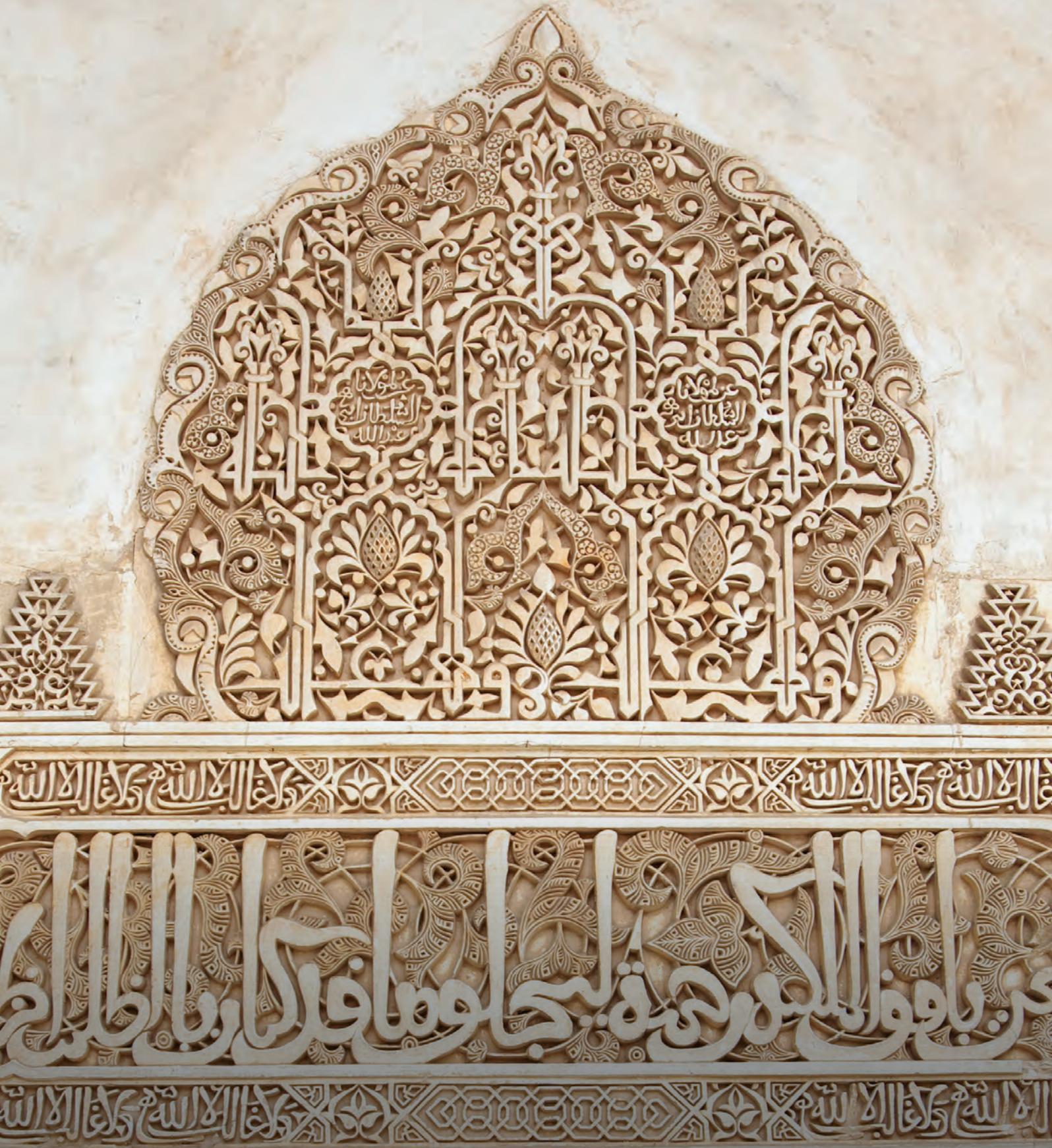


# Vídeos



V01

## **CIRUGÍA DE CATARATAS PARA PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO. EXTRACAPSULAR SIN SUTURAS**

M.<sup>a</sup> Jesús APARICIO HERNÁNDEZ-LASTRAS, M.<sup>a</sup> Pilar ROJAS LOZANO, Manuel CADENA SANTOYO, Marta SUÁREZ LEOZ

*Introducción:* En países en vías de desarrollo, ha surgido la técnica de cirugía extra-capsular de pequeña incisión sin sutura como alternativa a la facoemulsificación, por ser una técnica rápida, con curva de aprendizaje corta, menos cara y con menor dependencia tecnológica y que puede ser transmitida a los profesionales locales.

*Técnica:* Apertura conjuntiva, base fornix con diatermia del lecho escleral.

*Introducción:* En países en vías de desarrollo, ha surgido la técnica de cirugía extra-capsular de pequeña incisión sin sutura como alternativa a la facoemulsificación, por ser una técnica rápida, con curva de aprendizaje corta, menos cara y con menor dependencia tecnológica y que puede ser transmitida a los profesionales locales.

*Técnica:* Apertura conjuntiva, base fornix con diatermia del lecho escleral, Incisión escleral en sonrisa invertida a 1-2 mm del limbo con realización del túnel esclero-corneal, Paracentesis de ayuda. Tinción capsular y capsulotomía circular continua o en abrelatas a través de paracentesis, Apertura de cámara anterior por incisión principal, Hidrodissección y luxación de núcleo a cámara anterior, Extracción de núcleo con asa con protección de viscoelástico, Lavado de masas con cánula de Simcoe, Colocación de lente rígida en saco y lavado de viscoelástico, Hidratación de incisiones y cefuroxima en cámara anterior, Cierre conjuntiva con diatermia. Oclusión.

*Conclusión:* Se trata de una técnica accesible económicamente, que ofrece resultados comparables a la facoemulsificación y con complicaciones menos serias en cataratas muy duras.

V02

## RECAMBIO DE LENTE INTRAOCULAR (LIO) SUBLUXADA ASISTIDA MEDIANTE FIJACIÓN CON AGUJA RECTA

Alejandra HERRANZ CABARCOS, Jorge ARMENTIA PÉREZ DE MENDIOLA

*Introducción:* Las malposiciones de lentes intraoculares (LIO) se consideran complicaciones tardías de la cirugía de cataratas, asociadas frecuentemente a debilidad zonular. La incidencia de las malposiciones clínicamente significativas es casi un 4% en y un 25% en las no significativas. La elección del abordaje quirúrgico, anterior o posterior, depende de la posición de la LIO luxada.

*Técnica quirúrgica:* Mujer de 88 años, con antecedentes oftalmológicos de DMAE disciforme OI y pseudofaquia bilateral. Acude por pérdida de visión OD de 2 días de evolución. En la exploración se objetivó una agudeza visual OD 0.2, OI cuenta dedos a 3 m y subluxación inferior de complejo LIO-saco capsular con presencia de vítreo en cámara anterior.

La técnica quirúrgica aplicada fue la siguiente:

Se realizó una incisión principal, después de realizar la disección conjuntival y escleral procedente, e incisiones de asistencia a las 3,6 y 9h. Tras instilar viscoelástico, se capturó la LIO, fijándola con una aguja recta de la sutura Prolene 10-0 colocada de limbo a limbo. Se realizó una vitrectomía anterior amplia alrededor de la lente. Se retiró la aguja y se extrajo el complejo saco-lente a través de la incisión principal. Tras completar la vitrectomía anterior, se instiló Acetilcolina intracamerular y se realizó una iridotomía periférica a las 11 h. Por último, se fijó la lente Artisan a iris y se procedió al sellado de las incisiones. El tratamiento postoperatorio fue con Tobramicina y Dexametasona tópicas.

