatía.

Por último es importante el diagnóstico diferencial con otras entidades tales como: la retinosquis juvenil ligada al X, la retinosis pigmentosa o variantes de los fenotipos asociados a mutaciones del gen BEST 1.

CPCC169

HAMARTOMA RETINIANO DEBUT DE ESCLEROSIS TUBEROSA

Luz Ángela MUÑOZ JIMÉNEZ, Ana MORALES BECERRA, Jaume CATALÀ MORA,
Jesús DÍAZ CASCAJOSA

Introducción: Los hamartomas peripapilares son tumores astrocíticos benignos, caracterizados por la proliferación de tejido glial, lo que provoca gran distorsión papilar. Estos tumores rara vez aparecen de forma aislada y con frecuencia se asocian a las facomatosis, especialmente a la esclerosis tuberosa.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente de 5 años, asintomática, que acude a control con agudeza visual (AV) de unidad de ambos ojos, segmento anterior normal y en el fondo de ojo (FO) derecho (OD) normal y el de ojo izquierdo (OI) encontramos de manera casual un hamartoma papilar con vasos envainados pero flujo distal normal.

Evolución: Se realizó interconsulta con Pediatría para realizar estudio sistémico bajo la sospecha de una facomatosis. Se encontraron adenomas sebáceos y lesiones cutáneas hipomelanóticas, confirmándose la sospecha diagnóstica de esclerosis tuberosa.

Ha permanecido estable en exploraciones seriadas.

Conclusión: Ante cualquier tipo de hamartoma hace falta la realización de un estudio sistémico debido a la importancia de descartar una facomatosis. Así como controles oftalmológicos, ya que aunque sean tumores benignos, en ocasiones pueden generar complicaciones: hemovitreo, desprendimiento de retina, exudación,...

CPCC170

CORRELACIÓN MORFOLÓGICA Y FUNCIONAL EN UN EPISODIO AGUDO DE INFLAMACIÓN EN COROIDITIS MULTIFOCAL

Elena NAVARRO HERNÁNDEZ, Carla VILLENA ALVARADO, Roberto GALLEGO PINAZO, Elisabet RICO SANTOS

Introducción: La pérdida de visión en casos de coroiditis multifocal idiopática (MFC) está clásicamente asociada a inflamación y/o neovascularización coroidea. El presente caso muestra los signos de imagen multimodal de fondo de ojo en un episodio agudo de inflamación

Caso clínico: Una mujer miope de 20 años acudió por pérdida de visión y escotoma superotemporal en su ojo izquierdo (OI). La agudeza visual corregida era de 1,0 en ojo derecho (OD) y de 0,2 en OI. La biomicroscopía no mostró signos de inflamación en cámara anterior ni vítreo. En la fundoscopia se observaron lesiones amarillentas atróficas redondeadas en polo posterior y atrofia peripapilar. La autofluorescencia (AF) del OI mostró una hiperautofluorescencia difusa del polo posterior, junto con hipoautofluorescencia propia de las lesiones atróficas. La tomografía de coherencia óptica (OCT) mostró una disrupción de los elipsoides de los fotorreceptores coincidente con la hiperautofluorescencia, que a su vez se correlacionaba con el defecto campimétrico.

Conclusión: La aproximación multimodal en casos de MFC proporciona información valiosa sobre el grado y la severidad de la enfermedad. La AF ha sido relacionada con inflamación aguda a nivel de la retina externa, habitualmente transitoria. Es importante diferenciar esta afectación de otras posibles causas de alteración visual.

CPCC171

MANIFESTACIONES RETINIANAS EN PACIENTES CON GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA MEDIADA POR COMPLEMENTO

Lucía de PABLO GÓMEZ DE LIAÑO, Ignacio CAÑAS ZAMARRA, José Ignacio FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO, Carmen NAVARRO PEREA

Introducción: La glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP) mediada por complemento es una enfermedad rara, pero puede asociarse a alteraciones retinianas. Por ello, el propósito de este estudio fue valorar una serie de casos con dicho diagnóstico en seguimiento por nefrología en nuestro centro.

Caso clínico: Estudio transversal de 8 pacientes diagnosticados de GNMP mediada por complemento. Se realizó funduscopia, Tomografía de coherencia óptica (OCT) y angio-OCT de dominio Swept Source. 1 de los 8 pacientes presentaba depósitos drusenoides que se localizaron bajo el epitelio pigmentario retiniano (EPR) en la OCT, descartándose la presencia de neovascularización coroidea asociada en la angio-OCT.

Conclusiones: La GNMP puede producir alteraciones retinianas con drusas o desprendimientos del EPR, por lo que se debe hacer un adecuado diagnóstico diferencial con la degeneración macular asociada a edad, realizando un seguimiento en estos pacientes debido a las posibles complicaciones que puedan dar lugar a una pérdida de visión.

CPCC172

NEOVASCULARIZACIÓN PERIPAPILAR EN RETINOPATÍA DIABÉTICA, SEGUIMIENTO MEDIANTE OCT-A

Carlos PLAZA LAGUARDIA, Amancia MATEOS HERNÁNDEZ, Irene GARZO GARCÍA, Andrea CARRANCHO GARCÍA

Descripción: La comprensión de los hallazgos que ofrece la OCT-A está facilitando tratamientos más precisos y tempranos.

Presentamos, en relación a un caso, la utilidad de esta prueba en el seguimiento de la proliferación fibrovascular peripapilar y su facilidad para monitorizar la respuesta al tratamiento antiangiogénico de forma gráfica y visual.

Materiales/Pacientes y métodos: Mujer de 34 años con diabetes mellitus tipo 1 que presentó pérdida repentina de la visión del OD. La agudeza visual era 20/32 en OD y 20/80 en OI. El examen del segmento anterior evidenció rubeosis iridis en AO. La fundoscopia reveló una neovascularización papilar importante en OD y hemorragia vítrea en OI.

La angiografía con fluoresceína (AF) mostró una fuga peripapilar focal que se volvió más intensa en fases posteriores en AO, así como en áreas grandes de isquemia retiniana.

La OCT-A demostró las regiones no perfundidas en la profundidad de la retina y la ampliación de la zona foveal avascular (ZAF). También mostró con precisión la neovascularización del disco gracias a la visualización En Face del área vitreoretiniana.

Conclusiones: La paciente fue tratada con tres dosis mensuales de ranibizumab intravítreo y foto-coagulación panretiniana en AO, lo que resultó en la regresión de la neovascularización, la limpieza del hemovítreo y la mejora de la agudeza visual.

Se han identificado muchos hallazgos clínicos relacionados con la retinopatía diabética utilizando la OCT-A, como la tinción de la pared arteriolar, microaneurismas o anomalías microvasculares intrarretinianas.

La función En Face de la OCT-A es especialmente útil para la monitorización de la neovascularización papilar, ya que muestra la regresión progresiva del proceso fibrovascular debido a la visualización tridimensional del área vitreoretiniana.

CPCC173

ENFERMEDAD DE COATS DE COMIENZO EN MUJER ADULTA

Carmen Alejandra PORCAR PLANA, Miguel ORTIZ SALVADOR, Elena NAVARRO HERNÁNDEZ, Elisabeth RICO SANTOS

Introducción: La enfermedad de Coats es una vasculopatía retiniana idiopática unilateral caracterizada por aneurismas y teleangiectasias, exudación intra y subretiniana y, a menudo desprendimiento de retina exudativo. Típicamente se presenta en la infancia y alrededor del 75% de pacientes son varones. En este caso se describe a una paciente mujer diagnosticada de enfermedad de Coats a los 24 años.

Caso clínico: Paciente mujer de 24 años sin antecedentes de interés que acudió a urgencias refiriendo fotopsias en ojo izquierdo de varios días de evolución. La agudeza visual era 20/20 en ambos ojos. La tensión ocular era de 15 mmHg en ambos ojos. La exploración del polo anterior era normal en ambos ojos. El fondo de ojo derecho normal. En el fondo de ojo izquierdo presentaba exudados subretinianos masivos prácticamente en los 360° en las regiones ecuatoriales y periféricas retinianas. También presentaba hemorragias periféricas así como dilataciones e irregularidades vasculares periféricas, que se evidencian con la angiografía fluoresceínica. Se diagnosticó de enfermedad de Coats (estadio 2A de Shields).

Conclusiones: Aunque más de dos tercios de los enfermos de Coats tienen menos de 10 años y son varones, es importante plantear este diagnóstico en pacientes adultos, y también en mujeres, que presentan un componente exudativo tan abundante como el de este caso. Deben tenerse en cuenta las diferencias y similitudes de la enfermedad de Coats de presentación atípica respecto a la presentación habitual. Es primordial, sobre todo en casos de presentación atípica la realización de un detallado diagnóstico diferencial de vasculopatías exudativas.

CPCC174

DESPRENDIMIENTO DE EPITELIO PIGMENTARIO: EVALUACIÓN DE 4 CASOS

Francisco José POZO LORENZO, Miriam PASTOR MONTORO, Almudena CARAVACA ALEGRÍA, Raquel BERRIO CAMPOS

Introducción: El desprendimiento de epitelio pigmentario (DEP) es una manifestación clínica frecuente en enfermedades coriorretinianas, pudiendo evolucionar hacia la resolución espontánea, atrofia geográfica o neovascularización coroidea. Se asocia con frecuencia a degeneración macular asociada a la edad (DMAE) y a coriorretinopatía central serosa (CSC).

Casos clínicos: Caso 1: Mujer de 62 años con drusas yuxtafoveales en ojo derecho (OD) y DEP en fóvea en ojo izquierdo (OI). Su mejor agudeza visual corregida (MAVC) fue 1 en OD y 0,5 en ojo izquierdo (OI). Pautamos Aflibercept intravítreo en OI, no observando modificación anatómica ni funcional tras tratamiento.

Caso 2: Varón de 51 años con DEP y líquido subretiniano (LSR) en OD, diagnosticado de coriorretinopatía central serosa (CSC). Su MAVC fue 0,8 en OD. Se instaura tratamiento con Nepafenaco tópico hasta desaparición de LSR. Un año después, su MAVC en OD es 1, con ausencia de LSR y persistencia del DEP.

Caso 3: Mujer de 71 años hipertensa con DMAE neovascular tipo I (DEP y LSR) en OD. Su MAVC fue 0,5 en OD. Se trata con repetidas inyecciones intravítreas de Aflibercept en OD. Dos años después su MAVC es 0,8 con resolución del DEP.

Caso 4: Mujer de 83 años con DMAE y DEP en OD. Su MAVC fue 0,6 en OD. Pautamos inicialmente Bevacizumab y posteriormente Aflibercept intravítreo en OD, sin respuesta en ambos casos. Nueve años después su MAVC es 0,7 con persistencia del DEP.

Conclusiones: Los anti-VEGF han demostrado una eficacia muy variable en el tratamiento del DEP, y se estima que solo en el 20% de casos, se consigue la resolución completa. El tipo y altura del DEP, así como el fármaco anti-VEGF usado, se asocian con una mayor probabilidad de resolución de éste después del tratamiento.

CPCC175

AGUJERO MACULAR SECUNDARIO A OCLUSIÓN ARTERIAL TRATADO CON LA TÉCNICA DE FLAP DE MEMBRANA LIMITANTE INTERNA INVERTIDO

María del Mar PRIETO DEL CURA, María Múxima Patrica ACEBES GARCÍA, María José CRESPO CARBALLO

Introducción: La vitrectomía vía pars plana (VPP) combinada con el pelado de la membrana limitante interna (MLI) y su modificación del flap invertido en agujeros maculares (AM) ≥ 500 micras es la técnica más utilizada en AM idiopáticos, pero en aquellos cuya causa asociada al AM es la inflamación secundaria a un edema retiniano, que no se resuelve con tratamiento médico, el pelado de MLI facilitaría la salida de sangre y el líquido extracelular de las capas internas de la retina, lo que llevaría a la reducción del edema macular.

Caso clínico: Mujer de 63 años que presenta pérdida de visión con un escotoma central en el ojo izquierdo (OI) de un mes de evolución. En el examen, la mejor agudeza visual corregida fue 20/20, en el ojo derecho, y 20/80 OI, donde se observa un agujero macular con líquido subretiniano al final de una oclusión de la rama de la arteria retiniana que suministra sangre al área superior de la mácula. La tomografía de coherencia óptica (OCT) reveló un AM de 552 μm de ancho y una adhesión vitreomacular en OI. Se realizó una vitrectomía vía pars plana 23G con pelado de MLI donde una pequeña cantidad de perfluorocarbono (PFC) facilita, que el semicírculo libre de ILM unido al borde, permanezca sobre la mácula para mantener el colgajo ILM invertido en su posición, con el fin de estabilizarlo en el intercambio fluido-aire seguido por aire-gas (SF6). Dos meses después de la operación, la OCT mostró el cierre del AM, con una restauración de la membrana limitante externa y la zona elipsoide, la normalización del contorno foveal y una mejoría de la visión de 20/32.

Conclusiones: A pesar de las diferencias en el cierre del AM entre el AM idiopático y el AM secundario a edema retiniano, ambas comparten características comunes. Sugerimos que un colgajo de ILM de una sola capa sería más fisiológico, proporcionando una estructura más regular para la proliferación glial y menos inflamación que una ILM de múltiples capas en casos similares al expuesto.

CPCC176

EPITELITIS RETINIANA AGUDA

Aurora M.^a QUEREDA CASTAÑEDA, M.^a del Carmen QUIJADA PINOS

Introducción: La Epitelitis Retiniana Aguda (ERA) o enfermedad de Krill es una enfermedad infrecuente, de etiología desconocida y que suele precederse de un cuadro viral. Es más frecuente en sujetos jóvenes y su curso es autolimitado, aunque a veces pueden producirse recurrencias.

Caso clínico: Mujer de 41 años que acude a urgencias por pérdida de visión y escotoma central en ojo izquierdo (OI) de unos días de evolución. Refería un cuadro de resfriado leve previo. Presentaba una agudeza visual normal en ojo derecho y ligeramente disminuía en OI. La biomicroscopía y presión intraocular fueron normales. En el fondo de ojo se observó una pequeña mancha amarillenta en el área macular del OI. La tomografía de coherencia óptica mostró una morfología foveal normal con una pequeña disrupción del epitelio pigmentario de la retina (EPR) en el área foveolar. La autofluorescencia mostró una ligera hipoautofluorescencia en la zona de la mancha y la angiografía fluoresceínica objetivó una hiperfluorescencia leve de la zona en tiempos tardíos. El cuadro se resolvió espontáneamente en el transcurso de un mes.

Conclusiones: La ERA es un trastorno en el que se afecta el EPR, se produce una inflamación de la retina neurosensorial probablemente de origen viral. Debe hacerse diagnóstico diferencial con las drusas aisladas en polo posterior; la epiteliopatía placoide multifocal aguda; y con menos posibilidad de confusión con el agujero macular, los microaneurismas de la retinopatía diabética; el fundus flavimaculatus y la coroidopatía punteada interna. Algunos autores defienden el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) como tratamiento para esta entidad, aunque no está claro su papel. En nuestro caso no los utilizamos por ser la paciente alérgica a AINEs. El pronóstico es bueno y suele resolverse en un corto periodo de tiempo. Consideramos importante tener presente esta patología para realizar un diagnóstico correcto.

CPCC177

REPERCUSIÓN EN LA RETINOPATÍA DIABÉTICA DE UN CONTROL METABÓLICO BRUSCO

Daniel RAMOS GONZÁLEZ, Verónica LORENZO MORALES

Introducción: La retinopatía diabética (RD) es una de las principales complicaciones de las diabetes mellitus (DM). Para prevenir su aparición y controlarla una vez se ha iniciado precisamos un buen control metabólico. Presentamos un caso clínico que demuestra que un control metabólico conseguido de forma brusca puede tener efectos contrarios a los deseados.

Caso clínico: Paciente de 43 años con DM de 6 años de evolución en tratamiento con insulina lenta y metformina. Como antecedentes oftalmológicos de interés presenta un leucoma corneal que afecta al eje visual. En la exploración oftalmológica la MAVC del ojo derecho (OD) es de 0,15 y la del ojo izquierdo (OI) de 1. En la biomicroscopía se aprecia un leucoma corneal en el O.D.

En el fondo de ojo (F.O) observamos microaneurismas y hemorragias superficiales con algún exudado. A los 6 meses en el F.O. aparecen más hemorragias asociándose edema macular (EM) leve (OCT: 300 micrometros) planteándonos en este momentos realizar láser focal. El endocrino decide retirar la insulina y tras dicha actuación un par de meses después el FO empeora presentando aumento de hemorragias y exudados y arrosamiento venoso. En su próxima consulta endocrinológica se reduce la pauta de metformina. A los 6 meses podemos observar una mejoría en el FO con desaparición del EM (OCT: 260 micrometros) y algunos microaneurismas y exudados en OD sin hemorragias.

Al año se aprecian microaneurismas y exudados mínimos y a los 2 años sólo existen microaneurismas aislados con una OCT totalmente normal.

Conclusión: Con este caso lo que queremos exponer es que a veces queremos alcanzar un control metabólico demasiado estricto y tenemos que tener siempre presente que tanto las hiper como hipoglucemias influyen negativamente en la evolución de la retinopatía diabética y que el control debe ser estricto pero no excesivo ni de forma brusca.

CPCC178

NUEVA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA PARA LA RETINOPATÍA BILATERAL POR INFECCIÓN DEL VIRUS INFLUENZA A (H1N1)

Lucía RAMOS GONZÁLEZ, Paula MARTÍNEZ LÓPEZ-CORELL, Rodrigo MOLINA PALLETE, Jesús María CARPINTERO SÁNCHEZ

Introducción: El influenzavirus A subtipo H1N1, perteneciente a la familia Orthomyxoviridae, ha generado numerosas pandemias y epidemias estacionales. Sus síntomas más reconocidos son la tos, fiebre, dolor osteomuscular y cefalea pero se han descrito diversas aunque infrecuentes afectaciones retinianas como el síndrome de puntos blancos evanescentes o el edema macular.

Caso clínico: Paciente varón de 31 años de edad, con trasplante bipulmonar debido a fibrosis quística y diabetes mellitus insulino-dependiente, ingresa por gripe A (H1N1), diagnosticada por frotis nasofaríngeo descartándose otros agentes mediante hemocultivos, coprocultivos y cargas virales. Se inicia tratamiento con Oseltamivir sin respuesta clínica por lo que se cambia a Linezolid al ser el paciente alérgico a Ciprofloxacino. Al cuarto día el paciente experimenta de forma brusca dificultad en la visión cercana de forma intermitente que el paciente atribuye a la medicación, por lo que éste se modifica por Vancomicina. Se realiza exploración oftalmológica encontrando una agudeza visual de 20/40 en ambos ojos, PIO y biometría normal. En la retinografía se hallan papilas de bordes nítidos con hemorragias en astilla desde el nervio óptico que se extienden hacia el ecuador, microaneurismas y lesiones blanquecinas perimaculares sin signos de vasculitis. Se realiza Tomografía de Coherencia Óptica que constata un edema macular quístico bilateral. La angiografía con fluoresceína revela en fase tardía hiperfluorescencia difusa por la coalescencia de pequeñas fugas por rezume venoso y macular. Se decide aplicar inyección intravítrea de Ranibizumab en ambos ojos con buena respuesta clínica y resolución del edema macular.

Conclusiones: Con este caso proponemos que las inyecciones intravítreas con anti-VEGF puedan ser el tratamiento de la retinopatía por virus influenza A, al disminuir el tiempo de evolución y favorecer la resolución anatómica de la patología macular.

CPCC179

UTILIZACION DE FÁRMACOS ANTIANGIOGÉNICOS EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE COATS

Daniel RÍOS SIMÓN, Lucía OCAÑA MOLINERO, Ángel ÑACLE CHAPERO

Introducción: La enfermedad de Coats es una telangiectasia idiopática de la retina que suele aparecer en la primera infancia. Se asocia con exudación intrarretiniana y subretiniana y, con frecuencia, con desprendimiento de retina exudativo, con signos de tracción vitreoretiniana. Alrededor del 75% de los pacientes son de sexo masculino y en la gran mayoría de los casos, sólo afecta a un ojo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 19 años diagnosticado de enfermedad de Coats hace 9 años. Tratado con fotocoagulación por láser, presenta en sus revisiones rutinarias áreas de turbidez vítrea con una zona exudativa crónica temporal. En su última revisión, presenta un comienzo de actividad con mayor exudación, aumento de la turbidez vítrea, e inicio de desprendimiento de retina exudativo temporal, por lo que se considera aplicar tratamiento ante la reactivación del cuadro. Tras completar fotocoagulación con láser y realizar una crioterapia transescleral que no detienen la actividad del cuadro, se decide el uso "off label" de una dosis de carga de bevacizumab (3 inyecciones intravítreas separadas por un mes) como complemento de la fotocoagulación láser, con buena respuesta al tratamiento y posterior estabilidad del cuadro.

Conclusiones: Si bien se desconoce su seguridad a largo plazo en la infancia, hasta la fecha los estudios sobre el tratamiento con fármacos antiangiogénicos para la enfermedad de Coats son escasos, pero los resultados iniciales son prometedores, incluso como tratamiento adyuvante del láser. Se requerirían estudios aleatorizados más completos para definir su eficacia y seguridad a largo plazo.

CPCC180

EDEMA MACULAR POSTERIOR A FACOEMULSIFICACIÓN. CEFUROXIMA A ELEVADA CONCENTRACIÓN COMO ETIOLOGÍA

Marta RODRÍGUEZ PIÑERO, Roberto GALLEGO PINAZO, Sonia FORNER SEVILA, Pedro TAÑÁ RIVERO

Introducción: Se presenta el caso de dos pacientes con edema macular postquirúrgico tras cirugía de facoemulsificación cuya etiología fue el uso de cefuroxima a mayor concentración de la habitual, el tratamiento y la evolución del cuadro.

Caso clínico: Varón de 74 años y mujer de 69 años, sin antecedentes de interés, que al día siguiente de ser intervenidos de cirugía de catarata no complicada sufrieron disminución brusca de visión en el ojo operado con agudeza visual menor de 0,1. Se decidió realizar una OCT de mácula que mostró, en ambos casos, un edema macular intenso (770 y 816 micras de grosor máximo respectivamente)

En presencia de este hallazgo se realizó el diagnóstico diferencial etiológico y la comunicación al equipo de quirófano para conocer la posible causa. Es entonces cuando se llega a la conclusión de que, tras un cambio en el formato de la cefuroxima, se produjo un error en la dilución de ésta en ambas cirugías, siendo la concentración intracamerular de la misma en las dos 15 veces superior a la habitual.

Tras valorar las posibles opciones terapéuticas se decidió comenzar tratamiento con corticoides y antiinflamatorios no esteroideos. Se añadió al tratamiento postquirúrgico 1 gota cada 2 horas de prednisolona tópica, 1 gota cada 8 horas de nepafenaco tópico y 1 comprimido diario de prednisona 30 mg.

A los 3 días de iniciada la pauta el edema había desaparecido y a las tres semanas la agudeza visual de ambos era de 1.

Conclusión: La cefuroxima intracamerular disminuye el riesgo de endoftalmitis postquirúrgica, pero su uso excesivo puede inducir la aparición de edema macular en el postoperato inmediato. Por esto es importante evitar dosis superiores a las recomendadas (1 mg/0,1 ml) supervisando siempre las características del producto.

Los corticoides tópicos combinados con orales y colirios de antiinflamatorios no esteroideos podrían ser una buena opción de tratamiento como muestra la buena evolución de los dos casos presentados.

CPCC181

MANEJO DE LA ROTURA TRAUMÁTICA DE LA MEMBRANA DE BRUCH

María ROMERO SANZ, Teresa MARTÍNEZ RINCÓN, Juan PINILLA BOROBIA, Pilar CALVO PÉREZ

Introducción: La rotura coroidea habitualmente es de etiología traumática y afecta al polo posterior en disposición curvilínea alrededor del nervio óptico. Suele asociarse a hemorragia subretiniana en el momento agudo.

Caso clínico: Varón de 48 años que acudió a urgencias por pérdida súbita de visión tras haber recibido un pelotazo en ojo izquierdo mientras jugaba al tenis. En la exploración inicial, se objetivó una agudeza visual de 1.0 en ojo derecho y 0.05 en ojo izquierdo. El paciente no tenía antecedentes oftalmológicos excepto haber sido intervenido de cirugía de miopía LASIK hacía 15 años, corrigiendo su defecto de refracción de -1.75 dioptrías. En polo anterior presentaba lesiones lineales fluoresceína +, Tyndall pigmentario +++ y cristalino normal. Su presión intraocular en ojo izquierdo era 12 mmHg. Al explorar el fondo de ojo se descubrió una hemorragia macular subretiniana asociada a una probable rotura coroidea. Se realizó OCT, objetivándose la existencia de líquido subretiniano. Inicialmente se pautó tratamiento con corticoide tópico y ciclopléjico y se revisó estrechamente. La hemorragia se fue reabsorbiendo aumentando progresivamente su agudeza visual hasta 0.5. Al mes y medio del incidente, el paciente notó disminución de agudeza visual (0.2) por lo que se valoró inyección con ranibizumab en ojo izquierdo. La agudeza visual pasó a ser de 1.0, quedando solamente una ligera distorsión de la imagen y en la imagen de OCT ya no había líquido subretiniano. Actualmente, dos años después, sigue controles anuales y mantiene dicha agudeza visual.

Conclusión: La lesión de la membrana de Bruch predispone a estos pacientes al desarrollo de una neovascularización subretiniana. La aparición de la NVC ha sido descrita desde un mes hasta cuatro años después del traumatismo. La inyección intravítrea de ranibizumab puede representar un tratamiento eficaz, duradero y seguro para el manejo de las NVC después de una rotura coroidea traumática.

CPCC182

MACROANEURISMA DE RETINA. TERAPIA LÁSER VS ANTI-VEGF

Antonio ROMERO TITOS, Alberto BOCERO SÁNCHEZ, Carmen GÓMEZ HUERTAS,
Patricia ÁLVAREZ SÁNCHEZ

Introducción: El macroaneurisma arterial retiniano es una dilatación localizada de una arteriola retiniana. Con mayor frecuencia se presenta en mujeres, unilateral y como una lesión aislada. Asociado a HTA y dislipemia. Asintomático salvo aquellos casos en los que la exudación aneurismática afecta el área macular.

Caso clínico: Varón, 75 años con antecedentes de nefropatía hipertensiva, dislipemia, HTA. En tratamiento con ARA-II, AAS y Tamsulosina. Acude por disminución de AV en OI desde hace 48 horas. En la exploración presenta una AV en OD de 0.6 y de 0.1 en OI, el polo anterior no presenta alteraciones. En la fundoscopia de OD no se encuentra alteraciones. En OI se encuentra Macroaneurisma en arcada arterial temporal superior con circinada circundante y LSR en mácula. Se realiza OCT confirmándose el diagnóstico. Se programa terapia láser argón realizando una barrera de impactos perianeurismática y posterior diana en el seno del aneurisma para la trombosis del mismo. Se revisa al mes presentando el paciente una AV de 0.5 en OD y 0.8 en OI. En F.O el edema macular ha desaparecido, en arcada temporal superior aparece el aneurisma trombosado y leves restos de exudación lipídica. Los hallazgos fundoscópicos se confirman mediante OCT.

Conclusiones: Clásicamente la terapia con láser Argón ha sido el tratamiento de elección para el MAR. Actualmente con la aparición de los nuevos anticuerpos frente al VEGF se está estudiando la posibilidad de tratar esta malformación vascular eludiendo la agresión retiniana que supone la «fototrombosis» del MAR. Sin embargo son pocos los estudios que han demostrado de una forma estadísticamente significativa la superioridad de los antiVEFG frente al láser argón. En este caso se pone de manifiesto la efectividad y buenos resultados del tratamiento láser.

CPCC183

ESTRÍAS ANGIOIDES E HIPOPLASIA FOVEAL: UNA RARA ASOCIACIÓN

Trinidad RUEDA RUEDA, María Ángeles ESPIÑEIRA PERIÑÁN, Juan de las MORENAS IGLESIAS,
Mariano RODRÍGUEZ MAQUEDA

Introducción: Las estrías angioides son roturas irregulares de la membrana de Bruch asociadas a una degeneración atrófica del epitelio pigmentario de la retina. Se caracterizan por lesiones lineales de color gris o rojo oscuro, con bordes irregulares, situadas por debajo de la retina, que se comunican alrededor del disco óptico, e irradian alejándose de él.

La hipoplasia foveal es un trastorno caracterizado por un fallo en el desarrollo de la depresión foveal, ausencia de pigmentación foveal y/o zona avascular foveal, con persistencia de las capas retinianas internas a nivel de la fovea. Suele asociarse a otras alteraciones como albinismo, aniridia, acromatopsia, microftalmos, retinopatía del prematuro, miopía e incontinentia pigmenti, habiéndose descrito muy pocos casos en los que aparece de forma aislada.

Aunque la estrías angioides se asocian con frecuencia a otras enfermedades como pseudoxantoma elástico, síndrome de Ehlers Danlos, enfermedad de Paget, anemia de células falciformes y otras, la combinación de estrías angioides con hipoplasia foveal no ha sido descrita hasta ahora.

Presentamos un caso de una paciente con estrías angioides e hipoplasia foveal bilateral.

Caso Clínico: La paciente, diagnosticada de pseudoxantoma elástico, fue remitida a nuestras consultas para seguimiento de estrías angioides bilaterales. Además de esto, en la tomografía de coherencia óptica (OCT) la paciente presentó en ambos ojos una hipoplasia foveal grado 1 por la clasificación de Thomas (depresión foveal poco profunda, ausencia de extrusión de las capas plexiformes, presencia de elongación de la capa de segmentos externos de los fotorreceptores, engrosamiento de la capa nuclear externa). En la angio-OCT se evidenció reducción de la zona avascular foveal.

Conclusión: Tanto las estrías angioides como la hipoplasia foveal son entidades bien conocidas. Sin embargo, y tras la correspondiente revisión bibliográfica, esta constituye la primera descripción de esta asociación.

CPCC184

TOPIRAMATO COMO CAUSA DE DESPRENDIMIENTO NEUROSENSORIAL SUBFOVEAL

José Luis SÁNCHEZ VICENTE, Carolina FRANCO RUEDAS, Ana MUÑOZ MORALES, Ana Cristina MARTÍNEZ BORREGO

Introducción: El topiramato es un monosacárido sulfamato sustituido, empleado en el tratamiento de epilepsia, migraña, y supresión del apetito. Bloquea los canales del calcio y sodio, con una débil actividad inhibitoria de la anhidrasa carbónica.

Entre sus efectos adversos oculares se han descrito: glaucoma agudo por cierre angular, miopía aguda, uveítis, midriasis, efusiones supracoroideas, blefarospasmo y hemorragias retinianas.

Caso clínico: Mujer de 37 años con antecedentes de migraña con aura y obesidad, en seguimiento por Neurología por sospecha de Hipertensión Intracraneal Idiopática (HII) en contexto de cefalea y papiledema, con una punción lumbar diagnóstica en los límites altos de la normalidad. Inició tratamiento con acetazolamida y potasio, sin mejoría de la clínica, así como topiramato por la clínica migrañosa. Fue valorada por Neurooftalmología con una agudeza visual (AV) de 1 en el ojo derecho y 0.8 en el ojo izquierdo. La Tomografía de Coherencia Óptica macular mostró un desprendimiento del neuroepitelio (DNE) central con un grosor macular de 509 y un DNE subfoveal de 359 micras.

Se descartaron posibles diagnósticos diferenciales: pseudopapiledema, con retinografías, autofluorescencia y ecografía normales; coriorretinopatía serosa central crónica con angiografía con fluoresceína sin punto de fuga y ausencia de respuesta a eplerrenona.

Ante la persistencia del DNE y la progresiva pérdida de visión, se pensó en el topiramato como posible causa del DNE, prosiguiendo con su suspensión.

A los dos meses de seguimiento se produjo una mejoría de la AV, así como una disminución del DNE, lo que parece señalar al topiramato como causante del proceso.

Conclusiones: Aunque los casos de efusión ciliocoroidea provocados por el topiramato son bien conocidos, sus efectos secundarios retinianos son mucho menos frecuentes.

Debido a su empleo frecuente, es importante que neurólogos y oftalmólogos sean conscientes de sus posibles efectos secundarios a nivel ocular.

CPCC185

HEMANGIOMA CAPILAR PAPILAR: ESTUDIO CLÍNICO CON IMAGEN MULTIMODAL

Pablo SANJUÁN VEGA, Javier ELIZALDE MONTAGUT

Introducción: El hemangioma capilar es una tumoración benigna que ocasionalmente puede desarrollarse en la papila óptica, dando lugar a complicaciones exudativas con compromiso visual severo.

Caso clínico: Paciente varón de 64 años de edad refiere pérdida de visión en ojo derecho (OD) de un mes de evolución, agudeza visual (AV) en OD y ojo izquierdo (OI) de 0,5 y 1,2 respectivamente. En la exploración de OD se observa una proliferación vascular en la región temporal superior de la papila y exudación lipídica secundaria en área macular documentado con retinografía (imagenet Topcon®). Se realiza tomografía de coherencia óptica (OCT Cirrus 5000®), donde se observa engrosamiento de las capas internas de la retina, con fluído subfoveal de reflectividad media, exudados lipídicos y edema macular quístico, así como una señal hiporreflectiva yuxtapapilar. Se realiza angiografía fluoresceínica (AGF) que muestra en tiempos iniciales una hiperfluorescencia progresiva y homogénea que se mantiene en tiempos tardíos. La OCT-A (Cirrus 5000®), muestra un área de hiperreflectividad yuxtapapilar localizada a nivel intrarretiniano que se corresponde con la proliferación vascular. La exploración oftalmoscópica junto con los hallazgos de las pruebas diagnósticas son compatibles con el diagnóstico de hemangioma capilar papilar con patrón de crecimiento exóftico.

Conclusiones: El estudio de las lesiones tumorales vasculares mediante imagen multimodal permite obtener imágenes de alta calidad mediante diferentes técnicas diagnósticas, facilita la visualización y filiación de las mismas, permite un estudio exhaustivo de su localización, extensión y características clínicas que facilita en muchos casos el abordaje terapéutico.

CPCC186

MACULOPATÍA EN TORPEDO: UNA RARA ANOMALÍA CONGÉNITA

Álvaro SANTOS ORTEGA, Nieves de las RIVAS RAMÍREZ

Introducción: La maculopatía en torpedos es una rara anomalía congénita unilateral y asintomática. A pesar de su forma y localización característica, puede manifestarse con diferentes rasgos funcionales y estructurales. Debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial de las lesiones maculares, especialmente en adultos jóvenes y pediátricos.

Caso clínico: Una paciente de 32 años acude para valoración oftalmológica en contexto de enfermedad desmielinizante. No presentaba antecedentes oftalmológicos. Su AV era de 1.0 en ojo derecho (OD) y 1.0 ojo izquierdo (OI). La biomicroscopia era anodina en ambos ojos. Mientras que la fundoscopia del OD era normal, en OI presentaba una lesión ovalada de hipo e hiperpigmentación temporal a la fovea. La imagen de OCT- Spectral Domain muestra un adelgazamiento de las capas externas y atenuación de la elipsoide, una sutil excavación coroidea junto con hipertrofia del EPR y una membrana de Bruch intacta. La Campimetría 24-2 (Humphrey Field Analyser, SITA Standard) no mostró escotomas. Basándose en sus antecedentes, ausencia de síntomas, forma característica y hallazgos de SD-OCT y CV se llegó al diagnóstico de maculopatía en torpedos. La paciente al año de seguimiento permanece asintomática y sin progresión.

Conclusión: La maculopatía en torpedos es una malformación congénita muy poco frecuente y asintomática, que se presenta como hallazgo casual. Su nombre lo adquiere de la forma ovalada de hipo-hiperpigmentación coriorretiniana. Hay diversas teorías acerca de su origen: una diferenciación incompleta en el desarrollo del epitelio pigmentario, una malformación en el canal aferente del nervio y arteria ciliar posterior, fusión incompleta de la fisura fetal, o consecuencia de una coriorretinitis intrauterina. Se ha relacionado con blefarofimosis y con situs inversus. En ocasiones pueden encontrarse lesiones satélites y se ha descrito bilateral. El diagnóstico siempre debe descartar otras causas de alteración pigmentaria macular.

CPCC187

HALLAZGOS MEDIANTE OCT, ANGIOGRAFÍA CON FLUORESCÉINA Y ANGIO-OCT EN EL HEMANGIOMA COROIDEO CIRCUNSCRITO

Maria del Mar SCHILT CATAFAL, John Paul LISCOMBE SEPULVEDA, Rodrigo CLEMENTE TOMÁS, Rubén ESCUDERO IGUALADA

Introducción: El hemangioma coroideo es un tumor benigno vascular de la coroides poco frecuente. Puede ser difuso o circunscrito. El Hemangioma coroideo circunscrito (HCC) es una lesión generalmente solitaria sin asociación sistémica.

El HCC a pesar de su probable origen congénito, se suele diagnosticar de forma tardía entre la segunda y la quinta década. Puede ser latente durante toda la vida o causar síntomas, habitualmente por desprendimiento de retina exudativo.