Un año más tarde, la paciente no presenta complicaciones y la AV OD es de 0,35.

*Conclusión:* Cuando nos decantamos por un abordaje anterior para el tratamiento quirúrgico de una malposición de LIO, debemos tener en cuenta, según recoge la literatura, el realizar la mínima tracción posible sobre el humor vítreo. Para ello, antes de extraer la LIO, se realiza una vitrectomía anterior alrededor de la misma, estabilizando la lente con una aguja recta de limbo a limbo.

V03

## **CIRUGÍA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CRISTALINO A VÍTREO CON IMPLANTE DE LIO SUTURADA A SULCUS**

M.<sup>a</sup> Caridad MARTÍNEZ HERGUETA, Ana M.<sup>a</sup> CEAUSESCu, María Magdalena MARTÍNEZ RUBIO

*Introducción:* Paciente de 56 años que acude con pérdida de agudeza visual del ojo izquierdo. Tuvo un traumatismo contuso con una barra de hierro en ese ojo hace 18 meses. En la exploración presentaba una agudeza visual de movimiento de manos, midriasis postraumática, luxación de cristalino a cámara vítrea, no signos de uveítis y tensión ocular normal.

*Técnica quirúrgica:* Se inicia la cirugía con preparación de dobles esclerotomías con cuchillete de 45° y dos incisiones esclerales: una principal de 3mm y otra auxiliar de 2mm, paralelas y separadas entre ellas 1,5 mm y 0,3 mm de profundidad, a 180°.

A continuación se realiza una vitrectomía completa 23G, inyección de perfluorocarbono (PFC) con punta de silicona por debajo del cristalino y reflatándolo hasta cámara anterior donde realizamos la facoemulsificación por incisión microaxial de 2,2. Posteriormente pasamos a retirar el PFC, revisión de la retina y fotocoagulación laser en degeneración de empalizada.

En un segundo tiempo se realiza la penetración ab externo con aguja recta de prolene 9/0, conectando dicha aguja en la luz de una de insulina 30 G introducida a 1 mm de limbo en las esclerotomías. El hilo se atrapa con un botón de camisa a través de la incisión corneal y se secciona en dos mitades, que se anudarán a cada extremo de los hápticos de la lente. Se implanta la lente en cámara posterior y se realiza la sutura a través de las incisiones esclerales principales y con paso intraescleral a través de las incisiones auxiliares. El nudo queda enterrado intraescleralmente. Por último se realiza la sutura conjuntival con hilo reabsorbible de 8/0.

*Conclusión:* La técnica combinada de vitrectomía con facoemulsificación de un cristalino luxado a vítreo e implante secundario de lente intraocular es una cirugía laboriosa pero que evita realizar varios procedimientos en tiempos quirúrgicos diferentes. En nuestro caso el paciente presentó una agudeza visual final de 0,8 con corrección tras 1 año de seguimiento.

V04

### **ARTIFLEX: PARA SU EXTRACCIÓN, NO AMPLIES LA INCISIÓN**

Natalia MONJA ALARCÓN, Esther CORREDERA SALINERO, Maria Isabel GABARRÓN HERMOSILLO, Nuria PFEIFFER VICENS

*Introducción:* Paciente de 38 años intervenido hace 10 años de implante de lente de anclaje iridiano Artiflex para la corrección de su miopía (-13D), que acude para intervención de catarata en ojo izquierdo (OI) secundaria a cirugía de desprendimiento de retina.

Se realiza cirugía de catarata OI mediante facoemulsificación convencional con extracción previa de la lente Artiflex.

*Técnica quirúrgica:* Describimos una técnica quirúrgica para la extracción de lentes de anclaje iridiado tipo Artiflex a través de una incisión de 3 mm sin necesidad de cortar la lente por la mitad ni de ampliar la incisión principal. Evitamos de esta forma la necesidad de suturar la incisión.

Durante la intervención, al no poder desanclar del iris los hápticos de la lente, éstos se cortan con tijeras de vannas.

A continuación se emplea una pinza de dientes gruesos con la que atrapamos dos tercios de la longitud de la óptica consiguiendo así una buena sujeción para extraerla a través de la incisión realizada. Seguidamente se procede a la realización de la facoemulsificación convencional sin complicaciones. Finalizamos la cirugía hidratando la incisión principal sin necesidad de suturas corneales.

*Conclusiones:* En la mayoría de los casos revisados en la bibliografía para extraer las lentes Artiflex se amplía la incisión principal de forma rutinaria. Proponemos la extracción de la lente plegada a través de una incisión pequeña sin necesidad de ampliarla aprovechando las propiedades de este tipo de lentes. Con el tamaño más pequeño de nuestra incisión el astigmatismo inducido es menor y la recuperación del paciente más rápida.

V05

### **SUBLUXACIÓN DEL COMPLEJO SACO-LIO**

Miguel VISO GARROTE, Yolanda POZA MORALES, Mercedes GIMÉNEZ DE AZCÁRATE, Carlos de PABLO MARTÍN

*Introducción:* Un paciente seguido en nuestro servicio por un edema macular diabético presentó una subluxación del complejo Saco-LIO tras un traumatismo con agua a presión.

*Técnica quirúrgica:* En el vídeo se muestra una técnica segura para evitar la caída del complejo a la cavidad vítrea. También es una maniobra que puede ser útil para intentar que no caigan fragmentos de núcleo cuando ocurre un desgarro capsular posterior durante una cirugía de catarata.

Tras la retirada del complejo se coloca una lente de fijación iridiana en posición prepupilar y se inyecta una dosis de aflibercept.

*Conclusión:* Nos pareció relevante que siendo un paciente al que se le habían puesto numerosas inyecciones intravítreas, la zona de desinserción zonular que provocó la subluxación sea coincidente con la zona habitual de inyección, haciéndonos sospechar que las repetidas inyecciones puedan debilitar esa zona.

V06

### QUELOIDE CORNEAL 8 AÑOS DESPUÉS DE LASIK

Melania CIGALES JIROUT, Jairo HOYOS CHACÓN, Jairo HOYOS CAMPILLO

*Introducción:* Presentamos el caso de un paciente intervenido de -5 dioptrías de miopía con LASIK hace 8 años, sin complicaciones. No realiza sus revisiones periódicas desde hace 5 años y acude presentando un nódulo blanquecino en periferia corneal de ojo izquierdo, de localización subepitelial por OCT y que le ocasiona sensación de cuerpo extraño y astigmatismo irregular.

*Técnica quirúrgica:* Utilizamos anestesia tópica y realizamos una extirpación completa de la lesión mediante disección por raspado. Colocamos lente de contacto terapéutica hasta su completa reepitelización y tratamiento tópico con corticoides, antibiótico y lágrimas. El ojo recuperó su mejor agudeza visual y la topografía se regularizó, quedando un ligero leucoma corneal. El estudio anatómico patológico mostró fibrosis hialina subepitelial compatible con queloide corneal. La paciente no refería historia de cicatrización queloidea.

*Conclusión:* Los nódulos subepiteliales periféricos en pacientes intervenidos de LASIK pueden resultar queloides, incluso en ausencia de antecedentes. La extirpación mediante raspado es eficaz.

V07

### USO DEL AZUL TRIPÁN EN LA CIRUGÍA DE GLAUCOMA

Antonio BARREIRO GONZÁLEZ, Alex Samir FERNÁNDEZ SANTODOMINGO,  
Miriam RAHHAL ORTUÑO, Jorge VILA ARTEAGA

*Introducción:* El azul tripán es un colorante aniónico del grupo de los colorantes azoicos clásicamente utilizado para la capsulorrexis en la cirugía de cataratas aunque también puede utilizarse en cirugía de retina. Queremos describir su utilización en diferentes maniobras en cirugía de glaucoma

*Técnica quirúrgica:* Su uso permite visualizar el adecuado flujo del humor acuoso a través de la ventana trabeculo-descemética en la cirugía filtrante no perforante, donde consigue teñir el trabeculum para facilitar su disección. En el caso de la espilonectomía su uso es especialmente útil para demostrar que no solo extraemos el espolón escleral, sino que junto con el espolón quitamos parte de las fibras trabeculares.

El uso de este colorante resulta especialmente útil en aquellas cirugías aparentemente fracasadas por cicatrización conjuntival pero en las que tras la revisión (needling) de la ampolla se consigue una tinción subconjuntival tras la inyección del azul tripán en cámara anterior (como en el caso del implante ExPress, XEN y EPNP) o en el tubo de la válvula de Ahmed.

*Conclusión:* El uso del azul tripán ofrece al cirujano de glaucoma un apoyo didáctico y de ayuda en la recuperación cirugías previas aparentemente fracasadas.

V08

### **BAERVELDT® - XEN® TÉCNICA COMBINADA**

Filipa CAIADO DE SOUSA, Luís ABEGÃO PINTO

*Introducción:* Los dispositivos de drenaje están asociados a la hipotonía precoz y en una fase tardía a la descompensación endotelial. La implantación conjunta de un dispositivo XEN®, puede eliminar estas dos complicaciones más temidas. Es una técnica quirúrgica descrita por D'Alessandro et al que consiste en la implantación de ambos tubos Baerveldt® y XEN® en el mismo ojo. Presentamos un video de una cirugía con la técnica realizada por el primer autor, durante su residencia. La cirugía se realizó en el Hospital de Santa María en Lisboa.

*Técnica quirúrgica:* El implante de Baerveldt fue colocado en el cuadrante temporal superior y suturado a la esclera, a unos 11 mm de distancia del limbo, con nylon. El tubo de la baerveldt fue cortado a 2 mm del limbo. El implante de XEN se introdujo ab externo, a unos 2 mm del limbo, con cerca de 4 mm de tubo externo posterior que se introduce dentro del lumen del tubo. El doble tubo fue suturado a la esclera, con nylon, y cubierto con córnea. La conjuntiva fue suturada.

*Conclusión:* La técnica es simple, segura y puede reducir la hipotonía precoz y las complicaciones tardías relacionadas con el tubo, asociados con la implantación del dispositivo Baerveldt® aislado.

V09

### TRABECULECTOMÍA INVERSA

Jorge COSTA, Gabriel MORGADO

*Introducción:* El paciente de 73 años con antecedente de glaucoma de ángulo abierto sometido a canaloplastia del ojo derecho y esclerectomía profunda no penetrante del ojo izquierdo (OS), se presenta a la consulta de rutina de la subespecialidad de glaucoma con una disminución de la agudeza visual (AV) del OS (AV corregida 20/200) y con una presión intraocular (PIO) de 40 mmHg con medicación tópica máxima (Latanoprost + Timolol + brinzolamida + tartrato de brimonidina). Se decidió la terapia quirúrgica a través de una técnica penetrante, la trabeculectomía inversa.

*Técnica quirúrgica:* En este procedimiento, después de una incisión límbica, se crea un túnel escleral que funcionará como ampolla después de trabeculectomía por punch. Se realiza una iridectomía. La incisión se cierra con sutura continua de nylon 10-00. Esta cirugía se desarrolló sin interurrencias.

En el postoperatorio inmediato, la paciente presentaba una PIO de 10 mmHg y un pequeño hifema. En la consulta después de 1 mes, presentaba PIO de 22 mmHg, habiendo retomado Latanoprost + Timolol. 6 meses después de la cirugía, la PIO está controlada en los 13 mmHg, habiéndose logrado una estabilización de la progresión de la enfermedad.

*Conclusión:* La trabeculectomía invertida es una técnica quirúrgica segura y eficaz del tratamiento del glaucoma.

V10

### **CICLODIÁLISIS AB-INTERNO COMO ALTERNATIVA QUIRÚRGICA EN GLAUCOMA**

Francisco FARÍAS ROZAS, Camila VALENCIA PÉREZ, Prudencia ROCHINA PÉREZ,  
Antonio BARREIRO REGO

*Introducción:* Las técnicas filtrantes en la cirugía del glaucoma han sido ampliamente utilizadas en las últimas décadas para el control de la presión intraocular en los pacientes glaucomatosos. Sin embargo las complicaciones relacionadas con el manejo de la conjuntiva y ampolla de filtración siguen siendo un reto terapéutico. En este vídeo presentamos la realización de la ciclodíálisis ab interno como alternativa quirúrgica a la cirugía convencional, intentando evaluar su eficacia hipotensora en el corto y mediano plazo.

*Técnica quirúrgica:* Luego de realizar un bloqueo retrobulbar, se realiza la facoemulsificación del cristalino en los pacientes con catarata. Luego de esto, y tras el implante de lente en saco capsular, se introduce en cámara anterior por la incisión principal la espátula de ciclodíálisis de Castroviejo. En el caso de los ojos pseudofáquicos se realiza una incisión corneal limbar a 180° respecto del sitio donde se pretende realizar la ciclodíálisis.

Para evitar la penetración en la úvea y la hemorragia consecuente, se busca el espolón escleral introduciendo la espátula y manteniendo su codo muy adherido a la esclera y profundizándola en el espacio supracoroideo de una manera oblicua en relación al espolón, realizando un recorrido de barrido y desprendiendo el cuerpo ciliar de la esclera en una extensión de 60° y en todo caso menor de un cuadrante. Una vez realizada, se retira el viscoelástico lavando profusamente con suero al que se le ha agregado adrenalina y se inyecta una gran burbuja de aire en cámara anterior para minimizar el sangrado.

*Conclusión:* Con las reservas que conlleva una muestra pequeña como la nuestra (9 ojos intervenidos), consideramos que la ciclodíálisis ab interno ha conseguido un buen control tensional a los 9 meses de seguimiento, es una técnica rápida de realizar, que prescinde de dispositivos e implantes y que respeta la conjuntiva por lo que podría ser una alternativa a considerar en determinados glaucomas.

V11

### **ABORDAJE MEDIANTE SUTURA CILIAR TRANSESCLERAL EN SÍNDROME DE HIPOTONÍA OCULAR SECUNDARIO A RECESIÓN ANGULAR TRAUMÁTICA**

Alex Samir FERNÁNDEZ SANTODOMINGO, Miriam RAHHAL ORTUÑO, Carla Karen VILLENA ALVARADO, Jorge VILA ARTEAGA

*Introducción:* En el tratamiento de la ciclodíálisis traumática existen alternativas como la fotocoagulación con láser, la ciclofotocoagulación, las suturas ciliares, entre otros. Presentamos el caso de un paciente con una ciclodíálisis extensa que fue tratado mediante ciclofotocoagulación y posteriormente mediante cirugía de facoemulsificación y sutura ciliar transescleral ab interno. Las técnicas diagnósticas mediante gonioscopia y OCT de segmento anterior nos ayudan a valorar la extensión de la ciclodíálisis y su monitorización.

*Técnica quirúrgica:* Inicialmente se realizó una ciclofotocoagulación transescleral. Al no haber mejoría clínica se realiza una cirugía consistente en: vitrectomía anterior por la presencia de vítreo en cámara anterior, una facoemulsificación con implante de anillo de tensión capsular y dos suturas ab interno con prolene 10.0 doblemente armado, previo tapete escleral que abarca toda la longitud de la hendidura.