Histopatológicamente se clasifica en capilar, cavernoso y mixto.

Caso clínico: Varón de 79 años sin antecedentes personales de interés. En la exploración oftalmológica la agudeza visual es de 0'9 en ojo derecho (OD) y 1 en ojo izquierdo (OI), el segmento anterior y la presión intraocular son normales, y en el fondo de ojo derecho se observa una masa anaranjada subretiniana en área macular temporal superior, aproximadamente a un diámetro de papila de la fovea, de larga evolución.

La AGF OD revela una lesión hiperfluorescente en la fase arterial precoz, con difusión y aumento de la intensidad en tiempos tardíos.

En la OCT OD se percibe un desprendimiento de retina seroso macular inferior así como puntos hiperrefringentes subretinianos sugerentes de cambios crónicos relacionados con desprendimiento de la retina neurosensorial.

La OCT-A OD muestra en la zona macular superior un área de hipodensidad en el plexo superficial. En la capa coriocapilar superficial observamos los hallazgos típicos del hemangioma coroideo como son el patrón vascular en noodles.

Conclusiones: En pacientes con hemangioma coroideo se pueden hallar alteraciones en la OCT-A que sugieren alteraciones vasculares no sólo a nivel coroideo sino también a nivel del plexo superficial.

Hasta la fecha no hay descrito un patrón característico completo de la OCT-A en los hemangiomas coroides.

Se debe seguir investigando en este campo ya que la OCT-A es una herramienta no invasiva muy útil para el estudio de patología retiniana.

CPCC188

MANIFESTACIONES RETINO-CORIODEAS DE LOS SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS CRÓNICOS, A PROPÓSITO DE UN CASO EN POLICITEMIA VERA

Encarnación SEGURA SÁNCHEZ, María Jesús HUERTOS CARRILLO, Juan Ignacio GARCÍA PULIDO, Marta MEDINA BAENA

Introducción: La policitemia vera (PV) se engloba dentro de los síndromes mieloproliferativos crónicos (SMC). En ella, se produce una mutación del gen JAK2 de las células madre eritrocíticas o hemocitoblastos, dando un aumento considerable del número de glóbulos rojos en sangre. Consecuencia de ello son las manifestaciones principales de esta enfermedad que son los fenómenos trombóticos e isquémicos, que también solemos encontrar a nivel oftalmológico: trombosis venosas, embolismos arteriales, neuritis isquémicas...

El caso que presentamos es de especial interés por darse un fenómeno secundario a esta patología muy poco frecuente y del que existe poca bibliografía.

Caso clínico: Paciente de 73 años con PV de 15 años de evolución en tratamiento con hidroxiurea y bien controlada en el momento de su llegada a nuestra consulta. Refiere disminución de AV OD.

La exploración muestra: MAVC OD 0.2/ OI 0.8; BMC y PIO dentro de la normalidad. FO OD lesión sobreelevada amarillenta en arcada temporal superior que llega a mácula, cambios pigmentarios y hemorragia temporal a mácula. OCT OD lesión hiporreflectiva en capa de grandes vasos corioideos y MNV con líquido subretiniano temporal superior y hemorragia foveal

Tras la búsqueda de bibliografía y ante la sospecha de posible infiltrado corioideo secundario a la PV se solicita RMN que resulta normal y se le propone a la paciente tratamiento con antiVEGF que rechaza tras interconsulta con hematología por el elevado riesgo de accidente isquémico

Conclusión: Los SMP pueden dar manifestaciones oftalmológicas no relacionadas con fenómenos trombóticos. En el caso presentado, apreciamos una infiltración corioidea con una MNV secundaria que resulta muy poco frecuente. Debemos valorar al paciente como un todo y tener en cuenta su patología sistémica y la posible relación con alteraciones oftalmológicas que se nos presenten.

CPCC189

EDEMA MACULAR DURANTE LA PROGRESIÓN DE MACULOPATÍA POR CLOROQUINA

María Belén SIRVENT LÓPEZ, María GARCÍA ZAMORA, Marta SÁNCHEZ-DEHESA SÁEZ,
María Gabriela CRUZ GUTIÉRREZ

Introducción: La Cloroquina e hidroxicloroquina son antipalúdicos que se emplean en la profilaxis y tratamiento de la malaria, así como en diversas enfermedades reumáticas. Su toxicidad es dosis dependiente. A nivel ocular es típica la maculopatía que puede conducir a una pérdida grave de la visión central. Por ello es importante realizar una evaluación oftalmológica y seguimiento adecuado de los pacientes para su detección precoz y suspensión del fármaco en caso de afectación macular.

Caso clínico: Mujer de 59 años con artritis reumatoide en tratamiento con cloroquina 250 mg al día durante 18 años. En revisión presenta AV OD: 0,8; OI: 0,9. Se evidencia toxicidad retiniana objetivada por OCT: pérdida de capa de fotorreceptores parafoveales, AGF: Hiperfluorescencia perifoveal por defecto en ventana del EPR y escotoma paracentral en el campo visual, por lo que se suspende el tratamiento. A los 2 años consulta por disminución de la visión AV OD: 0,7; OI: 0,9. En OCT se objetivan quistes intraretinianos en ambos ojos. Se inicia tratamiento con Ketorolaco colirio cada 8 horas con buena respuesta pero recidiva al suspender. Se decide entonces Triamcinolona transeptal con resolución completa del cuadro y mejoría de la agudeza visual OD: 0,8; OI: 1.

Discusión: Los antipalúdicos producen afectación a nivel del epitelio pigmentario de la retina (EPR) con una despigmentación y atrofia parafoveal que va acompañada de la disrupción de la capa de fotorreceptores. La enfermedad puede progresar pese a la interrupción del fármaco y aparecer complicaciones como el edema macular cistoide. El mecanismo no se conoce bien pero se ha propuesto la alteración de la barrera hematorretiniana como resultado del daño del EPR. El tratamiento con dorzolamida tópica o acetazolamida oral ha sido publicado recientemente con beneficios limitados. Los AINES tópicos, triamcinolona transeptal o antiVEGF pueden ser opciones válidas pero se precisan más estudios.

CPCC190

COEXISTENCIA DE CORIORRETINOPATÍA SEROSA CENTRAL Y TELANGIECTASIAS MACULARES TIPO 2

Raquel SORIANO GIL, Raquel Agustina GÓNGORA RODRÍGUEZ, Luis Eloy PÉREZ GONZÁLEZ, Juan Antonio SÁNCHEZ PEREA

Introducción: La Coriorretinopatía Serosa Central (CSC) se caracteriza por desprendimientos neuroretinianos serosos a partir del epitelio pigmentario de la retina. La exposición a corticoides sistémicos es un factor de riesgo. La angiografía fluoresceínica (AGF) y la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) son clave para el diagnóstico diferencial con las Telangiectasias retinianas. La coexistencia de Telangiectasias maculares tipo 2 y CSC es rara, del 1.4% en un estudio reciente de serie de casos.

Caso clínico: Varón de 52 años con disminución de la agudeza visual en ambos ojos, ojo derecho (OD) 0.2 y ojo izquierdo (OI) 0.3. Antecedente de medicación con corticoides sistémicos por artritis reumatoide.

La retinografía muestra hipopigmentación peripapilar y exudados duros bilaterales. En la AGF se visualiza hiperfluorescencia por transmisión gravitacional (en reguero) peripapilar y lesiones hiperfluorescentes perifoveolares, con difusión de contraste en tiempos tardíos, en ambos ojos. La OCT de mácula muestra lesiones quísticas en retina externa y desprendimiento neurosensorial a nivel foveal, en ambos ojos.

El edema macular responde a la terapia intravítrea con tres inyecciones de Ranibizumab. El desprendimiento neurosensorial se resuelve en el OD a los dos meses y a los 6 meses en OI, con agudeza visual de 0.7 y 0.6, respectivamente. En la AGF persisten las áreas hiperfluorescentes y gravitacionales peripapilares.

Conclusiones: La presencia de lesiones hiperfluorescentes perifoveales con difusión en tiempos tardíos y exudados duros, hacen sospechar la coexistencia de Telangiectasias maculares tipo 2 en el contexto de una coriorretinopatía serosa central crónica. Esto podría ser un hallazgo incidental o encontrarse relacionadas.

CPC191

CAPSULOTOMÍAS LÁSER YAG. EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES Y HALLAZGOS CASUALES

María ÁLVAREZ FERNÁNDEZ, Esperanza GUTIÉRREZ DÍAZ, Manuel FERRO OSUNA

Propósito: Estudiar las características descriptivas de pacientes con opacificación de cápsula posterior (OCP) tras cirugía de catarata y que se ejecutó capsulotomía láser YAG, así como evaluar complicaciones y hallazgos casuales posteriores a la misma.

Método: Estudio retrospectivo de pacientes con OCP tratados con capsulotomía láser YAG, con un seguimiento en consulta de al menos 3 meses tras láser.

Resultados: Se incluyeron 261 pacientes, que representan el 69,78% revisados en consulta, el 80,85% de las capsulotomías fueron unilaterales. En cuanto a las enfermedades de base oculares, el 69,47% eran pacientes con ojos sanos, el 9,9% padecían DMAE seca, el 7,27% miopía magna y el 6,89% hipertensión ocular o glaucoma. El 61,04% de los ojos ganaron al menos 3 líneas de agudeza visual. El 23,80% ganaron menos de 3 líneas pero presentaban enfermedades de base oculares. Como hallazgo previo hubo un caso de distensión de saco capsular, y entre las complicaciones y/o hallazgos casuales posteriores se dio un caso de iritis en una paciente miope magna, dos casos de aumento de presión intraocular (PIO) en glaucomas avanzados, uno de desgarro retiniano, 3 casos de DMAE exudativa y uno de diplopia binocular.

Conclusiones: Tanto la iritis como el aumento de PIO se pueden considerar complicaciones de la capsulotomía láser YAG. Existe controversia acerca de si el desgarro o desprendimiento de retina es una complicación, sin embargo la capsulotomía láser YAG no representa un factor de riesgo estadísticamente significativo en la literatura. Ni la DMAE exudativa ni la diplopia binocular se pueden considerar complicaciones sino que se tratarían de hallazgos casuales. Por tanto, la capsulotomía láser YAG es una técnica eficaz y segura para tratar la OCP pero no está exenta de efectos secundarios sobretodo en pacientes con factores de riesgo. Se recomienda tratar antes y/o después del láser con antihipertensivos tópicos a pacientes con glaucomas avanzados.

CPC192

ERRORES EN EL CÁLCULO DE LA LENTE INTRAOCULAR EN OJOS CORTOS

Beatriz CORDÓN CIORDIA, Galadriel GIMÉNEZ CALVO, Francisco de Asís BARTOL PUYAL,
Irene ALTEMIR GÓMEZ

Propósito: Comprobar si hay diferencias al calcular la potencia de la lente intraocular en ojos cortos mediante diferentes fórmulas de tercera y cuarta generación, así como el error medio de cada una de ellas.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se recogieron datos de pacientes operados de cataratas con longitudes axiales (LA) menores de 22 mm. Se excluyó a pacientes con historia de cualquier patología ocular diferente a las cataratas, ojos ambliopes y aquellos en los que hubieran surgido complicaciones intra o postoperatorias. El biómetro óptico en todos ellos era el IOL master 700 (Carl Zeiss) y las fórmulas analizadas fueron: SRK/T y Hoffer Q (3.^a generación) Haigis, Holladay II y Barret Universal II (4.^a generación) y la nueva fórmula Hill-RBF basada en el Big Data. De todas ellas, se utilizó el equivalente esférico esperado (EEE) y se compararon con los equivalentes esféricos observados (EEO) postoperatorios obtenidos mediante refracción subjetiva y con objetiva mediante refractómetro KR8900.

Resultados: Se analizaron 38 ojos cortos intervenidos de catarata e implantados con la lente intraocular (LIO) Tecnis ZCB00. La edad media fue de 75.24 ± 6.56 años, la AL era 21.31 ± 0.62 y el poder de la LIO implantada fue de 27.51 ± 2.15 D. Se encontraron diferencias entre el EEO y el EEE con las fórmulas Holladay II y HofferQ; en todos ellos el EEO era más positivo que el EEE. También se encontraron diferencias entre el EEE con Barret y el EEO con refractómetro (EEO más negativo que el EEE). Hubo diferencias entre los EEE de todas las fórmulas, excepto entre SRK/T y Barret, SRK/T y Bill, y Holladay II y HofferQ.

Conclusiones: En el caso de ojos cortos, la precisión de las fórmulas para el cálculo de la LIO disminuye. El EEO resulta en todos los casos más negativo del EEE, si bien los estiman mejor algunas fórmulas, como las de 4.^a generación. Aquellas en las que hay mayor variación entre el EEE y el EEO son Holladay II y Hoffer Q, con una diferencia media de 1,5 D.

CPC193

COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA DE CAPSULOTOMÍA ND-YAG EN RELACIÓN A LOS HÁPTICOS DE UNALENTE INTRAOCULAR TRIFOCAL

M.^a Pilar PRATS VIDAL, Carlos MARTÍN CALVO, Jesús COSTA VILA

Propósito: Evaluar la influencia del diseño de los hápticos de las lentes intraoculares (LIO) en la opacidad de la cápsula posterior (OCP) y el tratamiento de capsulotomía con láser Nd-YAG en pacientes intervenidos de cataratas sin complicaciones con LIO trifocal Finevision.

Método: Para ello se realizó un estudio retrospectivo en 114 ojos de 57 pacientes que fueron intervenidos de cataratas sin complicaciones con LIO trifocal Finevision, de material acrílico hidrofílico. En un grupo se implantó el modelo Micro F con los hápticos en forma de 4 orejas (67 ojos) y en el otro el modelo Pod F con 4 hápticos abiertos en forma de X (47 ojos). Se evaluaron la agudeza visual y el tiempo desde la intervención hasta la realización de la capsulotomía, entre otros datos.

Resultados: El tiempo de seguimiento máximo fue de 49 meses para el grupo con el modelo Micro F y de 25 meses en el de Pod F. En total, encontramos una incidencia de OCP y capsulotomía mayor en el grupo Micro F (32,8%) respecto al grupo Pod F (29,8%), sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,730$). Pero al comparar la incidencia de OCP y capsulotomía en el primer año encontramos una incidencia mayor en la LIO Pod F, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,003$), con un 3,1% para las LIO Micro F y de un 19,8% para las LIO Pod F.

Conclusiones: En una misma LIO trifocal acrílica hidrofílica con diferente diseño de los hápticos se ha observado que al año, los ojos con el modelo Pod F han necesitado seis veces más capsulotomías que con Micro F, aunque en el global, la incidencia de capsulotomía sea ligeramente mayor en el modelo Micro F.

CPC194

CAMBIOS CORNEALES TRAS CIRUGÍA DE CATARATAS ASISTIDA CON LÁSER DE FEMTOSEGUNDO FRENTE A LA TÉCNICA DE FACOEMULSIFICACIÓN CONVENCIONAL

Diana SORIANO PINA, Rubén HERNÁNDEZ VIAN, Alejandro BLASCO MARTÍNEZ, Cristina ALMENARA MICHELENA

Propósito: Evaluar los cambios en el astigmatismo y aberraciones corneales mediante imágenes Scheimpflug a la semana y a los tres meses tras la cirugía de cataratas asistida con láser de femtosegundo frente a la facoemulsificación convencional

Método: Se seleccionaron 64 ojos de pacientes diagnosticados de cataratas con una visión menor a 0.4 decimal: 40 intervenidos con láser de femtosegundo (grupo estudio) y 24 mediante la técnica de facoemulsificación convencional (grupo control). Se les realizó a todos los sujetos una topografía pre y postoperatoria mediante Pentacam© (Oculus). Se analizaron las diferencias en las aberraciones de alto orden y esférica, en el astigmatismo obtenido por queratometría simulada (SimK) y por queratometría total (KTOTAL) a la semana y a los tres meses tras la intervención, así como las diferencias en el astigmatismo dado por la KTOTAL y el derivado del frente de ondas corneal total (KWFA). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (versión 23.0, IBM Corporation, Somers, EEUU)

Resultados: Las diferencias en las medidas del astigmatismo corneal a los tres meses de la cirugía no fueron estadísticamente significativas entre SimK y KTOTAL ($p > 0.05$), ni entre KTOTAL y KWFA ($p > 0.05$), ni en las aberraciones evaluadas. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre SimK y KTOTAL a la semana ($p = 0.027$) y se observó una mayor tendencia de cambio en el astigmatismo en el grupo de estudio entre KTOTAL y KWFA que no fue estadísticamente significativa ($p > 0.05$)

Conclusiones: Las incisiones con láser femtosegundo en la cirugía de catarata no generan cambios morfológicos corneales que afecten a la variabilidad en las medidas del astigmatismo postquirúrgico respecto a la facoemulsificación convencional. Se observa variabilidad en las medidas del astigmatismo postoperatorio inmediato con el láser femtosegundo, probablemente debido a un proceso de cicatrización más lento generado por la fotodisrupción del tejido corneal

CPC195

CAPACIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA DEL DISPOSITIVO D-EYE COMPARADO CON UN RETINÓGRAFO

Pedro ALEMANY MÁRQUEZ, Soledad JIMÉNEZ CARMONA, Antonio José GARCÍA SÁNCHEZ, Manuel AGUILAR DIOSDADO

Propósito: Comparar la capacidad diagnóstica de las imágenes obtenidas con el dispositivo D-Eye instalado en el Iphone 6, frente a las imágenes del retinógrafo no midriático Topcon NW 100, en la detección de retinopatía diabética (RD) en los pacientes revisados en la UGC de Endocrinología.

Método: Estudio prospectivo, observacional, transversal, analítico, de comparación de pruebas diagnósticas. Se incluyen 72 ojos sucesivos del Programa de Detección Precoz de Retinopatía Diabética. Un DUE obtienen 3 imágenes retinográficas de cada ojo, y un alumno del Grado de Medicina adiestrado obtiene 3 clips de vídeo con el sistema D-Eye instalado en el Iphone 6. Se comparó el diagnóstico de ausencia o presencia de RD en las imágenes del sistema D-Eye frente al diagnóstico de las imágenes obtenidas con el retinógrafo, valoradas por el oftalmólogo experto.

Resultados: La sensibilidad de la prueba es de 56,25%, la especificidad de 87,50%; el VPP es 56,25% y el VPN de 87,50%. La razón de verosimilitud positiva es de 4,50 y la negativa de 0,50. El índice Kappa de concordancia entre ambas pruebas es 0,437.

Conclusiones: La capacidad de la detección de retinopatía diabética basada en las imágenes obtenidas con el sistema D-Eye aplicado al Iphone 6, es claramente inferior a la detección de retinopatía diabética con retinógrafos no midriáticos, en las condiciones del estudio.