*Conclusión:* La ciclodíálisis supone un desafío terapéutico en el que existen diferentes opciones quirúrgicas cuando la ciclofotocoagulación no da resultados se requiere un abordaje que incluya de manera directa el cuerpo ciliar.

V12

### REPARACIÓN PERFORACIÓN EPNP CON TUTOPATCH Y AUTOINJERTO CONJUNTIVAL

Beatriz GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, Pedro BENEYTO MARTÍN, M.<sup>a</sup> Pilar ORTEGA CAMPOS,  
Javier GUZMÁN BLÁZQUEZ

*Introducción:* Paciente mujer de 75 años intervenida de cirugía combinada de catarata y XEN con 5-FU. Tras fracaso de esta técnica se realiza EPNP, sin antimetabólicos: en el primer día postoperatorio presenta una perforación escleral completa en la zona de los tapetes esclerales, sin signos de infección. Se trata con antibiótico tópico y se programa para intervención quirúrgica al día siguiente.

*Técnica quirúrgica:* Bajo anestesia retrobulbar se retira el punto suelto y se realiza disección conjuntival, observando un desgarro de los tapetes esclerales con perforación de espesor completo. Sutura tapete escleral con nylon 10/0 sobre la perforación y colocación de parche de tutopatch de 4,5x4,5 mm sobre el tapete escleral, suturado con nylon. Medimos autoinjerto conjuntival de 6x5 mm que obtenemos de la conjuntiva nasal, mediante inyección subconjuntival de mepivacaína al 2% y disección con tijera de punta roma. Sutura del autoinjerto sobre parche tutopatch. Colgajo rotacional de conjuntiva temporal a fin de cubrir por completo el defecto. Dexametasona+gentamicina subconjuntival.

*Conclusión:* La perforación escleral se trata de una complicación rara en el postoperatorio inmediato de la cirugía de glaucoma. La aplicación de agentes antimetabólicos en la cirugía del glaucoma se utiliza con el fin de aumentar la vida útil de la ampolla filtrante. Estos agentes no se encuentran libres de complicaciones, como necrosis o perforación escleral que pueden aparecer de manera tardía, o verse favorecidos por el desencadenante de una segunda cirugía. En el seguimiento de la paciente, esta se encuentra estable, siendo la evolución tras la cirugía favorable.

V13

### **EPNP FALLIDA: REVISIÓN QUIRÚRGICA + GONIOPUNCIÓN AB EXTERNO**

Jacobo HERRERA PEREIRO, Sol de Luxán de la LASTRA, Elisa GONZÁLEZ PASTOR,  
Carmen Fátima RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

*Introducción:* Presentamos el caso de un paciente afecto de glaucoma pseudoexfoliativo y operado mediante esclerectomía profunda no penetrante (EPNP) con implante supracoroideo, que a los pocos días de la intervención discontinúa su vigilancia y vuelve a acudir tres meses después, evidenciándose un fracaso de la cirugía filtrante. Dado el tiempo transcurrido y su poca adherencia al tratamiento, decidimos revisar la cirugía en quirófano, aprovechando además las circunstancias para prestar especial atención a hallazgos relativos al proceso de cicatrización de la EPNP en sus distintos planos quirúrgicos.

*Técnica quirúrgica:* Tras incidir conjuntiva paralimbar, disecamos bajo la ampolla encontrando abundantes áreas de fibrosis circundante. El tapete superficial presentaba una amplia zona de consolidación con el lecho escleral profundo allí donde éste se elevaba debido a la presencia del implante supracoroideo. Al retirar este último observamos mucha adherencia de éste a la coroides subyacente, y escasa adherencia a planos esclerales. Finalmente, alrededor del implante, y sobre la ventana de filtración hallamos una fina membrana acelular, probablemente de fibrina.

Tras despejar la ventana de filtración, comprobamos una ausencia completa de percolación de acuoso. Antes que cerrar para realizar una segunda cirugía filtrante, preferimos forzar la aparición de un ojal redondo sobre la línea de Schwalbe ayudándonos de una pinzas de capsulorrexix, reanudando así el flujo de acuoso, y cerrar como en una trabeculectomía.

*Conclusión:* La respuesta cicatrizante observada en este caso presenta características similares a las de un fracaso primario de una trabeculectomía estándar. Tal vez la elevación del lecho escleral profundo debida al implante supracoroideo haya jugado algún papel al aumentar el contacto de éste con la cara interna del tapete superficial, por lo que la modalidad de suturar el implante a lago escleral pueda suponer una ventaja en este aspecto.

V14

### **CÓMO RECONSTRUIR UNA AMPOLLA DE FILTRACIÓN PATOLÓGICA: CON LA MEMBRANA EN EL BOLSILLO**

Elena MARTÍN GIRAL, M.<sup>a</sup> Dolores CARRASCOSA IBÁÑEZ, Carlos FERNÁNDEZ ESCÁMEZ, Nicolás TOLEDANO FERNÁNDEZ

*Introducción:* Las ampollas avasculares y poliquísticas que presentan filtraciones han demostrado ser un factor de riesgo para padecer endoftalmitis, hipotonía y maculopatía hipotónica, complicaciones graves y que pueden llevar a la ceguera.

Ante una ampolla de estas características es mandatorio realizar una reconstrucción de la misma y evitar así graves riesgos. Sin embargo el trauma quirúrgico puede inducir inflamación y fibrosis, con el consiguiente riesgo de cicatrización y fracaso de la trabeculectomía.

La membrana amniótica ha demostrado tener propiedades antiinflamatorias, anticicatriciales y antimicrobianas. Por tanto su uso como adyuvante en la cirugía de reconstrucción de la ampolla podría ayudar a mantener la trabeculectomía funcionando.

*Técnica quirúrgica:* Presentamos un caso de reconstrucción de ampolla patológica con punto de fuga en una paciente que ha padecido una blebitis previa. Realizamos escisión de la ampolla, recubrimiento con parche de membrana amniótica colocado en bolsillo conjuntival más injerto de conjuntiva mediante técnica de avance.

*Conclusión:* El recubrimiento mediante injerto conjuntival por avance asociado con parche de membrana amniótica es una opción quirúrgica excelente para reparar ampollas patológicas y puede disminuir el riesgo de fracaso de la trabeculectomía tras la intervención.

V15

### EXTRACCIÓN DISPOSITIVO XEN TRAS PERFORACIÓN CONJUNTIVAL

M.<sup>a</sup> del Mar SCHILT CATAFAL, Irene GIL HERNÁNDEZ, Ana LÓPEZ MONTERO,  
Vicente Tomás PÉREZ TORREGROSA

*Introducción:* El XEN es un dispositivo intraocular MIGS (Minimally Invasive Glaucoma Surgery) que se coloca a través del ángulo iridocorneal para derivar en humor acuoso al espacio subconjuntival y así reducir la presión intraocular (PIO) en el paciente con glaucoma crónico de ángulo abierto (GCAA).

Presentamos el caso clínico de un paciente de 56 años de edad con antecedentes oftalmológicos de cataratas en ambos ojos (AO) y GCAA en tratamiento con Timolol y Travoprost AO y PIO de 18 mmHg AO con una paquimetría de 550 micras AO.

Se decide intervenir de cataratas del OI más implante XEN, sin complicaciones intraoperatorias.

A la semana presenta en OI XEN en posición correcta con PIO 10 sin tratamiento antiglaucomatoso.

Al cabo de 3 semanas vemos que el XEN ha adquirido leve posición en tienda de campaña que acaba encapsulando la ampolla.