CPC196

DATOS DESCRIPTIVOS ACERCA DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN RESIDENTES DE OFTALMOLOGÍA

Ignacio CAÑAS ZAMARRA, Mónica GIMENO CARRERO, José Miguel MULERO LÓPEZ

Propósito: El síndrome de desgaste profesional (SDP) se define como la sensación de sobrecarga emocional que provoca agotamiento, decepción y pérdida de interés por el trabajo, especialmente en profesiones centradas en atender a personas. El SDP engloba tres áreas de estudio: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal, y se detecta a través del Maslach Burnout Inventory (MBI). No existe literatura acerca del SDP en residentes de oftalmología ni estudios que lo evalúen a largo plazo.

Método: Se diseña una encuesta que engloba los 22 ítems del MBI junto con 18 preguntas sobre factores relevantes en el ámbito laboral y personal del médico residente, preservando el anonimato del encuestado. Se envía a través de Google Forms a los residentes de Oftalmología de España, obteniendo 127 respuestas. Los resultados se recogen y se analizan empleando Microsoft Excel (Office 2016).

Resultados: Empleando los puntos de corte hallados en la literatura, se detectan 14 casos de SDP leves, 111 moderados y 2 casos graves.

El 64,3% de los casos leves son residentes de primer año. El 71,4% tiene 5-6 guardias al mes atendiendo en ellas entre 20-50 pacientes (78,6%). El 53,8% no tienen quirófano por la tarde.

Los casos moderados son el 87,4% del total. El 91,9% de ellos tenía la oftalmología como primera opción para su plaza MIR. El 65,8% de estos realiza 5-6 guardias al mes.

Los 2 casos graves son mujeres que realizan menos de 4 guardias al mes, sin hacer guardias de residente único, con más de 3 quirófanos de tarde al mes y rotaciones de menos de 3 meses.

Conclusiones: Se trata de un estudio descriptivo transversal con el cual se presenta el SDP y la encuesta con la cual, en un plazo de 4 años, se conseguirá un estudio de cohorte prospectivo que medirá la incidencia y evolución del SDP en la residencia de Oftalmología y su relación con factores personales y laborales.

CPC197

URGENCIAS OFTALMOLÓGICAS, ¿ESTAMOS EMPLEANDO BIEN NUESTROS RECURSOS?

Francisco de Borja DOMÍNGUEZ SERRANO, Pedro MOLINA SOLANA, Mónica INFANTE COSSÍO, Rafael PEREA PÉREZ

Propósito: Describir la epidemiología de las Urgencias Oftalmológicas en dos hospitales de tercer nivel.

Método: Se incluyeron todos los pacientes que acudieron a Urgencias Oftalmológicas durante 2015 y 2016. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, lugar de procedencia y derivación, hora de llegada, día de la semana, mes y año de la visita, diagnóstico al alta, destino al alta y nivel de prioridad. Las visitas a urgencias fueron divididas, utilizando triaje Manchester, en dos grupos según su prioridad: urgentes (niveles 1, 2 y 3) y no urgentes (niveles 4 y 5).

Resultados: Se produjeron un total de 39.869 visitas a urgencias. Éstas fueron más frecuentes entre las mujeres, los lunes, en turno de mañana y en los meses de Abril-Junio ($p < 0.01$). La edad media fue de 46,24 años. La patologías más frecuentemente atendidas fueron conjuntivitis (17,28%), queratitis (15,31%) y desprendimiento de vítreo posterior (5,37%). Patologías graves, como el desprendimiento de retina, celulitis orbitarias o patologías vasculares retinianas, no alcanzan de forma conjunta el 2%. Requirieron ingreso menos del 1% de las visitas. El 73,42% de las visitas se clasificaron como no urgentes. La celulitis orbitaria fue la patología que cursó con un mayor porcentaje de ingresos (23%), seguida de perforación ocular traumática y patología del nervio óptico (13% cada una). La mayoría de los pacientes fueron derivados al alta a su domicilio (94,85%). Se observó una relación lineal entre cercanía al servicio de Urgencias y número de visitas ($R = 0,35$). El sobrecoste estimado de las visitas no urgentes, calculado en función de los precios fijados por el servicio andaluz de salud, fue de 1.455.218 euros.

Conclusiones: Dado que la gran mayoría de patología atendida en Urgencias es no urgente, consideramos necesario establecer medidas para conseguir una asistencia más eficiente, orientada a la patología urgente y que no consuma recursos innecesarios.

CPC198

TERAPIAS GÉNICA Y CELULAR EN PATOLOGÍA NEURODEGENERATIVA

Romana GARCÍA GIL, Anselmo FELICIANO SÁNCHEZ, Sara GARCÍA GIL-PEROTÍN, José Manuel GARCÍA VERDUGO

Próposito: Estudio de la respuesta neuroprotectora y neuroregeneradora, en el nervio óptico y la retina, de las células mesenquimales humanas (hMSCs) transfectadas con un gen neuroregenerador (forma dominante negativa del receptor de Nogo).

Método: En el modelo de EAE (encefalitis autoinmune experimental) generado con la proteína de la mielina (MOG) en ratón B6/C57, tras la inmunización hemos estudiado los cambios que ocurren en la retina y nervio óptico (NO) y hemos analizado el efecto de la infusión endovenosa de células mesenquimales transfectadas con un gen específico (MSC-NogoRDN) para favorecer la regeneración axonal.

Los animales del modelo EAE, fueron monitorizados y seguidos mediante escalas de discapacidad motora. Los globos oculares, retinas y nervios ópticos, se obtuvieron y procesaron para: 1) técnicas de examen morfológico y morfométrico a microscopía óptica, 2) técnicas de inmunofluorescencia, 3) técnicas de examen ultraestructural a microscopía electrónica

Resultados: Con los resultados obtenidos de la monitorización de los animales, en los dos grupos inmunizados (MOG vs MOG+MSC-NogoRDN), los animales que recibían tratamiento, presentaron un periodo libre de enfermedad mayor y tuvieron menor discapacidad que los animales no tratados.

Los resultados demostraron una mejoría en los parámetros analizados en NO y retina tras la administración de MSCs transfectadas. En el caso de la retina, disminuyó la pérdida de CGR y en el NO evitó la pérdida de mielina en un 34% y reducía el grado de inflamación (en forma de gliosis y celularidad inflamatoria).

Conclusiones: Encontramos un efecto neuroprotector tras la administración de MSCs transfectadas con NogoRDN, apreciándose menor pérdida de CGR, disminución de la pérdida de mielina y menor grado de inflamación en el NO. No encontramos un efecto regenerador debido al bloqueo de Nogo, no se consiguió revertir el daño axonal.

CPC199

CAPACIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA DEL VISUSCOPE ADAPTADO AL IPHONE 6 COMPARADO CON UN RETINÓGRAFO

Soledad JIMÉNEZ CARMONA, Pedro ALEMANY MÁRQUEZ, José M.^a CAÑO RUIZ, Manuel AGUILAR DIOSDADO

Propósito: Comparar la capacidad diagnóstica de las imágenes obtenidas con el dispositivo Visuscope instalado en un Iphone 6, frente a las imágenes del retinógrafo no midriático Topcon NW 100, en la detección de retinopatía diabética (RD) en los pacientes revisados en la UGC de Endocrinología.

Método: Estudio prospectivo, observacional, transversal, analítico, de comparación de pruebas diagnósticas. Se incluyen 48 ojos sucesivos del Programa de Detección Precoz de Retinopatía Diabética. Un DUE obtienen 3 imágenes retinográficas de cada ojo, y un alumno del Grado de Medicina adiestrado obtiene imágenes estáticas y de vídeo con el sistema Visuscope y la aplicación Ullman para oftalmoscopia indirecta instalados en un Iphone 6. Se comparó el diagnóstico de ausencia o presencia de RD en las imágenes del Visuscope frente al diagnóstico de las imágenes obtenidas con el retinógrafo, valoradas por el oftalmólogo experto.

Resultados: La sensibilidad de la prueba es de 61,54%, la especificidad de 96,67%; el VPP es 88,89% y el VPN de 85.29%. La razón de verosimilitud positiva es de 18,46 y la negativa de 0.40. El índice Kappa de concordancia entre ambas pruebas es 0,638.

Conclusiones: La capacidad de la detección de retinopatía diabética basada en las imágenes obtenidas con el sistema Visuscope aplicado al Iphone 6, es inferior a la detección de retinopatía diabética con retinógrafos no midriáticos en las condiciones del estudio.

CPC200

NUEVO BLEFAROSTATO PARA LA CIRUGÍA DEL GLAUCOMA

José Augusto ABREU REYES, Andrés BLASCO ALBERTO, José Juan AGUILAR ESTÉVEZ,
Rodrigo ABREU GONZÁLEZ

Propósito: Presentar el desarrollo de un nuevo blefarostato para la cirugía del glaucoma, y su aplicabilidad en práctica clínica.

Método: El nuevo diseño dispone de un brazo fijado a la rama inferior, que termina en un orificio por el que se pasa y anuda la sutura de tracción para el posicionamiento quirúrgico. El mismo se fabrica en versiones independientes para ojo derecho y ojo izquierdo.

Resultados: Con el nuevo blefarostato no se produce el apoyo de la sutura en la córnea evitándose dañar el epitelio, hecho de especial relevancia en las cirugías combinadas por la pérdida de transparencia al realizar la facoemulsificación. También nos permite dosificar la tensión necesaria para posicionar el globo ocular según el paso quirúrgico que estemos realizando.

Conclusiones: Presentamos un modelo de blefarostato específico para la cirugía del glaucoma del cual no hay precedente, que aumenta la estabilidad del globo ocular, disminuye la iatrogenia sobre el mismo, y reduce la dependencia del ayudante.

CPC201

MARCADORES DE «CO» EXHALADO PARA EVALUAR LA PROGRESIÓN DEL GLAUCOMA EN FUMADORES

Javier BENÍTEZ DEL CASTILLO SÁNCHEZ, Sergio TORREGROSA, Quentin PARDILLOS,
Vicente ZANÓN MORENO

Propósito: Estudiar la relación entre el fumar y el glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) mediante integración de datos clínicos y coximétricos en una población con alto índice tabáquico.

Método: Estudio prospectivo de casos/controles en 200 participantes (ambos sexos) divididos en: pacientes con GPAA (GG; n=100), y controles sanos (GC; n=100), clasificados según su hábito tabáquico (fumadores, exfumadores y no fumadores). Realizamos entrevista personal (datos socio-demográficos y características del tabaquismo), y el examen oftalmológico estandarizado. Las pruebas respiratorias incluyeron la medida de monóxido de carbono (CO) y carboxihemoglobina (COHb) en aire exhalado. Los resultados se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 22.0.

Resultados: La edad media fue de 61 ± 9 años (GG) y 67 ± 7 años (GC), con consumo medio diario de 20 ± 6 cigarrillos y duración del hábito tabáquico de 15 ± 5 de años. Diversos parámetros oculares mostraron diferencias significativas entre grupos y subgrupos. Los fumadores del GG presentaron niveles significativamente elevados de CO ($p=0,0005$) y COHb ($p=0,001$) exhalados respecto a los glaucomatosos no fumadores.

Conclusiones: El hábito tabáquico es un factor adicional para la progresión del GPAA. La coximetría, además de ser una prueba incruenta y relativamente fácil, posee utilidad diagnóstica y valor pronóstico para el seguimiento del glaucomatoso fumador y debería incorporarse a la consulta para apoyar las estrategias de deshabituación.

CPC202

ESTUDIO DE LA OSMOLARIDAD DE LA LÁGRIMA Y DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRATADOS CON LATANOPROST SIN CONSERVANTES

Lourdes de JUAN MARCOS, Mireia MOLINA PÉREZ, Ana SÁNCHEZ-JARA SÁNCHEZ, Elena del CASTILLO BARROSO

Propósito: Estudiar la osmolaridad de la lágrima y la calidad de vida en pacientes tratados con Latanoprost 0,005% con y sin conservantes.

Método: Se realizó un estudio prospectivo con 48 ojos de 24 pacientes con hipertensión ocular o glaucoma tratados con latanoprost con conservantes. Tras 15 días de lavado se aleatorizaron a recibir latanoprost con o sin conservantes durante 12 semanas. Se evaluaron los síntomas oculares con el cuestionario OSDI (ocular surface disease index) y cuestionarios de síntomas; y los signos mediante la exploración con lámpara de hendidura, el análisis de la osmolaridad de la lágrima, el test de Schirmer y el tiempo de ruptura de la película lagrimal (BUT) iniciales y a las 4 y 12 semanas.

Resultados: En el grupo con latanoprost sin conservantes disminuyó de forma significativa la osmolaridad de la lágrima ($p=0.016$); la sumatoria de síntomas ($p<0,0001$), en particular el dolor ($p<0,01$), irritación ($p<0,01$) y sensación de cuerpo extraño ($p=0,012$); y sumatoria de signos ($p<0,01$) en particular la hiperemia conjuntival ($p<0,01$), conjuntivitis folículo-papilar ($p<0,01$) y tinción corneal ($p<0,01$). El BUT aumentó significativamente en el grupo sin conservantes ($p>0,01$) y comparado con el grupo con conservantes ($p=0,032$). No se encontraron diferencias significativas en la presión intraocular entre ambos grupos.

Conclusiones: Se observó una mejoría en los signos y síntomas oculares en los pacientes tratados con latanoprost sin conservantes comparado con los que recibieron latanoprost con conservantes, manteniendo la misma efectividad hipotensora ocular.

CPC203

CONCORDANCIA ENTRE LAS MEDIDAS DE LA PAPILA ÓPTICA OBTENIDAS CON LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DE DOMINIO FOURIER Y SWEPT SOURCE

Bachar KUDSIEH BILOUN, Cristina FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO, Lucía de PABLO GÓMEZ DE LIAÑO, Inés SÁNCHEZ GUILLÉN

Propósito: Evaluar la concordancia entre las medidas de la papila óptica obtenidas con la tomografía de coherencia óptica (OCT) de dominio Fourier (FD) y Swept Source (SS) en sanos y pacientes con glaucoma de ángulo abierto primario (GPAA).

Materiales y métodos: Estudio transversal de los ojos derechos de 118 sujetos. Se anotó la edad, el sexo y el equivalente esférico. El área del disco, el ratio copa disco (CDR), el ratio copa disco vertical (VCDR), el área del anillo neuroretiniano y su volumen se midieron con FD y SS-OCT consecutivamente. El acuerdo entre las medidas de los dos dispositivos se evaluó utilizando el coeficiente de correlación intraclase (ICC) y el gráfico de Bland-Altman.

Resultados: Se incluyeron 95 sanos y 23 ojos con glaucoma. La edad media de los sujetos fue de $48,6 \pm 20,0$ años, siendo 54.2% mujeres, el equivalente esférico medio fue $-1,6 \pm 3,0$ dioptrías. Medido por FD y SS-OCT, respectivamente, el área media del disco fue $1,79 \pm 0,3$ vs $1,83 \pm 0,3$ mm² (ICC = 0,71), la media de CDR fue $0,38 \pm 0,2$ vs $0,33 \pm 0,2$ (ICC = 0,91), el VCDR medio fue $0,58 \pm 0,2$ vs $0,52 \pm 0,2$ (ICC = 0,92), el área media del anillo fue $1,05 \pm 0,4$ mm² vs $1,03 \pm 0,5$ mm² (ICC = 0,29), y el volumen medio del anillo fue $0,14 \pm 0,11$ vs $0,21 \pm 0,17$ mm³ (ICC = 0,53). En un subanálisis, el área del anillo y su volumen mostraron un buen acuerdo en sujetos con glaucoma (CCI = 0,76 y 0,68 respectivamente), pero se observó una concordancia débil en sujetos sanos (CCI \leq 0,50).

Conclusiones: Las mediciones del nervio óptico proporcionadas por los dispositivos SS y FD-OCT muestran una excelente concordancia en el CDR y VCDR en todos los sujetos, mientras que el acuerdo de las mediciones del anillo fue excelente solo en pacientes con GPAA.

CPC204

CAMBIOS EN LA SUPERFICIE OCULAR DE LOS PACIENTES CON GLAUCOMA TRAS IMPLANTE EXPRESS

Esther MATA DÍAZ, Cristina MONTÓN GIMÉNEZ, Eduardo CONESA HERNÁNDEZ, Mercedes GIMÉNEZ DE AZCÁRATE

Propósito: estudiar los cambios en la superficie ocular en los pacientes con glaucoma tras cirugía con implante Ex-press y suspensión del tratamiento tópico.

Método: Estudio prospectivo de un año de duración en 53 pacientes, 20 con glaucoma crónico simple de larga evolución en tratamiento con más de una medicación tópica y 33 pacientes sanos que sirvieron de grupo control. Valoramos la superficie ocular antes y después de realizar cirugía filtrante (implante Ex-press) y suspensión de la medicación tópica. Valoramos el BUT (break up time), Test deSchirmer, la tinción con rosa de bengala mediante la escala de Van Bijsterveld (0 a 9) y el test OSDI (ocular surface disease index) de sequedad ocular antes de la cirugía y 1,6 y 12 meses tras la cirugía y la suspensión del tratamiento.

Resultados: Todos los pacientes, 28 mujeres y 25 varones; edad media: $67,5 \pm 13,9$ años; rango: 35-82 años completaron el estudio. La reducción en la presión intraocular tras la cirugía filtrante con implante ExPress, fue significativa ($24,2 \pm 5,18$ a $12,4 \pm 2,2$ mmHg). La mejoría en la tinción con rosa de bengala ($3,2 \pm 1,9$ paso a $2,2 \pm 1,9$) y en el test de sequedad ocular (OSDI) ($41,7$ paso a $29,16$) fueron significativas a partir del 6 mes, mostrando una mejoría de la superficie ocular.

Conclusiones: Existe una mejoría en la superficie ocular tras la suspensión del tratamiento tópico en los pacientes con glaucoma crónico simple con cirugía filtrante con ExPress.

CPC205

UTILIDAD DEL NUEVO SOFTWARE DE SEGMENTACIÓN MACULAR MEDIANTE TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN EL GLAUCOMA CONGÉNITO PRIMARIO

Laura MORALES FERNÁNDEZ, María NIEVES MORENO, José M.^a MARTÍNEZ DE LA CASA, Rubén SÁNCHEZ JEAN

Objetivos: Evaluar la reproducibilidad y la capacidad diagnóstica de las capas internas de la mácula empleando Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) en comparación con la capa de fibras nerviosas peripapilar (CFNRp) en niños con glaucoma congénito primario (GCP).

Métodos: En un primer estudio (E1) se incluyeron 12 niños con GCP y se realizaron 3 exámenes a nivel papilar y macular mediante OCT Spectralis. En el estudio 2 (E2) se reclutaron 40 niños con GCP y 60 niños sanos y se realizó una OCT papilar y macular. Se recogieron los datos resultantes del análisis de la CFNRp y tras segmentación macular, los resultados por sectores y volumen de la capa de fibras nerviosas macular (CFNRm), capa de células ganglionares (CCG) y la capa plexiforme interna (IPL). En E1 se evaluó la reproducibilidad intrasesión empleando los coeficientes de variación (CoV) y en E2 se evaluó la rentabilidad diagnóstica de cada variable.

Resultados: En el E1, los CoV obtenidos fueron superiores en los sectores analizados de las capas maculares (0,99%-17,34%) que en los sectores papilares (rango 1,45%-7,54%). E2: Se incluyeron 60 ojos sanos (edad media: 10,90 años DE 2,96) y 40 ojos con GCP (edad media: 11,20 años DE 3,94). Todos los valores obtenidos mediante OCT fueron inferiores en el grupo glaucoma. En el análisis por sectores, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos los parámetros de la CFNRp, CCG e IPL y en los cuadrantes superoexterno e inferoexterno de la CFNRm. Las mejores áreas bajo la curva ROC corresponden al cuadrante temporal superior de la CFNRp (0,849) y los sectores superoexterno de la CCG (0,836), IPL (0,802) y CFNRm (0,737). No se encontraron diferencias al comparar las áreas bajo la curva del mejor parámetro papilar y macular. Conclusión. El estudio de la CFNRp y de las capas internas de la mácula presenta una rentabilidad diagnóstica similar en los niños con GCP.

Conclusiones: La reproducibilidad del análisis papilar en niños con GCP resultó.

CPC206

COMPARACIÓN DEL EFECTO HIPOTENSOR DE LA CIRUGÍA FILTRANTE CON MITOMICINA C VERSUS MITOMICINA C + MATRIZ DE COLÁGENO OLOGEN

M.^a Jesús MUNIESA ROYO, Juan EZPELETA, Isabel CARAL, Iván BENÍTEZ

Objetivo: Comparar el efecto hipotensor de la cirugía filtrante con MMC versus MMC más implante de matriz de colágeno (Ologen).

Material y Método: Se incluyen 161 pacientes intervenidos de glaucoma (37,5% trabeculectomía; 36,3% EPNP; 26,1% ExPress) de los cuales el 34,1% se operaron de cirugía de glaucoma y el 65,8% de cirugía combinada de catarata y glaucoma. En 104 pacientes se utilizó MMC al 0,2 mg/ml durante 2 minutos y en 57 pacientes además de la MMC C al 0,2 mg/ml durante 2 minutos se implantó Ologen subconjuntival.

Resultados: La edad grupo MMC era de 73,9+12,9 y en el grupo MMC+Ologen de 66,3+16,1 ($p=0.003$); la PIOpre en el grupo MMC era de 23,6+7,10 y en el grupo MMC+Ologen de 20,8+6,35 ($p=0.01$); el número de colirios precirugía en el grupo MMC era de 2,78+0,66 y en el grupo MMC+Ologen de 3,3+0,69 ($p<0,001$). El seguimiento medio fue de 10 meses. La tasa de éxito completo (PIO <21mmHg sin tratamiento) en el grupo MMC fue del 55% y en el grupo MMC+Ologen fue del 82% ($p=0,002$). El número de colirios postcirugía en el grupo MMC fue de 0.78+0.88 y en el grupo Ologen de 0,31+0,77 ($p=0,001$). Tras ajustar a los posibles factores de confusión como la PIOpre o el número de colirios precirugía, las diferencias en la tasa de éxito y de reducción de colirios siguen siendo significativas, de modo que el uso de Ologen subconjuntival protege de recibir tratamiento hipotensor tras la cirugía con un OR=0.15 (0.05-0.37) p valor <0.01. El uso de Ologen subconjuntival coadyuvante a la MMC, es un factor que aumenta el éxito completo con un OR = 4.07 (1.66-10.82) p valor < 0.01. Respecto a la reducción de la PIO, al final del seguimiento no hubo diferencias significativas entre los dos grupos con una PIO final en el grupo MMC de 14.9+0.5 y en el grupo MMC + Ologen de 14.1+ 0.7.

Conclusiones: El uso de matriz de colágeno coadyuvante a la MMC en la cirugía filtrante implica un aumento significativo en la tasa de éxito completo y en la reducción de la medicación.

CPC207

ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL Y DESCRIPTIVO DE LAS CAPAS RETINIANAS; GLAUCOMA VERSUS NO GLAUCOMA

Alfonso PARRA BLESA, Alfredo SÁNCHEZ ALBERCA, Manuel CAMACHO SAMPELAYO,
M.^a Luisa SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

Propósito: Realizar un análisis estadístico descriptivo e inferencial de diferencia de medias en las celdas de la rejilla de todas las capas retinianas maculares entre pacientes sanos y con glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA).

Método: Se realizó un estudio observacional, transversal, comparativo. Se incorporaron 215 pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA). Un grupo de 617 pacientes sanos se usaron de control.

Se realizó una tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) con el programa de segmentación de polo posterior, procediendo a una diferencia de medias de los valores obtenidos en las 64 celdas de todas las capas de las retinas sanas y glaucomatosas de las dos muestras observadas.

Para cada capa de la retina macular se realizó un estudio estadístico descriptivo e inferencial de la diferencia de comparación de los valores medios de las celdas de la rejilla macular entre sanos y glaucomatosos.

Resultados: Encontramos un mapa de diferencias de medias en las celdas de las distintas capas retinianas maculares de pacientes con glaucoma con respecto a sanos con un p-valor de $<0,01$ para las capa RNFL, grosor TOTAL y capa GCL. El mapa de las restantes capas mostraba un comportamiento errático en todas ellas, combinando celdas de p-valor $<0,01$ con celdas de p-valor $>0,01$ y p-valor de $>0,05$.

Conclusiones: Las capas internas de la retina en le área macular muestran un patrón de daño por pérdida de grosor en las mismas que podemos referenciar a cuadros de glaucoma primario de ángulo abierto de forma descriptiva e inferencial.

CPC208

IDENTIFICACIÓN DE MICRORNAS IMPLICADOS EN GLICOSILACIÓN PROTÉICA COMO NUEVOS MARCADORES DEL RIESGO DE GLAUCOMA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN OCULAR

Jorge RAGA CERVERA, Vicente ZANÓN MORENO, Silvia M.^a SANZ GONZÁLEZ,
José Javier GARCÍA MEDINA

Objetivo: Evaluar el perfil diferencial de los microRNAs que se expresen en lágrimas de pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) y pacientes con hipertensión ocular (HTO), para abordar el diagnóstico preclínico del glaucoma.

Método: Estudio de casos y controles en 48 participantes divididos en: pacientes con GPAA (n=24) vs sujetos con HTO (n=24) emparejados por edad. Se realizó anamnesis, examen oftalmológico y obtención de lágrimas para extraer el ARN y realizar secuenciación de próxima generación (Illumina NextSeq500). El análisis bioinformático se llevó a cabo mediante programas específicos.

Resultados: Hemos identificado 120 microRNA en lágrimas de los participantes. De ellos, 10 microRNAs mostraron diferencias significativas entre grupos ($p < 0,05$), (8 regulados positivamente y 2 negativamente), y la mayoría implicados en procesos de glicosilación protéica post-transduccional (adición de un carbohidrato a la proteína).

Conclusiones: Puesto que cambios en los procesos de glicosilación protéica inducen trastornos en las funciones biológicas de esa proteína, nuestros hallazgos sugieren que los microRNAs identificados, y cuantificados convenientemente, podrían utilizarse como un marcador específico del riesgo de padecer GPAA en individuos con HTO.

CPC209

MEDIDA DE LA PALIDEZ PAPILAR MEDIANTE ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN COLORIMÉTRICA DE LA HEMOGLOBINA DE LA CABEZA DEL NERVIÓ ÓPTICO EN PACIENTES CON GLAUCOMA

M.^a Liseth SALAZAR QUIÑONES, Carmen Dora MÉNDEZ HERNÁNDEZ, Surina WANG, Julián GARCÍA FEIJOO

Propósito: El programa Laguna ONhe determina la hemoglobina de la cabeza del nervio óptico (Hb CNO) en fotografías de retina basadas en detectar diferencias de colores. Este estudio cuantifica la diferencia de colorimetría de la CON usando este programa en pacientes con glaucoma.

Método: Es un estudio observacional y transversal. Retinografía de 100 ojos de 100 pacientes con glaucoma (primario de ángulo abierto, pseudoexfoliativo y dispersión de pigmento) fueron examinados por laguna ONhE. Los parámetros a determinar fueron: relación copa/disco, Hb CON en la papila y en los sectores nasal, temporal, superior e inferior. Las diferencias entre la cantidad de Hb fueron evaluados mediante la T-student

Resultados: La estimación vertical copa/disco fue (0,5±0,07%). La palidez de nervio óptico fue mayor en temporal que en nasal. La cantidad de Hb de la CON fue significativamente mayor que la cantidad Hb de la excavación (78,8 vs 65,6%, p<0,0001) y sector temporal (63,2%, p<0,0001), superotemporal (67,7%, p<0,0001) y inferotemporal (71,8%, p<0,0001). No se encontraron diferencias entre la cantidad Hb CON y los sectores nasal (78,8 vs 77,1%, p<0,106), superonasal (76,9%, p<0,1) and inferonasal (78,9%, p<0,858)

Conclusiones: Laguna ONhE cuantifica más palidez en la excavación que y en el sector temporal de la papila en pacientes con glaucoma.

Declaro no tener conflictos de intereses.

Keywords: Glaucoma, hemoglobin, optic nerve perfusion, retinography.

CPC210

AUMENTO DE LA FUNCIÓN MITOCONDRIAL MEDIANTE SUPLEMENTOS ORALES CON ÁCIDO R-LIPOICO

Silvia M.^a SANZ GONZÁLEZ, Vicente ZANÓN MORENO, Jorge RAGA CERVERA, Victor CHINER RIDAURA

Propósito: Analizar en muestras de plasma de pacientes con glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) la expresión de moléculas implicadas en estrés oxidativo para evaluar el efecto de una suplementación oral conteniendo ácido R-Lipoico, con demostrable función protectora mitocondrial que refuerza la acción de otros antioxidantes en el organismo.

Método: Realizamos un estudio piloto prospectivo de casos-contróles en 30 participantes, distribuidos en pacientes GPAA (n=15) y controles (GC, n=15). Evaluamos datos sociodemográficos, oftalmológicos y bioquímicos, al inicio y al final del estudio (tras 6 meses de la suplementación oral), que fueron analizados estadísticamente mediante el programa SPSS 22.0.

Resultados: La edad media fue de $52,73 \pm 3,92$ años (GC) y $64,27 \pm 2,28$ años (GPAA), estos últimos con media de duración de la enfermedad de $12,44 \pm 2,59$ años. No encontramos diferencias significativas en los parámetros demográficos, ni en datos relativos a hábitos y estilo de vida (tabaquismo, alcohol y ejercicio físico). Tras la suplementación, los niveles de glucosa en ayunas disminuyeron significativamente en GPAA ($p=0,019$) y también observamos diferencias estadísticamente significativas entre la actividad pro-oxidante (determinación de malondialdehído, MDA) y la actividad antioxidante total (AOXT), ($p=0,028$ MDA CG, $p=0,005$ MDA GPAA, y $p=0,028$ AOXT GPAA). Ninguno de los parámetros oftalmológicos analizados mostró diferencias significativas, al final del periodo de suplementación, aunque el test de Schirmer muestra una tendencia a la mejoría.

Conclusiones: La suplementación conteniendo ácido R-lipoico, ha conseguido neutralizar, el estrés oxidativo que padecen los pacientes de GPAA. Además aumenta la cantidad de lágrimas en estos pacientes, por lo que podría ser una intervención coadyudante para los pacientes glaucomatosos frente al síndrome de ojo seco provocado por la instilación crónica de colirios hipotensores.

CPC211

ANÁLISIS COLORIMÉTRICO PAPILAR Y DENSIDAD VASCULAR DETERMINADA MEDIANTE OCT ANGIOGRAFÍA EN PACIENTES CON GLAUCOMA

Surina WANG, Carmen Dora MÉNDEZ HERNÁNDEZ, Yanchen CHEN,
Manuel Antonio GONZÁLEZ DE LA ROSA

Propósito: El programa Laguna ONhE determina la cantidad de hemoglobina papilar (ONH Hb) mediante análisis colorimétrico en retinografías.

El objetivo de este estudio es evaluar su capacidad diagnóstica en glaucoma comparando sus resultados con los de angiografía OCT.

Método: 29 pacientes con glaucoma y 22 sujetos sanos pareados en edad y sexo fueron examinados mediante el programa de análisis papilar y macular de angio OCT y retinografía no midriática. Las imágenes papilares obtenidas mediante retinografía fueron posteriormente analizadas con el programa Laguna ONhE.

Resultados: Los pacientes con glaucoma presentaron menor densidad vascular en los capilares peripapilares ($p < 0,001$) y a nivel macular ($p = 0,004$) mientras que Laguna ONhE program identificó menos cantidad de hemoglobina papilar global ($p = 0,006$) y en la excavación ($p = 0,001$). La densidad vascular cuantificada mediante angio OCT y la hemoglobina papilar mostraron correlación, siendo mayor con la cantidad de hemoglobina papilar en la excavación (0,411, $p = 0,002$) y con el índice Función Discriminante de Glaucoma (GDF) de Laguna ONhE (0,537, $p < 0,0001$).

Conclusión: La cantidad de hemoglobina papilar y la densidad vascular están correlacionadas y son menores en pacientes con glaucoma.

CPC212

AFECTACIÓN DE LOS ESPESORES DE LAS DIFERENTES CAPAS DE LA RETINA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SIN RETINOPATÍA DIABÉTICA

Marta CIPRÉS ALASTUEY, Alicia GAVIN SANCHO, M.^a Jesús RODRIGO SANJUÁN,
María SATUÉ PALACIÁN

Propósito: Evaluar los cambios que se producen en el espesor de las distintas capas de la retina y de la capa de fibras nerviosas de la retina en el área peripapilar y macular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) sin signos de retinopatía diabética mediante tomografía de coherencia óptica Swept-Source Triton.

Demstrar que la DM2 sin retinopatía causa un adelgazamiento subclínico de la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) y una pérdida de capa de células ganglionares (GCL).

Método: Se evaluaron 60 ojos de sujetos sanos y 60 ojos de pacientes con DM2 sin retinopatía diabética. A todos ellos se les realizó el protocolo de Triton 3DH wide obteniéndose los datos del área macular (dividido en los 9 sectores ETDRS y los espesores promedio, central y total de la retina) y del espesor peripapilar (medio, por cuadrantes y en 6 sectores). Ambas áreas se dividieron (mediante software de segmentación automatizada del dispositivo) en las siguientes capas: retina completa, CFNR, GCL+ (células ganglionares desde la CFNR hasta la nuclear interna), capa GCL++ (de limitante interna a nuclear interna) y coroides.

Resultado: Los sujetos con DM2 presentaron una reducción significativa del espesor de la retina en el área macular en todos los sectores excepto en el temporal externo y en el punto central. En el estudio de segmentación macular, todas las capas fueron más delgadas en el grupo DM2 ($p < 0.05$)

El análisis de la CFNR del área peripapilar demostró una disminución significativa del espesor en todos los sectores, excepto en el nasal y nasal-superior. El estudio de segmentación de la retina mostró también un adelgazamiento de las capas Retina y GCL++, especialmente en el área temporal inferior.

Conclusiones: La DM2 produce un adelgazamiento subclínico de la CFNR desde fases precoces de la patología y en ausencia de retinopatía diabética asociada. El dispositivo OCT Triton útil para detectar cambios neurodegenerativos retinianos en pacientes diabéticos.

CPC213

DESARROLLO Y OPTIMIZACIÓN DE UN MODELO ANIMAL PARA EL ESTUDIO DE LAS CÉLULAS GANGLIONARES EN PATOLOGÍA DEGENERATIVA DE LA RETINA Y NERVIÓ ÓPTICO

Anselmo FELICIANO SÁNCHEZ, Romana GARCÍA GIL, Sara GARCÍA GIL-PEROTÍN, José Manuel GARCÍA VERDUGO

La esclerosis múltiple es una enfermedad autoinmune, crónica e inflamatoria del sistema nervioso central con desmielinización axonal, gliosis y neurodegeneración. Considerada una de las causas más frecuentes de discapacidad neurológica en adultos jóvenes.

Propósito: En el trabajo, se ha optimizado un modelo de Encefalomiелitis Autoinmune Experimental (EAE), mediante la inyección de glicoproteína mielínica de los oligodendrocitos (MOG35-55), se han estudiado las repercusiones oftalmológicas, y se plantea su uso como modelo de experimentación en otros estudios de degeneración de las células ganglionares y del nervio óptico.

Material-métodos: 16 ratones, de 10 semanas. Se dividieron en 2 grupos de estudio: grupo control, 10 animales y grupo con EAE, 6 animales. Al grupo EAE se le inyectó MOG35-55. Los animales del modelo EAE, fueron monitorizados y seguidos mediante escalas de discapacidad motora. Los globos oculares, retinas y nervios ópticos (NO), se procesaron para examen morfológico, morfométrico a microscopía óptica, inmunofluorescencia y estudio ultraestructural.

Resultado: Los modelos animales presentaron clínica motora de lesión medular, apareciendo los primeros síntomas entre el 7º-19º día post-inyección. Con un promedio de discapacidad máxima de 3,5 puntos. En retina, observamos alteraciones en las células ganglionares de la retina (CGR), tanto a microscopía óptica como electrónica. El promedio de CGR en el grupo EAE fue 0,0891 μm , frente 0,1678 μm del control ($p=0,0003$). El NO se vio intensamente afectado con una gliosis reactiva (GFAP+ grupo control 0,0132 μm frente 0,0419 μm en EAE; $p<0,05$), aumento del daño axonal y disminución de la densidad axonal (grupo control 0.38038 axones/ μm^2 frente EAE 0.16 axones/ μm^2 ; $p=0.00032$).

Conclusión: En este trabajo se ha caracterizado y detallado un modelo animal de EAE para el estudio de alteraciones desmielinizantes en retina y NO. Sus características lo convierten en un magnífico instrumento para el estudio de las enfermedades oftalmológicas neurodegenerativas.

CPC214

AFECTACIÓN DE POTENCIALES VISUALES Y ELECTORRETINOGRAMA MULTIFOCALES EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON PLATAFORMA RETIPOINT

Elena GARCÍA MARTÍN, Jesús Gabriel LARREA SAMPER, Elisa VILADÉS PALOMAR, Elvira ORDUNA HOSPITAL

Propósito: Estudiar por medio de los potenciales evocados visuales multifocales (mfPEV) y electroretinograma multifocal (mfERG), qué anillos o cuadrantes retinianos son los que más se ven afectados por la esclerosis múltiple (EM) y cómo.