En la semana 16 tiene lugar la perforación conjuntival por el XEN produciéndose ligero Seidel en su extremo distal, motivo por el cual se decide cirugía de extracción del dispositivo XEN.

Actualmente el paciente se encuentra con PIO OI 16 mmHg habiendo reiniciado tratamiento antiglaucomatoso OI.

*Técnica quirúrgica:* Aplicamos anestesia tópica más subconjuntival. Se evidencian adherencias subconjuntivales que disecamos. A continuación mediante tracción simple extraemos implante XEN que sale sin oponer resistencias debido al corto curso clínico insuficiente para haber fibrosado con los tejidos circundantes. Inmediatamente después confirmamos la completa extracción del XEN (6 mm). Finalmente suturamos incisiones conjuntivales y comprobamos su estanqueidad.

*Conclusión:* El implante XEN aún ser una herramienta útil, no está exento de complicaciones, siendo una de las más frecuentes la perforación conjuntival. Dependiendo del tiempo transcurrido entre el implante y la perforación, este puede ser extraído con mayor o menor facilidad.

Es importante un seguimiento estrecho de estos pacientes y de sus implantes.

V16

### MÚSCULO LISO EN EL MECANISMO DE ACCIÓN, PROSTAGLANDINA

Damián VIDARTE RODRÍGUEZ, Mercedes QUINTERO DEL TORO, Cinta DELGADO MORENO,  
Damián VIDARTE VÁZQUEZ

*Introducción:* Demostrar que los receptores prostaglandínicos, actúan en el globo ocular ,por su actividad ,en las propiedades del músculo liso, de un complejo sistema de músculo, ciliar y trabecular.

*Técnica:*

- I Prueba molecular:
    - Neurotransmisores ; -Adrenalina [receptores( $\alpha$ 1 +prostaglandínicos(F.P.)).
    - Acetilcolina (receptores muscarínicos).
    - Noradrenalina [receptores( $\alpha$ 2 + $\beta$ -bloqueantes)].
- Todos tienen, como objetivo diana , actividad contráctil en el músculo liso.
- II Prueba mecanismo contráctil. Cómo actúa el músculo liso.
  - III Prueba mecanismo cerrojo. Por qué, los receptores prostaglandínicos, con dosificación excesiva, no bajan la presión ,sino que la incrementa.
  - IV Prueba mecanismo tensión -relajación. Cuándo se activa el músculo liso.

*Conclusión:* En nuestro organismo, los receptores prostaglandínicos , son generados para el tránsito del sémen, mediante el músculo liso, uterino. En el músculo liso ,ciliar y trabecular, tendría como respuesta, aumento tránsito acuoso.

V17

### **IMPLANTE DE IRIS ARTIFICIAL EN SACO CAPSULAR SIN SUTURAS**

Marta CERDÀ IBÁÑEZ, M.<sup>a</sup> José ROIG REVERT, Cristina PERIS MARTÍNEZ

*Introducción:* Describimos los pasos para la colocación de un implante de iris en saco capsular tras la cirugía de catarata sin necesidad de suturas. El primer caso se trata de un paciente con aniridia congénita parcial. El segundo caso, es un paciente con un síndrome de Urrets-Zavalía que presenta catarata y midriasis fija. El síndrome de Urrets Zavalía fue secundario a un glaucoma agudo tras la administración de SF6 al 20% después del trasplante endotelial DMEK.

*Técnica quirúrgica:* Caso 1: Medición del tamaño del iris artificial que necesitamos con compás. Cirugía de facoemulsificación más LIO en saco combinada con el implante del iris artificial, previamente modificado con un trépano. El implante es plegado e introducido con una pinza sin dientes. Recolocación del implante de iris artificial en el saco quedando cubierto por el mamelón iridiano residual. En el caso 2, describimos la misma técnica, con la diferencia de que en este caso sí que existe tejido iridiano en los 360°. Inyectamos el implante, tras su modificación con el trépano, y traccionamos del iris, quedando completamente cubierto el implante dentro del saco. Finalmente se aspira el viscoelástico, se administra el antibiótico y se cierra la incisión (con suturas de Nylon de 10/0 si hemos necesitado ampliar como en el primer caso ó mediante hidrosellado, al utilizar un inyector, como en el caso 2).

*Conclusión:* El implante de iris consiste en una prótesis para reemplazar un diafragma congénitamente dañado o defectuoso. Existen varias técnicas quirúrgicas, donde se requiere suturar el implante. La técnica descrita de colocación del iris artificial en el saco sin suturas es muy efectiva y de corta duración, con un buen resultado anatómico y funcional. Se trata de una cirugía con una curva de aprendizaje relativamente corta, con un trauma mínimo y con mínimas complicaciones intra- y postoperatorias.

V18

### **TRAUMA OCULAR CON AFAQUIA, ANIRIDIA, LEUCOMA Y DESPRENDIMIENTO DE RETINA: RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA TOTAL**

Fernando GONZÁLEZ DEL VALLE, Javier CELIS SÁNCHEZ, Eva AVENDAÑO CANTOS,  
Marta PRADAS GONZÁLEZ

*Introducción:* Proponemos una nueva asociación quirúrgica para el tratamiento de un traumatismo ocular complejo.

*Técnica quirúrgica:* Nuestro paciente es un varón de 39 años que sufrió un grave traumatismo ocular perforante con un vaso de cristal en su ojo izquierdo con pérdida del iris, afaquia, leucoma corneal central de espesor completo y desprendimiento de retina subclínico. En una sola jornada quirúrgica se procedió a realizar una vitrectomía pars plana de 4 vías en la que se descubrió el desprendimiento de retina que motivó la colocación de un cerclaje escleral. Además se le trasplantó un saco cristalino que, a su vez, acogió un anillo de tensión capsular y una lente intraocular. El complejo saco donante-lente intraocular se fijó transescleralmente por 4 suturas tipo nudo vaca (cow hitch). Este complejo sustentó una prótesis de iris personalizada sin aditamento de fibra para su sujeción escleral. La cirugía finalizó con una queratoplastia penetrante y el recubrimiento de una hernia uveal postraumática con conjuntiva.

*Conclusión:* Mostramos en este vídeo la primera asociación quirúrgica de trasplante de saco cristalino, con implante de anillo capsular, de lente intraocular y de un iris artificial sin fijación escleral, asociado a vitrectomía pars plana, cerclaje escleral y trasplante de córnea. Esta nueva propuesta de cirugías asociadas podría ser útil en casos de traumas oculares complejos para intentar recuperar, en un solo paso quirúrgico, la función y la estética persiguiendo la mejor restitución anatómica posible a día de hoy.

V19

### APERTURA PRECOZ DE COLGAJO HUGHES LUEGO DE DOBLE COLGAJO DÉRMICO Y TARSO-CONJUNTIVAL

Javier Alberto GUTIÉRREZ VÁSQUEZ, Erika RUIZ DE GOPEGUI BAYO, Nuria VÁZQUEZ PULIDO, M.<sup>a</sup> Teresa TIESTOS CHAVARRIA

*Introducción:* La utilización de colgajos tarso-conjuntivales son una alternativa ante defectos grandes en la reconstrucción del párpado inferior. La utilización de un colgajo dérmico en lugar de un injerto permite la apertura precoz del colgajo tarso-conjuntival al asegurar una doble vía de vascularización.