Método: Se examinaron los mfERG y los mfPEV de 39 pacientes con EM de tipo remitente recidivante en fases incipientes de la enfermedad, y 18 sujetos sanos de la misma edad y sexo, mediante la plataforma RetiPort/Scan 21 (Roland Consult, Alemania). Los resultados de la comparación de ambos grupos se realizó mediante el estudio de anillos concéntricos o cuadrantes centrados en la fovea.

Resultados: En los mfPEV los pacientes con EM mostraron una mayor latencia ($63,12 \pm 0,01$ vs $59,03 \pm 0,01$ ms; $p < 0,05$) y una menor amplitud ($0,40 \pm 0,38$ vs $0,69 \pm 0,39$ μ V; $p < 0,05$) para la onda N1. La onda P1 mostró una latencia significativamente mayor en los pacientes con EM ($102,6 \pm 12,9$ vs $100,7 \pm 14,9$ ms; $p < 0,05$). Sin embargo en el análisis topográfico de anillos en general todos presentan una latencia similar en los dos grupos y una amplitud disminuida en el grupo EM, salvo en el tercer anillo que muestra menor latencia y menor amplitud en este grupo.

En el mfERG los pacientes con EM presentaron una menor amplitud en la onda N1 en el cuadrante superonasal ($5,70 \pm 2,11$ vs $6,90 \pm 4,88$ μ V; $p < 0,05$). El cuadrante inferonasal fue el cuadrante más afectado en los pacientes, con latencias significativamente mayores de la onda N1 ($22,3 \pm 4,10$ vs $20,51 \pm 4,14$ ms; $p < 0,05$) y menor amplitud en la onda P1 ($12,19 \pm 4,97$ vs $14,68 \pm 6,89$ μ V, $p < 0,05$).

Conclusiones: La EM produce una alteración de mfPEV y mfERG, causando una latencia más larga de las ondas N1 y P1 y una menor amplitud del N1. En los mfERG produce una alteración especial en el cuadrante inferonasal de la retina.

CPC215

CAMBIOS NEURODEGENERATIVOS EN LA RETINA DE PACIENTES CON TEMBLOR ESENCIAL DETECTABLES MEDIANTE OCT DE DOMINIO ESPECTRAL

María SATUÉ PALACIÁN, Gabriel LARREA SAMPER, Elisa VILADÉS PALOMAR,
Elena GARCÍA MARTÍN

Objetivos: Evaluar los cambios en la retina de pacientes con temblor esencial (TE) mediante tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT).

Métodos: Veintiocho ojos de 28 pacientes con TE, y 58 ojos de 58 sujetos sanos fueron incluidos en el estudio. Todos ellos fueron evaluados mediante SD-OCT Spectralis (Heidelberg Eng. Heidelberg, Alemania); se analizó el espesor macular total y la capa de fibras nerviosas de la retina peripapilar (CFNR), esta última utilizando dos protocolos de análisis diferente: RNFL-glaucoma, y RNFL-N Axonal Analytics, diseñado para el estudio de enfermedades neurodegenerativas.

Resultados: No se observaron diferencias en el espesor macular entre pacientes y controles sanos. Sin embargo, se observó una reducción significativa del espesor de la CFNR en los pacientes con TE en el sector temporal, medido con el protocolo RNFL-glaucoma ($p=0,043$) y con el protocolo Axonal Analytics ($p=0,021$).

Conclusiones: Los pacientes con TE presentan una reducción significativa de la CFNR peripapilar en el sector temporal comparado con sujetos sanos. Estos resultados sugieren la presencia de una neurodegeneración, la cual podría encontrarse entre las causas subyacentes de esta enfermedad.

CPC216

ANÁLISIS DE UNA SERIE DE MELANOCITOMAS DE NERVIÓ ÓPTICO MEDIANTE ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA

Néstor VENTURA ABREU, Bárbara BURGOS BLASCO, Alicia VALVERDE MEGÍAS, Enrique SANTOS BUESO

Propósito: El objetivo de este estudio es evaluar el uso de angiografía por tomografía de coherencia óptica (AOCT) para evaluar las diferencias en la densidad vascular macular y peripapilar en ojos con melanocitoma de nervio óptico (MNO).

Método: Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de MNO mediante retinografía. Los pacientes con características atípicas o en los que no se podía descartar melanoma corioideo fueron excluidos. Se realizó una exploración completa incluyendo mejor agudeza visual corregida (MAVC), segmento anterior y retina, presión intraocular y evaluación pupilar. Además, se realizaron retinografías de seguimiento, OCT y FAF. Se les realizó una AOCT (OCT RS-3000 Advance, Nidek Co., Japan), obteniendo imágenes de 4.5mm x 4.5mm de mácula y nervio óptico de cada ojo.

Resultados: Se incluyeron 8 ojos de 7 pacientes con edad media de 57 años y predominio femenino. 6 de 7 pacientes presentaba MNO unilateral y uno bilateral. El diagnóstico fue casual en seis de los casos, y en uno debido a una neuritis óptica.

Además de la FAF y la OCT, se realizó AOCT a 4 pacientes. El análisis de la vascularización del área peripapilar mostró una disminución en el plexo superficial (3/4) y en el profundo (4/4) en el ojo con MNO. En el caso de la vascularización macular 2 de 4 pacientes presentaban un aumento en el plexo superficial y todos en el plexo profundo.

Durante el seguimiento, no hubo pérdida de MAVC en relación al tumor. Se observó crecimiento del melanocitoma en un paciente sin transformación maligna. 2 de 7 pacientes presentaron complicaciones locales (edema de papila y síndrome de dispersión pigmentaria secundaria al tumor).

Conclusiones: El MNO podría asociarse a disminución de la perfusión peripapilar medible mediante AOCT, aunque se necesitan futuros estudios con mayor número de pacientes. La OCT y la FAF son herramientas no invasivas útiles en el diagnóstico de estos tumores.

CPC217

CIRUGÍA DE ESTRABISMO EN LA PARÁLISIS DEL III NERVIJO CRANEAL. RESULTADOS A LARGO PLAZO

Carlota GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, Pilar MERINO SANZ, Pilar GÓMEZ DE LIAÑO SÁNCHEZ, Marcela Nicole SRUR COLOMBO

Propósito: describir los resultados a largo plazo del tratamiento quirúrgico del estrabismo en las parálisis del III nervio craneal.

Método: estudio retrospectivo en pacientes operados por parálisis de III nervio craneal, durante un periodo de 15 años. Se analizó la media de la desviación horizontal y vertical antes y después de cada cirugía (a los 6 meses, al año y al final del seguimiento), así como las técnicas quirúrgicas realizadas y los factores predictores del resultado final. Se consideró buen resultado estético una desviación final inferior a 10 dioptrías prismáticas (dp) y buen resultado funcional si no existía diplopía en la mirada al frente.

Resultados: se obtuvieron 31 casos en los que se realizó cirugía; la edad media fue de 36,27 años (mujeres el 51,6%). La parálisis fue completa y total en un 22,6% y adquirida en un 80,6%. La media de la desviación horizontal (DH) preoperatoria en posición primaria fue de 40,24 dp de cerca y 44,29 dp de lejos y la desviación vertical (DV) de 14,33 dp. La DH media final de cerca y lejos fue: 8,94 y 11,35 dp respectivamente, y la DV media final: 6,13 dp. En un 68,9% se realizó sólo una cirugía, y en el 46,7% se operaron dos músculos por cirugía. El 64,5% consiguió un buen resultado estético, y el 72,2% buen resultado funcional. La DH empeoró significativamente desde el año hasta el final del estudio y la DV mejoró significativamente desde los 6 meses hasta el año de la cirugía (seguimiento medio: 6,05 años).

Conclusiones: la mayoría de las parálisis del III nervio craneal que necesitaron cirugía fueron adquiridas y unilaterales. La mayoría de las técnicas empleadas fueron recesiones y resecciones máximas de los rectos horizontales. Ninguna de las variables analizadas influyó significativamente en el resultado estético y funcional. La DH postoperatoria fue mejor al año del postoperatorio, y la DV mejoró con el periodo de seguimiento.

CPC218

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE GAZELAB®, VOG PEREA® Y COVER TEST EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ENDOTROPIA

Carlos NARVÁEZ PALAZÓN, Álvaro SÁNCHEZ VENTOSA, María NIEVES MORENO, Blanca BENITO PASCUAL

Objetivos: Determinar la correlación de la desviación medida por los videooculógrafos Gazelab® y VOG Perea® en la evaluación de pacientes con endotropía

Método: Estudio retrospectivo, transversal y analítico, utilizando base de datos de nuestros videooculógrafos Gazelab® y VOG Perea®. En total 14 se revisaron pacientes con endotropía. La comparación entre videooculógrafos y CT se realizó mediante test de Wilcoxon (prueba no paramétrica) y se representaron los diagramas de Bland-Altman.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar cada videooculógrafo con el cover-test ni comparando ambos dispositivos entre sí.

En la comparación entre ambos videooculógrafos la mediana de diferencia con ambos ojos fue de 6,6 dp y el 67% de los pacientes presentó diferencias menores a las 10 dp. Sin embargo, el 1,4% presentó diferencias superiores a las 20 dp entre ambos dispositivos.

En la comparación entre VOG Perea® y cover test, la mediana de diferencias fue de 8,11 dp y el 50% de los pacientes presentó diferencias menores a las 10 dp.

Comparando Gaze Lab® y cover test, encontramos que el 85% de los pacientes presentó diferencias menores a las 10 dp, encontrándose la mediana en 6 dp.

Conclusiones: VOG Perea® y Gaze Lab® parecen dispositivos equivalentes a la hora de medir la estática ocular de los pacientes con endotropía. Sin embargo, existen en algunos pacientes, diferencias muy altas entre medidas de ambos dispositivos y con el cover test, sobre todo en pacientes con falta de fijación y en pacientes con incomitancia lejos-cerca. Por ello mismo, la evaluación del clínico y la interpretación de los resultados de los videooculógrafos sigue siendo indispensable a la hora de evaluar las desviaciones en pacientes con endotropía.

CPC219

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA EXOTROPIA INTERMITENTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO. REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA EN NUESTRO CENTRO

Laura SOLDEVILA BACARDIT, Cristina BAENA GONZALO, Xènia SANS NIUBÒ, José Miguel ESPINOSA-SALDAÑA PANDO

Propósito: Estudiar la epidemiología, la clínica, la evolución y los tratamientos aplicados en los pacientes con exotropía intermitente atendidos en los departamentos de Terapia Visual y de Oftalmopediatría de nuestro centro durante los años 2012-17.

Método: Estudio retrospectivo de 61 pacientes de 0 a 18 años que, en el periodo de 2012 a 2017, fueron visitados por exotropía intermitente en el Institut Català de Retina de Barcelona.

Resultados: El tratamiento fue quirúrgico en 10 casos y siguieron terapia visual (solamente, o previamente / posteriormente a la cirugía) 39 niños. El resultado motor fue de ortoforia o desviación residual menor a 10 dioptrías prismáticas en 8 de los 10 pacientes operados, mientras que mejoraron el control de su exotropía intermitente y mantuvieron los valores de estereopsis el 86% de los pacientes que hicieron terapia visual.

Conclusiones: La exotropía intermitente es la forma más frecuente de estrabismo divergente. Existe controversia en cuanto al tratamiento más indicado y cuál es el momento idóneo para aplicarlo. Tanto la terapia visual como la cirugía sobre los músculos extraoculares horizontales pueden resultar efectivos, de forma separada o en combinación, y en nuestro centro nos hemos basado en el estado de la binocularidad y el componente estético para la decisión terapéutica en cada caso.

CPC220

ESTENOSIS PUNTAL ADQUIRIDA: RESULTADOS DE 3 TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE 6 AÑOS

Miguel DIEGO ALONSO, Alicia GALINDO FERREIRO, Altea LORENZO ARRIBAS,
Minal BELANI RAJU

Propósito: estudiar los resultados obtenidos mediante puntoplastia con 3 técnicas quirúrgicas, así como la asociación de la estenosis puntal adquirida con otras patologías

Método: Estudio retrospectivo de todas puntoplastias realizadas entre 2009 y 2015 por estenosis de punto lagrimal adquirida en un hospital de tercer nivel. Se realizaron 3 técnicas quirúrgicas: Three-Snip triangular, rectangular y mediante un Punch tipo Kelly Punch. Se recogieron datos demográficos, lateralidad del punto intervenido, patología asociada y tipo de intervención realizada. Los resultados se analizaron a los seis meses. Se definió éxito subjetivo a la ausencia de epifora y como éxito objetivo posibilidad de canalizar las vías lagrimales.

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes, con un total de 65 puntos lagrimales. La edad media de presentación fue de 66,3 años (desviación estándar: 16.20). El ectropión de párpado inferior fue la patología palpebral más frecuentemente asociada y se presentó en el 60,0% de los casos. La epifora como síntoma apareció en la totalidad de los casos. Del total de 51 pacientes, 34 (66,7%) fueron operados con Punch, 13 (25,5%) fueron operados mediante Three-Snip triangular, y 3 (5,9%) por Three-Snip rectangular.

La tasa de éxito subjetivo con Punch fue de 88,2% y la tasa de éxito objetivo fue 75,0%.

Con la técnica de Three-Snip triangular, las tasas de éxito subjetivo y objetivo fueron 69,2% y 66,7% respectivamente.

Con Three-Snip rectangular las tasas de éxito subjetivo y objetivo fueron 66,7% y 100% respectivamente.

La comparación de la tasa de éxitos para Punch y Three-Snip fue realizada mediante el test de X^2 . Los resultados fueron: $X^2= 0,029839$, $df=1$ y $P\text{-Value}= 0,8629$.

Conclusiones: las distintas técnicas de puntoplastia tuvieron unos resultados similares siendo la realizada con Punch la que obtuvo mejores resultados tanto objetivos como subjetivos. La estenosis puntal adquirida se asocia frecuentemente a ectropión.

CPC221

QUERATOSIS FOLICULAR INVERTIDA PERIOCLAR: REVISIÓN A 17 AÑOS

Cecilia Díez Montero, Alicia Galindo Ferreiro, Diego González González,
Elena Pérez Martínez

La queratosis folicular invertida (QFI) es un tumor benigno raro derivado del infundíbulo folicular. Se pretende mostrar factores demográficos de esta lesión a nivel periorbitario y estudiar sus características clínicas e histopatológicas.

Se realizó un estudio retrospectivo de casos sometidos a resección quirúrgica entre 2000 y 2017 de los que se confirmó el diagnóstico de QFI mediante histología. Se obtuvieron datos demográficos y clínicos. También se registraron la fecha de la cirugía, técnica quirúrgica, recurrencia y seguimiento.

Se recogieron 11 pacientes. Edad media de 71 años. Siete mujeres (64%). Ocho pacientes (7%) no tuvieron síntomas y sólo dos reportaron picor y uno edema y hemorragia. La lesión afectó al párpado superior en cuatro pacientes (36%), párpado inferior en tres (27%) y canto interno en cuatro (36%). El tiempo de progresión fue menor de 6 meses en dos (18%), entre 6 y 12 meses en 3 (27%) y entre 12 y 24 meses (9%) en uno. El diagnóstico clínico pre biopsia fue «lesión cutánea» o cuerno cutáneo en 3 pacientes (27%), papiloma, verruga o cuerno cutáneo versus papiloma en 1 (9%); queratoacantoma o carcinoma de células basales en 1 (9%). Histológicamente nuestras lesiones presentaron un patrón de crecimiento endofítico con forma de cráter que penetraba en dermis papilar y reticular en forma de lóbulos.

El tratamiento en 10 casos fue biopsia escisional con cierre por segunda intención (n = 5; 45,5%), cierre directo (n = 4; 36,4%) y colgajo (n = 1; 9,1%). El tumor se clasificó con márgenes libres en cuatro casos (36,4%), afectos en uno (9,1%) y carecemos de datos en 6 (54,5%).

La QFI es una lesión poco común. Durante 17 años sólo hemos observado 11 casos en nuestro centro. Hemos descrito la serie más grande de casos perioculares desde 1979. Es importante recordar que la QFI puede detectarse en el área periocular para hacer un buen diagnóstico clínico e indicación quirúrgica a pesar de la evidente dificultad que esto conlleva.

CPC222

COMPARACIÓN ENTRE LA INTUBACIÓN MONOCANALICULAR AUTOAJUSTABLE VERSUS LA INTUBACIÓN BICANALICULAR PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TIPOS COMPLEJOS DE OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO NASOLAGRIMAL CONGÉNITO

Mercedes RIVERA ZORÍ, Isabel VALLS FERRÁN, Celia MARTÍN VILLAESCUSA,
M.^a Belén GUTIÉRREZ PARTIDA

Propósito: Investigar los resultados y complicaciones de la intubación monocanalicular autoajustable Masterka comparada con la intubación bicanalicular con recuperación nasal en nuestro centro.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo con revisión de historia clínica desde Febrero de 2007 hasta Febrero de 2018. Se observó el tipo de intervención (intubación bicanalicular (IBC) o Masterka), la duración de la misma, el test de aclaramiento con fluoresceína previo a la intervención y al mes, a los 3 meses de la intubación, y a los 3 meses de la retirada de la misma. También se observaron las complicaciones durante el proceso.

Resultados: De un total de 1276 sondajes realizados, se incluyeron 93 pacientes con obstrucciones congénitas de la vía lagrimal en los cuales habían fracasado la realización de 3 sondajes previos más lavado de vía lagrimal, con edades comprendidas desde los 1 a 5 años.

El tiempo de intubación medio para la IBC fue de 12 minutos (rango de 8-25), para la intubación con Masterka fue de 3 minutos (rango de 2-9 minutos). Se obtuvo una tasa de éxito mayor para la intubación con Masterka (90,19%) que para la IBC (88,09%). Ocurrió una pérdida de la intubación en 2 pacientes con Masterka y se observó la aparición de reacción granulomatosa adyacente al punto lagrimal en 3 casos de intubación con Masterka que requirieron exéresis quirúrgica para la resolución del cuadro y sin presentar fracaso de la intubación.

Conclusiones: La intubación con Masterka fue un tratamiento eficaz para los tipos complejos de obstrucciones congénitas de la vía lagrimal en nuestro centro, sin estar exento de complicaciones no asociadas en nuestra experiencia al fracaso de la intubación, mejorando los tiempos de intervención quirúrgica en la realización de la técnica y ahorrando al paciente la realización de una segunda intervención para la retirada de la intubación.