*Técnica quirúrgica:* Procedemos a la extirpación de carcinoma basocelular que afecta la mitad interna del párpado inferior (incluyendo vía lagrimal). En nuestro caso para la reconstrucción seleccionamos la técnica de colgajo tarso-conjuntival para la lámina posterior y colgajo rotacional de piel para lámina anterior, respetando los principios de crear una adecuada altura vertical, disminuir la tensión vertical y aponer tejidos similares. Diseñamos el colgajo tarso-conjuntival con la misma medida del defecto creado tallándolo en la porción central del párpado superior y desplazándolo hacia el defecto respetando los 3 mm próximos al borde libre, a continuación diseñamos el colgajo de la porción interna de la piel de la raíz nasal para rotar el mismo creando la lamela anterior del párpado inferior.

A las dos semanas de realizado el procedimiento, se procede al segundo tiempo que consiste en el aislamiento y sección del pedículo tarso-conjuntival y posterior plastia del párpado inferior.

*Conclusión:* La técnica con doble colgajo asegura vascularización del párpado inferior reconstruido y permite la apertura del colgajo tarso-conjuntival a partir del décimo día en lugar de las 3 semanas habituales.

V20

### **CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE SACO LAGRIMAL: ABORDAJE ORBITARIO INFERIOR**

José Manuel ORTIZ EGEA, Inmaculada MORENO ALARCÓN, Antonio BELINCHÓN DE DIEGO,  
M.<sup>a</sup> Antonia FAGÚNDEZ VARGAS

*Introducción:* Los tumores del saco lagrimal son raros, pero su reconocimiento y manejo precoz son imprescindibles, ya que son localmente invasivos y potencialmente mortales.

La mayoría de los tumores son primarios y de origen epitelial (60-94%), de los cuales un 55% son malignos.

*Técnica quirúrgica:* Presentamos un caso de carcinoma mucoepidermoide de saco lagrimal, en el que tras una primera cirugía de dacriocistectomía junto a tejidos adyacentes, se informa que infiltra bordes y se procede a un segundo abordaje más amplio con incisión de Lynch ampliada a labio, resección de reborde orbitario anterior y piel, y reconstrucción con materiales de osteosíntesis acrílico (CEMEX<sup>®</sup>) e injerto microvascular radial de antebrazo izquierdo anastomosado a la arteria y vena facial.

*Conclusión:* Los tumores de saco lagrimal necesitan un alto índice de sospecha para su diagnóstico.

El estudio anatomopatológico es fundamental para el tratamiento definitivo que debe ser lo más temprano y agresivo posible.

Es importante un seguimiento a largo plazo como un abordaje multidisciplinar de estos casos.

V21

### **DSAEK POST-QPP Y LIO TÓRICA**

Irene CAMACHO BOSCA, David DÍAZ VALLE, M.<sup>a</sup> de las Mercedes MOLERO SENOSIAÍN

*Introducción:* Se presenta un caso de leucoma postherpético intervenido mediante queratoplastia penetrante (QPP) con desarrollo posterior de catarata nuclear densa 5 años después. Ante la existencia de un astigmatismo postqueratoplastia elevado, se decidió practicar facoemulsificación con implante de LIO tórica. Dos años más tarde, el paciente desarrolló un agotamiento endotelial del injerto corneal con aparición de edema corneal persistente y pérdida visual por lo que se realizó una ultra-thin DSAEK.

*Técnica quirúrgica:* DSAEK sobre QPP fracasada en paciente con LIO tórica: descematorrexis bajo aire, se introduce mantenedor de cámara anterior, introducción de la lamela donante de menos de 100 micras de espesor mediante Busin Glide a través de incisión de 3'5mm. Introducción de aire en cámara anterior y centrado del lentículo. Sutura incisión principal.

El estudio histopatológico del lentículo obtenido tras la descematorrexis mostró una ausencia total de células endoteliales.

*Conclusión:* Con la introducción de las técnicas de trasplantes de córnea lamelares se dispone hoy día de diversas opciones terapéuticas donde antes sólo disponíamos de la queratoplastia penetrante. La DSAEK en ojos previamente tratados con una QPP se presenta como una excelente alternativa frente a una nueva QPP en casos de descompensación del injerto. La realización de esta técnica permite una recuperación visual mucho más rápida y una menor tasa de complicaciones. En casos intervenidos con LIO tórica, la DSAEK post-QPP representa una ventaja adicional puesto que no induce modificaciones significativas en el poder refractivo corneal previo.

V22

## MANEJO DE PERFORACIÓN CORNEAL EN UN PACIENTE SÍNDROME DE DOWN CON HYDROPS CORNEAL SECUNDARIO A QUERATOCONO

Rubén ESCUDERO IGUALADA, Paulina NEIRA IBÁÑEZ, Patricia BAYO CALDUCH

*Introducción:* El hydrops agudo corneal es una condición caracterizada por edema estromal debido a la filtración de humor acuoso a través de una ruptura en la membrana de Descemet. Las ectasias corneales, así como los adelgazamientos y traumas triviales tales como el frote de los ojos, se consideran sus causas subyacentes. Las intervenciones quirúrgicas son requeridas en casos de no resolución, o para evitar complicaciones secundarias a perforaciones.

Se presenta el caso de un paciente de 44 años con Síndrome de Down y queratocono en ojo izquierdo, que presentó un episodio de hydrops agudo con dolor y fotofobia, que mostraba signos de perforación a la exploración con lámpara de hendidura.

*Técnica quirúrgica:* La cirugía se inicia bajo anestesia general. En primer lugar se procede al secado de la superficie a tratar con una hemosteta, y se lleva a cabo la instilación de una gota de pegamento de fibrina. Posteriormente se colocan cuatro capas consecutivas de membrana amniótica multicapa, y se suturan a la conjuntiva del paciente con ocho puntos de nylon 10/0.

*Conclusión:* La colocación de una membrana amniótica puede ser una opción de tratamiento de perforaciones corneales secundarias a hydrops, a modo de protección, hasta su resolución espontánea, especialmente en aquellos pacientes que no puedan garantizar unas medidas higienicas apropiadas hasta que esto suceda.

V23

## ACCIONES BIOLÓGICAS Y MOLECULARES DE LOS INHIBIDORES DE LOS RECEPTORES TIROSINA QUINASA EN LA ANGIOGÉNESIS CORNEAL

Mariola LLEDÓ RIQUELME, Ezequiel CAMPOS MOLLO, Jorge ALIÓ, Juan José PÉREZ SANTONJA

*Introducción:* Se ha desarrollado un audiovisual con un programa de diseño gráfico describiendo las principales acciones moleculares y biológicas de los receptores tirosina quinasa implicados en la angiogénesis, y mostrando los principales resultados de nuestra línea de investigación sobre los inhibidores de los receptores tirosina quinasa (IRTQs) en el tratamiento de la neovascularización corneal (NVC). En varios experimentos, hemos empleado tres inhibidores tirosina quinasa: sunitinib 0,5 mg/ml, vatalanib 3,5 mg/ml y axitinib 0,5 mg/ml.

*Técnica quirúrgica:* En el ojo derecho de cada conejo, se practicó un modelo de NVC mediante 5 puntos de sutura de seda virgen utilizando un patrón triangular invertido. Posteriormente, se administraron los IRTQs tópicamente 3 veces al día durante 14 días. Las córneas fueron procesadas para estudio de la morfología y microdensidad vascular mediante la tinción NADPH diaforasa.

*Conclusiones:* Tras dos semanas de tratamiento, en comparación con el grupo control, la NVC fue inhibida un 82,3% por sunitinib, un 61,2% por vatalanib y un 83,7% por axitinib, produciendo cambios en la morfología y la microdensidad vascular. El tratamiento con IRTQs produce una inhibición profunda de la angiogénesis y podría ser una opción terapéutica relevante para el tratamiento de las enfermedades neovasculares del ojo.