CPC223

¿PUEDO DESAYUNAR?: ESTUDIO COMPARATIVO DEL COLIRIO DE SUERO AUTÓLOGO ELABORADO EN DOS SITUACIONES METABÓLICAS (AYUNO VS POSTPRANDIAL)

Vanesa FREIRE VALLEJO, Ainhoa BILBAO LAISECA, Anayansy GONZÁLEZ AZNAR

Propósito: Determinar si existen o no modificaciones en la composición final del colirio de suero autólogo cuando éste se elabora tras la ingesta de alimentos (situación postprandial).

Método: Se realizó un estudio con dieciocho voluntarios sanos a los cuales se les extrajo sangre para la elaboración del colirio de suero autólogo en dos circunstancias concretas: tras un ayuno relativo (de al menos 8 horas) y en periodo postprandial (3,5 horas tras una ingesta controlada hipergrasa e hipercalórica). En ambas, se cuantificaron distintos parámetros hematológicos y bioquímicos en la sangre y en el suero autólogo de cada voluntario, además de parámetros físico-químicos de la lágrima y del colirio en cada caso.

Resultados: Los resultados hematológicos muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en estado postprandial, la concentración de plaquetas y leucocitos aumenta, mientras que la de hematíes disminuye. En cuanto a los resultados bioquímicos destaca un aumento estadísticamente significativo ($p < 0,05$) de los triglicéridos en estado postprandial tanto en sangre como en el colirio, mientras que la glucosa y la albúmina no sufren cambios significativos. Los parámetros físico-químicos no sufren cambios tras la ingesta.

Conclusiones: Los cambios observados podrían afectar a la eficacia del colirio en diferentes aspectos. El aumento de plaquetas tras la ingesta podría inducir una mayor concentración de factores de crecimiento plaquetarios en los colirios elaborados y resultar beneficioso cuando se requiera un mayor componente regenerativo. El aumento postprandial de leucocitos podría suponer mayor presencia de citocinas pro-inflamatorias, entorpeciendo el tratamiento de procesos inflamatorios. El aumento de triglicéridos podría ser relevante en el tratamiento de patologías con alteración del componente lipídico de la lágrima. Se necesitan estudios más exhaustivos para comprender la verdadera repercusión de la ingesta sobre el suero autólogo.

CPC224

INVESTIGACIÓN DEL ENDOTELIO CORNEAL EN PACIENTES CON ECTASIAS CORNEALES

M.^a José GARCÍA VELASCO, Susanne KASKEL PAUL, Josefa VELASCO CABRERA

Propósito: En esta investigación estudiamos la modificación de las células endoteliales en sujetos con queratocono en sus diferentes estados y su relación con las lentes de contacto.

Métodos: Para ello se realizó un estudio en un total de 80 ojos con queratocono grado I (QGI), queratocono grado II (QGII) y queratocono grado III (QGIII). El grupo de los pacientes con QGI están compensados con lentes oftálmicas, los pacientes con QGII y QGIII están compensados con lentes rígidas permeables a los gases. El grupo control fue de 101 sujetos sanos, nunca habían llevado lentes de contacto y no estaban sometidos a ninguna cirugía. Se analizan en el endotelio corneal la densidad de las células endoteliales (DCE), el coeficiente de variación (CV) y la hexagonalidad (H) con el microscopio especular de Topcon SP-2000P que contiene un sistema IMAGInet y realiza un rápido análisis.

Resultados: La DCE, el CV y la H de los pacientes con QGI presentan diferencias no significativas ($p > 0,05$) y significativa ($p < 0.05$) en los pacientes con QGII y QGIII respecto al grupo control. No hubo diferencias significativas entre ambos sexos. Las edades medias de los pacientes para el QGI, QGII y QGIII fueron no significativas ($p > 0.05$), siendo menor en QGI y mayor en QGIII.

Conclusiones: En los pacientes con QGI no se producen modificaciones en la DCE, CV y H. En los pacientes con QGII y QGIII aparecen manifestaciones en la densidad, tamaño y forma de las células presentando polimegatismo y pleomorfismo. Posiblemente en estos grados podría influir la evolución de la ectasia, edad y el porte de lentes de contacto.

CPC225

LINFOMA INTRAOCULAR: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y CITOLÓGICA

Carmen ALBA LINERO, Aníbal ALÉ CHILET, Andrés AQUEVEQUE BULL, Víctor LLORENS BELLES

Objetivo: Describir las características clínicas, citológicas y de supervivencia de pacientes con linfomas intraocular comprobados por biopsia.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con linfomas intraoculares visitados en un centro referencia de uveitis desde 1995 a 2017. El seguimiento mínimo fue de 12 meses.

Resultados: Se incluyeron veintiún pacientes (32 ojos), 12 sexo masculino (57%), edad promedio al diagnóstico 57,5 ($\pm 12,7$) años y una media de seguimiento de 30 (7-180) meses. Once (52%) pacientes presentaron linfoma vítreo-retiniano primario (LVRP), cuatro (19%) linfoma uveal primario (LUP) y seis (28%) linfoma intraocular secundario (LS). El linfoma difuso de células B grandes fue el principal tipo subyacente en LVRP (90%) y LS (83%), no así en LUP donde el linfoma de zona marginal extranodal se observó en todos los casos. El porcentaje de supervivencia global fue de 36% a 25 meses (RQ 59,5) en LVRP con alta asociación a compromiso de sistema nervioso central (63%), y significativamente ($p=0,047$); menor supervivencia en LS 16% a 23 meses (RQ 36). Los pacientes con LUP presentaron supervivencia del 100% a 5 años.

Conclusiones: Aunque el LVRP es el más frecuente de los linfomas intraoculares, LUP y LS deben tenerse en cuenta como posibles causas. La supervivencia global en LVRP fue pobre, y aún peor en LS. Por el contrario la supervivencia en LUP fue de 100% al seguimiento.

CPC226

ESTUDIO DE CUANTIFICACIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO DE CAPAS SUPERFICIALES DE LA RETINA MEDIDO MEDIANTE ANGIO-OCT

José Manuel DÍAZ BERNAL, Ignacio GARCÍA BASTERRA, José MORA CASTILLA, Antonio MORENO GUERRERO

Propósito: Estudiar la reproducibilidad de las nuevas herramientas de cuantificación de flujo de capas superficiales mediante Angio-OCT.

Método: se realizan dos exámenes independientes el mismo día con Angio-OCT Triton de ambos ojos en una muestra de 7 pacientes sanos sin antecedentes oftalmológicos previos. Se toman los datos de cuantificación de flujo de capas superficiales en cubos de 4,5x4,5 mm a nivel macular, dividiéndolos en 5 cuadrantes (superior, inferior, temporal, nasal y central). Se realiza un estudio de correlación de Pearson para valorar la reproducibilidad de la técnica.

Resultados: Los resultados mostraron una repetitibilidad estadísticamente significativa en la medida central y en la superior (Coeficiente de correlación de Pearson 0,93, $p < 0,01$ y 0,63, $p < 0,01$, respectivamente). No existió correlación estadísticamente significativa entre las dos medidas tomadas en los sectores temporales, nasales e inferiores (todas las $p > 0,05$). La media y desviación estándar de las dos medidas centrales fueron de $15,52 \pm 3,58$ y de $15,20 \pm 3,61$ respectivamente. La media y la desviación estándar de las medidas superiores fueron de $51,94 \pm 2,59$ y de $51,33 \pm 2,97$ respectivamente.

Conclusiones: aunque ya es posible la cuantificación de flujo mediante Angio-OCT Triton, esta medida solo es repetible en el sector central y superior. La futura medición objetiva y reproducible del flujo en las diversas capas vasculares retinianas (plexo superficial, profundo y coriocapilar) puede ser una herramienta que aporte información clave en el diagnóstico y tratamiento de numerosas patologías retinianas.

CPC227

ENDOFTALMITIS TRAS INYECCIONES INTRAVÍTREAS EN SALA LIMPIA EN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

Laura ESCUDERO BODENLLE, José Luis OLEA VALLEJO, Ramón TARRAGÓ PÉREZ

Propósito: Averiguar la incidencia de endoftalmitis tras inyecciones intravítreas (IVT) realizadas en «sala limpia» de un hospital terciario, siguiendo los protocolos de la Sociedad Española de Retina y Vítreo. Identificar los agentes causales, la respuesta al tratamiento y el resultado funcional final.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, en una serie de casos clínicos, de las endoftalmitis tras IVT realizadas en nuestro centro entre 2010 y 2016. En los casos afectos, se efectuó tratamiento intravítreo y sistémico, siguiendo las pautas de la SERV, así como una vitrectomía diagnóstico-terapéutica, con seguimiento hasta la resolución definitiva del caso.

Resultados: Se produjeron 5 casos de endoftalmitis en 12095 IVT (incidencia de 0,04%). Se obtuvieron muestras de humor acuoso o vítreo, con cultivo positivo en todos los casos: Staphylococcus epidermidis fue el agente causal en 4 de los 5 casos. En 2 casos la agudeza visual fue de no percepción luminosa por desprendimiento de retina irreductible tras la resolución del proceso infeccioso.

Conclusiones: Las IVT realizadas en «sala limpia» tienen una baja incidencia de endoftalmitis, no superior a las realizadas en quirófano, según las guías internacionales. La especie Staphylococcus es la responsable más frecuente.

CPC228

PREVALENCIA DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN UNA BASE DE 417 PACIENTES SOMETIDOS A SCREENING MEDIANTE CÁMARA NO MIDRIÁTICA

Raúl FERNÁNDEZ RAMÓN, Rosalía DEMETRIO PABLO

Propósito: Evaluar los 6 primeros meses de experiencia del cribado de retinopatía diabética (RD) mediante el análisis telemático de retinografías realizadas con cámara no midriática (CNM).

Método: Estudio descriptivo transversal de 417 pacientes diabético sometidos a cribado de RD mediante retinografías de 45° realizadas con CNM en un centro de salud y posteriormente analizadas por oftalmólogos. En el informe se incluyen: edad, tipo de diabetes, última hemoglobina glicosilada (HbA1c), años de evolución de la enfermedad y agudeza visual.

Resultados: La prevalencia de RD fue del 9,19%, de los cuales un 85,71% presentaban RD no proliferativa leve, 11,43% no proliferativa moderada, 2,86% no proliferativa severa y 8,57% maculopatía diabética asociada a cualquier grado de RD. En 36 pacientes (8,63%) las retinografías no fueron valorables. La edad media de los pacientes fue de 66,20 años, el valor medio de la HbA1c 7,04%, el tiempo medio de evolución de la diabetes de 11,05 años y la AV media de 7/10 en ambos ojos.

Conclusiones: El empleo de programas de telemedicina en el cribado de la RD constituye una herramienta útil en el diagnóstico y tratamiento precoz de esta patología, disminuyendo la carga asistencial en las consultas de Oftalmología.

CPC229

EVALUACIÓN DE LA FIBROSIS SECUNDARIA A LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD EXUDATIVA

José Ignacio FERNÁNDEZ-VIGO ESCRIBANO, María LARRAÑAGA CORES, Cristina CALVO GONZÁLEZ, Alicia VALVERDE MEGÍAS

Propósito: Evaluar la presencia de la fibrosis secundaria a la Degeneración Macular Asociada a la Edad exudativa (DMAEe), analizando la agudeza visual (AV), el número de inyecciones de antiangiogénicos y el patrón de la lesión mediante tomografía de coherencia óptica (OCT).

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo consecutivo en 178 pacientes con DMAEe, divididos en dos grupos en función de la presencia de algún grado de fibrosis macular (500 μ centrales) mediante OCT y tras funduscopia. Se recogió la AV (escala ETDRS) antes del comienzo del tratamiento y al final del seguimiento, registrando el número de inyecciones. Se caracterizó el patrón de la fibrosis mediante OCT (sub epitelio pigmentario de la retina (EPR), subretiniano y mixto), midiéndose además el grosor macular central.

Resultados: La edad fue $80,3 \pm 10,1$ años (rango 56–99), siendo el 57% mujeres. El seguimiento fue de 48 ± 36 meses (rango 1–125), con una media de $8,9 \pm 8,1$ inyecciones de antiangiogénicos (rango 1-39). Se detectó algún grado de fibrosis en el 48% de los pacientes estudiados, siendo bilateral en el 22%. La AV inicial en el grupo con DMAEe sin fibrosis fue $62,8 \pm 25,1$ letras (rango 1-85), disminuyendo la AV final a $57,2 \pm 28,1$ letras (rango 0-80) ($P \leq 0,001$). En los pacientes con fibrosis la AV inicial y final fue peor que aquellos sin fibrosis ($P \leq 0,001$), siendo de $45,0 \pm 25,6$ letras (0-85) y $30,9 \pm 22$ letras (rango 0-77) respectivamente ($P \leq 0,001$), presentando un grosor macular de $299 \pm 92 \mu\text{m}$ (171 – 528). Existió una correlación entre el número de meses de seguimiento y la AV final ($R = -0,230$; $P = 0,002$). El patrón más frecuente de fibrosis fue subEPR (45%), seguido del mixto (38%), y del subretiniano (17%).

Conclusiones: La prevalencia de algún grado de fibrosis macular secundaria a la DMAEe es alta en estos pacientes, asociándose este subgrupo a una menor AV, siendo el patrón de fibrosis más predominante el subEPR.

CPC230

AUTOFLUORESCENCIA EN EL ESTUDIO DE DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD EN MUJERES INCLUIDAS EN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

Javier GALINDO BOCERO, Jorge SAÁ GÓMEZ, Francisco VIZOSO PIÑEIRO

Propósito: Estudiar la asociación entre la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) y sus patrones fenotípicos de autofluorescencia con el hallazgo de calcificaciones arteriales mamarias (CAM) en el programa de cribado poblacional de cáncer de mama.

Método: A partir de una población muestral procedente del programa de cribado de cáncer de mama, se extraen 66 mujeres (37 casos-pacientes con CAM, 29 controles-sin CAM), con edad media de 72 años (rango 61-84 años). Se realiza retinografía y autofluorescencia con el equipo 3D OCT-2000 FA Plus (Topcon), se categoriza la DMAE en base a la clasificación clínica de Ferris (precoz, intermedia y avanzada) y se analiza la distribución de fenotipos de autofluorescencia según la clasificación propuesta por International Fundus Autofluorescence Classification Group (normal, cambios mínimos, focal, parcheado, lineal, en ovillo, reticular, moteado y atrofia geográfica).

Resultados: El análisis de 130 ojos pertenecientes a 66 pacientes revela DMAE en 21 ojos (15,38%) correspondientes a 14 pacientes, 7 de los cuales muestran DMAE bilateral. 12 ojos presentan DMAE precoz, 6 DMAE intermedia y 3 DMAE avanzada. La prevalencia de DMAE es superior en el grupo de CAM (13,64%) respecto al grupo control (7,58%), así como la prevalencia de DMAE bilateral (7,58% vs 3,03%).

Los patrones de autofluorescencia más frecuentes en la muestra son, por este orden: normal (73,85%), cambios mínimos (15,38%), focal (3,85%) y lineal (3,08%). Por grupos, los resultados son similares aunque el patrón focal aparece con mayor frecuencia en el grupo de CAM (5,71% vs 1,35%) mientras que el patrón lineal lo hace en el grupo control (6,90% vs 0%).

Conclusiones: La presencia de CAM en la muestra se relaciona con mayor riesgo de DMAE, por lo que podría valorarse la realización de un screening oftalmológico a las pacientes donde se detecte la aparición de CAM en el estudio mamográfico.

CPC231

PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN DMAE MEDIANTE RÉGIMEN DE TREAT & EXTEND

Manel GARCÍA MENDIETA, Daniel LORENZO PARRA, Ramón RODRÍGUEZ LEOR

Propósito: Estudiar los resultados funcionales y eficiencia de tratamiento de un régimen de treat & extend en pacientes con DMAE en práctica clínica habitual.

Método: Se realizó un estudio prospectivo observacional de 12 meses de duración en 71 ojos de 63 pacientes con DMAE (55 unilateral, 8 bilateral). Se valoraron datos clínicos, agudezas visuales iniciales y finales, número de inyecciones administradas, así como datos referentes a carga asistencial, en términos de número de visitas.

Resultados: En los pacientes tratados con régimen de treat & extend de nuestra muestra, se objetivó una ganancia de 7 letras ETDRS entre AV inicial (50 letras) y AV final (57 letras), con diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,004$). La media anual de número de inyecciones intravítreas administradas fue de 7, así como el número de visitas, presentando una tendencia a mayor incremento de letras en aquellos tratados con aflibercept, aunque sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,192$). La media en el período de extensión máxima fue de 8 semanas.

Conclusiones: La modalidad de treat & extend para tratamiento en DMAE estabiliza o mejora la agudeza visual final de los pacientes en práctica clínica real, y es equivalente a otras modalidades de tratamiento mensuales, con número de inyecciones similares, aunque reduciendo el número de visitas y la carga asistencial total.

CPC232

TELEOFTALMOLOGÍA EN EL MEDIO RURAL: SEGUIMIENTO DE 524 PACIENTES DIABÉTICOS

Luis GARCÍA ONRUBIA, Carlos LOBATO FUERTES, Luis GARCÍA BURRIEL,
Carlos VÁZQUEZ ROJO

Propósito: La exploración del fondo de ojo en diabéticos cada dos años se recomienda por las guías de práctica médica, pero, varios estudios demuestran que en la práctica no se realiza.

La retinografía con cámara no midriática surge como una solución. Nuestro estudio se realiza en una Zona Básica de Salud rural y se propone valorar la efectividad (grado de eficacia conseguida en condiciones habituales) de un programa de cribado de retinopatía diabética realizado entre el Centro de Salud y el hospital dentro de las condiciones habituales de trabajo, de ambos.

Metodología: Se dotó al centro de un retinógrafo no midriático dos médicos de familia realizaban las retinografías, que tras ser valoradas, se enviaban en red al hospital donde un oftalmólogo respondía con el diagnóstico y la actitud a seguir. El censo se extrajo de la historia informatizada MEDORA muy exacto en la actualidad. El estudio abarca desde noviembre de 2013 a octubre de 2017, con el cribado de todos los cupos de la Zona Básica.

Resultados: La Zona tiene 7960 habitantes y dista 34 km del hospital. De 695 diabéticos censados (prevalencia 8,72%). Se realizaron retinografías a 524 (75,4% de cobertura). 96 diabéticos (18,32%) presentaron algún estadio de retinopatía diabética, proliferativa en 9 casos (9,4% de las retinopatías) y no proliferativa en 87 (90,6%). En el 98% de los casos leves esta era desconocida.