V24

### **ESTALLIDO OCULAR: QUERATOPLASTIA PENETRANTE CON QUERATOPRÓTESIS TEMPORAL TIPO ECKARDT Y VITRECTOMÍA POSTERIOR**

Mónica MARTÍNEZ DÍAZ, Óscar MARTÍN MELERO, Francisco LÓPEZ MARTÍNEZ, Antonio DONATE TERCERO

*Introducción:* Varón de 45 años que acude a urgencias tras traumatismo directo ocular perforante con un cuchillo en OI. EF: herida esclerocorneal perforante, hemorragia sobre iris, iridectomía traumática a las 8 horas, cristalino desestructurado, FO inabordable. Se realiza limpieza y sutura de forma urgente. Tras la cirugía presenta AV PL y el FO permanece sin poder visualizarse. A las 3 semanas se programa nueva intervención de cirugía combinada.

*Técnica quirúrgica:* Vitrectomía 23G y queratoplastia penetrante (QPP) 8-8,5 mm asociada a queratoprotesis temporal (QTP) Eckardt. La cirugía combinada conlleva 3 fases: 1) la reparación del segmento anterior con la trepanación y la aplicación de la QPT; 2) fase de cirugía vítreo-retiniana (VR); 3) fase final del segmento anterior con retirada de la QPT y su sustitución por el injerto de córnea. A éstas puede añadirse una 4ª final, de intercambios de fluidos por el retinólogo.

*Vídeo:* Se marca centro corneal. Esclerotomías a 3,5 mm de limbo, 23G. Utilizamos el trépano de Hessburg Barron. Se retira la córnea del paciente. Suturamos QTP con nylon 10/0. Vitrectomía anterior y posterior tanto periférica como central. Se comprueba retina aplicada con desprendimiento corioideo superior. Se visualiza hemovítreo con restos corticales de cristalino con importante desestructuración. Afaquia. Se retira QTP y se sutura córnea donante con 20 puntos de nylon 10/0.

*Conclusión:* Ante una alteración corneal que precisa trasplante junto con patología VR que debe ser tratada de forma quirúrgica se plantea la solución mediante una cirugía combinada de QPP y VR con ayuda de una QTP. Esta cirugía requiere la coordinación de 2 equipos quirúrgicos suponiendo un desafío tanto para el retinólogo como para el cirujano corneal para el cual supone los pasos adicionales de colocar y retirar la QPT. La QPT de Eckardt permite abordar casos VR complejos que requieren buena visibilidad de extrema periferia sin comprometer la viabilidad del injerto que sólo se aplicará después.

V25

### ENCLAVAMIENTO Y PERFORACIÓN CORNEAL POR ESPINA DE ROSAL EN UN NIÑO

Paulina NEIRA IBÁÑEZ, Rubén ESCUDERO IGUALADA, Patricia BAYO CALDUCH, Vicente Tomás PÉREZ TORREGROSA

*Introducción:* Los traumatismos oculares constituyen un motivo importante de morbilidad ocular en los niños y son la causa más frecuente de ceguera unilateral no congénita. Siendo más frecuentes los traumatismos por golpes o caídas.

Presentamos un caso de perforación corneal por espina de rosal en un niño, que precisó tratamiento quirúrgico en dos tiempos para lograr el cierre definitivo de la perforación.

*Técnica quirúrgica:* En un primer tiempo, con anestesia general y utilizando una pinza se intenta extraer la espina enclavada, realizando varios intentos sin lograr desenclavarla, ya que al tratarse de un material vegetal, se desflecaba dificultando su pinzamiento.

Se decide desepitelizar toda la córnea circundante hasta lograr exponer una mayor superficie del cuerpo extraño logrando así su extracción. Se observa una perforación completa con entrada del cuerpo extraño en cámara anterior. Tras extraerlo, se produce el vaciado inmediato de ésta. La herida corneal se cierra con tres puntos sueltos, empleando además una lentilla terapéutica.

Al día siguiente, se advierte que existe seidel espontáneo e hipotalamia.

En un segundo acto quirúrgico se repone la cámara con una burbuja de aire y viscoelástico. A continuación se instila el adhesivo corneal (isobutil-2-cianoacrilato) en un patrón centrípeto, manteniendo la superficie seca antes de cada instilación. Logrando así el cierre de la herida y hermeticidad de la cámara anterior.

*Conclusión:* Las perforaciones oculares en los niños son de difícil manejo, se puede precisar de anestesia general y en ocasiones no es suficiente un solo acto quirúrgico.

En los traumatismos corneales penetrantes menores de 2mm, el cianocrilato es una alternativa eficaz para el cierre de heridas, logrando el sellado de esta con mínimas complicaciones.

En nuestro caso la evolución fue buena, el parche adhesivo se desprendió al cabo de 3 semanas, dejando un lecho neovascular cicatrizal en el sitio de la lesión.

V26

### ESCLEROQUERATOPLASTIA TRAS INSUFICIENCIA LÍMBICA SEVERA IATROGÉNICA

Marta RIQUELME CANO, Gloria LUCAS ELÍO, David MARTÍNEZ MARTÍNEZ,  
Julián BERMÚDEZ PÍO-RENDÓN

*Introducción:* La cirugía de pterigium es una de las primeras intervenciones realizadas por oftalmólogos nóveles y a priori se considerada una cirugía menor.

Pero una mala indicación quirúrgica, una técnica inapropiada, el uso de fármacos antimetabolitos y factores intrínsecos del paciente pueden dar lugar a recidivas y reintervenciones que desembocan en secuelas invalidantes.

Nuestro caso se trata de un paciente de 24 años que tras ser intervenido en siete ocasiones en su país de origen por pterigium en su ojo izquierdo presenta: agudeza visual de percepción de luz, con una insuficiencia limbar 360°, neovascularización corneal completa, anquilobléfaron, con limitación de la movilidad en todas las posiciones y descemetocel central con alto riesgo de perforación, que requiere cirugía urgente.

*Técnica quirúrgica:* La primera intención quirúrgica es realizar una queratoplastia lamelar anterior de gran diámetro, para retirar todo el tejido fibrovascular presente y conservar el endotelio del paciente, acompañado de un trasplante de células madre limbares, para reconstituir la insuficiencia límbica que presenta. Pero avanzada la cirugía esta técnica es insostenible y reconvertimos a una escleroqueratoplastia penetrante profunda de gran diámetro y realizamos una reconstrucción de los fondos de saco.

Actualmente, ocho meses después de la cirugía, nuestro paciente presenta una visión de 0.5, con injerto transparente.

*Conclusión:* La cirugía de pterigium no es una cirugía menor.

Se debe usar siempre las técnicas que producen menos recidivas.

Tras la aparición de recidivas es aconsejable derivar al paciente a un cirujano experto de polo anterior.

Ante un paciente joven, con endotelio sano, siempre debemos intentar preservar el endotelio, haciendo un trasplante lamelar anterior.

V27

## **UVEÍTIS INTERMEDIA DEBIDO A LA RETENCIÓN DE PERFLUOROCARBONO LÍQUIDO SECUNDARIO A CIRUGÍA DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA**

Ángela GOMEZ MORENO, Gonzaga GARAY ARAMBURU, Enrique DÍAZ DE DURANA SANTA COLOMA, Arantza LARRAURI ARANA

*Introducción:* El perfluorocarbono líquido (PFCL) es empleado en la cirugía vítreo-retiniana, debido a sus características especiales, su baja densidad y mayor peso que el agua, ópticamente transparente, el índice de refracción y elevada tensión superficial lo convierten en una herramienta importante en este tipo de cirugía.

El uso prolongado de PFCL o su retención residual pueden causar inflamación intraocular variable.