Discusión: Aunque la eficacia de la cámara no midriática es evidente, el objeto de este estudio, es valorar la implementación del programa en nuestra zona, no hemos encontrado referencias de otros estudios de teleoftalmología, cuyo ámbito sea la población natural, pero la cobertura del 75,4% obtenida, demuestra el éxito de esta estrategia, frente al 20% en el mejor de los casos, de los estudios tradicionales. La teleoftalmología surge como una solución factible para los diabéticos de muchas zonas rurales de nuestra geografía.

CPC233

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTIPALÚDICOS EN NUESTRO HOSPITAL

Ángela GÓMEZ MORENO, Begoña ORTIZ DE LANDALUCE, Gonzaga GARAY ARAMBURU

Propósito: Estudiar el protocolo por procesos establecido en nuestro servicio para el seguimiento de pacientes en tratamiento con antipalúdicos (AP), cloroquina e hidroxicloroquina, entre abril de 2016 y diciembre de 2017.

Métodos: Se estudian de forma retrospectiva 147 pacientes, mediante agudeza visual mejor corregida (AVMC), campo visual (CV) estrategia 10-2, tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (OCT-SD) macular, autofluorescencia (FA) e imagen multicolor (Spectralis; Heidelberg-engineering), de forma basal y a los 2 años.

Resultados: Se revisan 147 pacientes, derivados del servicio de reumatología (65,31%), dermatología (25,85%), medicina interna (8,16%) y otros (0,68%), de los cuales 9 no iniciaron tratamiento con AP. El 94,92% de los pacientes recibieron tratamiento con hidroxicloroquina. En 102 pacientes el campo visual fue normal, observándose defectos campimétricos congruentes con la toxicidad retiniana en 5 pacientes. 7 pacientes presentaron alteraciones en la OCT, de los cuales en 5 se correspondía con patología macular previa. Un paciente presentó alteración en la autofluorescencia y en 5 pacientes se observaron cambios en la imagen multicolor.

Se recomendó la suspensión del fármaco en 3 pacientes (2,17%) por presentar maculopatía previa y se indicó la suspensión en 4 pacientes (2,89%) por toxicidad retiniana secundaria.

Conclusiones: La toxicidad retiniana secundaria a los fármacos AP es irreversible. El objetivo de este estudio, revisar el protocolo para poder detectar el daño producido en los estadios incipientes, mediante CV y OCT-SD, combinándolas con la FA y la imagen multicolor.

CPC234

FACTORES PREDICTIVOS DE MEJORÍA DE AGUDEZA VISUAL EN PACIENTES CON EDEMA MACULAR DIABÉTICO Y MONOTERAPIA CON OZURDEX

María A. JIMÉNEZ SANTOS, M.^a Jesús ESCOBAR MORENO, Ramón TORRES IMAZ

Objetivo: Determinar la eficacia y seguridad del implante de dexametasona intravitreo (DEX-Ozurdex: Allergan, Inc) en ojos con edema macular diabético (DME) en un entorno de práctica real y analizar los factores predictivos de agudeza visual (AV).

Metodos: 30 pacientes pseudofáquicos con switch a Ozurdex con pauta PRN a partir del tercer mes postinyección, en monoterapia y un seguimiento a 24 meses. Para identificar factores predictivos de mejoría de AV se analizaron factores clínicos y tomográficos y su relación con la mejor AV (MAVC) final, mejoría de más de 15 letras de AV y con cambio de AV.

Resultados: Tras 24 meses de tratamiento con DEX IVT, existió una mejoría de 9,96 letras de MAVC y el grosor subfoveal central (CST) disminuyó 178,4 μm . Existió una correlación pobre entre cambios en CST y la MAVC o mejoría de la MAVC a los 24 meses. De acuerdo con análisis de regresión univariantes se asoció la mayoría de AV a 24 meses a la presencia de desorganización de las capas internas de la retina (DRIL: $p < 0,01$) y a la presencia de puntos hiperreflectivos en la retina externa (HRF: $p = 0,001$), a la presencia de líquido subretiniano (DRNS: $p = 0,018$). Sin embargo, solo la ausencia de DRIL ($p < 0,01$) y de HRF ($p = 0,019$) en el baseline se correlacionaron con una mejoría de la AV final. En un análisis multivariante teniendo en cuenta HRF, DRNS y alteración de la zona de los elipsoides (EZ) solo la ausencia de DRIL y alteraciones en ZA se correlacionaron con una mejoría de AV. Los perfiles de seguridad encontrados en este estudio no difieren de los previamente publicados.

Conclusión: Los implantes de dexametasona son efectivos y seguros en el tratamiento del EMD. Presentan mejores resultados visuales aquellos con ausencia de DRIL y HRF, lo que sugiere un valor predictivo de estos pacientes en los ojos con EMD tratados con Ozurdex.

CPC235

INTEGRACIÓN DE DATOS DE UN ESTUDIO DE COHORTES SOBRE RETINOPATÍA DIABÉTICA PARA EVALUAR LOS EFECTOS DE LOS ANTIOXIDANTES Y ÁCIDOS GRASOS OMEGA 3 DURANTE TRES AÑOS

M.^a Dolores PINAZO Y DURÁN, Silvia M.^a SANZ GONZÁLEZ, José Javier GARCÍA MEDINA, David GALARRETA MIRA

Propósito: Integrar características sociodemográficas, factores de riesgo, parámetros oftalmológicos y datos moleculares/genéticos en diabéticos tipo 2 (DM2) para identificar nuevos marcadores para la retinopatía (RD) y evaluar los efectos a largo plazo de la suplementación con antioxidantes y ácidos grasos omega 3 (A/ ω 3).

Método: Estudio multicéntrico intervencionista en 198 participantes que concluyeron los 3 años de seguimiento, divididos en: DM2 (n=110) con/sin retinopatía (+RD/-RD) y controles (GC; n= 88). Se subdividieron al azar según fueran (+A/ ω 3) o no (-A/ ω 3) suplementados. Se realizó anamnesis, examen oftalmológico y extracción de sangre para bioquímica clásica, marcadores de estrés oxidativo (EOX) [malonildialdehído (MDA); actividad antioxidante total (AAT)], e inflamación [gen que codifica por la metaloproteinasa 9 (gen MMP9)]. Los datos se analizaron mediante el SPSS 22.0.

Resultados: El 73% de participantes iniciales completaron el seguimiento a 3 años. La hiperglucemia, HbA1c, duración de DM2, obesidad, dislipemia y EOX fueron los principales factores de riesgo para la RD en esta cohorte. A los 3 años del estudio, el 28% de pacientes DM2-RD desarrolló retinopatía (72%: leve; 24%: moderada; 4%: severa), y el 42% de pacientes DM2+RD mostró progresión de la retinopatía (54%: leve; 35%: moderada; 11%: severa). Tras ajustar por edad, género, estilo de vida y factores de riesgo la DM2 se asoció con marcadores circulantes de estrés oxidativo [aumentó el MDA (p=0,05) y disminuyó la TAA (p=0,001)]. El gen MMP9 mostró expresión significativamente mayor en DM2 vs GC (p=0,05). Los grupos suplementados con A/ ω 3 redujeron significativamente su carga oxidativa.

Conclusiones: Confirmamos que el EOX está relacionado con el inicio/progresión de la RD en diabéticos, que pueden beneficiarse de una fórmula apropiada con A/ ω 3. Sugerimos un grupo de marcadores dinámicos, entre ellos el gen MMP9, que pueden ser utilizados para monitorizar cambios en la retina diab.

CPC236

ZONAS DEL GROSOR COROIDEO AFECTADAS POR LA COMPOSICIÓN CORPORAL

Martín PUZO BAYOD, Carlos ISANTA OTAL, Francisco de Asís BARTOL PUYAL, Beatriz ABADÍA ÁLVAREZ

Propósito: Analizar la posible relación entre la composición corporal y el grosor coroideo.

Método: Estudio transversal en el que se incluyó a pacientes mayores de 55 años, con longitud axial (LA) menor de 26mm y que no hubieran recibido ningún tratamiento oftalmológico previo. Se analizaron los espesores coroideos mediante tomografía de coherencia óptica swept-source (SS-OCT DRI Triton, Topcon) y se dividieron los resultados por sectores ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) obtenidos mediante segmentación automática. Se evaluó su composición corporal mediante el analizador TANITA (Biológica Tecnología Médica SL). Se analizaron datos sobre agua total, metabolismo basal, impedancia, masa grasa y masa magra.

Resultados: Se analizaron 260 ojos de 130 pacientes. La edad media fue de $67,21 \pm 7,94$ años, la LA media fue de $23,31 \pm 0,94$ mm y la presión intraocular media fue de $16,59 \pm 2,94$ mmHg. Se encontraron correlaciones significativas entre la cantidad total de agua y los sectores central ($p=0,01$, $r=0,17$), nasal interno ($p=0,03$, $r=0,14$), temporal interno ($p=0,00$, $r=0,19$), temporal externo ($p=0,00$, $r=0,19$) y superior externo ($p=0,00$, $r=0,19$). También se encontraron entre impedancia (en ohmios) y los sectores superior interno ($p=0,01$, $r=0,17$), inferior interno ($p=0,01$, $r=0,17$) e inferior externo ($p=0,04$, $r=0,13$). No se encontraron con el resto de parámetros.

Conclusiones: La volemia corporal influye en las mediciones de espesores coroideos de forma no despreciable, de tal forma que cabe tener en cuenta que existirá disminución del grosor coroideo en situaciones de deshidratación. Sin embargo, no afecta a todos los sectores por igual; siendo las zonas inferiores las menos sensibles a variaciones en la volemia. Por otro lado, si bien la cantidad de grasa total o de masa muscular total pueden influir en parámetros sistémicos como la creatinina o el gasto cardiaco, estos no afectan al grosor coroideo.

CPC237

EL IMPLANTE DE DEXAMETASONA INTRAVÍTREO INTRAOPERATORIO DISMINUYE EL EDEMA MACULAR TRAS LA CIRUGÍA DE MEMBRANA EPIRETINIANA

Prudencia ROCHINA PÉREZ, Francisco FARÍAS ROZAS, Marta CERDÀ IBÁÑEZ, Rodrigo CLEMENTE TOMÁS

Propósito: Valorar la eficacia del implante de dexametasona intravítreo intraoperatorio (Ozurdex®, Allergan, Inc., Irvine, CA, USA and Allergan Pharmaceuticals, Ireland) en pacientes con membrana epirretiniana (MER) a los que se realiza vitrectomía con pelado de MER. Evidenciar si supone una mejoría del pronóstico de los pacientes en cuanto a mejor agudeza visual corregida (MAVC) y en cuanto a alteraciones anatómicas en la tomografía óptica de dominio espectral (OCT-SD), todo ello, respecto a los pacientes a los que se realiza únicamente vitrectomía y pelado de MER.

Método: Presentamos 30 casos de MER, 23 casos tratados únicamente con vitrectomía y pelado de MER y otros 7 casos tratados con vitrectomía, pelado de MER e implante de dexametasona intravítreo intraoperatorio. Se compara en ambos grupos la MAVC y el grosor macular central medido mediante OCT-SD al mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses de seguimiento.

Resultados: Observamos una mayor reducción del edema macular al mes de seguimiento en el grupo tratado con vitrectomía, pelado de MER e implante de dexametasona intravítreo intraoperatorio. En el seguimiento posterior, a los 6 y 12 meses, no se observan diferencias estadísticamente significativas ni en la MAVC ni en el grosor macular medido con OCT-SD.

Conclusiones: El implante de dexametasona intravítreo intraoperatorio favorece la disminución del grosor macular y la recuperación de la arquitectura de la neuroretina en el postoperatorio precoz, sin observarse cambios en la agudeza visual a largo plazo. Podría ser beneficioso el uso de dicho tratamiento intraoperatorio en casos de MER con gran edema macular asociado.

CPC238

RESULTADOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES DE LA VITRECTOMÍA EN LA EXTRACCIÓN DE MEMBRANAS EPIRETINIANAS MACULARES

Susana RODRÍGUEZ VILLA, Francisco HERRERO PINTOR, Roberto MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Javier NICIEZA BRAÑA

Propósito: Describir los resultados anatómicos y funcionales de una serie de casos con membrana epirretiniana macular (MER) tratados mediante vitrectomía

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 48 ojos con MER idiopática operados mediante vitrectomía pars plana (VPP) durante 3 años. Se realizó VPP 23 G con pelado de membrana limitante interna empleando azul brillante para su identificación. Analizamos los cambios anatómicos: edema macular (EM), alteración del EPR, grosor macular central (GMC) e integridad de zona elipsoide (ZE) mediante tomografía de coherencia óptica (OCT) y los resultados funcionales mediante la agudeza visual (AV)

Resultados: El grosor macular central medio (GMC) se redujo de 439 micras basales a 371. La ganancia visual media global fue de 0,25. La AV postoperatoria (POS) fue de 0,31 en pacientes con AV preoperatoria (PRE) < 0,05; de 0,66 en pacientes con AV PRE de 0,15 a 0,2; de 0,49 en aquellos con AV PRE de 0,25-0,3; de 0,56 en AV PRE de 0,35-0,4 y de 0,74 en casos de AV PRE de 0,45 a 0,5. Según el GMC PRE, la ganancia fue de 0,23 con valores de 250 a 350 micras; de 0,27 entre 350 y 400 micras; de 0,19 con 400 a 450 micras; de 0,3 con 450-500 micras y de 0,27 en casos con GMC basal > 500 micras. En relación con el GMC final, se obtuvo una mejoría de AV de 0,29 con grosos entre 250 a 300 micras (9%), de 0,22 con 300 a 350 micras, de 0,34 con 350 a 400 micras y de 0,16 con 400 a 450 micras. La disminución del GMC en 50 micras o menos supuso una ganancia de 0,18, para disminuciones entre 51 y 100 micras de 0,27 y en > 100 micras de 0,34. La ganancia AV en ojos con la ZE PRE íntegra fue de 0,29 y en aquellos con ZE alterada de 0,12. En ojos con la ZE POS íntegra alcanzó 0,32 y en aquellos con la ZE alterada (17%) 0,09

Conclusiones: la VPP permite mejorar la AV de los pacientes con MER. La AV final está condicionada por la AV preoperatoria y por el menor GMC final. El principal factor estructural pronóstico es la integridad de la ZE.

CPC239

COMPARACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SECUENCIACIÓN DE ÚLTIMA GENERACIÓN PARA UN DIAGNÓSTICO MOLECULAR EXHAUSTIVO DE LAS ENFERMEDADES OCULARES HEREDITARIAS: SECUENCIACIÓN DEL EXOMA FRENTE A PANELES DE GENES

Marta de CASTRO MIRÓ, Miquel TUSON SEGARRA, Raúl TONDA HERNÁNDEZ, Marcela CICCIOI, Roser GONZÀLEZ DUARTE

Propósito: Las tecnologías de secuenciación masiva del ADN han revolucionado el diagnóstico genético y, particularmente, el de las enfermedades minoritarias. Forman parte de este grupo las más de 120 patologías hereditarias que afectan el ojo humano y la visión. Hasta la fecha se han identificado más de 500 genes causantes de enfermedades oculares hereditarias (EOH). En este trabajo se compara la eficiencia y rendimiento diagnóstico de dos estrategias de secuenciación masiva de ADN, la secuenciación completa del exoma (WES) y la secuenciación dirigida a genes concretos.

Método: De un conjunto de más de 200 pacientes con un amplio espectro de enfermedades hereditarias oculares, la mitad de los casos fueron analizados mediante secuenciación masiva WES y la otra mitad mediante un panel que comprende más de 300 genes causativos de EOH (IRD300).

Resultados: El rendimiento diagnóstico global fue del 80%, tanto en los casos analizados mediante WES como en los que se empleó el panel IRD300. Destacan ABCA4, USH2A, RPGR, y CEP290 como los genes más frecuentes causantes de la enfermedad de Stargardt, síndrome de Usher, retinitis pigmentosa y la amaurosis congénita de Leber. Además, la aplicación de estas tecnologías ha permitido alcanzar un diagnóstico genético muy informativo en casos en los que el diagnóstico clínico era confuso. Se presentan en detalle dos casos que ilustran la capacidad de esta metodología para distinguir y clasificar casos sindrómicos raros (síndrome de Refsum) de patologías multi-mendelianas. Distinción que es relevante para establecer un pronóstico fiable y orientar al paciente frente a las terapias emergentes.

Conclusiones: El alto rendimiento diagnóstico obtenido con ambas tecnologías depende en gran medida de la exhaustividad del diseño en el caso del panel IRD300 y de la optimización de los criterios de análisis de los datos. A diferencia del panel de genes, el estudio completo del exoma permite identificar nuevos genes candidatos de EOH.

CPC240

TRATAMIENTO CON ANTIVEGF DE LAS COMPLICACIONES DEL SEGMENTO POSTERIOR SECUNDARIAS A RADIOTERAPIA POR TUMORES MALIGNOS PEDIÁTRICOS

Blanca ZAFRA AGRAZ, Natalia PASTORA SALVADOR, Karina SPIESS, Jesús PERALTA CALVO

Objetivo: Evaluar la eficacia del tratamiento con antiVEGF del edema macular (EM) y retinopatía radiactiva (RR) asociada a tratamiento con radioterapia (RT) local o externa por tumores malignos en la edad pediátrica.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron 6 pacientes (8 ojos) tratados con agentes antiVEGF de forma coadyuvante al tratamiento convencional por desarrollo de RR con compromiso visual. Se trataron siguiendo un esquema PRN con inyecciones intravítreas de antiVEGF cada 6-8 semanas. Se comparó la mejor agudeza visual corregida (BCVA) en el momento del diagnóstico del EM y el grosor macular central (CMT) medido por OCT con la BCVA y el CMT al final del seguimiento.

Resultados: Se recogieron datos de 8 ojos. Cinco pacientes habían sido tratados con braquiterapia por retinoblastoma y un paciente con teleterapia por rhabdomyosarcoma orbitario. La mediana de tiempo desde el fin del tratamiento radioterápico al desarrollo del EM es de 32 meses. La media de tiempo de seguimiento fue de 48 meses. La media de inyecciones de antiVEGF fue de 11. La BCVA presentó una mejoría significativa de al menos 1 línea en el 75% de los casos, mientras que el 25% empeoró su BCVA. Se apreció mejoría anatómica constatada por OCT en un total de 6 ojos (75%) definida como la disminución de más del 10% del CMT inicial, mientras que en 2 ojos (25%), aumentó el CMT al final del seguimiento. En el grupo en el que se probó mejoría anatómica la media de variación del CMT basal fue de -370.6 micras.

Conclusiones: La afectación del segmento posterior por RT puede suponer un compromiso visual importante en niños con tumores malignos orbitario o intraoculares. La terapia con antiVEGF consigue mantener la BCVA a largo plazo y puede ser una alternativa de tratamiento eficaz y fácilmente aplicable en pacientes pediátricos frente a otras terapias como la fotocoagulación local.