*Técnica Quirúrgica:* Dos pacientes son intervenidos de desprendimiento de retina, mediante vitrectomía pars plana (VPP) 23g, endofotocoagulación en la zona del desgarro, empleando PFCL intraoperatorio para el aplanamiento de la retina y posterior recambio con hexafluoruro de azufre (SF6) al 20%.

En el postoperatorio, se observa múltiples burbujas de PFCL retenidas en la cavidad vítrea y desarrollo de catarata en un paciente, y en el segundo paciente, se observa PFCL retenido en cámara anterior y cavidad vítrea.

El primer paciente, se interviene de nuevo, realizando facoemulsificación con implante de lente intraocular y VPP 23g para la aspiración del PFCL residual, observándose durante la cirugía múltiples snowballs y un snowbank incipiente a lo largo de la pars plana. En el segundo paciente, se realiza VPP 25g, aspirándose múltiples burbujas de PFCL.

*Conclusión:* La retención de PFCL posterior a la cirugía puede inducir una reacción inflamatoria «por cuerpo extraño» de intensidad variable. La completa aspiración del mismo es recomendada al final de cada procedimiento o en un segundo tiempo, si se observan burbujas de PFCL retenidas.

V28

## INTERPOSICIÓN DEL IMPLANTE DE DEXAMETASONA CON EL EJE VISUAL TRAS UBICACIÓN EN EL VÍTREO ANTERIOR

Fernando LÓPEZ HERRERO, José Luis SÁNCHEZ VICENTE, Ana MARTÍNEZ BORREGO, Fredy Eduardo MOLINA SOCOLA

*Introducción:* Presentamos una serie de casos clínicos de pacientes con sintomatología persistente por interposición del implante con el eje visual en relación con la ubicación del mismo en el vítreo anterior.

*Casos clínicos:* Se presentan 8 ojos de 8 pacientes, en tratamiento por edema macular diabético, en los que se observó sintomatología persistente en relación con la ubicación del implante en el vítreo anterior.

Entre los casos presentados, hay formas especialmente sintomáticas. Describimos dos formas específicas. La primera, con el implante en posición central y perpendicular al cristalino, ocupando el espacio de Berger. La segunda, con el implante en situación central, en vertical y basculante sobre su extremo más superior, aparentemente incluido en el ligamento hialoideo-capsular.

*Discusión:* Tras la técnica habitual, la inyección intravítrea del implante de dexametasona queda normalmente alojada en el vítreo central e inferior, dando lugar a síntomas ocasionales por aparición del implante en el eje visual hasta la absorción completa del mismo.

El vítreo anterior presenta ciertas características anatómicas diferenciales: Mayor adherencia, mayor densidad de fibras de colágeno y disposición de estas de forma perpendicular a la base del vítreo. Estas características le hacen capaz de frenar y atrapar el implante si se interpone en su trayectoria.

Durante el procedimiento de inyección, el ojo puede bascular, a veces levemente, desplazado por la presión ejercida para la administración o por un movimiento involuntario del paciente. La maniobra de corrección para el redireccionamiento de la inyección, puede evitar la inserción anómala del implante en el vítreo anterior disminuyendo así la posibilidad de una sintomatología en ocasiones limitante.

*Conclusión:* Evitar el vítreo anterior en la trayectoria de inyección del implante de dexametasona, puede evitar sintomatología persistente por ocupación del eje visual.

V29

### **SORPRESAS DE UN HIPEMA TRAUMÁTICO... SUTURA DE IRIDODIÁLISIS EN «359°»**

Álvaro RODRÍGUEZ CASTELBLANCO, Amancia MATEOS HERNÁNDEZ,  
Jorge SÁNCHEZ CAÑIZAL

*Introducción:* Se describe el caso de una mujer de 89 años que acude a urgencias por traumatismo contuso con disminución de agudeza visual (AV) y dolor en ojo derecho. Destacaban como antecedentes pseudofaquia bilateral y un glaucoma avanzado que había dejado el ojo derecho como único funcionante.

Al examen físico presentó AV de movimiento de manos, presión intraocular (PIO) de 40 mmHg, hiposfagma de 360°, equímosis con laceración palpebral, un hipema completo e iridodiálisis casi completa, hallazgo difícilmente valorable por múltiples coágulos.

*Técnica quirúrgica:* Se comienza realizando un lavado de cámara anterior (CA) con la pieza de irrigación aspiración y un Sinsky para ayudar a disolver los coágulos. No se utilizó el vitreotomo anterior para no dañar el iris. Se explanta la lente intraocular y se procede a la vitrectomía posterior de 23G. Presentaba un hemovítreo (HV) importante que fue resolviendo poco a poco.

Al limpiar los coágulos se logra apreciar el iris avulsionado casi en su totalidad, manteniendo su inserción a las III hrs. Con una pinza dentada de cuerpos extraños se tracciona con cuidado el iris, visualizándose el rodete pupilar intacto.

Se realiza peritomía en 360° y creación de tapetes esclerales con un crescent para, posteriormente, cubrir las suturas iridianas. Se comienza a suturar el iris con puntos en U, mediante una jeringa de insulina de 25G y un prolene 10-0 doble armado con aguja recta. Se dan 3 puntos a las VI, IX y XII hrs.

Después de realizar el intercambio fluido-aire se inyecta silicona en CA y se cierran los tapetes esclerales, esclerotomías y conjuntiva con vicryl 6-0.

A los 10 días de la intervención la paciente presenta AV de 0,1 difícil y PIO de 12 mmHg. La CA muestra un leve hipema inferior y un iris bien posicionado. En el fondo de ojo se aprecia un mínimo HV inferior.

*Conclusión:* Pese a lo complejo del caso, la sutura iridiana y la vitrectomía posterior hicieron funcionar un ojo único que se pensaba perdido.

V30

## DESPRENDIMIENTO POSTERIOR DE VÍTREO BAJO PERFLUORCARBONO EN DESPRENDIMIENTO DE RETINA: SIGNO DEL 8

José Luis SÁNCHEZ VICENTE, Jorge MONGE ESQUIVEL, Fernando LÓPEZ HERRERO,  
Ana MARTÍNEZ BORREGO

*Introducción:* Hasta en el 15% de los pacientes con Desprendimiento de Retina Regmatógeno (DRR) el vítreo permanece adherido al polo posterior. Esta adherencia puede ser muy fuerte en algunos casos, especialmente en pacientes jóvenes. La separación quirúrgica del vítreo posterior puede constituir una maniobra especialmente difícil por la movilidad de la retina desprendida. Por otra parte, la fuerte adherencia puede dar lugar a múltiples roturas iatrogénicas.

Por ello, el uso de de perfluorocarbono líquido (PFCL) puede facilitar la inducción del desprendimiento del vítreo posterior, contrarrestando la fuerza ejercida por la aspiración realizada con el vitreotomo

*Técnica Quirúrgica:* Tras la inyección de PFCL y de triamcinolona para una mejor visualización del vítreo, se realiza la separación entre el vítreo anterior y posterior, aislando la porción del vítreo adherida al polo posterior. Se inicia entonces la aspiración del mismo con la sonda de vitrectomía. Se dibuja así una figura similar a un 8 a medida que el vítreo posterior se separa de la retina, distinguiéndose la porción situada por encima de la burbuja de PFCL y la que va quedando por debajo

*Conclusión:* La utilización de PFCL para realizar el desprendimiento del vítreo posterior en pacientes con DRR facilita enormemente el levantamiento del mismo al mantener la retina contra el epitelio pigmentario, contrarrestando la tracción ejercida por la aspiración y reduce la formación iatrogénica de roturas retinianas. Constituye además una buen manera de visualizar y comprobar que la separación del vítreo posterior se está llevando a cabo.